

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teoritis**

##### **1. Persalinan**

###### **a. Pengertian Persalinan**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri), yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. Persalinan normal juga disebut partus spontan, adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayiyang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan dimulai (inpartu) pada saat uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta. (Walyani.dkk , 2016).

###### **b. Tanda-tanda persalinan**

###### **1) Adanya kontraksi rahim**

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengencangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi.

Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu :

- a) Increment: ketika intensitas terbentuk
- b) Acme: puncak atau maximum
- c) Decement: ketika otot relaksasi

Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. (Walyani.dkk , 2016)

2) Keluarnya lender bercampur darah

Lender disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka.

3) Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya airketuban

4) Pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-tama aktifitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi serviks yang cepat (Liu.2002.hlm.70).

c. Tanda persalinan palsu

Ketika mendekati kehamilan aterm, banyak wanita mengeluhkan kontraksi uterus yang terasa nyeri, yang mungkin menunjukkan permulaan persalinan tetapi meskipun terjadi kontraksi kemajuan

dilatasi serviks tidak terjadi yang disebut dengan persaliam palsu atau *false labour*.

**d. Pemeriksaan menjelang persalinan**

Saat mulai terasa mulas dan mengalami kontraksi secara teratur sebagai tanda akan segera melahirkan, perlu dilakukan pemeriksaan dalam.

Faktor-faktor yang berperan dalam persaliaman

1) Power (tenaga yang mendorong bayi keluar)

Seperti his atau kontraksi uterus kekuatan ibu mengedan.

2) Passage (faktor jalan lahir)

3) Perubahan pada serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks, dan perubahan pada vagina dan dasar panggul .

4) Passanger

Passanger utama lewat jalan lahir adalah janin.

5) Psikis ibu

Penerimaan klien atas jalannya perawatan antenatal (petunjuk dan persiapan untuk menghadapi persalinan)

6) Penolong

Meliputi ilmu pengetahuan, keterampilan pengalaman, kesabaran, pengertiannya dalam menghadapi klien baik primipara atau multipara.

e. Tahapan persalinan

Pada proses persalinan menurut Prawirohardjo (1999:182) dibagi 4 kala yaitu:

1) Kala 1: kala pembukaan

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat yang menyebabkan pembukaan, sampai servik membuka lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase yaitu:

a) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai pembukaan 3 cm

b) Fase aktif

I. Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

II. Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

III. Periode deselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap).

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan servik 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara)

## 2) Kala II:Kala pengeluaran janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar.

Pada Kala II ini memiliki cirri khas:

- a) His terkoodinir, kuat, cepat dan lebih lama kira—kira 2-3 menit sekali
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektorik menimbulkan rasa ingin mengejan
- c) Tekanan pada rectum, ibu merasa ingin BAB
- d) Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perenium merenggang, dengan his dan mengejan yang terpinpin kepala akan lahir dan di ikuti seluruh badan janin.

Lama pada Kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu :

- a) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam
- b) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam -1 jam

Pimpinan persalinan

Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut dikatup, dengan sikap seperti diatas, tetapi badan miring kearah dimana punggung janin

berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas

Kala III: Kala uri

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong kedalam vagina dan akan lahir seponatan atau dengan sedikit dorongan (brand androw), seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

Tanda kala III terdiri dari 2 fase:

a) Fase pelepasan uri

*I. Schultze*

Data ini sebanyak 80% yang lepas terlebih dahulu ditengah kemudian terjadi reteroplasenterhematoma yang menolak uri mula-mula di tengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

## *II. Dunchan*

Lepasnya uri mulai dari pinggirnya, jadi terlahir dahulu dari pinggir (20%) Darah akan mengalir semua antar selaput ketuban

## *III. Serempak dari tengah dan pinggir plasenta*

### *I) Fase pengeluaran uri*

Perasat-perasat untuk mengetahui pengeluaran uri

- i. Kustner
- ii. Klien
- iii. Strastman
- iv. Rahim menonjol diatas simfisis
- v. Tali pusat bertambah panjang
- vi. Rahim bundar dank eras
- vii. Keluar darah secara tiba-tiba

### 3) Kala IV (Tahap Pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan kurang lebih 2 jam.

#### a. Pemantauan

Table 1.4 berikut menguraikan frekuensi minimal penilaian dan intervensi. Jika ibu menunjukkan tanda-tanda komplikasi atau perubahan kondisi pebilaian harus dilakukan lebih sering.

**Table 2.1** Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyutjantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber : Saifuddin, 2013

#### 4) Tujuan asuhan persalinan

Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

## 2. Nyeri Persalinan

### a. Definisi

Menurut smeltzer dan bare (2002) dalam judha (2012), international association for the study of pain (IASP) mendefinisikan nyeri sabagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan.

Menurut caffery sebagaimana dikutip oleh potter and perry (2005) dalam judha (2012) menyatakan nyeri adalah segala sesuatu yang

dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja ketika seseorang menyatakan bahwa ia merasa nyeri.

Menurut Cunningham (2004) dalam Judha (2012), nyeri persalinan sebagai kontraksi miometrium, merupakan proses fisiologis dengan intensitas yang berbeda pada masing-masing individu. Rasa nyeri yang dialami selama persalinan bersifat unik pada setiap ibu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain budaya, takut, kecemasan, pengalaman persalinan sebelumnya, persiapan persalinan dan dukungan. (Perry dan Bopak, 2004 dalam Judha, 2012)

Rasa nyeri pada persalinan adalah manifestasi dari adanya kontraksi (pemendekatan) otot rahim. Kontraksi inilah yang menimbulkan rasa sakit pada pinggang, daerah perut dan menjalar ke arah paha. Kontraksi ini menyebabkan adanya pembukaan mulut rahim (serviks).

Berat ringannya nyeri yang dirasakan ibu dan bagaimana ibu berespons dalam menghadapi nyeri sangat berpengaruh pada kelangsungan proses persalinan. Nyeri yang terjadi dapat memengaruhi kondisi ibu berupa kelelahan, rasa takut, khawatir dan menimbulkan stress. Stress dapat menyebabkan melemahnya kontraksi rahim dan berakibat pada persalinan yang lama bahkan kematian pada ibu. Bonica (1994) dalam Lestari (2012)

Persalinan tanpa nyeri di alami sedikit ibu hamil. Nyeri bersifat subyektif artinya antara individu satu dengan yang lainnya berbeda dalam menyikapi nyeri (Manurung, 2011 dalam Tetin Nafiah, 2018)

b. Penyebab rasa nyeri

Rasa nyeri persalinan muncul karena :

1) Kontraksi otot rahim

Kontraksi rahim menyebabkan dilatasi dan penipisan servik serta iskemia rahim akibat kontraksi arteri miometrium.

2) Regangan otot dasar panggul

Jenis nyeri ini timbul pada saat mendekati kala II.

3) Episiotomy

Nyeri dirasakan apabila ada tindakan episiotomy, tindakan ini dilakukan sebelum jalan lahir mengalami laserasi maupun rupture pada jalan lahir.

4) Kondisi psikologis

Nyeri dan rasa sakit yang berlebihan akan meimbulkan rasa cemas. Takut, cemas dan tegang memicu produksi hormone prostaglandin sehingga timbul stress. Kondisi stress dapat mempengaruhi kemampuan tubuh menahan rasa sakit.

c. Klasifikasi nyeri

1) Nyeri somatic superficial (kulit).

Nyeri kulit berasal dari struktur-struktur superficial kulit dan jaringan subkutis. Stimulus yang efektif untuk menimbulkan nyeri di kulit dapat berupa rangsang mekanis, suhu, kimiawi atau listrik.

2) Nyeri somatic dalam

Nyeri somatic dalam mengacu kepada nyeri yang berasal dari otot, tendon, ligamentum, tulang sendi dan arteri.

3) Nyeri visera

Nyeri visera mengacu kepada nyeri yang berasal dari organ-organ tubuh. Reseptor nyeri visera lebih jarang dibandingkan dengan reseptor nyeri somatic dan terletak di dinding otot polos organ-organ berongga.

4) Nyeri alih

Nyeri alih didefinisikan sebagai nyeri berasal dari salah satu daerah tubuh tetapi dirasakan terletak di daerah lain.

5) Nyeri neuropati

Sistem syaraf secara normal menyalurkan rangsangan yang merugikan dari sistem saraf tepi (SST) ke sistem saraf pusat (SSP) yang menimbulkan perasaan nyeri.

d. Tanda dan gejala nyeri

Tanda dan gejala nyeri ada bermacam-macam perilaku yang tercermin dari pasien, namun beberapa hal yang sering terjadi misalnya:

Secara umum orang mengalami nyeri akan didapatkan respon psikologis berupa:

- 1) Suara
  - a) Menangis
  - b) Merintih
  - c) Menarik/menghembuskan nafas
- 2) Ekspresi wajah
  - a) Meringis
  - b) Menggigit lidah, mengatupkan gigi
  - c) Dahi berkerut
  - d) Tertutup rapat/ membuka mata atau mulut
  - e) Menggigit bibir
- 3) Pergerakan tubuh
  - a) Kegelisahan
  - b) Mondar-mandir
  - c) Gerakan menggosok atau berirama
  - d) Bergerak melindungi bagian tubuh
  - e) Immobilisasi
  - f) Otot tegang

#### 4) Interaksi sosial

- a) Menghindari percakapan dan kontak sosial
- b) Berfokus aktifitas untuk mengurangi nyeri
- c) Disorientasi waktu

Berdasarkan study literature dan hasil penelitian dalam melakukan penatalaksanaan nyeri dengan manajemen non-farmakologis. Tindakan – tindakann yang dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri adalah terapi sentuhan / counter pressure yang dilakukan pada saat orang yang akan melahirkan timbul his. Terapi ini cukup efektif, karena pada saat muncul his yang menyebabkan nyeri, maka jaras spinal dan syaraf yang menghantar nyeri akan di blockade sehingga tidak sampai kepusat nyeri di otak.

#### e. Proses Patofisiologi Nyeri

Menurut Price dan Wilson (2005) dalam Judha (2012), menjelaskan bahwa proses fisiologik nyeri terdapat empat proses tersendiri: transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Transduksi nyeri adalah proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktifitas listrik di reseptor nyeri. Transmisi nyeri melibatkan proses penyaluran implus dari tempat transduksi melewati saraf parifer sampai ketterminal di medula spinalis dan jaringan neuron-neuron pemancar yang naik dari medulla spinalis ke otak. Modulasi nyeri melibatkan aktifitas saraf melalui jalur-jalur saraf desendens dari otak yang dapat mempengaruhi

transmisi nyeri setinggi medulla spinalis. Medulasi juga meningkatkan aktivitas di reseptor nyeri eferen primer. Jadi, persepsi nyeri adalah pengalaman subyektif nyeri yang bagaimanapun juga dihasilkan oleh aktivitas transmisi atau saraf.

f. Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Perry and Potter (2005) dalam Judha (2012), antara lain:

1) Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia.

2) Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri.

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri.

4) Makna nyeri

Pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri,

5) Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6) Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

7) Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang.

8) Gaya coping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat merasa kesepian, gaya coping mempengaruhi mengatasi nyeri.

9) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien.

g. Faktor – faktor yang mempengaruhi respon terhadap nyeri persalinan

1) Budaya

Persepsi dan ekspresi terhadap nyeri persalinan dipengaruhi oleh budaya individu. Budaya mempengaruhi sikap ibu pada saat bersalin (pilliteri, 2003 dalam judha, 2012)

2) Emosi (cemas dan takut)

Stress atau rasa takut ternyata secara fisiologis dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi terasa semakin nyeri dan sakit dirasakan. Karena saat wanita dalam kondisi inpartu tersebut mengalami stress maka secara otomatis tubuh akan melakukan reaksi defensive sehingga secara otomatis dari stress tersebut merangsang tubuh mengeluarkan hormone stressor yaitu hormone katekolamin dan hormone adrenalin, katekolamin ini akan dilepaskan dalam konsentrasi tinggi saat persalinan jika calon ibu tidak bisa menghilangkan rasa takutnya sebelum melahirkan, berbagai respon tubuh antara lain dengan fight or flight. Dan akibat respon tubuh tersebut maka uterus semakin tegang sehingga aliran darah dan oksigen kedalam otot-otot uterus berkurang karena arteri mengecil dan menyempit akibatnya adalah rasa nyeri yang tak terelakkan.

3) Pengalaman persalinan

Menurut bopak (2000) dalam judha (2012), pengalaman melahirkan sebelumnya juga dapat mempengaruhi respon ibu terhadap nyeri. Bagi ibu yang mempunyai pengalaman yang

menyakitkan dan sulit pada persalinan sebelumnya, perasaan cemas dan takut pada pengalaman lalu akan mempengaruhi sensitifitas rasa nyeri.

#### 4) Support system

Dukungan dari pasangan, keluarga maupun pendamping persalinan dapat membantu memenuhi kebutuhan ibu bersalin, juga membantu mengatasi rasa nyeri ( Martin, 2002 dalam Judha 2012).

#### 5) Persiapan persalinan

Persiapan persalinan tidak menjamin persalinan akan berlangsung tanpa nyeri. Namun, persiapan persalinan diperlukan untuk mengurangi rasa cemas dan takut akan rasa nyeri persalinan sehingga inbu dapat memilih berbagai teknik atau metode latihan agar ibu dapat mengatasi ketakutannya.

#### h. Teori Gerbang Kendali Nyeri (*Gate Control Theory*)

Pada tahun 1959, Melzack & Wall menjelaskan teori gerbang kendali nyeri, yang menyatakan terdapat semacam “pintu gerbang” yang dapat memfasilitasi atau memperlambat transmisi sinyal nyeri. Dalam tubuh manusia terdapat dua macam transmitter impuls nyeri yang berfungsi untuk menghantar sensasi nyeri dan sensasi yang lain seperti rasa dingin, hangat, sentuhan dan sebagainya. Reseptor berdiameter kecil (Serabut A delta dan serabut C) berfungsi untuk mentransmisikan nyeri yang sifatnya keras dan reseptor ini biasanya berupa ujung saraf bebas yang terdapat

diseluruh permukaan kulit dan pada struktur tubuh yang lebih dalam seperti tendon, fasia dan tulang serta organ-organ interna. Sedangkan transmiter yang berdiameter besar (serabut A-Beta) memiliki reseptor yang terdapat pada struktur permukaan tubuh dan fungsinya selain mentransmisikan sensasi nyeri, juga lebih berfungsi untuk mentransmisikan sensasi lain seperti getaran, sentuhan, sensasi panas/dingin serta juga terhadap tekanan halus. Impuls A-Beta mempunyai sifat inhibitori (penghambat) yang ditransmisikan ke serabut C dan A-delta. Ketika ada rangsangan, kedua serabut tersebut akan membawa rangsangan menuju kornu dorsalis yang terdapat pada medula spinalis. Di medula spinalis inilah terjadi interaksi antara serabut berdiameter besar dan serabut berdiameter kecil disuatu area khusus yang disebut dengan substantia gelatinosa. Pada substantia gelatinosa ini dapat terjadi perubahan, modifikasi serta mempengaruhi apakah sensasi nyeri yang diterima oleh medula spinalis akan diteruskan ke otak atau akan dihambat. Apabila tidak ada stimulus/impuls yang adekuat dari serabut besar, maka impuls nyeri dari serabut kecil akan dihantarkan menuju ke Sel *Trigger* (Sel T) untuk kemudian dibawa ke otak, yang akhirnya menimbulkan sensasi nyeri yang dirasakan oleh tubuh. Keadaan ketika impuls nyeri dihantarkan ke otak inilah yang diistilahkan dengan “pintu gerbang terbuka”. Sebaliknya, apabila impuls yang ditransmisikan oleh serabut berdiameter besar karena adanya

stimulasi kulit, sentuhan, getaran, hangat dan dingin serta sentuhan halus, impuls ini akan menghambat impuls dari serabut berdiameter kecil di area substantia gelatinosa sehingga sensasi yang dibawa oleh serabut kecil akan berkurang atau bahkan tidak dihantarkan ke otak oleh substantia gelatinosa, karenanya tubuh tidak merasakan sensasi nyeri. Kondisi ini disebut dengan “pintu gerbang tertutup”.

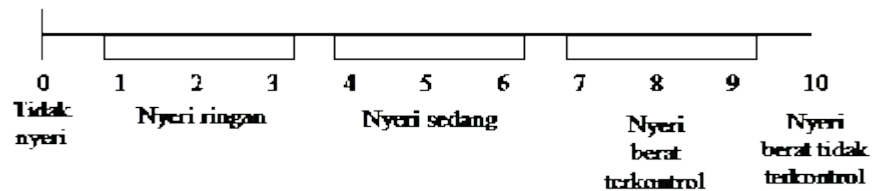
Dalam penghantaran impuls menuju otak, sinaps substantia gelatinosa akan melepaskan substansi P yang diduga sebagai neurotransmitter utama impuls nyeri (traktus spinotalamikus dan traktus spinoretikuler). Impuls yang dibawa oleh traktus spinotalamikus selanjutnya dibawa ke korteks untuk diinterpretasi, sedangkan impuls yang dibawa oleh traktus spinoretikuler akan dibawa ke daerah thalamus dan batang otak, untuk mengaktifkan respon-respon autonomik dan limbik (afektik motivasional). Apabila impuls nyeri diteruskan (pintu gerbang terbuka), impuls akan diteruskan ke otak untuk kemudian diproses di dalam otak dalam tiga tingkat yang berbeda, yaitu pada thalamus, otak tengah dan pada korteks otak. Thalamus bertindak sebagai penerima input sensori (impuls nyeri) dari traktus spinotalamikus lateral untuk kemudian diteruskan ke korteks. Otak tengah berfungsi untuk meningkatkan kewaspadaan dari korteks terhadap datangnya rangsang; sedangkan korteks berfungsi untuk melokalisasi impuls dan impuls dipersepsi sesuai dengan lokasi terjadinya nyeri.

### 3. Skala Nyeri

Penilaian klinis dari nyeri dapat dilakukan dengan skala nyeri visual menurut bourbonis, skala analog visuadan skala nyeri muka. (Judha, 2012)

#### 1) Skala nyeri visual menurut bourbonis

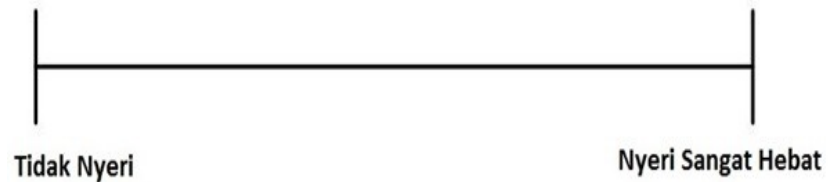
Pengukuran skala nyeri dibagi menjadi 5 kelompok yang terdiri atas angka 0-10. Untuk angka 0 tidak nyeri, 1- 3 nyeri ringan yang secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, 4-6 nyeri sedang yang secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Sedangkan angka 7-9 menunjukkan nyeri berat terkontrol yang secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi dan angka 10 menunjukkan nyeri sangat berat tidak terkontrol dimana pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

**Gambar 2.1****Skala nyeri visual**

Sumber : (Indah, 2012)

## 2) Visual Analog Scale (VAS)

Menurut McGuire dalam potter and perry (2005) dalam Judha (2012), VAS merupakan alat pengukur tingkat nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian angka yang menurut mereka paling tepat dalam menjelaskan tingkat nyeri yang dirasakan pada satu waktu. VAS tidak melebelkan suatu divisi, tetapi terdiri dari sebuah garis lurus yang dibagi secara merata menjadi 10 segmen dalam angka 0 sampai 10 dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diberitahu 0 menyatakan “tidak ada nyeri sama sekali : dan 10 menyatakan “nyeri paling parah “ yang klien dapat bayangkan. Skala ini memberikan kebebasan kepada pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri.

**Gambar 2.2****Skala Analog visual**

Sumber : (Judha, 2012)

## 3) Skala nyeri”muka”

**Gambar 2.3****Skala nyeri muka**

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak menggangu	6 Menggangu aktivitas	8 Sangat menggangu	10 Tak tertahan

Sumber : (Judha, 2012)

**4. Pengurangan Rasa Nyeri**

Beberapa metode pengurangan rasa nyeri:

## 1) Metode farmakologis

Penatalaksanaan farmakologis pada nyeri persalinan meliputi analgesic yang menurunkan dan mengurangi rasa nyeri dan anesthesia yang menghilangkan sensasi bagian tubuh baik parsial maupun total (piliter, 2003 dalam Judha 2012).

Berbagai pilihan penatalaksanaan farmakologis antara lain :

- a) Analgesia narkotik ( mereperiden, nalbuphine, butorphanol).

- b) Analgesia regional ( epidural, spinal dan kombinasinya)
  - c) ILA ( Intra Thecal Labor Analgsia)
- 2) Metode non-famakologis
- a) Metode panas dingin

Memang tidak menghilangkan keseluruhan nyeri namun setidaknya memberikan rasa nyaman. Botol air panas yang dibungkus handuk dan dicelup ke air dingin mengurangi pegal di punggung dan kram bila ditempel di punggung.
  - b) Gerakan

Teruslah bergerak agar sirkulasi darah meningkat, nyeri punggung berkurang, dan perhatian teralih dari rasa nyeri, cobalah berbagai posisi persalinan, gunakan bantal untuk menyangga sampai diperoleh posisi paling nyaman.
  - c) Pijat

Pijatan pada bahu, leher, wajah, dan punggung bisa meredakan ketegangan otot serta member rasa relaks. Sirkulasi darah juga menjadi lancar sehingga nyeri berkurang.
  - d) Terapi aroma

Menghirup aroma esensial bisa mengurangi ketegangan, terutama pada persalinan tahap awal.
  - e) Teknik bernapas dengan benar

Metode ini menekankan bernapas yang benar selama kontaksi. Berkonsentrasi pada napas dapat mengalihkan anda dari nyeri, membuat otot-otot relaks serta ketegangan mengendur.

f) Akupunktur

Dalam filosofi Cina, rasa sakit dan nyeri terjadi akibat ketidakseimbangan aliran energy dalam tubuh. Keseimbangan itu dikendalikan dengan menusukkan jarum-jarum kecil atau menggunakan tekanan jari ke titik-titik tertentu di tubuh.

g) Reflesiologi

Menekan titik-titik di kaki untuk mengurangi nyeri. Pijatan lembut di kaki juga membuat nyaman. Pikiran dari penderita rasa nyeri akan teralihkan kepada pijatan tersebut.

h) Hypnobirthing

Hypnosis saat menghadapi persalinan member sugesti lewat relaksasi pikiran. Dengan dibimbing terapis hypnosis, anda bisa mengontrol pikiran, rasa nyeri pun akan hilang.

## 5. Tentang Teknik Deep Back Massage

### a. Definisi

Deep Back masage adalah penekanan pada sakrum yang dapat mengurangi ketegangan pada sendi sakroiliakus dari posisi oksiput posterior janin (Simkin, 1995). Selama kontraksi dapat dilakukan penekanan pada sakrum yang dimulai saat awal kontraksi dan diakhiri setelah kontraksi berhenti.(IndahLestari, 2012).

### b. Teknik Deep Back Massage

Teknik ini adalah metode prosedural yang akan diterapkan sebagai instrumen perlakuan pada kelompok yang mendapat deep back massage. Secara prinsip metode ini dilakukan efektif pada pembukaan 4–7 cm (Indah Lestari, 2012).

### c. Prinsip Dan Tujuan Teknik Deep Back Massage

Prinsip dan tujuan teknik deep back massage yaitu mengurangi atau menghentikan penghantaran implus nyeri. Pelaksanaan massage yang benar dapat meredakan ketegangan otot serta memberi rasa relaks. Sirkulasi darah menjadi lancar sehingga nyeri berkurang ( Judha 2012 dalam Avilia 2016).

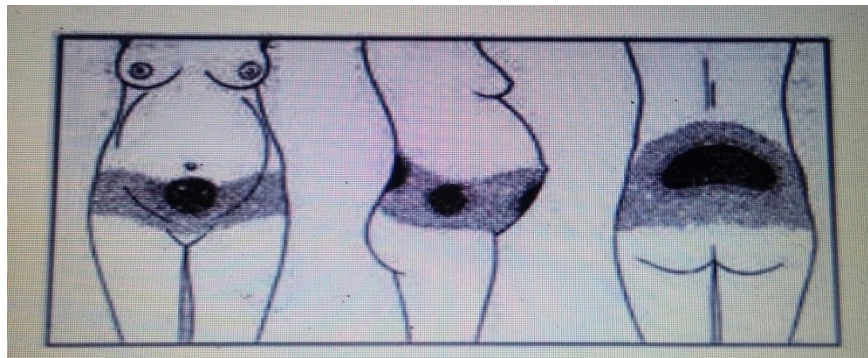
Selain itu deep back massage juga memberikan manfaat memberi rasa nyaman pada punggung atas dan punggung bawah, menurunkan nyeri dan kecemasan. Menghilangkan ketegangan otot dan melancarkan peredaran darah hal ini sesuai dengan penelitian Liva Maita (2016) yaitu ketika sentuhan deep back massage dan

nyeri dirangsang bersamaan, sensasi sentuhan berjalan ke otak dan menutup pintu gerbang dalam otak, pembatasan jumlah nyeri dirasakan dalam otak. Pijatan yang diberikan secara teratur dengan latihan pernapasan selama kontraksi digunakan untuk mengalihkan dari nyeri selama kontraksi. Massage mempunyai efek distraksi juga dapat meningkatkan pembentukan endorphen dalam kontrol desenden. Massage dapat membuat pasien lebih nyaman karena massage membuat relaksasi otot (Danuatmadja dan Meiliasari, 2004).

Gate control theory dapat diukur untuk efektifitas cara ini. Ilustrasi Gate control theory bahwa serabut nyeri membawa stimulasi nyeri ke otak lebih kecil dan perjalanan sensasinya lebih lambat dari pada serabut sentuhan yang luas. Ketika sentuhan dan nyeri dirangsang bersama, sensasi sentuhan berjalan ke otak menutup pintu gerbang dalam otak. Dengan adanya pijatan yang mempunyai efek distraksi juga dapat meningkatkan pembentukan endorphen dalam membuat relaksasi otot (Tetin Nafiah, 2018).

**Gambar 2.4.**

**Area/lokasi pemijatan pada nyeri persalinan selama kala I. Nyeri paling hebat diperlihatkan pada area yang berwarna gelap, warna sedang mengindikasikan nyeri sedang**



d. Prosedur Metode Deep Back Massage

1) Persiapan Responden

Penelitian dimulai dengan penentuan sampel yang diambil dari ibu yang datang Diwilayah Kerja Puskesmas Gadingrejo dalam kondisi akan bersalin pada kala I pada alokasi waktu antara bulan Februari sampai dengan bulan Maret 2019, dengan memperhatikan penetapan kriteria inklusi. Tahap berikutnya responden diberi penjelasan mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur *deep back massage* serta dimintai persetujuannya. Saat penjelasan berikan pengertian pada responden untuk jujur menginterpretasikan rasa nyeri yang dialami tanpa rasa malu atau pun takut, dengan begitu mengurangi subjektivitas responden. Setelah mendapat penjelasan, apabila responden bersedia, maka responden mengisi informed consent pada lembar yang telah disediakan. Setelah itu maka dilakukan pemeriksaan pada ibu untuk melihat kondisi pembukaan

persalinan. Secara teori nyeri akan diukur pada rentang pembukaan 4–7 cm. Jika ibu datang pada kala I fase laten (pembukaan 0–3 cm) maka kita tunggu sampai ibu pada fase aktif (pembukaan 4 cm) baru kita lakukan pretest (Indah Lestari, 2012).

2) Pengukuran 1 (pretest)

Pretest dilakukan untuk mengidentifikasi intensitas nyeri persalinan dengan menggunakan skala nyeri visual menurut Bourbonis yang telah diakui validitas dan reliabilitasnya. Ibu diminta menjawab rentang nyeri sesuai dengan persepsi nyeri pada saat mengalami kontraksi. Pengukuran ini dilakukan oleh peneliti atau bidan penolong yang telah melakukan persamaan persepsi. Pengukuran dilakukan saat ibu mengalami kontraksi persalinan pada pembukaan antara 4–7 cm dan belum mendapatkan intervensi pengendalian nyeri apapun (Indah Lestari, 2012).

3) Perlakuan (eksperimen)

Pelaksanaan eksperimen memberikan intervensi deep back massage dan asuhan persalinan dasar sesuai dengan petunjuk teknis. Intervensi dilakukan setiap kali ibu mengalami kontraksi selama rentang pembukaan 4–7 cm dengan posisi pasien semua miring (Indah Lestari, 2012).

4) Pengukuran 2 (posttest)

Pengukuran yang kedua untuk menilai tingkat nyeri setelah diberikan intervensi. Pengukuran posttest dilakukan setelah ibu mendapatkan perlakuan (pada akhir pembukaan 7 cm), pada

saat ibu relaksasi. Setelah itu kita tanyakan kembali tingkat nyeri sesudah intervensi. (Indah Lestari, 2012)

## **B. Penelitian Terkait**

1. Jumhirah (2018) dengan judul “Pengaruh Deep Back Massage Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif Di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2018” Jenis penelitian eksperimental dengan rancangan Quasy Eksperimental dan desain “Pretest-Posttest, Control Group Design”. Pengambilan sampel menggunakan Purposive Sampling. Hasil Penelitian: Uji statistic pada seluruh responden menggunakan paired T test dengan  $\alpha = 0,05$  atau Confidence Interval (CI) 95% diperoleh  $t=4,104$ , p value 0,000. Dengan t hitung (4,104) > t tabel (2.040). Kesimpulan: Terjadi penurunan nyeri persalinan dari 32 responden 17 responden (53,2%) mengalami penurunan nyeri dan pada kelompok perlakuan terjadi penurunan nyeri dari nyeri berat terkontrol menjadi nyeri sedang yang berarti ada pengaruh deep back massage terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2018.
2. Tetin nafiah (2018) judul penelitian “pengaruh metode deep back massage terhadap intensitas nyeri pada persalinan kala I fase aktif di Klinik Pratama Mutiara Bunda Kawalu Kota Tasikmalaya”. Penelitian ini menggunakan metode quasi eksperimen “one group pre-post test design.” Variabel terikat adalah nyeri persalinan. Variabel bebas adalah deep back massage.

Pengumpulan data menggunakan Numeric Rating Scale (NRS). Sampel adalah ibu bersalin kala I fase aktif yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata nyeri persalinan sebelum dilakukan deep back massage sebesar 7,97 berada pada kategori nyeri berat terkontrol, rerata nyeri persalinan setelah dilakukan deep back massage sebesar 5,6 berada pada kategori nyeri sedang dan ada pengaruh pemberian deep back massage terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala 1 fase aktif dengan p value sebesar  $0,001 < 0,05$ . Kesimpulan penelitian ini adalah ada pengaruh pemberian deep back massage terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala 1 fase aktif sehingga penerapan deep back massage merupakan salah satu terapi nonfarmakologis sebagai bagian integral dalam memberikan perawatan dasar pertolongan persalinan.

3. Indah lestari (2012) judul penelitian “pengaruh deep back massage terhadap penurunan nyeri persalinan saat fase aktif dan kecepatan pembukaan pada ibu melahirkan di wilayah kerja BPS Puskesmas Dlanggu Kabupaten Mojokerto”. Penelitian ini menggunakan rancangan percobaan “pre-post tes dengan Control Group Design.” Variabel terikat adalah pengurangan nyeri persalinan dan kecepatan pembukaan serviks. Variabel bebas adalah deep back massage. Pengumpulan data pengukuran dengan menggunakan Visual Analog Skale (VAS) dan partograf. Sampel adalah ibu primigravida yang memenuhi kriteria inklusi dan diurutkan menjadi dua kelompok dari total penduduk. Data dianalisis dengan uji Wilcoxon Sign Rank, uji Mann-Whitney dan t dua sampel bebas. Hasil

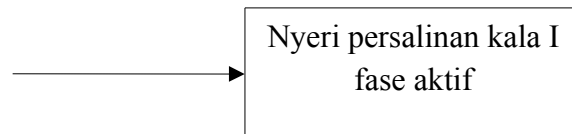
penelitian menunjukkan bahwa deep back massage dapat mengurangi nyeri dan kecepatan pembukaan. Perbandingan tingkat rasa sakit pada tes kelompok kontrol pretest dan posttest Wilcoxon Sign Rank menunjukkan  $p = 0,001$  test (peningkatan rasa sakit dari 1,52). Perbandingan tingkat pretest dan posttes rasa sakit pada mereka yang menerima deep back massage dengan Wilcoxon uji Rank Daftar menunjukkan  $p = 0,000$  tes (penurunan nyeri dari 4,33). Perbandingan kecepatan pembukaan antara dua kelompok dengan dua uji t sampel bebas menunjukkan  $p = 0,000$  berarti bahwa ada pengaruh deep back massage pada laju pembukaan serviks. Penerapan deep back massage merupakan salah satu terapi non-farmakologis sebagai bagian integral dalam memberikan perawatan dasar pertolongan persalinan

### C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori adalah suatu kerangka untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sumantri, 2011). Kerangka teori adalah ringkasan dari tinjauan pustaka yang digunakan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang akan diteliti (diamati) yang berkaitan dengan konteks ilmu pengetahuan yang digunakan untuk menggabungkan kerangka konsep penelitian (Notoatmodjo, 2014).

- Penanganan nyeri persalinan
1. Secara farmakologis
    - a. Analgesia narkotik
    - b. Analgesia regional
  2. Secara non- farmakologis
    - a. Panas dingin
    - b. Gerakan
    - c. Pijat
    - d. Terapi aroma
    - e. Teknik bernapas dengan benar
    - f. Hypnobirthing
    - g. **Deep back massage**

#### ambar 2.5 ngka Teori

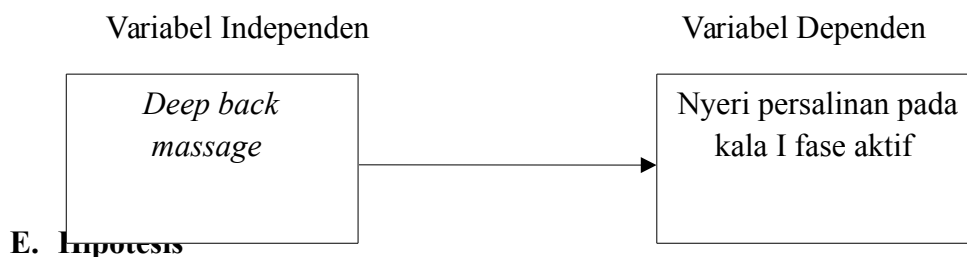


Sumber: (Indah, 2012)

#### D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2014)

**Gambar 2.6**  
**Kerangka Konsep**



#### E. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2010).

Ha :Adanya Pengaruh Deep Back Massage Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif di Empat PMB Wilayah Kerja Puskesmas Gadingrejo Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu Tahun 2019”.

