

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya *serviks* dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada *serviks* (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

b. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Persalinan kala 1 atau kala pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan cerviks menjadi lengkap. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala 1 dibagi menjadi:

- a) Fase laten, yaitu fase pembukaan yang sangat lambat ialah dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.
- b) Fase aktif, yaitu fase pembukaan yang lebih cepat membutuhkan waktu 6 jam yang terbagi lagi menjadi:
 - a) Fase *akselerasi* (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 - b) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam
 - c) Fase *Decelerasi* (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 sampai 10 cm yang dicapai dalam 2 jam.

2) Kala II

Kala II atau kala pengeluaran adalah periode persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai lahirnya bayi. Proses ini berlangsung selama 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his lebih cepat dan kuat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi normal kepala janin sudah masuk dalam rongga panggul.

3) Kala III

Kala III atau kala uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

4) Kala IV

Kala IV merupakan masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya kala IV persalinan meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (*puerperium*), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan¹⁰.

c. Perubahan Psikologis kala I

Perubahan psikologis kala I dipengaruhi oleh:

- 1) Pengalaman sebelumnya
- 2) Kesiapan emosi
- 3) Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental, materi dan sebagainya)
- 4) Support sistem
- 5) Lingkungan
- 6) Mekanisme koping
- 7) Kultur
- 8) Sikap terhadap kehamilan

Masalah psikologis yang mungkin terjadi:

- 1) Kecemasan menghadapi persalinan.
- 2) Kurangnya pengetahuan tentang proses persalinan
- 3) Kemampuan mengontrol diri menurun (pada kala I fase aktif)
- 4) Timbulnya rasa jengkel tidak nyaman, badan selalu kegerahan, dan tidak sabaran

- 5) Sikap bermusuhan terhadap bayi
- 6) Munculnya ketakutan menghadapi nyeri persalinan risiko saat melahirkan.
- 7) Adanya harapan-harapan terhadap jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan
- 8) Kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi:
 - a) Takut mati
 - b) Trauma kelahiran
 - c) Perasaan bersalah
- 9) Ketakutan (takut cacat, bayi bernasib buruk, beban hidup semakin berat dengan hadirnya bayi, takut kehilangan bayi).

Seiring persalinan melalui fase aktif, ketakutan wanita meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat lebih lama dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Wanita ingin seseorang mendampingi karena ia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi yang dialami. Dukungan yang diterima atau tidak diterima oleh seorang wanita di lingkungan tempatnya melahirkan, termasuk dari mereka yang mendampingi, sangat mempengaruhi aspek psikologisnya pada saat kondisinya sangat rentan setiap kali kontraksi timbul juga pada saat nyerinya timbul secara kontinu. Dukungan dan anjuran suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran. Anjurkan

mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu¹⁰.

2. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan perasaan subjektif seseorang terhadap hal-hal yang menyebabkan ketidaknyamanan dalam tubuh yang biasanya mengakibatkan gangguan fisik, mental dan emosional¹¹. Karena sifatnya subjektif, tidak ada parameter yang pasti untuk menilai apakah seseorang mengalami nyeri atau tidak. Nyeri merupakan reaksi tubuh untuk menghilangkan rangsangan tidak nyaman disebabkan oleh rusaknya jaringan didalam tubuh. Hal ini berarti nyeri disebabkan oleh gangguan fisik seperti kerusakan jaringan atau sistem.

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri tersebar pada kulit dan mukosa dimana reseptor nyeri memberikan respon jika adanya stimulasi tau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimia seperti histamine, bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam yang terlepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis¹².

Nyeri dapat dirasakan jika reseptor nyeri tersebut menginduksi serabut saraf *perifer aferen* yaitu serabut A-delta dan serabut C. Serabut A-delta memiliki myelin, mengimpulskan nyeri dengan cepat, sensasi yang tajam, jelas melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C tidak memiliki myelin, berukuran sangat kecil,

menyampaikan impuls yang terlokalisasi buruk, *visceral* dan terus menerus. Ketika serabut C dan A-delta menyampaikan rangsang dari serabut saraf perifer maka akan melepaskan mediator biokimia yang aktif terhadap respon nyeri, seperti: kalium dan prostaglandin yang keluar jika ada jaringan yang rusak. Transmisi stimulus nyeri berlanjut disepanjang serabut saraf *afere*n sampai berakhir dibagian *kornu dorsalis mendulla spinalis*. Didalam *kornu dorsalis*, *neurotransmitter* seperti substansi P dilepaskan sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer ke saraf *traktus spinolamini*. Selanjutnya informasi di sampaikan dengan cepat ke pusat thalamus¹².

a. Penyebab Rangsangan Nyeri

Hal-hal yang menyebabkan adanya rangsangan nyeri antara lain:

- 1) Trauma yang terjadi pada jaringan tubuh seperti operasi atau iritasi pada bagian tertentu tubuh
- 2) Kerusakan atau gangguan pada jaringan tubuh
- 3) Tumor
- 4) Spasme otot
- 5) Iskemia pada jaringan tubuh seperti tertumpuknya asam laktat pada arteri koronaria.

b. Klarifikasi nyeri

Berdasarkan lama dirasakannya, nyeri dibedakan menjadi 2 yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang datang mendadak dan terasa tidak lama. Dengan kata lain, nyeri ini hanya

bersifat sementara yaitu kurang dari enam bulan dan cepat hilang. Sebaliknya, nyeri kronis merupakan nyeri yang datang secara perlahan dan terasa cukup lama yaitu nyeri lebih dari 6 bulan¹².

c. Faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan

1) Faktor Internal

a) Pengalaman dan pengetahuan tentang nyeri

Pengalaman sebelumnya seperti persalinan terdahulu akan membantu ibu dalam mengatasi nyeri, karena ibu telah memiliki koping terhadap nyeri. Ibu multipara dan primipara kemungkinan akan berespon terhadap nyeri berbeda-beda walaupun menghadapi kondisi yang sama yaitu suatu persalinan. Hal ini dikarenakan ibu multipara telah memiliki pengalaman pada persalinan sebelumnya.

b) Usia

Usia muda cenderung dikaitkan dengan kondisi psikologis yang masih labil, yang memicu terjadinya kecemasan sehingga nyeri yang dirasakan menjadi lebih berat. Usia juga dipakai sebagai salah satu faktor dalam menentukan toleransi terhadap nyeri.

c) Aktifitas fisik

Aktifitas ringan bermanfaat mengalihkan perhatian dan mengurangi rasa sakit menjelang persalinan, selama itu tidak melakukan latihan-latihan yang tidak terlalu keras dan berat,

serta menimbulkan keletihan pada wanita karena hal ini justru akan memicu nyeri yang lebih berat.

d) Kondisi psikologis

Situasi dan kondisi psikologis yang labil memegang peranan penting dalam memunculkan keletihan pada wanita karena hal ini justru akan memicu nyeri yang lebih berat.

2) Faktor eksternal

a) Agama

Semakin kuat kualitas keimanan seseorang, mekanisme pertahanan tubuh terhadap nyeri semakin baik karena berkaitan dengan kondisi psikologis yang relatif stabil.

b) Lingkungan fisik

Lingkungan yang terlalu ekstrem, seperti perubahan cuaca, panas, dingin, ramai, bising, memberikan stimulus terhadap tubuh yang memicu terjadinya nyeri.

c) Budaya

Budaya tertentu akan memengaruhi respons seseorang terhadap nyeri.

d) *Support system*

Tersedianya sarana dan *support system* yang baik dari lingkungan dalam mengatasi nyeri, dukungan dari keluarga dan orang terdekat sangat membantu mengurangi rangsang nyeri yang dialami oleh seseorang saat menghadapi persalinan.

e) Sosial ekonomi

Tersedianya sarana dan lingkungan yang baik dapat membantu mengatasi rangsang nyeri yang dialami.

f) Komunikasi

Komunikasi tentang penyampaian informasi yang berkaitan dengan hal-hal seputar nyeri persalinan, bagaimana mekanismenya, apa penyebabnya, cara mengatasi, dan apakah hal ini wajar akan memberikan dampak yang positif terhadap manajemen nyeri. Komunikasi yang kurang akan menyebabkan ibu dan keluarga tidak tahu bagaimana yang harus dilakukan jika mengalami nyeri saat persalinan¹³.

3. Cara Menilai Skala Nyeri

Mengetahui tentang skala nyeri sangat penting bagi petugas kesehatan yang merawat pasien untuk menilai tingkatan rasa nyeri pasien. Skala nyeri yang sering digunakan adalah:

a. *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

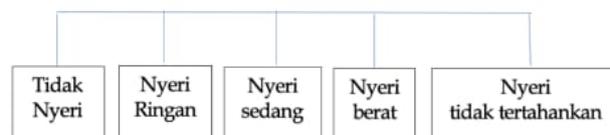
Skala nyeri yang satu ini tergolong mudah untuk dilakukan, yaitu hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhannya. Skala penilaian seperti pada gambar 1

Keterangan:

- 1) Skala nyeri 0 : Nyeri tidak terasa
- 2) Skala nyeri 1-3 : Nyeri ringan seperti gatal, kesetrum,nyutyutan, perih
- 3) Skala nyeri 4-6 : Nyeri sedang seperti kram, kaku, terbakar, ditusuk-tusuk.
- 4) Skala nyeri 7-9 : nyeri berat namun masih dapat dikontrol oleh pasien
- 5) Skala nyeri 10 : nyeri berat dan dirasakan yang tidak dapat dikontrol pasien

c. Skala Deskripsi Verbal (*Verbal Description Scale / VDS*)

Skala deskripsi verbal merupakan skala deskripsi rasa nyeri dengan bantuan garis dengan kategori level tidak nyeri sampai nyeri tidak tertahankan. Gambar VDS adalah sebagai berikut: ini adalah bagan Skala Deskripsi Verbal (VDS).

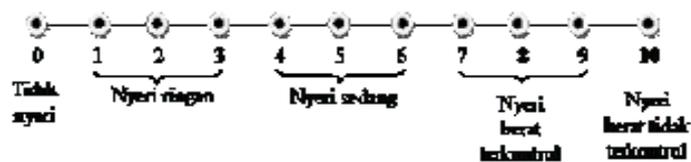


Gambar 3. Bagan Skala Deskripsi Verbal (*Verbal Description Scale / VDS*)

d. Skala Penilaian Numerik/NRS

Skala penilaian numerik merupakan skala penilaian dengan deskripsi nomor 0 sampai dengan 10. Pemakaian NRS dapat

menggantikan atau mendampingi VDS. Nilai 0 pada NRS berarti tidak nyeri. Nilai 1-3 merupakan nyeri ringan, berarti pasien masih dapat melakukan komunikasi dengan baik. Nyeri sedang dinilai dengan angka 4-6 jika pasien masih bisa mengikuti intruksi tetapi menunjukkan gejala-gejala nyerinya seperti menyeringai atau mendesis. Nilai 7-9 merupakan nyeri berat yang ditandai dengan pasien yang masih bisa menunjukkan daerah nyeri dan masih merespon tindakan tetapi sulit mengikuti arahan. Nilai 10 diberikan untuk menjelaskan nyeri hebat di mana pasien sudah tidak mampu menerima perintah maupun berkomunikasi. Skala penilaian seperti pada gambar 4



Gambar 4. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Keterangan :

- 1) 0 : Tidak ada nyeri
- 2) 1-3 : Nyeri ringan (klien dapat berkomunikasi dengan baik)
- 3) 4-6 : Nyeri sedang (mendesis, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik)
- 4) 7-9 : Nyeri berat (klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat

menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi)

5) 10 : Nyeri paling berat (tidak mampu berkomunikasi dan memukul)

e. VAS modifikasi

Sesuai namanya penilaian nyeri ini memodifikasi VAS dengan stiker wajah yang terdiri dari yang tidak nyeri, sedikit, sedang, nyeri berat, sangat nyeri dan nyeri tak tertahankan. Skala penilaian seperti pada gambar 5



Gambar 5. VAS modifikasi

f. Ekspresi nyeri

Banyak klien tidak melaporkan atau mendiskusikan rasa ketidaknyamanan. Pengkajian nyeri lebih sulit karena banyak tenaga medis yakin bahwa klien akan melaporkan keluhan nyeri. Ketika mengalami. Namun hal ini tidak selalu benar. Klien pertama-tama harus mempersepsikan suatu kebutuhan untuk melaporkan nyeri dan kemudian mempercayai tenaga medis dan kemudian mempersepsikan kesediaan tenaga medis untuk membantu sebelum klien dapat mendiskusikan nyeri secara terbuka. Apabila klien

merasa bahwa tenaga medis meragukan bahwa ia merasakan nyeri maka klien akan mengungkapkan sedikit informasi tentang apa yang dirasakan. Tenaga medis harus mengembangkan hubungan terapeutik yang positif dan memberi waktu kepada pasien untuk mendiskusikan nyeri dan memberi posisi yang nyaman pada pasien untuk mendiskusikan nyeri dan memberi posisi yang nyaman pada pasien. Tenaga medis mempelajari cara verbal dan non verbal pasien dalam mengkomunikasikan rasa ketidaknyamanan. Meringis, menekuk salah satu bagian tubuh, dan postur tubuh yang tidak lazim merupakan contoh ekspresi nyeri secara non verbal.

Klien yang tidak mampu berkomunikasi efektif seringkali membutuhkan perhatian khusus selama melakukan pengkajian. Anak-anak, individu yang mengalami keterlambatan perkembangan, pasien yang menderita psikosis, pasien yang sedang dalam kondisi kritis, pasien yang mengalami demensia, dan pasien yang tidak bisa berbicara bahasa Indonesia membutuhkan pendekatan dengan cara yang berbeda. Pernyataan verbal anak-anak merupakan hal yang paling penting. Anak-anak yang masih kecil mungkin tidak bisa mengerti makna “nyeri” sehingga dalam melakukan pengkajian tenaga medis perlu menggunakan kata-kata seperti “ouh”, aduh, “sakit”. Untuk pasien yang mengalami gangguan kognitif. Perlu menggunakan pengkajian yang

sederhana,yakni dengan melakukan observasi ketta perubahan perilaku pasien.

Sumber kemungkinan kesalahan dalam pengkajian nyeri:

- 1) Bias, yang menyebabkan tenaga medis konsisten salah dalam memperkirakan nyeri yang pasien rasakan baik terlalu berlebihan atau kurang pada nyeri yang dirasakan pasien.
- 2) Pertanyaan yang diajukan dalam pengkajian tidak jelas atau samar-samar sehingga data yang dihasilkan tidak dapat diandalkan.
- 3) Penggunaan alat pengkajian nyeri yang belum terbukti dapat dipercaya dan valid pada kelompok pasien yang identik (alat pengkajian yang dapat dipercaya tentang perubahan klinis yang relevan)
- 4) Pasien yang tidak selalu memberikan informasi nyeri yang akurat, lengkap dan berhubungan.
- 5) Pasien yang mungkin tidak memiliki pengetahuan medis yang cukup mampu memilih informasi untuk membantu.

Pendekatan klinis rutin terhadap pengkajian dan penatalaksanaan “ABCD” nyeri:

- 1) *Aks*/Tanyakan nyeri secara teratur
- 2) *Assess*/kaji nyeri secara sistematis
- 3) *Believe*/percaya apa yang dilaporkan klien dan keluarga serta apa yang mereka lakukan untuk menghilangkan nyeri

- 4) *Choose*/pilih cara mengontrolan nyeri yang cocok untuk klien, keluarga dan kondisi.
- 5) *Deliver*/ berikan intervensi secara terjadwal, logis dan terkoordinasi
- 6) *Empower*/dayagunkan klien dan keluarga mereka
- 7) *Enable* / mampukan mereka mengontrol pengobatan sejauh yang dapat dilakukan¹⁴.

4. *Massage Effleurage*

a. Pengertian

Massage effleurage adalah pijatan ringan dengan menggunakan jari tangan, biasanya pada perut dan punggung, seirama dengan pernapasan saat kontraksi¹⁵. *Massage effleurage* adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan tangan melekat pada bagian-bagian tubuh yang digosok dengan ringan dan menenangkan¹⁶. *Massage effleurage* bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, menghangatkan otot abdomen, dan meningkatkan relaksasi fisik dan mental. *Massage effleurage* merupakan teknik relaksasi fisik. *Effleurage* (bentuk *massage* dengan menggunakan telapak tangan yang memberi tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang)¹⁷

b. Manfaat

- 1) Meningkatkan peredaran darah kulit, dan merangsang susunan sensorik kulit secara berirama.

- 2) Meningkatkan peredaran darah otot dan menghilangkan tegangan serabut-serabut otot.
 - 3) Memperbaiki gangguan ikat-ikat (ligamentum).
 - 4) Melancarkan peredaran darah dan limfe.
 - 5) Merangsang susunan saraf secara berirama untuk mencapai efek seudatif (merangsang dan menenangkan).
 - 6) Jaringan lemak : tidak terpengaruh oleh massage
 - 7) Mengurangi ketegangan otot
 - 8) Meningkatkan rileksasi fisik dan psikologi¹⁸.
- c. Teknik *Massage effleurage*

Tehnik *massage effleurage* merupakan salah satu non farmakologis yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. *Massage effleurage* berupa usapan lembut, lambat, dan panjang tidak putus-putus. Bisa dilakukan dengan posisi miring, tehnik massage ini menimbulkan efek relaksasi dan menciptakan perasaan nyaman.

Berikut langkah-langkah melakukan *massage effleurage* :

- 1) Mengatur posisi senyaman mungkin seperti miring ke kiri atau duduk.
- 2) Tarik nafas dalam melalui hidung dan mengeluarkan secara perlahan melalui mulut hingga merasa rileks.
- 3) Melakukan *massage effleurage* dengan menggunakan minyak zaitun atau *lotion*.

- 4) Pada saat timbulnya kontraksi jari-jari tangan rapat mencakup otot, gosokan menuju arah jantung dan dilakukan secara berirama dan kontinyu¹⁷.

Dengan merangsang titik di sepanjang meridian *medulla spinalis* yang ditransmisikan melalui serabut saraf besar ke *formatio retikularis*, *thalamus*, dan sistem *limbic* tubuh akan melepaskan *endorfin*. *Massage effleurage* pada area punggung menstimulasi serabut taktil kulit sehingga sinyal nyeri dapat dihambat dan *korteks serebri* tidak menerima sinyal nyeri tersebut, nyeri yang dirasakanpun dapat berkurang/menurun¹⁹.

Massage effleurage ini dilakukan selama ± 10 menit pada saat terjadinya kontraksi dan berikan *lotion* atau minyak/*baby oil* tambahan jika dibutuhkan merupakan tehnik *massage effleurage* yang aman, muda untuk dilakukan, tidak memerlukan banyak alat, tidak memerlukan biaya yang banyak, tidak memiliki efek samping dan dapat dilakukan sendiri ataupun dengan bantuan orang lain¹⁶.

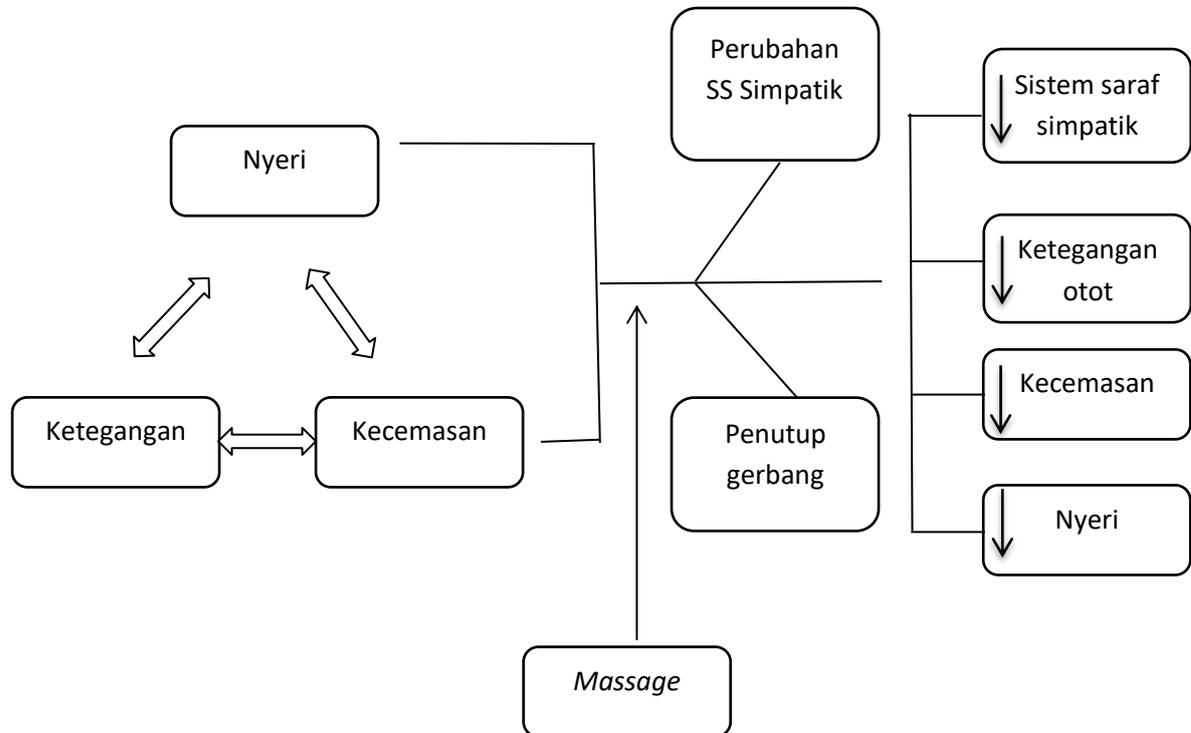
d. Mekanisme Kerja *Massage Effleurage*

Massage effleurage dapat memberikan efek rasa nyaman, menimbulkan relaksasi, serta merangsang pengeluaran hormon *endorphin* yang dapat menghilangkan rasa sakit secara ilmiah yang di dukung oleh teori Melzack and Wall tentang *Gate Control Theory*. Teori ini menjelaskan tentang dua macam serabut saraf berdiameter kecil dan serabut saraf berdiamter besar yang

mempunyai fungsi yang berbeda. Impuls rasa sakit yang dibawa oleh saraf yang berdiameter kecil menyebabkan *gate control* *dispinal cord* membuka dan impuls diteruskan ke *korteks serebral* sehingga akan menimbulkan rasa sakit. Tetapi impuls rasa sakit ini dapat di blok dengan memberikan rangsangan pada saraf yang berdiameter besar yang menyebabkan *gate control* akan tertutup dan rangsangan berupa usapan pada saraf yang berdiameter besar yang banyak pada kulit, harus dilakukan awal rasa sakit atau sebelum impuls rasa sakit yang dibawa oleh saraf yang berdiameter kecil mencapai *korteks serbral*. Ketika dilakukan *massage effleurage* terjadilah hambatan nyeri kontraksi uterus, karena pada saat itu serabut Delta A akan menutup gerbang sehingga *cortex cerebry* tidak menerima pesan nyeri yang sudah diblokir oleh *counter* stimulasi masase ini sehingga persepsi nyeri dapat berubah²⁰.

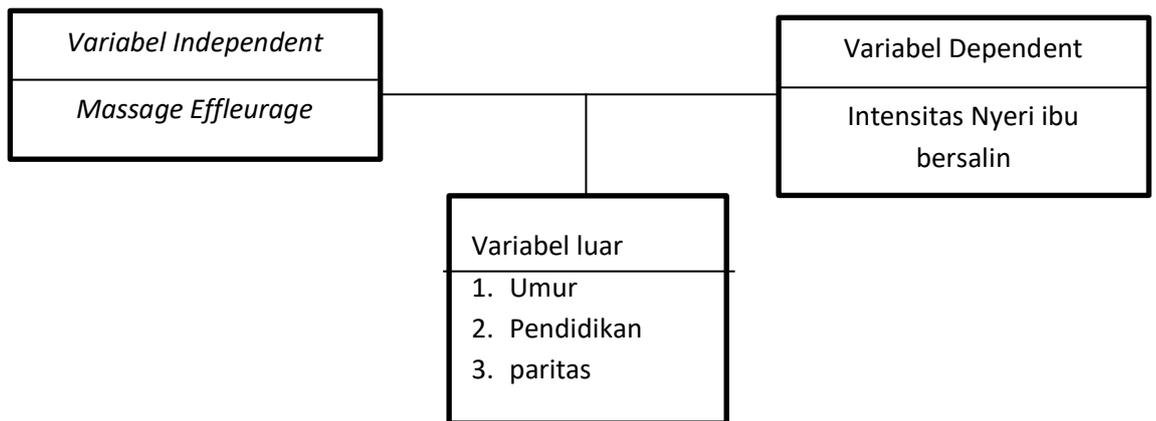
Sensasi menyenangkan pada saat *effleurage massage* merangsang *nukleus* pada otak untuk menurunkan aktivitas saraf tulang belakang dan membantu melepaskan *opioid endogenous* sebagai *inhibitor neurotransmitter* (penghambat) respon nyeri untuk tiba di otak, selanjutnya intensitas nyeri ke pusat terhambat¹⁶.

B. Kerangka Teori



Gambar 6. Kerangka teori Pengaruh antara *Massage* dan nyeri berdasarkan teori *gate control*

C. Kerangka Konsep



Gambar 7. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ada pengaruh *Massage effleurage* Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Ibu Bersalin di PMB Emi Narimawati Kabupaten Bantul.