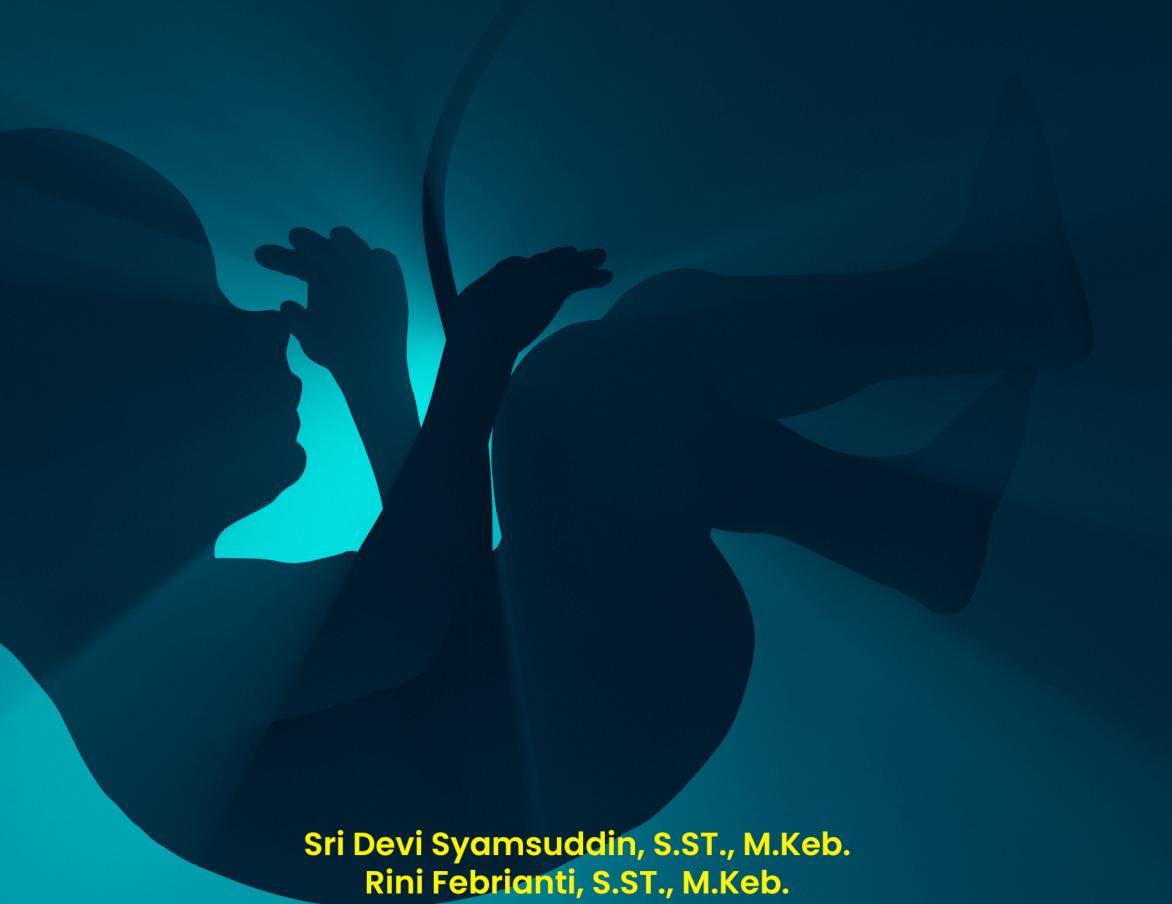


PERSALINAN DAN EVIDENCE BASED



Sri Devi Syamsuddin, S.ST., M.Keb.

Rini Febrianti, S.ST., M.Keb.

Tri Yubiah, SST., M.Keb.

Eka Fadillah Bagenda, S.ST., M.Keb.

Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.

Berliana Irianti, S.SiT, M.Keb

PERSALINAN DAN EVIDENCE BASED

Sri Devi Syamsuddin, S.ST., M.Keb.

Rini Febrianti, S.ST., M.Keb.

Tri Yubiah, SST., M.Keb.

Eka Fadillah Bagenda, S.ST., M.Keb.

Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.

Berliana Irianti, S.SiT, M.Keb



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

PERSALINAN DAN EVIDENCE BASED

Penulis:

Sri Devi Syamsuddin, S.ST., M.Keb.

Rini Febrianti, S.ST., M.Keb.

Tri Yubiah, SST., M.Keb.

Eka Fadillah Bagenda, S.ST., M.Keb.

Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.

Berliana Irianti, S.SiT, M.Keb

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-09-3298-4

Cetakan Pertama: **Januari, 2023**

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak
sebagian atau
seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Segala puji bagi Allah, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ajar. Tak lupa juga mengucapkan shalawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW, karena berkat beliau, kita mampu keluar dari kegelapan menuju jalan yang lebih terang.

Kami ucapan juga rasa terima kasih kami kepada pihak-pihak yang mendukung lancarnya buku referensi ini dari proses penulisan hingga proses cetak, yaitu orang tua kami, rekan-rekan kami, penerbit, dan terkhusus kepada Team Optimal.

Adapun, buku ajar kami yang berjudul ‘Buku Referensi: Persalinan dan Evidence Based’ ini telah selesai kami buat secara semaksimal dan sebaik mungkin agar menjadi manfaat bagi pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan mengenai bagaimana penelitian kebidanan terkait evidence based persalinan.

Dalam buku ini, tertulis teori-teori terbarukan terkait persalinan dan juga bagaimana materi yang disajikan yang relevan dengan mata kuliah mengenai Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir yang menjadi pegangan bagi mahasiswa dan dosen yang menempuh studi tersebut.

Kami sadar, masih banyak luput dan kekeliruan yang tentu saja jauh dari sempurna tentang buku ini. Oleh sebab itu, kami mohon agar pembaca memberi kritik dan juga saran terhadap karya buku referensi ini agar kami dapat terus meningkatkan kualitas buku.

Demikian buku ajar ini kami buat, dengan harapan agar pembaca dapat memahami informasi dan juga mendapatkan wawasan mengenai penelitian persalinan yang terevidence based serta dapat bermanfaat bagi masyarakat dalam arti luas. Terima kasih.

Jakarta, 2 Desember 2022

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|------------|
| PRAKATA..... | iii |
| DAFTAR ISI | iv |
| KETUBAN PECAH DINI DAN ASFIKSIA PADA BAYI BARU LAHIR..... | 1 |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 3 |
| BAB 2 METODOLOGI | 7 |
| BAB 3 TEORI MUTAKHIR..... | 9 |
| BAB 4 PEMBAHASAN..... | 21 |
| DAFTAR PUSTAKA | 27 |
| PENERAPAN INISIASI MENYUSUI DINI (IMD) OLEH BIDAN DALAM UPAYA MENINGKATKAN KEBERHASILAN ASI ESKLUSIF..... | 29 |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 31 |
| BAB 2 METODOLOGI | 37 |
| BAB 3 TEORI MUTAKHIR..... | 39 |
| BAB 4 PEMBAHASAN..... | 63 |
| DAFTAR PUSTAKA | 69 |
| EVIDENCE BASED MIDWIFERY DALAM PERSALINAN | 73 |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 75 |
| BAB 2 METODOLOGI | 77 |
| BAB 3 TEORI MUTAKHIR..... | 79 |
| BAB 4 PEMBAHASAN..... | 81 |
| DAFTAR PUSTAKA | 101 |
| HUBUNGAN BERAT BADAN LAHIR BAYI DAN DURASI HIS DENGAN LAMA INPARTU KALA II PADA IBU BERSALIN | 103 |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 105 |
| BAB 2 METODOLOGI | 109 |
| BAB 3 TEORI MUTAKHIR..... | 115 |
| BAB 4 PEMBAHASAN..... | 141 |
| DAFTAR PUSTAKA | 151 |
| PENGURANGAN NYERI PERSALINAN DENGAN APLIKASI IRFA CONTRACTION DAN TEHNIK REBOZO..... | 153 |

| | |
|--|------------|
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 155 |
| BAB 2 METODOLOGI | 159 |
| BAB 3 TEORI MUTAKHIR..... | 165 |
| BAB 4 PEMBAHASAN..... | 183 |
| DAFTAR PUSTAKA | 189 |
| PENGARUH AKUPRESUR TERHADAP INTENSITAS NYERI PERSALINAN | |
| KALA I FASE AKTIF | 191 |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 193 |
| BAB 2 METODOLOGI | 195 |
| BAB 3 TEORI MUTAKHIR..... | 197 |
| BAB 4 PEMBAHASAN..... | 217 |
| DAFTAR PUSTAKA | 225 |
| PENUTUP..... | 229 |
| GLOSARIUM | 230 |
| INDEKS | 231 |
| PROFIL PENULIS..... | 233 |

KETUBAN PECAH DINI DAN ASFIKSIA PADA BAYI BARU LAHIR



BAB 1

PENDAHULUAN

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia terus menurun setiap tahun. Namun, jalan memerangi AKB masih panjang. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan dari tahun ke tahun AKB mengalami penurunan signifikan. Dari 68 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada 1991, hingga 24 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2017. AKB sebagian besar disebabkan oleh asfiksia (20-60%), infeksi (25-30%), bayi dengan berat lahir rendah (25-30%), dan ikterus (30-40%) (Eka Frelestanty and Yunida Haryanti 2021).

Adapun yang termasuk dalam faktor penyebab kematian bayi adalah Asfiksia neonatorum adalah keadaan gagal nafas yang ditentukan dengan nilai APGAR yang dihitung pada menit ke 1 dan menit ke 5 sesudah lahir. Nilai Apgar digunakan untuk menilai kriteria klinis bayi baru lahir yang menunjukkan beratnya asfiksia yang diderita dan baik sekali sebagai pedoman untuk menentukan penanganan selanjutnya. Penatalaksanaan yang tepat dan efektif pada asfiksia neonatorum dalam beberapa menit pertama kehidupan dapat mempengaruhi hasil jangka panjang terhadap kehidupan bayi prematur. Penatalaksanaan tergantung pada derajat asfiksia neonatorum yang telah dinilai dengan APGAR (Mayasari et al, 2018).

Sedangkan yang mempengaruhi kejadian asfiksia adalah ketuban pecah dini karena terjadinya oligohidramnion yang menekan tali pusat sehingga tali pusat mengalami penyempitan dan aliran darah yang membawa oksigen ibu ke bayi terhambat sehingga menimbulkan asfiksia neonatorum atau hipoksia pada janin. Ketuban pecah dini akan menyebabkan janin mengalami gangguan pada pemenuhan O₂ sehingga bisa terjadi hipoksia pada janin (Yanu dan Dwi, 2016).

Dampak pada janin jika ibu mengalami ketuban pecah dini bisa menimbulkan berbagai risiko kesehatan seperti rentan terkena infeksi. Risiko terbesar dari kondisi kantung ketuban pecah dini adalah infeksi

pada janin. Kantung dan cairan ketuban berfungsi sebagai pelindung untuk mencegah bakteri dan kuman lain masuk menginfeksi janin di dalam kandungan. Ketika selaput ketuban robek dan pecah sebelum waktunya, perlindungan tersebut akan musnah. Rentan mengalami masalah paru saat lahir Sebelum usia kehamilan 23 minggu, bayi membutuhkan air ketuban agar paru-paru mereka dapat berkembang secara normal. Apabila ketuban pecah dini, janin akan kehilangan air ketuban yang cukup banyak sehingga menghambat perkembangan paru-parunya. Hal ini dapat meningkatkan risiko penyakit paru pada bayi, salah satunya mengalami gagal nafas (asfiksia) ketika lahir (Novita dan Safitri, 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO) angka kematian bayi menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak dan setiap tahunnya, sebanyak 900.000 bayi baru lahir mengalami asfiksia, WHO menyatakan bahwa AKB akibat asfiksia di kawasan Asia Tenggara menempati urutan kedua yang paling tinggi yaitu sebesar 142 per 1000 setelah Afrika. Indonesia merupakan negara dengan AKB dengan asfiksia tertinggi kelima untuk Negara ASEAN yaitu 35 per 1000, dimana Myanmar 48 per 1000, Laos dan Timor Leste 48 per 1000, Kamboja 36 per 1000. ata prevalensi kejadianketubah pecah dini di dunia mencapai sekitar 70% (WHO, 2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, di Indonesia ibu bersalin dengan ketubanpecah dini dengan prevalensi 5.6%.

Salah satu faktor risiko yang menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum dari ibu adalah terjadinya ketuban pecah dini (KPD). KPD merupakan sumber persalinan prematuritas, infeksi dalam rahim terhadap ibu maupun janin yang cukup besar dan potensial. KPD memanjang adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terjadi proses persalinan yang dapat terjadi dua belas jam atau lebih setelah pecah ketuban pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu. Apabila persalinan tertunda sampai 24 jam dan tidak segera ditangani berisiko menyebabkan mordibitas dan mortalitas (Moewardi 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh I Gede Ketut Fendy Indrapermana Hubungan durasi ketuban pecah dini dengan asfiksia neonatorum di RSUD Negara tahun 2020 Penelitian ini menginklusi

sebanyak 220 ibu dengan KPD. Kejadian asfiksia neonatorum pada penelitian ini sebanyak 17,7%. Mayoritas pasien berusia 20-35 tahun (75,5%), memiliki paritas 3 (79,1%), melakukan persalinan dengan tindakan (63,6%) dan memiliki durasi KPD 6-12 jam (59,5%). Durasi KPD berhubungan signifikan dengan kejadian asfiksia neonatorum ($p<0,05$).

Data awal yang didapatkan di Rumah Sakit Umum Sawerigading Palopo jumlah bayi yang lahir dari januari sampai Juli 2022 sebanyak 60 orang sementara bayi yang mengalami asfiksia sebanyak 31 orang.

Berdasarkan uraian diatas sehingga peneliti penting untuk melakukan penelitian “hubungan riwayat ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia bayi baru lahir di Rumah Sakit Umum Sawerigading Palopo Tahun 2022.

BAB 2

METODOLOGI

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian survey analitik dengan metode pengamatan *cross sectional* yang merupakan penelitian dimana setiap subyek penelitian dilakukan pada waktu yang sama (Sugiyono, 2019).

Hubungan Riwayat Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir. Populasi pada penelitian ini adalah bayi di RSUD Sawerigading Palopo Tahun 2022 sebanyak 75 bayi. Sampel adalah sebagian jumlah populasi yang mewakili karakteristik populasi itu (Masturoh dan Anggita T, 2018). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian bayi baru lahir dengan asfiksia di RSUD Sawerigading Palopo sebanyak 33 bayi. Dimana jumlah sampel tersebut didapat dengan menggunakan Rumus Slovin.

Penentuan sampel < 1000 menggunakan rumus Slovin. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* yaitu Teknik pengambilan sampel dengan menentukan kriteria-kriteria tertentu (Sugiyono, 2019).

Analisis data pada penelitian ini melalui analisis univariat. Analisis univariate dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). yaitu variabel ketuban pecah dini dan asfiksia bayi baru lahir.

Untuk mengukur kualitas tidur bayi digunakan skala guttman untuk pernyataan positif bila di jawab ya nilainya 1 dan untuk tidak nilainya 0, sedangkan untuk pernyataan negative bila di jawab ya nilainya 0 dan tidak jawabnya 1. Untuk mengetahui pola tidur siang dianalisis dengan rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100$$

Keterangan :

P : Nilai yang didapat.

F : Skor yang didapat.

N : Skor maksimal

Kriteria :

Baik (76-100%)

Cukup (56-75%)

Kurang (< 56%)

Analisis bivariate yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010), yaitu kriteria variabel ketuban pecah dini dan asfiksia bayi baru lahir. Untuk mengetahui hubungan antara dua variabel apakah signifikansi atau tidak signifikan atau kebenaran $0,05$ dengan menggunakan uji SPSS. diolah menggunakan uji statistik chi Square dengan nilai $p < 0,05$ (Sugiyono, 2019). Jika $p < \alpha = 0,05$ maka ada hubungan riwayat ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

A. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda - tanda persalinan dan setelah ditunggu satu jam belum dimulainya tanda persalinan. Waktu sejak pecahnya ketuban sampai terjadi kontraksi rahim disebut kejadian ketuban pecah dini (Prawirohardjo 2020). ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.

Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan Lag Period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur Lag Period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi (Fujiyarti, 2016).

1. Etiologi

a. Infeksi

Ada 2 penyebab dari infeksi yaitu :

- 1) Infeksi genetalia Dari berbagai macam infeksi yang terjadi selama kehamilan disebabkan oleh candida candidiasis vaginalis, bakterial vaginosis dan trikomonas yang bisa menyebabkan kekurangannya kekuatan membran selaput ketuban sehingga akan terjadi ketuban pecah dini (Prawirohardjo 2020).
- 2) Infeksi (amnionitis/koreoamnitis) keadaan dimana koreon amnion dan cairan ketuban terkena infeksi bakteri. Amnionitis sering disebabkan group bakteri streptococcus

microorganisme, selain itu bakterioide fragilis, laktobacilli dan staphylococcus epidermidis adalah bakteri-bakteri yang sering ditemukan pada cairan ketuban. Bakteri tersebut melepaskan mediator inflamasi yang menyebabkan kontraksi uterus. Hal ini akan menyebabkan pembukaan servik dan pecahnya selaput ketuban.

b. Servik yang tidak mengalami kontraksi (Inkompetensi)

Inkompetensi servik dapat menyebabkan kehilangan kehamilan pada trimester kedua. Kelainan ini berhubungan dengan kelainan uterus yang lain seperti septum uterus dan bikornis. Bisa juga karena kasus bedah servik pada konisasi, produksi eksisi elektrosurgical, dilatasi berlebihan servik pada terminasi kehamilan atau bekas laserasi (Manuaba 2019).

c. Trauma

Trauma yang disebabkan misalnya hubungan seksual saat hamil baik dari frekuensi yang lebih 3 kali seminggu, posisi koitus yaitu suami diatas dan penetrasi penis yang terlalu dalam sebesar 37,50% memicu terjadinya ketuban pecah dini.

d. Faktor Paritas

Faktor Paritas seperti primipara dan multipara. Primipara yaitu wanita yang pernah hamil sekali dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Pada primipara berkaitan dengan kodisi psikologis, mencakup sakit saat hamil, gangguan fisiologis seperti emosi dan termasuk kecemasan pada kehamilan . Pada ibu yang pernah melahirkan beberapa kali dan mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlambat dekat, diyakini lebih beresiko akan mengalami ketuban pecah dini pada kehamilan berikutnya (Cunningham,2019)

e. Riwayat ketuban pecah dini

Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Hal ini karena akibat adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan pada preterm terutama pada pasien yang beresiko tinggi karena membran yang menjadi mudah rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya. (Manuaba, 2019)

- f. Tekanan intra uteri yang meningkat secara berlebihan
Pada *hidramnion* dan gemelli atau bayi besar (Cunningham, 2019).

- g. Usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun (primi tua)

Pada ibu hamil dengan usia yang terlalu muda keadaan uterus kurang matur untuk melahirkan sehingga rentan untuk mengalami ketuban pecah dini dan pada ibu hamil dengan usia lebih 35 tahun tergolong usia terlalu tua untuk melahirkan (primitua) sehingga beresiko tinggi untuk terjadi ketuban pecah dini (Sarwono, 2020).

2. Klasifikasi

Klasifikasi ketuban pecah dini klasifikasi ketuban pecah dini dibagi atas usia kehamilan yaitu: (Ernawati, 2020)

- a. Ketuban pecah dini atau disebut juga *Premature Rupture of Membrane* atau *Prelabour Rupture of Membrane* (PROM), adalah pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan aterm.
- b. Ketuban pecah prematur yaitu pecahnya membran korioamniotik sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 37 minggu atau disebut juga *Preterm Premature Rupture of Membrane* atau *Preterm Prelabour Rupture of Membrane* (PPROM).

3. Mekanisme Terjadinya Pecah Ketuban

Selaput ketuban yang membatasi rongga amnion terdiri atas amnion dan korion yang sangat erat ikatannya. Lapisan ini terdiri atas sel epitel, sel mesenkrim, dan sel trofoblas yang

terkait dalam matriks kolagen. Selaput ketuban berfungsi menghasilkan air ketuban serta melindungi janin terhadap infeksi. Ketuban pecah pada ibu hamil disebabkan oleh adanya kontraksi uterus dan peregangan yang berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia, yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh. Selaput ketuban pada kehamilan muda sangat kuat, pada trimester 3 selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal fisiologis. Ketuban pecah dini pada kehamilan prematur disebabkan oleh faktor-faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar ke vagina (Sarwono, 2020).

Mekanisme ketuban pecah dini ini terjadi karena pembukaan prematur servik dan membran terkait dengan pembukaan terjadi devolarisasi dan nekrosis serta dapat diikuti pecah spontan jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik, enzim kolagenase. Masa interval sejak ketuban pecah dini sampai terjadi kontraksi disebut fase laten (Manuaba, 2020).

4. Diagnosa

Menurut Sarwono (2020) menengakkan diagnosa ketuban pecah dini dapat dilakukan dengan berbagai cara yang meliputi:

- a. Menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina.
- b. Memeriksa cairan yang keluar biasanya berisi mekonium, vernik kaseosa, rambut lanugo dan kadang – kadang bau kalau ada infeksi.
- c. Dari pemeriksaan inspekulo terlihat keluar cairan ketuban dari servikalisis.
- d. Pemeriksaan dalam didapatkan cairan didalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi.

- e. Test nitrazin / kertas laksus merah berubah menjadi biru (basa) bila ketuhanan sudah pecah
- f. Pemeriksaan penunjang dengan menggunakan USG untuk membantu dalam menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak plasenta serta jumlah air ketuhanan.
- g. Pemeriksaan air ketuhanan dengan tes leukosit esterase, bila leukosit darah lebih dari $15.000/\text{mm}^3$, kemungkinan adanya infeksi.

5. Komplikasi

Varney (2019) komplikasi akibat ketuhanan pecah dini adalah:

a. Persalinan Prematur

Setelah ketuhanan pecah biasanya segera timbul persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuhanan pecah, sedangkan pada kehamilan 28-34 minggu 50% persalinan terjadi dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.

b. Infeksi

Resiko infeksi meningkat pada ibu dan janin , pada ibu terjadi korioamnionitis, pada bayi terjadi septikemia, pneumonia, dan pada umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuhanan pecah dini prematur infeksi lebih sering dari pada aterm.Secara umum insiden infeksi sekunder pada ketuhanan pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

c. Hipoksia dan Asfiksia

Dengan pecahnya ketuhanan akan terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuhanan , janin semakin gawat.

d. Sindrom Deformitas Janin

Bila ketuhanan pecah terlalu dini maka akan menyebabkan pertumbuhan janin terhambat. Komplikasi yang sering terjadi pada ketuhanan pecah dini sebelum

kehamilan 37 minggu adalah sindrom distres pernafasan, ini terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. resiko infeksi akan meningkat pada kejadian ketuban pecah dini, semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini prematur sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis. Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat bisa terjadi pada ketuban pecah dini. Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini preterm, kejadiannya hampir 100%, apabila ketuban pecah dini preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang 23 minggu.

6. Penatalaksanaan

Pastikan diagnosis terlebih dahulu kemudian tentukan umur kehamilan, evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin serta dalam keadaan inpartu terdapat gawat janin. Penanganan ketuban pecah dini dilakukan secara konservatif dan aktif, pada penanganan konservatif yaitu rawat di rumah sakit (Prawirohardjo, 2009). Masalah berat pada ketuban pecah dini adalah kehamilan dibawah 26 minggu karena mempertahankannya memerlukan waktu lama. Apabila sudah mencapai berat 2000 gram dapat dipertimbangkan untuk diinduksi. Apabila terjadi kegagalan dalam induksi makan akan disetai infeksi yang diikuti histerektomi. Pemberian kortikosteroid dengan pertimbangan akan menambah reseptor pematangan paru, menambah pematangan paru janin. Pemberian batametason 12 mg dengan interval 24 jam, 12 mg tambahan, maksimum dosis 24 mg, dan masa kerjanya 2-3 hari, pemberian betakortison dapat diulang apabila setelah satu minggu janin belum lahir.

Pemberian tokolitik untuk mengurangi kontraksi uterus dapat diberikan apabila sudah dapat dipastikan tidak terjadi infeksi korioamninitis. Meghindari sepsis dengan pemberian antibiotik profilaksis (Manuaba, 2008).

Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada ibu hamil aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit. Apabila janin hidup serta terdapat prolaps tali

pusat, pasien dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi sujud. Dorong kepala janin keatas dengan 2 jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin. Tali pusat di vulva dibungkus kain hangat yang dilapisi plastik. Apabila terdapat demam atau dikhawatirkan terjadinya infeksi saat rujukan atau ketuban pecah lebih dari 6 jam, makan berikan antibiotik penisilin prokain 1,2 juta UI intramuscular dan ampisislin 1 g peroral.

Pada kehamilan kurang 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tidak baring, diberikan sedatif berupa fenobarbital 3 x 30 mg. Berikan antibiotik selama 5 hari dan glukokortikosteroid, seperti deksametason 3 x 5 mg selama 2 hari. Berikan pula tokolisis, apabila terjadi infeksi maka akhiri kehamilan. Pada kehamilan 33-35 minggu, lakukan terapi konservatif selama 24 jam kemudian induksi persalinan. Pada kehamilan lebih dari 36 minggu dan ada his maka pimpin meneran dan apabila tidak ada his maka lakukan induksi persalinan. Apabila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan pembukaan kurang dari 5 cm atau ketuban pecah lebih dari 6 jam pembukaan kurang dari 5 cm.

Sedangkan untuk penanganan aktif yaitu untuk kehamilan > 37 minggu induksi dengan oksitosin, apabila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat diberikan misoprostol 25 μ g – 50 μ g intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.

B. Tinjauan Tentang Asfiksia

1. Pengertian

Asfiksia neonatorum adalah suatu kondisi yang terjadi ketika bayi tidak mendapatkan cukup oksigen selama proses kelahiran (Mendri & Sarwo prayogi, 2019).

2. Etiologi

Pengembangan paru-paru neonatus terjadi pada menit-menit pertama kelahiran dan kemudian disusul dengan pernapasan teratur, bila terjadi gangguan pertukaran gas atau pengangkutan oksigen dari ibu ke janin akan terjadi asfiksia

janin atau neonatus. Gangguan ini dapat timbul pada masa kehamilan, persalinan atau segera setelah kelahiran (Jumiarni et al., 2019). Penyebab kegagalan pernapasan pada bayi yang terdiri dari: faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin dan faktor persalinan (Jumiarni et al., 2019).

Faktor ibu meliputi hipoksia pada ibu yang terjadi karena hipoventilasi akibat pemberian obat analgetika atau anestesia dalam, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, gravida empat atau lebih, sosial ekonomi rendah, setiap penyakit pembuluh darah ibu yang mengganggu pertukaran gas janin seperti: kolesterol tinggi, hipertensi, hipotensi, jantung, paru-paru / TBC, ginjal, gangguan kontraksi uterus dan lain-lain. Faktor plasenta meliputi solusio plasenta, perdarahan plasenta, plasenta kecil, plasenta tipis, plasenta tidak menempel pada tempatnya. Faktor janin atau neonatus meliputi tali pusat menumbung, tali pusat melilit leher, kompresi tali pusat antara janin dan jalan lahir, gemeli, IUGR, premature, kelainan kongenital pada neonatus dan lain-lain. Faktor persalinan meliputi partus lama, partus dengan tindakan, dan lain-lain (Jumiarni et al., 2019).

3. Patofisiologi

Asfiksia pembuluh darah arteriol yang ada di paru-paru bayi masih dalam keadaan kontriksi dan hampir seluruh darah dari jantung kanan tidak dapat melalui paru-paru sehingga darah dialirkkan melalui duktus arteriosus kemudian masuk ke aorta namun suplai oksigen melalui plasenta ini terputus ketika bayi memasuki kehidupan ekstrauteri (Masruroh, 2019). Hilangnya suplai oksigen melalui plasenta pada masa ekstrauteri menyebabkan fungsi paru neonatus diaktifkan dan terjadi perubahan pada alveolus yang awalnya berisi cairan kemudian digantikan oleh oksigen. Proses penggantian cairan tersebut terjadi akibat adanya kompresi dada (toraks) bayi pada saat persalinan kala II dimana saat pengeluaran kepala, menyebabkan badan khususnya dada (toraks) berada di jalan lahir sehingga terjadi kompresi dan cairan yang terdapat dalam

paru dikeluarkan (Manuaba, 2020). Setelah toraks lahir terjadi mekanisme balik yang menyebabkan terjadinya inspirasi pasif paru karena bebasnya toraks dari jalan lahir, sehingga menimbulkan perluasan permukaan paru yang cukup untuk membuka alveoli. Besarnya tekanan cairan pada dinding alveoli membuat pernapasan yang terjadi segera setelah alveoli terbuka relatif lemah, namun karena inspirasi pertama neonatus normal sangat kuat menimbulkan tekanan yang lebih besar ke dalam intrapleura sehingga semua cairan alveoli dapat dikeluarkan (Hall & Guyton, 2019).

4. Diagnosa

Neonatus yang mengalami asfiksia neonatorium biasa didapatkan riwayat gangguan lahir, lahir tidak bernafas dengan adekuat, riwayat ketuban bercampur mekoneum. Temuan klinis yang didapat pada neonates dengan asfiksia neonatorum dapat berupa lahir tidak bernafas/megap-mgap, denyut jantung $<100x/\text{menit}$, kulitsianosis atau pucat dan tonus otot yang melemah. Secara klinis dapat digunakan skor APGAR pada menit ke-1, 5 dan 10 untuk mendiagnosa dan mengklasifikasikan derajat asfiksia secara cepat. Skor APGAR merupakan metode obyektif untuk menilai kondisi bayi baru lahir dan berguna untuk memberikan informasi mengenai keadaan bayi secara keseluruhan dan keberhasilan tindakan resusitasi. Walaupun demikian, tindakan resusitasi harus dimulai sebelum perhitungan pada menit pertama. Jadi skor APGAR tidak digunakan untuk menentukan apakah seorang bayi memerlukan resusitasi, langkah mana yang dibutuhkan atau kapan kita menggunakan. Ada tiga tanda utama yang digunakan untuk menentukan bagaimana dan kapan melakukan resusitasi (pernapasan, frekuensi jantung, warna kulit) dan ini merupakan bagian dari skor APGAR. Dua tanda tambahan (tonus otot dan refleks rangsangan) menggambarkan keadaan neurologis. Skor APGAR biasanya dinilai pada menit 1 kemudian pada menit ke 5. Jika nilainya pada menit ke 5 kurang dari 7, tambahan penilaian harus

dilakukan setiap 5 menit sampai 20 menit. Walaupun skor APGAR bukan merupakan nilai prediksi yang baik untuk hasil, akan tetapi perubahan nilai yang terjadi pada saat resusitasi dapat menggambarkan bagaimana bayi memberikan respon terhadap tindakan resusitasi (Maryuni 2019).

5. Tanda

- a. Frekuensi jantung lebih dari 100/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, refleks iritabilitas tidak ada.
- b. Frekuensi jantung kurang dari 100 x permenit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan kadang-kadang pucat, refleks iritabilitas tidak ada. Pada asfiksia dengan henti jantung yaitu bunyi jantung fetus menghilang tidak lebih dari 10 menit sebelum lahir lengkap atau bunyi jantung menghilang post partum, sama pada asfiksia berat (Maryuni 2019).

6. Komplikasi

Asfiksia neonatorium pada bayi baru lahir dapat menimbulkan komplikasi pada berbagai organ, yaitu :

- a. Otak: hipoksia iskemik ensefalopati, edema serebral, kecacatan cerebral palsy.
- b. Jantung dan paru-paru: hipertensi pulmonal presisten pada neonatus, perdarahan paru dan edema paru.
- c. Gastrointestinal: enterokolitisnekrotikana
- d. Ginjal: tubular nekrosis akut, SIADH
- e. Hematologi (Cunningham 2020).

7. Manifestasi Klinis

Bayi tidak bernapas atau napas megap-megap, denyut jantung kurang dari 100 x/menit, kulit sianosis, pucat, tonus otot menurun, tidak ada respon terhadap refleks rangsangan (Sembiring, 2018).

Tabel 3.1
Klasifikasi Asfiksia Berdasarkan APGAR Score

| Tanda | 0 | 1 | 2 |
|-------------------|------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Frekuensi Jantung | Tidak ada | Kurang dari 100 X/menit | Lebih dari 100 X/menit |
| Usaha Bernafas | Tidak ada | Lambat, Tidak Teratur | Menangis Kuat |
| Tonus Otot | Lumpuh | Ekstremitas Fleksi Sedikit | Gerakan Aktif |
| Refleks | Tidak ada | Gerakan Sedikit | Menangis |
| Warna Kulit | Biru/Pucat | Tubuh Kemerahan, Ekstremitas Biru | Tubuh dan Ekstremitas Kemerahan |

Keterangan:

- 1). Nilai 0-3 : Asfiksia berat
- 2). Nilai 4-6 : Asfiksia sedang
- 3). Nilai 7-10 : Normal

8. Asfiksia neonatorum di klasifikasikan Margaretha, 2020 :

- a. Asfiksia Ringan (*vigorous baby*) Skor APGAR 7-10, bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa.
- b. Asfiksia sedang (*mild moderate asfiksia*) Skor APGAR 4-6, pada pemeriksaan fisik akan terlihat frekuensi jantung lebih dari 100/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, reflek iritabilitas tidak ada.
- c. Asfiksia Berat Skor APGAR 0-3, pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100 x per menit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan kadang-kadang pucat, reflek iritabilitas tidak ada. Pada asfiksia dengan henti jantung yaitu bunyi jantung fetus menghilang tidak lebih dari 10 menit sebelum lahir lengkap atau bunyi jantung menghilang post partum, pemeriksaan fisik sama pada asfiksia berat.

BAB 4

PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Tabel 4.1

Karakteristik Responden Berdasarkan Berat Badan Lahir Di RSUD
Sawerigading Palopo Tahun 2022

| Karakteristik responden | frekuensi | (%) |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Berat badan lahir | | |
| < 2500 gram | 7 | 21 |
| 2500 gram -4000 gram | 26 | 79 |
| Gestasi | | |
| 35-37 minggu | 8 | 24,24 |
| 38-41 minggu | 25 | 75,76 |
| Jenis persalinan | | |
| Persalinan normal | 12 | 36,36 |
| Persalinan Sectio sesarea | 21 | 63,64 |
| Total | 33 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.1 karakteristik responden berdasarkan berat badan lahir dimana terdapat 7 bayi (21%) dengan berat badan lahir < 2500 gram, dan 26 bayi (79%) dengan berat badan 2500-4000 gram. Gestasi 35-37 minggu terdapat 8 bayi (24,24%), gestasi 38-41 minggu sebanyak 25 bayi (75,76%), jenis persalinan normal 12 bayi (36,36%) dan persalinan section sesarea sebanya 21 bayi (63,64%).

2. Ketuban Pecah Dini

Tabel 4.2

Distribusi frekuensi Ketuban pecah dini di RSUD Sawerigading
Palopo tahun 2022

| Ketuban pecah dini | frekuensi | (%) |
|--------------------|-----------|-------------|
| Ya | 28 | 84,8 |
| Tidak | 5 | 15,2 |
| Total | 33 | 100% |

Sumber : RSUD Sawerigading Palopo tahun 2022

Tabel 4.2 menggambarkan bahwa dari 33 bayi terdapat 28 bayi lahir (84,8%) riwayat ketuban pecah dini dan 5 bayi lahir (15,2%) tidak ada riwayat ketuban pecah dini.

3. Asfiksia

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Kejadian Asfiksia di RSUD Sawerigading
Palopo Tahun 2022

| Asfiksia | frekuensi | (%) |
|--------------|-----------|-------------|
| Sedang | 29 | 87,9 |
| Ringan | 4 | 12,1 |
| Total | 33 | 100% |

Sumber : Data Primer Tahun 2022

Tabel 4.3 menggambarkan bahwa dari 33 bayi terdapat 29 bayi lahir (87,9 %) mengalami asfiksia sedang, 4 bayi lahir (12,1%) yang mengalami asfiksia ringan saat lahir.

4. Hubungan riwayat ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia di RSUD Sawerigading Palopo Tahun 2022

Tabel 4.4
Hubungan Riwayat Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian Asfiksia
Di RSUD Sawerigading Palopo Tahun 2022

| Ketuban pecah dini | asfiksia | | | | Total | Value | | |
|-----------------------|----------|----|--------|----|-------|-------|--|--|
| | Sedang | | Ringan | | | | | |
| | N | % | N | % | | | | |
| ya | 26 | 79 | 2 | 6 | 28 | 85 | | |
| Tidak | 3 | 9 | 2 | 6 | 5 | 15 | | |
| Total | 29 | 88 | 4 | 12 | 33 | 100 | | |

*Uji Chi Square

Pada tabel 4.4 diatas menunjukkan bahwa dari 33 bayi terdapat 29 bayi (88%) yang mengalami asfiksia sedang dimana dari 29 bayi tersebut terdapat 3 bayi (9%) yang mengalami asfiksia namun tidak ada riwayat ketuban pecah dini pada ibu, 4 bayi (12%) yang melangalami asfiksia ringan dimana pada asfiksia ringan ini terdapat 2 bayi (6%) yang mengalami asfiksia namun tidak terdapat riwayat ketuban pecah dini pada ibu, sehingga hasil uji statistic secara komputerisasi dengan menggunakan uji chi square didapat

nilai p adalah $0.038 < 0,05$ sehingga disimpulkan bahwa H_0 di tolak dan H_a diterima yang berarti ada hubungan riwayat ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia di RSUD Sawerigading Palopo Tahun 2022.

B. Pembahasan

Dari 33 responden terdapat 29 bayi (88 %) yang mengalami asfiksia sedang dimana dari 29 bayi tersebut terdapat 3 bayi (9%) yang mengalami asfiksia namun tidak ada riwayat ketuban pecah dini pada ibu, 4 bayi (12%) yang mengalami asfiksia ringan dimana pada asfiksia ringan ini terdapat 2 bayi (6%) yang mengalami asfiksia namun tidak terdapat riwayat ketuban pecah dini pada ibu, sehingga hasil uji statistic secara komputerisasi dengan menggunakan uji *chi square* didapat nilai p adalah $0.038 < 0,05$ sehingga disimpulkan bahwa H_0 di tolak dan H_a diterima yang berarti ada hubungan riwayat ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia di RSUD Sawerigading Palopo Tahun 2022

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak. Komplikasi yang biasa terjadi pada KPD meliputi ; (a) mudah terjadinya infeksi intra uterin, (b) partus prematur, (c) prolaps bagian janin terutama tali pusat (Manuaba 2019).

Masalah KPD merupakan salah satu komplikasi yang terjadi dalam kehamilan dan persalinan. Sujiyatini dkk. (2009) mengatakan bahwa di Indonesia persalinan yang didahului dengan kejadian KPD masih relatif besar yaitu pada kisaran 6 % - 20%. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan dunia dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi asenden. Kejadian KPD dapat memberikan berbagai komplikasi terhadap ibu dan janin, komplikasi paling sering terjadi pada KPD adalah *sindrom distress pernafasan* yang terjadi pada 10-40 % bayi baru lahir.

Asfiksia masih menjadi masalah bagi Indonesia karena asfiksia merupakan salah satu penyebab kematian bayi di Indonesia. Asfiksia neonatorum ialah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir atau bernafas megap-megap. Hal tersebut disebabkan oleh kurangnya *intake* oksigen sebelum, selama dan sesaat setelah lahir. Menurut Oxorn Harry, R. Forte William (2019) mengelompokkan faktor yang timbul dalam persalinan yang mengakibatkan *anoksia* dan berakhir pada kejadian asfiksia neonatorum antara lain sebab pada maternal (anemia, perdarahan dan shock, penyakit *kardiorespiratorik*, *toxemia gravidarum*, ketuban pecah dini, usia ibu, *paritas*), sebab pada plasenta, sebab fetal (*anomali kongenital*, *prematuritas*, persalinan lama). Selain faktor-faktor tersebut proses selama persalinan juga memberikan pengaruh besar untuk terjadinya asfiksia, seperti gangguan his, perdarahan pada plasenta previa atau solusio plasenta dan ketuban yang pecah sebelum waktunya yang dapat menyebabkan tali pusat menumbung sehingga menyebabkan aliran pada tali pusat terganggu.

Sejalan dengan teori yang menyatakan asfiksia neonatorum adalah suatu kondisi yang terjadi ketika bayi tidak mendapatkan cukup oksigen selama proses kelahiran. Penyakit ini juga didefinisikan sebagai kegagalan untuk memulai spirasi biasa dalam satu menit kelahiran. Asfiksia neonatorum adalah keadaan darurat neonatal karena dapat menyebabkan hipoksia (penurunan suplai oksigen ke otak dan jaringan) dan kerusakan otak atau mungkin kematian jika tidak dikelola dengan benar. Nama lain untuk penyakit ini adalah asfiksia perinatal, hipoksia-skemik ensefalopati, dan asfiksia lahir (Prayogi 2018).

Penyebab asfiksia neonatorum yang paling umum yang meliputi hipoksia prenatal (suatu kondisi yang dihasilkan dari pengurangan pasokan oksigen ke jaringan di bawah tingkat fisiologis meskipun perfusi memadai dari jaringan oleh darah), kompresi tali pusat saat melahirkan, terjadinya kelahiran prematur atau kelahiran yang sulit dan anestesi ibu (obat

intravena dan gas anestesi melintas plasenta dan dapat membisus janin). Faktor-faktor tersebut antara lain: usia ibu kurang dari 16 tahun atau lebih dari 40 tahun, status sosial ekonomi rendah, penyakit ibu seperti hipertensi dan anemia berat, ibu dengan aborsi sebelumnya, lahir mati, kematian neonatal atau kelahiran premature, kurangnya perawatan prenatal, presentasi atau posisi janin abnormal, ibu mengkonsumsi alcohol dan perkokok, reterdasi pertumbuhan janin yang parah dan persalinan premature (Prayogi 2018).

Ada dua cara bayi dapat kehilangan oksigen sebelum lama, atau setelah proses persalinan hingga mengalami asfiksianeonatorum. Kekurangan oksigen dapat menyebabkan kerusakan langsung. Hal ini dapat terjadi dalam beberapa menit. Kerusakan juga bias terjadi ketika sel-sel pulih dari kurangnya oksigen dan melepaskan racun ke dalam tubuh. Asfiksia neonatorum terjadi di sekitar 4 dari setiap 1.000 elahiran hidup di Amerika Serikat. Bayi prematur berada pada peningkatan risiko untuk kondisi ini. Bayi yang lahir dari ibu dengan kondisi yang mempengaruhi kehamilan, seperti diabetes mellitus atau preeklampsia, usia ibu tau berat badan lahir rendah bayi juga dapat menjadi faktor risiko terjadinya kondisi ini. Asfiksia juga lebih sering terjadi di negara-negara berkembang di mana kurang memiliki akses ke perawatan prenatal posnatal yang tepat (Prayogi 2018).

Menurut asumsi peneliti data bayiyang yang mengalami asfiksia sebagian besar APGAR skornya adalah 6 dimana bayi memiliki penilaian awal yang jelek ditandai dengan kebiruan, tonus otot lemah dan merintih. Bayi yang asfiksia akan dilakukan resusitasi untukmemulihkan keadaanya sebelum dilakukan perawatan biih lanjut.

Hasil ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Sujiyatini dkk. (2019) bahwa KPD dapat menyebabkan asfiksia karena apabila ketuban pecah dalam kondisi janin belum masuk panggul, mengikuti aliran air ketuban maka tali pusat akan terjepit antara kepala dan dinding panggul. Dalam waktu singkat

janin akan mengalami hipoksia sehingga engakibatkan kematian janin dalam kandungan. *Hipoksia* dan *asidosis* berat yang terjadi sebagai akibat dari pertukaran oksigen dan *arbondioksida alveolikapiler* tidak adekuat, asfiksia merupakan *emergensi neonatal* yang dapat menyebabkan *hipoksia* dan kemungkinan kerusakan otak atau kematian jika tidak ditangani secara benar.

Ketuban pecah dini erat hubungannya dengan asfiksia, hasil penelitian ini juga didukung dengan teori yang dikemukakan oleh Alatas H. (2019) bahwa ketuban pecah dini dapat mengakibatkan asfiksia karena pecahnya selaput ketuban menyebabkan terbukanya hubungan intra uterin dan ekstra uterin, dengan demikian *mikroorganisme* akan masuk dan menimbulkan infeksi intra partum yang bisa menimbulkan komplikasi. Infeksi dapat menyebar kepada janin karena menghirup *amnion* yang terinfeksi masuk kedalam pernafasan dan pencernaan kemudian menimbulkan infeksi yang menyebabkan asfiksia neonatorum.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, dkk. 2020. *Obstetri Williams Volume I*. Jakarta: EGC.
- Eka Frelestany, and Yunida Haryanti. 2021. "Hubungan BBLR Dan KPD Dengan Asfiksia Neonatorum." *Jurnal Kebidanan : Jurnal Medical Science Ilmu Kesehatan Akademi Kebidanan Budi Mulia Palembang* 11(2): 151–57.
- Manuaba. 2019. *Gawat Darurat Obstetri Ginekologi Dan Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan*. Jakarta: ECG.
- Manuaba, IBG. 2020. *Gawat Darurat Obstetri Ginekologi dan Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan*. Jakarta : EGC
- Maryuni. 2019. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. TIM. yogakarta.
- Moewardi, D | Rsud. 2019. "Hubungan Lama Waktu Ketuban Pecah Dini Memanjang Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Program Studi Sarjana Keperawatan."
- Mayasari, et.al. (2018). *Hubungan persalinan prematur dengan kejadian asfiksia neonatorum di Ruang Bersalin RSU dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto*. Jurnal
- Mendri & Prayogi, (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit&Bayi Resiko Tinggi*. Pustaka Baru; Yogyakarta
- Novita dan Safitri. (2020). *Dampak ketuban pecah dini pada ibu hamil*. Diakses melalui
- Notoatmodjo, S. 2016. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prawirohardjo. 2020. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prayogi, Mendri &. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit&Bayi Resiko Tinggi*. yogjakarta: pustaka baru.

Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabet CV.

Yanu dan Dwi. (2017). *Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD Kabupaten Kediri*. Jurnal Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Kediri.

PENERAPAN INISIASI MENYUSUI DINI (IMD) OLEH BIDAN DALAM UPAYA MENINGKATKAN KEBERHASILAN ASI EKSKLUSIF



Nuansa

Fajar

Cemerlang

BAB 1

PENDAHULUAN

Salah satu tujuan Pembangunan Milenium atau *Sustainable Development Goals (SDGs)* adalah menurunkan angka kematian anak dengan target menurunkan angka kematian balita sebesar dua pertiga antara tahun 1990 hingga tahun 2030 melanjutkan program *Millenium Development Goals (MDGs)* sebelumnya. Untuk mencapai tujuan tersebut maka pemerintah melakukan strategi dan usaha, salah satunya yaitu melalui promosi pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif (Bappenas, 2015). Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah menggerakkan seluruh masyarakat dalam upaya memberikan ASI Eksklusif pada bayi selama 6 (enam) bulan (Kemenkes, 2017).

Untuk mendukung keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif diharapkan dapat tercapai maka salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan menerapkan program inisiasi menyusu dini (IMD) (Roesli, 2017). *The World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)* memperkirakan 1 juta bayi dapat diselamatkan setiap tahunnya bila diberikan ASI pada 1 jam pertama kelahiran, yang kemudian dilanjutkan ASI Eksklusif sampai dengan enam bulan (Hernawati, 2018).

Air Susu Ibu (ASI) merupakan sumber makanan paling sempurna untuk bayi karena memiliki kandungan berbagai zat dan antibodi yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Bayi yang menerima ASI eksklusif telah terbukti lebih cerdas dan sulit terserang penyakit (Nurasiah, 2017).

ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian hanya ASI saja kepada bayi baik dari ibu kandung atau ibu asuh, ataupun ASI perah, tanpa ada tambahan berupa cairan atau makanan padat bahkan air putih sekalipun kecuali bagi bayi yang membutuhkan bantuan penambahan cairan, tetesan atau sirup yang berisi vitamin, suplemen mineral atau obat-obatan lainnya (Pratiknya, 2015).

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) merupakan suatu kesempatan yang diberikan kepada bayi segera setelah lahir dengan cara meletakkan bayi diperut ibu, kemudian dibiarkan nya bayi untuk menemukan puting susu ibu dan menyusu hingga puas. Proses ini dilakukan sekitar 60 menit (1jam) pertama setelah bayi lahir (Kemenkes, 2017). Berdasarkan hasil pengamatan, diketahui bahwa jika setiap bayi yang baru lahir dan diletakkan di dada ibu, dimana kulit ibu melekat pada bayi, bayi dengan secara refleks akan mempunyai kemampuan mencari dan menemukan puting susu ibu dan dengan sendirinya akan memutuskan kapan bayi akan mulai menyusu untuk pertama kalinya.

IMD dengan jelas telah tercantum dalam Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal (APN) dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia. APN adalah standar asuhan persalinan normal yang bersih dan aman dari setiap tahapan persalinan bagi semua ibu bersalin yang harus diterapkan oleh penolong persalinan dimanapun, hal tersebut telah menetapkan 58 langkah yang mana inisiasi menyusu dini masuk dalam urutan prosedur tetap seorang bidan dalam melakukan pertolongan persalinan. Tujuan APN adalah untuk menjaga kelangsungan hidup dan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi yang dilahirkannya (Kemenkes, 2017).

Hasil penelitian Fikawati & Syafiq (2003) menunjukkan bahwa dengan IMD berpeluang 8 kali meningkatkan pemberian ASI eksklusif sampai 4 atau 6 bulan dibandingkan dengan tidak IMD. IMD juga dapat memperkuat hubungan (*bonding*) antara ibu dan bayinya. Selain itu, IMD juga membantu ibu dalam menyusui yang merupakan alternatif terbaik untuk mencegah pemberian makan prelaktal (Fikawati & Syafiq, 2009). Sebuah studi kohort di Bengkulu melaporkan bahwa IMD meningkatkan pemberian ASI eksklusif sebesar 1,7 kali dan Antenatal Care (ANC) meningkatkan pemberian ASI eksklusif sebesar 2 kali, sedangkan IMD bersama dengan ANC meningkatkan pemberian ASI eksklusif sebesar 3,4 kali (Kusmiyati, 2016). Penelitian lain dilakukan oleh (Pangaribuan, 2018) menghasilkan bahwa bayi yang tidak mendapat kesempatan IMD lebih berisiko 3,3 kali mengalami Persepsi Ketidakcukupan Air Susu Ibu (PKA) dibandingkan dengan bayi yang mendapat kesempatan IMD.

Penolong persalinan disini mungkin saja seorang bidan, perawat, dokter umum atau spesialis obstetri. Karena bidan secara umum merupakan penolong persalinan yang paling banyak membantu persalinan ibu di Indonesia maka dalam studi ini penolong persalinan disebut sebagai bidan serta sesuai dengan peraturan PERMENKES No HK.02.02/MENKES/149/2015 tentang penyelenggaraan praktik dalam menolong persalinan pada bab 3 pasal 2 bagian yang menyatakan bahwa seorang bidan harus melaksanakan Inisiasi Menyusi Dini (IMD) dan promosi air susu ibu secara Eksklusif. Untuk peningkatan cakupan ASI Eksklusif salah satunya, yaitu (1) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada satu jam setelah kelahiran, (2) memberikan secara Eksklusif, kolostrum kepada bayi dan menghindari makanan/minuman lainnya sebelum pemberian ASI dan makanan lain pada masa awal kehidupan bayi.

Menyusui sejak dini mempunyai dampak yang positif baik bagi ibu maupun bayinya, bagi bayi kehangatan saat menyusu menurunkan risiko kematian karena *hypothermia* (kedinginan). Selain itu juga, bayi memperoleh bakteri tak berbahaya dari ibu, menjadikannya lebih kebal dari bakteri lain di lingkungan.

Dengan kontak pertama, bayi memperoleh kolostrum, yang penting untuk kelangsungan hidupnya, dan bayi memperoleh ASI (makanan awal) yang tidak mengganggu pertumbuhan, fungsi usus, dan alergi sehingga bayi akan lebih berhasil menyusu ASI eksklusif dan mempertahankan menyusui. Sedangkan manfaat bagi ibu adalah menyusui dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas karena proses menyusui akan merangsang kontraksi uterus sehingga mengurangi perdarahan pasca melahirkan (*postpartum*).

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat bahwa angka kematian bayi (AKB) mencapai 25,5 kematian setiap 1000 bayi yang baru lahir. UNICEF melakukan riset pada tahun 2016 dan menemukan 10 Negara dengan angka kematian bayi tertinggi yaitu: Pakistan, Republik Afrika Tengah, Afganistan, Amerika Serikat, Inggris. dan terendah yaitu: Jepang, Islandia, Singapura, Jerman dan Israel. Jumlah kematian balita pada tahun 2015 meningkat dari tahun 2017 yaitu dari 33 kasus menjadi 70 kasus. Kematian balita berada pada kelompok umur 0-1 tahun atau bayi (Unicef, 2016).. Angka kematian balita di

Kabupaten Serdang Bedagai tahun 2015 sebanyak 6 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Dinas Kesehatan Sumatera utara, 2021).

Salah satu upaya untuk menekan angka kematian bayi (AKB) yaitu dengan sesegera mungkin memberikan kolostrum yang ada di dalam Air Susu Ibu (ASI) kepada bayi baru lahir yang berguna untuk meningkatkan kekebalan tubuh bayi. Kolostrum merupakan sekresi Air Susu Ibu (ASI) pertama selama dua sampai tiga hari persalinan. Kolostrum merupakan makanan pertama bagi bayi yang memiliki nutrisi tinggi dan mengandung semua unsur yang diperlukan oleh bayi sebagai anti bodi dan anti infeksi.

Banyaknya pihak yang belum memahami manfaat pelaksanaan Insiasi (IMD) dapat disebabkan karena kurangnya kerjasama lintas sektoral dalam memberikan penyuluhan kepada masyarakat, tokoh masyarakat, kader kesehatan dan kader desa mengenai betapa besar manfaat pelaksanaan IMD kepada bayi dan ibu. Padahal, dengan pelaksanaan IMD akan muncul generasi yang memiliki intelelegensi, emosi dan spiritual yang baik dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapatkan pelaksanaan IMD.

Pentingnya melakukan IMD dengan benar selain untuk mencegah penyebab kematian bayi juga sebagai pendukung keberhasilan program ASI Ekslusif yang dapat menurunkan angka kematian pada bayi.

Disamping itu dengan IMD banyak manfaat yang akan di dapat baik bagi ibu dan maupun bagi bayi. Bagi ibu diantaranya adalah dapat merangsang produksi oksitosin dan prolaktin, meningkatkan produksi ASI dan meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi, sementara bagi bayi mendapatkan kolostrum sebagai makanan yang berkualitas dan sebagai imunisasi pertama bagi bayi dan mendapatkan antibodi terhadap infeksi (Novihandri, 2016).

Pemerintah Indonesia mendukung kebijakan WHO dan UNICEF yang merekomendasikan inisiasi menyusu dini sebagai tindakan “Penyelamatan kehidupan”, karena IMD dapat menyelamatkan 22% dari bayi yang meninggal sebelum usia satu bulan maka diharapkan semua tenaga kesehatan di semua tingkatan pelayanan kesehatan dapat mensosialisasikan program tersebut (Kemenkes, 2017). Bayi

yang diberikan kesempatan IMD lebih dulu mendapatkan kolostrum dari pada yang tidak diberikan kesempatan.

Dalam PP RI No.33 Tahun 2016 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif tenaga kesehatan wajib melakukan IMD terhadap bayi yang baru lahir kepada ibunya paling singkat selama 1 (satu) jam dan wajib memberikan informasi dan edukasi ASI eksklusif kepada ibu dan/atau anggota keluarga dari bayi yang bersangkutan sejak pemeriksaan kehamilan sampai dengan periode pemberian ASI eksklusif selesai (Kemenkes, 2017).

Menurut WHO pelaksanaan IMD di Indonesia masih belum mencapai target, Indonesia sendiri menduduki peringkat ke 44 dari seluruh Negara di dunia dengan presentase 52,8%. dan di Indonesia sendiri persentase proses mulai mendapat ASI kurang dari satu jam IMD pada anak sebesar 42,7%. Persentase proses mulai mendapat ASI antara usia 0–5 bulan sebesar 54,0%, dan persentase proses mulai mendapat ASI sampai usia 6 bulan sebesar 29,5%. Pelaksanaan IMD di Provinsi Sumatera Utara tahun 2020 sebesar 30,3% dan kasus diare pada anak di Provinsi Sumatra Utara tahun 2020 sebesar 376,321 kasus, Presentase kasus gizi buruk pada anak di Indonesia tahun 2021 sebesar 3,2%, dan presentase kasus gizi buruk pada anak di Provinsi Sumatera Utara tahun 2021 sebesar 4,8%. Dan kasus diare pada anak di Indonesia tahun 2016 sebesar 6.897,463 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Berdasarkan hasil SDKI tahun 2017 di Sumatera Utara, bayi yang mendapatkan ASI dalam satu jam pertama masih sekitar 22,9% angka pemberian ASI dalam satu jam pertama terus menurun dari waktu ke waktu dan cakupan ASI Ekslusif masih jauh dari target pencapaian *Sustainable Development Goals (SDGs)*. Dan hasil survei SDKI 2017 masih menunjukkan penurunan, namun angka tersebut masih menunjukkan tingkat penurunan yang lebih lambat dalam tahun-tahun terakhir. Penyebab kematian bayi berusia 0-7 hari (*early neonatal death*), terbanyak adalah *premature* disertai berat badan lahir rendah Penyebab kematian bayi berusia 8-28 hari (*late neonatal care*), dan infeksi, *feeding problem* (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia, 2017). Pemahaman ibu hamil tentang IMD. sangatlah

penting karena terkait dengan pentingnya peranan seorang ibu dalam melaksanakan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), maka terdapat beberapa faktor faktor yang berhubungan dengan keberhasilan ibu melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) seperti dukungan keluarga, lingkungan sosial, budaya, tokoh masyarakat.

Berdasarkan survei pendahuluan yang telah dilakukan kepada 8 orang bidan di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kabupaten Toba Tahun 2022, diperoleh data bahwa ada 4 responden tidak melakukan pelaksanaan IMD Dan 4 responden yang melakukan IMD dalam 1 jam pasca menolong persalinan.

Berdasarkan uraian tersebut, menimbulkan minat peneliti untuk mengkaji masalah ini melalui suatu penelitian tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan Bidan dalam pelaksanaan IMD di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kabupaten Toba Tahun 2022.

BAB 2

METODOLOGI

2.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik dengan rancangan *cross sectional study* yaitu suatu penelitian untuk mengetahui Hubungan Tingkat Pengetahuan Bidan dalam pelaksanaan IMD di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kabupaten Toba Tahun 2022.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

2.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kabupaten Toba.

2.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan mulai bulan Maret sampai dengan Juli 2022.

2.3 Populasi dan Sampel Penelitian

2.3.1 Populasi

Populasi adalah setiap subjek penelitian yang memenuhi karakteristik yang telah ditentukan (Notoatmodjo, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah semua bidan yang berada di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kabupaten Toba bulan Maret – Agustus 2022 yang berjumlah 31 orang.

2.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Notoatmodjo, 2017). Pada penelitian ini sampel diambil dari semua ibu bersalin yang bertempat tinggal Di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kabupaten Toba yaitu sebanyak 31 orang (*total population*). Teknik pengambilan sampel dengan cara *total Sampling*.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

3.1. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

3.1.1. Pengertian Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi Menyusui Dini (*early initiation/the best crawl*) atau permulaan menyusu dini adalah bayi setelah lahir dari rahim ibu dapat menyusu dengan sendirinya. Sedangkan menurut (Kemenkes, 2017), IMD didefinisikan suatu kesempatan yang diberikan kepada bayi segera setelah lahir dengan cara meletakkan bayi di perut ibu, kemudian dibiarkannya bayi untuk menemukan puting susu ibu dan menyusu hingga puas. Proses ini dilakukan paling kurang 60 menit (1jam) pertama setelah bayi lahir. Bayi yang baru lahir segera dikeringkan dan diletakkan di perut ibu dengan kontak kulit ke kulit dan tidak dipisahkan dari ibunya setidaknya satu jam, semua bayi akan melalui lima tahap perilaku (*pre-feeding behavior*) sebelum ia berhasil menyusu Roesli, 2008. Pada waktu inisiasi dini, bayi akan mendapatkan kolostrum yang berguna untuk kesehatan. IMD berpengaruh dalam tingkat angka kematian bayi yang disebabkan oleh infeksi neonatal.

IMD disebut sebagai tahap ke empat dalam persalinan yaitu tepat setelah persalinan sampai satu jam setelah persalinan, meletakkan bayi baru lahir dengan posisi tengkurap setelah dikeringkan tubuhnya namun belum belum di bersihkan, tidak di bungkus di dada ibunya, menemukan puting susu dan mendapatkan kolostrum atau ASI yang pertama kali keluar.

3.1.2. Tahapan IMD

Tahap-tahap dalam IMD adalah sebagai berikut (Kemenkes, 2016): **Perilaku bayi sebelum menyusu.** Menurut Roesli (2018) ada beberapa tahapan perilaku bayi sebelum ia berhasil menemukan puting susu, yaitu:

1. Perilaku pertama

Dalam 30 menit pertama bayi dalam keadaan diam, namun diam siaga. Dalam tahapan ini, bayi sesekali matanya terbuka lebar melihat ibunya. Masa ini adalah masa penyesuaian bayi dari keadaan dalam kandungan kekeadaan luar kandungan.

2. Perilaku kedua

Dalam 30-40 menit selanjutnya. Bayi mengeluarkan suara menggerakkan mulut seperti mau minum serta mencium tangannya yang basah oleh cairan ketuban. Bau ini sama dengan bau cairan yang dikeluarkan oleh payudara ibu. Bau dan rasa ini yang akan membimbing bayi mulai merayap untuk menemukan payudara dan puting susu ibu.

3. Perilaku ketiga

Bayi mengeluarkan air liur secara naluriah bayi yang sudah siap dan menyadari terdapat makanan disekitarnya, bayi mengeluarkan air liur.

4. Perilaku keempat

Bayi mulai merayap kearah payudara dengan areola (kalang payudara) sebagai sasaran dan kaki bayi menghentak-hentakkan kepalanya ke dada ibu sambil menoleh kekiri dan ke kanan. Selanjutnya tangan bayi mulai menyentuh dan meremas daerah puting susu dan sekitarnya.

5. Perilaku kelima

Ketika menemukan puting susu ibu, bayi akan menjilat, mengulum puting, membuka mulut lebar dan melekat dengan baik pada puting susu dan mulai menyusu.

3.1.3. Proses IMD

Proses pelaksanaan IMD adalah sebagai berikut (Kemenkes, 2016) :

1. Ibu disarankan untuk mengurangi atau tidak menggunakan obat-obatan yang banyak mengandung bahan kimia dalam waktu proses melahirkan.
2. Petugas kesehatan menjelaskan terlebih dahulu kepada ibu,

suami dan keluarga sebelum proses persalinan tentang apa yang harus dilakukan.

3. Suami dan keluarga harus mendampingi ibu sampai proses IMD selesai, tidak hanya mendampingi proses persalinan saja.
4. Dengan mengajak suami dan keluarga membantu ibu secara aktif melakukan IMD dan dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu. Bersama ibu, perhatikan bayi merayap di dada ibu, biarkan bayi menjilati kulit ibu, dan kenali tanda-tanda bayi siap menyusui, yaitu bayi siap menghisap tangannya, membuka mulutnya mencari puting, dan keluar air liurnya.
5. Segera setelah bayi lahir, menangis, mulai bernafas dan dipotong tali pusatnya, maka : Secepatnya keringkan seluruh tubuh bayi dengan handuk lembut, kecuali kedua telapak tangannya, karena tangan yang basah karena oleh cairan ketuban, baunya sama dengan bau cairan yang dikeluarkan payudara ibu. Bau dan rasa ini yang akan membimbangi bayi mulai meryap untuk menemukan payudara dan puting susu ibu. Jangan hilangkan lemak putih (*vernix*) di tubuh bayi karena (*vernix*) mencegah panas tubuh bayi keluar dan juga berfungsi pelindung bayi agar tetap hangat.
 - a. Bayi kemudian di tengkurapkan di dada atau perut ibu, dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu, untuk mencegah bayi kedinginan, kepala bayi dapat dipakaikan topi, jika perlu, bayi dan ibu diselimuti.
 - b. Dengan posisi tengkurap didada ibu, biarkan bayi merayap mencari sendiri puting susu ibu. Ibu dapat membantun dengan sentuhan lembut tapi jangan memaksa bayi untuk menuju puting susu.
 - c. Biarkan bayi menendang perut ibu, tendangan lembut ini akan menekan perut ibu dan membantun kontraksi rahim. Kontraksi rahim berperan penting untuk mengeluarkan plasenta dan mengurangi perdarahan pasca persalinan.
 - d. Biarkan tangan bayi meremas puting ibu. Remasan tangan bayi, letakkan kepala bayi di dada ibu, dan perilaku bayi menoleh kekanan dan kekiri sambil menggesek payudara

- ibu dapat merangsang pengeluaran ASI lebih cepat dan kontraksi rahim.
- e. Ketika bayi dekat puting susu ibu, bayi akan mengeluarkan air liur, menjilati puting, dan membuka mulut secara lebar. Biarkan bayi mengulum puting ibu dan menghisapnya. Isapan bayi pada puting akan merangsang pengeluaran hormon oksitosin yang akan membantu kontraksi rahim, pengeluaran plasenta, dan mengurangi perdarahan pasca persalinan. Biarkan bayi tengkurap pada dada ibu sampai bayi selesai menyusu pertama dan melepas puting susu ibu.
 - f. Saat menyusu pertama kalinya, bayi memperoleh kolostrum yang kaya akan protein dan zat kekebalan tubuh.
 - g. IMD minimal satu jam dan berlangsung segera setelah bayi lahir.
 - h. IMD sebaiknya harus tetap berlangsung walaupun terjadi pemindahan ibu dari kamar bersalin atau kamar operasi.
6. Ibu dan bayi tetap bersama dan dirawat gabung. Rawat gabung ini memungkinkan bayi tetap dalam jangkauan ibu dan ibu dapat memberikan ASI-nya kapan saja jika bayi menginginkannya (kerena kegiatan menyusu tidak boleh dijadwal). Selain itu, rawat gabung ini dapat meningkatkan hubungan batin antara ibu dan bayinya.
7. Proses IMD ini hanya dilakukan pada pasien dengan kondisi yang stabil (ibu dan bayi).

3.1.4. Manfaat IMD

Manfaat IMD dapat di peroleh oleh bayi dan ibu seperti berikut:

1. Bagi Bayi

Yaitu sebagai berikut:

- a. Dada ibu berfungsi sebagai temoregulator yang dapat mencegah resiko hipotermia dan menghangatkan bayi. Isapan bayi pada puting susu ibu sewaktu Inisiasi Menyusu Dini merangsang pengeluaran hormon oksitosin yang membuat ibu lebih tenang, dengan begitu bayi juga akan merasakan lebih

- tenang sehingga pernapasan dan detak jantung bayi menjadi lebih stabil.
- b. Saat bayi menjilati kulit ibu, bakteri non patogen akan ikut tertelan. Bakteri ini akan berkembang biak selanjutnya akan membangun sistem kekebalan bayi terhadap panyakit.
 - c. Kontak kulit bayi dengan kulit ibu meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi. Kontak kulit dalam 1-2 jam pertama ini sangat penting, karena setelah itu bayi akan tertidur.
 - d. Bayi dapat langsung menghisap kolostrum yang mengandung protein dan immunoglobulin yang akan membantu tubuh bayi membentuk daya tahan tubuh terhadap infeksi sekaligus penting untuk pertumbuhan usus dengan dengat membuat lapisan yang melindungi dan mematangkan dinding usus bayi.
 - e. Bayi yang mendapatkan ASI melalui IMD sejak awal kelahirannya dapat mengurangi resiko alergi.
 - f. Dengan IMD, produksi ASI menjadi lancar dan banyak, dan memudahkan bayi mendapatkan ASI Ekslusif selama 6 bulan dan tetap menyusu sampai berusia 2 tahun (Kemenkes, 2016).
2. Bagi Ibu
- Yaitu sebagai berikut:
- a. Proses IMD akan membantu kontraksi rahim, pengeluaran plasenta, dan mengurangi perdarahan pasca persalinan.
 - b. IMD merangsang pengeluaran hormon oksitosin yang membuat ibu merasa tenang. Rileks, dan bahagia. Oksitosin juga menyebabkan refleks pengeluaran ASI dan kontraksi rahim yang mengurangi pendarahan pasca persalinan.

3.1.5. Tatalaksana IMD

Tatalaksana IMD yaitu sebagai berikut :

- 1. Dianjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu saat bersalin.
- 2. Disarankan untuk mengurangi penggunaan obat kimiawi saat persalinan. Dapat diganti dengan cara non-kimiawi, misalnya

- pijat, aromaterapi, gerakan, atau hypnobirthing.
3. Bayi lahir dikeringkan terutama kepala, kecuali tangannya.
 4. Bila bayi tidak memerlukan resusitasi, bayi ditengkurapkan didada atau perut ibu. Biarkan kulit bayi melekat dengan kulit ibu. Posisi kontak kulit dengan kontak kulit ini dipertahankan minimum satu jam atau setelah menyusu awal selesai. Keduanya diselimuti Jika perlu gunakan topi bayi.
 5. Anjurkan ibu menyentuh bayi untuk meransang bayi, biarkan bayi mencari puting sendiri.
 6. Ibu di dukung dan dibantu mengenali perilaku bayi sebelum menyusu.
 7. Biarkan kulit bayi dan kulit ibu bersentuhan selama paling tidak 1 jam, bila menyusu terjadi pada awal sebelum satu jam maka biarkan tetap kulit ibu dan bayi bersentuhan sampai setidaknya satu jam.
 8. Bila dalam 1 jam menyusu awal belum terjadi, bantu ibu dengan mendekatkan bayi keputing tetapi jangan memasukkan puting kemulut bayi, beri waktu kulit melekat 30 menit-1 jam lagi. Setelah setidaknya melekat kulit ibu dengan kulit bayi setidaknya 1 jam atau selesai menyusu awal, bayi baru lahir dipisahkan untuk ditimbang, diukur, dan diberi vit K.
 9. Rawat gabung ibu dan bayi.
 10. Berikan ASI saja tanpa minuman atau makanan lain kecuali atas indikasi medis.

3.1.6. Penghambat IMD

Berikut ini beberapa pendapat yang menghambat terjadinya kontak dini kulit ibu dengan kulit bayi:

1. Bayi kedinginan

Bayi berada dalam suhu yang aman jika melakukan kontak kulit dengan sang ibu. Suhu payudara ibu meningkat $0,5^{\circ}\text{C}$ dalam dua menit jika bayi diletakkan di dada ibu. Berdasarkan hasil penelitian (Batubara,2017), ditemukan bahwa suhu dada ibu yang melahirkan menjadi 1°C lebih panas daripada suhu dada ibu yang tidak melahirkan. Jika bayi yang diletakkan di dada ibu

ini kepanasan suhu dada ibu akan turun 1°C. Jika bayi kedinginan, suhu dada ibu akan meningkat 2°C untuk menghangatkan bayi.

2. Setelah melahirkan, ibu terlalu lelah untuk segera menyusui bayinya-tidak benar. Seorang ibu jarang terlalu lelah untuk memeluk bayinya segera setelah melahirkan. Keluarnya oksitosin saat kontak kulit ke kulit serta saat bayi menyusu dini membantu menenangkan ibu.
3. Tenaga kesehatan kurang tersedia-tidak masalah saat bayi di dada ibu, penolong persalinan dapat melanjutkan tugasnya. Bayi dapat menemukan sendiri payudara ibu, libatkan ayah atau keluarga terdekat untuk menjaga bayi sambil memberi dukungan pada ibu.
4. Kamar bersalin atau kamar operasi sibuk-tidak masalah Dengan bayi di dada ibu, ibu dapat dipindahkan ke ruang pulih atau kamar perawatan. Beri kesempatan pada bayi untuk meneruskan usahanya mencapai payudara dan menyusu dini.
5. Ibu harus dijahit-tidak masalah Kegiatan merangkak mencari payudara terjadi di area payudara, yang dijahit adalah bagian bawah tubuh ibu.
6. Suntikan vitamin K dan tetes mata untuk mencegah penyakit gonore (gonorrhea) harus segera diberikan saat lahir-tidak benar Menurut *American College of Obstetrics and Gynecology dan Academy Breastfeeding Medicine* (2007), tindakan pencegahan ini dapat ditunda setidaknya selama satu jam sampai bayi menyusu sendiri tanpa membahayakan bayi.
7. Bayi harus segera dibersihkan, di mandikan, ditimbang dan diukur-tidak benar Menunda memandikan bayi berarti menghindarkan hilangnya panas badan bayi. Selain itu kesempatan vernix meresap, melunakkan dan melindungi kulit bayi lebih besar. Bayi dapat dikeringkan segera setelah lahir. Penimbangan dan pengukuran dapat ditunda sampai menyusu awal selesai.
8. Bayi kurang siaga-tidak benar Justru pada 1-2 jam pertama kelahirannya, bayi sangat siaga (*alert*). Setelah itu, bayi tidur

dalam waktu yang lama. Jika bayi mengantuk akibat obat yang diasup ibu, kontak kulit akan lebih panting lagi karena bayi memerlukan bantuan lebih untuk bonding. Kolostrum tidak keluar atau jumlah kolostrum tidak memadai sehingga diperlukan cairan yang diberikan sebelum ASI keluar (cairan pre-laktal) tidak benar Kolostrum cukup dijadikan makanan pertama bayi baru lahir. Bayi dilahirkan dengan membawa bekal air dan gula yang dapat dipakai pada saat itu juga.

9. Kolostrum tidak baik, bahkan berbahaya untuk bayi-tidak benar Kolostrum sangat diperlukan untuk tumbuh kembang bayi. Selain sebagai imunisasi pertama dan mengurangi kuning pada bayi baru lahir, kolostrum melindungi dan mematangkan dinding usus yang masih muda (Roesli, 2008).

3.1.7. Pelaksanaan IMD Yang Kurang Tepat

Praktik IMD dapat saja dilakukan dengan kurang tepat. Adapun tindakan IMD yang kurang tepat adalah sebagai berikut:

1. Pada saat bayi baru lahir, bayi diletakkan diperut ibu yang dialasi dengan kain kering.
2. Bayi yang baru dilahirkan langsung dikeringkan dengan kain kering kemudian tali pusat dipotong, lalu diikat.
3. Karena takut bayi kedinginan maka bayi langsung di selimuti kain atau di bedong.
4. Bayi dalam keadaan dibedong, kemudian diletakkan didada ibu. Dengan begini tidak ada kontak kulit bayi dan ibu. Bayi hanya dibiarkan di letakkan didada ibu untuk sekitar 10-15 menit.
5. Setelah selesai, bayi diangkat dari dada ibu lalu disusukan pada ibu dengan cara memasukkan puting susu ibu kedalam mulut bayi.
6. Setelah bayi disusui, bayi dibawa ke kamar pemulihan untuk ditimbang, diukur, dan dilakukan hal-hal lainnya.

3.1.8. Kolostrum

Kolostrum adalah cairan yang pertama kali disekresi oleh payudara yang dihasilkan tiga hari pertama setelah melahirkan yang diberikan segera setelah melahirkan bayi. Kolostrum merupakan cairan pelindung yang mengandung protein tinggi, kaya akan zat anti-infeksi, berwarna kuning dan jernih yang lebih menyerupai darah daripada susu karena mengandung sel hidup yang menyerupai sel darah putih yang dapat membunuh penyakit (Roesli, 2008). Kandungan zat dari kolostrum dapat meningkatkan sistem imun bayi.

Kolostrum diberikan oleh ibu kepada bayinya melalui proses IMD yang dilakukan sedini mungkin setelah persalinan. Hal ini didasari oleh peran hormon prolaktin yang dalam peredaran darah ibu akan menurun setelah satu jam persalinan karena terjadi pelepasan plasenta. Salah satu upaya untuk tetap mempertahankan prolaktin dalam kadar darah ibu pada jam pertama setelah persalinan, segera posisikan bayi di atas dada ibu supaya melakukan breast crawl. Proses tersebut akan membantu bayi untuk menemukan puting susu dan segera menyusu. Suatu isapan bayi saat menyusu dini akan memberikan rangsangan pada hipofisis untuk mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin bekerja merangsang otot polos untuk memproduksi ASI yang ada pada alveoli, lobus, serta duktus yang berisi ASI yang dikeluarkan melalui puting susu (Depkes RI, 2008b). Beberapa manfaat kolostrum menurut (Depkes RI, 2008b) antara lain:

1. Kolostrum dapat mematangkan dan merapatkan lapisan usus bayi dan meningkatkan daya tahan tubuh bayi.
2. Meningkatkan kekebalan terhadap serangan virus, bakteri, memberikan keuntungan bagi ibu, masyarakat, lingkungan, bangsa dan negara.
3. Kolostrum mengandung zat kekebalan terutama IgA untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare.
4. Jumlah kolostrum yang diproduksi bervariasi tergantung dari hisapan bayi pada hari pertama, meski sedikit tetapi cukup untuk kebutuhan bayi.
5. Kolostrum mengandung protein dan vitamin A yang tinggi dan mengandung karbohidrat dan lemak rendah sehingga sesuai

kebutuhan gizi bayi pertama kelahiran.

6. Membantu mengeluarkan mekonium, yaitu kotoran bayi yang berwarna hitam kehijauan.
7. Makanan tepat bagi bayi baru lahir yang ekonomis yang dapat menciptakan generasi tangguh untuk melanjutkan pembangunan negara.

Pelaksanaan IMD yang tepat dapat membantu bayi mendapatkan kolostrum segera setelah kelahirannya sehingga bayi mendapatkan asupan nutrisi yang optimal sesuai dengan kebutuhannya.

3.1.9. Jenis-Jenis ASI

Menurut Departemen Kesehatan RI (2008) dan Perinasia (2010) terdapat 3 jenis ASI yaitu :

1. **Kolostrum**

Kolostrum merupakan cairan kental yang memiliki warna kekuning-kuningan dan dihasilkan pada hari pertama hingga ketiga setelah melahirkan. Kolostrum mengandung protein tinggi berupa immunoglobulin (*IgA*) yang berfungsi meningkatkan sistem imun. Kolostrum memiliki kandungan yang kompleks yaitu mengandung protein (85%), lemak (2,5%), karbohidrat (3,5%), vitamin (A,B,C,D,E dan K), garam mineral, air (85%), leokosit, zat anti virus dan bakteri. Kolostrum lebih banyak mengandung antibodi dan dapat memberikan perlindungan bagi bayi sampai umur 6 bulan lebih banyak mengandung mineral terutama natrium, kalium, dan klorida lebih tinggi jika dibandingkan dengan susu matur. Pada bayi baru lahir mestinya harus diberi kolostrum, tetapi masih ada sebagian besar ibu melakukan perilaku membuang kolostrum.

2. **ASI transisi**

Peralihan dari kolostrum menjadi ASI matur disebut dengan ASI transisi. ASI ini diproduksi pada hari keempat hingga kesepuluh setelah melahirkan. Pada periode ini ASI mengandung immunoglobulin, protein, dan laktosa dengan kadar yang lebih rendah dibandingkan kolostrum. Kadar lemak

dan jumlah kalorinya lebih tinggi, vitamin A, D, E, K berkurang sedangkan vitamin yang dapat larut dalam air meningkat. Cairan ASI transisi memiliki warna lebih putih daripada kolostrum.

3. ASI matur

ASI matur diproduksi setelah kolostrum dan ASI transisi yaitu setelah hari kesepuluh. Foremilk merupakan ASI yang keluar saat hisapan-hisapan pertama yang mengandung rendah lemak tetapi tinggi laktosa, gula, protein, mineral, dan air. Selanjutnya hindmilk yakni ASI yang keluar saat hisapan-hisapan terakhir mengandung tinggi lemak dan tinggi karbohidrat. ASI matur memiliki warna putih kental.

3.1.10. Komposisi ASI

ASI mengandung berbagai komponen makro dan mikro nutrien yang baik bagi bayi. Komposisi dan volume nutrien dapat berbeda setiap ibu bergantung pada kebutuhan bayinya. Kebutuhan ASI untuk bayi dapat mencapai dua kali lipat dari berat lahirnya dan memerlukan waktu kurang lebih 180 hari untuk mencapai berat yang sama. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi komposisi ASI antara lain usia gestasi, usia pascanatal, stadium penyusuan (permulaan atau akhir menyusui), serta frekuensi bayi menyusu (IDAI, 2013; Perinasia, 2010).

ASI mengandung sebagian besar air (87,5%) sehingga bayi yang mendapat cukup ASI tidak perlu lagi mendapat tambahan air apapun. Kekentalan ASI secara alamiah telah sesuai dengan saluran cerna bayi. Jumlah total produksi ASI bervariasi berkisar antara 450-1200 ml dengan rerata 750-850 ml per hari. Menurut IDAI (2013), komponen nutrien yang terdapat di dalam ASI yaitu:

1. Lemak

Kadar lemak dalam ASI lebih tinggi dibandingkan dengan susu sapi dan susu formula. Bayi memerlukan kadar lemak yang tinggi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan otak yang cepat. Jenis lemak yang ditemukan dalam ASI dan susu sapi atau susu formula berbeda. ASI memiliki kandungan omega 3

dan omega 6 yang berperan pada perkembangan otak bayi. Selain itu ASI juga mengandung asam lemak rantai panjang yaitu DHA (asam dokosaheksanoik) dan ARA (asam arakidonat) yang berperan terhadap perkembangan jaringan saraf dan retina mata. ASI mengandung asam lemak jenuh dan tak jenuh yang seimbang. Asam lemak tak jenuh baik untuk kesehatan jantung dan pembuluh darah.

2. Karbohidrat

Karbohidrat utama dalam ASI adalah laktosa yang berfungsi sebagai salah satu sumber energi untuk otak. Kadar laktosa yang terdapat dalam ASI lebih besar dibandingkan dengan kadar laktosa dari susu formula. Kejadian diare yang disebabkan karena tidak dapat mencerna laktosa (intoleransi laktosa) jarang ditemukan pada bayi yang mendapat ASI. Hal ini disebabkan karena penyerapan laktosa ASI lebih baik dibandingkan laktosa dari susu formula. Pada ASI jenis kolostrum, karbohidrat tidak terlalu tinggi namun jumlahnya meningkat pada 7-14 hari setelah melahirkan dan selanjutnya jumlahnya relative stabil.

3. Protein

ASI memiliki kandungan protein yang cukup tinggi. Protein dalam ASI mengandung protein *whey* dan *casein* namun lebih banyak terdiri dari protein *whey* yang lebih mudah diserap oleh usus bayi. ASI tidak banyak mengandung protein *casein* (hanya sekitar 30%) karena protein jenis ini sulit dicerna oleh usus bayi. Salah satu unit yang membentuk protein yaitu asam amino. ASI memiliki jenis asam amino jenis taurin yang turut berperan pada perkembangan otak karena asam amino ini ditemukan dalam jumlah cukup tinggi pada jaringan otak yang sedang berkembang.

4. Nukleotida

Nukleotida merupakan kelompok berbagai jenis senyawa organik yang tersusun dari 3 jenis yaitu basa nitrogen, karbohidrat, dan fosfat. Kualitas nukleotida yang terkandung dalam ASI lebih baik daripada susu lainnya. Peran nukleotida adalah meningkatkan pertumbuhan dan kematangan usus,

merangsang pertumbuhan bakteri baik dalam usus, dan meningkatkan penyerapan besi serta daya tahan tubuh. Nukleotida juga berperan dalam sistem imun yakni meningkatkan aktivitas *killer cells*.

5. Karnitin

Karnitin memiliki peran dalam proses pembentukan energi yang diperlukan bayi untuk mempertahankan metabolism tubuhnya. Kadar karnitin di dalam ASI cukup tinggi terutama pada 3 minggu pertama menyusui dan kadar karnitin tertinggi terdapat pada ASI kolostrum. Konsentrasi karnitin bayi yang mendapat ASI lebih tinggi dibandingkan bayi yang mendapat susu formula.

6. Mineral

Mineral utama yang terdapat di dalam ASI adalah kalsium yang berfungsi untuk pertumbuhan jaringan otot dan rangka, transmisi jaringan saraf, dan pembekuan darah. Penyerapan kalsium juga dipengaruhi oleh kadar fosfor, magnesium, vitamin D, dan lemak. Kekurangan kadar kalsium darah dan kejang otot lebih banyak ditemukan pada bayi yang mendapat susu formula dibandingkan bayi yang mendapat ASI. Mineral lain yang terkandung dalam ASI yaitu zat besi dan zink. Bayi yang mendapatkan ASI berisiko lebih kecil mengalami defisiensi zat besi daripada bayi yang mendapatkan susu formula. Zink merupakan mineral yang membantu berbagai proses metabolisme di dalam tubuh. Mineral lain yang memiliki kadar tinggi di dalam ASI yaitu selenium yang sangat diperlukan untuk pertumbuhan pesat seorang bayi.

7. Vitamin A, D, E, K

Vitamin A, D, E, K merupakan jenis vitamin yang dapat larut bersama lemak. Vitamin A berfungsi mendukung pembelahan sel, kekebalan tubuh, pertumbuhan, dan kesehatan mata. Beta karoten yang merupakan bahan baku dari vitamin A juga banyak terkandung di dalam ASI. Vitamin D yang terdapat di dalam ASI memiliki jumlah yang tidak terlalu banyak namun hal ini dapat disiasati dengan menjemur bayi pada pagi hari untuk mendapat tambahan vitamin D. Vitamin D berperan dalam mengatur kadar

kalsium dan fosfor di dalam tubuh. ASI mengandung banyak vitamin E yang berfungsi mempertahankan dinding sel darah merah. Vitamin E banyak terdapat pada kolostrum dan ASI transisi awal. Vitamin K berperan pada proses pembekuan darah sehingga meminimalisir terjadinya perdarahan

8. ASI mengandung banyak vitamin yang dapat larut dalam air antara lain vitamin B, vitamin C, dan asam folat. Makanan yang dikonsumsi ibu berpengaruh terhadap kadar vitamin ini dalam ASI. Kadar vitamin B1 dan B2 cukup tinggi dalam ASI tetapi kadar vitamin B6, B12 dan asam folat mungkin rendah pada ibu dengan gizi kurang. Vitamin B6 sangat diperlukan pada tahap awal perkembangan sistem syaraf. Vitamin B12 cukup didapatkan darimakanan sehari-hari seperti daging sapi, ikan salmon, ikan tuna, kerang, dan kepiting. Asam folat berperan penting dalam perkembangan otak.

3.2. Sepuluh Langkah Menyusui

Dua organisasi tingkat dunia yaitu *WHO* dan *UNICEF* telah mengeluarkan pernyataan bersama pada tahun 1989 tentang sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui yang berupa perlindungan, promosi dan dukungan untuk menyusui di fasilitas pelayanan ibu bersalin. Deklarasi Innocenti tahun 1990 menyerukan negara di dunia untuk melaksanakan secara penuh sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui ini di semua fasilitas bersalin pada akhir tahun 1995. Dua puluh tahun kemudian, lebih dari 152 negara telah mempunyai Rumah Sakit Sayang Bayi. Mereka telah melaksanakan sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui ini, dan dengan tambahan bagian yang relevan dari Kode Internasional Pemasaran Pengganti ASI, membantu mereka untuk bertahan terhadap promosi susu formula kepada tenaga kesehatan dan kepada masyarakat.

Dalam rangka menerapkan sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui sebagai kesepakatan Deklarasi Innocenti tahun 1990, pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 Tanggal 7 April 2004 tentang Pemberian ASI

Secara Eksklusif Pada bayi di Indonesia. Pelaksanaan peraturan tersebut belum optimal karena belum melibatkan suami, keluarga, masyarakat, tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, padahal suami, keluarga, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan mempunyai peran sangat penting dalam mendukung ibu mencapai keberhasilannya menyusui. Bentuk dukungan suami, keluarga, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan bagi ibu dalam mencapai keberhasilan menyusui bayinya merupakan salah satu upaya mencapai kesetaraan gender.

Menurut *WHO* dalam IDAI (2013) terdapat sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui, yaitu:

1. Sarana pelayanan kesehatan mempunyai kebijakan tentang penerapan 10 langkah menuju keberhasilan menyusui dan melarang promosi Pendamping Air Susu Ibu (PASI).
2. Sarana pelayanan kesehatan melakukan pelatihan untuk staf sendiri atau lainnya.
3. Menyiapkan ibu hamil untuk mengetahui manfaat ASI dan langkah keberhasilan menyusui. Memberikan konseling apabila ibu penderita infeksi HIV positif.
4. Melakukan kontak dan menyusui dini bayi baru lahir (1/2 - 1 jam setelah lahir).
5. Membantu ibu melakukan teknik menyusui yang benar (posisi peletakan tubuh bayi dan pelekatan mulut bayi pada payudara).
6. Hanya memberikan ASI saja tanpa minuman pralaktal sejak bayi lahir.
7. Melaksanakan rawat gabung ibu dan bayi.
8. Melaksanakan pemberian ASI sesering dan semau bayi.
9. Tidak memberikan dot/ kempeng.
10. Menindaklanjuti ibu dan bayi setelah pulang dari sarana pelayanan kesehatan.

3.3. Manfaat ASI Eksklusif

- a. Manfaat ASI Eksklusif bagi Bayi

- 1) Bayi mendapatkan kolostrum yang mengandung zat

kekebalan terutama Immunoglobulin A (*IgA*) yang melindungi bayi dari berbagai infeksi terutama diare, membantu pengeluaran meconium (Fikawati, 2010).

- 2) Menyelamatkan kehidupan bayi
 - 3) Makanan terlengkap untuk bayi, terdiri dari proporsi yang seimbang dan cukup kuantitas semua zat gizi yang diperlukan untuk kehidupan 6 bulan pertama (Arun & Bhandari, 2012)
 - 4) Selalu bersih dan selalu siap tersedia dalam suhu yang sesuai
 - 5) Mudah dicerna dan zat gizi mudah diserap
 - 6) Melindungi terhadap alergi karena tidak mengandung zat yang dapat menimbulkan alergi (Mardayenti & Mahtab, 2008)
 - 7) Pemberian ASI Ekslusif akan melindungi bayi baru lahir dari berbagai penyakit akan, terutama alergi dan gangguan pencernaan (Richard *et al*, 2014)
 - 8) Pemberian ASI Ekslusif dapat mencegah hypothermia pada bayi baru lahir (Roesli, 2008).
 - 9) Pemberian ASI Ekslusif berarti mempertahankan pemberian ASI sekurangnya 4-6 bulan (Rahayuningsih, 2005).
 - 10) Pemberian ASI akan membantu pencegahan infeksi.
- b. Manfaat ASI Eksklusif bagi Ibu
- 1) Pemberian ASI memberikan 98% metode kontrasepsi yang efisien selama 6 bulan pertama sesudah kelahiran bila diberikan hanya ASI saja (ekslusif) dan belum terjadi menstruasi kembali (Roesli, 2008).
 - 2) Menempelkan segera bayi pada payudara membantu pengeluaran plasenta karena isapan bayi merangsang kontraksi rahim, oleh karena itu menurunkan resiko pasca persalinan (Roesli, 2008).
 - 3) Memberikan ASI segera (dalam waktu 60 menit) membantu meningkatkan produksi ASI dan proses laktasi (Roesli, 2008).

- 4) Isapan putting segera dan sering membantu mencegah payudara bengkak.
 - 5) Pemberian ASI membantu mengurangi beban kerja ibu karena ASI tersedia kapan dan dimana saja. ASI selalu bersih, sehat dan tersedia dalam suhu yang cocok (Roesli, 2008).
 - 6) Pemberian ASI sangat ekonomis.
 - 7) Meningkatkan hubungan batin antara ibu dan bayi (Roesli, 2008).
- c. Manfaat ASI Eksklusif bagi Keluarga
- 1) Tidak perlu uang untuk membeli susu formula, kayu bakar atau minyak untuk merebus air, susu atau peralatan.
 - 2) Bayi sehat berarti keluarga mengeluarkan biaya lebih sedikit (hemat) dalam perawatan kesehatan dan berkurangnya kekhawatiran bayi akan sakit (Roesli, 2008).
 - 3) Penjarangan kelahiran karena efek kontrasepsi dari ASI eksklusif.
 - 4) Menghemat waktu keluarga bila bayi lebih sehat
 - 5) Pemberian ASI pada bayi (meneteki) berarti hemat tenaga bagi keluarga sebab ASI selalu siap tersedia (Roesli, 2008).

3.4. Perilaku Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif

Perilaku atau ketrampilan adalah hasil dari latihan yang berulang, yang dapat disebut perubahan yang meningkat atau progresif oleh orang yang mempelajari ketrampilan tersebut sebagai hasil dari aktivitas tertentu. Perilaku atau ketrampilan dapat terwujud melalui hasil dari pengalaman, pengetahuan dan sikapnya (Roesli & Gustiana, 2008).

Menurut Green (2000) terdapat tiga faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku individu atau masyarakat, yaitu: 1) faktor dasar (predisposing factors) yang meliputi: (a) pengetahuan individu; (b) sikap; (c) kepercayaan; (d) tradisi : (e) unsur-unsur yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat dan; (f) faktor demografi; 2) faktor

pendukung (enabling factors) yang meliputi: sumberdaya dan potensi masyarakat seperti lingkungan fisik dan sarana yang tersedia dan; 3) faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang meliputi sikap dan perilaku orang lain seperti teman, orang tua, dan petugas kesehatan.

Begitu pula dengan perilaku pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini dan pemberian ASI Eksklusif baik oleh ibu maupun petugas kesehatan terutama bidan, semuanya sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor tersebut diatas. Faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan IMD dan pemberian ASI Eksklusif terutama faktor sikap, motivasi, maupun pengetahuan, baik sikap, motivasi, dan pengetahuan ibu, maupun petugas kesehatan khususnya bidan (Hector *et al*, 2005).

3.5. Faktor-Faktor Yang Mendukung dan Menghambat Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif

Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini antara lain :

1. Kebijakan Instansi pelayanan kesehatan tentang IMD dan ASI Eksklusif.
2. Pengetahuan, Motivasi dan Sikap tenaga penolong persalinan (Dearden *et al*, 2002)
3. Pengetahuan, Motivasi dan Sikap ibu.
4. Gencarnya promosi susu formula
5. Dukungan anggota keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan menyusui adalah sosial budaya, psikologis dan biologis ibu sendiri. Selain itu faktor-faktor yang mempengaruhi ibu untuk menyusui adalah :

1. Faktor Psikologi Status psikologi mendasari ibu dan pendukungnya untuk keberhasilan menyusui, termasuk percaya diri ibu dan komitmen menyusui, bayi merasa kenyang merupakan kepuasan bagi ibu menyusui. Psikologis ibu termasuk disekitarnya yang dekat dalam struktur dukungan. Jenidari dukungan antara lain memberi dukungan informasi termasuk bagian dari pengetahuan tentang keuntungan menyusui dan cara menyusui. Dukungan emosi termasuk member pengertian, membesarakan hati dan menyayangi.

Dukungan pertolongan termasuk memberi pertolongan fisik untuk dapat menyusui bayinya. Pemberi dukungan termasuk keluarga, teman, suami atau teman dekat, tenaga kesehatan dan lingkungan hidup (Hector *et al*, 2005).

2. Faktor dukungan Tenaga Kesehatan Dukungan yang diberikan tenaga kesehatan dapat membangkitkan rasa percaya diri ibu untuk membuat keputusan menyusui bayinya. Informasi tentang perawatan payudara selama masa kehamilan, lama menyusui, keuntungan menusui, inisiasi menyusui dini, merupakan dukungan tenaga kesehatan untuk menyukseskan kelangsungan pemberian ASI eksklusif (Kemenkes, 2018).

3. Faktor Demografi

Faktor demografi terbagi menjadi dua, yaitu faktor sosio demografi dan faktor biomedik. Faktor sosio demografi terdiri dari umur, pendidikan, status perkawinan, suku, tingkat sosial dan penghasilan. Faktor biomedik terdiri dari jumlah kelahiran, kesehatan bayi dan kesehatan ibu (selama hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan (Roesli, 2008).

Selain faktor diatas, adanya kebijakan dan dukungan dari badan kesehatan dan pemerintah juga membantu meningkatkan keberhasilan menyusui eksklusif.

3.6. Bidan

Definisi bidan menurut *International Confederation Of Midwives* (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan *Federation of International Gynecologist Obstetrics* (FIGO). Definisi tersebut secara berkala di review dalam pertemuan Internasional / Kongres ICM. Definisi terakhir disusun melalui konggres ICM ke 27, pada bulan Juli tahun 2005 di Brisbane Australia ditetapkan sebagai berikut: Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan (Aprillia, 2009).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Nomor 900/MENKES/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku. Sedangkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan, menyebutkan bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia sertamemiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi, dan/atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Bidan diakui sebagai tenaga professional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan. Kehadiran bidan diharapkan dapat memperluas jangkauan pelayanan kesehatan khususnya untuk meningkatkan pelayanan pertolongan persalinan. Bidan mempunyai tugas yang penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat (Palupi, 2018; Sumiyati, 2014).

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.

3.6.1 Peran dan Fungsi Bidan

Bidan adalah sebagai pengelola, pendidik, dan peneliti di masyarakat, dan peran bidan menurut Aprillia (2009) antara lain :

1. Bidan sebagai pengelola, yaitu mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu,

keluarga, kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat. Peran bidan sebagai pengelola antara lain:

- a. Bersama tim petugas kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan ibu dan anak untuk mengembangkan program pelayanan kesehatan.
 - b. Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil kajian.
 - c. Mengelola kegiatan pelayanan masyarakat di desa.
 - d. Mengawasi dan membimbing kader dukun atau petugas kesehatan lain.
 - e. Berpartisipasi dengan tim kesehatan untuk melaksanakan program kesehatan pada sektor lain diwilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi dan tenaga kesehatan lain yang berada di wilayah kerjanya, seperti bekerjasama dengan Puskesmas memberikan asuhan berupa rujukan dan tindak lanjut, membina hubungan baik dengan kader, PLKB dan masyarakat, melaksanakan pelatihan membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain, memberikan asuhan dari rujukan dukun bayi, dan membina kegiatan kesehatan di masyarakat.
2. Bidan sebagai pendidik, yakni memberikan pendidikan pada masyarakat terkait dengan masalah kesehatan ibu, anak dan KB, juga membimbing kader, dukun termasuk siswa kebidanan dan keperawatan.
 3. Bidan sebagai peneliti, melakukan penelitian/investigasi baik sendiri maupun kelompok, meliputi :
 - a. Identifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilaksanakan.
 - b. Penyusunan rencana kerja pelatihan.
 - c. Pelaksanaan investigasi sesuai dengan rencana.
 - d. Pengolahan dan interpretasi data yang diperoleh.
 - e. Penyusunan laporan hasil investigasi dan tidak lanjut.
 - f. Pemanfaatan hasil investigasi untuk meningkatkan.
 - g. Pengembangan program kerja atau pelayanan kesehatan.

Sebagai pengelola bidan mampu mengembangkan pelayanan dasar kesehatan dan bekerja dengan tim untuk melaksanakan

program kesehatan. Selain itu sebagai pendidik, bidan juga dapat memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan program peningkatan derajat kesehatan. Kemudian, sebagai peneliti bidan dapat melakukan investigasi baik secara mandiri maupun tim. Peran bidan sebagai professional dapat dipenuhi dengan kriteria-kriteria antara lain mendapatkan izin, memenuhi ciri jabatan professional, memegang landasan praktik kebidanan yang sesuai dengan falsafah dan paradigma kebidanan.

3.6.2 Karakteristik Bidan

Karakteristik bidan yang mempengaruhi bidan dalam melaksanakan IMD adalah umur, lama bekerja, pendidikan terakhir, pelatihan IMD, dan pengetahuan IMD.

1. Umur

Umur dapat didefinisikan sebagai umur individu yang terhitung dari mulai individu tersebut dilahirkan sampai dengan ulang tahun terakhir individu tersebut (Elisabeth dalam Wawan, 2010). Semakin cukup umur seorang individu, maka individu tersebut semakin matang dalam berfikir. Di sisi lainnya, pada usia tertentu individu tersebut akan mengalami penurunan produktivitas. Usia dianggap penting karena dapat mencerminkan kematangan berfikir, pengalaman, dan beberapa kemampuan tertentu.

2. Lama bekerja

Lama bekerja dapat diartikan sebagai lamanya masa tugas dan pengalaman dalam mengelola kasus juga berpengaruh dalam keterampilan seseorang (Sitinjak, 2011). Menurut Anderson (1994) yang dikutip oleh Sitinjak (2011), seseorang yang sudah lama bekerja mempunyai wawasan yang lebih luas dan pengalaman yang lebih banyak. Menurut Notoatmodjo (2005), lama kerja seseorang dapat meningkat pengetahuan, serta keterampilan dan seseorang. Kualitas yang dihasilkan tetap bergantung kepada individu yang bersangkutan.

3. Pengetahuan IMD

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Hasil pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas

perhatian dan persepsi terhadap objek yang diamati. (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan didapatkan oleh seseorang melalui enam tahapan, antara lain: tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analyse*), sintesis (*synthesis*), evaluasi (*evaluation*). Pengetahuan dibedakan menjadi dua yaitu non-ilmiah (hasil pemahaman individu melalui panca indera atau hasil pemikiran secara akal individu tersebut) dan ilmiah (melalui proses khusus dimana terdapat proses pembelajaran untuk mendapatkan informasi suatu objek dan dapat dibuktikan secara ilmiah). Pengetahuan atau kognitif bisa diukur dengan cara memberikan pertanyaan terkait objek yang ingin digali. Pengetahuan termasuk salah satu dari tiga domain yang sangat penting dalam pembentukan suatu perilaku (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng daripada tidak didasari oleh pengetahuan. Notoatmodjo (2012) menjelaskan bahwa proses terbentuknya pengetahuan terjadi sebelum seseorang mengadopsi suatu perilaku baru di dalam dirinya yaitu kesadaran, ketertarikan, pertimbangan, percobaan, kemudian berperilaku. Pengetahuan IMD merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek mengenai IMD yang didapatkan saat menempuh pendidikan kebidanan.

3.6.3 Tugas dan kewajiban Bidan dalam melakukan Program IMD

Tugas pokok bidan adalah memberikan pelayanan kebidanan di komunitas. Bidan komunitas bertindak sebagai pelaksana, bidan harus mengetahui, menguasai pengetahuan dan teknologi kebidanan yang seallu berkembang serta melakukan kegiatan sebagai berikut : bimbingan terhadap kelompok remaja serta melakukan kegiatan sebagai berikut : bimbingan terhadap kelompok remaja masa pra perkawinan, pemeliharaan kesehatan ibu hamil, nifas, menyusui dan interval dua persalinan dalam keluarga, pertolongan persalinan di rumah, tindakan pertolongan pertama pada kasus kegawatdaruratan obstetrik di keluarga, pemeliharaan kesehatan kelompok wanita dengan gangguan reproduksi, pemeliharaan kesehatan anak balita.

Tanggung jawab bidan dalam pengambilan keputusan dan bertindak sebagai berikut: mengintegrasikan komponen proses pemecahan masalah, melakukan asuhan kebidanan kepada individu, mendemonstrasikan dan mengabsahkan praktik, berkomunikasi dan bekerja sama dengan anggota teknis, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, melaksanakan investigasi tentang masalah kesehatan dan kebutuhan masyarakat (Sumiyati, 2014).

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling berperan dalam melaksanakan IMD karena ibu tidak dapat melakukan IMD tanpa bantuan dan fasilitas dari bidan. Penelitian kualitatif ASI Eksklusif 6 bulan terhadap kelompok ibu yang ASI eksklusif dan ASI tidak eksklusif menunjukkan bahwa sebagian besar informas ASI eksklusif difasilitasi IMD oleh bidan, sedangkan sebagian besar informas ASI tidak eksklusif tidak difasilitasi IMD (Fikawati & Syafiq, 2010). Dalam penelitian tersebut dari 7 informas, 3 informasn dengan alasan yang sulit dihindari, yaitu ibu sakit sehabis operasi Caesar, bayi harus langsung masuk incubator, dan ibu mengalami perdarahan. Sedangkan 4 informas lainnya tidak IMD karena alasan yang sebenarnya bisa dihindari yaitu bayi akan dibersihkan dan di bedong terlebih dahulu. Sehingga, berhasil atau tidaknya penyusuan dini di tempat pelayanan ibu bersalin dan rumah sakit sangat tergantung pada petugas kesehatan yaitu perawat, bidan atau dokter, karena mereka lah yang pertama-tama membantu ibu bersalin melakukan IMD.

Petugas kesehatan dikamar bersalin harus memahami tatalaksana IMD dan laktasi yang baik dan benar, petugas kesehatan tersebut diharapkan seallu mempunyai sikap yang positif terhadap IMD dan ASI eksklusif. Mereka diharapkan selalu mempunyai sikap yang positif terhadap IMD dan ASI eksklusif. Mereka diharapkan dapat memahami, menghayati dan mau melaksanakan IMD. Walaupun waktu yang dimiliki sedikit, diharapkan petugas kesehatan mampu meluangkan waktu untuk memotivasi dan membantu ibu stelah bersalin untuk melaksanakan IMD dan ASI eksklusif.

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Pelaksanaan IMD oleh bidan merupakan hal yang dilakukan seseorang terkait proses memfasilitasi bayi baru lahir untuk mendapatkan ASI berupa kolostrum sedini mungkin yang diwujudkan dalam suatu tindakan atau perilaku terstruktur. Pengukuran untuk pelaksanaan IMD dapat dilakukan baik secara langsung maupun tidak langsung, namun dalam penelitian ini pengukuran dilakukan secara langsung melalui pengamatan perilaku responden. Penelitian tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan Bidan dalam melaksanakan IMD di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kab Toba Tahun 2022. Sampel penelitian adalah Bidan di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kab Toba yang berjumlah 31 orang. Setelah data terkumpul, maka data diolah dan dianalisis menggunakan statistik. Data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan beserta keterangan penjelasan dari isi tabel. Hasil penelitian terdiri dari analisis univariabel dan bivariabel.

A. Analisis Univariabel

Analisis univariabel adalah analisis setiap variabel untuk memperoleh gambaran setiap variabel dalam bentuk distribusi frekuensi. Hasil analisis univariabel sebagai berikut :

1. Tingkat Pengetahuan Bidan dalam melaksanakan IMD di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kab Toba Tahun 2022

Pengetahuan tentang IMD adalah proses dimana bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir dengan meletakkan bayi baru lahir di atas perut ibu atau dada ibu, dalam waktu hampir 1 jam, bayi akan merangkak mencari putting susu ibunya dan mulai menyusu sendiri. Pengetahuan tentang IMD dalam penelitian ini dibagi menjadi tiga kategori yaitu pengetahuan baik (skor 76–100%), pengetahuan cukup (skor 56–75%), pengetahuan kurang (skor <56%). Hasil analisis univariabel

mengenai pengetahuan tentang anemia dalam kehamilan di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Tingkat Pengetahuan Bidan tentang IMD

| No | Tingkat Pengetahuan | Frekuensi | % |
|----|---------------------|-----------|------------|
| 1 | Baik | 15 | 48.4 |
| 2 | Cukup | 11 | 35.5 |
| 3 | Kurang | 5 | 16.1 |
| | Total | 31 | 100 |

Berdasarkan hasil penelitian tersebut bahwa dari 31 responden pengetahuan ibu tentang IMD dalam kategori baik sebanyak 15 responden (48.4%), cukup sebanyak 11 responden (35.3%), kurang sebanyak 5 responden (16.1%) sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pengetahuan responden dalam kategori tingkat pengetahuan baik.

2. Bidan yang melakukan IMD di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Bidan yang melakukan IMD

| No | IMD | Frekuensi | % |
|----|-----------------|-----------|------------|
| 1 | Melakukan | 18 | 58.1 |
| 2 | Tidak Melakukan | 13 | 41.9 |
| | Total | 31 | 100 |

Setelah dilakukan penelitian dan pengolahan data diperoleh hasil bahwa dari 31 responden, terdapat 18 responden (58.1%) yang melakukan IMD, dan terdapat 13 responden (41.9%) tidak melakukan IMD, sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar Bidan melakukan IMD.

3. Hubungan Tingkat Pengetahuan Bidan dalam pelaksanaan IMD di UPT Puskesmas Tandang Buhit Balige, Kab Toba Tahun 2022

Hubungan pengetahuan Bidan tentang IMD di UPT Puskesnas Tandang Buhit Balige, Kab Toba Tahun 2022 dapat dilihat pada tabel 4.1 Dari 31 responden pengetahuan ibu tentang IMD dalam kategori baik sebanyak 15 responden (48.4%), cukup sebanyak 11 responden (35.3%), kurang sebanyak 5 responden (16.1%) sehingga dapat disimpulkan

bahwa sebagian besar pengetahuan responden dalam kategori tingkat pengetahuan baik. Berdasarkan nilai p-value dan Chi Square diperoleh hasil bahwa ada hubungan pengetahuan tentang IMD ($p=0,036$; $\alpha=5\%$ (0,05)

Tabel 4.3

Hubungan Tingkat Pengetahuan Bidan tentang IMD di UPT Puskesnas Tandang Buhit Balige, Kab Toba Tahun 2022

| Pengetahuan | IMD | | | | Total | | <i>p value</i> | |
|--------------|-----------|-------------|-----------------|-------------|-----------|------------|--------------------|--|
| | Melakukan | | Tidak Melakukan | | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Baik | 12 | 80 | 3 | 20 | 15 | 48,4 | 0.036 | |
| Cukup | 5 | 45.5 | 6 | 54.5 | 11 | 34,5 | | |
| Kurang | 1 | 20 | 4 | 80 | 5 | 16,1 | | |
| Total | 18 | 58,1 | 12 | 38,7 | 31 | 100 | | |

Dari analisis statistik menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan pengetahuan tentang IMD baik yang melakukan praktek IMD sebanyak 12 responden (80%) sedangkan yang tidak melakukan praktek IMD sebanyak 3 responden (20%) ibu dengan pengetahuan cukup yang tidak melakukan praktek IMD sebanyak 6 responden (54.5%) sedangkan yang melakukan praktek IMD sebanyak 5 responden (45.5%). Ibu dengan pengetahuan kurang sebanyak 4 responden (80%) tidak melakukan praktek IMD, 1 responden (20%) melakukan IMD.

Hasil analisis nilai *p-value* dan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa ada hubungan pengetahuan tentang IMD ($p=0,036$; $\alpha=5\%$ (0,05). Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu bersalin dengan praktek inisiasi menyusu dini, ini berarti bahwa ibu yang memiliki pengetahuan tentang inisiasi menyusu dini mereka akan melakukan praktek IMD secara baik pula.

4.2 Pembahasan

Berdasarkan analisis statistik menunjukkan bahwa bidan yang melaksanakan IMD dengan tingkat pengetahuan IMD yang baik

sebanyak 12 responden (80%) sedangkan yang tidak melakukan praktik IMD sebanyak 3 responden (20%) dengan pengetahuan cukup yang tidak melakukan praktik IMD sebanyak 6 responden (54.5%) sedangkan yang melakukan praktik IMD sebanyak 5 responden (45.5%). Responden dengan pengetahuan kurang dalam pelaksanaan IMD sebanyak 4 responden (80%) tidak melakukan praktik IMD, 1 responden (20%) melakukan IMD.

Hasil analisis nilai *p-value* dan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa ada hubungan pengetahuan tentang IMD ($p=0,036$; $\alpha=5\%$ (0,05). Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu bersalin dengan praktik inisiasi menyusu dini, ini berarti bahwa ibu yang memiliki pengetahuan tentang inisiasi menyusu dini mereka akan melakukan praktik IMD secara baik pula.

Dari hasil penelitian menurut tingkat pendidikan responden tentang IMD yang terbanyak memiliki tingkat pendidikan Diploma III. Menurut Notoatmodjo (2014) salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah tingkat pendidikan, ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya. Demikian pula semakin tinggi tingkat pendidikan akan merangsang seseorang untuk mempelajari masalah ASI dan IMD.

Menurut Hidayat (2012), pengetahuan dan pelaksanaan IMD adalah salah satu faktor yang penting dalam kesuksesan pelaksanaan IMD, untuk itu diperlukan informasi yang baik agar pengetahuan ibu tentang IMD tinggi dan IMD dapat terlaksana. Hasil analisis menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang IMD memiliki hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan IMD. Hal ini sejalan dengan penelitian Wahyuningsih (2017) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan ibu tentang IMD dengan pelaksanaan IMD. IMD dapat meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif dan lama menyusu (Roesli, 2008). Hal ini sesuai dengan penelitian Legawati, Dasuki dan Julia (2018) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara Inisiasi Menyusu Dini dengan pemberian ASI eksklusif. Jadi secara tidak langsung pengetahuan ibu

tentang IMD akan mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI Ekskusif.

Berdasarkan pengetahuan responden menunjukkan bahwa sebagian besar bidan mempunyai pengetahuan baik. Dengan banyaknya sumber informasi akan menambah pengetahuan seseorang yang lebih luas, sedangkan di era globalisasi ini pengetahuan mudah didapatkan melalui media elektronik maupun media cetak. Seperti yang dikatakan oleh Notoatmodjo (2014) pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Dari hasil *uji chi square* didapat $\chi^2 = 33,033$ dengan *P value* = 0,000 ($P < 0,05$) yang berarti menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan bidan dengan pelaksanaan IMD dengan praktek inisiasi menyusu dini. Hal ini diperlihatkan dengan pengetahuan baik yang melakukan praktek IMD sebanyak 72%, menurut Notoatmodjo (2007) terdapat 6 tingkatan pengetahuan dimana pada tingkat ke 3 yaitu Aplikatif, yang diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Menurut Notoatmodjo (2007) salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pendidikan. Semakin tinggi pendidikan maka ia akan mudah menerima dan menyesuaikan diri dengan hal-hal yang baru. Sedangkan pada ibu yang pengetahuannya cukup dan kurang yang tidak melakukan praktek inisiasi menyusu dini, menurut Roesli (2018) ada beberapa hal yang menghambat IMD diantaranya adalah takut bayinya kedinginan, ibu terlalu lelah untuk segera menyusu bayinya pada 1 jam pertama, tenaga kesehatan kurang tersedia dan kurang merespon adanya praktek IMD, kamar bersalin yang kurang tersedia dan kurang merespon adanya praktek IMD, ibu bersalin dengan sectio caesariadan komplikasi persalinan pada ibu dan bayi. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan sudah menerapkan pelaksanaan IMD sedini mungkin. ASI meningkatkan jalinan kasih

sayang antara ibu bayi, waktu menyusu kulit bayi akan menempel pada kulit ibu, kontak yang dini akan sangat besar pengaruhnya pada perkembangan bayi kelak, interaksi yang timbul waktu bayi menyusu pada ibunya akan menimbulkan rasa aman bagi bayi, perasaan aman ini penting untuk menimbulkan dasar kepercayaan pada bayi yaitu dengan mulai mempelajari orang lain yaitu ibu maka akan timbul rasa percaya diri (Roesli, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Aprillia, Y. (2009). Analisis Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini. Universitas Diponegoro.
- Arun Gupta, Initiating Breastfeeding within one hour of birth: A scientific brief. Family dan Reproductive health, Division of Child Health an Development, WHO, Geneva, 2012
- Bappenas, 2015. Asuhan Persalinan Normal Bahan Tambahan Inisiasi Menyusu Dini. Jakarta
- Batubara, 2017. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif di Lingkungan Sibuaya Kecamatan Rantau Selatan Kabupaten Labuhan Batu Tahun 2016. Jurnal
- Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomized controlled trial. Infant Feeding Study Group. Lancet 2012; 361: 1418–1423. (Abstract).
- Dearden KA, Quan LN, Do M, et al. Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding in rural Viet Nam: Insights from mothers who exclusively breastfed and worked. F Nutr Bull 2002; 23 (4): 99-106
- Fikawati, S., & Syafiq, A. (2003). The Relationship between Immediate Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding up to 4-Months. J Kedokter Trisakti, 22(2), 47–55.
- Fikawati, S., & Syafiq, A. (2009). Causes of Success and Failure iof Exclusive Breastfeeding Practice. National Public Health Journal, 4(3), 120–131.
- Fikawati, S., & Syafiq, A. (2010). Causes of Success and Failure iof Exclusive 94 Universitas Indonesia Breastfeeding Practice. National Public Health Journal, 4(3), 120–131.
- Fikawati, S., Syafiq, A., & Karima, K. (2015). Gizi Ibu dan Bayi (1st ed.). Jakarta: Rajawali Pers.

Gustiana, Hubungan Praktek menyusui dengan kelangsungan hidup anak di Indonesia (Analisis Data SDKI 2002-2003), Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Utama Kesehatan Ibu dan Anak - Kesehatan Reproduksi Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan, 2007, UGM

Hector D, King L, and Webb K. Factors affecting breastfeeding practices: Applying a conceptual framework. N S W Public Health Bull 2005; 16 (3-4): 52-55

Hernawati, 2018. Metodelogi Penelitian Kedoteran: Sebuah Pengantar. Jakarta:EGC.

Kemenkes RI, 2017. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor. 33 Tahun 2017 tentang Pemberian ASI Eksklusif. Jakarta.

Kemenkes, 2017. Panduan Operasional Pelayanan Persalinan dan Nifas Normal Bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta.

Kemenkes, 2017. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Jakarta.

Kusmiyati, 2016. Keajaiban ASI-MakananTerbaik Unuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan si Kecil.Ed.1. Yogyakarta:ANDI.

Mahtab S, 2007; Maternal nutrition status and practice & perinatal, neonatal mortality in rural Andhra Pradesh, India., Indian J Med Res 127, January 2008, pp 44-5

Mardeyanti, Hubungan Status Pekerjaan dengan Kepatuhan Ibu Memberikan ASI eksklusif di RSUD Dr. Sardjito Yogyakarta, Program Pasca Sarjana UGM., 2007

Notoadmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2017.Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Jakarta, Rineka Cipta.

- Novihandari, 2016. Hubungan Inisiasi Menyusu Dini Dengan Waktu Keluarnya Air Susu Ibu Pertama Kali Pada Ibu Postpartum. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Nurasiah, dkk. 2017. Faktor yang Berhubungan dengan Ibu Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) DI RSIA Siti Fatimah Makasar Tahun 2016. Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2016;8(4):206.
- Palupi, R. R. (2018). Penggunaan Media KIE dalam Pelaksanaan IMD oleh Bidan di Puskesmas Jakarta Timur Tahun 2018.
- Pangaribuan, 2018. Pengaruh Dukungan Suami Terhadap Pemberian ASI Pada Bayi 0-6 bulan. Jurnal
- Perinasia. (2010). Manajemen Laktasi. Jakarta: Perkumpulan Perinatologi Indonesia.
- Pratiknya AW, 2019. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian dan Kesehatan. Rajawali Pers. Jakarta.
- Profil Dinas Kesehatan Sumatera utara Tahun 2021
- Rahajuningsih tri, Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang ASI dengan Pemberian Kolostrum Dan ASI Eksklusif Di Kelurahan purwoyoso Kecamatan Ngaliyan, UGM, 2005
- Ricard M, et al.; Breastfeeding in Infancy and Blood Pressure in Later Life; Systematic Review an Meta Analysis., American journal of epidemiology Vol 161 No 1, By The John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2004
- Roesli, Inisiasi Menyusu Dini, Pustaka Bunda, Jakarta, 2008
- Sumiyati. (2014). Perilaku Bidan Dalam Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini di Wilayah Kerja Puskesmas II Tambak, Puskesmas Banyumas dan Puskesmas Kemrajen (Tesis). Universitas Gajah Mada.
- UNICEF. (2016). Breast Crawl: Initiation of Breastfeeding by Breast Crawl. Mumbai India: UNICEF Maharashtra.

WHO. (2009). Infant and Young CHild Feeding: Model Chaptegr for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. Geneva: WHO Press.

WHO. (2017). Levels and Trends in Child Mortality Report 2017.

EVIDENCE BASED MIDWIFERY DALAM PERSALINAN



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BAB 1

PENDAHULUAN

Derajat kesehatan suatu negara ditentukan dengan perbandingan tinggi rendahnya angka kematian maternal dan angka kematian perinatal. Pada saat ini angka kematian maternal dan perinatal di Indonesia masih terbilang cukup tinggi di lingkungan ASEAN, Hal ini menunjukan bahwa kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya kebidanan masih memerlukan perbaikan yang bersifat menyeluruh dan lebih bermutu.

Menurut definisi WHO, kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apa pun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan. (Sarwono, 2010)

Berdasarkan tingginya angka kematian ibu dan perinatal yang dialami sebagian besar negara berkembang, maka WHO menetapkan salah satu usaha yang sangat penting untuk dapat mencapai peningkatan pelayanan kebidanan yang menyeluruh dan bermutu yaitu dilaksanakannya praktek berdasar pada evidence based. Dimana bukti secara ilmiah telah dibuktikan dan dapat digunakan sebagai dasar praktek terbaru yang lebih aman dan diharapkan dapat mengendalikan asuhan kebidanan sehingga mampu memberikan pelayanan yang lebih menyeluruh dan bermutu dengan tujuan menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian perinatal.

Bidan dalam memberikan asuhan harus bermitra dengan perempuan, memberi kewenangan pada perempuan, asuhan secara individual/perorangan, asuhan secara terus menerus dan berkelanjutan, praktik secara otonom, dan mempraktikkan asuhan yang berbasis bukti (evidence based care).

Evidenced Based Midwifery (EBM) ini sangat penting peranannya pada dunia kebidanan karena dengan adanya EBM maka dapat mencegah tindakan – tindakan yang tidak diperlukan atau tidak

bermanfaat bahkan merugikan bagi pasien, terutama pada proses persalinan yang diharapkan berjalan dengan lancar dan aman sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Oleh karena itu penulis tertarik untuk membahas mengenai evidence based dalam persalina

BAB 2

METODOLOGI

Efek mobilisasi pada kala I persalinan diteliti dalam populasi obstetrik secara umum. Sampel yang diteliti yaitu ibu hamil yang tanpa komplikasi dan sedang menjalani fase aktif persalinan, sampel dilakukan acak. Selanjutnya ibu hamil tersebut di bagi menjadi dua kelompok studi yaitu satu kelompok yang dianjurkan untuk berjalan dan satu kelompok yang dianjurkan tidak berjalan.

Dilakukan penelusuran literature pada tanggal 07 Oktober 2021 di pubmed, *Cochrane Library* dan portal garuda. Kata kunci yang digunakan adalah kata yang mewakili populasi yakni pemberian aroma terapi lavender dan nyeri persalinan. Pencarian artikel dibatasi yang dipublikasi 5 tahun terakhir. Dilakukan penelusuran literatur di Pubmed, google scholar dan cocchrane dengan menggunakan kunci “*Effleurage*” dan “*Dance Labor*”.

Metode yang digunakan oleh penulis didapatkan hasil pencarian bukti tersebut dipresentasikan dalam bentuk tabel yang menunjukan nama sumber tempat pencarian (misalnya Pubmed, Cochrane, Embase), strategi pencarian (misalnya kata kunci yang digunakan), kriteria inklusi dan eksklusi artikel yang dipilih, jumlah artikel yang diperoleh melalui seleksi judul, dan jumlah naskah lengkapnya terilih kemudian dilakukan telaah kritis, yang terdiri atas 3 aspek yaitu validitas penelitian, kepentingan klinis (*importancy*) hasil, dan aplikabilitasnya atau revalensinya terhadap masalah klinis yang ada. Terhadap masing- masing artikel yang terpilih juga dilakukan penentuan derajat kekuatan bukti atau level of evidence, yang digambarkan dalam sebuah tabel, sehingga pada tabel tersebut akan tampak presisi, konsistensi, kesesuaian, dan kontroversi hasil, serta bukti mana yang merupakan the best evidence.

Strategi penelusuran bukti dilakukan dengan kata kunci *Endorphin Massage*, dan persalinan. Beberapa sumber tempat

pencarian yang digunakan ialah Google Scholar dan Portal Garuda. Dilakukan penelusuran literature di Pubmed dan Google Scholar dengan menggunakan kata kunci episiotomy OR Perineum lacerations AND vaginal delivery. Penelusuran jurnal dilakukan pada E-data based, jurnal yang digunakan adalah yang memenuhi kriteria inklusi, yang dipublikasi dalam lima tahun terakhir (2016-2021), *full-text* dan menggunakan *design systematic review, randomizet control trial, literature review*.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

Pada awal gerakan praktik berbasis bukti, banyak Bidan yang menanggapi dengan antusias dengan potensi untuk perubahan. Pentingnya hal ini adalah sumber dari publikasi yang berkualitas yang sebelumnya tidak tersedia untuk bidan, asuhan efektif terutama di Kehamilan dan Persalinan. Praktek berdasarkan bukti terlihat menawarkan alat yang ampuh untuk mempertanyakan dan meneliti model kebidanan yang digunakan dalam asuhan yang telah mendominasi dekade sebelumnya.

BAB 4

PEMBAHASAN

A. Efek Mobilisasi Pada Kala I Persalinan

Secara psikologis, mobilisasi dapat memberikan kepercayaan pada ibu bahwa ibu tidak dalam keadaan sakit sehingga mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk dapat bergerak bebas, mudah teratur dan memiliki tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat dan sangat penting untuk kemandirian. Mobilisasi penting bagi ibu dalam kala I persalinan supaya ibu mempunyai keinginan untuk bergerak atau beraktivitas ringan sehingga dengan mobilisasi dapat mengurangi durasi persalinan. Ibu bersalin diharapkan tidak lagi terfokus dengan nyeri persalinan yang dialaminya sehingga selama persalinan ibu supaya dapat bergerak (mobilisasi) dan mengubah posisinya, selain itu dengan mobilisasi ibu dapat melalui fase pembukaan dengan lancar dan cepat.

Analisis lebih lanjut harus dilakukan untuk menjawab pertanyaan apakah berdiri dan berjalan berkaitan dengan penurunan durasi persalinan apabila dibandingkan dengan duduk atau posisi tegak di tempat tidur. Percobaan dilakukan dengan perbandingan antara ibu yang diberikan motivasi untuk melakukan ambulasi. Perbandingan antara ibu yang melakukan posisi tegak non-mobilisasi di tempat tidur dengan ibu yang tidak melakukan ambulasi atau mobilisasi.

Hasil percobaan menunjukkan bahwa ibu dengan posisi tegak non-ambulasi di tempat tidur, seperti duduk atau semiberlutut berkaitan dengan penurunan durasi persalinan dibandingkan dengan kelompok pembanding ($MD -1,92\ 95\% CI -2,83 - (-1,01)$). Hasil percobaan terkait ambulasi menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok yang diberikan perlakuan dan kelompok pembanding ($MD -0,20\ 95\% CI -1,36 - 0,96$). Penerapan mobilisasi dan ambulasi selama kala I persalinan aman diterapkan

tetapi sebagai intervensi efektif untuk mengurangi durasi kala I persalinan, tindakan ini tidak dapat direkomendasikan. Efektivitas Mobilisasi Persalinan. Bagi ibu yang memperoleh analgesik epidural penerapan mobilisasi pada kala I persalinan tidak memberikan hasil yang jelas terkait kepuasan analgesik namun intervensi ini tidak memberikan kerugian bagi ibu. Ambulasi selama fase aktif persalinan menunjukkan hasil yang efektif sehingga ibu dianjurkan untuk melakukan ambulasi selama fase aktif persalinan sehingga ambulasi dapat menjadi faktor pembantu persalinan.

Penelitian yang terkait mobilisasi selama persalinan di Rumah Sakit jarang dilakukan. Setelah nyeri persalinan muncul, ibu lebih banyak melakukan mobilisasi di lingkungan rumah dibandingkan di rumah sakit. Perbandingan antara mobilisasi pasca persalinan yang dilakukan dirumah dengan mobilisasi pasca persalinan yang dilakukan di rumah sakit sekitar 27,6% : 4,5%. Berbeda dengan penelitian tersebut, terdapat sebagian besar ibu (51,6%) memilih untuk sedikit melakukan pergerakan ketika berada di rumah dan hanya 15% dari mereka yang menyatakan melakukan mobilisasi di rumah. Selain itu, penemuan lainnya menunjukkan bahwa sebanyak 28,3% dari ibu yang melahirkan di tempat tidur di lingkungan rumah sakit mengatakan bahwa mereka ingin melakukan mobilisasi.

Efek mobilisasi pada kala I persalinan diteliti dalam populasi obstetrik secara umum. Sampel yang diteliti yaitu ibu hamil yang tanpa komplikasi dan sedang menjalani fase aktif persalinan, sampel dilakukan acak. Selanjutnya ibu hamil tersebut di bagi menjadi dua kelompok studi yaitu satu kelompok yang dianjurkan untuk berjalan dan satu kelompok yang dianjurkan tidak berjalan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terkait durasi persalinan, persalinan dengan tindakan, dan seksio sesaria diantara kedua kelompok studi. Penelitian terbaru yang berfokus pada efek ambulasi pada kala I persalinan dengan keluhan nyeri epidural dan dapat menghasilkan beberapa temuan yang berbeda. Semua penelitian memiliki desain studi yang sama dengan menggunakan analgesic epidural yang konsisten dengan ambulasi dan populasi obstetrik yang memiliki risiko rendah. Populasi diacak dan

dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok ambulasi dan non-ambulasi dengan atau tanpa anjuran untuk melakukan mobilisasi. Ambulasi tidak dapat mengurangi durasi persalinan dari awal analgesik epidural diberikan hingga pembukaan serviks lengkap pada ibu nullipara. Penelitian menunjukkan dengan berjalan berkaitan dengan rendahnya angka persalinan dengan tindakan. Selain itu, dengan berjalan juga berkaitan dengan penurunan penggunaan bupivakain sedangkan penelitian lain melaporkan tidak ada perbedaan titik akhir, tetapi durasi kerja lebih pendek.

Ambulasi selama kala I persalinan memberikan pengaruh terhadap cara persalinan. Mobilisasi dini dapat dilakukan dengan membimbing ibu bangun dari tempat tidurnya dan membimbingnya segera mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan untuk bangun dari tempat tidur dalam waktu 24-48 jam postpartum. Manfaat dari mobilisasi dini adalah ibu dapat merasa lebih baik, lebih sehat dan kuat, kontraksi usus dan kandung kencing lebih baik, lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat bayinya seperti memandikan bayi selama ibu masih dalam perawatan post partum. Mobilisasi dini ibu bisa dilakukan dengan menyusui bayinya, merawat bayinya, jalan-jalan atau ketika tidur dapat dengan miring ke kiri maupun ke kanan. Tanpa melakukan senam post partum pun penurunan TFU lebih cepat sehingga mobilisasi dini lebih efektif dalam mempercepat proses involusi uteri. Hal ini sesuai dengan penelitian yang sudah dilakukan pada ibu nifas sebelum dan sesudah melakukan mobilisasi dini, terdapat perbedaan TFU pada ibu nifas dengan nilai signifikan $P\text{-value} = 0,0000$ yang lebih kecil dari nilai $\alpha \leq 0,05$ dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan TFU pada ibu nifas 2 jam.

Meskipun terdapat rasa nyeri pada ibu post partum, tapi ibu bisa melakukan mobilisasi dengan baik. Dengan timbulnya rasa kepercayaan diri yang baik, ibu akan mampu bergerak/ mobilisasi sedini mungkin dan merasa sudah sehat sehingga hal ini dapat menguntungkan bagi pemulihan ibu pasca persalinan. Keluhan otot kaku dan sendi kaku dapat terhindarkan apabila mobilisasi dini dilakukan oleh ibu. Selain itu, mobilisasi dini juga dapat mengurangi

nyeri pasca persalinan, memperlancar peredaran darah ibu, meningkatkan metabolisme tubuh, kerja organ cepat pulih, dan proses involusi uterus efektif. Implikasi Mobilisasi Persalinan pada Praktik. Posisi berdiri dan berjalan berkaitan dengan penurunan durasi kala I persalinan. Secara acak, ibu yang menerapkan posisi berdiri kurang cenderung menggunakan analgesik epidural. Meskipun bukti dari uji coba terbatas, termasuk dalam kajian ini, studi observasional menunjukkan bahwa mempertahankan posisi terlentang pada persalinan dapat berdampak buruk secara fisiologis pada ibu dan bayi. Dengan demikian, ibu harus dimotivasi untuk mengubah posisi hingga ibu memperoleh kenyamanan ketika menghindari posisi terlentang terlalu lama. Selama persalinan pilihan ibu untuk posisi dapat berubah. Sebagian besar ibu bersalin memilih untuk berdiri pada awal persalinan kala I selanjutnya ibu lebih memilih untuk berbaring seiring dengan majunya persalinan. Tidak ada perbedaan statistik yang signifikan terkait dengan jenis persalinan, baik persalinan dengan tindakan maupun dengan seksio sesaria, antara ibu bersalin yang memperoleh analgesik epidural dan melakukan ambulasi dengan ibu bersalin yang mempertahankan posisi terlentang. Selain itu, tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok ibu yang memperoleh oksitosin tambahan dan melakukan ambulasi dengan ibu yang mempertahankan posisi terlentang terkait dengan durasi persalinan, keputusan penggunaan analgesik, atau nilai APGAR. Dari beberapa penelitian dan percobaan tidak ada kejelasan terkait efek yang merugikan dari ambulasi.

B. Aromaterapi Lavender/Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan : Evidence Based Case Report

Aromaterapi lavender dapat mempengaruhi sistem limbik di otak yang merupakan sentralnya emosi, danmampu menghasilkan hormon endorfin dan enkefalin yang mempunyai sifat penghilang rasa nyeri dan serotonin yang mempunyai efek menghilangkan rasa cemas dan tegang. Karena aromaterapi lavender mempunyai sifat-sifat antikonvulsan, antidepresan, anxiolytic, dan bersifat menenangkan pada saat persalinan.

Menurut Witama dkk, berasumsi bahwa penelitian yang telah dilakukan ada pengaruh pemberian aromaterapi lavender terhadap penurunan nyeri persalinan kala 1 fase aktif dikarenakan aromaterapi lavender memiliki kandungan linalool dan eklefalin yang dapat menurunkan rasa nyeri secara alami. Selain dengan pemberian aroma terapi lavender ternyata semakin bertambahnya pembukaan nyeri tidak hanya tercover dengan pemberian aroma terapi tersebut. Ada pengaruh juga dukungan dari suami dan keluarga, support dari bidan penolong persalinan juga berpengaruh terhadap penurunan nyeri persalinan.

Setelah dilakukan dengan pemberian aromaterapi lavender selama 60 menit pada pembukaan 4 cm ada penurunan nyeri dan ada juga yang tidak ada penurunan intensitas nyeri, Pada pembukaan 6 cm ada penurunan intensitas nyeri, pada pembukaan 7 cm ada penurunan nyeri dan ada juga yang tidak ada penurunan intensitas nyeri.

Minyak Lavender terdapat kandungan linalil dan linalol yang dihirup masuk ke hidung ditangkap oleh bulbus olfactory kemudian melalui traktus olfaktorius yang bercabang menjadi dua, yaitu sisi lateral dan medial. Pada sisi lateral, traktus ini bersinap pada neuron ketiga di amigdala, girus semilunaris, dan girus ambiens yang merupakan bagian dari limbik. Jalur sisi medial juga berakhir pada sistem limbik. Limbik merupakan bagian dari otak yang berbentuk seperti huruf C sebagai tempat pusat memori, suasana hati, dan intelektualitas berada. Bagian dari limbik yaitu amigdala bertanggung jawab atas respon emosi kita terhadap aroma.

Hasil artikel kedua oleh Hilda dkk, mengungkapkan bahwa ada perbedaan signifikan nyeri persalinan sebelum dan sesudah aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa sakit ibu selama tahap pertama persalinan. Sebuah uji klinis *quasi-eksperimental* menemukan bahwa wanita yang diobati dengan aromaterapi lavender selama persalinan dengan rata-rata persepsi intensitas rasa sakit pada waktu 30-60 menit setelah intervensi pemberian aromaterapi lebih rendah ($p < 0,001$). Aromaterapi mempengaruhi tubuh dalam tiga cara : efek farmakologis dari hormon dan enzim yang dapat menyebabkan perubahan kimia dalam tubuh, efek psikologis, termasuk relaksasi dan

efek sedatif pada tubuh dan efek fisiologis yang dihasilkan dari respons otak terhadap menghirup aroma. Pemberian aromaterapi lavender yang dihirup atau inhalasi, akan mengeluarkan zat aktif hingga dapat merangsang *hipotalamus* (kelenjar hipofise) untuk mengeluarkan hormon *endorfin* merupakan zat yang dapat menimbulkan rasa relaks, tenang dan bahagia. Studi yang dilakukan pada masalah ini telah menunjukkan bahwa aroma lavender dapat menekan aktivitas sistem saraf simpatik. Senyawa olatile dapat memasuki aliran darah melalui mukosa hidung atau paru-paru, atau langsung berdifusi ke saraf penciuman dan meneruskan ke sistem limbik yang dapat mempengaruhi sistem saraf simpatik.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa aromaterapi lavender cocok dengan wanita primipara di Indonesia Sumatera Utara dan telah terbukti efektif dalam mengurangi nyeri persalinan. Maka dalam hal ini terdapat relevensi antara hasil intervensi yang dilakukan penulis di ruang VK RSUP Hasan Sadikin Bandung dengan kedua hasil telaah jurnal yang sudah dilakukan. Dalam memberikan asuhan aroma terapi lavender kepada ibu bersalin yaitu menghirup aroma yang dapat mengurangi ketegangan, terutama saat persalinan tahap awal. Juga untuk mengharumkan ruangan persalinan karena dapat memberikan efek menenangkan dengan posisi berbaring miring ke kiri, kedua lutut dan kedua lengan ditekuk, di bawah kepala diberi bantal. Aromaterapi lavender jenis essensial oil yang diaplikasikan kedalam *diffuser* aromaterapi listrik, yang dinyalakan diruang intervensi selama 30 menit dengan 4 tetes essensial oil dan di campur air bersih sampai batas yang telah ditentukan pada *humidifier* dinyalakan saat ibu dalam persalinan. Pasien menyatakan bahwa aromaterapi lavender berpengaruh dalam penurunan intensitas nyeri persalinan secara inhalasi ditandai dengan penurunan nilai rata-rata intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi lavender dengan intensitas nyeri menggunakan skala nyeri pada ibu bersalin sebelum diberikan aromaterapi lavender diperoleh nilai 5 (nyeri sedang) dan intensitas nyeri pada ibu bersalin sesudah diberikan aromaterapi lavender diperoleh nilai 3 (nyeri ringan).

C. Efektivitas Pijat Effleurage Dibandingkan Dengan Dance Labor Dalam Mengurangi Nyeri Selama Bersalin EVIDENCE - BASED CASE REPORT (EBCR)

Nyeri persalinan adalah suatu kondisi yang dipengaruhi oleh banyak faktor neurofisiologis, biokimia, psikogenik, etnokultural, agama, kognitif, psikologis dan lingkungan. Nyeri persalinan, tidak seperti nyeri lainnya, tidak memiliki intensitas yang stabil dan secara bertahap sehingga persalinan dapat berkembang. Bahkan 60% wanita nulipara dan 40% wanita multipara mengalami kondisi yang parah ini sebagai akibat dari kontraksi otot rahim dan meningkatnya eksaserbasikontraksi tersebut serta interaksi antara hormon yang diproduksi oleh ibu dan bayi serta biokimia dan faktor imunologi.

Gönenç dan Terzioglu (2012) menyimpulkan dalam penelitian mereka bahwa aplikasi pijat dan akupresur dalam fase transisi persalinan efektif dalam mengendalikan nyeri persalinan dan bahwa akupresur lebih efektif daripada pijat saja setelah mereka membandingkan penggunaan pijat saja dan pijat dan akupresur bersama. Dalam beberapa studi literatur, dinyatakan bahwa aplikasi pijat saat lahir efektif dalam manajemen nyeri dan memperlambat penggunaan analgesia epidural. Demikian pula dalam studi lain dalam literatur, telah ditentukan bahwa aplikasi pijat pada fase transisi persalinan menurunkan nyeri persalinan yang dirasakan.

Janssen dkk. (2012) menentukan bahwa aplikasi pijat menurunkan rasio operasi caesar bagian yang dipilih karena takut akan persalinan dan memungkinkan ibu memiliki pengalaman positif selama persalinan. Pijat memiliki tempat penting dalam praktik keperawatan modern. Selain itu, pijat sekarang cukup populer di antara inisiatif pelengkap karena merupakan metode yang berbiaya rendah, mudah diterapkan, dan efektif yang tidak memerlukan peralatan dan tidak menuntut waktu yang berlebihan bagi perawat. Pijat digunakan selama persalinan untuk memberikan relaksasi, untuk mengurangi rasa sakit dan penderitaan, untuk mempersingkat proses persalinan dan untuk meningkatkan kemampuan wanita untuk mengatasi nyeri persalinan. Hasil studi kami mendukung apa yang ditunjukkan dalam literatur. Dalam penelitian kami, rata-rata poin dari

kelompok eksperimen ditemukan secara statistik lebih rendah secara signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol ($P < .001$).

Hasil ini memperkuat hipotesis bahwa " pijatan yang diterapkan ke daerah sakralmenurunkan tingkat perhatian dan kecemasan wanita tentang persalinan " yang kami kemukakan di awal pembelajaran. Dalam penelitian yang dilakukan ditekankan bahwa aplikasi pijat merupakan metode yang efektif yang dapat menurunkan tingkat kecemasan ibu hamil selama proses persalinan.

Gönenç dan Terzioglu (2012) menetapkan bahwa rata-rata poin kecemasan keadaan fase aktif lebih rendah pada kelompok yang diberikan pijatan. Dalam penelitian kami, durasi total persalinan, rata-rata, 7,6 jam (457,03 menit) pada kelompok kontrol dan 7,12 jam (427,27 menit) pada kelompok eksperimen. Tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik yang diamati antara kelompok eksperimen dan kontrol sehubungan dengan rata-rata durasi persalinan fase pertama, fase kedua, dan fase ketiga serta total durasi persalinan ($P > 0.05$).

Mirip dengan temuan kami, dalam studi yang dilakukan oleh Jannsen et al. pada tahun 2012, tidak ada perbedaan signifikan yang ditemukan antara persalinan fase pertama dan kedua pada kelompok dengan dan tanpa aplikasi pijat. Sebaliknya, di file studi oleh Haghghi et al. (2016), durasi persalinan fase pertama dan kedua pada kelompok eksperimen lebih pendek dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Demikian pula dalam penelitian Lamadah dan Nomani (2016), durasi persalinan kala I dan II pada kelompok aromaterapi lebih pendek dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dalam penelitian kami, sementara 100% wanita dalam kelompok control dan 93,3% wanita dalam kelompok eksperimen mendefinisikan nyeri persalinan sebagai " rasa sakit yang tak tertahanakan ", 80% wanita dalam kelompok kontrol dan 26,7% wanita dalam kelompok eksperimen menyatakan bahwa persalinan mereka sulit. Distribusi temuan bahwa wanita dalam kelompok eksperimen memandang persalinan mereka sebagai sulit secara statistik lebih rendah secara signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol ($P < 0,001$). Kepuasan dengan proses persalinan dan perasaan sejahtera setelah persalinan pada

wanita dalam kelompok eksperimen secara statistik lebih tinggi secara signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol ($P < .05$). Temuan ini menguatkan hipotesis itu “ pijat yang diterapkan ke daerah sakral memiliki efek positif pada persalinan ” dan “ pijatan yang diterapkan ke daerah sacral meningkatkan kepuasan wanita dengan persalinan, ” yang kami sebutkan di awal naskah.

Dalam studi yang dilakukan oleh Mortazavi et al. (2012), yang mencakup 120 wanita primipara, pengaruh terapi pijat terhadap rasa sakit, kecemasan dan kepuasan wanita selama persalinan diperiksa. Mereka menemukan bahwa skor kepuasan dalam empat fase persalinan secara signifikan lebih tinggi pada kelompok yang diberikan pijat dibandingkan dengan kelompok kontrol.²¹ Hasil serupa ditunjukkan dalam penelitian Sethi dan Barnabas (2017). Dalam penelitiannya disebutkan bahwa pijat punggung memiliki pengaruh yang signifikan terhadap nyeri dan bahwa pijat punggung memiliki peran yang signifikan dalam pengurangan nyeri dan peningkatan pengalaman emosional persalinan.

Pada penelitian Somayeh, Penelitian ini menemukan bahwa persalinan tari dapat menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan kepuasan ibu selama persalinan fase aktif. Namun, belum ada penelitian yang mengevaluasi efek persalinan tari selain pengaruh terapi pijat, posisi tegak, dan kontribusi pasangan terhadap nyeri persalinan., durasi fase aktif persalinan, dan kepuasan ibu telah dievaluasi. Tinjauan sistematis dari enam percobaan menunjukkan bahwa tiga percobaan menunjukkan penurunan rasa sakit pada posisi tegak, dua tidak menemukan perbedaan, dan satu (di mana wanita dipaksa untuk tetap tegak selama tahap pertama) menemukan peningkatan rasa sakit.

Dalam penelitian kami, wanita tegak dipaksa untuk tetap tegak setidaknya selama 30 menit untuk mencatat rasa sakit dan mereka memiliki rasa sakit yang jauh lebih rendah daripada kelompok kontrol. Karena posisi berdiri dan gerakan panggul menyebabkan wanita menjadi lelah, sebagian besar wanita dalam kelompok intervensi ingin berbaring setelah 90 menit. Dalam studi ini dance labor mengurangi skor nyeri yang dilaporkan oleh wanita selama fase aktif persalinan.

Dalam studi Taavoni et al. (2011) panggul miring dengan menggunakan bola kelahiran tidak berpengaruh pada durasi fase aktif persalinan tetapi pengobatan komplementer ini dapat mengurangi rasa sakit selama persalinan.

D. Pijat Endorphin Efektif Mengurangi Nyeri Kala I Persalinan

Pada penelitian yang dilakukan oleh Noviyanti, rata-rata skala nyeri setelah *endorphin-induced massage* terjadi perubahan jika dilihat dari rata-rata skala nyeri sebelum dan sesudah, yaitu dari 7,61 (nyeri berat) menjadi 4,33 (nyeri sedang). Perbedaan nilai mean skala nyeri responden sebelum dan sesudah intervensi diuji dengan menggunakan uji Tdependen adalah 3,278 dengan nilai *pvalue* 0,000. Oleh karena itu, hasil analisis tersebut dapat disimpulkan menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam skala nyeri persalinan sebelum dan sesudah *endorphin-induced massage*.

Berdasarkan hasil pencarian 10 jurnal, didapatkan beberapa artikel yang sesuai dengan pertanyaan klinis yang diajukan kemudian dilakukan *Evidence Based Case Report (EBCR)*. Subjek dari penelitian diatas adalah Ibu hamil berusia 26 tahun G1P0A0 gravida 39-40 minggu kala I fase aktif yang akan diberikan asuhan endorphin massage. Nyeri yang dirasakan ibu pada saat proses persalinan berbeda-beda, hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti keadaan umum ibu, usia, paritas dan ukuran janin. Maka dari itu sebelum dilakukan pijat endorphin dilakukan pengukuran skala nyeri. Sebelumnya ibu dilakukan penilaian skala nyeri yang dirasakan oleh ibu menggunakan metode *Numeric Rating Scale (NRS)* 1-10 yaitu 7 (nyeri berat). Kemudian diberikan asuhan terapi pijat non farmakologi yang berupa *endorphin massage*. Asuhan tersebut diberikan selama 5 - 15 menit. Setelah itu dilakukan evaluasi dengan menggunakan NRS 1-10 didapatkan hasil 4 (nyeri sedang) dan ibu merasa lebih rileks serta nyaman setelah pemberian *endorphin massage*.

Hal tersebut terjadi karena hormone *endorphin* telah bekerja ketika diberikan perlakuan seperti endorphin massage. Responden yang diberikan perlakuan endorphin massage akan mengalami rileksasi dikarenakan keluar nya hormone endorphin. Hal ini sejalan

dengan penelitian Novianty dkk (2016), mengenai perbedaan nilai mean skala nyeri responden sebelum dan sesudah intervensi diuji dengan menggunakan uji t dependen adalah 3,278 dengan nilai p value 0,000 yang artinya endorphin massage mempunyai pengaruh terhadap nyeri persalinan kala I fase aktif pada ibu bersalin.

Endorphin merupakan polipeptida yang terdiri dari 30 unit asam amino. Opioid-opioid hormone-hormon penghilang stress, seperti kortikotrofin, kortisol, dan katekolamin (adrenalin noradrenalin) yang dihasilkan tubuh untuk mengurangi stress dan menghilangkan rasa nyeri. Endorphin memengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai rasa nyeri. Endorphin dapat berupa neurotransmitter yang dapat menghambat transmisi atau penggiriman pesan nyeri. Keberadaan Endorphin pada sinaps sel saraf menyebabkan penurunan sensasi nyeri. Kadar Endorphin berbeda antara satu orang dengan orang lain. Orang yang memiliki kadar Endorphin tinggi lebih sedikit mengalami nyeri, dan sebaliknya orang yang memiliki kadar Endorphin rendah akan mengalami tingkat nyeri yang sangat tinggi.

Manfaat dari endorphin massage adalah mengatur produksi hormone pertumbuhan dan seks, mengendalikan rasa nyeri serta sakit yang menetap, mengendalikan perasaan stress, serta meningkatkan sistem kekebalan tubuh, sehingga endorphin dalam tubuh bisa dipicu melalui beberapa kegiatan seperti pernapasan yang dalam dan relaksasi, serta meditasi yang bisa dilakukan pada ibu hamil dan bersalin.

Pada hasil uji statistic yang dilakukan oleh Antik dkk, 23 responden menunjukkan respon yang lebih baik terhadap skala nyeri kala I persalinan setelah dilakukan endorphin massage. Sedangkan 7 responden lain menunjukkan tidak ada perubahan. Pada 23 responden yang mengalami perubahan ke arah yang lebih baik ini membuktikan bahwa endorphin massage adalah metode yang efektif untuk mengurangi nyeri pada kala I persalinan. Pada 7 responden yang tidak mengalami perubahan skala nyeri ini dapat terjadi karena ada faktor subjektifitas dalam perlakuan endorphin massage karena rasa takut dan cemas yang berlebihan akan memengaruhi rasa nyeri persalinan.

Setiap ibu mempunyai persepsi sendiri-sendiri tentang nyeri persalinan dan melahirkan. Hal ini karena ambang batas rangsang nyeri setiap orang berlainan dan sangat subjektif.

E. Efektifitas Tindakan Episotomy Dalam Mempercepat Proses Persalinan

Ruptur perineum dapat mengakibatkan dampak jangka panjang dan pendek pada ibu. Inkontinensi anal merupakan dampak jangka panjang pada cedera perineum yang dapat mengganggu kehidupan dan kesejahteraan perempuan yang mengarah ke ketidaknyamanan, rasa malu dan penarikan diri dari lingkungan sosial. Perdarahan adalah dampak jangka pendek dari ruptur perineum yang terjadi pada setiap persalinan melalui vagina. Selama tahun 2010–2013 penyebab tertinggi angka kematian ibu adalah perdarahan. Penyebab perdarahan utama pasca persalinan adalah atonia uteri sedangkan robekan jalan lahir terutama ruptur perineum merupakan penyebab kedua.

Secara historis, episiotomi diyakini mengurangi cedera perineum dan ruptur sfingter anal dengan mengendalikan arah dan tingkat kerusakan jaringan. Robekan dengan episiotomi dianggap lebih mudah untuk diperbaiki dibandingkan dengan robekan spontan perineum dan dianggap bahwa episiotomi bisa mencegah dari ruptur perineum. 3 Penelitian Hirsch dkk, menyatakan tidak ada perbedaan yang signifikan tindakan episiotomi dengan penggunaan jenis episiotomi terhadap derajat ruptur perineum.

Pada penelitian Nager dan Helliwell, episiotomi menambahkan hampir 3 cm untuk laserasi perineum. Tidak ada satupun dari 35 pasien tanpa episiotomi mengalami gangguan sfingter anal, tetapi 6 dari 27 pasien dilakukan episotomy. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh mario,dkk. Sebanyak 141 artikel diidentifikasi dan 24 dari mereka termasuk dalam review. Dari 13penelitian bahwa risiko laserasi parah dengan dan tanpa episiotomi, 5 menunjukkan peran protektif dari episiotomi selektif, dan 4 tidak menunjukkan signifikan dan tidak membedakan antara kelompok. Tiga tudi kecil menemukan bahwa episiotomi harus dilakukan secara selektif dan tidak rutin, dan satu

penelitian menunjukkan bahwa episiotomi garis tengah meningkatkan risiko laserasi parah. Indikasi yang paling banyak dikutip adalah primi paritas, berat janin lebih dari 4 kg, kala II memanjang, persalinan operatif, dan distosia bahu. Sedangkan untuk teknik pembedahan, episiotomi dilakukan dengan sudut yang lebih lebar ($>40^\circ$) dan lebih awal pada kala II ternyata lebih protektif.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh M.M Amorim, dkk. Analisis ini mencakup 115 wanita yang ditugaskan untuk protokol non-episiotomi dan 122 untuk episiotomi selektif. Tidak ada perbedaan antara kedua kelompok sehubungan dengan hasil ibu atau perinatal. Tingkat episiotomi adalah serupa (dua kasus di setiap kelompok, sekitar 1,7%), seperti durasi kala II persalinan.

Berdasarkan hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik pada klien, ibu tidak ada keluhan, pada saat tanda gejala kala II sudah terlihat, ibu dipimpin untuk meneran, tetapi setelah 1 jam di pimpin untuk meneran, masih belum ada kemajuan. Pada pemeriksaan objektif perineum terlihat kaku, sehingga dilakukan tindakan episiotomy. Episiotomi adalah suatu tindakan insisi bedah yang dilakukan pada perineum untuk memudahkan kelahiran pada bagian presentase janin , praktik ini harus dibatasi sesuai kebutuhan klinis. Prinsip tindakan episiotomi adalah pencegahan kerusakan yang lebih pada jaringan lunak akibat daya regang yang melebihi kapasitas adaptasi atau elastisitas jaringan tersebut. Pendapat selanjutnya yaitu, episiotomi adalah suatu insisi bedah yang dilakukan pada perineum untuk memudahkan pelahiranbagian presentase janin.

Menurut teori indikasi melakukan tindakan episiotomy yaitu gawat janin, untuk menolong keselamatan janin, maka persalinan harus segera diakhiri, persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presentasi bokong, distocia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vacum., jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina, perineum kaku dan pendek, adanya ruptur yang membakat pada perineum, premature untuk mengurangi tekanan pada kepala janin.

Teknik episiotomy yang dilakukan pada kasus ini yaitu secara mediolateral, Sayatan dimulai dari titik tengah Fourchette dan

diarahkan 45 dengan midline kearah suatu titik pertengahan diantara 25 ischial tuberosity dan anus. Garis akan menghindari bahwa kerusakan pada spincter ani maupun kelenjar bartholin. Namun sayatan ini yang paling sulit untuk dijahit kembali.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mario dkk, bahwa untuk meningkatkan tingkat perlindungan episiotomi medio-lateral, sayatan harus selalu dibuat pada sudut yang lebih besar dari 45 derajat. Dimana dengan Teknik tersebut dapat mengurangi risiko laserasi yang lebih parah.

F. EFEKTIVITAS *DEEP BREATHING* TERHADAP KECEMASAN IBU HAMIL DENGAN PLASENTA PREVIA : EVIDENCE BASED CASE REPORT

Menurut Goldfried dan Davidson relaksasi adalah salah satu teknik dalam terapi perilaku yang dikembangkan oleh Jacobson dan Wolpe untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Menurut Walker teknik ini dapat digunakan oleh seseorang tanpa bantuan terapis dan mereka dapat melakukannya untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan yang dialami sehari-hari dirumah.Teknik relaksasi nafas dilakukan dengan cara mengatur pola pernafasan secara perlahan yaitu dengan menahan inspirasi secara maksimal dan menghembuskan nafas secara perlahan.

Pernapasan dalam, yang juga dikenal sebagai pernapasan diafragma, adalah teknik yang didasarkan pada gagasan bahwa integrasi pikiran dan tubuh menghasilkan relaksasi 8. Referensi yang digunakan oleh penulis adalah dari beberapa jurnal dan artikel yang diperoleh dari databased google scholar dan pubmed. Dimana dari jurnal yang didapat bahwa untuk mengatasi kecemasan pada ibu hamil salah satunya dapat dilakukan terapi komplementer nafas dalam / *deep berathing*. Dimana terapi ini berfungsi untuk mengurangi kecemasan yang dilakukan oleh ibu hamil dengan cara menarik nafas dalam dan menghembuskan secara perlahan. Tujuan dari Evidence Based Case Report ini adalah untuk membantu dalam mengatasi kecemasan pada ibu hamil dengan risiko dengan menggunakan *Deep Berathing*.

Hasil penelitian pada jurnal pertama, didapatkan terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan pada ibu hamil primigravida trimester III terhadap penurunan tingkat kecemasan dalam menghadapi persalinan, dengan nilai $p<0,05$. Hal ini berdasarkan hasil penelitian bahwa ibu hamil terlebih dahulu diajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan dilihat tingkat kecemasan yang dialaminya. Ibu dianjurkan untuk melaksanakan relaksasi nafas sebanyak 3 kali sehari dan akan dinilai kembali tingkat kecemasannya setelah 6 hari Tingkat kecemasan pada ibu usia 20 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan ibu hamil yang usianya lebih tua.

Hasil uji statistik perbedaan rerata tingkat kecemasan ibu hamil trimester III pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam nilai $p<0,05$, hasil tersebut dapat diartikan rerata tingkat kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam ada perbedaan yang bermakna. Hasil uji statistik perbedaan rerata tingkat kecemasan ibu hamil trimester III pada kelompok kontrol didapatkan nilai $p>0,05$, hal ini menunjukan tidak ada perbedaan tingkat kecemasan ibu 9 Pada jurnal kedua diperoleh hasil.

Berdasarkan hasil penelitian ini teknik pernapasan perut dan afirmasi positif berpengaruh terhadap stres dan kadar hormon kortisol pada ibu hamil, dapat disimpulkan bahwa teknik pernapasan perut dan afirmasi positif 4 kali dalam 2 minggu dengan durasi 20 menit berpengaruh terhadap stres. Penurunan kadar kortisol pada ibu hamil. Peneliti menggabungkan intervensi nonfarmakologis lainnya, meningkatkan durasi intervensi agar lebih efektif dalam mengurangi tingkat stres dan kortisol pada ibu hamil.

Pada jurnal ketiga diperoleh hasil Hasil analisa tingkat kecemasan pada kelompok ibu hamil grup A sebelum diberi perlakuan dengan Video relaksasi deep breathing sebesar 49,07. Setelah diberi Video relaksasi deep breathing rata-rata tingkat kecemasan menjadi 44,73 sedangkan tingkat kecemasan pada pada kelompok ibu hamil grup B sebelum diberi perlakuan Audio relaksasi deep breathing memiliki rata-rata skor sebesar 48,67. Setelah diberi perlakuan Audio relaksasi deep breathing, rata –rata tingkat kecemasan menurun

menjadi 46,13. Sedangkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada efektifitas tingkat kecemasan akhir pada ibu hamil yang diberi Audio relaksasi deep breathing dan ibu hamil yang diberi Video relaksasi deep breathing dengan metode SIT (*Self Instruction Training*).

Mekanisme terjadinya stress dan kecemasan pada manusia telah banyak dipelajari melalui penelitian menggunakan hewan coba. HPA Axis diduga berperan banyak pada respon stress melalui sekresi kortisol. Akan tetapi, hipotalamus-hipofisis-adrenal manusia (HPA) berbeda pada saat kehamilan. Sumbu HPA ibu hamil secara bertahap menjadi kurang responsif terhadap stres saat kehamilan berlanjut. Diperkirakan hanya ada hubungan yang lemah, antara suasana hati sebelum melahirkan dan tingkat kortisol terutama di akhir kehamilan. Akan tetapi, beberapa unsur lain dapat mempengaruhi alur kortisol dan kecemasan saat hamil, respon stress dan kesejahteraan janin. Sitokin diduga sebagai mediator alternatif yang paling mungkin menyebabkan perubahan ini. Stres atau kecemasan menyebabkan peningkatan transfer kortisol ibu yang melintasi plasenta ke janin, dengan demikian, plasenta memainkan peran penting dalam memoderasi paparan janin terhadap faktor ini.

Beberapa hasil penelitian pada hewan coba maupun manusia menunjukkan bahwa kecemasan saat hamil dapat mengurangi 11 β -HSD2 plasenta, enzim yang memetabolisme kortisol menjadi kortison yang tidak aktif. Diketahui pula bahwa tingkat kortisol dalam cairan ketuban tinggi, dan terbukti berkorelasi terbalik dengan perkembangan kognitif bayi. Selain hal tersebut diatas, peran serotonin dan epigenetik telah diketahui mempengaruhi dampak stress terhadap kognitif janin. Mekanisme Metode Deep Breathing terhadap Kecemasan Ibu.

Berdasarkan hasil studi mengenai mekanisme efek pernafasan terhadap fisiologis tubuh menunjukkan bahwa satu latihan pernapasan saja dapat mengurangi tekanan darah, meningkatkan variabilitas detak jantung (HRV) secara signifikan dan oksigenasi meningkatkan fungsi paru, dan meningkatkan kebugaran kardiorespirasi dan kekuatan otot pernafasan.

Hasil studi yang dilakukan Xiao Ma, dkk pada tahun 2015 dengan memberikan intervensi teknik pernafasan diafragma menunjukan adanya pengaruh yang signifikan antara kelompok dan waktu pada kondisi pernapasan diafragma terhadap kadar kortisol. Studi ini memberikan bukti yang menunjukkan efek pernapasan diafragma, praktik pikirantubuh, pada fungsi mental, dari pendekatan psikologi kesehatan, yang memiliki implikasi penting untuk promosi kesehatan pada individu yang sehat. Pada kasus yang ditemukan oleh pengkaji didapatkan keadaan umum ibu tampak normal. Ibu dianjurkan untuk bedrest selama perawatan hal ini bertujuan untuk mengurangi perdarahan yang keluar dan tidak memperberat kehamilan. Sebelumnya ibu pernah dirawat saat usia kehamilan 4 bulan dikarena kasus yang sama.

Hasil pemeriksaan fisik Dari riwayat obstetric ibu pernah mengalami keguguran sebelum hamil sekarang, hal ini dapat menjadi faktor dari terjadinya plasenta berimplniasi ditempat yang tidak seharusnya. Wanita yang pernah mengalami abortus satu kali atau lebih, mempunyai 2 kali lebih banyak akan mendapat plasenta previa dibandingkan dengan wanita yang belum pernah mengalami abortus dan pada wanita yang pernah mengalami seksio sasarea akan meningkatkan terjadinya plasenta previa, hal ini mules / his tetapi jarang dan merasa khawatir akan kehamilannya, karena ibu selama hamil dirawat di RS sekarang untuk yang kedua kalinya.

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik, dilakukan pemeriksaan kecemasan dengan pengisian kuesioner (*Depression Anxiety Stress Scale*) DASS 45 didapatkan hasil ibu mengalami kecemasan sedang dengan skor 15. Sehingga untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan ibu penulis memberikan terapi nonfarmakologis berupa *deep breathing* / nafas dalam untuk mengurangi tingkat kecemasan pada ibu. Bernafas secara teratur membuat sikap mental dan tubuh menjadi lebih rileks, sehingga dapat membantu mengurangi kecemasan pada ibu hamil. Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode yang efektif untuk mengurangi kecemasan, ketegangan otot, rasa jemu dan menghilangkan nyeri Teknik ini bertujuan untuk menurunkan kecemasan yang dirasakan oleh ibu baik disebabkan

karena emosi yang sedang tidak stabil, kecemasan akan kehamilannya ataupun yang lainnya. Teknik relaksasi bekerja untuk melemaskan otot-otot atau syaraf yang tegang yang disebabkan oleh kecemasan.

Hal ini sesuai dengan teori yang ada pada jurnal Tehnik relaksasi nafas dalam sangat efektif untuk menurunkan tingkat kecemasan seseorang. Smeltzer & Bare (2002) akan dikeluarkan, maka menyebabkan tubuh menjadi rileks dan nyaman. Tindakan konservatif dilakukan pada kasus ini , dengan tujuan agar janin tidak terlahir secara premature dan upaya diagnosis dilakukan secara non invasif. Pemantauan klinis dilakukan secara ketat dan baik. Syarat- syarat terapi konservatif yaitu : kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti, belum ada tanda-tanda in partu, keadaan umum ibu cukup baik, janin masih hidup.

Pada terapi konservatif juga diberikan infus RL, pemberian nifedipin untuk mencegah terjadinya kontraksi dan Betamethason untuk pematangan paruparu Selama ibu dirawat di ruang Alamanda, ibu mendapatkan therapy berupa nifediphine 20 mg. Hal ini bertujuan untuk mengurangi rasa mulas/his yang dirasakan oleh ibu dan untuk mecegah terjadinya kelahiran premature. Sesuai dengan SOP yang digunakan oleh RS jika terdapat kasus perdarahan antepartum/mengarah ke plasenta previa dan terdapat his maka diberikan terapi farmakologi berupa nifediphine sebagai tokolitik. Tetapi tetap memperhatikan tekanan darah agar tidak terjadinya hipotensi. Hal ini sesuai dengan jurnal 17, bahwa Usaha mpencegahan dan penatalaksanaan persalinan preterm dilakukan untuk meningkatkan kemungkinan hidup \komplikasi yang mungkin terjadi. Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi istirahat, hidrasi, intervensi farmakologis, dan kombinasi ketiganya. Salah satu cara untuk menghambat tanda persalinan premature yaitu dengan menghambat kontraksi uterus dengan cara farmakologis yaitu dengan menggunakan tokolitik yang bertujuan untuk memperpanjang kehamilan dan menunda persalinan. Agen tokolitik diberikan untuk menghentikan kontraksi selama masa persalinan.

Menurut Protocols Tocolytic 2011, tokolitik merupakan agen farmakologis dan terapi yang digunakan dalam mencegah kelahiran

prematur, merelaksasi endometrium uterus dan menghambat kontraksi uterus sehingga dapat memperpanjang masa kehamilan dan mengurangi komplikasi neonatal. Tokolitik beraksi melalui berbagai mekanisme untuk menurunkan availabilitas ion kalsium intraseluler yang akan menghambat interaksi aktin myosin. Penggunaan nifedipin oral 10 atau 20 mg didukung secara kuat dengan bukti klinis dalam mengatasi persalinan preterm secara akut Setelah diberikan nifedipin, kontraksi yang dirasakan oleh ibu sudah tidak dirasakan lagi. Hal ini berarti bahwa pemberian nifedipin sebagai tokolitik dapat menghilangkan kontraksi dala, waktu 2x24 jam adalah sebesar 100%.

Hal ini sesuai dengan penelitian Puji (2003), yang mendapatkan persentase 86,4% keberhasilan nifedipin dalam mencegah persalinan premature dan menghilangkan kontraksi pada pasien uterus kontraktile. Hasil ini juga hamper sama dengan penelitian Suhartina (2017), dimana efektivitas nifedipin dalam menunda persalinan premature dalam waktu 2x24 jam tanpa kontraksi adalah sebesar 74,28%. Hal ini sesuai dengan mekanisme dalam mengar asupan nutrisi untuk ibu dan janin tercukupi. Sehingga ibu dapat cepat pulih, janin dapat bertumbuh dan berkembang dengan baik. Ibu hamil dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan dengan kandungan nutrisi yang cukup seperti karbohidrat, protein, zat besi, asam folat, serat dan vitamin, lemak dan kalsium untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu mempengaruhi janin dengan mengurangi aliran darah dan oksigen ke rahim dan meningkatkan aktivasi sistem stres plasenta, yang mengakibatkan sirkulasi hormone pelepas kortikotropin. Stres ibu memainkan peran penting dalam etiologi gangguan janin dan ibu selain risiko.

DAFTAR PUSTAKA

a) Buku

Paramitha Amelia Kusumawardani, Rafhani Rosyidah. (2021). Buku Ajar Evidence Based Midwifery. UMSIDA PRESS.

b) Artikel Jurnal

Anindita Dwitami , Diyan Indrayani. (2022). Aromaterapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan: Evidence Based Case Report. JURNAL KESEHATAN SILIWANGI Vol 2 No 3 April 2022
<https://doi.org/10.34011/jks.v2i3.757>

Hesty Fitria Wulandari, Sri Mulyati. (2022). *Endorphin Massage Effectively Reduce Pain During Labor*. JURNAL KESEHATAN SILIWANGI Vol 2 No 3 April 2022
<https://doi.org/10.34011/jks.v2i3.754>

Lula Vanisa1, Yulia Ulfah. (2022). *The Effectiveness of Episotomy Actions in Accelerating The Labor Process*. JURNAL KESEHATAN SILIWANGI Vol 2 No 3 April 2022
<https://doi.org/10.34011/jks.v2i3.766>

Ralita Indah Riasti1, Farhati. (2022). *Efektivitas Pijat Effleurage Dibandingkan Dengan Dance Labor Dalam Mengurangi Nyeri Selama Bersalin Evidence - Based Case Report (EBCR)*. JURNAL KESEHATAN SILIWANGI Vol 2 No 3 April 2022
<https://doi.org/10.34011/jks.v2i3.761>

Uwin , Santi Sofiyanti. (2022). Efektivitas Deep Breathing Terhadap Kecemasan Ibu Hamil Dengan Plasenta Previa : Evidence Based Case Report. JURNAL KESEHATAN SILIWANGI VOL 2 No 3 April 2022 <https://doi.org/10.34011/jks.v2i3.760>

HUBUNGAN BERAT BADAN LAHIR BAYI DAN DURASI HIS DENGAN LAMA INPARTU KALA II PADA IBU BERSALIN



BAB 1

PENDAHULUAN

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan 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) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum masuk tahap *inpartu* jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. (Mutmainnah, 2017)

Keberhasilan persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor ibu (*power, passage, psikologis*), faktor janin (plasenta) dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu faktor tersebut. (Oktarina, Mika 2016)

Berat badan janin dapat mempengaruhi proses persalinan lamanya Kala II. Berat neonatus pada umumnya <4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram dan kriteria janin cukup bulan yang lama kandungannya 40 pekan mempunyai panjang 48-50. (Winkjosastro, 2017)

Uraian tersebut sejalan dengan penelitian Agus Anang Fatoni (2019) dengan judul Hubungan Usia Ibu, Paritas dan Berat Bayi Lahir Terhadap Kala II Lama di Rumah Sakit Adji Darmo Lebak yang hasilnya menunjukkan Tidak terdapat hubungan antara usia ibu dengan kala II lama ($p=0.442$). Ada hubungan antara paritas dengan kala II lama ($p=0.015$). Nullipara memiliki faktor resiko 1.768 kali lebih besar dari

pada multipara terhadap kala II lama. Ada hubungan antara berat lahir dengan kala II lama ($p=0.000$). Ibu yang mengalami kala II lama memiliki berat lahir rata-rata lebih besar (3132 g) dari pada ibu yang tidak mengalami kala II lama (2830 g).

Pada tahun 2019 penyebab dari kematian ibu hamil, bersalin dan nifas terbanyak adalah perdarahan 1.280 kasus, hipertensi dalam kehamilan 1.066 kasus dan infeksi 207 kasus. (Kemenkes RI, 2020). Gangguan pada faktor 5P (*passenger, passageway, power, position, psychologic*) dapat menyebabkan ibu mengalami kesulitan persalinan yang dapat terjadi pada kala I, II, III dan IV. Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam digolongkan sebagai persalinan lama. Namun demikian, kalau kemajuan persalinan tidak terjadi secara memadai selama periode itu, situasi tersebut harus segera dinilai. Permasalahannya harus dikenali dan diatasi sebelum batas waktu 24 jam tercapai (Hakimi, 2020). Jumlah persalinan di Puskesmas Kondodewata pada tahun 2018 terdapat 43 kejadian partus lama dengan 24 (55,81%) dirujuk ke Rumah Sakit dan 7 bayi baru lahir mengalami asfiksia (16,28%). (Register KIA Puskesmas Kondodewata, 2018)

Faktor penyebab partus lama yaitu his yang tidak adekuat, mal presentasi dan malposisi, janin besar, panggung sempit, kelainan serviks dan vagina, disproporsi fetovelik. Selain itu, faktor risiko terjadinya partus lama adalah analgesic dan anestesi berlebihan, paritas, usia wanita dependen, respon stress. Puskesmas Kondodewata merupakan fasilitas kesehatan dengan pelayanan persalinan dan memberikan pelayanan emergensi dasar pada ibu bersalin dan neonatal post persalinan sebelum dilakukan rujukan ke Rumah sakit.

Ibu bersalin yang sulit beradaptasi dengan rasa nyeri persalinan dapat menyebabkan tidak terkoordinasinya kontraksi uterus yang mengakibatkan perpanjangan kala persalinan dan kesejateraan janin terganggu. Tidak ada kemajuan persalinan atau kemajuan persalinan yang lambat merupakan salah satu komplikasi persalinan yang dapat mengakibatkan angka kematian ibu dan kesakitan ibu dan janin (Netty, 2019).

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan berat badan lahir bayi dan durasi his dengan lama inpartu kala II pada ibu bersalin di Puskesmas Kondodewata Tahun 2022". Dengan tujuan penelitian ini adalah menganalisis hubungan berat badan lahir bayi dengan lama inpartu kala II pada ibu bersalin di Puskesmas Kondodewata dan menganalisis hubungan durasi his dengan lama inpartu kala II pada ibu bersalin di Puskesmas Kondodewata.

Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang adanya hubungan berat badan lahir bayi dan durasi his dengan lama inpartu kala II. Sedangkan manfaat Praktis diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi penulis dalam rangka memberikan edukasi kesehatan khususnya tentang faktor penyebab lama inpartu kala II.

BAB 2

METODOLOGI

A. Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian pada penelitian ini adalah analitik observasional, yaitu digunakan untuk melihat bagaimana suatu fenomena terjadi melalui analisis statistik korelasi (menguji hubungan). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* karena mempelajari hubungan faktor penyebab (variabel independen) dan faktor akibat (variabel dependen) secara serentak dalam suatu populasi.

Serentak disini dimaksud bahwa baik variabel bebas maupun variabel terikat diukur secara bersamaan. Penelitian yang akan dilakukan ini juga bersifat retrospektif yaitu melakukan evaluasi atau penilaian suatu peristiwa yang terjadi sebelumnya (Masturoh dan Anggita T., 2018). Penelitian ini akan menganalisis hubungan antara berat badan lahir bayi dan durasi his dengan lama inpartu kala II pada Ibu Bersalin di Puskesmas Kondodewata.

B. Populasi

Populasi merupakan kelompok subjek/objek dengan kualitas maupun karakteristik yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk mempelajari dan menarik kesimpulan. Populasi yang beranggotakan orang atau manusia bisa disebut dengan subjek penelitian, sedangkan populasi yang beranggotakan selain manusia biasa disebut objek penelitian (Masturoh dan Anggita T, 2018). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin dan bayinya yang lahir di wilayah kerja Puskesmas Kondodewata, Kabupaten Tana Toraja sebanyak 52 orang.

C. Sampel

Sampel adalah sebagian jumlah populasi yang mewakili karakteristik populasi itu (Masturoh dan Anggita T, 2018). Sampel penelitian ini adalah ibu yang melahirkan normal dan bayi yang lahir di Puskesmas pada bulan September 2022 sebanyak 34 orang.

D. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* yaitu Teknik pengambilan sampel dengan menentukan kriteria-kriteria tertentu (Sugiyono, 2019).

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria yang telah ditentukan peneliti untuk menyaring populasi sebagai sampel. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Semua ibu yang melahirkan secara normal/pervaginam di Puskesmas Kondodewata.
- b. Ibu yang bersedia menjadi responden.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria yang ditentukan oleh peneliti untuk menyaring populasi yang tidak dijadikan sampel. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Ibu yang melahirkan tetapi ada komplikasi pada proses persalinannya di Puskesmas Kondodewata.
- b. Ibu tidak bersedia menjadi responden.

E. Variabel Penelitian

Variabel pada penelitian ini adalah:

1. Variabel independent : berat badan lahir bayi dan durasi his.
2. Variabel dependen : lama inpartu kala II.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel penelitian menurut Sugiyono (2019) adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari obyek atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

Tabel 1 Definisi Operasional

| Variabel | Definisi operasional | Alat ukur | Skala ukur |
|--|--|---------------|--|
| Dependen Lama inpartu Kala II | Kala II lama adalah kala II yang lebih dari 2 jam untuk nullipara dan lebih dari 1 jam untuk multipara | Partografi | Nominal 1 = Kala II memanjang 2 = Kala II tidak memanjang |
| Independen Berat Badan Bayi Baru Lahir | Ukuran antropometri yang selalu dilakukan pada neonates atau bayi baru lahir. Pengukuran berat badan ini dilakukan untuk mendiagnosis apakah seorang bayi tersebut memiliki BB normal, BB kurang dan BB lebih. | Buku register | Ordinal BBLR : <2500 gram Normal : 2500-4000 gram Makrosomia : >4000 gram |
| Durasi His | Lamanya setiap his berlangsung yang ditentukan dengan detik pada masa kala II | Partografi | Nominal 1 =Normal (40-50 detik) 2=Tidak Normal (<40 detik) |

G. Lokasi dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Puskesmas Kondodewata Kab. Tana Toraja, Provinsi Sulawesi Selatan. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada bulan September 2022.

H. Teknik dan Prosedur Penelitian

Prosedur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan

- Peneliti mengurus surat pengantar dari pihak Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kesehatan Institut Kesehatan dan Bisnis Kurnia Jaya Persada untuk melakukan penelitian di wilayah

- kerja Puskesmas Kondodewata Kabupaten Tana Toraja;
- b. Peneliti menyerahkan surat pengantar ke pihak Puskesmas Kondodewata, Kabupaten Tana Toraja untuk mendapatkan persetujuan penelitian;
 - c. Peneliti menyerahkan surat persetujuan dari pihak Puskesmas Kondodewata, Kabupaten Tana Toraja ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Tana Toraja untuk memberikan surat tembusan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Tana Toraja;

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Peneliti mendaftar untuk melakukan etik pada tingkat fakultas.
- b. Peneliti melakukan pengambilan data Buku KMS, register dan partografi di Wilayah Kerja Puskesmas Kondodewata Tana Toraja.
- c. Jenis data penelitian yang digunakan berupa data sekunder yang diperoleh dari hasil dokumentasi/pencatatan Puskesmas. Pada penelitian ini, instrumen atau alat penelitian yang digunakan adalah buku KMS, register dan partografi.
- d. Peneliti mendapatkan data populasi dan sampel kemudian melakukan penyaringan berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

3. Tahap Penyelesaian

Setelah semua data terkumpul, peneliti lalu melakukan pengolahan data yang selanjutnya akan dipresentasikan pada seminar hasil penelitian.

I. Teknik Pengolahan Data

1. *Editing* (penyuntingan)

Peneliti akan menyunting data yang telah diperoleh dengan melakukan pemeriksaan kembali kebenaran dan kesesuaian data yang telah dikumpulkan. Penyuntingan data dilakukan untuk memeriksa kesesuaian data, apabila ada data yang tidak sesuai peneliti akan memeriksa kembali sumber data.

2. Coding (Pengkodean)

Setelah melakukan penyuntingan data peneliti selanjutnya akan melakukan pengkodean yaitu pemberian kode terhadap data dengan menggunakan angka sesuai kategori data.

Durasi His

- a. Normal ; Kode 1
- b. Tidak Normal : Kode 2

Lama Persalinan Kala II

- a. Kala II memanjang : Kode 1
- b. Kala II tidak memanjang : Kode 2

Berat badan lahir bayi

- a. <2500 gram : kode 1
- b. 2500-4000 gram : kode 2
- c. >4000 gram : kode 3

3. Entry Data (Memasukkan Data)

Setelah data dilakukan pengkodean, selanjutnya dimasukkan ke dalam software pengolahan data pada komputer dengan menggunakan Microsoft Excel dan *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

4. Tabulating (Menyusun Data)

Kegiatan tabulasi dilakukan dengan cara menyusun data yang sudah dikumpulkan ke dalam tabel distribusi silang dan distribusi frekuensi.

J. ANALISIS DATA

1. Analisis Data Univariat

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah kategorik. Penyajian data dapat berupa distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti. Data karakteristik meliputi lama inpartu kala II, sedangkan data variable berupa durasi his ibu bersalin dan berat badan bayi baru lahir.

2. Analisis Data Bivariat

Analisis data bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan antara dua variabel yang akan diteliti. Pada penelitian ini, analisis bivariat digunakan untuk menganalisa hubungan durasi

his dan berat badan bayi baru lahir dengan lama kala II di Wilayah Kerja Puskesmas Kondodewata Kabupaten Tana Toraja. Pada analisis ini menggunakan uji *Chi Square* untuk menguji perbedaan persentase antara beberapa kelompok data yang berbentuk kategorik. Sedangkan data yang berbentuk numerik akan dianalisis dengan uji t tidak berpasangan atau uji Mann-Whitney tergantung distribusi data normal atau tidak pada *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

Analisis ini digunakan untuk mendapatkan probabilitas kejadianya. Jika $P \text{ value} > 0.05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara kedua variable. Sebaliknya jika $P \text{ value} \leq 0.05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang berarti terdapat hubungan antara keduanya.

K. ETIKA PENELITIAN

1. *Right to self determination*

Responden memiliki hak otonomi untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

2. *Informed consent*

Setelah memperoleh penjelasan dari peneliti tentang tujuan, manfaat dan proses penelitian, responden diberikan lembar persetujuan menjadi responden yang sudah disiapkan peneliti sebelumnya oleh peneliti. Apabila responden setuju, maka responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan tersebut.

3. *Right to privacy and dignity*

Peneliti melindungi privasi dan martabat responden selama penelitian.

4. *Right to anonymity and confidentiality*

Data penelitian yang berasal dari responden tidak disertai dengan identitas responden tetapi hanya dengan kode responden. Data yang diperoleh dari responden hanya diketahui oleh peneliti dan responden yang bersangkutan.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

A. Tinjauan Bayi Baru Lahir

1. Pengertian bayi baru lahir Normal

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa (Juwita & Prisusanti, 2020).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat (Jamil et al., 2017). Kriteria bayi normal adalah lahir dengan umur kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500–4000 gram, panjang badan: 48–52 cm, lingkar dada: 30–38 cm, nilai Apgar 7–10 dan tanpa cacat bawaan (Ribek et al., 2018). Lingkar kepala bayi baru lahir yang normal adalah 34–35 cm, dimana ukuran lingkar kepala mempunyai hubungan dengan perkembangan bayi yaitu pertumbuhan lingkar kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak, sehingga bila ada 7 hambatan/gangguan pada pertumbuhan lingkar kepala, pertumbuhan otak juga biasanya terhambat (Ribek et al., 2013).

2. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Prisusanti, 2020), yaitu:

a. Neonatus Menurut Masa Gestasinya

Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Novieastari et al., 2020).

- 1) Bayi kurang bulan: bayi yang lahir <259 hari (37 minggu)
- 2) Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259-293 hari (37 minggu-42 minggu)
- 3) Bayi lebih bulan : bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

b. Neonatus Menurut Berat Badan Saat Lahir

Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari et al., 2020).

- 1) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan 4 kg
- 2) Bayi berat badan lahir cukup: bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5 kg–4 kg.
- 3) Bayi berat badan lahir lebih: bayi yang lahir dengan berat badan >4 kg.

Berat badan lahir adalah berat badan janin atau bayi saat dilahirkan. Berat badan ini tidak termasuk jaringan lain saat proses melahirkan, seperti ketuban dan plasenta. Berat badan lahir biasanya dicatat dalam satuan berat metrik (gram) atau *avoirdupois* (pon dan ons). (Wingate, dkk., 2016: 442-448) Berat badan adalah ukuran antropometri yang selalu dilakukan pada neonates atau bayi baru lahir. Pengukuran berat badan ini dilakukan untuk mendiagnosis apakah seorang bayi tersebut memiliki BB normal, BB kurang dan BB lebih. Idealnya diukur dalam beberapa jam pertama setelah lahir, sebelum terjadi penurunan berat

badan pascakelahiran yang signifikan (*Institute of Medicine and National Research Council*, 2019).

Berat badan lahir sendiri diklasifikasikan untuk menentukan kelompok lahir berisiko kesehatan tinggi (Wingate, dkk., 2016: 442-448). Risiko kesehatan yang berkaitan dengan berat badan lahir bergantung pada klasifikasi yang ditentukan oleh Pusat Pengendalian Penyakit, yakni berat badan lahir rendah (BBLR) = <2.500 gr, berat badan lahir sedang (BBLS) = 2.500-3.999gr dan berat badan lahir lebih (BBLB) = >4000gr (Martin, dkk., 2016: 1-70).

3. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Menurut WHO (2014), Berat badan lahir rendah (BBLR) adalah kondisi dimana berat lahir kurang dari 2.500gr. Berat badan lahir rendah merupakan indikator kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan gizi, pemberian layanan kesehatan dan kemiskinan.

a. Klasifikasi BBLR

Berat badan BBLR dapat diklasifikasikan lagi menurut berat badan saat lahir tanpa melihat usia kehamilannya, yaitu:

- 1) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), berat lahir antara 1.500-2.500 gr;
- 2) Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR), berat lahir antara 1.000-1.500 gr; dan
- 3) Berat Badan Lahir Amat Sangat Rendah (BBLASR), berat lahir kurang dari 1.000 g (Cutland, C.L., dkk., 2017: 6.492-6.500).

b. Usia kehamilan/gestasi BBLR dapat sesuai dengan masa kehamilan ataupun lebih kecil dari itu, dapat dikategorikan sebagai:

- 1) *Appropriate Gestational Age* (AGA), adalah bayi yang lahir dengan berat badan antara persentil ke-10 dan ke-90 sesuai dengan usia kehamilan.

- 2) *Small Gestational Age* (SGA), adalah bayi dengan berat lahir kurang dari presentil ke-10 sesuai dengan usia kehamilan.
- 3) *Large Gestational Age* (LGA), adalah bayi dengan berat lahir diatas presentil ke-90 sesuai dengan usia kehamilan.
(Gill, S.V. dkk., 2013)

c. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Terjadinya BBLR

Menurut artikel dari Stanford Education Center, ada beberapa faktor yang memengaruhi terjadinya BBLR, yaitu:

1) Genetik

Data kelahiran nasional yang rinci digunakan untuk mengetahui efek sosial-demografis dan genetik pada perbedaan berat lahir. Perbedaan ras dapat menentukan intervensi untuk retardasi pertumbuhan dalam kandungan atau *Intra Uterine Growth Restriction* (IUGR) pada kelompok ras yang berbeda. Analisis perbedaan berat badan lahir antara bayi dengan orang tua dengan ras berkulit putih, hitam dan hitam-putih (campuran) menunjukkan bahwa sebagian dari perbedaan berat badan yang diteliti tampaknya disebabkan oleh faktor biologis. Bayi dengan ibu dan ayah berkulit hitam memiliki berat lahir rata-rata terendah; bayi yang lahir dari dua orang tua berkulit putih memiliki berat badan lahir lebih tinggi; dan bayi dengan orang tua ras campuran memiliki distribusi berat badan lahir menengah sedang. Faktor tak teridentifikasi yang berkaitan erat dengan ras ibu mendasari disparitas hitam-putih pada berat badan lahir bayi. Perbedaan kelompok berat badan lahir lebih berkaitan erat dengan ras ibu daripada ras ayah.

- 2) Usia ibu juga menjadi faktor yang memengaruhi berat lahir bayi. Ketika seorang perempuan berusia 18-35 tahun, cenderung berada pada usia subur yang optimal dan lebih berpotensi untuk mengandung anak yang sehat. Insidensi berat badan lahir rendah lebih tinggi pada kelompok ibu yang berusia di bawah 18 tahun atau di atas 35 tahun,

terutama pada ibu usia di bawah 15 tahun atau di atas 40 tahun, dikarenakan rahim ibu tersebut kurang mendukung kehamilan. Masa pubertas adalah penentu utama kemungkinan kehamilan. Setelah masa ini, tubuh wanita membutuhkan beberapa siklus mulai menghasilkan lingkungan yang kondusif bagi kehamilan. Ibu dengan usia muda, biasanya usia 13 tahun, memiliki frekuensi kelahiran bayi berat badan lahir rendah yang jauh lebih besar. Proses yang berlawanan dengan pubertas, adalah menopause. Menopause biasanya terjadi sekitar usia 45-55 tahun, yaitu bahwa akan terjadi perubahan kadar hormon yang diperlukan untuk menjaga lingkungan rahim. Oleh karena itu, ibu yang berusia lebih tua berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah.

- 3) Nutrisi merupakan faktor penting untuk tumbuh kembang janin yang sehat. Studi tentang berat badan lahir rendah, kecacat tabung saraf dan kelainan bawaan nongenetik lainnya, membuktikan bahwa status gizi sangat penting sejak pembuahan dan selama kehamilan. Seiring dengan kebutuhan asupan kalori yang meningkat, ibu hamil perlu mengkonsumsi bermacam-macam makanan, dengan fokus pada asupan vitamin dan mineral. Wanita yang mendapatkan suplemen nutrisi atau nutrisi yang cukup memiliki tingkat malformasi kongenital yang lebih rendah. Suatu studi menunjukkan, ibu hamil yang melakukan konseling nutrisi setiap kunjungan pranatal melahirkan bayi dengan berat lahir 100gr lebih banyak daripada ibu yang jarang melakukan kunjungan pranatal.

- 4) Perawatan Prenatal

Salah satu penyebab utama berat badan lahir rendah adalah akses ibu ke perawatan prenatal. Kemungkinan memiliki bayi dengan berat badan lahir rendah jauh lebih tinggi bagi ibu yang tidak menerima perawatan prenatal yang baik. Penelitian ini telah menemukan bahwa setelah

memerhatikan faktor lainnya, seperti status sosial ekonomi dan usia ibu, bayi yang dilahirkan oleh ibu yang tidak melakukan perawatan pranatal memiliki berat badan lahir yang lebih rendah secara rata-rata, daripada bayi dengan ibu yang rutin melakukan pemeriksaan prenatal. Program perawatan prenatal memberikan konseling nutrisi, pemantauan yang cermat terhadap kenaikan berat badan ibu, skrining faktor risiko genetik atau perilaku dan dukungan emosional untuk ibu hamil. Program perawatan prenatal dengan fokus pada pencegahan persalinan prematur telah terbukti menurunkan kejadian BBLR semua usia ibu hamil.

d. Patofisiologi BBLR

BBLR paling sering disebabkan oleh kelahiran prematur yakni lahir sebelum usia kehamilan memasuki 37 minggu. Bayi prematur memiliki lebih sedikit waktu berada di dalam rahim ibunya untuk tumbuh dan berat badan yang bertambah. Sebagian besar berat badan bayi bertambah selama minggu-minggu terakhir kehamilan. (Villar dkk., 2020)

Penyebab lain dari berat badan lahir rendah adalah terhambatnya pertumbuhan janin di dalam kandungan atau *Intra Uterine Growth Restriction* (IUGR). Hal tersebut terjadi saat bayi tidak tumbuh dengan baik selama kehamilan. Mungkin disebabkan oleh gangguan plasenta, kesehatan ibu, atau kesehatan bayi. (Villar, dkk., 2020)

Penyebab pasti kelahiran prematur belum diketahui dalam banyak kasus, namun umumnya disebabkan oleh faktor ibu, janin dan plasenta yang berkontribusi pada kelahiran prematur. Beberapa kondisi selama kehamilan yang dapat menyebabkan kelahiran prematur, seperti infeksi ekstra uterus, korioamnionitis, trauma dan beberapa penyakit selama kehamilan seperti preeklamsia. Selain itu, kondisi janin juga dapat menyebabkan kelahiran prematur, seperti IUGR, anomali dan kematian janin (Villar, dkk., 2020).

Secara umum IUGR dapat disebabkan oleh faktor ibu, janin dan plasenta. Penyebab yang paling sering adalah perfusi plasenta yang tidak adekuat dan nutrisi janin yang kurang. (Cutland, dkk., 2017: 6492-6500)

Intra Uterine Growth Restriction (IUGR) terdiri atas dua jenis, yaitu IUGR asimetris, yakni bayi memiliki ciri-ciri malnutrisi, IUGR simetris yakni ukuran bayi lebih kecil daripada usianya dan IUGR campuran. IUGR asimetris terjadi sekitar 70-80% dari seluruh kejadian IUGR dan penyebab paling sering ialah insufisiensi perfusi utero-plasenta, sehingga dapat menyebabkan bayi akan memiliki panjang dan lingkar kepala normal tetapi namun berat badan kurang. IUGR simetris seringkali disebabkan oleh kelainan genetik yang terjadi lebih awal pada kehamilan, sehingga menyebabkan penurunan semua parameter antropometri pada janin atau bayi baru lahir (Sharma dkk, 2016: 67-83).

Penyakit infeksi, termasuk infeksi intrauterin, HIV dan malaria dapat menyebabkan BBLR, baik karena IUGR maupun kehamilan preterm. Selain itu, kondisi ibu selama kehamilan juga dapat meningkatkan risiko IUGR dan kehamilan preterm, seperti malnutrisi, indeks massa tubuh rendah, kemiskinan, jarak anak yang sempit, ibu dengan pendidikan rendah, perawatan antenatal yang kurang baik, penyalahgunaan zat, serta stres emosional dan fisik (Bhaskar dkk, 2020).

4. Makrosomia

Makrosomia adalah istilah yang digunakan untuk penelitian berat badan lahir bayi di atas 4.000gr. Istilah ini sering digunakan sebagai sinonim untuk janin besar menurut usia kehamilan (berat badan lahir lebih dari persentil ke-90) (Practice Bulletin, 2018).

Faktor yang menjadi penyebab kondisi ini antara lain riwayat makrosomia, multiparitas, ibu obesitas sebelum kehamilan, peningkatan berat badan yang berlebihan selama kehamilan, usia kehamilan lanjut dan diabetes gestasional sebagai faktor risiko terkuat (Agudelo-Espitia, dkk., 2019).

Faktor maternal seperti kelebihan berat badan sebelum hamil, pertambahan berat badan yang berlebihan dan diabetes selama kehamilan meningkatkan kemungkinan terjadinya makrosomia pada bayi baru lahir. (Agudelo-Espitia, dkk., 2019). Adapun faktor risiko makrosomia adalah sebagai berikut:

- a. Obesitas ibu, yang didefinisikan sebagai indeks massa tubuh sebelum hamil lebih besar dari 30 dan kenaikan berat badan selama kehamilan yang berlebihan adalah dua faktor risiko penting untuk makrosomia.
- b. Diabetes gestasional merupakan faktor risiko makrosomia yang terkenal karena hiperglikemia maternal kronis dan intermiten sangat berkaitan dengan percepatan pertumbuhan janin dan penumpukan lemak. Penatalaksanaan diabetes gestasional dengan pemantauan glukosa dan konsultasi nutrisi secara signifikan mengurangi risiko ini.
- c. Kehamilan postterm (lebih dari 40 minggu).
- d. Faktor risiko penting lainnya adalah: multiparitas, bayi makrosomik sebelumnya, jenis kelamin laki-laki, berat badan lahir ibu lebih dari 4.000gr dan ibu hamil dengan usia tua (di atas 35 tahun) (Silasi, 2017).

B. Tinjauan Tentang Proses Persalinan

1. Konsep Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sholichah, Nanik. 2017).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Diana, 2019). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke

jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati, Muliani, & Arsyad, 2019).

Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin. Dalam proses persalinan dapat terjadi perubahan-perubahan fisik yaitu, ibu akan merasa sakit pinggang dan perut bahkan sering mendapatkan kesulitan dalam bernafas dan perubahan-perubahan psikis yaitu merasa takut kalau apabila terjadi bahaya atas dirinya pada saat persalinan, takut yang dihubungkan dengan pengalaman yang sudah lalu misalnya mengalami kesulitan pada persalinan yang lalu (Rinata, 2018).

Persalinan adalah peristiwa fisiologis yang melibatkan rangkaian perubahan sekuensial dan terpadu di dalam miometrium, desidua dan serviks uterus yang terjadi secara bertahap selama beberapa hari sampai minggu. Perubahan jaringan ikat biokimia di serviks uterus muncul untuk mendahului kontraksi rahim dan pelebaran serviks dan semua kejadian ini biasanya terjadi sebelum pecahnya membran janin. Dengan kata lain proses persalinan ialah proses pengeluaran janin yang matang dan telah melewati masa kehamilan normal (Asgari, et al, 2018).

Definisi lain mengenai persalinan dan kelahiran normal menurut (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2017) yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam. Tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

2. Jenis - Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri (Oktarina, Mika. 2016).
- b. Persalinan Buatan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya dengan forceps/ vakum, atau dilakukan operasi sectio caesarea.
- c. Persalinan Anjuran, yaitu persalinan yang dibantu dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin atau prostaglandin. Umunya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, namun tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan. Sama halnya pada persalinan yang tidak segera dimulai dengan sendirinya namun baru dapat berlangsung dengan dilakukan amniotomi/ pemecahan ketuban (Damayanti, Ika Putri dkk. 2017).

3. Sebab – Sebab Terjadinya Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori.

- a. Faktor – Faktor Hormonal Yang Menyebabkan Persalinan
 - 1) Rasio Estrogen Terhadap Progesteron Progesteron menghambat kontraksi uterus selama kehamilan, sehingga ekspulsi fetus tidak terjadi. Sedangkan estrogen dapat meningkatkan kontraksi uterus karena estrogen meningkatkan jumlah otot-otot saling berhubungan satu sama lain (*gap injection*) antara sel-sel otot polos uterus yang berdekatan saat permulaan inpartu. Dalam kehamilan estrogen dan progesteron diekskresikan dalam jumlah yang secara progresif terus meningkat dari bulan kebulan. Tetapi mulai bulan ke-7 dan seterusnya estrogen terus meningkat tetapi progesteron tetap konstan atau mungkin sedikit menurun. Oleh karena itu diduga bahwa rasio estrogen

- dan progesteron yang menyebabkan terjadinya persalinan.
- 2) Pengaruh Oksitosin, Pada Uterus Oksitosin adalah hormon yang dihasilkan oleh *Neurohipofisis Posterior* yang dapat menyebabkan kontraksi uterus. Yaitu dimana terjadi:
 - a) Otot-otot akan terus meningkatkan reseptör-reseptör oksitosin dan meningkatkan responnya terhadap oksitosin,
 - b) Kecepatan sekresi oksitosin oleh *neuro hipofisis* meningkat pada waktu persalinan,
 - c) Regangan serviks atau iritasi serviks pada waktu persalinan dapat menyebabkan refleks neurogenik yang mengakibatkan neurohipofisis meningkat sekresi oksitosinnya.
 - 3) Pengaruh Hormon Fetus pada Uterus Kelenjar hipofisis pada fetus juga mensekresikan oksitosin yang jumlahnya semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. kelenjar adrenal fetus menghasilkan hormon kortisol yang dapat menstimulasi uterus. Membran fetus menghasilkan prostaglandin yang tinggi pada waktu persalinan, prostaglandin dapat meningkatkan intensitas kontraksi uterus (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2017).
- b. Teori Yang Berkaitan Dengan Mulai Terjadinya Kekuatan His Beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses perasalinan (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2017) yaitu:
- 1) Teori Kerenggangan
 - a) Otot rahim mempunyai kemampuan merenggang dalam batas tertentu
 - b) Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai,
 - c) Contohnya pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah kerenggangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

- 2) Teori Penurunan Progesteron
- a) Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
 - b) Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin,
 - c) Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu. Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Kontraksi otot rahim ini menyebabkan :
 - i. Turunnya kepala lalu masuk pintu atas panggul terutama pada primigravida pada minggu ke- 36 dapat menimbulkan sesak dibagian bawah, diatas simpisis pubis dan sering ingin kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
 - ii. Perut melebar karena fundus uteri turun
 - iii. Terjadi perasaan sakit di daerah pinggang, hal ini dikarenakan kontraksi ringan otot rahim dan tetekannya pleksus Frankenhauser yang terletak disekitar serviks
 - iv. Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim,
 - v. Terjadi pengeluaran lendir dimana lendir penutup serviks dilepaskan.

3) Teori Oksitosin Internal

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis past posterior,
- b) Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- c) Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

- 4) Teori Prostaglandin
 - a) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur hamil 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua,
 - b) Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga konsepsi dikeluarkan,
 - c) Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.
- 5) Teori Hipotalamus Pituitari
 - a) Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.
 - b) Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi/ lulanya persalinan
 - c) Dari hal diatas menunjukkan hubungan antara pituitari dengan persalinan (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2017).

4. Permulaannya Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat yaitu:

- a. Adanya Lightening Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadinya penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Beberapa penyebabnya yaitu:
 - 1) Adanya kontraksi Braxton Hicks
 - 2) Terjadi ketegangan dinding perut
 - 3) Terjadi ketegangan ligamentum rotundum
- b. Adanya gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus. Proses masuknya kepala janin ini juga dapat diraakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda diantaranya:
 - 1) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
 - 2) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
 - 3) Kesulitan saat berjalan
 - 4) Serta merasa sering berkemih

Faktor – faktor yang berperan dalam persalinan menurut Manuaba (2007) dalam Fritasari, Defi 2021) yaitu:

- a. *Power* : Kekuatan his adekuat dan tambahan kekuatan mengejan
- b. *Passage* : Jalan lahir tulang, jalan lahir otot
- c. *Passanger* : Janin, plasenta dan selaput ketuban.

Terjadinya His Permulaan Pada ibu hamil kontraksi *braxton his* sering dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkannya. Biasanya keluhan yang dirasakan berupa sakit pinggang yang menggaggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang dirasaknya. Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi / his permulaan. His permulaan ini disalah artikan.

5. Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya :

- a. Adanya Kontraksi Rahim

Menurut Rose (2007) secara umum tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta (Fritasari, 2019).

- b. Keluarnya Lendir Bercampur

Darah Lendir di sekresi sebagai hasil poliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak membuka. Leher inilah yang di maksud blood slim (Fritasari, 2019).

- c. Keluarnya Air Ketuban Menurut Maulana, 2008, proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban.

Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Fritasari, 2019).

- d. Pembukaan Serviks Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini dapat dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam (*vagina toucher*), petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan dan pembukaan leher rahim (Sumkin, 2008 dalam Fritasari 2019).

Tanda – tanda persalinan menurut Kumalasari (2021), diantaranya:

- a. Rasa sakit karena adanya kontraksi uterus yang progresif, teratur, yang meningkat kekuatan frekuensi dan durasi,
- b. Rabas vagina yang mengandung darah (*bloody show*),
- c. Kadang – kadang ketuban pecah spontan,
- d. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

Tanda Persalinan Palsu Menurut Stoppard, 2008, mengemukakan kontraksi ini terjadi pada trimester tiga dan sering salah memperkirakan kontraksi *Broxton Hicks* yang kuat sebagai kontraksi awal persalinan. Kontraksi *Broxton Hiks* yang kuat disalah artikan sebagai tanda datangnya persalinan. Dan ini di kenal dengan persalinan palsu. Menghitung waktu awal kontraksi selama lebih dari satu jam dan jika kontraksi tersebut terjadi berdekatan satu sama lain dan berlangsung lama, mungkin persalinan (Fritasari, 2019).

6. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan mengacu pada serangkaian perubahan posisi dan sikap yang diambil janin selama perjalannya melalui jalan lahir. Mekanisme persalinan yang dijelaskan disini adalah untuk presentasi verteks dan panggul ginekoid. Hubungan kepala dan tubuh janin dengan panggul ibu

berubah saat janin turun melalui panggul. Hal ini sangat penting sehingga diameter optimal tengkorak ada pada setiap kala penurunan.

Tahapan mekanisme persalinan ini diantaranya:

a. Engagement

Kepala biasanya masuk ke panggul pada posisi transversal/ pada posisi yang sedikit berbeda dari posisi ini sehingga memanfaatkan diameter terluas panggul. Engagement dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas penggul. Engagement terjadi pada sebagian besar wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara. Bilangan perlamaan kepala janin yang dapat dipalpasi melalui abdomen sering digunakan untuk menggambarkan apakah engagement telah terjadi. Jika lebih dari 2/5 kepala janin dapat dipalpasi melalui abdomen, kepala belum engaged.

b. Penurunan (Descent)

Selama kala I persalinan, kontraksi dan retraksi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun. Proses ini dipercepat dengan pecah ketuban dan upaya ibu untuk mengejan.

c. Fleksi

Ketika kepala janin turun menuju rongga tengah panggul yang lebih sempit, fleksi meningkat. Fleksi ini mungkin merupakan gerakan pasif, sebagian karena struktur disekitarnya dan penting dalam meminimalkan diameter presentasi kepala janin untuk memfasilitasi perjalannya melalui jalan lahir. Tekanan pada akses janin akan lebih cepat disalurkan ke oksiput sehingga meningkatkan fleksi.

d. Rotasi Internal

Jika kepala fleksi dengan baik, oksiput akan menjadi titik utama dan saat mencapai alur yang miring pada otot levator ani, kepala akan didorong untuk berotasi secara anterior sehingga sutera sagital kini terletak di diameter anterior

posterior pintu bawah panggul (diameter terluas panggul). Resistensi adalah dinamika rotasi yang penting. Jika janin mencapai engagement dalam posisi oksipitoposterior, rotasi internal (putar paksi dalam) dapat terjadi dari posisi oksipitoposterior sampai posisi oksipitoranterior. Rotasi internal yang lama ini, bersama dengan diameter presentasi tengkorak janin yang lebih besar, menjelaskan peningkatan durasi persalinan akibat kelainan posisi ini. Posisi ini dikaitkan dengan ekstensi kepala janin yang akan meningkatkan diameter presentasi tengkorak janin pada pintu bawah panggul. Posisi ini dapat menyebabkan obstruksi persalinan dan memerlukan pelahiran dengan alat bantu atau bahkan perlu dilakukan sectio caesaria.

e. Ekstensi

Setelah rotasi internal selesai, oksiput berada di bawah simfisis pubis dan bregma berada dekat batas bawah sakrum. Jaringan lunak perineum masih memberikan resistensi dan dapat mengalami trauma dalam proses ini. Kepala yang fleksi sempurna kini mengalami ekstensi, dengan oksiput keluar dari bawah simfisis pubis dan mulai mendistensi vulva. Hal ini dikenal sebagai crowning kepala. Kepala mengalami ekstensi lebih lanjut dan oksiput yang berada dibawah simfisis pubis hampir bertindak sebagai titik tumpu wajah dan dagu tampak secara berturut-turut pada lubang vagina posterior dan badan perineum. Ekstensi dan gerakan ini meminimalkan trauma jaringan lunak dengan menggunakan diameter terkecil kepala janin untuk kelahiran.

f. Restitusi

Restitusi adalah lepasnya putaran kepala janin, yang terjadi akibat rotasi internal. Restitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada dibagian depan. Segera setelah kepala keluar dari vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblik (miring).

g. Rotasi

Eksternal Agar dapat dilahirkan, bahu harus berotasi ke bidang anterior – posterior, diameter terluas pada pintu bawah panggul. Saat ini terjadi, oksiput berotasi melalui seperdelapan lingkaran lebih lanjut ke posisi transversal. Ini disebut rotasi eksternal.

h. Pelahiran Bahu dan Tubuh Janin

Ketika restitusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior – posterior. Bahu anterior berada di bawah simfisis pubis dan lahir pertama kali dan bahu posterior lahir berikutnya. Meskipun proses ini dapat terjadi tanpa bantuan, seringkali „traksi lateral“ ini dilakukan dengan menarik kepala janin secara perlahan ke arah bawah untuk membantu melepaskan bahu anterior dan bawah simfisis pubis. Normalnya, sisa tubuh janin lahir dengan mudah dengan bahu posterior dipandu ke atas, pada perinum dengan melakukan traksi ke arah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke arah abdomen ibu (Holmes, Debbie. 2017)

7. Tahapan persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu:

- 1) Fase Laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menimbulkan penipisan dan pembukaan serviks bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm pada umumnya fase laten berlangsung hingga 8 jam.
- 2) Fase aktif adalah frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau

lebih, uterus mengeras waktu kontraksi, serviks membuka. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm/ jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara. Pada fase aktif kala II terjadi penurunan bagian terendah janin tidak boleh berlangsung lebih dari 6 jam. Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu:

- a) Fase Akselerasi. Pada primigravida pembukaan serviks bertambah dari 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu sekitar 2 jam
 - b) Fase Dilatasi Maksimal. Pembukaan serviks berlangsung lebih cepat, yaitu 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam
 - c) Fase Deselerasi. Pembukaan serviks melambat dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm) dalam waktu 2 jam (Sursilla, ilah. 2010). Lamanya untuk primigravida berlangsung 12-14 jam sedangkan pada multigravida sekitar 6-8 jam (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2017).
- b. Kala II (Pengeluaran Janin)

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kala pengeluaran janin his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk keruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris atau otomatis menimbulkan rasa mengejan. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rektum dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum merenggang. Dengan his mengejan yang terpimpin maka akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung $1\frac{1}{2}$ - 2 jam, pada multigravida $\frac{1}{2}$ -1 jam (Kumalasari, Intan. 2021)

c. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Proses ini berlangsung setelah kala II yang tidak lebih dari 30-86 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan Nitabusch atau jaringan ikat longgar yang melapisinya. Berikut beberapa tanda terlepasnya plasenta, diantaranya:

- 1) Uterus menjadi berbentuk longgar
- 2) Uterus ter dorong ke atas, karena plasenta terlepas ke segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat semakin memanjang
- 4) Terjadinya perdarahan.
- 5) Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede (pelepasan plasenta seperti memeras jeruk dan dilakukan untuk melahirkan plasenta yang belum lepas) pada fundus uterus (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2017: 13).

d. Kala IV (Observasi)

Kala IV persalinan adalah dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam pertama postpartum (Kumalasari, Intan. 2021). Beberapa hal penting yang harus diperhatikan pada kala IV persalinan adalah:

- 1) Kontraksi uterus harus baik,
- 2) Tidak ada perdarahan pervaginam atau dari alat genetalia lain,
- 3) Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap, d. Kandung kencing harus kosong,
- 4) Luka-luka diperineum harus dirawat dan tidak ada hematoma/ pembekuan darah,
- 5) Resume/ observasi keadaan umum ibu dan bayi (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2017).

C. Tinjauan Tentang Persalinan Kala II Lama

1. Pengertian

Definisi Persalinan kala II lama Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uru) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Ujiningtyas, 2017 ; 1).

Persalinan kala II lama dimulai sejak pembukaan lengkap sampa terjadi pengeluaran seluruh janin. Persalinan kala II lama adalah kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primi dan lebih dari 1 jam pada multipara. Diagnosa kala II lama yaitu ditandai dengan tanda dan gejala klinis pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengejan tetapi tidak ada kemajuan pengeluaran kepala (Wiknjosastro, 2017 ; 112).

Partus lama merupakan fase terakhir dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga timbul gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan ibu, serta asfiksia kematian janin dalam kandungan.

2. Tanda-tanda dan gejala klinik Kala II lama

- a. Pada ibu Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat dan pernafasan cepat. Di daerah local sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan berbau terdapat mekonium.
- b. Pada janin
 - 1) DJJ cepat/ tidak teratur, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.
 - 2) Kaput succedaneum yang besar.
 - 3) Moulage kepala yang hebat
 - 4) kematian janin dalam kandungan

3. Etiologi Kala II lama

Etiologi kala II lama adalah sebagai berikut :

- a. Kelainan letak janin
- b. Kelainan-kelainan panggul
- c. Kelainan his
- d. Pimpinan partus yang salah

- e. Janin besar, ada kelainan congenital
- f. Primitua
- g. Ketuban pecah dini

4. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi dari kala II lama (Ujiningtyas, 2017; 23) adalah sebagai berikut :

- a. Keadaan lingkungan yang kurang sehat
- b. Mal nutrisi
- c. Usia terlalu muda kurang dari 20 tahun, atau lebih dari 35 tahun
- d. Diabetes mellitus Menurut penelitian Ardhiyanti (2016) ada beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian partus lama yaitu faktor ibu (usia, paritas dan HIS serta penyakit penyerta pada ibu), faktor janin (besar janin, letak janin) dan faktor jalan lahir (panggul sempit).

5. Karakteristik Kala II

Kala II adalah persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II dikenal juga sebagai kala pengeluaran. Pada primi berlangsung lebih kurang 2 jam, pada multi berlangsung kira-kira dalam 1 jam.

Tanda-tanda kala II yaitu ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya, perineum menonjol, vulva dan vagina dan spinter ani terbuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. (Ujiningtyas, 2017; 23)

6. Patofisiologi Kala II Lama

Distosia ditandai dengan kemajuan persalinan yang lambat. Keadaaan ini sebagai akibat empat abnormalitas yang berbeda yang dapat ditemukan secara tunggal maupun kombinasi. Salah satunya abnormalitas pada tenaga ekspulsi yaitu uterus tidak cukup kuat untuk menghasilkan penipisan dan dilatasi serviks (disfungsi uterus) atau upaya otot volunteer yang tidak memadai pada kala II dan juga disebabkan karena kekuatan

mengejan yang kurang kuat dan kurang efektif (Ujiningtyas, 2017; 25)

Karena keabnormalan tersebut dapat mengakibatkan kemacetan pada penurunan. Sebagian besar wanita tidak dapat menahan keinginan untuk mengejan setiap kali timbul his, dengan menarik nafas dalam, menutup glottis dengan mengkontraksikan otot-otot abdomen berkalikali dengan sepenuh tenaga untuk menimbulkan peningkatan tekanan intra abdomen yang besar selama berlangsungnya kontraksi uterus. Pada kala II kadang tenaga ekspulsi tidak cukup kuat sehingga dapat menyebabkan pemanjangan pada kala II (Ujiningtyas, 2017; 26)

7. Dampak Kala II lama

Dampak kala II lama adalah sebagai berikut (Wiknjosastro, 2017) :

a. Bahaya bagi ibu

Partus lama menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak. Beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terdapat kenaikan pada insidensi atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan shock. Angka kelahiran dengan tindakan yang tinggi semakin memperburuk kondisi ibu.

b. Bahaya bagi janin

Semakin lama persalinan, semakin tinggi morbiditas serta mortalitas janin dan semakin sering terjadi keadaan berikut ini :

- 1) Asfiksia akibat partus lama itu sendiri
- 2) Trauma cerebri yang disebabkan oleh penekanan pada kepala janin
- 3) Cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi dengan forceps yang sulit
- 4) Pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran. Keadaan ini mengakibatkan terinfeksinya cairan ketuban dan selanjutnya dapat membawa infeksi paru-paru serta infeksi sistemik pada janin. Sekalipun tidak terdapat

kerusakan yang nyata, bayi-bayi pada partus lama memerlukan perawatan khusus. Sementara pertus lama tipe apapun membawa akibat yang buruk bagi anak, bahaya tersebut lebih besar lagi apalagi kemajuan persalinan pernah berhenti. Sebagian dokter beranggapan sekalipun partus lama meningkatkan resiko pada anak selama persalinan, namun pengaruhnya terhadap perkembangan bayi selanjutnya hanya sedikit. Sebagian lagi menyatakan bahwa bayi yang dilahirkan melalui proses persalinan yang panjang ternyata mengalami defisiensi intelektual sehingga berbeda jelas dengan bayi-bayi yang lahir setelah persalinan normal.

8. Penanganan kala II lama

- a. Memberikan informasi/dukungan secara simultan kepada ibu dengan cara mendampingi ibu agar merasa nyaman, menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu.
- b. Menjaga kebersihan diri meliputi kebersihan agar terhindar dari infeksi, jika ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
- c. Masase untuk menambah kenyamanan bagi ibu.
- d. Memberikan dukungan mental kepada ibu untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu dengan cara : menjaga privasi ibu, penjelasan tentang prosedur dan kemajuan persalinan, penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
- e. Mengatur posisi ibu dalam membimbing mengedan dapat dipilih posisi berikut : posisi jongkok., menungging, tidur miring, setengah duduk, menjaga kandung kemih tetap kosong, ibu dianjurkan berkemih sesering mungkin.
- f. Memberikan cukup minum memberikan tenaga dan mencegah dehidrasi (Prawirohardjo, 2002) dalam Ernawati (2017).

Upaya mengejan ibu menambah resiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen keplasenta. Mengejan dan menahan

nafas yang terlalu lama tidak dianjurkan. Perhatikan DJJ, bradikardi yang lama mungkin terjadi akibat lilitan tali pusat. Untuk penanganan awal berikan Oksitosin Drip. Bila pemberian oksitosin drip tidak ada kemajuan dalam satu jam, maka :

- a. Lahirkan dengan bantuan vakum atau forcep bila persyaratan dipenuhi
- b. Lahirkan dengan SC bila persyaratan vacuum atau forcep tidak dipenuhi. Perawatan pendahuluan (Penisilin prokain: 1 juta IU IM, Streptomisin 1 gram IM, Infuse cairan: Larutan garam fisiologis dan atau Larutan glukosa 5-10% pada jam pertama: satu liter / jam, Istirahat 1 jam untuk observasi, kecuali bila keadaan mengharuskan untuk bertindak. Pertolongan (Dapat dilakukan partus spontan, ekstraksi vacum, forcep, SC, embriotomi bila janin meninggal).

9. Komplikasi kala II lama

Komplikasi pada kala II lama adalah sebagai berikut (Ujiningtyas, 2017; 28) :

- a. Ibu tampak kelelahan (kekurangan cairan, nadi dan suhu meningkat)
- b. Persalinan disertai infeksi (suhu meningkat, bagian bawah rahim terasa sakit dan tegang)
- c. Bagian terendah janin terfiksasi

Pada pemeriksaan liang senggama dapat dijumpai bagian terendah janin terfiksasi, sudah terasa edema dan disertai kaput.

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

1. Univariat

Dari data yang telah dikumpulkan didapatkan 342 kelahiran yang dilakukan di Puskesmas Kondodewata dari bulan Januari sampai dengan bulan Agustus tahun 2022. Tetapi yang diambil dalam penelitian ini adalah yang melahirkan pada bulan September 2022. Setelah diseleksi dengan kriteria inklusi dan eksklusi, maka didapatkan 34 data yang dapat diteliti.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Waktu Persalinan Kala II di Puskesmas Kondodewata Tahun 2022

| Lama Persalinan Kala 2 | Frekuensi | Percentase |
|-------------------------|-----------|--------------|
| Kala II Memanjang | 5 | 14.7 % |
| Kala II Tidak Memanjang | 29 | 85.3 % |
| Total | 34 | 100 % |

Sumber : Data sekunder, 2022

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 34 ibu bersalin yang persalinannya dalam kategori Kala II Memanjang lebih dari 2 jam untuk primi dan lebih dari 1 jam untuk multi ada 5 ibu (14,7%).

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Durasi His di Puskesmas Kondodewata Tahun 2022

| Durasi His | Frekuensi | Percentase |
|--------------------------|-----------|--------------|
| Normal (40-50 detik) | 29 | 85.3 % |
| Tidak Normal (<40 detik) | 5 | 14.7 % |
| Total | 34 | 100 % |

Sumber : Data sekunder, 2022

Berdasarkan hasil penelitian Tabel 4.2 didapatkan dari 34 orang ibu bersalin, sebanyak 85,3% atau 29 orang dengan durasi his antara 40-50 detik per kontraksi yang ditandai dengan kotak

hitam penuh dalam partografi, namun masih ada sebanyak 14,7% atau 5 orang yang durasi hisnya dibawah 40 detik per kontraksi atau ditandai dengan garis arsir pada kotak his dalam partografi.

Tabel 4.3 Distribusi Berat Badan Lahir Bayi di Puskesmas Kondodewata Tahun 2022

| Berat Badan Lahir Bayi | Frekuensi | Percentase |
|------------------------|-----------|--------------|
| <2500 gram | 2 | 5.9 |
| 2500-4000 gram | 31 | 91.2 |
| >4000 gram | 1 | 2.9 |
| Total | 34 | 100 % |

Sumber : Data sekunder, 2022

Berdasarkan Tabel 4.3 menunjukkan dari 34 orang ibu bersalin, didapatkan sebanyak 31 orang atau 91,2% bayi lahir dengan berat badan normal antara 2500-4000 gram, 2 bayi atau 5,9% lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram dan sebanyak 1 orang atau 2,9% bayi baru lahir dengan berat > 4000 gram.

2. Bivariat

Analisis bivariate ini menggunakan rumus crosstab-Chi Square dengan tingkat kepercayaan 95% yang diolah dengan menggunakan SPSS 25.

Tabel 4.4 Hubungan Durasi His dengan Lama Persalinan Kala II Ibu Bersalin di Puskesmas Kondodewata Tahun 2022

| Durasi His saat Kala II | Lama Inpartu Kala II | | | | Jumlah | | <i>p</i> | |
|-------------------------|----------------------|--------------|-------------------------|--------------|-----------|-------------|--------------|--|
| | Kala II Memanjang | | Kala II tidak Memanjang | | | | | |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| Normal | 0 | 0 | 29 | 85,3% | 29 | 85,3% | 0,000 | |
| Tidak Normal | 5 | 14,7% | 0 | 0 | 5 | 14,7% | | |
| TOTAL | 5 | 14,7% | 29 | 85,3% | 34 | 100% | | |

Berdasarkan tabel 4.4 diatas terdapat 29 ibu (85,3%) yang tidak mengalami kala II memanjang dikarenakan durasi his persalinan kala II ibu antara 40-50 detik per kontraksi atau normal. Terdapat 5 ibu bersalin (14,7%) yang mengalami kala II memanjang karena durasi his tidak normal. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,000 ($p.value <\alpha= 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada hubungan antara durasi his persalinan kala II dengan lama inpartu kala II ibu bersalin.

**Tabel 4.5 Hubungan Berat Badan Lahir Bayi dengan Lama Persalinan Kala II Ibu Bersalin di Puskesmas Kondodewata
Tahun 2022**

| Berat Badan Lahir Bayi | Lama Inpartu Kala II | | | | Jumlah | | p | |
|------------------------|----------------------|--------------|-------------------------|--------------|-----------|-------------|------------|--|
| | Kala II Memanjang | | Kala II tidak Memanjang | | | | | |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| <2500 gram | 0 | 0 | 2 | 5,9% | 2 | 5,9% | 0,044 4 | |
| 2500-4000 gram | 4 | 11,7% | 27 | 79,5% | 31 | 91,2% | | |
| >4000 gram | 1 | 2,9% | 0 | 0 | 1 | 2,9% | | |
| TOTAL | 5 | 14,6% | 29 | 85,4% | 34 | 100% | | |

Berdasarkan tabel 4.5 terdapat 27 ibu bersalin (79,5%) melahirkan bayi dengan berat badan lahir antara 2500-4000 gram tidak mengalami kala II memanjang pada proses persalinannya. Dan terdapat 1 ibu bersalin (2,9%) yang mengalami kala II memanjang pada persalinannya karena berat badan bayi lahir >4000 gram. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,044 ($p.value <\alpha= 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada hubungan antara berat badan lahir bayi dengan lama kala II ibu bersalin.

4.2 PEMBAHASAN

1. Analisis Univariat

Lama Inpartu Kala II

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 34 ibu bersalin yang persalinannya dalam kategori partus lama lebih dari 2 jam untuk primi dan lebih dari 1 jam untuk multi ada 5 ibu (14,7%).

Terdapatnya ibu bersalin dengan partus lama menimbulkan efek berbahaya bagi ibu dan janin, beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan. Resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Angka kelahiran dengan tindakan yang tinggi semakin memperburuk bahaya bagi ibu sedangkan bahaya bagi janin semakin lama persalinan semakin tinggi morbiditas dan mortalitas janin dan semakin sering pula terjadi keadaan asfiksia neonatorum.

Bahaya pada partus lama lebih besar lagi apabila kepala janin macet di perineum untuk waktu yang lama dan tengkorak kepala janin terus terbentuk pada panggul ibu. Pada partus lama kala II, bradikardia janin kadang terjadi ketika ibu menahan nafas dalam waktu lama, dan usaha mengejan ibu dapat meningkatkan tekanan terhadap kepala janin. Efek pada janin mengakibatkan oksigen dalam darah turun dan aliran darah ke plasenta menurun sehingga oksigen yang tersedia untuk janin menurun, pada akibatnya dapat menimbulkan hipoksia janin.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gilang, dkk (2020), di RSUD Tugurejo Semarang, dengan hasil analisis bivariat didapat hasil Chi-square yang sudah dilakukan koreksi didapat p-value sebesar 0,035 (<0.05), yang berarti menunjukkan bahwa ada hubungan antara partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum.

Durasi His

Sedangkan sebanyak 85,3% atau 29 orang dengan durasi his antara 40-50 detik per kontraksi yang ditandai dengan kotak hitam penuh dalam partografi, namun masih ada sebanyak 14,7%

atau 5 orang yang durasi hisnya dibawah 40 detik per kontraksi atau ditandai dengan garis arsir pada kotak his dalam partografi.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan partus lama seluruh ibu bersalin mengalami kelainan tenaga dan tidak satupun ibu yang tidak mengalami kelainan tenaga. His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Menurut Taufan (2019) kelainan his dibedakan menjadi:

a. His hipotonik

Tidak ada basal tonus dan kontraksi uterus memiliki pola gradasi normal (*synchronous*) tetapi tekanan yang ditimbulkan oleh kontraksi uterus tidak cukup untuk menyebabkan terjadinya dilatasi servik.

b. His hipertonik

Basal tonus meningkat dan atau kekacauan dalam gradasi tekanan yang ditimbulkan oleh his akibat tekanan yang ditimbulkan oleh his dibagian tengah uterus lebih besar daripada yang dihasilkan oleh bagian fundus dan atau adanya peristiwa asinkronisme dari rangsangan yang berasal dari cornu. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa his sangat berpengaruh pada kemajuan persalinan sehingga pada kejadian partus lama banyak disebabkan karena kelainan his atau his yang tidak adekuat. Partus lama mempunyai dampak yang berbahaya bagi ibu maupun janin. Oleh karena itu, petugas kesehatan atau bidan mempunyai peran untuk mengurangi kejadian tersebut. Dengan pemeriksaan tanda-tanda vital secara intensif mulai dari ibu hamil sampai bersalin dan pimpinan persalinan yang tepat maka resiko terjadinya partus lama dapat diminimalkan.

Penelitian ini sesuai dengan teori bahwa dalam proses persalinan terjadi kontraksi uterus kala II saat kontraksi berlangsung secara konsisten 90 detik, jumlah kontaksi adalah 3-4 kali tiap menit atau terjadi setiap 2-3 menit sekali, sehingga

aliran darah ke janin dapat berkurang atau berhenti. Stimulasi kontraksi uterus yang berlebihan atau kurang sempurna dan lamanya persalinan kala II dengan teknik mengejan yang aktif berlangsung lebih dari 1 jam pada ibu primipara maka dapat menyebabkan ibu kelelahan dan gangguan pada sirkulasi uteroplaserter sehingga janin di dalam rahim mengalami kekurangan oksigen, saat itu ketika bayi lahir akan mengalami asfiksia neonatorum.

Berat Badan Lahir Bayi

Didapatkan sebanyak 31 orang atau 91,2% bayi lahir dengan berat badan normal antara 2500-4000 gram, 2 bayi atau 5,9% lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram dan sebanyak 1 orang atau 2,9% bayi baru lahir dengan berat > 4000 gram.

Bayi besar adalah bayi lahir yang beratnya lebih dari 4000 gram. menurut kepustakaan bayi yang besar baru dapat menimbulkan dystosia kalau beratnya melebihi 4500gram. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Karena regangan dinding rahim oleh anak yang sangat besar dapat menimbulkan inertia dan kemungkinan perdarahan postpartum lebih besar.

Adapun pencegahan yang bisa dilakukan dalam persiapan menghadapi proses persalinan atau kelahiran bayi dan prenatal yang baik akan mengurangi insiden partus lama, persalinan tidak boleh diinduksi atau dipaksakan kalau serviks belum matang, selama proses persalinan perlu adanya supportif dari keluarga serta petugas kesehatan dan pemberian cairan melalui infus dan kesiapan fisik ibu bersalin yang baik berpengaruh besar terhadap jalannya proses persalinan yang aman dan lancar.

2. Analisis Bivariat

Hubungan Durasi His dengan Lama Persalinan Kala II

Berdasarkan tabel 6 diatas terdapat 29 ibu (85,3%) yang tidak mengalami kala II memanjang dikarenakan durasi his

persalinan kala II ibu antara 40-50 detik per kontraksi atau normal. Terdapat 5 ibu bersalin (14,7%) yang mengalami kala II memanjang karena durasi his tidak normal. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,000 (p .value $<\alpha= 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada hubungan antara durasi his persalinan kala II dengan lama inpartu ibu bersalin.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan partus lama mengalami kelainan his dan kelainan tenaga. Kala II memanjang berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Kala II persalinan pada nulipara dibatasi dua jam sedangkan untuk multipara satu jam. Pada ibu dengan paritas tinggi, kontinuitas otot vagina dan perineum sudah meregang, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk mengeluarkan janin. Sebaliknya untuk ibu dengan panggul sempit atau janin besar maka kala II dapat sangat panjang.

Ada pun persalinan lama dapat menimbulkan konsekuensi yang buruk bagi ibu maupun janin. Pada ibu bisa berdampak terjadinya infeksi intrapartum, rupture uri, pembentukan fistula dan cidera otot-otot dasar panggul. Pada janin bisa terjadi caput suksedeneum, molase kepala janin, bahkan bisa sampai mengalami asfiksia. Kejadian partus lama disebabkan oleh beberapa faktor seperti letak janin, kelainan panggul, kelainan his, pimpinan partus yang salah, janin besar, kelainan kongenital, primi tua perut gantung, grandemultipara dan ketuban pecah dini. *Power:* kekuatan his dan mengejan (Inersia uteri, his yang tidak terkoordinasi, kelelahan ibu mengejan, salah pimpinan kala II), *Passage:* jalan lahir (kelainan bentuk panggul, kesempitan panggul, ketidakseimbangan (Febby Herayono dkk, 2021).

His yang tidak normal dalam kekuatan dan sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan dan tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Kontraksi melemah sehingga menjadi kurang kuat, lebih singkat dan atau lebih jarang, kualitas kontraksi sama seperti semula, tidak

mengalami kemajuan sehingga pada pemeriksaan vaginal, serviks tidak mengalami perubahan, pada fase aktif yang memanjang.

Hubungan Berat Badan Lahir Bayi dengan Lama Persalinan Kala II

Berdasarkan hasil olah data lembar wawancara yang diberikan kepada responden terdapat 27 ibu bersalin (79,5%) melahirkan bayi dengan berat badan lahir antara 2500-4000 gram tidak mengalami partus lama. Dan terdapat 1 ibu bersalin (2,9%) yang mengalami partus lama karena berat badan bayi lahir >4000 gram. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,044 ($p.value <\alpha= 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada hubungan antara berat badan lahir bayi dengan lama kala II ibu bersalin.

Hasil penelitian yang telah peneliti lakukan ini sama juga dengan hasil penelitian yang dilakukan sebelumnya yang menyatakan terdapat hubungan antara berat bayi lahir dengan kejadian partus lama di RS AL Jala Ammari Makassar Januari-April 2019 dengan p value = 0,000 ($p < 0,05$). Berat badan janin dapat mempengaruhi proses persalinan. Berat badan bayi lahir merupakan salah satu tolak ukur untuk mengetahui berat badan neonatus pada saat kelahiran yang ditimbang dalam waktu satu jam setelah lahir. Berat bayi lahir dapat menyebabkan distosia pada proses persalinan, yang ditandai dengan tidak adanya kemajuan persalinan, ini menyebabkan persalinan menjadi lama (Ruqaiyah, 2019).

Berat bayi lahir yang beratnya lebih dari 4000 gram atau bayi yang besar merupakan faktor partus tak maju yang sangat berkaitan dengan terjadinya malposisi dan malpresentasi, janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan besar akan menyebabkan partus tak maju. Kesulitan yang ditimbulkan dalam persalinan ialah karena besarnya kepala atau besarnya bahu, karena regangan dinding rahim, oleh anak yang sangat besar dapat timbul inertia dan kemungkinan perdarahan postpartum lebih besar.

Proses persalinan pada kala II sangat dipengaruhi oleh tiga faktor yang bekerja yang sangat berperan yang mana tiga hal tersebut adalah kekuatan untuk mendorong janin agar keluar atau yang dikenal dengan (*power*) yang meliputi his (kekuatan uterus), kontraksi pada otot dinding perut, kontraksi diafragma dan ligamentum. Faktor kedua adalah faktor janin (*passanger*) yang meliputi besarnya janin, berat bayi baru lahir dan lainnya. Faktor ketiga yang berpengaruh terhadap proses persalinan adalah jalan lahir (*passage*) yang meliputi tulang-tulang panggul, otot-otot, jaringan, dan ligament-ligament. Dalam hal ini, apabila dari ketiga faktor ini dalam kondisi yang baik, sehat dan seimbang, maka proses persalinan yang dilalui oleh seorang ibu akan berlangsung secara normal/spontan. Namun apabila salah satu dari ketiga faktor tersebut mengalami kelainan, misalnya keadaan yang menyebabkan kekuatan dari his yang tidak adekuat, kelainan pada bayi atau kelainan jalan lahir maka proses persalinan pada kala II akan bisa terganggu prosesnya (Paskalia Tri Kurniati, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- APN. (2017). Buku Acuan Persalinan Normal. Jakarta: J NPK-KR.
- Aprillia, Y. (2009). Analisis Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini. Universitas Diponegoro.
- Bahar, H. d. (2021). Tantangan Edukasi Kesehatan di Masa Pandemik Covid-19. Jakarta: Guepedia.
- Damayanti, I. P. (2014). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin dan Bayi baru lahir. Yogyakarta: Deepublish.
- Dearden KA, Quan LN, Do M, et al. Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding in rural Viet Nam: Insights from mothers who exclusively breastfed and worked. *F Nutr Bull* 2002; 23 (4): 99-106
- Depkes. (2018). Profil Kesehatan Indonesia 2021. Jakarta: DepkesRI.
- Febby Herayono*, R. N. (2021). Hubungan Berat Badan Bayi Baru Lahir Dengan Lama Persalinan Di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika* , <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>.
- Jehanara, D. (2021). Pengaruh edukasi dalam upaya peningkatan pengetahuan pengetahuan perempuan dan keluarga menghadapi persalinan . Jakarta: jurnal poltekkes kemenkes jakarta III.
- Kartini, F. (2019). Pengaruh Edukasi Holistik Persiapan Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester Iii Terhadap Efikasi Ibu Dalam Menghadapi Persalinan . Yogyakarta: UGM.
- Kurniati, P. T. (2021). HUBUNGAN USIA IBU BERSALIN, PARITAS DAN BERAT BAYI LAHIR DENGAN KEJADIAN PARTUS TAK MAJU . *Jurnal Muara Sains, Teknologi, Kedokteran, dan Ilmu Kesehatan* , Vol. 5, No. 1, April 2021: hlm 215-224 .
- Notoadmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Nur Sholichah, N. P. (2017). Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. Y (Hamil, Bersalin, Nifas, Bbl, Dan KB). Jakarta: jurnal Komunikasi Vol.VIII No.1 Tahun 2017.

Palupi, R. R. (2018). Penggunaan Media KIE dalam Pelaksanaan IMD oleh Bidan di Puskesmas Jakarta Timur Tahun 2018.

S., N. (2012). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. 2012: rineka Cipta.

Sari, D. S. (2020). Hubungan antara paritas dan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum pada bayi baru lahir . Cendekia medika , e-ISSN: 2620-5424 Volume 5 Nomor 2, September 2020 .

Sugiyono. (2019). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alphabet.

Sumiyati. (2014). Perilaku Bidan Dalam Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini di Wilayah Kerja Puskesmas II Tambak, Puskesmas Banyumas dan Puskesmas Kemrajen (Tesis). Universitas Gajah Mada.

Umu Qonitun, S. N. (2016). Faktor-faktor yang melatarbelakangi kejadian partus lama pada ibu bersalin di rsud dr. R. Koesma tuban . Jurnal Kesehatan dr. Soebandi

PENGURANGAN NYERI PERSALINAN DENGAN APLIKASI IRFA CONTRACTION DAN TEHNIK REBOZO



BAB 1

PENDAHULUAN

Tingginya angka kematian ibu secara nasional yaitu 390/100.000 kelahiran hidup merupakan salah satu permasalahan yang dihadapi Indonesia terutama tenaga kesehatan. Kenyataan ini menempati urutan tertinggi di ASEAN dimana upaya penurunan angka kematian ibu ditempatkan sebagai prioritas utama dalam pembangunan kesehatan (Ida Bagus Gde Manuaba, 2001). Menurut SDKI 2007, angka kematian maternal 228 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian perinatal 34 per 1.000 kelahiran hidup. Kematian maternal berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas. Penyebab utama kematian tersebut adalah perdarahan 50 %, infeksi 30 %, dan toksimia 20 %. Salah satu timbulnya infeksi dan perdarahan ibu yang sering terjadi dan mengakibatkan persalinan lama.

Berdasarkan data Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Tengah tahun 2017 tercatat sebanyak 88,58 per 100.000 kelahiran hidup (475 kasus) mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2016 yaitu 109,62 per 100.000 kelahiran hidup (602). Penyebab kematian ibu adalah perdarahan (19,09%), hipertensi dalam kehamilan (32,97%), lain-lain (30,37%) gangguan sistem peredaran darah (12,36%), gangguan metabolisme (0,87%) infeksi (4,34%). (Dinkes Provinsi Jawa tengah, 2017)

Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan angka kematian ibu (AKI) di Propinsi Jawa Tengah berjumlah 421. Jika dilihat dari angka tersebut, AKI di tahun 2018 mengalami penurunan dari tahun 2017 berjumlah 475 dan tahun 2016 berjumlah 602. (Riskestes, 2018).

Persalinan Kala I dimulai ketika adanya kontraksi yang cukup serta dilatasi serviks dan berakhir pada pembukaan lengkap (10 cm) (Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO, 2001). Wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bercampur darah (bloody show), lendir yang bercampur darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai

membuka atau melebar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergesaran-pergeseran ketika serviks membuka. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida (Wikjosastro, 1999:182). Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/ jam dan pembukaan multigravida 2 cm/ jam, dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Ida Bagus Gde Manuaba, 1998). Pembukaan jalan lahir ini di mulai dari buka 1 sampai 10, sang ibu harus siap di atas pembarangan dimana ia akan melahirkan (M.T Indiarti, 2006).

Pada saat proses pembukaan jalan lahir tidak terlepas dari rasa nyeri persalinan. Nyeri persalinan merupakan fisiologis, rasa nyeri ini disebabkan karena adanya kontraksi dan peregangan segmen bawah rahim dan serviks. Menurut Alehagen (2001), pada fase aktif persalinan, ketakutan primigravida (42,8%) lebih tinggi dibandingkan multigravida (29,5%) dan memiliki kontribusi terhadap tingkat nyeri serta durasi persalinan. Nyeri yang di alami selama persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya usia, paritas, aktifitas fisik, psikologis, budaya, pengalaman dan pengetahuan tentang persalinan (Andarmoyo, 2013).

Dalam proses persalinan bila terjadi kelemahan dalam kontraksi uterus akan terjadi pembukaan serviks yang memanjang. Fase pembukaan serviks yang memanjang dapat disebabkan oleh kelemahan otot uterus dalam berkontraksi. Selain itu pembukaan serviks memanjang dapat juga disebabkan oleh kekuatan mengejan yang dimiliki oleh ibu, faktor janin, faktor jalan lahir, faktor psikis ibu yang terdiri dari tingkat kecemasan dan rasa takut yang dialami dalam menghadapi persalinan. Dan jika terjadi pembukaan serviks yang memanjang akan menyebabkan perpanjangan waktu kala I yang disebut dengan kala I memanjang. (Surtiningsih, 2017; Sadiyah, 2014).

Menurut penelitian Zephyrus (2010), Seorang wanita yang mengalami nyeri hebat pada kala I jika tidak dapat teratasi dengan baik, ini akan memicu stress. Bila wanita sudah mengalami stress

akibat nyeri yang ia rasakan maka ini bisa memicu penekanan pengeluaran hormon oksitosin dalam tubuh, karena meningkatnya pengeluaran hormon *progesterone* yang menghambat terjadinya kontraksi berdampak melemahnya kontraksi uterus, kala I memanjang, gangguan sirkulasi darah ke uterus, *fetal distress*, *hipokssia* janin serta berdampak lebih buruk lagi seperti *IUFD (Intara Unterin Fetal Dieth)*. Akibat yang ditimbulkan nyeri sangat buruk, yaitu meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas AKI maupun AKB.

Salah satu upaya melakukan pertolongan persalinan tanpa rasa nyeri, dengan mendalami dan menerapkan metode-metode pengurangan rasa nyeri. Pengurangan nyeri persalinan terdapat 2 metode yaitu farmakologis dan nonfarmakologis. Seiring dengan berkembangnya teknologi dan penerapannya di dalam kehidupan, perlu diciptakan sebuah aplikasi kontraksi nyaman yang dikemas dalam sebuah aplikasi di Android. Android merupakan sistem operasi mobile berbasis kernel Linux yang dikembangkan oleh Android Inc dan kemudian diakuisisi oleh Google (Jubilee, 2010). Isi aplikasi berupa sugesti atau afirmasi positif, musik, dan pencatatan kontraksi yang dibuat untuk membantu para ibu agar bisa merasakan nyaman dan mendapatkan pengalaman positif saat melahirkan Sedangkan Rebozo membantu memberikan ruang pelvis yang lebih luas untuk ibu sehingga bayi lebih mudah menuruni panggul dan proses persalinan menjadi lebih cepat. (Jaskara, 2020; theasianparent.com).

Aplikasi “*IrFa Contraction* dan teknik *rebozo*” dapat disebut sebagai salah satu pengobatan komplementer. Pengobatan komplementer di fasilitas pelayanan telah diatur pada peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 1109/Menkes/Per/IX/2007 pasal 3 yang berbunyi “pengobatan komplementer alternatif dilakukan sebagai upaya pelayanan yang berkesinambungan mulai dari peningkatan kesehatan (Promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan atau pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Hal ini didukung juga pada pasal 4 ayat 1 mengenai ruang lingkup pengobatan komplementer *alternative* terdiri dari: 1) intervensi tubuh dan pikiran (*mind and body interventions*), 2) sistem pelayan pengobatan alternative, 3) cara

penyembuhan manual, 4) pengobatan farmakologi dan biologi, 5) diet dan nutrisi untuk pencegahan dan pengobatan, 6) cara lain dalam diagnose dan pengobatan. (Permenkes, 2007)

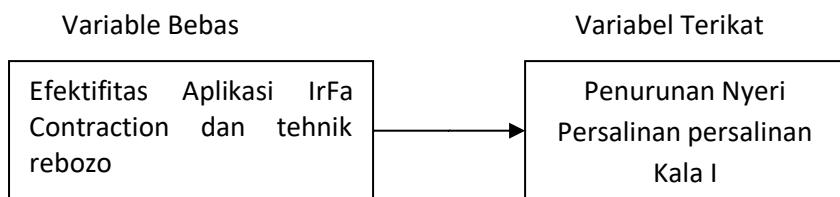
Data ibu yang bersalin di Klinik Lydia syfra pada tahun 2021 ada 102 ibu. Dari 10 ibu hamil primigravida yang bersalin di klinik lydia syfra kudus didapatkan data bahwa 6 ibu menyampaikan bahwa proses kemajuan persalinan lama dan merasakan nyeri, 4 ibu menyatakan proses persalinan tidak menunggu lama, terasa nyeri bisa diatasi.

BAB 2

METODOLOGI

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut:



B. Hipotesis

Hipotesa dalam penelitian adalah Ada Pengaruh Aplikasi IrFa Contraction dan teknik rebozo terhadap penurunan nyeri persalinan dan kemajuan persalinan kala I

C. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian merupakan penelitian *quasi eksperimen* yang dilakukan di Kabupaten Kudus. Rancangan penelitian ini menggunakan *posttest only control group design*.

D. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil bersalin kala I sebanyak 30 orang.

2. Sampel

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan *total sampling* yaitu sebanyak 30 orang ibu bersalin kala I.

3. Teknik Sampling

Teknik sampling menggunakan *Incidental Sampling* (sampling insidental). Pada penelitian ini sample yang diambil yang memenuhi syarat inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi :

Kriteria inklusi pada penelitian ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Seluruh ibu bersalin kala I di Klinik Lydia syfra yang menyetujui informed consent penelitian.
- 2) Kehamilan tunggal, presentasi kepala dan janin hidup.
- 3) Kehamilan 37–42 minggu, sesuai dengan HPHT.
- 4) Indeks massa tubuh (IMT) sebelum hamil (18.5-24.9) kg.
- 5) Tidak memiliki riwayat kelainan ginekologi.
- 6) Tidak ditemukan keadaan polihidramnion ataupun oligohidramnion berdasarkan USG.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Ibu yang mengalami komplikasi
- 2) Ibu tidak bersedia menjadi responden

E. Variabel Penelitian

Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas (*Independen*) dalam penelitian ini adalah: teknik rebozo
2. Variabel terikat (*Dependen*) dalam penelitian ini adalah kemajuan persalinan kala I

F. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Aplikasi IrFa Contraction

- a. Definisi : sebuah Aplikasi yang berisi sugesti dan musik yang dapat didengarkan ibu bersalin untuk mengurangi nyeri persalinan dengan cara di download melalui smartphone

- b. Alat ukur : lembar observasi
 - c. Skala : ordinal
2. Tehnik Rebozo
- a. Definisi : sepotong kain tenun serbaguna sebagai selendang atau selimut, tetapi dapat digunakan untuk pada area panggul ibu untuk mengurangi nyeri persalinan.
 - b. Alat ukur : lembar observasi
 - c. Skala : ordinal
3. Nyeri Persalinan Kala I
- a. Definisi : Nyeri yang dirasakan ibu saat proses persalinan yang dimulai dari fase aktif.
 - b. Alat ukur : kuisioner dan lembar observasi
 - c. Skala : interval

G. Alat Ukur Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

Alat ukur dalam penelitian ini menggunakan kuesioner/ lembar observasi yang telah dibuat oleh peneliti sendiri. Untuk mendukung pelaksanaan penelitian ini alat dan bahan yang dibutuhkan meliputi:

1. Kuisioner
2. Lembar observasi
3. Handphone yang telah di install Aplikasi IrFa Contraction
4. Pengingat waktu
5. Informed consent

Kuesioner akan dibagikan kepada responden. Pertanyaan yang telah diberikan berupa pertanyaan tertutup dan dijawab langsung oleh responden tanpa diwakilkan kepada orang namun jika ibu tidak bisa membaca maka akan dibantu oleh peneliti dalam penelitiannya.

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan angket/ kuesioner dan observasi secara langsung kepada responden.

H. Jenis Data

Jenis data yang digunakan sebagai berikut:

1. Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil jawaban kuesioner serta data hasil pengamatan langsung dilokasi penelitian.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data pendukung yang berhubungan dengan penelitian.

I. Teknik Pengolahan

Menurut Notoatmojo (2010), pengolahan data hasil penelitian dilakukan melalui langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Editing (Pengeditan)*

Pada tahapan ini, data yang telah terkumpul melalui daftar pertanyaan (kuesioner) ataupun pada wawancara perlu dibaca kembali untuk melihat apakah ada hal-hal yang masih meragukan dari jawaban responden.

2. *Cooding (Pengkodean)*

Setelah tahapan editing selesai, maka data-data yang berupa jawaban-jawaban responden perlu diberi kode untuk memudahkan dalam menganalisis data.

3. *Scooring (Penilaian)*

Pernyataan yang dijawab diberi skor atau nilai yang sesuai dengan yang sudah ditetapkan.

4. *Entry (Memasukkan data)*

Proses memasukkan data penelitian ke dalam komputer untuk dilakukan pengolahan data dengan menggunakan program SPSS (*Statistik Product Service Solution*).

5. *Tabulating (tabulasi)*

Tabulasi data merupakan proses pengolahan data yang dilakukan dengan cara memasukkan data kedalam tabel.

6. *Cleaning Data (Pembersihan Data)*

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, kelengkapan, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

J. Analisa Data

Analisa data yang di gunakan sebagai berikut:

1. Analisa *Univariat*

Analisa univariate dalam penelitian ini menggunakan uji statistic analitik presentase dengan perhitungan rumus penentuan besarnya presentase sebagai berikut:

Rumus:

$$P = \frac{X}{n} \times 100 \%$$

Keterangan :

P = Prosentase

X = Jumlah data

n = Seluruh jumlah sampel (Notoatmodjo)

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat perbedaan. Terlebih dahulu data dianalisis dengan menggunakan uji normalitas untuk mengetahui normalitas data dengan menggunakan uji Kolmogorov Smirnov ($n > 30$), kemudian dilanjutkan dengan analisis bivariat, apabila data terdistribusi normal maka dilakukan analisis dengan menggunakan uji independent t test, namun jika diketahui tidak terdistribusi normal maka dilakukan uji Wilcoxon dengan confident interval (CI) 95% dan $\alpha = 0,05$. Kesimpulan dari hasil uji apabila nilai $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak, berarti terdapat perbedaan rerata antara variabel independen dengan variabel dependen.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

A. Aplikasi

1. Pengertian Aplikasi

Istilah aplikasi berasal dari bahasa Inggris *application* yang berarti penerapan, lamaran ataupun penggunaan. Sedangkan secara istilah, pengertian aplikasi adalah suatu program dibuat untuk melaksanakan suatu fungsi bagi pengguna jasa aplikasi serta penggunaan aplikasi lain yang dapat digunakan oleh suatu sasaran yang akan dituju. Menurut Safaat (2012), aplikasi mempunyai arti yaitu pemecahan masalah yang menggunakan salah satu teknik pemrosesan data aplikasi yang biasanya berpacu pada sebuah komputansi yang diinginkan atau diharapkan maupun pemrosesan data yang diharapkan. Di era serba digital saat ini, akses informasi yang dapat diperoleh secara mudah, misal melalui android, dll.

Android adalah sistem operasi untuk telepon seluler yang berbasis Linux. Android menyediakan platform terbuka bagi para pengembang untuk menciptakan aplikasi yang digunakan oleh bermacam peranti bergerak. Awalnya, Google Inc. membeli Android Inc., pendatang baru yang membuat peranti lunak untuk ponsel. Kemudian untuk mengembangkan Android, dibentuklah OpenHandset Alliance, konsorsium dari 34 perusahaan peranti keras, peranti lunak, dan telekomunikasi, termasuk Google, HTC, Intel, Motorola, Qualcomm, T-Mobile, dan Nvidia (Safaat, 2012).

2. Aplikasi IrFa Contraction

Aplikasi IrFa Contraction ini berisi sugesti dan musik klasik yang dapat digunakan pada ibu hamil TM III maupun ibu bersalin. Aplikasi ini merupakan sebuah aplikasi yang didesain untuk ponsel android, dimana pada android menyediakan

platform terbuka dan dapat dioperasionalakan dengan mudah oleh pengguna.

3. Manfaat Aplikasi

Pada Aplikasi IrFa Contraction yang berisi sugesti dan musik klasik yang didesain pada ponsel dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1) Relaksasi, mengistirahatkan Tubuh dan Pikiran

Terapi ini memberikan kesempatan bagi tubuh dan pikiran untuk mengalami relaksasi yang sempurna. Dalam kondisi relaksasi (istirahat), seluruh sel dalam tubuh akan mengalami re-produksi, penyembuhan alami berlangsung, produksi hormon tubuh diseimbangkan dan pikiran mengalami penyegaran (Eka, 2009)

2) Meningkatkan Kecerdasan

Menurut Frances Rauscher et al dari Universitas California berpendapat bahwa efek terapi musik dapat meningkatkan intelegensi seseorang yang disebut Efek Mozart. Penelitian lain juga membuktikan bahwa masa dalam kandungan dan bayi adalah waktu yang paling tepat untuk menstimulasi otak anak agar menjadi cerdas. Hal ini karena otak anak sedang dalam masa pembentukan, sehingga sangat baik apabila mendapatkan rangsangan yang positif. Ketika seorang ibu yang sedang hamil sering mendengarkan terapi musik, janin di dalam kandungannya juga ikut mendengarkan. Otak janin pun akan terstimulasi untuk belajar sejak dalam kandungan. Hal ini dimaksudkan agar kelak si bayi akan memiliki tingkat intelegensi yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang dibesarkan tanpa diperkenalkan pada musik. (Eka, 2009)

3) Kesehatan jiwa

Menurut Al Farabi (873-50M) dalam buku "Great Book About Music", mengatakan bahwa musik membuat rasa tenang sebagai pendidikan moral, mengendalikan emosi, pengembangan spiritual, menyembuhkan gangguan psikologis.

4) Mengurangi rasa sakit

Sugesti dan musik bekerja pada sistem saraf otonom yaitu bagian sistem saraf yang bertanggungjawab mengontrol tekanan darah, denyut jantung dan fungsi otak. Menurut penelitian, kedua sistem tersebut bereaksi sensitif terhadap musik. Ketika kita merasa sakit, kita menjadi takut, frustasi dan marah yang membuat kita menegangkan otot-otot tubuh, hasilnya rasa sakit menjadi semakin parah. Mendengarkan musik secara teratur membantu tubuh relaks secara fisik dan mental, sehingga membantu menyembuhkan dan mencegah rasa sakit. Dalam proses persalinan, terapi musik berfungsi mengatasi kecemasan dan mengurangi rasa sakit. Sedangkan bagi para penderita nyeri kronis akibat suatu penyakit, terapi musik terbukti membantu mengatasi rasa sakit. (Eka, 2009)

5) Meningkatkan Kekebalan Tubuh

Dr John Diamond dan Dr David Nobel, telah melakukan riset menganai efek dari musik terhadap tubuh manusia dimana mereka menyimpulkan bahwa apabila jenis musik yang didengar sesuai dan dapat diterima oleh tubuh manusia, maka tubuh akan bereaksi dengan mengeluarkan hormon serotonin yang dapat menimbulkan rasa nikmat, senang sehingga tubuh akan menjadi lebih kuat dan sehat.

4. Pemberian Terapi Musik

Menurut Schou, 2007, Durasi pemberian terapi musik dan sugesti sekitar 30-45 menit. Ketika mendengarkan sugesti dan musik pasien beraring dengan posisi yang nyaman, tempo sedikit lebih lambat dengan 50-70 ketukan/ menit, menggunakan irama tenang.

5. Contens Aplikasi IrFa Contraction

Pada aplikasi ini berisi :

a. *Induction*

Pada tahap ini klien dipandu untuk memasuki kondisi alfa atau theta dengan tingkat kedalaman sesuai kebutuhan terapi.

b. Sugestion

Tujuan utama adalah memberikan sugesti pada klien / subyek. Sugesti merupakan pengaruh atau informasi yang diberikan pada pikiran bawah sadar seseorang dengan mempergunakan kata-kata atau situasi tertentu. Hal ini dapat dilihat pada gelombang otak manusia sebagai berikut:

Tabel 3.1 Gelombang Otak Manusia

| Sadar biasa Conscious | Kondisi Hypnosis Subconscious | | Tidur biasa |
|--------------------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------|
| BETA 24-14 Hz | ALFA 14-7 Hz | THETA 7-3,5 Hz | DELTA 3,5 – 0,5 Hz |
| Non Sugestif | Sugestif & Sangat Sugestif | | Non Sugestif |

Sumber : Prabowo, 2009

c. Termination

Setelah dirasakan sugesti, klien kembali dipandu untuk menuju kesadaran semula yang perlu diperhatikan dalam memandu terminasi adalah :

- 1) Lakukan secara perlahan , jangan tergesa-gesa
- 2) Berikan afirmasi positif

6. Pemanfaatan Aplikasi

Di Era teknologi dan digital semua kepentingan dapat diselesaikan dengan cepat melalui android yang hampir setiap orang mempunyai. Pemanfaatan aplikasi melalui android memberikan untuk teraphy untuk membantu ibu menikmati masa hamil dan persalinan dengan rasa nyaman.

B. Rebozo

1. Pengertian Rebozo

Rebozo adalah selendang atau syal tradisional meksiko. Selama berabad-abad, rebozo telah membantu wanita dalam persalinan. Manfaat rebozo mendukung, menghilangkan rasa sakit dan memberdayakan untuk wanita yang bekerja dan juga untuk pasangan kelahirannya. Rebozo tidak terbatas dan dapat melakukan banyak peran berbeda dalam kehidupan wanita di meksiko dan amerika selatan (Kirby, 2011).

Rebozo adalah sepotong kain tenun serbaguna yang biasanya dipakai oleh wanita meksiko dan Guatemaala. Seringkali berwarna cerah dan kadang-kadang dihiasi dengan jumbai, tidak hanya memberikan kehangatan sebagai selendang atau selimut, tetapi dapat digunakan untuk menggendong bayi, anak-anak yang lebih tua, kayu bakar atau berbelanja, dan memiliki banyak kegunaan lain yang paling menarik yang dipekerjaan oleh bidan tradisional. Rebozo lebih dari cukup untuk mengelilingi tubuh dan lebarnya sekitar 70 cm (Iversen, dkk. 2017).

2. Manfaat Rebozo

Teknik rebozo ini dapat membantu untuk menjadi lebih rileks tanpa bantuan obat apapun. Hal ini membuat teknik ini sangatlah berguna ketika persalinan lama dan mulai merasa tidak nyaman terhadap persalinan. Selain itu, teknik ini juga dapat digunakan untuk memberikan ruang ke bayi, sehingga bayi dapat berada di posisi yang seoptimal mungkin untuk persalinan.

3. Jenis Teknik Rebozo

a. Shake Apple Tree/ Goyangkan Bokong

Merupakan teknik dimana menggerakan pelan-pelan bagian bokong ibu sesuai kenyamanan menggunakan selendang dan kedua tangan menopang pada bola gym atau dapat menggunakan kursi sofa dilapisi bantal.

b. Rebozo Sifting

1) Sifting Birth Ball atau Menggoyangkan Bokong

Pada kegiatan ini dapat juga dengan menggunakan kursi sofa untuk menopang dan dilapisi bantal. Teknik ini menggunakan selendang/ kain/ bate untuk membungkus perut, partner/ suami dapat berdiri membuka kaki lebar dan ambil posisi nyaman seperti mengayun sepeda menggunakan selendang dengan lembut.

2) Sifting While Lying Down/ Berbaring

Ibu berbaring menggunakan bantal, kepala lebih tinggi. Bungkus bate atau selendang dibagian sekitar pinggang sampai pinggul lalu goyangan secara perlahan dengan lembut dan hati-hati seperti mengayun.

C. Persalinan

1. Pengertian

Rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu (Varney,dkk,2007).

2. Sebab-sebab persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya his. Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan saat hamil yaitu :

a. Estrogen

- 1) Meningkatkan sensitivitas otot rahim
- 2) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis

b. Progesteron

- 1) Menurunkan sensitivitas otot rahim
- 2) Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanik
- 3) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi

3. Tahapan dan Kemajuan Persalinan

a. Kala I Persalinan (Kala Pembukaan)

Menurut Sarwono (1999), secara klinis kala I dapat dinyatakan bahwa partus dimulai bila timbul his dan wanita mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena servik mulai membuka dan mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis

itu pecah karena pergeseran-pregeseran ketika serviks membuka. Proses membukanya serviks pada kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya), hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I (Satu) persalinan terdiri atas dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten

- a) Dimulai sejak awal kontraksi, yang menyebabkan penipisan, dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka 3 cm.
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hamper atau 8 jam.

2) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase, yakni :

a) Fase Akselerasi (fase percepatan)

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase Dilatasi Maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase Deselerasi (fase kurangnya kecepatan)

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap atau 10 cm.

Pada primi, berlangsung selama 12-13 jam dan pada multigravida sekitar 7-8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida, pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada

multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan ostium uteri eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama (Sarwono, 1999).

b. Kala II Persalinan (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II adalah saat keluarnya janin, dimulai saat serviks sudah berdilatasi penuh dan ibu merasakan dorongan mengejan untuk mengeluarkan bayinya. Tanda pasti kala II (dua) ditentukan melalui pemeriksaan dalam hasilnya adalah:

- 1) Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) atau,
- 2) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Ibu merasakan pula tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebih lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Bila dasar panggul sudah lebih berrelaksasi kepala janin tidak masuk lagi diluar his dan dengan his serta kekuatan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan subokskiput di bawah simpisis dan dahi, muka dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota bayi. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 sampai 2 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 sampai 1 jam (Sarwono, 1999 dan Rustam 1998).

c. Kala III Persalinan (Kala Uri)

Kala III adalah pemisahan dan keluarnya plasenta serta membran, selain itu kala III ini juga dilakukan

pengendalian perdarahan. Setelah bayi lahir, kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2x sebelumnya. Beberapa saat timbul his pelepasan dan pengeluaran urin. Dalam waktu 5-15 menit seluruh plasenta terlepas serta selaput ketuban, terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

d. Kala IV Persalinan

Adalah kala pengawasan yang dimulai setelah bayi dan lahirnya plasenta untuk mengamati keadaan ibu sampai 2 jam post partum.

4. Nyeri Persalinan

a. Pengertian

Nyeri persalinan adalah nyeri yang disebabkan oleh kontraksi rahim, dilatasi serviks, dan distesi perinium (Hocker & Moore, 2001).

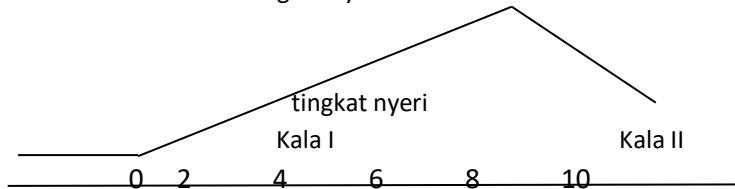
b. Klasifikasi nyeri persalinan

Klasifikasi nyeri persalinan dibagi menjadi dua yaitu : nyeri kala I persalinan (kala pembukaan) dan nyeri kala II persalinan (kala pengeluaran).

c. Tingkat Nyeri Persalinan

Tingkat nyeri persalinan biasanya berhubungan dengan tingkat dilatasi serviks. Hal ini dapat dilihat pada grafik berikut ini

Grafik 3.1 Tingkat nyeri dan dilatasi serviks



Sumber : Moir DD, 1986 pain relief in labour, dikutip oleh Farrer, 2001

d. Dampak nyeri terhadap ibu dan janin

Nyeri adalah rangsang yang tidak enak dan dapat merupakan penderitaan serta menimbulkan takut dan khawatir. Hal ini dapat membuat ibu menjadi stres. Stres dalam persalinan menyebabkan peningkatan produksi adrenalin. Salah satu efek dari adrenalin adalah vasokonstriksi yang mengakibatkan gangguan sirkulasi uterus dan hipoksia janin. Berkurangnya aliran darah menyebabkan berkurangnya kontraksi uterus yang mengakibatkan waktu persalinan bertambah lama. Disamping itu nyeri juga dapat menimbulkan hiperventilasi. Hiperventilasi yang berlebihan akan meningkatkan alkalemia (alkalosis respiratorik) yang mengurangi suplai oksigen (Muhiman, 1996).

e. Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan

Perasaan nyeri yang dialami seseorang dipengaruhi oleh faktor fisiologis dan psikologis (Martin, 1997) dalam Sarwono:

1) Faktor Fisiologis

- a) Keadaan Umum
- b) Usia.
- c) Ukuran Janin
- d) Endoprin

2) Faktor Psikologis

- a) Takut dan cemas
- b) Arti nyeri bagi individu
- c) Kemampuan Kontrol Diri
- d) Fungsi Kognitif.
- e) Percaya Diri

f. Nyeri Persalinan dan Respon Fisiologis

Nyeri yang menyertai kontraksi uterus mempengaruhi mekanisme fisiologi sejumlah sistem tubuh, antara lain :

1) Ventilasi

Nyeri yang menyertai kontraksi uterus menyebabkan hiperventilasi. Hiperventilasi menyebabkan penurunan kadar PaCO₂ dan konsekwensinya adalah peningkatan kadar Ph yang konsisten. Salah satu bahaya kadar PaCO₂ bagi janin menyebabkan menjadi lambanya denyut janin. Hiperventilasi dapat mempengaruhi keseimbangan asam basa sistem sirkulasi, menghasilkan alkalosis dengan Ph 7,7 dan diatas 7,5. Bahaya nyata alkalosis selama persalinan adalah menurunnya transfer oksigen bagi janin.

2) Fungsi kardiovaskuler

Curah jantung meningkat secara progresif seiring dengan majunya persalinan karena nyeri persalinan. Peningkatan tersebut dapat sebesar 15-20 % diatas curah jantung sebelum persalinan selama awal kala I dan sebesar 45-50% selama kala II. Telah diperkirakan bahwa setiap kontraksi uterus meningkatkan curah jantung 20-30% lebih tinggi dari pada saat rileksasi uterus. Peningkatan curah jantung sebagian disebabkan oleh fakta bahwa setiap kontraksi kurang lebih 250-300 ml darah dialirkan dari uterus kedalam sirkulasi maternal. Juga dimungkinkan bahwa peningkatan aktifitas simpatis akibat nyeri persalinan, kecemasan dan ketakutan mungkin bertanggung jawab dalam peningkatan curah jantung dengan makin majunya persalinan.

3) Efek metabolismik

Peningkatan aktifitas simpatis yang disebabkan nyeri persalinan dapat menyebabkan peningkatan metabolisme dan konsumsi oksigen serta penurunan motilitas saluran cerna dan kandung kemih. Nyeri dan kecemasan yang menyertai persalinan dapat menyebabkan kelambatan pengosongan lambung. Peningkatan konsumsi oksigen dan kehilangan

natrium bikarbonat melalui ginjal untuk mengompensasi alkalosis respiratorik yang menyebabkan nyeri persalinan berperan dalam status asidosis metabolik yang kemudian juga akan dialami oleh janin.

4) Efek endokrin

Stres yang disebabkan oleh nyeri persalinan telah dikaitkan dengan peningkatan pelepasan ketokolamin maternal yang akan menyebabkan penurunan aliran darah uterus. Terjadi juga peningkatan kadar adrenalin/noradrenalin. Salah satu efek samping peningkatan kadar adrenalin adalah penurunan aktifitas uterus yang dapat menyebabkan persalinan lama.

5) Efek hormon lain

Nyeri dan faktor yang berkaitan dengan stres diketahui mempengaruhi pelepasan hormon beta-endorfin-lipotropin dan hormon adrenokortikotropik (ACTH). Beta lipotrofin merupakan zat endogen dengan sifat seperti mofin. Beta endorfin merupakan kelompok beta lipotrofin yang dihasilkan oleh kelenjar hipofisis. Zat ini bekerja sebagai pembawa kimia dan bekerja sebagai analgesia. Sedangkan ACTH yang meningkat akan meningkatkan serum kortisol yang menyebabkan penurunan aktifitas uterus.

6) Aktivitas uterus

Nyeri persalinan dapat mempengaruhi kontraksi uterus melalui sekresi kadar katekolamin dan kortisol yang meningkat dan akibatnya mempengaruhi durasi persalinan. *Noradrenalin*, misalnya telah meningkatkan aktifitas uterus sedangkan adrenalin dan kortisol menyebabkan penurunan aktifitas yang akan menyebabkan persalinan lama.

5. Fisiologi Nyeri Persalinan

a. Fisiologi (alur) terjadinya nyeri dalam persalinan, yaitu (Maryunani, 2015) :

- 1) Pada kala I nyeri sifatnya visceral, ditimbulkan oleh karena kontraksi uterus dan dilatasi serviks yang dipersyarafi oleh serabut aferen simpatis dan ditransmisikan ke medulla spinalis pada segmen T10 – L1 (Thorakal 10 – Lumbar 1) melalui serabut syaraf delta dan serabut syaraf C yang berasal dari dinding lateral dan fundus uteri.
- 2) Pada kala II merupakan nyeri somatic yang ditransmisikan melalui nervus pudendal. Pada Kala II ini intensitas nyeri dan terlokalisasi.

b. Secara lebih terperinci, fisiologi nyeri persalinan dapat dijelaskan sebagai berikut :

1) Pada Kala I :

Nyeri dihasilkan oleh dilatasi serviks dan SBR, serta distensi uterus. Intensitas nyeri kala I akibat dari kontraksi uterus involunter nyeri dirasakan dari pinggang dan menjalar ke perut. Kualitas nyeri bervariasi. Sensasi impuls dari uterussinapsnya pada Torakal 10, 11, 12, dan Lumbar 1. Mengurangi nyeri pada fase ini dengan memblok daerah diatasnya.

2) Fase Transisi dari Kala I sampai Kala II :

Selama fase transisi ibu biasanya akan merasakan sensasi nyeri yang sangat. Ekspresi tampak tidak berdaya dan menunjukkan kemampuan penurunan mendengar dankonsentrasi.

3) Pada Kala II :

Nyeri diakibatkan oleh tekanan kepala janin pada pelvis. Distensi struktur pelvis dan tekanan pada pleksus lumbosakralis.

Nyeri dirasakan pada :

- a) Regio L 2, bagian bawah punggung, dan juga pada paha dan tungkai

- b) Pada areal vagina dan perineum
Sensasinya seperti tarikan, tekanan, rasa terbakar dan puntiran, serta kram. Ibu biasanya mempunyai keinginan untuk mengejan. Sensasi implus dibawa dariperineum ke sacrum 2,3,4 oleh saraf pudendal. Untuk mengurangi nyeri diblok pada reseptor yang lebih bawah.
- c. Mahdi, A (2017), menjelaskan bahwa fisiologi/mekanisme terjadinya nyeri persalinan terbagi sesuai dengan tahap persalinan, yaitu :
 - 1) Persalinan Kala I
 - a) Nyeri pada kala I terutama ditimbulkan oleh stimulus yang dihantarkan melalui saraf pada leher rahim (serviks) dan rahim bagian bawah (uterus).
 - b) Nyeri ini merupakan nyeri visceral yang berasal dari kontraksi uterus dan aneksa.
 - c) Intensitas nyeri berhubungan dengan kekuatan kontraksi dan tekanan yang ditimbulkan.
 - d) Nyeri akan bertambah dengan adanya kontraksi isometric pada uterus yang melawan hambatan oleh leher rahim/uterus atau perineum
 - e) Selama persalinan, bilamana serviks uteri/leher rahim dilatasi sangat lambat atau bilamana posisi fetus (janin) abnormal menimbulkan distorsi mekanik, kontraksi kuat desertai nyeri sangat hebat. Hal ini karena uterus berkontraksi isometric melawan obstruksi. Kontraksi uterus yang kuat ini merupakan sumber nyeri yang kuat.
 - 2) Persalinan Kala II
 - a) Selama persalinan kala II, pada saat serviks uteri/leher rahim dilatasi penuh, stimulasi nyeri berlangsung terus dari kontraksi badan rahim (corpus uter) dan distensi segmen bawah rahim.
 - b) Nyeri disebabkan dilatasi serviks uteri/leher rahim sudah menurun.

- c) Terjadi peningkatan secara progresif tekanan oleh fetus terhadap struktur di pelvis menimbulkan peningkatan nyeri somatic, dengan regangan dan robekan fascia (jaringan pembungkus otot) dan jaringan subkutan (bawah kulit) jalan lahir bagian bawah, distensi perineum, dan tekanan pada otot lurik perineum.
 - d) Nyeri ini ditransmisikan melalui serabut saraf pudendal.
 - e) Nyeri pada kala II ini sangat berbeda dengan nyeri visceral kala I, nyeri somatic dirasakan selama persalinan ini adalah intens dan lokasi jelas.
6. Penyebab Nyeri Persalinan

Berikut ini dikemukakan beberapa uraian yang menjelaskan penyebab nyeri selama persalinan :

- a. Penekanan pada ujung-ujung syaraf antara serabut otot dari korpus fundus uterus.
- b. Adanya iskemik myometrium dan serviks karena kontraksi sebagai konsekuensi dari pengeluaran darah dari uterus atau karena adanya vasokonstriksi akibat aktivitas berlebihan dari syaraf simpatis.
- c. Adanya proses peradangan pada otot uterus
- d. Kontraksi pada serviks dan segmen bawah rahim menyebabkan rasa takut yang memacu aktivitas berlebih dari sistem syaraf simpatis
- e. Adanya dilatasi dari serviks dan segmen bawah rahim. Nyeri persalinan kala 1 terutama disebabkan karena dilatasi serviks dan segmen bawah rahim oleh karena adanya dilatasi, peregangan dan kemungkinan robekan jaringan selama kontraksi
- f. Rasa nyeri pada saat setiap fase persalinan dihantarkan oleh segmen saraf yang berbeda-beda. Nyeri pada kala I terutama berasal dari uterus.

Pada kepustakaan lainnya menyatakan bahwa nyeri saat

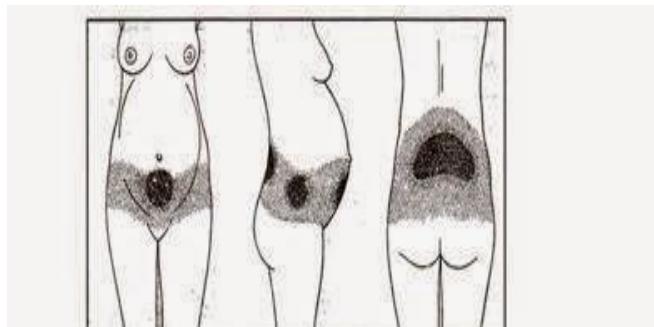
persalinan itu timbul karena :

- a. Berkurangnya suplai oksigen otot uterus akibat kontraksi yang semakin sering.
- b. Peregangan leher rahim/dilatasi serviks (penipisan dan pelebaran)
- c. Bayi menekan persarafan di dan sekitar leher rahim (serviks) dan vagina
- d. Jaringan di sekitar uterus dan panggul ikut tertarik dan tegang akibat kontraksi uterus dan gerakan bayi yang mulai turun dalam rahim.
- e. Tekanan pada uretra, kandung kemih dan usus
- f. Peregangan otot-otot dasar panggul dan jaringan vagina.
- g. Rasa takut dari cemas, yang akan meningkatkan pelepasan hormone stress sehingga persalinan makin lama dan makin nyeri

Penyebab nyeri persalinan Kala I

Nyeri berkaitan dengan Kala I persalinan adalah unik dimana nyeri ini menyertai proses fisiologis normal. Meskipun persepsi nyeri dalam persalinan berbeda-beda diantara wanita, terdapat suatu dasar fisiologis terhadap rasa tidak nyaman/nyeri selama persalinan. Nyeri selama Kala I persalinan berasal dari :

- a. Dilatasi serviks, dimana merupakan sumber nyeri yang utama
- b. Peregangan segmen uterus bawah
- c. Tekanan pada struktur-struktur yang berdekatan
- d. Hipoksia pada sel-sel otot uterus selama kontraksi (Wesson, 2000).
- e. Arena nyeri meliputi dinding abdomen bawah dan area-area pada bagian lumbal bawah dan sacrum atas



Gambar 3.1 Lokasi Nyeri Persalinan Kala 1

BAB 4

PEMBAHASAN

A. Penggunaan IrFa Contraction Terhadap Intensitas Nyeri Persalinan Kala I

Hasil penelitian ini menunjukkan menunjukkan nilai p value = $0,000 < 0,05$ yang artinya adanya keefektifan aplikasi kontraksi nyaman terhadap nyeri persalinan kala I selama 60 menit dan < 60 menit. Nilai rata-rata penggunaan aplikasi IrFa Contraction sebesar $-1,125 \pm 0,211$ dan penggunaan aplikasi < 60 menit $-1,125 \pm 0,125$.

Pada penilitian ini menggunakan aplikasi kontraksi IrFa Contractin dan menggunakan lembar observasi. Aplikasi yang telah diberi nama “IrFa *Contraction*”. Isi dari aplikasi ini meliputi suara dan musik bertujuan untuk mensugesti ibu bersalin yang mengalami nyeri persalinan kala I. Musik yang lembut dan nyaman dapat mengalihkan rasa nyeri kearah yang lebih positif dan diserap melalui pendengaran (telinga), menuju ke otak bagian tengah (medula) dan menyetuh pikiran alam bawah sadar sehingga hormon endorphin dan ibu menjadi sangat rileks. Dan bisa dilihat melalui ciri-ciri secara fisik yaitu mata tenang, wajah rileks, nafas teratur, dan seluruh otot-otot tubuh menjadi rileks. Hal ini disebabkan oleh karena diberikannya teknik relaksasi nafas dalam saat mendengarkan musik. Musik dapat memberikan energi dan membawa perintah melalui irama sehingga musik dengan tempo yang tepat dapat membantu wanita mengatur pernapasannya selama nyeri persalinan (Di Fraco, 1998 dalam Mander, 2004). Musik yang sering dipakai dalam distraksi nyeri adalah musik klasik. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa dengan mendengarkan musik terutama musik klasik dapat mengurangi kecemasan, tingkat ketegangan dan emosi atau nyeri fisik. Musik dapat digunakan untuk mengurangi stres penyebab rasa sakit dan mengendurkan otot – otot yang menegang sebagai reaksi terhadap

rasa sakit tersebut. Musik juga mengubah persepsi waktu, yang menolong mengurangi rasa sakit yang diderita. (Kate dan Mucc, 2000, dalam Prasetya 2008) Hasil penelitian ini mendukung penelitian dari Husna (2010) menunjukkan bahwa terapi musik Instrumentalia efektif untuk menurunkan intensitas nyeri persalinan kala I aktif.

Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Livingston (1985) dalam Mender (2004) menyatakan bahwa musik bisa digunakan dalam upaya meminimalkan nyeri persalinan, bagaimana kerjamusik membantu wanita menghadapi nyeri persalinannya terletak pada distraksinya dan kemampuannya untuk seseorang mengubah persepsi. Nyeri persalinan merupakan suatu kondisi yang fisiologis. Secara fisiologis nyeri persalinan mulai timbul pada persalinan kala I fase aktif, pada fase latem menjadi pembukaan sampai 3 cm, fase aktif 4-10 cm. Nyeri disebabkan oleh kontraksi uterus dan dilatasi servik semakin lama nyeri yang dirasakan akan bertambah kuat, puncak nyeri terjadi pada fase aktif. Intensitas nyeri selama persalinan mempengaruhi kondisi psikologis ibu, proses persalinan dan kesejahteraan janin (Potter dan Perry, 2006).

Hasil penelitian ini sepandapat dengan penelitian Astrid Mulyani, dkk (2017) menyatakan terdapat pengaruh aplikasi kontraksi nyaman terhadap intensitas nyeri persalinan kala I pada ibu bersalin di wilayah kerja Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya. Adanya keefektifan penggunaan aplikasi kontraksi nyaman terhadap intensitas nyeri persalinan kala I. Ibu yang mengalami nyeri persalinan banyak yang masih merasakan takut, cemas, capek, tidak kuat sehingga menyebabkan nyeri persalinan yang hebat. Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan dari Livingston, 1985 dalam Mander, (2004) bahwa musik bisa juga digunakan dalam upaya meminimalkan nyeri persalinan, bagaimana kerja musik membantu wanita menghadapi nyeri persalinannya terletak pada distraksinya dan kemampuannya untuk seseorang mengubah persepsi waktu. Nyeri persalinan merupakan suatu kondisi yang fisiologis. Secara fisiologi nyeri persalinan mulai timbul pada persalinan kala I fase laten dan fase

aktif, pada fase laten terjadi pembukaan sampai 3 cm, fase aktif terjadi pembukaan 4 – 10 cm. Nyeri disebabkan oleh kontraksi uterus dan dilatasi servik, semakin lama nyeri yang dirasakan akan bertambah kuat, puncak nyeri terjadi pada fase aktif. Intensitas nyeri selama persalinan mempengaruhi kondisi psikologis ibu, proses persalinan, dan kesejahteraan janin (Potter dan Perry, 2006).

Beberapa kelebihan aplikasi kontraksi nyaman “IrFa Collection” bagi ibu hamil dan bersalin adalah bisa dipergunakan oleh ibu hamil yang akan mendekati taksiran persalinan yang mana aplikasi ini bisa mengetahui durasi, interval waktu yang tepat untuk pergi ke bidan atau ke klinik terdekat tanpa perlu lama lama di tempat bersalin. Selain itu pada sistem ini terdapat history sehingga dapat melihat kembali riwayat kontraksi. Aplikasi ini merupakan terobosan untuk mengalihkan rasa nyeri dan untuk lebih merilekskan dan membantu membuat nyaman ibu yang akan menghadapi proses persalinan.

B. Tehnik Rebozo terhadap Penurunan nyeri Persalinan Pada Ibu Bersalin

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan nilai p value = $0,004 < 0,05$ yang artinya ada perbedaan kemajuan persalinan pada ibu bersalin yang melakukan teknik rebozo 30 menit dengan < 30 menit. Nilai rata-rata *tehnik rebozo* selama 30 menit sebesar $1,22 \pm 0,325$ dan teknik rebozo < 30 menit rata-rata kemjuian persalinan menjadi $1,22 \pm 0,146$.

.Menurut Ahyar (2010) lama proses persalinan kala I fase aktif terbagi 3 fase yaitu fase akselerasi 2 jam, dilatasi 2 jam dan deselerasi 2 jam. Berdasarkan penelitian Nurlianti dan Halimatussakdiah (2017) bahwa pada ibu bersalin multigravida dengan lamanya persalinan kala I sebanyak 18 responden (51,4%) dengan lamanya persalinan 9 jam. Sedangkan lama persalinan pada kala II sebanyak 29 orang (82,9 %) dengan lamanya persalinan 61-100 menit. Untuk mengatasi hal ini perlu dilakukan terapi non farmakologi.

Teknik rebozo merupakan terapi non farmakologi untuk mempercepat pembukaan serviks ibu bersalin. Tehnik ini berasal dari meksikodimana wanita disana mempunyai tradisi menggunakan rebozo sebelum, selama dan setelah melahirkan. Rebozo adalah kain panjang yang biasa digunakan pada kegiatan sehari-hari. Melilitkan rebozo ke sekeliling panggul dan bokong ibu hamil, lalu menggoyangkannya selama persalinan berlangsung. Ayunan rebozo ini mampu membuat ibu rileks serta membantu memposisikan bayi lahir ke jalan lahir (Rebozo, 2016).

Pada hasil penelitian diatas membuktikan keefektifan teknik rebozo untuk pembukaan serviks sehingga mempercepat kemajuan persalinan. Peneliti melakukan penelitian dengan metode pra eksperimental yang menyimpulkan bahwa terdapat perbedaan atau selisih pembukaan serviks ibu bersalin sebelum dan setelah dilakukan teknik rebozo di bandingkan dengan kelompok kontrol pada penelitian ini kelompok kontrol dilakukan pelvic rocking. Hasil penelitian Wulandary dkk yang menyimpulkan bahwa ibu bersalin kala I yang melakukan pelvic rocking exercise dapat mempercepat kemajuan persalinan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ungaran (Wulandari, Wahyuni, 2019). Teknik rebozo dan pelvic rocking merupakan metode non farmakologi yang menjadi alternatif praktis dalam menangani lama penurunan kepala janin dan pembukaan serviks dalam proses persalinan yang bertujuan melenturkan, merileksasikan otot-otot dasar panggul agar kepala janin dapat masuk dan turun ke jalan lahir.

Beberapa ahli berpendapat bahwa rebozo memberikan manfaat dapat menjadi lebih rileks tanpa bantuan obat apapun. Hal ini membuat teknik ini sangatlah berguna ketika persalinan lama dan mulai merasa tidak nyaman terhadap persalinan. Selain itu, teknik ini juga dapat digunakan untuk memberikan ruang ke bayi, sehingga bayi dapat berada di posisi yang seoptimal mungkin untuk persalinan.

Hal ini sejalan dengan Hasil penelitian iversen, dkk tahun 2017 di denmark dengan studi kualitatif, dari 17 responden ibu post partum yang pernah menggunakan rebozo selama persalinan,

sebagian besar responden mengatakan bahwa mereka menggunakan rebozo untuk malposisi janin karena bayi mereka tidak dalam posisi optimal. Hanya 1 dari 17 yang menggunakan rebozo untuk menghilangkan rasa sakit. Rebozo dilakukan dengan posisi berdiri, tangan dan lutut dan berbaring. Secara keseluruhan responden memiliki pengalaman positif yang menggunakan rebozo, menciptakan sensasi pengurangan rasa sakit sehingga persalinan menjadi lebih santai. Hasil lainnya sebelum tahun 2014 teknik rebozo hanya digunakan sekitar 2% dari persalinan normal yang direncanakan. Namun setelah tahun 2016, teknik rebozo digunakan sekitar 9% wanita Denmark (Iversen, dkk, 2017).

Selain itu menurut Iversen, dkk (2017) bahwa teknik Rebozo Shake The Apples dan Rebozo Sifting While Lying Down juga memberi efek positif pada persalinan, salah satunya meningkatkan rasa kenyamanan selama persalinan. Adapun didalam penelitian Iversen terdapat teknik Rebozo Shake The Apples dengan teknik Rebozo Sifting While Lying Down yang mana diantara dua teknik ini sama-sama memberi kenyamanan pada pasien. Dimana teknik rebozo ini secara anatomis dapat menekan area lumbal sampai koksikis dengan kain lurik atau rebozo, dengan stimulus teknik Rebozo ini dapat mengakibatkan peregangan pada otot panggul dan mengeluarkan endorphin dalam darah, dan membantu mengatur kontraksi serta mengembalikan keseimbangan pada proses persalinan.

Rebozo Shake The Apples merupakan pengukuran intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif setelah dilakukan intervensi teknik Rebozo, konsistensi penurunan intensitas nyeri persalinan pada pengukuran dibandingkan kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi Rebozo Shake The Apples. Hal ini disebabkan pada saat proses dilakukan pada teknik Rebozo Shake The Apples kekuatan dalam penekanan lumbosacral kuat selama proses pengayunan teknik Rebozo. Maka dapat dikatakan penekanan Rebozo pada lumbosacral lebih kuat dan efektif pada posisi Genu Pektoral yaitu pada teknik Shake The Apples.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia, Yesie. (2015). Gentle Birth. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia
- Amelia. 2017. Rebozo dan Endorphin Massage Untuk memperlancar Proses Melahirkan. <https://www.haibunda.com/>
- Arias, Patricia. 2019. Del Rebozo a La Parioleta. <https://encartesantropológicos.mx/reinvention-vestimenta-ropa-indigena/>
- Astrid Mulyani. 2017. Pengaruh Aplikasi Kontraksi Nyaman Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Persalinan Kala I Fase Aktif Di Wilayah Kerja Puskesmas Cibeureum Kota Tasikmalaya Tahun 2017. Diambil dari https://ejurnal.stikes-bth.ac.id/index.php/P3M_JKBTH/article/view/223. DOI: <http://dx.doi.org/10.36465/jkbth.v17i2.223>
- Hasil Riskesdas 2018 dalam Mendukung Perumusan Kebijakan Pembangunan Kesehatan di Jawa Tengah. <https://dinkesjatengprov.go.id/v2018/download/semnas-riskesdas/>
- Husna, U. 2010, Pengaruh Terapi Musik Instrumental Terhadap Perbedaan Intensitas Nyeri Persalinan Fase Aktif Kala 1 Pada Primigravida Di Wilayah Kerja Puskesmas Dangung Dari : <http://Tdepositoty.Unand.ac.id>
- Mander, Rosemary. 2004, Nyeri Persalinan, Jakarta: EGC
- Mette Langeland Iversen, Julie Midgraard, Maria Ekelin, Hanne Kritine Hegavard (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: a qualitative explorative study. <https://www.researchgate.net/publication/309621639>
- Munafiah D, Astuti L.P, Parada M.M. (2020). Manfaat Teknik Rebozo Terhadap Kemajuan Persalinan. Midwifery Care Journal Vol. 1 No 3, April 2020, e-ISSN 2715-5978 (online)

Nikmah K. 2017. Hubungan Posisi Persalinan Dengan Kemajuan Persalinan Kala I Fase Aktif Pada Primigravida. Jurnal Midpro Vol. 9/ No.2/ Desember 2017

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1109/MENKES/PER/IX/2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer Alternatif Di Fasilitias Pelayanan Kesehatan

Potter, P. A., & perry, A.G. 2006, Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Jakarta : EGC

Setiawan, Rusmini. (2010). Manajemen Nyeri Persalinan. <http://webchace.googleusercontent.Com>

Smeltzer, S.C BareB.G. 2002, Buku Ajar Keperawatan MedikalBedah.Jakarta:EGC.

Susane R. Cohen, Celeste, Thomas. (2015). Rebozo Technique For Fetal Malposition in Labor. <https://www.readcube.com/articles/10.1111/jmwh.12352> DOI: 10.1111/jmwh.12352.

Varney Helan. 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Ed.4 Vol 2 Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Notoatmodjo, S. (2015). MetodePenelitianKesehatan. Jakarta: RinekaCipta

Sarwono, (2012). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Prawirdjo Hardjo

PENGARUH AKUPRESUR TERHADAP INTENSITAS NYERI PERSALINAN KALA I FASE AKTIF



Nuansa
Fajar
Cemerlang

BAB 1

PENDAHULUAN

Persalinan merupakan suatu diagnosis klinis yang terdiri dari dua unsur yaitu kontraksi uterus dan dilatasi pembukaan serviks secara progresif. Proses persalinan dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan nyeri, oleh karena itu pengalaman melahirkan mempunyai potensi yang besar untuk mendapat pereda nyeri yang memuaskan (Norwitz, 2007; Reeder, 2013).

Mengelola nyeri persalinan dibutuhkan asuhan sayang ibu dimana sesuai dengan dokumen WHO menjelaskan salah satu cara untuk memberikan asuhan yang bersifat sayang ibu disebut dengan *Safe Motherhood* yang mempunyai misi untuk mempromosikan kesempurnaan model asuhan persalinan yang dapat meningkatkan hasil kelahiran, model asuhan kebidanan ini mendukung dan melindungi proses kelahiran normal. Badan *Coalition for Improving Maternity Services* (CIMS) melahirkan *Safe Motherhood Initiative* merumuskan 10 langkah asuhan sayang ibu dan pada poin ke 7 disebutkan untuk memberikan asuhan persalinan dalam metoda meringankan rasa nyeri tanpa penggunaan obat-obatan (Pusdiknakes, 2003).

Tounair (2007) dalam penelitiannya menyatakan nyeri persalinan ringan terjadi pada 15% kasus, nyeri sedang 35%, nyeri berat 30%, dan nyeri ekstrem terjadi pada 20% kasus. Kelahiran seorang anak akan menyebabkan timbulnya suatu tantangan mendasar terhadap struktur interaksi keluarga, bagi seorang ibu, melahirkan bayi adalah peristiwa yang sangat membahagiakan sekaligus juga peristiwa yang berat penuh tantangan dan kecemasan (Shinaga, 2006).

Berbagai upaya dilakukan untuk menurunkan nyeri pada persalinan, baik secara farmakologi maupun nonfarmakologi. Manajemen nyeri secara farmakologi lebih efektif dibanding dengan metode nonfarmakologi, namun metode farmakologi lebih mahal, dan

berpotensi mempunyai efek yang kurang baik. Sedangkan metode nonfarmakologi lebih murah, simpel, efektif dan tanpa efek yang merugikan. Hal ini dapat dilakukan sebagai upaya yang dilakukan untuk memberikan kenyamanan pada ibu bersalin dan bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan juga sangat berperan dalam hal tersebut (Burns, 1994).

Penelitian yang dilakukan oleh Brown, Douglas dan flood (2001), menggunakan 10 metode nonfarmakologi yang dilakukan dengan jumlah sampel 46 orang didapatkan bahwa teknik pernapasan, relaksasi, akupresur dan *massage* merupakan teknik yang paling efektif menurunkan nyeri saat persalinan. Pengaruh akupresur terhadap penurunan nyeri persalinan ini telah diuji beberapa ahli dalam beberapa penelitian. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Chung, Hung, Kuo dan Huang (2003) bertujuan untuk mengetahui tentang efek titik akupresur Li4 dan BL67 dalam mengurangi nyeri persalinan dan kontraksi uterus pada kala I persalinan. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa dari tiga kelompok yang mendapatkan perlakuan akupresur, rangsang cahaya, percakapan didapat bahwa akupresur secara signifikan berpengaruh terhadap pengurangan rasa nyeri persalinan pada kala I persalinan tetapi tidak menunjukkan pengaruh terhadap kontraksi uterus.

Metode pengurangan nyeri ini belum tersosialisasikan keseluruh wilayah Indonesia, terutama pengurangan nyeri persalinan, Menurut Ditjen Bina Gizi dan KIA Kepmenkes RI (2012) Jumlah persalinan yang ada di Provinsi Riau pada tahun 2011 sebanyak 117.796 persalinan, Dimana fakta dilapangan metode pengurangan nyeri akupresur ini belum pernah dilakukan atau dikenal oleh petugas kesehatan itu sendiri, sering didapatkan metode pengurangan nyeri cenderung menggunakan obat-obatan untuk mengurangi rasa nyeri saat persalinan. Berdasarkan uraian diatas peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh teknik akupresur terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

BAB 2

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan eksperimental dengan *post test only control group desain*. Kelompok yang diteliti di bagi menjadi kelompok kontrol dan eksperimental yaitu kelompok akupresur.

Populasi adalah ibu inpartu kala I fase aktif Sampel penelitian adalah bagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria Inklusi yaitu Kehamilan yang diinginkan, Ibu primigravida inpartu Kala I fase aktif pembukaan serviks 4 cm dan 8 cm, Aterm dengan kehamilan tunggal, presentasi kepala dan dengan persalinan pervaginam, Umur responden 20-35 tahun, Ketuban masih utuh, Tidak mendapatkan obat-obatan untuk menghilangkan rasa nyeri, Tidak mendapatkan induksi persalinan, Bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi yaitu Ibu inpartu kala I dengan gangguan kehamilan, misalnya kehamilan ganda, kelainan letak, Penyakit – penyakit yang menyertai kehamilan, Ibu dengan panggul sempit, Ibu dengan kelainan kontraksi.

Besaran sampel data nominal untuk uji hipotesis terhadap 2 kelompok independen menggunakan rumus (Sastroasmoro, 2011) :

$$n_1 = n_2 = \frac{\left(Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

P_1 = Proporsi efek standar 0,10

P_2 = Proporsi efek yang diteliti 0,50

Z_α = Tingkat kemaknaan 1,96

Z_β = Power 0,842

Maka jumlah sampel dalam penelitian adalah : 19

(Ho,L,F.,Irene, L.,& Grace, M, G, 2011)

Untuk mengantisipasi subjek drop out, maka dilakukan perhitungan. (Sastroasmoro, 2011) : $n = n / (1 - f)$, $n = 19 / (1 - 0,10) = 21,1$ dibulatkan menjadi 21

Jadi total keseluruhan sampel 21 untuk kelompok akupresur dan 21 untuk kelompok kontrol, jadi total sampel 42 sampel, namun dalam pelaksanaan penelitian ada 2 sampel yang mengalami drop out jadi total sampel menjadi 40. Dua sampel yang drop out dikarenakan : Akupresur, 1 orang responden menolak dilakukan pengukuran yang ke 2 intensitas nyeri pada pembukaan 8cm dengan alasan nyeri yang sangat hebat dan sulit untuk berkomunikasi.

Kontrol, 1 responden mengalami drop out dengan alasan nyeri yang sangat berat pada pengukuran yang kedua dan menolak untuk dilakukan pengukuran nyeri.

Variabel Independen (Akupresur)

Tindakan penekanan sedalam 1-2 cm pada titik SP6 dan Li4 [ada ibu primigravida dilakukan 2 kali pada pembukaan serviks 4 cm dan pembukaan serviks 8 cm selama 15 menit. Alat ukur lembar ceklis. Hasil ukur dilakukan dan tidak dilakukan

Variabel Dependental (Intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif)

Setelah pengumpulan data, kemudian dilanjutkan dengan pengolahan data : *Editing, Coding* dan *Tabulating*. Analisa data menggunakan Analisis univariat dan Analisis bivariate.

BAB 3

TEORI MUTAKHIR

1. Akupresur

a. Pengertian akupresur

Akupresur berasal dari kata *acos* dan *pressure*, yang berarti jarum dan menekan. Istilah ini dipakai untuk cara penyembuhan yang menggunakan teknik penekanan dengan jari pada titik-titik akupunktur sebagai pengganti penusukan jarum pada sistem penyembuhan akupunktur. Akupresur adalah pendekatan penyembuhan yang berasal dari daerah timur yang menggunakan pijatan pada titik tertentu di tubuh (garis aliran energi atau meridian) untuk menurunkan nyeri atau mengubah fungsi organ (Depkes, 2004; Keppti, 2010).

Akupresur adalah suatu teknik penyembuhan dengan menekan, memijat, mengurut bagian tubuh untuk mengaktifkan peredaran energi. Akupresur merupakan salah satu pengobatan tradisional dengan melakukan pemijatan pada titik akupunktur, dapat digunakan untuk pengobatan sendiri dirumah, dalam rangka meningkatkan kemandirian yang sehat. Akupresur merupakan segala bentuk terapi untuk memulihkan kesehatan dengan menggunakan jari-jari tangan ataupun dengan menggunakan alat bantu seperti stik ataupun alat bantu yang lain, bahkan menggunakan alat elektronik sebagai pengganti pijat (Bagaskoro, 2011).

Akupresur juga disebut akupuntur tanpa jarum atau pijat akupuntur, sebab teori akupuntur yang menjadi dasar praktek akupresur. Terapi akupresur merupakan suatu bentuk fisioterapi dengan memberikan pemijatan dan stimulasi pada titik-titik tertentu pada tubuh pada dasarnya terapi akupresur merupakan pengembangan dari akupuntur, pada prinsipnya metode terapi akupresur sama dengan akupuntur. Akupresur

penekanan pada titik tertentu (yang dikenal dengan *acupoint*) dengan menggunakan telunjuk maupun jari untuk menstimulasi aliran energi di meridian yang penggunaanya sangat aman dan efektif, mudah dipelajari, dan juga menbutuhkan waktu yang sedikit untuk menerapkannya (Depkes, 2012 ; Widyaningrum, 2013).

Mekanisme kerja akupresur ditinjau dari ilmu kedokteran menurut beberapa ahli sesuai dengan teori *endorphin*, yaitu perangsangan pada bagian tubuh akan menghasilkan zat *endorphin* dari otak yang mempunyai efek menghilangkan rasa nyeri. Bioelektrik yaitu rangsangan pada titik/bagian tubuh tertentu yang akan meningkatkan daya elektrik tubuh sehingga menimbulkan efek berkurangnya rasa sakit (Bagaskoro, 2011; Widyaningrum, 2013).

Menurut sejarahnya, terapi ini merupakan metode pengobatan tradisional cina dan sudah dilakukan sejak ribuan tahun yang lalu. Dengan akupresur aliran *yin* dan *yang* didalam tubuh dapat diseimbangkan. Prinsip akupresur berasal dari pengobatan kedokteran timur, dimana dikenal adanya aliran energi vital ditubuh *qi* (cina) dan *chi* (jepang) (Keppti, 2010).

b. Tujuan akupresur

Tujuan dari penekanan pada titik-titik aupresur adalah melancarkan aliran energi pada seluruh bagian tubuh. Manusia memerlukan energi untuk dapat menjalankan fungsinya. Fungsi organ-organ tubuh akan terganggu jika tidak mendapatkan aliran energi yang cukup. Gangguan fungsi tubuh akan mengganggu keseimbangan fungsi tubuh. Sejarah membuktikan bahwa akupresur dapat bermanfaat mencegah penyakit yang bertujuan untuk mencegah masuknya sumber penyakit dan mempertahankan kondisi tubuh, penyembuhan penyakit, rehabilitasi dan promotif (Dibble, 2007; Keppti, 2010).

Menurut Tournaire dan Theau-Yonneau (2007) dengan merangsang titik tertentu disepanjang meridian, yang ditransmisikan melalui serabut saraf besar ke *formation*

reticularis, thalamus dan sistem *limbik* tubuh melepaskan *endorphin*. *Endorphin* adalah zat penghilang rasa sakit yang secara alami diproduksi didalam tubuh, memicu respon menenangkan dan membangkitkan semangat dalam tubuh, memiliki efek positif pada emosi, dapat menyebabkan relaksasi dan normalisasi fungsi tubuh dan sebagian dari pelepasan *endorphin* akan menurunkan tekanan darah dan meningkatkan sirkulasi darah. Akupresur bermanfaat untuk :

1) Pencegahan penyakit

Akupresur diperaktekkan secara teratur pada saat-saat tertentu menurut aturan yang sudah ada, yaitu sebelum sakit. Tujuannya adalah mencegah masuknya sumber penyakit dan mempertahankan kondisi tubuh.

2) Penyembuhan penyakit

Akupresur dapat digunakan menyembuhkan keluhan sakit dan diperaktekkan ketika dalam sakit

3) Rehabilitasi

Akupresur diperaktekkan untuk meningkatkan kondisi kesehatan sesudah sakit

4) Promotif

Akupresur diperaktekkan untuk meningkatkan daya tahan tubuh walaupun tidak sedang sakit (Depkes, 2004).

c. Cara melakukan Akupresur

Dalam penekanan atau perangsangan akupresur ada beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu reaksi yang akan ditimbulkan, kondisi pasien dan jenis keluhan yang dialami pasien. Reaksi yang ditimbulkan meliputi reaksi untuk menguatkan energi dan reaksi untuk melemahkan energi. Reaksi ini dipengaruhi oleh lama pemijatan dan arah pemijatan. Penekanan yang bertujuan untuk reaksi menguatkan dapat dilakukan dengan melakukan 30 kali pijatan atau putaran searah dengan jarum jam atau mengikuti arah meridian dengan penekanan sedalam 1-2 cm dengan menggunakan ibu jari. Sedangkan akupresur yang bertujuan untuk reaksi melemahkan dengan melakukan pemijatan leih

dari 40 kali putaran berlawanan arah jarum jam atau berlawanan dengan arah meridian (Depkes, 2004; Keppti, 2010).

Adapun cara untuk melakukan teknik akupresur adalah: (Keppti, 2010)

- 1) Perhatikan kenyamanan pasien, lakukan penekanan dengan menggunakan ibu jari sedalam 1-2 cm
 - 2) Penekanan pada titik Li4 (terletak diantara tulang metacarpal pertama dan kedua pada bagian distal lipatan pada kedua tangan)
 - 3) Peneliti melakukan penekanan pada titik Sp6 (terletak pada 4 jari diatas mata kaki)
 - 4) Lakukan penekanan dengan putaran sebanyak 30 kali searah jarum jam pada titik Li4 dan lakukan pada titik Sp6 lakukan penenekanan dengan putaran sebanyak 30 kali berlawanan jarum jam dan lakukan selama 15 menit
 - 5) Tindakan akupresur dilakukan 2 kali selama 15 menit, 1 kali dilakukan pada pembukaan serviks 4 cm dan 1 kali pada pembukaan serviks 8 cm.
- d. Akupresur untuk persalinan

Gangguan yang paling umum terjadi selama persalinan dan melahirkan adalah hambatan dalam meridian. Merangsang *acupoint* sepanjang saluran dengan akupresur dapat membantu menghilangkan penghalang, merevitalisasi meridian, dan membantu memulihkan kesehatan. Beberapa ilmuwan menunjukkan bahwa alasan mengapa nyeri dapat terjadi pada akupresur adalah bahwa ada hal yang mengganggu transmisi rangsangan nyeri dan mungkin meningkatkan pengeluaran *endorphin* dalam darah (San Ching, 2000; Dewi, 2011).

Lokasi titik akupresur saat persalinan untuk mengurangi nyeri, cara kerja akupresur ini sendiri cukup mudah dan sederhana karena tidak memerlukan bantuan jarum akupuntur. Cukup dengan menekan pada titik-titik tertentu sesuai dengan tujuan untuk apa akupresur dilakukan Titik

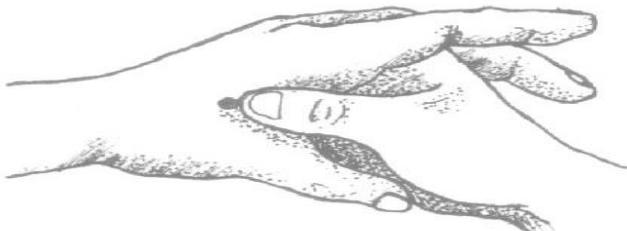
akupresur yang biasa digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan diantaranya adalah Li4, dan SP6 yang dapat mengelola nyeri persalinan (Chung, 2003 ; Lee, 2004).

Titik SP6 disebut juga dengan *San Yin Ciao* terletak 4 jari tangan diatas *maleolus medialis*, tepat ditepi *posterior tibia*, titik SP6 ini dipercaya dapat digunakan untuk penyakit ginekologis misalya haid tidak teratur, perdarahan uterus, disminor, nyeri persalinan, his yang tidak teratur pada persalinan dan sebagainya. Titik SP6 disebut juga *san yin ciao* adalah saluran yang berjalan di dermatomic L2 dan L1 kemudian menuju ke atas T12 dan T5. Saraf simpatik pengendalian rahim melalui pleksus pelvis menerima serat prenganglionik keluar dari T5 ke T4 sehingga perangsangan pada titik akupresur ini dapat mengurangi nyeri persalinan (San Ching, 2000 ; Lee, 2004).



Gambar 3.1 Titik SP 6 ini terletak pada empat jari pasien diatas mata kaki (Betts, 2001)

Titik *He Ku* atau Li4 terletak diantara os metacarpal I dan II, tepat di pertengahan sisi radial dari os metacarpal II tangan pada posisi sagital, titik ini dipercaya untuk mengurangi rasa nyeri termasuk nyeri persalinan karena bersifat analgesi. Letak titik Li4 atau *he ku* terletak antara tulang metacarpal pertama dan kedua pada bagian distal lipatan pada kedua tangan. Meridian ini berjalan menyusuri tepi luar lengan naik ke bahu, sampai dibahu bercabang ke tengkuk mencapai benjolan ruas tulang leher 7 (cervical 7) dan tulang punggung 1 dan kembali kebahu. Dibahu meridian ini bercabang sebuah cabangnya kebawah turun melintasi bagian perut hingga mencapai uterus. Penekanan pada titik ini berguna untuk mengintensifkan kontraksi serta mengelola nyeri saat persalinan (San Ching, 2000; Sukanta, 2003; Dewi, 2011).



Gambar 3.2 titik akupressur L14 (Betts, 2001)

Pada titik SP6 dan Li4 merupakan titik utama untuk masalah rahim. Penekanan pada titik ini dilakukan dengan cara: Lakukan penekanan pada titik SP6 dan Li4. Efek yang dihasilkan oleh penekanan pada titik SP6 dan Li4 adalah memperbaiki energi yang tidak seimbang, tersumbat atau kurang di sepanjang organ atau meridian yang melewatinya (San Ching, 2000; Dibble, 2007; Dewi, 2011).

Akupresur juga termasuk metode lain dari stimulasi kutaneous untuk membantu mengurangi nyeri persalinan yang akibatnya meningkatkan relaksasi, meningkatkan energi dan membantu homeostasis. Dengan adannya sentuhan pada titik akupuntur dapat terjadi neurotransmitter yang dapat

melepaskan endorphin dan serotonin sebagai penyaluran dan persepsi nyeri, cara kerja akupresur dapat menstimulasi serabut besar A dan β besar sehingga dengan adanya stimulasi akupresur dapat memblok nyeri melalui neurotransmitter peningkatan endorphin dan serotonin alami, dengan adanya peningkatan neurotransmitter dapat mengubah persepsi nyeri sehingga nyeri persalinan dapat diatasi (Corwin, 2009; Redeer 2013).

e. Persiapan tindakan akupresur

Ada beberapa persyaratan yang perlu diperhatikan agar pemanfaatan akupresur baik, yaitu ruangan tempat melakukan pemijatan hendaknya tidak pengap dan mempunyai sirkulasi udara yang baik, pemijatan dilakukan ditempat yang bersih. Posisi orang yang akan dipijat sebaiknya berbaring, duduk, dan tidak berdiri, tangan sebelum memijat dalam keadaan bebas bergerak dengan posisi yang nyaman, kondisi pasien yang perlu diperhatikan sebelum melakukan teknik akupresur adalah sebaiknya pasien tidak dalam keadaan emosional (marah, takut, terlalu gembira dan sedih), tidak terlalu lapar dan tidak terlalu kenyang, alat bantu pijat yang digunakan tidak tajam dan bersih, pemijatan dapat dilakukan dengan ujung-ujung jari, telapak tangan, pangkal telapak tangan dan siku. Titik *acupoint* tidak dalam keadaan luka atau Bengkak, dan untuk pasien yang lemah kondisinya akupresur hanya diperlukan untuk menguatkan kondisinya dan jumlah titik yang digunakan jangan terlalu banyak (Depkes 2012 ; Wong, 2011).

2. Nyeri Persalinan

a. Pengertian Nyeri

Rasa nyeri pada persalinan disebabkan oleh kombinasi peregangan *segmen* bawah rahim (selanjutnya servik) dan iskemia (hipoksia) otot-otot rahim. Reaksi terhadap nyeri merupakan respon yang sifatnya sangat individual. Reaksi ini tergantung pada kepribadian, kondisi emosional serta tingkat pemahaman pasien, latar belakang kultural, keluarga

serta pendidikannya, dan pengalaman sebelumnya (Farrer, 2001).

Pada kala satu persalinan, nyeri timbul akibat pembukaan servik dan kontraksi uterus. Sensasi nyeri menjalar melewati syaraf simposis yang memasuki modula spinalis melalui segmen posterior syaraf spinalis torakalis 10, 11 dan 12. Penyebaran nyeri pada kala satu persalinan adalah nyeri punggung bawah yang dialami ibu disebabkan oleh tekanan kepala janin terhadap tulang belakang, nyeri ini tidak menyeluruh melainkan nyeri disuatu titik. Akibat penurunan janin, lokasi nyeri punggung berpindah ke bawah, ke tulang belakang bawah serta lokasi denyut jantung janin berpindah ke bawah pada abdomen ibu ketika terjadi penurunan kepala (Mander, 2003).

Stimulus nyeri dalam persalinan tidak dapat dihilangkan, kecuali jika dilakukan *sectio caesaria* yang akan menghentikan proses persalinan. Beberapa abnormalis seperti malpresentasi, dapat meningkatkan atau memperpanjang stimulus tersebut sehingga menambah potensi keluhan nyeri. Ambang nyeri dalam persalinan dapat diturunkan oleh rasa takut, kurangnya pengertian, dan berbagai permasalahan jasmani (demam, kelelahan, asidosis dehidrasi, ketegangan (Farrer, 2001).

b. Fisiologi Nyeri Persalinan

Sensasi nyeri dihasilkan oleh jaringan serat saraf kompleks yang melibatkan sistem saraf perifer dan sentral. Nyeri persalinan, sistem saraf otonom dan terutama komponen simpatis juga berperan dalam sensasi nyeri (Mander, 2003).

1) Sistem saraf otonom

a) Sistem saraf otonom mengontrol aktifitas otot polos dan viseral, uterus yang dikenal sebagai sistem saraf involunter karena organ ini berfungsi tanpa kontrol kesadaran. Terdapat dua komponen yaitu sistem simpatis dan parasimpatis. Saraf simpatis menyuplai uterus dan membentuk bagian yang sangat penting

dari neuroanatomi nyeri persalinan.

- b) Neuron aferen mentransmisikan informasi dari rangsang nyeri dari sistem saraf otonom menuju sistem saraf pusat dari visera terutama melalui serat saraf simpatik. Neuron aferen somatik dan otonom bersinaps dalam region kornu dorsalis dan saling mempengaruhi, menyebabkan fenomena yang disebut nyeri alih. Nyeri ini adalah nyeri yang paling dominan dirasakan selama bersalin terutama selama kala I (Mander, 2003).
- c) Neuron aferen otonom berjalan ke atas melalui medulla spinalis dan batang otak berdampingan dengan neuron aferen somatik, tetapi walaupun sebagian besar serat aferen somatik akhirnya menuju thalamus, banyak aferen otonom berjalan menuju hipotalamus sebelum menyebar ke thalamus dan kemudian terakhir pada kortek serebri.
- d) Gambaran yang berada lebih lanjut dari sistem saraf otonom adalah fakta bahwa neuron aferen yang keluar dari sistem saraf pusat hanya melalui tiga region, yaitu : 1) Dalam otak (nervus kranialis III, VII, IX dan X); 2) Dalam region torasika (T1 sampai T12, L1 dan L2); 3) Segmen sakralis kedua dan ketiga medulla spinalis.

2) Saraf perifer nyeri persalinan

Selama kala I persalinan, nyeri diakibatkan oleh dilatasi servik dan segmen bawah uterus dan distensi korpus uteri. Intensitas nyeri selama kala ini diakibatkan oleh kekuatan kontraksi dan tekanan yang dibangkitkan. Hasil temuan bahwa tekanan cairan amnion lebih dari 15 mmHg di atas tonus yang dibutuhkan untuk meregangkan segmen bawah uterus dan servik dan dengan demikian menghasilkan nyeri. Nyeri ini dilanjutkan ke dermaton yang disuplai oleh segmen

medulla spinalis yang sama dengan segmen yang menerima input nosiseptif dari uterus dan serviks (Mander, 2003).

Pada kala II persalinan, nyeri tambahan disebabkan oleh regangan dan robekan jaringan misalnya pada perineum dan tekanan pada otot skelet perineum. Nyeri diakibatkan oleh rangsangan struktur somatik superfisial dan digambarkan sebagai nyeri yang tajam dan terlokalisasi, terutama pada daerah yang disuplai oleh saraf pudendus.

3) Nyeri alih

Fenomena nyeri alih menjelaskan bagaimana nyeri pada suatu organ yang disebabkan oleh kerusakan jaringan dirasakan seolah-olah nyeri ini terjadi pada organ yang letaknya jauh. Kasus yang kurang jelas adalah nyeri selama kala I persalinan yang diperantarai oleh distensi mekanis segmen bawah uterus dan serviks, tetapi nyeri tersebut dialihkan ke abdomen, punggung bawah, dan rektum. Serat nosiseptif dari organ viseral memasuki medulla spinalis pada tingkat yang sama dengan saraf aferan dari daerah tubuh yang dialihkan sehingga serta nosiseptif dari uterus berjalan menuju segmen medulla spinalis yang sama dengan aferen somatik dari abdomen, punggung bawah, dan rektum.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor yang mempengaruhi respon nyeri menurut Bobak (2004) adalah:

1) Pengalaman masa lalu

Cara ibu merespon terhadap nyeri adalah akibat dari banyak kejadian nyeri selama rentang kehidupannya. Bagi beberapa orang nyeri masa lalu dapat saja menetap dan tidak terselesaikan, seperti nyeri berkepanjangan dapat menjadi mudah marah, menarik diri, depresi. Efek yang tidak diinginkan diakibatkan oleh pengalaman sebelumnya menunjukkan pentingnya

perawatan untuk waspada terhadap pengalaman masa lalu ibu terhadap nyeri tersebut. Jika nyeri teratas dengan cepat dan dengan adekuat, ibu lebih sedikit ketakutan terhadap nyeri dimasa mendatang dan mampu mentoleransi lebih baik.

2) Budaya

Budaya dan etnik mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri (bagaimana nyeri diuraikan atau seseorang berperilaku dalam berespon terhadap nyeri). Namun, budaya dan etnik tidak mempengaruhi persepsi nyeri. Harapan budaya tentang nyeri yang ibu pelajari sepanjang hidupnya jarang dipengaruhi oleh nilai-nilai yang berlawanan dengan budaya lainnya. Akibatnya, ibu yakin bahwa persepsi dan reaksi terhadap nyeri dapat diterima oleh ibu itu sendiri.

3) Usia

Ibu yang melahirkan pertama kali pada usia tua umumnya akan mengalami persalinan yang lebih lama dan merasakan lebih nyeri dibandingkan ibu yang masih muda.

4) Paritas

Menurut Bobak (2004) paritas sebelumnya juga dapat mempengaruhi respon ibu terhadap nyeri. Bagi ibu primigravida belum mempunyai pengalaman melahirkan dibandingkan ibu multigravida. Ibu yang pertama kali melahirkan akan merasa stres atau takut dalam menghadapi persalinan. Ibu multigravida sudah pernah melahirkan sehingga sudah punya pengalaman nyeri saat melahirkan. Ibu yang sudah mempunyai pengalaman melahirkan akan mampu merespon rasa nyeri tersebut.

d. Dampak Nyeri Persalinan

Persalinan umumnya disertai dengan adanya nyeri akibat kontraksi uterus. Intensitas nyeri selama persalinan

dapat mempengaruhi proses persalinan, dan kesejahteraan janin. Nyeri persalinan dapat merangsang pelepasan mediator kimia seperti prostaglandin, leukotrien, tromboksan, histamin, bradikinin, substansi P, dan serotonin, akan membangkitkan stres yang menimbulkan sekresi hormon seperti katekolamin dan steroid dengan akibat vasokonstriksi pembuluh darah sehingga kontraksi uterus melemah. Sekresi hormon tersebut yang berlebihan akan menimbulkan gangguan sirkulasi uteroplasenta sehingga terjadi hipoksia janin (Farrer, 2001).

Nyeri persalinan dapat menimbulkan stres yang menyebabkan pelepasan hormon yang berlebihan seperti katekolamin dan steroid. Hormon ini dapat menyebabkan terjadinya ketegangan otot polos dan vasokonstriksi pembuluh darah. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan kontraksi uterus, penurunan sirkulasi uteroplasenta, pengurangan aliran darah dan oksigen ke uterus, serta timbulnya iskemia uterus yang membuat impuls nyeri bertambah banyak (Farrer, 2001).

Nyeri persalinan juga dapat, menyebabkan timbulnya hiperventilasi sehingga kebutuhan oksigen meningkat, kenaikan tekanan darah, dan kurangnya motilitas usus serta vesika urinaria. Keadaan ini akan merangsang peningkatan katekolamin yang dapat menyebabkan gangguan pada kekuatan kontraksi uterus sehingga terjadi inersia uteri. Apabila nyeri persalinan tidak diatasi akan menyebabkan terjadinya partus lama (Llewellyn, 2001).

e. Nyeri Persalinan *Primigravida* dan *Multigravida*

Bobak (2005) pengalaman melahirkan sebelumnya juga dapat mempengaruhi respon ibu terhadap nyeri. Bagi ibu primigravida belum mempunyai pengalaman melahirkan dibandingkan ibu multigravida. Ibu yang pertama kali melahirkan akan merasa stres atau takut dalam menghadapi persalinan. Intensitas nyeri persalinan pada primigravida sering kali lebih berat daripada nyeri persalinan pada

multigravida. Hal itu karena multigravida mengalami *effacement* (penipisan serviks) bersamaan dengan dilatasi serviks, sedangkan pada primigravida proses effacement biasanya terjadi lebih dahulu dari pada dilatasi serviks. Proses ini menyebabkan intensitas kontraksi yang dirasakan primigravida lebih berat daripada multigravida, terutama pada kala I persalinan (Yuliatun, 2008).

Primigravida juga mengalami proses persalinan lebih lama dari pada proses persalinan pada multigravida sehingga primigravida mengalami kelelahan yang lebih lama. Kelelahan berpengaruh terhadap peningkatan persepsi nyeri. Hal itu menyebabkan nyeri seperti suatu lingkaran setan. Kebanyakan primigravida merespon nyeri dengan rasa takut dan cemas yang dapat meningkatkan aktifitas sistem syaraf simpatik sehingga meningkatkan sekresi katekolamin (*epinefrin* dan *norepinefrin*). Epinefrin akan menstimulasi reseptor α dan β , sedangkan norepinefrin akan menstimulasi reseptor α . Stimulasi pada reseptor α menyebabkan seluruh bagian uterus berkontraksi dan meningkatkan tonus otot uterus yang dapat menurunkan aliran darah pada uterus. Sementara itu, stimulasi pada reseptor β menyebabkan uterus relaksasi dan vasodilatasi pembuluh darah pada uterus dan menyebabkan penurunan aliran darah ke plasenta. Dengan demikian, sekresi katekolamin yang berlebih akan menyebabkan penurunan aliran darah ke plasenta sehingga fetus kekurangan oksigen dan menurunkan efektivitas kontraksi uterus yang mengakibatkan proses persalinan menjadi lebih lama (Bobak, 2004).

Stres atau rasa takut ternyata secara fisiologis dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi terasa semakin nyeri dan sakit dirasakan. Ibu dalam kondisi inipun tersebut mengalami stres maka dapat merangsang tubuh mengeluarkan hormon stresor yaitu hormon katekolamin dan hormon adrenalin. Akibatnya tubuh tersebut menjadi

semakin tegang sehingga aliran darah dan oksigen ke dalam otot-otot uterus berkurang karena arteri mengecil dan menyempit akibatnya adalah rasa nyeri yang tak terelakkan. Ibu multigravida telah mempunyai pengalaman tentang nyeri pada persalinan sebelumnya sehingga multigravida telah mempunyai mekanisme untuk mengatasi nyeri persalinannya. Tidak demikian halnya pada primigravida, dimana proses persalinan yang dialaminya merupakan pengalaman pertama yang menyebabkan emosi, cemas, dan takut yang dapat memperberat persepsi nyeri. Nyeri atau kemungkinan nyeri dapat menginduksi ketakutan sehingga timbul kecemasan yang berakhir pada kepanikan (Mander, 2004; Maryunani, 2013).

f. Intensitas nyeri dan pengukuran skala nyeri

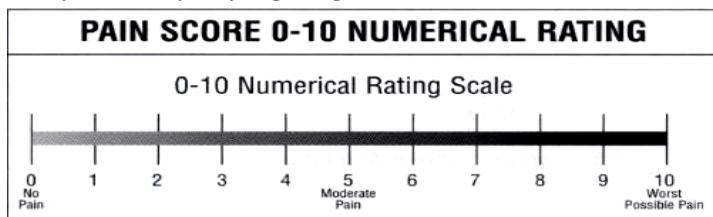
Indikator adanya intensitas nyeri yang paling penting adalah laporan ibu itu sendiri. Namun demikian, intensitas nyeri juga dapat dilakukan dengan berbagai cara. Salah satunya dengan menanyakan pada ibu untuk menggambarkan nyeri atau rasa tidak nyamannya (Maryunani, 2013).

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Selain itu, kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun pengukuran dengan teknik ini juga dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007).

Pengukuran intensitas nyeri merupakan informasi yang subjektif, spesifik oleh pasien itu sendiri (informasi yang dilaporkan sendiri) merupakan cara utama pada evaluasi nyeri. Namun laporan sendiri dipengaruhi oleh usia, status kognitif, disabilitas fisik. Cara penilaian nyeri ini bervariasi,

idealnya pengukuran intensitas nyeri ini mudah digunakan, mudah dimengerti oleh pasien dan valid, sensitif dan dapat dipercaya (Peristiowati, 2012).

Cara dimensi tunggal skala analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri, skala linear ini, menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang dialami seorang pasien, rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi, manfaatnya mudah dan sederhana. Ada alternatif lain dari VAS adalah *Numerical Rating scale* (NRS) metoda ini menggunakan angka-angka untuk menggambarkan *range* dari intensitas nyeri. Umumnya pasien akan menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan dari 0-10. 0 menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan 1-5 menggambarkan nyeri sedang 6-10 menyatakan nyeri yang sangat hebat (Peristiowati, 2012).



Gambar 3.3 Skala Nyeri *Numerical Rating Scale* (NRS)

3. Persalinan

a. Pengertian Pesalinan

Persalinan atau partus normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi berupa janin, plasenta dan membran dari dalam rhim pada kehamilan cukup bulan (aterm) pada letak memanjang dan presentasi belakang kepala disusul dengan pengeluaran plasenta, tanpa tindakan dan tanpa komplikasi (Reeder, 2011)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan urin) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Mochtar, 2003 ; Saifuddin, 2006).

b. Fisiologi Persalinan

Permulaan persalinan ditentukan oleh interaksi kompleks beberapa hormon fetus dan plasenta. Progesteron mencegah kontraksi uterus. Persalinan terjadi pada konsentrasi progesteron berkurang. Pada akhir kehamilan kadar estrogen dalam darah ibu sangat meningkat. Kenaikan estrogen merupakan akibat kenaikan sekresi CRH (*Corticotropin Releasing Hormone*) oleh plasenta yang menstimulasi hipofisis anterior fetus agar mensekresi ACTH (Llewellyn, 2001). Setelah itu ACTH menstimulasi kelenjar adrenal fetus agar mensekresi kortisol dan DHEA. Placenta kemudian merubah DHEA menjadi estrogen. Kadar estrogen yang tinggi meningkatkan oksitosin dan merangsang pembentukan *gap junction* di otot uterus. Oksitosin disekresikan hipofisis posterior, menstimulasi kontraksi uterus. Relaksin plasenta membantu meningkatkan fleksibilitas simfisis pubis dan dilatasi merupakan proses yang fisiologis, dimulai dengan kontraksi uterus teratur yang menyebabkan pemendekan dan pembukaan serviks (Reeder, 2013).

c. Tahap persalinan

Tahap persalinan menurut Prawirohardjo (2008) adalah:

1) Kala 1 (kala pembukaan)

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu kala I (serviks membuka dari 0 sampai 10 cm), kala II (kala pengeluaran), kala III (kala urie), dan kala IV (2 jam

postpartum). Kala satu persalinan adalah permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam. Terdapat 2 fase pada kala satu, yaitu (Prawirohardjo, 2008):

a) Fase laten

Periode waktu dari awal persalinan pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm atau permulaan fase aktif berlangsung dalam 7-8 jam. Selama fase ini presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

b) Fase Aktif

Periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan.

Fase aktif dibagi dalam 3 fase , antara lain:

(1) Fase Akselerasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Fase Dilatasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase Deselerasi, yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap

2) Kala II (kala pengeluaran janin)

Menurut (Prawirohardjo, 2008). Beberapa tanda dan
Pengaruh Akupresur Terhadap Intensitas | 213
Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif

gejala persalinan kala II adalah:

- a) Ibu merasakan ingin mengejan bersamaan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya
- c) Perineum terlihat menonjol
- d) Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- e) Peningkatan pengeluaran lendir darah.

Kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek timbul rasa mengedan. Karena tekanan pada rectum, ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin akan lahir kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi: $1\frac{1}{2}$ - 2 jam, pada multi $\frac{1}{2}$ - 1 jam (Mochtar, 2003).

3) Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Menurut Prawirohardjo (2008), tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal dibawah ini:

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
Sebelum bayi lahir dan miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh (discoit) dan tinggi fundus biasanya turun sampai di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan uterus ter dorong ke bawah, uterus menjadi bulat dan fundus berada di atas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).
- b) Tali pusat memanjang
Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur

melalui vulva dan vagina (tanda Ahfeld).

c) Semburan darah tiba-tiba

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Semburan darah yang secara tiba-tiba menandakan darah yang terkumpul diantara melekatnya plasenta dan permukaan maternal plasenta (*maternal portion*) keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

Bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2x sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran plasenta. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2003).

4) Kala IV

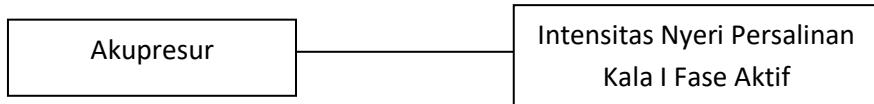
Kala pengawasan selama 2 jam setelah plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama bahaya perdarahan postpartum.

Kerangka Konsep, Hipotesa Penelitian

Kerangka Konsep

Variabel Independen

Variabel Dependend



Skema 3.1: Kerangka Konsep Penelitian

Hipotesa Penelitian

Hipotesis berdasarkan kerangka konsep dari penelitian :

1. Ada pengaruh akupresur pada kelompok intervensi dan kontrol pada pembukaan serviks 4 cm terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.
2. Ada pengaruh akupresur pada kelompok intervensi dan kontrol pada pembukaan serviks 8 cm terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif

BAB 4

PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan pada ibu primigravida inpartu kala I fase aktif untuk mengetahui pengaruh akupresur terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif. Jumlah responden pada penelitian ini adalah 42 responden ibu primigravida dimana ada 2 responden yang ekslusif jadi total responden menjadi 40 responden yang dibagi menjadi 20 responden untuk 2 kelompok yaitu kelompok Akupresur dan control.

Intensitas nyeri di observasi sebanyak 2 kali tiap kelompok akupresur dan kontrol yaitu 1 kali pada pembukaan serviks 4 cm dan 1 kali pada pembukaan serviks 8 cm. Pengukuran intensitas nyeri diukur menggunakan skala *Numerical Rating Scale* (NRS).

Karakteristik Responden Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada kelompok akupresur dan kontrol yang berjumlah masing-masing 20 responden dapat dilihat bahwa mayoritas terdapat pada umur 20-25 tahun dimana pada umur tersebut beresiko rendah. Menurut teori ibu yang melahirkan pertama kali pada umur tua umumnya akan mengalami persalinan yang lebih lama dan merasakan lebih nyeri dibandingkan ibu yang masih muda (Bobak, 2004).

Menurut Andarmoyo (2013). Umur muda cenderung dikaitkan dengan kondisi psikologis yang masih labil, yang memicu terjadinya kecemasan sehingga nyeri yang dirasakan menjadi lebih berat. Umur juga dipakai sebagai salah satu faktor dalam menentukan toleransi terhadap nyeri. Toleransi akan meningkat seiring bertambahnya usia dan pemahaman terhadap nyeri.

Berdasarkan karakteristik responden mayoritas pendidikan SMA, dilihat dari segi pekerjaan mayoritas tidak bekerja, dan mayoritas suku pada penelitian ini adalah suku melayu. Menurut

Davidson dkk (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi respon terhadap nyeri persalinan meliputi pendidikan, kepercayaan, budaya, kelelahan dan gangguan tidur, makna nyeri, pengalaman sebelumnya, kecemasan dan adanya teknik pengurangan nyeri non farmakologi. Dengan adanya teknik pengurangan nyeri, pengetahuan tentang bersalin dan cara menangani pengurangan nyeri dapat diatasi dan dapat meningkatkan rasa nyaman serta berusaha menguasai dan mengontrol dirinya selama persalinan.

1. Akupresur

Hasil penelitian ini terdapat perbedaan pengaruh intensitas nyeri pada kelompok dilakukan intervensi akupresur dan kontrol pada pembukaan serviks 4 cm , dimana pada kelompok intervensi intensitas nyeri sebagian besar kategori sedang sedangkan pada kelompok kontrol intensitas nyeri mayoritas kategori berat. Hasil uji statistik berdasarkan nilai $p<0,05$ yang berarti terdapat pengaruh bermakna antara dilakukan intervensi akupresur dan kontrol terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rusdiatin, Maulana (2007). Meneliti tentang pemberian teknik akupresur terhadap tingkat nyeri persalinan, mendapatkan hasil setelah diberikan akupresur tingkat nyeri ringan sebanyak 50%, nyeri sedang 46,7% dan nyeri sangat berat 3,3%, dan hasil uji statistik dengan nilai $P=0,000$, yang artinya teknik akupresur efektif dalam mengurangi nyeri persalinan.

Penelitian yang dilakukan oleh Laura et al (2008). Meneliti tentang efektifitas akupuntur terhadap cepatnya proses persalinan, hasil penelitian menyebutkan ada perbedaan cepatnya proses persalinan setelah diberikan teknik akupuntur, yang artinya akupuntur tidak hanya dapat mengurangi nyeri persalinan namun juga dapat mempercepat proses persalinan, namun hasil penelitian ini harus diteliti lebih lanjut. Menurut Mc Caffrey (1989) bahwa nyeri merupakan pengalaman yang universal dirasakan oleh semua manusia dan bersifat subjektif, sehingga nilainya dapat berbeda dari satu orang dengan orang lain serta bervariasi dirasakan oleh orang yang sama dari waktu

ke waktu yang lain (dalam Reeder, 2011). Selain itu faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan pada ibu bersalin dapat berbeda antara ibu yang satu dengan ibu yang lainnya walaupun hasil pemeriksaan menunjukkan nilai yang sama. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan dapat berupa faktor fisiologis maupun psikologis (Danuarmaja, 2004).

Akupresur merupakan memberikan tekanan dengan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan memperbaiki sirkulasi. Tindakan utama penekanan ini dianggap “menutup gerbang (*gate control*)” untuk menghambat perjalanan rangsang nyeri pada pusat yang lebih tinggi pada sistem saraf pusat. Selanjutnya rangsangan taktil dan perasaan positif, yang berkembang ketika dilakukan bentuk sentuhan yang penuh perhatian dan empati, bertindak memperkuat efek penekanan ini untuk mengendalikan nyeri (Mander, 2003).

Tehnik akupresur dapat sebagai alternatif untuk menurunkan tingkat nyeri tanpa menimbulkan efek yang merugikan seperti pada pemberian obat farmakologi, akupresur memberikan keuntungan secara fisiologis dapat mengendalikan nyeri persalinan dengan merangsang produksi endorphin lokal dan menutup *gate control* melalui pelepasan serabut besar (Tjahjati, 2001). Penekanan pada titik akupuntur dinamakan akupresur dalam pelaksanaan penekanan ini menggunakan jari telunjuk atau jempol, penekanan dengan jari ini dapat merangsang *neurotransmitter* tubuh sama halnya dengan menggunakan jarum akupuntur. Hal ini di dukung oleh penelitian lain yang menyatakan bahwa akupresur efektif untuk mengurangi nyeri persalinan (Chung, 2004; Tournair, 2007).

Menurut Saputra (2000). Titik akupuntur Li4 dan Sp6 mempunyai efek analgesi mengurangi nyeri. Nyeri terjadi apabila terjadi hambatan pada aliran Bio Energi (stagnasi) pada meridian. Stagnasi energi ini ditandai dengan makin meningkatnya rasa nyeri dengan jaringan penekanan dari luar secara biofisika

hambatan listrik tinggi dan tegangan listrik tinggi pula dan apabila defisiensi energi berkurang dengan penekanan dari luar secara biofisik adalah hambatan listrik dan tegangan listrik jaringan rendah, penggunaan titik akupunktur memberikan stimulasi pada sirkulasi bio energi melalui meridian dan melakukan kontrol secara fisiologis.

Maryunani (2010), mengatakan ketika ibu memasuki fase aktif fase dilatasi atau fase dimana semakin bertambahnya pembukaan serviks kecemasan ibu cenderung meningkat dikarenakan kontraksi dan nyeri yang semakin kuat. Menurut Pillitteri rasa nyeri yang dialami selama persalinan memiliki 2 jenis menurut sumbernya yaitu nyeri viseral dan somatik. Nyeri viseral merupakan nyeri yang dirasakan ibu pada kala 1. Impluls nyeri viseral ditransmisikan melalui segmen saraf spinal T11-12 dan saraf simpatik lumbal yang berawal dari dalam uterus dan serviks.

Rasa tidak nyaman selama persalinan disebabkan oleh 2 hal, pada tahap pertama persalinan kontraksi rahim menyebabkan dilatasi dan penipisan serviks, iskemia rahim akibat kontraksi arteri miometrium. Impuls rasa nyeri pada tahap pertama persalinan ditransmisi melalui segmen syaraf spinalis T11-12 dn saraf-saraf asesori torakal bawah serta saraf simpatik lumbar atas. Saraf-saraf ini berasal dari korpus uterus dan serviks (Bobak, 2004).

Nyeri yang dirasakan pada pembukaan serviks 4 cm disebabkan oleh perubahan serviks dan iskemia rahim, nyeri pada pembukaan 4 cm ini bersifat viseral. Nyeri ini berasal dari bagian bawah abdomen dan menyebar ke daerah lumbar punggung dan menurun kepaha. Dari hasil penelitian terdapat hubungan yang bermakna dilakukan intervensi akupresur dengan kelompok kontrol pada pembukaan serviks 4 cm, menurut asumsi peneliti nyeri pada pembukaan 4 cm bersifat viseral dimana nyeri belum tertuju pada suatu tempat, jadi dengan adanya penekanan atau sentuhan pada titik Sp6 dan Li4 dapat meningkatkan rasa kenyamanan pada ibu. Nyeri viseral ini ditimbulkan oleh karena adanya kontraksi uterus dan dilatasi serviks yang dipersyarafi oleh

serabut aferen simpatis dan ditransmisikan kemedula spinalis pada segmen T10-L1 (thorakal 10-Lumbal 1) melalui serabut saraf delta dan serabut syaraf c yang berasal dari dinding lateral dan fundus uterus (Maryunani, 2010; Andarmoyo 2013).

Titik Sp6 disebut juga dengan san Yin Ciao yang terletak 4 jari tangan diatas maleolus medialis, tepat ditepi posterior tibia, titik Sp6 ini dipercaya dapat mengurangi nyeri persalinan, selain itu titik Sp6 mempunyai efek anlagesi untuk nyeri, secara ilmu akupunktur nyeri terjadi akibat ada hambatan pada meridian sehingga terjadi hambatan energi. Penekanan pada titik Sp6 akan mengalirkan energi, salurannya berjalan di dermatomik L2 dan L1 kemudian menuju keatas ke T10-T13, sehingga dengan perjalanan titik ini dapat memblok nyeri pada pembukaan serviks 4 cm (Lee, 2004).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Abd El Hamid et al (2012) di Kairo, mereka meneliti pengaruh akupresur terhadap nyeri persalinan dan lama persalinan. Titik yang dipakai Sanyinjiao (SP6) pada ibu primigravida hasil penelitian menunjukkan titik SP6 dapat mengurangi nyeri dan mempercepat proses persalinan. Akupresur ini dapat diterapkan sebagai manajemen non farmakologis selama persalinan.

Penelitian yang dilakukan oleh Kyeong Lee, et al (2004). Meneliti tentang Pengaruh akupresur pada titik SP6 terhadap pengurangan nyeri dan lama peralihan mendapatkan hasil akupresur efektif untuk mengurangi nyeri persalinan dan memperpendek lamanya persalinan. Titik akupresur SP6 ini dapat digunakan sebagai manajemen keperawatan yang efektif untuk proses persalinan. Begitu juga penelitian yang dilakukan oleh Kashanian et al (2010). Meneliti pengaruh akupresur sanyinjiao (SP6) pada proses fase aktif pada ibu nulipara didapatkan hasil bahwa titik SP6 efektif mengurangi nyeri persalinan dan memperpendek proses persalinan, dan banyak penelitian yang sesuai dengan penelitian ini

Titik Li4 disebut juga dengan titik He ku terletak diantara os tulang metacarpal pertama dan kedua, tepat dipertengahan sisi

radial dari os metacarpal kedua tangan pada posisi sagital. Titik ini juga dipercaya untuk mengurangi nyeri persalinan karna bersifat analgesi. Melakukan penekanan pada titik Li4 ini salurannya berjalan menyusuri tepi luar lengan naik ke bahu, sampai dibahu bercabang ke tengkuk mencapai benjalan ruas tulang leher dan tulang punggung dan kembali ke bahu, jadi dengan adanya penekanan pada titik Li4 ini dapat mengurangi nyeri daerah punggung dan dikombinasikan dengan titik Sp6 (San Cing, 2000; Sukanta, 2003).

Dengan adanya sentuhan atau penekanan dapat menyebabkan relaksasi, ketegangan otot merupakan respon terhadap nyeri dan asietas. Relaksasi dapat meredakan nyeri dan dapat mengganggu lingkaran proses nyeri. Menurut McCaffery et al., 1989 Akupresur disebut juga dengan stimulasi kutaneous, stimulasi pada kulit dapat mengaktifasi serabut saraf berdiameter besar, yang dapat menghambat pesan nyeri yang dibawa oleh serabut saraf berdiameter yang lebih kecil, stimulasi pada kulit ini dapat meningkatkan kadar endorpin , stimulasi kulit ini pada umumnya mengurangi intensitas nyeri atau membuat nya menjadi lebih dapat ditahan. (dalam Reeder, 2013)

Akupresur juga ,merupakan teknik oriental zaman kuno yang digunakan untuk meningkatkan relaksasi, meningkatkan energi, meredakan nyeri dan membantu homeostatis. Akupresure berhubungan dengan akupuntur, tetapi digunakan dengan sentuhan atau penekanan dan bukan dengan jarum, penggunaan titik akupresur ini dipercaya dapat melepaskan endorpin dan *neurotransmiter* lain yang dihubungkan dengan peredaan nyeri (jimenez, 1992 dalam Reeder, 2013).

Pada pembukaan serviks 8 cm dilakukan intervensi akupresur dengan kelompok kontrol didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan nilai $P>0,05$. Menurut asumsi peneliti, nyeri pada pembukaan serviks 8 cm bersifat somatik karena mendekati kala II persalinan, nyeri pada pembukaan ini ditransmisikan melalui nervus pudendal yang berasal dari S2 dan S4, pada kala ini intensitas nyerinya terasa lebih nyeri dan sudah

terlokalisasi, nyeri pada masa transisi ini diakibatkan oleh tekanan kepala janin pada pelvis, nyeri yang dirasakan bagian bawah punggung, paha dan tungkai kaki, pada areal vagina dan perineum sensasinya seperti tarikan, tekanan, dan kram. Sensasi nyeri ini dibawa dari perineum ke sakrum 2,3,4 oleh saraf pundental dan untuk mengurangi nyeri ini biasanya diblok pada reseptor yang paling bawah, (Maryunani, 2010; Andarmoyo, 2013)

Penekanan pada titik Sp6 dan Li4 hanya menjadikan efek yang biasa karena nyeri pada transisi kala II ini semakin nyeri dan bersifat nyeri somatik. Menurut Simkim (2005). Menjelang fase transisi sebagian besar pasangan membutuhkan tambahan dukungan dari pendamping persalinan maupun penolong persalinan, jadi rasa nyeri pada fase transisi ini dapat berkurang pabila didukung faktor lain yang dapat meningkatkan kenyamanan pada ibu bersalin.

Rasa nyeri saat persalinan merupakan hal yang normal terjadi, penyebabnya meliputi faktor fisiologis dan psikologis. Faktor fisiologis yang dimaksud adalah kontraksi, gerakan otot dapat menimbulkan rasa nyeri karena pada saat persalinan otot-otot rahim memanjang dan kemudian memendek. Serviks juga akan melunak, menipis dan mendatar, kemudian tertarik, saat itulah kepala janin menekan mulut rahim dan membukanya, jadi intensitas nyeri dari awal pembukaan sampai pembukaan lengkap akan meningkatnya nyeri dan semakin sering. Faktor psikologis yang dapat meningkatkan rasa nyeri adalah rasa takut dan cemas yang berlebihan akan mempengaruhi rasa nyeri. Situasi dan kondisi psikologis yang labil memegang peranan penting dalam memunculkan nyeri persalinan yang lebih berat. Salah satu mekanisme pertahanan jiwa terhadap stres adalah konversi yaitu memunculkan gangguan secara psikis menjadi gangguan fisik (Khasanah, 2005; Andarmoyo, 2013).

Keterbatasan penelitian ini adalah tidak dilakukannya pengukuran tingkat stres dan asietas (kecemasan), dan faktor lain yang dapat mempengaruhi persepsi tentang nyeri itu sendiri baik itu faktor fisiologis maupun faktor psikologis maupun faktor

internal dan faktor eksternal.

Mekanisme secara intrinsik pada nyeri persalinan kala I seluruhnya terjadi pada uterus dan *adnexa* selama kontraksi berlangsung. Beberapa penelitian awal menyatakan nyeri disebabkan karena :

- a. Penekanan pada ujung-ujung syaraf antara serabut otot dari korpus fundus uterus
- b. Adanya iskemik miometrium dan serviks karena kontraksi uterus sebagai konsekuensi dari pengeluaran darah dari uterus atau karena adanya vasokonstriksi akibat aktivasi berlebihan saraf simpatik
- c. Adanya proses peradangan pada otot uterus
- d. Kontraksi pada serviks dan segmen bawah rahim menyebabkan rasa takut yang memacu aktivitas berlebih dari sistem saraf simpatis (Yulifah, 2007).

DAFTAR PUSTAKA

- Abd El Hamid, N.A.F. Obaya, H. E. & Hassan M.G.(2012). Effect of Acupressure on Labor Pain and Duration of Among Laboring Women Attending Cairo University Hospital. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) Volume I, Issue I (Nov-Dec 2012, pp 08-14. www.iosrjournals.org
- Alehagen, S., Wijma, K dan Wijma, B.(2001). Fear During Labor. Acta Obstetrics Ginecology Scandinavia, 80, 315-320.
- Andarmoyo S. (2013). Persalinan Tanpa Nyeri Berlebihan : konsep dan Aplikasi Manajemen Nyeri Persalinan. Editor Rose kusumaning. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media.
- Bagaskoro S. (2011). Buku Sakti Pijat Untuk Kesehatan Refleksi, Akupresur dan Akupuntur. Yogyakarta : Pinang Merah Publisher.
- Bobak, I., Lowdermilk, D., Jensen, M. (2004). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4. Alih bahasa : Wijayarini, M.A. Jakarta : EGC
- Brown, Douglas & Flood (2001). Women's Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Method Used During Labor. The Journal of Perinatal education.10(3), 1-8
- Chung, L., Kuo, S., Huang, C. (2003). Effects of Li4 and BL 67 Acupressure on labor Pain and Uterine Contraction in the First Stage of Labor. Journal of Nursing Reseach.
- Dewi KB, (2011).Hubungan Akupresur Terhadap Tingkat Nyeri dan Lama Persalinan. FK Universitas Indonesia. Thesis. Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2000). Pedoman Praktis akupresur, Jakarta : Depkes RI

_____ (2004). Pedoman Pelatihan Akupresur Untuk Petugas Kesehatan, Jakarta : Depkes RI

_____ (2012). Kurikulum dan Modul Orientasi Akupresur Bagi Petugas Puskesmas. Jakarta : Depkes RI.

Hjelmstedt A et al.(2010). Acupressure to reduce Labor Pain : a Randomized Controlled Trial. Acta Obstetrics Gynecology Scand. 89: 1453-9

Jhuda, M dkk. (2012). Teori Pengukuran Nyeri dan Nyeri Persalinan. Yogyakarta : Yuha Medika

Kepmenkes RI (2012). Kurikulum dan Modul Orientasi Akupresur Bagi Petugas Puskesmas.

Keppti (2010). Pedoman Akupresur Kelompok Pencinta Pengobatan Tradisional Indonesia. Bekasi

Kashanian M., Shahali S.(2010). Effects of acupressure at the Sanyinjiao Point (SP6) on the Process of active Phase of Labor in nulliparas Women.The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, july ; 23(7) : 638-631

Lee, M, Chang, S. & Kang, D. (2004). Effect of SP6 Acupressure on labor Pain and Lengt of Delivery Time in Women During Labor.The Journal of Alternative and Complementary Medicine.

Martina, G. Poat, A.dan Fierz, K.(2012). Women's Experiences of Acupuncture During Labour. British Journal. April 2013. Vol 21(4). pp 254-262.

Maryunani, A. (2010). Nyeri Dalam Persalinan : Tehnik dan cara Penanganannya. Jakarta. Trans Info Medika

Norwitz, E. (2007). At a Glance Obstetri dan Ginekologi. Edisi kedua. Alih bahasa : Diba Artsiyanti, E.P. Jakarta : Erlangga

- Nursalam. (2008). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Peristiowati, Y. (2012). Seminar Keperawatan : aplikasi managemen Nyeri dalam Dunia Keperawatan. Mind Vision Creative dan PPNI Kabupaten Ponorogo
- Rusdiatin El, Maulana D. (2007). Pengaruh Pemberian Tehnik Akupresur Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Kala I di RS Rajawali Citra Potorono Banguntapan Bantul. Seminar Nasional Teknologi. Yogyakarta.
- San Ching et al. (2000). Ilmu Akupuntur. KSMF Akupuntur Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo. Jakarta
- Sastroasmoro, S., dan Ismael, S. (2011). Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinik Edisi ke-4. Jakarta : CV Sagung Seto
- Shafaie SF, Kazemzadeh R & Amani F. (2013). The Effect of Acupressure on Sanyinjiao and Hugo Points on Labor Pain in Nulliparous Women : A Randomized Clinical Trial. Journal of Caring Sciences.
- Tamsuri, A. (2007). Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Tournair M., Theau-Yonmeau, A.(2007). Complementary and alternative to pain relief During labor. Evid Based Complement Altrnate Med. 4(4): 409-17
- Widyaningrum, H. (2013). Pijat refleksi dan 6 Terapi lainnya. Yogyakarta : Media Pressindo.
- Wong M. Ferry. (2011). Hipnopunktur Kombinasi Hipnosis dan Akupuntur. Jakarta : Penebar Plus

Yuliatun, L. (2008). Penanganan nyeri persalinan dengan metode nonfarmakologi. Malang : Bayumedia Publishing.

PENUTUP

Buku referensi merupakan salah satu media yang berperan penting dalam mengenalkan teori mutakhir dalam bidangnya. Melalui media buku ini disajikan beberapa judul terkait persalinan terevidence based . Penyampaian informasi yang dikemas dalam bentuk buku referensi dengan berisikan konten informasi yang dapat menyampaikan maksud dan tujuan dari perancangan tersebut. Buku ini menguji teori penelitian kebidanan secara spesifik tentang ketuban pecah dini, teknik akupressure, penggunaan lavender sebagai relaksasi persalinan.

Beberapa dari penelitian menunjukkan yaitu Ada pengaruh akupresur pada kelompok intervensi dengan kontrol pada pembukaan serviks 4 cm terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif dan Tidak ada pengaruh akupresur pada kelompok intervensi dengan kontrol pada pembukaan serviks 8 cm terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Akupresur memberikan manfaat pengurangan nyeri pada persalinan kala I fase aktif, dimana akupresur ini merupakan metode non farmakologi yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan khususnya bidan dalam membantu proses persalinan dengan tujuan mewujudkan meningkatkan kenyamanan pada ibu bersalin kala I fase aktif. Diharapkan pada penelitian selanjutnya dapat melanjutkan penelitian tentang pengurangan nyeri akupresur pada kala I persalinan dengan menggunakan titik-titik akupresur yang lainnya, mengukur tingkat asietas (kecemasan), stres serta faktor lain yang dapat mempengaruhi persepsi.

GLOSARIUM

| | |
|----------|--|
| AKB | : Angka Kematian Bayi |
| ANC | : Antenatal Care |
| APN | : Asuhan Persalinan Normal |
| ASI | : Air Susu Ibu |
| IBI | : Ikatan Bidan Indonesia |
| INC | : Intranatal Care |
| ISPA | : Infeksi Saluran Pernafasan Atas |
| IMD | : Inisiasi Menyusu Dini |
| KIE | : Komunikasi, Informasi, dan Edukasi |
| Kemenkes | Kementerian Kesehatan |
| MP-ASI | : Makanan Pendamping ASI |
| PKA | : Persepsi Ketidakcukupan ASI |
| PSG | : Pemantauan Status Gizi |
| PNC | Postnatal care |
| SDKI | : Survei Demografi Kesehatan Indonesia |
| SDGs | : Sustainable Development Goals |
| SOP | : Standard Operational Procedure |
| UNICEF | : United Nations Childrens Fund |
| WHO | : World Health Organization |

INDEKS

Accupoint
Akupresur
Crh (corticotropin releasing hormone)
Dilatasi serviks
Endorphin
Inpartu
Katekolamin
Kontraksi uterus
Malpresentasi
Medulla spinalis
Meridian
Neuron aferen
Neurotransmitter
Nonfarmakologi
Numerical rating scale (NRS)
Nyeri viseral
Os metacarpal
Panggul sempit
Posterior tibia
Primigravida
Progresif
Safe motherhood
Saraf pudendus
Saraf simpatik
Skala analog scale
Stimulasi kutaneous
Titik akupresur bl67
Titik akupresur li4
Vasodilatasii
Vasokonstriksi

PROFIL PENULIS



Sri Devi Syamsuddin, S.ST.M.Keb

Memulai pendidikan dari DIII Kebidanan di STIKES Kurnia Jaya Persada, D-IV Bidan pendidik Universitas Mega Rezky Makassar, S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar, tahun 2015. Perjalanan awal Penulis dalam bidang kesehatan dalam menjalani kegiatan sebagai staf akademik di kampus dan mendalami ilmu kebidanan sebagai seorang dosen kebidanan. Penulis memiliki kepakaran dalam bidang kesehatan khususnya kebidanan sepanjang siklus kehidupan perempuan dalam upaya peningkatan kesehatan reproduksi dan penekanan pada asuhan kehamilan dan persalinan, nifas dan BBL. Untuk mewujudkan profesionalitas sebagai dosen, penulis aktif melakukan pengajaran, pengabdian dan penelitian sesuai bidang kompetensi saya dengan harapan dapat memberikan berkontribusi positif bagi bangsa dan negara dan dapat meningkatkan derajat kesehatan perempuan. Beberapa penelitian yang dilakukan didanai internal perguruan tinggi, mandiri dan juga hibah dari Kemenristek DIKTI.

Email Penulis: sridevisyamsuddin300@gmail.com

PROFIL PENULIS



Rini Febrianti,S.ST.M.Keb

Memulai pendidikan dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK), DIII Kebidanan, D-IV Bidan pendidik, S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Andalas Padang, tahun 2020 melanjutkan pendidikan pada program studi Doctoral Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Perjalanan awal Penulis dalam bidang kesehatan dalam menjalani kegiatan sebagai tenaga perawat di Rumah Sakit dan mendalami ilmu kebidanan sebagai seorang bidan dan dosen kebidanan. Penulis memiliki kepakaran dalam bidang kesehatan khususnya keperawatan dan kebidanan sepanjang siklus kehidupan perempuan dalam upaya peningkatan kesehatan reproduksi dan penekanan pada asuhan kehamilan dan persalinan, nifas dan BBL. Untuk mewujudkan profesionalitas karir sebagai dosen profesional, penulis aktif melakukan penelitian dibidang kepakaran tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai internal perguruan tinggi dan juga hibah dari Kemenristek DIKTI. Selain penelitian, penulis juga aktif menulis buku, melakukan pengabdian masyarakat menerapkan Tridarma perguruan Tinggi dengan harapan dapat memberikan berkontribusi positif bagi bangsa dan negara dan dapat meningkatkan derajat kesehatan perempuan sepanjang siklus daur kehidupan manusia.

Email Penulis: rinifebrianti408@gmail.com

PROFIL PENULIS



Tri Yubiah, SST., M.Keb lahir di Tente pada tanggal 09 Juni 1991 anak ketiga dari lima bersaudara. Latar belakang pendidikan yang ditempuh DIII Kebidanan di AKBID Surya Mandiri Bima Tahun 2012, DIV Bidan Pendidik STIKES Insan Unggul Surabaya Tahun 2014 dan S2 Magister Kebidanan di Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta Tahun 2019. Kaprodi di AKBID Surya Mandiri Bima Tahun 2014-2015 kemudian menjabat sebagai Wakil Direktur Bidang Kemahasiswaan Tahun 2015-2017. Dosen Tahun 2019 melamar sebagai dosen di Harapan Bunda. Tahun 2021 menjabat sebagai bidang Pendidikan dan Pengajaran. Juli 2022 diangkat sebagai Wakil Direktur I Bidang Akademik sampai saat ini. Tergabung dalam Organisasi IBI Kabupaten Bima sejak Tahun 2019 dan Ketua Divisi Kemahasiswaan dan Alumni AIPKIND Korwil NTB dengan masa jabatan 2019-2024.

PROFIL PENULIS



Irfana Tri Wijayanti, S.Si.T., M.Kes., M.Keb.

Penulis telah menyelesaikan pendidikan D4 di Program Studi Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran lulus tahun 2008, menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro lulus Tahun 2011 kemudian menyelesaikan Pendidikan S2 Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta lulus tahun 2019. Penulis

mempunyai kepakaran dibidang ilmu kesehatan dan kebidanan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif dalam sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku sejak tahun 2011 hingga saat ini dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara ini. Hasil penulisan buku tersebut diterbitkan oleh EGC, PT Kanisius, Yayasan Barcode, K-Media, Optimal. Tak hanya itu hasil peneltian dipublikasikan pada jurnal nasional terakreditasi maupun jurnal internasional. Selain itu, penulis telah menciptakan aplikasi "IrFa Contraction" yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat utamanya ibu hamil dan ibu bersalin yang telah memperoleh HaKI.

Email Penulis:

irfanawijayanti@gmail.com atau irfana_tri@yahoo.co.id

PROFIL PENULIS



Eka Fadillah Bagenda S.ST., M.Keb.

Penulis menyelesaikan pendidikan D4 di Poltekkes Kemenkes Makassar, menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan di Program Studi Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis mempunyai kepakaran dibidang ilmu kebidanan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai bidan pelaksana di Puskesmas Wara Kota Palopo dan dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI tak hanya itu hasil penelitian dipublikasikan pada jurnal nasional terakreditasi maupun jurnal internasional yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat utamanya ibu hamil dan ibu bersalin yang telah memperoleh HaKI.

Email Penulis: ekadelisya@gmail.com

PROFIL PENULIS



Bdn. Berliana Irianti, S.Si.T, M.Keb.,

Penulis menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Riau tahun 2004, Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Padang dan lulus Tahun 2007. Pendidikan terakhir yang ditempuh penulis adalah Program Magister Kebidanan di Universitas Andalas Padang tamat tahun 2015. Penulis juga telah menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Bidan tahun 2022. Saat ini Penulis adalah Dosen Aktif di Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Penulis aktif melakukan Pengabdian Masyarakat dan Riset Ilmiah serta Publikasi Artikel Ilmiah di Jurnal Kesehatan Nasional dan Prosiding serta menghasilkan Buku Ajar Kebidanan.

SINOPSIS BUKU

Proses persalinan dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan nyeri. Mengelola nyeri persalinan merupakan asuhan persalinan yang bersifat sayang ibu disebut dengan *Safe Motherhood* yang dapat meningkatkan hasil kelahiran, model asuhan kebidanan ini mendukung dan melindungi proses kelahiran normal. Banyak metode pengurangan rasa nyeri yang dapat membantu ibu melalui proses persalinan. Salah satunya adalah akupresur. Akupresur juga disebut akupuntur tanpa jarum atau pijat akupuntur. Terapi akupresur merupakan suatu bentuk fisioterapi dengan memberikan pemijatan dan stimulasi pada titik-titik tertentu pada tubuh. Akupresur penekanan pada titik tertentu (yang dikenal dengan *acupoint*) dengan menggunakan telunjuk maupun jari untuk menstimulasi aliran energi di meridian yang penggunaanya sangat aman dan efektif, mudah dipelajari, dan juga menbutuhkan waktu yang sedikit untuk menerapkannya. Titik akupresur yang biasa digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan diantaranya adalah Li4, dan SP6.

Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh teknik akupresur terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif. Jenis penelitian *eksperimental* dengan *post test only control group desain* cara pengambilan sampel *consecutive sampling*. Data dianalisis univariat dan bivariat menggunakan *uji Chi-Square*. Proporsi intensitas nyeri dengan kategori sedang pada kelompok intervensi akupresur lebih besar dari pada kelompok kontrol pada pembukaan serviks 4 cm. Kesimpulan pengaruh akupresur lebih baik digunakan pada pembukaan 4 cm

Proses persalinan dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan nyeri. Mengelola nyeri persalinan merupakan asuhan persalinan yang bersifat sayang ibu disebut dengan Safe

Motherhood yang dapat meningkatkan hasil kelahiran, model asuhan kebidanan ini mendukung dan melindungi proses kelahiran normal. Banyak metode pengurangan rasa nyeri yang dapat membantu ibu melalui proses persalinan. Salah satunya adalah akupresur. Akupresur juga disebut akupuntur tanpa jarum atau pijat akupuntur.

Terapi akupresur merupakan suatu bentuk fisioterapi dengan memberikan pemijatan dan stimulasi pada titik-titik tertentu pada tubuh. Akupresur penekanan pada titik tertentu (yang dikenal dengan acupoint) dengan menggunakan telunjuk maupun jari untuk menstimulasi aliran energi di meridian yang penggunaanya sangat aman dan efektif, mudah dipelajari, dan juga menbutuhkan waktu yang sedikit untuk menerapkannya. Titik akupresur yang biasa digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan diantaranya adalah Li4, dan SP6.

Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh teknik akupresur terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif. Jenis penelitian eksperimental dengan post test only control group desain cara pengambilan sampel consecutive sampling . Data dianalisis univariat dan bivariat menggunakan uji Chi-Square. Proporsi intensitas nyeri dengan kategori sedang pada kelompok intervensi akupresur lebih besar dari pada kelompok kontrol pada pembukaan serviks 4 cm. Kesimpulan pengaruh akupresur lebih baik digunakan pada pembukaan 4 cm.

ISBN 978-623-09-3298-4



Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919