

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Persalinan (Intranatal)

1. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil pembuahan yang dapat hidup dari dalam uterus ke lingkungan ektrauterin. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Jannah, 2017). Persalinan (inpartu) dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Fitriyanti *et al.*, 2024).

2. Penyebab persalinan

Penyebab persalinan menurut Fitriyanti *et al.* (2024), adalah sebagai berikut :

a. Penurunan kadar progesterone

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his dan otot rahim lebih sensitife terhadap oksitosin, akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

b. Teori oksitosin

Terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat terus berlangsung.

c. Keregangan otot

Otot rahim memiliki kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Pengaruh janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin dapat memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

3. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Yulizawati *et al.*, (2019) adalah :

a. Passenger

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir maka dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

b. Passage away

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku.

c. Power

His atau kontraksi merupakan salah satu kekuatan pada ibu yang dapat menyebabkan serviks mengalami pembukaan dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila kontraksi cukup kuat kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan. Kontraksi uterus involunter, yang disebut kekuatan primer, menandai permulaan persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, yang memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Fitriyanti *et al.*, 2024).

d. Position

Posisi dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi dapat membuat rasa letih berkurang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok.

e. *Psychologic respons*

Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Perawatan ditujukan untuk mendukung pasien dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal

bagi semua yang terlibat. ibu yang bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi jarang dengan spontan mengutarakannya.

4. Persalinan kala I

a. Definisi Kala I

Secara klinis partus kala I dapat dimulai apabila timbul his/kontraksi dan mengeluarkan lendir yang disertai darah (*bloody show*). Lendir yang disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darah berasal dari pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis pecah karena pergeseran saat serviks membuka. Kala I persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap. Aktivitas uterus ditandai dengan frekuensi, intensitas, dan durasi kontraksi. Dilatasi lengkap dapat berlangsung kurang dari satu jam pada sebagian kehamilan multipara (Yulizawati *et al.*, 2019).

b. Karakteristik kala I

Karakteristik kala I menurut Kajartin (2016) adalah sebagai berikut :

- 1) Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) sehingga serviks membuka lengkap (10 cm).
- 2) Kala I merupakan tahap terpanjang, biasanya berlangsung selama 12 jam pada primigravida dan 8 jam pada multigravida.
- 3) Selaput membran amnion atau selaput janin biasanya pecah pada tahap ini.
- 4) Peningkatan curah jantung ibu dan denyut jantung janin dapat meningkat.
- 5) Penurunan motilitas/gerakan gastrointestinal, sehingga terjadinya peningkatan waktu pengosongan lambung (Mattson and Smith, 2004).

6) Ibu mengalami rasa nyeri yang berhubungan dengan kontraksi uterus saat serviks membuka dan menipis

c. Fase persalinan kala I

Menurut Kajartin (2016), pada fase persalinan kala I sebagai proses membukanya serviks sebagai akibat his atau kontraksi dibagi dalam 2 fase, diantaranya:.

1) Fase laten

Fase laten dimulai pada awal persalinan dimulai saat timbul kontraksi yang membuat penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Fase ini berlangsung hingga serviks membuka sampai 3 cm, dan umumnya berlangsung hingga 8 jam.

2) Fase aktif

Fase aktif merupakan fase yang dimana frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat secara bertahap. Kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali dalam waktu 10 menit dan berdurasi selama 40 detik atau lebih. Pembukaan pada fase ini dimulai dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm, dan akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm/jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 sampai 2 cm (multipara), terjadi penurunan bagian terbawah janin.

d. Perubahan fisiologis dan psikologis pada persalinan kala

Adapun perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi pada persalinan kala I sebagai berikut:

1) Perubahan fisiologis

a) Uterus

Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri menjalar ke bawah dan bekerja secara bertahap dan kuat dalam proses mendorong janin ke bawah. Disisi lain uterus bagian bawah pasif hanya mengikuti tarikan dengan segmen atas rahim yang menyebabkan serviks menjadi terbuka dan lembek. Kerjasama antara uterus bagian atas dan bagian bawah disebut polaritas (Kurniarum, 2016).

b) Serviks

Pendataran serviks atau effasement adalah pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis. Pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran (Kurniarum, 2016).

c) Lendir bercampur darah

Pendataran dan dilatasi serviks melonggarkan membran dari daerah internal os dengan sedikit perdarahan dan menyebabkan lendir bebas dari sumbatan atau operculum. Terbebasnya lendir dari sumbatan ini menyebabkan terbentuknya tonjolan selaput ketuban yang teraba saat dilakukan pemeriksaan intravagina. Pengeluaran lendir dan darah ini disebut dengan sebagai “show” atau “bloody show” yang mengindikasikan telah dimulainya proses persalinan (Yulizawati *et al.*, 2019).

d) Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum pembukaan 5 cm, disebut ketuban pecah dini (KPD) (Yulizawati *et al.*, 2019).

e) Tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, dengan rata-rata peningkatan sistole 15 – 20 mmHg dan diastole rata – rata 5-10 mmHg. Perubahan tekanan darah selama proses partus dapat dihindari dengan mengubah posisi menjadi miring ke kiri. Perasaan takut, cemas, dan rasa nyeri dapat menyebabkan peningkatan darah ibu (Yulizawati *et al.*, 2019).

f) Suhu Tubuh

Peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 – 1° C dianggap normal, nilai tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu tubuh adalah normal dalam persalinan, namun bila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Yulizawati *et al.*, 2019).

g) Denyut jantung

Kontraksi menyebabkan sedikit peningkatan frekuensi denyut nadi. Sedikit peningkatan frekuensi denyut nadi dianggap wajar dan menandakan proses metabolisme selama persalinan (Yulizawati *et al.*, 2019).

h) Pernapasan

Peningkatan metabolisme selama persalinan dapat menyebabkan sedikit peningkatan frekuensi pernapasan dan merupakan hal yang normal. Hiperventilasi yang memanjang merupakan temuan yang tidak normal serta dapat menyebabkan alkalosis. Hiperventilasi berkelanjutan ditandai dengan perasaan pusing dan kesemutan pada ekstremitas. Arahkan pasien mengendalikan pernapasannya agar terhindar dari hiperventilasi (Yulizawati *et al.*, 2019)

i) Renal

Ibu bersalin kemungkinan tidak menyadari bahwa kandung kemih penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. Kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan. Pencegahan dapat dilakukan dengan mengingatkan ibu untuk berkemih di sepanjang kala I (Kurniarum, 2016).

j) Gastrointestinal

Guna mempertahankan energi dan hidrasi pasien dianjurkan makan dan minum ketika keinginan untuk hal tersebut muncul. Selama persalinan pasien tidak dianjurkan makan dalam porsi besar atau minum berlebihan karena lambung yang penuh dapat menyebabkan ketidaknyamanan (Yulizawati *et al.*, 2019).

k) Hematologi

Selama persalinan, rata-rata hemoglobin meningkat 1,2 mg%. Kemudian pada hari pertama setelah melahirkan kembali ke tingkat sebelum melahirkan apabila tidak ada perdarahan yang tidak normal (Yulizawati *et al.*, 2019).

2) Perubahan psikologis

Pada persalinan kala I, kondisi ibu secara umum berada dalam keadaan tenang dan santai, serta tidak menunjukkan pucat yang signifikan kecuali pada saat kontraksi. Secara psikologis, ibu dapat mengalami berbagai reaksi emosional, antara lain rasa gelisah dan ketakutan, seperti kekhawatiran melakukan kesalahan atau perasaan bersalah, termasuk kekhawatiran bayi lahir dengan kondisi cacat (Kurniarum, 2016). Selama kala I persalinan, ibu mengalami perubahan psikologis sesuai fase persalinan. Pada fase laten, ibu sering belum yakin persalinan akan

berlangsung dan membutuhkan dukungan mental dari bidan atau orang terdekat untuk menumbuhkan rasa percaya diri. Memasuki fase aktif, stamina menurun dan fokus ibu tertuju pada mengatasi rasa sakit, sehingga pendampingan tanpa interupsi, termasuk kehadiran pasangan, sangat membantu. Menjelang akhir kala I, ibu mulai kembali percaya diri, semangat menghadapi persalinan tumbuh, dan dukungan mental serta apresiasi menjadi penting untuk mempersiapkan tahap persalinan berikutnya (Wijayanti *et al.*, 2022).

B. Konsep Dasar Nyeri Melahirkan Pada Ibu Intranatal Kala I

1. Definisi nyeri persalinan

Nyeri persalinan adalah kontraksi miometrium yang merupakan proses fisiologis dengan intensitas yang berbeda pada masing-masing individu. Rasa nyeri yang dialami selama persalinan bersifat unik pada setiap ibu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain budaya, takut, kecemasan, pengalaman persalinan sebelumnya, persiapan persalinan dan dukungan. Rasa nyeri pada persalinan adalah manifestasi dari adanya kontraksi (pemendekan) otot rahim. Kontraksi inilah yang menimbulkan rasa sakit pada pinggang, daerah perut dan menjalar ke arah paha. Kontraksi ini menyebabkan adanya pembukaan mulut rahim (serviks). Dengan adanya pembukaan servik maka akan terjadi persalinan (Wijayanti *et al.*, 2022).

2. Penyebab nyeri persalinan

Nyeri persalinan terjadi akibat kerusakan jaringan yang dipicu oleh beberapa mekanisme, yaitu penekanan ujung saraf pada serabut otot korpus fundus uterus, iskemia miometrium dan serviks akibat kontraksi yang menyebabkan pengurangan aliran darah atau vasokonstriksi karena peningkatan aktivitas saraf

simpatis, proses inflamasi pada otot uterus, kontraksi serviks dan segmen bawah rahim yang memicu respons takut sehingga meningkatkan aktivitas saraf simpatis, serta dilatasi dan peregangan serviks serta segmen bawah rahim yang dapat disertai kemungkinan robekan jaringan selama kontraksi, terutama pada kala I persalinan (Rejeki, 2020).

3. Tanda dan gejala

Gejala dan tanda mayor yang umumnya diamati selama nyeri melahirkan menurut Pokja SDKI DPP PPNI (2018) adalah sebagai berikut:

- a. Mengeluh nyeri: Ini adalah gejala yang paling menonjol dan mungkin menjadi fokus utama perhatian ibu selama persalinan.
- b. Perineum terasa tertekan: Sensasi tekanan di daerah perineum juga sering dialami oleh wanita selama proses persalinan.
- c. Uterus teraba membulat: Ini mengindikasikan aktivitas kontraksi rahim yang terjadi selama persalinan.

Selain gejala dan tanda mayor, ada juga gejala dan tanda minor yang dapat dialami oleh seorang wanita selama nyeri melahirkan. Secara subjektif, meliputi:

- a. Sensasi mual, yang bisa menjadi reaksi alami terhadap rasa sakit dan ketegangan selama persalinan.
- b. Perubahan nafsu makan, dimana beberapa wanita mungkin merasa tidak lapar atau bahkan kehilangan selera makan, sementara yang lain mungkin mengalami peningkatan nafsu makan.
- c. Meningkatnya ketegangan otot, yang bisa mencakup rasa tegang atau kaku pada berbagai bagian tubuh.

- d. Perubahan pola tidur, yang dapat berupa kesulitan tidur, tidur yang terputus-putus, atau keinginan untuk tidur lebih banyak.
- e. Perubahan dalam fungsi berkemih, seperti peningkatan frekuensi buang air kecil atau kesulitan untuk buang air kecil.
- f. Diaforesis, atau keringat berlebihan, yang bisa menjadi respons tubuh terhadap stres fisik yang dialami selama persalinan.
- g. Gangguan perilaku, yang mencakup perubahan emosional atau psikologis seperti kegelisahan, ketakutan, atau perubahan suasana hati.
- h. Perilaku ekspresif, seperti gerakan tubuh yang refleksif atau reaksi spontan terhadap nyeri.
- i. Pupil yang melebar, yang bisa menjadi respons fisik terhadap stres atau ketegangan.
- j. Kemungkinan muntah, yang bisa terjadi karena respons tubuh terhadap nyeri yang dirasakan.
- k. Fokus yang meningkat pada diri sendiri, dimana seorang wanita mungkin lebih cenderung untuk berfokus pada pengalaman pribadinya dan memusatkan perhatian pada perasaan dan sensasi yang dialaminya.

4. Faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Wijayanti *et al.*, (2022), antara lain budaya, respon psikologis (cemas, takut), pengalaman persalinan, support system dan persiapan persalinan.

a. Budaya

Budaya dan etniksitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri.

b. Respon psikologis

Respon psikologis seperti cemas dan takut akan meningkatkan hormon katekolamin dan adrenalin. Efeknya aliran darah akan berkurang dan oksigenasi ke dalam otot uterus akan berkurang. Sebagai konsekwensinya arteri akan mengecil dan menyempit sehingga dapat meningkatkan rasa nyeri.

c. Pengalaman persalinan

Individu yang mempunyai pengalaman persalinan sebelumnya lebih toleran terhadap nyeri dibanding orang yang mengalami belum pernah bersalin dan belum pernah merasakan nyeri persalinan. Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri persalinan.

d. Support system

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain dan orang terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh ibu, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

e. Persiapan persalinan

Persiapan persalinan yang baik akan mempengaruhi respon seseorang terhadap nyeri. Persiapan persalinan yang baik diperlukan agar tidak terjadi permasalahan psikologis seperti cemas dan takut yang akan meningkatkan respon nyeri.

5. Penatalaksanaan nyeri melahirkan

Penatalaksanaan nyeri melahirkan dikelompokkan menjadi dua metode yaitu metode farmakologis dan non-farmakologis. Berikut ini penjelasan penatalaksanaan nyeri secara farmakologis dan non-farmakologis (Rejeki, 2020).

a. Farmakologis

Adapun penatalaksanaan nyeri secara farmakologis menggunakan analgetik yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgetik non narkotik dan analgetik narkotik. Namun, penggunaan analgetik dapat menimbulkan efek samping. Penggunaan analgetik sejenis opioid untuk meredakan nyeri melahirkan dapat berdampak pada pernapasan bayi dan menyebabkan cepat kelelahan.

b. Non-farmakologis

Penatalaksanaan nyeri melahirkan secara non-farmakologis dapat dilakukan dengan beberapa cara, diantaranya:

1) Stimulasi dan massage kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot.

2) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian

pada nyeri akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak.

3) Teknik relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri.

4) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan.

5) Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan hipnosis individu.

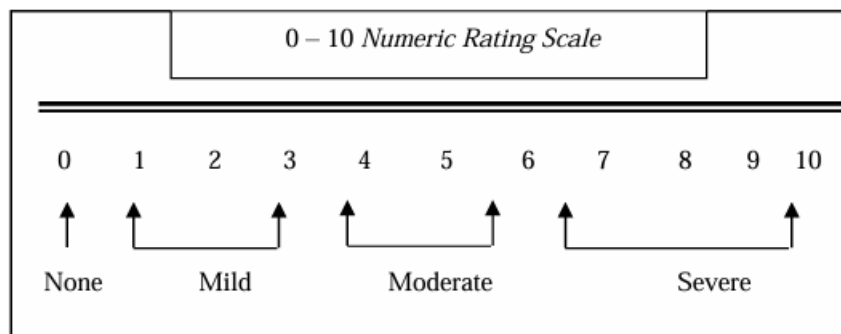
6. Pengukuran skala nyeri

Pengkajian nyeri secara komprehensif dapat dilakukan dengan menggunakan mnemonik PQRST. Metode ini meliputi P (provocation/palliation) sebagai faktor pencetus atau pereda nyeri, Q (quality) sebagai kualitas nyeri, R

(region/radiation) sebagai lokasi atau penyebaran nyeri, S (severity) sebagai tingkat keparahan nyeri, dan T (time) sebagai waktu terjadinya nyeri (Susilo and Sukmono, 2022).

Nyeri bersifat subjektif, dimana setiap individu dapat merasakan intensitas nyeri yang berbeda meskipun dengan kondisi yang sama. Intensitas nyeri menggambarkan tingkat keparahan nyeri yang dirasakan dan dapat dinilai melalui deskripsi pasien, baik secara sederhana menggunakan ungkapan kata-kata seperti tajam, tumpul, atau terbakar, maupun dengan menggunakan alat ukur yang lebih terstandar (Rosuli, Prasetyo and Balqis, 2022).

Salah satu metode untuk mengukur intensitas nyeri adalah *Numerical Rating Scale* (NRS), yaitu skala numerik dari 0 sampai 10. Pada skala ini, angka 0 menunjukkan tidak adanya nyeri, sedangkan angka 10 menunjukkan nyeri paling berat atau nyeri terburuk yang dapat dibayangkan. Pasien diminta untuk memilih atau menyebutkan angka yang paling sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan pada saat pengkajian, sehingga dapat membantu tenaga kesehatan dalam menilai tingkat keparahan nyeri secara lebih objektif.



Gambar 1 Skala Intensitas Nyeri dengan NRS (Rejeki, 2020)

Kriteria nyeri sebagai berikut :

- a) Skala 0: Tidak ada rasa nyeri yang dialami

- b) Skala 1-3: Merupakan nyeri ringan secara objektif, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik. Nyeri hanya sedikit yang dirasakan.
- c) Skala 4-6: Merupakan nyeri sedang secara objektif, klien mendesis, menyeringai dengan menunjukkan lokasi nyeri. Klien mampu mendeskripsikan rasa nyeri, dan mampu mengikuti perintah. Nyeri masih dapat dikurangi dengan berpindah posisi.
- d) Skala 7-10: Merupakan nyeri hebat, klien sudah tidak mampu mengikuti perintah, tetapi masih dapat menunjukkan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan. Nyeri sudah tidak dapat dikurangi dengan alih posisi.

Skala numerik digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Klien menilai nyeri menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi.

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Melahirkan pada Ibu Intranatal Kala I

1. Pengkajian

Pengkajian ialah tahapan awal dari proses keperawatan, data dikumpulkan secara sistematis yang digunakan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Berikut ini beberapa pengkajian yang dilakukan ke pasien, diantaranya:

a. Identitas Pasien

Dalam pengkajian identitas pasien berisi tentang: nama, umur, pendidikan, suku, agama, alamat, no rekam medis, nama suami, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, agama, alamat, tanggal pengkajian

b. Keluhan utama

Mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa persalinan, seperti pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah, kontraksi, pasien tampak meringis, pasien merasa mules, nyeri pada jalan lahir karena dilatasi serviks dan perineum.

c. Riwayat kesehatan pasien

1) Riwayat kesehatan dahulu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien, mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap atau rawat jalaan, riwayat alergi obat, kebiasaan, dan gaya pola hidup.

2) Riwayat kesehatan sekarang

3) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui dikeluarga pasien memiliki riwayat penyakit keluarga yang diturunkan ke anggota keluarganya.

4) Riwayat obstetri

a) Riwayat menstruasi : umur menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyak ataupun karakteristik darah yang keluar, keluhan yang dirasakan saat menstruasi, dan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT).

b) Riwayat pernikahan : jumlah pernikahan dan lamanya pernikahan

c) Riwayat kelahiran : persalinan, dan nifas yang lalu : riwayat kehamilan sebelumnya (umur kehamilan dna faktor penyulit), riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong, dan penyulit), komplikasi nifas (laserasi, infeksi, dan perdarahan), serta jumlah anak yang dimiliki.

- d) Riwayat keluarga berencana : jenis penggunaan KB dan lama penggunaan alat kontrasepsi
- d. Pola pemenuhan kebutuhan dasar
- 1) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan mengkaji persepsi ibu tentang persalinan, persiapan persalinan (tas bayi, biaya, donor darah), dan harapan ibu terhadap proses melahirkan.
 - 2) Pola Nutrisi dan Metabolik mengkaji asupan makanan dan minuman terakhir.
Pada kala 1
 - 3) Pola Eliminasi mengkaji riwayat BAK dan BAB terakhir. Selama kala 1, kepala janin yang turun sering menekan kandung kemih sehingga ibu sering merasa ingin BAK, dan mengkaji apakah ibu mengalami distensi kandung kemih (jika penuh dapat menghambat turunnya kepala janin) dan frekuensi eliminasi.
 - 4) Pola Aktivitas dan Latihan mengkaji kemampuan ibu untuk mobilisasi (jalan-jalan ringan, miring kanan/kiri), kemampuan ibu berpindah posisi.
 - 5) Pola Istirahat dan Tidur mengkaji kualitas tidur semalam dan gangguan tidur akibat rasa mulas/kontraksi yang semakin intens.
 - 6) Pola Kognitif dan Perseptual mengkaji keluhan nyeri (PQRST) *P (Provokes)*: Kontraksi uterus. *Q (Quality)*: Seperti diremas, mules hebat, menyebar ke pinggang. *R (Region)*: Abdomen bawah menjalar ke punggung. *S (Severity)*: Skala nyeri (0-10). *T (Time)*: Durasi dan frekuensi kontraksi. Wajah meringis, perilaku protektif pada area perut.
 - 7) Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri mengkaji perasaan cemas, takut, atau percaya diri dalam menghadapi persalinan.

- 8) Pola Peran dan Hubungan mengkaji dukungan suami atau keluarga selama proses persalinan dan siapa yang akan mendampingi di ruang bersalin.
- 9) Pola Seksualitas dan Reproduksi mengkaji riwayat Obstetri (G_P_A_), Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), riwayat KB. Pemeriksaan dalam (*Vaginal Toucher*) untuk menilai pembukaan, penipisan serviks (*effacement*), selaput ketuban, dan penurunan kepala (Hodge).
- 10) Pola Koping dan Toleransi Stres mengkaji cara ibu mengatasi nyeri (misal: memegang tangan suami, beristigfar, atau menjerit), dan kemampuan ibu menggunakan teknik relaksasi yang diajarkan dan tingkat ketegangan emosional.
- 11) Pola Nilai dan Keyakinan yaitu mengkaji mengkaji gambaran latar belakang budaya, tujuan hidup pasien, keyakinan yang dianut, serta adat budaya yang berkaitan dengan kesehatan.

e. Pemeriksaan fisik

Kaji kondisi umum pasien, seperti Glasgow Coma Scale (GCS), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (TTV). Dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik head to toe dari:

- 1) Kepala: pemeriksaan pada kulit kepala, rambut, telinga, mata, dan leher. Apakah terjadi kelainan seperti ada bejolan atau tidak, ada edema atau tidak, ada lesi atau tidak.
- 2) Dada: pemeriksaan pada mammae dan areola.
- 3) Abdomen: pemeriksaan leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ), kontraksi, kandung kemih.

- 4) Genetalia dan perineum: pemeriksaan dalam seperti pemeriksaan dalam (*Vaginal Toucher*) untuk menilai pembukaan, penipisan serviks (*effacement*), selaput ketuban, dan penurunan kepala (Hodge).
- 5) Ektremitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah ada tanda-tanda edema, varises dan CRT.
- 6) Data penunjang dilakukan pada indikasi tertentu untuk informasi yang lebih jelas. Pemeriksaan dilakukan untuk mengumpulkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons pasien, baik individu, keluarga, maupun komunitas, terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami, baik yang bersifat aktual maupun berisiko. Penilaian ini bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI DPP PPNI, 2018).

Proses penegakan diagnosis keperawatan terdiri dari tiga tahapan. Pertama, melakukan analisis data. Analisis data yaitu membandingkan nilai normal dan mengelompokkan data.

Tabel 1
Diagnosis Keperawatan Nyeri Melahirkan

Nyeri Melahirkan		
Kategori : Psikologis		
Subkategori :Nyeri dan Kenyamanan		
Definisi : pengalaman sensorik dan emisonal yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan		
Penyebab : Dilatasi serviks dan pengeluaran janin		
Gejala dan Tanda	Mayor	Minor
Subjektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Perineum terasa tertekan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mual 2. Nafsu makan menurun/meningkat
Objektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah meringis 2. Berposisi meringankan nyeri 3. Uterus teraba membulat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Ketegangan otot meningkat 4. Pola tidur berubah 5. Fungsi berkemih berubah 6. Diaphoresis 7. Gangguan perilaku 8. Perilaku ekspresif 9. Pupil dilatasi 10. Muntah 11. Fokus pada diri sendiri

Sumber : (SDKI DPP PPNI, 2018).

Kedua, mengidentifikasi masalah meliputi masalah aktual, risiko, atau promosi kesehatan. Diagnosis keperawatan dalam karya ilmiah ini adalah diagnosis aktual. Diagnosis keperawatan aktual menggunakan pendekatan PES, yang terdiri dari problem sebagai masalah utama yang diidentifikasi, etiology sebagai faktor penyebab atau yang berhubungan, serta signs and symptoms yang mencakup tanda dan gejala yang diperoleh dari data mayor dan minor.

Ketiga, perumusan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan dirumuskan atau ditegakkan harus didukung oleh minimal 80–100% tanda dan gejala mayor, sementara keberadaan gejala minor dapat memperkuat keakuratan

diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Rumusan diagnosis keperawatan pada ibu intanatal kala I Adalah nyeri melahirkan (D.0079) berhubungan dengan dilatasi serviks dibuktikan dengan mengeluh nyeri, perineum terasa tertekan, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, dan uterus teraba membulat (SDKI DPP PPNI, 2018).

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2
Intervensi Keperawatan Dengan Diagnosis Nyeri Melahirkan

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Nyeri Melahirkan (D.0079)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x... jam diharapkan status intrapartum membaik dengan kriteria hasil: Status intrapartum (L.07060) 1. Koping terhadap ketidaknyamanan persalinan meningkat (5) 2. Memanfaatkan teknik untuk memfasilitasi persalinan meningkat (5) 3. Dilatasi serviks meningkat (5) 4. Perdarahan vagina menurun(5) 5. Sakit kepala menurun (5) 6. Nyeri dengan kontraksi meningkat (5) 7. Kejang menurun (5) 8. Nyeri punggung menurun (5) 9. Frekuensi kontraksi uterus membaik (5) 10. Periode kontraksi uterus membaik (5) 11. Intensitas kontraksi uterus membaik (5) 12. Frekuensi nadi membaik (5) 13. Suhu membaik (5)	Intervensi Utama Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada pola kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

1	2	3
	14. Glukosa darah membaik (5)	Terapeutik:
	15. Output urine membaik (5)	1. Berikan teknik
	16. Refleks neurologis membaik (5)	nonfarmakologis untuk
	17. Status kognitif membaik (5)	mengontrol rasa nyeri
		melahirkan dengan teknik
		rebozo <i>“shake the apple tree”</i>
		2. Kontrol lingkungan yang
		mempengaruhi rasa nyeri
		3. Fasilitasi istirahat tidur
		4. Pertimbangkan jenis dan
		sumber nyeri dalam
		pemilihan strategi
		mengontrol nyeri
		Edukasi
		1. Jelaskan penyebab, periode,
		dan pemicu nyeri
		2. Jelaskan strategi mengontrol
		nyeri
		3. Anjurkan monitor nyeri
		secara mandiri
		4. Anjurkan menggunakan
		analgetik secara tepat
		5. Ajarkan teknik
		nonfarmakologis untuk
		mengontrol rasa nyeri
		dengan teknik rebozo <i>shake</i>
		<i>the apple tree</i>
		Kolaborasi:
		1. Kolaborasi pemberian
		analgetik, jika perlu
		Intervensi Pendukung
		Perawatan persalinan
		(I.07227)
		Observasi
		1. Identifikasi kondisi proses
		persalinan
		2. Monitor kondisi fisik dan
		psikologis pasien
		3. Monitor kesejahteraan ibu
		(mis. Tanda vital, kontraksi:
		lama, frekuensi dan
		kekuatan)
		4. Monitor kesejahteraan janin
		(gerak janin 10x dalam 12
		jam) secara berkelanjutan
		(DJJ dan kontraksi setiap 30
		menit

1	2	3
		5. Monitor kemajuan persalinan (dilatasi serviks, effacement, kondisi dan volume ketuban setiap 4 jam dengan vaginal toucher)
		6. Monitor tanda -tanda persalinan (dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva terbuka)
		7. Monitor kemajuan pembukaan menggunakan partograph saat fase aktif.
		8. Monitor tingkat nyeri selama persalinan
		Terapeutik
		1. Lakukan pemeriksaan leopold
		2. Berikan metode alternatif <i>shake the apple tree</i> mengurangi persepsi nyeri kontraksi
		Edukasi
		1. Jelaskan prosedur pertolongan persalinan
		2. Informasikan kemajuan persalinan
		3. Ajarkan teknik relaksasi
		4. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih
		5. Anjurkan ibu cukup nutrisi
		6. Ajarkan cara mengenali tanda-tanda persalinan

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah disusun untuk mencapai tujuan berdasarkan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) digunakan sebagai acuan dalam menentukan luaran keperawatan guna memastikan pemberian asuhan yang aman, efektif, dan etis. Sementara itu, berdasarkan terminologi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), pada tahap implementasi perawat

melakukan pendokumentasian terhadap tindakan keperawatan spesifik yang dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan.

Perawat melaksanakan rencana asuhan yang telah disusun secara sistematis dan komprehensif, baik secara mandiri maupun berkolaborasi dengan pendamping persalinan. Pada asuhan keperawatan ibu intranatal dengan diagnosis nyeri melahirkan, implementasi difokuskan pada manajemen nyeri berbasis non-farmakologis. Tindakan operasional yang dilakukan meliputi tahap observasi, yaitu memantau karakteristik nyeri, durasi, frekuensi kontraksi, serta respons adaptasi non-verbal ibu. Selanjutnya, pada tahap terapeutik, perawat mengaplikasikan intervensi teknik rebozo "*shake the apple tree*". Secara teknis, tindakan ini diimplementasikan dengan melilitkan kain rebozo pada area panggul ibu dalam posisi yang mendukung relaksasi, seperti bersandar atau merangkak (*hands and knees*), lalu memberikan ayunan ritmis dan terkontrol secara perlahan dari sisi kanan ke kiri beriringan dengan datangnya puncak kontraksi. Selain tindakan langsung, perawat juga melakukan edukasi dengan mengajarkan manajemen napas dan melibatkan pendamping (suami/keluarga) untuk turut memfasilitasi teknik rebozo guna mengoptimalkan dukungan psikologis. Seluruh rangkaian implementasi ini diakhiri dengan pendokumentasian komprehensif mengenai intervensi yang telah diberikan beserta respons klinis dan adaptasi coping ibu terhadap tindakan tersebut.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan asuhan yang telah diberikan. Evaluasi dapat mencakup aspek struktur, proses, dan hasil, serta terdiri dari evaluasi formatif dan

sumatif. Evaluasi formatif dilakukan selama proses berlangsung untuk memberikan umpan balik, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah intervensi selesai untuk menilai efektivitas dalam pengambilan keputusan.

Proses dalam praktik keperawatan, hasil evaluasi didokumentasikan menggunakan format *Subjective, Objective, Assessment, Planning* (SOAP). Evaluasi pada studi kasus ini disusun berdasarkan kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu:

- a. Subjektif (S): Pasien mengatakan bahwa ia merasa jauh lebih tenang, rileks, dan keluhan pegal serta nyeri pada punggung bawahnya sangat berkurang setelah diberikan teknik ayunan kain (*rebozo*), serta menyatakan lebih mampu menahan rasa sakit dan bisa mengatur napasnya dengan baik.
- b. Objektif (O) : tampak pasien lebih rileks, ekspresi wajah menunjukkan penurunan tanda nyeri (tidak meringis berlebihan), kemampuan mengontrol nyeri meningkat, pasien mampu mengikuti teknik pernapasan atau relaksasi dengan baik, pola napas lebih teratur, ketegangan otot menurun, serta tanda-tanda vital dalam batas normal atau membaik.
- c. Assessment (A) : kondisi intrapartum menunjukkan membaik
- d. Planning (P) : pantau karakteristik nyeri, durasi, frekuensi kontraksi, dan denyut jantung janin (DJJ). optimalisasi peran pendamping persalinan untuk memfasilitasi kenyamanan fisik dan memberikan penguatan psikologis kepada ibu hingga fase pembukaan lengkap tercapai.

D. Teknik Rebozo “Shake The Apple Tree”

1. Definisi teknik rebozo

Istilah *rebozo* berasal dari Bahasa Spanyol yang berarti selendang atau kain panjang. Kain ini secara tradisional dimanfaatkan oleh bidan sebagai alat bantu dalam kehamilan hingga proses persalinan. Oleh karena itu, penggunaan selendang atau kain jarik untuk membantu kelancaran persalinan dikenal sebagai teknik rebozo. Teknik ini termasuk dalam metode nonfarmakologis yang bersifat praktis dan dapat dijadikan alternatif untuk mengatasi lamanya penurunan kepala janin serta pembukaan serviks selama persalinan. (Irianti *et al.*, 2022).

Teknik rebozo dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi nyeri selama proses persalinan. Penerapannya dilakukan dengan melilitkan kain rebozo di area panggul dan bokong ibu, kemudian digerakkan secara perlahan selama kala I persalinan. Gerakan ayunan yang dihasilkan diyakini mampu memberikan efek relaksasi pada ibu serta membantu mengarahkan posisi janin menuju jalan lahir, sehingga proses persalinan dapat berlangsung lebih cepat (Irianti *et al.*, 2022).

2. Tujuan teknik rebozo

Nyeri saat persalinan jika tidak teratasi akan mengakibatkan partus lama, oleh karena itu untuk mengurangi rasa nyeri saat persalinan dapat dilakukan dengan memberikan asuhan dalam proses persalinan salah satunya dengan teknik rebozo. Teknik ini dilakukan dengan memberikan gerakan tertentu menggunakan kain rebozo sehingga ibu merasakan kenyamanan dan relaksasi. Penempatan kain yang sesuai dapat menimbulkan sensasi seperti dipeluk, yang selanjutnya merangsang

pelepasan hormon oksitosin. Hormon ini berperan penting dalam mendukung kontraksi uterus dan memperlancar proses persalinan (Irianti *et al.*, 2022).

Kenyamanan adalah pengalaman yang diterima oleh seseorang dari suatu intervensi. Hal ini merupakan pengalaman langsung dan menyeluruh ketika kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan terpenuhi. Rebozo dapat digunakan selama persalinan untuk membantu otot-otot dan serat otot dalam ligament uterus rileks sehingga mampu mengurangi rasa sakit ketika adanya kontraksi. Sebagian dari para peneliti menyatakan bahwa rebozo dapat menciptakan efek positif psikologis dari perasaan dan dukungan yang didapatkan ibu bersalin dari tim pendukung persalinan seperti bidan, suami, dan keluarga.

3. Prosedur pelaksanaan rebozo shake the apple tree

Pelaksanaan rebozo *shake the apple tree* memiliki aturan dalam pemberian agar menghasilkan gerakan yang sesuai dengan tekniknya. Berikut merupakan Langkah-langkah teknik rebozo *shake the apple tree* menurut (Irianti *et al.*, 2022), sebagai berikut :

- a. Memposisikan ibu seperti *table pose* dengan menggunakan bola (*gymball*) dan memposisikan selendang daerah panggul
- b. Menganjurkan ibu untuk rileks dengan memejamkan mata supaya lebih rileks
- c. Posisi kaki terapis ditekuk atau bersimpuh berada pada area kaki ibu
- d. Kemudian pegang selendang di sebelah kanan dan kiri panggul ibu, kain membungkus area panggul
- e. Gerakan tangan seperti menggoyangkan pohon secara perlahan, ini berfungsi untuk melenturkan otot-otot panggul dan memberikan rasa nyaman.

Teknik “*shake the apple tree*” diberikan selama fase intrapartum (persalinan/kala I) dan dilakukan sekitar 10–15 menit, disesuaikan dengan kenyamanan ibu dan pola kontraksi (Patia *et al.*, 2026). Observasi dilakukan 4 kali pengukuran setelah pemberian pada saat kontraksi. Pemberian paling ideal diberikan saat pembukaan serviks mencapai 4–10 cm dan kontraksi semakin kuat (Pramuditha *et al.*, 2025)



Gambar 2 Teknik Rebozo Shake The Apple Tree

4. Mekanisme kerja teknik rebozo

Teknik rebozo dilakukan dengan penekanan tepat pada lumbal, sacrum, dan koksigis (*lumbosacral*), karena di daerah *lumbosacral* menghubungkan saraf sensorik uterus dan serviks bersama dengan saraf simpatis uterus menuju sumsum pada tulang belakang dengan melalui saraf torakal 10,11,12 sampai ke lumbal 1, impuls nyeri dapat dihentikan dengan pemberian rangsangan di saraf yang mempunyai diameter besar menggunakan teknik rebozo jenis *shake the apple tree*, sehingga impuls nyeri dapat berjalan dari rahim sepanjang serat saraf c fiber ke subtansia gelatinosa yang ada di dalam *spinal colum*, kemudian sel tersebut mengantarkan pesan nyeri berlawanan menuju serat saraf *a-delta fibers* yang

menyebabkan *gate control* tertutup sehingga pesan dari nyeri tidak bisa diteruskan ke korteks serebral, sehingga persepsi tentang nyeri menjadi berkurang (Lestari, et al 2022 dalam Irianti *et al.*, 2022),

5. Indikasi dan kontraindikasi teknik rebozo

Pemberian teknik ini sangat disarankan untuk kondisi-kondisi berikut Nurhalijah (2025) :

- a. Nyeri pinggang atau bokong persalinan: mengurangi intensitas nyeri pinggang yang hebat akibat kontraksi.
- b. Posisi bayi tidak optimal: membantu memposisikan atau memutar bayi yang berada di posisi *occiput posterior* atau posisi melintang.
- c. Persalinan macet/lama: membantu mempercepat penurunan kepala janin ke panggul dan merangsang proses pembukaan serviks pada kala I fase aktif.
- d. Ketegangan otot ibu: mengatasi kecemasan, kelelahan, dan memberikan efek relaksasi yang mendalam dengan melepaskan ketegangan di area sakrum dan ligamen panggul.

Beberapa kontraindikasi menurut Irianti *et al.*, (2022) dalam melakukan teknik rebozo, sebagai berikut :

- a. Hindari penggunaan rebozo ketika ada gejala atau resiko keguguran seperti pendarahan atau nyeri kram di bagian perut bawah di awal kehamilan, mempunyai riwayat abortus
- b. Ketika round ligament klien terasa tegang atau kram di trimester pertengahan hingga akhir, gerakan yang dilakukan harus sangat perlahan dan lembut.
- c. Teknik rebozo tidak dianjurkan dilakukan dengan tekanan yang kuat maupun sedang apabila posisi plasenta berada di bagian anterior

- d. Selain itu, penerapan teknik rebozo juga tidak direkomendasikan pada kondisi seperti adanya ketidakstabilan denyut jantung janin, presentasi sungsang dengan ketuban yang telah pecah, risiko prolaps tali pusat, perdarahan abnormal, solusio plasenta, maupun apabila ibu merasakan ketidaknyamanan selama tindakan dilakukan.