BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Konsep Persalinan

2.1.1 Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi janin dan plasenta yang telah cukup bulan atau yang dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir (Manuaba, 2013)

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. 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 janinnya (Jannah, 2015).

Persalinan adalah suatu proses hasil pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup di dunia luar dari dalam rahim melalui jalan lahir dengan letak belakang kepala atau denga tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang pada umumnya berlangsung 24 jam (Mochtar,2013)

Menurut Varney (2010),tujuan pesalinan normal adalah tercapainya kelangsungan hidup dan kesehatan yang tinggi bagi ibu serta bayinya,melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap namun menggunakan intervensi seminimal mungkin sehingga prinsip keamanan dan kualitas layanan dapat tercapai pada tingkat yang seoptimal mungkin. Pendekatan seperti ini berarti

bahwa didalam asuhan persalinan normal harus ada alasan yang kuat dan bukti manfaat apabila akan melakukan intervensi terhadap jalannya persalinan yang fisiologis

Beberapa Istilah yang dipakai:

1) Gravida adalah seseorang wanita yang hamil
2) Primigravida adalah seorang wanita yang baru pertama kali hamil
3) Multigravida adalah Seorang wanita yang sudah beberapa kali hamil
4) Nullipara adalah Wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang dapat hidup di dunia luar
5) Primipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi
6) Multipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan beberapa kali bayi

2.2 Etiologi persalinan

Ada beberapa teori yang menjadi penyebab terjadinya proses persalinan yaitu: teori kerenggangan, teori penurunan progesterone, teori oksitosin internal, teori prostaglandin, teori hipotalamus-hipofisis, dan glandula suprarenalis (Manuaba, 2013)

1) Teori Keregangan

   Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dengan batas tertentu.Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

2) Teori Progesteron

   Proses penuaan plasenta terjadi pada usia 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami

penyempitan dan buntu.Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibat otot rahim mulai berkontraksi setelah mencapai penurunan progesterone tertentu.

3) Teori Oksitosin Internal

Oksitosin di keluarkan oleh kelenjar hipofisis inferior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitifitas otot rahim,sehingga dapat terjadi kontraksi *Braxton hicks*. Dengan menurunnya kontraksi progesterone akibat tuanya kehamilan maka meningkatnya aktivitas, sehingga timbulnya persalinan.

4) Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat semenjak usia 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi rahim sehingga konsepsi kehamilan keluar. Prostaglandin dipercaya dapat memicu persalinan.

5) Teori Hipotalamus dan glandula suprarenal

Teori ini menunjukkan adanya kehamilan *anensephalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kostikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi mulainya persalinan.

2.2.1 Tanda-tanda mulai Persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan sebelum terjadinya persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya. tanda-tandanya sebagai berikut (Mochtar, 2011)

1) *Lightening* atau *settling* atau *dropping* yaitu kepala turun mememasukki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada Multigravida hal ini tidak begitu jelas
2) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun
3) Sering buang air kecil atau berkemih karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin
4) Perasaan nyeri di perut dan dipinggang oleh adanya kontraksi uterus, kadang ini disebut *False Labour pains*
5) Servik mulai melembek dan mendatar dan sekresi bertambah mungkin bercampur darah (*Bloody show*).

2.2.2 Tanda-tanda Persalinan

1) Rasa nyeri dengan adanya his yang kuat, sering dan teratur
2) Keluar lender dan darah yang bertambah banyak karena robekan-robekkan kecil pada serviks
3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
4) Pada pemeriksaan dalam terkadang serviks sudah mulai mendatar, dan sudah ada pembukaan.

2.2.3 Tahapan persalinan

Menurut Manuaba (2013) tahapan persalinan dibagi memnjadi 4 tahapan,yaitu:

1) Kala I (kala pembukaan)

Permulaan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan serviks dan terjadi pembukaan 0-10 cm (pembukaan

lengkap).Wanita tersebut mengeluarkan lender yang bersemu darah karena mulai membuka (dilatasi),mendatar (*effacement*).

Proses ini terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks 4-10 cm,lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida 8 jam. Selanjutnya menurut Saifudin (2010:109)menambahkan bahwa dalam memantau kemajuan persalinan dan memudahkan tenaga kesehatan untuk mengambil keputusan dan melakukan penatalaksanaan tindakan yang tepat, perlunya alat bantu yaitu lembar observasi yang digunakan pada fase laten dan untuk pemantauan dalam fase aktif alat yang dapat digunakan adalah partograf, tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai serviks melalui pemeriksaan dalam.
b. Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal, sehingga dapat melakukan deteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

Kala I dimulai dari saat persalinan dimulai (pembukaan satu) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi atas dalam 2 fase, yaitu:

1. Fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

2. Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 macam, yaitu:

a) Fase akselarasi.

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal.

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

c) Fase deselarasi.

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

Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga *parturient* (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan *Kurve Friedman*, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Ari Sulistyawati, 2013).

2) Kala II (Pengeluaran janin)

Kala II ini disebut juga sebagai kala pengeluaran. Kala dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya janin. Menurut Kuswanti (2014) dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

a) Perdarahan dan pembukaan.

b) Perubahan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.

c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak bagian kepala janin melalui pembukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rectum atau vagina, perinium terlihat menonjol, vulva dan *springter ani* membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. (Asrinah,2010).

Kala II persalinan dimulai ketika serviks mulai pembukaan 10 cm(lengkap) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II disebut juga kala pengeluaran bayi. Pada kala ini his terkoordinasi kuat, cepat dan kontraksi lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke panggul, sehingga terjadi penekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan nyeri dan menimbulkan rasa ingin meneran. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan di vulva dan perineum menegang. Kala II pada primigravida berlangsung 1,5-2 jam dan pada multigravida berlangsung ½ -1 jam (Kumalasari,2015)

3) Kala III (Pelepasan plasenta)

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta, terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang, atau menjulur keluar melalui vagina atau vulva, adanya semburan

darah secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Asrinah, 2010).

Menurut Sulistyawati (2010:8-9) Kala III adalah pelepasan dan pengeluaran plasenta. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

a. Uterus jadi berbentuk bundar
b. Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas kesegman bahwa rahim
c. Tali pusat bertambah panjang
d. Terjadi semburan darah

4) Kala IV

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selam 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan:

a. Tingkat kesadaran pasien
b. Observasi tanda-tanda vital
c. Kontraksi uterus
d. Observasi perdarahan, perdarahan dianggap normal 400-500cc (Sulistyawati,2010:10)

Fase aktif merupakan waktu ketika terjadi dilatasi serviks paling besar dan bagian presentasi janin turun lanjut ke dalam pelvis. Pada wanita primigravida diperkirakan akan mengalami dilatasi sedikitnya 1 cm/jam dan pada multigravida 1,5 cm/jam.

2.2.4 Sebab Mulainya Persalinan

Menurut Ina & Fitria (2014), sebab mulainya persalinan adalah:

a. Penurunan *hormone progesterone*

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya *estrogen* meninggikan kerenggangan otot rahim, selama kehamian terdapat keseimbangan antara kadar *progesterone* dan *estrogen* di dalam darah, teapi pada akhir kehamilan kadar *progesterone* menurun sehingga timbul his.

b. Teori *oxytocin*

Pada akhir kehamilan kadar *oxytocin* berambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

c. Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung,bila dindingnya terenggang oleh karena isinya.

d. Pengaruh janin/ftal *cortisol*

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada *anencepalus* kehamilan lebih lama dari biasanya.

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi Persalinan

Menurut Manuaba (2013) Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

1) Power

His (Kontraksi otot polos uterus) adalah kekuatan mengejan ibu.Kontraksi uterus berirama teratur serta mengikuti pola yang

berulang.Setiap kontraksi memiliki tiga fase yaitu *increment* (intensitasnya terbentuk), *Acme* (puncak kontraksi), *desement* (relaksasi).Peregangan serviks oleh kepala janin akhirnya menjadi cukup kuat untuk menimbulkan daya kontraksi korpus uterus dan akan mendorong janin maju sampai janin dikeluarkan.

Kekuatan his pada kala I bersifat:

a. Kontraksi uterus bersifat dominan
b. *Involunter* yang tidak dapat diatur oleh *parturien*
c. Kekuatan kontraksi semakin kuat pada kala pengeluaran diikuti reflek ingin mengedan.
d. Terjadi retraksi yang menyebabkan panjang otot rahim yang berkontraksi tidak akan kembali ke panjang semula
e. Setiap kontraksi mulai dari *pace maker* yang terletak sekitar insersi tuba dengan arah penjalaran ke daerah serviks uteri dengan kecepatan 2 cm/detik.

2) Passege

Passege adalah keadaan jalan lahir,jalan lahir merupakan hal yang paling penting dalam proses persalinan.Dengan demikian evaluasi jalan lahir merupakan salah satu factor penentu apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau SC. Pada jalan lahir lunak yang berperan pada persalinan adalah segmen bawah rahim,serviks dan vagina, selain itu otot-otot jaringan ikat dan ligament yang menyokong alat-alat urogenetalia juga sangat berperan dalam proses persalinan.

3) *Passanger*

Passanger adalah keadan janinnya sendiri, bagian yang paling besar dan keras pada janin adalah kepala janin, posisi dan besarnya kepala janin akan mempengaruhi proses persalinan, biasanya apabila kepala janin sudah lahir maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul persalinan

4) Respon Psikologi

Perasaan positif dan munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak, keadaan yang semula dianggap sesuatu yang belum pasti seorang ibu menjadi hal yang nyata.

5) Peran Penolong

Peran penolong dalam hal ini adalah untuk mengobservasi dan mengantisipasi komplikasi yang mungkin akan terjadi selama proses persalinan berlangsung.

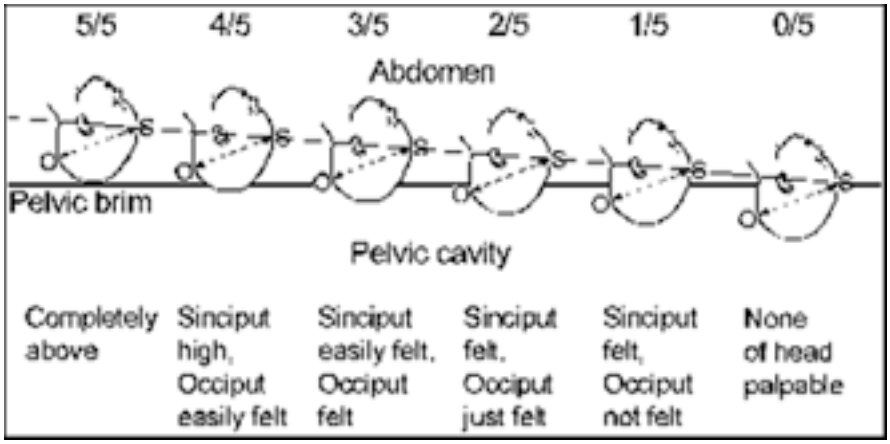
2.2.6 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan gerakan-gerakan yang berlangsung pada saat proses kepala janin turun ke dalam panggul, Gerakan-gerakan tersebut meliputi:

1) *Engagement*

Engagement adalah mekanisme yang digunakan oleh *biparietal* diameter *transversal* kepala janin pada presentasi *oksiput* untuk masuk pintu atas panggul, kejadian ini terjadi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Turunnya kepala dapat dibagi menjadi masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul dan majunya kepala.

Pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida biasanya mulai terjadi pada saat proses persalinan.



G

Gambar 2.1 Proses penurunan kepala janin
(Sumber:Manuaba,Ida Bagus Gde.Ilmu Kebidanan,penyakit kandungan & KB,2016)

Masuknya kepala kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Ubun-ubun kecil yang melintang yang sering kita temui. Apabila biparietal tersebut sejajar dengan bidang panggul, peristiwa ini disebut *Sinklitismus.*

Sutura sagitalis berada ditengah-tengah antara dinding panggul depan dan belakang. *Engagement* dengan *sinklitismus* pada uterus yang tegak lurus terhadap pintu atas panggul dan panggul luas. Jika keadaan tersebut tidak tercapai, kepala berada dalam keadaan *asinklitismus*

Asinklitismus derajat sedang pasti terjadi pada persalinan normal,namun bila terjadi pada derajat berat gerakan ini akan mengakibatkan dispoporsi *sefalopelvic* pada ukuran panggul yang beukuran normal sekalipun.

Ada dua jenis *asinklitismus* yaitu:

a. *Asinklitismus posterior* : bila sutura sagitalis mendekati *symphisis* dan *os pariental* belakang lebih rendah dari os pariental depan
b. *Asinklitismus anterior*: bila *sutura sagitalis* mendekati *promotorium* sehingga *os pariental* lebih rendah dari *os pareintal* belakang

Gambar 2.2 Sinklitismus,Asinklitismus
(sumber Cunningham et Al.WilliamObstetrics Edisi -23,2010)

2) *Descens* (Penurunan kepala)

Penurunan kepala merupakan syarat utama kelahiran bayi. Pada nullipara *engagement* dapat terjadi sebelum proses persalinan dan proses penurunan kepala belum terjadi pada proses persalinan kala dua.Pada wanita multipara biasanya proses penurunan kepala

bersamaan dengan proses persalinan. Turunnya kepala ini di pengaruhi oleh 4 faktor yaitu:

a. Tekanan cairan ketuban

b. Tekanan langsung fundus terhadap bokong

c. Kontraksi otot abdomen

d. Melurusnya tubuh janin

3) Fleksi

Ketika terjadi penurunan kepala janin mengalami tahanan baik dari serviks,dinding panggul atau dasar panggul biasanya kepala janin mengalami fleksi.Pada kaeadaan fleksi dagu mendekati dada janin dan diameter *suboksipito bregmatika* lebih pendek menggantikan diameter *oksipitofrontal* yang lebih panjang

4) Rotasi Interna (Putar paksi dalam)

Putar paksi dalam dimulai pada bidang setinggi *spina iskiadica* yang terjadi pada setiap kontraksi,kepala janin diarahkan kepada daerah lengkung pubis dan kepala janin berputar saat mencapai otot panggul (Cunningham dkk, 2013)

5) Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai terjadilah ekstensi atau kepala janin mengalami defleksi. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bahwa panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga kepala janin harus ekstensi untuk melaluinya. Kalau tidak terjadi ekstensi pada kepala janin akan tertekan pada perineum

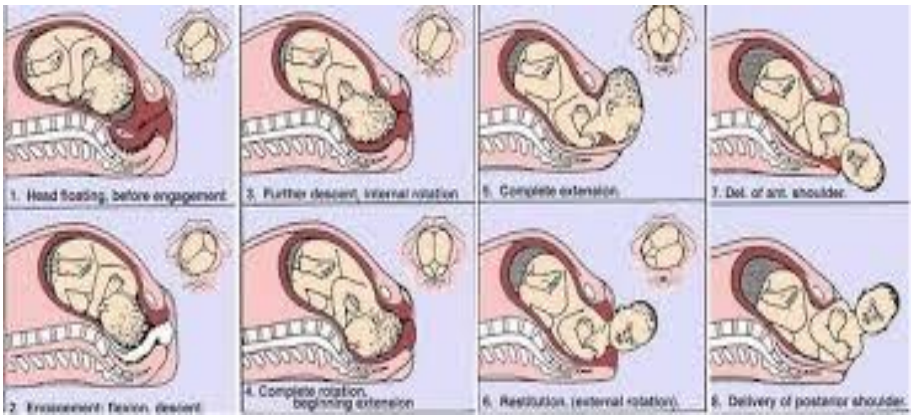
Setelah *subocsiput* tertahan pada pinggir bawah *simphisis*,yang dapat maju dengan kekuatan kontraksi sehingga akhirnya lahirlah berturut-turut ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.

6) Rotasi Eksternal(Putar Paksi Luar)

Putar paksi luar terjadi ketika kepala janin lahir dengan *oksiput anterior*, sehingga bahu harus berputar secara internal sejajar dengan diameter *anteroposterior* panggul. Rotasi eksternal kepala menyertai rotasi internal bahu bayi

7) Ekspulsi

Setelah putar paksi luar,bahu depan sampai dibawah simphisis dan menjadi *hipomoklion* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan seluruh badan bayi.



Gambar 2.3 Mekanisme persalinan Normal
(sumber Cunningham et Al.William Obstetrics Edisi -23,2010)

2.2.7 Persalinan Lama kala II

Persalinan lama disebut juga dengan *distosia* didefinisikan sebagai persalinan abnormal/sulit, partus lama, partus kasep ataupun partus terlantar

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida. Partus lama baik fase aktif memanjang maupun kala II memanjang yang menimbulkan efek terhadap keadaan ibu dan janin. Partus lama adalah waktu persalinan yang memanjang karena kemajuan persalinan yang terhambat. Persalinan lama memiliki definisi yang berbeda sesuai fase kehamilan (Kemenkes, 2013).

Persalinan kala II lama didefinisikan sebagai persalinan kala II yang lebih dari 3 jam dengan analgesia regional dan lebih dari 2 jam tanpa analgesia regional pada nullipara sedangkan pada multipara, keadaan ini didefinisikan sebagai persalinan kala II yang lebih 2 jam dengan analgesia regional dan lebih dari 1 jam tanpa analgesia regional (Cunningham, 2013) diperpanjang sampai 3 jam apabila digunakan analgesia regional.

Kala II lama adalah persalinan yang sudah dipimpin mengejan pada primigravida dibatasi 2 jam dan sedangkan pada multigravida dibatasi 1 jam dan diperpanjang sampai 2 jam apabila digunakan analgesia regional. (Saifuddin, 2010)

Upaya pemerintah yang dilakukan untuk mengatasi kejadian partus lama(*Prolonged Active Phase*) terdapat pada Permenkes Nomor 369/Menkes/SK/III/2017 tentang Standar Profesi Bidan yaitu sebagai profesi bidan diwajibkan memberikan pelayanan dalam asuhan kebidanan pada kala I persalinan seperti:pengaturan posisi, hidrasi, memberikan dukungan moril,

pengurangan nyeri tanpa obat, memantau kemajuan persalinan normal dan penggunaan partograf serta memantau proses penurunan janin melalui pemeriksaan dalam selama proses persalinan dan kelahiran.

1) Masalah yang ditimbulkan karena persalinan lama
   a. Persalinan lama menimbulkan komplikasi pada ibu dan bayi
   b. Fase laten lebih dari 8 jam
   c. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih tanpa pkelahiran bayi
   d. Dilatasi servik di kanan garis waspada pada partograf
2) Faktor predisposisi Persalinan Lama
   a. Bayi: Kepala janin besar, *hydrocephalus*, kelaianan letak/presentasi kepala, malpresentasi persisten, bayi kembar yang terkunci, bayi kembar siam.
   b. Jalan lahir: Panggul kecil karena ibu malnutrisi, deformitas panggul karena trauma atau polio, tumor daerah panggul, infeksi virus di perut atau uterus, terdapat jaringan parut.
   c. Faktor yang berhubungan dengan persalinan berjalan lama misalnya: aktifitas fisik di rumah,kekuatan ibu(*power*),posisi janin(*Passanger*), psikologi ibu(dominan), umur ibu, paritas ibu (Soviyati 2016; Ardhiyanti, 2016)
3) Etiologi Persalinan Lama

   Bergantung pada pengawasan selama hamil,pertolongan yang baik dan penatalaksanaan yang tepat pada saat proses persalinan

Menurut Sarwono (2009) penyebab persalinan lama di golongkan menjadi 3 yaitu:

a. Kelainan His

His yang tidak normal dalam kekuatannya atau sifatnya menyebabkan kesulitan pada jalan lahir tidak dapat dilatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Kelainan his disebabkan karena *inersia uteri* yaitu:

1. *Inersia Uteri*

   Disini his bersifat biasa dalam arti bahwa fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu pada bagian lainnya. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak berbahaya bagi ibu maupun janin kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama.

2. *Incoordinate Uterine Action*

   Disini sifat his berubah, tonus otot uterus meningkat, juga di luar his dan kontraksinya berlansung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi. Tidak adanya koordinasi antara bagian atas, tengah dan bagian bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang menaik menyebabkan nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia janin. (Prawirohardjo, 2010).Kelainan his adalah his yang tidak normal, baik kekuatan maupun

sifatnya, sehingga menghambat kelancaran persalinan. (Nugraheny, 2009)

b. Kelainan Janin

Persalinan dapat mengalami kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin (janin besar atau kelainan congenital dari janin).

c. Kelainan jalan lahir

Kelainan dalam bentuk atau ukuran jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan

4) Gejala klinik Persalina Lama

a. Ibu mengalami dehidrasi

b. Terdapat tanda infeksi pada ibu seperti Suhu, nadi dan pernafasan meningkat, abdomen meteorismus

c. Pada pemeriksaan abdomen dapat ditemukan meteorismus, ring bandle, dan ibu merasakan nyeri di segmen bawah rahim

d. Pada pemeriksaan vulva ditemukan edema vulva, cairan ketuban bau, cairan ketuban sudah bercampur dengan mekonial

e. Pada pemeriksaan dalam ditemukan adanya edema serviks, bagian terendah janin sulit untuk di dorong keatas, terdapat caput pada bagian terendah dari janin

f. Keadaan janin dalam kandungan asfiksia sampai dengan kematian janin

g. Terjadinya *rupture uteri iminens* sampai *rupture uteri*, terjadi perdarahan dan dapat menyebabkan kematian pada ibu (Manuaba, 2010)

5) Klasifikasi Persalinan Lama

a. Fase Laten memanjang: Fase laten yanga melampaui 20 jam pada primigravida atau 14 jam pada multipara

b. Fase Aktif memanjang: Fase aktif yang memanjang lebih dari 12 jam pada primi gravida dan lebih dari 6 jam dari multigravida, serta laju dilatasi servik kurang dari 1,5 cm

c. Kala II lama yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara.

6) Diagnosa Persalinan lama

Tanda dan Gejala	**Diagnosa**
Servik tidak membuka tidak ada his atau his tidak teratur	Belum Inpartu
Pembukaan serviks tidak melewati 4 cm sesudah 8 jam inpartu dengan his yang teratur	Fase laten memanjang
Pembukaan serviks melewati kanan garis waspada partograf	Fase aktif memanjang
Frekuensi his berkurang dari 3 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik	IInersia uteri
Pembukaan serviks dan penurunan bagian terbawah janin tidak maju dan adanya kaput, terdapat moulase yang hebat, odema serviks, tanda rupture uteri imminens, gawat janin	*Diproporsi Sefalopelvik*
Kelainan presentasi selain vertex dengan oksiput anterior)	Malpresentasi atau malposisi
Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengedan, tetapi tidak ada kemajuan pembukaan serviks dan penurunan bagi terbawah janin	Kala II lama

7) Dampak Persalinan Lama

a. Dampak bagi Ibu adalah *Antonia uteri*,perdarahan,infeksi,ibu kelelahan,shock,persalinan yang memerlukan tindakan.

b. Dampak bagi janin: *Asfiksia*,trauma cerebri akibat penekanan pada kepala janin,trauma kepala bayi karena proses persalinan dengan tindakan,kematian janin (Kusumahati,2010; Ardhiyanti,2016).

8) Penanganan Persalinan Lama

a. Fase Laten yang memanjang

1. Jika his berhenti, pasien belum memasuki masa inpartu atau disebut persalinan palsu. Jika his makin teratur dan pembukaan makin bertambah lebih dari 4 jam, masuk dalam fase laten.
2. Jika fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan, lakukan penilaian ulang terhadap serviks:
   - Jika ada kemajuan dan pendataran atau pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan lakukan induksi persalinan dengan oksitosin drip (lakukan penilaian setiap 4 jam; jika pasien tidak memasuki fase aktif setelah pemberian obat oksitosin selama 8 jam maka akan dilakukan SC.
   - Jika didapatkan tanda-tanda infeksi, maka harus segera dilakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin, berikan antibiotic kombinasi sampai dengan persalinan.
   - Jika ada pendataran atau pembukaan servik, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin (lakukan penilaian 4jam, jika pasien tidak masuk fase aktif setelah pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan SC).

b. Fase aktif yang memanjang

1. Jika tidak ada tanda-tanda *disproporsi sephalopelvik* dan ketuban masih utuh maka akan dilakukan amniotomi
2. Nilai His jika his tidak adekuat pertimbangkan aadanya inersia uteri jika his adekuat pertimbangkan adanya diproporsi obstruksi, malposisi, atau malpresentasi. Maka harus segera dilakukan perbaikan his dan mempercepat kemajuan persalinan

c. Kala II lama

1. Memimpin ibu meneran jika ada dorongan ingin meneran
2. Jika tidak ada malposisi diberikan drip oksitosin
3. Jika tidak ada kemajuan persalinan
   - Jika letak kepala lebih dari 1/5 diatas simphisis atau bagian tulang kepala dari station 0 dapat dilakukan ekstraksi vakum
   - Jika letak kepala antara 1/5-3/5 diatas simphisis dapat dilakukan vakum
   - Jika letak kepala lebih dari 3/5 diatas simphisis lakukan SC.

2.2.8 Patofisiologi

Presentasi janin dapat juga menyebabkan perpanjangan masa persalinan, misalnya posisi *oksipito* demikian juga besarnya janin lebih dari 4000 gram tidak mudah dilahirkan pervaginam, meskipun ukuran panggul normal (Rohani, 2011). Faktor penyebab kala II lama yaitu kelahiran jalan lahir yang sering ditemui saat kepala fetus terlalu besar untuk rongga pelvis, adanya persalin yang tidak efektif serta dystosia jaringan lunak, maka kondisi tersebut akan menghambat kemajuan persalinan serta akan menimbulkan

komplikasi pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2010).

2.2.9 Faktor Predisposisi

Faktor Predisposisi pada kala II yaitu ketika fase laten lebih dari 8 jam dan persalinan telah berlangsung selama 12 jam atau lebih tetapi bayi di dalam kandungan belum lahir, pembukaan serviks melewati kanan garis waspada dalam partograf pada persalinan fase aktif. (Prawirohardjo, 2010).

Masalah lain yang mungkin terjadi (tetapi jarang) adalah tali pusat yang pendek, yang kadang-kadang membatasi gerak turun bayi atau menyebabkan denyut jantung janin melambat selama kontraksi. Kadang-kadang tali pusat yang melilit di sekitar leher atau anggota gerak bayi mempunyai efek yang sama dengan tali pusat yang pendek. Selain itu, distosia bahu juga terjadi (Simkin, 2009).

2.2.10 Prognosis

Prognosis dari partus kala II lama ini ditentukan oleh kecepatan dan ketepatan dalam mendiagnosis serta menanganinya. Semakin lama partus tersebut berlangsung, maka semakin besar kemungkinan terjadinya partus lama dan semakin banyak komplikasi yang ditimbulkan baik pada ibu maupun pada janinnya hingga terjadinya partus kasep. (Mochtar, 2013).

2.2.11 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada kala II lama menurut Prawirohardjo (2010) adalah:Upaya mengejan ibu menambah resiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen ke plasenta, maka dari itu sebaiknya dianjurkan mengedan secara spontan, mengedan dan menahan nafas yang etrlalu lama tidak dianjurkan. Perhatikan DJJ bradikardi yang lama mungkin terjadi

akibat lilitan tali pusat. Dalam hal ini lakukan *ekstraksi vakum* atau *forcep* bila syarat memenuhi.

Bila malpresentasi dan tanda *obstruksi* bias disingkirkan, berikan oksitosin drip. Bila pemberian oksitosin drip tidak ada kemajuan dalam 1 jam, lahirkan dengan bantuan *ekstraksi vacuum atau forcep* bila persyaratan terpanuhi. Lahirkan dengan secsio sesarea.

Penatalaksanaan partus lama antara lain :

1) Pencegahan (Oxorn, 2010)
   a. Persiapan kelahiran bayi dan perawatan prenatal yang baik akan mengurangi insidensi partus lama.
   b. Persalinan tidak boleh diinduksi atau dipaksakan kalau serviks belum matang. Serviks yang matang adalah servik yang panjangnya kurang dari 1,27 cm (0,5 mg) sudah mengalami pendataran, terbuka sehingga bisa dimasuki sedikitnya satu jari dan lunak serta bisa dilebarkan
2) Tindakan suportif
   a. Selama persalinan, semangat pasien harus didukung. Kita harus membesarkan hatinya dengan menghindari kata-kata yang dapat menimbulkan kekhawatiran dalam diri pasien.
   b. Intake cairan sedikitnya 2500 ml per hari. Pada semua partus lama, intake cairan sebanyak ini di pertahankan melalui pemberian infus larutan glukosa. Dehidrasi, dengan tanda adanya acetone dalam urine, harus dicegah Makanan yang dimakan dalam proses persalinan tidak akan tercerna dengan baik. (Oxorn, 2010)

c. Makanan ini akan tertinggal dalam lambung sehingga menimbulkan bahaya muntah dan aspirasi. Karena waktu itu, pada persalinan yang berlangsung lama di pasang infus untuk pemberian kalori. (Oxorn, 2010)

d. Pengosongan kandung kemih dan usus harus memadai.Kandung kemih dan rectum yang penuh tidak saja menimbulkan perasaan lebih mudah cidera dibanding dalam keadaan kosong. (Manuaba, 2007)

e. Meskipun wanita yang berada dalam proses persalinan, harus diistirahatkan dengan pemberian sedatif dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik, namun semua preparat ini harus digunakan dengan bijaksana. Narcosis dalam jumlah yang berlebihan dapat menganggu kontraksi dan membahayakan bayinya. (Normitz, 2006).

f. Pemeriksaan rectal atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas. (Oxorn, 2010).

g. Apabila hasil-hasil pemeriksaan menunjukkan adanya kemajuan dan kelahiran diperkirakan terjadi dalam jangka waktu yang layak serta terdapat gawat janin ataupun ibu tetapi supotif diberikan dan persalinan berlangsung secara spontan. (Oxon, 2010).

3) Perawatan Pendahuluan

Penatalaksanaan menurut Oxorn (2010), penderita dengan partus

lama adalah sebagai berikut:

a. Suntikan Cortone acetate 100-200 mg intramuskular

b. Penisilin prokain : 1 juta IU intramuskular

c. Streptomisin 1 gr intramuskular

d. Infus cairan :

a) Larutan garam fisiologi

b) Larutan glukose 5-100% pada janin pertama : 1 literataujam

Istirahat 1 jam untuk observasi, kecuali bila keadaan mengharuskan untuk segera bertindak.

2.3 Konsep Tulang Panggul

2.3.1 Pengertian

Pelvis (panggul) tersusun atas empat tulang *sacrum, koksigis* dan dua tulang *inominata* yang berbentuk oleh *fusi ilium, iskium*, dan *pubis*. Tulang-tulang *inominata* bersendi dengan *sacrum* pada *sinkondrosis sakroiliaka* dan bersendi dengan tulang *inominata* sebelahnya di *simfisis pubis* (Cunningham,et al:2010)

Tulang panggul adalah serangkaian tulang yang terletak diantara tulang punggung dan kaki. Area ini menajdi bagian terpenting dari tubuh karena saraf utama, organ reproduksi, kandung kemih dan usus terletak berdekatan dan terlindungi oleh tulang panggul.

Setiap wanita mempunyai anatomi panggul yang unik dan berbeda satu dengan yang lain. Panggul terdiri dari bagian keras panggul (dibentuk oleh tulang) dan bagian lunak panggul (dibentuk otot, jaringan, ligament).

2.3.2 Fungsi panggul wanita

1) Fungsi Panggul keras wanita
    1. Panggul besar untuk menyangga isi abdomen
    2. Panggul kecil untuk membentuk jalan lahir dan tempat alat genetalia
2) Fungsi bagian lunak panggul wanita adalah sebagai berikut:
    1. Membentuk lapisan dalam jalan lahir
    2. Menyangga alat genetalia agar tetap dalam posisi normal saat hamil maupun nifas
    3. Saat persalinan berperan dalam proses kelahiran dari kala Uri

Tulang panggul yang lunak

Bagian panggul yang lunak terdiri dari otot-otot dan ligament yang meliputi dinding panggul sebelah dalam dan menutupi panggul sebelah bawah. Bagian yang membentuk dasar panggul disebut *diafragma pelvis*

Diafragma pelvis terdiri dari:

1) *Pars Muskularis*

    Pars Muskularis yaitu *muskulus levator ani* yang terletak agak ke belakang dan merupakan suatu sekat yang ditembus oleh rectum.

2) *Pars Membranosa*

    Pars Muskularis yaitu *diafragma urogenital* yang terletak antara *muskulus pubio kogsigeus* kiri kanan tderdapat celah berbentuk segitiga yang disebut *hiatus urogenitalis* yang tertutup oleh sekat yang disebut *diafragma urogenitalis*.Sekat ini menutupi pintu bawah panggul disebelah depan dan ditembus oleh ureter dan vagina

3) *Regio perineum*

Regio Perineum merupakan bagian termuka dari pintu bawah panggul, yang terdiri dari 2 bagian yaitu:

a. *Regio analis* disebelah belakang yang terdapat *spingter ani eksternus* yang mengelilingi anus dan liang senggama bagian bawah

b. *Regio Urogenital* terdapat *muskulus ischiokavernous* dan *muskulus transverses perinea supervisialis*

4) Ruang Panggul dibagi menjadi dua yaitu:

a. Panggul Besar (*Pelvis Mayor*)

Bagian panggul yang terletak diatas linea terminalis (*fase pelvis*). Panggul besar berfungsi mendukung isi perut

b. Panggul Kecil (*Pelvis Minor*)

Bagian panggul yang terletak pada linea terminalis (*true pelvis*). Panggul kecil ini merupakan wadah alat kandungan dan menentukan berntuk jalan lahir serta mempunyai peran penting dalam persalinan.

2.3.3 Pembagian Tulang Panggul

Tulang panggul terdiri dari tiga tulang yang menyatu, yaitu tulang pinggul, sacrum dan tulang ekor. Tulang pinggul terdiri atas tiga bagian,yaitu

1) *Os Ilium* (Tulang Usus)

Ilium merupakan bagian terbesar dari tulang pinggul. Bentuknya lebar seperti kipas dan melengkung. Batas atasnya yang tebal disebut *crista illiaka*. Ujung depan dan belakang dari *crista illiaka* menonjol

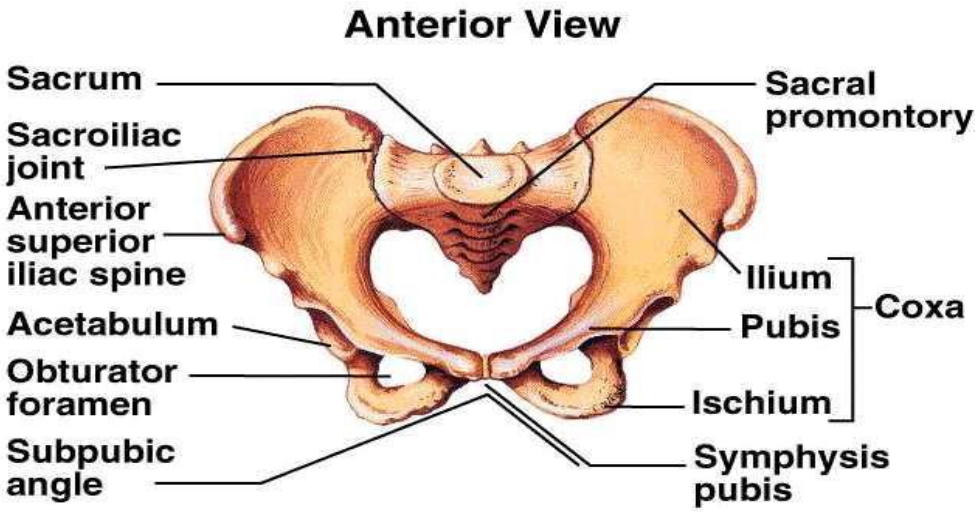
disebut *spina illiaka anterior superior* dan *spina illiaka posterior superior.* Tonjolan tulang di bawah *spina illiaka anterior superior* disebut *spina illiaka anterior inferior* dan sebelah bawah *spina illiaka posterior superior* disebut *spina illiaka posterior inferior*. Dibawah *spina illiaka posterior inferior* terdapat tekik atau cekungan disebut *incisura iskhiadika mayor*. Garis yang membatasi panggul besar dan panggul kecil disebut *linea inominata* atau *linea terminalis.*

2) *Os Sakrum* (Tulang Kelangkang)

Posisi sacrum berada di belakang panggul dan terdiri dari lima tulang belakang yang menyatu. Sakrum juga membantu dalam menopang berat badan tubuh.

3) *Os Coxcigys* (Tulang Tungging)

Tulang ekor / Tungging berada di bagian bawah *sacrum*. Bagian ini bertugas sebagai penghubung berbagai otot yang membantu kita berjalan, berlari dan menggerakkan kaki, yang berbentuk segitiga dan terdiri dari 3-5 ruas. Pada saat persalinan, ujung tulang tungging dapat ditolak sedikit ke belakang, sehingga ukuran pintu bawah panggul bertambah besar.



Gambar 2.4 panggul
(Sumber:jurnalbidandiah.blogspot,com,2014)

2.4 Konsep Pelvic Rocking

2.4.1 Pengertian

Pelvic Rocking Exercise adalah latihan yang membuat gerakan kecil di panggul.Gerakan mendorong panggul dapat membantu bayi berubah posisi yang benar/belakang kepala sehingga memungkinkan proses persalinan menjadi lebih cepat (Apriia, 2019)

Pelvic Rocking dengan Gymball adalah menggoyangkan panggul dengan menggunakan bola persalinan. Pada saat proses persalinan memasuki kala I duduk diatas bola dengan gerakan mendorong,seperti melakukan ayunan atau membuat gerakan memutar panggul ke depan,belakang,kanan dan kiri bermanfaat untuk membantu proses penurunan janin ke dalam panggul, gerakan yang lembut yang dilakukan diatas bola membantu menjaga janin agar sejajar di panggul dan mampu

mengurani rasa sakit saat kontraksi sehingga ibu bersalin lebih rileks (Aprilia,2019)

Mobilisasi persalinan dengan *pelvic rocking* yaitu gerakan mengayunkan dan mengerakkan pinggul kedepan dan kebelakang, sisi kanan kiri, berputar sehingga dilatasi serviks dapat terjadi lebih cepat. Teori ini sesuai dengan penelitian, yang menerangkan *pelvic rocking* dapat membantu pembukaan serviks pada kala I fase aktif (Aprilia, 2011).

2.4.2 Fungsi *Pelvic Rocking Exercise*

Teori Theresia Jamieson (2011) mengatakan bahwa *pelvic rocking* .merupakan cara yang efektif untuk bersantai untuk bagian tubuh bagian bawah terutama daerah panggul. Teknik ini sering disarankan dalam proses persalinan normal, yang dapat meningkatkan relaksasi untuk membantu kepala bayi masuk kedalam panggul sehingga memungkinkan untuk mempercepat kemajuan persalinan.

Ketika memasukki awal kehamilan trimester III, ketika bulan ke tujuh hingga kesembilan uterus akan membesar dan akan mendesak panggul.Akibatnya merangsang ibu hamil akan sering buang air kecil, ukuran uterus yang membesar juga sering menimbulkan keluhan ibu hamil sering sakit pinggang dan punggung, latihan *pelvic rocking* dapat digunakan untuk mengurangi nyeri punggung (The Asian Parent, 2014).

Saat kehamilan melakukan *pelvic rocking* dapat menjaga otot-otot yang mendukung tulang belakang.

Pada saat persalinan kala I dengan perlahan mengayunkan dan menggoyangkan pinggul (*pelvic rocking* dengan posisi duduk tegak diatas gymball akan memberikan berbagai keuntungan seperti :

a. Meningkatkan aliran darah ke rahim, plasenta dan bayi
b. Meredakan tekanan dan dapat meningkatkan outlet panggul sebanyak 30%
c. Nyaman untuk lutut dan pergelangan kaki
d. Postur ini membuat gaya gravitasi mendorong turunya kepala bayi
e. Saat ibu bergoyang panggul di atas bola dengan posisi duduk tegak maka panggul lebih rileks
f. Mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan
g. Membantu kontraksi rahim lebih efektif dalam membawa bayi melalui panggul jika sang ibu tegak dan bisa bersandar ke depan.
h. Tekanan dari kepala bayi pada leher rahim tetap konstan ketika seorang wanita diposisikan tegak, sehingga dilatasi serviks dapat terjadi lebih cepat.
i. Ligamen/otot di sekitar panggul lebih rileks
j. Bidang luas panggul lebih lebar sehingga memudahkan kepala bayi turun ke dasar panggul.

Posisi ini mempermudah ibu hamil melakukan gerakan rotasi diatas gymball, untuk menjaga agar otot disekitar panggul terbuka dan perineum lentur sehingga mempermudah proses persalinan (Aprilia, 2019)

2.4.3 Indikasi dan kontraindikasi melakukan *Pelvic rocking* dengan Gymball

Semua ibu bersalin dapat melakukan *pelvic rocking exercise* dengan gymball pada proses persalinan menurut Gau M-L dalam Kurniawati (2017).*Pelvic rocking exercise* bermanfaat secara fisik sehingga dapat digunakan selama persalinan.*Pelvic rocking exercise* tidak memberikan dampak yang negaif terhadap keadaan ibu maupun bayi (Mathew, 2012). Tetap ada beberapa kondisi yang menjadikan ibu bersalin tidak diperbolehkan melakukan *pelvic rocking exercise* dengan gymball ini. Menurut *American Callage of Obstetrician and Gynecologist* dalam Artal (2013), latihan *pelvic rocking Exercise* pada masa kehamilan dihentikan apabila dalam kondisi berikut:

a. Kehamilan dengan penyakit jantung
b. Kehamilan dengan penyakit paru-paru
c. Leher rahi/serviks yang tidak kompeten
d. Kehamilan ganda
e. Antepartum Bleeding
f. Ketuban Pecah dini
g. Kehamilan dengan hipertensi
h. Kelemahan otot
i. Menurunnya gerakan janin.

2.4.4 Langkah-langkah *Pelvic Rocking Exercise* dengan *Gymball*

Pelvic rocking dapat dilakukan dengan beberapa cara, bisa dengan alat bantu seperti bola besar atau tanpa menggunakan alat peraga. Menurut Aprilia (2011), Birthing ball atau dikenal dengan bola persalinan,

dengan cara seorang ibu duduk diatas bola, diasumsikan mirip dengan dengan berjongkok membuka panggul, kemudian dilakukan gerakan mengoyang panggul secara lembut

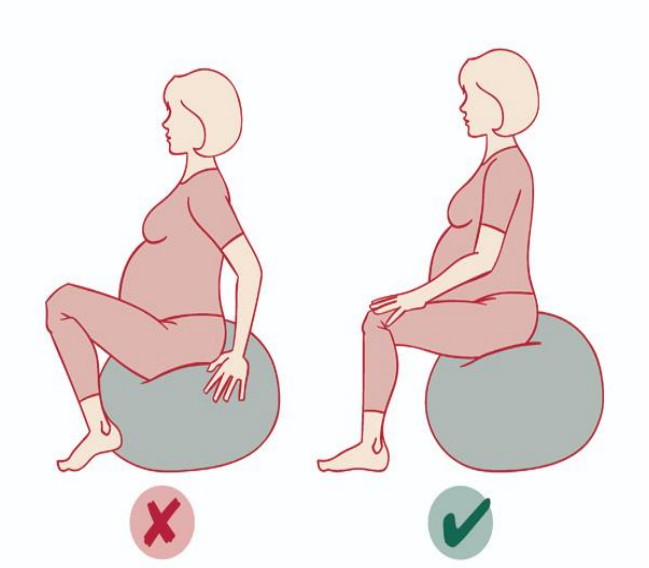
Berikut ini merupakan langkah-langkah melakukan *Pelvic Rocking Exercise* dengan Gymball pada proses persalinan kala I fase Aktif:

a. Mempersiapkan Gymball
b. Menyesuaikan tinggi badan klien dan ukuran bola.Bola berukuran 65 cm adalah bola dengan bentuk dan ukuran yang cukup umum. Apabila wanita memiliki tinggi tubuh 170 cm maka dapat digunakan bola berukuran 75 cm (Weiss,2004). Bola dapat disesuaikan dengan menambah atau mengurangi udara sehingga didapatkan bola yang cukup keras tetapi membal jika digunakan (Varney, 2010)
c. Pastikan menggunakan Gymball dilantai yang kering dan tidak licin serta tidak menggunakan kaos kaki (Weiss, 2004)
d. Mempersilakan ibu untuk duduk diatas bola dengan membuka kaki dan tungkai terpisah selebar 61 cm (Varney, 2008). Pastikan posisi pinggul lebih tinggi daripada lutut. Apabila posisi lutut lebih tinggi dari pinggul,maka dapat menyebabkan kurang optimalnya posisi bayi yang akan mengakibatkan prosese persalinan lebih lama (Lindsey, 2017).
e. Menjaga keseimbangan,ketika ibu mula-mula duduk diatas bola, ibu mungkin akan merasa tidak stabil. Sebaiknya ibu berpegangan pada tempat tidur atau pasangannya sampai ibu benar-benar seimbang.Begitu pula ketika ibu duduk diatas bola, ia harus menahannya agar yakin bola tidak akan mengelinding (Simkin dan

Ruth,2005). Untuk mempertahankan keseimbangan, maka harus dipastikan bahwa ibu sudah berada dalam posisi yang bagus, ibu harus dalam posisi duduk tegak.

Melakukan gerakan *Pelvic Rocking Exercise* dengan Gymball sebagai berikut:

1) Gerakan memutar panggul dalam pola lingkaran atau pola angka delapan. Pola ini dapat membantu mendorong penurunan janin ke dalam panggul (varney, 2008). Gerakan dilakukan perlahan 2-3 menit (Rohma, 2017).



Gambar 2.5 gerakan pelvic rocking dengan gymball
(Sumber:Rohma,2017)

2) Menjulurkan badan kedepan beberapa saat lalu kembali lagi ke posisi semula. Posisi ini dapat meluruskan sumbu panjang uterus dan janin dengan panggul ibu serta memfasilitasi posisi

ubun-ubun kecil (varney, 2008). Gerakan ini dilakukan perlahan 2-3 menit (Rohma, 2017).

Gambar 2.6 gerakan badan menjulur kedepan
(Sumber:Rohma,2017)

3) Gerakan memantul dengan lembut diatas bola (Zaky, 2016). Gerakan ini dilakukan perlahan 2-3 menit (Rohma, 2017).

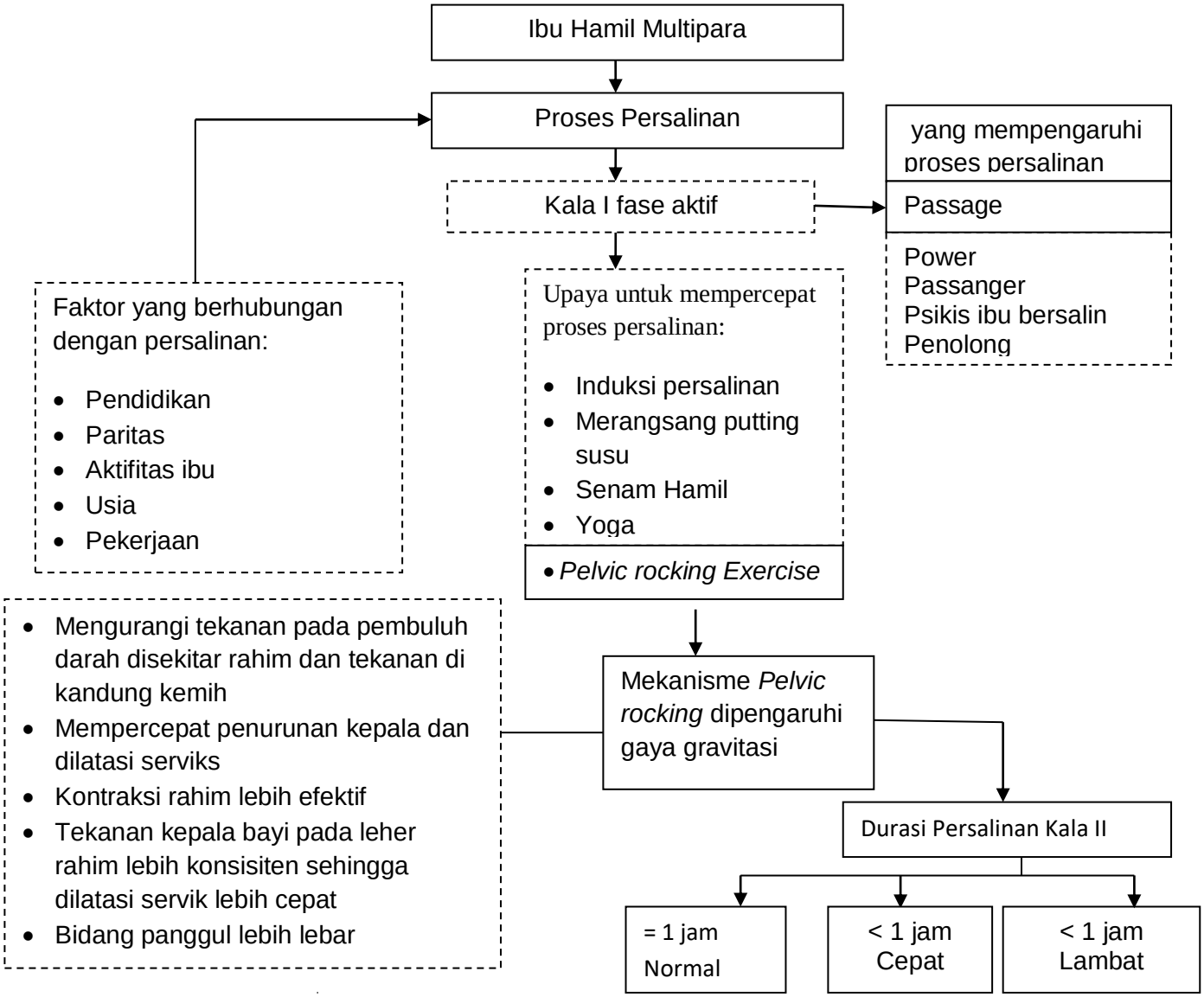
   Setelah melakukan 1 gerakan atau ketika ibu merasakan kontraksi maka dianjurkan untuk beristirahat dan mengambil nafas. Gerakan-gerakan diatas dapat dilakukan selama dalam kala I fase aktif setiap 10-20 menit saat tidak ada his minimal 6 kali dapat dilakukan pengulangan gerakan (Rohma, 2017).

   Menurut Simkin dan Ruth (2005) gerakan diatas dapat disudahi apabila ibu sangat lelah, kelahiran sudah menjelang atau ibu menolak berkaitan dengan bertambahnya nyeri.

Namun, jika dijelaskan bahwa posisi ini akan meningkatkan kemajuan persalinan, ibu mungkin bersedia untuk mencobanya.

Gambar 2.7 Gerakan memantul
(Sumber:Rohma,2017)

2.5 Kerangka Konsep



Bagan 2.1 Kerangka konsep Pengaruh Pelvic ricking exercise terhadap persalinan Kala II pada multipara

Keterangan:

: Diteliti

: Tidak diteliti

= Berhubungan

= dipengaruhi

2.6 HIPOTESIS PENELITIAN

H_1 : Adanya pengaruh antara gerakan *Pelvic Rocking Exercise* terhadap lama waktu persalinan kala II pada Multipara

H_0 : Tidak ada pengaruh antara gerakan *Pelvic Rocking Exercise* terhadap lama waktu persalinan kala II pada Multipara