

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Persalinan**

##### **2.1.1 Definisi Persalinan**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang di tandai dengan perubahan serviks secara progresif dan di akhiri dengan kelahiran plasenta. (Sulistyawati dan Esti Nugraheny, 2013).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam. Produk konsepsi yang di dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dala keharmonisan untuk melahirkan bayi. (Walyani dan Th. Endang, 2016).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan di anggap normal jika prosenya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. (Purwati dan Sulistiyah, 2017).

##### **2.1.2 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan**

Menurut Sulistyawati dan Esti (2013) diketahui bahwa selama kehamilan, dalam tubuh wanita terdapat dua hormon yang dominan yaitu:

a. Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis.

b. Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Estrogen dan progesteron harus dalam komposisi keseimbangan, sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron memicu oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis posterior, hal tersebut menyebabkan kontraksi yang disebut dengan *Braxton Hicks*. Kontraksi *Braxton Hicks* akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya proses persalinan sesungguhnya, oleh karena itu makin matang usia kehamilan maka frekuensi kontraksi ini akan semakin sering.

Oksitosin diduga bekerja sama dengan prostaglandin, yang kadarnya makin meningkat mulai dari usia kehamilan minggu ke-15. Disamping itu, faktor status gizi wanita hamil dan keregangan otot rahim juga secara penting mempengaruhi dimulainya kontraksi otot rahim.

Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui benar, yang ada hanya berupa teori-teori yang kompleks antara lain karena faktor-faktor hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi.

1) Penurunan kadar progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan atau 1-2 minggu sebelum partus terjadi penurunan pada progesteron sehingga timbul his. (Purwati dan Sulistiyah, 2017).

2) Teori oksitosin

Menurut Sulistyawati dan Esti (2013) Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hiks*.
- c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

3) Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, *villi chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus. (Sulistyawati dan Esti, 2013).

4) Teori distensi rahim

- a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

c) Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini. (Sulistyawati dan Esti, 2013).

5) Teori iritasi mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (*fleksus frankenhauser*), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus. (Sulistyawati dan Esti, 2013).

6) Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

a) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

b) Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus. (Sulistyawati dan Esti, 2013).

7) Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 sampai aterm terus meningkat. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostaglandin di anggap dapat memicu terjadinya persalinan. (Purwati dan Sulistiyah, 2017).

8) Induksi persalinan

Menurut Sulistyawati dan Esti (2013) persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut:

a) Gagang laminaria: dengan laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang *fleksus frankenhauser*.

b) Amniotomi: pemecahan ketuban

c) Oksitosin drip: pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

### 2.1.3 Permulaan Persalinan

Tanda Persalinan Sudah Dekat

#### a. *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut:

- 1) Kontraksi *Braxton Hiks*
- 2) ketegangan dinding perut
- 3) ketegangan ligamentum rotundum
- 4) gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus

Masuknya kepala janin ke dalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) terasa ringan di bagian atas dan rasa sesak berkurang
- b) di bagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- c) kesulitan saat berjalan
- d) sering berkemih

Gambaran *Lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ke tiga P, yaitu *power* (his), *passage* (jalan lahir), dan *passanger* (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan. (Sulistyawati dan Esti, 2013).

#### b. Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi *Braxton Hiks* yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu,

terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
- 2) Datang tidak teratur.
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- 4) Durasi pendek.
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas. (Sulistyawati dan Esti, 2013).

#### **2.1.4 Tanda Masuk Dalam Persalinan**

##### **a. Terjadinya his persalinan**

Karakter dari his persalinan.

- 1) pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- 2) sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- 3) Terjadi perubahan pada serviks
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

##### **b. Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan)**

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan

2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.

3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka akhirnya persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau *sectio caesarea*. (Sulistiyawati dan Esti, 2013).

### 2.1.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Adapun faktor-faktor yang dapat memengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang (*Passanger*), jalan lahir (*passage*), kekuatan (*power*), posisi ibu (*positioning*), dan respon psikologis (*psychology response*). Masing-masing dari faktor tersebut dijelaskan berikut ini:

a. Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul. Sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak terdiri dari otot-otot dan ligamentum yang meliputi dinding panggul sebelah dalam dan menutupi panggul sebelah bawah. Yang menutupi panggul dari bawah membentuk dasar panggul, disebut diafragma pelvis.

Bidang-bidang:

1) Bidang hodge I: dibentik pada lingkaran PAP dengan bagian atas *symphisis* dan promontorium.

- 2) Bidang hodge II: sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah *symphysis*.
  - 3) Bidang hodge III: sejajar dengan hodge I dan II setinggi *spina aschiadika* kanan dan kiri.
  - 4) Bidang hodge IV: sejajar hodge I, II, III setinggi os *coccygis*
- a) Ukuran luar panggul
- (1) Distansia spinarum: jarak antara kedua spina illiaca anterior superior: 24-26 cm
  - (2) Distansia cristarum: jarak antara kedua crista illiaca kanan dan kiri: 28-30 cm
  - (3) Konjugata externa (*Boudeloque*) 18-20 cm.
  - (4) Lingkaran panggul 80-90 cm
  - (5) Konjugata diagonalis (periksa dalam) 12,5 cm
  - (6) Distansia Tuberum (dipakai Oseander) 10,5 cm
- b) Ukuran dalam panggul
- Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh *promontorium*, *linea inniminata*, dan pinggir atas *symphysis pubis*.
- (1) Konjugata vera: dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis: 10,5-11 cm.
  - (2) Konjugata transversa 12-13 cm.
  - (3) Konjugata *obliqua* 13 cm.
  - (4) Konjugata *obstetrica* adalah jarak bagian tengah *symphysis* ke *promontorium*
- Ruang tengah panggul:
- (a) Bidang terluas ukurannya 13 x 12,5 cm
  - (b) Bidang tersempit ukurannya 11,5 x 11 cm
  - (c) Jarak antar *spina ischiadica* 11 cm

Pintu bawah panggul (*outlet*):

- a. Ukuran anterior posterior 10-11 cm
- b. Ukuran melintang 10,5 cm
- c. *Arcus pubis* membentuk sudut 90° lebih, pada laki-laki kurang 80°.

(Purwati dan Sulistiyah, 2017).

b. Power (kekuatan ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament.

a. His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang di mulai dari daerah fundus uteri dimana tuba fallopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut. Pada waktu kontraksi, otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna memiliki sifat:

- a) Kontraksi simetris
- b) Fundus dominan
- c) Relaksasi

Pada waktu berkontraksi, otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi menebal dan lebih pendek. Kafum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantong amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks. His memiliki sifat antara lain:

- (1) Involutir
- (2) Intermiten
- (3) Terasa sakit
- (4) Terkoordinasi

(5) Serta kadang dipengaruhi oleh fisik, kimia, psikis.

Perubahan-perubahan akibat his:

- a. Pada uterus dan serviks: uterus terasa keras/padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauteri naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi).
- b. Pada ibu: rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi uterus, juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.
- c. Pada janin: pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis, jika benar-benar terjadi hipoksia janin yang agak lama, misalnya pada kontraksi tetanik, maka terjadi gawat janin asfiksia dengan denyut jantung janin di atas 160 per menit, tidak teratur.

Pembagian dan sifatnya

- 1) His palsu atau pendahuluan
  - a) His tidak kuat, tidak teratur
  - b) Dilatasi serviks tidak terjadi
- 2) His pembukaan kala I
  - a) His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10
  - b) Mulai makin, teratur dan sakit
- 3) His pengeluaran atau his mengejan (kala II)
  - a) Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama
  - b) His untuk mengeluarkan janin
  - c) Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

4) His pelepasan uri (kala III)

a) Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

5) His pengiring (Kala IV)

a) Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (meriang) pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

(Walyani dan Th. Endang, 2016).

b. Tenaga Meneran

Tenaga meneran pasien akan semakin menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong ke luar. Dorongan meneran akan semakin meningkat ketika pasien dalam posisi yang nyaman, misalnya setengah duduk, jongkok, berdiri, atau miring kiri. (Sulistyawati dan Esti, 2013).

c. Passanger (Isi Kehamilan)

Passanger terdiri dari:

a. Janin

Pembahasan mengenai janin sebagai passanger sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Penolong persalinan berkeyakinan jika kepala janin sudah dapat lahi, maka bagian tubuh yang lain akan dengan mudah menyusul. Tulang-tulang penyusun kepala janin terdiri dari:

a) Dua buah os. parietalis

b) Satu buah os. oksipitalis

c) Dua buah os. frontalis

Antara tulang satu dengan lainnya berhubungan melalui membran yang kelak setelah hidup di luar uterus akan berkembang menjadi tulang. Batas antara dua tulang disebut suturadan diantara sudut-sudut tulang terdapat ruang yang di tutupi oleh membran yang disebut fontanel. Pada tulang tengkorak janin dikenal beberapa sutura, antara lain:

(1) Sutura sagitalis superior

Menghubungkan kedua os. parietalis kanan dan kiri

(2) Sutura koronaria

Menghubungkan os. parietalis dengan os. Frontalis

(3) Sutura lambdoidea

Menghubungkan os. parietalis dengan os. oksipitalis

(4) Sutura frontalis

Menghubungkan kedua os. frontalis kanan dan kiri.

Terdapat dua fontanel (ubun-ubun) antara lain:

a. Fontanel minor (ubun-ubun kecil)

1) Berbentuk segitiga

2) Tersapat disutura sagitalis superior bersilang dengan sutura lambdoidea

3) Sebagai penyebut (penunjuk presentasi kepala) dalam persalinan, yang diketahui melalui pemeriksaan dalam (*vaginal touche*). Pada saat tangan pemeriksa meraba kepala janin, ketika terasa adanya cekungan yang berbentuk segitiga, itulah ubun-ubun kecil.

b. Fontanel mayor (ubun-ubun besar/bregma)

1) Berbentuk segi empat panjang

2) Terdapat di sutura sagitalis superior dan sutura frontalis bersilang dengan sutura koronaria

c. Moulage (Molase) Kepala Janin

Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin, memungkinkan adanya penyisipan antar bagian tulang (*overlapping*) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. Proses ini disebut molase.

Ukuran-ukuran penting kepala janin

1) Diameter *suboccipito bregmatika* (10 cm)

Jika kepala janin dilahirkan dalam presentasi belakang kepala, maka kepala janin akan melintasi vulva dalam ukuran di atas. Presentasi belakang kepala merupakan presentasi yang paling menguntungkan sedangkan presentasi dahi adalah yang paling meregangkan dan merusak vulva sehingga membutuhkan episiotomi paling besar.

2) Diameter *suboksipito frontalis* (11 cm)

Jika kepala janin dilahirkan dalam presentasi puncak kepala, maka dalam ukuran inilah kepala janin melintasi vulva.

3) Diameter oksipito mento vertikal (13 cm)

Ukuran ini terjadi pada persalinan dengan presentasi puncak dahi.

4) Diameter submento bregmatika (10 cm)

Ukuran ini terjadi pada presentasi muka, sama dengan diameter submento bregmatika tetapi pada persalinan letak muka kepala tidak dapat mengadakan molase seperti pada presentasi belakang kepala.

5) Diameter biparietalis (9,5 cm)

Ini adalah ukuran antara tuber os. parietalis kiri dan kanan, merupakan ukuran terbesar melintang dari kepala.

6) Diameter bitemporalis (8 cm)

Ini adalah ukuran antara os. temporalis kanan dan kiri.

### **Hubungan janin dengan jalan lahir**

- a) Sikap: menunjukkan hubungan bagian-bagian janin satu sama lain. Biasanya tubuh janin berbentuk lonjong (ovoid) kira-kira sesuai dengan bentuk kavum uterus. Punggung agak membungkuk, kepala menunduk hingga dagu menyentuh dada, lengan bersilang di depan dada, tungkai bersilang di depan perut, dan tali pusat terletak diantara kedua lengan dan tungkai.
- b) Letak (situs): menunjukkan hubungan sumbu janin dengan sumbu jalan lahir. Bila kedua sumbunya sejajar disebut letak memanjang, bila tegak lurus satu sama lain disebut letak melintang.
- c) Presentasi dan bagian terbawah: presentasi menunjukkan bagian janin yang terdapat di bagian terbawah jalan lahir. Bagian janin yang terbawah menyebutkan presentasi janin tersebut. Pada letak memanjang, bagian terbawah yaitu dapat kepala atau bokong, sehingga terdapat presentasi kepala atau presentasi bokong. Pada letak melintang bagian terbawahnya bahu, sehingga terdapat presentasi bahu.
- d) Presentasi kepala dapat bermacam-macam, tergantung sikap kepala terhadap badan janin. Apabila kepala fleksi maksimal, bagian terbawahnya adalah belakang kepala (verteks)/presentasi belakang kepala. Apabila kepala defleksi maksimal, bagian terbawahnya muka/presentasi muka. Apabila janin bersikap antara kedua kondisi ekstrim ini, maka terdapat presentasi sinsiput dengan bagian bawah ubun-ubun besar, dan presentasi dahi dengan bagian terbawah dahi. Kedua presentasi terakhir ini hanya merupakan presentasi transisi, karena dengan majunya partus akan beralih menjadi presentasi belakang kepala atau presentasi muka.

e) Pada presentasi bokong, bila kedua tungkainya lurus di samping badan janin (*extended leggs*), maka bagian terbawahnya hanyalah bokong sehingga disebut presentasi bokong (*frank breech presentation*), bila kedua tungkainya bersilang di samping bokong, bagian terbawahnya bokong dan kaki sehingga disebut presentasi bokong kaki (*full breech presentation*), dan bila salah satu atau kedua kakinya menjulur lebih bawah dari bokongnya maka disebut presentasi kaki (*single or double foot or footling presentation*).

### **Posisi dan Penyebab**

Posisi menunjukkan hubungan bagian janin tertentu (penyebut, umpamanya ubun-ubun kecil, agu, atau sakrum) dengan bagian kiri, kanan, depan lintang (*lateral*), dan belakang dari jalan lahir. Penyebut ini pada persalinan fisiologis akan berputar ke depan.

Penyebut persalinan akan diketahui melalui pemeriksaan vagina dan dinyatakan dalam arah jarum jam, misalnya UUK di jam 2, berarti ubun-ubun kecil kiri depan. Untuk memahami hal ini, sangat diperlukan kemampuan untuk berimajinasi mengenai posisi dan presentasi janin dalam rahim. (Sulistyawati dan Esti, 2013).

#### **d. Placenta**

Placenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau *passanger* yang menyertai janin namun placenta jarang menghambat pada persalinan. (Purwati dan Sulistiyah, 2017).

#### **e. Air ketuban**

Amnion pada kehamilan *aterm* merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah membran janin paling dalam dan berdampingan dengan cairan amnion. Struktur avaskuler khusus ini memiliki peran penting dalam kehamilan manusia. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua

kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah *ruptura* atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga disaat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi di awal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh. (Purwati dan Sulistiyah, 2017).

#### **2.1.6 Tahapan Persalinan**

Tahapan persalinan terdiri atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan/observasi/pemulihan).

##### **a. Kala I**

Didefinisikan sebagai permulaan persalinan yang sebenarnya. Dibuktikan dengan perubahan serviks yang cepat dan diakhiri dengan dilatasi serviks yang komplit (10 cm), hal ini dikenal juga sebagai tahap dilatasi serviks. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan untuk multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. (Purwati dan Sulistiyah, 2017).

##### **b. Kala II**

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan

dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm. Gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

- 1) His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang di tandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya *fleksus frankenhouser*.
- 4) Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai *hipomochlion*, berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- 6) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut.
  - a) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
  - b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikaitkan untuk melahirkan sisa badan bayi
  - c) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban
- 7) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit

(Sulistyawati dan Esti, 2013).

### c. Kala III

Kala III yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya.

Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brand androw), seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200cc. (Walyani dan Th. Endang Purwoastuti, 2016).

Tanda-tanda klinis dari pelepasan plasenta yaitu:

- 1) Semburan darah
- 2) Pemanjangan tali pusat
- 3) Perubahan bentuk uterus: dari diksoid menjadi bentuk bundar (globular)
- 4) Perubahan dalam posisi uterus: uterus naik di dalam abdomen.

### d. Kala IV (Tahap Pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lokhea yang berasal dari sisa-sisa jaringan. Pada beberapa keadaan, pengeluaran darah setelah proses kelahiran menjadi banyak. Ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksi otot-otot rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan

pengawasan sehingga jika perdarahan semakin hebat, dapat dilakukan tindakan secepatnya. (Walyani dan Th. Endang Purwoastuti, 2016).

### **2.1.7 Tujuan Asuhan Persalinan**

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

Kebijakan pelayanan asuhan persalinan:

Semua persalinan harus di hadiri dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih:

- a. Rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetri dan neonatal harus tersedia 24 jam.
- b. Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih.
- c. Rekomendasi kebijakan teknis asuhan persalinan dan kelahiran.

Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberi dukungan bagi ibu.

- 1) Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan atau rekam medis untuk persalinan, selama persalinan normal, interval hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan, prosedur ini hanya dibutuhkan jika ada infeksi atau penyulit.
- 2) Menejemen kala III, termasuk melakukan penjepitan dan pemutusan tali pusat secara dini, memberikan suntikan oksitosin IM, melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) dan segera melakukan masase fundus, harus dilakukan pada semua persalinan normal.

- 3) Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- 4) Masase fundus harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan pencegahan perdarahan.
- 5) Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimasase sampai tonus baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarkan melakukan masase fundus.
- 6) Segera setelah lahir seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan bayi segera dikeringkan serta dijaga kehangatannya untuk mencegah terjadinya hipotermi.
- 7) Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.

(Walyani dan Th. Endang Purwoastuti, 2016).

### **2.1.8 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin**

Lima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan

#### **a. Asuhan fisik dan psikologis**

Asuhan ini berorientasi pada tubuh ibu selama dalam proses persalinan, hal ini juga akan menghindarkan ibu dari infeksi.

Adapun asuhan yang dapat diberikan diantaranya adalah:

- 1) menjaga kebersihan diri
- 2) berendam
- 3) perawatan mulut.

#### 4) Pengipasan

##### b. Kehadiran seorang pendamping secara terus menerus

*Hodneet (2002)* dalam *chapman (2003)* mengungkapkan bahwa ada beberapa keuntungan dalam dukungan yang berkesinambungan bagi ibu bersalin, antara lain:

- a) Berkurangnya kebutuhan *analgesia farmakologis* dan lebih sedikit epidural
  - b) Berkurangnya kelahiran instrumental
  - c) Pembedahan caesar untuk membantu kelahiran menjadi berkurang.
  - d) Skor apgar <7 lebih sedikit
  - e) Berkurangnya trauma perinatal.
- c. Pengurangan rasa sakit

Nyeri pada saat persalinan disebabkan oleh kontraksi rahim, *dilatasi serviks* dan *distensi perineum*. Rasa nyeri yang terjadi saat persalinan dapat terjadi pada daerah-daerah tertentu saja terutama di sekitar perut.

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit, menurut *Varney's Midwifery*:

- 1) Seorang yang dapat mendukung persalinan
  - 2) Pengaturan posisi.
  - 3) Relaksasi dan latihan pernapasan
  - 4) Istirahat dan privasi
  - 5) Penjelasan mengenai proses/kemajuan dan prosedur
  - 6) Asuhan tubuh
  - 7) Sentuhan
- d. Penerimaan atas sikap dan perilakunya

Penerimaan akan tingkah lakunya dan sikap juga kepercayaannya, apapun yang dia lakukan merupakan hal terbaik yang mampu dia lakukan pada saat itu.

e. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman

- 1) penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan
- 2) penjelasan semua hasil pemeriksaan.
- 3) Pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut

(Purwati dan Sulistiyah, 2017).

### **2.1.9 Psikologi Ibu Pada Masa Persalinan**

Dari segi psikologis, persalinan merupakan suatu kejadian penuh dengan stress pada sebagian besar ibu bersalin yang menyebabkan peningkatan rasa nyeri, takut, dan cemas. Stress pada ibu bersalin menyebabkan terjadi peningkatan konsumsi glukosa tubuh yang menyebabkan kelelahan, dan sekresi katekolamin yang menghambat kontraksi uterus. Hal tersebut menyebabkan persalinan lama yang akhirnya menyebabkan cemas pada ibu, peningkatan nyeri dan stress berkepanjangan.

Primipara mengalami proses persalinan lebih lama dari pada multipara sehingga primipara mengalami nyeri persalinan lebih lama pula. Hal tersebut menyebabkan primipara merasa lebih letih, persepsi nyeri meningkat dan rasa takut lebih parah yang dapat meningkatkan intensitas nyeri. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak efektif yang memicu terjadinya kegagalan kemajuan persalinan atau distosia karena kelemahan his, yang berakibat terjadinya persalinan lama.

Berikut ini beberapa metode alami non farmakologi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan dan sudah terbukti bermanfaat secara ilmiah

a. *Relaksasi Hynobirthing*

Metode *Hynobirthing* merupakan salah satu teknik autohipnosis dalam menghadapi dan menjalani kehamilan serta persiapan melahirkan sehingga para wanita hamil mampu melalui masa kehamilan dan persalinannya dengan cara yang alami, lancar, dan nyaman (tanpa rasa sakit).

b. *Endorphin massage*

*Endorfin (endorphine)* berasal dari kata “*endogenous*” dan “*morphine*” yang merupakan molekul protein yang diproduksi sel-sel dari sistem saraf dan beberapa bagian tubuh yang berguna untuk bekerjasama bersama akseptor sedatif untuk mengurangi rasa sakit.

c. *Pelvic rocking/birthing ball*

*Pelvic Rocking* merupakan salah satu gerakan dengan menggoyangkan panggul kesisi depan, belakang, sisi kiri dan kanan. Gerakan ini digunakan untuk mengurangi rasa kurang nyaman pada saat proses persalinan di mana gerakan yang dilakukan ini ternyata memberi banyak sekali manfaat. Kelebihan dari *Pelvic Rocking* antara lain gerakan yang relatif sederhana dan menggunakan alat yang sederhana tanpa menggunakan tempat khusus dan pengawasan khusus.

d. *Water birth*

Proses persalinan yang dilakukan didalam air. Pada persalinan *water birth*, sang ibu yang akan melakukan proses persalinan memasuki air kolam saat mulut rahim sudah tahap pembukaan 5 atau lebih (fase aktif).

e. Akupresur dan akupuntur

Teknik akupresur dapat mengurangi sensasi-sensai nyeri melalui peningkatan endorfin, membantu pengeluaran hormon oksitosin untuk merangsang kontraksi saat persalinan.

f. TENS

Teknik menghilangkan rasa nyeri yang sederhana dan noninvasif, TENS memanfaatkan arus listrik untuk memblokir saraf penghasil rasa nyeri.

g. Kompres hangat dan dingin

Kompres hangat dan dingin secara signifikan dapat mengurangi rasa nyeri, terutama di daerah pinggang, tulang ekor, dan daerah simfisis pubis (Aprillia, 2011).

h. Metode Zilgrei

Metode Zilgrei, yaitu dengan gerakan dan latihan pernapasan yang dipersiapkan sejak kala I tepatnya pada fase aktif diharapkan kerja otot-otot panggul yang saling berkaitan menjadi selaras sehingga mulut rahim tidak kaku, dan adanya potensi otot-otot rahim untuk mendorong janin menuju jalan lahir, latihan tarikan dan hembusan napas membantu ibu mengumpulkan tenaga untuk mendorong janin ke posisi ideal untuk melahirkan normal (Suprapti, 2006 (dalam Maulida, 2017)).

i. Teknik Rebozo

Teknik Rebozo merupakan teknik yang digunakan menggunakan selendang dengan bola gym sebagai alat tambahan untuk menopang atau melakukan gerakan-gerakan tertentu. menggunakan rebozo untuk meredakan rasa tidak nyaman pada saat kehamilan dan membantu bayi dalam kandungan untuk berada di dalam posisi yang seimbang. (Durrotun, dkk., 2020).

## 2.2 Konsep Kemajuan Kala I

### 2.2.1 Kala I Persalinan

#### Kala I

Didefinisikan sebagai permulaan persalinan yang sebenarnya. Dibuktikan dengan perubahan serviks yang cepat dan diakhiri dengan dilatasi serviks yang komplit (10 cm), hal ini dikenal juga sebagai tahap dilatasi serviks. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan untuk multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

Kala I persalinan di bagi menjadi dua fase, yaitu:

#### a. Fase laten

Dimulai dari puncak kontraksi yang regular sampai 3 cm dilatasi. Kontraksi terjadi setiap 10-20 menit dan berakhir 15-20 detik. Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, berlangsung dalam 7-8 jam. (Purwati dan Sulistiyah, 2017).

#### b. Fase aktif

Berlangsung mulai dari kemajuan aktif sampai dilatasi lengkap terjadi. Secara umum dari pembukaan 4 cm (akhir dari fase laten) sampai 10 cm atau dilatasi akhir kala I dan berlangsung selama 6 jam.

Fase aktif dibagi kedalam 3 fase:

- 1) Akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
- 2) Dilatasi maksimal/kemajuan maksimal: selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari pembukaan 4 cm sampai menjadi 9 cm
- 3) Daselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 sampai 10 cm atau lengkap.

(Purwati dan Sulistiyah 2017).

**Tabel 2.1 Perbedaan lamanya Kala I pada Primigravida dan multigravida**

<b>Primigravida</b>	<b>Multigravida</b>
Serviks mendatar ( <i>effacement</i> ) dulu baru dilatasi	Mendatar dan membuka bisa bersamaan
Berlangsung 13-14 jam	Berlangsung 6-7 jam

(Muhtar, 1998: 95)

### 2.2.2 Pengertian Persalinan Lama

Persalinan yang berlangsung lebih lama dari 24 jam digolongkan sebagai persalinan lama. Namun demikian, kalau kemajuan persalinan tidak terjadi secara memadai selama periode itu, situasi tersebut harus segera di nilai. Permasalahannya harus dikenali dan di atasi sebelum batas waktu 24 jam tercapai. Sebagian partus lama menunjukkan pemanjangan kala I. Apapun yang menjadi penyebabnya, serviks gagal membuka penuh dalam jangka waktu yang layak. (Oxorn & Forte, 2010).

### 2.2.3 Klasifikasi Persalinan Lama

#### a. Fase Laten yang memanjang

Fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada primigravida atau waktu 14 jam pada multipara merupakan keadaan abnormal. Sebab-sebab fase laten yang panjang mencakup

- a) Cervix belum matang pada awal persalinan
- b) Posisi janin abnormal
- c) Disproporsi fotopelvik
- d) Persalinan disfungsional
- e) Pemberian sedatif yang berlebihan

Cervix yang belum matang hanya memperpanjang fase laten, dan kebanyakan serviks akan membuka secara normal begitu terjadi pendataran. Sekalipun fase laten berlangsung lebih dari 20 jam, banyak pasien mencapai dilatasi serviks yang normal ketika fase aktif dimulai. Meskipun fase laten menjemukan, tapi fase ini tidak berbahaya bagi ibu atau pun anak.

b. Fase aktif yang memanjang pada primigravida

Pada primigravida, fase aktif yang lebih panjang dari 12 jam merupakan keadaan abnormal. Persalinan normal pada ibu primigravida berlangsung 6 jam, dikatakan cepat apabila persalinan hanya berlangsung 4-5 jam, dan lebih dari 8 jam termasuk persalinan lambat. Yang lebih penting dari panjangnya fase ini adalah kecepatan dilatasi serviks. Laju yang kurang dari 1,2 cm per jam membuktikan adanya abnormalitas dan harus menimbulkan kewaspadaan dokter yang akan menolong persalinan tersebut.

Pemanjangan fase aktif menyertai

- 1) Malposisi janin
- 2) Disproporsi fotopelvik
- 3) Penggunaan sedatif dan analgesik secara sembrono
- 4) Ketuban pecah sebelum dimulainya persalinan.

Keadaan ini diikuti oleh peningkatan kelahiran dengan forceps-tengah, sectoi caesarea dan cedera atau kematian janin.

Periode aktif yang memanjang dapat dibagi menjadi dua kelompok klinis yang utama:

- a) Kelompok yang masih menunjukkan kemajuan persalinan sekalipun dilatasi serviks berlangsung lambat
- b) Kelompok yang benar-benar mengalami penghentian dilatasi cervix.

c. Fase aktif yang memanjang pada multipara

Fase aktif pada multipara yang berlangsung lebih dari 6 jam (rata-rata 2,5 jam) dan laju dilatasi cervix yang kurang dari 1,5 cm per jam merupakan keadaan abnormal. Meskipun partus lama pada multipara lebih jarang dijumpai dibandingkan dengan primigravida, namun karena ketidakacuhan dan perasaan aman yang palsu, keadaan tersebut bisa mengakibatkan malapetaka. Kelahiran normal yang terjadi di waktu lampau tidak berarti bahwa kelahiran berikutnya normal kembali. Pengamatan yang cermat, upaya menghindari kelahiran pervaginam yang traumatik dan pertimbangan *sectio caesarea* merupakan tindakan penting dalam penatalaksanaan permasalahan ini (Oxorn & Forte, 2010).

#### 2.2.4 Kemajuan Persalinan Dalam Kala I

Kemajuan yang cukup baik pada persalinan kala I ditandai dengan:

- a. Kontraksi teratur yang progresif dengan peningkatan frekuensi dan durasi.

Selama fase aktif dalam persalinan kecepatan pembukaan serviks paling sedikit 1 cm per jam (dilatasi serviks berlangsung atau ada disebelah kiri garis waspada).

- b. Serviks tampak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

Kemajuan yang kurang baik pada persalinan kala I ditandai dengan:

- 1) Kontraksi yang tidak teratur dan tidak sering setelah fase laten, atau
- 2) Selama persalinan fase aktif, kecepatan pembukaan serviks menjadi lambat dari 1 cm per jam (dilatasi serviks berlangsung atau ada di sebelah kanan garis waspada) atau
- 3) Serviks tidak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

kemajuan yang kurang baik dalam persalinan dapat menyebabkan persalinan berlangsung dalam jangka waktu yang lama.

Selama kala I bidan harus melakukan pemantauan dan pencatatan.

Hal ini bertujuan untuk mendeteksi adanya komplikasi pada kala I. Berikut ini tabel frekuensi minimal penilaian dan intervensi. Jika ibu menunjukkan tanda-tanda komplikasi atau gejala komplikasi atau perubahan kondisi, penilaian harus dilakukan lebih sering.

**Tabel 2.2 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan**

<b>Parameter</b>	<b>Frekuensi pada fase laten</b>	<b>Frekuensi pada fase aktif</b>
Tekanan Darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu Tubuh	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam*	Setiap 4 jam*
Penurunan	Setiap 4 jam*	Setiap 4 jam*

\*dinilai pada saat pemeriksaan dalam

**Sumber: Saifudin AB, 2002**

### **2.2.5 Perubahan Fisiologis Kala I**

Sejumlah perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan. Hal ini bertujuan untuk mengetahui perubahan-perubahan yang dapat dilihat secara klinis bertujuan untuk dapat secara tepat dan cepat menginterpretasikan tanda-tanda

gejala tertentu dan penemuan perubahan fisik dan laboratorium apakah normal apa tidak persalinan kala I. (Walyani dan Th. Endang Purwoastuti, 2016).

a. Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot retraksi, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot uterus pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi, maka kavum uetrus lama kelamaan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelviks. Kontraksi uterus mulai dari fundus dan uterus melebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi uterus berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus. (Sulistyawati dan Esti, 2013).

b. Perubahan pada serviks

1) Pendataran pada serviks/*effacement*

Pendataran pada serviks adalah pemendekan dari kanalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran sepanjang 1-2 cm, menjadi sebuah lubang saja dengan pinggir yang tipis.

2) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks disebabkan karena pembesaran ostium uteri externum (OUE) karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregang untuk dilewati kepala. Pada pembukaan 10 cm atau pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi, vagina dan SBR serviks telah menjadi saluran.

c. Perubahan system kardiovaskuler

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi jika terjadi kontraksi.

2) Denyut jantung

Denyut jantung meningkat selama kontraksi. Dalam posisi terlentang denyut jantung akan menurun. Denyut jantung antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode segera sebelum persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan metabolisme selama persalinan. Selain itu peningkatan denyut jantung dapat dipengaruhi oleh rasa takut, tegang dan khawatir.

d. Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dari kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak, output dan kehilangan cairan.

e. Perubahan sistem respirasi

Pada respirasi atau pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan sebelum persalinan, hal ini disebabkan adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan tehnik pernapasan yang tidak benar.

f. Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin.

Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri dan terus menyebar kedepan dan kebawah abdomen, gerak his dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus adalah sumber dari timbulnya kontraksi pada *pace maker*.

g. Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen atas rahim (SAR) dibentuk adalah corpus uteri yang sifatnya aktif yaitu berkontraksi, dan dinding tambah tebal dengan majunya persalinan serta mendorong anak keluar. Segmen bawah uteri (SBR) terbentang di uterus bagian bawah atas isthmus, dengan serviks aorta sifat otot yang tipis dan elastis. Pada bagian bawah ini banyak otot melingkar dan memanjang.

h. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali aada perdarahan *postpartum* (Purwati & Sulistiyah, 2017).

i. Perubahan renal (berkaitan dengan ginjal)

- 1) Poliuri sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat di akibatkan karena peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuri menjadi berkurang selama kehamilan.
- 2) Kandung kemih harus sering di evaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, juga harus di kosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin, dan trauma pada kandung kemih, akibat penekanan yang lama, yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urien selama periode pascapersalinan.

- 3) Sedikit proteinuria (+1), umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah ibu bersalin. Lebih sering terjadi pada primipara, pasien yang mengalami anemia atau yang persalinannya lama
- 4) Proteinuria yang nilainya +2 atau lebih adalah data yang abnormal. Hal ini mengidentifikasi pre-eklamsi.

j. Gastrointestinal

- 1) Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama.
- 2) Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan selama masa transisi. Oleh karena itu, pasien dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan dehidrasi.
- 3) Mual dan muntah umumnya terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan.

k. Suhu Tubuh

- 1) Suhu tubuh meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan
- 2) Peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C dianggap normal, nilai tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.
- 3) Peningkatan suhu tubuh sedikit adalah normal dalam persalinan, namun bila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi, sehingga parameter lain harus dicek.

(Sulistiyawati dan Esti, 2013).

### 2.2.6 Perubahan Psikologis Pada Persalinan Kala I

- a. memperlihatkan ketakutan atau kecemasan, yang menyebabkan wanita mengartikan ucapan pemberi perawatan atau kejadian persalinan secara pesimistik negatif.
- b. Mengajukan banyak pertanyaan atau sangat waspada terhadap sekelilingnya
- c. Memperlihatkan tingkah laku sangat membutuhkan.
- d. Memperlihatkan tingkah laku minder, malu atau tidak berharga.
- e. Memperlihatkan reaksi keras terhadap kontraksi ringan atau terhadap pemeriksaan.
- f. Menunjukkan ketegangan otot dalam derajat tinggi.
- g. Tampak menuntut, tidak mempercayai, marah menolak terhadap para staf
- h. Menunjukkan kebutuhan yang kuat untuk mengontrol tindakan pemberi perawatan.
- i. Tampak “lepas kontrol” dalam persalinan (dalam nyeri hebat, menggeliat kesakitan, panik, menjerit, tidak merespon saran atau pertanyaan yang membantu).
- j. Merasa diawasi
- k. Merasa dilakukan tanpa hormat. Merasa diabaikajn atau dianggap remeh.
- l. Respon “melawan atau menghindar”, yang dipicu oleh adanya bahaya fisik, ketakutan, kecemasan dan bentuk distress lainnya (Purwati & sulistiyah, 2017).

### 2.2.7 Partograf

Partograf merupakan alat bantu yang digunakan untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

Fungsi partograf

- a. Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam.
- b. Mendeteksi secara dini terhadap kemungkinan adanya penyulit persalinan sehingga bidan dapat membuat keputusan tindakan dengan tepat.
- c. Sebagai alat komunikasi yang unik namun praktis antar bidan atau antar bidan dengan dokter mengenai perjalanan persalinan pasien.
- d. Alat dokumentasi riwayat persalinan pasien beserta data pemberian medikamentosa yang diberikan selama proses persalinan.

Sebelum memutuskan untuk menggunakan partograf, bidan harus dapat mengidentifikasi keadaan pasien apakah memenuhi kriteria untuk dipantau menggunakan partograf atau tidak.

Kriteria pasien yang dapat dipantau menggunakan partograf

- a. Persalinan diperkirakan spontan
- b. Janin tunggal
- c. Usia kehamilan 36-42 minggu
- d. Presentasi kepala
- e. Tidak ada penyulit persalinan
- f. Persalinan sudah masuk dalam kala I fase aktif

Kriteria pasien yang tidak perlu dipantau menggunakan partograf

- a. Tinggi badan pasien kurang dari 145 cm.
- b. Ada perdarahan antepartum

- c. Mengalami pre-eklampsia atau eklampsia
- d. Anemia
- e. Adanya kelainan letak janin
- f. Persalinan prematur
- g. Adanya induksi persalinan
- h. Gemeli
- i. Adanya rencana persalinan SC, misalkan sudah diketahui adanya panggul sempit/DKP.

Bagian-bagian partograf merupakan grafik yang diisi berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan selama kala I persalinan, meliputi:

- a. Kemajuan persalinan:
  - 1) Pembukaan serviks
  - 2) Penurunan kepala janin
  - 3) Kontraksi uterus
- b. Keadaan janin
  - 1) DJJ
  - 2) Warna dan jumlah air ketuban
  - 3) Molase tulang kepala janin
- c. Keadaan ibu
  - 1) Nadi, tekanan darah, suhu
  - 2) Urine, volume dan protein
  - 3) Obat-obatan dan cairan IV

## **Cara pengisian partograf**

Halaman depan

- a. Bagian identitas pasien dan keterangan waktu
  - 1) Diisi berdasarkan informasi yang dibutuhkan
  - 2) Meliputi nomer registrasi, nomer puskesmas, nama, tanggal, dan jam datang, usia, dan paritas pasien
- b. Baris untuk melukiskan waktu

Cara mengisi baris ini adalah dengan menuliskan jam dilakukannya pemeriksaan dalam pertama kali, kemudian kotak berikutnya diisi dengan penambahan satu jam berikutnya.
- c. Grafik DJJ
  - 1) Hasil pemeriksaan DJJ yang dihitung selama 1 menit penuh dituliskan dalam grafik ini dalam bentuk noktah (titik yang agak besar).
  - 2) Penulisan noktah disesuaikan dengan letak skala dalam grafik dan jam pemeriksaan
  - 3) Catat hasil pemeriksaan DJJ setiap 1 jam
  - 4) Antara noktah satu dengan yang lain dihubungkan dengan garis tegas yang tidak terputus
  - 5) Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal pada angka 180 dan 100. Penolong harus waspada jika frekuensi DJJ mengarah hingga di bawah 120 atau di atas 160.
- d. Barisan hasil pemeriksaan air ketuban
  - 1) Setiap melakukan pemeriksaan, hasil apapun yang berkaitan dengan ketuban harus selalu dituliskan

- 2) Cara menuliskannya adalah sebagai berikut.
    - a) U : kulit ketuban masih utuh
    - b) J : selaput ketuban pecah dan air ketuban jernih
    - c) M : air ketuban bercampur mekonium
    - d) D : air ketuban bernoda darah
    - e) K : tidak ada cairan ketuban/kering
  - 3) Hasil dituliskan di kolom sesuai dengan jam pemeriksaan
- e. Baris hasil pemeriksaan untuk molase kepala janin/penyusupan.
- 1) Molase adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala janin dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul. Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disiporsiditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih (molase). Apabila ada dugaan disiporsisi kepala-panggul, maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan.
  - 2) Setiap melakukan pemeriksaan dalam, ada atau tidaknya molase harus dilaporkan melalui baris.
  - 3) Cara menuliskannya menggunakan lambang-lambang berikut.
    - a) 0: sutura terpisah
    - b) 1: sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) bersesuaian
    - c) 2: sutura tumpang tindih tapi dapat diperbaiki
    - d) 3: sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki
- f. Garis waspada dan garis bertindak
- 1) Garis waspada dimulai pada pembukaan 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan serviks 1 cm/jam. Jika pembukaan serviks mengarah kesebelah kanan garis waspada

(pembukaan kurang 1 cm/jam), maka harus dipertimbangkan kemungkinan ada penyulit persalinan

- 2) Garis bertindak terletak sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks melampaui dan berada disebelah kanan garis tindakan, maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan.

g. Grafik hasil pemeriksaan dalam

- 1) Setiap melakukan pemeriksaan dalam harus selalu dituliskan dalam grafik ini, karena indikator normal atau tidaknya persalinan melalui pemantauan partograf adalah kemajuan pembukaan serviks.
- 2) Cara menuliskannya dengan memberikan tanda silang tepat di atas garis waspada (jika pembukaan tepat 4 cm) atau berada di perpotongan antara garis waspada dan skala pembukaan yang ada di sisi paling pinggir grafik (skala 1-10), dilanjutkan dengan menuliskan kapan atau jam berapa pemeriksaan dilakukan pada baris waktu di bawahnya
- 3) Hasil pemeriksaan berikutnya diisi menyesuaikan dengan waktu pemeriksaan dan dibuat garis penghubung antara tanda silang sebelumnya dengan tanda silang berikutnya
- 4) Perlu ingat, hasil pemeriksaan dalam yang di tuliskan dalam partograf adalah jika pembukaan sudah lebih dari 3 cm atau sudah dalam fase aktif
- 5) Jika hasil pembukaan mendekati garis bertindak, maka bidan harus merujuk pasien karena mengindikasikan adanya persalinan lama.

h. Grafik hasil pemeriksaan penurunan kepala

- 1) Mengacu kepada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba pada pemeriksaan abdomen luar di atas simfisis pubis

- 2) Cara menuliskannya dengan menggunakan simbol huruf "O" yang dituliskan di skala 0-5 dengan pembagian perlima untuk setiap penurunan kepala.
  - 3) Jika kepala sudah turun dan pembukaan lengkap yaitu 0/5, maka dituliskan dalam skala 0
- i. Grafik hasil observasi kontraksi
- 1) Kontraksi diperiksa setiap 30 menit dengan mengidentifikasi kualitas kontraksi dalam 10 menit.
  - 2) Cara menuliskannya dengan melakukan arsiran dengan bentuk tertentu (sesuai dengan durasi kontraksi) di kotak-kotak yang ada dalam grafik. Skala dalam grafik 1-5, dimaksudkan untuk menggambarkan jumlah kontraksi dalam 10 menit serta bagaimana kualitasnya.
  - 3) Misalnya dalam 10 menit terdeteksi 2 kontraksi dengan durasi 20-40 detik, maka yang di arsir adalah 2 kotak dengan arsiran sesuai dengan durasi 20-40 detik.
- j. Baris keterangan pemberian oksitosin
- 1) data yang dituliskan adalah berapa unit oksitosin yang diberikan di baris pertama
  - 2) jumlah tetesan/menit dalam baris kedua
- k. Baris keterangan pemberian cairan IV dan obat
- Tulis jenis cairan infus dan jenis obat yang diberikan
- l. Grafik hasil pemeriksaan tekanan darah dan nadi
- 1) Tekanan darah diperiksa minimal setiap 4 jam, yang dituliskan sesuai dengan skala yang tersedia. Skala dalam grafik adalah 60/180.
  - 2) Nadi diperiksa setiap 30 menit berpedoman dengan skala yang sama dengan skala pada tekanan darah.

3) Cara menuliskan hasil pemeriksaan:

- a) Tekanan darah: sistol dilambangkan dengan arah panah ke atas yang dituliskan sesuai dengan skala pada grafik, sedangkan diastol dilambangkan dengan arah panah ke bawah. Selanjutnya tarik garis kebawah dari panah sistol dan diastol.
- b) Nadi: hasil pemeriksaan nadi juga sama dengan penempatan penulisannya dengan tekanan darah, yang membedakan adalah simbolnya. Untuk nadi dituliskan dalam bentuk noktah menyesuaikan dengan skala yang ada.

m. Baris hasil pemeriksaan suhu

- 1) Hasil pemeriksaan suhu dituliskan dalam baris hasil pemeriksaan suhu dengan angka nominal sesuai hasil yang di dapat.
- 2) Lakukan pencatatan setiap 2 jam.

n. Baris hasil pemeriksaan urine

- 1) Setiap melakukan pemeriksaan urine, hasil harus selalu dituliskan dalam baris ini.
- 2) Keterangan kandungan protein dan aseton dalam urine, cukup dilambangkan dengan tanda (+) atau (-).
- 3) Volume dituliskan dengan angka nominal sesuai dengan data yang ada, catat setiap kali pasien berkemih.

Halaman belakang

Pengisian partograf halaman belakang dilakukan setelah seluruh proses persalinan selesai. Unsur-unsur yang dicatat dalam bagian ini adalah sebagai berikut.

1. Data dasar

- a. Isikan data pada masing-masing tempat yang telah disediakan atau dengan memberi tanda centang (√) pada kotak disamping jawaban yang sesuai
- b. Untuk pertanyaan nomer 5 lingkari jawaban yang sesuai
- c. Untuk pertanyaan nomer 8 jawaban bisa lebih dari satu.

2. Kala I

- a. Bagian kala I pada partograf halaman belakang terdiri dari atas pertanyaan-pertanyaan partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang mungkin timbul, penatalaksanaan masalah, dan hasilnya.
- b. Untuk pertanyaan nomer 9, lingkari jawaban yang sesuai, pertanyaan lainnya hanya diisi jika terdapat masalah lain dalam persalinan.

3. Kala II

- a. Data yang harus diisi pada kala II terdiri dari keterangan tindakan episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah lain, serta penatalaksanaan masalah dan hasilnya.
- b. Beri tanda centang (√) pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Bila pertanyaan nomer 13 jawabannya “ya”, tulis indikasinya
- c. Jawaban untuk pertanyaan nomer 14 mungkin lebih dari satu
- d. Untuk pertanyaan nomer 15 dan 16 jika jawabannya “ya”, isi tindakan yang dilakukan.
- e. Untuk pertanyaan nomer 15, ditambahkan ruang baru untuk menekankan upaya deteksi dini terhadap gangguan kondisi kesehatan janin selama kala II, hasil pemantauan harus dicatat (normal, gawat

janin, atau tidak dapat di evaluasi). Bagian ini dapat dijadikan sebagai pelengkap bagi informasi pada kotak “ya” atau “tidak” untuk pertanyaan nomer 15.

- f. Untuk masalah lain pada pertanyaan nomer 17 harus dijelaskan jenis masalah yang terjadi.

#### 4. Kala III

- a. Data untuk kala III terdiri dari lamanya kala III, pemberian oksitosin, peregangan tali pusat terkendali, rangsangan fundus, kelengkapan plasenta saat dilahirkan, retensio plasenta yang >30 menit, laserasi, atonia uterus, jumlah perdarahan, masalah lain, serta penatalaksanaan dan hasilnya.
- b. Isi jawaban pada tempat yang telah disediakan dan berilah tanda centang (√) pada kotak disamping jawaban yang sesuai.
- c. Untuk pertanyaan nomer 25, 26, dan 28 lingkari jawaban yang benar.

#### 5. Bayi Baru Lahir

- a. Informasi yang perlu dicatat pada bagian ini antara lain berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain, serta penatalaksanaannya dan hasilnya. Tulis jawaban pada tempat yang telah disediakan, serta berikan tanda centang (√) pada kotak disamping jawaban yang sesuai
- b. Untuk pertanyaan nomer 36 dan 37, lingkari jawaban yang sesuai
- c. Untuk pertanyaan nomer 38 jawabannya mungkin lebih dari satu

#### 6. Kala IV

- a. Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, temperatur, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan.

- b. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting, terutama untuk menilai resiko atau kesiapan penolong mengantisipasi komplikasi perdarahan pasca persalinan.
- c. Pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit sekali dalam 1 jam pertama setelah melahirkan, selanjutnya setiap 30 menit sekali pada satu jam berikutnya.
- d. Isikan hasil pemeriksaan pada kolom yang sesuai
- e. Bila timbul masalah dalam kala IV, tuliskan jenis dan cara penanganannya pada bagian masalah kala IV dan bagian berikutnya
- f. Bagian yang di arsir tidak perlu diisi
- d. Catatkan semua temuan selama kala IV persalinan.

## **2.3 Konsep Teknik Rebozo**

### **2.3.1 Definisi Teknik Rebozo**

Rebozo berasal dari Bahasa Spanyol yang berarti “shawl” atau lebih mudah kita kenal dengan nama selendang. Bahannya pun bisa bermacam macam, bisa dari katun, campuran serat fiber sintetis, wool dan lain-lain. Teknik Rebozo merupakan teknik yang digunakan menggunakan selendang dengan bola gym sebagai alat tambahan untuk menopang atau melakukan gerakan-gerakan tertentu. Teknik rebozo untuk meredakan rasa tidak nyaman pada saat kehamilan dan membantu bayi dalam kandungan untuk berada di dalam posisi yang seimbang. (Munafiah dkk, 2020). Rebozo dapat dilakukan selama 3 menit atau sampai lengan penolong lelah/pendamping lelah. Teknik rebozo ini dapat dilakukan setiap hari atau setiap minggu. Jika teknik rebozo dilakukan pada ibu

bersalin, bisa diberikan pada saat disela-sela kontraksi pada fase awal proses persalinan. (Gabriele, 2021).

### **2.3.2 Manfaat Teknik Rebozo**

Teknik rebozo fungsinya supaya posisi bayinya optimal, karena kadang otot ligamen dipanggul sama rahim tegang sehingga posisi bayinya jadi kurang optimal dalam perut. Gerakan ini sangat membantu ibu hamil yang akan melahirkan agar lebih merasa nyaman. Lilitan yang tepat akan membuat ibu merasa dipeluk dan memicu keluarnya hormon oksitosin atau hormon senang supaya persalinan ibu lebih lancar. Kadang otot ligamen panggul ibu itu tegang, kalau tegang dan diberikan posisi yang tidak baik maka, rahim bisa miring, bayi juga jadi sulit masuk panggul karena harusnya di usia 38 minggu bayi turun ke panggul. Karena itulah gerakan rebozo ini sangat membantu ketika ibu bersalin. Teknik rebozo ini dapat membantu untuk menjadi lebih rileks tanpa bantuan obat apapun. Hal ini membuat teknik ini sangatlah berguna ketika persalinan lama dan Ibu mulai merasa nyaman. Selain itu, teknik ini juga dapat digunakan untuk memberikan ruang ke bayi sehingga bayi dapat berada di posisi yang seoptimal mungkin untuk persalinan. (Munafiah dkk, 2020).

### **2.3.3 Kontra Indikasi Teknik Rebozo**

Penulis tinjauan tahun 2015 tentang rebozo mengatakan bahwa “Ada situasi tertentu di mana Anda mungkin tidak ingin menggunakan rebozo selama persalinan. Ini adalah situasi di mana ada detak jantung janin yang mengkhawatirkan, bayi sungsang di mana selaputnya telah pecah dan ada risiko prolaps tali pusat, suatu kondisi yang disebut solusio plasenta, perdarahan vagina yang tidak normal,

ketidaknyamanan pada ibu, dan kontraindikasi lain untuk kelahiran melalui vagina. (Dekke, 2018).

### 2.3.4 Mekanisme Teknik Rebozo

#### a. Shake Apple Tree/Goyangkan Bokong

Merupakan teknik dimana mengerakan pelan-pelan bagian bokong ibu sesuai kenyamanan menggunakan selendang dan kedua tangan menopang pada Bola gym atau dapat menggunakan kursi sofa dilapisi bantal. Rebozo apple tree berguna untuk ligamen otot panggul.



*Sumber: Youtube, Detikcom. 2017*

**Gambar 2.1 Shake Apple Tree**

#### b. Rebozo Shifting

Sifting Birth Ball atau Menggunakan Balon Gym 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. Rebozo shifting berguna untuk otot ligamen di daerah rahim.



Sumber: Youtube, Detikcom. 2017

**Gambar 2.2 Rebozo Shifting**

#### **2.4 Pengaruh Teknik Rebozo Terhadap Kemajuan Kala I Fase Aktif**

Menurut jurnal Nitte university (2012) Wanita di negara berkembang dengan fasilitas kesehatan yang sedikit biasanya berbaring di tempat tidur selama tahap pertama persalinan. Berbaring telentang (terlentang) menempatkan berat rahim hamil di pembuluh darah perut dan kontraksi mungkin kurang kuat dibandingkan ketika tegak. Kontraksi yang efektif membantu serviks berdilatasi dan penurunan bayi (Mathew et al, 2012).

Pada tahap pertama persalinan, serviks akan berdilatasi dengan diameter 10 cm. Pada ibu yang memiliki anak pertama, tahap ini biasanya berlangsung 12 hingga 16 jam. Ketidaknyamanan seringkali dapat ditolong dengan posisi tubuh yang memungkinkan gravitasi mempercepat pelebaran, seperti berjalan, jongkok, berlutut ke depan di kursi atau duduk di atas bola bersalin. Ini akan membantu bayi bergerak ke bawah panggul sehingga persalinan lebih cepat dan lebih tidak menyakitkan (Mathew et al, 2012).

Teknik Rebozo merupakan salah satu teknik yang dapat membantu memberikan ruang pelvis yang lebih luas untuk ibu sehingga bayi lebih mudah menuruni panggul dan proses persalinan menjadi lebih cepat. Salah satu fungsi dari

teknik rebozo sendiri yaitu untuk mengoptimalkan posisi bayi dan merilekskan otot ligamen pada ibu. Karena, apabila otot ligamen tegang dapat mempengaruhi posisi bayi. Dan pada dasarnya pada usia kehamilan 38 minggu kepala janin sudah masuk ke panggul. (Munafiah, dkk. 2020).

Teknik rebozo sendiri mempunyai dua jenis yaitu shifting dan shake apple tree. Rebozo shifting berguna untuk otot ligamen di daerah rahim, sedangkan shake apple tree lebih ke ligamen otot panggul. Dalam teknik rebozo, ibu yang sedang dalam masa persalinan ada dalam posisi berlutut dan bertopang pada gymball. Kemudian untuk doula (pendamping persalinan) ataupun pasangan akan membantu melilitkan kain jarik di bagian perut. Setelah itu ketika ibu mulai merasakan kontraksi, doula atau suami akan menarik kain perlahan kemudian menggoyangkan bagian perut ibu secara lembut. Lilitan yang tepat pada teknik rebozo akan membuat ibu merasa dipeluk dan nyaman sehingga dapat memicu keluarnya hormon oksitosin. (Amelia, 2017).

Rebozo dapat digunakan dengan berbagai cara selama persalinan, tetapi salah satu yang paling umum adalah menggunakannya di pinggul orang yang melahirkan, menggunakan gerakan terkontrol untuk membantu menggerakkan pinggul atau sedikit mengayunkannya dari sisi ke sisi. Gerakan-gerakan ini digambarkan sebagai pijat panggul, goyang, atau goncangan. Penyedia perawatan atau orang pendukung biasanya menggunakan rebozo saat orang yang melahirkan bertumpu pada tangan dan lutut, berbaring atau berdiri. (Dekker, 2018).

Banyak orang berpikir bahwa rebozo sangat membantu untuk memperbaiki posisi janin yang buruk, jadi jika bayi berada dalam apa yang kita sebut, "Posisi posterior". yang mungkin membuat persalinan lebih menyakitkan, lebih lama atau lebih sulit, banyak penyedia perawatan dan doula berpengalaman dalam

menggunakan rebozo untuk membantu mendorong bayi bergeser ke posisi yang lebih baik untuk lahir. Namun, rebozos tidak digunakan untuk mengubah posisi janin secara manual. Sebaliknya, rebozo dianggap membantu mengendurkan otot-otot di sekitar panggul, yang membantu bayi mendapatkan posisi yang lebih optimal untuk persalinan dan kelahiran. (Dekker, 2018).

## 2.5 Penelitian Relevan

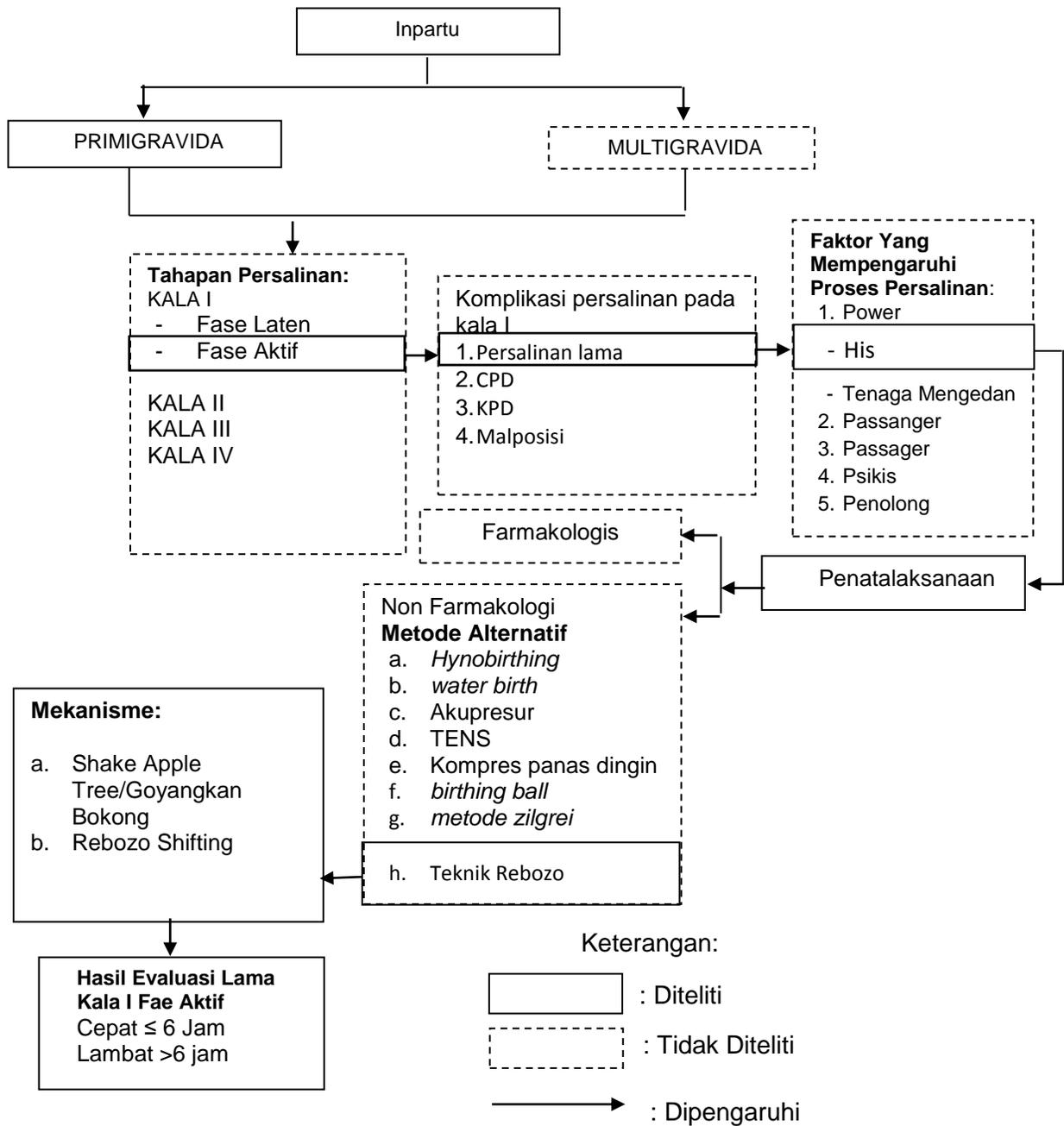
No	Tahun	Nama Penulis / Judul	Metode dan Variabel	Hasil	Perbedaan dengan Penelitian ini
1.	2020	Durrotun Munafiah, Lestari Puji Astuti, Mike Mitrasari P, Maria Rosa Mistica D/ Manfaat Teknik Rebozo Terhadap Kemajuan Persalinan	Quasi Eksperimental design, Variabel Kemajuan Persalinan	Diketahui nilai median atau nilai tengah setelah dilakukan teknik rebozo sebesar 10,00 dan kontrol sebesar 9,00. Uji Statistik menggunakan Mann-Whitney Test diperoleh $p$ value untuk selisih antara kelompok intervensi teknik rebozo dan kontrol sebesar $0,018 < 0,05$ maka $H_0$ diterima, sehingga disimpulkan bahwa ada perbedaan efektivitas intervensi dan kontrol terhadap pembukaan serviks ibu bersalin kala I fase aktif	Variabel ditujukan pada Ibu bersalin kala I fase aktif

2.	2020	Vera Angraini/ Perbandingan Teknik Rebozo Dan Birth Ball Terhadap Pengurangan Nyeri Bersalin Kala I Fase Aktif Di Klinik Pratama Afiyah Kota Pekanbaru	Quasi Eksperimental/ Variabel Nyeri Bersalin Kala I Fase Aktif	Hasil uji <i>Mann-Whitney</i> dengan derajat kepercayaan 95% menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan penurunan intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I fase aktif antara yang dilakukan teknik <i>rebozo</i> dengan <i>birth ball</i> ( $p\text{-value} = 0.615$ ). Kesimpulan teknik <i>rebozo</i> dan <i>birth ball</i> sama efektifnya dalam mengurangi nyeri persalinan	Variabel ditujukan nyeri pada ibu bersalin kala I fase aktif
3.	2016	Mette Langeland Iversen, Julie Midtgaard, Maria Ekelin, Hanne Kristine Hegaard	Qualitative Study/ Variabel Danish women's experiences of during labour	The experiences of the rebozo technique were overall positive and both of a physical and psychological nature. The results indicate that health professionals should view rebozo as an easy accessible clinical tool with high user acceptance and possible positive psychological and clinical implications.	The study aimed to explore women's experiences of the rebozo technique during labour

4.	2020	Yulidian Nurpratiwi, Muhammad Hadi, Idriani. Teknik Rebozo Terhadap Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif Dan Lamanya Persalinan Pada Ibu Multigravida	Quasi Eksperiment, Variabel Intensitas Nyeri Pada Kala I Fase Aktif Dan Lamanya Persalinan	Hasil analisis dependen sample t-test nilai signifikan 2-tailed < 0,05, terdapat perbedaan signifikan antara pre dan post untuk intensitas nyeri	Variabel ditujukan pada ibu bersalin multigravida kala I fase aktif
----	------	---	--	--	---

## 2.6 Kerangka Konsep

Berikut adalah kerangka konsep dalam penelitian ini:



**Gambar 2.3 Pengaruh Teknik Rebozo Terhadap Kemajuan Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida di PMB Masturoh Tajinan Malang**

## 2.7 Hipotesis Penelitian

Berikut adalah hipotesis dalam penelitian ini:

$H_1$  : Ada Pengaruh *Teknik Rebozo* Terhadap Kemajuan Kala I Fase Aktif  
Pada Ibu Inpartu Primigravida