

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan yang cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada *serviks* (membuka dan menipis) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Belum masuk tahap inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan *serviks* (Mutmainah dkk, 2017). Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Sulisdian dkk, 2019).

2. Nulipara

Nulipara adalah seorang wanita yang belum pernah menyelesaikan kehamilannya melebihi usia 20 Minggu. Mungkin pernah hamil atau belum pernah mengalami *abortus elective* atau spontan (Arma, et al. 2015).

3. Jenis Persalinan

a. Persalinan spontan

Jika persalinan berlangsung atas kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan Buatan

Jika jalan lahirnya dibantu oleh kekuatan luar, seperti pelepasan korset atau operasi caesar.

c. **Persalinan Anjuran**

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi terjadi hanya setelah ketuban pecah, telah diberikan pitocin atau prostaglandin (Sulidian dkk, 2019).

4. Menurut Cara Persalinan

a. **Persalinan Normal**

Merupakan proses melahirkan bayi yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (lebih dari 37 minggu) tanpa adanya penyulit, ya itu dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai bayi dan ibu. Partus spontan umumnya berlangsung 24 jam.

b. **Persalinan Abnormal**

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi Caesar (Mutmainah dkk, 2017)

5. Menurut Umur Kehamilan

a. **Abortus**

Keluarnya janin sebelum usia kehamilan 22 minggu atau keluarnya bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

b. **Partus Immaturus**

Produksi buah pada usia kehamilan 22-28 minggu atau bayi dengan berat badan 500 gram - 999 gram.

c. **Partus Prematur**

Persalinan janin antara 28 minggu hingga 37 minggu atau bayi dengan berat badan 1000 hingga 2499 gram.

d. **Partus Maturus atau Aterm**

Persalinan janin antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

e. **Partus Posmaturus atau Serotinus**

Produksi buah kehamilan pada minggu ke 42 (Sulidian et al., 2019)

f. **Partus Presipitatus**

Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam (Mutmainah dkk, 2017).

6. Tanda-tanda Inpartu

a. Terjadinya His Persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim, dimulai pada dua fase maker yang letaknya di dekat cornu uteri. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. Kiss efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (Fundal dominance), kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis. Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45 - 60 detik (Mutmainah dkk, 2017).

Pengaruh his dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, istmus uterus menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami e faceman dan pembukaan (Johan dkk, 2017).

His persalinan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Pinggangnya terasa sakit serta menjalar ke depan.
- 2) Sifat his teratur, interval terus menjadi pendek, serta kekuatan terus menjadi besar.
- 3) Terjalin pergantian pada serviks.
- 4) Bila penderita menaikkan aktivitasnya, misalnya dengan berjalan hingga kekuatan hisnya hendak meningkat (Johan dkk, 2017).

b. Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*Show*)

Lendir berasal dari pembukaan, yang menimbulkan lepasnya lendir berasal dari *kanalis servicalis*. Dengan pengeluaran darah diakibatkan robeknya pembuluh darah waktu *serviks* membuka (Johan dkk, 2017).

c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Sebagian ibu hamil menghasilkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Bila ketuban telah pecah hingga ditargetkan persalinan bisa berlangsung dalam 24 jam. Tetapi, apabila tidak tercapai hingga

persalinan wajib diakhiri dengan aksi tertentu, misalnya ekstraksi vakum ataupun *section caesaria* (Johan dkk, 2017).

d. Dilatasi dan effacemen

Dilatasi merupakan terbukanya *canalis cervicalis* secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* merupakan pendarahan ataupun pemandekatan kanalis servikalis yang semula panjangnya 1 hingga 2 cm jadi lenyap sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis, semacam kertas (Johan dkk, 2017)

7. Tahapan- tahapan Persalinan

a. Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kalau pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Proses pengukuran serviks sebagai akibat his dibedakan menjadi dua fase, yaitu :

1) Fase Laten

Berlangsung sepanjang 8 jam. Pembukaan terjalin sangat lambat hingga dengan pembukaan menggapai ukuran diameter 3 cm.

2) Fase Aktif

a) Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm jadi 4 cm.

b) Fase Aktif

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

c) Fase Dilatasi

Pembukaan jadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan berganti jadi pembukaan lengkap (Johan dkk, 2017).

Di dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai permukaan

lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm/jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida (Johan dkk, 2017).

Pada primigravida, OUI membuka lebih dulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian OUE membuka, pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan pendaftaran yang bersamaan. Kalau satu selesai apabila pembukaan serviks sudah lengkap. Pada primigravida kala 1 berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (Johan dkk, 2017)

b. Kala II

Kala II disebut pula dengan kala pengeluaran, kala ini diawali dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida serta 1 jam pada multigravida, indikasi utama dari kala II merupakan :

- 1) His terus menjadi kokoh, dengan interval 2 hingga 3 menit dengan durasi 50 hingga 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala 1, ketuban pecah yang diisyaratkan dengan pengeluaran cairan secara tiba-tiba.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan ialah pendeteksi lengkap diiringi kemauan mengejan sebab fleksus frankenhauser tertekan.
- 4) Kedua kekuatan, his serta mengejan lebih mendesak kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, occiput berperan selaku hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perineum.
- 5) Kepala lahir sepenuhnya serta diiringi oleh putaran paksi luar, ialah penyesuaian kepala pada punggung.
- 6) Sehabis putar paksi luar berlangsung hingga persalinan balita ditolong dengan jalur :
 - a) Kepala dipegang pada occiput serta di dasar dagu, ditarik curam ke dasar buat melahirkan bahu balik.
 - b) Sehabis kedua bahu lahir, ketiak diikat buat melahirkan sisa tubuh bayi
 - c) Bayi setelah itu lahir diiringi oleh air ketuban (Johan dkk, 2017).

c. Kala III (Kala Pengeluaran Urin)

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan Nitabisch karena sifat retraksi otot rahim. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda (Johan dkk, 2017) :

- 1) Uterus jadi bundar
- 2) Uterus terdorong ke atas sebab plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat meningkat panjang
- 4) Terjadi perdarahan.

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir.

Lepasnya plasenta secara *schultze*, biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah plasenta lahir, sedangkan cara duncan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban (Johan dkk, 2017)

d. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi sebab pendarahan postpartum sangat kerap terjadi pada 2 jam awal. Observasi yang dicoba yakni :

- 1) Tingkatan kesadaran penderita.
- 2) Pengecekan tanda- tanda vital, tekanan darah, nadi, serta pernapasan
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadi pendarahan (Mutmainah dkk, 2017).

8. Faktor-faktor yang memengaruhi persalinan

5 aspek yang bisaengaruhi proses persalinan ialah:

- a. *POWER* /Tenaga yang mendorong bayi

- 1) His merupakan kontraksi otot-otot rahim pada persalinan His yang menimbulkan pendarahan serta pembukaan serviks. Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran serta his pelepasan uri. His pendahuluan tidak mempengaruhi terhadap serviks.
- 2) Tenaga Mengejan :
 - a) Kontraksi otot-otot dinding perut
 - b) Kepala dasar panggul memicu mengejan
 - c) Sangat efisien dikala kontraksi/ his (Sukarni, 2015)

b. Faktor Janin (*Passanger*).

Janin ataupun *passanger* bergerak selama jalur lahir akibat interaksi sebagian aspek, di antara lain: dimensi kepala janin, presentasi, letak, perilaku serta posisi janin sebab plasenta serta air ketuban pula wajib melewati jalur lahir hingga dikira selaku bagian dari *passanger* yang menyertai janin. Tetapi plasenta serta air ketuban tidak sering membatasi proses persalinan pada kehamilan wajar (Sulfianti dkk, 2020).

c. Faktor Panggul (*Pasage*)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, ialah bagian tulang padat, bawah panggul, vagina, serta introitus (lobang luar vagina). Walaupun jaringan lunak, khususnya lapisan- lapisan otot bawah panggul turut mendukung keluarnya bayi namun, panggul ibu lebih berfungsi dalam proses persalinan. Janin wajib sukses membiasakan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh sebab itu, dimensi serta wujud panggul wajib ditetapkan saat sebelum persalinan diawali (Mutmainah dkk, 2017).

d. Psikologis, kecemasan dan kesiapan ibu mengalami persalinan

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyaknya ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seorang yang akan menolong persalinan. Perasaan cemas khawatir akan mempengaruhi hormon stres yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormon stres terhadap

fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormon stres dan komplikasi persalinan. Namun demikian seorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis Ibu agar melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran, serta dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung (Sulfianti dkk, 2020).

- e. Penolong, yang memenuhi persyaratan ialah memiliki ketrampilan cocok standar serta sanggup bersikap profesional (Ida, 2022). Penolong persalinan merupakan seorang yang mempunyai pengetahuan serta keahlian tertentu buat menolong ibu dalam melaksanakan proses persalinan (Sulfianti dkk, 2020).

9. Faktor Penyulit Persalinan

Faktor penyulit persalinan antara lain (Rahmawati, 2019) :

a. *Cephalopelvic disproportion / CPD*

Cephalopelvic disproportion/ CPD ialah salah satu penyulit persalinan dimana terjalin ketidaksesuaian antara kepala janin serta pelvik. CPD ialah sesuatu ketidak mampuan janin melewati panggul. CPD terjalin bila ukuran kepala janin lebih besar dari pada pelvik ibu, serta dapat pula terjalin akibat ukuran pelvik normal sebaliknya janin besar. *Seksio sesarea* dilakukan pada ibu bersalin dengan CPD buat menghindari hal- hal yang membahayakan nyawa ibu serta kandungan. Hal- hal yang dikhawatirkan terjalin jikalau apabila tidak dilakukan seksio sesarea ialah ruptur uteri, terjalin fistula sebab janin sangat lama menekan jalan lahir, infeksi intrapartum, terjalin prolaps funikuli serta kehancuran otak yang menyebabkan kematian pada embrio.

b. *Post Date*

Penyulit persalinan berikutnya yaitu pos date (6.74%). *Post date* merupakan kehamilan dengan usia kehamilan > 42 minggu terhitung sejak hari pertama haid terakhir. Kehamilan lewat waktu merupakan

salah satu kehamilan yang beresiko tinggi, di mana dapat terjadi komplikasi pada ibu dan janin. Pengaruh *post date* terhadap ibu yang paling sering dijumpai adalah terjadinya bayi besar sehingga sering mengakibatkan distosia saat persalinan. Sedangkan pada janin risiko terjadinya kematian janin pada kehamilan 43 minggu 3 kali lebih besar dari pada kehamilan 40 minggu.

c. Partus Lama

Penyulit persalinan berikutnya yaitu partus lama (7.89%), merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam jika terjadi partus lama, persalinan pervaginam dengan tindakan misalnya vacuum ekstraksi atau persalinan *sectio caesar perlu* dipertimbangkan, karena dapat menyebabkan keletihan pada ibu, infeksi, dan perdarahan karena atonia uteri, ruptur uteri, atau laserasi jalan lahir. Pada partus lama, distress janin mungkin terjadi akibat gangguan suplai darah dan oksigen dari ibu ke janin. Berkurangnya suplai oksigen menyebabkan asfiksia janin pada partus lama yang disertai ketuban pecah dini (KPD) resiko infeksi akan meningkat. Pertimbangan dilakukan *sectio caesar* pada ibu bersalin dengan pertama dimaksudkan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu.

d. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini (10,11%) juga merupakan satu salah penyulit persalinan yang terdapat dalam penelitian ini. KPD merupakan pecahnya selaput ketuban secara spontan satu jam sebelum terjadinya persalinan. Penyebab tidak diketahui tetapi bukti menunjukkan bahwa bakteri atau sekresi maternal yang menyebabkan iritasi dapat menghancurkan selaput ketuban. KPD pada trisemester 2 kemungkinan disebabkan oleh inkompeten serviks. KPD pada persalinan dan infeksi intra uterin perlu mendapat perhatian karena sering kali meningkatkan mortalitas bayi. Diagnosis ketuban pecah dini ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan inspekulo. Dari anamnesis didapatkan penderita merasa keluar cairan yang banyak secara tiba-tiba, sedangkan

dari pemeriksaan inspekula dengan spekulum steril terlihat adanya cairan yang keluar dari *serviks* atau menggenang *diforniks posterior*.

e. Letak Sungsang

Letak sungsang (11,24%) juga merupakan penyulit persalinan. Penyebab letak sungsang tidak diketahui dengan pasti tetapi diperkirakan berhubungan dengan kemampuan uterus untuk bergerak dengan bebas dalam uterus misalnya bayi pretrem, plasenta previa, hidramnion, *gemeli* dan kelainan kranial janin. Bila dilakukan persalinan pervagina maka persalinan akan berlangsung lebih lama karena kepala tidak dapat bertindak sebagai ventilasi lebar serviks. Laserasi, robekan, dan episiotomi yang lebar mungkin diperlukan. Tali pusat lebih sering mengalami prolaps. Janin mengalami peningkatan risiko terhadap perdarahan intrakranial, cedera medula spinalis yang disebabkan karena regangan dan manipulasi persalinan. Dengan mempertimbangkan risiko yang besar persalinan dengan seksio kaseria mungkin diperlukan pada presentasi sungsang.

f. Riwayat *Secio Caesarea*

Penyulit persalinan selanjutnya adalah riwayat *sectio caesarea* (14,61%). Riwayat SC merupakan suatu kehamilan pada pasien yang pernah mengalami SC pada kehamilan sebelumnya atau pernah mengalami operasi pada dinding rahim. Diagnosis kehamilan dengan parut uterus diketahui dari anamnesis dan pemeriksaan fisik yang menunjukkan adanya luka parut di abdomen bawah. Parut uterus biasanya didapat dari bekas SC, miomektomi, atau ruptur uteri yang perlu diwaspadai adalah resiko terjadinya ruptur uteri, sehingga ibu hamil dengan riwayat SC perlu dipertimbangkan untuk SC pada persalinan berikutnya. Uterus yang mengalami jaringan parut akibat insisi benda seperti SG merupakan kontraindikasi persalinan pervagina karena risiko ruptur uteri sangat besar. Ibu bersalin dengan riwayat SC kemungkinan mengalami robekan jaringan parut simtomatik pada kehamilan berikutnya. Morbiditas dan mortalitas akibat ruptur uteri

sangat mungkin terjadi sehingga persalinan SC merupakan pilihan utama.

g. Preeklamsia

Penyulit persalinan paling banyak pada riset ini merupakan preeklamsia (16,85%). Preeklamsia merupakan munculnya hipertensi diiringi proteinuri serta edema akibat kehamilan setelah umur kehamilan 20 minggu ataupun lekas sehabis persalinan. Eklampsia merupakan preeklamsia yang diiringi kejang serta ataupun koma yang muncul bukan akibat kelainan neurology.

Pemicu preeklamsia serta eklampsi hingga saat ini belum dikenal. Namun terdapat teori yang menarangkan tentang pemicu preeklamsia serta eklampsi ialah karena bertambahnya frekuensi pada primigraviditas, kehamilan ganda, hidramnion, serta mola hidatidosa, karena bertambahnya frekuensi yang kian tuanya kehamilan, karena bisa terbentuknya perbaikan kondisi pengidap dengan kematian kandungan dalam uterus, karena jarang terjadi eklampsi pada kehamilan-kehamilan selanjutnya, karena munculnya hipertensi, edema, proteinuria, kejang serta koma.

Penaksiran preeklamsia ditegaskan bersumber pada terdapatnya 2 dari 3 indikasi, ialah penambahan berat tubuh yang kelewatan, edema, hipertensi, serta proteinuri. Akumulasi berat tubuh yang kelewatan apabila terjalin peningkatan 1 kg seminggu sebagian kali. Edema nampak selaku kenaikan berat tubuh, pembengkakan kaki, jari tangan, serta muka. Tekanan darah 140/90 mmHg ataupun tekanan sistolik bertambah 30 mmHg ataupun tekanan diastolik 15 mmHg yang diukur sehabis penderita istirahat sepanjang 30 menit. Tekanan diastolik pada trimester kedua yang lebih dari 85 mmHg pantas dicurigai selaku bakat preeklamsia. Proteinuria apabila ada protein sebanyak 0.3 gram/l dalam air berkemih 24 jam ataupun pengecekan kualitatif membuktikan +1 ataupun +2, ataupun kandungan protein 1g/l dalam kemih yang dikeluarkan dengan kateter ataupun jatah tengah, diambil minimum 2x dengan jarak waktu 6 jam.

B. Persalinan Lama Kala II

1. Pengertian 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.

2. 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

3. 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)

4. 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 golongan 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 berlangsung 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

5. Tanda dan Gejala

a. Ibu

- 1) Perasaan gelisah
- 2) Merasa letih.
- 3) Suhu badan menjadi lebih meningkat
- 4) Denyut nadi cepat
- 5) Pernafasan semakin kencang.
- 6) *Edema* pada vulva, serviks, cairan ketuban berbau dan terdapat mekonium.

b. Janin

- 1) Denyut jantung janin bergerak cepat atau tidak teratur.
- 2) Terdapat caput susedeneum.
- 3) Moulage kepala
- 4) IUFD atau kematian janin pada kandungan.
- 5) Kematian janin saat terjadi persalinan.

6. Dampak Partus Lama

- a. Bagi ibu
 - 1) Ruptur uteri
 - 2) Pembentukan fistula
 - 3) Sepsis puerperalis
 - 4) Cedera otot-otot dasar panggul
- b. Bagi janin
 - 1) Kaput suksedaneum
 - 2) Molase kepala janin
 - 3) Asfiksia
 - 4) Trauma cerebri
 - 5) Kematian janin

7. Klasifikasi

a. Fase laten memanjang

Fase laten memanjang apabila fase ini lebih dari 20 jam pada nullipara dan 14 jam pada multipara. Keadaan yang mempengaruhi durasi fase laten adalah kadang *serviks* yang tidak mengalami pendaratan atau tidak membuka dan persalinan palsu.

b. Fase aktif memanjang

Permulaan fase laten ditandai dengan adanya kontraksi yang menimbulkan nyeri secara reguler yang dirasakan ibu. Tanda dan gejala terjadinya fase aktif memanjang yaitu pembuahan serviks melewati garis kanan waspada pada patograf

c. Kala II memanjang

Kala II memanjang dapat didiagnosa apabila pembukaan serviks lengkap, Ibu ingin mengejan, tetapi tidak ada kemajuan penurunan kepala janin.

C. Plevic Rocking

1. Pengertian Pelvic Rocking

Pelvic Rocking adalah latihan fisik yang melibatkan memutar tubuh pinggang dan pinggul. Senam yang menggunakan metode panggul goyang ini dirancang untuk melatih otot punggung bawah dan pinggul serta membantu menurunkan kepala bayi ke tulang panggul, menuju jalan lahir. Hal ini dapat dilakukan tanpa atau dengan alat, yaitu birthing ball (Hermina, 2015)

2. Brith Ball

Kurniawati (2017) mengemukakan bahwa brith ball dapat menjadi alat yang bermanfaat bagi ibu saat melahirkan. Brith ball adalah bola terapi fisik yang membantu ibu pada kala I persalinan. Brith ball yang dapat digunakan dalam berbagai posisi. Bola bersalin bisa menjadi alat yang berguna bagi ibu selama proses persalinan.

3. Tujuan Brith Ball

Tujuannya adalah untuk membantu ibu dalam kemajuan persalinan. Gerakan mengayun ke atas bola menciptakan perasaan nyaman dan mendorong kelancaran persalinan dengan gerakan gravitasi meningkatkan pelepasan endorfin karena elastisitas dan lengkungan bola merangsang reseptor di daerah panggul bertanggung jawab atas sekresi endorfin. Manfaat lain yang untuk ibu yaitu untuk mengurangi kecemasan dan membantu prosesnya menurunkan kepala dan meningkatkan rasa kepuasan dan kesejahteraan ibu (Kurniawati, 2017).

4. Indikasi dan Kontra Indikasi

a. Indikasi

Ibu inpartu yang merasakan nyeri, Pembukaan yang lama Penurunan kepala bayi yang lama.

b. Kontraindikasi

1) Janin malpresentasi

- 2) Perdarahan antepartum
- 3) Ibu hamil dengan hipertensi

5. Penurunan kesadaran

American College of Obstetrician dan Gynecologist memiliki rekomendasi berikut tentang olah raga dan kehamilan untuk menghentikan latihan atau olah raga ini apabila berada dalam situasi berikut :

- a. Faktor risiko untuk persalinan prematur
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Ketuban pecah dini
- d. Serviks incoptent
- e. Janin tumbuh lambat

Sedangkan bagi ibu hamil dengan kondisi berikut ini diharapkan untuk berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter atau bidan yang merawat.

- a. Hipertensi
- b. Diabetes gestational
- c. Riwayat penyakit jantung atau kondisi pernapasan (asma)
- d. Riwayat persalinan prematur
- e. Plasenta previa
- f. Preeklamsia

6. Langkah-langkah Pelvic Rocking

Persiapan sebelum pelatihan tenaga kerja, Menurut andriari dkk (2012), bola yaitu :

- a. Alat dan bahan
 - 1) Bola

Besar kecilnya bola disesuaikan dengan tinggi badan ibu hamil. Ibu hamil dengan tinggi badan 160-170 cm disarankan menggunakan bola dengan diameter 55-65 cm. Ibu yang memiliki tinggi badan diatas 170cm cocok menggunakan bola dengan diameter 75 cm. Ukuran yang biasa digunakan saat melahirkan

adalah 65 cm dan mampu menopang beban hingga 135,9 kg (bola senam)

- 2) Matras
- 3) Kursi
- 4) Bantal atau pengalas Empuk

b. Lingkungan Hidup

Lingkungan nyaman, kondusif, dan pencahayaan memadai Merangsang ibu untuk mengurangi stres. Pastikan lantai yang digunakan untuk terapi Birthing Ball tidak licin dan tidak licin.

c. Peserta Latihan

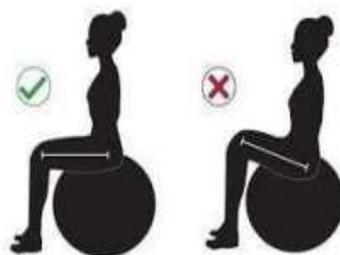
Peserta pelatihan ini adalah seluruh ibu-ibu yang akan melahirkan. Klien Bersiaplah untuk berlatih tanpa lelah. Jika ibu dalam keadaan lelah maka energi yang dikeluarkan akan meningkat sehingga membuat ibu merasa sangat lelah dan tidak bertenaga saat melakukan tekanan.

7. Jenis Gerakan

Jenis-jenis gerakan yang dijelaskan oleh Kustari dkk (2012) adalah sebagai berikut :

a. Duduk di atas bola

Gambar 1 Duduk diatas Bola



Sumber : Buku Brith Ball

- 1) Duduklah di atas bola seolah-olah sedang duduk di kursi atau bola, dengan kaki agak terbuka dan seimbangkan tubuh di atas bola.
- 2) Letakkan tangan Anda di pinggul atau lutut dan gerakkan pinggul ke samping ke kanan dan ke kiri saat bola menggelinding. Ulangi ini setidaknya 2 x 8 kali.

- 3) Dengan tangan masih di pinggang, gerakkan pinggul maju mundur mengikuti aliran bola. Ulangi ini setidaknya 2 x 8 kali.
 - 4) Masih duduk di atas bola, putar pinggul searah jarum jam atau sebaliknya, seolah membentuk lingkaran atau hula hoop.
 - 5) Kemudian lakukan gerakan pinggul spiral depan dan belakang
- b. Duduk diatas Bola bersandar ke depan
- 1) Setelah menggerakkan pinggul mengikuti aliran bola yang menggelinding, Selama fase istirahat, bersandarlah pada kursi atau pendamping (bisa menjadi pelatih atau anggota keluarga).
 - 2) Latihan pernapasan dalam.
 - 3) Lakukan cara ini selama 5 menit.
 - 4) Postur ini dapat membantu ibu melepaskan rasa cemas dan mengurangi nyeri pada vagina dan perineum. Selama kontraksi, ibu dapat melakukan gerakan-gerakan, dan terus mengayunkan panggul serta bernapas di sela-sela kontraksi. Ibu akan merasa lebih nyaman dengan bantuan suami atau pasangan kandunginya (Aprillia, 2017).
- c. Berdiri bersandar diatas bola
- 1) Letakkan bola di atas kursi.
 - 2) Berdirilah dengan kaki sedikit terbuka dan condongkan tubuh ke depan pada bola. Ini seperti memeluk bola.
 - 3) Lakukan tindakan ini selama 5 menit.
 - 4) Kontraksi akan semakin kuat dan hebat bila berdiri/tegak Efisien. Kontraksinya akan terus mengikuti gravitasi untuk mempertahankan kepala bayi menghadap ke bawah, yang dimana akan membantu serviks untuk berdilatasi lebih cepat sehingga persalinan berlangsung cepat. Mengubah Posisi saat melahirkan dapat mengubah bentuk dan ukuran panggul Ini akan membantu kepala bayi bergerak ke posisi optimal pada kala I persalinan dan membantu rotasi dan penurunan bayi selama kala II (Mathew, 2012).
- d. Berlutut dan Bersandar diatas bola
- 1) Letakkan bola di lantai.
 - 2) Menggunakan bantal atau bantal yang empuk posisi berlutut.

- 3) Kemudian letakkan tubuh ke depan, bersandar seperti menguasai bola.
 - 4) Peluk bola dan gerakkan ke arah sisi kanan dan kiri mengikuti aliran bola yang menggelinding.
 - 5) Minta teman untuk mendampingi atau memeluk bola tersebut tekan dengan lembut pada punggung bawah. Ambil tindakan ini selama 5 menit.
- e. Jongkok bersandar pada bola
- 1) Letakkan bola di dinding atau penyangga.
 - 2) Ibu duduk di lantai dengan posisi berjongkok dengan posisi punggung atau bersandar pada bola.
 - 3) Lakukan latihan pernapasan dalam pada posisi ini.
 - 4) Lakukan ini selama 5-10 menit.

D. Teknik Rebozo

1. Pengertian Teknik Rebozo

Teknik rebozo merupakan terapi non farmakologi untuk mempercepat pembukaan serviks ibu bersalin. teknik *rebozo* dan *pelvic rocking* merupakan metode non farmakologi yang menjadi alternatif praktis dalam menangani lama penurunan kepala janin dan pembukaan serviks dalam proses persalinan yang bertujuan melenturkan, merileksasikan otot-otot dasar panggul agar kepala janin dapat masuk dan turun ke jalan lahir (Munafiah et al., 2020).

Teknik rebozoa adalah cara non farmakologi atau tanpa menggunakan obat (tradisional) untuk membantu mengelola rasa sakit selama persalinan. Teknik ini berasal dari Meksiko di mana wanita di sana mempunyai tradisi menggunakan *rebozo* sebelum, selama dan setelah kelahiran (Andria et al., 2022).

Rebozo adalah kain panjang yang biasa dipakai wanita Meksiko untuk kegiatan sehari-hari (memanggul, menggendong bayi, selimut dll) melilitkan ribosou ke sekeliling panggul dan bokong ibu hamil lalu menggoyangkan selama proses persalinan berlangsung. Ayunan dari *rebozo*

dianggap mampu membuat sang ibu rileks serta membantu memposisikan bayi ke jalur lahir (Simbolon, dkk 2021).

Teknik *rebozo* biasanya dilakukan pada ibu hamil setelah usia kehamilan 28 minggu, dapat juga dilaksanakan selama persalinan. Pada fase awal persalinan dan setelah memasuki fase aktif, dilakukan dengan teknik *shake the apple three*, merupakan salah satu yang paling umum dilakukan pada pinggul wanita yang akan melahirkan, dengan gerakan yang terkontrol untuk membantu mengayunkan dari sisi ke sisi lain sedikit.

Teknik *rebozo* adalah sebuah teknik praktis non invasif yang dilakukan pada wanita berdiri, berbaring atau bertumpu pada tangan dan lututnya. Ini melibatkan gerakan pinggul wanita yang melahirkan yang dikontrol dengan lembut berdampingan dengan menggunakan syal anyaman khusus, dan dilakukan dengan baik oleh bidan atau orang pendukung lainnya (Inversen et al., 2017).

2. Manfaat Rebozo

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

3. Tujuan Rebozo

Teknik *rebozo* ini dapat membantu ibu untuk menjadi lebih rileks tanpa bantuan obat apapun. Selain itu, teknik ini juga dapat digunakan untuk memberikan ruang ke bayi sehingga bayi dapat berada di posisi yang seoptimal mungkin untuk persalinan.

4. Teknik Rebozo saat persalinan

a. Shakes The Apple

Teknik ini dilakukan setelah memasuki fase aktif. Teknik ini dilakukan dengan menggoyang-goyangkan pinggul ibu dengan gerakan yang

teratur. Gerakan ini biasa disebut “*pelvic massage*: atau *Shake The Apple tree*. Selain itu *rebozo* juga dapat digunakan untuk mengoptimalkan bayi.



Gambar 2 Shake The Apple Tree
Sumber : (Munafiah et al., 2020)

Alat dan Bahan :

- 1) Kain / Jarik / Selendang
- 2) Gym ball / Kursi
- 3) Matras
- 4) Bantal

Pelaksanaan :

- 1) Menyiapkan pendamping serta alat yang akan digunakan untuk melakukan *rebozo*
- 2) Menyapa dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga
- 3) Memberikan informed consent untuk meminta persetujuan sebagai pasien
- 4) Menjelaskan ibu dan keluarga maksud dan tujuan
- 5) Menyiapkan pasien nyaman mungkin. Minta ibu berlutut di depan kursi, sofa, atau gym ball. Ibu dapat menggunakan bantal di dada dan lutut untuk kenyamanan.
- 6) Gantungkan tangan ibu di sekitar gym ball, kursi, atau sofa sehingga ibu tidak perlu menumpukan berat badan ke tangan
- 7) Memosisikan kain *rebozo* di sekitar pinggul klien hingga melingkupi daerah pantat atau bokong klien. Klien dianjurkan untuk rileks dengan memejamkan mata.

- 8) Posisi kaki pendamping ditekuk satu, kemudian condongkan badan ibu dan kita gerakkan panggul ibu yang dikontrol dengan lembut dari sisi ke sisi perlahan ke kanan dan ke kiri, lalu mulai meningkatkan kecepatannya, serta lihat reaksi ibu selama tindakan.
- 9) Dengan kecepatan yang meningkat seiring berjalannya waktu (bagi para pendamping, jagalah kekuatan agar tetap stabil), panggul ibu menjadi bergetar. Di saat ini, bernafaslah dengan bebas dan secara perlahan lahan. Jika ibu merasa tidak nyaman, mintalah pendamping untuk menyesuaikan kecepatan atau tekanan *rebozo* sampai ibu merasa nyaman.
- 10) Goyangkan *rebozo* kekanan dan kekiri dengan gerakan shaking serta berikan afirmasi positif pada ibu agar ibu merasa nyaman dan rileks.
- 11) Teknik ini dilakukan selama 5-10 menit, setelah 5-10 menit, tangan pendamping mungkin akan mulai lelah. Pada saat ini, pendamping dapat memperlambat gerakannya secara bertahap untuk beberapa detik sampai akhirnya berhenti dan *rebozo* dilepaskan dari panggul ibu.
- 12) Mencatat perubahan tingkatan nyeri yang terjadi pada ibu bersalin setelah dilakukan teknik *rebozo*, kemudian pencatatan skala nyeri dipantau setiap 30 menit sekali menggunakan pedoman observasi skala nyeri.

E. Efektivitas Pelvic Rocking dengan Rebozo Terhadap Lamanya Proses Persalinan Pada Ibu Bersalin.

Kurangnya latihan fisik (olahraga) dapat menjadi faktor pencetus timbulnya kecemasan dan ketidaksiapan menjalani kehamilan dan persalinan, tidak dapat beradaptasi terhadap nyeri persalinan serta meningkatkan kesulitan dalam proses persalinan dan kelahiran bayi. Seorang ibu hamil yang mengikuti senam hamil akan lebih bugar dan kuat sehingga mempermudah proses persalinan dan kelahiran bayi. Senam Hamil adalah persiapan dan latihan otot agar dapat digunakan dengan benar optimal untuk persalinan normal. Bisa melakukan senam hamil dimulai pada usia kehamilan 28 minggu. Rekomendasi

senam hamil dirancang khusus untuk ibu hamil dengan kondisi normal atau artinya, tidak ada istilah yang memuatnya risiko bagi ibu dan janin, seperti pendarahan, penyakit jantung, gangguan postur, panggul sempit dan lain-lain (Errol Norwitz dan John O. Schorge; 2017).

Pelvic Rocking dan *Rebozo* akan menghasilkan kelahiran yang lebih baik dibandingkan dengan ibu bagi ibu hamil yang tidak berolahraga saat hamil. Tujuan *pelvic roking* dan *rebozo* dikatakan dapat menurunkan berat badan lahir bayi rendah, gangguan denyut jantung menurun, tali pusat dan mekonium, penurunan ketegangan, penurunan nyeri, penurunan angka kelahiran prematur, penurunan operasi caesar, dan peningkatan *apgar scor*, dan psikomotorik janin serta salah satu tingkat untuk mengendalikan tingkat laserasi perineum guna menjaga kekuatan panggul sekaligus menjaga kelenturan otot-otot perineum. Berolahraga saat hamil juga dapat mengurangi risiko stres dan nyeri saat melahirkan.

Penelitian yang dilakukan (Catur, 2021) menyebutkan bahwa mobilisasi persalinan dengan *pelvic rocking*, yaitu duduk dengan perlahan mengayunkan dan menggoyangkan pinggul kedepan dan belakang, sisi kanan, sisi kiri, dan melingkar, akan bermanfaat untuk tekanan dari kepala bayi pada leher rahim tetap kostan ketika ibu bersalin diposisi tegak, sehingga dilatasi (pembukaan) servik dapat terjadi lebih cepat serta bermanfaat untuk membuat ligamentum atau otot daerah panggul lebih rileks dan melonggar serta area bidang luas panggul akan lebih melebar sehingga memudahkan kepala bayi untuk segera turun ke dasar panggul. Teori ini sesuai dengan hasil penelitian, yang menerangkan *pelvic rocking* dapat membantu pembukaan *serviks* pada persalinan kala I fase aktif.

Hal ini juga sesuai dengan teori disampaikan oleh Wiadnyana (2018) yang dikemukakan bahwa wanita hamil melakukannya *pelvic rocking* dengan *rebozo* teratur bermanfaat, yaitu untuk melunakkan, memperlancar proses melahirkan operasi caesar dan mengurangi terjadinya krisis saat janin lahir.

Menurut peneliti, *pelvic rocking* dengan *rebozo* ada kaitannya karena latihan tersebut dengan proses kelahiran mampu menjaga elastisitas dan kekuatan ligamen otot pinggul, pinggul dan kaki karena itu mengurangi rasa

sakit saat melahirkan dan memberi ruang pada jalan lahir, meningkatkan kenyamanan ibu setelah 2 jam bersalin dan mengurangi risiko jam kerja yang panjang.

F. Penelitian Terdahulu

Berdasarkan studi literatur yang telah digunakan sebagai sumber penelitian dapat menunjukkan tidak ada yang membandingkan *pelvic rockin* dan *rebozo*, maka peneliti melakukan penelitian yang membandingkan kedua kelompok *pelvic rockin* dan *rebozo* terhadap lama persalinan kala II pada nulipara.

Tabel 1
Penelitian Terdahulu

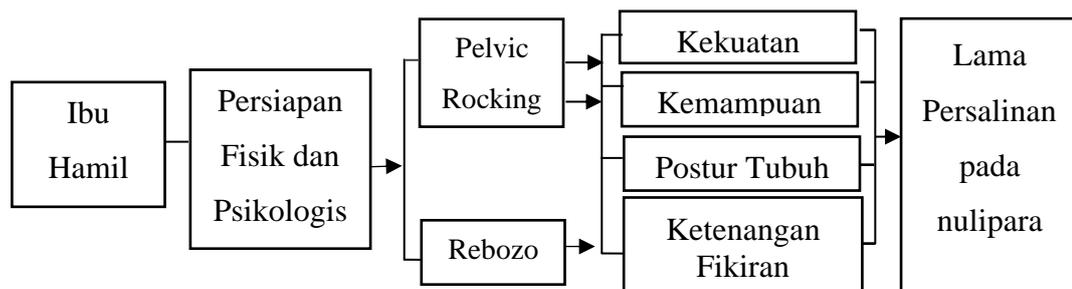
| No | Judul Penelitian | Nama Peneliti | Tujuan Peneliti | Desain Penelitian | Hasil |
|----|--|-----------------------|---|---|---|
| 1. | Efektivitas <i>Pelvic Rocking Exercise</i> pada Ibu Bersalin Kala I terhadap Kemajuan Persalinan dan Lama Persalinan | Wulandari dan Wahyuni | Mengidentifikasi efektivitas <i>pelvic rocking exercises</i> terhadap kemajuan persalinan dan lama persalinan pada Ibu bersalin dan mendeskripsikan bagaimana efektivitas <i>pelvic rocking exercises</i> terhadap lama waktu persalinan kala I dan lama kala II. | Jenis penelitian kuantitatif quasi <i>eksperimental design</i> , dengan rancangan yang digunakan adalah <i>posttest only control group design</i> . Pengambilan subjek penelitian dilakukan secara <i>nonprobability</i> atau nonrandom sampling dengan metode <i>consecutive sampling</i> , Jumlah sampel pada penelitian ini yaitu 28 ibu bersalin kala I dan kala II (14 pada kelompok intervensi dan 14 pada kelompok kontrol). | Hasil penelitian ini ada hubungan <i>Pelvic Rocking Exercise</i> dengan lama kala I dengan p-value 0,008 <0,05, dan hasil penelitian ini juga didapatkan bahwa ada hubungan antara <i>Pelvic Rocking Exercise</i> dengan lama kala II dengan p value 0,007 <0,05. Sedangkan kelompok control tidak diberikan intervensi |
| 2. | Efektivitas <i>Pelvic Rocking Exercise</i> Terhadap Kemajuan | Rizki dan Anggraini | Untuk mengetahui lama kala II dan kejadian robekan perineum pada | Jenis penelitian observasional, rancangan <i>quasi experiment jenis nonequivalent control group</i> | Penelitian ini didapatkan nilai rerata lama kala II pada kelompok perlakuan 11,3% |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| Persalinan dan Kejadian Robekan Perineum di PMB Mei Kurniawati Surabaya | ibu bersalin yang melakukan pelvic rocking exercise dan tidak. | design. Dalam rancangan kelompok eksperimen diberi perlakuan <i>pelvic rocking exercise</i> , sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberi perlakuan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin di PMB Mei Kurniawati Surabaya yang berjumlah 35 orang. Pengambilan Sampel dilakukan dengan menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> dan diperoleh 30 orang ibu bersalin. | Dalam ini kelompok diberi <i>pelvic rocking exercise</i> , sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberi perlakuan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin di PMB Mei Kurniawati Surabaya yang berjumlah 35 orang. Pengambilan Sampel dilakukan dengan menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> dan diperoleh 30 orang ibu bersalin. | sedangkan pada kelompok kontrol 19,67%, berdasarkan uji analisis <i>Mann Whitney</i> nilai p value 0,009 <0,05 yang artinya ada perbedaan <i>signifikan</i> , dan berdasarkan uji korelasi variabel <i>pelvic rocking exercise</i> dengan kejadian robekan perineum dengan uji <i>Chi Square</i> nilai p value 0,028 <0,05 yang artinya ada hubungan <i>pelvic rocking exercise</i> dengan kejadian robekan perineum dengan <i>signifikan</i> . |
| 3. Perbandingan Pemberian Tehnik Rebozodan Pijat Oksitosin terhadap LamaPersalinan di Puskesmas Sukatani Kabupaten Bekasi Jawa Barat | Rahayu dan Rahmadyanti | Mengetahui perbandingan pemberian tehnik rebozo dan pijat oksitosin terhadap lama persalinan di Puskesmas Sukatani Kabupaten Bekasi Jawa Barat tahun 2023. | Desain penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang menggunakan desain quasi eksperimen dengan rancangan <i>posttest only with control group design</i> yakni rancangan eksperimen yang dilakukan pada dua kelompok berbeda yang mendapatkan intervensi yang berbeda. Desain ini menggunakan 2 kelompok eksperimen pemberian tehnik <i>rebozo</i> dan kelompok pijat | Hasil penelitian bahwa lama persalinan kala II pada ibu bersalin dengan tehnik rebozo rata-rata 30,93 menit, std. deviasi 10,349 menit maximum 55 menit dan minimum 20 menit sedangkan pijat oksitosin kala II pada ibu bersalin rata-rata 44,90 menit std. deviasi 14,597 menit maximum 70 menit dan minimum 30 menit dengan |

| | | | | | |
|----|---|-----------------------|--|--|---|
| | | | oksitosin. Populasi yang diambil sebanyak 60 responden | nilai selisih 13,97 menit dan dilakukan Uji Mann Whitney diketahui nilai signifikansi $0,000 < 0,05$. | |
| 4. | Efektifitas Teknik Rebozo Dalam Lama Persalinan Kala I Fase Aktif pada Ibu Bersalin Primigravida di Wilayah Kabupaten Tapanuli Utara Bulan Januari sampai dengan Oktober 2020 | Simbolon dan Siburian | Untuk mengetahui efektifitas teknik rebozo dalam sama persalinan kala I fase aktif pada ibu primigravida | Desain penelitian ini adalah quasi eksperimen, sampel berjumlah 14 orang untuk kelompok intervensi dan 14 orang kelompok kontrol. Penelitian dilakukan pada Puskesmas di wilayah Kabupaten Tapanuli Utara dengan teknik pengambilan sampel consecutive sampling dan memenuhi kriteria inklusi. | Hasil di ketahui rata-rata lama persalinan kala I untuk ibu yang mendapat perlakuan teknik rebozo sebesar 7,43 dan untuk ibu yang tidak dilakukan teknik rebozo sebesar 4,00 Nilai mean rank intervensi teknik rebozo (7,43) > kontrol (4,00) yang berarti bahwa teknik rebozo lebih efektif terhadap percepatan persalinan lama kala I fase aktif. dengan hasil nilai p value $0,00 < 0,05$ artinya H_0 diterima, dan H_0 ditolak. |

G. Kerangka Teori

Tinjauan teori dijadikan dasar untuk membentuk kerangka teori. Kerangka teori menjelaskan hubungan antar variabel. Maka kerangka teori pada penelitian adalah sebagai berikut :

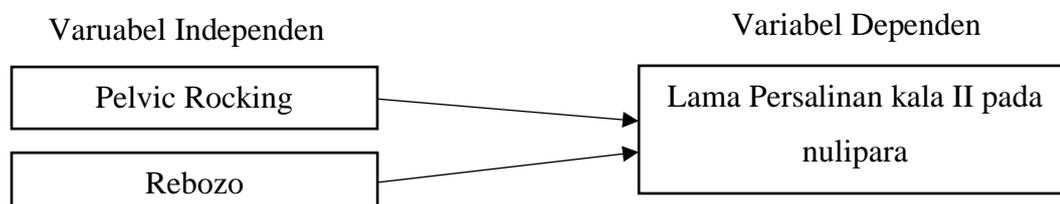


Gambar 3 Kerangka Teori

Sumber : (Astutik R. Y., 2017) (William & Carey, 2016)

H. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah rumusan kerangka teori atau teori yang mendasari penelitian. Kerangka konsep ini terdiri dari variabel-variabel dan hubungan antar satu variabel (Notoatmodjo, 2018). Kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 4 Kerangka Konsep

I. Variabel Penelitian

Menurut Notoadmojo (2018), variabel mempunyai pengertian ukuran atau ciri yang diwakili oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Dalam sebuah penelitian terdapat dua variabel penelitian, yaitu variabel independen (bebas) dan variabel dependen (terikat).

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *pelvic rocking* dan *rebozo* sedangkan variabel dependennya adalah lama persalinan kala II pada nulipara ibu bersalin.

J. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah hasil yang diharapkan atau hasil yang diantisipasi dari sebuah penelitian. Apabila kita akan melakukan penelitian umumnya kita memiliki ide tentang outcome dari studi tersebut. Outcome atau jawaban tersebut bisa dapat melalui konstruksi teori atau berdasarkan hasil penelitian sebelumnya. Dalam penelitian dikenal dua jenis hipotesis yaitu hipotesis alternatif (H_a) dan (H_0) hipotesis nol (Swarjana,2015). Hipotesis penelitian ini sebagai berikut :

- H_a : Ada pebedaan pelvic rocking dan rebozo terhadap lama persalinan kala II nulipara di TPMB Kecamatan Trimurjo Lampung Tengah
- H_o : Tidak ada pebedaan pelvic rocking dan rebozo terhadap lama persalinan kala II nulipara di TPMB Kecamatan Trimurjo Lampung Tengah.

K. Definisi Operasional

Tabel 2
Definisi Operasional

| No | Variabel | Definisi Operasional | Cara Ukur | Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|----|---------------------------------------|---|----------------------|--|---|------------|
| 1. | Pelvic rocking | Latihan fisik yang dilakukan oleh ibu bersalin dengan melakukan putaran pada bagian pinggang dan pinggul dengan birth ball dalam berbagai jenis gerakan. | Lembar Check list | Lembar observasi pelvic rocking | Dilakukan pelvic rocking | Nominal |
| 2. | Teknik rebozo | Teknik yang menggunakan gerakan terkontrol untuk membantu menggerakkan pinggul guna untuk mengendurkan otot-otot disekitar panggul untuk membantu bayi mendapatkan posisi yang optimal. | Lembar Check list | Lembar observasi teknik rebozo | Dilakukan teknik rebozo | Nominal |
| 3. | Lama Persalinan kala II pada nulipara | Waktu yang dibutuhkan dalam satuan menit setelah pembukaan lengkap sampai bayi lahir yang berlangsung selama 120 menit. | Lembar observasi | Lembar patograf | Lama persalinan kala II dalam menit | Rasio |