

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) , dimana janin dilahirkan secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Yulizawati et al., 2020).

Persalinan merupakan proses alamiah yang dialami seorang wanita. Asalkan kondisi fisik memadai tidak akan banyak mengalami kesulitan, namun tidak setiap wanita akan selalu siap menghadapi persalinan karena persalinan disertai rasa nyeri dan pengeluaran darah. Ketidaksiapan akan menimbulkan rasa takut dan cemas pada ibu terutama pada wanita yang baru pertama kali melahirkan karena pada umumnya belum memiliki gambaran mengenai kejadian yang akan dialami pada akhir kehamilan terlebih pada persalinan. Kecemasan akan memobilisasi daya pertahanan individu. Cara individu mempertahankan diri terhadap kecemasan dapat dilihat dari gejala-gejala yang menentukan jenis gangguan (Maramis, 2023).

Faktor emosi atau psikologis terjadinya partus lama adalah ketakutan persalinan sangat dibutuhkan ibu terlebih dahulu pada ibu yang melahirkan anak pertama (Mahyunidar, 2021). Salah satu penyebab ketidak lancaran proses persalinan adalah fakta psikologi, kecemasan, kelelahan, kehabisan tenaga dan kekhawatiran ibu, seluruhnya menyatu sehingga dapat memperberat nyeri fisik yang sudah ada. Begitu nyeri persepsi semakin intens, kecemasan ibu meningkat semakin berat, sehingga terjadi siklus nyeri stress nyeri dan seterusnya sehingga akhirnya ibu yang bersalin tidak mampu lagi bertahan (Yanti, 2021).

b. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Fitriahadi dan Utami (2020) yaitu :

a) Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina)

Bidang-bidang hodge : Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT), Adapun bidang hodge sebagai berikut:

- a)Hodge I : Bidang yang setinggi dengan Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio-iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas symfisis pubis.
- b)Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- c)Hodge III : Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- d)Hodge IV : Bidang setinggi ujung os soccygis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

Ukuran-Ukuran Panggul :

a. Panggul luar

- 1) Distansia Spinarum yaitu diameter antara kedua Spina Iliaka anterior superior kanan dan kiri ; 24-26 cm
- 2) Distansia kristarum yaitu diameter terbesar antara kedua crista iliaka kanan dan kiri : 28-30 cm
- 3) Distansia boudeloque atau konjugata eksterna yaitu diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas sympisis pubis : 18-20 cm
- 4) Lingkar panggul yaitu jarak antara tepi atas sympisis pubis ke pertengahan antara trokhanter dan spina iliaka anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebaliknya sampai kembali ke tepi atas sympisis pubis. Diukur dengan metlin.
Normal: 80-90 cm

b. Panggul dalam

1) Pintu atas panggul

- a) Konjugata Vera atau diameter antero posterior yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas symfisis: 11 cm. Konjugata obstetrika adalah jarak antara promontorium dengan pertengahan symfisis pubis.
- b) Diameter transversa (melintang), yaitu jarak terlebar antara kedua linea inominata: 13 cm
- c) Diameter oblik (miring) yaitu jarak antara artikulasio sakro iliaka dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelah : 12 cm

2) Bidang tengah panggul

- a) Bidang luas panggul terbentuk dari titik tengah symfisis, pertengahan acetabulum dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, sehingga tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme penurunan kepala. Diameter anteroposterior 12,75 cm, diameter tranversa 12,5 cm.
- b) Bidang sempit panggul. Merupakan bidang yang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah symfisis, spina ischiadika kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter antero-posterior : 11,5 cm ; diameter tranversa : 10 cm

3) Pintu bawah panggul

- a) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadikum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.
- b) Diameter antero posterior yaitu ukuran dari tepi bawah symfisis ke ujung sacrum : 11,5 cm
- c) Diameter tranversa: jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri : 10,5 cm

d) Diameter sagitalis posterior yaitu ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran tranversa : 7,5 cm Inklinatio pelvis Adalah kemiringan panggul, sudut yang terbentuk antara bidang semu pintu atas panggul dengan garis lurus tanah sebesar 55-60 derajat. Empat jenis panggul dasar dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Ginekoid (tipe wanita klasik)
- b. Android (mirip panggul pria)
- c. Antropoid (mirip panggul kera anthropoid)
- d. Platipeloid (panggul pipih)

b) Passenger (Janin dan Plasenta)

Pasenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari pasenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

Ukuran Kepala Janin :

a. Diameter

- 1) Diameter Sub Occipito Bregmatika 9,5 cm
- 2) Diameter occipitofrontalis. Jarak antara tulang oksiput dan frontal, \pm 12 cm
- 3) Diameter vertikomento / supraoksipitomental / mento occipitalis \pm 13,5 cm, merupakan diameter terbesar terjadi pada presentasi dahi
- 4) Diameter submentobregmatika \pm 9,5 cm/Diameter anteroposterior pada presentasi muka.

Diameter melintang pada tengkorak janin adalah:

- 1) Diameter Biparietalis 9,5 cm
- 2) Diameter Bitemporalis \pm 8 cm

b. Ukuran Circumferensia (Keliling)

- 1) Circumferensial fronto occipitalis ± 34 cm
- 2) Circumferensia mento occipitalis ± 35 cm
- 3) Circumferensia sub occipito bregmatika ± 32 cm Ukuran badan lain :

a. Bahu

- 1). Jaraknya ± 12 cm (jarak antara kedua akromion)
- 2). Lingkaran bahu ± 34 cm

b. Bokong

- 1). Lebar bokong (diameter intertrokanterika) ± 12 cm
- 2). Lingkaran bokong ± 27 cm

Presentasi Janin. Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm. Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam. Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi adalah letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin.

Letak Janin. Letak adalah hubungan antarasumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung ibu). Ada dua macam letak (1) memanjang atau vertikal, dimana sumbu panjang janin paralel dengan sumbu panjang ibu; (2) melintang atau horizontal, dimana sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu. Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi sacrum (sungsang). Presentasi ini tergantung pada struktur janin yang pertama memasuki panggul ibu

Sikap Janin. Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain. Janin mempunyai postur yang khas (sikap) saat berada dalam rahim. Hal ini sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagian akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi kepala fleksi ke arah dada,

dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Sikap ini disebut fleksi umum. Tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan. Misalkan pada presentasi kepala, kepala janin dapat berada dalam sikap ekstensi atau fleksi yang menyebabkan diameter kepala berada dalam posisi yang tidak menguntungkan terhadap batas-batas panggul ibu. Diameter biparietal adalah diameter lintang terbesar kepala janin. Dari semua diameter anteroposterior, terlihat bahwa sikap ekstensi atau fleksi memungkinkan bagian presentasi dengan ukuran diameter memasuki panggul ibu. Kepala yang berada dalam sikap fleksi sempurna memungkinkan diameter suboksipitobregmatika (diameter terkecil) memasuki panggul dengan mudah.

Posisi Janin. Posisi adalah hubungan antara bagian presentasi (oksiput, sacrum, mentum/dagu, sinsiput/puncak kepala yang defleksi/menengadahkan) terhadap empat kuadran panggul ibu. Yaitu posisi oksipito Anterior Kanan (OAKa). Oksipito transversa kanan (OTKa), oksipito posterior kanan (OPKa), oksipito posterior kiri (OPKi), oksipito transversa kiri (OTKi), oksipito anterior kiri (OAKi). Engagement menunjukkan bahwa diameter transversa terbesar bagian presentasi telah memasuki pintu atas panggul. Pada presentasi kepala yang fleksi dengan benar, diameter biparietal merupakan diameter terbesar.

c) Power (Kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.

d) Posisi Ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberikan sejumlah keuntungan yaitu mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu purnan janin.

e) Psikologis

Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya.

c. Tanda-tanda Persalinan

Dalam buku Subiastutik dan Maryanti (2022) terdapat beberapa tanda-tanda persalinan sebagai berikut:

1)Tanda Kemungkinan Persalinan

- a)Sakit pinggang, nyeri yang merasa, ringan, mengganggu, dapat hilang timbul dapat disebabkan oleh kontraksi dini.
- b)Kram pada perut bagian bawah seperti kram menstruasi, dapat disertai rasa nyaman di paha. Dapat terus menerus atau terputus.
- c)Tinja yang lunak, buang air beberapa kali dalam beberapa jam, dapat disertai kram perut atau gangguan Pencernaan.

2)Tanda Awal Persalinan

- a) Terjadinya kontraksi, kontraksi terjadi masih jarang, dan durasinya pendek. Kontraksi pra persalinan ini dapat berlangsung lama menyebabkan pelunakan dan penipisan dari leher rahim.
- b) Keluar lendir bercampur darah, aliran lendir yang bernida darah dari vagina. Dikaitkan dengan penipisan dan pembukaan awal dari leher rahim.
- c) Rembesan cairan ketuban dari vagina disebabkan oleh robekan kecil pada membrane/ selaput ketuban.

3) Tanda Positif Persalinan

- a) Kontraksi yang meningkat, kontraksi uterus makin lama makin kuat dan waktunya makin lama, disertai nyeri perut menjalar ke pinggang.
- b) Keluarnya cairan, ketuban yang banyak disebabkan oleh robekan membran yang besar. Sering disertai atau segera diikuti dengan kontraksi yang meningkat.
- c) Keluar lendir bercampur darah makin lama makin meningkat. Hal ini terjadi kerana mengikuti bertambahnya pembukaan servik, sehingga banyak pembuluh darah kecil yg sobek

d. Tahapan dalam Persalinan

Dalam buku Subiastutik & Maryanti (2022) Proses persalinan memiliki beberapa tahapan yang harus dilalui oleh ibu yaitu:

1. Kala I

Dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala 1 persalinan dimulai ketika telah mencapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks yang progresif. Kala satu persalinan selesai ketika serviks sudah membuka lengkap sehingga memungkinkan kepala janin lewat. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka Kala I dibagi menjadi:

a) Fase laten pada kala satu persalinan.

Di mulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap atau dimulai dari adanya pembukaan sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm atau serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam Pada fase ini kontraksi uterus meningkat, baik frekuensi durasi dan intensitasnya, yaitu dari 10-20 menit, lama 15-20 detik dengan intensitas cukup menjadi 5-7 menit lama 30-40 detik dan dengan intensitas yang kuat.

b) Fase aktif pada kala satu persalinan

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kondisi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara) Pada umumnya, fase aktif berlangsung ham pir atau hingga 6 jam Pada fase ini kontraksi uterus menjadi efektif ditandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi

Tekanan puncak kontraksi yang dihasilkan mencapai 40-50 mmHg. Di akhir fase aktif kontraksi berlangsung antara 2-3 menit sekali, selama 60 detik dengan interrasitas lebih dari 40 mmHg Fase aktif dibedakan menjadi fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi.

(1) Fase akselerasi

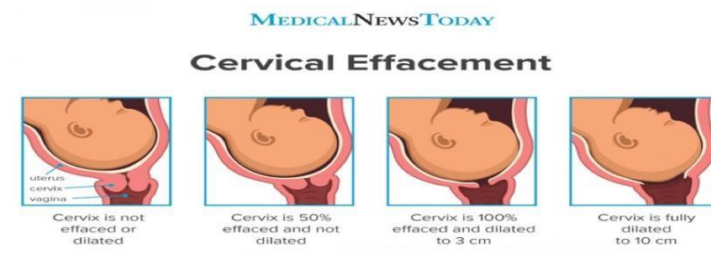
Dari pembukaan serviks 3 menjadi 4 cm umumnya berlangsung selama 2 jam Fase ini merupakan fase persiapan menuju fase berikutnya.

(2) Fase dilatasi maksimal

Fase ini merupakan waktu ketika dilatasi serviks meningkat dengan cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm selama 2 jam. Normalnya pembukaan serviks pada fase ini konsisten yaitu 2-3 cm perjam untuk multipara dan 1-2 cm per jam untuk primipara.

(3) Fase deselerasi

Fase ini merupakan akhir fase aktif dimana dilatasi serviks dari 9 cm menuju pembukaan lengkap (10 cm). Dilatasi serviks pada fase ini kembali menjadi lambat rata-rata 1 cm per jam pada primipara namun pada multipara lebih cepat.



Gambar 2.1 Effecemen Servix

Sumber : Valinda Riggins Nwadike, 2021.

Penatalaksanaan asuhan persalinan kala 1 meliputi pemenuhan nutrisi dan keseimbangan, kebersihan, kenyamanan, posisi, kontak fisik dan pijatan.

a). Nutrisi dan keseimbangan cairan.

Pemberian makanan padat pada ibu bersalin yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumonia (tersedak dan masuk ke dalam saluran pernafasan) Alasan ini cukup logis karena pada proses persalinan, motilitas lambung, absorpsi lambung dan sekresi asam lambung menurun, sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu ibu sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya tetap akan terpenuhi.

b). Eliminasi selama persalinan.

Selama proses persalinan, ibu akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika ibu masih berada dalam awal kala 1, ambulasi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini menguntungkan untuk penurunan bagian ter bawah janin atau kemajuan persalinan. Jika kondisi ibu tidak memungkinkan untuk buang air kecil (BAK) sendiri di toilet, maka tugas bidan atau keluarga terdekat untuk misalnya menggunakan pispot di tempat tidur. Penting untuk menanyakan kepada ibu mengenai siapa yang ia

inginkan untuk membatu- tunya BAK di atas empat tidur. Ini sangat berpengaruh terhadap psikologis ibu tidak hanya saat ia BAK namun untuk perkembangan kenyamanan psikologis di tahap proses persalinan selanjutnya. Ibu akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk buang air besar (BAB).

c). Posisi persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa yang normal, tanpa disadari dan mau tidak mau harus berlangsung. Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh memaksakan pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya. Sebaiknya peranan bidan adalah untuk mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun yang dipilihnya menyarankan alternatif-alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi dirinya sendiri atau bagi bayinya. Bila ada anggota keluarga yang hadir untuk melayani sebagai pendukung ibu, maka bidan bisa menawarkan dukungan pada orang yang mendukung ibu tersebut. Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut dada tangan lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok

Posisi tersebut dapat membantu rotasi janin dari posisi posterior ke anterior. Setiap posisi yang mengarahkan uterus ke depan membantu gravitasi untuk membawa sisi yang lebih berat pada punggung janin ke arah depan, ke sisi bawah abdomen ibu posisinya membungkuk ke depan di atas kandungan atau jika sedang berada di tempat tidur membungkuk ke atas meja kecil yang biasa dipakai di tempat tidur. Selain itu posisi ke depan berlawanan dengan individu penopang dalam posisi berdiri juga dapat dilakukan. Jika ibu berada di tempat tidur posisi rekumben miring ke kiri sangat dianjurkan karena akan membantu putaran rotasi kepala janin yang berada dalam posisi oksipito posterior kiri.

d). Mengurangi nyeri

Ibu mungkin tidak ingin bercakap-cakap tetapi ia mungkin akan

merasa nyaman dengan kontak fisik. Pasangan atau pendamping hendaknya didorong untuk mau berpegangan tangan dengannya menggosok punggungnya, menyeka wajahnya dengan spons atau mungkin hanya mendekapnya. Sebagian pasangan suami istri mungkin ingin mempraktikkan dimana pasangannya (suami) mengelus elus perut dan paha ibu atau teknik-teknik lain yang serupa. Mereka yang menginginkan kelahiran yang aktif bisa mencoba stimulasi puting dan klitoris untuk mendorong pelepasan oksitosin dari kelenjar pituitari dan dengan demikian merangsang kontraksi uterus secara alamiah. Hal ini juga akan merangsang produksi endogenous opiates, yang memberikan sedikit analgesia alamiah.

2. Kala II

Dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi. . Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, berikut gejala utama pada kala II :

- a) His semakin kuat interval 2-3 menit dan durasi 50 sampai 100 detik
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- c) Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan
- d) His dan mengejan mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dahi, muka, serta dagu yang melewati perineum.
- e) Kepala lahir seutuhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala dan punggung.
- f) Setelah putar paksi luar, persalinan bayi ditolong dengan jalan.
- g) Setelah putaran paksi luar berlangsung maka persalinana

bayi ditolong dengan jalan sebagai berikut:

- (1) Kepala dipegang pada oksiput dan di bawah dagu, ditarik ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.
- (2) Setelah kedua bahu lahir, kemudian melahirkan sisa badan bayi. Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.

Berikut merupakan penatalaksanaan dalam asuhan persalinan kala II yaitu:

- (a) Membimbing ibu untuk meneran.
- (b) Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman.
- (c) Anjurkan ibu untuk meneran.
- (d) Menolong kelahiran kepala dan membersihkan jalan nafas bayi.
- (e) Periksa tali pusat pada leher
- (f) Bantu melahirkan bahu.
- (g) Melahirkan seluruh tubuh bayi
- (h) Bayi dikeringkan dan lakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi.

3. Kala III

Dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Berikut tanda-tanda lepasnya plasenta :

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong, plasenta dilepas ke bagian segmen bawah rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Terjadinya semburan darah secara tiba tiba

Berikut merupakan penatalaksanaan asuhan manajemen aktif pada kala III :

- a) Periksa uterus apakah ada janin kedua.
- b) Pemberian suntikan oksitosin.

- c) Lakukan peregangan tali pusat terkendali dengan penekanan secara dorso kranial
- d) Massase uterus
- e) Periksa kelengkapan plasenta.

4. Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Kala ini penting untuk menilai banyaknya perdarahan (≤ 250 cc) dan baik tidaknya kontraksi uterus. Kala IV merupakan masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Adapun perubahan fisiologis yang terjadi pada kala IV adalah ibu mengalami kehilangan darah, rata rata dalam batas normal jumlah darah adalah 250 ml. Pada kala IV ini ibu dan bayi semakin melekat. Pada 1 jam pertama yang disebut " periode sensitive maternal" yaitu proses membentuk ikatan dengan bayi. Pemantauan dan evaluasi kala iv meliputi :

a) Tanda vital

(1) Tekanan darah dan nadi.

Tekanan darah yang normal adalah kurang dari 140/90 mmHg.

(2) Suhu

Suhu tubuh normalnya kurang dari 38°C, apabila suhu ibu mencapai lebih dari 38°C, kemungkinan yang terjadi adalah infeksi atau dehidrasi.

b) Tinggi fundus uteri dan kontraksi uterus.

Palpasi uterus untuk menentukan tonus dan tinggi fundus uteri. Uterus akan terasa lembek jika tidak berkontraksi dengan baik. Tinggi fundus yang normal saat segera persalinan adalah setinggi umbilikus dan saat setelah plasenta lahir normal tinggi fundus 1-3 jari dibawah pusat. Lakukan masase uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama setiap 30 menit selama 1 jam berikutnya. Ajarkan ibu dan keluarga menilai uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.

c) Darah (lokhia)

Selama beberapa hari pertama setelah persalinan, secret Rahim (lokhia) tampak merah (lokhia rubra), setelah 3-4 hari, lokhia menjadi lebih pucat (lokhia serosa) dan di hari ke-10 lokhia tampak putih atau putih kekuningan (lokhia alba), Pemeriksaan perineum dan vagina pada kala IV dilakukan setiap 15 menit saat 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua.

d) Kandung kemih.

Pemantauan kandung kemih setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan 30 menit sekali pada 1 jam kedua pada kala IV.

e) Robekan jalan lahir

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Keluarnya bayi melalui jalan lahir sebagian besar menjadi faktor penyebab robekan pada vagina dan perineum. Nilai perdarahan dan laserasi atau robekan perineum atau vagina (Fatimah & lestari, 2021).

e. Mekanisme Persalinan

Merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul. Mekanisme ini sangat diperlukan mengingat diameter janin yang lebih besar harus berada pada satu garis lurus dengan diameter paling besar dari panggul. Berikut adalah Gerakan utama pada mekanisme persalinan menurut Fitriahadi dan Utami (2019) yaitu:

1) Engagment

Engagment pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engagment adalah peristiwa ketika diameter biparietal meliputi pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila masuk kedalam panggul dengan sutura

sagitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk kedalam PAP dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati PAP dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat dengan promotorium atau ke symphysis maka hal ini disebut Asinklitismus. Ada dua macam asinklitismus :

- a) Asinklitismus posterior yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan tulang parietal belakang lebih rendah daripada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh symphysis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas.
 - b) Asinklitismus anterior yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promotorium dan tulang parietal depan lebih rendah daripada tulang parietal belakang.
- 2) Penurunan Kepala Dimulai sebelum onset persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya.
 - a) Tekanan cairan amnion.
 - b) Tekanan langsung fundus pada bokong.
 - c) Kontraksi otot-otot abdomen.
 - 3) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.
 - a) Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul.
 - b) Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm.
 - c) Posisi dagu bergeser ke arah dada janin. Pada pemeriksaan dalam UUK lebih jelas teraba daripada UUB.
 - d) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.
 - 4) Rotasi Dalam

Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian

terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpfisis bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpfisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir. Sebab-sebab adanya putar paksi dalam yaitu:

- a). Bagian teendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi
- b). Bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang disebelah depan atas yaitu hiatus genitilis antara musculus levator ani kiri dan kanan

5) Ekstensi

Gerakan ekstensi merupakan gerakan dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpfisis pubis, penyebabnya adalah sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas.

6) Rotasi Luar

Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian kepala berhadapan dengan tuber iskhia dikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu, dan sutura sagitalis kembali melintang.

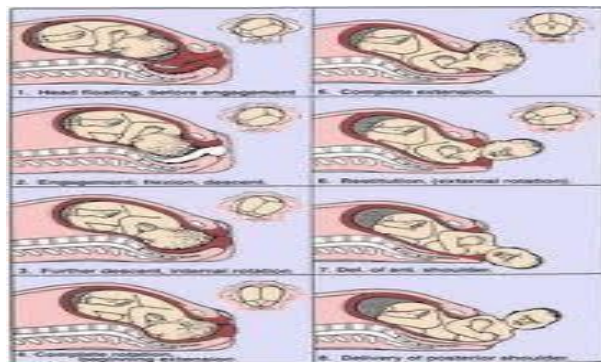
7) Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomoclion untuk kelahiran bahu. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang samai lahir janin seutuhnya.

Tanda Gejala Kala II:

- a) Adanya dorongan mengejan
- b) Penonjolan pada perineum
- c) Vulva membuka

d) Anus membuka



Gambar 2.2.
Mekanisme persalinan (Heni Eka Puji Lestari , 2020)

f. Persalinan lama

Persalinan lama (partus kasep) adalah persalinan yang berjalan lebih dari 24 jam untuk primigravida dan atau 18 jam bagi multigravida. Persalinan lama adalah persalinan lama yang disertai komplikasi ibu maupun janin (Lubis, 2021).

Penyebab kematian ibu 90% disebabkan oleh pendarahan, toksemia gravidarum, infeksi, partus lama dan komplikasi. Kematian ini paling banyak terjadi pada masa sekitar persalinan yang sebenarnya dapat dicegah, Sedangkan 10% disebabkan oleh komplikasi persalinan lain Seperti yang telah diuraikan diatas salah satu dari penyebab kematian ibu adalah partus lama atau partus kasep dan sering disebut dengan partus sulit dan ditandai oleh terlalu lambatnya kemajuan persalinan dikarenakan adanya disproporsi antara presentasi antara bagian presentasi janin dan jalan lahir , atau Persalinan lama adalah persalinan yang berjalan lebih dari 24 jam untuk primigravida dan 18 jam bagi multigravida. Persalinan kasep adalah persalinan lama yang di sertai komplikasi ibu!" banyak hal yang dapat menyebabkan hal diatas seperti berbagai hal yang terjadi akibat-akibat tindakan tersebut yang dilakukan seperti kesalahan selama hamil, bersalin dan nifas, seperti perdarahan, tekanan darah yangtinggi saat hamil (eklamsia), infeksi, persalinan

macet dan komplikasi keguguran (Siti Nur 2021). Upaya yang untuk mengefektifkan his antara lain, teknik ambulasi perubahan posisi, mengosongkan kandung kemih, stimulasi putting, dan pemberian makan dan minum serta mengurangi stressor dan kelelahan ibu juga efektif meningkatkan frekuensi his (Khoiriah, 2021).

Ada beberapa Faktor penyebab partus lama, yaitu his yang tidak adekuat, mal presentasi dan mal posisi, janin besar, panggul sempit, kelainan serviks dan vagina, disproporsi fetovelvik. Selain itu, faktor risiko terjadinya partus lama adalah analgesik dan anastesi berlebihan, paritas, usia, wanita dependen, respons stres, pembatasan mobilitas, dan puasa ketat (Pera Mandasari dan Eka Juniarty, 2023)

Faktor emosi atau psikologis terjadinya partus lama adalah ketakutan dan kecemasan ibu yang tidak teratasi selama melahirkan. 65% kejadian partus lama disebabkan karena kontraksi uterus yang tidak efisien sebagai respon terhadap kecemasan sehingga menghambat aktifitas uterus. Salah satu penyebab terjadinya partus lama adalah respon stres yang menempati urutan paling atas di antara lainnya. Kondisi ini terjadi karena ibu bersalin akan menghadapi berbagai masalah dalam adaptasinya selama proses persalinan, diantaranya rasa nyeri saat kontraksi, ketakutan akan ketidakmampuan dalam menangani masalah yang akan terjadi, ketegangan dan hiperventilasi (Shinta Ika Sandhi, 2021)

2. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu yang bisa diberikan pada ibu bersalin mulai dari kala I- IV (Yulizawati et al., 2019) :

a) Kala I

Kala satu adalah suatu kala dimana dimulai dari timbulnya his sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) Memberi dukungan emosional.
- 2) Pendamping anggota persalinan selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping pada saat

persalinan

- 4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara :
 - a) Mengucapkan kata-kata yang membuat ibu semangat dan memuji ibu.
 - b) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - c) Melakukan massage pada pinggang ibu dengan lembut.
 - d) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan tisu atau kain.
 - e) Menciptakan rasa kekeluargaan dan rasa aman.
- 5) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman
- 6) Memberikan cairan nutrisi dan dehidrasi (memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi) dengan memberi ibu makan atau roti, minum air mineral atau teh hangat. Karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- 7) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan.
- 8) Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala, menyebabkan ibu tidak nyaman, meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan, meningkatkan resiko infeksi kandung kemih.
- 9) Pencegahan infeksi Tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi, menurunkan morbiditas dan mortalitas bayi baru lahir dan ibu.

b) Kala II

Kala dua adalah kala dimana dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain :

- 1). Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- 2). Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain :
 - a). Membantu ibu berganti posisi.

- b). Melakukan rangsangan taktil.
 - c). Memberikan makanan dan minum.
 - d). Menjadi teman bicara atau pendengar yang baik.
 - e). Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3). Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran antara lain :
 - a). Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - b). Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - c). Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.
 - 4). Membuat hati ibu merasa tentram selama kala dua persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
 - 5). Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
 - 6). Mencukupi asupan makan dan minum selama kala dua.
 - 7). Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
 - a). Mengurangi perasaan tegang.
 - b). Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
 - c). Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 - d). Menjawab pertanyaan ibu.
 - e). Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
 - f). Memberitahu ibu hasil pemeriksaan.
 - 8). Pencegahan infeksi pada kala dua dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
 - 9). Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

c) Kala III

Kala tiga adalah kala dimana dimulainya dari keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain :

- 1) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusunya segera.
- 2) Memberitahu ibu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Mencegah infeksi pada kala tiga.
- 4) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi dan perdarahan).
- 5) Melakukan kolaborasi atau rujukan jika terjadi kegawatdaruratan.
- 6) Pemenuhan nutrisi dan hidrasi.
- 7) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala tiga.

d) Kala IV

Kala empat adalah kala dimana 1-2 jam setelah lahirnya plasenta. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain :

- 1). Memastikan tanda vital, tinggi fundus uteri (TFU), kontraksi uterus, perdarah dalam keadaan normal.
- 2). Membantu ibu untuk berkemih.
- 3). Mengajarkan ibu dan keluarganya cara massase uterus dan cara menilai kontraksi
- 4). Menyelesaikan asuhan awal bayi baru lahir.
- 5). Mengajarkan ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam tinggi, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- 6). Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan dehidrasi.
- 7). Pendampingan pada ibu selama kala empat.
- 8). Dukungan emosional.

3. Teknik Rebozo

a. **Pengertian Rebozo**

Teknik rebozo adalah terapi non farmakologi untuk mempercepat

pembukaan serviks ibu bersalin. Dalam penelitian membuktikan keefektifan teknik rebozo untuk pembukaan serviks sehingga mempercepat kemajuan persalinan. (Munafiah et al., 2020)

Teknik rebozo adalah praktik tradisional Meksiko yang telah digunakan selama berabad-abad untuk membantu penentuan posisi persalinan dan manajemen nyeri. Rebozo sendiri merupakan kain tenun panjang yang dililitkan pada tubuh ibu hamil dengan berbagai cara untuk memberikan dukungan dan meningkatkan posisi bayi secara bertahap untuk membantu meringankan ketidaknyamanan dan mendorong kemajuan persalinan. Salah satu teknik yang umum adalah "remas pinggul", yaitu rebozo (Xsports, 2023).

b. **Manfaat Rebozo**

Rebozo membantu memberikan ruang pelvis yang lebih luas untuk ibu sehingga bayi lebih mudah menuruni panggul dan proses persalinan menjadi lebih cepat. (Jaskara, 2020). Teknik rebozo adalah terapi non farmakologi untuk mempercepat kala 1 pada ibu bersalin. Jika otot ligament ibu tegang dan dengan posisi melahirkan yang kurang bagus akan mengakibatkan rahim dalam posisi miring sehingga bayi sulit untuk turun ke panggul. Peletakan kain yang tepat membuat ibu merasa seperti di peluk sehingga dapat memicu hormon oksitosin yang membantu proses persalinan (Afrilia dan Suksesty, 2023).

Selain itu, teknik ini juga dapat digunakan untuk memberikan ruang bayi sehingga bayi dapat berada di posisi yang seoptimal mungkin untuk persalinan (Simbolon et al., 2021). Posisi ibu bersalin merangkak memperluas ruang pelvis dan memudahkan bayi melakukan rotasi. Gerakan/goyangan dari rebozo yang lembut dan teratur merelaksasi otot-otot panggul, sehingga memudahkan bayi menuruni jalan lahir dan juga memicu keluarnya hormon endorfin/kesenangan yang membuat ibu merasa nyaman, rileks, dan mengurangi sakit.

Relaksasi yang dialami ibu merangsang otak untuk menurunkan kadar hormon adrenalin dan meningkatkan produksi oksitosin yang

merupakan faktor penting timbulnya kontraksi uterus yang adekuat (Karaga et al., 2023). Teknik rebozo juga merupakan salah satu alternatif yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mudah digunakan dan juga dapat diterima oleh klien sehingga dapat memberikan implikasi psikologis dan klinis yang positif.

Teknik rebozo dapat membuat tubuh rileks, mengurangi tingkat kecemasan, mempercepat proses persalinan, mengurangi intensitas nyeri persalinan, dan membuat para ibu bersalin merasakan partisipasi langsung yang dilakukan oleh bidan dan pendamping persalinan dengan dukungan psikologis saat melakukan teknik rebozo (Yuriati dan Khoiriyah, 2021).

Selain itu tidak hanya pada kala 1 persalinan Teknik Rebozo juga bermanfaat untuk kemajuan persalinan pada ibu trimester III Teknik rebozo terbukti mampu menurunkan rasa nyeri pada ibu hamil trimester III (Yuriati dan Khoiriyah, 2021). Dengan melakukan putaran yg benar memberikan sensasi bumil merasakan seperti dipeluk akan memicu pelepasan hormone oksitosin dan mempermudah proses persalinan (Fitriahadi & Utami, 2019)).

Menurut Munafiah et al. (2020) menyatakan teknik rebozo memberikan kesan positif pada pembukaan servik dan membantu percepatan penurunan kepala janin menuju PAP.

c. **Pelaksanaan Teknik Rebozo**

Pada kehamilan Trimester III Teknik rebozo diberikan selama 15 menit dengan frekuensi 3 kali pertemuan. Sedangkan pada persalinan Teknik rebozo dapat dilakukan di fase awal persalinan yaitu di sela - sela kontraksi, dan dianjurkan dilakukan sesering mungkin untuk membuat ibu merasa lebih rileks dan nyaman Berikut ini adalah standar operasional teknik rebozo :

1) Rebozo Sifting



Gambar 2.3.
Rebozo sifting (Abduh imanulhaq, 2020)

Dilakukan pada fase laten. Cara melakukannya sama seperti gerakan shifing pada kehamilan. Gerakan ini disebut 'pengayakan' dan kain di pindahkan dari satu sisi ke sisi lain untuk memberikan gerakan ritmis panggul yang menyenangkan yang dapat mendorong relaksasi dan dapat memudahkan pergerakan bayi. Pendamping melakukan teknik ini dengan sedikit menekuk kakinya dan tanpa menggunakan sepatu. Hal ini dapat membantu pendamping untuk dapat merasakan hubungan antara rebozo yang di pegang dengan tubuh ibu. Setelah 2-5 menit, tangan pendamping mungkin akan lelah. Pada saat ini, ibu boleh meminta pendampingan untuk memperlambat gerakannya secara bertahap untuk beberapa detik sampai akhirnya berhenti dan rebozo dilepaskan dari perut ibu (Simbolon et al., 2021).

2) Rebozo Shake The Apple Tree



Gambar 2.4.
Rebozo Shake The Apple Tree
(Sumber: <https://mamaschoice.id/article/rebozo/>)

Teknik ini dilakukan setelah memasuki fase aktif. Teknik ini dilakukan dengan menggoyang-goyangkan pinggul; ibu dengan gerakan yang teratur. Gerakan ini biasa disebut sebagai "pelvic

massage: atau shake the apple tree. (Simbolon et al., 2021). Teknik shake the apple tree ini dilakukan 2-5 menit, hentikan saat kontraksi berlangsung, dan berikan tekanan balik yang kuat pada sacrum ibu selama kontraksi dan melanjutkan kembali teknik setelah kontraksi.

Teknik rebozo dapat dilakukan sesuai keinginan ibu yang membuatnya merasa lebih nyaman hingga pembukaan lengkap (10cm) (Tapanuli et al., 2021).

d. Hal Yang Harus Di Hindari Dalam Pelaksanaan Teknik Rebozo

- 1) Menghindari penggunaan rebozo ketika ada gejala atau resiko keguguran seperti perdarahan atau nyeri kram di bagian bawah di awal kehamilan, mempunyai riwayat keguguran.
- 2) Ketika round ligament, ibu merasa perut kencang atau kram di pertengahan atau akhir kehamilan.
- 3) Teknik rebozo tidak dapat dilakukan pada ibu yang mengalami plasenta previa atau plasenta berada di posisi anterior.
- 4) Selain itu, ibu hamil dengan DJJ tidak stabil, letak sungsang dengan selaput ketuban sudah pecah, atau adanya resiko terjadinya cord prolapse (tali pusat menumbung), perdarahan yang tidak normal, placental abruption (plasenta terlepas dari uterus sebelum bayi lahir), atau ibu merasa tidak nyaman, tidak boleh melakukan Teknik Rebozo (Simbolon et al., 2021).

e. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus Tersebut

Bidan memiliki kewenangan untuk menangani kasus persalinan lama selama tidak ada indikasi medis yang memerlukan intervensi lebih lanjut. Mereka harus bekerja sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang diatur dalam berbagai undang-undang dan peraturan, serta melakukan rujukan jika kondisi pasien membutuhkan tindakan lebih lanjut. Berikut adalah beberapa undang-undang dan peraturan terkait kewenangan bidan dalam menangani kasus persalinan lama:

- 1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang

Kesehatan

- a) Pasal 1 Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.
 - b) Pasal 40 Upaya Kesehatan ibu ditujukan untuk melahirkan anak yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta menurunkan angka kematian ibu.
 - c) Pasal 40 Upaya Kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan.
 - d) Pasal 27 Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak: mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan, dan karier di bidang keprofesiannya
 - e) Pasal 274 Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib: memperoleh persetujuan dari Pasien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
 - f) Pasal 279 Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan bertanggung jawab Secara moral untuk: menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2024 Tentang kesejahteraan ibu dan anak Pada fase seribu hari pertama kehidupan
- a) Pasal 4 Setiap Ibu berhak mendapatkan: pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau pada masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan yang disertai pemenuhan jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan;

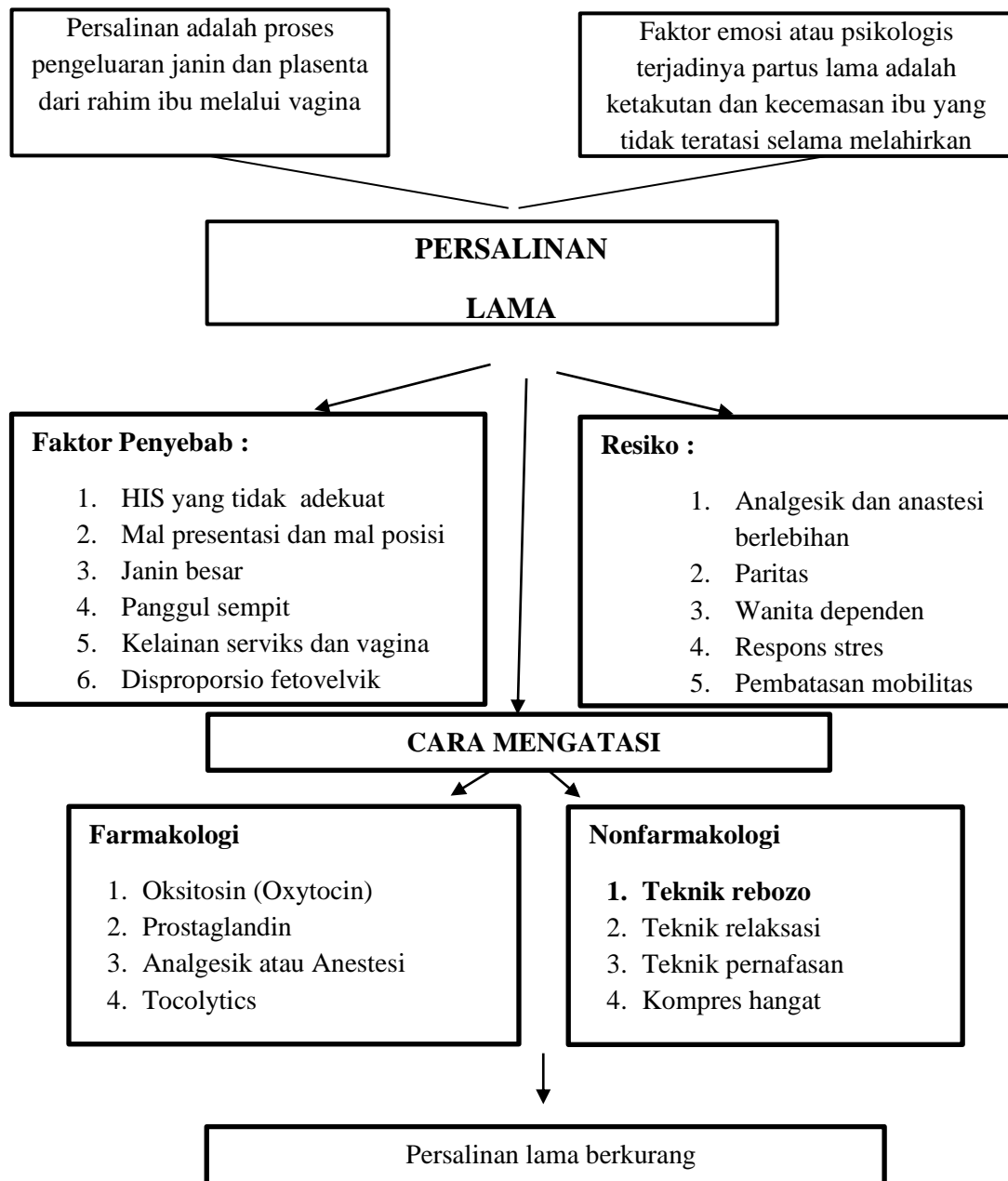
B. Hasil Penelitian Terkait

Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis sedikit banyak terinspirasi dan manifestasi dari penelitian-penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan latar belakang masalah pada laporan tugas akhir ini.

Berikut beberapa penelitian terdahulu yang berhubungan :

1. Dari hasil Dari hasil asuhan kebidanan kehamilan trimester III pada Ny. N dengan penerapan teknik rebozo di wilayah puskesmas Tanjungpinang tahun 2023. Penulis menyimpulkan penerapan teknik rebozo membawa perubahan terhadap percepatan penurunan kepala janin masuk PAP. Disarankan teknik rebozo dapat digunakan sebagai terapi nonfarmakologi yang diterapkan pada ibu dengan kehamilan trimester III dalam keadaan normal.
2. Berdasarkan hasil teori, dan telah diberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan sesuai standar asuhan kebidanan dengan menerapkan teknik rebozo dalam mengurangi rasa nyeri serta membantu mempercepat kemajuan persalinan kala I fase aktif pada ibu primigravida terhadap Ny. W di Puskesmas BL Limbangan Kabupaten Garut (2023). Maka penulis dapat mengambil kesimpulan yaitu : Teknik rebozo membawa perubahan mempercepat kemajuan pembukaan persalinan serta mengurangi nyeri persalinan kala I fase aktif mendapatkan efek penurunan skala nyeri sebesar 2 skala.
3. Dari hasil penelitian mengenai Persalinan Nyaman dengan Teknik Rebozo di Klinik Pratama Alyssa Medika Kota Tangerang tahun 2021 terhadap 30 responden dapat disimpulkan bahwa ibu bersalin primigravida lama kala I dengan menggunakan teknik rebozo berlangsung lebih cepat 1,20 dengan p-value 0,002 (Afrilia, 2023).
4. Terdapat pengaruh teknik rebozo terhadap lama persalinan kala I fase aktif pada ibu bersalin primigravida di Wilayah Kecamatan Ciparay Kabupaten Bandung Tahun 2023 dengan P value 0,001. Bagi tenaga kesehatan khususnya bidan agar dapat menerapkan teknik rebozo sebagai metode non farmakologis sebagai salah satu dalam mengurangi nyeri persalinan dan memperlancar proses persalinan (Karaga et al., 2023).

C. Kerangka Teori



Sumber : Lubis, (2021) & Mandasari, (2023)

Gambar 2.5
Kerangka Teori