

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks, janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang dapat hidup diluar kandungan dan disertai dengan pengeluaran plasenta (Marmi, 2016).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir serta proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Kelahiran normal adalah proses keluarnya janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa adanya komplikasi ibu dan janin (Saifuddin, 2014).

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Marmi, 2016).

Persalinan adalah proses keluarnya bayi yang sudah cukup bulan berada dalam rahim dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Fitriana & Nurwiandani, 2018)

2.1.2 Teori-Teori Penyebab Persalinan

Ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses terjadinya persalinan, teori-teori tersebut adalah:

1. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Progesteron berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membran istirahat pada sel miometrium sehingga membuat kontraksi berkurang, uterus rileks, dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan terjadinya kontraksi karena sitesa dari prostaglandin di chorioamnion.

2. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan iritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus.

3. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Barxton Hiks

Kontraksi berlangsung lama dengan persiapan meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin semakin dominan di fundus dan korpus uteri, semakin ke segmen bawah rahim jumlahnya akan semakin berkurang dan di serviks uteri tidak banyak dijumpai. Perubahan estrogen dan progesteron mengakibatkan sensitifitas otot rahim sehingga terjadi *Broxton Hiks*.

4. Teori Keregangan

Rahim yang membesar dan meregang dapat menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.

5. Teori Fetal Membran

Peningkatan hormon estrogen dapat menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, yang membentuk prostaglandin dan dapat mengakibatkan kontraksi miometrium.

6. Teori Placenta Sudah Tua

Placenta yang sudah tua akan mengakibatkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang dapat menimbulkan terjadinya kontraksi.

7. Teori Tekanan Cerviks

Fetus dengan presentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR dan SBR bekerja secara berlawanan dan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus. (Marmi, 2016).

2.1.3 Permulaan Persalinan

Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat adalah sebagai berikut:

a. *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk dalam pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi *Braxton Hiks*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum*, gaya berat janin dimana kepala janin kearah bawah uterus.

Masuknya kepala janin kedalam panggul mengakibatkan ibu merasakan ringan dibagian atas, dan rasa sesak berkurang, bagian bawah terasa penuh dan mengganjal, kesulitan saat berjalan, dan sering berkemih.

Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara *power* (his), *passage* (jalan lahir), *passenger* (bayi dan plasenta). Sedangkan gambaran pada multigravida menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

b. Terjadinya His Permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi *Braxton Hiks*. Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat yang akan menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering disebut dengan his palsu yang disertai dengan ciri rasa nyeri ringan dibagian bawah, datang tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks/tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek.

c. Tanda Masuk dalam Persalinan

1. Terjadinya his persalinan, ciri-ciri yang sering muncul adalah:
 - a. Pinggang terasa sakit menjalar kedepan.
 - b. Sifat his teratur, interval makin pendek dan kekuatannya terjadi pada 2 x dalam 10 menit selama 40-50 detik.
 - c. Perjadi perubahan serviks
 - d. Kkuatannya bertambah apabila dibuat untuk beraktivitas.
2. Pengeluaran lendir dan darah (Penanda Persalinan)

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

- a. Pendataran dan pembukaan
 - b. Pembukaan menyebabkan selaput lenir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
 - c. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah
3. Pengeluaran cairan

Pasien mengeluarkan cairan ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka proses persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika tidak terjadi persalinan maka

persalinan akan diakhiri dengan tindakan tertentu misalnya ekstraksi vakum atau *sectio caesaria* (Damayanti dkk., 2014).

2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan akan menjadi penentu dan pendukung jalannya persalinan dan sebagai acuan melakukan tindakan tertentu pada saat terjadinya proses persalinan. Faktor tersebut yaitu jalan lahir (*passage*), janin (*passanger*), tenaga atau kekuatan (*power*), psikis ibu, dan penolong.

a. *Passage*

Faktor jalan lahir atau biasa disebut dengan panggul ibu memiliki 2 bagian, yaitu bagian keras dan bagian lunak. Bagian keras terdiri dari tulang-tulang panggul (rangka panggul), sedangkan bagian yang lunak terdiri atas otot, jaringan, dan *ligament*. Jalan lahir lunak yang berperan dalam persalinan adalah SBR, serviks uteri dan vagina.

b. *Passanger*

Faktor yang berperan dalam persalinan selain faktor janin meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah, serta posisi janin, selain itu ada juga plasenta dan air ketuban.

1. Janin

a. Sikap dan Letak

1) Sikap (Habitus)

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggung. Janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, lengan bersilang di dada.

2) Letak (Situs)

Bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu. Contohnya letak lintang, dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu, sedangkan letak membujuk sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa terjadi pada letak kepala/sungsang.

b. Presentasi

Dipakai untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim pada saat dilakukan palpasi atau saat pemeriksaan dalam.

c. Bagian Terbawah Janin

Pada bagian ini sama dengan presentasi namun lebih diperjelas istilahnya.

d. Posisi Janin

Indikator yang dipakai untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan, atau belakang terhadap sumbu ibu (*maternal-pelvis*).

2. Plasenta (Uri)

a. Pengertian

Plasenta adalah organ yang lahir mengiringi kelahiran janin yang berbentuk bundar dan oval. Plasenta terbentuk sempurna pada minggu ke-16 dimana decidua parietalis dan deciduakapsularis telah menjadi satu. Plasenta yang normal terletak di korpus uteri bagian depan atau bagian belakang agak ke arah fundus uteri.

Plasenta (Uri) memiliki beberapa fungsi sebagai berikut:

- 1) Nutritif, berfungsi sebagai alat pemberi makanan atau nutri yang dibutuhkan janin.
- 2) Respiratif, berfungsi sebagai alat untuk penyalur O₂ dan pembuangan CO₂.
- 3) Eksresi, berfungsi sebagai alat untuk mengeluarkan sampah hasil metabolisme.
- 4) Penghasil hormon, antara lain:
 - a) Korionik Gonadotropin

Untuk merangsang korpusluteum menjadi korpus gravidarum sehingga tetap mengeluarkan estrogen, progesteron, dan korpus luteum terus berfungsi sampai uri berbentuk sempurna

b) Korionik Somato Mamma Tropin

Untuk metabolisme protein yang menimbulkan pertumbuhan janin

c) Estrogen

Untuk mendukung tumbuh kembang otot rahim, retensi air dan garam, perkembangan tubuh payudara sebagai persiapan ASI, serta melaksanakan sintesis protein

d) Progesteron

Sebagai alat penenang otot rahim selama hamil. Fungsi lainnya adalah menghalangi proses pematangan folikel degraf sehingga tidak terjadi ovulasi

e) Alat-Alat Penyalur Antibodi (Imunisasi)

Antibodi dibentuk ibu melalui uri dapat membuat bayi menjadi kebal terhadap infeksi. Antibodi disalurkan melalui ASI sehingga kolostrum harus diberikan

f) *Barier* (Pertahanan)

Sel trofoblas bertindak sebagai barier terhadap beberapa bakteri atau virus, serta obat-obatan yang membahayakan pertumbuhan janin dalam uterus

b. Bagian-Bagian Plasenta

1) Bagian Janin (*Fetal Portion*)

Vili korialis yang berasal dari korion, ruang-ruang *interviller*. Amnion yang tampak licin, di bawah amnion terdapat cabang-cabang pembuluh darah pusat, tempat insentari tali pusat pada bagian fetal

2) Bagian Maternal (*Maternal Portion*)

Terdiri atas beberapa kotiledon kurang lebih 15-20 kotiledon

3) Tali Pusat

Bagian yang berhubungan langsung dengan plasenta disebut *insertio*. Apabila berada di tengah disebut dengan *insertio sentralis*. Apabila terdapat di pinggir disebut *insertio lateralis* (para sentralis). Apabila letaknya di pinggir uri disebut dengan *insertio marginalis*.

3. Air Ketuban (*Liquor Amni*)

Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000 sampai 1500 cc. Ciri-ciri air ketuban berwarna putih keruh, berbau amis, dan berasa manis. Mempunyai berat jenis 1,008. Komposisi air ketuban terdiri atas 98% air, sisanya albumin, urea, sel-sel epitel, rambut lanurgo, dan lain-lain. Kadar protein yang terkandung di dalamnya kira-kira 2,6% gram perliter, terutama albumin.

Fungsi air ketuban untuk melindungi janin, mencegah perlekatan janin dengan amnion, memberikan ruang gerak kepada janin serta melindungi plasenta dan tali pusat dari tekanan kontraksi uterus (Fitriana & Nurwiandani, 2018).

c. Power

Kekuatan yang mendorong janin untuk keluar dari uterus. Kekuatan yang mendorong janin terdiri dari: his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen yang bekerjasama secara sempurna.

1. His (Kontraksi Uterus)

Kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna yang sifatnya kontraksi simetris, *fundus dominant*, kemudian relaksasi. Saat kontraksi otot rahim menguncup dan menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil yang akan

mendorong janin dan kantong amnion ke arah bawah rahim dan serviks.

a. Hal-Hal yang Harus Diperhatikan dari His

- 1) Frekuensi his yaitu jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau per 10 menit.
- 2) Intensitas his yaitu kekuatan his.
- 3) Durasi his yaitu lamanya berlangsung dan ditentukan dengan detik.
- 4) Interval yaitu jarak antara his satu dengan his berikutnya.
- 5) Datangnya his, apakah sering, teratur atau tidak.

b. Perubahan-Perubahan His

Ketika his terjadi didalamnya terdapat istilah *pacemaker* yaitu pusat koordinasi his yang berada disudut tuba dimana gelombang his berasal. Dari sini gelombang his bergerak kedalam dan kebawah. Selain itu, ada juga istilah *fundus dominant*, yaitu sesuatu kekuatan paling tinggi dari his yang sempurna yang berada di fundus uteri. Kekuatan his yang paling lemah berada di SBR.

Perubahan yang terjadi akibat his:

- 1) Pada uterus dan serviks: uterus teraba keras atau padat, sedangkan pada serviks terjadi pendaran (*effacement*) dan pembukaan (dilatasi) dari serviks.
- 2) Pada ibu: terasa nyeri karena iskemia rahim, kontraksi rahim dan terdapat pula peningkatan nadi serta tekanan darah.
- 3) Pada janin: terdapat pertukaran oksigen pada sirkulasi *utero-plasenter* yang mengakibatkan hipoksia pada janin.

c. Bagian dan Sifat His

- 1) His pendahuluan: his tidak kuat dan tidak teratur, dapat menyebabkan keluarnya *bloodyshow*.
- 2) His pembukaan (kala I) : terdapat pembukaan serviks, semakin kuat, teratur, dan sakit.
- 3) His pengeluaran (kala II): (a) untuk pengeluaran janin, hisnya semakin kuat, teratur, simetris, terkoordinir dan lama, (b) terdapat koordinasi antara kontraksi otot perut, diafragma, dan *ligament*.
- 4) His pelepasan uri (kala III) : kontraksinya sedang karena untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta.

2. Tenaga Mengejan

Saat pembukaan lengkap dan setelah selaput ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his adalah kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal. Tenaga mengejan dapat berhasil apabila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his (Fitriana & Nurwiandani, 2018)

d. Psikologis

Sebuah keadaan dimana seorang ibu mengalami suatu rasa yang muncul sebelum dan setelah melahirkan bayinya. Seperti rasa kegairahan dan kegembiraan pada saat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya yang dialami oleh kebanyakan wanita/ibu pada umumnya.

Perubahan psikis yang terjadi pada ibu bersalin:

1. Kecemasan

Kecemasan muncul bersamaan dengan dimulainya tanda-tanda persalinan. Kontraksi yang semakin lama semakin meningkat menambah beban ibu sehingga kekawatiran ibu bertambah. Pada kondisi khawatir, bila tidak ditangani dengan baik akan merusak konsentrasi ibu sehingga persalinan yang di perkirakan lancar menjadi berantakan akibat ibu panik.

2. Ketakutan

Kegelisahan dan respon endokrin pada ibu bersalin akan mengakibatkan:

- a. Retensi Na (Natrium)
- b. Ekskresi K (Kalium)
- c. Penurunan glukosa, sehingga dapat mempengaruhi sekresi epineprine dan dapat menghambat aktivitas myometrium.

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan. Tindakan yang dilakukan untuk mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana nyaman dalam ruang bersalin, memberi sentuhan, memberi penenang nyeri non farmakologi dan memberikan analgesik jika diperlukan.

e. Penolong (Bidan)

Peran bidan yaitu memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu dari segi emosi atau perasaan maupun fisik (Marmi, 2016)

2.1.5 Proses Persalinan

Persalinan dapat dibahas dalam bentuk mekanisme persalinan yang terjadi dalam proses dan tahapan kala persalinan yang dilalui ibu bersalin.

1. Perubahan pada Sistem Reproduksi Ibu Bersalin

- a. Pemendekan sel otot polos saat terjadi kontraksi lebih besar dari pada yang dicapai oleh sel otot lurik
- b. Pada sel otot polos gaya-gaya kontraksi dapat diberikan ke berbagai arah, gaya kontraksi yang ditimbulkan otot rangka selalu sejajar dengan sumbu serat otot
- c. Otot polos tidak diorganisasikan dengan cara yang sama seperti otot rangka, pada myometriium ditemukan filamen tebal tipis pada berkas yang panjang dan acak diseluruh sel tersebut.

Peristiwa yang terjadi pada persalinan *prodromal* adalah tanda dan gejala yang dialami sebelum kala I persalinan. Lendir vagina yang keluar semakin banyak diakibatkan oleh besarnya *kongesti* selaput lendir vagina. Lendir serviks berwarna kecoklatan atau bercak darah (*bloody show*) keluar. Serviks menjadi lunak atau matang yang menyebabkan penipisan dan mulai berdilatasi. Ketuban pecah dengan spontan.

Kala I persalinan disebabkan oleh perubahan pada uterus, serviks, dan hipofisis anterior ibu bersalin. Hormon yang dihasilkan hipotalamus, hipofisis, dan korteks adrenal janin turut mempengaruhi kala I persalinan.

2. Persalinan Kala I Sampai Kala IV

Persalinan dianggap normal apabila ibu berada pada atau dekat masa *aterm*, tidak terjadi komplikasi, terdapat satu janin, dengan presentasi

puncak kepala, dan persalinan selesai dalam 24 jam. Proses persalinan normal berlangsung sangat konstan, yang terdiri dari:

1. Kemajuan teratur kontraksi uterus
2. Penipisan dan dilatasi serviks yang progresif
3. Kemajuan penurunan bagian *presentasi*

Ada empat kala dalam persalinan:

1) Kala I Persalinan

Berlangsung sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur sampai dengan pembukaan lengkap. Dilatasi lengkap dapat berlangsung kurang dari satu jam pada sebagian kehamilan multipara. Pada kehamilan pertama/primigravida, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam.

Kala I persalinan dibagi menjadi tiga bagian:

1. Fase Laten

Pada ibu primigravida fase laten terjadi selama 20 jam, sedangkan pada ibu multigravida terjadi dalam waktu 14 jam.

2. Fase Aktif

Pembukaan pada fase aktif antara ibu primigravida dan multigravida berbeda, pada ibu primipara pembukaan 1,2 cm per

jam, sedangkan pada ibu multigravida pembukaan 1,5 cm per jam (Fauziah, 2015).

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu:

1. Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
2. Fase dilatasi maksimal, pembukaannya terjadi sangat cepat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm
3. Fase deselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap)

Dalam fase aktif 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. Waktu yang diperlukan ibu primigravida dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan 10 cm dengan kecepatan rata-rata yaitu 1 cm perjam, sedangkan pada ibu multigravida 2 cm perjam (Marmi, 2016).

3. Fase Transisi

Selama fase laten, *effacement* lebih banyak mengalami kemajuan daripada penurunan janin. Selama fase aktif dan transisi,

dilatasi serviks, penurunan bagian *presentasi* berlangsung dengan cepat.

Variasi durasi total pada kala I persalinan rata-rata untuk persalinan pada kehamilan pertama/*primipara* berkisar dari 3,3-19,7 jam, pada kehamilan berikutnya/*multipara* ialah 0,1-14,3 jam.

2) Kala II Persalinan

Persalinan yang berlangsung sejak dilatasi serviks lengkap sampai janin lahir pada *primipara* sekitar 2 jam, sedangkan pada *multipara* sekitar 1,5 jam (Fauziah, 2015).

Gejala utama dari persalinan kala II adalah:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah dengan ditandai pengeluaran cairan secara mendadak
- c. Saat ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap dan diikuti keinginan untuk mengejan
- d. His dan kekuatan mengejan yang lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu
- e. Kepala lahir diikuti oleh putar paksi luar, penyesuaian kepala pada punggung
- f. Setelah putar paksi luar, persalinan bayi ditolong dengan jalan:

1. Kepala dipegang pada *os occiput* dan dibawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang
2. Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi
3. Bayi lahir diikuti oleh air ketuban
4. Pada *primigravida* kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam, dan pada *multipara* rata-rata 0,5 jam

(Marmi, 2016)

3) Kala III Persalinan

Dimulai sejak bayi lahir sampai dengan *plasenta* lahir, *plasenta* biasanya lepas setelah tiga atau empat kontraksi uterus yang kuat setelah kelahiran bayi. (Fauziah, 2015).

Kelahiran *plasenta* harus berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih dari 30 menit maka harus diberi penanganan yang lebih atau dirujuk. Biasanya *plasenta* lepas dalam waktu 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir. Pelepasan *plasenta* secara *Schultze* yang biasanya tidak ada perdarahan sebelum *plasenta* lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah *plasenta* lahir. Sedangkan dengan cara *Duncan*, *plasenta* lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban (Marmi, 2016).

4) Kala IV Persalinan

Merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika *homeostatis* berlangsung dengan baik. Pada periode ini penting untuk memantau adanya komplikasi, misalnya perdarahan abnormal dan berlangsung 2 jam setelah *plasenta* lahir (Fauziah, 2015).

Pada kala IV dilakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama setelah kelahiran. Observasi yang dilakukan meliputi:

- a. Tingkat kesadaran penderita
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernafasan
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadi perdarahan

(Marmi, 2016)

2.1.6 Pemantauan Kemajuan Persalinan Kala I

Pada saat kala I fase aktif dalam persalinan, dilakukan pemantauan terhadap kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin dengan menggunakan partograf. Pemantauan tersebut dilakukan untuk menilai apakah persalinan dapat berjalan normal atau tidak. Pemantauan kemajuan persalinan meliputi:

a. Kemajuan Persalinan

1) Pembukaan Serviks

Pembukaan serviks dinilai dan dicatat setiap 4 jam sekali, atau lebih sering apabila terdapat penyulit. Pada fase aktif kala I persalinan,

hasil pemeriksaan dicatat dalam lembar partograf dan disertai tanda X pada garis waktu yang sesuai.

2) Penurunan Bagian yang Terbawah/*Presentasi* Janin

Penilaian dilakukan dengan pemeriksaan abdomen karena dinilai lebih nyaman, hasil pemeriksaan penurunan dinilai dan dicatat dengan perlimaan jari tangan setiap 4 jam atau lebih sering jika terdapat tanda-tanda penyulit.

Pada persalinan normal kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terendah janin. Nilai penurunan kepala janin dengan hitungan perlimaan. Hasil pemeriksaan ditulis sebagai berikut:

- a) 5/5 apabila seluruh bagian terbawah janin teraba diatas *simfisis pubis*
- b) 4/5 apabila sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
- c) 3/5 apabila sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
- d) 2/5 apabila sebagian dari bagian terbawah janin masih di atas *simfisis pubis* dan 3/5 bagian telah memasuki rongga panggul (tidak dapat digerakkan)
- e) 1/5 apabila hanya terdapat 1 jari yang dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas *simfisis pubis* dan bila 4/5 telah masuk rongga panggul

f) 0/5 apabila bagian terbawah janin sudah tidak teraba, *sinsiput* (S) berada sejajar dengan *simfisis pubis*

3) Garis Waspada dan Garis Bertindak

Dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan sudah lengkap. Pencatatan selama fase aktif kala I pada persalinan harus dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (fase aktif kala I persalinan yang memanjang, serviks yang kaku atau inversia uteri hipotonik). Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak, maka harus dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan.

b. Kontraksi Uterus

Frekuensi kontraksi uterus terjadi dalam waktu 10 menit. Dalam persalinan kala I fase aktif kontraksi uterus di catat dalam lembar partograf yang telah disediakan berupa 5 kotak. Setiap kotak menyatakan 1 kontraksi. Jumlah kontraksi yang terjadi dinyatakan dalam 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang telah disediakan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi.

c. Oksitosin

Pendokumentasian dimulai apabila drip oksitosin sudah mulai menetes. Dokumentasi dilakukan setiap 30 menit dengan jumlah unit oksitosin yang sudah diberikan per volume.

d. Obat-Obatan Lain dan Cairan Intravena

Lakukan pencatatan setiap pemberian obat tambahan atau cairan intravena dalam kotak yang sudah sesuai dengan kolom waktu

e. Nadi, Tekanan Darah, dan Suhu Tubuh Ibu Bersalin

Selama fase aktif dalam persalinan pemeriksaan Nadi dilakukan selama 30 menit/lebih sering bila diduga ada penyulit. Pemeriksaan tekanan darah dilakukan setiap 4 jam sekali/ lebih sering apabila terdapat penyulit. Suhu tubuh ibu diperiksa setiap 2 jam sekali/lebih sering bila terjadi peningkatan mendadak/diduga ada infeksi.

f. Urine/Volume, Aseton/Protein

Pencatatan jumlah produksi urin sedikitnya setiap 2 jam/setiap kali ibu bersalin berkemih, dan melakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urine ibu bersalin (Fauziah, 2015).

2.1.7 Pengertian Partograf

Alat bantu yang digunakan untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan untuk membuat informasi keputusan mengenai klinis. Tujuan dari pnggunaan partograf adalah:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan, melalui pemeriksaan serviks, menilai kualitas kontraksi uterus, dan menilai penurunan.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan dapat berjalan secara lancar, dan mendeteksi kemungkinan terjadinya partus lama.

Partograf apabila digunakan secara tepat dapat digunakan untuk mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janin, mencatat asuhan yang telah diberikan, mengidentifikasi apabila terdapat penyulit persalinan serta dapat digunakan untuk membuat keputusan klinis yang tepat.

Partograf harus digunakan untuk semua ibu yang bersalin dengan kala I fase aktif baik dirumah, puskesmas, polindes, pos kesehatan, rumah sakit dan diisi oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu.

2.1.8 Pencatatan selama Fase Laten Kala Satu Persalinan

Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan, pemeriksaan harus dicatat secara terpisah di catatan kemajuan persalinan, atau di Buku KIA Ibu Hamil. Tanggal dan waktu harus dicantumkan setiap membuat catatan selama fase laten persalinan. Yang harus dinilai dan dicatat yaitu:

1. Denyut jantung janin, setiap ½ jam
2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus, setiap ½ jam
3. Nadi, setiap ½ jam
4. Pembukaan serviks, setiap 4 jam
5. Penurunan bagian terbawah janin, setiap 4 jam
6. Tekanan darah dan temperature tubuh, setiap 4 jam
7. Produksi urin, aseton, dan protein, setiap 2-4 jam

Jika ditemui gejala dan tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan janin harus sering dilakukan. Jika frekuensi berkurang dalam satu atau dua jam pertama, dinilai ulang kesehatan dan kondisi ibu dan janin. Melakukan rujukan apabila fase laten berlangsung lebih dari 8 jam.

2.1.9 Pencatatan selama Fase Aktif Persalinan: Partograf

Pada halaman depan disediakan kolom untuk mencatat hasil dari

pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu:

1. Informasi tentang ibu, meliputi:
 - a. Nama, umur
 - b. Gravida, para, abortus
 - c. Nomer catatan medic/nomor puskesmas
 - d. Tanggal dan waktu mulai dirawat
 - e. Waktu pecahnya selaput ketuban
2. Kondisi Janin, meliputi:
 - a. DJJ
 - b. Warna dan adanya cairan ketuban
 - c. Penyusupan (molase) tulang cranium janin
3. Kemajuan persalinan, meliputi:
 - a. Pembukaan serviks
 - b. Penurunan bagian terbawah janin
 - c. Garis waspada dan garis bertindak
4. Jam dan waktu, meliputi:
 - a. Waktu mulainya fase aktif persalinan
 - b. Waktu actual saat pemeriksaan/penilaian
5. Kontraksi uterus, meliputi:
 - a. Frekuensi kontraksi uterus dalam waktu 10 menit
 - b. Lama kontraksi (detik)
6. Obat-obatan dan cairan, meliputi:
 - a. Oksitosin
 - b. Obat-obatan lain dan cairan IV yang diberikan
7. Kondisi ibu, meliputi:
 - a. Nadi, tekanan darah dan temperature tubuh
 - b. Urin

Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinis yang dibuat dicatat dalam

kolom yang tersedia di sisi partograf.

2.1.10 Mencatat Temuan pada Partograf

1. Informasi tentang Ibu

Bagian awal (atas) partograf diisi pada saat memulai asuhan

persalinan. Waktu kedatangan tertulis sebagai jam atau waktu, pastikan ibu

dating dalam fase laten atau aktif, dan catat waktu pecahnya ketuban

2. Kondisi Janin

Untuk kondisi janin yang harus diperhatikan adalah DJJ, air ketuban, dan penyusupan.

a. Denyut Jantung Janin

DJJ dinilai setiap 30 menit atau lebih sering apabila terdapat gawat janin. DJJ pada partograf diberi tanda dengan titik (.) pada kolom yang sesuai. Nilai normal DJJ pada partograf diantara garis tebal pada angka 180 dan 100. Jika DJJ mengarah hingga di bawah 120 atau diatas 160 maka penolong harus waspada.

b. Warna dan adanya cairan ketuban

U : jika selaput ketuban masih utuh

J : jika selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : jika selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : jika selaput ketuban sudah pecah dan bercampur darah

K : jika selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban tidak mengalir lagi

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan gawat janin. Jika terdapat mekonium dilakukan pemeriksaan DJJ, apabila DJJ <100 atau > 180 kali per menit, maka dilakukan rujukan.

c. Penyusupan

Semakin besar derajat penyusupan pada janin menunjukkan resiko disproporsi kepala-panggil (CPD). Jika ada kemungkinan CPD dilakukan pemantauan kondisi janin dan kemajuan persalinan. Lambing-lambang yang digunakan untuk menilai penyusupan, meliputi:

1 : tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpasi

2 : tulang-tulang kepala janin slaing bersentuhan

3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih bias dipisahkan

4 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

3. Kemajuan Persalinan

Angka 0-10 pada kolom digunakan untuk menilai pembukaan serviks

dalam satuan centimetre. Sedangkan pada lajur tercantum angka 1-5 yang disesuaikan dengan metode perlima (untuk menentukan penurunan janin).

a. Pembukaan serviks

Dinilai setiap 4 jam sekali, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Pada pemeriksaan yang pertama, pembukaan ditulis pada garis waspada dan diberi tanda X pada ordinat.

b. Penurunan bagian terbawah janin

Dalam kondisi tertentu, bagian terbawah janin turun setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm. Penurunan bagian terbawah janin diberi tanda O pada garis yang sesuai.

c. Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan 10 cm dan diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Apabila pembukaan mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam) maka dipertimbangkan adanya penyulit misalnya fase aktif yang memanjang, serviks kaku, dll.

4. Jam dan Waktu

Dibagian bawah partograf, terdapat kotak yang diberi angka 1-12.

Setiap kotaknya menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif dalam persalinan.

5. Kontraksi Uterus

Dibagian bawah waktu terdapat 5 kotak yang bertuliskan “kontraksi per 10 menit”. Setiap kotak menyatakan 1 kontraksi. Setiap 30 menit dilakukan penilaian kontraksi. Hal-hal yang perlu diingat dalam melakukan pemeriksaan kontraksi:

- a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus dinilai setiap 1 jam selama fase laten, dan setiap 30 menit selama fase aktif
- b. Melakukan penilaian frekuensi dan lama kontraksi yang terjadi dalam 10 menit observasi
- c. Catat hasil kontraksi dengan lambing yang sesuai

6. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi, terdapat kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obatan lain dan cairan IV yang sudah diberikan.

- a. Oksitosin
Jika drip sudah dimulai, dilakukan pendokumentasian setiap 30 menit jumlah oksitosin yang diberikan per volume dan dalam satuan tetesan permenit.
- b. Obat-obatan lain dan cairan IV
Setiap pemberian obat tambahan dan cairan IV dicatat dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

7. Kondisi Ibu

- a. Nadi, tekanan darah, dan suhu
Nadi dinilai setiap 30 menit atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Nadi diberi tanda (·) pada kolom yang sesuai. Tekanan darah ibu dinilai setiap 4 jam sekali atau lebih sering jika diduga ada penyulit dan diberi tanda panah pada kolom yang sesuai. Untuk suhu dilakukan pemeriksaan setiap 2 jam sekali atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi.

- b. Volume urin, protein dan aseton
Jumlah produksi urin diukur setiap 2 jam sekali (setiap kali ibu berkemih).

2.1.11 Syarat dilakukan Pengaplikasian pada Lembar Partograf

1. Masuk dalam kala I fase aktif pembukaan 4 cm atau lebih,
2. Kontraksi uterus teratur yaitu 3x atau lebih dalam 10 menit dan lamanya diatas 40 detik atau lebih,
3. Penurunan bagian terbawah janin telah melewati bidang tengah panggul (2/5) apabila diukur dengan perlimaanan.

Jika salah satu dari ketiga syarat tersebut belum terpenuhi, maka pencatatan pada lembar partograf belum bisa dilakukan.

2.1.12 Pencatatan pada Halaman 2 Partograf

Pada halaman 2 partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang penting yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan dan asuhan yang telah diberikan (APN, 2017).

2.2 Persalinan Lama

2.2.1 Definisi Persalinan Lama

Persalinan lama adalah persalinan yang telah berlangsung 12 jam atau lebih tanpa kelahiran bayi dimana fase laten lebih dari 8 jam dan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf (Saifuddin et al., 2014).

Persalinan lama adalah persalinan pada primigravida yang berlangsung lebih dari 18-20 jam dan multigravida (kehamilan >1) lebih dari 12-24 jam (Ida Bagus Gde dkk., 2010).

Persalinan lama didefinisikan sebagai persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam atau persalinan yang abnormal/sulit. Penyebabnya dapat dibagi menjadi 3 golongan, yaitu:

1) Kelainan Tenaga (Kelainan His)

His yang tidak normal dalam kekuatan dan sifatnya dapat menyebabkan kerintangan dalam persalinan sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan

2) Kelainan Janin

Kelainan dalam letak atau dalam bentuk janin dapat mengakibatkan persalinan mengalami gangguan atau kemacetan

3) Kelainan Jalan Lahir

Kelainan dalam bentuk jalan lahir juga dapat menghalangi kemajuan persalinan atau dapat menyebabkan kemacetan (Mochtar, 2013).

Pada umumnya persalinan normal adalah persalinan yang berlangsung adekuat dan spontan belakang kepala. Untuk primigravida berlangsung selama 18 jam, untuk multigravida berlangsung 12-14 jam.

Perbedaan persalinan antara ibu primigravida dan ibu multigravida:

a. Primigravida

1. Fase laten rata-rata 8,6 jam, dikatakan upper normal apabila 20 jam
2. Fase aktif rata-rata 5,8 jam, dikatakan upper normal apabila 12 jam

3. Kala 1 rata-rata 13,3 jam, dikatakan upper normal apabila 28,5 jam
 4. Kala 2 rata-rata 57 menit, dikatakan upper normal apabila 2,5 menit
 5. Dilatasi cervix rate selama fase aktif dikatakan abnormal apabila kurang dari 1,2 cm/jam
- b. Multigravida
1. Fase laten rata-rata 5,3 jam, dikatakan upper normal apabila 14 jam
 2. Fase aktif rata-rata 2,5 jam, dikatakan upper normal apabila 6 jam
 3. Kala 1 rata-rata 7,5 jam, dikatakan upper normal apabila 20 jam
 4. Kala 2 rata-rata 18 menit, dikatakan upper normal apabila 50 menit
 5. Dilatasi cervix rate selama fase aktif dikatakan abnormal apabila kurang dari 1,5 cm/jam

(Oxorn & R. Forte, 2010)

2.2.2 Etiologi Persalinan Lama

Persalinan lama disebabkan oleh kelainan his. Jenis-jenis kelainan his:

1) His yang Tidak Adekuat (*Inersia Uteri*)

Di sini his bersifat biasa dalam arti kontraksi yang lebih kuat dan lebih dahulu terjadi daripada bagian-bagian lain terdapat dibagian fundus, peranan fundus tetap menonjol. Kelainannya terjadi dalam hal kontraksi uterus yang lebih aman, singkat, dan jarang daripada biasa. Keadaan umum penderita biasanya baik dan rasa nyeri tidak terlalu. Selama ketuban masih utuh tidak berbahaya, baik bagi ibu maupun janin, kecuali

persalinan berlangsung terlalu lama. Keadaan ini dinamakan inersia uteri primer atau *hypotonic uterine contraction*. Apabila timbul his yang berlangsung kuat dan untuk waktu yang lama disebut inersia uteri sekunder.

2) His yang Terlampau Kuat (*Hypertonic Uterine Contraction*)

His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang sangat singkat. Partus presipitatus yaitu partus yang sudah selesai kurang dari 3 jam yang ditandai oleh sifat his yang normal, tonus otot di luar his juga biasa, kelainannya terletak pada kekuatan his.

3) His yang Berubah (*Incoordinate Uterine Action*)

Disini sifat his berubah. Tonus otot uterus meningkat di luar his, dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi kontraksi bagian-bagiannya. Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah, dan bawah yang menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan.

Tonus otot uterus yang menaik menyebabkan rasa nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu, sehingga menyebabkan hipoksia pada janin (Saifuddin,

Wiknjosastro, dkk., 2014).

Sebab-sebab lain terjadinya persalinan lama:

1) Kelainan letak janin

- 2) Kelainan letak panggul
- 3) Kelainan his
- 4) Pimpinan partus yang salah
- 5) Janin besar atau ada kelainan kongenital
- 6) Primitua
- 7) Perut gantung, grandemulti
- 8) Ketuban pecah dini

(Mochtar, 2013)

2.2.3 Gejala Klinik

1) Pada Ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat, dan meteorismus (kembung). Sering dijumpai ring bandl, edema vulva, edema serviks, cairan ketuban yang berbau, dan terdapat meconium.

2) Pada Janin

Denyut jantung janin cepat dan tidak teratur, air ketuban terdapat meconium kental kehijauan dan berbau, kaput suksedaneum yang besar,

moulage kepala yang hebat, kematian janin dalam kandungan (KJDK), dan Kematian Janin Intra Partal (Mochtar, 2013).

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan Lama

Sebab-sebab terjadinya persalinan lama adalah multi kompleks dan bergantung pada pengawasan selama hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaan yang benar. Faktor-faktor penyebab persalinan lama antara lain:

1) Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kehamilan, kesehatan janin di dalam kandungan, dan kelancaran proses persalinan. Faktor ibu yang memperbesar resiko kematian perinatal adalah pada ibu dengan umur lebih tua. Umur yang lebih dari 35 tahun merupakan salah satu penyebab dari berbagai komplikasi seperti kelainan his, yang berakibat pada persalinan lama dan persalinan kasep. Pada umur kurang dari 20 tahun, organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna sehingga akan mudah mengalami komplikasi. Selain itu kekuatan otot perineum dan otot perut belum bekerja secara optimal sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan (Ida Bagus Gde dkk., 2010). Menurut (Fatmawati, 2017) resiko kematian pada

kelompok usia di bawah 20 tahun dan pada kelompok usia di atas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok usia reproduksi sehat (20-35 tahun). Kehamilan dan persalinan pada usia di atas 35 tahun mempunyai resiko yang lebih besar pada kesehatan ibu dan bayinya.

Usia lebih dari 35 tahun berhubungan dengan mulai terjadinya regenerasi sel-sel tubuh terutama dalam hal ini adalah endometrium akibat usia biologis jaringan dan adanya penyakit. Ibu hamil pada usia 36 tahun meskipun mental dan sosial ekonomi lebih mantap tapi fisik dan alat reproduksi sudah mengalami kemunduran, serviks menjadi kaku untuk berdilatasi. Primipara dengan usia agak lanjut, kekuatan serviks yang berlebihan akan mengakibatkan terjadinya distosia dan persalinan lama (Cunningham dkk., 2016).

Usia ideal untuk menjalani kehamilan adalah 20 hingga 35 tahun, sedangkan puncak kesuburan terjadi pada usia 20 hingga 29 tahun. Pada rentang usia 20 hingga 29 tahun kondisi fisik wanita dalam keadaan prima dan rahim sudah mampu menjalankan fungsinya dengan baik (R. Anggraini & Subekti, 2013).

Menurut (Yuliasari dkk., 2016) dalam penelitiannya mengatakan umur dalam kurun reproduksi sehat dan aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Kematian akibat partus lama wanita usia dibawah 20 tahun 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian yang terjadi pada usia 20-35 tahun. Partus lama meningkat kembali sesudah usia 35 tahun.

Masalah umur ibu yang kurang dari 20 tahun atau primi muda, ibu belum mempunyai persiapan antara lain:

- a. Rahim ibu masih belum matang
- b. Mental ibu belum dewasa
- c. Ada kemungkinan terjadinya kesulitan atau komplikasi dalam persalinan.

Bahaya yang ditimbulkan dari kehamilan kurang dari usia 20 tahun yaitu bayi lahir belum cukup bulan (prematuur), perdarahan dapat terjadi sebelum atau sesudah bayi lahir

Masalah umur ibu yang lebih dari 35 tahun atau lebih

- a. Terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir yaitu mengalami proses menjadi tua, alat/organ menjadi kaku
- b. Kekuatan fisik dari ibu hamil dan ibu melahirkan juga menurun
- c. Ada kecenderungan penyakit-penyakit lain dari tubuh ibu seperti hipertensi, diabetes mellitus.

Bahaya yang ditimbulkan dari kehamilan lebih dari usia 35 tahun yaitu preeklampsi/eklampsi, KPD, persalinan macet/persalinan tidak lancar, perdarahan setelah bayi lahir (Rochjati, 2011).

2) Paritas

Paritas merupakan klasifikasi perempuan berdasarkan jumlah bayi lahir hidup dan lahir mati yang dilahirkan pada umur kehamilan lebih dari 20 minggu (Rohmatin dkk., 2018).

a. Primipara

Pada ibu dengan primipara, belum pernah mengalami persalinan, maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar baik pada kekuatan his, jalan lahir, dan kondisi janin. Primipara primer atau sekunder berusia tua merupakan salah satu penyebab partus lama. Hal ini dikarenakan pada primigravida ditemukan his yang masih kurang dari normal yaitu durasinya tidak terlalu lama, frekuensinya masih jarang, dan tidak terjadi koordinasi kekuatan sehingga menyebabkan cervix tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, oleh karena itu partus dapat berlangsung lama (Ida Bagus Gde dkk., 2010). Pada penelitian (Fatmawati, 2017) menyimpulkan bahwa hampir pada semua persalinan pertama (primipara) terjadi ruptur perineum. Primipara dianggap paling beresiko terjadi partus lama dikarenakan jalan lahir yang belum penuh dilalui oleh kepala bayi sehingga otot perineum belum meregang.

b. Multipara

Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua atau lebih kehamilan yang berakhir pada saat janin telah mencapai berat viabilitas (Oxorn & R. Forte, 2010). Menurut (Fatmawati, 2017) dalam penelitiannya makin sering seorang ibu mengalami kehamilan dan melahirkan akan banyak kehilangan zat besi dan meningkatkan

terjadinya anemia. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman jika ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai resiko kematian lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, akan lebih tinggi resiko kematian maternal.

c. Grandemulti

Grandemulti adalah ibu yang pernah hamil/melahirkan anak 4 kali atau lebih. Pada grandemulti sering didapatkan perut gantung akibat pengendoran pada dinding perut dan pengendoran dinding rahim karena kehamilan yang berulang. Pada perut gantung dapat mengakibatkan kelainan his karena posisi uterus yang menggantung ke depan sehingga bagian bawah janin tidak dapat menekan dan berhubungan langsung dengan segmen bawah rahim, sehingga mengakibatkan persalinan menjadi lama (Rochjati, 2011). Menurut penelitian (Ardhiyanti & Susanti, 2016) menyimpulkan bahwa paritas yang lebih dari 3, keadaan otot-otot rahim sudah mulai lemah sehingga menimbulkan persalinan lama dan perdarahan saat kehamilan.

3) Jarak Kehamilan

Interval kehamilan adalah tenggang waktu antara lamanya persalinan yang terakhir dengan kehamilan yang sekarang. Setiap kehamilan akan menyebabkan cadangan zat besi turun, oleh sebab itu pada saat akhir kehamilan diperlukan waktu 2 tahun untuk mengembalikan cadangan zat

besi. Ibu hamil dengan jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang <2 tahun kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh istirahat, dimana tubuh masih memerlukan waktu untuk memulihkan organ-organ reproduksinya (Rochjati, 2011).

Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun atau anak terkecil yang hidup berumur 10 tahun akan menghadapi persalinan yang pertama lagi karena perineum menjadi kaku dan umur ibu juga bertambah tua, sehingga kemungkinan timbul masalah pada kehamilannya, misalnya kaki bengkak dan preeklamsi. Salah satu bahaya pada jarak kehamilan adalah persalinan dapat berjalan tidak lancar (Rochjati, 2011).

Menurut penelitian (Fatmawati, 2017) menyimpulkan bahwa jarak yang terlalu dekat (<2 tahun) berhubungan dengan meningkatnya resiko kejadian keguguran, bayi dengan berat badan lahir rendah (kurang dari 2500 gram), kematian janin, dan kematian bayi. Untuk seorang ibu, kehamilan yang terlalu dekat juga dapat menyebabkan anemia, infeksi, ketuban pecah dini dan perdarahan.

4) Berat Janin

Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam waktu 1 jam pertama setelah bayi lahir. Secara normal berat bayi baru lahir berkisar antara 2.500-4.000 gram. Bayi yang lahir lebih dari 4.000 gram disebut bayi besar dan yang kurang dari 2.500 gram disebut BBLR (Septikasari, 2018).

Menurut asumsi penelitian bahwa setiap bayi yang lebih besar terjadi komplikasi pada saat melahirkan. Resikonya dalam bentuk sulitnya bayi keluar melalui jalan lahir sehingga terjadi partus lama, perdarahan pasca persalinan akibat robekan jalan lahir atau tersangkutnya bahu yang berakibat bayi sulit bernafas.

Faktor penyebab terjadinya bayi besar diantaranya ibu menderita penyakit diabetes mellitus. Hal ini terjadi akibat adanya gangguan penggunaan gula darah ibu hamil yang disebabkan terganggunya hormon insulin. Selain itu ibu yang melahirkan lebih dari dua kali juga berpotensi melahirkan bayi besar, karena berat seorang bayi yang lahir berikutnya bertambah sekitar 80 gr sampai 120 gr. Peluang melahirkan bayi besar juga ada pada ibu hamil dengan usia lanjut. Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa besarnya janin dapat menyulitkan proses persalinan (HM Andalas, 2014)

Menurut penelitian (Wang dkk., 2016) didapatkan hasil bahwa ibu yang bersalin dengan makrosomia memiliki resiko yang lebih tinggi mengalami persalinan lama ($p < 0,001$).

5) Kelainan Letak

Pada kelainan letak janin dapat mempengaruhi kemajuan dalam persalinan. Letak janin meliputi presentasi puncak kepala, presentasi muka, presentasi dahi, letak belakang kepala UUK melintang, letak tulang

ubun-ubun, letak sungsang, letak lintang, dan presentasi rangkap/ganda (Mochtar, 2013).

Malpresentasi adalah bagian terendah dari janin yang berada di segmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Pada keadaan normal, presentasi janin adalah belakang kepala dengan menunjuk ubun-ubun kecil dalam posisi transversal (saat masuk pintu atas panggul), dan posisi anterior (setelah melewati pintu tengah panggul). Dengan presentasi tersebut, kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya. Hal tersebut dicapai bila sikap kepala janin fleksi. Sikap yang tidak normal akan menimbulkan presentasi pada janin, dan mengalami kesulitan dalam persalinan karena diameter kepala yang harus melalui panggul menjadi lebih besar. Apabila janin dalam keadaan malpresentasi atau malposisi, maka dapat terjadi persalinan yang lama atau bahkan macet (Saifuddin et al., 2014).

2.2.5 Klasifikasi Persalinan Lama

1. Fase Laten Memanjang

Fase laten yang memanjang ditandai dengan pembukaan serviks yang kurang dari 4 cm setelah 8 jam dengan disertai kontraksi teratur (lebih dari 2 kali dalam 10 menit) (Maryunani & Puspita, 2013).

Untuk menjelaskan tujuan-tujuan fisiologis persalinan, Friedman mengembangkan konsep 3 tahap fungsional pada persalinan. Tahap fungsional tersebut terdiri dari:

a. Tahap Persiapan (*preparatory division*)

Terjadi sedikit perubahan serviks, cukup banyak perubahan yang terjadi di komponen jaringan ikat serviks. Pada tahap persalinan ini peka terhadap sedasi dan anestesia regional.

b. Tahap Pembukaan/Dilatasi (*dilatational division*)

Pembukaan berlangsung paling cepat, tidak dipengaruhi oleh sedasi atau anestesia regional.

c. Tahap Panggul (*pelvic division*)

Berawal dari pembukaan serviks fase deselerasi. Mekanisme persalinan melibatkan gerakan pokok janin pada presentasi kepala, masuknya janin ke panggul (*engagement*), fleksi, penurunan, rotasi internal (putaran paksi dalam), ekstensi, dan rotasi eksternal (putaran paksi luar) yang berlangsung selama tahap panggul.

Fase laten dalam persalinan dimulai ketika ibu merasakan kontraksi yang teratur. Dinamakan fase laten berkepanjangan apabila lama fase ini lebih dari 20 jam pada nulipara dan 14 jam pada ibu multipara.

Faktor-faktor yang mempengaruhi durasi fase laten adalah anestesia regional atau sedasi yang berlebihan, keadaan serviks yang buruk (misal tebal, tidak mengalami pendataran, atau tidak membuka), dan persalinan

palsu

2. Fase Aktif Memanjang

Awal persalinan fase aktif dimulai dari pembukaan 3-4 cm atau lebih, disertai dengan adanya kontraksi uterus. Menurut Friedman selain memperhitungkan penurunan janin juga memperhitungkan kecepatan pembukaan serviks pada fase aktif.

Masalah dalam fase aktif ada dua yaitu:

a. Gangguan *protaction* (berkepanjangan/berlarut-larut)

1. Untuk nullipara, kecepatan pembukaan kurang dari 1,2 cm per jam atau penurunan kurang dari 1 cm per jam
2. Untuk multipara, kecepatan pembukaan kurang dari 1,5 cm per jam atau penurunan kurang dari 2 cm per jam

b. *Arrest* (macet, tak maju)

1) Kemacetan Pembukaan (*arrest of dilatation*)

Tidak adanya perubahan serviks dalam waktu 2 jam

2) Kemacetan Penurunan (*arrest of descent*)

Tidak adanya penurunan janin dalam waktu 1 jam

Faktor yang mempengaruhi terjadinya persalinan yang berkepanjangan atau macet adalah sedasi yang berlebihan, anestesia regional, dan malposisi janin, misalnya oksiput posterior persisten (Saifuddin et al., 2014).

Fase aktif yang memanjang ditandai dengan pembukaan 4 cm sampai pembukaan lengkap dengan waktu lebih dari 12 jam (rata-rata 0,5 cm per jam) (Maryunani & Puspita, 2013).

3. Kala II Lama

Kala II lama apabila pembukaan sudah lengkap, ibu merasa ingin meneran, tetapi tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin (Saifuddin et al., 2014).

Apabila cervix mencapai dilatasi penuh, jangka waktu sampai mencapai kelahiran untuk ibu primigravida tidak lebih dari 2 jam dan untuk ibu multipara tidak lebih dari 1 jam. Pengalaman menunjukkan bahwa setelah batas waktu ini, morbiditas maternal dan fetal akan naik (Oxorn & R. Forte, 2010).

2.2.6 Penanganan Persalinan Lama

1. *Prolonged latent phase* (fase laten yang memanjang)

Apabila ibu berada pada fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dengan jalan melakukan pemeriksaan rahim:

- a. Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan rahim serta tidak didapatkan tanda gawat janin, teliti ulang diagnosanya. Mungkin ibu belum masuk in partu.

- b. Bila didapatkan perubahan dalam penipisan dan pembukaan rahim, lakukan drip oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrose (NaCl), dimulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai terjadi his yang adekuat (maksimum 40 tetes per menit) atau diberikan prostaglandin. Lakukan pengkajian setiap 4 jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah diberikan oksitosin, lakukan tindakan seksio sesarea.
- c. Pada daerah dengan prevalensi HIV tinggi, dianjurkan membiarkan ketuban tetap utuh selama pemberian oksitosin untuk mengurangi kemungkinan terjadinya penularan HIV.

2. *Prolonged active phase* (fase aktif yang memanjang)

Bila tidak didapatkan tanda adanya keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga kepala janin tidak dapat keluar melalui vagina atau disebut dengan CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) atau adanya partus macet, maka:

- a. Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan
- b. Bila ketuba belum pecah lakukan amniotomi

Bila kecepatan pembukaan Rahim pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam, lakukan penilaian kontraksi uterus.

3. Kala II Lama

Upaya ibu dalam mengedan menambah resiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen ke plasenta, maka:

- a. Ibu dianjurkan mengedan secara spontan, ibu tidak dianjurkan mengedan dan menahan nafas terlalu lama
- b. Perhatikan denyut jantung janin, apabila terdapat bradikardi yang lama akibat lilitan tali pusat, maka dilakukan tindakan ekstraksi vakum/forceps bila syarat terpenuhi
- c. Bila malpresentasi dan tanda obstruksi bias disingkirkan, berikan oksitosin drip
- d. Bila pemberian oksitosin drip dalam 1 jam tidak ada kemajuan, maka dilahirkan dengan bantuan vakum/forceps bila syarat terpenuhi
- e. Melahirkan dengan seksio sesarea bila persyaratan vakum dan forceps tidak dipenuhi.

2.2.7 Dampak Persalinan Lama pada Ibu dan Janin

1. Infeksi Intrapartum

Infeksi merupakan bahaya yang serius yang mengancam ibu dan janin pada partus lama terutama bila disertai dengan pecahnya ketuban. bakteri dalam cairan amnion menembus amnion dan memasuki desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin.

2. Rupture Uteri

Apabila disproporsi antara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak cukup dan tidak dapat terjadi penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang kemudian dapat menyebabkan ruptur, terutama pada ibu dengan paritas tinggi dan dengan riwayat seksio sesarea.

3. Cincin Retraksi Patologis

Tipe yang paling sering terjadi adalah cincin retraksi patologis Bandl, yaitu pembentukan cincin retraksi normal yang berlebihan. Cincin ini timbul karena persalinan yang terhambat disertai peregangan dan penipisan yang berlebihan pada segmen bawah uterus.

4. Cedera Otot-otot Dasar Panggul

Saat kelahiran bayi, dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan ke bawah akibat upaya mengejan ibu. Gaya ini menyebabkan dasar panggul meregang dan melebar. Contoh klasik cedera melahirkan adalah robekan sfingter ani yang terjadi saat persalinan pervaginam.

5. *Kaput Suksedaneum*

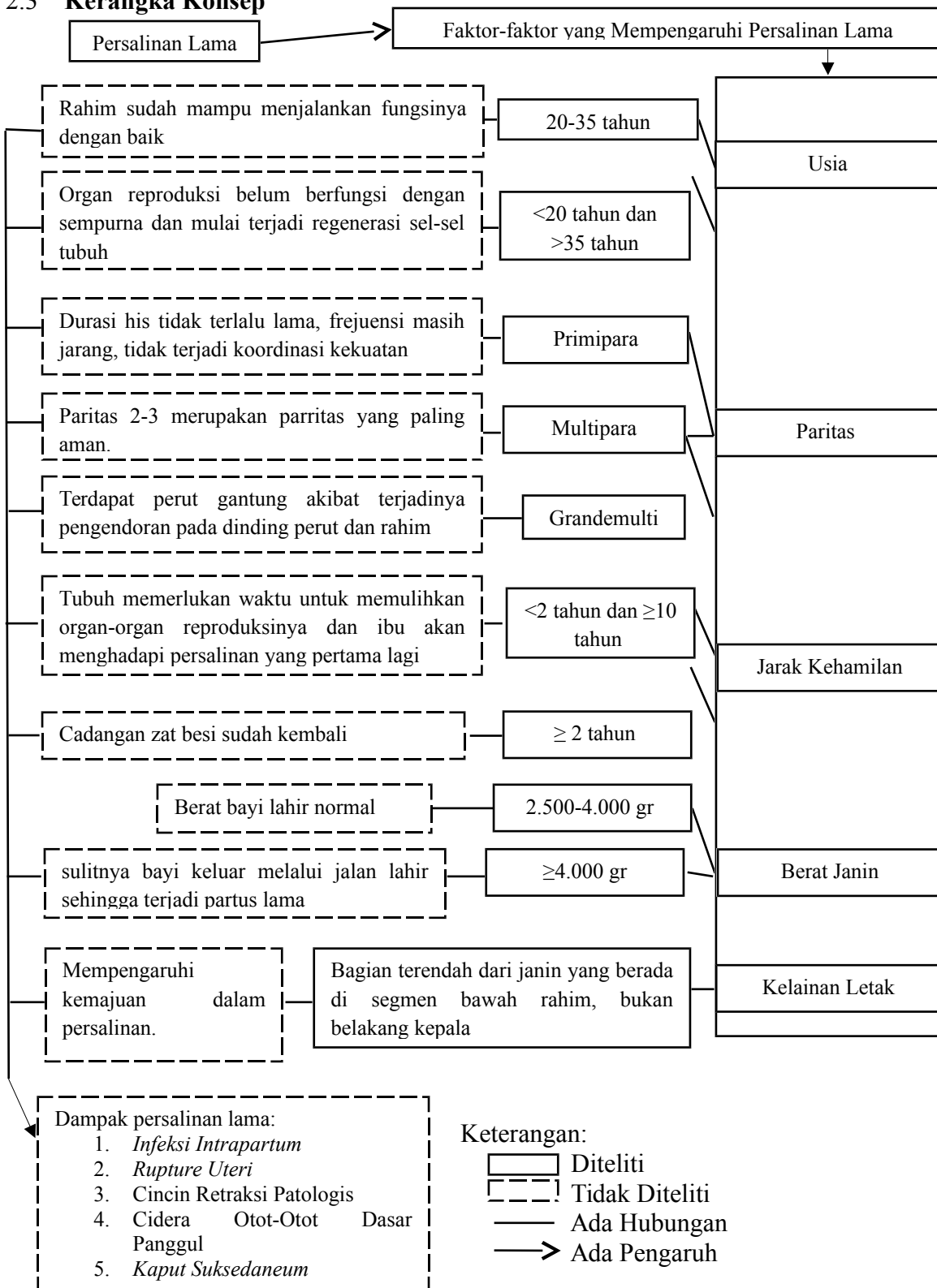
Apabila panggul sempit pada persalinan sering terjadi kaput suksedaneum yang besar dibagian terbawah kepala janin. Kaput dapat berukuran cukup besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik. Kaput hampir mencapai dasar panggul sementara kepala janin belum. Biasanya kaput suksedaneum akan menghilang dalam beberapa hari.

6. Molase Kepala Janin

Akibat dari tekanan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura-sutura besar. Factor yang berkaitan dengan terjadinya molase adalah nuliparitas, stimulasi persalinan

dengan oksitosin, dan pengeluaran janin dengan ekstraksi vakum (Saifuddin, Rachimhadhi, dkk., 2014).

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan Lama