

**SKRIPSI**

**PENGARUH KOMPRES HANGAT PADA FUNDUS TERHADAP  
PERCEPATAN PERSALINAN IBU INPARTU PRIMIGRAVIDA KALA I  
FASE AKTIF DI BPS NGANTRU TULUNGAGUNG**

*PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan  
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga



Oleh:

KHOERUN ASNA  
NIM. 010810609B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2012**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 28 Juni 2012  
Yang Menyatakan

Khoerun Asna  
010810609B

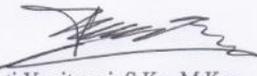
**SKRIPSI**

**PENGARUH KOMPRES HANGAT PADA FUNDUS TERHADAP  
PERCEPATAN PERSALINAN IBU INPARTU PRIMIGRAVIDA KALA I  
FASE AKTIF DI BPS NGANTRU TULUNGAGUNG**

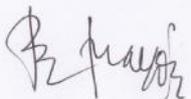
Oleh  
Nama: Khoerun Asna  
NIM. 010810609B

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 28 JUNI 2012

Oleh:  
Pembimbing I

  
Esti Yunitasari, S.Kp.,M.Kes.  
NIP. 197706172003122002

Pembimbing II

  
Retnayu Pradanie, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIK. 139080824

Mengetahui  
a.n. Dekan  
Wakil Dekan I

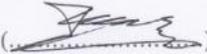
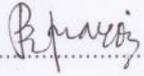
  
Mira Triharini, S.Kp. M.Kep  
NIP. 197904242006042002

SKRIPSI

**PENGARUH KOMPRES HANGAT PADA FUNDUS TERHADAP  
PERCEPATAN PERSALINAN IBU INPARTU PRIMIGRAVIDA KALA I  
FASE AKTIF DI BPS NGANTRU TULUNGAGUNG**

Oleh  
Nama: Khoerun Asna  
NIM. 010810609B

Telah Diuji  
Pada tanggal 6 Juli 2012  
PANITIA PENGUJI

Ketua	: Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.,M.Kes. NIP. 197410292003122002	(.....  .....)
Anggota	: Esti Yunitasari, S.Kp.,M.Kes. NIP. 197706172003122002	(.....  .....)
	Retnayu Pradanie, S.Kep.,Ns.,M.Kep. NIK. 139080824	(.....  .....)

Mengetahui  
a.n. Dekan  
Wakil Dekan I

  
  
Mira Triharini, S.Kp. M.Kep  
NIP. 197904242006042002

**MOTTO**

***JANGAN BERHARAP LEBIH TANPA USAHA  
MAKSIMAL***

***DON'T GIVE UP***

## UCAPAN TERIMAKASIH

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“PENGARUH KOMPRES HANGAT PADA FUNDUS TERHADAP PERCEPATAN PERSALINAN IBU INPARTU PRIMIGRAVIDA KALA I FASE AKTIF DI BPS NGANTRU TULUNGAGUNG”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian serta mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp, M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah banyak membantu dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Esti Yunitasari,S.Kp.,M.Kes selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktunya serta ikhlas dan sabar dalam memberikan bimbingan, pengarahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Ibu Retnayu Pradanie, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing II atas ilmu, bimbingan, saran, perhatian dan waktu yang diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.,M.Kes selaku ketua penguji skripsi yang telah banyak memberikan kritikan, masukan serta tambahan ilmu untuk menyempurnakan skripsi ini
6. Seluruh staf pengajar Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang selama proses pendidikan telah memberikan banyak ilmu yang bermanfaat bagi penulis.
7. Seluruh karyawan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas dukungan serta kebaikan dalam membantu penulis untuk menyelesaikan skripsi ini
8. Kedua orang tuaku tersayang atas semua dukungan, semangat, nasehat, serta doa yang selalu diberikan sehingga saya bisa lebih sabar dalam menjalani hidup ini. Adikku Wahyu Nur Abidin tersayang terimakasih telah setia mendengarkan segala keluh kesahku.
9. Ibu Lilis Prihatin dan Ibu Dwi Susanti selaku pemilik BPS yang telah memberikan izin dan kesempatan untuk melakukan penelitian.
10. Seluruh responden, ibu bersalin di BPS Ny. Lilis dan Ny. Susanti yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
11. Adik-adik AKBID yang praktik di BPS Ny. Lilis dan Ny. Susanti. Terimakasih karena telah bersedia menemani, membantu dan berbagi ilmu sehingga mempermudah jalannya penelitian.
12. Sahabat-sahabatku Faia, Dwi, Rizkun, Lila, Vita, Frida, Mira dan Nadia. Terimakasih atas kebersamaan, keceriaan, kelucuan dan dukungan yang kalian berikan sehingga aku dapat menyelesaikan skripsi ini.

13. Teman-teman satu bimbingan Rachma, Vivi, Lingga, Endah, Ajeng, Ratri, Sayekti, dan Salli. Terimakasih atas kebersamaan, dukungan, kesabaran dan bantuannya.
14. Anak-anak kos Mulyorejo Tengah 86, terimakasih atas segala bantuan, motivasi dan doa yang kalian semua berikan untukku.
15. Semua teman-teman A8, terimakasih telah menjadi bagian dari keluarga kecilku. Semoga kita bisa menjadi yang terbaik dan tetap kompak.
16. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat hidayahNya dan membalas budi baik kepada semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam penyusunan skripsi ini

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 28 Juni 2012

Penulis

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF LOCAL WARMING ON FUNDUS TOWARD LABOR ACCELERATION IN PRIMIGRAVIDA MOTHER DURING ACTIVE PHASE

Quasy Experiment Study at Private Maternity Clinic in Ngantru Tulungagung

By: Khoerun Asna

One common problem of primigravida mother is a long period of time during labor active phase. Local warming on fundus can speed up the skin blood flow and increase the quality of uterine contraction. This situation can effect the opening of services completely in a short period of time. The objective of this study was to analyze the effect of local warming on fundus toward labor acceleration during active phase.

Post test only non randomized control group design was used in this study. The population of this research was inpartu primigravida mother during labor active phase whom delivers the baby during May to June 2012 at Private Maternity Clinic in Ngantru Tulungagung. The sample was recruited using consecutive sampling method that consisted of 14 respondents and was divided into 2 groups, control group and treatment group. Data were collected using partograph and were analyzed using Mann Whitney U test with significant level p 0,05.

Mann Whitney U test result showed that there is an effect local warming on fundus toward labor acceleration in inpartu primigravida mother during labor active phase with the value of  $p=0,005$ .

As conclusion there is an effect of local warming on fundus toward labor acceleration in inpartu primigravida mother during labor active phase. Continuing implementation during this phase is suggested to gain better result, because the longer the period of time the worse the complication endured by the mother and the fetus.

**Keywords** : *warm compress, primigravida mother, labor acceleration, labor active phase*

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul Dan Prasyarat Gelar .....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terimakasih.....	vi
<i>Abstract</i> .....	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar .....	xiii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	4
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1 Tujuan umum.....	5
1.4.2 Tujuan khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.5.1 Teoritis.....	6
1.5.2 Praktis.....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Dasar Persalinan.....	7
2.1.1 Pengertian persalinan fisiologis.....	7
2.1.2 Persalinan normal.....	7
2.1.3 Faktor yang mempengaruhi persalinan.....	8
2.1.4 Sebab-sebab mulainya persalinan.....	10
2.1.5 Tanda dan gejala menjelang persalinan.....	11
2.1.6 Proses persalinan fisiologis.....	14
2.1.7 Tahap persalinan.....	18
2.1.8 Mekanisme persalinan.....	22
2.1.9 Faktor risiko terhadap persalinan.....	26
2.2 Partus Lama.....	28
2.2.1 Pengertian.....	28
2.2.2 Penyebab partus lama.....	28
2.2.3 Asuhan pada partus lama.....	31
2.3 Skor Risiko Kehamilan Poedji Rochyati.....	33
2.3.1 Pengertian.....	33
2.3.2 Pengelompokan faktor risiko berdasarkan jumlah skor.....	33
2.3.3 Pengelompokan faktor risiko berdasarkan derajat kegawatan.....	34

2.3.4 Cara pemberian skor.....	36
2.4 Partograf.....	36
2.4.1 Pengertian.....	36
2.4.2 Partograf <i>WHO</i> .....	37
2.4.3 Komponen dalam partograf <i>WHO</i> .....	37
2.4.4 Alasan penetapan partograf <i>WHO</i> dalam persalinan.....	40
2.4.5 Kontraindikasi pelaksanaan partograf <i>WHO</i> .....	41
2.4.6 Keuntungan dan kerugian pelaksanaan partograf <i>WHO</i> .....	42
2.5 Konsep Kompres Hangat.....	43
2.5.1 Pengertian.....	43
2.5.2 Efek panas.....	43
2.5.3 Pengaruh kompres hangat.....	44
2.5.4 Perbandingan kompres hangat dan dingin.....	45
2.5.5 Metode pemberian kompres.....	46
2.5.6 Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pemberian kompres hangat.....	46
2.6 Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Percepatan Persalinan.....	47
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....</b>	<b>49</b>
3.1 Kerangka Konseptual.....	49
3.2 Hipotesis Penelitian.....	51
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>52</b>
4.1 Desain Penelitian.....	52
4.2 Populasi, Sampel, Dan Sampling.....	52
4.2.1 Populasi.....	52
4.2.2 Sampel.....	53
4.2.3 Sampling.....	54
4.3 Variabel Penelitian.....	54
4.3.1 Variabel independen.....	54
4.3.2 Variabel dependen.....	54
4.3.3 Definisi operasional.....	55
4.4 Instrumen Penelitian.....	56
4.5 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	56
4.6 Prosedur Pengambilan Data.....	56
4.7 Kerangka Kerja Operasional.....	58
4.8 Analisis Data.....	58
4.9 <i>Ethical Clearance</i> .....	59
4.5.1 <i>Informed consent</i> .....	60
4.5.2 <i>Anonymity</i> .....	60
4.5.3 <i>Confidentiality</i> .....	60
4.10 Keterbatasan.....	60
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN.....</b>	<b>62</b>
5.1 Hasil Penelitian.....	62

5.1.1 Gambaran lokasi penelitian.....	62
5.1.2 Data umum.....	66
5.1.3 Data khusus.....	68
5.2 Pembahasan.....	69
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>83</b>
6.1 Kesimpulan.....	83
6.2 Saran.....	83
Daftar Pustaka.....	85
Lampiran .....	89

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Identifikasi Masalah.....	4
Gambar 2.1 Macam Bentuk Panggul.....	9
Gambar 2.2 Pembentukan Segmen Uterus.....	15
Gambar 2.3 Dilatasi Dan Pendataran Serviks.....	17
Gambar 2.4 Fase Penurunan Janin.....	18
Gambar 2.5 Kurva Persalinan Normal Dan Posisi Kepala Janin.....	21
Gambar 2.6 Masuknya Kepala Ke PAP.....	23
Gambar 2.7 Mekanisme Turunnya Janin.....	24
Gambar 2.8 Mekanisme Persalinan Posisi Oksiput.....	25
Gambar 2.9 Penurunan Kepala Janin.....	38
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	49
Gambar 4.1 Kerangka Kerja.....	58

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 2.1 Faktor Risiko Kehamilan Kelp. I.....	34
Tabel 2.2 Faktor Risiko Kehamilan Kelp. II.....	35
Tabel 2.3 Faktor Risiko Kehamilan Kelp. III.....	35
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian.....	52
Tabel 4.2 Definisi Operasional.....	55
Tabel 5.1 Karakteristik Responden.....	66
Tabel 5.2 Perbandingan Percepatan Persalinan.....	68

## LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Pengantar Penelitian.....	89
Lampiran 2. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian.....	91
Lampiran 3. Permohonan Menjadi Responden.....	93
Lampiran 4. Kesiediaan Menjadi Responden.....	94
Lampiran 5. Pengumpulan Data.....	95
Lampiran 6. SOP Kompres Hangat.....	97
Lampiran 7. Lembar Patograf.....	99
Lampiran 8. Kartu Skor Poedji Rochjati.....	101
Lampiran 9. Hasil Npar Test.....	103
Lampiran 10. Rekap Data Penelitian.....	104

## DAFTAR SINGKATAN

ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
BPS	: Bidan Praktek Swasta
KRR	: Kehamilan Risiko Rendah
KRT	: Kehamilan Risiko Tinggi
KRST	: Kehamilan Risiko Sangat Tinggi
KB	: Keluarga Berencana
Ny	: Nyonya
PAP	: Pintu Atas Panggul
SDKI	: Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
PT	: Perguruan Tinggi
SOP	: Satuan Operasional Prosedur
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses lahirnya janin dengan tenaga ibu tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi, pada umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Ujiningtyas, 2009). Ada lima faktor esensial yang mempengaruhi proses persalinan yaitu: *power* (kekuatan), *passanger* (penumpang: janin dan plasenta), *passage way* (jalan lahir), posisi ibu, dan *psychologic respons* (respon psikologis) (Bobak et al, 2005). Proses persalinan dimulai dengan kontraksi uterus sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney et al, 2007). Normalnya persalinan spontan pada primigravida yang memasuki fase aktif dengan pembukaan 3 sampai 4 cm dapat mencapai pembukaan 8 sampai 10 cm dalam waktu 4 jam. Namun, sebanyak 25% persalinan pada primigravida mengalami perlambatan persalinan pada fase aktif kala I dan sebanyak 15% terjadi pada multigravida (Cunningham et al, 2006). Apabila proses persalinan berlangsung memanjang akan berisiko terhadap ibu dan janin. diantaranya adalah infeksi intrapartum tidak hanya merupakan penyulit yang serius pada ibu, tetapi juga merupakan penyebab penting kematian janin dan neonatus (Saifuddin, 2010). Ada beberapa metode non farmakologi yang dapat digunakan sebagai alternatif untuk mempercepat proses persalinan yaitu sentuhan kenyamanan, asuhan sayang ibu, akupresur, kompres hangat dan hidroterapi (Chapman, 2006). Kompres hangat fundus bersuhu antara 37-42°C akan menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah yang akan meningkatkan aliran darah

setempat (Johnson & Kellogg, 2010). Meningkatnya aliran darah akan memenuhi kebutuhan oksigen sehingga dapat menurunkan nyeri persalinan yang terjadi akibat hipoksia jaringan (Chunningham et al, 2006). Selain itu peningkatan aliran darah akibat pemberian kompres hangat dapat meningkatkan kontraksi otot polos uterus (Guyton & Hall, 2008). Dengan meningkatnya kontraksi uterus akan mempercepat proses persalinan, namun sampai saat ini pengaruh kompres hangat terhadap percepatan persalinan ibu inpartu primigravida kala I fase aktif belum diketahui dengan jelas.

Pada umumnya dokter akan membiarkan bayi keluar dengan normal selama tidak ada indikasi kelainan dari ibu maupun bayi. Tapi, cukup banyak kejadian seorang calon ibu harus merasakan mules selama berjam-jam tanpa ada kemajuan persalinan yang berarti (Soelaeman, 2004). Berdasarkan hasil survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 sebanyak 37% ibu inpartu mengalami komplikasi proses persalinan yang lama. Direktur Bina Kesehatan dr.Sri Hermiyanti pada Januari 2010 menyatakan bahwa partus lama merupakan salah satu penyebab langsung kematian ibu di Indonesia dan di peroleh data terdapat sebanyak 5% kasus kematian langsung saat proses persalinan akibat partus lama (Kompas.com, 2010). Di wilayah kecamatan Ngantru terdapat kurang lebih 6 BPS (Bidan Praktek Swasta) dan dari keenam BPS tersebut belum pernah ada yang menerapkan kompres hangat sebagai salah satu intervensi dalam pertolongan persalinan. Setelah dilakukan survei di beberapa BPS kecamatan Ngantru terdapat 2 BPS yang menjadi favorit masyarakat sebagai tempat persalinan karena pengalaman mereka yang lebih dari 10 tahun, yaitu BPS Ny. L dan Ny. S. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di kedua BPS tersebut pada

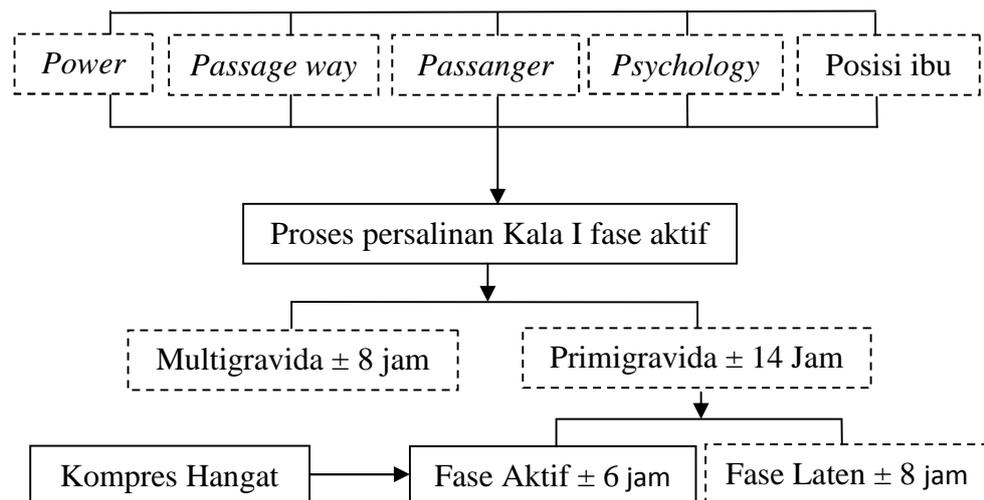
bulan Januari-April 2012 didapatkan data bahwa jumlah ibu bersalin setiap bulannya di kedua BPS  $\pm$  25 orang. Jumlah ibu primigravida yang bersalin sebanyak  $\pm$  10 orang sedangkan ibu multigravida sejumlah  $\pm$  15 orang, dari total jumlah ibu bersalin sekitar 30% mengalami perpanjangan kala I fase aktif. Ibu yang mengalami kesulitan persalinan di kedua BPS akan diberi tindakan berupa suntikan oksitosin, jika dengan pemberian oksitosin belum menunjukkan hasil yang baik, akan di rujuk ke rumah sakit terdekat. Penggunaan metode alternatif kompres hangat pada fundus untuk merangsang aktifitas rahim sehingga mempercepat proses persalinan belum pernah di terapkan di BPS Ngantru Tulungagung.

Intervensi untuk mengatasi rasa takut atau tegang pada masa persalinan khususnya pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan membuat persalinan lebih mudah, lebih singkat dan lebih aman (Klein & Thompson, 2008). Rasa takut yang tidak terkendali akan menimbulkan stress sehingga merangsang pelepasan katekolamin dan steroid berlebih yang berakibat terjadinya ketegangan otot polos dan vasokonstriksi pembuluh darah yang menurunkan kontraksi uterus dan sirkulasi darah pada utero-plasenta, memperpanjang proses persalinan dan turut berperan terhadap terjadinya gawat janin (Sinclair, 2010). Perpanjangan proses persalinan mengakibatkan infeksi inpartu, ruptur uteri, perlukaan jalan lahir, dan pembentukan fistula pada ibu (Achadiat, 2004). Adapun dampak persalinan yang memanjang pada janin meliputi asfiksia, infeksi intrapartum hingga kematian janin (Manuaba, 2001).

Mengingat risiko bahaya akibat proses persalinan yang memanjang maka diperlukan tindakan pencegahan dengan metode sederhana seperti pemberian

kompres hangat yang dapat meningkatkan rasa nyaman dan rileks psikologi sehingga tidak mengganggu kontraksi uterus (Kozier et al, 2009). Pemberian kompres hangat pada fundus dapat merangsang aktifitas otot uterus (Simkin & Ancheta, 2005). Peningkatan frekuensi kontraksi uterus akan memperlancar proses persalinan kala satu fase aktif. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik melakukan penelitian tentang kompres hangat pada fundus yang diharapkan dapat mempercepat proses persalinan pada ibu inpartu primigravida kala I fase aktif.

## 1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah pengaruh kompres hangat pada fundus terhadap kemajuan persalinan ibu inpartu primigravida kala I fase aktif di BPS Ngantru Tulungagung

Ada lima faktor essensial yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran. Faktor-faktor tersebut adalah *power* (kekuatan), *passenger* (penumpang, yaitu janin dan plasenta), *passage way* (jalan lahir), posisi ibu, *psychologic respons* (Bobak et al, 2005). Normalnya persalinan pada primigravida terjadi selama  $\pm 14$  jam dan pada multigravida selama  $\pm 8$  jam. Sebanyak 25% persalinan primigravida mengalami kesulitan pada fase aktif yang seharusnya

berjalan dalam waktu  $\pm$  6 jam. Untuk mencegah perpanjangan proses persalinan yang dapat menyiksa ibu maupun bayi perlu dilakukan intervensi non farmakologis berupa pemberian kompres hangat pada fundus.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Apakah ada pengaruh kompres hangat pada fundus terhadap percepatan persalinan ibu inpartu primigravida kala 1 fase aktif di BPS Ngantru Tulungagung?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan umum**

Menjelaskan pengaruh kompres hangat pada fundus terhadap percepatan persalinan ibu inpartu primigravida kala 1 fase aktif di BPS Ngantru Tulungagung.

#### **1.4.2 Tujuan khusus**

1. Menganalisis lama persalinan ibu inpartu primigravida kala I fase aktif di BPS Ngantru Tulungagung pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.
2. Menganalisis pengaruh kompres hangat pada fundus terhadap lama persalinan pada ibu inpartu primigravida kala 1 fase aktif di BPS Ngantru Tulungagung.
3. Membandingkan lama persalinan ibu inpartu primigravida kala I fase aktif di BPS Ngantru Tulungagung antara kelompok control dan kelompok perlakuan.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan pengaruh kompres hangat pada fundus terhadap percepatan persalinan pada ibu inpartu primigravida kala 1 fase aktif. Sehingga dapat digunakan sebagai informasi dan saran dalam mengembangkan ilmu keperawatan maternitas khususnya pada ibu inpartu primigravida.

### **1.5.2 Praktis**

1. Sebagai wacana bagi ibu hamil mengenai metode pengendalian nyeri selama kehamilan yang akan melandasi pilihannya dalam mengatasi nyeri selama persalinan.
2. Diharapkan dapat digunakan sebagai bagian dalam program pimpinan persalinan.
3. Sebagai metode alternatif untuk meningkatkan kontraksi uterus pada ibu inpartu kala I fase aktif

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Persalinan**

##### **2.1.1 Persalinan fisiologis**

Persalinan adalah serangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney et al, 2007).

Menurut Erawati (2011) persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu.

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin turun ke jalan lahir (Baety, 2011).

##### **2.1.2 Persalinan normal**

Persalinan dapat dianggap normal jika ibu berada pada masa aterm, tidak terjadi komplikasi, presentasi puncak janin adalah kepala dan persalinan selesai dalam waktu 24 jam (Bobak et al, 2005).

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sumarah et al, 2008).

### 2.1.3 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Lima faktor penting yang mempengaruhi persalinan adalah *power* (kekuatan ibu), *passanger* (penumpang), *passage way* (jalan lahir), *position* (posisi), dan *psychology* (psikologi ibu).

#### 1. *Power*

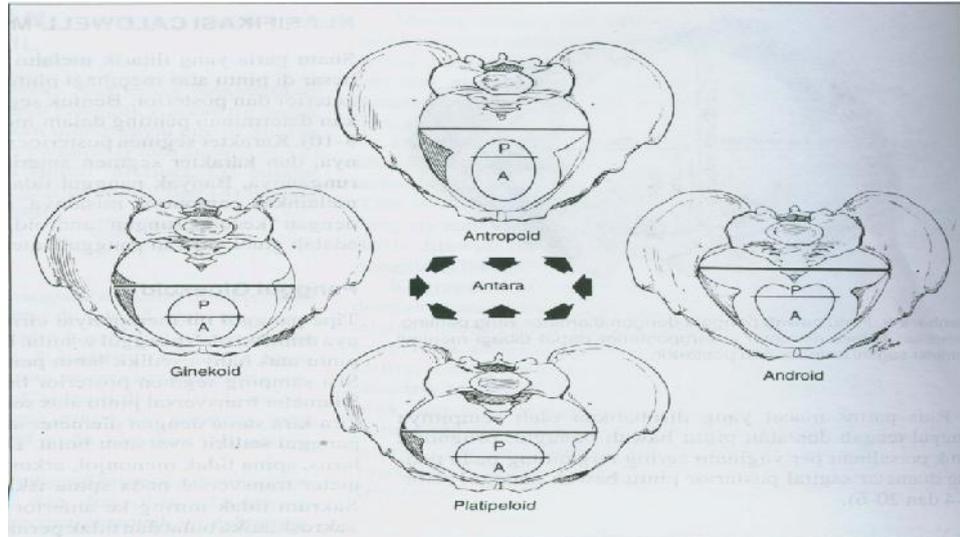
Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu untuk melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan dalam usaha mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer yang menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder. Dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Sumarah et al, 2008).

#### 2. *Passanger*

Dalam hal ini *passanger* meliputi janin dan plasenta. Janin bergerak di sepanjang jalan lahir akibat interaksi dari beberapa faktor, yaitu: ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Sedangkan plasenta adalah penumpang yang menyertai janin (Bobak et al, 2005).

#### 3. *Passage way*

Jalan lahir meliputi panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Terdapat 4 bentuk panggul, yaitu: ginekoid, android, anthropoid, dan platipeloid (Bobak et al, 2005).



Gambar 2.1 Macam-macam bentuk panggul (Cunningham et al, 2006)

#### 4. *Psychology*

Kecemasan ibu selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Membantu ibu untuk berpartisipasi dalam melahirkan sejauh yang diinginkan, memenuhi harapan akan hasil akhir persalinannya, membantu menghemat tenaga dan mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan klien saat persalinan (Sumarah et al, 2008).

#### 5. *Position*

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan karena memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok. Apabila ibu mengedan dalam posisi jongkok atau duduk, otot-otot abdomen bekerja lebih sinkron (saling menguatkan) dengan kontraksi rahim sehingga memperlancar jalannya persalinan (Sumarah et al, 2008).

#### **2.1.4 Sebab-sebab mulainya persalinan**

Menurut Winkjosastro (2006) sebab terjadinya persalinan sampai sekarang masih merupakan teori-teori yang kompleks. Sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya proses persalinan (Sumarah et al, 2008), antara lain:

##### **1. Teori keregangan**

Regangan sederhana organ berotot polos dapat meningkatkan kontraktilitas otot tersebut. Regangan intermiten yang berulang-ulang pada uterus karena pergerakan fetus dapat meningkatkan kontraksi otot polos uterus (Guyton & Hall, 2008). Otot rahim (uterus) mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Sumarah et al, 2008).

##### **2. Teori penurunan progesteron**

Peningkatan kadar progesteron dapat menghambat kontraksi uterus selama kehamilan, sehingga mulai kehamilan bulan ke tujuh sekresi progesteron konstan atau sedikit menurun (Guyton & Hall, 2008). Dengan menurunnya sekresi progesteron dapat membangkitkan kembali kontraksi uterus dan memicu awitan persalinan (Coad & Dunstall, 2007).

##### **3. Teori rangsangan estrogen**

Estrogen dapat meningkatkan kontraktilitas uterus karena estrogen dapat meningkatkan jumlah taut celah (*gap junction*) antara sel-sel otot polos uterus yang berdekatan (Guyton & Hall, 2008). Menyebabkan produksi hormon estrogen oleh plasenta semakin meningkat selama persalinan dan kecepatannya bertambah pada akhir masa gestasi (Coad & Dunstall, 2007).

#### **4. Teori oksitosin**

Oksitosin merupakan suatu hormon yang disekresi oleh neurohipofisis yang secara khusus dapat memicu terjadinya kontraksi uterus (Guyton & Hall, 2008). Hormon oksitosin secara luas digunakan untuk induksi dan penguat persalinan, produksinya semakin meningkat pada kala satu persalinan (Coad & Dunstall, 2007).

#### **5. Teori prostaglandin**

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan mencapai 15 minggu. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga dapat memicu terjadinya persalinan (Sumarah et al, 2008).

#### **6. Faktor lain**

Tekanan pada ganglion servikal dari pleksus frankenhauser yang terletak dibelakang serviks dapat membangkitkan kontraksi uterus (Sumarah et al, 2008).

##### **2.1.5 Tanda dan gejala menjelang persalinan**

Terdapat sejumlah tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain: perasaan distensi abdomen berkurang (*lightening*), perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah dini, *bloody show*, lonjakan energi, dan gangguan pada saluran cerna. Setiap klien berbeda ada yang mengalami semua tanda tersebut atau malah tidak sama sekali.

##### **1. *Lightening***

Mulai dirasakan kira-kira dua minggu sebelum persalinan berupa penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor yang menciptakan

ruang lebih luas di dalam abdomen untuk ekspansi paru sehingga sesak napas yang biasa dirasakan berkurang tetapi menimbulkan beberapa ketidaknyamanan yang lain pada ibu diantaranya:

- 1) Ibu sering berkemih, karena kandung kemih tertekan.
- 2) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh.
- 3) Kram pada tungkai, disebabkan tertekannya saraf yang menjalar melalui foramen iskiadikum mayor menuju tungkai.
- 4) Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstremitas bawah (Varney et al, 2007).

## **2. Perubahan serviks**

Mendekati waktu persalinan, serviks semakin matang yang mengindikasikan kesiapan untuk persalinan. Kalau tadinya selama masa hamil serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks lebih lunak, dengan konsistensi seperti pudding. Serviks juga mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi *braxton hicks* (Varney et al, 2007).

## **3. Persalinan palsu**

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang terasa sangat nyeri dan memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Persalinan palsu dapat berlangsung selama sehari-hari atau secara intermiten bahkan tiga atau empat minggu sebelum permulaan persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri sehingga ibu dapat mengalami kurang tidur dan kekurangan energi dalam

menghadapinya. Untuk memastikan apakah itu merupakan persalinan sebenarnya atau bukan adalah dengan dilakukan pemeriksaan dalam (Varney et al, 2007).

#### **4. *Bloody show***

Plak lender yang disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan sebagai sawar pelindung dan penutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lender inilah yang disebut *bloody show* (Varney et al, 2007).

*Bloody show* paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah yang lengket sehingga harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi dalam waktu 24 hingga 48 jam (Varney et al, 2007).

#### **5. Lonjakan energi**

Banyak ibu mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum permulaan persalinan terjadi sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktivitas. Akibatnya, mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih dan sering kali persalinan menjadi sulit dan lama (Varney et al, 2007).

#### **6. Gangguan saluran cerna**

Diare, kesulitan mencerna, mual dan muntah diduga sebagai gejala menjelang persalinan. Walaupun belum ada penjelasan untuk hal ini tetapi beberapa ibu mengalami satu atau lebih gejala tersebut (Varney et al, 2007).

### 2.1.6 Proses persalinan fisiologis

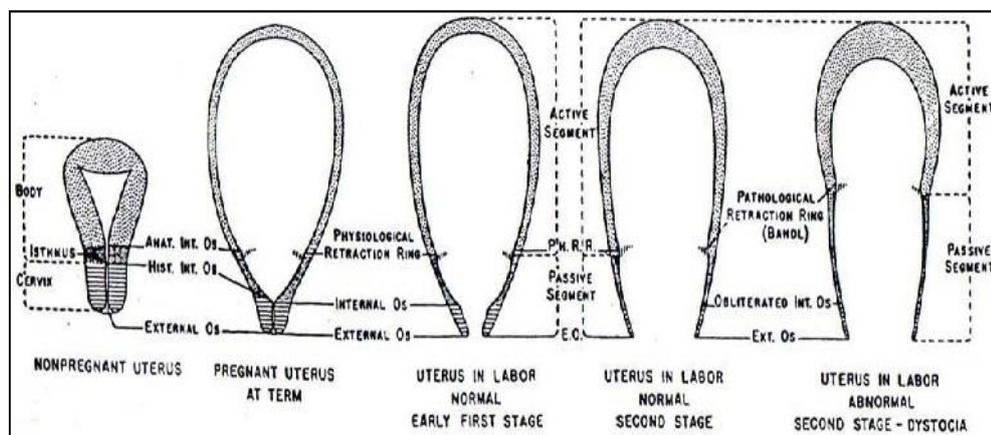
Proses persalinan normal yang berlangsung sangat konstan terdiri dari: Kemajuan teratur kontraksi uterus, penipisan dan dilatasi serviks yang progresif, dan kemajuan penurunan bagian presentasi.

#### 1. Kontraksi uterus

Pada sebagian besar masa kehamilan, uterus mengalami episode periodik kontraksi lemah dan lambat yang disebut *braxton-hicks*. Kontraksi ini secara progresif bertambah kuat menjelang akhir kehamilan. Kontraksi ini berubah secara tiba-tiba dalam beberapa jam menjadi kontraksi yang sangat kuat sehingga mulai merenggangkan serviks dan selanjutnya mendorong bayi melalui jalan lahir (Guyton & Hall, 2008). Kontraksi uterus cenderung berasal dari sel di dekat fundus dan menyebar sebagai gelombang karena aktivitas listrik bergerak melalui taut celah serat otot. Gelombang paling kuat berasal dari fundus, yang memiliki kepadatan otot tertinggi, dan memerlukan waktu sekitar 30 detik untuk menjalar ke bawah sepanjang uterus (Coad & Dunstall, 2007).

Kontraksi uterus bersifat involunter yang terjadi pada ibu secara tidak sadar, namun kontraksi itu dapat secara temporer hilang karena gangguan emosi. Frekuensi dan kekuatan kontraksi dapat ditingkatkan dengan enema, prostaglandin, preparat oksitosin, dan peregangan serviks atau dasar panggul. Kontraksi bersifat regular dan intermiten. Sifat intermiten ini penting karena memungkinkan pemulihan uterus pada ibu serta mengembalikan penyaluran oksigen ke janin (Coad & Dunstall, 2007).

Relaksasi diantara periode kontraksi penting untuk oksigenasi janin dan miometrium. Sebenarnya diantara kontraksi pada bagian atas uterus tidak benar-benar melemas, tetapi mengalami retraksi. Hal ini berarti serat otot tidak kembali kepanjangannya semula, tetapi secara progresif dan bertahap memendek dan menebal setiap kali berkontraksi. Hal ini berarti segmen bawah yang kurang aktif akan tertarik ke atas menuju bagian atas uterus yang bertambah pendek (Coad & Dunstall, 2007).



Gambar 2.2 Pembentukan segmen atas dan segmen bawah uterus (Cunningham et al, 2006)

## 2. Penipisan dan dilatasi serviks

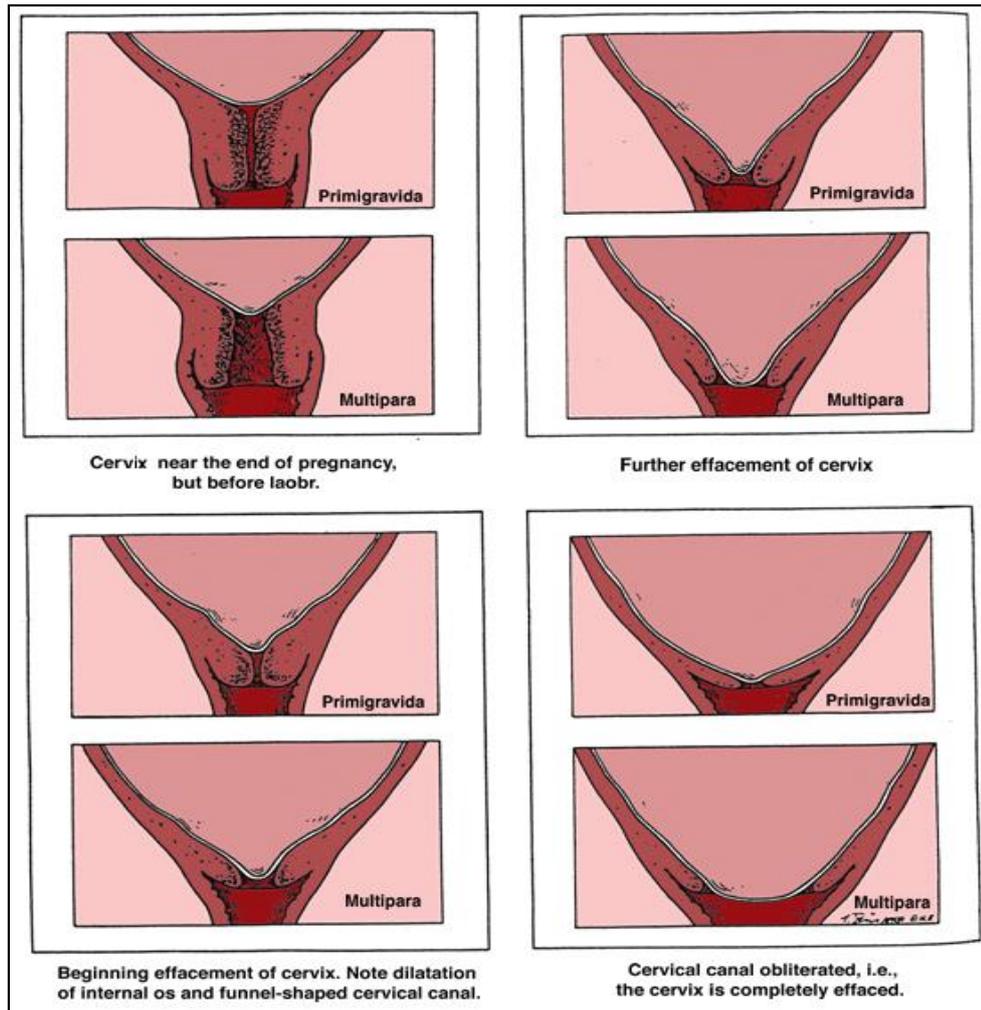
### 1) Penipisan serviks

Penipisan (*effacement*) serviks adalah pemendekan dan penipisan serviks selama tahap pertama persalinan (Bobak et al, 2005). Saat selaput ketuban sudah pecah, bagian terbawah janin dipaksa langsung mendesak serviks dan segmen bawah uterus. Akibat adanya dorongan ini terjadi 2 perubahan mendasar (pendataran dan dilatasi serviks) yang sudah melunak untuk lewatnya kepala janin saluran serviks harus dilebarkan sampai diameter sekitar 10 cm, pada saat itu serviks dikatakan telah membuka lengkap (Cunningham et al, 2006). Serviks dalam kondisi normal memiliki

panjang 2 sampai 3 cm dan tebal sekitar 1 cm, terangkat ke atas karena terjadi pemendekan gabungan otot uterus selama penipisan segmen bawah rahim pada tahap akhir persalinan (Bobak et al, 2005). Pemendekan dapat dibandingkan dengan suatu proses pembentukan terowongan yang mengubah seluruh panjang sebuah tabung yang sempit menjadi corong yang sangat tumpul dan mengembang dengan lubang keluar melingkar kecil (Cunningham et al, 2006). Penipisan dapat terjadi di akhir kehamilan atau dapat juga tidak terjadi hingga persalinan dimulai. Pada ibu nullipara, serviks biasanya tidak akan berdilatasi hingga penipisan sempurna, sedangkan pada ibu multipara, penipisan dan dilatasi dapat terjadi secara bersamaan dan janin dapat teraba di awal persalinan (Fraser & Cooper, 2009).

## 2) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks adalah proses melebarnya os. uterus dari celah yang tertutup rapat menjadi lubang yang cukup besar sehingga memungkinkan keluarnya kepala janin. Dilatasi dapat terjadi akibat kerja uterus dan tekanan dari kantong membran yang utuh atau dari bagian presentasi janin (Fraser & Cooper, 2009). Apabila dilatasi serviks telah lengkap (retraksi telah sempurna), serviks tidak lagi dapat diraba (Bobak et al, 2005). Selama terjadi kontraksi segmen bawah uterus dan serviks mengalami peregangan, dalam prosesnya serviks mengalami tarikan sentrifugal. Ketika kontraksi uterus menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatis kantong amnion akan melebarkan saluran serviks seperti sebuah baji (Cunningham et al, 2006).

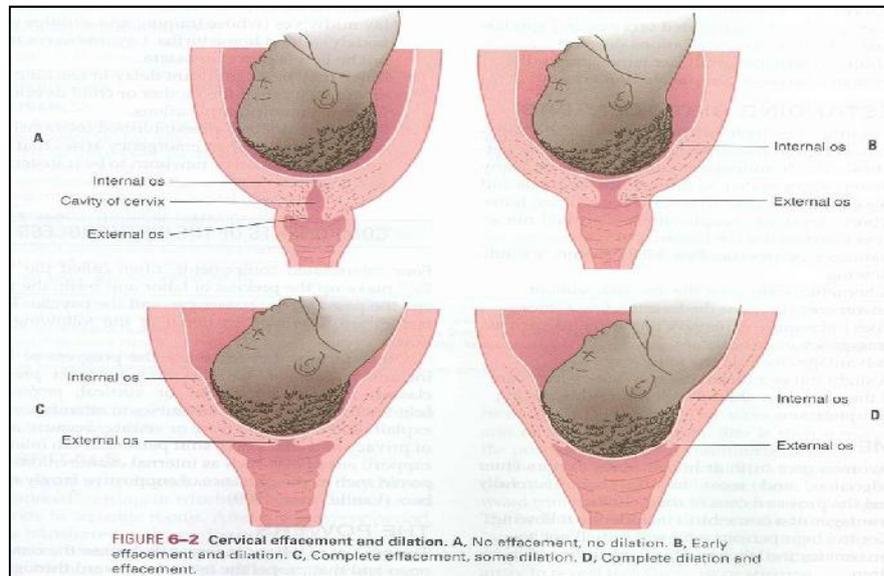


Gambar 2.3 Dilatasi dan pendataran serviks (Cunningham et al, 2006)

### 3. Penurunan bagian presentasi

Presentasi merupakan bagian dari bayi yang terletak di atas rahim dan yang akan keluar terlebih dahulu ketika proses persalinan. Presentasi yang paling umum terjadi pada 95% kasus adalah presentasi *vertex*, yaitu ubun-ubun (atau puncak) kepala bayi mengarah ke leher rahim. Presentasi lainnya adalah *frank breech* (bokong), sungsang kaki (satu atau kedua kaki), dan presentasi bahu, dan sangat jarang presentasi wajah dan kening. Pada primigravida baik penurunan perlahan maupun mendadak biasanya berlangsung beberapa minggu sebelum persalinan. Untuk multigravida tidak jarang persalinan dimulai dengan bayi masih dalam keadaan mengambang

atau tinggi di dalam panggul. Bagi primigravida maupun multigravida sebagian besar penurunan terjadi selama persalinan sesudah leher rahim membuka dan ibu mengejan (Simkin et al, 2008).



Gambar 2.4 Fase penurunan janin (Lowdermilk, 1999)

### 2.1.7 Tahap persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala satu serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala satu dinamakan juga kala pembukaan. Kala dua disebut juga dengan kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mengedan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala tiga atau disebut juga kala urine, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala empat mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut di observasi apakah terjadi perdarahan post partum. Menurut Winkjosastro et al (2006) partus atau persalinan dibagi menjadi empat kala, yaitu:

#### 1. Persalinan kala I (Pembukaan)

Secara klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan ibu tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Lendir yang

bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka (Winkjosastro et al, 2006).

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibuka dalam dua fase, yaitu:

- 1) Fase laten. Pembukaan dari 0 sampai 3 cm.
  - (1) Pada primigravida berlangsung 8-10 jam.
  - (2) Pada multigravida berlangsung 6-8 jam.
- 2) Fase aktif (pembukaan dari 3 sampai dengan 10 cm). Pada fase aktif, lamanya pembukaan bervariasi. Pada primigravida penambahan pembukaan berlangsung 1 cm/jam. Pada multigravida penambahan berlangsung kira-kira 2 cm/jam. Pada fase aktif terdapat tiga tahapan, yaitu:
  - (1) Periode akselerasi (pembukaan 3-4 cm) berlangsung selama 2 jam.
  - (2) Periode peningkatan maksimal (pembukaan 4-9 cm) berlangsung selama 2 jam.
  - (3) Periode deselerasi (pembukaan 9-10 cm) berlangsung kira-kira selama 2 jam (Manuaba et al, 2007).

Winkjosastro et al (2006) mengungkapkan mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit membuka. Ostium uteri

internum dan ostium uteri eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi pada saat yang sama.

## **2. Persalinan kala II**

Setelah dilatasi serviks lengkap dimulailah persalinan kala II yang ditandai dengan reaksi ibu mulai mengejan yang seiring dengan turunnya bagian terbawah dari janin (Cunningham et al, 2006). Pada kala pengeluaran janin ini kontraksi uterus menjadi terkoordinasi, lebih kuat, lebih cepat, dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yg secara reflektoris menimbulkan rasa mengejan. Tekanan pada rektum menyebabkan ibu merasa seperti mau buang air besar. Perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his berlangsung. Bila dasar panggul sudah lebih rileks, kepala janin tidak masuk lagi, dengan his dan kekuatan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dahi, muka dan dagu melewati perineum, setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota tubuh bayi (Wiknjosastro et al, 2006).

## **3. Persalinan kala III**

Kala III persalinan dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Sumarah et al, 2008). Biasanya plasenta lepas secara spontan yang disertai dengan

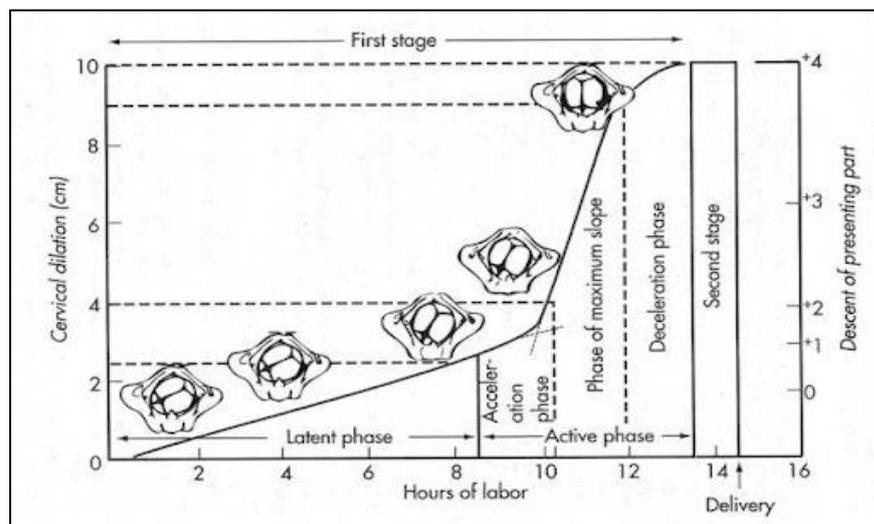
perdarahan dalam 6 sampai 15 menit setelah janin dilahirkan (Wiknjastro et al, 2006).

#### 4. Persalinan kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan pada kala IV adalah untuk memberikan asuhan yang memadahi selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

- 1) Tingkat kesadaran ibu.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital, yaitu: tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Sumarah et al, 2008).



Gambar 2.5 Kurva persalinan normal dan posisi kepala janin (Widjanarko, 2009)

### 2.1.8 Mekanisme persalinan

Dalam melewati jalan lahir, bagian presentasi janin mengalami beberapa perubahan posisi, yang disebabkan pergerakan kardinal, yang merupakan mekanisme persalinan. Pergerakan ini dirancang untuk menyesuaikan diameter bagian presentasi janin dengan kontur dan beragam diameter saluran panggul sehingga bagian presentasi janin hanya mendapat sedikit tahanan ketika melewati panggul (Reeder et al, 2011).

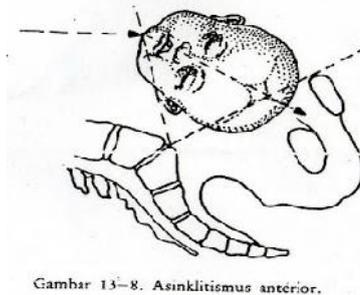
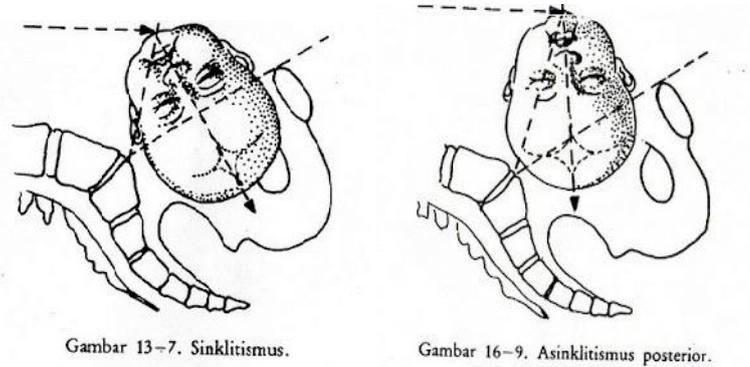
Mekanisme persalinan terdiri atas kombinasi gerakan, beberapa diantaranya dapat terjadi dalam waktu yang bersamaan. Adaptasi janin terhadap jalan lahir ini meliputi gerakan-gerakan seperti penurunan (descent), fleksi, rotasi internal, ekstensi, rotasi eksternal (restitusi), dan ekspulsi/pengeluaran (Reeder et al, 2011).

#### 1. *Engagement*

Saat kepala janin telah turun sehingga diameter biparietal terbesarnya berada di atau telah melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah mencakap (*engaged*). Ini memberi indikasi jelas bahwa pintu atas panggul cukup besar sehingga dapat mengakomodasi bagian terlebar kepala janin dan memiliki ukuran yang adekuat (Reeder et al, 2011).

Masuknya kepala melintas pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Dapat pula kepala masuk dalam asinklitismus, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul. Asinklitismus anterior menurut Naegele ialah apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul. Dapat pula Asinklitismus posterior

yang menurut Litzman adalah merupakan keadaan sebaliknya dari asinklitismus anterior (Wiknjosastro et al, 2006).

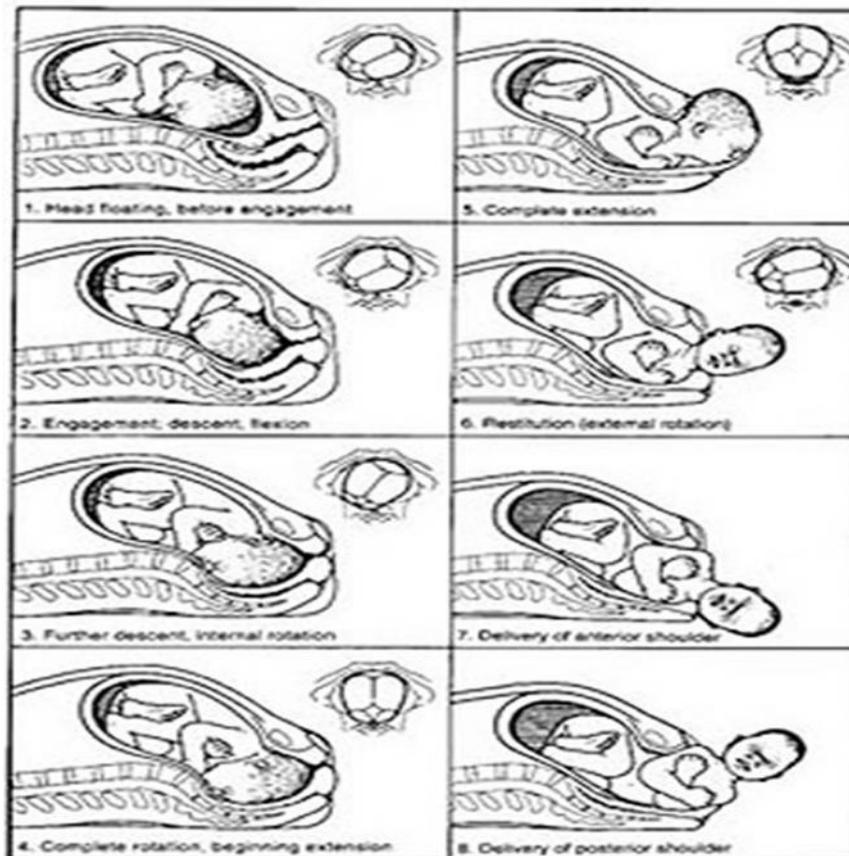


Gambar 2.6 Masuknya kepala ke pintu atas panggul (Manuaba, 1998)

## 2. Penurunan (*descent*)

Persyaratan pertama untuk kelahiran adalah penurunan (*descent*). Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul penurunan terjadi akibat tiga kekuatan, yaitu:

- 1) Tekanan dari cairan amnion
- 2) Tekanan langsung kontraksi fundus pada janin
- 3) Kontraksi diafragma dan otot-otot abdomen ibu pada tahap kedua persalinan (Bobak et al, 2005).



Gambar 2.7 Mekanisme turunnya janin (Cunningham et al, 2006)

### 3. Fleksi

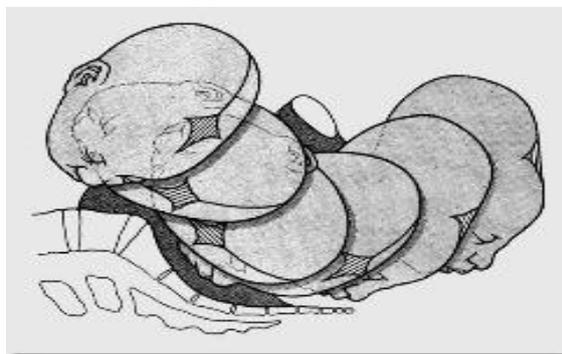
Terjadi pada awal proses penurunan, saat kepala menemui tahanan dari jaringan lunak panggul, dasar panggul, dan serviks (Reeder et al, 2011). Kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yakni diameter suboksipitobregmatika (9,5 cm) dan sirkumferensia suboksipitobregmatika (32 cm). Pada gerakan ini dagu dibawah lebih dekat ke arah dada janin dan diameter suboksipitobregmatika yang lebih pendek menggantikan diameter oksipitofrontal yang lebih panjang (Wiknjosastro et al, 2006).

#### 4. Rotasi internal (putaran paksi dalam)

Kepala memasuki panggul dengan posisi melintang atau diagonal. Ketika mencapai dasar panggul, oksiput berotasi dan berada dibawah simfisis pubis. Dengan kata lain, saat rotasi internal, sutura sagitalis berada di diameter anteroposterior pintu bawah panggul. Meskipun oksiput biasanya berotasi kedepan, kadang-kadang oksiput dapat menuju ke rongga sakrum. Jika rotasi anterior tidak terjadi oksiput biasanya berotasi secara langsung ke posisi oksipitoposterior, sebuah kondisi yang dikenal sebagai oksipitoposterior persisten atau menetap (Reeder et al, 2011).

#### 5. Ekstensi

Gerakan membawa oksiput langsung menempel pada inferior simpisis pubis, karena perlu keluar vulva mengarah ke atas dan ke depan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melewatinya. Dengan bertambahnya distensi perineum dan muara vagina, bagian oksiput yang terlihat semakin banyak dan terjadi secara perlahan (Bobak et al, 2005). Sesudah oksiput keluar dari panggul, tengkuk leher berada di bawah lengkung pubis dan ini merupakan sumbu putar untuk kepala. Ekstensi kepala terjadi, dengan bagian depan kepala, wajah, dan dagu dilahirkan (Reeder et al, 2011).



Gambar 2.8 Mekanisme persalinan posisi oksiput anterior kiri (Cunningham et al 2006)

## **6. Rotasi eksternal (putaran paksi luar)**

Setelah kepala lahir, kepala akan tetap berada dalam posisi anteroposterior dalam waktu singkat, kemudian kepala bergerak ke salah satu sisi sesuai dengan proses yang disebut restitusi. Apabila oksiput pada awalnya mengarah ke panggul kiri ibu maka kepala berotasi ke kiri. Apabila pada awalnya oksiput mengarah ke kanan panggul ibu, maka kepala berotasi ke kanan (Reeder et al, 2011).

## **7. Pengeluaran (ekspulsi)**

Hampir sesaat setelah rotasi eksternal, bahu anterior muncul di bawah simpisis pubis dan diam sesaat di bawah lengkung pubis untuk beraksi sebagai sumbu putar bagi bahu yang lain. Saat batas anterior perineum terdistensi, bahu posterior dilahirkan, dibantu dengan menarik tubuh bayi ke atas. Setelah bahu dilahirkan, badan akan segera keluar (Reeder et al, 2011).

### **2.1.9 Faktor-faktor risiko yang berpengaruh terhadap persalinan**

Adapun faktor-faktor yang berpengaruh terhadap persalinan antara lain:

#### **1. Umur ibu**

Pada umur kurang dari 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Selain itu, kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal, sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan (Read et al, 1994). Faktor risiko untuk persalinan sulit atau macet pada ibu yang belum pernah melahirkan pada kelompok umur ibu dibawah

20 tahun dan pada kelompok umur diatas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat (Fergusen et al, 2002).

Hasil penelitian Turcot, Marcoux dan Frase (1997) pada wanita nullipara di Canada menyimpulkan bahwa umur ibu < 35 tahun paling berisiko dilakukan tindakan operatif dalam proses persalinan. Menurut penelitian Supriyati, Doeljachman dan Susilowati tahun 2000 menyimpulkan bahwa umur ibu hamil merupakan faktor risiko distosia (penyulit persalinan) yang memerlukan tindakan. Ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun atau lebih 35 tahun berisiko 4 kali untuk terjadi distosia, dibandingkan ibu hamil yang berumur antara 20 hingga 35 tahun.

## **2. Pendidikan ibu**

Pendidikan yang ditempuh oleh seseorang merupakan salah satu faktor demografi yang sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan individu maupun masyarakat. Seseorang dengan pendidikan yang tinggi akan mudah menerima informasi-informasi kesehatan dari berbagai media dan biasanya selalu berusaha untuk mencari informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan yang belum diketahuinya. Berdasarkan hasil penelitian Mulidah (2003) pendidikan ibu yang rendah ( < SMP) mempunyai risiko 6 kali lebih tinggi untuk mengalami partus lama dibandingkan dengan ibu yang menempuh pendidikan tinggi (> SMP).

## **3. Perencanaan Kehamilan**

Dalam proses kehamilan akan terjadi perubahan baik fisiologis maupun psikologis ibu, oleh karena itu pasangan suami istri harus benar-benar merencanakan kapan pasangan suami istri tersebut siap untuk

memperoleh keturunan. Kehamilan yang terjadi tanpa direncanakan oleh sepasang suami istri akan mengejutkan dan mengganggu psikologi baik bagi suami maupun istri. Jika gangguan psikologi yang ditimbulkan akibat ketidaksiapan atas kehamilan yang dialami oleh ibu akan berakibat buruk terhadap janin dan nantinya ketika proses persalinan tengah berlangsung (Andrews, 2010)

#### **4. Pertambahan berat badan**

Dalam proses kehamilan akan terjadi pertambahan berat badan. Hasil penelitian Shepard, Summer, Braken tahun 1998 menyimpulkan bahwa risiko persalinan seksio sesarea meningkat dengan meningkatnya penambahan berat badan kehamilan. Kenaikan berat badan proporsional akan meminimalkan risiko persalinan dengan seksio sesarea. Kenaikan berat badan ibu hamil yang proporsional adalah antara 8-20 kg (Manuaba, 2007).

## **2.2 Partus Lama**

### **2.2.1 Pengertian**

Partus lama adalah perlambatan proses persalinan yang ditandai dengan dilatasi servik kurang dari 0.5 cm/jam. Proses persalinan yang lambat dapat meningkatkan risiko morbiditas untuk ibu maupun bayi (Chapman, 2006).

### **2.2.2 Penyebab partus lama**

Menurut Chapman (2006) ada beberapa penyebab terjadinya partus lama yaitu:

### **1. Respon stress**

Hormon stress, seperti adrenalin berinteraksi dengan reseptor-beta di dalam otot uterus dan menghambat kontraksi serta memperlambat proses persalinan (Chapman, 2006).

Respon stress dapat dipicu oleh faktor eksternal seperti lingkungan yang negatif atau tidak ada dukungan dari pemberi asuhan. Selain itu juga ada faktor internal yang terkadang sulit disembuhkan selama persalinan, seperti kecemasan, riwayat kelahiran traumatis sebelumnya, dan pelecehan seksual masa anak-anak (Chapman, 2006).

### **2. Presentasi/posisi janin**

Malpresentasi terjadi ketika bayi mengalami presentasi bokong, dahi, wajah, atau letak lintang. Malposisi biasanya dikaitkan dengan bayi dalam posisi vertex yang sulit (kepala defleksi atau tengadah). Kedua kasus tersebut dikaitkan dengan persalinan lama, kontraksi ireguler dan sering nyeri punggung, dengan bagian presentasi biasanya tinggi pada awitan persalinan. malpresentasi dan malposisi jarang dapat dicegah dan berkaitan dengan peningkatan intervensi dan morbiditas ibu maupun janin (Chapman, 2006).

### **3. Disproporsi sefalopelvik**

Disproporsi sefalopelvik sulit untuk dideteksi. Diagnosa kadang hanya bisa dibuat dengan menunggu waktu dan jelas tidak turunnya bagian presentasi. Beberapa predisposisi faktor risiko meliputi ibu bertubuh kecil dengan kecurigaan bayi besar, diabetes maternal, atau bayi makrosomik (Chapman, 2006).

#### **4. Pembatasan mobilitas**

Imobilisasi/posisi terlentang memiliki beberapa efek samping yaitu:

- 1) Penurunan kadar sirkulasi oksitosin alamiah.
- 2) Berefek buruk terhadap kontraksi dan juga kemajuan persalinan mengakibatkan rata-rata persalinan lama.
- 3) Peningkatan penggunaan oksitosin untuk augmentasi.
- 4) Posisi telentang dapat berakibat kala dua persalinan memanjang.
- 5) Ibu merasakan kontraksi lebih menyakitkan pada kala kedua bila berbaring telentang.

#### **5. Puasa ketat**

Puasa dalam persalinan direkomendasikan karena kekhawatiran mengenai bahaya aspirasi lambung, tetapi itu salah. Aspirasi lambung adalah masalah yang berhubungan dengan teknik anestesi buruk saat diberikan anestesi umum dan bukan karena adanya makanan dalam lambung. Puasa ketat pada persalinan dapat mengakibatkan persalinan yang lama, diagnosis distosia, dan sederetan intervensi yang berakumulasi pada kelahiran sesar (Chapman, 2006).

#### **6. Analgesia**

Analgesia epidural dapat menurunkan kadar oksitosin alamiah dan merelaksasikan otot dasar pelvis yang normalnya keras. Dengan penggunaan analgesia yang bertujuan untuk menghilangkan nyeri dapat berefek buruk terhadap kontraksi sehingga meningkatkan penggunaan oksitosin intravena. Penggunaan epidural juga meningkatkan insiden

malrotasi, kelambatan dalam persalinan, dan intervensi yang bersangkutan (Chapman, 2006).

## **7. Penyebab fisik**

Penyebab fisik pada persalinan lama lebih jarang terjadi yang meliputi anomali pelvis dan masalah serviks. Anomali pelvis terjadi pada ibu yang pernah mengalami fraktur pelvis atau mengalami masalah beban berat badan. Masalah serviks dapat muncul setelah pembedahan serviks, termasuk pemeriksaan biopsi kerucut sebelumnya (Chapman, 2006).

### **2.2.3 Asuhan persalinan pada partus lama**

#### **1. Fase laten memanjang**

Berlangsungnya fase laten sangat bervariasi dari satu ibu ke ibu lainnya dan terkadang berlangsung sampai beberapa hari. Fase laten tidak merespon positif terhadap intervensi medis seperti pemecahan ketuban artifisial atau oksitosin. Bila tidak disertai komplikasi fase ini tidak diperlukan intervensi medis selain penjelasan efektif, penenangan, dan dukungan (Chapman, 2006)

#### **2. Fase aktif memanjang**

Pada fase aktif seharusnya terjadi peningkatan kontraksi dalam frekuensi, durasi dan nyeri. Jika persalinan pada fase ini belum juga mengalami kemajuan di perlukan beberapa tindakan pemeriksaan diantaranya (Chapman, 2006):

- 1) Pastikan bahwa dilatasi serviks  $> 3-4$  cm, ini adalah pemeriksaan mendasar tapi penting.

- 2) Atasi penyebab fisik seperti, kosongkan kandung kemih, lapar atau haus, dan mobilisasi/postur tegak.
- 3) Pertimbangkan kebutuhan psikologis ibu seperti, mendengarkan pernyataan mengenai kecemasan dan ketakutan yang dirasakannya, sebagai petugas kesehatan kita memberikan informasi, penjelasan dan jaminan atas tindakan persalinan yang dilakukan.
- 4) Kurangi stressor lingkungan seperti, gunakan lampu redup, musik, pertahankan privasi, dan kurangi gangguan/pergantian jaga seminimal mungkin.
- 5) Berikan dukungan dengan menjamin kehadiran petugas kesehatan yang berkelanjutan dan, bila perlu berikan penyemangat verbal, pujian, mempertahankan kontak mata, bantuan kenyamanan seperti sentuhan, pijatan, dan fasilitasi/anjurkan dukungan pasangan.

### **3. Kala dua memanjang**

Batasan yang diberikan pada durasi kala kedua sangat bervariasi. Biasanya ditentukan oleh protokol yang ada di ruang bersalin masing-masing rumah sakit, bukannya bukti yang ada atau pilihan ibu. Penggunaan posisi maternal, mengejan non-aktif, dan menghindari batas kaku, bermanfaat memperbaiki angka kelahiran pervagina spontan tanpa membahayakan ibu maupun bayi (Chapman, 2006).

## **2.3 Skor Risiko Kehamilan Poedji Rochyati**

### **2.3.1 Pengertian**

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan pada ibu dan bayi (Rochyati, 2003).

### **2.3.2 Pengelompokan faktor risiko berdasar jumlah skor**

Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil, berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

#### **1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2**

Kehamilan tanpa masalah atau faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.

#### **2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10**

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.

#### **3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor 12**

Kehamilan dengan faktor risiko:

- 1) Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan atau bayinya, butuh di rujuk tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya untuk penyelamatan nyawa ibu dan bayinya.

- 2) Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, tingkat risiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis.

### 2.3.3 Pengelompokan faktor risiko berdasar derajat kegawatan

#### 1. Kelompok I: ada potensi gawat obstetrik (APGO):

- 1) 10 faktor risiko (7 terlalu, 3 pernah)
- 2) Kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan.
- 3) Tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit dalam persalinan.

Tabel 2.1 Faktor risiko kehamilan kelompok I

NO	Faktor Risiko	Batasan-Kondisi Ibu
1.	Primi muda	Terlalu muda, hamil pertama kurang dari 16 tahun
2.	Primi tua	Terlalu tua, hamil pertama umur 35 tahun Terlambat hamil, setelah menikah 4 tahun
3.	Primi tua sekunder	Terlalu lama punya anak lagi 10 tahun
4.	Anak terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2 tahun
5.	Grande multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6.	Umur > 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 atau lebih
7.	Tinggi badan 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan: Hamil pertama, hamil kedua atau lebih tetapi belum pernah melahirkan normal/ spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8.	Pernah gagal kehamilan	Pernah gagal pada kehamilan yang lalu: Hamil kedua yang pertama gagal, hamil ketiga/ lebih mengalami kegagalan (abortus, lahir mati, 2 kali hamil terakhir bayi lahir mati)
9.	Pernah melahirkan dengan	Pernah melahirkan dengan vakum, pernah uru dikeluarkan penolong dari dalam rahim, pernah diinfus/ tranfusi pada perdarahan pasca persalinan
10.	Pernah operasi sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

## 2. Kelompok II : ada gawat ogstetrik (AGO):

- 1) 8 faktor risiko
- 2) Tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tapi tidak darurat

Tabel 2.2 Faktor risiko kehamilan kelompok II

NO	Faktor Risiko	Kondisi Ibu
1.	Penyakit ibu hamil: Anemia Malaria TB paru Payah jantung Kencing manis PMS	Pucat, lemas, lesu, lekas lelah, mata berkeruh Panas tinggi, menggigil, berkeringat, sakit kepala Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus Sesak napas, jantung berdebar, kaki bengkak Diketahui dari diagnose dokter dan hasil lab Diketahui dari diagnose dokter dan hasil lab
2.	Preeklamsi ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3.	Hamil kembar/ gembili/ hamil kembar air	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa di banyak tempat, atau gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
4.	Hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
5.	Janin mati di dalam rahim ibu	Ibu hamil tidak merasa gerakan anak lagi dan perut mengecil
6.	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin diatas perut: kepala bayi ada diatas dalam rahim ibu
7.	Letak lintang	Disamping perut: kepala bayi didalam rahim terletak dikanan atau sebelah kiri

## 3. Kelompok III: ada gawat darurat obstetrik (AGDO):

- 1) Ada 2 faktor risiko
- 2) Ada ancaman nyawa ibu dan bayi

Tabel 2.3 Faktor risiko kehamilan kelompok III

NO	Faktor Risiko	Kondisi Ibu
1.	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengeluarkan darah pada waktu hamil, sebelum kelahiran bayi
2.	Preeklamsi berat  Eklamsi	Pada hamil 6 bulan lebih: sakit kepala/ pusing, bengkak tungkai/ wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urin ada albumin Ada kejang-kejang

### **2.3.4 Cara pemberian skor**

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan risiko diberi nilai 2, 4, atau 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsi berat/eklamsi diberi skor 8:

1. Skor awal X, yaitu skor dari umur dan paritas yang merupakan karakteristik pada setiap ibu hamil.
2. Skor awal  $X + Y$  adalah skor dari faktor risiko yang mungkin sudah ditemukan pada kontak pertama
3. Jumlah skor bias tetap atau bertambah, disesuaikan dengan faktor risiko yang kemudian hari timbul
4. Jumlah skor tidak akan berkurang walaupun gejalanya tidak ada lagi. Misalnya: edema tungkai pada preeklamsi ringan, karena risiko tetap ada dan gejala dari faktor risiko tersebut sewaktu-waktu dapat timbul kembali
5. Dengan pengertian bahaya dari preeklamsi dan eklamsi tetap masih ada sampai persalinan dan nifas selesai yaitu 42 hari pasca persalinan

## **2.4 Partograf**

### **2.4.1 Pengertian**

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan (Erawati, 2011). Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam mengambil keputusan dalam penatalaksanaan proses persalinan. Partograf dimulai pada pembukaan 4 cm (fase aktif). Partograf

sebaiknya dibuat untuk setiap ibu yang bersalin, tanpa menghiraukan apakah persalinan tersebut normal atau dengan komplikasi (Wiknjosastro et al, 2002).

Partograf merupakan rekaman gabungan dari kondisi umum ibu, kesejahteraan janin, dan juga rekaman kemajuan persalinan dan penurunan janin dalam bentuk grafik yang dikenal dengan servikograf (Henderson & Jones, 2006).

#### **2.4.2 Partograf WHO**

Hedricks et al pada tahun 1969 dalam penelitiannya melihat bahwa terdapat perbedaan kurva Friedman, diantara primigravida dan multigravida pada fase aktif maupun fase latennya. Oleh karena itu, WHO mencetuskan gagasan modifikasi kurva Friedman menjadi partograf WHO (Manuaba, 1998).

Partograf WHO menetapkan dasar sebagai berikut:

1. Fase aktif mulai pembukaan 3 cm.
2. Fase laten lamanya 8 jam.
3. Pada fase aktif pembukaan untuk primigravida dan multigravida sama tidak boleh kurang dari 1 cm/jam.
4. Pemeriksaan dalam hanya dilakukan dengan interval waktu 4 jam.
5. Keterlambatan persalinan selama 4 jam, memerlukan intervensi medis, dengan mempertimbangkan indikasi, dan keadaan umum ibu maupun janinnya.

#### **2.4.3 Komponen dalam partograf WHO**

Dalam setiap partograf WHO harus tercantum tiga komponen pokok, yaitu:

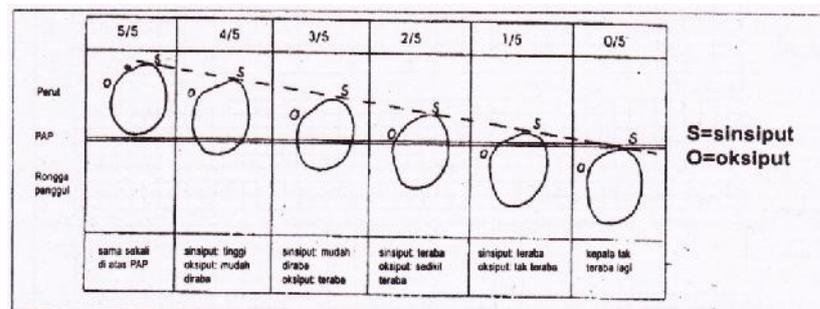
## 1. Rekaman kemajuan persalinan.

### 1) Pembukaan serviks.

Dasar ketetapan *WHO*, fase aktif mulai pembukaan 3 cm dan perhitungan setiap jam pembukaan minimal 1 cm, maka pembukaan lengkap tercapai dalam waktu 7 jam. Perhitungan fase laten selama 8 jam dan ditetapkan pembukaan sebesar 3 cm. Maka dari kedua titik tersebut akan dapat dibuat garis yang mencerminkan kurva partograf *WHO* yang normal. Garis ini dikenal sebagai garis waspada. Garis sejajar dengan garis waspada yang dibuat dengan memperhitungkan kelambatan persalinan selama 4 jam disebut garis tindakan. Dari jalannya pembukaan serviks persalinan masih dapat dianggap wajar bila terjadi waspada dan garis tindakan, yaitu kelambatan persalinan selama 4 jam (Manuaba, 1998).

### 2) Penurunan kepala.

Sebelum inpartu kepala dianggap berada satu telapak tangan (lima jari) di atas simpisis. Pada primigravida dimana kepala janin telah masuk PAP minggu 36, berarti kemungkinan tidak berhadapan dengan kesempitan panggul. Dengan memperhitungkan kepala lima jari diatas simpisis, dan selanjutnya his akan menyebabkan penurunan kepala dengan perhitungan sebagai berikut:



Gambar 37.4. Penurunan kepala janin

Gambar 2.9 Penurunan kepala janin (Hagono, 2011)

Penurunan ini diukur dengan jari di atas simpisis (perlimaan) (Manuaba, 1998).

3) Kekuatan his dan mulai mengejan.

Kekuatan his diperhitungkan dalam 10 menit (Manuaba, 1998).

- 2 sampai 3 kali, durasi kurang dari 20 detik.
- 4 kali, durasi 20 sampai 40 detik.
- 5 kali durasi lebih dari 40 detik.

## 2. Keadaan janin

1) Denyut jantung janin, di catat setiap satu jam sekali.

(1) Denyut jantung janin normal 120 sampai 160 per menit.

(2)  $>160$ /menit =takikardi, permulaan asfiksia.

(3)  $<120$ /menit =bradikardi, asfiksia lebih lanjut, apalagi disertai keadaan iriguleritas.

(4)  $<100$ /menit asfiksia intrauterin berat apa lagi disertai ireguleritas.

2) Air ketuban.

Air ketuban dapat memberikan petunjuk tentang keadaan janin dalam rahim berkaitan dengan asfiksia intrauterine. Air ketuban yang perlu mendapat perhatian adalah:

(1) Jumlahnya

(2) Warna: selaput utuh (U), air ketuban jernih (J), bercampur mekoneum (M), bernoda darah (D), dan tidak ada cairan ketuban/kering (K) (Saifuddin et al, 2002).

3) Moulage kepala janin.

Moulage tulang kepala memberikan petunjuk tentang panggul, yang ditetapkan dengan kriteria sebagai berikut (Saifuddin et al, 2002):

0= sutura masih teraba

1= tulang kepala menempel

2= tulang kepala saling menindih

3= tulang kepala tumpang tindih berat

### 3. Rekaman tentang ibu

1) Keadaan umum.

(1) Tekanan darah

(2) Nadi dan suhu aksila dan rektal

2) Keseimbangan cairan.

(1) Bila mendapat infus atau persalinan dengan induksi.

3) Tentang urin.

(1) Jumlahnya diperhitungkan dengan cairan yang masuk.

(2) Proteinuria.

(3) Keton bodi.

#### 2.4.4 Alasan penetapan partograf *WHO* dalam persalinan

Penerapan partograf *WHO* ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan diharapkan partus terlantar atau partus kasep semakin berkurang untuk dapat menurunkan angka kematian maternal dan perinatal (Manuaba, 1998).

Partus kasep membawa akibat yang sangat buruk bagi kesejahteraan ibu maupun bayinya. Partus kasep memberikan angka kematian maternal dan perinatal yang tinggi dan meningkatkan angka kesakitan ibu dan cacat bayi. Dengan penerapan partograf *WHO* diharapkan kejadian partus kasep dapat dihindari sebanyak mungkin untuk menurunkan angka kematian, kesakitan maternal dan perinatal, menuju konsep *well born baby* dan *well health mother* (Manuaba, 1998).

#### **2.4.5 Kontraindikasi pelaksanaan partograf *WHO***

Untuk dapat menjamin keberhasilan partograf *WHO* dengan baik maka partograf tidak dipergunakan pada kasus:

1. Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm.
2. Perdarahan antepartum.
3. Pre-eklamsi berat dan eklamsia.
4. Persalinan prematur.
5. Persalinan bekas seksio sesarea atau bekas operasi rahim (uterus).
6. Persalinan dengan hamil ganda.
7. Kelainan letak.
8. Pada keadaan gawat janin.
9. Dugaan kesempitan panggul.
10. Persalinan dengan induksi.
11. Hamil dengan anemia berat.
12. Pada hidramnion
13. Ketuban pecah dini

Kasus-kasus diatas digolongkan sebagai hamil dengan risiko tinggi sehingga perlu dilakukan rujukan, untuk mendapatkan pertolongan yang memadai (Manuaba, 2008).

#### **2.4.6 Keuntungan dan kerugian pelaksanaan partograf WHO**

##### **1. Keuntungan partograf.**

- 1) Tersedia cukup waktu melakukan rujukan (sekitar 4 jam) setelah perjalanan persalinan melewati garis waspada.
- 2) Di pusat pelayanan kesehatan cukup waktu untuk mengambil tindakan sehingga tercapai *well born baby* dan *well health mother*.
- 3) Terbatasnya melakukan pemeriksaan dalam, dapat mengurangi infeksi intrauterine (Manuaba, 1998).

##### **2. Kerugian partograf.**

Kemungkinan terlalu cepat melakukan rujukan, yang sebenarnya dapat diselesaikan di Puskesmas atau setempat (Manuaba, 1998).

Partograf diharapkan dapat menyelesaikan pertolongan persalinan pada garis waspada dengan jalan:

- 1) Rujukan semakin baik sehingga tidak merugikan penderita.
- 2) Pertolongan medis dapat dilakukan dengan lebih sempurna sehingga angka kesakitan dan kematian dapat diturunkan.
- 3) Mendapat tindakan medis sesuai dengan keadaan dan ditangani dengan tepat.
- 4) Secara nasional partograf diharapkan dapat membantu menurunkan angka kematian maternal aan perinatal sebagai cermin kemampuan memberikan pelayanan dan pengayoman medis yang menyeluruh dan lebih bermutu.

## **2.5 Konsep Kompres Hangat**

### **2.5.1 Pengertian**

Kompres adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memerlukan (Asmadi, 2008).

Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat bagian tubuh yang memerlukan (Kusyati, 2006).

### **2.5.2 Efek Panas**

Menurut Gabriel (1998) panas memiliki 3 efek, yaitu:

#### **1. Fisik**

Panas menyebabkan pemuaian ke segala arah pada zat padat, cair dan gas.

#### **2. Kimia**

Kecepatan reaksi kimia (reaksi oksidasi) akan meningkat dengan peningkatan temperatur. Permeabilitas membran sel meningkat sesuai dengan peningkatan suhu. Pada jaringan akan terjadi peningkatan metabolisme seiring dengan peningkatan pertukaran antara zat kimia tubuh dengan cairan tubuh.

#### **3. Biologis**

Efek panas biologis merupakan perpaduan dari efek panas secara fisik dan kimia. Adanya peningkatan sel darah putih secara total dan fenomena reaksi peradangan serta adanya dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan tekanan kapiler. Tekanan oksigen dan karbondioksida dalam darah akan meningkat, sedangkan pH darah akan menurun.

### **2.5.3 Pengaruh kompres hangat**

Pemberian kompres hangat akan menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan sirkulasi pada area hipoksia (Kozier et al, 2009).

Ada beberapa pengaruh kompres hangat, antara lain:

#### **1. Efek fisiologis**

- 1) Meningkatkan permeabilitas kapiler.
- 2) Meningkatkan metabolisme seluler.
- 3) Meningkatkan aliran darah ke suatu area.
- 4) Meredakan nyeri dengan merelaksasikan otot (Kozier et al, 2009).
- 5) Pelebaran pembuluh darah dan memperbaiki peredaran darah di daerah tersebut (Guyton & Hall, 2008).
- 6) Adanya peningkatan sel darah putih secara total dan fenomena reaksi peradangan serta adanya dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan tekanan kapiler. Tekanan oksigen dan karbon dioksida dalam darah akan meningkat, sedangkan pH darah akan menurun (Gabriel, 1998).

#### **2. Efek sistemik**

Kompres panas diberikan pada area tubuh lokal, terutama pada area tubuh yang luas, dapat meningkatkan curah jantung dan ventilasi paru. Peningkatan tersebut adalah hasil vasodilatasi perifer, yang mengalihkan sejumlah suplai darah dari organ dalam dan menghasilkan penurunan tekanan darah (Kozier et al, 2009).

#### 2.5.4 Perbandingan kompres hangat dan dingin

Perbedaan temperatur akan memberikan efek yang berbeda. Air hangat merangsang keluarnya keringat dan relaksasi otot, sedangkan air dingin biasa digunakan untuk menstimulasi aliran darah pada kulit dan otot.

Kompres hangat dan kompres dingin mempengaruhi tubuh dengan cara yang berbeda-beda, yakni (Barbara, 2003):

##### 1. Kompres hangat/panas:

- 1) Memperlebar pembuluh darah (vasodilatasi).
- 2) Memberi tambahan nutrisi dan oksigen bagi sel.
- 3) Membantu membuang hasil metabolisme tubuh.
- 4) Meningkatkan suplai darah ke seluruh tubuh.
- 5) Mempercepat penyembuhan dan dapat menyejukkan.

##### 2. Kompres dingin:

- 1) Menyebabkan pengecilan pembuluh darah (vasokonstriksi).
- 2) Mengurangi aliran darah ke area tersebut sehingga dapat mengurangi edema.
- 3) Mengurangi sensasi nyeri.
- 4) Memperlambat proses inflamasi.

Derajat suhu air yang di gunakan untuk kompres menurut Koziar et al (2009) adalah:

Sangat dingin : dibawah 15°C

Dingin : 15-18°C

Sejuk : 19-27°C

Hangat kuku : 28-37°C

Hangat : 38-40°C

Panas : 41-46°C

Sangat panas : diatas 46°C

### **2.5.5 Metode pemberian kompres**

Prosedur kompres hangat dengan botol/kantong air panas/bantalan kompres (Kozier et al, 2009) adalah sebagai berikut:

#### **1. Perlengkapan:**

- 1) Bantalan kompres.
- 2) Handuk.
- 3) Alat pemanas air.
- 4) Termometer alkohol.

#### **2. Pelaksanaan**

- 1) Menjelaskan prosedur kompres hangat kepada klien yang akan mendapatkan terapi.
- 2) Panaskan air hingga bersuhu > 40°C
- 3) Rendam bantalan panas dalam air hingga suhunya 40°C
- 4) Menjaga privasi klien
- 5) Mencuci tangan
- 6) Berikan kompres pada bagian tubuh dengan hati-hati selama 20 menit (Aitman dalam wahyuni, 2007).
- 7) Ganti bantalan kompres setiap 5 menit sekali untuk mempertahankan suhu

### **2.5.6 Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pemberian kompres hangat**

Hal-hal yang perlu di perhatikan ketika memberikan kompres hangat pada klien adalah:

1. Tidak boleh meletakkan kompres hangat langsung menyentuh bagian tubuh, oleh karena itu perlu dilapisi sarung pembungkus/handuk.
2. Melakukan pemeriksaan pada kulit untuk mengetahui tanda-tanda luka bakar seperti terjadinya kemerahan, melepuh, dan nyeri (Kozier et al, 2009).

## **2.6 Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Percepatan Persalinan**

Kompres hangat dapat menyebabkan vasodilatasi yang akan meningkatkan aliran darah setempat dan juga memberikan efek relaksasi di tempat tersebut (Delachaux, 2004). Periode relaksasi otot uterus diantara kontraksi saat proses persalinan terjadi memiliki fungsi penting diantaranya untuk mengistirahatkan otot uterus, mengistirahatkan ibu dan mempertahankan kesejahteraan bayi, karena kontraksi uterus menyebabkan konstiksi pembuluh darah plasenta sehingga aliran darah kurang lancar (Varney et al, 2007). Dengan terpenuhinya aliran darah pada otot-otot uterus berakibat otot-otot tersebut akan mempunyai lebih banyak oksigen dan energi sehingga tidak cepat lelah dan kontraksi otot akan lebih baik (Guyton & Hall, 2008). Dengan meningkatnya kontraksi otot uterus dapat memperlancar jalannya persalinan.

Kompres hangat juga dapat memberikan efek relaksasi psikologis, meredakan nyeri dan memberikan perasaan nyaman terhadap pasien (Kozier, 2009). Dengan pemberian kenyamanan pada ibu yang sedang bersalin dapat mengurangi respon melawan dan menghindar (*fight or flight*) sehingga menghindarkan dari stress psikologis yang dapat meningkatkan pelepasan katekolamin maternal yang mengakibatkan menurunnya aliran darah uterus,

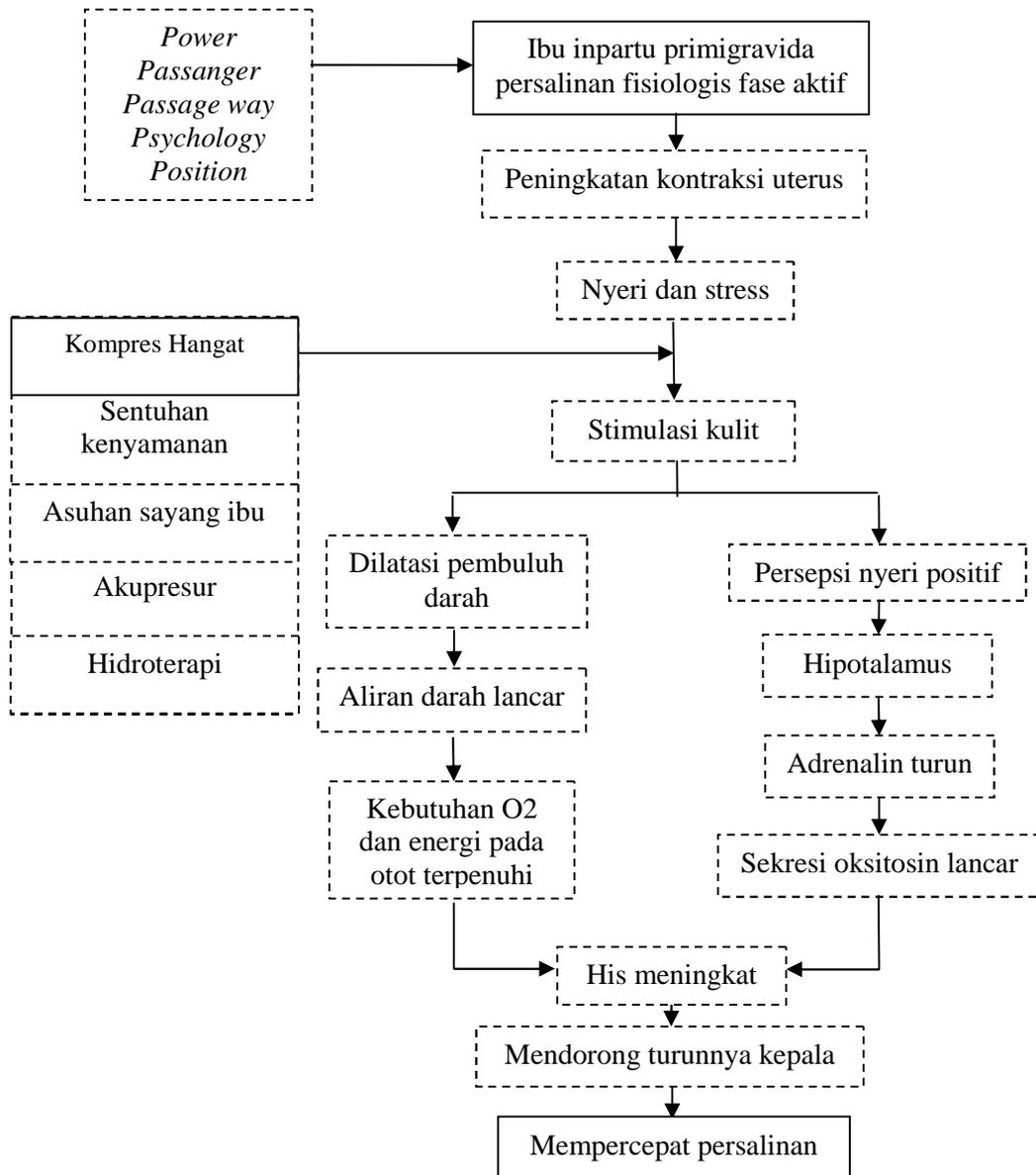
berkurangnya aktivitas uterus, menurunnya suplai oksigen pada janin dan menyebabkan lamanya persalinan kala 1 fase aktif (Simkin & Ancheta, 2005).

Pemberian kompres hangat dapat meningkatkan ketenangan dan kenyamanan sehingga merangsang peningkatan sekresi oksitosin. Hal ini menimbulkan kontraksi pada otot polos uterus dan mendorong pematangan serviks sehingga siap menipis dan berdilatasi. Integrasi yang tepat dari seluruh proses ini merupakan kunci persalinan yang efektif (Hendersn & Jones, 2006). Seperti yang diungkapkan Simkin & Archeta (2005) bahwa kemajuan persalinan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor fisik tetapi juga rasa nyaman, aman, dihormati dan dirawat secara bertanggung jawab serta penanggulangan nyeri secara adekuat.

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Keterangan :

□ : Diukur

□ (dashed) : Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konsep pengaruh kompres hangat pada fundus terhadap percepatan persalinan ibu inpartu primigravida kala I fase aktif di BPS Ngantru Tulungagung

Ada lima faktor esensial yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran. Faktor-faktor ini antara lain *passenger* (penumpang, yaitu janin dan plasenta), *passageway* (jalan lahir), *powers* (kekuatan), posisi ibu, *psychologic respon* (Bobak, 2004).

Pada saat persalinan berlangsung akan terjadi peningkatan kontraktilitas uterus yang dapat menyebabkan nyeri dan stress akibat persepsi negatif terhadap proses persalinan dan kurangnya pengetahuan mengenai teknik penurunan kecemasan pada ibu inpartu (Simkin & Ancheta, 2005). Keadaan stress dapat merangsang sekresi epinefrin dan norepinefrin (katekolamin) (Williams & Wilkins, 2000). Peningkatan kadar katekolamin yang berlebih pada kala I dapat menurunkan aliran darah ke rahim, menurunkan kontraksi rahim, memperpanjang kala I dan menurunkan suplai oksigen untuk janin (Simkin & Ancheta, 2005). Selain itu pada saat nyeri dan cemas seseorang akan cenderung mengalami ketegangan pada otot akibat kontraksi terus-menerus yang dapat menghambat aliran darah ke otot sehingga menyebabkan kelemahan otot (Guyton & Hall, 2008). Hal tersebut dapat memperlambat proses persalinan.

Terapi non farmakologis seperti pemberian kompres hangat fundus dapat memberikan rasa nyaman dan tenang pada ibu (Kusyati, 2006). Kenyamanan sangat diperlukan ibu karena dapat mengurangi respon melawan dan menghindar (*fight or flight*) terhadap stress psikologis sehingga dapat mendorong persalinan fisiologis. Kenyamanan dan ketenangan yang dirasakan oleh ibu akan membentuk persepsi positif terhadap nyeri, sehingga merangsang hipotalamus di otak melalui jalur HPA-Axis mempengaruhi sistem saraf simpatik untuk tidak meningkatkan sekresi hormon adrenalin lewat medula adrenal (Rubenstein et al, 2007).

Penurunan kadar adrenalin akan memperlancar sekresi oksitosin yang akan mempengaruhi kontraksi uterus (Danuatmaja & Meiliasari, 2004). Perilaku menenangkan diri seperti pemberian kompres hangat dapat membantu menurunkan produksi katekolamin dan related stress hormon sehingga pembuluh darah menjadi lebih lebar dan aliran darah rahim menjadi lancar sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi otot uterus terpenuhi. Hal tersebut akan meningkatkan kontraksi uterus (Simkin & Ancheta, 2005). Kontraksi uterus menghasilkan tekanan pada dinding uterus. Tekanan ini ditransmisikan ke serviks, sehingga mengakibatkan serviks meregang, dan bentuk serviks berubah, awalnya serviks menipis dan selanjutnya menyebabkan dilatasi. Regangan serviks ini menyebabkan dorongan kepala bayi ke arah bawah dan mempermudah pengeluaran janin, sehingga proses persalinan dapat berjalan lebih cepat.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

H1: Ada pengaruh kompres hangat pada fundus terhadap percepatan persalinan pada ibu inpartu primigravida kala I fase aktif di BPS Ngantru Tulungagung.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana atau rancangan yang dibuat oleh peneliti sebagai arahan kegiatan yang akan dilaksanakan (Arikunto, 2002). Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *quasy experimental* dengan *post test only non randomized control group design* yaitu membandingkan lama kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida yang mendapat kompres hangat dan yang tidak mendapat terapi kompres hangat.

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian Pengaruh Kompres Hangat Pada Fundus Terhadap Percepatan Persalinan kala I fase aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida di BPS Ngantru Tulungagung.

Subjek	Perlakuan	Pasca-tes
Kelompok perlakuan	X	O2
Kelompok kontrol	-	O2

Keterangan :

X : Mendapat kompres hangat

- : Tidak mendapat kompres hangat

O2 : Observasi

#### 4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

##### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah setiap subjek yang telah memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu inpartu

primigravida kala I fase aktif yang di rawat di BPS Ny. L dan Ny. S Ngantru Tulungagung, yang sesuai kriteria inklusi pada tanggal 15 Mei-12 Juni 2012.

#### **4.2.2 Sampel**

Sampel merupakan bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek dalam penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008).

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias hasil penelitian khususnya jika terhadap variabel-variabel (kontrol) yang ternyata mempunyai pengaruh terhadap variabel yang diteliti. Kriteria sampel dapat dibedakan menjadi 2 bagian, yaitu inklusi dan eksklusi (Nursalam, 2008). Setelah dilakukan penyeleksian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan 14 responden sebagai sampel yang terdiri dari 7 responden sebagai kelompok perlakuan dan 7 responden sebagai kelompok kontrol.

#### **1. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti. Pada penelitian ini kriteria inklusinya adalah:

- 1) Ibu primigravida pembukaan 4-9 cm.
- 2) Kehamilan fisiologis dengan skor Poedji Rochyati 6
- 3) Tidak mendapat pengobatan untuk mempercepat persalinan: oksitosin, prostalglandin atau mesoprostol.

#### **2. Kriteria Eksklusi**

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2008).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Klien inpartu dengan penyulit (dehidrasi, infeksi dan gawat janin).
- 2) Preterm atau posdate.

#### **4.2.3 Sampling**

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini digunakan teknik non random sampling dengan metode *consecutive sampling*. Pengambilan sampel secara *consecutive* yaitu mengambil semua responden yang datang dan memenuhi kriteria penelitian sampai jumlah responden yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

### **4.3 Variabel Penelitian**

#### **4.3.1 Variabel independen**

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini variabel independen yang digunakan adalah kompres hangat pada fundus ketika klien masuk kala I fase aktif.

#### **4.3.2 Variabel dependen**

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Yang menjadi variabel dependen pada penelitian ini adalah percepatan persalinan pada kala I fase aktif.

### 4.3.3 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh Kompres Hangat Pada Fundus Terhadap Percepatan Persalinan Ibu Inpartu Primigravida Kala I Fase Aktif Di BPS Ngantru Tulungagung

VARIABEL	DEFINISI	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	SKOR
Variabel Independen: Kompres hangat	Metode pemeliharaan suhu dengan menggunakan bantalan kompres yang bersuhu 40°C.	Memberikan kompres hangat ketika memasuki kala I fase aktif bersuhu 40°C pada fundus selama 20 menit dengan posisi klien miring ke kiri, maksimal pengompresan dilakukan sebanyak 3 kali sampai pembukaan lengkap dengan jeda istirahat diantara pengompresan selama 30 menit (Wahyuni, 2007).	SOP	-	-
Variabel Dependen : Percepatan persalinan fase aktif	Lama waktu yang di butuhkan ketika memasuki fase aktif hingga mencapai pembukaan lengkap.	Menurut Saifuddin (2006) setiap pembukan 1 cm pada fase aktif kala I diperlukan waktu kurang lebih selama 1 jam.	Lembar partograf	Ordinal	1=Cepat= garis pembukaan di sebelah kiri garis waspada (< 6 jam)  2=Sesuai= garis pembukaan menempel garis waspada (= 6 jam)  3=Lambat= garis pembukaan di sebelah kanan garis waspada (> 6 jam)

#### **4.4 Instrumen Penelitian**

Jenis instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah melakukan pemeriksaan dalam (kolaborasi dengan bidan) untuk mengetahui penipisan dan dilatasi serviks, hasil pemeriksaan dicatat di lembar partograf. Lembar partograf dipilih menjadi instrumen penelitian ini karena merupakan standard yang digunakan di tempat bersalin secara luas serta format pengisiannya cukup sederhana.

#### **4.5 Lokasi dan waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan di BPS Ny. L dan Ny. S Ngantru Tulungagung pada tanggal 15 Mei-12 Juni 2012.

#### **4.6 Prosedur Pengambilan Data**

Pertama berkoordinasi dengan bidan yang bertugas agar bersedia membantu jalannya penelitian dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk melihat pembukaan serviks. Selanjutnya melakukan pendekatan pada responden yang memenuhi kriteria inklusi untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan pada saat ibu datang ke tempat bersalin. Responden yang setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian diminta menandatangani surat persetujuan (*informed consent*). Setelah diseleksi akhirnya didapatkan 14 responden memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang terbagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan adalah ibu yang bersalin di BPS Ny. L yang mendapatkan kompres hangat dan kelompok kontrol adalah ibu yang bersalin di BPS Ny. S. Semua responden baik kontrol maupun perlakuan akan dilakukan

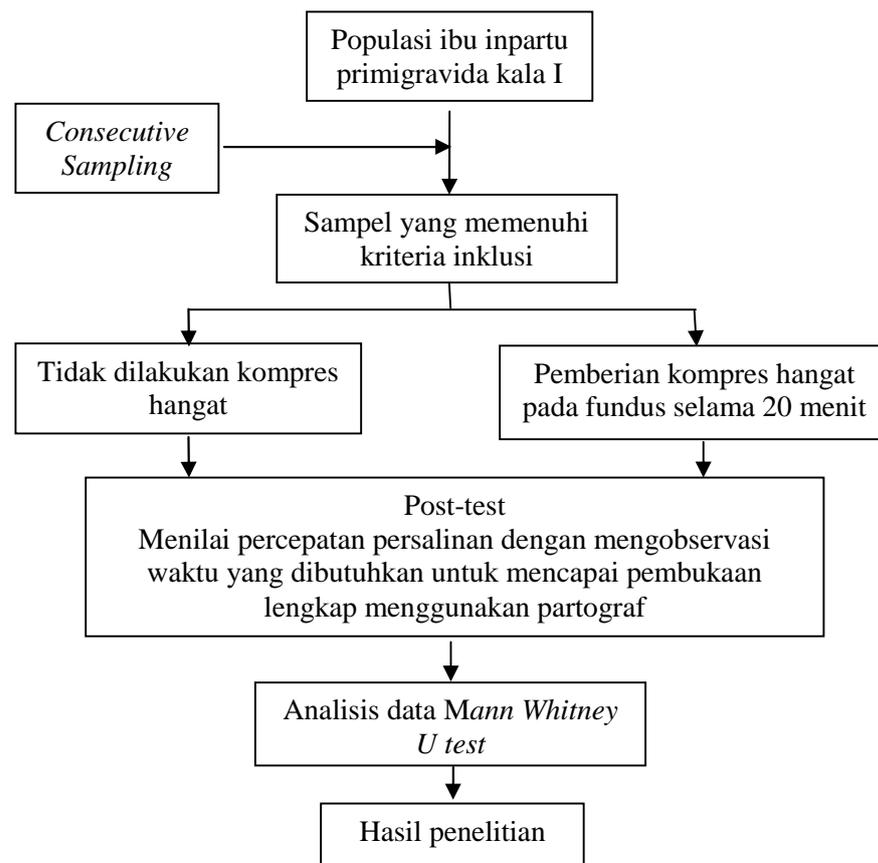
pemeriksaan dalam ketika pertama kali datang ke BPS kemudian catat hasil pembukaan serviks dan juga jam dilakukannya pemeriksaan pada lembar partograf, selain itu catat juga pada jam berapa pembukaan serviks responden mencapai pembukaan lengkap.

Pada kelompok perlakuan diantara rentang pemeriksaan dalam pertama sampai mencapai pembukaan lengkap akan diberikan kompres hangat sebanyak 3 kali. Kompres hangat yang diberikan bersuhu  $40^{\circ}\text{C}$  yang diletakkan pada fundus selama 20 menit dengan posisi ibu miring kekiri tetapi posisi bisa berubah tergantung kenyamanan klien kemudian istirahat selama 30 menit, lalu dilakukan pengompresan kembali selama 20 menit, istirahat 30 menit kemudian dilakukan pengompresan yang terakhir selama 20 menit. Peneliti mempersiapkan 4 bantalan kompres dan juga alat pemanas yang disambungkan dengan listrik untuk memanaskan air dan merendamkan bantalan kompres ke dalamnya serta thermometer untuk mengukur suhunya, sebagai upaya untuk mempertahankan suhu tetap  $40^{\circ}\text{C}$  setiap 5 menit kompres hangat diganti dengan yang baru di ambil dari alat pemanas berisi air yang suhunya telah di ukur sebesar  $40^{\circ}\text{C}$ . Setelah intervensi kompres hangat diberikan secara lengkap sebanyak 3 kali lakukan pemeriksaan dalam setelah 4 jam dari pemeriksaan dalam pertama untuk mengecek adanya penambahan pembukaan. Catat pada lembar partograf waktu yang diperlukan serviks untuk mencapai pembukaan lengkap.

Pada kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi kompres hangat akan mendapat intervensi sesuai standar yang ada di BPS Ny. S Tulungagung yaitu pendampingan keluarga. Catat juga waktu untuk mencapai pembukaan lengkap pada lembar partograf, kemudian bandingkan waktu yang diperlukan

untuk mencapai pembukaan lengkap antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Semua pemeriksaan dalam dilakukan oleh bidan yang sama, yaitu pada BPS Ny. S sebagai kelompok control dilakukan oleh Ny. S begitu juga pada BPS Ny. L sebagai kelompok perlakuan juga dilakukan oleh Ny. L sendiri.

#### 4.7 Kerangka Kerja Operasional



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian Pengaruh Kompres Hangat Pada Fundus Terhadap Percepatan Persalinan Pada Ibu Inpartu Primigravida Kala I Fase Aktif di BPS Ngantru Tulungagung.

#### 4.8 Analisis Data

Analisis data merupakan suatu proses analisa yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan dengan tujuan supaya *trends* dan *relationships* bisa dideteksi (Nursalam, 2008). Dalam melakukan analisis, data

terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistik, informasi yang diperoleh digunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis. Pada proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengambilan data atau setelah data terkumpul.

2. *Coding*

Merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori dari beberapa kuesioner yang kita sebar.

3. *Entri data*

Kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau database computer.

4. Melakukan teknik analisis

Peneliti akan melakukan pengujian data dengan uji statistik *Mann Whitney U test*. dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$  (program *windows SPSS 17*) dengan tujuan membandingkan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

#### **4.9 *Ethical Clearance***

Sebelum melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada BPS (Bidan Praktik Swasta). Setelah mendapatkan persetujuan peneliti mulai melakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etika penelitian.

#### **4.9.1 *Informed consent***

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diberi perlakuan. Peneliti menjelaskan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden penelitian bersedia untuk diteliti, maka harus mengisi lembar persetujuan, tapi bila tidak bersedia diteliti, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak calon responden penelitian.

#### **4.9.2 *Anonimity***

Nama responden penelitian tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberikan kode pada masing- masing lembar pengumpulan data.

#### **4.9.3 *Confidentiality***

Kerahasiaan informasi responden penelitian dijamin kerahasiaanya oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

### **4.10 Keterbatasan**

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah:

1. Metode sampling yang digunakan peneliti adalah jenis non probability sampling sehingga penetapan sampelnya kurang representatif untuk mewakili populasi

2. Jumlah responden yang terlalu sedikit dikarenakan waktu yang terbatas dan sulit mendapatkan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi menyebabkan hasil penelitian ini belum dapat di generalisasikan.

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil dan pembahasan penelitian yang telah dilakukan mulai 15 Mei sampai 12 Juni 2012. Dalam penelitian ini ada 2 jenis data sebagai acuan dalam proses analisis dan pembahasan hasil penelitian yaitu data umum yang merupakan data karakteristik responden meliputi: umur, pendidikan, pekerjaan, rencana kehamilan, peningkatan berat badan, posisi janin, sifat serviks, dukungan social, dan berat badan bayi sedangkan data khusus merupakan data hasil observasi percepatan persalinan kala I fase aktif pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Untuk mengetahui hasil data dari responden disajikan dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel yang akan diukur kemudian dihitung frekuensi dan persentasinya, sedangkan untuk mengetahui perbandingan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan kompres hangat dengan kelompok perlakuan yang mendapatkan kompres hangat terhadap percepatan persalinan kala I fase aktifnya menggunakan uji statistik *Mann-Whitney U Test* dengan tingkat kemaknaan  $p$  0,05.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian pengaruh kompres hangat terhadap percepatan persalinan kala I fase aktif dilaksanakan di 2 BPS (Bidan Praktek Swasta) yaitu di bidan Ny. L dan bidan Ny. S dalam satu wilayah kerja kecamatan Ngantru Tulungagung. Bidan Ny

L berada di desa Ngantru dan bidan Ny. S berada di desa Padangan. Jumlah rata-rata pasien yang melahirkan setiap bulan di kedua bidan sebesar 10-20 ibu bersalin. Kedua BPS juga melayani pemeriksaan ibu hamil (ANC), pemeriksaan post partum/pemeriksaan ibu nifas, pelayanan KB, imunisasi serta pelayanan kesehatan bayi dan anak. BPS Ny. L memiliki 2 kamar tidur yang terdiri dari 1 kamar dengan 2 bed didalamnya untuk tempat pemeriksaan dan pertolongan persalinan dan 1 kamar dengan 2 bed untuk pasien bersalin yang rawat inap sedangkan BPS Ny. S memiliki 3 kamar yang terdiri dari 1 kamar untuk pemeriksaan, 1 kamar untuk menolong persalinan dan 1 kamar untuk pasien bersalin yang rawat inap. Kedua BPS ini juga melayani perawatan bayi yang meliputi perawatan tali pusat dan memandikan bayi sampai tali pusat terlepas.

Proses pertolongan persalinan di BPS Ny. L dilakukan oleh 2 bidan sedangkan di BPS Ny. S dilakukan oleh 2 bidan, 1 perawat dan 1 asisten. Pada kedua BPS apabila ada ibu hamil datang dengan keluhan mulas dan sudah keluar darah maka akan segera dilakukan pemeriksaan dalam yang dilakukan oleh pemilik BPS yaitu Ny. S untuk BPS yang menjadi kelompok perlakuan dan pada BPS yang menjadi kelompok kontrol dilakukan oleh Ny. S, apabila hasil menunjukkan dilatasi serviks 1-2 cm, pasien akan dipersilahkan untuk pulang dulu dan kembali apabila rasa mulas sudah semakin parah. Apabila pasien datang ketika pembukaan 3 cm, pasien akan diminta tetap tinggal untuk diobservasi kemajuan persalinannya. Ketika pasien telah memasuki akhir fase aktif peralatan untuk pertolongan persalinan dan janin yang telah disterilkan akan segera dipersiapkan begitu juga lembar partograf akan diisi bagian-bagian tertentu yang

memungkinkan ketika berada di fase aktif dan kekurangannya akan diisi ketika persalinan selesai yaitu pada kala IV.

Asuhan yang diberikan kepada ibu bersalin di BPS Ny. L dan Ny. S pada kala I adalah sama yaitu klien dianjurkan untuk berjalan-jalan selagi masih kuat. Apabila ibu sudah tidak kuat maka di perbolehkan untuk berbaring dengan posisi rekumben lateral (miring ke kiri seperti memeluk guling), klien diberi dukungan dan informasi mengenai kemajuan persalinannya, klien diajarkan teknik bernapas untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan akibat kontraksi yaitu ibu diminta untuk menarik napas panjang, menahan napasnya sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup udara ke luar sewaktu terasa kontraksi. Selain itu pasien di anjurkan makan atau minum agar memiliki tenaga dan untuk mengejan ketika memasuki kala II dan juga untuk mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali tetapi jika sudah ada tanda-tanda ibu ingin mengejan, anus membuka, his semakin sering dan tekanannya kuat akan dilakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap yang berarti telah memasuki kala II sehingga pasien diperbolehkan untuk mengejan sekuatnya.

Pertolongan persalinan kala II di BPS Ny. L dan Ny. S hampir sama yaitu setelah dilakukan pemeriksaan dalam didapat hasil pembukaan telah lengkap dan keadaan janin baik maka pasien dibantu mendapatkan posisi yang nyaman sebagian besar posisi yang digunakan di kedua BPS adalah posisi empat tungkai, dengan berat badan bertumpu secara rata pada keempat tungkai, memaksimalkan diameter pelvis dan posisi kepala menghadap kebawah agar tekanan kebawahnya semakin kuat. Selain itu ibu akan dibimbing cara mengejan yang benar yaitu

segera setelah kontraksi dimulai, penolong akan dengan tekun meminta dan mendorong ibu untuk menarik napas dalam, menahannya, lalu mengejan selama dan sekeras mungkin sesuai kemampuannya. Ketika pembukaan telah lengkap namun ketuban belum pecah akan dilakukan amniotomi. Pada saat proses pengeluaran janin ketika kepala sudah kelihatan menonjol maka bidan akan menahan perineum agar tidak robek sehingga tidak perlu dilakukan penjahitan. Untuk BPS Ny. L pendampingan keluarga boleh dilakukan mulai dari kala I sampai persalinan berakhir sedangkan untuk BPS Ny. S pada kala II dan III pasien tidak boleh di dampingi keluarga.

Pada kedua BPS ketika pasien memasuki kala III diminta untuk rileks, lemas dan diberikan suntikan oksitosin untuk mengeluarkan plasenta, jika terjadi perdarahan yang banyak maka akan diberikan infus untuk memenuhi kebutuhan cairan. Ketika plasenta sudah keluar sepenuhnya yang berarti memasuki kala IV akan dilakukan pemeriksaan pada jalan lahir, apakah ada laserasi ataupun luka episiotomi yang perlu dilakukan penjahitan. Kalau tidak diperlukan penjahitan maka ibu akan segera dibersihkan dan diobservasi selama 2 jam. Jika masa observasi tidak ditemukan komplikasi pada ibu maka akan dipindahkan ke kamar rawat inap. Rawat inap pasien post partum di kedua BPS berlangsung selama 1 kali 24 jam setelah persalinan, jika kondisi ibu dan bayi baik akan diijinkan untuk pulang tetapi jika ada komplikasi yang berat akan dilakukan rujukan ke rumah sakit.

### 5.1.2 Data umum

Pada penelitian ini terdapat 14 responden yang terdiri dari 7 ibu bersalin di BPS Ny. L sebagai kelompok perlakuan dan sebanyak 7 ibu bersalin di BPS Ny. S sebagai kelompok kontrol.

Tabel 5.1 Karakteristik responden di BPS Ngantru Tulungagung selama bulan Mei-Juni 2012

NO	VARIABEL	Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan	
		N	%	N	%
1.	<b>Umur</b>				
	<20 th	1	14.29%	2	28.57%
	20-30 th	4	57.14%	5	71.43%
	31-35 th	2	28.57%	0	0.00%
	>35 th	0	0.00%	0	0.00%
2.	<b>Pendidikan</b>				
	Tidak sekolah	0	0.00%	0	0.00%
	SD	1	14.29%	2	28.57%
	SMP	2	28.57%	1	14.29%
	SMA	4	57.14%	4	57.14%
	PT	0	0.00%	0	0.00%
3.	<b>Pekerjaan</b>				
	Tidak bekerja	5	71.43%	4	57.14%
	PNS	0	0.00%	0	0.00%
	Swasta	2	28.57%	3	42.86%
4.	<b>Rencana Kehamilan</b>				
	Direncanakan	7	100.00%	6	85.71%
	Tidak direncanakan	0	0.00%	1	14.29%
5.	<b>Kontraksi Uterus</b>				
	1=his 2-5 kali durasi >40 detik	2	28.57%	4	57.14%
	2=his 2-5 kali durasi 20-40 detik	4	57.14%	2	28.57%
	3=his 2-5 kali durasi <20 detik	1	14.29%	1	14.29%
6.	<b>Kenaikan BB</b>				
	< 8 Kg	4	57.14%	4	57.14%
	8-16 Kg	3	42.86%	3	42.86%
	17-20 Kg	0	0.00%	0	0.00%
	> 20 Kg	0	0.00%	0	0.00%
7.	<b>Dukungan Sosial</b>				
	Suami	5	71.43%	7	100.00%
	Kerabat	2	28.57%	0	0.00%
	Teman	0	0.00%	0	0.00%
8.	<b>Berat Badan Bayi</b>				
	< 2500 gram	0	0.00%	0	0.00%
	2500-3000 gram	5	71.43%	4	57.14%

3100-3500 gram	2	28.57%	3	42.86%
> 3500 gram	0	0.00%	0	0.00%

Dari tabel 5.1 diatas ditunjukkan bahwa sebanyak 71,43% responden berada pada usia produktif untuk persalinan yaitu antara 20-30 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 14,29% berumur < 20 tahun sehingga beresiko akan terjadinya komplikasi persalinan dan sebanyak 28,57% berusia 31-35 tahun. Tingkat pendidikan pada kelompok kontrol dan perlakuan memiliki jumlah yang sama di tingkat SMA yaitu sebanyak 57,14% dan sisanya sebanyak 42,86% responden menempuh pendidikan SMP.

Dilihat dari status pekerjaan pada kelompok kontrol lebih dari setengahnya yaitu 71,43% tidak bekerja (IRT) dan sisanya sebanyak 28,57% bekerja sebagai wiraswasta, sedangkan pada kelompok perlakuan jumlah responden yang berwiraswasta sekitar 42.86% orang. Hampir seluruh persalinan yang terjadi pada bulan Mei-Juni 2012 di BPS Ngantru direncanakan dan diharapkan oleh pasangan suami istri yang memeriksakan kehamilannya di BPS Ny. S dan Ny. L, hanya 14,29% dari kelompok perlakuan yaitu yang bersalian di BPS Ny. L proses persalinannya tidak dalam perencanaan. Hasil pengkajian kontraksi uterus yang dilakukan baik pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan memperlihatkan perbedaan yang cukup signifikan dimana pada kelompok control sebanyak 71,43% durasi his nya kurang dari 40 detik tiap kalia kontraksi sedangkan pada kelompok perlakuan sebanyak 57,14% durasi his yang dihasilkan lebih dari 40 detik tiap kali kontraksi.

Tingkat kenaikan berat badan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan adalah sama yaitu sebanyak 57,14% mengalami kenaikan berat badan < 8 Kg dan sisanya mengalami kenaikan antara 8-16 Kg. Untuk masalah dukungan

sosial setiap pasien selalu ditemani oleh orang terdekat tetapi pada kelompok kontrol terdapat 28,57% ibu bersalin yang ditemani oleh kerabat bukan suami/ibu yang dapat membuat pasien lebih nyaman. Rata-rata berat badan bayi yang dilahirkan ibu adalah antara 2500-3000 gram yaitu pada kelompok kontrol sebanyak 71,43% sedangkan pada kelompok perlakuan sebanyak 57,14%.

### 5.1.3 Data khusus

Tabel 5.2 Perbandingan percepatan persalinan kala I fase aktif antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di BPS Ngantru Tulungagung selama bulan Mei-Juni 2012

No Responden	Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan	
	Hasil	Kode	Hasil	Kode
1	Lambat	3	Cepat	1
2	Sesuai	2	Cepat	1
3	Lambat	3	Cepat	1
4	Lambat	3	Cepat	1
5	Lambat	3	Cepat	1
6	Lambat	3	Lambat	3
7	Sesuai	2	Cepat	1
Hasil uji statistik	Mean: 2,714 SD: 0,488		Mean: 1,286 SD: 0,756	
P = 0,005 Mann-Whitney U Test				

Dari Tabel 5.2 didapatkan hasil bahwa sebagian besar kelompok kontrol mengalami perlambatan persalinan kala I fase aktif, yang ditunjukkan pada partograf dengan garis pembukaan berada disebelah kanan garis waspada. Hal tersebut dialami oleh 5 responden (71%) dan sebanyak 29% menunjukkan garis pembukaan tepat pada garis waspada. Hasil data partograf pada kelompok perlakuan menunjukkan sebaliknya yaitu sebanyak 6 responden (86%) dari total 7 responden garis pembukaannya berada disebelah kiri garis waspada dengan kata

lain terjadi percepatan persalinan kala I fase aktif dan sebanyak 14 % mengalami perlambatan. Hasil uji statistik membandingkan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$  yaitu  $p = 0,005$  yang berarti  $H_1$  diterima, artinya terdapat pengaruh pemberian kompres hangat pada fundus terhadap percepatan persalinan kala I fase aktif.

## 5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang ditunjukkan pada tabel 5.2 didapatkan hasil bahwa sebanyak 5 responden dari 7 responden yang diteliti pada kelompok kontrol mengalami perlambatan kala I fase aktif sedangkan pada kelompok perlakuan hampir keseluruhan responden mengalami percepatan persalinan kala I fase aktif karena hanya terdapat 1 responden saja pada kelompok perlakuan yang garis pembukaan serviksnya berada di sebelah kanan garis waspada yang artinya persalinan kala I lebih dari 6 jam. Jika dilihat dari tempat persalinan yang berbeda antara kelompok kontrol di BPS Ny. S sedangkan kelompok perlakuan di BPS Ny. L tidak memberikan pengaruh yang berarti untuk percepatan persalinan kala I fase aktif karena asuhan persalinan pada kala I di kedua BPS adalah sama yaitu selama kala I ibu bersalin diijinkan untuk ditemani oleh sanak keluarga dan juga dianjurkan untuk melakukan mobilisasi sesuai kekuatan ibu seperti berjalan-jalan maupun naik-turun tangga, namun jika ibu hanya bisa berbaring ditempat tidur maka di anjurkan untuk miring ke kiri atau disebut posisi rekumben lateral, klien diberi dukungan dan informasi mengenai kemajuan persalinannya, selain itu klien juga diajarkan teknik bernapas untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan

akibat kontraksi yaitu ibu diminta untuk menarik napas panjang, menahan napasnya sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup udara ke luar sewaktu terasa kontraksi. Menurut teori keberhasilan mengakhiri kehamilan dan kelahiran bayi melibatkan fungsi gabungan dari 5 faktor yaitu *power* (kekuatan), *passanger* (penumpang: janin dan plasenta), *passage way* (jalan lahir), posisi ibu, dan *psychologic respons* (respon psikologis) (Bobak et al, 2005). *Power* adalah kekuatan kontraksi otot-otot uterus dan otot-otot abdomen yang terlibat dalam proses persalinan untuk mendorong janin dan mengatasi tahanan yang diberikan oleh serviks untuk membuka. Kontraksi persalinan pada kala I fase aktif sebaiknya terjadi sebanyak 3-5 kali dalam 10 menit dengan durasi 40 detik dan terus bertambah hingga persalinan kala II berakhir (Saifuddin, 2002). Kekuatan kontraksi persalinan dapat dipengaruhi oleh faktor usia ibu yang menurut WHO usia produktif persalinan adalah antara 20-30 tahun. Persalinan pada usia < 20 tahun akan lebih mudah mengalami komplikasi karena organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, selain itu kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal (Read et al, 1994). Untuk persalinan pada usia 31-35 tahun masih bisa dilakukan asal kondisi tubuh dan kesehatan ibu termasuk gizinya dalam keadaan baik (Adjie, 2009).

*Passanger* adalah semua hasil konsepsi yang terdiri dari keadaan janin dan plasenta. Janin dengan presentasi oksiput atau vertex ditemukan hampir 95% dari semua kehamilan (Cunningham et al, 2005). Pada presentasi kepala ada dua kemungkinan posisi wajah bayi yaitu menghadap punggung ibu yang merupakan posisi terbaik karena dengan ini punggung bayi akan mendorong kepalanya menekan serviks dan membantu bukaan persalinan lebih kuat. Posisi kedua adalah

wajah bayi menghadap perut ibu yang dapat memperlambat bukaan persalinan (Klein & Thompson, 2008). Kenaikan berat badan ibu hamil rata-rata 8-16 Kg dan tidak melebihi 16-20 Kg (Manuaba et al, 2007). Berat badan ibu akan mempengaruhi berat badan bayi yang normalnya adalah 2500-3500 gram. Jika berat bayi melebihi normal akan mempersulit masuknya kepala bayi ke jalan lahir sehingga penurunan kepala bayi masih tetap tinggi dan bisa dirasakan berada di atas tulang kemaluan pada fase pembukaan dimulai. Hal tersebut akan memperpanjang persalinan (Klein & Thompson, 2008).

*Passage way* adalah jalan lahir yang terdiri dari panggul ibu, yakni tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan (Sumarah, 2008). Jika kecurigaan akan terjadinya CPD pada ibu dapat disingkirkan persalinan ibu bisa berlangsung memanjang pada kala I karena pengaruh jaringan lunak serviks yang memberi tahanan. Perubahan struktur serviks (kolagen, jaringan ikat dan substansi dasar) yang efektif akan mempercepat pelunakan dan dilatasi serviks sedangkan pada responden yang memiliki keadaan serviks yang buruk (tebal, tidak mengalami pendataran atau tidak membuka) akan mempengaruhi durasi persalinan kala I (Cunningham et al, 2006).

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi dalam persalinan. Ibu yang menjalani persalinan harus mengupayakan posisi yang nyaman untuknya dengan catatan tidak ada kontraindikasi. Posisi yang dapat dilakukan oleh ibu sehingga mempengaruhi proses persalinan, antara lain: posisi membungkuk ke depan karena akan mengarahkan uterus ke depan (anterior)

membantu gravitasi membawa sisi yang lebih berat pada punggung janin ke depan, ke sisi bawah abdomen ibu. Apabila ibu berada di atas tempat tidur, berbaring pada posisi miring kiri (rekumben lateral) akan membantu janin berotasi kearah anterior dari posisi oksipital posterior (Varney, 2007). Tindakan imobilisasi dengan tetap tiduran ditempat tidur dengan posisi terlentang dapat menurunkan kadar sirkulasi oksitosin alamiah sehingga berefek buruk terhadap kontraksi dan juga kemajuan persalinan yang mengakibatkan rata-rata persalinan lama (Chapman, 2006). Pertolongan persalinan akan lebih mudah dilakukan pada klien yang tingkat pendidikan lebih tinggi (> SMP), karena dengan semakin tingginya pendidikan yang ditempuh akan semakin mudah klien untuk memahami dan melakukan apa yang diarahkan dan disarankan oleh penolong. Menurut penelitian Mulidah (2003) pendidikan ibu yang rendah yaitu SMP mempunyai risiko 6 kali lebih tinggi untuk mengalami partus lama dibandingkan dengan ibu yang menempuh pendidikan tinggi (> SMP).

Respon psikologi dari klien dapat mempengaruhi persalinan, kondisi persalinan yang positif akan mempermudah jalannya proses persalinan. Respon psikologi dapat dipengaruhi oleh masalah pekerjaan dimana pada perempuan yang tidak bekerja akan lebih sensitif terhadap permasalahan-permasalahan kecil dan kekhawatirannya dengan biaya persalinan dapat meningkatkan kecemasan. Dukungan persalinan sangat diperlukan wanita dalam menghadapi persalinan, meskipun dukungan tidak menghilangkan nyeri tetapi dapat membuat persalinan lebih mudah, singkat dan lebih aman. Dukungan persalinan akan lebih banyak membantu jika diberikan oleh suami dan mereka yang telah mengalami persalinan seperti ibu sang wanita (Klein & Thompson, 2008). Perencanaan kehamilan dan

persalinan oleh sepasang suami istri sangatlah diperlukan, karena kehamilan yang terjadi tanpa direncanakan akan mengejutkan dan mengganggu psikologi baik bagi suami maupun istri. Jika gangguan psikologi yang ditimbulkan akibat ketidak siapan atas kehamilan yang dialami oleh ibu akan berakibat buruk terhadap janin dan nantinya ketika proses persalinan tengah berlangsung (Andrews, 2010). Semua hal yang dapat mengganggu psikologi ibu yang bersalin akan berakibat buruk karena dapat meningkatkan kecemasan yang dirasakan ibu, sehingga dapat menstimulasi peningkatan konsentrasi adrenalin yang diketahui mampu mengurangi kontraksi otot uterus. Walaupun dampak yang ditimbulkan hanya bersifat sementara tapi bisa mempengaruhi kepercayaan diri ibu (Henderson & Jones, 2006).

Hasil rekaman partograf pada kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar yaitu sebanyak 5 responden dari 7 responden yang bersalin di BPS Ny. S garis pembukaan serviknya berada disebelah kanan garis waspada bahkan ada yang melewati garis tindakan yaitu responden nomer 5 sehingga penolong memberikan stimulasi oksitosin dan dilakukan amniotomi agar pasien dapat mengakhiri persalinan dengan baik. Dilihat dari data demografi klien nomer 5 terjadinya fase aktif yang memanjang dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya, usia responden yang kurang dari 20 tahun yang menurut teori usia produktif untuk persalinan yaitu antara 20-30 tahun. Persalinan pada usia < 20 tahun akan lebih mudah mengalami komplikasi karena organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, selain itu kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal (Read et al, 1994). Dari hasil palpasi untuk menghitung kontraksi uterus yang terjadi pada responden kontrol nomer 5

ternyata dalam 10 menit terjadi 3-5 kali kontraksi dengan durasi < 20 menit padahal jika ibu telah memasuki fase aktif durasi kontraksi yang baik terjadi selama 40 detik. Tingkat pendidikan responden yang < SMP membuatnya sulit untuk mengerti dan menuruti apa yang diarahkan penolong, seperti contohnya saja saran penolong untuk melakukan mobilisasi senyaman dan semampu yang ibu bisa tetapi klien cenderung untuk tetap tiduran terlentang di tempat tidur. Imobilisasi dengan tetap tiduran ditempat tidur dengan posisi terlentang dapat menurunkan kadar sirkulasi oksitosin alamiah sehingga berefek buruk terhadap kontraksi dan juga kemajuan persalinan yang mengakibatkan rata-rata persalinan lama (Chapman, 2006). Klien juga tidak bekerja sehingga mempunyai lebih banyak waktu untuk memikirkan kehamilan dan proses persalinan pertama yang dirasa cukup menakutkan olehnya, sehingga dapat menimbulkan masalah psikologis yang mengganggu kehamilan dan proses persalinannya.

Responden lain pada kelompok kontrol yang mengalami perlambatan bisa disebabkan oleh presentasi kepala bayi yang wajahnya menghadap ke perut ibu bukan ke arah punggung ibu. Posisi terbaik untuk bayi adalah kepala dibawah dan wajah menghadap punggung ibu karena dengan posisi tersebut punggung bayi dapat mendorong kepalanya menekan serviks dan membantu bukaan persalinan lebih kuat (Klein & Thompson, 2008). Responden yang peningkatan berat badan kehamilan terlalu tinggi dapat maningkatkan risiko persalinan dengan seksio sesarea (Braken, 1998). Kenaikan berat badan yang proporsional akan meminimalkan risiko persalinan dengan seksio sesarea. Kenaikan berat badan ibu hamil rata-rata 8-16 dan tidak melebihi 16-20 Kg (Manuaba et al, 2007). Berat badan ibu akan mempengaruhi berat badan janin yang normalnya adalah 2500-

3500 gram. Jika berat janin melebihi normal akan memperlambatkan proses persalinan karena kepala janin akan kesulitan untuk memasuki jalan lahir sehingga kepala bayi yang masih tetap tinggi dan bisa dirasakan di atas tulang kemaluan pada fase pembukaan dimulai. Hal tersebut akan memperpanjang proses persalinan (Klein & Thompson, 2008). Perubahan struktural serviks (kolagen, jaringan ikat dan substansi dasar) untuk mengalami pelunakan sehingga dapat berdilatasi dengan efektif dipengaruhi oleh hormon prostaglandin. Peningkatan pelepasan prostaglandin pada jaringan endometrium (desidua) sendiri dipengaruhi oleh hormone oksitosin (Cunningham et al, 2006). Sekresi prostaglandin dipengaruhi oleh oksitosin dan oksitosin sendiri akan terhambat sekresinya apabila terjadi kecemasan pada klien. Pada kelompok kontrol lebih dari setengahnya datang ke BPS pada pembukaan serviks 3 cm dan karena persalinan pertama mereka kebanyakan yang pembukannya masih 2 cm menolak untuk pulang karena ketakutannya apabila persalian terjadi di rumah dan tidak ada yang menolong sehingga mereka lebih memilih menanti persalinan di BPS, walaupun tempat BPS nya cukup nyaman pasti tetap akan lebih nyaman jika klien menanti fase latennya di rumah karena akan lebih banyak mendapat perhatian keluarga dan juga setidaknya klien dapat melakukan hal-hal lain sehingga tidak terlalu cemas, sedangkan di BPS hal yang dapat dilakukan pasien sangatlah terbatas yaitu hanya berjalan-jalan, duduk-duduk, makan-minum dan berbaring di tempat tidur selain itu keluarga yang menunggu pun akan bergantian. Bidannya pun akan membiarkan klien dan menangani klien yang lain jika ibu masih berada pada fase laten. Kurangnya dukungan sosial dan psikologis dari orang-orang terdekat terutama suami dan orang tua (ibu) dapat menimbulkan kecemasan

sehingga menstimulasi peningkatan konsentrasi adrenalin yang diketahui mampu mengurangi kontraksi otot uterus walaupun hanya bersifat sementara, tetapi dapat mempengaruhi kepercayaan diri ibu (Henderson & Jones, 2006). Usia persalinan klien < 20 tahun merupakan usia yang cukup berbahaya untuk terjadinya kehamilan maupun persalinan karena belum matangnya organ-organ reproduksi sehingga sering terjadi komplikasi persalinan. Pengaruh umur ini sangatlah berarti karena saat dilakukan observasi kontraksi uterus ternyata klien yang usianya < 20 pada kelompok kontrol lemah walaupun sudah memasuki fase laten kekuatan dan durasi kontraksi uterus tidak menunjukkan peningkatan yang berarti sehingga fase aktifnya berlangsung memanjang pada pembukaan 4-6 cm pembukaan serviks tidak mengalami kemajuan sampai berjam-jam dan kontraksi mulai mengalami peningkatan yang berarti setelah pembukaan serviks mencapai 8 cm, itulah sebabnya banyak dari kelompok kontrol mengalami perlambatan persalinan kala I fase aktif.

Tidak semua responden pada kelompok kontrol mengalami perlambatan persalinan, ada 2 responden yaitu nomer 2 dan 7 mengalami persalinan kala I fase aktif yang normal yaitu garis pembukaan tepat menempel garis waspada. Dilihat dari data demografinya kedua responden berada pada usia yang menurut WHO dianggap paling aman menjalani kehamilan dan persalinan yaitu 20-30 tahun. Di rentang usia ini kondisi fisik wanita dalam keadaan prima. Rahim sudah mampu memberi perlindungan atau kondisi yang maksimal untuk kehamilan. Umumnya wanita diusia 20-30 tahun secara mental juga sudah siap untuk menjalani proses kehamilan maupun persalinan, yang berdampak pada perilaku merawat dan menjaga kehamilannya secara hati-hati (Adjie, 2009). Tingkat pendidikan pada

kedua responden yang SMA membuatnya cukup mudah mengerti dan mengikuti pengarahannya dari penolong. Pendidikan dan kematangan mental responden akan mempengaruhi pola pikirnya dalam menghadapi persalinan dengan berorientasi pada proses persalinan normal sehingga dalam proses menunggu berakhirnya kala I ibu memanfaatkannya dengan melakukan tindakan yang lebih kondusif untuk mencapai persalinan yang nyaman dan progresif seperti bebas berjalan-jalan, duduk dikursi dan menggunakan toilet. Bukannya berorientasi pada keadaan sakit, yakni tetap berbaring ditempat tidur apalagi dengan posisi dorsal yang ternyata menurut teori berisiko dapat menyebabkan kompresi vena kava pada ibu yang berakibat pada hipoksia janin (Henderson & Jones, 2006) selain itu tetap tiduran ditempat tidur dengan posisi terlentang dapat menurunkan kadar sirkulasi oksitosin alamiah sehingga berefek buruk terhadap kontraksi dan juga kemajuan persalinan yang mengakibatkan rata-rata persalinan lama (Chapman, 2006). Dukungan persalinan pada kedua responden diberikan oleh suami dan ibu klien sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan klien dalam menghadapi proses persalinan yang dianggap cukup menakutkan karena merupakan pengalaman pertamanya. Dari beberapa faktor tersebut dapat mempengaruhi percepatan persalinan sehingga pada kedua responden pada kelompok kontrol tersebut persalinannya dapat berjalan dengan sesuai yaitu garis pembukaan tepat berimpit dengan garis waspada.

Sebagian besar kelompok perlakuan yang mendapat terapi kompres hangat mengalami percepatan persalinan kala I fase aktif. Hanya terdapat satu responden dari total 7 responden, yaitu nomer 6 yang mengalami perlambatan persalinan pada kala I fase aktif. Dilihat dari data demografi yang diperoleh klien berusia

kurang dari 20 tahun sehingga kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal, hal tersebut dapat mempengaruhi keadekuatan kontraksi yang dihasilkan sehingga pembukaan serviks berjalan lambat walaupun sudah diberikan stimulasi kompres hangat yang menurut teori dengan pemberian kompres hangat menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah pada area yang distimulus (Delachaux, 2004). Terpenuhiya aliran darah pada otot-otot uterus yang terstimulasi kompres hangat mengakibatkan otot-otot tersebut mempunyai lebih banyak oksigen dan energi sehingga kontraksi semakin adekuat dan tidak cepat lelah (Guyton & Hall, 2008). Masalah profesi klien sebagai ibu rumah tangga yang membuatnya mempunyai banyak waktu luang akan mempengaruhi psikologi klien karena kekhawatirannya akan biaya persalinan dan juga proses persalinan yang akan dihadapinya. Apabila klien adalah seorang yang bekerja setidaknya rasa khawatir klien dapat sedikit terlupakan oleh tumpukan pekerjaan yang harus diselesaikannya selain itu dengan bekerja diluar rumah akan membuat klien tidak jenuh karena berada ditempat yang berbeda dan bergaul dengan banyak orang sehingga bisa bertukar pikiran tentang segala beban yang ada termasuk proses persalinan yang akan dihadapi.

Pada keenam kelompok perlakuan yang mengalami percepatan persalinan terdapat pasien yang memiliki kondisi yang hampir sama dengan kelompok kontrol diantaranya adalah ada responden yang usianya kurang dari 20 tahun yang berpendidikan < SMP tetapi pasien mengalami percepatan persalinan karena meskipun usia pasien tidak pada usia produktif persalinan tetapi alat reproduksi klien telah mengalami pematangan dan siap untuk proses persalinan yang ditunjukkan dengan kontraksi uterus yang mengalami peningkatan baik kekuatan

maupun durasinya seiring dengan kemajuan pembukaan serviks dan penurunan kepala janin. pada kelompok perlakuan terdapat responden yang tidak di didampingi oleh ibu atau suaminya dalam menghadapi proses persalinan yang dapat mempengaruhi respon psikologinya ke arah yang menyimpang seperti peningkatan kecemasan menghadapi persalinan tetapi klien tersebut berada pada usia produktif yang telah memiliki kematangan mental karena kematangan mental responden akan memberikan peranan untuk menentukan sikap dalam menghadapi persalinan yang mendorong responden untuk berfikir positif sehingga responden lebih rileks yang berefek terhadap penurunan kecemasan. Untuk pekerjaan memang pada kelompok perlakuan lebih banyak klien yang bekerja tetapi juga ada klien yang tidak bekerja dan proses persalinan kala I fase aktifnya mengalami percepatan. Kenaikan berat badan antara kelompok kontrol dan perlakuan adalah sama, bahkan ada di kelompok perlakuan yang kehamilannya tidak direncanakan yang dapat mengagetkan ibu sehingga akan mempengaruhi psikologis ibu dalam menghadapi persalinan. Pemberian kompres hangat pada kelompok perlakuan dimaksudkan dapat mempercepat pembukaan serviks sehingga garis pembukaan berada disebelah kiri garis waspada yang menandakan terjadinya percepatan persalinan.

Pada kala I persalinan kontraksi yang paling berperan besar adalah *Power* yaitu kekuatan otot-otot uterus dan otot-otot abdomen. Intervensi yang diberikan pada kala I adalah tindakan-tindakan yang dapat meningkatkan kontraksinya karena dengan adanya kontraksi otot-otot dinding perut, kontraksi diafragma dan ligamentus action terutama ligamentum rotundum yang berjalan baik akan mengakibatkan dilatasi serviks (Cunningham et al, 2006). Dilatasi serviks adalah

salah satu tanda terjadinya kemajuan persalinan kala I dan akhir kala I ditandai dengan lengkapnya pembukaan serviks. Pada kondisi hamil serviks ibu primigravida normalnya dalam keadaan menutup, akibat peningkatan kontraksi uterus akan mendorong turunnya kepala janin dan juga mempercepat dilatasi serviks (Varney et al, 2007).

Kontraksi uterus memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap percepatan persalinan sehingga peneliti memberikan stimulasi kompres hangat pada kelompok perlakuan dalam upaya mempercepat proses persalinan. Mekanisme kerja kompres hangat sehingga bisa mempercepat proses persalinan adalah dengan pemberian kompres hangat pada fundus yang dapat mendilatasi pembuluh darah setempat sehingga aliran darah yang membawa serta oksigen dapat disuplai dengan lancar (Johnson & Kellogg, 2010). Terpenuhinya suplai oksigen sebagai sumber energi otot polos uterus akan meningkatkan kontraksi uterus. Kontraksi uterus saat persalinan mengikuti semua prinsip umpan balik positif yaitu sekali kekuatan kontraksi menjadi lebih besar dari nilai kritisnya, setiap kontraksi akan menyebabkan kontraksi berikutnya menjadi semakin kuat sampai efek maksimal terjadi (Guyton & Hall, 2008). Semakin kuatnya kontraksi otot uterus yang muncul akan mendorong janin turun sehingga mempercepat proses pembukaan serviks pada kala I fase aktif (Simkin & Ancheta, 2005).

Kompres hangat juga dapat memberikan efek relaksasi psikologis, meredakan nyeri dan memberikan perasaan nyaman terhadap pasien (Kozier et al, 2009). Dengan pemberian kenyamanan pada ibu yang sedang bersalin dapat mengurangi respon melawan dan menghindar (*fight or flight*) sehingga menghindarkan dari stress psikologis yang dapat meningkatkan pelepasan

katekolamin maternal yang dapat menurunkan aliran darah uterus, menurunkan aktivitas uterus, menurunkan suplai oksigen pada janin dan menyebabkan lamanya persalinan kala I fase aktif (Simkin & Ancheta, 2005). Pemberian kompres hangat dapat meningkatkan ketenangan dan kenyamanan ibu dalam menjalani proses persalinan kala I fase aktif. Selain karena efek pemberian kompres hangat ketenangan ibu juga dipengaruhi oleh perhatian yang diberikan penolong ketika memberikan terapi kompres hangat, dengan memberikan terapi kompres hangat akan memberikan kesempatan lebih pada penolong dan ibu untuk saling berinteraksi sehingga ibu merasa mendapat perhatian yang lebih akan proses persalinan yang dirasakannya sehingga akan menimbulkan perasaan tenang dan nyaman pada ibu. Ketenangan ibu dapat merangsang peningkatan sekresi oksitosin, hal ini menimbulkan kontraksi pada otot polos uterus dan mendorong pematangan serviks sehingga siap menipis dan berdilatasi. Integrasi yang tepat dari seluruh proses ini merupakan kunci persalinan yang efektif (Henderson & Jones, 2006). Seperti yang diungkapkan Simkin & Archeta (2005) bahwa kemajuan persalinan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor fisik tetapi juga rasa nyaman, aman, dihormati dan dirawat secara bertanggung jawab serta penanggulangan nyeri secara adekuat.

Persalinan kala I adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu bahkan dapat menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu terutama pada ibu primigravida yang merupakan pengalaman pertamanya sehingga ibu belum punya gambaran mengenai proses persalinan yang dijalannya. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan bisa dilakukan dengan kompres hangat yang dapat memberikan rasa

nyaman yang bisa meningkatkan sekresi oksitosin untuk meningkatkan kontraksi dan mempercepat lama kala I. Pada kelompok perlakuan tingkat kegelisahan ibu dapat dikurangi dengan memberikan tindakan kenyamanya berupa kompres hangat sehingga menurunkan tingkat kegelisahan karena kegelisahan dan ketakutan dapat meningkatkan respon endokrin dan disekresinya epinefrin sehingga menyebabkan tidak terkoordinasinya kontraksi uterus. Penerapan tindakan non farmakologis seperti kompres hangat pada fundus berperan dalam membantu proses persalinan dengan meningkatkan kontraksi otot uterus dan memberikan rasa nyaman pada ibu bersalin sehingga proses persalinan dapat berlangsung lebih cepat.

Tingkat kecemasan tinggi yang dirasakan ibu dapat menstimulasi peningkatan konsentrasi adrenalin yang diketahui mampu mengurangi kontraksi otot uterus walaupun hanya bersifat sementara tapi bisa mempengaruhi kepercayaan diri ibu (Henderson & Jones, 2006). Selain masalah pekerjaan kehamilan yang terjadi tanpa direncanakan oleh sepasang suami istri akan mengejutkan dan mengganggu psikologi baik bagi suami maupun istri. Jika gangguan psikologi yang ditimbulkan akibat ketidaksiapan atas kehamilan yang dialami oleh ibu akan berakibat buruk terhadap janin dan nantinya ketika proses persalinan tengah berlangsung (Andrews, 2010).

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan dan saran dari hasil penelitian mengenai pengaruh kompres hangat pada fundus terhadap percepatan persalinan ibu inpartu primigravida kala I fase aktif

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Sebagian besar responden pada kelompok kontrol mengalami perlambatan persalinan dan pada kelompok perlakuan hampir semua responden mengalami percepatan persalinan.
2. Kompres hangat pada fundus dapat mempercepat persalinan kala I fase aktif pada ibu primigravida
3. Lama persalinan kala I fase aktif pada kelompok perlakuan berlangsung lebih cepat dibandingkan dengan kelompok kontrol.

#### **6.2 Saran**

Terkait dengan hasil penelitian dengan segala keterbatasan yang peneliti miliki maka peneliti mengajukan beberapa saran sebagai berikut :

1. Kompres hangat dapat menjadi salah satu alternative pilihan tindakan non farmakologis pada ibu bersalin kala I fase aktif untuk membantu mencegah

terjadinya persalinan lama atau macet sehingga risiko terjadinya komplikasi persalinan dapat dikurangi.

2. Bagi peneliti selanjutnya dapat diteliti mengenai pengaruh kompres hangat pada fundus terhadap percepatan persalinan pada kala I, II dan III dengan jumlah sampel yang lebih besar serta karakteristiknya yang lebih bervariasi sehingga hasil penelitian bisa lebih akurat.
3. Kompres hangat pada fundus sebaiknya diajarkan pada tenaga kesehatan dalam perawatan intranatal agar proses persalinan dapat berjalan lebih cepat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat, CM 2004, *Prosedur Tetap Obstetri Dan Ginekologi*, EGC, Jakarta.
- Adjie, S 2009, *Hamil Di Usia 20, 30 Atau 40-An*, <<http://ibu-dan-bayi.blogspot.com/2009/01/hamil-di-usia-20-30-atau-40.html>>, Diakses 20 Juni 2012
- Ami, M 2009, *Aneka Mitos Persalinan*, <<http://bidankusholihah.blogspot.com/2009/08/aneka-mitos-persalinan.html>>, diakses 20 Juni 2012
- Andrews, G (ed.) 2010, *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita*, Edisi 2, EGC, Jakarta.
- Arikunto, S 2002, *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi, PT Cipta, Jakarta.
- Asmadi 2008, *Teknik Prosedural Konsep & Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Salemba Medika, Jakarta.
- Bobak, et al 2005, *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, Alih bahasa Maria A Wijayanti, EGC, Jakarta.
- Baety, AN 2001, *Biologi Reproduksi Kehamilan Dan Persalinan*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Barbara 2003, *Asisten Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*, Alih bahasa Allenikadea, EGC, Jakarta.
- Chaiton & Leo, 2002, *Terapi Air Untuk Kesehatan & Kecantikan*, Prestasi Pustaka, Jakarta.
- Chapman, V (ed.) 2006, *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Kelahiran*, Alih bahasa HY Kuncara, EGC, Jakarta.
- Coad, J & Dunstall, M 2007, *Anatomi Dan Fisiologi Untuk Bidan*, EGC, Jakarta.
- Cunningham, FG et al 2006, *Obstetri William Vol. 1*, Edisi 21, Alih bahasa Andry Hartono et al, EGC, Jakarta.
- Dahlan, T 2011, *Angka Kematian Ibu Indonesia Tertinggi Di ASEAN*, <[http://kesehatan.kompasiana.com/m\(ed.\)is/2011/12/17/angka-kematian-ibu-indonesia-tertinggi-di-asean/](http://kesehatan.kompasiana.com/m(ed.)is/2011/12/17/angka-kematian-ibu-indonesia-tertinggi-di-asean/)>, diakses 12 april 2012.
- Danuatmaja, B & Meiliasari, M 2004, *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*, Puspa Swara, Jakarta.

- Delachaux, A et al 2004, 'Dose-Dependent Vasodilatory Effect Of Acetylcholine And Local Warming On Skin Microcirculation', *J cardiovasc pharmacol*, vol, 44, no, 6, hal 659-664,
- Erawati, AD 2011, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*, EGC, Jakarta.
- Farrer, H 2001, *Perawatan Maternitas*, Edisi 2, Alih bahasa Andry Hartono, EGC, Jakarta.
- Faser, DM & Cooper, MA 2009, *Myles Buku Ajar Bidan*, (ed.)isi 14, EGC, Jakarta.
- Gabriel, JF 1996, *Fisika Kedokteran*, EGC, Jakarta.
- Guyton & Hall 2008, *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, Edisi 11, Alih bahasa Irawati, et al, EGC, Jakarta.
- Hagono, W 2011, *Pengawasan Persalinan Dengan Partograf*, <<http://wasidhagono.blogspot.com/2011/03/pengawasan-persalinan-dengan-partograf.html>>, diakses 10 april 2012.
- Henderson, C & Jones K (ed.) 2006, *Buku Ajar Konsep Kebidanan*, Alih bahasa Ria anjarwati et al, EGC, Jakarta.
- Husna, RI 2011, *Persalinan Normal*, <<http://mylifeismypride.wordpress.com/2011/02/06/persalinan-normal/>>, diakses 15 April 2012.
- Johnson, JM & Kellogg, DL 2010, 'Mechanisms And Modulators Of Temperature Regulation Local Thermal Control Of The Human Cutaneous Circulation', *J Appl Physiol*, vol, 109, no, 4, hal, 1229-1238
- Kementrian Republik Indonesia, 2010, *Ibu Selamat Bayi Sehat Suami Siaga, Kementrian Republik Indonesia*, <<http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/790-ibu-selamat-%20%20%20%20%20%20%20%20%20bayi-sehat-suami-siaga.html>>, diakses 14 maret 2012.
- Klein S & Thompson F, 2008, *Panduan Lengkap Kebidanan*, Palmall, Yogyakarta
- Kompas.com, 2010, *Perdarahan Penyebab Kematian Ibu*, <<http://kesehatan.kompas.com/read/2010/01/30/07464890/Perdarahan,Penyebab,Kematian,Ibu>>, diakses 11 april 2012.
- Kozier, B et al 2009, *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*, Edisi 5, Alih bahasa Eny Meiliya et al, EGC, Jakarta.

- Kusyati, E 2006, *Keterampilan Dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*, Edisi Revisi, EGC, Jakarta.
- Lowdermilk, D 1999, *Maternity Of Nursing*, Mosby, New York.
- Manuaba, IBG 1998, *Ilmu Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, EGC, Jakarta.
- Manuaba, IBG 2001, *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi Dan KB*, EGC, Jakarta.
- Manuaba, IBG et al, 2007, *Pengantar Kuliah Obstetric*, EGC, Jakarta.
- Mulidah, S Dasuki, D & Basri MH, 2003, Hubungan Antara Kelengkapan Pelaksanaan Deteksi Risiko Tinggi dan Persalinan Lama Di Kabupaten Purworejo, *Jurnal Sain Kesehatan*, vol. 16, no. 2, hal. 301-314
- Ningrum, EW 2010, *Partograf Contoh*, <[http://akbiduniska.blogspot.com/2010\\_12\\_01\\_archive.html](http://akbiduniska.blogspot.com/2010_12_01_archive.html)>, diakses 10 april 2012
- Notoatmodjo, S, 2002, *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Edisi 2, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoadmodjo, S 2005, *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam 2008, *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Oxorn, H & William, RF 2010, *Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan (Human Labor And Birth)*, Alih bahasa mohamad hakimi, Yayasan Essential Medica, Yogyakarta.
- PSIK FKP Unair 2011, *Pedoman Penyusunan Proposal Dan Skripsi*, Universitas Airlangga Surabaya.
- Read, AW et al 1994. Cesarean Section and Operative Vaginal Delivery in Low-risk Primiparous Women. *Am Journal of Public Healht*. Vol. 84, no. 1, hal 37-42
- Reeder et al 2011, *Keperawatan Maternitas Vol, 1*, Edisi 18, Alih bahasa Yati Afiyanti, EGC, Jakarta.
- Rubenstein, D et al 2007, *Kedokteran Klinis*, Edisi 6, Alih bahasa Annisa Rahmalia, Erlangga, Jakarta.

- Saifuddin et al (ed.), 2002, *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*, Edisi 1, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S 2008, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Edisi 3, Sagung Seto, Jakarta.
- Simkin, P & Ancheta, R 2005, *Buku Saku Persalinan*, Alih bahasa Chrisdiono Machadiat, EGC, Jakarta.
- Simkin, P et al 2008, *Panduan Lengkap Kehamilan Melahirkan & Bayi*, Edisi Revisi, Alih bahasa Lilian Juwono, Arcan, Jakarta.
- Sinclair, C 2010, *Buku Saku Kebidanan*, Alih bahasa Renata Komalasari, EGC Jakarta.
- Sumarah et al 2008, *Perawatan Ibu Bersalin Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*, Fitrayama, Yogyakarta.
- Ujiningtyas, SH 2009, *Asuhan Keperawatan Persalinan Normal*, Salemba Medika, Jakarta.
- Varney, H et al 2007, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*, edisi 4, EGC, Jakarta.
- Wahyuni, ES 2007, 'Pengaruh Kompres Hangat Pada Fundus Terhadap Kualitas His (Frekuensi Dan Durasi) Ibu Inpartu Primigravida Kala I Fase Aktif', skripsi, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Widjayanti, Y 2005, 'Perbedaan Persepsi Nyeri Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif Persalinan Fisiologis Sebelum Dan Sesudah Pemberian Kompres Hangat Pada Abdomen Bawah', skripsi, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Widjanarko, B 2009, *Proses Persalinan Normal*, <<http://obfkumj.blogspot.com/2009/06/proses-persalinan-normal.html>>, diakses 15 April 2012.
- Wiknjosastro, et al (ed.) 2006, *Ilmu Kebidanan*, edisi 3, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Williams & Wilkins 2000, *Biokimia Kedokteran Dasar: Sebuah Pendekatan Klinis*, Alih bahasa Brahm U Pendit, EGC Jakarta.



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257  
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id>; e-mail: [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 21 Mei 2012

Nomor : 1461 /H3.1.12/PP/2012  
 Lampiran : 1 (satu) berkas  
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
 Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.  
 BPS Ny. Susanti Ngantru Tulungagung  
 di –  
 Tulungagung

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Khoerun Asna  
 NIM : 010810609B  
 Judul Skripsi : Pengaruh Kompres Hangat Pada Fundus Terhadap  
 Percepatan Persalinan Ibu Inpartu Primigravida Kala I  
 Fase Aktif

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Plt. Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep  
 NIP. 197904242006042002



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257  
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id>; e-mail: [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 21 Mei 2012

Nomor : 1461 /H3.1.12/PP/2012  
 Lampiran : 1 (satu) berkas  
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
 Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.  
 BPS Ny. Lilis Ngantru Tulungagung  
 di –  
 Tulungagung

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Khoerun Asna  
 NIM : 010810609B  
 Judul Skripsi : Pengaruh Kompres Hangat Pada Fundus Terhadap Percepatan Persalinan Ibu Inpartu Primigravida Kala I Fase Aktif

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Plt. Wakil Dekan I



Mira Yriharini, S.Kp.,M.Kep  
 NIP : 197904242006042002

## BIDAN

NY. Dwi Susanti, Amd. Keb

SIPB: 259/Dinkes/BD/VIII/2008

Desa PADANGAN Kec. NGANTRU

TULUNGAGUNG

TELP. (081)25995206

## SURAT IJIN PENELITIAN

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Unair Surabaya tanggal 21 Mei 2012 Nomor 1461/H3.1.12/PP/2012, kami menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

Nama : Khoerun Asna

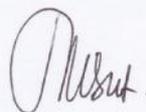
Nim : 010810609B

Judul : Pengaruh Kompres Hangat Pada Fundus Terhadap Percepatan  
Persalinan Ibu Inpartu Primigravida Kala I Fase Aktif

Telah melakukan pengambilan data dan penelitian di BPS Ny. Dwi Susanti, Amd. Keb Padangan Ngantru Tulungagung pada tanggal 15 Mei – 12 Juni 2012. Demikian surat ini dapat dipergunakan seperlunya atas kerjasamanya kami sampaikan terimakasih.

Tulungagung, 12 Juni 2012

Kepala BPS Ny. Dwi Susanti, Amd.Keb



Ny. Dwi Susanti

BIDAN

NY. LILIS PRIHATIN P, Amd. Keb

SIPB: 244 / Dinkes / BD / VIII / 2008

JALAN RAYA NGANTRU

TULUNGAGUNG

TELP. (081)13318203

## SURAT IJIN PENELITIAN

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Unair Surabaya tanggal 21 Mei 2012 Nomor 1461/H3.1.12/PP/2012, kami menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

Nama : Khoerun Asna

Nim : 010810609B

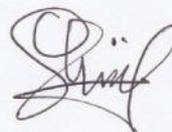
Judul : Pengaruh Kompres Hangat Pada Fundus Terhadap Percepatan  
Persalinan Ibu Inpartu Primigravida Kala I Fase Aktif

Telah melakukan pengambilan data dan penelitian di BPS Ny. Lilis Prihatin P,  
Amd. Keb Ngantru, Tulungagung pada tanggal 15 Mei – 12 Juni 2012.

Demikian surat ini dapat dipergunakan seperlunya atas kerjasamanya kami  
sampaikan terimakasih.

Tulungagung, 12 Juni 2012

Kepala BPS Ny. Lilis PP, Amd.Keb



Ny. Lilis Prihatin P

*Lampiran 3***LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Khoerun Asna

Nim : 010810609B

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, akan melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Kompres Hangat pada Fundus terhadap Percepatan Persalinan Ibu Inpartu Primigravida Kala I Fase Aktif”.

Saya mohon kesediaan Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian tersebut.

Adapun hal-hal yang perlu Ibu ketahui adalah:

1. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui apakah ada hubungan antara pemberian kompres hangat pada fundus terhadap percepatan persalinan.
2. Manfaat penelitian ini adalah sebagai upaya pencegahan terjadinya persalinan memanjang dengan metode non farmakologis.
3. Efek sampingnya akan memberikan sedikit rasa tidak nyaman pada ibu
4. Kerahasiaan informasi yang Ibu berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti karena hanya kelompok tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.
5. Peneliti tidak akan memungut biaya apapun dari Ibu.
6. Jika Ibu bersedia menjadi responden, silakan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden dan jika keberatan Ibu tidak akan dipaksa menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian surat permohonan saya, atas perhatian dan partisipasi Ibu saya ucapkan terimakasih.

Tulungagung, Mei 2012

Hormat saya

Khoerun Asna

*Lampiran 4***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden pada penelitian yang dilakukan oleh Sdri. Khoerun Asna, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan judul :

“Pengaruh Kompres Hangat pada Fundus terhadap Percepatan Persalinan Ibu Inpartu Primigravida Kala I Fase Aktif”.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Kode responden (diisi oleh peneliti) :
----------------------------------------

Tulungagung, Mei 2012

Yang menyetujui

(.....)

*Lampiran 5***LEMBAR PENGUMPULAN DATA**

No. Kode :

Berilah tanda “√” pada kotak jawaban yang anda pilih.

**I. Data Demografi**

1. Umur
- < 20 tahun
- 20-30 tahun
- 30-35 tahun
- > 35 tahun
2. Tingkat pendidikan
- Tidak sekolah
- SD
- SMP
- SMA
- Akademi / PT
3. Pekerjaan
- Tidak Bekerja
- PNS
- Swasta
4. Rencana kehamilan
- Direncanakan
- Tidak direncanakan

## 5. Kenaikan berat badan

 < 8 Kg 8-16 Kg 16-20Kg > 20 Kg

## 6. Dukungan sosial

 Suami/Ibu Kerabat Teman

*Lampiran 6***SATUAN OPERASIONAL PROSEDUR  
PROTAP KOMPRES HANGAT**

Protap pemberian kompres hangat pada fundus menurut wahyuni (2007) dari Aitman et al (2000). Fundamental and Adevance Nursing Skill, Canada: Dalmer Thomson Learning dengan modifikasi.

**1. Definisi**

Memberikan rasa hangat dengan menggunakan bantalan kompres yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan.

**2. Tujuan**

1. Memperlancar sirkulasi darah.
2. Mengurangi rasa sakit/nyeri
3. Meningkatkan kontraksi otot.
4. Merelaksasikan otot-otot yang tegang
5. Memberi ketenangan/kenyamanan pada pasien

**3. Prosedur**

Persiapan alat antara lain:

- Bantalan kompres
- Air bersuhu 40°C
- Termometer alkohol
- Handuk
- Alat pemanas air
- Termos air

### Pelaksanaan

- Panaskan air hingga bersuhu 40°C
- Rendam bantalan panas dalam air hingga suhunya 40°C
- Mempersiapkan klien dengan posisi miring kiri, jaga privasi dan informasikan tentang tindakan kompres hangat.
- Mencuci tangan
- Pasang bantalan kompres dengan hati-hati pada daerah tubuh yang tepat selama 20 menit
- Ganti bantalan kompres setiap 5 menit sekali untuk mempertahankan suhu



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : .....
2. Nama bidan : .....
3. Tempat Persalinan :  
 Rumah Ibu     Puskesmas  
 Polindes     Rumah Sakit  
 Klinik Swasta     Lainnya : .....
4. Alamat tempat persalinan : .....
5. Catatan :  rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk: .....
7. Tempat rujukan: .....
8. Pendamping pada saat merujuk :  
 Bidan     Teman  
 Suami     Dukun  
 Keluarga     Tidak ada

**KALA I**

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
12. Hasilnya : .....

**KALA II**

13. Episiotomi :  
 Ya, Indikasi .....
14. Pendamping pada saat persalinan  
 Suami     Teman     Tidak ada  
 Keluarga     Dukun
15. Gawat Janin :  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
16. Distosia bahu :  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : .....

**KALA III**

20. Lama kala III : .....menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?  
 Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan  
 Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?  
 Ya, alasan .....
23. Penegangan tali pusat terkendali ?  
 Ya,  
 Tidak, alasan .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV : .....  
 Penatalaksanaan masalah tersebut : .....  
 Hasilnya : .....

24. Masase fundus uteri ?  
 Ya.  
 Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak  
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :  
 a. ....  
 b. ....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak  
 Ya, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
27. Laserasi :  
 Ya, dimana .....
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4  
 Tindakan :  
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi  
 Tidak dijahit, alasan .....
29. Atoni uteri :  
 Ya, tindakan  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ..... ml
31. Masalah lain, sebutkan .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : .....

**BAYI BARU LAHIR :**

34. Berat badan .....gram
35. Panjang ..... cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :  
 Normal, tindakan :  
 mengeringkan  
 menghangatkan  
 rangsang taktil  
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :  
 mengeringkan     bebaskan jalan napas  
 rangsang taktil     menghangatkan  
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
 lain - lain sebutkan .....
39. Cacat bawaan, sebutkan :  
 Hipotermi, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
39. Pemberian ASI  
 Ya, waktu : .....jam setelah bayi lahir  
 Tidak, alasan .....
40. Masalah lain,sebutkan : .....  
 Hasilnya : .....

[HTTP://ahbidunisha.blogspot.com](http://ahbidunisha.blogspot.com)

Lampiran 8

**SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : ..... Umur Ibu : .....Th.  
 Hamil ke ..... Haid terakhir tgl. : .... Perkiraan persalinan tgl. : .....bl  
 Pendidikan ..... Ibu Suami .....  
 Pekerjaan : Ibu Suami .....

KEL. F.R.	II NO.	III Masalah/Faktor Risiko	IV SKOR	Tributan			
				I	II	III,1	III,2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I ≥ 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tanjakan tang/vakum	4					
	b. Uri drogoh	4					
	c. Diberi infus/transfusi	4					
	10. Pernah Operasi Sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hydramion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17. Lidak sunggang	8					
	18. Lidak lindung	8					
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre-eklampsia Berat/Kojang-kejang	8				
<b>JUMLAH SKOR</b>							

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA**

JML SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO		
			RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RDB	RDR	RTW
2	KTR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
>12	KRS	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'\* PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan  
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : ...../...../.....

**RUJUKAN DARI :** 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas  
**RUJUKAN DARI :** 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

**RUJUKAN DARI :**  
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB)/ Rujukan Dalam Rahim 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Terlambat (RTT)

**Gawat Obstetrik :**  
**Kel. Faktor Risiko I & II**  
 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....  
 6. ....  
 7. ....  
**Gawat Darurat Obstetrik :**  
**Kel. Faktor Risiko III**  
 1. Pendarahan antepartum  
 2. Eklampsia  
**Komplikasi Obstetrik**  
 3. Pendarahan postpartum  
 4. Uri Tertinggal  
 5. Persalinan Lama  
 6. Panas Tinggi

**TEMPAT :** 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan  
**PENOLONG :** 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain  
**MACAM PERSALINAN :** 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

**PASCA PERSALINAN :**  
**IBU :** 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab : a. Pendarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 ...  
**BAYI :** 1. Berat lahir : .... gram, Laki-2/Perempuan 2. Lahir hidup : Appar Skor : ..... 3. Lahir mati, penyebab ..... 4. Mati kemudian, umur .... hr, penyebab ..... 5. Kelainan bawaan : tidak ada/ada.....

**KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)**  
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab .....  
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

**KELUARGA BERENCANA :** 1. Ya, ...../Sterilisasi .....  
 2. Belum Tahu

**KATEGORI KELUARGA MISKIN :** 1. Ya 2. Tidak  
 Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan : .....

**\* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG**

KAB / KOTA .....

KEC. / PUSKESMAS : ..... / .....

**SEMUA IBU HAMIL MEMPUNYAI RISIKO**

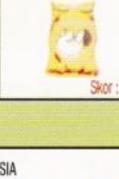
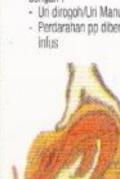
• Kehamilan Risiko Rendah (KRR)  
Ibu Hamil Tanpa Masalah

• Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)  
Ibu Hamil dengan Masalah / Faktor Risiko Tunggal / Ganda

**Semua Persalinan : KRR, KRT dan KRST dapat terjadi komplikasi**

Kel. FR. I ada Potensi Risiko / Potensi Gawat

Kel. FR. II ada Risiko / Ada Gawat / ada Tanda Bahaya

<p>1. Terlalu muda, hamil pertama umur 16 Th. Atau kurang</p>  <p><b>PRIMI MUDA</b> Skor : 4</p>	<p>2a. Terlalu lambat hamil I setelah kawin 4 tahun lebih</p>  <p><b>PRIMI TUA</b> Skor : 4</p>	<p>2b. Terlalu lambat hamil pertama umur 35 Th ke atas</p>  <p><b>PRIMI TUA</b> Skor : 4</p>	<p>11a. ANEMIA</p>  <p>Pucat, lemas badan, lekas letih dan lesu Skor : 4</p>	<p>11b. MALARIA</p>  <p>Paras tinggi menggigil, keluar keringat, sakit kepala, muntah-muntah Skor : 4</p>	<p>11c. TUBERKULOSA PARU</p>  <p>Batuk lama tidak sembuh-2, batuk darah, badan lemas, kurus Skor : 4</p>		
<p>3. Terlalu cepet punya anak lagi, terkecil &lt; 2 th</p>  <p><b>ANAK TERKECIL &lt;2 TH</b> Skor : 4</p>	<p>4. Terlalu lama punya anak lagi, terkecil 10 th lebih</p>  <p><b>PRIMI TUA SEKUNDER</b> Skor : 4</p>	<p>5. Terlalu banyak punya anak 4 atau lebih</p>  <p><b>GRANDE MULTI</b> Skor : 4</p>	<p>12. KERACUNAN KEHAMILAN PRE-EKLAMPSIA</p>  <p>Bengkak pada Muka dan Tangan; Tekanan Darah Tinggi; Albumin terdapat dalam air seni Skor : 4</p>	<p>13. HAMIL KEMBAR</p>  <p>Perut ibu sangat membesar. Gerakan anak terasa di banyak tempat Skor : 4</p>	<p>13. HYDROMNION/ KEMBAR AIR</p>  <p>Perut ibu sangat membesar. Gerakan dari anak tidak begitu terasa Skor : 4</p>		
<p>6. Terlalu tua, hamil umur 35 th atau lebih</p>  <p><b>UMUR 35 TH/LEBIH</b> Skor : 4</p>	<p>7. Terlalu pendek - Hamil pertama, hamil kedua atau lebih belum pernah melahirkan normal, cukup bulan hidup</p>  <p><b>TINGGI BADAN 145 CM ATAU KURANG</b> Skor : 4</p>	<p>8. Pernah gagal kehamilan / hamil ke-4 yang gagal, hamil ke-5 atau lebih gagal 2 kali / Terakhir lahir mati</p>  <p><b>RIWAYAT OBSTETRIK JELEK</b> Skor : 4</p>	<p>15. JANIN MATI DALAM KANDUNGAN</p>  <p>Ibu hamil tidak merasa gerakan anak lagi Skor : 4</p>	<p>16. HAMIL LEBIH BULAN (POST DATE/SEROTINUS)</p>  <p>Ibu hamil 9 bulan lebih 2 minggu belum melahirkan Skor : 4</p>	<p>17. LETAK SUNGSAng</p>  <p>Skor : 8</p> <p>18. LETAK LINTANG</p>  <p>Skor : 8</p>		
<p>9a. Pernah melahirkan dengan tarikan Tang / Vakum</p>  <p>Skor : 4</p>	<p>9b. Pernah melahirkan dengan : - Un dirongoh/Un Manual - Perdarahan pp diberi infus</p>  <p>Skor : 4</p>	<p>10. Pernah melahirkan dengan bayi dengan operasi sesar sebelum ini</p>  <p><b>BEKAS OPERASI SESAR</b> Skor : 4</p>	<p>Kel. FR. III ada Gawat Darurat</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="861 1534 1013 1702"> <p>19. PERDARAHAN</p>  <p>Mengeluarkan darah pada waktu hamil ini Skor : 6</p> </td> <td data-bbox="1021 1534 1332 1702"> <p>19. EKLAMPSIA</p>  <p>Terjadi kejang-kejang pada hamil 7 bulan lebih, pada ibu dengan keracunan kehamilan Skor : 8</p> </td> </tr> </table> <p><b>PUSAT SAFE MOTHERHOOD RSU Dr. SOETOMO / FK UNAIR SURABAYA</b> bekerjasama dengan: <b>Johnson &amp; Johnson Indonesia</b></p>			<p>19. PERDARAHAN</p>  <p>Mengeluarkan darah pada waktu hamil ini Skor : 6</p>	<p>19. EKLAMPSIA</p>  <p>Terjadi kejang-kejang pada hamil 7 bulan lebih, pada ibu dengan keracunan kehamilan Skor : 8</p>
<p>19. PERDARAHAN</p>  <p>Mengeluarkan darah pada waktu hamil ini Skor : 6</p>	<p>19. EKLAMPSIA</p>  <p>Terjadi kejang-kejang pada hamil 7 bulan lebih, pada ibu dengan keracunan kehamilan Skor : 8</p>						

*Lampiran 9***NPar Tests****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
VAR00001	14	2.0000	.96077	1.00	3.00
VAR00002	14	1.5000	.51887	1.00	2.00

**Mann-Whitney Test****Ranks**

	VAR00002	N	Mean Rank	Sum of Ranks
VAR00001	1.00	7	4.64	32.50
	2.00	7	10.36	72.50
	Total	14		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	VAR00001
Mann-Whitney U	4.500
Wilcoxon W	32.500
Z	-2.782
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.007 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: VAR00002

## Lampiran 10

## REKAP DATA UMUM DAN KHUSUS

No.	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Rencana Kehamilan	Kontraksi Uterus	Kenaikan BB	Dukungan Sosial	BB Bayi	Percepatan Persalinan
1	1	2	1	1	2	1	2	2	3
2	2	4	1	1	1	1	1	2	2
3	2	4	1	1	2	2	1	3	3
4	3	3	3	1	2	1	1	2	3
5	1	2	1	1	3	2	1	2	3
6	3	4	1	1	2	2	2	3	3
7	2	4	3	1	1	1	1	2	2
8	2	4	3	1	1	2	1	3	1
9	2	4	1	1	1	1	1	2	1
10	2	4	3	1	2	1	1	2	1
11	2	3	3	1	1	2	1	3	1
12	2	4	1	1	1	2	1	3	1
13	1	2	1	1	3	1	1	2	3
14	1	2	1	2	1	1	1	2	1

**Keterangan:****Ket. Responden**

1-7 = Kelompok kontrol  
8-14= Kelompok perlakuan

**Usia**

1= < 20 tahun  
2= 20-30 tahun  
3= 31-35 tahun  
4= > 35 tahun

**Pendidikan**

1= Tidak sekolah  
2= SD  
3= SMP  
4= SMA  
5= PT

**Pekerjaan**

1 = Tidak bekerja  
2 = PNS  
3 = Swasta

**Rencana Kehamilan**

1=Direncanakan  
2=Tidak direncanakan

**Kontraksi Uterus**

1=his 2-5 kali durasi >40 detik  
2=his 2-5 kali durasi 20-40 detik  
3=his 2-5 kali durasi <20 detik

**Kenaikan Berat Badan**

1 = < 8 kg  
2 = 8-16 kg  
3 = 17-20 kg  
4 = > 20 kg

**Berat Badan Bayi**

1 = < 2500  
2 = 2500-3000  
3 = 3000-3500  
4 = > 3500

**Dukungan Sosial**

1 = Suami/Ibu  
2 = Kerabat  
3 = Teman

**Percepatan persalinan**

1 = Cepat, garis pembukaan disebelah kiri garis waspada  
2 = Sesuai, garis pembukaan menempel garis waspada  
3 = Lambat, garis pembukaan disebelah kanan garis waspada

