

## PERBEDAAN LAMA PERSALINAN PADA PRIMIGRAVIDA DAN MULTIGRAVIDA

Ishmah Fatriyani<sup>1</sup>, Esti Nugraheny<sup>2</sup>

<sup>12</sup>Akademi Kebidanan Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta  
ishmah@gmail.com

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia yang mencapai 305/100.000 kelahiran hidup, yang salah satu penyebabnya yaitu kasus persalinan lama atau partus lama. Sehingga dapat menyebabkan *Morbiditas* dan menyumbang angka kematian ibu maupun bayi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan lama persalinan kala I fase laten, kala I fase aktif, dan kala II pada primigravida dan multigravida. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif menggunakan pendekatan retrospektif dengan jumlah populasi 189 responden. Jumlah sampel yang digunakan 175 responden dengan teknik pengambilam sampel *Purposive Sampling*. Tempat penelitian ini di Puskesmas Bambanglipuro bantul Yogyakarta. Instrument yang digunakan berupa rekam medis, dengan perhitungan data menggunakan distribusi frekuensi. **Hasil :** Diketahui rata-rata lama persalinan kala I fase laten pada primigravida terjadi dalam waktu 228 menit (3,8 jam) dengan pembukaan satu cm per 76 menit (1,2 jam), sedangkan pada multigravida terjadi selama 69 menit (1,15 jam) dengan pembukaan satu cm per 23 menit (0,3 jam). Pada kala I fase aktif pada primigravida terjadi selama 232 menit (3,8 jam) dengan pembukaan satu cm per 33 menit (0,55 jam), sedangkan pada multigravida terjadi dalam waktu 165 menit (2,75 jam) dengan pembukaan satu cm per 23,5 menit (0,39 jam). Pada kala II pada primigravida terjadi dalam waktu 21 menit (0,35 jam), dan pada multigravida terjadi dalam waktu 11 menit (0,18 jam). **Kesimpulan:** diketahui bahwa pada ibu primigravida lama persalinan kala I dan II terjadi dalam waktu rata-rata 481 menit (8,01 jam), dan pada multigravida terjadi dalam waktu rata-rata 245 menit (4,08 jam).

**Kata Kunci :** Lama persalinan, Kala I, Fase Laten, Fase Aktif, Kala II

### ABSTRACT

**Introduction:** The Maternal Mortality Rate (MMR) in Indonesia reaches 305 / 100,000 live births, one of which is the case of prolonged labor or prolonged labor. So that it can cause Morbidity and contribute to maternal and infant mortality. This study aims to determine the differences in the duration of labor for the first stage of the latent phase, the first stage of the active phase, and the second stage of labor in primigravidas and multigravidas. **Methods:** This study is a descriptive study using a retrospective approach with a population of 189 respondents. The number of samples used was 175 respondents with technique purposive sampling. The place of this research is in Puskesmas Bambanglipuro Bantul, Yogyakarta. The instrument used is a medical record, with data calculation using a frequency distribution. **Results:** It is known that the average latent phase of labor in primigravida occurs within 228 minutes (3.8 hours) with an opening of one cm per 76 minutes (1.2 hours), while in multigravidas it occurs for 69 minutes (1,15 hours) with an opening of one cm per 23 minutes (0.3 hours). In the first stage, the active phase in primigravida occurs for 232 minutes (3.8 hours) with an opening of one cm per 33 minutes (0.55 hours), while in multigravidas occurs within 165 minutes (2.75 hours) with an opening of one cm per 23.5 minutes (0.39 hours). Stage II in primigravida occurs within 21 minutes (0.35 hours), and in multigravidas occurs within 11 minutes (0.18 hours). **Conclusion:** It is known that for primigravida mothers the duration of labor for stage I and II occurs in an average time of 481 minutes (8.01 hours), and in multigravidas occurs in an average time of 245 minutes (4.08 hours).

**Keywords :** Duration of labor, Stage I, Latent Phase, Active Phase, Stage II

## PENDAHULUAN

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif di dunia masih rendah. Berdasarkan data dari *United Nations Children's Fund* (UNICEF) pada tahun 2015 hanya 39% bayi di bawah 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif di seluruh dunia, angka tersebut mengalami peningkatan pada tahun 2017 yaitu 40% (UNICEF, 2017).

Di Indonesia jumlah cakupan pemberian ASI eksklusif adalah 54,0%. Mengacu pada target renstra pada tahun 2017 yaitu 42%, maka secara nasional cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia kurang dari enam bulan sudah mencapai target (Kemenkes RI, 2017).

Menurut Dinas Kesehatan Yogyakarta tahun 2017, cakupan pemberian ASI eksklusif di Yogyakarta pada tahun 2017 sebesar 74,9%. Kondisi ini mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2016 yaitu 54,9%. Kondisi pemberian ASI Eksklusif terus meningkat dari tahun 2011 sampai tahun 2017. Pada tahun 2011 sebesar 35,5%, tahun 2012 39,7%, tahun 2013 46,4%, tahun 2014 50,6%, tahun 2015 52,9%, tahun 2016 54,9% dan tahun 2017 74,9% (Dinkes Yogyakarta, 2017).

Menurut Dinas Kesehatan Bantul tahun 2017, cakupan pemberian ASI Eksklusif di Kabupaten Bantul tahun 2017 sebesar 74,27%. Kondisi ini mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2016 sebesar 75,73%. Untuk wilayah Kecamatan Bantul pencapaian pemberian ASI Eksklusif sebesar 73% (Dinkes Bantul, 2017).

Pemberian ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI saja pada bayi tanpa diberikan tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, atau tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, biskuit, bubur susu, bubur biskuit, dan tim. Pengertian lain dari ASI eksklusif adalah pemberian ASI sedini mungkin setelah bayi lahir sampai berumur 6 bulan tanpa diberikan makanan atau minuman lain (Marmi, 2012).

Pemberian air susu ibu (ASI) pada bayi merupakan cara terbaik bagi peningkatan kualitas sumber daya manusia sejak dini yang akan menjadi penerus bangsa. ASI merupakan satu-satunya makanan yang sempurna dan terbaik bagi bayi karena mengandung unsur-unsur gizi yang dibutuhkan oleh bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal. Dengan memberikan ASI, maka itu berarti ibu telah memberikan kekebalan tubuh bagi bayinya (Marmi, 2012).

ASI memiliki banyak manfaat karena merupakan makanan yang mengandung gizi seimbang untuk bayi, serta mengandung zat kekebalan yang mampu mengurangi resiko bayi terjangkit penyakit. Zat kekebalan tubuh tersebut adalah immunoglobulin, dimana zat kekebalan yang tidak dimiliki oleh susu formula adalah kolostrum yang hanya diproduksi sampai hari kelima pasca persalinan. Pemberian cairan dan makanan lain selain ASI saat usia bayi kurang dari 6 bulan akan meningkatkan resiko masuknya bakteri penyebab diare (Marmi, 2013).

Bagi seorang ibu nifas, menyusui merupakan salah satu tugas perkembangan yang harus dilaluinya. Meskipun tidak semua ibu dapat melakukannya dengan baik dikarenakan berbagai kondisi, salah satunya karena ibu harus bekerja (Rejeki, 2008). Padahal, ASI memiliki banyak manfaat diantaranya adalah mencegah diare dan pneumonia yang merupakan dua penyakit penyebab kematian terbesar pada anak di dunia (WHO, 2010). Hasil studi dari 42 negara menunjukkan bahwa ASI Eksklusif memiliki dampak terbesar terhadap penurunan angka kematian yaitu 13%, dibanding dengan intervensi kesehatan masyarakat lainnya (Roesli, 2008).

Mengingat pentingnya pemberian ASI bagi tumbuh kembang yang optimal baik fisik maupun mental dan kecerdasannya, maka perlu perhatian agar dapat terlaksana dengan benar. Pemerintah mengeluarkan aturan dalam Peraturan

Pemerintah Republik Indonesia Nomo 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif pada pasal 6 berbunyi “Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya” (Kemenkes RI, 2015). Program Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI) khususnya ASI Eksklusif mempunyai dampak yang luas terhadap status gizi ibu dan bayi. Untuk mendukung pemberian ASI eksklusif, maka *World Health Association* (WHO) mencanangkan Pekan ASI Sedunia (PAS) yang dilaksanakan setiap tahun pada awal bulan Agustus. Dalam mendukung PAS 2016, Kementerian Kesehatan menyelenggarakan lomba Dengan ASI, Baduta Sehat, Ibu Bekerja Produktif yang diikuti oleh perwakilan dari beberapa propinsi di Indonesia. Melalui lomba tersebut, diharapkan dapat memotivasi ibu bekerja untuk tetap bersemangat memberikan ASI Eksklusif kepada bayi yang kita cintai (Kemenkes RI, 2017).

Namun pada kenyataannya, program yang telah dicanangkan belum sepenuhnya berhasil dilaksanakan di Indonesia. Upaya meningkatkan perilaku menyusui pada ibu yang memiliki bayi khususnya ASI eksklusif masih dirasa kurang. Permasalahannya ada pada sosial budaya, motivasi, pelayanan kesehatan dan kesadaran akan pentingnya ASI, yang tergantung dari tingkat pendidikan, pengetahuan, dan kepercayaan (Kartikasari, 2008).

Meskipun menyusui bayi sudah menjadi budaya Indonesia, namun praktek pemberian air susu ibu (ASI) masih buruk. Tingkat kesadaran masyarakat untuk memberikan air susu ibu (ASI) kepada bayinya masih sangat memprihatinkan. Data lain yang mendukung pernyataan di atas dilaporkan oleh Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan bahwa hanya 14% ibu di tanah air yang memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif kepada bayinya sampai 6 bulan. Rata-rata bayi di Indonesia hanya menerima ASI eksklusif kurang dari 2 bulan. Bayi yang mendapatkan ASI eksklusif sangat rendah dan diketahui

sebanyak 86% bayi mendapatkan makanan berupa susu formula, makanan padat, atau campuran antara ASI dan susu formula (Lestari, 2009).

Harus dipahami bahwa memberikan ASI kepada bayi, bukan saja memberikan kebaikan bagi bayi tapi juga keuntungan untuk ibu. Banyak manfaat yang bisa diperoleh bagi ibu maupun bayinya dengan pemberian ASI khususnya ASI Eksklusif. Salah satu keunggulan ASI adalah terdapat lebih dari 100 jenis zat gizi yang tidak terdapat dalam susu sapi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan anak. Sedangkan bagi ibu dapat menurunkan resiko perdarahan dan anemia serta menunda terjadinya kehamilan berikutnya (Marmi, 2013).

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif* dengan pendekatan waktu *retrospektif*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu nifas di Puskesmas Bantul II Yogyakarta yang berjumlah 50 orang yang diambil dari data bulan Juli-Desember 2018. Sampling menggunakan teknik *purposive sampling*, dan besar sampel dihitung menggunakan sampel minimal 30 orang.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah kuesioner. Kuesioner ini digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan ibu nifas dalam pemberian ASI Eksklusif dengan skala Guttman yang berisi pernyataan-pernyataan yang bersifat positif (*favorable*) dan negatif (*unfavorable*).

Kriteria Inklusi:

1. Semua ibu nifas yang melakukan kunjungan ulang di Puskesmas Bantul II tahun 2019 yang bersedia menjadi responden.
2. Ibu nifas yang bisa membaca dan menulis.

Kriteria Eksklusi:

1. Ibu nifas yang mengalami masalah seperti IUFD.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**1. Karakteristik Responden**

Karakteristik responden pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan usia, tinggi badan, paritas, presentasi janin, dan lamanya persalinan yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Σ	%
<b>Paritas</b>		
Primigravida	72	41.1
Multigravida	103	58.9
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>
<b>Umur</b>		
<20 tahun	2	1.1
20-35 tahun	160	91.4
>35 tahun	13	7.4
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>
<b>TB</b>		
<150 cm	47	26.9
≥150 cm	128	73.1

Karakteristik	Σ	%
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>
<b>Presentasi</b>		
Kepala	175	100
Bokong	0	0
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil multigravida melahirkan di Puskesmas Bambanglipuro sebanyak 103 orang (58,9%), sebagian besar ibu melahirkan berumur 20-35 tahun sebanyak 160 orang (91,4%), sebagian besar ibu melahirkan dengan tinggi badan lebih dari 150 cm sebanyak 128 orang (73,1%), dan seluruh ibu hamil yang melahirkan di Puskesmas Bambanglipuro dengan presentasi kepala sebanyak 175 orang (100%).

**2. Lama Persalinan Kala I Fase Laten**

Tabel 2 Distribusi Lama Persalinan Kala I Fase Laten

Paritas	60-210 menit		211-360 menit		361-480 menit		Mean (menit)	Median (menit)	Modus (menit)
	Σ	%	Σ	%	Σ	%			
Primigravida	21	29.2	48	66.7	3	2.9	228	225	240
Multigravida	103	100.0	0	0.0	0	0.0	69	60	90

Tabel 2 menunjukkan bahwa lama persalinan kala I fase laten pada primigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 211-360 menit sebanyak 48 orang (66,7%), sedangkan lama persalinan kala I fase laten pada multigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 60-120 menit sebanyak 103 orang (100%).

**3. Lama Persalinan Kala I Fase Aktif**

Tabel 3 Distribusi Lama Persalinan Kala I Fase Aktif

Paritas	45-190 menit		191-335 menit		336-480 menit		Mean (menit)	Median (menit)	Modus (menit)
	Σ	%	Σ	%	Σ	%			
Primigravida	28	38.9	31	43.1	13	18.1	232	225	120
Multigravida	63	61.2	40	38.8	0	0.0	165	150	90

Tabel 3 menunjukkan bahwa lama persalinan kala I fase aktif pada primigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 191-335 menit pada primigravida sebanyak 31 orang (41,3%), sedangkan lama persalinan kala I fase aktif pada multigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 45-190 menit sebanyak 63 orang (61,2%).

#### 4. Lama Persalinan Kala II

Analisis lama persalinan kala II ibu bersalin di Puskesmas Bambanglipuro Bantul sebagai berikut:

Tabel 4. Distribusi Lama Persalinan Kala II

Paritas	5-20 menit		21-50 menit		51-60 menit		Mean (menit)	Median (menit)	Modus (menit)
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%			
	Primigravida	42	58.3	29	40.3	1			
Multigravida	98	95.1	5	4.9	0	0.0	11	10	5

Tabel 4 menunjukkan bahwa lama persalinan kala II pada primigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 5-20 menit sebanyak 42 orang (58,3%), pada multigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 5-20 menit sebanyak 98 orang (95,1%).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil multigravida. Berdasarkan teori diketahui bahwa persalinan pada multigravida akan mengalami persalinan kala I fase laten selama 4,5 jam dengan pembukaan satu cm per 90 menit (1,5 jam), lebih cepat dibandingkan dengan primigravida yang lama persalinan kala I fase laten mencapai satu cm per 160 menit (2,5 jam). Pada multigravida lama persalinan kala I fase aktif terjadi selama 8,5 jam dengan pembukaan satu cm per 72,8 menit (1,2 jam), lebih cepat dibandingkan dengan primigravida yang lama persalinan kala I fase aktif mencapai 10 jam dengan pembukaan satu cm per 85,7 menit (1,4 jam). Pada multigravida lama persalinan kala II terjadi selama 1,5 jam sampai maksimal 2 jam, lebih cepat dibandingkan dengan primigravida yang mengalami persalinan kala II dengan lama persalinan 0,5 jam sampai maksimal satu jam (Prawirohardjo, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil yang melahirkan di Puskesmas Bambanglipuro berumur 20-35 tahun sebanyak 171 orang (91,4%). Berdasarkan teori usia 20-35 tahun merupakan usia yang sehat yang mana pada usia tersebut organ reproduksi sudah matang, dapat menekan resiko gangguan kesehatan baik pada ibu maupun janin, sedangkan pada usia yang

kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun ibu melahirkan pada primigravida dapat terjadi resiko seperti perineum kaku dan tidak elastis, hal tersebut akan menghambat lama persalinan pada kala II dan dapat meningkatkan resiko pada janin. Faktor umur dapat menjadi penyebab terjadinya berbagai komplikasi yang terjadi pada kehamilan dan persalinan, antara lain penyebab kelainan his, atonia uteri, plasenta previa dan yang lainnya (Prawirohardjo, 2010). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil di Puskesmas Bambanglipuro melahirkan dengan ukuran tinggi badan lebih dari 150 cm sebanyak 128 orang (73,1%).

Berdasarkan teori ibu yang memiliki tinggi badan kurang dari 150 cm maka dikategorikan sebagai perawakan pendek dan memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami kesulitan persalinan akibat panggul sempit, memiliki kemungkinan 2,4 kali mengalami CFD (Cephalopelvic Disporpotion) atau disporposi antara kepala bayi dengan panggul yang menyebabkan kesulitan bila persalinan dilakukan normal. Seringkali penyebabnya adalah kemacetnya bahu bayi saat melalui jalan lahir (distosia bahu) pada ibu dengan panggul sempit (Prawirohardjo, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh ibu hamil

yang melahirkan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul dengan presentasi kepala sebanyak 175 orang (100%). Berdasarkan teori presentasi kepala merupakan posisi terbaik untuk prestasi keberhasilan persalinan spontan, posisi ini memungkinkan janin dengan mudah melewati pintu panggul ibu dan hamper sebagian besar harapan untuk lahir secara spontan terpenuhi, dibandingkan dengan presentasi bokong yang merupakan kelainan letak atau posisi janin, yang dapat melahirkan dengan waktu yang lebih lama dari persalinan dengan presentasi kepala, bahkan dapat dilakukan operasi Caesar apabila ibu maupun janin dalam faktor resiko (Prawirohardjo, 2010).

Lama persalinan kala I fase laten lama pada primigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 211-360 menit sebanyak 48 orang (66,7%), sedangkan lama persalinan kala I fase laten pada multigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 60-120 menit sebanyak 103 orang (100%). Pada persalinan kala I fase laten pada primigravida memiliki rata-rata waktu persalinan selama 228 menit, sedangkan pada multigravida 69 menit. Sehingga pada penelitian ini diketahui bahwa selisih waktu rata-rata pada multigravida 159 menit lebih cepat dibandingkan dengan primigravida.

Hasil penelitian diketahui bahwa lama persalinan kala I fase laten pada primigravida terjadi selama rata-rata 228 menit dengan pembukaan satu cm setiap 76 menit (1,2 jam), sedangkan pada multigravida terjadi dengan rata-rata waktu 69 menit dengan pembukaan satu cm per 23 menit (0,3 jam) hasil ini tidak sesuai dengan teori dari Prawirohardjo (2010) yang menyatakan bahwa lama persalinan kala I fase laten terjadi dalam waktu selama delapan jam pada primigravida dengan pembukaan satu cm per 160 menit (2,5 jam) dan pada multigravida terjadi selama 4,5 jam

dengan pembukaan satu cm per 90 menit (1,5 jam).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Halimatussakdiah di RS Pemerintah Banda Aceh dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa lama persalinan kala I fase laten pada primigravida terjadi pada rata-rata waktu 3,5 sampai empat jam dengan pembukaan satu cm per 75 menit (1,25 jam) namun pada multigravida terdapat sedikit perbedaan dengan selisih rata-rata 21 menit, pada penelitian yang dilakukan oleh Halimatussakdiah memiliki waktu rata-rata waktu satu sampai 1,5 jam dengan pembukaan satu cm per 30 menit (0,5 jam) (Halimatussakdiah, 2017). Hal ini kemungkinan terjadi karena kala I fase laten terjadi pada awal permulaan his, sehingga pada kala I fase laten dapat terjadi lebih cepat dan mungkin lebih lambat, dan setiap ibu yang bersalin memiliki kekuatan his yang berbeda-beda (Wulandari, 2011).

Lama persalinan kala I fase aktif pada primigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 191-335 menit pada primigravida sebanyak 31 orang (41,3%), sedangkan lama persalinan kala I fase aktif pada multigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 45-190 menit sebanyak 63 orang (61,2%). Pada persalinan kala I fase aktif pada primigravida memiliki rata-rata waktu persalinan selama 232 menit (3,8 jam), sedangkan pada primigravida 165 menit (2,7 jam). Sehingga pada penelitian ini diketahui bahwa selisih waktu rata-rata pada multigravida 67 menit lebih cepat dibandingkan dengan primigravida.

Hasil penelitian diketahui bahwa lama persalinan kala I fase laten pada primigravida terjadi selama rata-rata 232 menit (3,8 jam) dengan pembukaan satu cm setiap 33 menit (0,55 jam), sedangkan pada multigravida terjadi dengan rata-rata waktu 165 menit (2,75

jam) dengan pembukaan satu cm per 23,5 menit (0,39 jam) hasil ini tidak sesuai dengan teori dari Prawirohardjo (2010) yang menyatakan bahwa lama persalinan kala I fase aktif terjadi dalam waktu selama 10 jam pada primigravida dengan pembukaan satu cm per 85,7 menit (1,4 jam) dan pada multigravida terjadi selama 8,5 jam dengan pembukaan satu cm per 72,8 menit (1,2 jam).

Namun hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Halimatussakdiah di RS Pemerintah Banda Aceh dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa lama persalinan kala I fase laten pada primigravida terjadi pada rata-rata waktu 3,5 sampai empat jam dengan pembukaan satu cm per 30 menit (0,5 jam) namun pada multigravida terdapat sedikit perbedaan dengan selisih rata-rata 60 menit, pada penelitian yang dilakukan oleh Halimatussakdiah memiliki waktu rata-rata waktu satu sampai 1,5 jam dengan pembukaan satu cm per 15 menit (0,25 jam) (Halimatussakdiah, 2017). Hal ini kemungkinan terjadi karena frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam 10 menit (Manjoer & Arif, 2009), posisi ibu selama kala I fase laten juga dapat memberikan pengaruh turunta kepala bayi sehingga dapat mempengaruhi pertambahan jumlah pembukaan serviks (Chopra, 2006).

Lama persalinan kala II pada primigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 5-20 menit sebanyak 42 orang (58,3%), pada multigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 5-20 menit sebanyak 98 orang (95,1%). Pada lama persalinan kala II pada primigravida memiliki rata-rata waktu 21 menit (0,35 jam), sedangkan pada multigravida memiliki rata-rata waktu 11 menit (0,18 jam). Sehingga pada penelitian ini

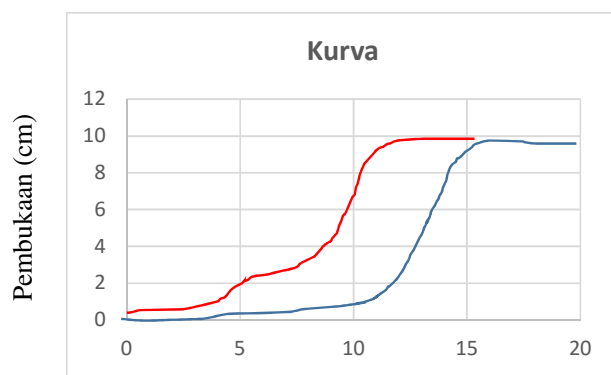
diketahui bahwa selisih waktu rata-rata pada multigravida 10 menit lebih cepat dibandingkan dengan primigravida.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori dari Prawirohardjo (2010) yang menyatakan bahwa rata-rata lama persalinan pada primigravida yaitu 50 menit sampai maksimal dua jam, sedangkan pada multigravida memiliki rata-rata 20 menit sampai maksimal satu jam. Hasil penelitian ini juga tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Halimatussakdiah yang dilakukan di RS Pemerintah Banda Aceh pada tahun 2017 dengan hasil penelitian lama persalinan rata-rata pada primigravida 30 menit dan 15 menit pada multigravida. Hal ini kemungkinan karena terdapat hal-hal yang mempengaruhi ibu mengenai kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan, seperti latihan relaksasi, cara mengejan yang benar, posisi persalinan, dukungan dari suami dan keluarga, yang dapat memotivasi ibu hingga ibu merasa percaya diri dan melancarkan proses persalinan (Halimatussakdiah, 2010). Hal ini kemungkinan terjadi karena ibu yang sudah mempunyai pengalaman cara mengejan yang benar, posisi persalinan, dan adanya his yang adekuat saat pembukaan terdeteksi lengkap diikuti pecahnya ketubuh, kemudian tidak adanya hambatan selama proses persalinan kala II seperti adanya lilitan tali pusat (Murray & Huelsmann, 2013).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada persalinan primigravida kala I fase laten terjadi dalam waktu rata-rata 228 menit (3,8 jam), pada multigravida lama kala I fase laten terjadi dalam waktu rata-rata 69 menit (1,15 jam), berbeda dengan teori sebelumnya dari Prawirohardjo (2010) bahwa lama persalinan kala I fase laten pada primigravida terjadi selama 480 menit (8 jam) dan pada multigravida terjadi selama 270 menit (4,5 jam).

Hasil penelitian lama persalinan kala I fase aktif pada primigravida terjadi dalam waktu rata-rata 232 menit (3,8 jam), pada multigravida lama kala I fase aktif terjadi dalam waktu rata-rata 165 menit (2,75 jam), berbeda dengan teori sebelumnya bahwa lama persalinan kala I fase aktif terjadi dalam waktu 600 menit (10 jam) pada primigravida, dan 510 menit (8,5 jam) pada multigravida.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama persalinan kala II pada primigravida terjadi dalam waktu rata-rata 21 menit (0,35 jam), pada multigravida terjadi dalam waktu rata-rata 11 menit (0,18 jam), berbeda dengan teori sebelumnya bahwa lama kala II pada primigravida terjadi dalam waktu rata-rata 50 menit sampai maksimal dua jam, dan pada multigravida terjadi dalam waktu rata-rata 20 menit sampai maksimal satu jam. dan multigravida terdapat pergeseran pada lama pembukaan, pada primigravida kala I fase laten pembukaan terjadi setiap satu cm per 2,5 jam menjadi satu cm per 1,4 jam pada kala I fase aktif, sedangkan pada multigravida kala I fase laten pembukaan terjadi setiap 1,5 cm per jam menjadi 1,2 cm per jam pada kala I fase aktif.



Waktu (jam)

Ket : — : Kurva Friedman  
 — : Kurva Hasil Penelitian

**KESIMPULAN**

Karakteristik ibu hamil yang melahirkan di Puskesmas Bambanglipuro sebagian besar ibu hamil *multigravida* sebanyak 103 orang (58,9%), sebagian besar ibu melahirkan berumur 20-35 tahun sebanyak 160 orang (91,4%), sebagian besar ibu melahirkan dengan tinggi badan lebih dari 150 cm sebanyak 128 orang (73,1%), dan seluruh ibu hamil yang melahirkan di Puskesmas Bambanglipuro dengan presentasi kepala sebanyak 175 orang (100%).

Lama persalinan kala I fase laten pada primigravida dan multigravida yang melahirkan di Puskesmas Bambanglipuro, pada primigravida rata-rata lama persalinan kala I fase laten 228 menit (3,8 jam) setara dengan satu cm memakan waktu 76 menit (1,2 jam), sedangkan pada multigravida rata-rata lama persalinan kala I fase laten 69 menit (1,1 jam) setara dengan satu cm memakan waktu 23 menit (0,38 jam).

Lama persalinan kala I fase aktif pada primigravida dan multigravida yang melahirkan di Puskesmas Bambanglipuro, pada primigravida rata-rata lama persalinan kala I fase aktif 232 menit (3,8 jam) setara dengan satu cm memakan waktu 33,1 menit (0,55 jam), sedangkan pada multigravida rata-rata lama persalinan kala I fase aktif 165 menit (2,7 jam) setara dengan satu cm memakan waktu 23,5 menit (0,39 jam).

Lama persalinan kala II pada primigravida dan multigravida yang melahirkan di Puskesmas Bambanglipuro, pada primigravida rata-rata lama persalinan kala II 21,8 menit (0,35 jam), sedangkan pada multigravida rata-rata lama persalinan kala II 11 menit (0,1 jam).

**DAFTAR PUSTAKA**

Bantul, D. (2017). *Profil Kesehatan Bantul 2017*.  
 Hutomo, C. S. (2009, Agustus). Hubungan Antara Paritas Dengan Kejadian Ruptur Perineum Spontan DI RSUD Kota Surakarta. *KTI*, 1.



- Halimatussakdiah, (2017). Lamanya Persalinan Kala I dan II Pada Ibu Multipara Dengan Apgar Score Bayi Baru Lahir
- Kemenkes, R. (2016). *Profil kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Liu, D. (2008). *Manual Persalinan (Labour Ward Manual) Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Manjoer, & Arif. (2009). *Kapita Selekta Kedokteran Volume 1*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Manuaba, C. (2008). *Gawat-Darurat Obstetri-Ginekologi & Obstetri-Ginekologi Sosial untuk Profesi Bidan*. Jakarta: EGC.
- Marmi. (2012). *Intranatal care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Murray, L. M., & Huelsmann, M. G. (2013). *Persalinan & Melahirkan : Praktik berbasis Bukti*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Pasiowan, S., Lontaan, A., & Rantung, M. (2015). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Robekan jalan Lahir Pada Ibu Bersalin. *Jurnal Ilmiah Bidan Volume 3 No.1*.
- Prawirohardjo. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono.
- Setiowati, W. (2017). Hubungan Antara Paritas Dengan Kejadian Rupture Perineum. *Jurnal Darul Azhar Vol.4 No.1*, 38.
- Sulistiyawati, A., & Nugraheny, E. (2013). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suradi, R., & Yanuarso, B. P. (2000). Sari Pediatri. *Metode Kanguru Sebagai Pengganti Inkubator, Untuk Bayi Berat Lahir Rendah*, 29-35.
- Suririnah. (2008). *Buku Pintar Kehamilan & Persalinan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Varney, H. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan : Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Wiknjosastro, H. (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.