

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Kasus**

##### **1. Persalinan Normal**

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37- 42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala berlangsung dalam 18-24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu ataupun pada janin (Wiknjosastro, 2018). Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (FK UNPAD, 2016).

Persalinan normal menurut IBI adalah persalinan dengan presentasi janin belakang kepala yang berlangsung secara spontan dengan lama persalinan dengan batas normal, tanpa intervensi (penggunaan narkotik, epidural, oksitosin, percepatan persalinan, memecahkan ketuban dan episiotomi), beresiko rendah sejak awal persalinan hingga partus dengan masa gestasi/ usia kehamilan 37-42 minggu (Indrayani Dan Moudy E, 2016).

##### **2. Tahapan Persalinan**

###### ➤ Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif

###### a. Fase laten persalinan

- Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
- Pembukaan servix kurang dari 4 cm
- Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam

###### b. Fase aktif persalinan Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi

- Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- Servix membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
- Terjadi penurunan bagian terendah janin

#### ➤ Fisiologi Kala I

##### a. Uterus

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus. Selagi uterus berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik.

##### b. Serviks

Sebelum onset persalinan, serviks berubah menjadi lembut:

- Effacement (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah – ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh
- Dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi/diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm
- Blood show (lendir show) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari servik

➤ Kala II

- a. Pengertian Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.
- b. Tanda dan gejala kala II

Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah

- 1) Ibu ingin meneran
- 2) Perineum menonjol
- 3) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- 4) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- 5) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- 6) Pembukaan lengkap (10 cm )
- 7) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam
- 8) Pemantauan
  - a) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
  - b) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi
  - c) Kondisi ibu sebagai berikut:

Kemajuan Persalinan Tenaga Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus (kontrol tiap 10 menit )

- Frekuensi
- Lamanya
- Kekuatan

Kondisi pasien Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respons keseluruhan pada kala II:

- Keadaan dehidrasi
- Perubahan sikap/perilaku
- Tingkat tenaga (yang memiliki)

### Kondisi janin penumpang

- Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran
- Penurunan presentasi dan perubahan posisi
- Warna cairan tertentu

### ➤ Fisiologi Kala II

1. His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 -100 detik, datangnya tiap 2-3 menit
2. Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuningkuningan sekonyong-konyong dan banyak
3. Pasien mulai mengejan
4. Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka
5. Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “Kepala membuka pintu”
6. Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan subocciput ada di bawah symphysis disebut “Kepala keluar pintu”
7. Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada commissura posterior. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut
8. Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan
9. Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir

10. Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah 11. Lama kala II pada primi kurang lebih 50 menit pada multi kurang lebih 20 menit

➤ Kala III

- a. Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban
- b. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit
- c. Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta
- d. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan
- e. Tanda-tanda pelepasan plasenta :
  - Perubahan ukuran dan bentuk uterus
  - Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
  - Tali pusat memanjang
  - Semburan darah tiba tiba

➤ Fisiologi Kala III

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu

seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.

Tanda-tanda dari Pelepasan Plasenta:

- Semburan darah
- Peregangan tali pusat
- Perubahan dalam posisi uterus:uterus naik di dalam abdomen

Pemantauan Kala III

- a. Palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua. Jika ada maka tunggu sampai bayi kedua lahir
- b. Menilai apakah bayi beru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera

➤ Kala IV

- a. Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu
- b. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung
- c. Masa 1 jam setelah plasenta lahir
- d. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil,perlu dipantau lebih sering
- e. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini
- f. Observasi yang dilakukan :
  - Tingkat kesadaran penderita.
  - Pemeriksaan tanda vital.
  - Kontraksi uterus.
  - Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400- 500cc.

➤ Fisiologi Kala IV

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara

anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

#### Tujuh (7) Langkah Pemantauan Yang Dilakukan Kala IV

a. Kontraksi rahim Kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaan fundus uteri akan terasa keras. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri.

b. Perdarahan

Perdarahan: ada/tidak, banyak/biasa

c. Kandung kencing Kandung kencing: harus kosong, kalau penuh ibudiminta untuk kencing dan kalau tidak bisa lakukan kateterisasi. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

d. Luka-luka: jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Derajat laserasi perineum terbagi atas :

- Derajat I Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada derajat I ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan
  - Derajat II Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur
  - Derajat III Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot spingter ani external
  - Derajat IV Derajat III ditambah dinding rectum anterior
  - Pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus
- e. Uri dan selaput ketuban harus lengkap
- f. Keadaan umum ibu: tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit

1) Keadaan Umum Ibu

- Periksa Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi itu tidak stabil pantau lebih sering
- Apakah ibu membutuhkan minum
- Apakah ibu akan memegang bayinya

2) Pemeriksaan tanda vital.

3) Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri: Rasakan apakah fundus uteri berkontraksi kuat dan berada dibawah umbilicus. Periksa fundus:

- 2-3 kali dalam 10 menit pertama
- Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan.
- Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan
- Masage fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi(6)

Tanda – tanda Permulaan Persalinan

1) Tanda – tanda permulaan persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan sebelum terjadi persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya, wanita memasuki “bulan-nya” atau “minggu-nya” atau hari-nya. Yang disebut kala pendahuluan. Kala pendahuluan memberikan tanda-tanda sebagai berikut (Mochtar, 2017):

- a) Lightening atau settling atau dropping, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas.
- b) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.3
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin.
- d) Perasaan nyeri di perut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut ”false labor pains”. Serviks menjadi lembek; mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (bloodyshow).

2) Tanda – tanda timbulnya persalinan (inpartu)

Pada fase ini sudah memasuki tanda – tanda inpartu:

- a) Terjadinya his persalinan



His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim yang dimulai pada 2 face maker yang letaknya di dekat cornu uteri. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (fundal dominance), kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45 – 60 detik. Pengaruh his ini dapat menimbulkan desakan didaerah uterus (meningkatkan) terjadi penurunan janin, terjadi penebalan pada dinding korpus uterus, terjadi peregangan dan penipisan pada istmus uteri, serta terjadinya pembukaan pada kanalis servikalis.

His persalinan memiliki sifat sebagai berikut:

- Pinggang terasa sakit dan mulai menjalar ke depan.
- Teratur dengan interval yang makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- Penambahan aktivitas (seperti berjalan) maka his tersebut semakin meningkat.

b) Keluarnya lendir bercampur darah (show)

Lendir ini berasal dari pembukaan kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darahnya disebabkan oleh robeknya pembuluh dara waktu serviks membuka.

c) Terkadang disertai ketuban pecah

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila persalinan tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau sectio caesarea.

d) Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur – angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas (Sari & Rimandini, 2014). Untuk rasa sakit yang dirasakan oleh wanita pada saat menghadapi persalinan berbeda-beda tergantung dari rasa sakitnya, akan tetapi secara umum wanita yang akan mendekati persalinan akan merasakan:

Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur; keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks; pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada; pengeluaran lendir dan darah; dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan kapiler pembuluh darah pecah. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan berlangsung dalam waktu 24 jam (Rukiyah et al., 2009).

e) Mekanisme persalinan menurut (Mutmainnah, Annisa Ui, Herni Johan, 2017) mekanisme persalinan yaitu :

- Penurunan Kepala/denensus

Pada primigravida, masuknya kepala janin kedalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala kedalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Bila sutura sagitalis terdapat di tengah tengah jalan lahir tepat di antara simpisis dan promontorium maka disebut sinklitismus. Sinklitismus os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak di depan mendekati simpisis atau agak kebelakang mendekati promontorium, maka di katakan kepala dalam keadaan asinklitismus

Ada 2 jenis asinklitismus, yaitu :

- a) Asinklitismus anterior, Bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang
- b) Asinklitismus posterior, Bila sutura sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan. Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dan segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong kedalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan intra uterine, kekuatan mengejan atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan anak. Pada Posisi Persalinan setengah duduk jalan lahir yang akan ditempuh bayi untuk bisa keluar jadi lebih pendek dan suplai oksigen dari ibu janin juga akan dapat berlangsung secara maksimal. Selain itu, anda juga akan mendapatkan bantuan gaya gravitasi walaupun hanya sedikit dan posisi ini tidak akan mengganggu dalam epidural, pemasangan infus, dan cateter, Sedangkan pada posisi miring Peredaran darah bayi dan ibu bisa berjalan dengan lancar, pengiriman oksigen dalam darah ibu ke janin melalui plasenta juga tidak akan terganggu sehingga pada proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan. Selain itu, juga dapat menjaga denyut jantung janin stabil selama kontraksi.

- Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini dagu dibawa lebih dekat kearah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun ubun besar hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboksipito bregmatika (9,5) menggantikan diameter suboksipito frontalis ( 11 cm) sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal. Ada beberapa teori

yang menjelaskan mengapa fleksi bisa terjadi. Fleksi ini disebabkan karena anak di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding panggul atau dasar panggul, akibat dari keadaan ini terjadi fleksi.

- Putar Paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar kedepan ke bawah bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kearah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul

- Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun ubun kecil berada dibawah simpisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini di sebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melewatinya. Kalau kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. Sub Oksiput yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadipusat pemutaran. Maka lahirlah berturut turut pada pinggir atas perineum : ubun ubun besar, dahi, hidung, mulut dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi

- Putaran Paksi Luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Didalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggu yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah

panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber isciadika sepihak

- Ekspulsi

Setelah putar paksi luar, bahu depan sampai dibawah simpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi di lahirkan searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan kontaksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat dan janin dengan ukuran yang rata rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul, dan persalinan tidak begitu panjang, tetapi pada kira-kira 5-10 % kasus, keadaan yang menguntungkan ini tidak terjadi. Sebagai contoh kontraksi yang buruk atau fleksi kepala yang salah satunya atau keduanya, rotasi mungkin tidak sempurna atau mungkin tidak terjadi sama sekali, khususnya kalau jalan besar.

## **B. Konsep Penerapan Persalinan Setengah Duduk**

### **1. Posisi Persalinan Dengan Teknik Setengah Duduk**

Biasanya pada posisi ini ibu akan duduk dengan punggung bersandar pada bantal, kaki ditekuk, dan paha dibuka kearah samping dan posisi ini mungkin bisa membuat ibu nyaman (Mutmainnah, Annisa Ui, Herni Johan, 2017)

- a. Keuntungan : Jalan lahir yang akan ditempuh bayi untuk bisa keluar jadi lebih pendek dan suplai oksigen dari ibu janin juga akan dapat berlangsung secara maksimal. Selain itu, anda juga akan mendapatkan bantuan gaya gravitasi walaupun hanya sedikit dan posisi ini tidak akan mengganggu dalam epidural, pemasangan infus, cateter (Mutmainnah, Annisa Ui, Herni Johan, 2017)
- b. Kekurangannya : Posisi ini dapat menimbulkan keluhan lelah dan rasa sangat pegal dan punggung. Dapat menimbulkan forceps dan vacuum, serta dapat meningkatkan tekanan pada perineum yang dapat menimbulkan resiko robek jika tenaga kesehatan tidak mengontrol posisi ibu dengan maksimal (Mutmainnah, Annisa Ui, Herni Johan,

2017). Titik berat berada pada tulang sacrum, sehingga tulang ekor akan terdorong ke depan dan akan menyebabkan rongga menjadi lebih sempit (Kuswanti, 2017)

## **2. Komplikasi posisi persalinan setengah duduk**

Posisi ini bisa menyebabkan keluhan pegal di punggung dan kelelahan, apalagi kalau proses persalinannya lama dan Tekanan pada tulang sacrum dan koksigis mengganggu gerakan sandi panggul.

## **C. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus Tersebut**

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia nomor 17 tahun 2023, pasal 199 ayat 4 yang berbunyi Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf C terdiri atas bidan vokasi dan bidan profesi (Presiden RI, 2023).

Pasal 273

1. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak:
  - a. Mendapatkan perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi, serta kebutuhan Kesehatan Pasien;
  - b. Mendapatkan informasi yang lengkap dan benar dari pasien atau keluarganya;
  - c. Mendapat gaji atau upah, imbalan jasa, dan tunjangan kinerja yang layak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - d. Mendapatkan perlindungan atas keselamatan, kesehatan kerja, dan keamanan;
  - e. Mendapatkan jaminan kesehatan dan jaminan ketenaga kerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

- f. Mendapatkan perlindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai social budaya;
  - g. Mendapatkan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - h. Mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pengembangan kompetensi, keilmuan dan karier di bidang keprofesiannya;
  - i. Menolak keinginan pasien atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, kode etik, atau ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - j. Mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dapat menghentikan Pelayanan Kesehatan apabilamemperoleh perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai sosial budaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf F termasuk tindakan kekerasan, pelecehan, dan perundungan.

#### Pasal 274

Tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib :

1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan pasien;
  - a. Memperoleh persetujuan dari pasienatau keluarganya atas tindakan yang akan di berikan;
  - b. Menjaga rahasia kesehatan pasien;
  - c. Membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan

- d. Merujuk pasien ke tenaga medis atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai.

Pasal 275

- a. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik pada fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada pasien dalam keadaan Gawat Darurat dan/atau pada bencana.
- b. Tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kedisabilitas seseorang pada keadaan Gawat Darurat dan/atau pada bencana dikecualikan dari tuntutan ganti rugi.

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan (permenkes) nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan. (Kemenkes, 2017)

- a. Pasal 18 dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki wewenang untuk memberikan :
  - 1. Pelayanan kesehatan ibu
  - 2. Pelayanan kesehatan anak; dan
  - 3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b. Pasal 19
  - 1. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf A diberikan sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
  - 2. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan
  - 3. Memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bidan berwenang melakukan :
    - a) Episiotomi
    - b) Pertolongan persalinan normal
    - c) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
    - d) Penangan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;



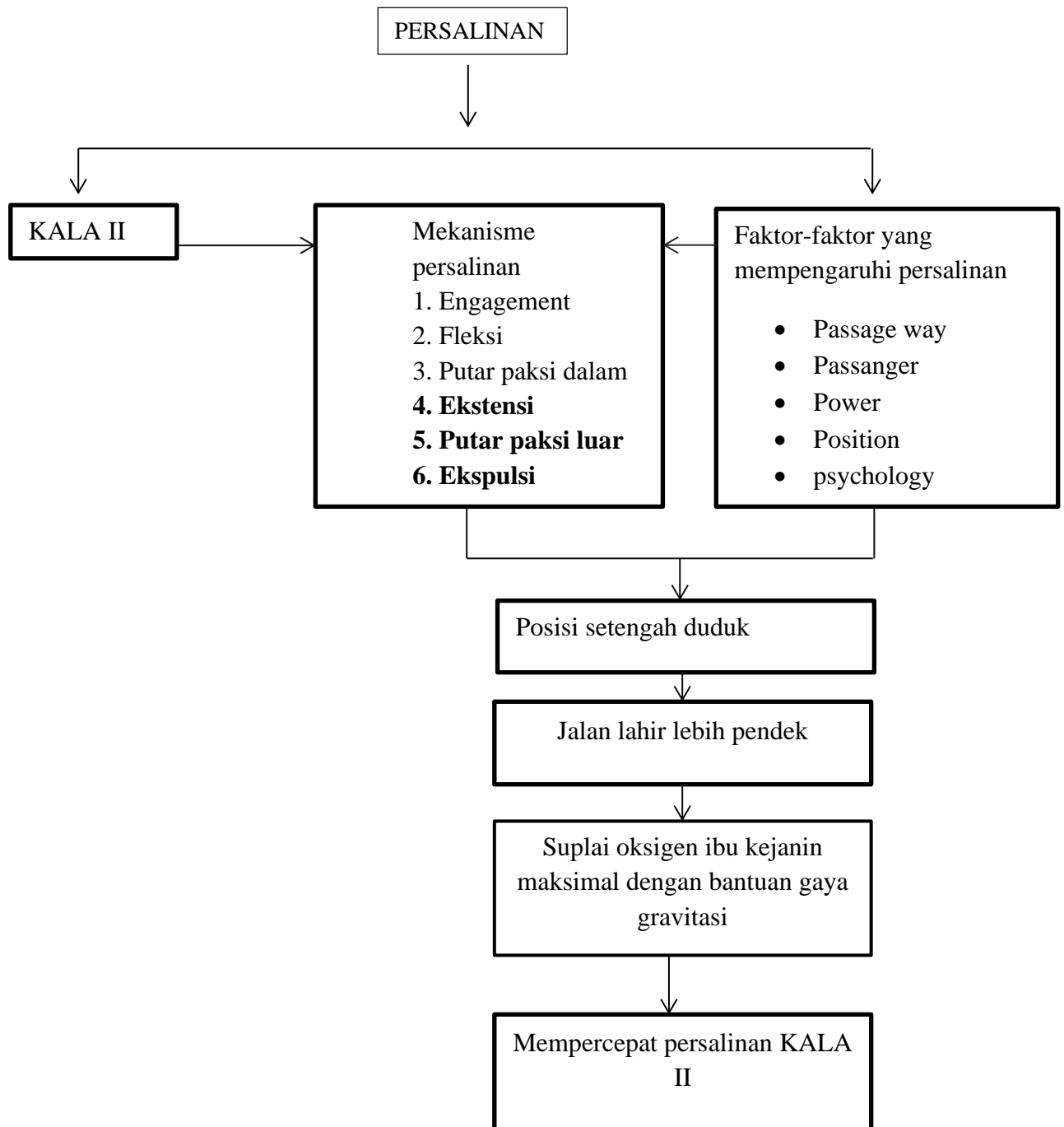
- e) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
  - f) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum; Penyuluhan dan konseling
  - g) Bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran,
- c. Pasal 22
- Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 18, bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan :
- 1) Penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/atau
  - 2) Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandate dari dokter.

### **Hasil penelitian terkait**

1. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Marida (2018) yang berjudul “Gambaran Posisi Ibu Bersalin Terhadap Percepatan Inpartu Kala II di BPS Wilayah Punggur” terhadap 21 orang ibu bersalin kala II, sebanyak 9 orang menggunakan posisi setengah duduk dan 7 diantaranya mengalami percepatan persalinan kala II.
2. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Winarti di RS. Sanglah Denpasar (2011) dengan kaitannya untuk mengetahui pengaruh posisi setengah duduk dengan kenyamanan ibu pada saat bersalin dari 102 ibu yang dijadikan sebagai responden sebanyak 86 ibu yang melakukan posisi setengah duduk. Dengan demikian didapatkan nilai  $p= 0,002$  yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yaitu ada hubungan antara posisi setengah duduk dengan kenyamanan ibu pada saat bersalin.
3. Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Rina Mariana (2014) di Puskesmas Siko Kota Ternate menunjukkan bahwa dari 82 ibu, yang melakukan posisi setengah duduk sebanyak 58 orang dan yang merasa nyaman pada saat bersalin sebanyak 24 orang. Dengan demikian penulis menyimpulkan bahwa ada hubungan antara posisi setengah duduk dengan kenyamanan ibu pada saat bersalin.
4. Studi penelitian yang dilakukan oleh Sri Arfani di Rumah Sakit Kartadi Semarang (2012) guna mengetahui apakah ada pengaruh posisi setengah

duduk dengan kenyamanan ibu pada saat bersalin yaitu dari 178 ibu didapatkan sebanyak 95 orang yang melakukan posisi setengah duduk. Oleh karena itu setelah melalui proses uji statistic didapatkan bahwa nilai  $p = 0,003$  yang berarti ada hubungan antara posisi setengah duduk dengan kenyamanan ibu pada saat bersalin.

### D. Kerangka Teori



Sumber: Hidayat,2016 dan Mutmainah, Annisa UI, Herni Johan,2017