

## **BAB II**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Persalinan**

##### **1. Definisi**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati. Yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Ari dkk,2010:4).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Beberapa pengertian lain dari persalinan spontan dengan tenaga ibu, persalinan buatan dengan bantuan, persalinan anjuran bila persalinan terjadi tidak dengan sendirinya tetapi melalui pacuan. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit (AsriHidayat dan Sujiantini,2010)

Ada beberapa teori tentang mulainya persalinan yaitu: penurunan kadar progesterone, teori oksitocin, peregangan otot-otot uterus yang berlebihan (*destended uterus*), pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Sebab terjadinya partus sampai saat ini masih merupakan teori-teori yang kompleks, factor-faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, siklus uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor yang mengakibatkan partus mulai. Perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dari berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone (Asri Hidayat dan Sujiyanti,2010)

Persalinan dimulai bila ibu sudah dalam inpartu (saat uterus berkontraksi menyebabkan perubahan pada serviks membuka dan

menipis), berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Tanda dan gejala persalinan antara lain perasaan distensi berkurang (*lightening*), perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah, *blood show*, lonjakan energy, dan gangguan pada saluran cerna (Asri Hidayat dan Sujiyanti,2010). Tahapan persalinan terdiri dari :

a) Persalinan kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

Fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, pembukaan serviks kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung hingga dibawah 8 jam.

Pada fase aktif persalinan frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), serviks membuka dari empat ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan satu cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadi penurunan bagian terbawah janin. Fase aktif dibagi 3, fase akselerasi (dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm), fase dilatasi maksimal (dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm menjadi 9cm), dan fase deselerasi (pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap). Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetap fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek). Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primigravida dengan multigravida. (Asri Hidayat dan Sujiyantini,2010)

b) Persalinan kala II

Persalinan kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10) sampai bayi lahir. Perubahan fisiologi secara umum yang

terjadi pada persalinan kala II yaitu his menjadi lebih kuat dan sering (fetus axis pressure), timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul, perineum menonjol, vulva vagina dan spinter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir darah, dan lahirnya fetus. Diagnose kala II dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap dan terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina atau kepala janin yang sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm. proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (Asri Hidayat dan Sujiyanti,2010)

Adapun Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Menurut Sulistyawati (2013) faktor yang mempengaruhi persalinan adalah.

#### 1) Faktor Power (Kekuatan Ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksidari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (false labor pains), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi braxton hicks. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks.

His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan (Rohani, 2013).

Tenaga meneran ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya kebawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar.

Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar. Apabila dalam persalinan melakukan valsava maneuver (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma serviks.

## 2) Factor Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang ilium, tulang ishium, tulang pubis, dan tulang-tulang sakrum. Tulang ilium atau tulang usus merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul. Bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut krista iliaka. Ujung depan dan belakang krista iliaka yang menonjol yakni spina iliaka anterosuperior dan spina iliaka postesuperior. Terdapat benjolan tulang memanjang di bagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor, disebut linea inominata atau linea terminalis yang merupakan bagian dari pintu atas panggul. Tulang ishium atau tulang duduk terdapat di sebelah bawah tulang usus, sebelah samping belakang menonjol yang

disebut spina ichiadika. Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal (tuber ichiadika) yang berfungsi menopang badan saat duduk. Tulang pubis atau tulang kemaluan terdapat di sebelah bawah dan depan tulang ilium dengan tulang duduk dibatasi oleh foramen obturatorium. Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut ramus superior tulang pubis.

Di depan kedua tulang ini berhubungan melalui artikulasi atau sambungan yang disebut simfisis. Tulang sakrum atau tulang kelangkang yang terletak diantara kedua tulang pangkal paha. Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawah. Tulang sakrum terdiri dari 5 ruas tulang yang berhubungan erat. Permukaan depan licin dengan lengkungan dari atas ke bawah dan dari kanan ke kiri. Pada sisi kanan dan kiri di garis tengah terdapat lubang yang dilalui oleh saraf yang disebut foramen sakralia anterior. Tulang kelangkang yang paling atas mempunyai tonjolan besar ke depan yang disebut promontorium. Bagian samping tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pangkal paha melalui artikulasi sarco-iliaca. Ke bawah tulang kelangkang berhubungan dengan tulang tungging atau tulang koksigis. Tulang koksigis atau tulang tungging merupakan tulang yang berbentuk segitiga dengan ruas 3 sampai 5 buah yang menyatu. Pada tulang ini terdapat hubungan antara tulang sakrum dengan tulang koksigis yang disebut artikulasi sarco-koksigis. Diluar kehamilan artikulasi hanya memungkinkan mengalami sedikit pergeseran, tetapi pada kehamilan dan persalinan dapat mengalami pergeseran yang cukup longgar bahkan ujung tulang koksigis dapat bergerak ke belakang sampai sejauh 2,5 cm pada proses persalinan. Panggul memiliki empat bidang yang menjadi ciri khas dari jalan lahir yakni pintu atas panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang tersempit panggul, dan pintu bawah panggul. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan panjangnya 4,5 cm dan belakang 12,5 cm. Pintu atas panggul

menjadi pintu bawah panggul seolah-olah berputar 90 derajat terjadi pada bidang tersempit panggul. Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang tetapi dua bidang segitiga. Pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian dari pelvis minor yang terbentuk dari promontorium, tulang sakral, linea terminalis, dan pinggir atas simfisis. Jarak antara simfisis dan promontorium sekitar 11 cm. Yang disebut konjugata vera. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5 sampai 13 cm yang disebut diameter transversa. Bidang dengan ukuran terbesar atau bidang terluas panggul merupakan bagian yang terluas dan berbentuk seperti lingkaran. Bidang ini memiliki batas anterior yakni pada titik tengah permukaan belakang tulang pubis. Pada lateral sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium, sedangkan batas posterior pada hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga. Bidang dengan ukuran terkecil atau bidang tersempit panggul merupakan bidang terpenting dalam panggul yang memiliki ruang yang paling sempit dan di tempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari apeks sampai arkus subpubis melalui spina iliaca ke sakrum, biasanya dekat dengan perhubungan antara vertebra sakralis ke 4 dan ke 5. Bidang tersempit panggul memiliki batas-batas yakni pada tepi bawah simfisis pubis, garis putih pada fasia yang menutupi foramen obturatorium, spina iliaca, ligamentum sacrospinale, dan tulang sakrum. Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral dibatasi oleh tuberositas isik, dan di bagian posterior dibatasi oleh ujung koksigeum. Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium

- b) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simfisis
  - c) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi spina ischiadika
  - d) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis(Sulistyawati, 2013).
- 3) Factor Passanger (Janin dan Plasenta)

Perubahan mengenai janin sebagai passenger sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran, proses ini disebut molase (Sulistyawati, 2013)

Saat melakukan asuhan pada ibu, penolong harus waspada terhadap masalah dan penyulit yang mungkin terjadi. Perlu diingat bahwa menunda pemberian asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan resiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Selama persalinan berlangsung perlu pemantauan kondisi kesehatan ibu dan bayi dengan patograf. Patograf dirancang oleh suatu kelompok kerja informal yang meneliti hampir semua kerja yang dipublikasikan tentang patograf dan desainnya. Patograf WHO adalah hasil sintesis dari beberapa partograf yang telah disederhanakan (Asri Hidayat dan Sujiyanti,2010).

## **2. Kebutuhan fisiologis ibu bersalin**

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan baik dan lancar. Adapun kebutuhan ibu bersalin adalah sebagai berikut:

### **a. Kebutuhan oksigen**

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan oleh bidan, terutama kala I dan kala II, dimana oksigen

yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenisasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. (Fitriana,Widy Nurwiandani,2018).

b. Kebutuhan cairan dan nutrisi

Kebutuhan cairan dan nutrisi merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan. Asupan makanan yang cukup (makanan utama maupun makanan ringan) merupakan sumber dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energy untu sel-sel tubuh. Kadar gula darah yang rendah akan mengakibatkan hipoglikemia, sedangkan asupan cairan yang kurang akan mengakibatkan dehidrasi pada ibu bersalin. Pada ibu bersalin hipoglikemia dapat mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu maupun janin. Hal itu akan mempengaruhi kontraksi atau his, sehingga akan menghambat kemajuan persalinan dan meningkatkan insiden persalinan dan tindakan. (Fitriana, Widy Nurwiandani,2018).

c. Kebutuhan Eliminasi

Anjurkan ibu berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan. (Fitriana, Widy Nurwiandani,2018).

d. Kebutuhan Hygiene

Personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan relaks, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, mempertahankan integritas pada jaringan, dan memelihara kesejahteraan fisik serta psikis. Tindakan personal hygiene ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya: membersihkan daerah genetalia (vulva-vaginaanus), dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi. (Fitriana, Widy Nurwiandani,2018).

e. Kebutuhan Istirahat

Selama proses persalinan berlangsung, ibu bersalin harus tepat memenuhi kebutuhan istirahat yang cukup. Istirahat selama proses

persalinan yang dimaksud adalah bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relaks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. (Fitriana, Widy Nurwiandani,2018).

### **3. Sebab-sebab mulainya persalinan**

#### **a. Penurunan kadar progesterone**

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot Rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen didalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his. (Sondakh,2013)

#### **b. Teori Oxytocin**

Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah, oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot Rahim. (Sondakh,2013)

#### **c. Keregangan otot-otot**

Sepertihalnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya terenggang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan Rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot Rahim makin rentan. (Sondakh,2013)

#### **d. Pengaruh Janin**

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupanya juga memegang peranan oleh karena itu pada anencapalus kehamilan sering lebih lama dari biasanya. (Sondakh, 2013)

#### **e. Teori Prostaglandin**

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 yang diberikan secara intravena, intra dan extraaminal menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau sekama persalinan. (Sondakh, 2013)

#### 4. Tahapan Persalinan

##### a. Kala I atau kala pembukaan

Tahap ini dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Berdasarkan kemajuan pembukaan makal kala I dibagi menjadi sebagai berikut:

##### 1) Fase laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang sangat lambat yaitu dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

##### 2) Fase aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi berikut ini.

- a) Fase akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 3cm sampai 4cm yang dicapai dalam 2 jam.
- b) Fase dilatasi maksimal, yaitu fase pembukaan dari pembukaan 4cm sampai 9cm yang dicapai dalam 2 jam.
- c) Fase dekelerasi (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 9cm sampai 10cm selama 2 jam.

Tanda bahaya kala I dapat diketahui dari hasil anamnesis maupun observasi atau pengamatan kala I. Tanda bahaya tersebut meliputi keadaan ibu dan janin. Beberapa temuan tanda bahaya kala I dari hasil anamnesis dan pemeriksaan, antara lain:

- a) Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (show). Tindakan yang dilakukan yaitu dengan membaringkan ibu miring, pasang infuse RL atau rujuk segera dan damping.
- b) Ketuban pecah disertai dengan keluar meconium kental. Tindakan yang dilakukan yaitu dengan membaringkan ibu, pantau ketat DJJ, segera rujuk dan damping (membawa partus set dan pengisap de lee)
- c) Tanda-tanda atau gejala infeksi seperti temperature  $>38^{\circ}\text{C}$ , menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau. Tindakan yang dilakukan yaitu dengan membaringkan ibu, pasang infuse RL

ukuran vena catether 16/18 dengan dosis 125 cc/jam, segera rujuk dan damping.

- d) Tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg dan atau terdapat protein urine (preeklamsia). Tindakan yang akan dilakukan yaitu dengan membaringkan ibu miring, pasang infuse ukuran cactether 16/18,

#### b. Kala II

Pengeluaran tahap persalinan kala II ini dimulai dan pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. (Fitriana,Nurwiandani,2018)

#### **Pemantauan ibu**

Pada kala II, beberapa pemantauan yang dilakukan terhadap ibu, yaitu:

##### a. Kontraksi atau HIS

Selama kala II, kontraksi his terjadi secara singkat, kuat, dan sedikit lebih lama, yaitu sekitar 2 menit, lamanya 60-90 detik. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit. Dengan adanya his dalam persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- 1) Penipisan dan pembukaan. *Effacement* serviks adalah pemendekan dan penipisan serviks selama tahap pertama persalinan. Serviks yang dalam kondisi normal memiliki panjang 2-3 cm dan tebal sekitar 1cm, terangkat ke atas karena terjadi pemendekan gabungan otot uterus selama penipisan segmen bawah Rahim pada tahap akhir persalinan. Hal ini menyebabkan bagian ujung serviks yang tipis saja yang dapat diraba setelah *effacement* lengkap.
- 2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.
- 3) Terjadinya perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

Pada tahap persalinan kala II ini juga mengalami beberapa perubahan. Salah satunya, yaitu perubahan fisiologi. Beberapa perubahan fisiologi yang terjadi pada ibu bersalin kala II di antaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan tekanan darah selama proses persalinan.

- 2) Systole mengalami kenaikan 15 (10-20) mmHg.
- 3) Diastole mengalami kenaikan menjadi 5-10 mmHg.
- 4) His menjadi lebih kuat dan kontraksi terjadi selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- 5) Ketuban biasanya pecah pada kala ini dan ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan yang banyak.
- 6) Pasien mulai mengejan
- 7) Terjadi peningkatan metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob.
- 8) Terjadi peningkatan suhu badan ibu, nadi dan pernafasan.
- 9) Pasien mulai mengejan.
- 10) Poliuria sering terjadi.
- 11) Hb mengalami peningkatan selama persalinan sebesar 1,2 gr% dan akan kembali pada masa prapersalinan pada hari pertama pascapersalinan.
- 12) Terjadi peningkatan leukosit secara progresif pada awal kala II hingga mencapai ukuran jumlah maksimal.
- 13) Pada akhir kala II, sebagai tanda bahwa kepala bayi sudah sampai didasar panggul, perineum terlihat menonjol, vulva menganga, dan rectum terbuka.
- 14) Pada puncak his, bagian kepala sudah mulai nampak di vulva dan hilang lagi ketika his berhenti. Begitu seterusnya sampai kepala terlihat lebih besar. Kejadian ini biasa disebut dengan “kepala membuka pintu”

## **B. Posisi Meneran**

Posisi meneran adalah posisi yang bagi ibu bersalin. Ibu bersalin dapat berganti posisi secara teratur selama kala II. Pergantian posisi ini dapat mempercepat kemajuan persalinan. Pada saat melahirkan, seorang ibu bersalin akan merasa meneran secara efektif pada posisi tertentu yang dianggap nyaman padanya.

### 1. Tujuan posisi meneran

Selama proses persalinan, posisi meneran memiliki beberapa tujuan untuk ibu bersalin, diantaranya, memberi kenyamanan dalam proses persalinan, mempermudah proses persalinan, dan mempercepat proses kemajuan. Posisi meneran bagi ibu bersalin juga dapat mengurangi rasa sakit dan ketidaknyaman yang dirasakan. Selain itu, dapat mempersingkat lama kala II dan menghindari terjadinya persalinan yang harus ditolong dengan tindakan.

### 2. Macam-macam posisi meneran

Posisi meneran yang baik dan nyaman bagi ibu bersalin diantaranya adalah, sebagai berikut :

- a. Posisi litotomi
- b. Posisi setengah duduk
- c. Posisi miring
- d. Posisi jongkok
- e. Posisi merangkak
- a. Posisi litotomi

Sebuah posisi yang digunakan untuk persalinan yang dibantu, di mana ibu berbaring telentang dengan kaki terangkat dan terpisah, ditopang oleh sanggurdi.

Posisi litotomi adalah salah satu posisi kelahiran yang paling umum, terutama di rumah sakit karena merupakan salah satu posisi paling mudah bagi penolong persalinan terutama apabila Anda menggunakan epidural. Selama ini sebagian besar orang awam juga menganggap posisi ini posisi yang lazim. biasanya selalu menggunakan posisi ini. Akhirnya banyak orang awam berasumsi bahwa posisi litotomi digunakan karena telah terbukti menjadi posisi yang terbaik untuk ibu dan bayi, meskipun sebenarnya tidak. Karena sebenarnya posisi ini adalah posisi terburuk bagi persalinan, namun sayangnya posisi ini masih saja di digunakan di banyak rumah sakit. (Nika,2015).

Keuntungan Posisi Litotomi, yaitu secara psikologis, pilihan posisi melahirkan yang lazim dilakukan di tanah air ini membuat ibu merasa lebih mantap karena yang ada dalam persepsinya posisi melahirkan memang seperti itu. Posisi ini pun membuat dokter leluasa membantu proses persalinan karena jalan lahir menghadap ke depan. Dokter/bidan lebih mudah mengukur perkembangan pembukaan sehingga persalinan bisa diprediksi lebih akurat. Bila diperlukan tindakan episiotomi, dokter lebih leluasa melakukannya; hasil pengguntingan lebih bagus, terarah, dan sayatan bisa diminimalkan. Posisi kepala bayi pun lebih mudah dipegang dan diarahkan. Kekurangan posisi litotomi, yaitu:

- 1) Litotomi posisi lebih menyakitkan daripada posisi lainnya
- 2) Akses mudah ke perineum. (bidan sering melihat ini sebagai keuntungan, tapi jika Anda ingin menghindari tindakan episiotomi atau bahkan menghindari kejadian robekan perineum, maka hindari posisi ini)
- 3) Tidak membantu proses persalinan sama sekali.
- 4) Pembukaan panggul sempit atau tidak maksimal dan tekanan tempat di tulang ekor sangat banyak
- 5) Ibu harus mengejan dengan melawan gravitasi dan ini meningkatkan lamanya atau panjangnya tahapan mengejan.
- 6) Meningkatkan tekanan pada perineum yang dapat meningkatkan robekan dan derajat episiotomi, terutama jika dibandingkan dengan posisi jongkok.
- 7) Gerakan ibu akan sangat dibatasi sehingga meningkatkan lamanya persalinan
- 8) Meningkatkan risiko persalinan dengan vaccum ataupun Forcep
- 9) Mengejan dalam posisi lithotomy meningkatkan peluang Anda untuk dilakukan episiotomy
- 10) Posisi ini membuat tekanan pada pembuluh darah menuju rahim dan dapat membatasi aliran darah ke bayi. ini dapat menurunkan detak jantung bayi yang menyebabkan Bidan Anda harus

memantau anda lebih lagi yang bahkan justru dapat lebih membatasi gerakan anda.

- 11) Ini meningkatkan risiko bayi berada di posisi yang buruk (malpresentation)
- 12) Posisi ini meningkatkan risiko terjadinya distosia bahu.

b. Setengah duduk

Posisi setengah duduk juga posisi melahirkan yang umum diterapkan di berbagai rumah sakit/klinik bersalin di Indonesia.

Posisi ini mengharuskan ibu duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Keuntungan posisi setengah duduk, yaitu Posisi ini membuat ibu merasa nyaman. Sumbu jalan lahir yang perlu ditempuh untuk bisa keluar lebih pendek. Suplai oksigen dari ibu ke janin berlangsung optimal.

- 1) Posisi ini dalam beberapa hal sedikit lebih baik dibandingkan dengan posisi berbaring terlentang atau lithotomi
- 2) Posisi ini tidak akan mengganggu pada epidural, pemasangan kateter, infuse atau CTG
- 3) Anda mendapatkan bantuan dari gaya gravitasi walaupun hanya sedikit
- 4) Posisi ini dapat digunakan untuk istirahat

Kekurangan posisi setengah duduk yaitu, posisi ini bisa menyebabkan keluhan pegal di punggung dan kelelahan, apalagi kalau proses persalinannya lama. Posisi setengah duduk adalah posisi yang umumnya dilakukan di rumah sakit, rumah bersalin atau bidan praktek karena posisi ini juga sangat memudahkan bidan, dokter atau perawat untuk melakukan tindakan. Kekurangan dari posisi setengah cukup banyak, hampir sama dengan kerugian dari posisi lithotomy atau berbaring. Beberapa sumber mengatakan posisi ini justru lebih buruk daripada posisi lithotomy karena memberikan tekanan sacrum sehingga membuat garis lengkung tubuh yang ini juga akan membatasi gerakan bayi untuk menuruni jalan lahir.

- 1) Lebih menyakitkan daripada posisi lainnya.

- 2) Akses mudah ke perineum.
- 3) Pembukaan panggul sempit dan tekanan di tailbone (tulang ekor) banyak
- 4) ·Meningkatkan tekanan pada perineum yang meningkatkan resiko robek dan gerakan wanita dibatasi meningkatkan risiko forcep dan vacuum.

c. Posisi miring

Posisi tidur berbaris ke kiri ketika proses persalinan dapat memberi rasa santai bagi ibu yang letih, memberi oksigenisasi yang baik bagi bayi, dan membantu mencegah terjadinya laserasi. Selama proses persalinan, ibu bersalin dianjurkan dalam posisi terlentang karena posisi ini memiliki beberapa kerugian, diantaranya dapat menyebabkan *supine* hipotensi, ibu bisa pingsan, bayi kekurangan  $O_2$  dapat meningkatkan rasa sakit, memperlama persalinan, membuat ibu susah bernafas, dan membatasi gerak ibu bersalin. Apabila ibu berbaring terlentang, maka berat uterus akan menekan vena cava *inferior*. Hal ini dapat mengakibatkan berkurangnya aliran darah ibu ke plasenta sehingga menyebabkan hipoksia atau defisiensi  $O_2$  pada janin. Posisi ini juga akan menyulitkan ibu untuk meneran.

Schirmer et. Al. (2011) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa wanita yang menggunakan posisi miring pada persalinan dapat mengurangi risiko *edema* pada vulva, mengurangi risiko trauma pada *perineum* dan sedikit episiotomy di bandingkan dengan wanita menggunakan posisi setengah duduk pada persalinan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh posisi bersalin miring terhadap rupture perineum pada kala II ibu primipara.

d. Posisi jongkok

Menurut Marmi (2012), posisi jongkok adalah posisi yang biasanya ibu berjongkok di atas bantalan empuk yang berguna menahan kepala dan tubuh bayi. *Walaupun* tidak lazim pada orang Indonesia bagian barat, cara bersalin jongkok sudah dikenal sebagai posisi bersalin yang alami bagi ibu di beberapa suku dipapua dan

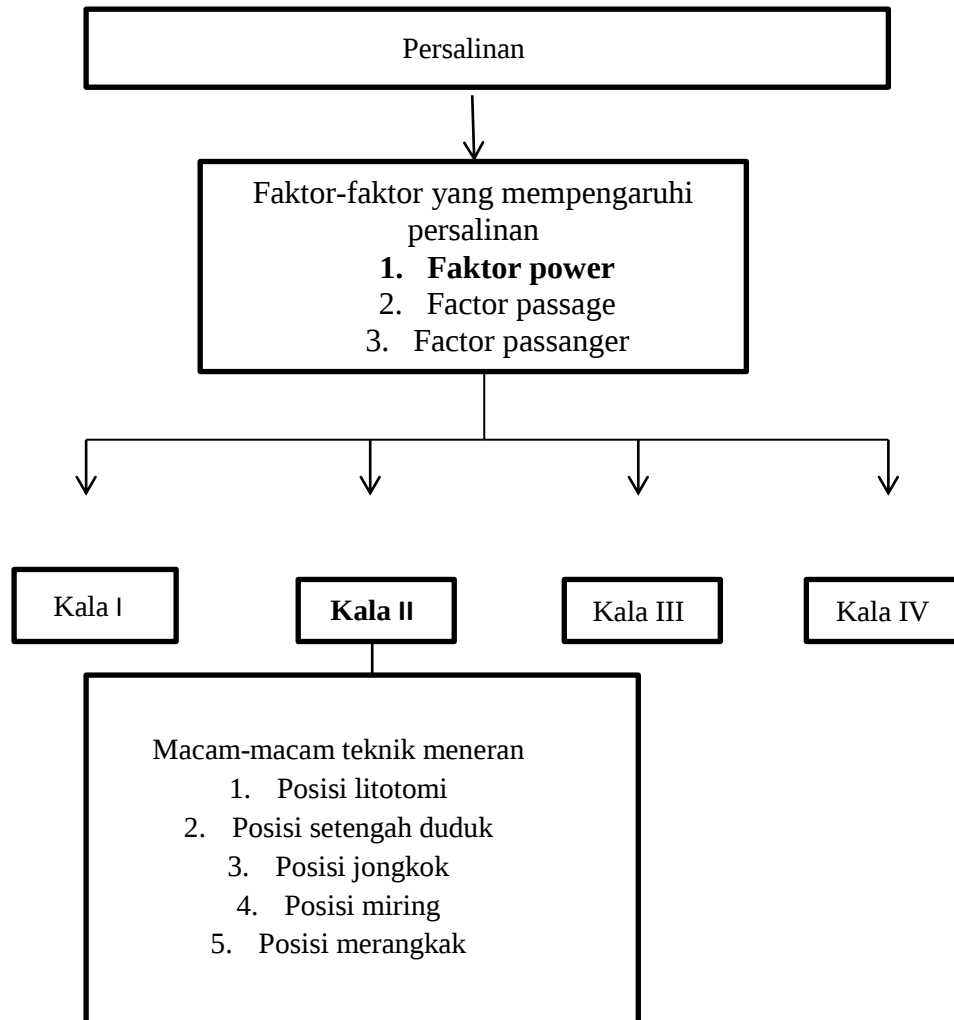
didaerah lainnya. Oleh karena memanfaatkan gravitasi tubuh, ibu tidak usah terlalu kuat mengejan. Sementara bayi pun lebih cepat keluar lewat jalan lahir. Kelebihan posisi jongkok merupakan posisi melahirkan yang alami karena memanfaatkan gaya gravitasi bumi, sehingga ibu tidak usah terlalu kuat mengejan,

e. Posisi merangkak

Menurut sumarah (2009), bersalin dengan menggunakan posisi merangkak lebih banyak keuntungan dibandingkan dengan posisi telentang yaitu mengurangi nyeri punggung saat persalinan, dapat membantu perbaikan posisi oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan dapat mengurangi terjadinya laserasi perineum serta membantu penurunan kepala janin lebih dalam kedasar panggul, menurut Gupta dkk, wanita yang melahirkan dengan posisi telentang lebih merasakan kesakitan, sedangkan dalam posisi tegak kesakitan yang dirasakan lebih ringan (Gutta et al,2007)

### C. Kerangka Teori

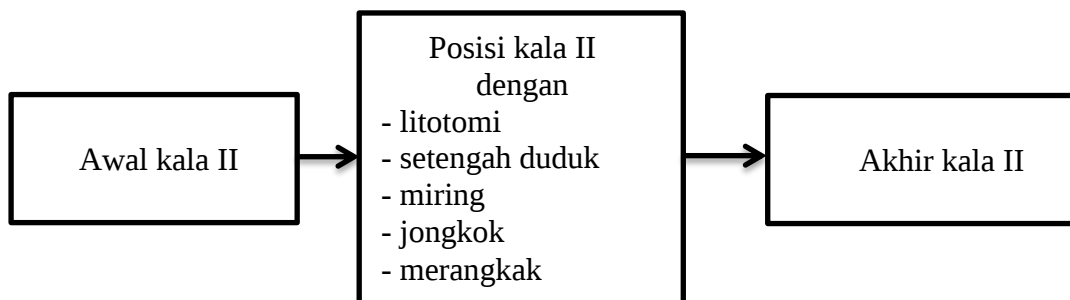
Menurut Notoatmodjo (2018), kerangka teori merupakan gambaran dari teori dimana suatu riset berasal atau dikaitkan. Sehingga dalam penelitian ini kerangka teorinya adalah sebagai berikut:



Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian  
Sumber : Modifikasi Manuaba (2010)

#### D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan anantara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variable yang satu dengan variable yang lain dari masalah yang ingin diteliti. Konsep adalah suatu abstraksi yang dibentuk dengan menggeneralisasikan suatu pengertian kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



**Gambar 2. Kerangka Konsep**

#### E. Variabel Penelitian

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Definisi lain mengatakan bahwa variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit, dan sebagainya. (Notoadmodji, 2018).

Menurut hubungan antara satu variabel dengan variabel yang lain maka macam-macam variabel penelitian dibagi menjadi, variabel *independent*, disebut sebagai variabel bebas, yaitu variabel yang memengaruhi atau menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel *dependent*. Variabel *dependent*, sering disebut variabel terikat yaitu yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah perbedaan posisi litotomi, setengah duduk, miring, jongkok dan

merangkak pada persalinan dan variabel *dependent* adalah lama kala II sebagai akibat dari variabel *independent*.

## F. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara, patokan duga, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018). Berdasarkan kerangka kerja diatas, peneliti mengajukan hipotesis yaitu:

Hipotesis Alternatif (Ha) : Ada Efektifitas Macam-Macam Posisi Meneran Terhadap Lama Kala II Tahun 2021.

## G. Definisi Operasional

**Tabel 2.1 Definisi Operasional**

| No | Variabel       | Definisi Operasional                                                                                                                                                  | Alat Ukur        | Cara Ukur | Hasil Ukur         | Skala Ukur |
|----|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|--------------------|------------|
| 1. | Lama Kala II   | Lama Waktu yang diperlukan mulai dari tanda-tanda kala II sampai bayi lahir                                                                                           | Lembar observasi | Observasi | Waktu dengan menit | Rasio      |
| 2. | Posisi meneran | Macam-macam posisi meneran<br>a. posisi litotomi<br>b. posisi setengah duduk<br>c. posisi miring<br>d. posisi jongkok<br>e. posisi merangkak<br>f. posisi tidak tentu | Daftar tilik     | Observasi | Waktu dengan menit | Rasio      |