

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI**

#### **A. TINJAUAN PUSTAKA**

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

###### **a. Pengertian Persalinan**

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya *serviks* sehingga janin dapat keluar dari jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi pada usia 37-42 minggu disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri). Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi kemudian menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) serta berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dikatakan inpartu apabila kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan pada serviks (Sulfianti, Indryani, 2020).

Menurut WHO, persalinan normal merupakan persalinan yang dimulai secara spontan, dapat berisiko rendah pada awal persalinan dan selama proses persalinan. Bayi dilahirkan pada usia kehamilan antara 37-42 minggu secara spontan dalam presentasi belakang kepala. Setelah proses persalinan ibu dan bayi dalam kondisi sehat (Sulfianti, Indryani, 2020).

## **b. Penyebab Terjadinya Persalinan**

Persalinan terjadi belum diketahui penyebabnya secara pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berhubungan dengan penyebab terjadinya awal persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan yaitu, teori peregangan, teori penurunan progesteron, teori oksitosin internal, teori prostaglandin, teori hipotalamus pituitari dan glandula suprarenalis.

### 1) Teori Peregangan

Rahim mempunyai otot yang memiliki kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut maka akan terjadi kontraksi sehingga menimbulkan mulainya persalinan. Contohnya, saat hamil ganda kontraksi lebih sering terjadi setelah keregangan tertentu, kemudian menimbulkan proses persalinan.

### 2) Teori Penurunan Progesteron

Saat kehamilan umur 28 minggu plasenta mengalami proses penebaran yang terjadi pada penimbunan jaringan ikat dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi hormon progesteron akan mengalami penurunan sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin.

### 3) Teori Oksitosin Internal

Kelenjar hipofisis pars posterior mengeluarkan oksitosin sehingga progesteron dan estrogen terjadi perubahan

keseimbangan serta otot rahim menjadi lebih sensitif mengakibatkan otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapainya tingkat penurunan progesteron tertentu.

#### 4) Teori Prostaglandin

Desidua mengeluarkan konsentrasi prostaglandin yang meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu. Prostaglandin dapat memicu terjadinya persalinan. Prostaglandin diberikan saat hamil yang dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.

#### 5) Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus dan glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan (Sulfianti, Indryani, 2020).

### c. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Sulfianti, Indryani, 2020), ada beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan yang dikenal dengan istilah 5P yaitu, faktor passage, faktor passanger, faktor power, faktor posisi, dan faktor psikologis yang dijelaskan dalam uraian berikut :

#### 1) Faktor Passage

*Passage* atau jalan lahir terdiri dari bagian keras dan bagian lunak. Bagian keras meliputi tulang-tulang panggul dan bagian

lunak meliputi uterus, otot dasar panggul dan perineum. Meskipun bagian yang lunak, otot-otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi. Maka dari itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

## 2) Faktor Passanger

*Passanger* atau janin, terdiri dari beberapa faktor yaitu, ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.

## 3) Faktor Power

*Power* atau kekuatan dalam persalinan disebut dengan his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan ligament.

Kekuatan tersebut meliputi :

- a) Primer : berasal dari kontraksi uterus (his) yang berlangsung muncul sejak tanda tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.
- b) Sekunder : berasal dari kekuatan ibu untuk mengejan setelah pembukaan lengkap.

## 4) Faktor Posisi

Posisi berpengaruh dalam proses persalinan. Salah satunya adalah posisi tegak. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, jongkok. Posisi tersebut memiliki banyak keuntungan yaitu membuat rasa letih hilang, memberikan rasa nyaman dan melancarkan sirkulasi darah serta berperan penting untuk

penurunan bagian terendah janin sehingga lebih efisien untuk membantu proses persalinan lebih cepat.

5) Faktor Psikologis

Faktor psikologis dapat mempengaruhi kondisi psikis ibu dalam persalinan. Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormon stress yang mengakibatkan komplikasi dalam persalinan.

6) Faktor Penolong

Faktor penolong memegang peranan penting dalam membantu ibu bersalin. Maka dari itu penolong persalinan diharuskan memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk membantu ibu dalam menjalankan proses persalinan.

**d. Tanda – tanda persalinan**

Menurut (Sulfianti, Indryani, 2020), tanda dan gejala persalinan yaitu sebagai berikut:

1) Tanda Inpartu

- a) Keluar cairan lendir bercampur darah melalui vagina.
- b) Kontraksi uterus yang menyebabkan berubahnya *serviks* (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- c) Adanya pembukaan *serviks*.

2) Tanda persalinan sudah dekat

- a) Adanya rasa ingin meneran saat terjadinya kontraksi.
- b) Adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vagina.

- c) Perineum menonjol.
- d) Vagina dan sfingter ani mulai membuka.

**e. Fase-fase dalam persalinan**

Tahapan persalinan menurut (Sulfianti, Indryani, 2020), dibagi menjadi 4 fase yaitu,

1) Fase persalinan kala I

Dimulai sejak adanya his yang teratur serta meningkatnya frekuensi dan kekuatan yang menyebabkan pembukaan serviks membuka lengkap 10 cm. kala I terdiri 2 fase :

a) Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi sampai pembukaan 3 cm. umumnya berlangsung 8 jam.

b) Fase Aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu,

(1) Fase akselerasi : pembukaan berlangsung 2 jam dari 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Fase dilatasi maksimal : pembukaan berlangsung 2 jam dari 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase deselerasi : pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

2) Fase persalinan kala II

Dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Umumnya berlangsung 2

jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Dalam kondisi normal ditentukan adanya pemeriksaan kepala janin sudah masuk panggul, serta terdapat his yang dirasakan pada tekanan otot-otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin meneran dengan adanya tekanan pada rektum dan rasa ingin buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan melebar dengan terbukanya anus. Labia mulai membuka dan kepala janin terlihat di vulva saat his. Kekuatan his dan meneran yang maksimal dapat melahirkan kepala melalui suboksiput dibawah simpisis, dahi, muka, dagu melewati perineum.

3) Fase persalinan kala III

Dimulai segera setelah kelahiran bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Plasenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir. Kemudian plasenta keluar secara spontan dengan adanya tekanan dari fundus uteri.

4) Fase persalinan kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan dan 30 menit pada satu jam berikutnya. Dengan mengisi pemantauan partograf. Asuhan yang diberikan adalah dilakukannya observasi yang meliputi,

kontraksi rahim, banyaknya perdarahan, kandung kemih, evaluasi laserasi perenium, dan tanda tanda vital.

**f. Komplikasi persalinan**

Beberapa penyulit/komplikasi pada persalinan kala I dan II di antaranya adalah sebagai berikut :

1) Distosia kelainan presentasi dan posisi (malposisi)

Malposisi adalah kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama.

2) Distosia karena kelainan his

- a) *False labour* (persalinan palsu/belum inpartu)
- b) Kala I memanjang
- c) *Prolonged latent phase* (fase laten yang memanjang)
- d) *Prolonged active phase* (fase aktif memanjang)
- e) Inersia uteri hipotonik
- f) Inersia uteri hipertonic
- g) His yang tidak terkoordinasi

3) Distosia karena kelainan alat kandungan

- a) Vulva



Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah edema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma akuminata dan fistula.

b) Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah :

(1) Kelainan vagina

Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.

(2) *Stenosis vagina congenital*

(3) Tumor vagina dan kista vagina

c) Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis. Karena disfungsi *uterine action* atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi sehingga merupakan lembaran kertas dibawah kepala janin.

4) Distosia karena kelainan janin

- a) Bayi besar (makrosomia)
  - b) Hidrosefalus
  - c) Anensefalus
  - d) Janin kembar siam
- 5) Distosia karena kelainan jalan lahir
- a) Kesempitan pintu atas panggul
  - b) Kesempitan bidang tengah pelvis
  - c) Kesempitan pintu bawah panggul

Beberapa penyulit/ komplikasi pada persalinan kala III dan IV di antaranya adalah sebagai berikut:

(1) Atonia uteri

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/ kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

(2) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah lepasnya plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

(3) Emboli air ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya ke dalam sirkulasi darah ibu.

(4) Robekan jalan lahir

Klasifikasi robekan jalan lahir di antaranya adalah robekan perineum, robekan serviks, robekan dinding vagina, inversia uteri, dan syok obstetrik (Istiqomah, 2023).

## 2. Kala I Memanjang

### a. Pengertian

Persalinan kala I dikatakan memanjang jika berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan 18 jam pada multigravida. Menurut WHO, partus lama adalah persalinan dengan adanya kontraksi uterus yang disertai pembukaan serviks dan berlangsung lebih dari 24 jam. Definisi lain menurut *American Collage of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)* partus lama adalah kala I fase laten lebih dari 20 jam pada nulipara dan lebih dari 14 jam pada multipara. Partus lama dapat menyebabkan berbagai komplikasi pada ibu dan janin diantaranya trauma obstetrik pada ibu dan terjadi asfiksia neonatorum pada janin. Angka kematian ibu dengan partus lama di Indonesia sebesar 1-1,8% (Purnaminingsih & Haque, 2023).

Akibat dari persalinan lama pada janin mengakibatkan asfiksia, caput succedaneum, molase, cedera akibat tindakan ekstraksi, pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran dapat mengakibatkan infeksi paru-paru dan infeksi sistemik pada bayi. Sedangkan pada ibu akan terjadi penurunan semangat, kelelahan, syok, atonia uteri, laserasi, infeksi dan resiko ruptur uteri (Hilyati et al., 2023).

#### **b. Etiologi**

Menurut Oxorn dan Fonte tahun 2020 ada beberapa hal yang menjadi etiologi partus lama kala 1 memanjang yaitu :

- 1) Disproporsi fetopelvik
  - a.) Panggul kecil
  - b.) Anak besar
- 2) Malpresentasi/malposisi
- 3) Persalinan tidak efektif
  - a.) *Primary inefficient uterine contraction*
  - b.) Kelelahan myometrium : inertia sekunder
  - c.) Cincin konstiksi
  - d.) Ketidakmampuan atau penolakan pasien untuk mengejan
  - e.) Anesthesia berlebihan
- 4) Distosia jaringan lunak
  - a.) Canalis vaginalis yang sempit
  - b.) Perineum kaku (Laurenche, 2023).

**c. Klasifikasi**

Menurut Nurhayani Purba tahun 2021 terdapat 2 klasifikasi kala 1 memanjang yaitu :

1) Fase laten memanjang

Merupakan tahapan awal dari kala 1 fase laten yang dimulai dari pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm. Membutuhkan waktu 13 jam pada primipara dan 8 jam pada multipara. Fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada primipara dan 14 jam pada multipara merupakan keadaan yang abnormal.

2) Fase aktif memanjang

Merupakan fase yang paling penting dalam kemajuan persalinan. Pada fase ini bidan sebagai penolong persalinan harus mampu menilai kemajuan persalinan dengan acuan penurunan bagian terbawah janin dan kemajuan pembukaan serviks yang dipengaruhi oleh kontraksi yang adekuat. Pada primipara, fase aktif lebih dari 12 jam merupakan keadaan yang abnormal. Yang penting dari kala 1 fase aktif memanjang ini adalah kecepatan dilatasi serviks yang lajunya kurang dari 1,2 cm perjam, membuktikan adanya abnormalitas dan harus

menimbulkan kewaspadaan dokter atau bidan yang menjadi penolong persalinan tersebut. Pemanjangan fase aktif meliputi:

- a) Malpresentasi janin
- b) Disproporsi pelvik
- c) Penggunaan sedative dan analgetik yang sembrono
- d) Ketuban pecah sebelum dimulainya persalinan

Fase aktif memanjang pada multipara yang berlangsung lebih dari 6 jam (rata-rata 2,5 jam) dan laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam merupakan keadaan abnormal. Pengamatan yang cemat menjadi upaya untuk menghindari kelahiran pervaginam yang traumatik dan pertimbangan *sectio caesarea* (SC) merupakan tindakan penting dalam penatalaksanaan masalah kala 1 memanjang (Laurenche, 2023).

#### **d. Patofisiologi**

Faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya kala 1 memanjang meliputi keadaan his yang sangat berpengaruh pada proses dilatasi serviks. Kelainan his meliputi inersia uteri, his yang terlalu kuat, dan kekuatan uterus yang tidak terkoordinasi. Kelainan letak janin dan keadaan janin yaitu letak sungsang, letak melintang, janin besar, kelainan anatomik mayor. Kelainan panggul atau jalan lahir yaitu panggul sempit dan *cephalopelvic disproportion* (CPD). Panggul sempit terbagi menjadi tiga yaitu kesempitan pada pintu atas panggul (PAP), kesempitan pada pintu tengah panggul

(PTP), dan kesempitan pada pintu bawah panggul (PBP) (Laurenche, 2023).

**e. Faktor predisposisi**

1) Faktor dari ibu

a) Umur

Pada ibu dengan umur kurang dari 20 tahun, perkembangan alat-alat reproduksi belum matang sehingga sering timbul komplikasi persalinan, sedangkan ibu dengan umur lebih dari 35 tahun, mulai terjadi regresi sel-sel tubuh terutama endometrium sehingga menyebabkan proses kehamilan dan persalinan menjadi beresiko.

b) Paritas

Pada ibu dengan paritas primipara karena tidak punya pengalaman melahirkan maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar.

Pada ibu yang sering melahirkan memiliki resiko mengalami komplikasi persalinan pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan gizi. Pada paritas lebih dari tiga, keadaan rahim biasanya sudah

lemah sehingga menimbulkan persalinan lama dan persarahan saat kehamilan.

c) His

His adalah kontraksi otot-otot rahim dalam proses persalinan. His mempunyai sifat baik dan sempurna yaitu kontraksi yang simetris, kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatannya seperti gerakan memeras rahim, setelah adanya kontraksi diikuti dengan adanya relaksasi dan pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan serviks yaitu menipis dan membuka.

His dapat dinilai dengan kemajuan persalinan, sifat dari his itu sendiri (frekuensinya, lamanya, kuatnya, dan relaksasinya).

(1) Inersia uteri / *Hypotonic Uterine Contraction*

Suatu keadaan dimana kontraksi uterus lebih lama, singkat dan jarang dari biasanya. Ketika ketuban masih utuh umumnya tidak bahaya baik bagi ibu dan janin, kecuali jika persalinan telah berlangsung terlalu lama.

(2) His yang terlalu kuat/ *Hypertonic Uterine Contraction*

His yang terlalu kuat dan terlalu efisien dapat menyebabkan persalinan selesai dalam waktu singkat. Partus yang selesai kurang dari 3 jam dinamakan partus presipitatus. Bahaya partus presipitatus bagi ibu



adalah terjadi perlukaan yang luas di jalan lahir terkhusus serviks uteri, vagina, dan perineum. Sedangkan bagi janin terjadi perdarahan dalam tengkorak karena bagian tersebut mengalami tekanan kuat dalam waktu yang singkat.

(3) Kekuatan uterus yang tidak terkoordinasi /Incoordinate Uterine Action

Tidak terjadi adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah, bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan sehingga menyebabkan kala 1 memanjang.

d) Jalan lahir

Kelainan panggul disebabkan oleh gangguan pertumbuhan, penyakit tulang dan sendi (rachititis, neoplasma, faktur), penyakit kolumna vertebralis (kyphosis, scoliosis), kelainan ekstremitas inferior (coxitix, fartur). Kelainan panggul menyebabkan kesempitan panggul terbagi menjadi 3 bagian yaitu :

(1) Kesempitan pintu atas panggul (PAP)

Pintu atas panggul (PAP) dapat dikatakan sempit jika ukuran konjugata vera kurang dari 10 cm atau diameter transversa kurang dari 12 cm.

(2) Kesempitan pintu tengah panggul (PTP)

Pintu tengah panggul (PBP) dapat dikatakan sempit jika distansia interspinarum ditambah diameter sagitalis posterior kurang dari 13,5 cm. Normalnya berukuran 10,5 cm ditambah 5 cm yaitu 15,5 cm.

(3) Kesempitan pintu bawah panggul (PBP)

Pintu bawah panggul (PBP) dapat dikatakan sempit jika distansia intertuberum kurang dari 8 cm dan diameter transversa ditambah dengan diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm. Normalnya berukuran 11 cm ditambah 7,5 cm yaitu 18,5 cm (Laurenche, 2023).

2) Faktor janin

Kelainan keadaan janin yang meliputi kelainan letak sungsang, letak melintang, kelainan ukuran janin, kelainan anatomik mayor (Laurenche, 2023).

**f. Tanda dan gejala klinis**

Menurut (wahyuni, 2023) tanda klinis kala 1 fase aktif memanjang terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi :

1) Pada Ibu

Gelisah, lelah, suhu tubuh meningkat, berkeringat. nadi cepat, pernapasan cepat dan perut kembung.

2) Pada Janin

- a) Denyut jantung janin cepat/tidak teratur, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijauan dan berbau
- b) Caput succedaneum yang besar
- c) Moulage kepala yang hebat
- d) Kematian janin dalam kandungan
- e) Kematian janin intra partal (wahyuni, 2023b)

Gejala klinis kala 1 fase aktif memanjang terjadi pada ibu dan juga janin meliputi :

- 1) Bagi Ibu
  - a) Ketuban Pecah Dini

Apabila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh os internal. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi infeksi.

- b) Sepsis Puerperalis

Infeksi menimbulkan resiko serius bagi ibu dan janin pada kasus persalinan lama, terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang.

- c) Ruptur Uterus

Penipisan segmen bawah rahim yang abnormal menimbulkan resiko serius selama pealinan lama. Jika

disproporsi sangat jelas sehingga tidak ada engagement atau penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang, dan dapat diikuti oleh rupture.

d) Cedera Dasar Panggul

Cedera pada otot dasar panggul, persarafan atau fascia penghubung adalah konsekuensi kelahiran pervaginam yang sering terjadi, terutama apabila kelahirannya sulit.

e) Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi meningkat, tensi mungkin normal atau telah turun, temperatur meningkat.

2) Bagi Janin

Denyut jantung janin mengalami gangguan, dapat terjadi takikardi menjadi bradikardi. Pada pemeriksaan dengan menggunakan NST (*Non Stress Test*) atau OCT (*Oxytocin Challenge Test*) menunjukkan asfiksia intrauterin. Persalinan lama juga dapat mengakibatkan adanya caput succedaneum yang seringkali terbentuk pada bagian kepala yang paling dependen, dan molase (tumpang

tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala.

**g. Komplikasi pada ibu dan janin**

Kala I Memanjang dapat menimbulkan komplikasi serius bagi salah satu keduanya, yaitu :

1) Pada ibu

a) Infeksi intrapartum

Infeksi intrapartum adalah bahaya serius yang mengancam ibu dan janin, terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri didalam cairan amnion dapat menembus dan menginvasi desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu serta janin. Pneumonia pada janin merupakan akibat dari aspirasi cairan amnion yang terinfeksi. Pemeriksaan serviks dengan memasukkan jari tangan ke dalam vagina akan memasukkan bakteri di vagina ke dalam uterus. Pemeriksaan ini dibatasi selama persalinan.

b) Rupture uteri

Penipisan abnormal segmen bawah rahim menimbulkan bahaya serius selama kala I memanjang, terutama pada ibu dengan paritas tinggi dan pada mereka dengan riwayat *Sectio Caesarea* (SC). Apabila disproporsi

antara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak cakap (engaged) dan tidak terjadi penurunan, segmen bawah rahim akan menjadi sangat teregang kemudian dapat menyebabkan ruptur.

c) Cincin retraksi patologis

Pada kala I memanjang tidak jarang muncul cincin lokal uterus. Tipe yang paling sering adalah cincin retraksi patologis. Bandl adalah pembentukan cincin retraksi normal yang berlebihan. Cincin ini sering timbul akibat persalinan yang terhambat, lama dan disertai dengan peregangan dan penipisan berlebihan pada segmen bawah rahim. Pada kasus ini, cincin dapat terlihat jelas sebagai suatu identitas abdomen dan menandakan adanya ancaman akan rupturnya segmen bawah rahim.

d) Pembentukan fitsula

Ketika bagian terendah bawah janin menekan kuat ke PAP, tetapi tidak maju untuk jangka waktu yang lama, bagian jalan lahir yang terletak diantaranya dan dinding panggul dapat mengalami tekanan yang berlebihan. Karena gangguan sirkulasi, dapat terjadi nekrosis yang jelas dalam beberapa hari setelah melahirkan dengan munculnya

fitsula vesikoservikal, fitsula vesikovaginal, dan rekovaginal.

e) Cidera otot-otot dasar panggul

Pada persalinan pervaginam dan persalinan kala I memanjang disertai penyulit lainnya memiliki konsekuensi akan mengalami cidera otot dasar panggul atau persyarafan. Saat bayi lahir, dasar panggul mendapatkan tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan kebawah akibat dari upaya mengejan ibu. Tekanan ini meregangkan dan melebarkan otot dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomik otot, saraf dan jaringan ikat.

f) Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi menigkat, tekanan darah normal atau turun, suhu tubuh ibu meningkat.

2) Pada janin

a) Gangguan DJJ

Detak jantung janin mengalami gangguan yaitu terjadi takikardi dan bradikardi

b) Asfiksia pada janin akibat dari kala I memanjang

c) Caput succedaneum

Caput succedaneum yang besar dibagian terbawah kepala janin (pembengkakan kulit kepala). Biasanya caput

sucedaneum dapat hilang dalam beberapa hari setelah persalinan.

d) Moulage kepala janin

Moulage atau moulase kepala janin terjadi akibat his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura-sutura besar. Moulase kepala janin dapat menyebabkan robekan tentorium laserasi pembuluh darah janin dan mengakibatkan perdarahan intracranial pada janin (Laurenche, 2023).

**h. Indikasi Kala I Memanjang**

1) Fase aktif memanjang

Terjadi pembukaan serviks melewati kanan garis waspada partograf

2) Inersia uteri

Frekuensi his kurang dari 3x/10 menit/kurang dari 40 detik

3) Obstruksi kepala

Terjadi pembukaan serviks dan turunnya bagian janin yang dipresentasi tidak maju dengan caput, terdapat moulase hebat, edema serviks, tanda rupture uteri imminens, gawat janin

4) Malpresentasi atau malposisi

Kelainan presentasi (selain vertex dengan oksiput anterior)



### **i. Diagnosis Penunjang**

Menurut (wahyuni, 2023) mengatakan untuk menegakkan diagnosis diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang antara lain :

- 1) Pemeriksaan USG untuk mengetahui letak janin
- 2) Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar hemoglobin guna mengidentifikasi apakah pasien menderita anemia atau tidak
- 3) Pemeriksaan sinar *rontgen* dilakukan jika diagnosis sulit ditegakkan karena terjadi moulage yang cukup banyak dan *caput succedaneum* yang besar, pemeriksaan sinar *rontgen* dapat membantu menentukan posisi janin serta menentukan bentuk dan ukuran panggul (wahyuni, 2023).

### **j. Penatalaksanaan**

Menurut (wahyuni, 2023) penanganan umum pada ibu bersalin dengan kala 1 memanjang yaitu :

- 1) Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan kadar cairan
- 2) Periksa keadaan janin : periksa DJJ selama atau setelah his, hitung frekuensinya minimal setiap 30 menit selama fase aktif
- 3) Jika terdapat gawat janin lakukan *sectio caesarea* kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacum atau forceps
- 4) Jika ketuban sudah pecah, berwarna kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin

- 5) Jika tidak ada air ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang dapat menyebabkan gawat janin
- 6) Perbaiki keadaan umum dengan :
  - a) Memberikan dukungan semangat kepada pasien selama persalinan.
  - b) Pemberian intake cairan kurang lebih 2.500ml per hari. Dehidrasi ditandai adanya aseton dalam urin dan harus dicegah.
  - c) Pemberian terapi micropostol 0,4 mg sesuai dengan advis dokter, obat ini digunakan untuk memberikan perubahan pembukaan.
  - d) Pemeriksaan rectum atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Semua pemeriksaan harus dilakukan dengan tujuan yang jelas.
  - e) Apabila hasil pemeriksaan menunjukkan adanya kemajuan dan kelahiran diperkirakan terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terjadi gawat janin ataupun pada ibu maka persalinan dapat dilakukan dengan spontan
- 7) Apabila kontraksi tidak adekuat

- a) Menganjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.
  - b) Rehidrasi melalui infus atau minuman.
  - c) Merangsang puting susu.
  - d) Mandi selama persalinan fase aktif.
  - e) Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan patograf.
- 8) Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.
- a) Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan sectio caesarea.
  - b) Apabila ada kemajuan persalinan maka evaluasi setiap 2 jam.
  - c) Apabila tidak didapatkan tanda adanya CPD (*Cephalopelvic disproportion*) berikan :
    - i.* Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.
    - ii.* Apabila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.
    - iii.* Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc *dektrosa* atau NaCl.

9) Standar Prosedur Operasional (SPO) RSI Fatimah Cilacap dalam penanganan kala I memanjang :

a) Apabila kala I memanjang disebabkan oleh KPD maka SPO nya adalah :

(1) Pada pasien konservatif

(a) Berikan antibiotik sesuai advice dokter

(b) Berikan steroid jika umur kehamilan < 34 minggu untuk kematangan paru yaitu injeksi dexamethasone 2x1 ampul selama 2 hari atau sesuai advice dokter DPJP.

(c) Berikan tokolitik yaitu nifedifine 10 mg 1-2 kali dalam waktu 1 jam atau sesuai advice dokter DPJP jika UK 32-37 minggu.

(2) Pada pasien fase aktif

(a) Induksi persalinan dengan misoprostol 50 mg tiap 6 jam.

(b) Berikan antibiotik dosis tinggi bila ada tanda-tanda infeksi dan persalinan di akhiri.

(c) Berikan antibiotik setelah persalinan bila tanda infeksi dilanjutkan untuk 24-48 jam setelah bebas panas.

- (d) Lakukan evaluasi tindakan, kontrak untuk kegiatan selanjutnya dan dokumentasikan tindakan.
- b) Kala I memanjang karena fetal distress, SPO nya adalah :
- (1) Tegakkan diagnosa apabila DJJ  $< 100x$ /menit atau  $> 180x$ /menit.
  - (2) Hentikan infus bila sedang diinfus oksitosin.
  - (3) Berikan tokolitik (nifedipine tab 10 mg).
  - (4) Posisikan ibu miring kiri (memberikan oksigen ke janin).
  - (5) Lakukan periksa dalam untuk mengetahui penyebab gawat janin, jika sebab dari ibu tidak diketahui DJJ tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi.
  - (6) Pikirkan solusio plasenta, jika terdapat perdarahan dengan nyeri hilang timbul atau menetap.
  - (7) Berikan antibiotik untuk amnionitis jika terdapat tanda infeksi.
  - (8) Lakukan penanganan prolaps tali pusat jika tali pusat terletak dibagian bawah janin atau dalam vagina.

- (9) Siapkan persalinan dengan ekstraksi vacum atau SC jika DJJ tetap abnormal atau ada tanda-tanda lain gawat janin.
- c) Kala I memanjang dengan permasalahan kontraksi, SPO dengan infeksi sebagai berikut :
- (1) Berikan oksitosin drip 5 iu dengan 500 cc RL dosis 8 tpm.
  - (2) Pantau DJJ, TTV ibu, dan kontraksi uterus.
  - (3) Lanjutkan pemberian oksitosin kedua apabila belum ada pembukaan dan jika tidak ada komplikasi lakukan partus spontan.
  - (4) Hentikan induksi jika terjadi : tetani uteri, inkoordinasi rahim, ring kontraksi, jika terjadi berikan oksigen tokolitik dan lakukan tindakan segera/SC CITO.
  - (5) Dokumentasikan dan evaluasi tindakan.
- d) Kala I memanjang karena malpresentasi, SPO nya sebagai berikut :
- (1) Apabila presentasi dahi lakukan SC.
  - (2) Apabila presentasi muka posisi dagu anterior : lahirkan dengan spontan apabila pembukaan lengkap, lakukan SC apabila tidak ada kemajuan persalinan.

- (3) Apabila posisi dagu posterior : lahirkan jika pembukaan lengkap, lakukan SC apabila persalinan macet.
- (4) Apabila presentasi majemuk : persalinan dapat spontan jika bayi kecil/mati dan maserasi, tempatkan ibu dalam posisi trendelenburg, dorong tangan keluar pubis dan pertahankan sampai ada kontraksi dan kepala turun ke rongga panggul, lanjutkan penatalaksanaan normal.
- (5) Apabila presentasi bokong : lakukan SC.
- (6) Apabila letak lintang : lakukan SC.

**k. Tata laksana Kala I Memanjang oleh bidan**

Bidan memiliki kewenangan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ MENKES/ 320/ 2020 tentang standar profesi bidan dalam penanganan kegawatdaruratan pada partus lama/macet. Peran bidan adalah mengenali secara tepat tanda dan gejala partus lama/macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu untuk merujuk ke persalinan yang aman. Tujuannya adalah untuk mengetahui segera dan memberi penanganan yang tepat pada partus lama/macet. Hasil yang diharapkan yaitu mengenali secara dini tanda gejala partus lama/macet dan melakukan tindakan yang tepat. Serta menggunakan patograf secara seksama untuk semua ibu

dalam proses persalinan sebagai upaya penurunan kematian/morbiditas ibu dan bayi akibat partus lama/macet (Henry et al., 2020).

### **3. Pemantauan Kemajuan Persalinan Dengan Partograf**

#### **a. Pengertian**

Partograf merupakan alat yang bertujuan untuk mengetahui kemajuan persalinan dan sebagai alat komunikasi saat melakukan rujukan.

#### **b. Tujuan**

- 1) Mencatat dan memantau kemajuan persalinan.
- 2) Menilai penurunan bagian terbawah janin melalui pemeriksaan perlimaan suprasimfisis.
- 3) Memantau perkembangan kontraksi uterus selama fase aktif kala I persalinan.
- 4) Memantau kondisi ibu dan janin selama fase aktif kala I persalinan.

#### **c. Penggunaan Partograf**

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan kebidanan persalinan. Partograf tetap digunakan baik ada atau tanpa penyulit karena akan membantu



penolong dalam proses pemantauan, evaluasi dan membuat keputusan klinik pada persalinan normal tersebut

- 2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat pelayanan kesehatan (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit)
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran. Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan ibu dan janin mendapatkan asuhan kebidanan yang aman dan tepat waktu guna mencegah terjadinya penyulit yang mengancam keselamatan jiwa

**d. Pengisian Partograf**

- 1) Mencatat Informasi pasien yang berisi nama pasien, gravida, para, nomor registrasi, tanggal dan masuk serta jam berapa ketuban pecah.
- 2) Mencatat denyut jantung janin setiap setengah jam.
- 3) Mencatat warna air ketuban setiap kali pemeriksaan dalam, diberi symbol :
  - a) U untuk selaput ketuban utuh
  - b) J untuk selaput ketuban pecah, cairan ketuban jernih
  - c) M untuk cairan ketuban yang bercampur meconium
  - d) D untuk cairan ketuban yang bercampur darah
  - e) K untuk cairan pada pemeriksaan cairan kering

- 4) Molase atau penyusupan berperan penting seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap panggul ibu, diberi symbol:
  - a) Lambang 0 bila sutura sagitalis terpisah dan dapat di palpasi
  - b) Lambang 1 bila sutura sagitalis beradu
  - c) Lambang 2 bila sutura sagitalis tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
  - d) Lambang 3 bila sutura sagitalis tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan
- 5) Pembukaan serviks dinilai pada saat pemeriksaan dalam dan diberi tanda (X).
- 6) Penurunan kepala janin pada bagian kepala bidang perlimaan yang dicatat dengan lambang lingkaran (O) setiap melakukan pemeriksaan dalam.
- 7) Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik pembukaan lengkap, diharapkan terjadi laju pembukaan 1 cm per jam. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada atau pembukaan serviks kurang dari 1 cm per jam, maka harus mempertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak sejajar dengan garis waspada dipisahkan oleh 8 kotak ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk

menyelesaikan persalinan harus dilakukan dan ibu harus tiba ditempat rujukan segera.

- 8) Waktu untuk mencatat berapa lama penanganan yang sesuai dengan waktu pemeriksaan dan sebagai kemajuan persalinan.
- 9) Kontraksi untuk mencatat banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi yang dibagi dalam hitungan detik : <20 detik, 20-40 detik, dan >40 detik.
- 10) Oksitosin, mencatat jumlah oksitosin per volum cairan infus serta jumlah tetes per menit.
- 11) Obat-obatan dan cairan IV yang diberikan jika ibu mendapat tetesan (drip) oksitosin dokumentasikan tiap 30 menit.
- 12) Kesehatan dan kenyamanan ibu nadi, tekanan darah, suhu tubuh, volume urin, protein urin dan aseton.

**e. Pengisian Lembar Belakang Partograf**

1) Kala 1

Meliputi pertanyaan tentang partograf melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaan masalah dan hasil dari penatalaksanaan masalah

2) Kala 2

Meliputi pertanyaan tindakan episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah yang dihadapi, penatalaksanaan masalah dan hasil penatalaksanaan masalah

3) Kala 3

Meliputi pertanyaan lamanya kala 3 berlangsung, pemberian oksitosin, pemberian ulang oksitosin, peregangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir lebih dari 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah yang dihadapi lainnya, penatalaksanaan masalah dan hasil dari penatalaksanaan masalah

4) Kala 4

Meliputi hasil pemantauan kondisi ibu setelah 2 jam kelahiran bayi. Pada 1 jam pertama dilakukan pemeriksaan setiap 15 menit, sedangkan pada 1 jam kedua dilakukan pemeriksaan setiap 30 menit. Pemeriksaan pada kala 4 meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi, kandung kemih dan jumlah perdarahan.

5) Bayi baru lahir

Meliputi informasi mengenai bayi baru lahir yaitu berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, asfiksia atau normal, cacat bawaan, hipotermi atau tidak, pemberian ASI atau IMD, masalah yang dihadapi, penatalaksanaan masalah dan hasil dari penatalaksanaan masalah (Sulfianti, Indryani, 2020).

Gambar 2 1 Lembar Depan Partograf

**PARTOGRAF**

No. Register  Nama Ibu/Bapak: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Umur: \_\_\_\_/\_\_\_\_ G... P... A... Hamil ..... minggu  
 RS/Puskesmas/RB  Masuk Tanggal : \_\_\_\_\_ Pukul : \_\_\_\_\_ WIB  
 Ketuban Pecah sejak pukul \_\_\_\_\_ WIB Mules sejak pukul \_\_\_\_\_ WIB Alamat : .....

Denyut Jantung Janin ( X/menit)	
air ketuban penyusutan	
Kontraksi tiap 10 menit	
Obat dan cairan IV	
Tekanan darah	
Temperatur °C	
Urine	

**Penolong**

Makan terakhir : Pukul ..... Jenis : ..... Porsi : .....  
 Minum terakhir : Pukul ..... Jenis : ..... Porsi : .....  
 (.....)

Gambar 2 2 Lembar Belakang Partograf

**CATATAN PERSALINAN**

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

**KALA I**

- Partogram melewati garis waspada : Y / T
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
- Hasilnya : .....

**KALA II**

- Episiotomi :  
 Ya, indikasi .....  
 Tidak
- Pendamping pada saat persalinan  
 Suami    Teman    Tidak ada  
 Keluarga    Dukun
- Gawat Janin :  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
     a. ....  
     b. ....  
     c. ....  
 Tidak
- Distosia bahu :  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
     a. ....  
     b. ....  
     c. ....  
 Tidak
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

**KALA III**

- Lama kala III : .....menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?  
 Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan  
 Tidak, alasan .....
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?  
 Ya, alasan .....  
 Tidak
- Penanganan 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 : .....

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

**BAYI BARU LAHIR :**

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

## 4. Manajemen kebidanan

### a. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan menurut Varney merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Tujuan langkah manajemen kebidanan menurut varney :

1) Langkah pertama : Pengumpulan Data Dasar

Melakukan pengkajian berupa data subjektif dan objektif. Data subjektif didapatkan dari hasil anamnesa dan wawancara. Data objektif didapatkan dari riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan dilanjutkan dengan pemeriksaan laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

2) Langkah kedua : Interpretasi Data Dasar

Menetapkan diagnosis atau masalah berdasarkan penafsiran data dasar yang telah dikumpulkan.

3) Langkah ketiga : Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Berdasarkan diagnosa untuk mengantisipasi penanganan atau masalah yang telah ditetapkan.

4) Langkah keempat : Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Untuk melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

5) Langkah kelima : Perencanaan Asuhan secara Menyeluruh  
Perencanaan tindakan yang dilakukan untuk melanjutkan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

6) Langkah keenam : Pelaksanakan Perencanaan  
Melaksanakan rencana asuhan yang komperhensif. Penerapan waktu dan biaya yang efektif dapat meningkatkan kualitas dan asuhan klien.

7) Langkah ketujuh : Evaluasi  
Mengevaluasi kembali asuhan yang telah diberikan yaitu meliputi pemenuhan kebutuhan klien (Sulfianti, Indryani, 2020).

**b. Dokumentasi Kebidanan**

Suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki bidan dalam melakukan catatan perawatan untuk kepentingan klien. Metode dalam pendokumentasian pelayanan kebidanan yang digunakan yaitu SOAP. Dalam format SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis atau assessment, dan P adalah planning. Merupakan dokumen yang sederhana, jelas, mudah dimengerti dan singkat. Prinsip metode SOAP ini



merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

1) *Data Subjektif*

Merupakan pengumpulan data klien melalui anamnesis. Catatan yang berhubungan dengan masalah klien yang berhubungan dengan diagnosa.

2) *Data Objektif*

Merupakan data yang didapatkan melalui observasi dan pemeriksaan pada klien. Hasil pemeriksaan meliputi, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan laboratorium.

3) *Assessment*

Pendokumentasian hasil analisis data subjektif dan data objektif. *Assesment* merupakan pendokumentasian langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini : diagnosis atau masalah atau masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untukantisipasi diagnosis atau masalah potensial dan kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi tindakan mandiri, kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

4) *Planning*

Membuat rencana asuhan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Planning dalam pendokumentasian mencakup langkah kelima, keenam dan ketujuh yang meliputi perencanaan, implementasi dan evaluasi (Syariah & Ilmu, 2022).

## B. KERANGKA TEORI

