

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan urik) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Indryani, 2024). Persalinan juga bisa dikatakan saat dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika terjadi pada masa kehamilan yang cukup usia yaitu antara 37-42 minggu tanpa adanya komplikasi (Analisa et al. 2023).

b. Jenis – Jenis Persalinan

Dalam persalinan ada beberapa jenis diantaranya (Indryani, 2024) :

- 1) Persalinan spontan, persalinan pervaginam yang terjadi dengan sendirinya dan tanpa obat pemicu persalinan.
- 2) Persalinan normal, proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm 37-42 minggu) pada janin letak memanjang, presentasi kepala yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran itu berakhir dalam waktu kurang dari 24 jam tanpa tindakan/pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.

3) Persalinan anjuran, persalinan yang terjadi jika kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan, yaitu merangsang otot rahim berkontraksi seperti menggunakan oksitosin atau memecahkan ketuban.

4) Persalinan tindakan, persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu. Persalinan tindakan terdiri dari :

a) Persalinan Tindakan Pervaginam

Apabila persyaratan pervaginam memenuhi, meliputi vakum dan forsep untuk bayi yang masih hidup dan embriotomi untuk bayi yang sudah meninggal.

b) Persalinan Tindakan Perabdomen

Apabila persyaratan pervaginam tidak memenuhi, berupa *sectio caesar*.

c. Penyebab Terjadinya Persalinan

Pada masa kehamilan sampai dengan persalinan dalam tubuh wanita terdapat hormon. Hormon ini lah yang bekerja bersama untuk merangsang kontraksi rahim, melunakkan serviks dan memfasilitasi proses persalinan. Berikut adalah hormon-hormon yang berperan dalam proses persalinan (Sulfianti, 2020) :

- 1) Oksitosin : Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis dan posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah

sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.

Dengan menurunnya konsentrasi progesterone akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

2) Prostaglandin : Hormon yang dihasilkan oleh jaringan di dalam rahim.

Hormon ini berperan dalam merangsang kontraksi rahim dan mempersiapkan serviks (leher rahim) untuk membuka dan dianggap dapat memicu terjadinya persalinan. Prostaglandin juga membantu melunakkan jaringan-jaringan yang diperlukan untuk memfasilitasi kelahiran bayi.

3) Penurunan Progesteron : Proses penuaan plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat,

pembuluh darah dan mengalami penyempitan. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron. Hormon estrogen juga memiliki peran penting dalam mempersiapkan rahim untuk persalinan dengan merangsang pertumbuhan rahim dan aliran darah ke rahim. Estrogen juga mempengaruhi sensitivitas rahim terhadap oksitosin.

4) Prolaktin : Hormon prolaktin diproduksi oleh kelenjar hipofisis anterior

dan meningkat setelah persalinan. Prolaktin berperan dalam merangsang produksi dan pelepasan susu ibu setelah kelahiran bayi.

- 5) Endorfin : Hormon endorfin adalah hormon perasaan yang baik yang diproduksi oleh tubuh sebagai respons terhadap stres atau rasa sakit. Selama persalinan, produksi endorfin meningkat, membantu mengurangi rasa sakit dan memberikan rasa kenyamanan kepada ibu.
- 6) Kortisol : Hormon kortisol adalah hormon stres yang dapat meningkat selama persalinan. Kortisol memberikan energi tambahan kepada ibu saat menghadapi stres fisik dan emosional selama proses persalinan.

d. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor yang dapat mempengaruhi proses persalinan, mulai dari faktor-faktor fisiologis dalam tubuh ibu hingga pengaruh lingkungan eksternal yang dapat memengaruhi pengalaman pesalinan. Faktor yang mempengaruhi persalinan berupa *power* (tenaga), *passage* (jalan lahir), *passenger* (hasil konsepsi), psikologis dan penolong. Namun banyak faktor lain yang berpengaruh terhadap proses kelahiran.

Berikut merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan (Sulfianti, 2020) :

1) *Power* (Tenaga)

Daya utama yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan daya sekundernya adalah usaha meneran yang dilakukan oleh ibu. His dapat dibagi menjadi beberapa :

- a) His palsu atau his pendahuluan, yang tidak kuat dan tidak teratur, tidak menyebabkan pembukaan serviks.

- b) His pembukaan kala I, yang menyebabkan pembukaan serviks hingga mencapai 10 cm, teratur dan menyakitkan.
- c) His pengeluaran atau his mengejan kala II sangat kuat, teratur, simetris saat digunakan untuk mengeluarkan janin.
- d) His pelepasan uri kala III kontraksi sedang yang digunakan untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- e) His pengiring kala IV kontraksi lemah yang terasa seperti meriang dan berlangsung beberapa jam atau hari setelah persalinan.

Tenaga mengejan adalah usaha aktif yang dilakukan oleh ibu selama proses persalinan untuk membantu mendorong bayi keluar dari rahim dan melalui jalan lahir. Tenaga mengejan dilakukan selama kontraksi rahim dan ibu diminta untuk menahan napas dan mengejan sebanyak mungkin selama kontraksi. Selama fase pengeluaran dan tenaga mengejan merupakan fase yang sangat melelahkan. Oleh karena itu, istirahat antara kontraksi sangat penting untuk memulihkan energi. Dukungan emosional dan fisik dari pasangan, anggota keluarga atau tenaga medis sangat penting selama fase pengeluaran dan tenaga mengejan.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, bagian panggul yang keras, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus mampu menyesuaikan diri dengan jalan lahir yang relatif kaku sehingga bentuk dan ukuran panggul harus diidentifikasi sebelum persalinan dimulai. Panggul yang sempit

atau penyempitan jalan lahir dapat memperlambat proses persalinan.

Ukuran-ukuran panggul :

a) Panggul Luar

- (1) *Distansia Spinorum* jarak antara kedua *spina iliaka anterior superior* kanan dan kiri 24-26 cm.
- (2) *Distansia Kristarum* jarak diameter terbesar antara kedua *crista iliaka* kanan dan kiri 28-30 cm.
- (3) *Distansia Boudeloque* atau konjugata eksterna jarak antara lumbal ke 5 dengan tepi syimpisis pubis 18-20 cm.
- (4) Lingkar panggul jarak antara tepi *syimpisis pubis* ke pertengahan antara *trochanter* dan *spina iliaka anterior superior* kemudian ke *lumbal 5* kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas *syimpisis pubis* 80-90 cm.

b) Panggul Dalam

- (1) Pintu atas panggul
 - a. *Konjugata vera* jarak diameter antara *promontorium* dan tepi atas syimpisis 11 cm.
 - b. *Diameter transversa* (melintang) jarak terlebar antara kedua *linea inominata* 13 cm.
 - c. Diameter *oblik* (miring) jarak antara *artikulasio sakro iliaka* dengan *tuberkulum pubicum* sisi yang bersebelah 12 cm.

(2) Bidang tengah panggul

- a. Bidang luas panggul terbentuk dari titik tengah *syimfisis*, pertengahan *acetabulum* dan ruas *sacrum* ke 2 dan ke 3. Diameter *anteroposterior* 12,75 cm, diameter *tranversa* 12,5 cm.
- b. Bidang sempit panggul terbentang dari tepi bawah *syimfisis*, *spina ischiadika* kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah *sacrum*. Diameter *antero-posterior* 11,5 cm, diameter *tranversa* 10 cm.

c) Pintu bawah panggul

Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, diameter *tuber ischiadicum*. Ujung segitiga belakang pada ujung *os sacrum*, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.

Bidang-bidang hodge :

- 1) Hodge I : dibentuk pada lingkaran Pintu Atas Panggul (PAP) dengan bagian atas *syimfisis* dan *promontorium*.
- 2) Hodge II : sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah *syimfisis*.
- 3) Hodge III : sejajar hodge I dan hodge II setinggi *spina ischiadika* kanan dan kiri.
- 4) Hodge IV : sejajar hodge I,II,III setinggi *os coccyges*.

Jalan lahir terbagi menjadi 3 bagian yaitu :

- a) Bagian keras (tulang-tulang panggul) terdiri dari empat tulang, yaitu dua tulang panggul (*os coxae*), satu tulang sacrum (*os sacrum*) dan satu tulang coccyx (*os coccygis*) yang terhubung oleh tiga sendi. *Os coxae* bagi menjadi *os ileum*, *os ischium* dan *os pubis*.
- b) Bagian lunak (segmen bawah rahim, serviks, vagina, otot dan ligament) membentuk struktur fleksibel yang mendukung proses persalinan.
- c) Dasar panggul terdiri dari kelompok otot levator ani yang membentuk diafragma otot yang mendukung uretra, vagina dan rectum. Otot otot ini dilapisi oleh fasia dan membentuk diafragma panggul. Perineum adalah area yang melapisi pintu bawah panggul.
- 3) *Passanger* (Janin)
- Pada faktor *passanger* terdapat 3 bagian meliputi :
- a) Janin (kepala janin beserta ukuran-ukurannya)
- Kepala janin merupakan bagian paling keras dan besar, hal tersebut mempengaruhi proses keluarnya janin. Cara janin bergerak melalui jalan lahir dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.
- (1) Sikap (habitus)

Sikap janin mengacu pada hubungan posisi tubuh bayi dengan tubuh ibu di dalam rahim. Ada tiga sikap utama yang mungkin diambil bayi :

- a. Sikap kepala : bayi dengan kepala menghadap ke bawah dan kaki menghadap ke atas. Ini adalah sikap yang paling umum dan ideal untuk proses persalinan yang lancar.
- b. Sikap bokong : bayi dengan sikap bokong atau panggul menghadap ke bawah. Sikap ini dapat memerlukan intervensi selama persalinan, terutama jika bayi tidak berputar menjadi posisi kepala.
- c. Sikap melintang : bayi dengan tubuh yang tegak lurus atau melintang didalam rahim.

(2) Letak

Terbagi menjadi letak membujur atau *longitudinal*,, letak melintang dan letak miring (*oblique lie*).

(3) Presentasi

Istilah presentasi digunakan untuk menyebutkan bagian janin yang masuk dibagian bawah.

Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti :

1. Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir (vertex, muka, dahi).
2. Presentasi bokong.

3. Presentasi bahu.

(4) Posisi

Posisi bagian terendah janin (seperti oksiput, sakrum, dagu atau puncak kepala yang defleksi atau menengadah).

b) Ketuban

Kegunaan ketuban adalah melindungi janin dalam kandungan. Saat proses melahirkan tiba, salah satu fungsi dari ketuban yaitu untuk mendorong serviks membuka.

c) Plasenta

Merupakan bagian terpenting pada janin karena saluran atau jalan masuknya nutrisi dari ibu ke janin yang ada di dalam kandungan.

4) Psikologis

Kesejahteraan mental dan emosional ibu dapat memengaruhi jalannya persalinan secara langsung dan tidak langsung. Persiapan yang memadai sebelumnya dan pemahaman tentang apa yang diharapkan selama persalinan dapat membantu mengurangi ketakutan yang tidak perlu. Ketika ibu merasa memiliki kontrol atas keputusan yang dibuat selama persalinan dan merasa didukung dalam keinginannya, mereka cenderung merasa lebih tenang dan percaya diri.

5) Penolong

Faktor penolong persalinan merujuk pada segala sesuatu yang membantu atau memfasilitasi proses persalinan, baik secara fisik maupun emosional. Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan.

e. Tanda-tanda Persalinan

1) His persalinan

His adalah kontraksi uterus atau rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut. Dimulai dari pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan sifatnya datang dan menghilang. Jarak waktu his 10-15 menit dan lamanya kontraksi $\frac{1}{2}$ menit atau lebih. His yang baik atau sempurna meliputi :

- a) Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan.
- b) Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- c) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- d) Makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

Sifat his diberbagai fase persalinan sebagai berikut :

- (1) Kala I (fase laten), timbul tiap 10 menit dengan amplitudo 40 mmhg, lama 20 sampai 30 detik. Serviks terbuka sampai 3 cm, frekuensi dan amplitudo meningkat.

- (2) Kala I (fase aktif), sampai kala I aktif terjadi peningkatan rasa nyeri, amplitudo makin kuat sampai 60 mmhg, frekuensi 2 sampai 4 kali dalam 10 menit, lama 40 detik sampai 45 detik, serviks terbuka sampai lengkap (10 cm). His pada kala I ini disebut his pembukaan, yang sifatnya adalah datangnya teratur, makin lama makin kuat dan cepat, disertai perasaan sakit diperut dan dipinggang.
- (3) Kala II, amplitudo 60 mmhg, frekuensi 3 sampai 4 kali (10 menit). Refleksi refleks mengejan terjadi akibat stimulasi dari tekanan bagian terbawah janin (pada persalinan normal yaitu kepala) yang menekan anu dan rektum. Tambahan tenaga meneran dari ibu untuk mengeluarkan bayi. His pengeluaran ini lebih kuat dari his pembukaan.
- (4) Kala III, amplitudo 60-80 mmhg, frekuensi kontraksi berkurang, aktifitas uterus menurun. Plasenta dapat lepas spontan dari aktivitas uterus ini, namun dapat juga menempel dan memerlukan tindakan. His pada kala III ini disebut his pelepasan uri, dimana dengan tenaga his dapat keluar sendiri atau dengan sedikit tekanan.
- 2) Pengeluaran (lendir bercampur darah), keluar lendir kemerahan (*bloody show*) berupa lendir bercampur darah warna merah terang yang berasal dari vagina. Disebabkan karena terlepasnya selaput janin dari kutub bawah uterus. Lendir berasal dari saluran leher rahim (serviks uteri). Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

- 3) Pengeluaran cairan atau ketuban pecah menjelaskan pembukaan lengkap. Pecahnya ketuban memandakan persalinan segera dimulai. Air ketuban biasanya jernih dan tidak berbau.
- 4) Tanda persalinan sudah dekat, terjadi *lightening*, dimana kepala turun memasuki PAP. *Lightening* menyebabkan terasa ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan maupun miksi (Sulfianti, 2020).

f. Tahapan dalam Persalinan

Persalinan memiliki empat tahapan atau empat kala yaitu kala satu disebut kala pembukaan, kala dua disebut pengeluaran janin, kala tiga disebut pengeluaran plasenta kala empat disebut pemantauan. Berikut merupakan penjelasan setiap kala persalinan (Nurhayati, 2022) :

1) Kala I

Kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase kala I persalinan terdiri dari fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan 3 cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik. Fase aktif dengan tanda tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih, pembukaan 4 cm hingga 10 cm.

Fase pembukaan terbagi menjadi 2 yaitu :

- a) Fase laten berlangsung 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai pembukaan 3 cm.

b) Fase aktif terbagi menjadi 3 fase :

- (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.

Semua asuhan dan intervensi saat persalinan harus dicatat. Kondisi ibu dan bayi harus dicatat secara seksama yaitu denyut jantung janin setiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi setiap 30 menit, pembukaan serviks setiap 4 jam, tanda tanda vital setiap 4 jam, produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam. Jika ditemui tanda tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan. Lakukan tindakan yang sesuai apabila dalam diagnosis kerja ditetapkan adanya penyulit dalam persalinan.

2) Kala II

Gejala dan tanda kala II telah terjadi pembukaan lengkap, tampak bagian kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springterni membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala pengeluaran

janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran, karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka.

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dipimpin untuk meneran, maka lahir kepala di ikuti seluruh badan janin.

3) Kala III

Dimulai segera setelah kelahiran bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda lepasnya plasenta terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang dan adanya semburan darah secara tiba tiba. Plasenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir. Kemudian plasenta keluar secara spontan dengan adanya tekanan dari fundus uteri.

4) 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 perineum dan tanda tanda vital.

g. Komplikasi Persalinan

Komplikasi persalinan didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mengancam jiwa ibu dan janin karena gangguan akibat (langsung) dari persalinan diantaranya partus lama, perdarahan, infeksi dan komplikasi lainnya. Jenis-jenis komplikasi persalinan diantaranya (Indryani, 2024):

1) Partus lama

Partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multipara. Sehingga dapat menyebabkan gejala infeksi, kelelahan ibu, asfiksia serta kematian janin dalam kandungan.

2) Perdarahan

Penyebab terjadinya perdarahan pada masa persalinan yaitu :

- a) Tonus, atonia uteri yaitu keadaan lemahnya kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup pendarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.
- b) Tissue (jaringan), retensi plasenta yaitu 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.
- c) Trauma, robekan jalan lahir yaitu robekan perineum, robekan serviks, robekan dinding vagina, inversi uteri dan syok obstetrik.
- d) Thrombin (darah), gangguan faktor koagulasi atau pembekuan darah seperti penyakit hemofilia A (gangguan pembekuan darah).

3) Infeksi

Infeksi disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus kedalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan, masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi. Tanda dan gejalanya demam dengan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$, sakit didaerah infeksi, kemerahan, bengkak bahkan keluarnya nanah.

4) **Gawat janin**

Gawat janin merupakan suatu reaksi atau kondisi janin akibat tidak mendapatkan reaksi yang cukup. Tanda dan gejala ketika janin mengalami keadaan gawat janin diantaranya frekuensi denyut jantung janin <100 kali/menit atau >180 kali/menit, gerakan janin mulai pasif (normal gerakan janin 10 kali perhari) dan air ketuban bercampur mekonium (Indryani, 2024).

2. Kala I Memanjang

a. Pengertian

Kala I memanjang atau partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Rizky et al. 2024). Persalinan lama adalah persalinan yang disertai komplikasi pada ibu atau janin (Riya, 2024).

b. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kala I Memanjang

Kala I memanjang terjadi karena abnormalitas dari dilatasi serviks. Pembukaan serviks berlangsung lambat, karena tidak terjadinya penurunan kepala untuk menekan serviks tersebut. Beberapa faktor yang berhubungan dengan partus lama antara lain (Oxon, 2020) :

1) Disproporsi Sefalopelvik

Merupakan kondisi dimana jika kepala bayi lebih besar dari pelvis, hal ini menjadi penyebab janin kesulitan melewati pelvis. Terjadi akibat pelvis sempit ukuran kepala janin normal atau pelvis normal dengan janin besar atau kombinasi antara bayi besar dan pelvis sempit.

2) Malpresentasi dan malposisi

Malpresentasi adalah bagian terendah janin yang berada disegmen bawah rahim bukan belakang kepala. Sedangkan malposisi adalah penunjuk (*presenting part*) tidak berada di anterior. Dalam keadaan normal presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubun-ubun kecil dalam posisi transversal (saat masuk PAP) dan posisi anterior (setelah melewati PAP) dengan presentasi tersebut, kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya.

Sikap ekstensi ringan akan menjadikan presentasi puncak kepala (dengan penunjuk ubun-ubun besar), ekstensi sedang menjadikan presentasi dahi (dengan penunjuk sinsiput) dan ekstensi maksimal menjadikan presentasi muka (dengan penunjuk dagu).

3) Kerja uterus yang tidak efisien

Disfungsi uterus mencakup kerja uterus yang tidak terkoordinasikan, inersia uteri dan ketidakmampuan dilatasi serviks menyebabkan partus menjadi lama dan kemajuan persalinan mungkin terhenti sama sekali.

c. Klasifikasi Kala I Memanjang

Menurut Nurhayati pada tahun 2022 terdapat 2 klasifikasi kala I memanjang:

1) Fase Laten Memanjang

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

2) Fase aktif memanjang

Pada fase ini bidan sebagai penolong persalinan harus mampu melalui kemajuan persalinan dengan acuan penurunan bagian terbawah janin dan kemajuan pembukaan serviks yang dipengaruhi oleh kontraksi yang adekuat.

Pada primigravida, fase aktif berlangsung 1 cm per jam, jika lebih dari 2 jam untuk setiap 1 cm dianggap memanjang dan lebih dari 12 jam dianggap abnormal. Sedangkan pada multigravida 1 cm per 30 menit jika lebih dari 2 jam merupakan keadaan abnormal.

d. Patofisiologi Kala I Memanjang

Faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya kala I memanjang meliputi keadaan his yang sangat mempengaruhi 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 anatomi mayor, kelainan panggul atau panggul sempit. 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 Kala I Memanjang

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 (Nurhayati, 2022).

b) Paritas

Pada ibu dengan riwayat persalinan sebelumnya lama atau sulit. Pada primigravida kala 1 memanjang cenderung lebih lama karena belum terbiasa dengan proses persalinan, sehingga membutuhkan waktu lebih lama untuk membuka sepenuhnya. Pada ibu dengan paritas lebih dari tiga, keadaan rahim biasanya sudah lemah sehingga menimbulkan persalinan lama. Ibu dengan riwayat kondisi

medis seperti diabetes gestasional karena bayi lebih besar (makrosomia) (Nurhayati, 2022).

c) His

His adalah kontraksi otot-otot rahim dalam proses persalinan. His yang dapat mempengaruhi persalinan adalah his yang datang tidak efektif dan tidak teratur dengan intensitas yang bervariasi dan tidak cukup kuat, tidak cukup efektif untuk membuka serviks dan mendorong bayi turun ke jalan lahir. His dinilai untuk kemajuan persalinan, sifat dari his itu sendiri terdiri dari (frekuensinya, lamanya, kuatnya dan relaksasinya)

(1) Inersia uteri/*Hypotonic Uterine Contraction*

Kondisi dimana otot-otot rahim tidak cukup kuat atau tidak cukup efektif dalam menghasilkan kontraksi yang diperlukan untuk membuka serviks dan mendorong bayi turun selama proses persalinan.

(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 dijalan 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*

Kondisi di mana kontraksi rahim tidak berlangsung secara teratur atau terkoordinasi dengan baik selama proses persalinan.

Kontraksi yang tidak terkoordinasi ini dapat menyebabkan durasi persalinan menjadi lebih lama, memperlambat progres pembukaan serviks dan mengurangi kemampuan rahim untuk mendorong bayi turun dengan efektif (Nurhayati, 2022).

d) Jalan lahir

Kelainan panggul disebabkan oleh gangguan pertumbuhan, penyakit tulang dan sendi (rachititis, neoplasma, faktur) penyakit kolumna vertebralis (kyphosis, scoliosis), kelainan eksremitas inferior (coxitis, fartur).

2) Faktor Janin

Posisi dan presentasi janin meliputi presentasi posterior (kepala menghadap kebelakang ibu), letak sungsang, letak melintang. Kelainan ukuran janin diantaranya makrosomia (jika bayi terlalu besar dengan berat badan lebih dari 4.000 gram). Distres janin (hipoksia) jika janin mengalami kekurangan oksigen selama persalinan karena kontraksi terhambat. Kelainan bawaan (kelainan pada struktur tubuh) dapat menghambat persalinan (Laurenche, 2023).

f. Tanda dan Gejala Kala I Memanjang

Menurut (Wahyuni, 2023) tanda kala I memanjang terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi :

- 1) Pada Ibu
 - a) Pembukaan serviks yang lambat.
 - b) Kontraksi dilihat durasi dan intensitasnya tidak efektif.
 - c) Durasi persalinan lebih lama.
- 2) Pada janin
 - a) Keterlambatan dalam penurunan posisi kepala janin.
 - b) Detak jantung janin tidak teratur.
 - c) Ketuban terdapat mekonium menandakan bahwa janin telah mengeluarkan mekonium.
 - d) Caput succedaneum yang besar.
 - e) Moulage kepala yang hebat.

g. Dampak Kala I Memanjang

- 1) Pada Ibu
 - a) Kelelahan karena persalinan berlangsung lama.
 - b) Dehidrasi jika ibu tidak dapat makan atau minum cukup cairan selama proses persalinan.
 - c) Nyeri berkepanjangan karena kontraksi yang berlangsung lama.
 - d) Gangguan emosional dan psikologis seperti, cemas, putus asa atau frustasi.
 - e) Risiko infeksi meningkat, seperti VT berulang, ketuban pecah dini.
- 2) Pada Janin

- a) Fetal Distres janin.
- b) Hipoksia (kekurangan oksigen) karena tidak mendapatkan cukup oksigen selama persalinan akibat kontraksi berlebihan atau kompresi tali pusat.
- c) Trauma pada janin (Akbar, 2024).

h. 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 yang terdiri dari pemeriksaan Hematologi (Hb, hematokrit, leukosit, trombosit, eritrosit), Hitung jenis (basofil, eosinofil, netrofil batang, netrofil segmen, limfosit, monosit), Indeks Eritrosit (MCV, MCH, MCHC) dan protein urin.
- 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.

i. Penatalaksanaan

Inersia adalah his yang sifatnya lemah, lebih singkat dan lebih jarang dibandingkan dengan his yang normal. Inersia uteri adalah kelainan his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau

mendorong janin keluar. Disini kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang.

Inersia uteri terbagi menjadi 2 keadaan (Novi, 2022) :

1) Inersia uteri primer

Kelemahan his timbul sejak dari permulaan persalinan. Hal ini harus dibedakan dengan his pendahuluan yang juga lemah dan kadang-kadang hilang.

2) Inersia uteri sekunder

Kelemahan his yang timbul setelah adanya his yang kuat teratur dan dalam waktu yang lama.

Penanganan umum inersia pada ibu bersalin yaitu :

Periksa keadaan serviks, presentasi dan posisi janin, turunnya bagian terbawah janin dan keadaan panggul. Kemudian buat rencana untuk menentukan sikap dan tindakan yang akan dikerjakan, misalnya pada letak kepala :

- 1) Berikan oxytosin drip 5 IU dalam 500 cc RL, tetesan mulai dengan dosis 8 tetes/menit, maksimal 40 tetes/menit, dosis kenaikan adalah 15 menit 4 tetes.
- 2) Pantau hasil denyut jantung janin, tanda vital ibu dan kontraksi uterus.
- 3) Lanjutkan pemberian oxytosin 5 IU flabot ke 2 jika belum ada pembukaan dan tidak ada komplikasi dilanjutkan tindakan partus spontan.

- 4) Hentikan induksi jika terjadi : tetani uteri, inkoordinasi rahim, ring kontraksi. Berikan oksigen, tokolitik dan SC Cito.

j. Tata laksana Kala I Memanjang oleh Bidan

Wewenang bidan dalam membantu persalinan yang diatur dalam Kewenangan Terbaru Bidan sesuai dengan Permenkes 21 tahun 2021 tentang pelayanan kesehatan masa persalinan. Bidan memiliki tanggung jawab untuk memantau dan mencatat secara berkala kondisi ibu, janin dan kemajuan persalinan menggunakan partografi. Peran bidan adalah mengenali secara tepat tanda dan gejala pertus/lama serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu untuk merujuk ke persalinan yang aman. Bidan memberikan dukungan emosional, memberikan asupan nutrisi dan mendampingi proses persalinan ibu (Dr Erna Mulati, MSc., 2022).

3. Pemantauan Kemajuan Persalinan Dengan Partografi

a. Pengertian

Partografi merupakan suatu presentasi grafis, yang berisi informasi terkait kondisi janin dan ibu selama persalinan berlangsung. Partografi terdiri dari bagian informasi ibu, informasi janin dan proses kemajuan persalinan (Indryani, 2024).

b. Tujuan

Menurut (Muji, 2024) tujuan dari penulisan partografi yaitu :

- 1) Memantau proses persalinan pervaginam.

Mendeteksi persalinan yang berisiko tidak normal dan membutuhkan intervensi seperti penambahan obat, tindakan operatif maupun di rujuk

ke fasilitas yang lebih memadai. Oleh karena itu, penggunaan partografi diharapkan dapat mengurangi risiko komplikasi akibat persalinan panjang.

2) Memantau persalinan ibu dengan risiko tinggi

Partografi digunakan sebagai alat observasi atau pengawasan yang lebih ketat.

c. Penggunaan Partografi

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan kebidanan persalinan. Partografi 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 ditempat pelayanan kesehatan menggunakan partografi (rumah, klinik bidan swasta, rumah sakit).
- 3) Penggunaan partografi secara rutin akan memastikan ibu dan janin mendapatkan asuhan kebidanan yang aman dan tepat waktu guna mencegah terjadinya penyulit yang mengancam keselamatan jiwa (Muji, 2024).

d. Pengisian Partografi

- 1) Mencatat informasi pasien yang berisi nama pasien, gravida, para, abortus, 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 simbol :
 - a) U : selaput ketuban utuh.
 - b) J : selaput ketuban percah, cairan ketuban jernih.
 - c) M : selaput ketuban pecah yang bercampur mekonium.
 - d) D : selaput ketuban pecah yang bercampur darah.
 - e) K : selaput ketuban pecah yang sudah kering.
- 4) Molase atau penyusupan berperan penting seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap panggul ibu, diberi simbol :
 - a) Lambang 0 bila sutera sagitalis terpisah dan dapat dipalpasi.
 - b) Lambang 1 bila sutera sagitalis bersentuhan.
 - c) Lambang 2 bila sutera sagitalis tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.
 - d) Lambang 3 bila sutera sagitalis tumpah tindih dan tidak dapat dipisahkan.
- 5) Pembukaan serviks setiap 4 jam, menilai pada saat pemeriksaan dalam dan diberi tanda X.

- 6) Penurunan kepala janin pada bagian kepala bidang perlamaan yang dicatat dengan lambang lingkaran (O) setiap melakukan pemeriksaan dalam dan dilakukan setiap 4 jam.
- 7) Garis waspada dimulai dari pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik pembukaan lengkap, diharapkan terjadi laju pembukaan 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 disebelah 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 volume cairan infus serta jumlah tetes permenit.
- 11) Obat-obatan dan cairan IV yang diberikan jika ibu mendapat tetesan (drip) oksitosin dokumentasikan tiap 30 menit.
- 12) Tanda tanda vital : nadi setiap setengah jam, tekanan darah dan suhu tubuh setiap 4 jam.
- 13) Volume urin, protein dan aseton dilakukan setiap 2 sampai 4 jam (Sulfianti, 2020).

e. Pengisian Lembar Belakang Partografi**1) Kala I**

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

2) Kala II

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

3) Kala III

Meliputi pertanyaan lamanya kala III 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.

4) Kala IV

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 IV meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uterus, kontraksi, kandung kemih dan jumlah perdarahan.

5) Bayi baru lahir

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

Gambar 2.1 Lembar Depan Partografi

PARTOGRAF

No. Register : Nama Ibu/Bapak: _____/_____ Umur: ____/____ G... P... A... Hamil..... minggu
 RS/Puskesmas/BB : Masuk Tanggal : _____ Pulsa : _____ WIB

Ketuban Pecah sejak pukul _____ WIB Mulus sejak pukul _____ WIB Alamat: _____

Deryut
jantung
Janit
(x/nent)

200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80

air ketuban
penyusupan

Partogram serupa (cm)
Bentuk lanskap
Baris tembusan

Waktu (Pukul)

Waspadai Beratirik

Kontaksi tiap 10 menit

< 20 5
20-40 4
> 40 3
detik 2
1

Oksitosin U/I
tetes/menit

Obat dan cairan IV

Nadi 180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60

Tekanan darah

Temperatur °C

Urine

Protein
Aseton
Volume

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

Gambar 2.2 Lembar Belakang Partograf

CATATAN PERSALINAN	
1. Tanggal :	25. Massase fundus uteri?
2. Nama Bidan :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, alasannya
3. Tempat Persalinan :	26. Plasenta lahir lengkap (<i>intact</i>) : Ya / Tidak Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan : a. b.
<input type="checkbox"/> Rumah Ibu <input type="checkbox"/> Puskesmas	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit
<input type="checkbox"/> Polindes <input type="checkbox"/> Lainnya :	<input type="checkbox"/> Klinik Swasta
4. Alamat tempat persalinan :	27. Plasenta tidak lahir > 30 menit : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, alasannya :
5. Catatan : <input type="checkbox"/> Rujuk, Kala I/II/III/V	28. Laserasi : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, dimana :
6. Alasan merujuk :	29. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4 Tindakan : <input type="checkbox"/> Penjahitan, dengan / tanpa anestesi <input type="checkbox"/> Tidak dijahit, alasannya
7. Tempat rujukan :	30. Atonia uteri : <input type="checkbox"/> Ya, tindakan :
8. Pendamping pada saat merujuk : <input type="checkbox"/> Bidan <input type="checkbox"/> Teman <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Dukun <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Tidak ada	31. Jumlah darah yang keluar/perdarahan : ml
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini : <input type="checkbox"/> Gawatdarurat <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> HDK <input type="checkbox"/> PMCT	32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya : Hasilnya :
KALA I	
10. Temuan pada fase laten :	33. Kondisi ibu : KU : TD : mmHg Nadi : x/minit Respirasi : x/minit
Perlu intervensi : Y / T	34. Masalah kala IV, penatalaksanaannya: Hasilnya :
11. Grafik dilatasi melewati garis waspada : Y / T	BAYI BARU LAHIR
12. Masalah pada fase aktif, sebutkan :	35. Berat badan gram
13. Penatalaksanaan masalah tersebut	36. Panjang badan cm
14. Hasilnya :	37. Jenis kelamin : L / P
KALA II	
15. Episiotomi : <input type="checkbox"/> Ya, indikasi :	38. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
<input type="checkbox"/> Tidak	39. Bayi lahir : <input type="checkbox"/> Normal, tindakan : <input type="checkbox"/> menghangatkan <input type="checkbox"/> mengeringkan <input type="checkbox"/> rangsang taktil <input type="checkbox"/> IMD atau naturi menyusu segera <input type="checkbox"/> tetes mata profilaksis <input type="checkbox"/> vitamin K <input type="checkbox"/> imunisasi Hepatitis B
16. Pendamping pada saat persalinan : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Teman <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Dukun	<input type="checkbox"/> Asfiksia, tindakan : <input type="checkbox"/> menghangatkan <input type="checkbox"/> bebasikan jalan nafas (posisi dan isap lendir) <input type="checkbox"/> mengeringkan <input type="checkbox"/> rangsangan taktil <input type="checkbox"/> ventilasi positif (jika perlu) <input type="checkbox"/> asuhan pascaresusitasai <input type="checkbox"/> lain – lain, sebutkan
17. Gawat janin : <input type="checkbox"/> Ya, tindakan yang dilakukan : a. b. <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Cacat bawaan, sebutkan :
<input type="checkbox"/> Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasilnya	<input type="checkbox"/> Hipotermi : Ya / tidak, tindakan : a. b.
18. Distosis Bahu <input type="checkbox"/> Ya, tindakan yang dilakukan : <input type="checkbox"/> Tidak	40. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir <input type="checkbox"/> Ya. Waktu : jam setelah bayi lahir <input type="checkbox"/> Tidak, alasan
19. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya :	41. Masalah lain, sebutkan :
KALA III	
20. Inisiasi Menyusu Dini <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, alasannya	Penatalaksanaan dan Hasilnya :
21. Lama kala III : menit	
22. Pemberian Oksitosin 10 U im? <input type="checkbox"/> Ya, waktu : menit sesudah persalinan <input type="checkbox"/> Tidak, alasan	
Penjepitan tali pusat menit setelah bayi lahir	
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x)? <input type="checkbox"/> Ya, alasan	
<input type="checkbox"/> Tidak	
24. Penegangan tali pusat terkendali ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, alasan	

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

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 (Indryani, 2024).

Tujuan-tujuan 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 membandingkan 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 Segera

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: Pelaksanaan Perencanaan

Tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien maupun diagnosa yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

7) Langkah ketujuh: Evaluasi

Mengevaluasi kembali asuhan yang telah diberikan yaitu meliputi pemenuhan kebutuhan klien (Sulfianti, 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 *assessment* dan P adalah *planning*. Merupakan dokumen yang sederhana, jelas, mudah dimengerti dan singkat. Prinsip metode SOAP ini

merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan (Indryani, 2024).

1) Data Subjektif

Merupakan pengumpulan data klien melalui anamnesa. 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*

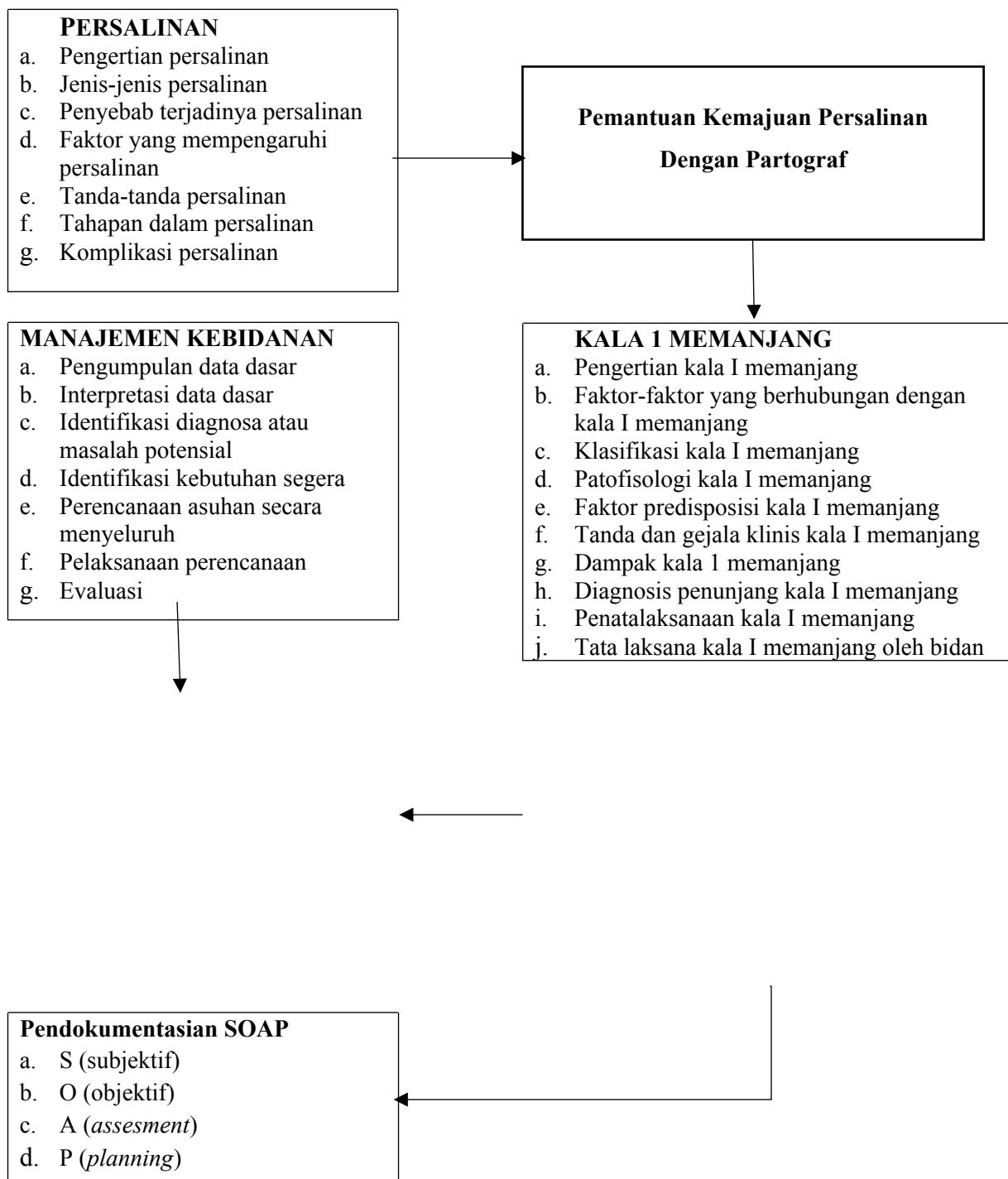
Pendokumentasian hasil analisis data subjektif dan data objektif. *Assessment* merupakan pendokumentasian langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini : diagnosis atau masalah atau masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi 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 (Sulfianti, 2024).

B. KERANGKA TEORI



Tabel 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (Akbar, 2024), (Analia et al. 2023), (Dr Erna Mulati,MSc., 2022), (Indriyani, 2024), (Laurence 2023), (Novi, 2024), (Muji, 2024), (Nurhayati, 2022), (Oxron, 2020), (Riya, 2024), (Rizky et al. 2024), (Sulfianti 2020), (Wahyuni 2023).