

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Persalinan

a. Definisi persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, serta berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan atau kekuatan ibu sendiri (Nurul, 2020).

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati & Muliani, 2019).

Persalinan yakni suatu proses alami dan berlangsung secara alamiah. Dengan demikian membutuhkan pengamatan khusus dikarenakan setiap wanita memiliki kesehatan yang berbeda sehingga dapat meminimalisir bahaya kematian ibu dan janin di saat persalinan (Krisanti, 2021).

b. Etiologi persalinan

Beberapa teori yang menjadi penyebab terjadinya proses persalinan menurut Fitriana & Nurwiandani (2020) yaitu :

1) Penurunan kadar progesterone

Hormon estrogen dapat meninggikan kerentanan otot-otot rahim, sedangkan hormon progesteron dapat menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Selama masa kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah. Namun, pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Hal inilah yang menandakan sebab-sebab mulainya persalinan.

2) Teori oksitosin

Pada akhir usia kehamilan, kadar oksitosin bertambah sehingga menimbulkan kontraksi otot-otot rahim.

3) Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka terjadi kontraksi untuk mengeluarkan yang ada didalamnya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan atau bertambahnya ukuran perut semakin teregam pula otot-otot rahim dan akan menjadi semakin rentan.

4) Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar-kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan karena anencheplaus kehamilan sering lebih lama dari biasanya.

5) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Prostaglandin meningkat menyebabkan penurunan kadar progesteron, peningkatan estrogen dan oksitosin.

c. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Lailiyana et al., (2023) faktor yang mempengaruhi persalinan adalah 5P, yaitu :

1) *Passage*

Passage adalah jalan lahir yang harus dilewati oleh janin yang terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan yaitu jalan lahir tersebut harus normal.

2) *Power*

Power adalah kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu yang sangat penting dalam proses persalinan.

3) *Passanger*

Passanger adalah keadaan janin yang mencakup letak presentasi, ukuran, ada atau tidak letak anatomii.

4) Psikologis ibu

Keadaan psikologis adalah keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat memengaruhi proses persalinan. Beberapa wanita normal bisa merasakan kegembiraan saat merasakan kesakitan pada proses persalinan bayinya. Kondisi psikologis ibu meliputi :

- a) Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual
- b) Pengalaman bayi sebelumnya
- c) Kebiasaan adat
- d) Dukungan orang terdekat pada ibu

5) Penolong persalinan

Peran bidan dalam proses pertolongan persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang dapat terjadi pada ibu dan janin. Kemampuan, keterampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi persalinan harus terjamin.

d. Tanda-tanda Persalinan

Menurut Walyani & Purwoastuti, (2021) dijelaskan bahwa ada beberapa tanda persalinan diantaranya yang meliputi :

1) Adanya kontraksi rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involunter. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase, yaitu :

- a) *Increment*, yaitu ketika intensitas terbentuk.
- b) *Acme*, yaitu puncak atau maksimum.
- c) *Decement*, yaitu ketika otot relaksasi.

2) Keluarnya lendir bercampur darah

Keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim*.

3) Keluarnya air-air atau ketuban

Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum (Stoppard dalam Walyani & Endang, 2020).

4) Pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama-tama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi serviks yang cepat (Liu dalam Walyani & Endang, 2020).

Adapun tanda-tanda persalinan lainnya, yaitu :

- a) Ibu merasa ingin meneran atau menahan napas bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada bagian rektum dan vagina.
- c) Perineum mulai menonjol.
- d) Vagina dan sfincter ani mulai membuka.

e. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Persalinan kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga pembukaan lengkap (10). Kala I persalinan terdiri dari 2 fase, yaitu :

a) Fase laten

Fase yang dimulai seja awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan berlangsung sekitar 8 jam.

b) Fase aktif

Fase yang frekuensi dan lamanya kontraksi uterus umumnya meningkat. Kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali dalam 10 menit dan lamanya 40 detik atau lebih, serviks membuka 4-10 cm dan terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2) Kala II

Persalinan kala II disebut juga proses pengeluaran janin, yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini

berlangsung selama kurang lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Adapun tanda dan gejala yang muncul pada kala II adalah sebagai berikut :

- a) Kontraksi (his) semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b) Menjelang akhir kala satu, ketuban akan pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak dan tidak bisa dikontrol.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan yang dideteksi lengkap dengan diikuti rasa ingin mengejan.
- d) Kontraksi dan mengejan akan membuat kepala bayi lebih terdorong menuju jalan lahir, sehingga kepala mulai muncul kepermukaan jalan lahir, kemudian bayi lahir secara berurutan dari ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, dahi, muka, dagu, dan seluruhnya.

3) Kala III

Persalianan kala III disebut juga proses kelahiran plasenta atau ari-ari. Dimulai setelah bayi lahir dan berakhir ketika plasenta sudah lahir. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut :

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke Segmen Bawah Rahim (SBR).
- c) Tali pusat bertambah panjang.
- d) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba).

- e) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir.

4) Kala IV

Persalinan kala IV disebut juga fase observasi karena perdarahan *postpartum*, dilakukan pengawasan setelah selama 2 jam setelah bayi dan plassenta lahir yang bertujuan untuk mengobservasi persalinan terutama mengamati keadaan ibu terhadap bahaya perdarahan *postpartum*. Observasi yang dilakukan meliputi :

- a) Tingkat kesadaran pasien.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadinya pengeluaran darah.

f. Mekanisme persalinan normal

Menurut Rohani et al tahun 2018, berikut adalah gerakan utama dari mekanisme persalinan normal :

1) Penurunan kepala

Masuknya kepala kedalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati PAP dapat dalam keadaan asinklismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium. Pada primigravida, masuknya kepala ke PAP terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan multigravida biasanya baru

terjadi pada permulaan persalinan. Terdapat dua jenis asinklitismus, yaitu :

- a) Asinklitismus posterior, bila sutura sagitalis mendekati simfisis dan *os parietal* belakang lebih rendah dari *os parietal* depan.
- b) Asinklitismus anterior, bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga *os parietal* depan lebih rendah dari *os parietal* belakang.

Penurunan kepala disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari Segmen Atas Rahim (SAR) yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari SBR sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong kedalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan *intrauterine*, kekuatan meneran, atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan anak.

2) Fleksi

Pada pergerakan ini maka dagu janin akan lebih dekat kearah dada janin sehingga Ubun-Ubun Kecil (UUK) lebih rendah dari Ubun-Ubun Bessar (UUB). Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter *suboccipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan diameter *suboccipito frontalis* (11 cm) sampai di dasar panggul.

3) Rotasi dalam (Putar paksi dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian terendah adalah daerah ubun-ububn kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan ke arah simfisis. Putar paksi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan. merupakan suatu usaha untuk menyelesaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

4) Ekstensi

Saat kepala janin sudah didasar panggul dan ubun-ububn kecil berada dibawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Ekstensi ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Jika kepala fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul dan tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. *Subocciput* yang tertahana pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochlion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum yaitu ubun-ububn besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

5) Rotasi luar (Putar paksi luar)

Kepala yang sudah lahir akan mengalami putaran paksi luar yaitu kepala bayi akan memutar kembali kearah punggung untuk

menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring dan akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilalui sehingga setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu bisa menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak.

6) Ekspulsi

Setelah putaran keluar dan kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat setelah mencapai dasar panggul. Sebagai contoh kontraksi yang buruk atau fleksi kepala yang salah atau keduanya, rotasi mungkin tidak sempurna atau mungkin tidak terjadi sama sekali, khususnya jika janin besar.

g. Penyulit/komplikasi persalinan

Beberapa penyulit/komplikasi pada persalinan kala I dan II diantaranya 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) Persalinan lama
- c) *Prolonged latent phase* (fase laten yang memanjang)
- d) *Prolonged active phase* (fase aktif memanjang)
- e) Inersia uteri hipotonik
- f) Inersia uteri hipertonik
- 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 Cognenital*

(3) Tumor vagina dan kista vagina

c) Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis. Karena disfungsional *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) Aneneseftalus

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

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

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

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, inversion uteri, dan syok obstetrik.

2. Konsep Dasar Air Ketuban

Air ketuban disebut juga cairan amnion ialah bagian paling penting dalam masa kehamilan, yang melindungi bayi dari trauma, memberikan ruang untuk pertumbuhan janin dan mencegah tali pusat mengalami kompresi dari luar. Air ketuban merupakan mediator utama untuk mengetahui segala informasi tentang janin yang ada di dalam uterus, cairan ketuban menyediakan pantul akustik yang memantulkan detak jantung janin. Cairan ketuban juga memiliki sifat bakteriostatik yang berfungsi melawan infeksi bakteri dari luar. Air ketuban pada dasarnya steril. Kualitas air ketuban amat menentukan kualitas janin yang ada di

dalamnya, artinya air ketuban yang tidak keruh dan jumlahnya cukup akan menjamin kecukupan nutrisi dan oksigen untuk janin (Aditya, 2022).

a. Ciri – ciri air ketuban

Beberapa ciri dari air ketuban menurut Jeni S. Sondakh (2013) adalah :

- 1) Jumlah volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc.
- 2) Air ketuban berwarna putih keruh, berbau amis, dan berasa manis.
- 3) Reaksinya agak alkali atau netral, dengan berat jenis 1,008.
- 4) Komposisinya terdiri atas 98% air, sisanya albumin, urea, asam urat, kreatinin, sel-sel epitel, rambut lanugo, verniks kaseosa, dan garam-garam organik.
- 5) Kadar protein kira-kira 2,6% g per liter, terutama albumin.

Normal: Volume cairan amnion biasanya berkisar antara 800 hingga 1.000 ml pada trimester ketiga.

Oligohidramnion: Jika volume cairan amnion kurang dari 500 ml pada trimester ketiga, ini biasanya dianggap sebagai oligohidramnion.

b. Fungsi air ketuban

Air ketuban memiliki fungsi diantaranya untuk melindungi janin dari benturan, mencegah infeksi, mengendalikan suhu, menyediakan nutrisi untuk janin, untuk perkembangan paru-paru dan pencernaan pada janin, mendukung perkembangan otot dan tulang janin dan mencegah kelainan pertumbuhan jari (Ristiawati et al., 2023).

3. Oligohidramnion

a. Pengertian Oligohidramnion

Oligohidramnion adalah gangguan cairan ketuban yang mengakibatkan penurunan volume cairan ketuban. Volume cairan ketuban yang rendah dapat disebabkan oleh banyak komplikasi ibu, janin, atau plasenta dan dapat menyebabkan hasil janin yang buruk (Iskandar & Aiman, 2023). Secara klinis oligohidramnion didefinisikan sebagai volume cairan amnion yang secara patologis berjumlah sedikit menurut usia gestasionalnya.

Oligohidramnion didefinisikan sebagai penurunan *Amnion Fluid Volume* (AFV) untuk usia kehamilan, yang dicirikan sebagai berikut :

- 1) Volume cairan ketuban berkurang (AFV)
- 2) Volume cairan ketuban kurang dari 500 ml pada usia kehamilan 32-36 minggu, volume cairan ketuban tergantung pada usia kehamilan (Lindo & Wildan, 2023)

b. Diagnosis

- 1) Penilaian subjektif

Dalam keadaan normal, janin tampak bergerak bebas dan dikelilingi oleh cairan ketuban. Struktur organ janin, plasenta dan tali pusat dapat terlihat dengan jelas. Kantung ketuban terlihat di beberapa tempat, terutama di daerah pertengahan kaki dan antara dinding anterior dan posterior rahim. Pada kehamilan trimester

kedua, sering terlihat bagian tubuh janin bersentuhan dengan dinding anterior rahim. Pada oligohidramnion, cairan ketuban dikatakan berkurang ketika kantung ketuban hanya terlihat di ekstremitas bawah, dan dikatakan habis ketika kantung ketuban tidak lagi terlihat. Pada kondisi ini, gerakan janin berkurang. Struktur janin sulit dipelajari dan anggota badan tampak sesak (Kamila, 2023).

2) Penilaian semikuantitatif

Diagnosis dapat ditegakkan dengan cara USG yang dapat ditemukan saat USG rutin atau pada saat perawatan antenatal. Penilaian dapat dilakukan dengan cara subjektif ataupun semikuantitatif. Penilaian dengan USG dapat digunakan untuk mendapatkan ukuran kualitatif untuk mengukur volume cairan amnion (AFV). Salah satu metode USG untuk menilai volume adalah dengan mengukur *Single Deepst Pocket* (SDP) yaitu mengukur kedalaman kantong yang terlihat paling besar mengelilingi janin. Kisaran normal untuk kantong vertikel terdalam adalah 2 cm – 8 cm untuk kehamilan tunggal manakala untuk kehamilan ganda adalah 2.2 cm – 7.5 cm (Kamila, 2023).

c. Etiologi Oligohidramnion

Menurut Arantika & Fatimah (2019) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi banyak sedikitnya air ketuban atau cairan amnion ini terbentuk. Dari faktor ibu, biasanya kebiasaan mengonsumsi obat-

obatan tertentu akan sangat memengaruhi banyak sedikitnya air ketuban yang terproduksi. Oleh sebab itu, sering tidak disarankan oleh dokter bagi ibu hamil untuk mengonsumsi sejumlah obat-obatan tertentu. Namun, beberapa obat khusus penunjang kehamilan justru akan membantu untuk produksi air ketuban lebih maksimal. Kelainan penyakit yang diderita oleh ibu hamil juga memengaruhi ketersediaan air ketuban. Penyakit seperti diabetes, tekanan darah tinggi, kondisi dehidrasi dan kondisi kelelahan yang dialami ibu akan mengurangi dan mengganggu ketersediaan serta kualitas air ketuban yang ada.

Selain itu, faktor kesehatan plasenta dan ketuban bocor mungkin saja terjadi. Pada awal kehamilan, sering kali ibu hamil disarankan untuk *bedrest* dan tidak banyak beraktivitas. Selain faktor yang datang dari kondisi ibu, beberapa faktor juga mungkin berasal dari kelainan yang dialami oleh janin sejak awal. Kondisi kelainan ginjal atau organ vital tertentu janin akan memengaruhi ketersediaan air ketuban. Sebagai contoh, apabila ginjal janin tidak berekskresi dengan baik maka janin tidak akan menghasilkan urin kembali sementara air ketuban yang ada tetap ditelan oleh janin.

Selain mengganggu tumbuh kembang bayi selama dalam kandungan, kurangnya air ketuban atau cairan amnion akan berpengaruh secara spesifik. Pada usia kandungan trimester pertama, kekurangan cairan akan sangat mengganggu pembentukan organ-organ vital bayi. Kondisi akan semakin parah apabila tidak ditangani dengan

benar. Selain cacat, bayi kurang air ketuban pada awal trimester juga akan menyebabkan keguguran. Pada usia kandungan trimester kedua akan menghambat perkembangan organ. Jika sebelumnya organ terbentuk dengan sempurna dengan kurangnya air ketuban, pada trimester kedua akan berpengaruh pada kemampuan organ.

Dimana dalam hal ini juga akan terus berpengaruh dengan pembentukan air ketuban selanjutnya. Kemungkinan bayi lahir prematur sampai ketidakmampuan persalinan secara normal merupakan dampak yang disebabkan kurangnya cairan air ketuban pada trimester lanjut ini. Kekurangan cairan amnion atau ketuban dapat diantisipasi sejak dini. Dengan memeriksakan dan memantau kondisi kehamilan, ibu hamil dapat memperkirakan aktivitas yang masih memungkinkan untuk dilakukan agar tidak terlalu kelelahan. Selain itu, konsumsi makanan yang bergizi juga akan menunjang kebutuhan gizi yang diperlukan selama kehamilan. Selain mengantisipasi melalui menjaga kondisi ibu selama masa kehamilan, ibu hamil juga bisa mengenali gejala terjadinya oligohidramnion. Bantuan USG dan pantauan dokter akan sangat dibutuhkan untuk mengetahui secara langsung kandungan air ketuban yang ada dalam kandungan.

Selain itu, bentuk tonjolan kehamilan akan terlihat lain pada kondisi oligohidramnion ini. Rajin meraba dan merasakan tonjolan pada perut akan memebantu untuk memantau kondisi janin dengan sederhana. Pada kehamilan yang mengalami oligohidramnion,

perkembangan akan terjadi sangat lambat. Hal ini juga menjadi salah satu gejala untuk mengenali kondisi oligohidramnion. Pada kondisi tertentu, jika upaya antisipasi tidak membantu tubuh ibu dan bayi menyediakan air ketuban. Dokter mungkin akan memberikan infus amnion. Natrium klorida akan diberikan sebagai cairan yang dapat membantu tubuh menyediakan air ketuban.

Selain infus, sejumlah cairan dan pengelolaan cairan amnion mungkin saja dilakukan. Pada tahap trimester awal kehamilan, hal ini nantinya akan berpengaruh kepada kondisi organ vital bayi. Selain itu, jika langkah ini tidak juga membantu biasanya lebih disarankan untuk melakukan penghentian kehamilan yakni dengan kuret. Hal ini disarankan apabila kondisi kurangnya air ketuban dan setelah upaya yang dilakukan gagal. Apabila dipertahankan, kondisi ini juga akan membahayakan kondisi ibu hamil.

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion menurut Iskandar & Aiman (2023) diantaranya :

- 1) Kelainan kongenital.
- 2) Pertumbuhan janin terhambat.
- 3) Ketuban pecah dini.
- 4) Kehamilan postterm.
- 5) Insufisiensi plasenta.
- 6) Obat-obatan (misalnya dari golongan prostaglandin).

Penyebab oligohidramnion belum diketahui, umumnya berhubungan dengan penurunan produksi urin janin (agenesis ginjal, obstruksi saluran kemih, dan kematian janin), kebocoran ketuban kronis atau ketuban pecah dini (35%), penyakit ibu (hipertensi, diabetes, insufisiensi uteroplasenta, preeklamsia) (Lindo & Wildan, 2023).

Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih (kelainan ginjal bilateral dan obstruksi uretra) dan kelainan kromosom (tripoidi, trisomy 18 dan 13). Trisomy 21 jarang memberikan kelainan pada saluran kemih, sehingga tidak menimbulkan oligohidramnion. Insufisiensi plasenta dapat menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin dapat memicu terjadinya mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urin berkurang dan terjadi oligohidramnion.

Sekitar 8% wanita hamil memiliki terlalu sedikit cairan ketuban. Oligohidramnion dapat terjadi kapan saja selama kehamilan, tetapi lebih sering terjadi pada trimester terakhir kehamilan. Sekitar 12% wanita yang usia kehamilannya melewati waktu perkiraan lahir (42 minggu kehamilan) menderita oligohidramnion, karena jumlah cairan ketuban berkurang hingga hampir setengah dari jumlah normalnya selama kehamilan (Iskandar & Aiman, 2023).

d. Gambaran klinis

Gambaran klinis dari oligohidramnion menurut Mofri Lindo & Dira (2023) adalah sebagai berikut :

- 1) Uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan dan tidak ada ballotemen
- 2) Ibu merasa nyeri diperut pada setiap pergerakan anak
- 3) Sering berakhir dengan partus prematur
- 4) Bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas
- 5) Persalinan berlangsung cukup lama karena kurangnya cairan ketuban yang mengakibatkan persalinan menjadi cukup lama
- 6) Sewaktu his akan sakit sekali
- 7) Bila ketuban pecah, air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.

e. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala oligohidramnion menurut Iskandar & Aiman Kamila, (2023) sebagai berikut :

- 1) Janin dapat teraba dengan mudah ketika dilakukan palpasi
- 2) Tidak ada efek pantul (*ballotement*)
- 3) Penambahan tinggi fundus uteri berlangsung lambat
- 4) Cairan amnion berada dibawah jumlah normal.

Sedangkan menurut Y. L. Latin (2014) tanda dan gejala oligohidramnion adalah sebagai berikut :

- 1) “molding”, uterus mengelilingi janin
- 2) Janin dapat diraba dengan mudah
- 3) Tidak ada efek pantul (ballotement) pada janin
- 4) Penambahan tinggi fundus uteri berlangsung lambat
- 5) Adanya keadaan lain yang menyertai
- 6) Tekanan darah yang tinggi
- 7) Edema.

f. Patofisiologi

Patofisiologi oligohidramnion menurut Y. L. Latin (2014) sebagai berikut :

- 1) Produksi cairan amnion yang abnormal
- 2) Perfusi plasenta yang buruk
- 3) Tekanan darah tinggi atau hipertensi
- 4) Pertumbuhan janin yang kurang baik atau IUGR
- 5) Produksi urin janin yang rendah
- 6) Intoksikasi renal
- 7) Nefrosis
- 8) Ketuban pecah dini.

g. Komplikasi

Menurut Iskandar & Aiman kamila, (2023), jika oligohidramnion terdeteksi pada awal kehamilan, dapat terjadi komplikasi berupa kompresi organ janin yang mengakibatkan cacat lahir, dan meningkatkan angka keguguran atau lahir mati. Jika

oligohidramnion terdeteksi pada trimester kedua kehamilan, dapat terjadi komplikasi berupa *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR), dan persalinan prematur. Dapat mengakibatkan hipoplasia pulmoner, karena kompresi akibat tidak adanya cairan. Sehingga terjadi inhalasi cairan yang menghambat pertumbuhan paru-paru dan terjadi defek paru intrinsik. Selama persalinan oligohidramnion dapat menyebabkan kompresi tali pusat, cairan bercampur mekonium, denyut jantung janin abnormal dan kematian neonatal.

Menurut Manuaba komplikasi oligohidramnion dapat dijabarkan sebagai berikut :

1) Dari sudut maternal

Komplikasi oligohidramnion pada maternal praktis tidak ada kecuali akibat pada persalinannya oleh karena :

- a) Sebagian persalinannya dilakukan dengan induksi
- b) Persalinan dengan tindakan operasi *sectio caesarea*

Dengan demikian komplikasi maternal adalah trias komplikasi persalinan dengan tindakan perdarahan, infeksi, dan perlukaan jalan lahir.

2) Komplikasi terhadap janinnya

Oligohidramnion menyebabkan tekanan langsung pada janin :

- a) Deformitas janin yaitu leher terlalu menekuk miring, bentuk tulang kepala janin tidak bulat, deformitas ekstremitas, talipes dari kaki terpelintir keluar.

b) Kompresi tali pusat langsung sehingga dapat menimbulkan *fetal distress*.

c) *Fetal distress* menyebabkan, makin terangsangnya nervus vagus dengan dikeluarkannya mekonium semakin mengentalkan air ketuban. Oligohidramnion makin menekan dada sehingga saat lahir terjadi kesulitan bernapas, karena paru-paru mengalami hipoplasia sampai atelektasis paru, siklus yang sulit diatasi ini akhirnya menyebabkan kematian janin intrauteri.

3) *Amniotic band*

Karena sedikitnya air ketuban, dapat menyebabkan terjadinya hubungan langsung antara membran janin sehingga dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang janin intra uteri. Dapat dijumpai ekstremitas terputus oleh karena hubungan atau ikatan dengan membrannya.

h. Prognosis

Prognosis oligohidramnion tidak baik terutama untuk janin. Bila terjadi kehamilan muda akan mengakibatkan gangguan bagi pertumbuhan janin, bahkan bisa terjadi *foetus papyraceous*, yaitu picak seperti kertas karena tekanan-tekanan. Bila terjadi pada kehamilan lanjut akan terjadi cacat bawaan, cacat karena tekanan atau kulit menjadi tebal dan kering. Selain itu, dapat mengakibatkan kelainan *musculoskeletal* (Sistem otot).

Oligohidramnion yang berkaitan dengan PPROM (*Preterm Premature Rupture of Membrane*) atau KPD pada kehamilan *preterm*, pada janin kurang dari 24 minggu dapat mengakibatkan terjadinya hipoplasia paru-paru. Ada tiga kemungkinan yang akan terjadi, yaitu :

- 1) Kompresi toraks, mengakibatkan pengembangan dinding dada dan paru-paru
- 2) Terbatasnya pernapasan janin menurunkan pengembangan paru-paru
- 3) Terganggunya produksi serta aliran cairan paru-paru berakibat pada pertumbuhan dan perkembangan paru-paru.

i. Akibat oligohidramnion

Bila terjadi pada permulaan kehamilan maka janin akan menderita cacat bawaan, pertumbuhan janin terhambat, bahkan bisa terjadi *foetus papyraceous*, yaitu picak, seperti kertas karena tekanan. Bila terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut akan terjadi cacat bawaan seperti *club-foot*, cacat karena tekanan, atau kulit menjadi tebal dan kering (*leathery appearance*).

j. Jenis persalinan kehamilan dengan oligohidramnion

1) Persalinan dengan induksi

Oligohidramnion dikaitkan dengan peningkatan resiko morbiditas dan mortalitas perinatal. Untuk mencegah kelahiran mati antepartum, *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) merekomendasikan induksi persalinan antara 36-37

minggu pada kehamilan dengan komplikasi oligohidramnion. Misoprostol (prostaglandin E1) adalah agen induksi yang efektif bila serviks tidak mendukung (Perinatol, 2017).

Induksi persalinan adalah suatu upaya agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his. Induksi persalinan adalah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm dalam keadaan belum terdapat tanda-tanda persalinan atau belum in partu, kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan (umur di atas 28 minggu).

a. Indikasi

Indikasi untuk dilakukan induksi persalinan sebagai berikut :

- (1) Faktor ibu tergantung derajat penyakit : Preeklamsia berat/eklamsia yang tidak membaik dengan terapi, Diabetes mellitus.
- (2) Faktor janin : Janin mati dalam kandungan (IUFD : *Intra Uterine Fetal Death*), Pertumbuhan janin terhambat (IUGR : *Intra Uterine Growth Retardation*), Inkompatibilitas rhesus
- (3) Keadaan kehamilan : *Prolonged pregnancy* (usia kehamilan \geq 41 minggu), (KPD, Usia kehamilan \geq 34 minggu), Amnionitis atau khorioamnionitis, Solusio plasenta, Partus tak maju

b. Kontraindikasi

Kontraindikasi induksi serupa dengan kontraindikasi untuk menghindarkan persalinan dan kelahiran spontan. Faktor janin

meliputi makrosomia, gemelli, gestasi lebih dari satu, hidrosefalus, mal posisi dan mal presentasi, atau status janin yang meresahkan. Faktor lainnya yaitu Insufisiensi plasenta, disproporsi sefalopelvik, cacat Rahim misalnya pernah mengalami operasi sc, grande multipara, distensi Rahim yang berlebihan misalnya pada hidramnion, plasenta previa.

c. Persyaratan induksi

- (1) Presentasi : Presentasi harus kepala. Induksi persalinan tidak boleh dilakukan bila letak lintang, presentasi majemuk dan sikap ekstensi pada janin, dan hampir tidak boleh dilakukan jika presentasi bokong.
- (2) Stadium kehamilan : Semakin kehamilannya mendekati masa aterm, semakin mudah pelaksanaan induksi.
- (3) Station : kepala janin harus sudah masuk panggul. Semakin rendah kepala bayi, semakin mudah dan semakin aman prosedur tersebut.
- (4) Kematangan serviks : Serviks harus sudah mendatar, panjangnya kurang dari 1,3 cm (0,5 inci), lunak, bisa dilebarkan dan sudah membuka untuk dimasuki sedikitnya satu jari tangan dan sebaiknya dua jari tangan. Cincin ostium internum tidak boleh kaku. Keadaan yang lebih menguntungkan adalah bilamana serviks berada dalam garis pusat jalan lahir atau disebelah anteriornya. Jika serviks

disebelah posterior, kondisi untuk induksi kurang menguntungkan.

- (5) Paritas : Induksi pada multipara jauh lebih mudah dan lebih aman dari pada primigravida, angka keberhasilan meningkat Bersama-sama paritas.
- (6) Maturitas janin : Umumnya semakin mendekati 40 minggu, semakin baik hasilnya bagi janin. Kalau kehamilan harus diakhiri sebelum aterm, pengujian maturitas janin harus dilakukan untuk menetapkan sejauh mungkin apakah janin akan dapat hidup di luar kandungan.

d. Metode induksi

Metode yang digunakan untuk induksi persalinan :

(1) Induksi secara farmakologis : Metode induksi secara farmakologis meliputi prostaglandin (PEGI : misoprostol) dan oksitosin. Misoprostol dapat diberikan secara vaginal, oral (buccal), atau sublingual. Misoprostol tidak bisa digunakan untuk stimulasi, dan tidak boleh digunakan untuk induksi persalinan dengan riwayat operasi *section caesarea* (SC).

(2) Titrasi/drip oksitosin dosis rendah : Titrasi oksitosin 2,5-5 IU dalam dextrose 5 % 500 ml, diberikan secara drip sampai maksimal 2 botol (1000 ml). Bila setelah 3 botol tidak terjadi kontraksi atau belum tercapai skor bishop >5 , maka pasien

diistirahatkan selama 24 jam kemudian diulangi lagi. Bila 2 seri induksi ternyata tidak ada kontraksi atau tidak tercapai skor bishop >5, maka induksi dapat disebut gagal.

Syarat pemberian infus oksitosin :

- a. Kehamilan aterm
- b. Ukuran panggul normal
- c. Tidak ada CPD (disproporsi antara pelvis dan janin)
- d. Presentasi janin kepala
- e. Serviks sudah matang yaitu, portio teraba lunak, mulai mendatar dan sudah mulai membuka.

Untuk menilai serviks ini dapat juga dipakai skor Bishop, yaitu bila nilai Bishop lebih dari 8, induksi persalinan kemungkinan besar akan berhasil.

Tabel 2.1 Skor Pelvic Menurut Bishop

Skor	0	1	2	3
Pembukaan serviks (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Perdarahan serviks	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Penurunan kepala diukur dari bidang Hodge III (cm)	-3	-2	-1.0	+1 +2
Konsentrasi serviks	Keras	Sedang	Lunak	

Posisi serviks	Ke belakang	Searah sumbu jalan	Kearah depan	
----------------	-------------	--------------------	--------------	--

(3) Insersi *foley intrauterine*

(4) Stimulasi dengan amniotomy dan stripping

a. Amniotomi/ ARM (*artificial rupture of the membranes*)

dikerjakan apabila penderita benar-benar sudah dalam persalinan, kepala janin sudah masuk dalam panggul dan membuka sekurang-kurangnya 2-3 cm.

b. Stripping/sweeping yaitu melepaskan atau memisahkan selaput kantong ketuban dari segmen bawah uterus dengan cara :

1) Manual : Dengan jari Tengah/telunjuk dimasukkan kedalam kanalis servikalis hingga di atas ostium uteri internum dan bergerak melingkar untuk melepaskan selaput ketuban dari segmen bawah Rahim.

2) Dengan balon kateter foley yang dipasang di dalam segmen bawah uterus melalui kanalis servikalis, diisi cairan (dapat sampai 100 cc pada foley no. 24) bertujuan mendorong selaput ketuban di daerah bawah uterus sampai terlepas (bukan untuk dilatas serviks).

2) *Sectio Caesarea* (SC)

Sectio caesarea merupakan proses persalinan melalui tindakan pembedahan dengan melakukan insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). *Sectio caesarea* dilakukan karena beberapa kondisi yang tidak memungkinkan ibu untuk melakukan persalinan secara normal seperti distress janin, adanya riwayat seksio, presentasi bokong dan distosia persalinan (Umrana & Kunci, 2022).

k. Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- 2) Jelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- 3) Jelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarganya
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan mengutarakan perasaan nya jika takut atau khawatir
- 5) Dengarkan dan tenggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu
- 6) Berikan motivasi dan dukungan, besarkan hatinya, dan tenramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga lainnya

- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan anggota keluarga yang lain
- 8) Ajarkan kepada suami dan keluarga mengenai cara-cara bagaimana memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- 9) Lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik dan konsisten
- 10) Hargai privasi ibu
- 11) Menganjurkan ibu untuk berkemih
- 12) Anjurkan ibu untuk melakukan relaksasi dan pengaturan nafas saat timbul kontraksi
- 13) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- 14) Anjurkan ibu untuk minum cairan dan makanan ringan bila ia menginginkannya
- 15) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak berpengaruh dan merugikan
- 16) Hindari tindakan yang berlebihan dan membahayakan.

I. Teori penanganan persalinan dengan oligohidramnion

Penanganan oligohidramnion tergantung pada kondisi bayi, usia kehamilan, dan ada atau tidaknya komplikasi selama kehamilan. Untuk menagani oligohidramnion, dokter dapat melakukan penanganan oligohidramnion sebagai berikut :

1) Pemantauan berkala

Agar dapat terpantau lebih ketat, dokter biasanya akan menyarankan ibu hamil yang menderita oligohidramnion untuk menjalani pemeriksaan kandungan dan USG lebih sering dari jadwal pada umumnya.

2) Minum lebih banyak air putih

Ibu hamil dengan oligohidramnion biasanya dianjurkan untuk minum air putih lebih banyak agar jumlah cairan ketuban bisa bertambah. Jika ibu hamil sulit makan dan minum atau beresiko mengalami dehidrasi, dokter mungkin akan memberikan terapi cairan melalui infus.

3) Induksi persalinan

Induksi persalinan atau merangsang persalinan biasanya dilakukan jika usia kehamilan sudah mendekati waktu perkiraan kelahiran bayi.

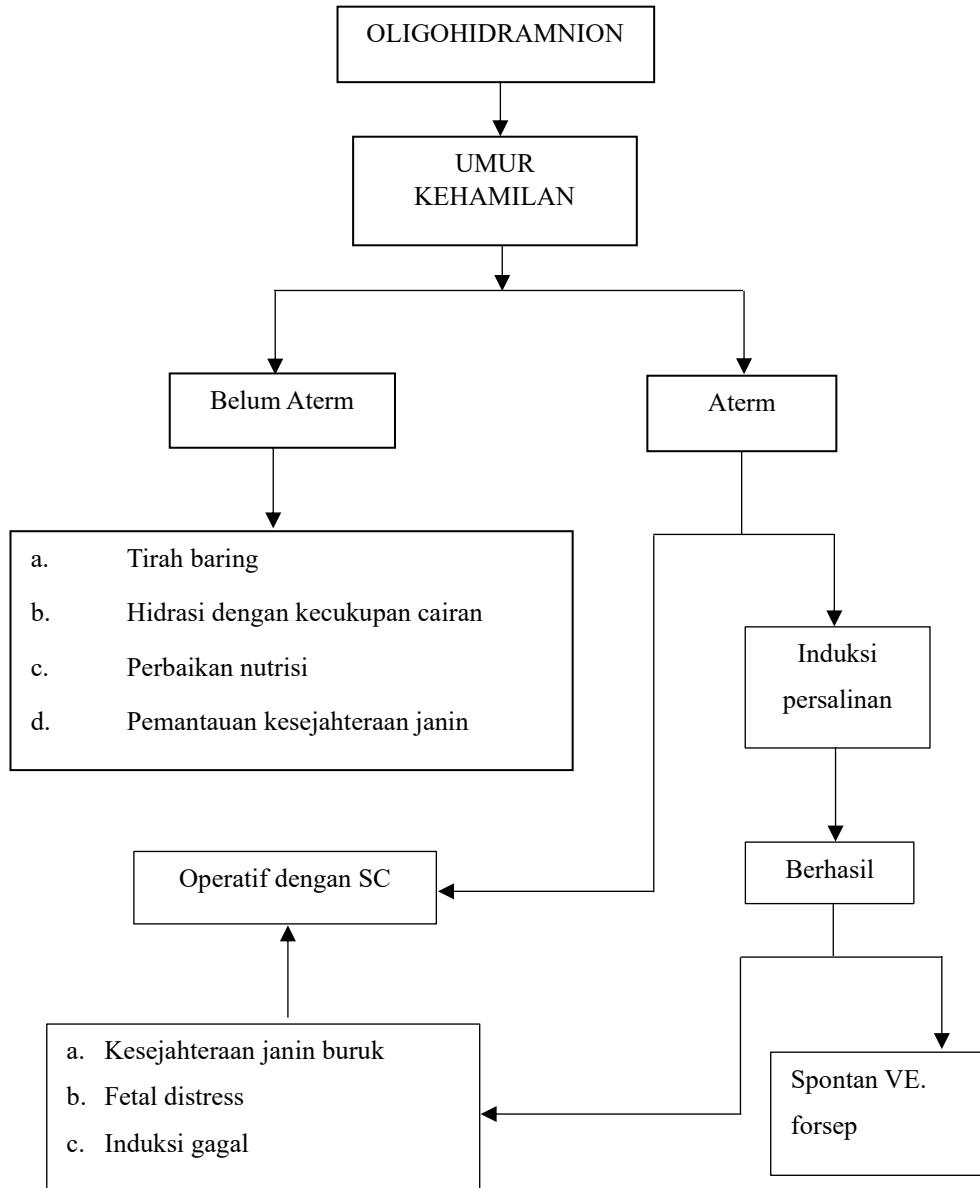
Metode induksi ketuban dilakukan dengan cara mengalirkan cairan ketuban buatan melalui kateter atau selang khusus yang dimasukkan kedalam rahim. Langkah penanganan ini bisa dilakukan jika cairan ketuban tak kunjung bertambah atau janin berisiko mengalami lilitan tali pusat.

e. Operasi caesar

Jika persalinan secara normal tidak mungkin dilakukan atau terjadi kondisi gawat janin, dokter kandungan mungkin akan melakukan operasi caesar untuk mengeluarkan janin.

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2010) penatalaksanaan pada ibu dengan oligohidramnion yaitu :

- a. Tirah baring
- b. Hidrasi dengan kecukupan cairan
- c. Perbaikan nutrisi
- d. Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin)
- e. Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion.



Bagan 2.1 Pathway Oligohidramnion

4. Pemantauan Kemajuan Persalinan Dengan Partografi

a. Definisi

Partografi adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Partografi adalah catatan grafis kemajuan persalinan yang

relevan tentang kesejahteraan ibu dan janin. Yang memiliki garis waspada dan bertindak untuk dimulainya intervensi oleh bidan atau dokter obgyn untuk kemajuan persalinan dalam mencegah gangguan persalinan yang merupakan penyebab utama kematian ibu dan bayi (Ayenew & Zewdu, 2020). Menurut WHO partografi telah dimodifikasi menjadi lebih sederhana dan mudah digunakan, fase laten telah dihilangkan dan pencataan pada partografi dimulai dari fase aktif persalinan ketika pembukaan serviks 4 cm.

Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa partografi adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan untuk memantau kemajuan kala 1 persalinan guna mendeteksi apakah terjadi persalinan abnormal agar segera membuat keputusan klinik sedini mungkin. Partografi dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa persalinan tersebut telah berlangsung lama dan menunjukkan adanya gawat janin serta ibu yang memerlukan keputusan klinik segera atau tindakan rujuk (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

b. Tujuan partografi

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal guna mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama
- 3) Mencatat kondisi ibu dan janin

- 4) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran

c. Penggunaan partograf

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala 1 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

Kala 1 persalinan terbagi menjadi 2 fase. Fase pertama yaitu fase laten dengan pembukaan serviks kurang dari 4 cm. Fase kedua yaitu fase aktif dengan pembukaan serviks 4 cm hingga lengkap 10 cm.

- 1) Pencatatan selama fase laten

Selama fase laten semua asuhan, pengamatan, dan pemeriksaan harus dicatat pada lembar terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau pada Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap membuat catatan

selama fase laten. Kondisi ibu dan bayi yang harus dinilai dan dicatat yaitu :

- a) Denyut jantung janin setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi setiap $\frac{1}{2}$ jam
- c) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam
- d) Penurunan setiap 4 jam
- e) Tekanan darah dan suhu tubuh setiap 4 jam
- f) Produksi urin setiap 2 sampai 4 jam

Jika ditemui tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan janin harus lebih sering dilakukan. Jika tidak ada penyulit, ibu dapat dipulangkan kerumah atau penolong persalinan boleh meninggalkan ibu setelah dipastikan bahwa kondisi ibu dan janin baik. Apabila fase laten telah berlangsung lebih dari 8 jam, evaluasi kondisi ibu dan janin serta rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang sesuai.

2) Pencatatan selama fase aktif

Pada lembar depan partografi mencantumkan bahwa observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur serta kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan, yaitu :

- a) Informasi tentang ibu
 - (1) Nama, umur
 - (2) Gravida, paritas, abortus (keguguran)
 - (3) Nomor catatan medis/nomor puskesmas

- (4) Tanggal dan waktu mulai dirawat
- (5) Waktu pecahnya selaput ketuban
- b) Kondisi janin
 - (1) Denyut jantung janin
 - (2) Warna dan adanya air ketuban
 - (3) Penyusupan (molase) kepala janin
- c) Kemajuan persalinan
 - (1) Pembukaan serviks
 - (2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 - (3) Garis waspada dan garis bertindak
- d) Jam dan waktu
 - (1) Waktu dimulainya fase aktif persalinan
 - (2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
- e) Kontraksi uterus
 - (1) Frekuensi dan lamanya kontraksi berlangsung dalam 10 menit
- f) Obat dan cairan yang diberikan
 - (1) Oksitosin
 - (2) Obat lainnya dan cairan IV yang diberikan
- g) Kondisi ibu
 - (1) Nadi, tekanan darah, suhu, urin
- h) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Dicatat dalam kolom yang tersedia disisi partografi atau di catatan kemajuan persalinan.

e. Pengisian temuan pada partografi

1) Informasi tentang ibu

Pada lembar depan partografi bagian awal atas terdapat waktu kedatangan, nomer register, tempat persalinan, nama ibu dan suami, usia ibu, gravida paritas dan abortus ibu, kontraksi sejak pukul berapa, ketuban pecah pukul berapa dan Alamat ibu.

2) Kesehatan dan kenyamanan janin

a) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin (DJJ) akan diperiksa $\frac{1}{2}$ jam. Setiap kotak akan menunjukkan waktu 30 menit. Pemeriksaan akan dilakukan lebih sering jika terdapat gawat janin. Catat dengan memberi titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan hasil pemeriksaan DJJ. Hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. DJJ normal terdapat pada angka 120-160 kali/menit.

b) Warna dan adanya air ketuban

Penilaian air ketuban setiap dilakukan pemeriksaan dalam 4 jam sekali. Catat temuan air ketuban dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ. Berikut adalah lambing-lambang penilaian cairan ketuban :

- (1) U : ketuban utuh (belum pecah)
- (2) J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- (3) M : ketuban sudah pecah dan bercampur mekonium
- (4) D : ketuban sudah pecah dan bercampur darah
- (5) K : ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering)

Jika terdapat mekonium pada cairan ketuban maka pantau DJJ secara seksama. Jika terdapat tanda gawat janin dengan DJJ <120 atau >160 kali/menit, segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai.

- c) Moulase kepala janin (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting untuk menilai seberapa jauh kepala janin dapat menyesuaikan dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang menyusup dapat menunjukkan adanya kemungkinan CPD. Berikut adalah lambing-lambang penilaian moulase kepala janin :

- (1) 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dipalpasi
- (2) 1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- (3) 2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan
- (4) 3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

3) Kemajuan persalinan

Pada kolom dan lajur kedua pada lembar depan partograph adalah pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kiri kolom adalah besarnya dilataasi serviks. Setiap kotak/angka menunjukkan besarnya pembukaan serviks.

a) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks dilakukan dan dicatat setiap 4 jam sekali dan dapat dilakukan lebih sering jika terdapat tanda penyulit. Tanda “X” harus ditulis digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Pemberian tanda “X” dicatat ketika dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan digaris waspada. Hubungkan tanda “X” dan setiap pemeriksaan dengan garis utuh tidak terputus.

b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Penilaian penurunan bagian terbawah janin dilakukan dan dicatat setiap 4 jam sekali dan dapat dilakukan lebih sering jika terdapat tanda penyulit. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya disertakan dengan turunnya bagian terbawah janin. Berikan tanda “O” pada garis waktu yang sesuai dengan hasil pemeriksaan palpasi kepala. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c) Garis waspada dan bertindak

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.

4) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Bagian bawah partografi pembukaan serviks dan penurunan terdiri dari kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Bagian bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, terdiri dari kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh. Catat waktu aktual pemeriksaan di kotak yang sesuai dengan catatan hasil pemeriksaan serviks.

5) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu terdapat 5 kotak dengan tulisan kontraksi per 10 menit. Setiap kotak menyatakan 1 kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi yang terjadi dalam 10 menit serta lamnya kontraksi berlangsung dalam satuan detik. Berikut adalah lambang penilaian kontraksi uterus :

Tabel 2.2 Lambang Kontraksi Uterus

	Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamnya kurang dari 20 detik
	Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik
	Beri isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamnya lebih dari 40 detik

6) Obat dan cairan yang diberikan

Jika oksitosin drip telah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit. Catat semua pemberian obat tambahan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

7) Kesehatan dan kenyamanan ibu

a) Nadi, tekanan darah dan suhu

Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik “.” kemudian catat tekanan darah ibu setiap 4 jam, dan catat suhu tubuh ibu setiap 2 jam

b) Volume urin

Catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam atau setiap kali ibu berkemih.

8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Buat catatan dari semua asuhan lain yang diberikan terpisah dari catatan kemajuan persalinan. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik mencakup :

a) Jumlah cairan per oral yang diberikan

b) Keluhan sakit kepala atau penglihatan kabur

c) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain

d) Persiapan sebelum rujukan

e) Upaya rujukan

f. Pengisian lembar belakang partografi

Lembar belakang partografi merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran serta tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala 1 hingga kala 4 termasuk bayi baru lahir.

1) Kala 1

Meliputi pertanyaan tentang partografi 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.

5. Pengertian Luka Perineum

a. Luka Perineum

Luka perineum adalah luka di perineum karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena episiotomi pada waktu melahirkan janin. Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan. Robekan jalan lahir merupakan luka atau robekan jaringan yang tidak teratur (Walyani & Purwoastuti, 2020).

b. Macam-macam Luka Perineum

Luka perineum setelah melahirkan ada 2 macam yaitu :

1) Ruptur

Adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan.

2) Episiotomi

Adalah sebuah irisan bedah pada perineum untuk memperbesar muara vagina yang dilakukan tepat sebelum keluarnya kepala bayi.

c. Derajat Luka Perineum

- 1) Derajat I : Robekan yang terjadi pada jaringan mukosa vagina, vulva bagian depan dan kulit perineum.
- 2) Derajat II : Robekan yang terjadi pada jaringan mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum, dan otot-otot perineum.
- 3) Derajat III : Robekan yang terjadi pada jaringan mukosa vagina vulva bagian depan, kulit perineum, otot-otot perineum, dan *sfinter ani* eksternal
- 4) Derajat IV : Robekan yang terjadi pada jaringan keseluruhan perineum dan *sfingter ani* yang meluas sampai ke mukosa.

6. Teori Manajemen Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan bidan dalam menyelesaikan masalah kebidanan menggunakan manajemen varney, tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Kementerian Kesehatan, 2020).

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan,

persalinan, nifas, bayi dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat (Eufrasia et al, 2022).

a. Definisi manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan metode atau alur berpikir bagi bidan dalam mengambil keputusan yang tepat dibantu dengan proses berpikir kritis agar keputusan yang diambil dapat efektif dan efisien serta sesuai dengan kebutuhan klien (Munandar, 2022).

b. Langkah manajemen varney

1) Menurut Varney terdapat tujuh langkah manajemen kebidanan, yaitu :

a) Pengumpulan data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap dan akurat, serta mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Beberapa cara untuk dapat memperoleh data yaitu melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan klien, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan penunjang khusus.

b) Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan

berdasarkan interpretasi yang benar dan spesifik atas data-data yang telah dikumpulkan.

c) Mengidentifikasi diagnosa potensial atau antisipasi

Mengidentifikasi diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan yang dapat dilakukan bidan terhadap diagnosa potensial yang sudah ditetapkan.

d) Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera ataupun rujukan.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

e) Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya. Pada setiap perencanaan asuhan yang akan diberikan harus disetujui oleh kedua belah pihak yaitu bidan atau dokter serta klien.

f) Melaksanakan perencanaan atau asuhan langsung

Melaksanakan rencana asuhan yang sudah ditetapkan secara efisien dan aman.

g) Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah atau diagnosa.

2) Metode dokumentasi SOAP

Metode dalam pendokumentasi pelayanan kebidanan yang digunakan yaitu SOAP. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat.

Metode pendokumentasi SOAP adalah sebagai berikut :

a) S (*Subjective*)

Merupakan hasil anamnesis, baik informasi langsung dari klien ataupun keluarga pasien. Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan dengan diagnosis.

b) O (*Objective*)

Merupakan pendokumentasi hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium.

Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

Data objektif merupakan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan. Pemeriksaan tersebut meliputi pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik secara *head to toe* dan pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium baik darah, urine, tinja, dan cairan tubuh).

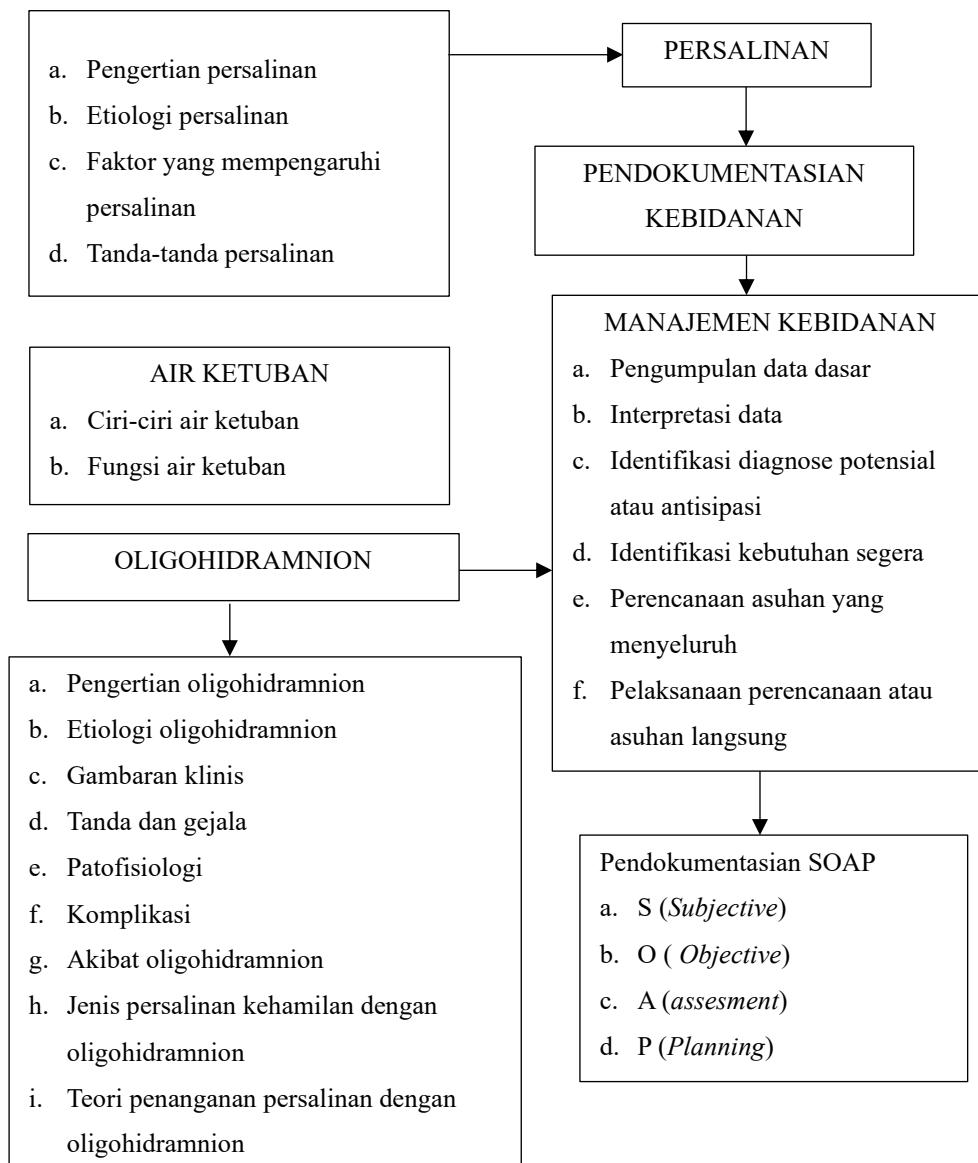
c) A (*Assesment*)

merupakan penegakan diagnosa aktual maupun potensial, menentukan kebutuhan segera, merupakan hasil analisis dan interpretasi data subjektif maupun objektif dalam identifikasi diagnosa/masalah antisipasi diagnosis/masalah potensial dan perlunya tindakan segera oleh bidan atau rujukan.

d) P (*Planning*)

merupakan perencanaan seluruh penatalaksanaan diagnosa kebidanan yang telah ditegakkan, sesuai dengan kebutuhan yang telah disusun seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

B. KERANGKA TEORI



Bagan 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Nurul, 2020; Irawati1, Muliani, 2019; Kriscanti, 2021; Fitriana & Widi, 2020; Lailiyana et al., 2019; Saraswati, 2022; Walyani & Endang, 2020; Rohani et al., 2018; Arantika & Fatimah, 2019; Iskandar & Aiman, 2023; Mofri Lindo & Dira, 2023; Wicakadewi, 2021; Novianty, 2017.

