

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan sebuah proses yang terjadi di dalam rahim seorang wanita selama 40 minggu sejak hari pertama haid terakhir, proses kehamilan dimulai dengan fertilisasi dan berlanjut dengan nidasi atau penanaman embrio di dalam rahim, lalu berkembang hingga janin tersebut siap untuk dilahirkan (Kasmiati et al., 2023). Selama masa kehamilan, terjadi perubahan pada beberapa sistem tubuh, beberapa diantaranya meliputi sistem kardiovaskular, pernapasan, hormonal, gastrointestinal, dan muskuloskeletal.

Perubahan yang terjadi pada sistem muskuloskeletal selama kehamilan mencakup perubahan bentuk tubuh dan peningkatan berat badan secara bertahap mulai dari trimester 1 hingga trimester 3, biasanya perubahan ini menyebabkan ketidaknyamanan yang sering dialami oleh ibu hamil. Pada ibu yang mengalami oligohidramnion biasanya uterusnya akan tampak lebih kecil dari usia kehamilan, ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak, sering berakhir dengan partus prematurus, bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas, persalinan lebih lama, sewaktu

ada his akan sakit sekali, bila ketuban pecah air ketubannya sedikit bahkan tidak ada yang keluar dan dari hasil USG jumlah air ketuban kurang dari 500 ml (Sari et al., 2023).

b. Diagnosa Kehamilan

Dalam menegakan diagnosis kehamilan bidan perlu dengan teliti melakukan kegiatan secara sistematis mulai dari pengumpulan data pengkajian secara subjektif dan objektif. Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk membantu memastikan diagnosis sehingga bidan dapat menyimpulkan diagnosa apa yang ditegakkan berdasarkan hasil kajian yang didapatkan.

Menurut (Yulizawati, 2021) diagnosa hamil dapat ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala hamil yang ditemukan, yaitu :

1) Tanda tidak pasti hamil (probable sign)

Tanda dan gejalanya yaitu amenorrhea, mual muntah, mengidam payudara membesar, pigmentasi kulit, sering miksi, anoereksia.

2) Tanda mungkin hamil (possible sign / presumptive sign)

Tanda dan gejalanya yaitu perut membesar, uterus membesar, tanda *hegar*, tanda *chadwick*, tanda piskacek, tanda goodell, teraba ballotemen, *Braxton hicks*

3) Tanda pasti hamil (*positive sign*)

Tanda dan gejalanya yaitu gerakan janin, denyut jantung janin, terlihat tulang tulang janin dalam foto rontgen. Tanda pasti

hamil ini dapat di diagnosa. setelah kehamilan lanjut, tetapi bisa terdiagnosa lebih dini dengan menggunakan USG.

c. Pembagian Usia Kehamilan

Menurut (Risyati, Leni and Maharani, 2021) kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu :

1) Trimester pertama (1-12 minggu)

Trimester pertama adalah dari minggu pertama sampai 12 dan termasuk pembuahan. Trimester pertama dapat dibagi lagi menjadi periode embrionik dan janin. Periode embrio dimulai pada saat pembuahan (usia perkembangan) atau pada usia kehamilan 2 sampai 10 minggu. Periode embrionik adalah tahap dimana organogenesis terjadi dan periode waktu di mana embrio paling sensitif terhadap teratogen. Akhir periode embrionik dan awal periode janin terjadi 8 minggu setelah pembuahan (usia perkembangan) atau 10 minggu setelah dimulainya periode menstruasi terakhir. Pada minggu ke 12 denyut janin dapat terlihat jelas dengan ultrasonografi, gerakan pertama dimulai jenis kelamin dapat diketahui, ginjal memproduksi urine.

2) Trimester dua (13-28 minggu)

Trimester kedua adalah dari minggu ke-13 hingga ke-28. Sekitar pertengahan trimester kedua, pergerakan janin bisa terasa. Pada minggu ke-28, lebih dari 90% bayi dapat bertahan hidup di luar rahim jika diberikan perawatan medis berkualitas tinggi. Pada akhir

trimester dua janin dapat bernapas, menelan dan mengatur suhu, surfactan terbentuk didalam paru-paru, mata mulai membuka dan menutup, dan ukuran janin 2/3 pada saat lahir.

3) Trimester tiga (29-40 minggu)

Trimester ketiga adalah dari 29 minggu sampai kira-kira 40 minggu dan diakhiri dengan bayi lahir. Pada trimester tiga seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga tidak bebas bergerak/berputar banyak. Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, antibody ibu ditransfer ke janin, janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Sementara ibu merasakan ketidaknyamanan seperti sering buang air kecil, kaki bengkak, sakit punggung dan susah tidur. Braxton hick meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

d. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut (Yulizawati, 2021), kebutuhan dasar ibu hamil adalah

1) Kebutuhan Oksigen

Pada saat kehamilan, kebutuhan oksigen meningkat sehingga produksi eritropoietin di ginjal juga meningkat, akibatnya, sel darah merah (eritrosit) meningkat sebanyak 20-30%

2) Kebutuhan Nutrisi

Pada masa kehamilan, seorang ibu hamil sangat membutuhkan nutrisi yang baik, karena masa kehamilan tersebut merupakan masa

dimana tubuh ibu hamil sangat perlu asupan makan yang baik dan maksimal. Apabila pada ibu hamil kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi dengan baik maka bisa mengakibatkan terjadinya beberapa penyakit pada ibu hamil seperti anemia pada ibu hamil.

3) Kebutuhan Personal Hygiene

Pada ibu hamil kebersihan diri sangat penting selama kehamilan. Ibu hamil dapat menjadi sangat rentan terhadap beberapa penyakit. Kondisi kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut, kebersihan vagina, kebersihan kuku dan kebersihan rambut pada ibu hamil yang buruk dapat memberikan dampak seperti kelahiran premature dan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Pada masa kehamilan kebersihan diri harus dijaga sebaik mungkin agar ibu hamil bisa terhindar dari kondisi yang tidak diinginkan, diantaranya pada ibu hamil dianjurkan untuk mandi sedikitnya dua kali sehari, hal ini dikarenakan ibu hamil lebih banyak mengeluarkan keringat.

4) Kebutuhan Eliminasi

Selama masa kehamilan, tubuh seorang wanita akan mengalami banyak perubahan dan hal ini dapat menyebabkan timbulnya bermacam-macam keluhan dan masalah. Salah satunya keluhan yang paling sering dikeluhkan yaitu konstipasi atau susah buang air besar.

5) Kebutuhan Seksual

Kehamilan merupakan salah satu kondisi yang bisa berpotensi menimbulkan perubahan dalam kehidupan seksual pasangan. Pada ibu hamil kebutuhan seksualitas bisa beragam. Untuk sebagian ibu hamil, kehamilan tersebut dapat menurunkan dorongan seksual, tetapi bagi sebagian lainnya tidak mempunyai pengaruh sama sekali pada kehamilannya.

6) Kebutuhan Mobilisasi

Pada masa kehamilan, kebutuhan mobilisasi juga sangat diperlukan untuk kesehatan ibu dan bayi. Selain makanan, ibu hamil yang melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur akan memperoleh keadaan sehat.

7) Kebutuhan Istirahat

Tidur Pada ibu hamil kebutuhan tidur juga sangat penting untuk kesehatan ibu dan janin. Apabila ibu mengalami gangguan tidur maka bisa menyebabkan efek yang berakibat pada kesehatan ibu dan bayi.

8) Kebutuhan Senam Hamil

Latihan fisik selama kehamilan dapat dilakukan dengan senam hamil. Ibu hamil yang melakukan latihan fisik dengan menggunakan senam hamil dapat meningkatkan hormone endorphin.

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan dapat didefinisikan sebagai lahirnya bayi dan plasenta dari jalan lahir yang sudah memasuki aterm dan sanggup menyesuaikan diri diluar situasi yang diperkirakan dengan pertolongan atau tanpa bantuan. Tanda tanda persalinan biasanya dimulai dengan munculnya his yang terus menerus dan disertai dengan pembukaan serviks yang bertambah sampai dengan lahirnya plasenta (Safitri dkk, 2020).

Persalinan ialah proses pengeluaran janin, plasenta dan membran dari rahim. Awalnya serviks akan berdilatasi karena adanya kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan intensitas yang teratur. Seiring bertambahnya waktu kekuatannya akan semakin meningkat sehingga pembukaan pada serviks lengkap dan siap untuk mengeluarkan janin dari rahim ibu. Persalinan terbagi menjadi 2 jenis, yaitu persalinan per vaginam dan per abdominal. Persalinan per vaginam terbagi menjadi 3 macam persalinan, yaitu persalinan normal, persalinan ekstraksi vakum dan persalinan forseps. Sedangkan persalinan per abdominal terdiri dari persalinan caesarean section (Aidil Akbar, Tiara Aulia Parhusip, 2024).

Pada proses persalinan nyeri akan sangat berhubungan dengan his yang dialami ibu, his yang dialami merupakan suatu kondisi yang normal terjadi pada ibu bersalin. Nyeri pada persalinan

memiliki durasi yang tidak sama, peningkatan nyeri yang dialami pun sangat berbeda-beda walaupun dengan proses persalinan yang sama (Sulistianingsih dkk, 2022). Nyeri yang dirasakan ibu selama proses persalinan disebabkan karena kontraksi rahim yang berakibat pada meningkatnya aktifitas dari sistem saraf otonom, terdapat fluktuasi tekanan darah, detak jantung dan juga sistem pernapasan. Sekresi Kadar ketekolamin dan kortisol dapat meningkat dikarenakan nyeri persalinan yang mempengaruhi kontraksi rahim dan juga durasi persalinan (Marsilia dkk, 2021).

b. Jenis-Jenis Persalinan

Dalam persalinan ada beberapa jenis diantaranya (Indrayani, 2024)

1) Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan spontan dengan usia kehamilan cukup bulan 37-40 minggu dan hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi. Persalinan spontan dapat dilakukan dengan presentasi belakang kepala (kepala janin lahir terlebih dahulu) maupun presentasi bokong (sungsang), pada janin letak memanjang presentasi belakang yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir

dalam waktu kurang dari 24 tanpa tindakan pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.

2) Persalinan anjuran (induksi)

Persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan oksitosin dan pemberian obat induksi.

3) Persalinan tindakan atau patologi

Persalinan tindakan adalah 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 menggunakan alat vakum ekstraksi atau bahkan tindakan sectio caesarea.

c. Penyebab Terjadinya Persalinan

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan :

1) Teori Penurunan Progesteron

Villi korionales mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Selanjutnya otot rahim menjadi sensitif terhadap

oksitosin. Penurunan kadar progesteron pada tingkat tertentu menyebabkan otot rahim mulai kontraksi.

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus.

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori Prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga ke waktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesteron dapat memicu interleukin-1 untuk dapat melakukan "*hidrolisis gliserofosfolipid*" sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE 2 dan PGF 2 alfa.

Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Di samping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua, dan korion leave. Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.

d. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Persalinan

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

1. *Power* (Kekuatan Ibu)

Energi yang mendorong janin melalui proses persalinan terdiri dari kontraksi rahim (his), kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan pergerakan ligamen. Daya utama yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan daya sekundernya adalah usaha meneran yang dilakukan oleh ibu.

His (kontraksi uterus) adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Pembagian his dan sifat-sifatnya :

- a. His palsu atau his pendahuluan: tidak kuat, tidak teratur, tidak menyebabkan pembukaan serviks, lebih ringan, lebih pendek serta dapat hilang dibawa istirahat dan perubahan posisi.
- b. His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- c. His pengeluaran (kala II): sangat kuat, simetris, teratur, dan koordinatif, digunakan untuk mengeluarkan janin.
- d. His pelepasan uri (kala III): terkoordinasi sedang 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. Ini merupakan fase terakhir dari proses persalinan, yang dikenal sebagai fase pengeluaran. Selama fase ini, ibu merasakan dorongan kuat untuk mengejan ketika kontraksi rahim mencapai

puncaknya..Tenaga mengejan biasanya dimulai setelah serviks terbuka sepenuhnya (10 sentimeter) dan ibu merasakan dorongan yang kuat untuk mengejan selama kontraksi rahim. Tenaga mengejan dilakukan selama kontraksi rahim, dan ibu diminta untuk menahan napas dan mengejan sebanyak mungkin selama kontraksi.

2. *Passage* (Kekuatan Ibu)

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 ini, sehingga bentuk dan ukuran panggul harus diidentifikasi sebelum persalinan dimulai. Struktur panggul ibu dan jalan lahir harus cukup luas dan fleksibel untuk memungkinkan bayi melewati dengan lancar. Panggul yang sempit atau penyempitan jalan lahir dapat memperlambat proses persalinan. Serviks (leher rahim) harus menjadi lunak dan terbuka secara progresif agar bayi dapat melalui jalan lahir dengan lancar.

Kontraksi uterus membantu dalam proses ini dengan merangsang pematangan dan pembukaan serviks. Adanya obstruksi seperti fibroid atau kelainan lainnya dalam jalan lahir dapat menghambat kemajuan persalinan. Kondisi lapisan jalan lahir, seperti kelembapan dan elastisitas lendir serviks, juga

mempengaruhi kemampuan jalan lahir untuk merenggang dan memungkinkan bayi untuk melaluinya dengan lancar.

Ukuran-Ukuran Panggul :

a. Panggul luar

- 1) Distansia Spinarum yaitu diameter antara kedua Spina Iliaca anterior superior kanan dan kiri ; 24-26 cm
- 2) Distansia kristarum yaitu diameter terbesar antara kedua crista iliaca kanan dan kiri : 28-30 cm.
- 3) Distansia boudeloque atau konjugata eksterna yaitu diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas symphysis pubis : 18-20 cm
- 4) Lingkar panggul yaitu jarak antara tepi atas symphysis pubis ke pertengahan antara trochanter dan spina iliaca anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas symphysis pubis. Diukur dengan metlin. Normal: 80-90 cm.

b. Panggul Dalam

1) Pintu Atas Panggul

- a) Konjugata Vera atau diameter antero posterior yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas symphysis: 11 cm. Konjugata obstetrika adalah jarak pertengahan symphysis pubis.

- b) Diameter transversa (melintang), yaitu jarak terlebar antara kedua linea inominata: 13 cm
- 3) Diameter oblik (miring) yaitu 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 symfisis, 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 symfisis, spina ischiadika kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter antero-posterior 11,5 cm dan diameter tranversa 10 cm.

3) Pintu Bawah Panggul

Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadikum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis. Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT). Adapun bidang hodge sebagai berikut:

- a) Hodge I : Bidang yang setinggi dengan Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis,tepi atas symfisis pubis.
- b) Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (HodgeI)
- c) Hodge III : Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- d) Hodge IV : Bidang setinggi ujung os soccygis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

3. *Passager*

Pada faktor passanger terdapat 3 bagian, meliputi:

- a. Janin (Kepala janin beserta ukuran-ukurannya)

Kepala janin merupakan bagian paling keras dan besar, hal tersebut dapat 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 oleh 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 bokong atau panggul yang 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 di dalam rahim. Sikap ini jarang terjadi dan biasanya memerlukan intervensi medis.

2) Letak

Letak janin adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin dengan sumbu panjang (punggung) ibu. Ada dua jenis letak, yaitu memanjang (vertikal) dan melintang (horizontal). Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi bokong (sungsang).

3) Presentasi

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir selama persalinan. Tiga presentasi utama janin adalah presentasi kepala (96%), presentasi bokong (3%), dan presentasi bahu (1%).

4) Posisi

Posisi mengacu pada hubungan antara bagian presentasi janin (seperti oksiput, sakrum, dagu, atau puncak kepala yang defleksi atau menengadah).

b. Ketuban

Kegunaan ketuban adalah untuk melindungi janin dalam kandungan. Saat proses melahirkan tiba, salah satu fungsi dari ketuban ialah untuk mendorong serviks sehingga serviks membuka. Jumlah rata-rata kandungan air ketubanpun dapat berubah-ubah.

c. Plasenta

Plasenta merupakan bagian terpenting pada janin karena plasenta merupakan saluran atau jalan masuknya nutrisi dari ibu ke janin yang ada didalam kandungan. Dikarenakan plasenta merupakan organ terpenting pada janin, plasenta yang abnormalpun dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin di dalam kandungan.

4. Psikis

Kesejahteraan mental dan emosional ibu dapat memengaruhi jalannya persalinan secara langsung dan tidak langsung. Tingkat stres dan kecemasan yang tinggi dapat mengganggu produksi hormon-hormon yang diperlukan untuk memfasilitasi persalinan, seperti oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang merangsang

kontraksi rahim, dan ketika produksinya terganggu oleh stres, proses persalinan dapat menjadi lebih lambat atau tidak efektif.

Pengalaman traumatis atau kecemasan terkait dengan persalinan sebelumnya atau faktor-faktor lain dalam kehidupan ibu dapat memicu reaksi stres yang berlebihan selama persalinan yang sedang berlangsung. Ini dapat menyebabkan kesulitan dalam menghadapi kontraksi dan mengganggu proses persalinan. Dukungan sosial dan emosional yang cukup dari pasangan, keluarga, dan tenaga medis dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan ibu selama persalinan. Ketika ibu merasa didukung dan dipercayai, mereka cenderung merasa lebih tenang dan mampu mengatasi tantangan yang muncul selama persalinan.

Pengetahuan tentang proses persalinan dan keyakinan dalam kemampuan tubuh untuk melahirkan secara alami dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu dan membantu mengurangi kecemasan. Persiapan yang memadai sebelumnya dan pemahaman tentang apa yang diharapkan selama persalinan dapat membantu mengurangi ketakutan yang tidak perlu. Perasaan kontrol dan otonomi selama persalinan juga dapat memengaruhi pengalaman persalinan. Ketika ibu merasa memiliki kontrol atas keputusan yang dibuat selama persalinan dan merasa didukung dalam keinginannya, mereka cenderung merasa lebih tenang dan percaya diri. Pengalaman pribadi dan harapan tentang bagaimana persalinan

harus berlangsung dapat mempengaruhi persepsi ibu terhadap proses persalinan dan emosi yang mereka alami selama persalinan.

5. Penolong

Faktor penolong persalinan merujuk pada segala sesuatu yang membantu atau memfasilitasi proses persalinan, baik secara fisik maupun emosional. Praktisi kesehatan, seperti bidan atau dokter memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memantau dan mengelola persalinan dengan aman. Mereka membantu dalam menilai kemajuan persalinan, memberikan bantuan medis jika diperlukan, dan memfasilitasi persalinan yang lancar.

Dukungan emosional dari pasangan, keluarga, atau tenaga medis juga memainkan peran penting dalam membantu ibu mengatasi tantangan dan ketidaknyamanan selama persalinan. Dukungan ini dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kenyamanan ibu selama proses persalinan.

e. Tanda-Tanda Persalinan

Ada 3 tanda yang paling utama yaitu :

1) Kontraksi (His)

Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin. Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang

sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi.

Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, biasanya berlangsung sekitar 2 sampai 5 kali dalam waktu 10 menit dengan durasi 30-45 detik jika waktunya semakin lama maka akan semakin cepat pembukaan yang disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut buncit juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap menghadapi persalinan.

2) Pembukaan Serviks

Pada Primigravida fase laten kala 1 pembukaan serviks 1-3 cm dapat berlangsung sekitar 8-12 jam sedangkan pada fase aktifnya pembukaan 4-10cm dapat berlangsung 1 jam 1 pembukaan dengan total lama persalinan pada primigravida mencapai 12 jam. Sedangkan pada kehamilan Multigravida fase laten cenderung lebih singkat sekitar 4-8 jam dan dilatasi serviks pada fase aktifnya lebih cepat bisa mencapai 2cm per jam nya

atau lebih dengan total lama persalinan sekitar 8 jam. Pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*).

3) Pecahnya Ketuban dan Keluarnya *Bloody Show*

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. *Bloody show* seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tersebut akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang mengelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim. Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar.

Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air kencingnya. Air ketuban memiliki 3 warna yaitu jernih, hijau atau cokelat dan keruh. Warna ketuban lebih bening dan sedikit

kekuningan sedangkan air kencing cenderung kuning jernih atau lebih gelap. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Air ketuban berbau khas dan manis sedangkan air kencing memiliki bau seperti ammonia. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (locus minoris) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif.

Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penanganan selanjutnya dengan operasi *Caesar*.

f. Tahapan Dalam Persalinan

Secara klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang disertai darah (bloody show). Lendir yang disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran pergeseran ketika serviks membuka.

1) Kala I (Pembukaan Jalan Lahir)

Kala I persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap. Dilatasi lengkap dapat berlangsung kurang dari satu jam pada sebagian kehamilan multipara. Pada kehamilan pertama, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Rata-rata durasi total kala I persalinan pada primigravida berkisar dari 3,3 jam sampai 19,7 jam. Pada multigravida ialah 0,1 sampai 14,3 jam. Ibu akan dipertahankan kekuatan moral dan emosinya karena persalinan masih jauh sehingga ibu dapat mengumpulkan kekuatan. Proses membukanya serviks seaga akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu:

- a) Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase laten diawali dengan mulai timbulnya kontraksi uterus yang teratur yang menghasilkan perubahan serviks.
- b) Fase aktif: dibagi dalam 3 fase lagi yakni: Fase akselerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm. · Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm. · Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida

pun terjadi demikian akan tetapi terjadi dalam waktu yang lebih pendek.

2) Kala II (Pengeluaran)

Kala II persalinan adalah tahap di mana janin dilahirkan. Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Saat kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasakan tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his.

Dengan his dan kekuatan mengedan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota badan bayi. Pada tahap ini, jika ibu merasa kesepian, sendiri, takut dan cemas, maka ibu akan mengalami persalinan yang lebih lama dibandingkan dengan jika ibu merasa percaya diri dan tenang.

3) Kala III (Pelepasan Plasenta)

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanna pada fundus uteri. Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan di atas puncak rahim dengan cara Dorso Cranial untuk membantu pengeluaran plasenta. Plasenta diperhatikan kelengkapannya secara cermat, sehingga tidak menyebabkan gangguan kontraksi rahim atau terjadi perdarahan sekunder.

4) Kala IV (2 Jam Setelah Melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya.

g. 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 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 phase* (Fase laten yang memanjang)
- d) *Prolonged active phase* (Fase aktif yang memanjang)
- e) Inersia uteri hipotonik
- f) 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

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.

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) Anasefalus

d) Janin Kembar Siam

h. 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).

i. Ciri – ciri Air Ketuban:

- 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% gram 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.

j. 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 adalah gangguan pada cairan ketuban yang menyebabkan volume cairan ketuban mengalami penurunan. Penurunan volume cairan ketuban dapat terjadi akibat sejumlah komplikasi ibu, janin, atau plasenta, yang menyebabkan hasil janin yang buruk. Sekitar 8% wanita hamil memiliki terlalu sedikit cairan ketuban. Meskipun oligohidramnion dapat terjadi kapan saja selama kehamilan, paling sering terjadi pada trimester terakhir kehamilan. Tanda dan gejala yang dapat ditemukan adalah berkurangnya ballotement, janin yang dapat dengan mudah teraba, dan perlambatan penambahan tinggi fundus uteri. Diagnosis dapat ditegakkan dengan USG dan amniosentesis. Induksi persalinan dan

operasi caesar adalah pengobatan yang dapat memberikan hasil perinatal yang lebih baik. Oligohidramnion awitan dini memiliki prognosis janin yang buruk, dengan hanya separuh janin yang bertahan hidup. Kelahiran prematur dan kematian neonatus sering terjadi. (Iskandar, Aiman Kamila, 2023)

Oligohidramnion didefinisikan sebagai kondisi kekurangan cairan ketuban. Kriteria oligohidramnion ditentukan dengan mencatat volume cairan ketuban kurang dari 500 mL, ukuran saku vertikal terbesar kurang dari 2 cm, dan indeks cairan ketuban kurang dari 5 cm atau kurang dari persentil ke-5. Secara umum, prevalensi oligohidramnion pada ibu hamil adalah 3-5 dan biasanya terjadi pada trimester ketiga. Beberapa berhubungan oligohidramnion, kelainan ketuban kongenital, pecah, kondisi dengan adalah Pertumbuhan Janin Terhambat, kehamilan *postterm*, insufisiensi plasenta, dan obat-obatan. (Iskandar dan Kamila, 2023).

Insiden oligohidramnion bervariasi antara sekitar 0,5% dan 5%. Berkurangnya volume cairan ketuban atau oligohidramnion terkait dengan kondisi ibu atau janin seperti hipertensi, hambatan pertumbuhan janin atau cacat lahir, sindrom aspirasi mekonium, skor APGAR rendah. Di sisi lain, konsekuensi perinatal yang terkait dengan oligohidramnion berhubungan dengan kondisi mendasar yang proses alami dan masih belum diketahui. Pada kehamilan postpartum, insufisiensi plasenta merupakan penyebab utama

penurunan volume cairan ketuban. Atau, pematangan sistem ginjal janin dapat meningkatkan fisiologi pengambilan cairan ketuban. Oligohidramnion didefinisikan sebagai kondisi kekurangan cairan ketuban. Kriteria oligohidramnion ditentukan dengan mencatat volume cairan ketuban kurang dari 500 mL, ukuran saku vertikal terbesar kurang dari 2 cm, dan indeks cairan ketuban kurang dari 5 cm atau kurang dari persentil ke-5. Secara umum, prevalensi oligohidramnion pada ibu hamil adalah 3-5 dan biasanya terjadi pada trimester ketiga.

Faktor utama yang mempengaruhi volume cairan ketuban :

- 1) Pengaturan fisiologis aliran oleh fetus
- 2) Pergerakan air dan larutan di dalam dan yang melintasi membrane
- 3) Pengaruh maternal pada pergerakan cairan transplasenta.

Pada keadaan normal, jumlah cairan amnion selama kehamilan sangat bervariasi dan ditentukan oleh mekanisme yang mengatur produksi dan pengambilan cairan amnion oleh janin. Sampai kehamilan usia 20 minggu cairan amnion terutama diproduksi melalui selaput amnion dan kuit janin, sebagian lainnya melalui lempeng korionik, tali pusat, paru, ginjal, dan saluran pencernaan. Ketika usia kehamilan > 20 minggu, jumlah cairan amnion ditentukan oleh produksi melalui ginjal dan pengambilan melalui saluran pencernaan.

Pada kehamilan 20 minggu jumlah cairan amnion sekitar 500 ml, kemudian jumlahnya terus meningkat hingga maksimal sekitar 1000 ml pada kehamilan 34 minggu. Jumlah cairan amnion sekitar 800-900 ml pada kehamilan aterm, berkurang hingga 350 ml pada kehamilan 42 minggu, dan 250 ml pada kehamilan 43 minggu (3). Cairan ketuban merupakan prediktor toleransi janin terhadap persalinan, dan apabila menurun, berkaitan dengan peningkatan resiko dari denyut jantung janin dan meconium.

b. Epidemiologi

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. Di Amerika Serikat, oligohidramnion merupakan komplikasi pada 0,5-5,5% kehamilan.

c. Etiologi

Penyebab pasti oligohidramnion masih belum diketahui. Beberapa kondisi berhubungan dengan oligohidramnion, adalah kelainan kongenital, PJT, ketuban pecah, kehamilan postterm, insufisiensi plasenta, dan obat-obatan (misalnya dari golongan

antiprostaglandin). Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih (kelainan ginjal bilateral dan obstruksi uretra) dan kelainan kromosom (triploidi, trisomi 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.

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala oligohidramnion adalah :

- 1) Janin dapat teraba dengan mudah ketika dilakukan palpasi
- 2) Tidak ada efek pantul (ballotement)
- 3) Penambahan tinggi fundus uteri berlangsung lambat. Gejala dan tanda tersebut berdasarkan pada fakta bahwa cairan amnion yang ditemukan berada di bawah jumlah normal untuk usia kehamilan tersebut.

e. 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.

2) Penilaian Semikuantitatif

Diagnosis dapat ditegakkan dengan cara ultrasonografi (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 deepest pocket* (SDP) yaitu mengukur kedalaman kantong yang terlihat paling besar mengelilingi 5 janin. Kisaran normal untuk kantong vertikal terdalam adalah 2 cm sampai 8 cm untuk kehamilan tunggal manakala untuk kehamilan ganda adalah 2.2 cm sampai 7.5 cm.

Metode yang lain untuk menilai cairan ketuban disebut indeks cairan ketuban (AFI). Dihitung dengan membagi uterus hamil menjadi empat kuadran dan meletakkan transduser di perut

ibu sepanjang sumbu longitudinal. Dilakukan pengukuran garis tengah vertikel kantong cairan amnion yang paling besar di masing-masing kuadran dengan transduser diletakkan tegak lurus terhadap lantai kemudian dijumlahkan hasilnya. Hasil pengukuran dijumlah dan dicatat sebagai AFI. Nilai normal berkisar 5-25 cm. Tindakan untuk mengetahui oligohidramnion dengan jelas dapat dilakukan amnioskopi dengan alat khusus amnioskop. Dengan memasukkan alat ini melalui kanalis servikalis akan dapat diperhatikan tentang jumlah air ketuban dan kekeruhan air ketuban

Indikasi amnioskopi adalah :

- a) Usia Kehamilan > 37 Minggu
- b) Terdapat preeklamsia atau eklamsia
- c) Terdapat kemungkinan IUGR
- d) Kelainan Ginjal
- e) Kehamilan post date

Dengan mempertimbangkan berkurang atau keruhnya air ketuban dapat dilakukan untuk mempertahankan kehamilan atau segera melahirkan untuk menyelamatkan jiwa janin. Namun pemeriksaan ini sudah lama tidak banyak dilakukan kerana ada komplikasi seperti ketuban pecah, perdarahan akibat luka kanalis servikalis, terjadi persalinan prematur atau infeksi ascendens.

f. Tatalaksana

Pengobatan untuk oligohidramnion tergantung pada usia kehamilan

- 1) Jika tanpa kelainan kongenital dapat di coba amnioinfusi
- 2) Sectio caesarea atas indikasi obstetric atau deselerasi berulang setelah amnioinfusi
- 3) Resusitasi jantung pulmoner untuk kemungkinan hypoplasia paru.

Induksi persalinan dan seksio sesarea dapat dilakukan untuk menghasilkan luaran perinatal yang lebih baik. Studi yang dilakukan oleh Rumah Sakit Sir Gangaram melaporkan sebanyak 68% wanita menjalani persalinan pervaginam dengan diinduksi. Sementara itu, Manzanares et al melaporkan sebanyak 84% wanita menjalani kelahiran pervaginam dengan induksi persalinan oleh karena oligohidramnion dan 16 % dengan sectio caesarea.

g. Komplikasi

Resiko yang terkait dengan oligohidramnion sering tergantung pada kehamilan. Cairan ketuban sangat penting untuk pengembangan otot, anggota badan, paru-paru, dan sistem pencernaan. Pada trimester kedua, bayi mulai bernapas dan menelan cairan untuk membantu paru-paru mereka tumbuh dan matang. Cairan ketuban juga membantu bayi mengembangkan otot dan anggota badan dengan menyediakan banyak ruang untuk

bergerak. Jika oligohidramnion terdeteksi pada awal kehamilan, dapat terjadi komplikasi berupa :

- 1) Kompresi organ janin yang mengakibatkan cacat lahir
- 2) Meningkatkan angka kematian

Jika oligohidramnion terdeteksi pada trimester kedua kehamilan dapat terjadi komplikasi berupa :

- 1) *Intrauterine Growth Restriction (IUGR)*
- 2) Persalinan Prematur

Dapat mengakibatkan hipoplasia pulmoner, karena kompresi akibat tidak adanya cairan, sehingga terjadinya 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.

h. Prognosis

Prognosis janin buruk pada oligohidramnion dengan awitan dini dan hanya sebagian janin yang dapat bertahan hidup. Sering terjadi persalinan prematur dan kematian neonatus. Oligohidramnion berhubungan dengan pelekatan antara amnion dan bagian-bagian janin, serta dapat menyebabkan cacat serius yang berakhir dengan amputasi. Selain itu dengan tidak adanya cairan amnion, janin dapat mengalami tekanan dari semua sisi dan

mengalami kecacatan pada muskuloskeletal seperti jari tabuh. Indeks cairan amnion yang kurang dari 5 cm setelah 34 minggu berkaitan dengan peningkatan resiko kelainan hasil akhir janin. Sebagai contoh, kehamilan dengan indeks cairan amnion intrapartum kurang dari 5 cm berisiko besar mengalami deselerasi denyut jantung janin variabel, sesar atas indikasi distress janin, dan skor Apgar menit 5 yang kurang dari 7.

i. Akibat Oligohidramnion

Bila terjadi pada permulaan kehamilan maka janin akan menderita cacat bawaan, pertumbuhan janin terhambat, bahkan bisa terjadi foetus paperyaceous, 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 dengan Oligohidramnion

1) Persalinan dengan induksi

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 inpartu, 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 Intra Uterine Growth Retardation(IUGR),Inkomtabilitas rhesus.
- (3) Keadaan kehamilan : Prolonged pregnancy (usia kehamilan ≥ 41 minggu), (KPD, Usia kehamilan ≥ 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, menguntungkan. kondisi untuk iinduksi 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 (*Cephalopelvic Disproportion*)
- (d) Presentasi janin kepala
- (e) Serviks sudah matang yaitu, portio teraba lunak, mulai mendatar dan sudah mulai membuka.

2) *Sectio Caesarea (SC)*

Sectio caesarea merupakan proses persalinan melalui tindakan pembedahan dengan melakukan insisi pada dinding abdomen (laparatomi) 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 dananggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan motivasi dan dukungan, besarkan hatinya, dan tentramkan 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 menangani 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.

4) *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 *fetal distress*, adanya riwayat seksio, presentasi bokong dan distosia persalinan (Umrana & Kunci, 2022).

4. Pemantauan Kemajuan Persalinan Dengan Partograf

a. Pengertian

Partograf adalah suatu presentasi grafis, yang berisi informasi terkait kondisi janin dan ibu selama persalinan berlangsung. Partograf terdiri dari bagian informasi ibu, informasi janin, dan proses kemajuan persalinan. Penggunaan partograf sudah dianjurkan dan digunakan secara universal oleh WHO, karena dinilai sangat bermanfaat untuk menentukan diagnosis dan tindakan sesuai dengan kondisi persalinan yang sedang berlangsung. Penggunaan partograf dapat mengurangi angka kematian maternal dan neonatal, di mana partograf dinilai sebagai alat penunjang yang

terjangkau dan dapat digunakan untuk memantau persalinan dengan memberikan hasil yang efektif.(Retnaning,2024).

b. Tujuan

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

- 1) Memantau Proses Persalinan Pervaginam Untuk 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 partograf diharapkan dapat mengurangi risiko komplikasi akibat persalinan panjang (distosia), seperti fistula obstetrik, perdarahan pasca persalinan, sepsis, ruptur uterus, serta kematian janin.
- 2) Memantau persalinan ibu dengan risiko tinggi Meskipun partograf dikembangkan terutama untuk memonitor persalinan ibu hamil dengan kondisi yang stabil dan berisiko rendah mengalami kesulitan persalinan pervaginam, tetapi partograf juga dapat digunakan untuk ibu hamil berisiko tinggi. Partograf digunakan sebagai alat observasi atau pengawasan yang lebih ketat, sehingga peralatan atau transportasi yang memadai siap digunakan apabila pasien perlu ditransfer ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

c. Penggunaan Partograf

Partograf disarankan untuk meningkatkan keberhasilan persalinan normal, terutama di negara berpenghasilan rendah dan menengah dengan angka kematian ibu dan bayi baru lahir relatif tinggi, sehingga, partograf harus digunakan:

- 1) Untuk semua ibu dalam kala I fase aktif (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di tempat terpisah seperti di KMS ibu hamil atau rekam medik)
- 2) Untuk seluruh ibu melahirkan pervaginam, setelah masuk fase aktif di mana dilatasi serviks mencapai >5 cm.
- 3) Selama proses persalinan dan kelahiran di semua tempat (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll) untuk memonitor kondisi ibu dan janin. d. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

d. Pengisian Partograf

- 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 30 menit
- 3) Mencatat warna air ketuban setiap kali pemeriksaan dalam, diberi simbol
 1. U : selaput ketuban utuh

2. J : selaput ketuban pecah,cairan ketuban jernih
 3. M : selaput ketuban pecah yang bercampur meconium
 4. D : selaput ketuban pecah yang bercampur darah
 5. 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 sutura sagitalis terpisah dan dapat dipalpasi
 - b) Lambang 1 bila sutura sagitalis bersentuhan
 - c) Lambang 2 bila sutura sagitalis tumpang tindih tetapi masih dapat di pisahkan
 - d) Lambang 3 bila sutura sagitalis tumpang tindih dan tidak dapat di pisahkan.
 - 5) Pembukaan serviks setiap 4 jam, menilai pada saat pemeriksaan dalam dan di beri tanda X
 - 6) Penurunan kepala janin pada bagian kepala bidang perlimaan yang dicatat dengan lambing 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,di harapkan terjadi laju pembukaan 1 cm per jam,maka harus mempertimbangkan adanya penyulit.Garis bertindak sejajar dengan garis waspada di pisahkan 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 di tempat 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 pervolum 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 30 menit, tekanan darah dan suhu tubuh setiap 4 jam
- 13) Volume urin, protein dan aseton dilakukan setiap 2 sampai 4 jam.

e. Pengisian Lembar Belakang Partograf

Lembar belakang partograf 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 I

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

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu/Bapak : _____ / _____ Umur: ____/____ GPA Hamil _____ minggu

RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB

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

Denyut Jantung 150 (x/menit) 140 130 120 110 100 90 80

air ketuban penyusupan

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Waktu (Pukul)

Kontraksi tiap 10 menit

Oksitosin U/I tetes/menit

Obat dan cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Temperatur °C

Urine

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

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

5 4 3 2 1

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

Protein Aseton Volume

Penolong

Makan terakhir : Pukul Jenis : Porsi :

Minum terakhir : Pukul Jenis : Porsi :

(.....)

Gambar 2. 1 Lembar Depan Partograf

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal : Penolong Persalinan :
 Tempat persalinan : [] rumah ibu [] Puskesmas [] Klinik Swasta [] Lainnya
 Alamat tempat persalinan

KALA I

[] Partograf melewati garis waspada

[] Laminar kedua
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana drip?

KALA II

Lama Kala II : menit Episiotomi : [] tidak [] ya. Indikasi :
 Pendamping pada saat persalinan : [] suami [] keluarga [] teman [] dukun [] tidak ada
 Gawat Janin : [] miringkan Ibu ke sisi kiri [] minta Ibu menarik napas [] episiotomi
 Distosia Bahu : [] Manuver Mc Robert Ibu merangkang [] Lainnya

Penatalaksanaan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana drip?

KALA III

Lama Kala III : menit Jumlah Perdarahan : ml
 a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? [] ya [] tidak, alasan
 Pemberian Oksitosin ulang (2x)? [] ya [] tidak, alasan
 b. Pemegangan tali pusat terkendali? [] ya [] tidak, alasan
 c. Masase fundus uteri? [] ya [] tidak, alasan
 Laserasi perineum derajat Tindakan : [] mengeluarkan secara manual [] merujuk
 [] bedakan lain
 Atonia uteri : [] Kompresi bimanual interna [] Metil Ergometrin 0,2 mg IM [] Oksitosin drip

[] Laminar kedua
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana drip? 1.

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan : gram Panjang : cm Jenis Kelamin : L/P Nilai APGAR :/.....

Pemberian ASI < 1 jam [] ya [] tidak, alasan
 Bayi baru lahir pucat/biru/lemas : [] mengeringkan [] menghangatkan [] bebaskan jalan napas
 [] stimulasi rangsang aktif [] Lain-lain, sebutkan :

[] Cord ternak, ukuran
 [] Laminar kedua
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana drip? 1.

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

[] Laminar kedua
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :
 Bagaimana drip?

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		• Semua nifas		
		• Breast care		
		• ASI		
		• Perawatan Tali Pusat		
		• KL		
		• Gizi		
		• Imunisasi		

Gambar 2. 2 Lembar Belakang Partograf

5. Teori Manajemen Kebidanan

a. Manajemen Kebidanan

Menurut Hellen varney. Manajemen kebidanan adalah 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 I : 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.

2) Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan pasien. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditentukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat

diselesaikan seperti diagnosa, namun membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

3) Langkah III : Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

4) Langkah IV : Identifikasi Kebutuhan Segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosa dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan. Beberapa data menunjukkan situasi emergency di mana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, dan beberapa sementara menunggu instruksi dokter, mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat.

5) Langkah V : Perencanaan Asuhan secara 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.

6) Langkah VI : Pelaksanaan Perencanaan

Tahap ini merupakan 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. Jika bidan tidak melakukannya sendiri tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bidan bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh.

7) Langkah VII : 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.

b. Dokumentasi Kebidanan

Suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki bidan dalam melakukan catatan perawatan untuk kepentingan klien. Metode dalam pendokumentasian pelayanan kebidanan yang digunakan yaitu SOAP. Dalam format SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data

objektif, A adalah analisis atau assessment dan P adalah planning. Merupakan dokumen yang sederhana, jelas, mudah dimengerti dan singkat. Prinsip metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan (Indryani, 2024)

Metode pendokumentasian SOAP adalah sebagai berikut :

a. *S (Subjektive)*

Merupakan hasil anamnesa 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 diagnosa.

b. *O (Objective)*

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

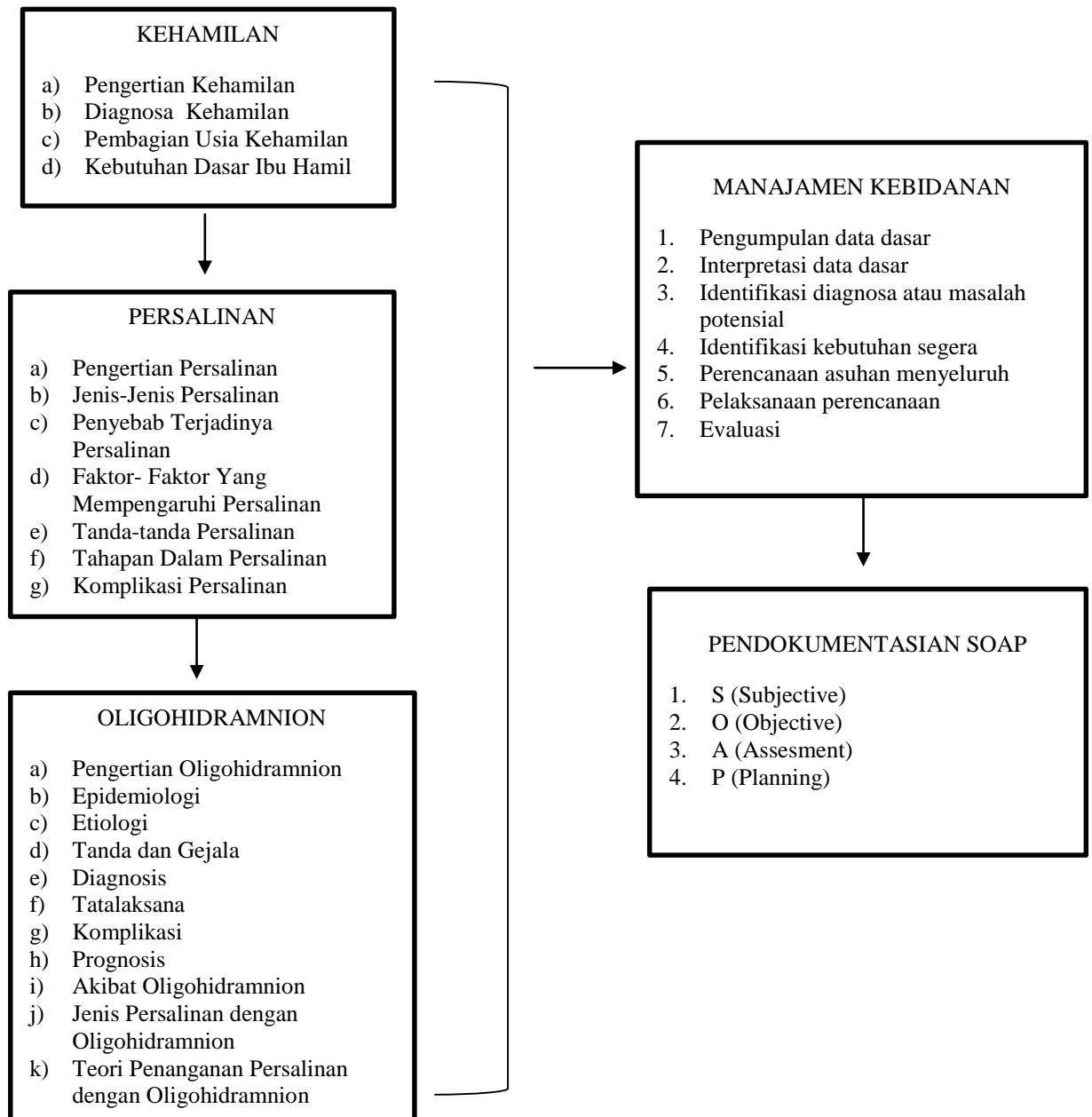
diagnosa/masalah antisipasi diagnosis/masalah potensial dan perlunya tindakan segera oleh bidan atau rujukan.

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, kolaborasi, evaluasi atau follow up dan rujukan.

B. KERANGKA TEORI

Tabel 2. 1 Kerangka Teori



Sumber : Kasmiati et al,2023; Sari et al,2023; Yulizawati,2021; Riswati,Leni and Maharani 2021; Aidil Akbar; Tiara Aulia Parhusip,2024; Sulistianingsih dkk,2022 Marsilia,2021; Iskandar Aiman Kamila,2023; Indrayani,2024; Aditya,2022; Riswati et al 2023; Umara dan Kunci 2022; Retnaning,2024; Muji 2024