

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Diana, 2019). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir. 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, & Arsyad, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) Persalinan normal adalah persalinan dengan presentasi janin belakang kepala yang berlangsung secara spontan dengan lama persalinan dalam batas normal, beresiko rendah sejak awal persalinan hingga partus dengan massa gestasi 37-42 minggu. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan

selaput ketuban keluar. dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2017).

b. Penyebab Terjadinya Persalinan

Menurut Kurniarum (2016) sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Ada banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah penurunan kadar progesterone, teori plasenta menjadi tua, teori oxitosin, ketegangan otot-otot, dan teori prostaglandin.

1) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus..

2) Teori Penurunan Progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih

sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3) Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitas sehingga persalinan di mulai.

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

c. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Saragih, 2017), ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P, yaitu: *Power, Passage, Passenger, Psikis* ibu bersalin, dan *Penolong* persalinan yang dijelaskan dalam

uraian berikut:

1) *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga dari ibu yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:

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

2) *Passenger* (janin)

Faktor janin, yang meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin (habilitus), serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan passenger antara lain : janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram dan DJJ normal yaitu 120- 160x/menit.

3) *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak,

khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Maka ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

4) Psikis ibu bersalin

Persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan fenomena yang subjektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita tidak akan sama, bahkan pada wanita yang sama pun tingkat nyeri persalinannya tidak akan sama dengan nyeri persalinan yang sebelumnya. Sehingga persiapan psikologis sangat penting dalam menjalani persalinan.

5) Penolong persalinan

Petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain: dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan (Nurhapipa,

2015).

d. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut (Rosyati, 2017) tanda dan gejala persalinan yaitu sebagai berikut :

- 1) Tanda Inpartu.
 - a) Penipisan serta adanya pembukaan serviks.
 - b) Kontraksi uterus yang menyebabkan berubahnya serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
 - c) Keluar cairan lendir yang bercampur dengan darah melalui vagina.
- 2) Tanda persalinan sudah dekat
 - a) Ibu merasa ingin meneran atau menahan napas bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 - b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada bagian rectum dan vagina.
 - c) Perineum mulai menonjol.
 - d) Vagina dan sfingter ani mulai membuka.
 - e) Pengeluaran lendir yang bercampur darah semakin meningkat.

e. Fase-fase dalam persalinan

1) Fase persalinan kala I

Menurut Girsang beberapa jam terakhir dalam

kehamilan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir normal. Persalinan kala satu disebut juga sebagai proses pembukaan yang dimulaidari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10cm) (Girsang, 2017). Kala satu persalinan terdiri dari 2 fase, yaitu sebagai berikut:

a) Fase Laten

Dimulai dari permulaan kontraksi uterus yang leguler sampai terjadi dilatasi serviks yang mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase ini berlangsung selama kurang lebih 6 jam. Pada fase ini dapat terjadi perpanjangan apabila ada ibu yang mendapatkan analgesic atau sedasi berat selama persalinan.

b) Fase Aktif

Selama fase aktif persalinan, dilatasi serviks terjadi lebih cepat, dimulai dari akhir fase laten dan berakhir dengan dilatasi serviks dengan diameter kurang lebih 4 cm sampai dengan 10 cm. Pada kondisi ini merupakan kondisi yang sangat sulit karena kebanyakan ibu merasakan

ketidaknyamanan yang berlebih yang disertai kecemasan dan kegelisahan untuk menuju proses melahirkan.

2) Fase persalinan kala II

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung selama kurang 12 lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Adapun tanda dan gejala yang muncul pada kala dua adalah sebagai berikut:

- a) Kontraksi 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 terdorong menuju jalan lahir, sehingga kepala mulai muncul pada jalan lahir, sub occiput akan bertindak sebagai hipomoklion, kemudian bayi lahir secara berurutan dari ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka, dan

seluruhnya.

3) Fase persalinan kala III

Kala III sering juga di sebut dengan melahirkannya plasenta.

Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang.
- d) Adanya semburan darah secara tiba-tiba.
- e) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir.

4) Fase persalinan kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu dilakukan dengan melakukan pemantauan pada kala IV yaitu lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus baik dan kuat, evaluasi tinggi fundus uteri, memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan, periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum, evaluasi keadaan ibu, dokumentasikan semua asuhan dan

temuan selama persalinan kala IV di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (Pratiwi, 2018).

f. Partograf

1) Pengertian

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk mencapai hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui VT dan mendeteksi dini adanya kemungkinan partus lama (Fitriana, 2018).

2) Tujuan menurut

- a) Mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan dalam persalinan.
- b) Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan.
- c) Melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

3) Penggunaan Partograf

a) Selama kala I fase laten

Selama fase ini ditulis dilembar observasi. Yang dicatat antara lain : DJJ, frekuensi dan lamanya his, serta nadi dipantau setiap ½ jam.

Pembukaan serviks dan penurunan kepala janin setiap 4 jam. Tekanan darah, suhu, produksi urin, aseton dan protein setiap 2 jam.

b) Selama kala I fase aktif

- (1) Pencatatan selama di fase ini yaitu menggunakan partograf. Hal-hal yang dicatat antara lain informasi tentang ibu yaitu identitas ibu.
- (2) Kondisi janin : DJJ, warna dan adanya air ketuban, dan penyusupan (molage).
- (3) Kemajuan persalinan : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin serta garis waspada dan garis bertindak.
- (4) Obat-obatan dan cairan yang diberikan jika ibu mendapatkan tetesan (drip) oksitosin dokumentasikan tiap 30 menit.
- (5) Kesehatan dan kenyamanan ibu nadi, tekanan darah dan temperature tubuh.
Volume urine, protein, dan aseton.

4) Halaman belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses

persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I-IV (termasuk bayi baru lahir). Penilaian dan pencatatan halaman belakang partograf pada ibu nifas selama persalinan kala III dan IV memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan). Pemantauan kala IV meliputi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan perdarahan (Fitriana, 2018).

2. Kala 1 Memanjang

a. Pengertian

Persalinan kala I dikatakan memanjang apabila telah berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan 18 jam pada multigravida. Kala I fase laten yang memanjang, uterus cenderung berada pada status hipertonic, ini dapat mengakibatkan kontraksi tidak adekuat dan hanya ringan (kurang dari 15 mm Hg pada layar monitor), oleh karena itu kontraksi uterus menjadi tidak efektif. Fase aktif memanjang apabila kualitas dan durasi kontraksinya bagus tetapi tiba-tiba yang terjadi dilatasi lemah maka kontraksi menjadi jarang dan lemah serta dilatasi dapat berhenti. Jika ini terjadi

dan didukung oleh kontraksi yang hipertonic maka dapat mengakibatkan rupture membran (Yulizawati, 2019).

Sebab kala I memanjang adalah keadaan his, keadaan jalan lahir, keadaan janin, yang sering di jumpai dalam kala I lama yaitu kelainan his (Saifuddin, 2016).

Akibat kala I memanjang pada janin akan terjadi Asfiksia, trauma carebri yang disebabkan oleh penekanan kepala janin, cedera akibat tindakan. pada ibu akan mengakibatkan penurunan semangat, kelelahan, infeksi dan resiko ruptur uterus (Saifuddin, 2016).

b. Etiologi

Terjadinya kala I memanjang dapat terjadi kerana beberapa sebab diantaranya :

1) Kelainan Letak Janin

Meliputi presentasi puncak kepala, presentasi muka, presentasi dahi, letak sungsang, letak melintang, dan presentasi ganda (Chandra, 2022).

2) Kelainan His

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan (Prawirohardjo, 2014).

Beberapa kelainan his sebagai berikut :

a) Inersia Uteri

Inersia uteri pada ibu bersalin dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain faktor umum seperti umur, paritas, anemia, tidak tepatnya penggunaan analgetik, pengaruh hormonal karena kekurangan prostaglandin atau oksitosin, perasaan tegang dan emosional (N Nurjayanti, 2017).

Inersia uteri di bagi menjadi 2, yaitu:

(1) *Hypotonic uterine contraction*

yaitu kontraksi terkoordinasi tetapi lemah. Melalui deteksi dengan menggunakan cardio Tocography (CTG), terlihat tekanan yang kurang dari 15 mmHg. Dengan palpasi, his jarang dan pada puncak kontraksi dinding rahim masih dapat ditekan ke dalam. His disebut naik bila tekanan intrauterine mencapai 50-60 mmHg. Biasanya terjadi dalam fase aktif atau kala II. Oleh karena itu, dinamakan juga kelemahan his sekunder

(2) *hypertonic uterine contraction* (His terlampau kuat).

yaitu kontraksi uterin tidak terkoordinasi, misalnya kontraksi segmen tengah lebih kuat dari segmen atas. Inersia uteri ini sifatnya hipertonis, sering disebut sebagai inersia spastis. Pasien biasanya sangat kesakitan. Inersia uteri hipertonis terjadi dalam fase laten. Oleh karena itu dinamakan juga sebagai inersia primer.

3) Kelainan Lain

Meliputi faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor). pimpinan persalinan yang salah, janin besar atau ada kelainan kongenital, primi tua primer dan sekunder, perut gantung, grandemulti, ketuban pecah dini ketika serviks masih menutup, keras dan belum mendatar, kecemasan dan ketakutan atau respon stress, pemberian analgetik yang kuat atau terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anastesi sebelum fase aktif, ibu bertubuh pendek <150cm yang biasanya berkaitan dengan malnutrisi, riwayat persalinan terdahulu *sectio caesarea*, IUFD

(*Intra Uterine Fetal Death*), usia muda di bawah 17 tahun, adanya derajat plasenta previa yang tidak diketahui, atau adanya masa seperti fibroid yang muncul dari uterus atau serviks (Oxorn, 2016).

c. Klasifikasi

1) Fase laten yang memanjang

Adalah fase pembukaan serviks yang tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu (Yulianti, 2018).

2) Fase aktif memanjang

Adalah fase yang lebih panjang dari 12 jam dengan pembukaan serviks kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida (Yulianti, 2018).

Perpanjangan fase aktif menyertai :

- a) Malposisi janin
- b) Penggunaan sedatif dan analgesik tidak sesuai
- c) Ketuban pecah sebelum dimulainya persalinan

Keadaan ini diikuti oleh peningkatan kelahiran dengan forceps- tengah, sectio caesarea dan cedera atau kematian janin.

d. Patofisiologi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I memanjang meliputi kelainan letak janin seperti letak sungsang, letak lintang, presentasi muka, dahi dan puncak

kepala, kelainan panggul seperti pelvis terlalu kecil dan CPD (*cephalopelvic disproportion*), kelainan his seperti *inersiauteri*, *incoordinate uteri action*. Kelainan-kelainan tersebut dapat mengakibatkan pembukaan serviks berjalan sangat lambat, akibatnya kala I menjadi memanjang menurut (Yulianti, 2018).

e. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I memanjang antara lain :

1) Kelainan Letak Janin

Meliputi presentasi puncak kepala, presentasi muka, presentasi dahi, letak sungsang, letak melintang, dan presentasi ganda. Kelainan letak janin dapat menyebabkan partus lama dan ketuban pecah dini, dengan demikian mudah terjadi infeksi intrapartum. Sementara pada janin dapat berakibat adanya trauma partus dan hipoksia karena kontraksi uterus terus menerus (Mochtar, 2011).

2) Kelainan his

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami

hambatan atau kemacetan (Prawirohardjo, 2014).

Menurut N Nurjayanti (2017), kelainan his adalah sebagai berikut :

a) Inersia Uteri

Inersia uteri pada ibu bersalin dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain faktor umum seperti umur, paritas, anemia, tidak tepatnya penggunaan analgetik, pengaruh hormonal karena kekurangan prostaglandin atau oksitosin, perasaan tegang dan emosional. (N Nurjayanti, 2017).

Inersia uteri di bagi menjadi 2, yaitu:

(1) *Hypotonic uterine contraction*

yaitu kontraksi terkoordinasi tetapi lemah. Melalui deteksi dengan menggunakan cardio Tocography (CTG), terlihat tekanan yang kurang dari 15 mmHg. Dengan palpasi, his jarang dan pada puncak kontraksi dinding rahim masih dapat ditekan ke dalam. His disebut naik bila tekanan intrauterine mencapai 50-60 mmHg. Biasanya terjadi dalam fase aktif atau kala II. Oleh karena

itu, dinamakan juga kelemahan his sekunder

(2) *hypertonic uterine contraction* (His terlampau kuat).

yaitu kontraksi uterin tidak terkoordinasi, misalnya kontraksi segmen tengah lebih kuat dari segmen atas. Inersia uteri ini sifatnya hipertonis, sering disebut sebagai inersia spastis. Pasien biasanya sangat kesakitan. Inersia uteri hipertonis terjadi dalam fase laten. Oleh karena itu dinamakan juga sebagai inersia primer.

3) Kelainan Lain

Meliputi Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor). Pimpinan persalinan yang salah, janin besar atau ada kelainan kongenital, primi tua primer dan sekunder, perut gantung, grandemulti, ketuban pecah dini ketika serviks masih menutup, keras dan belum mendatar, kecemasan dan ketakutan atau respon stress, pemberian analgetik yang kuat atau terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anastesi sebelum fase aktif, ibubertubuh

pendek <150cm yang biasanya berkaitan dengan malnutrisi, riwayat persalinan terdahulu sectio caesarea, IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*), usia muda di bawah 17 tahun, adanya derajat plasenta previa yang tidak diketahui, atau adanya masa seperti fibroid yang muncul dari uterus atau serviks (Oxorn, 2016).

f. Tanda dan Gejala Klinis

Menurut Mochtar (2011) tanda klinis kala I fase aktif memanjang terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi:

1) Pada Ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadicepat, pernapasan cepat dan meteorismus.

2) Pada Janin

a) Denyut jantung janin cepat / hebat / tidak teratur bahkan negatif; air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau - hijauan, berbau.

b) Kaput suksedaneum yang besar.

c) Moulage kepala yang hebat.

d) Kematian janin dalam kandungan.

e) Kematian janin intra partal.

Gelaja klinis kala I fase aktif memanjang terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi:

1) Bagi ibu

a) Ketuban Pecah Dini

Apabila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh os internal. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi infeksi (Wijayarini, 2016).

b) Sepsis Puerperalis

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan janin pada kasus persalinan lama, terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang (Wijayarini, 2016).

c) Ruptur Uterus

Penipisan segmen bawah rahim yang abnormal menimbulkan bahaya serius selama persalinan lama. Jika disproporsi sangat jelas sehingga tidak ada engagement atau penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang, dan dapat diikuti oleh ruptur (Cunningham, 2013).

d) Cedera Dasar Panggul

Cedera pada otot dasar panggul, persarafan, atau fasia penghubung adalah konsekuensi kelahiran pervaginam yang sering terjadi, terutama apabila kelahirannya sulit (Cunningham, 2013).

e) Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi meningkat, tensi mungkin normal atau telah turun, temperatur meningkat (Manuaba, 2018).

2) Bagi Janin

Persalinan kala I fase aktif memanjang dapat menyebabkan detak jantung janin mengalami gangguan, dapat terjadi takikardi sampai bradikardi. Pada pemeriksaan dengan menggunakan NST atau OCT menunjukkan asfiksia intrauterin. Persalinan lama juga dapat mengakibatkan adanya caput succedaneum yang seringkali terbentuk pada bagian kepala yang paling dependen, dan molase (tumpang tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala (Manuaba, 2018).

g. Diagnosis Penunjang

Oxorn (2010) mengatakan untuk menegakkan diagnosis

diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang antara lain :

- 1) Pemeriksaan USG untuk mengetahui letak janin
- 2) Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar haemoglobin guna mengidentifikasi apakah pasien menderita anemia atau tidak.
- 3) Pemeriksaan sinar *rontgen* dilakukan jika diagnosis sulit ditegakkan karena terjadi *moulage* yang cukup banyak dan *caput succedaneum* yang besar, pemeriksaan sinar *rontgen* dapat membantu menentukan posisi janin disamping menentukan bentuk dan ukuran panggul (R Riani, 2019).

h. Penatalaksanaan

Menurut Oxorn (2010), penanganan umum pada ibu bersalin dengan kala I memanjang yaitu:

- 1) Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan tingkat hidrasinya
- 2) Tentukan keadaan janin: periksa DJJ selama atau segera sesudah his, hitung frekuensinya minimal sekali dalam 30 menit selama fase aktif.
- 3) Jika terdapat gawat janin lakukan *sectio caesarea* kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacum atau forceps.
- 4) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-

hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin.

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

terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terjadi gawat janin ataupun pada ibu maka persalinan dapat dilakukan dengan sapontan (Oxorn, 2017).

- 7) Apabila kontraksi tidak adekuat
 - a) Menganjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.
 - b) Rehidrasi melalui infus atau minum.
 - c) Merangsang puting susu.
 - d) Mandi selama persalinan fase aktif.
 - e) Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan partograf.
- 8) Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.
 - a) Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan *sectio secarea*.
 - b) Apabila ada kemajuan persalinan maka evaluasi setiap 2 jam.
 - c) Apabila tidak didapatkan tanda adanya CPD (*Cephalopelvic disproportion*) berikan :
 - (1) Berikan penanganan umum yang

kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.

(2) Apabila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.

(3) Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc *dekstrosa* atau NaCl.

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

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

(1) Pada pasien konservatif

- Berikan antibiotik sesuai advice dokter
- Berikan steroid jika umur kehamilan < 34 minggu untuk kematangan paru yaitu injeksi dexamethasone 2x1 ampul selama 2 hari atau sesuai advice dokter DPJP.
- Berikan tokolitik yaitu nifedipine 10mg 1-2 kali dalam 1 jam atau sesuai advice dokter DPJP jika UK 32-37 minggu.

(2) Pada pasien fase aktif

- Induksi persalinan dengan misoprostol 50ug tiap 6 jam.
- Berikan antibiotik dosis tinggi bila ada tanda-tanda infeksi dan persalinan di akhri.
- Berikan antibiotik setelah persalinan bila tanda infeksi dilanjutkan untuk 24-48 jam setelah bebas panas.
- Lakukan evaluasi tindakan, kontrak untuk kegiatan selanjutnya dan dokumentasikan tindakan.

(b) Kala I memanjang karena fetal distress, SPO nya adalah :

- (1) Tegakan diagnosa apabila DJJ $< 100x$ /menit atau $>180x$ /menit.
- (2) Hentikan infus bila sedang diinfus oksitosin.
- (3) Berikan tokolitik (nifedipine tab 10 mg).
- (4) Posisikan ibu miring kiri (memberikan oksigen ke janin).
- (5) Lakukan periksa dalam untuk mengetahui penyebab gawat janin, jika sebab dari ibu tidak diketahui dan DJJ tetap abnormal sepanjang paling sedikitn 3 kontraksi.
- (6) Pikirkan solusio plasenta, jika terdapat perdarahan dengan nyeri hilang timbul atau menetap.
- (7) Berikan antibiotik untuk amnionitis jika terdapat tanda infeksi.

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

(4) Apabila presentasi majemuk : persalinan dapat spontan jika bayi kecil/mati dan maserasi, tempatkan ibu dalam posisi trendelenburg, dorong tangan keluar pubis dan pertahankan sampai ada kontraksi dan kepala turun ke rongga panggul, lanjutkan penatalaksanaan normal.

(5) Apabila presentasi bokong : lakukan SC

(6) Apabila telat lintang : lakukan SC

i. Tata laksana Bidan

Bidan memiliki kewenangan berdasarkan Kepmenkes Nomor : 369/MENKES/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan dalam penanganan kegawatdaruratan pada partus lama/macet. Peran bidan adalah mengenali secara tepat tanda gejala partus lama/macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu untuk merujuk untuk persalinan yang aman. Tujuannya adalah untuk mengetahui segera dan memberi penanganan yang tepat pada partus lama/macet. Hasil yang diharapkan yaitu mengenali secara dini tanda gejala partus lama/macet dan melakukan tindakan yang tepat. Serta menggunakan patograf secara seksama untuk semua ibu dalam proses persalinan sebagai upaya penurunan kematian/kesakita ibu dan bayi akibat partus lama/macet.

3. Manajemen Kebidanan

a. Manajemen kebidanan

Proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode pemberian pelayanan menyeluruh dari bidan ke klien, yang merupakan suatu proses manajemen kebidanan dilakukan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang tersusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai dengan keputusan klinik yang dilakukan dengan tepat.

Tujuh langkah manajemen kebidanan menurut varney :

1) Langkah pertama: Pengumpulan Data Dasar.

Melakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien meliputi, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

2) Langkah kedua: Interpretasi Data Dasar.

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

3) Langkah ke tiga : Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial.

Berdasarkan diagnosa mengantisipasi penanganan atau masalah yang telah ditetapkan.

- 4) Langkah keempat: Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera.

Untuk melakukan konsultasi kolaborasi dengan tenaga merangsang kesehatan lain berdasarkan kondisi lain.

- 5) Langkah kelima: Perencanaan tindakan yang dilakukan Merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi dan diantisipasi.

- 6) Langkah keenam: Pelaksanaan.

Melaksanakan rencana asuhan komprehensif. Pelaksanaan yang efisien akan berhubungan dengan waktu dan biaya dapat meningkatkan mutu dan asuhan klien.

- 7) Langkah ketujuh: Evaluasi

Evaluasi, keefektifkan dan asuhan yang sudah diberikan yaitu meliputi pemenuhan kebutuhan klien (K Virgian, 2022).

b. Dokumentasi Kebidanan

Metode dalam pendokumentasian pelayanan kebidanan yang di gunakan yaitu SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analisis atau Assessment, dan P adalah *Planning*. Merupakan catatan

yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

1) Data Subjektif

Merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

2) Data Objektif

Pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostis lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga/orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3) *Assesment*

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Analisis atau *assessment* merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini: diagnosis atau masalah kebidanan, diagnosis atau masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis atau masalah potensial dan kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi tindakan mandiri, kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

4) *Planning*

Planning adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. *Planning* dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian implementasi dan evaluasi. Sehingga P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh (K Virgian dkk, 2022).

B. KERANGKA TEORI



Sumber: (BPS.,2023; T Ibrahim et al.,2022; S khoirunisa et al., 2022; profil kesehatan indonesia., 2021; profil kesehatan provinsi jawa tengah; Irawati,Muliani,&Arsyad.,2019; Kurniarum.,2016; Susilawati,L.Rukiah,AY.,Yulianti,L.,Maemunah.,2016; Yulizawati dkk.,2016; JNPK-KR Depkes RI.,2018; K virgin dkk., 2022; JNPK-KR.,2017; Saragih.,2017; nurhapipa.,2015; Rosyati.,2017; N Pratiwi.,2018; Fitriana.,2018; saifuddin.,2016; DA Chandra.,2022; Prawiroharjo.,2014; N Nurjayanti.,2017; Yulianti.,2018; Wijayarini.,2016; Cunningham.,2013; Manuaba.,2018; R Riana.,2019; D