

Asuhan Kebidanan pada Persalinan dengan *Prolonged Active Phase* Disertai *Fetal Distress* dan *Mekonium*: Studi Kasus

Desi Rinda Sari¹, Vistra Veftisia²

¹Kebidanan Program Profesi Bidan, Universitas Ngudi Waluyo, desisari8217@gmail.com

²Kebidanan Program Sarjana, Universitas Ngudi Waluyo, vistravef@gmail.com

Korespondensi Email: desisari8217@gmail.com

Article Info	Abstract
<i>Article History</i> <i>Submitted, 2026-05-17</i> <i>Accepted, 2026-05-22</i> <i>Published, 2026-06-24</i>	<i>Complicated labor involving prolonged active phase, meconium-stained amniotic fluid, and fetal distress is a leading cause of maternal and perinatal morbidity and mortality. This descriptive case study aimed to describe midwifery care for a primigravida with the above complications using the SOAP documentation approach. The subject was Mrs. D, aged 27 years, G1P0A0, at 41 weeks 2 days gestation, managed at RS Pratama Tanjung Keramat and RSUD dr. H. Jusuf SK on January 15, 2026. Serial intrapartum monitoring revealed progressive deterioration: fetal heart rate rose to 172 bpm (tachycardia), membranes ruptured with meconium-stained fluid, and cervical dilation stagnated at 1 cm over 6 hours (0.17 cm/hour), confirming prolonged active phase with fetal distress. Initial stabilization (left lateral positioning, oxygen 6–8 L/minute, IV RL infusion) was followed by emergency referral and emergency Cesarean section performed by an obstetrician. A male infant weighing 3,600 g was delivered and stabilized through neonatal resuscitation. Early detection, strict partograph monitoring, and timely referral were critical in preventing neonatal asphyxia and meconium aspiration syndrome in this case.</i>
<i>Keywords: Emergency Cesarean Section, Prolonged Active Phase, Fetal Distress, Meconium-Stained Amniotic Fluid, Primigravida</i>	
Kata Kunci: Sectio Caesarea Emergensi, Fase Aktif Memanjang, Gawat Janin, Mekonium, Primigravida	Abstrak Persalinan dengan penyulit berupa fase aktif memanjang, air ketuban bercampur mekonium, dan fetal distress merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu serta perinatal. Studi kasus deskriptif ini bertujuan mendeskripsikan asuhan kebidanan pada primigravida dengan komplikasi tersebut menggunakan pendekatan SOAP. Subjek adalah Ny. D usia 27 tahun G1P0A0, hamil 41 minggu 2 hari, dikelola di RS Pratama Tanjung Keramat dan RSUD dr. H. Jusuf SK pada 15 Januari 2026. Pemantauan intrapartum berkala menunjukkan perburukan progresif: DJJ meningkat hingga 172 x/menit (takikardia janin), ketuban pecah bercampur mekonium, dan stagnasi pembukaan serviks 1 cm dalam 6 jam (0,17 cm/jam), mengonfirmasi diagnosis prolonged active phase disertai fetal distress. Stabilisasi awal (posisi miring kiri, oksigen 6–8 L/menit, infus RL) dilanjutkan dengan

rujukan emergensi dan tindakan Sectio Caesarea. Bayi laki-laki lahir dengan berat 3.600 gram dan berhasil distabilkan melalui resusitasi neonatus. Deteksi dini, pemantauan partograf yang ketat, dan rujukan tepat waktu terbukti kritis dalam mencegah asfiksia neonatorum dan sindrom aspirasi mekonium pada kasus ini.

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator utama derajat kesehatan suatu negara. Secara global, sekitar 800 perempuan meninggal setiap hari akibat penyebab yang sebenarnya dapat dicegah terkait kehamilan dan persalinan (World Health Organization [WHO], 2024). Di Indonesia, AKI pada tahun 2020 tercatat sebanyak 4.627 kasus dengan penyebab utama perdarahan (28,7%), hipertensi dalam kehamilan (23,9%), dan infeksi (4,6%) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2021). Target Sustainable Development Goals (SDGs) menetapkan penurunan AKI hingga 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.

Persalinan dengan penyulit merupakan salah satu ancaman terbesar bagi keselamatan ibu dan bayi. Penyulit persalinan mencakup berbagai kondisi, antara lain: persalinan lama atau partus lama (termasuk fase aktif memanjang), ketuban pecah dini (KPD), malpresentasi janin, distosia bahu, perdarahan antepartum, preeklamsia berat, dan gawat janin (fetal distress). Berbagai kondisi tersebut dapat terjadi sendiri-sendiri maupun bersamaan, dan apabila tidak segera ditangani dapat mengancam jiwa ibu maupun janin.

Salah satu bentuk penyulit persalinan yang sering dijumpai dan berisiko tinggi adalah fase aktif memanjang (prolonged active phase). Berdasarkan WHO (2018), fase aktif memanjang didefinisikan sebagai tidak adanya kemajuan dilatasi serviks yang memuaskan selama lebih dari empat jam pada wanita dengan kontraksi adekuat, atau lebih dari enam jam pada kontraksi yang tidak adekuat. Kondisi ini menyebabkan kelelahan ibu, penurunan oksigenasi janin, serta dapat memicu keluarnya mekonium ke dalam cairan ketuban sebagai tanda stres janin (Prawirohardjo, 2018). Mekonium kental dalam air ketuban disertai takikardia janin merupakan kombinasi yang mengindikasikan fetal distress dan meningkatkan risiko asfiksia neonatorum serta sindrom aspirasi mekonium (Meconium Aspiration Syndrome/MAS) pada bayi baru lahir (WHO, 2018; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020). Data Kemenkes RI (2021) menunjukkan bahwa angka SC di Indonesia terus meningkat, dan sebagian signifikannya merupakan SC emergensi akibat gawat janin dan persalinan macet.

Kombinasi fase aktif memanjang, mekonium, dan fetal distress merupakan indikasi kuat dilakukannya Sectio Caesarea (SC) emergensi guna menyelamatkan jiwa ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2018). Meskipun demikian, laporan studi kasus yang secara sistematis menggambarkan proses deteksi dini dan rujukan tepat waktu pada kondisi ini di fasilitas layanan primer masih terbatas. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan asuhan kebidanan pada primigravida dengan prolonged active phase disertai fetal distress dan mekonium menggunakan pendekatan SOAP, sehingga dapat menjadi referensi bagi tenaga kesehatan di fasilitas primer dalam mengambil keputusan klinis yang cepat dan tepat.

Metode

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan jenis studi penelaahan kasus (case study), berfokus pada satu subjek yaitu Ny. D, usia 27 tahun G1P0A0, hamil 41 minggu 2 hari, dengan penyulit persalinan berupa fase aktif memanjang, air ketuban bercampur mekonium, dan fetal distress. Studi kasus dilaksanakan pada tanggal 15 Januari 2026 di RS Pratama Tanjung Keramat dan dilanjutkan di RSUD dr. H. Jusuf SK. Pendekatan yang digunakan adalah Manajemen Kebidanan Varney dengan format pendokumentasian SOAP (Subjektif, Objektif, Asesmen, Penatalaksanaan). Data primer

diperoleh melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan langsung; data sekunder diperoleh dari rekam medis dan Buku KIA. Analisis dilakukan secara deskriptif dengan membandingkan temuan klinis dan tata laksana terhadap teori serta pedoman evidence-based terkini. Validitas data dijaga melalui triangulasi sumber data antara hasil pemeriksaan langsung, rekam medis, dan anamnesis. Penelitian ini telah memperoleh persetujuan dari pasien dan keluarga untuk publikasi data kasus, dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas subjek sesuai prinsip etik penelitian.

Hasil dan Pembahasan

Asuhan Kebidanan Intrapartum Kala I

Tanggal/Jam Pengkajian : 15 Januari 2026 / 14.00 WITA

Tempat : RS Pratama Tanjung Keramat

Data Subjektif

Ny. D datang bersama suami mengatakan mengalami mulas-mulas teratur sejak pukul 09.00 WITA. Ibu makan terakhir pukul 12.00 WITA dengan nasi, lauk, sayur setengah porsi. Ibu dan keluarga merasa bahagia menanti kelahiran bayinya.

Menurut Sondakh (2013), tanda-tanda persalinan meliputi terjadinya his persalinan yang teratur, makin kuat, dan makin sering, disertai pengeluaran lendir bercampur darah (bloody show). Keluhan yang disampaikan Ny. D sesuai dengan tanda awal persalinan yang fisiologis.

Data Objektif

Keadaan umum baik, composmentis. TD: 123/80 mmHg, Nadi: 85 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 36°C. BB: 74,5 kg, TB: 165 cm, LILA: 28 cm. Pemeriksaan Leopold: TFU 3 jari di bawah prosesus xiphoideus, presentasi kepala, punggung kanan, Divergen 2/5 bagian. TFU McDonald: 34 cm, TBJ: 3.565 gram, DJJ: 145x/menit, His: 3x/10'/30". Pemeriksaan Dalam: pembukaan 4 cm, portio medial, ketuban utuh, penurunan kepala Hodge II, penyusupan 0, STLD (+). Hb: 12,2 g/dl, HbsAg Non-Reaktif, HIV Non-Reaktif, golongan darah A.

Menurut WHO (2018), persalinan memasuki fase aktif ditandai dengan pembukaan serviks 4 cm atau lebih disertai kontraksi reguler. Kondisi Ny. D pada pengkajian awal sesuai dengan kriteria tersebut. DJJ 145 x/menit masih dalam batas normal (110–160 x/menit) (WHO, 2018) dan tanda vital ibu dalam rentang normal. Perlu dicatat bahwa usia kehamilan 41 minggu 2 hari (postterm) pada primigravida merupakan faktor risiko independen terhadap disfungsi uterus dan prolonged labor, sebagaimana dikemukakan oleh Cunningham et al. (2018), mengingat plasenta postmatur dapat mengalami penurunan fungsi yang berimplikasi pada toleransi janin terhadap hipoksia intrapartum.

Analisa Data

Ny. D Umur 27 Tahun G1P0A0 Hamil 41 Minggu 2 Hari Janin Tunggal Hidup Intra Uterin, Puka, Letak Memanjang, Preskep, Divergen, Inpartu Kala I Fase Aktif. Masalah: Nyeri persalinan.

Menurut teori World Health Organization (2018), nyeri persalinan pada kala I fase aktif terjadi akibat kontraksi uterus, dilatasi serviks, dan penurunan bagian terendah janin. Nyeri yang dirasakan ibu merupakan proses fisiologis persalinan dan umumnya meningkat seiring bertambahnya frekuensi serta kekuatan kontraksi uterus.

Penatalaksanaan

Bidan memberikan penjelasan hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami, memberikan dukungan psikologis, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dan Pelvic Rocking sebagai manajemen nyeri, menganjurkan mobilisasi aktif, pemenuhan cairan dan nutrisi, serta melakukan pemantauan kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin secara berkala (his, DJJ, nadi setiap 30 menit; VT setiap 4 jam).

Menurut teori World Health Organization (2018), asuhan kala I aktif meliputi pemberian informasi hasil pemeriksaan, dukungan psikologis, teknik relaksasi napas dalam

dan pelvic rocking untuk mengurangi nyeri, anjuran mobilisasi, pemenuhan cairan dan nutrisi, serta pemantauan kemajuan persalinan dan kesejahteraan janin secara berkala (his, DJJ, nadi setiap 30 menit dan VT setiap 4 jam).

Tabel 1. Hasil Pemantauan Kemajuan Persalinan Kala I

Jam (WITA)	DJJ (x/mnt)	His	Ketuban	VT	Nadi (x/mnt)
14.00	145	3x/10'/30"	Utuh	4 cm	–
14.30	145	3x/10'/30"	Utuh	–	–
15.00	150	3x/10'/30"	Utuh	–	–
15.30	153	3x/10'/30"	Utuh	–	–
16.00	160	3x/10'/40"	Utuh	–	–
16.30	160	3x/10'/40"	Utuh	–	–
17.00	170	3x/10'/40"	Utuh	–	–
17.30	170	3x/10'/40"	Pecah + mekonium	–	102
18.00	172	3x/10'/40"	(-) mekonium	5 cm	102
18.30	172	3x/10'/40"	(-) mekonium	–	101
19.00	172	3x/10'/40"	(-) mekonium	–	102

Sumber: Data Rekam Medis RS Pratama Tanjung Keramat, Januari 2026

Persiapan Rujukan Kegawatdaruratan

Tanggal/Jam Pengkajian : 15 Januari 2026 / 20.00 WITA

Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa sangat lelah dan merasakan kontraksi sudah berlangsung sangat lama. Ibu tampak gelisah dan meminta agar bayinya segera dikeluarkan.

Menurut Saifuddin (2014), fase aktif memanjang menyebabkan kelelahan fisik dan psikologis pada ibu akibat kontraksi uterus yang terus-menerus tanpa kemajuan yang adekuat. Respon ibu yang ditunjukkan sesuai dengan gambaran klinis fase aktif memanjang.

Data Objektif

Keadaan umum: sakit sedang, tampak kelelahan. Kesadaran: composmentis. TD: 130/86 mmHg, Suhu: 36,8°C, Nadi: 102 x/menit, RR: 20 x/menit. His: 3x/10'/40" (berlangsung lama). DJJ: 172 x/menit (takikardia). Ketuban: pecah, air bercampur mekonium. VT: pembukaan 5 cm, portio tipis dan lunak, penurunan kepala H II+, STLD (-). Dari pukul 14.00 WITA hingga 20.00 WITA (6 jam), pembukaan hanya maju 1 cm (dari 4 cm ke 5 cm).

Menurut WHO (2018), prolonged active phase didefinisikan sebagai tidak adanya kemajuan dilatasi serviks yang adekuat selama lebih dari empat jam pada kontraksi yang cukup. Pada kasus Ny. D, pembukaan hanya maju 1 cm dalam 6 jam ($\pm 0,17$ cm/jam), jauh di bawah batas normal, mengkonfirmasi diagnosis fase aktif memanjang. Kondisi ini pada primigravida postterm dapat dikaitkan dengan tonus uterus yang tidak optimal akibat penebaran plasenta serta kemungkinan disproporsi sefalopelvik ringan (Cunningham et al., 2018). DJJ 172 x/menit merupakan takikardia janin yang melebihi batas atas normal (160 x/menit) dan merupakan penanda fetal distress (WHO, 2018). Kombinasi takikardia janin persisten dan mekonium mengindikasikan hipoksia intrauterin progresif, sehingga terminasi persalinan segera melalui SC emergensi menjadi pilihan tatalaksana yang paling aman sesuai panduan ACOG (2020) tentang manajemen pemantauan denyut jantung janin intrapartum.

Analisa Data

Ny. D Umur 27 Tahun G1P0A0 Hamil 41 Minggu 2 Hari Janin Tunggal Hidup Intra Uterin, Inpartu Kala I Fase Aktif dengan Prolonged Active Phase, Fetal Distress, dan Air Ketuban Bercampur Mekonium. Masalah: kelelahan ibu, risiko asfiksia pada bayi.

Diagnosa potensial: pada ibu — atonia uteri, rupture uteri; pada bayi — asfiksia neonatorum berat, sindrom aspirasi mekonium (MAS), IUFD, ensefalopati hipoksik iskemik.

Menurut teori World Health Organization (2018), prolonged active phase merupakan persalinan kala I fase aktif yang berlangsung lebih lama dari normal sehingga dapat menyebabkan kelelahan ibu dan meningkatkan risiko komplikasi persalinan. Fetal distress yang ditandai gangguan kesejahteraan janin serta air ketuban bercampur mekonium menunjukkan adanya hipoksia janin yang dapat menyebabkan asfiksia neonatorum, sindrom aspirasi mekonium (MAS), ensefalopati hipoksik iskemik, hingga intra uterine fetal death (IUFD)

Penatalaksanaan

Dilakukan stabilisasi awal dengan memposisikan ibu miring kiri, memberikan oksigen 6–8 L/menit melalui masker, memasang infus RL, menghentikan anjuran mengejan sementara, dan memantau DJJ setiap 15 menit. Bidan juga menjelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai kondisi persalinan lama, adanya mekonium, tanda gawat janin, serta alasan dilakukan rujukan, dan keluarga menyetujui tindakan tersebut. Selanjutnya dilakukan persiapan dan pelaksanaan rujukan dengan menghubungi RSUD dr. H. Jusuf SK, menyiapkan surat rujukan lengkap, serta mendampingi ibu selama perjalanan dengan infus dan oksigen tetap terpasang.

Menurut Kemenkes RI (2020), pada komplikasi persalinan diperlukan komunikasi efektif dan informed consent sebelum dilakukan rujukan, serta perujukan harus dilakukan dalam kondisi BAKSOKU (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang) siap.

Persalinan dengan Sectio Caesarea

Tanggal/Jam : 15 Januari 2026 / 22.30 WITA

Tempat : RSUD dr. H. Jusuf SK

Data Subjektif

Bayi lahir tanggal 15 Januari 2026 pukul 22.30 WITA melalui tindakan SC oleh dokter SpOG. Jenis kelamin: laki-laki, BB: 3.600 gram, PB: 48 cm.

Menurut teori World Health Organization (2018), bayi baru lahir yang dilahirkan melalui Sectio Caesarea oleh tenaga kesehatan terlatih harus segera dilakukan penilaian awal meliputi jenis kelamin, berat badan, panjang badan, serta kondisi adaptasi bayi terhadap kehidupan ekstrauterin. Penilaian antropometri seperti berat badan 2.500–4.000 gram dan panjang badan sekitar 48–52 cm termasuk dalam rentang normal bayi baru lahir cukup bulan.

Data Objektif

Kondisi bayi saat lahir: tubuh tampak kemerahan, ekstremitas sedikit kebiruan (akrosianosis). Pernapasan tidak langsung, cenderung lambat, tidak teratur. Detak jantung 110 x/menit. Bayi masih mampu bernapas namun tidak spontan, sehingga dilakukan resusitasi.

Menurut teori American Academy of Pediatrics dan American Heart Association (2021), bayi dengan akrosianosis, pernapasan lambat dan tidak teratur, serta denyut jantung ≥ 100 x/menit menunjukkan tanda asfiksia ringan–sedang sehingga memerlukan tindakan resusitasi neonatus untuk membantu mempertahankan jalan napas dan merangsang pernapasan spontan bayi.

Analisa Data

Ny. D P1A0 Umur 27 Tahun Post Sectio Caesarea atas indikasi Prolonged Active Phase + Mekonium + Fetal Distress.

Menurut teori American Academy of Pediatrics dan American Heart Association (2021), tindakan Sectio Caesarea diindikasikan pada kondisi gawat janin seperti prolonged active phase disertai fetal distress dan air ketuban bercampur mekonium untuk mempercepat persalinan dan mencegah hipoksia janin.

Penatalaksanaan

Resusitasi neonatus dilakukan meliputi: menjaga kehangatan, memposisikan jalan napas, mengeringkan dan rangsang taktil, pemberian oksigen, serta evaluasi berkelanjutan (usaha napas, frekuensi jantung, dan pergerakan aktif bayi). Bayi berhasil distabilkan.

Menurut American Academy of Pediatrics (AAP, 2015), bayi yang lahir tidak aktif dari persalinan dengan mekonium memerlukan resusitasi segera sebelum dilakukan penghisapan rutin. Penanganan yang cepat dan terstruktur terbukti mencegah komplikasi hipoksia berkepanjangan. Hal ini diperkuat oleh Perlman et al. (2015) dalam panduan International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), yang menegaskan bahwa penilaian awal dan intervensi resusitasi dalam 60 detik pertama kehidupan (golden minute) merupakan faktor penentu luaran neonatus pada kasus persalinan dengan mekonium dan fetal distress.

Simpulan dan Saran

Simpulan

Studi kasus ini mendeskripsikan asuhan kebidanan pada primigravida postterm dengan prolonged active phase disertai fetal distress dan air ketuban bercampur mekonium. Perburukan klinis dideteksi melalui pemantauan partograf yang ketat, mencakup stagnasi dilatasi serviks (0,17 cm/jam), takikardia janin (172 x/menit), dan mekonium, yang keseluruhannya mengindikasikan hipoksia intrauterin progresif. Stabilisasi awal dan rujukan emergensi yang terstandar memungkinkan tindakan SC dilakukan tepat waktu, sehingga bayi berhasil distabilkan melalui resusitasi neonatus. Kasus ini menegaskan bahwa deteksi dini komplikasi intrapartum dan pengambilan keputusan rujukan yang cepat di fasilitas layanan primer merupakan komponen kritis dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas perinatal.

Saran

Bagi tenaga kesehatan khususnya bidan di fasilitas layanan primer, disarankan untuk meningkatkan kompetensi dalam penggunaan partograf sebagai alat pemantauan intrapartum, deteksi dini tanda-tanda kegawatdaruratan obstetri, serta pelaksanaan stabilisasi dan rujukan emergensi sesuai protokol BAKSOKU berdasarkan evidence-based practice terkini. Selain itu, diperlukan penelitian lebih lanjut dengan desain studi multikasus atau kohort prospektif untuk mengidentifikasi prediktor klinis prolonged active phase pada populasi primigravida postterm di fasilitas layanan primer Indonesia.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Universitas Ngudi Waluyo, RS Pratama Tanjung Keramat, RSUD dr. H. Jusuf SK, serta seluruh pihak yang telah memberikan dukungan penuh dalam proses penelitian ini.

Daftar Pustaka

- American Academy of Pediatrics. (2015). *Neonatal resuscitation program (NRP) textbook* (7th ed.). American Academy of Pediatrics.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Management of intrapartum fetal heart rate tracings. *ACOG Practice Bulletin No. 106*. ACOG.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., & Hoffman, B. L. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill.
- Friedman, E. A. (1955). Primigravid labor: A graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 6(6), 567–589.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di era adaptasi kebiasaan baru*. Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2020*. Kemenkes RI.
- Perlman, J. M., Wyllie, J., Kattwinkel, J., Wyckoff, M. H., Aziz, K., Guinsburg, R., Kim, H. S., Liley, H. G., Mildenhall, L., Simon, W. M., Szyld, E., Tamura, M., & Velaphi, S. (2015). Part 7: Neonatal resuscitation: 2015 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation*, 132(16), S204–S241.
- Prawirohardjo, S. (2018). *Ilmu kebidanan* (Edisi Keempat). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A. B. (2014). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sondakh, J. J. S. (2013). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Erlangga.
- Sutanto, A. V. (2019). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Pustaka Baru Press.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO.
- World Health Organization. (2024). *Maternal mortality factsheet*. WHO.