

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Menurut *World Health Organization* (WHO), persalinan adalah proses keluarnya janin atau plasenta yang cukup bulan (37–42 minggu) melalui jalan lahir, dengan atau tanpa bantuan, dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi pada ibu atau janin (Sudarmi, 2021). Secara umum, persalinan adalah rangkaian proses pengeluaran bayi, plasenta, dan selaput janin dari rahim melalui jalan lahir (Parni & Tambunan dalam Yuliani *et al.*, 2023). Persalinan tanpa pertolongan medis yang tepat dapat meningkatkan risiko komplikasi dan kematian ibu, sehingga penanganan medis sangat penting untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI)

Berdasarkan data dari WHO tahun 2022, AKI secara global masih tergolong tinggi, yakni sebesar 91,46 per 100.000 kelahiran hidup (KH). Di kawasan *ASEAN* tahun 2022, AKI tercatat mencapai 235 per 100.000 KH (Dewi *et al.*, 2024, hlm. 235–244). Di Indonesia, AKI pada Januari 2023 tercatat sebesar 305 per 100.000 KH. Pemerintah Indonesia menargetkan penurunan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), sejalan dengan target *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2030 yang menetapkan AKI kurang dari 70 per 100.000 KH (Yusfranda *et al.*, 2025, hlm. 1–9).

Jumlah AKI di Jawa Tengah pada tahun 2020 tercatat sebanyak 98,6 per 100.000 KH, lalu meningkat lebih tajam pada tahun 2021 menjadi 199 per 100.000 KH, pada tahun 2022, AKI menurun menjadi 84,60 per 100.000 KH. Dan pada tahun 2023 tercatat sebanyak 76,15 per 100.000 KH. Peningkatan AKI ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti hipertensi yang mencapai 42,2%, perdarahan sebesar 34,0%, kelainan jantung dan pembuluh darah 16,5%, infeksi 5,5%, komplikasi pasca keguguran (abortus) 1,0%, *COVID-19* 0,3%, dan gangguan autoimun 0,3% (Suminar, 2024).

Pada tahun 2021, Kabupaten Cilacap mencatatkan AKI tertinggi kelima di Jawa Tengah dengan total 45 kasus, yang terdiri dari 23 kasus pada ibu nifas, 19 kasus pada ibu hamil, dan 3 kasus pada ibu bersalin. Namun, pada tahun 2022, AKI di Kabupaten Cilacap mengalami penurunan menjadi peringkat ke-16 dengan 14 kasus. Penyebab kematian ibu pada tahun 2022 didominasi oleh 6 kasus pada ibu hamil, 2 kasus pada ibu bersalin, dan 6 kasus pada ibu nifas (Dinkes Jateng *et al.*, 2022). Meskipun terjadi penurunan, AKI tetap tinggi, dengan sekitar 50% kematian disebabkan oleh persalinan lama (30,3%), hipertensi dalam kehamilan (27,1%) dan infeksi (7,3%) Salah satu penyebab infeksi adalah kejadian KPD yang tidak mendapatkan penanganan segera (Janah 2024, h. 1-2).

KPD, atau yang dikenal juga dengan Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW) atau *Premature Rupture of Membranes* (PROM), adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum persalinan dimulai. Baik pada kehamilan aterm maupun preterm, dengan pembukaan serviks kurang dari 3 cm pada

kehamilan pertama, maupun kurang dari 5 cm pada kehamilan kedua dan seterusnya. KPD bisa terjadi meskipun kontraksi teratur belum muncul. Sehingga deteksi dini dan penanganan yang tepat sangat penting untuk menghindari komplikasi (Khonsa *et al.*, 2022, h. 1-7).

Berdasarkan laporan WHO tahun 2021, kejadian KPD tercatat sebesar 12,3% dari total persalinan global, dengan mayoritas kasus terjadi di negara berkembang. *ASEAN* tahun 2021 melaporkan jumlah kasus KPD tertinggi di Afrika 179.000 kasus, diikuti Asia Selatan 69.000 kasus, dan Asia Tenggara 16.000 kasus (Ridlo *et al.*, 2024). Di Indonesia, Riskesdas 2021 mencatat prevalensi KPD sebesar 5,6% pada ibu hamil dan bersalin, sementara di Jawa Tengah mencapai 6,4% (Dinkes Jateng, 2021). Secara nasional, kejadian KPD diperkirakan 4,4%–7,6% dari total kehamilan, dengan rincian 3–18% terjadi pada kehamilan preterm dan 8–10% pada kehamilan aterm (Susilowati *et al.*, 2021).

KPD merupakan salah satu komplikasi persalinan tertinggi di Jawa Tengah, dengan prevalensi 6,4%, menempatkan provinsi ini pada peringkat kelima secara nasional. Mengingat risiko serius seperti kematian janin, KPD perlu mendapat perhatian khusus dari ibu hamil. Oleh karena itu, dibutuhkan langkah pencegahan yang lebih intensif dan efektif (Lizzeth, 2022 dalam Janah, 2024).

Bidan berperan penting dalam penanganan KPD untuk menurunkan AKI dan AKB. Tugasnya mencakup memastikan diagnosis, memantau kondisi ibu dan janin, mempersiapkan persalinan, serta menangani komplikasi awal dan

berkoordinasi dengan dokter. Bidan juga memberikan edukasi dan dukungan emosional demi keselamatan ibu dan bayi (Tri, 2023).

Berdasarkan hasil survey pendahuluan yang dilakukan penulis pada hari Selasa, 11 Maret 2025 di ruang RM (Rekam Medik) RSI Fatimah Cilacap ditemukan bahwa dari tahun 2022 hingga 2024 terdapat 649 kasus persalinan dengan KPD, menjadikannya sebagai kasus persalinan patologis terbanyak (46%). Diikuti oleh oligohidramnion 234 kasus (17%), kala I memanjang 154 kasus (11%), preeklampsia berat 115 kasus (11%), *Postdate* 64 kasus (5%), preeklampsia 67 kasus (5%), insufisiensi plasenta 46 kasus (3%), *VBAC* 34 kasus (2%), prematur 29 kasus (2%), dan *IUFD* 13 kasus (1%). Pada periode Januari–Maret 2025, KPD tetap menjadi kasus terbanyak yaitu 47 kasus (60,26%), diikuti oleh oligohidramnion sebanyak 27 kasus (34,62%), dan kala I memanjang sebanyak 4 kasus (5,13%) (Rekam Medik, RSI Fatimah Cilacap, 2025).

Berdasarkan masalah tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dan menjelaskan “ Studi dokumentasi pada ibu bersalin Ny. N usia 29 tahun G1P0A0 usia kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 Jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025. “

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana studi dokumentasi pada Ibu Bersalin Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.”

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan LTA ini adalah untuk mengetahui studi dokumentasi asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu bersalin Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendokumentasikan hasil pengkajian data subjektif, objektif dan data penunjang pada ibu bersalin pada kasus Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.
- b. Mendokumentasikan hasil menginterpretasi data pasien untuk menentukan pada ibu bersalin pada kasus Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.
- c. Mendokumentasikan dalam menentukan penetapan diagnosa potensial dan mengantisipasi tindakan yang dibutuhkan pada ibu bersalin dari kasus Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.
- d. Mendokumentasikan hasil tindakan segera yang dilakukan pada ibu bersalin Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4

Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.

- e. Mendokumentasikan dalam menentukan perencanaan tindakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin untuk kasus Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.
- f. Mendokumentasikan dalam menentukan tindakan yang telah disusun pada ibu bersalin untuk kasus Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.
- g. Mendokumentasikan dalam menentukan evaluasi asuhan yang diberikan pada Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.
- h. Mendokumentasikan dalam menentukan kesenjangan pengetahuan dan praktik tenaga kesehatan mengenai penanganan yang diberikan pada ibu bersalin untuk kasus Ny. N Umur 29 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 36 Minggu 4 Hari dengan KPD 2 jam di Ruang An-Nisa RSI Fatimah Cilacap Tahun 2025.

D. MANFAAT

1. Secara Teoritis
 - a. Menganalisis dan mengembangkan ilmu melalui penerapan tujuh langkah Varney dalam studi dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan KPD.

- b. Hasil studi ini diharapkan menjadi referensi ilmiah bagi pengembangan ilmu kebidanan, khususnya dalam penanganan KPD.

2. Secara Praktis

- a. Bagi Universitas Al Irsyad Cilacap

Studi dokumentasi ini diharapkan dapat mengangkat citra universitas sebagai pelaksana dan pengembang ilmu kebidanan.

- b. Bagi RSI Fatimah Cilacap

Penerapan tujuh langkah Varney pada kasus KPD melalui studi dokumentasi ini mendukung peningkatan mutu layanan, efisiensi, kepuasan pasien, dan citra rumah sakit.

- c. Bagi Bidan

Studi ini menjadi referensi asuhan kebidanan pada kasus KPD dan mendorong pelayanan yang lebih profesional.

- d. Bagi ibu bersalin dengan KPD

Studi ini mendukung penanganan yang cepat dan tepat untuk menjamin kelancaran persalinan dan keselamatan ibu serta bayi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. TEORI KEHAMILAN

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses biologis yang dimulai dari pembuahan hingga persalinan, saat sel telur yang telah dibuahi menempel di rahim dan berkembang menjadi janin. Umumnya berlangsung selama 40–42 minggu (Ophie, 2019 dalam Ismiyatun, 2021).

b. Fase Kehamilan

- 1) Trimester pertama (0-13 minggu) : Terbentuknya struktur dan organ bayi, serta risiko tinggi keguguran dan kelainan lahir.
- 2) Trimester kedua (14-26 minggu) : Perkembangan tubuh bayi berlanjut, dan ibu mulai merasakan gerakan bayi.
- 3) Trimester ketiga (27-42 minggu) : Pada trimester ini, tubuh bayi terus berkembang, dan ibu mulai merasakan pergerakan pertama bayi (Rahmah *et al.*, 2022).

c. Komplikasi Pada Kehamilan Berisiko Tinggi

Komplikasi kehamilan berisiko tinggi tidak terjadi pada semua ibu (Damayanty S *et al.*, 2024). Beberapa komplikasi yang sering terjadi pada kehamilan berisiko tinggi antara lain:

1) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan adalah tekanan darah tinggi ($\geq 140/90$ mmHg) (Iryaningrum *et al.*, 2023). Jenis-jenis hipertensi dalam kehamilan meliputi:

a) Hipertensi Kronik

Hipertensi kronik adalah kondisi tekanan darah tinggi yang sudah ada sebelum kehamilan atau terdeteksi sebelum usia kehamilan 20 minggu.

b) Hipertensi Gestasional

Hipertensi gestasional adalah tekanan darah tinggi setelah 20 minggu kehamilan tanpa proteinuria atau gangguan organ, biasanya membaik setelah persalinan.

c) Preeklampsia

Preeklampsia adalah hipertensi setelah 20 minggu kehamilan dengan proteinuria atau kerusakan organ. Jika tidak ditangani, dapat berkembang menjadi eklampsia yang ditandai kejang dan membahayakan ibu serta janin (Iryaningrum *et al.*, 2023).

Preeklampsia dibagi menjadi dua kategori:

(1) Preeklampsia Tanpa Gejala Berat

Preeklampsia tanpa gejala berat ditandai oleh tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang terukur dua kali dengan selang minimal 4 jam pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah normal.

(2) Preeklampsia Dengan Gejala Berat

Tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 110 mmHg, yang memerlukan penegakan diagnosis secara cepat guna pemberian terapi antihipertensi segera.

d) Eklampsia

Eklampsia adalah komplikasi preeklampsia berupa kejang tonik-klonik atau fokal tanpa penyebab neurologis lain pada ibu hamil (Iryaningrum *et al.*, 2023).

2) Perdarahan Pervaginaan

Perdarahan pervaginaan saat hamil umumnya abnormal, kecuali perdarahan implantasi, dan dibagi dua jenis menurut usia kehamilan (Ramadhani Harahap, 2021).

a) Perdarahan Awal Kehamilan (<22 Minggu)

Perdarahan sebelum 22 minggu kehamilan bisa menandakan abortus, blighted ovum, kehamilan ektopik, atau mola, dengan gejala darah merah segar, perdarahan banyak, dan nyeri perut atau kram.

b) Perdarahan Kehamilan Lanjut (>22 Minggu)

Perdarahan pada kehamilan lanjut bisa mengindikasikan plasenta previa, solusio plasenta, atau ruptur uteri, (Ramadhani Harahap, 2021).

3) Kelainan pada Air Ketuban

Air ketuban adalah cairan pelindung janin yang berfungsi menjaga suhu rahim, melindungi dari benturan dan infeksi, menyalurkan nutrisi, serta mendukung persalinan (Antika & Fatimah, 2022).

Gangguan yang bisa terjadi antara lain:

a) Oligohidramnion (Air Ketuban Terlalu Sedikit)

Oligohidramnion adalah kurangnya cairan ketuban akibat kondisi ibu atau janin, berisiko keguguran dan hambat tumbuh janin (Antika & Fatimah, 2022).

b) Hidramnion / Polihidramnion (Air Ketuban Terlalu Banyak)

Kelebihan ketuban akibat diabetes, kembar, infeksi, atau kelainan janin, berisiko prematur, malposisi, dan komplikasi persalinan (Antika & Fatimah, 2022).

c) KPD

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum 37 minggu, akibat infeksi, stres, aktivitas berat, atau benturan. Risiko utamanya meliputi prematuritas dan infeksi ibu-bayi (Antika & Fatimah, 2022).

d) Anhidramnion (Tidak Ada Air Ketuban Sama Sekali)

Anhidramnion adalah kondisi tanpa ketuban akibat kebocoran atau gangguan urin janin, berisiko cacat, keguguran, hingga kematian (Antika & Fatimah, 2022).

4) Kelainan Plasenta dan Tali Pusat

Plasenta dan tali pusat menyalurkan nutrisi dan oksigen ke janin. Gangguannya bisa menghambat tumbuh kembang dan membahayakan kehamilan (Antika & Fatimah, 2022). Kelainan umum:

a) Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum terjadi sebelum persalinan akibat plasenta previa, solusio, luka jalan lahir, varises pecah, atau kelainan serviks

b) Kondisi Plasenta Lengket

Plasenta lengket adalah kondisi plasenta tidak lepas dari dinding rahim pascapersalinan. Terdiri dari tiga jenis:

(1) Plasenta Akreta:

Plasenta akreta adalah plasenta yang melekat erat pada rahim, menyebabkan perdarahan berat, sering terkait plasenta previa atau riwayat operasi caesar (Antika & Fatimah, 2022).

(2) Plasenta Inkreta:

Plasenta inkreta adalah plasenta yang menempel hingga otot rahim, sebabkan perdarahan, dan ditangani dengan pembersihan setelah persalinan (Antika & Fatimah, 2022).

5) Kelainan Dalam Lamanya Kehamilan

Prematuritas berkaitan dengan usia kehamilan dan risiko komplikasi, sehingga pemantauan dan persiapan persalinan penting, terutama pada primigravida (Antika & Fatimah, 2022). Gejala umumnya meliputi:

a) *Prematuritas* (Kelahiran Prematur)

Prematuritas adalah kelahiran <37 minggu, sering akibat KPD, dengan risiko gangguan napas dan BB rendah. Perawatan intensif dan ASI eksklusif mendukung tumbuh kembang optimal (Antika & Fatimah, 2022).

b) *Postmaturitas* (Kelahiran Terlambat)

Postmaturitas adalah kelahiran >41 minggu, berisiko kurang gizi dan ketuban mekonium. Sering dikaitkan dengan gerakan janin menurun, ditangani persalinan normal atau caesar sesuai kondisi (Antika & Fatimah, 2022).

c) IUFD (*Intrauterine Fetal Death*)

IUFD adalah kematian janin sebelum lahir, umumnya setelah 20 minggu, disebabkan preeklampsia, plasenta previa, diabetes, atau kelainan genetik (Antika & Fatimah, 2022).

d) IUGR (*Intrauterine Growth Restriction*)

IUGR adalah janin tumbuh lambat akibat plasenta terganggu, hipertensi, atau infeksi, berisiko lahir bermasalah (Antika & Fatimah, 2022).

2. TEORI PERSALINAN

a. Definsi Persalinan

Persalinan normal adalah kelahiran spontan bayi cukup bulan (37–42 minggu) dengan posisi kepala melalui jalan lahir, diikuti keluarnya plasenta, tanpa komplikasi, dan ibu-bayi dalam kondisi sehat (Febriani, 2022 dalam Imelda, 2024).

b. Jenis Jenis Persalinan

- a. Persalinan spontan adalah proses melahirkan secara alami yang berlangsung dengan tenaga ibu sendiri melalui jalan lahir.
- b. Persalinan buatan apabila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya dengan forceps, atau dilakukan operasi sectio caesaria.
- c. Persalinan anjuran adalah persalinan yang tidak terjadi secara alami, melainkan dimulai dengan tindakan medis seperti pemecahan ketuban, pemberian pitocin, prostaglandin, atau induksi untuk merangsang kontraksi (Rufiah, 2022).

c. Tahapan Persalinan (Kala I,II,III,IV)

Tahapan persalinan menurut Namangdjabar dalam Martins (2024).

Adalah sebagai berikut :

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Tahap awal dalam proses persalinan yang dimulai sejak kontraksi pertama hingga pembukaan serviks mencapai 10 cm. Kala I terbagi menjadi dua fase:

a) Fase Laten: Fase laten adalah tahap awal persalinan dengan pembukaan serviks 0–4 cm

b) Fase Aktif: Pembukaan serviks dari 4 cm hingga 10 cm, berlangsung sekitar 6-7 jam dengan laju pembukaan sekitar 1 cm per jam. Fase aktif terdiri dari tiga periode:

1) Fase Akselerasi

Berlangsung selama 2 jam, dengan pembukaan mencapai 4 cm.

2) Fase Dilatasi Maksimal

Berlangsung selama 2 jam, dengan pembukaan dari 4 cm hingga 9 cm.

3) Fase Diselerasi

Berlangsung selama 2 jam, dengan pembukaan mencapai 10 cm.

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II adalah fase pengeluaran, dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir (1–2 jam), ditandai dorongan meneran dan tampaknya kepala janin.

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III dimulai setelah bayi lahir hingga plasenta keluar (5–30 menit), dengan uterus keras, fundus setinggi pusat, dan perdarahan $\pm 100\text{--}200$ cc.

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV berlangsung 2 jam pasca-plasenta, fokus pada pemantauan perdarahan sebelum masuk masa nifas (puerperium).

d. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Beberapa teori yang menyatakan kemungkinan terjadinya proses persalinan. (Harismayanti *et al.*, 2023). Meliputi :

1) Teori Keregangan

Otot rahim dapat meregang hingga batas tertentu, jika melewati batas tersebut, kontraksi terjadi dan memicu proses persalinan.

2) Teori Penurunan Progesteron

Plasenta menua sejak 28 minggu, menurunkan progesteron dan memicu kontraksi lewat peningkatan respons oksitosin.

3) Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dan peningkatan estrogen menstimulasi kontraksi rahim saat progesteron menurun.

4) Teori Prostaglandin

Prostaglandin naik sejak 15 minggu, diproduksi desidua, dan merangsang kontraksi untuk pengeluaran hasil konsepsi.

e. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan menurut Namangdjabar dkk, 2023 (dalam Martins 2024, h.14).

1) Terjadinya *Lightening*

Menjelang 36 minggu pada primigravida, fundus uteri turun karena kepala janin masuk PAP, akibat adaptasi janin dan pelunakan serviks.

- a) Kontraksi *Braxton Hicks*
- b) Ketegangan dinding perut
- c) Ketegangan *ligamentum rotundum*
- d) Gaya berat janin yang menyebabkan kepala bergerak ke bawah.

2) Terjadinya His Permulaan

Seiring bertambahnya usia kehamilan, turunnya estrogen dan progesteron membuat oksitosin memicu kontraksi ringan (his palsu).

Ciri his awal meliputi:

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
- b) Ketidakteraturan dalam datangnya kontraksi.
- c) Tidak ada perubahan pada serviks.
- d) Durasi kontraksi pendek.
- e) Tidak bertambah intensitasnya meskipun beraktivitas.

3) Tanda Pasti Persalinan

a) His Persalinan

- (1) Rasa sakit di pinggang yang menjalar ke depan.
- (2) Teratur, dengan interval yang semakin pendek dan kekuatan kontraksi yang semakin besar.
- (3) Berpengaruh pada perubahan serviks.
- (4) Meningkat dengan aktivitas.

4) *Show* (Pengeluaran Lendir dan Darah)

Seiring his persalinan, serviks mengalami perubahan yang mengarah pada:

- a) Pendataran dan pembukaan serviks.
- b) Pembukaan ini menyebabkan lendir di kanalis servikalis terlepas.
- c) Perdarahan akibat pecahnya pembuluh darah kapiler.

5) *Pengeluaran Cairan*

ketuban pecah menjelang pembukaan lengkap, persalinan biasanya berlangsung dalam 24 jam.

f. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan**

Faktor- faktor yang mempengaruhi persalinan (Nasution & Purwanti, 2024 dalam Martins, 2024). Yaitu:

1) *Passanger*

Malpresentasi atau kelainan bentuk janin (posisi, ukuran kepala, letak plasenta) dapat menghambat persalinan normal.

2) *Passage*

Jalan lahir (panggul, dasar panggul, vagina, introitus) memengaruhi persalinan; ditentukan bentuk panggul dan posisi janin.

3) *Power*

Kontraksi (his) membantu membuka serviks dan mendorong janin turun ke panggul. Saat kuat, kepala janin masuk rongga panggul.

4) *Position*

Posisi tegak saat persalinan (duduk, berdiri, jalan, jongkok) kurangi lelah, tingkatkan kenyamanan, dan lancarkan sirkulasi.

g. Komplikasi Persalinan

Komplikasi persalinan lebih sering terjadi pada multipara dan grandemultipara karena penurunan fungsi reproduksi, seperti elastisitas leher rahim. Risiko meningkat untuk KPD, perdarahan, eklampsia, dan kematian maternal seiring bertambahnya jumlah persalinan (Maharrani & Nugrahini, 2017 dalam Susilowati *et al.*, 2021).

h. Pemantauan Kemajuan Persalinan Dengan Partograf

1) Pengertian Partograf

Partograf adalah grafik pemantauan persalinan untuk mengamati kemajuan, mendeteksi perlambatan, dan mencegah komplikasi terutama pada tahap pertama (Syamsuriyati *et al.*, 2024).

2) Waktu Pengisian Partograf

Partograf dipakai sejak pembukaan 4 cm (fase aktif kala I) hingga kala IV untuk memantau persalinan dan deteksi penyimpangan (Wahyuni S. *et al.*, 2023).

3) Komponen dalam Partograf

Partograf lengkap jika semua data penting ibu, janin, dan persalinan tercatat sistematis dan akurat (Wahyuni S. *et al.*, 2023). Komponen partograf meliputi:

- a) Data Identitas Ibu
 - (1) Nama, umur, dan status obstetri (G, P, A)
 - (2) Nomor rekam medis atau nomor puskesmas
 - (3) Tanggal serta jam mulai dirawat
 - (4) Waktu pecahnya selaput ketuban
- b) Kondisi Janin
 - (1) Denyut jantung janin
 - (2) Warna serta keberadaan air ketuban
 - (3) Derajat penyusupan kepala janin (molase)
- c) Kemajuan Persalinan
 - (1) Pembukaan serviks
 - (2) Penurunan bagian terbawah janin
 - (3) Garis waspada dan garis tindakan
- d) Waktu dan Jam
 - (1) Waktu dimulainya fase aktif
 - (2) Waktu setiap pemeriksaan dilakukan
- e) Kontraksi Uterus
 - (1) Frekuensi kontraksi dalam 10 menit
 - (2) Lama kontraksi (dalam detik)
- f) Terapi yang Diberikan
 - (1) Penggunaan oksitosin
 - (2) Obat lain serta pemberian cairan infus

g) Kondisi Ibu

- (1) Tanda vital seperti nadi, tekanan darah, dan suhu tubuh
- (2) Pemeriksaan urin (volume, kandungan aseton, dan protein)

4) Tata Cara Pengisian Partograf

Pengisian partograf dilakukan dengan prinsip pemantauan berkala (Wahyuni S. *et al.*, 2023). Berikut frekuensi dan prosedur pencatatan yang dianjurkan:

- a) Denyut jantung janin: dicatat setiap 30 menit
- b) Frekuensi dan lama kontraksi uterus: setiap 30 menit
- c) Nadi ibu: dicatat setiap 30 menit
- d) Pembukaan serviks dan penurunan bagian terbawah janin: setiap 4 jam
- e) Tekanan darah dan suhu tubuh: setiap 4 jam
- f) Produksi urin serta kandungan aseton dan protein: setiap 2–4 jam

5) Langkah-langkah Pengisian Partograf

Berikut adalah Langkah - langkah sistematis dalam pengisian partograf :

a) Isi Lembar Depan Partograf

- (1) Tulis identitas ibu secara lengkap (nama, umur, G/P/A).
- (2) Catat waktu kedatangan, waktu pecah ketuban, dan waktu mulai merasakan kontraksi.

b) Catat DJJ

- (1) Lakukan pencatatan setiap 30 menit.

- (2) DJJ normal berkisar antara 120–160 bpm.
 - (3) Gunakan tanda titik (•) pada grafik, lalu hubungkan antar titik untuk melihat pola.
 - (4) Waspada! DJJ <120 bpm (*bradikardi*) atau >160 bpm (*takikardi*).
- c) Catat Warna dan Keberadaan Air Ketuban
- (1) Dicatat setiap kali dilakukan pemeriksaan vaginal.
 - (2) Gunakan kode symbol :
 - (1) **U** = Selaput ketuban utuh
 - (2) **J** = Jernih
 - (3) **M** = Mekonium
 - (4) **D** = Berdarah
 - (5) **K** = Kering / tidak ada cairan
- d) Nilai Penyusupan Kepala Janin (Molase)
- (a) Dilakukan saat pemeriksaan dalam.
 - (b) Nilai derajat penyusupan tulang kepala janin ke dalam panggul ibu.
- e) Catat Kontraksi Uterus
- (1) Frekuensi kontraksi dalam 10 menit, dicatat setiap 30 menit.
 - (2) Lama kontraksi dinyatakan dalam detik.
- f) Pantau dan Catat Tanda Vital Ibu
- (1) Nadi: setiap 30 menit
 - (2) Tekanan darah dan suhu tubuh : setiap 4 jam

g) Evaluasi Kemajuan Persalinan

- (1) Pembukaan serviks dan penurunan bagian terbawah janin dicatat setiap 4 jam.
- (2) Tandai pada grafik sesuai garis waspada dan tindakan.

h) Catat Pemberian Obat-obatan dan Cairan Infus

- (1) Dicatat jenis obat, dosis, rute pemberian (oral / IV / IM), dan waktu pemberian.
- (2) Terutama pada pemberian oksitosin, perlu pengawasan ketat karena dapat mempengaruhi frekuensi kontraksi dan kondisi janin.
- (3) Catat juga efek samping atau reaksi yang muncul, jika ada

i) Pengisian Lembar Belakang Partograf

Lembar belakang partograf mencatat kejadian dan penanganan persalinan dari kala I hingga IV (Esabdaalqtiara, 2024).

(1) Kala I (Fase Aktif Persalinan)

- (a) Catat apakah partograf melewati garis waspada dan masalah yang muncul.
- (b) Tuliskan penatalaksanaan dan hasilnya.

(2) Kala II (Tahap Pengeluaran Janin)

- (a) Catat tindakan episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, dan distosia bahu.
- (b) Catat penatalaksanaan dan hasilnya.

(3) Kala III (Tahap Pengeluaran Plasenta)

- (a) Catat waktu kala III, pemberian oksitosin, penarikan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri.
- (b) Catat kondisi plasenta, laserasi, atonia uteri, dan jumlah perdarahan.

(4) Kala IV (Observasi Pasca Persalinan)

- (a) Pemantauan ibu selama 2 jam pertama (setiap 15 menit) dan 1 jam kedua (setiap 30 menit).
- (b) Pemeriksaan: tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan jumlah perdarahan.

3. TEORI KETUBAN PECAH DINI (KPD)

a. Definisi KPD

KPD atau Premature Rupture of Membrane (PROM) adalah kondisi ketika selaput ketuban pecah sebelum persalinan dimulai, yang dapat menyebabkan komplikasi serius bahkan kematian pada ibu dan bayi. Jika terjadi sebelum kehamilan 37 minggu, kondisi ini disebut Preterm PROM (PPROM). Selaput ketuban berfungsi melindungi janin dari infeksi dan mendukung perkembangannya. Pecahnya ketuban menyebabkan cairan keluar melalui vagina, meningkatkan risiko infeksi dan kelahiran prematur. Jika cairan ketuban berubah warna menjadi kehijauan, itu menandakan infeksi serius yang memerlukan penanganan segera untuk

melindungi janin (Yulianti *et al.*, 2023, Mynarek, 2020 Dalam Iswanti, 2023).

b. Patofiolosgi

Ketuban pecah saat persalinan karena kontraksi dan peregangan yang melemahkan selaput. KPD terjadi akibat pembukaan serviks dini dan kerusakan ketuban (Aprilia, 2021 dalam Ridlo *et al.*, 2024).

c. Klasifikasi

KPD dapat terbagi menjadi dua klasifikasi yaitu, KPD pada kehamilan preterm dan KPD pada kehamilan aterm (Lestari, 2022).

1) KPD Preterm

KPD preterm adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan pada kehamilan <37 minggu, dideteksi lewat vaginal pooling, tes fern, atau IGFBP-1 (+). KPD preterm terbagi menjadi dua kategori:

- a) KPD preterm dini: ketuban pecah pada usia kehamilan 24 hingga <34 minggu.
- b) KPD preterm terlambat: ketuban pecah pada usia kehamilan 34 hingga <37 minggu.

2) KPD Aterm

KPD aterm adalah pecah ketuban setelah >37 minggu, dideteksi dengan vaginal pooling, tes nitrazin, fern, dan IGFBP-1 positif (Hesti Lestari, 2022).

d. Etiologi

Etiologi dari penyebab kejadian KPD (Ridlo *et al.*, 2024). Yaitu :

- 1) Serviks yang tidak cukup kuat (Inkompeten)
- 2) Polihidramnion (kelebihan cairan ketuban)
- 3) Kehamilan ganda (kembar)
- 4) Posisi janin yang tidak normal (malpresentasi)
- 5) Infeksi pada vagina atau serviks.

e. Prognosis KPD

Prognosis adalah prediksi perkembangan dan hasil kondisi atau penyakit (Abdul, 2021). Faktor yang memengaruhi prognosis janin meliputi:

- 1) Kematangan janin, ditandai berat lahir <2500 gram, berisiko prognosis lebih buruk dibanding >2500 gram.
- 2) Presentasi bokong janin berdampak negatif pada prognosis, terutama jika persalinan preterm (<37 minggu).
- 3) KPD tanpa persalinan aktif segera meningkatkan risiko infeksi intrauterin, berpengaruh buruk pada janin (Abdul, 2021).

f. Faktor Resiko KPD

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan kejadian KPD pada ibu bersalin. (Susilowati *et al.*, 2021). antara lain :

- 1) Gangguan pada membran amnion.
- 2) Kelainan letak janin
- 3) Ketidakmampuan serviks dalam mempertahankan janin.
- 4) Infeksi pada vagina atau serviks.

- 5) Kehamilan ganda atau *Gemelli*
- 6) Usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua.
- 7) Paritas atau jumlah kelahiran sebelumnya.
- 8) *CephaloPelvic Disproportion* (CPD), yaitu ukuran kepala janin yang lebih besar dibandingkan dengan ukuran panggul ibu.
- 9) Stres pada ibu maupun janin.
- 10) ketegangan rahim yang berlebihan
- 11) Intensitas pekerjaan ibu yang tinggi.
- 12) Kekurangan tembaga dan asam askorbat, yang dapat mengganggu perkembangan struktur normal, salah satunya disebabkan oleh kebiasaan merokok.
- 13) Serviks Inkompeten, yaitu kondisi di mana serviks tidak memiliki kekuatan cukup untuk menahan berat rahim.

g. Komplikasi KPD

Komplikasi KPD dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas bayi (Puspitasari *et al.*, 2023).

1) Ibu

Komplikasi KPD paling sering terjadi saat persalinan (Puspitasari *et al.*, 2023), yaitu:

a) Infeksi Intrapartal

Infeksi saat persalinan disertai kontraksi meningkatkan risiko sepsis, yang dapat memperparah morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.

b) Infeksi Puerperalis

Infeksi pada saluran reproduksi pascamelahirkan (≤ 6 minggu), ditandai demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$, nyeri perut, dan keputihan berbau.

c) Partus lama, atau *dry labour*

Kurangnya ketuban menghambat kontraksi, memicu persalinan lama dan komplikasi ibu-bayi.

d) Peningkatan kebutuhan tindakan operatif obstetrik, khususnya *Sectio Caesarea* (SC) (Puspitasari *et al.*, 2023).

2) Janin

Kondisi pada janin dapat menyebabkan berbagai komplikasi (Puspitasari *et al.*, 2023). Seperti:

a) Kelahiran premature

Kelahiran prematur adalah lahir sebelum 37 minggu, berisiko gangguan napas, dan infeksi.

b) Sindrom gangguan pernapasan (*Respiratory Distress Syndrome*)

Bayi prematur rentan sesak napas karena paru belum matang dan kurang surfaktan, sehingga perlu ventilasi atau surfaktan buatan.

c) Perdarahan *Intraventrikular* (IVH)

Pendarahan ventrikel otak pada bayi prematur bisa sebabkan gangguan neurologis jangka panjang.

d) Sepsis

Infeksi berat menyebar ke seluruh tubuh sering terjadi pada bayi prematur dengan sistem imun belum matang.

e) Hipoplasia Paru

Paru bayi prematur sering belum matang, menyebabkan kesulitan bernapas dan butuh bantuan pernapasan.

f) Asfiksia

Asfiksia adalah kekurangan oksigen saat lahir yang bisa merusak jaringan dan fungsi organ.

g) Hipoksia

Hipoksia adalah kekurangan oksigen di jaringan tubuh akibat gangguan pernapasan atau sirkulasi.

h. Diagnosa KPD

Diagnosis KPD harus cepat dan tepat lewat anamnesis, pemeriksaan fisik, evaluasi obstetri, dan penunjang (Alisa *et al.*, 2024).

1) Riwayat Kesehatan

Pasien lapor kebocoran cairan ketuban tanpa perdarahan, sering disertai keputihan gatal tanpa bau.

2) *Vaginal Toucher* (Pemeriksaan Dalam)

Pemeriksaan dilakukan saat cairan vagina dan ketuban robek, pada preterm, pemeriksaan dalam ditunda untuk cegah infeksi.

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan darah lengkap

Pada kasus KPD, jumlah leukosit darah $> 15.000/\text{mm}^3$ dan kadar hemoglobin normal 12 gram%. Takikardi pada janin dapat mengindikasikan infeksi intrauterin.

b) Tes Lakmus (tes *nitrazin*)

Jika kertas lakmus berubah dari merah menjadi biru, hal ini menunjukkan adanya air ketuban yang bersifat alkalis.

c) Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)

USG menilai volume cairan amnion, jika berkurang tanpa gangguan ginjal janin dan pertumbuhan normal, kemungkinan ketuban pecah.

d) Pemeriksaan *CardioTocoGraphy* (CTG)

CTG memantau detak jantung janin melalui respons DJJ terhadap gerakan. Janin sehat menunjukkan denyut naik saat bergerak dan turun saat tidur. Normal DJJ 110–160 bpm (Janah, 2024).

i. Penatalaksanaan KPD

Penatalaksanaan KPD bertujuan mencegah komplikasi pada ibu dan janin (Dayal & Hong, 2023 dalam Rahmawati, 2025).

1) Konservatif:

- a) Rawat di rumah sakit.
- b) Beri antibiotik: bila ketuban pecah > 6 jam berupa : Ampisillin 4 x 500 mg atau Gentamycin 1 x 80 mg.
- c) Umur kehamilan < 32-34 minggu: dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d) Bila usia kehamilan 32-34 minggu, masih keluar air ketuban, maka usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi

kehamilan (hal sangat tergantung pada kemampuan perawatan bayi premature)

- e) Nilai tanda tanda infeksi (suhu, lekosit, tanda tanda infeksi intrauterine.
- f) Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid selama untuk memacu kematangan paru paru janin.

2) Aktif:

- a) Kehamilan > 35 minggu: induksi oksitosin, bila gagal dilakukan sectio sesaria.

Cara induksi: 1 ampul syntocinon dalam Dektrose 5 %, dimulai 4 tetes/menit, tiap 4 jam dinaikkan 4 tetes sampai maksimum 40 tetes/menit.

j. Standar Prosedur Operasional KPD di RSI Fatimah Cilacap

No Dokumen : 60/Bid. YM/RSIFC/VI/2022

- 1) Penatalaksanaan pasien dengan KPD No. Dokumen : 60/Bid. YM/RSIFC/VI/2022

Tabel 2. 1 Standar Prosedur Operasional KPD di RSI Fatimah Cilacap

PENATALAKSANAAN PASIEN DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD)
No. Dokumen : 60/Bid. YM/RSIFC/VI/2022
Pengertian : Suatu tindakan penanganan pada kasus pasien KPD
Tujuan : Sebagai standart dalam penanganan pada pasien KPD
Kebijakan : Dalam pelayanan Ponak Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap mengaju pada :

<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1051/MENKES/SK/IX/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency (PONEK) 2. Setiap Penanganan Kasus KPD harus mengacu pada PPK yang telah ditetapkan
<p>Prosedur :</p> <p>A. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sduit 5 cc 1 buah 2. Sduit 3 cc 1 buah 3. Antibiotik injeksi 4. Dexamethasone injeksi 1 ampul 5. Nifedipine tab 10 mg 6. Misoprostol tab 200 mg <p>B. Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Awali kegiatan dengan mengucapkan <i>Bismillahirrahmanirrahim</i> 2. Lakukan verifikasi 3. Tempatkan alat secara ergonomis 4. Posisikan ibu nyaman mungkin 5. Beritahu pasien dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan 6. Pasien yang akan dilakukan Konservatif : <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan antibiotik sesuai advis DPJP b. Berikan steroid jika umur kehamilan < dari 34 minggu untuk kematangan paru yaitu injeksi dexamethasone 2x1 ampul selama 2 hari atau sesuai advis DPJP c. Berikan tokolitik yaitu nifedipine 10 mg 1-2 kali dalam 1 jam atau sesuai advis DPJP Jika UK 32-37 minggu
<ol style="list-style-type: none"> 7. Pasien pada Fase Aktif : <ol style="list-style-type: none"> a. Induksi persalinan dengan misoprostol 50 ug tiap 6 jam b. Berikan antibiotik dosis tinggi bila ada tanda-tanda infeksi dan persalinan di akhiri c. Berikan antibiotik setelah persalinan bila ada tanda infeksi dilanjutkan untuk 24-48 jam setelah bebas panas 8. Lakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan 9. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 10. Cuci tangan 11. Dokumentasikan tindakan yang dilakukan 12. Akhiri kegiatan ini dengan mengucapkan <i>Alhamdulillahirabbil' alamin</i> <p>Unit Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Inap (R.An nisa)

4. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

a. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses sistematis bidan dalam memberikan asuhan efektif, meliputi pengumpulan data, interpretasi, diagnosis, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Keputusan dibuat berdasarkan ilmu dan keterampilan sesuai tujuh langkah Helen Varney (Arlenti & Zainal, 2021).

b. Langkah Manajemen Kebidanan

1) Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada tahap ini, informasi klien dikumpulkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan tes penunjang (Arlenti & Zainal, 2021).

2) Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, bidan akan:

- a) Menganalisis data untuk mengidentifikasi diagnosis dan masalah.
- b) Meski masalah tidak selalu sama dengan diagnosis, keduanya perlu penanganan. Diagnosis kebidanan harus memenuhi standar berikut:
 - (1) Diakui dan disahkan oleh profesi
 - (2) Terkait langsung dengan praktik kebidanan
 - (3) Didukung oleh pertimbangan klinis

(4) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

3) Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini, bidan akan:

- a) Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan masalah yang sudah ada.
- b) Mengantisipasi dan mencegah kemungkinan masalah yang muncul.
- c) Merumuskan tindakan untuk mencegah perkembangan masalah atau diagnosis potensial.

4) Langkah IV: Mengidentifikasi Perlunya Tindakan Segera

Pada langkah ini, bidan akan :

- a) Menilai kebutuhan tindakan segera dan menentukan perlu tidaknya konsultasi atau kolaborasi dengan tim kesehatan sesuai kondisi klien.
- b) Menetapkan tindakan yang sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan klien.
- c) Merencanakan tindakan darurat untuk ibu dan bayi secara mandiri, kolaboratif, atau melalui rujukan jika diperlukan

5) Langkah V: Merencanakan asuhan menyeluruh berdasarkan hasil langkah sebelumnya. Pada tahap ini, bidan akan

- a) Merancang asuhan sesuai diagnosis dengan intervensi mandiri dan kolaboratif.

- b) Melengkapi informasi yang kurang agar rencana asuhan menjadi lebih lengkap.
 - c) Membuat rencana yang mencakup kondisi klien dan mempertimbangkan kemungkinan kebutuhan penyuluhan, konseling, atau rujukan terkait masalah sosial, ekonomi, budaya, atau psikologi.
 - d) Memastikan rencana asuhan disetujui bidan dan klien agar berjalan efektif.
- 6) Langkah VI: Rencana Asuhan Menyeluruh
- Pada langkah ini, rencana asuhan dilaksanakan efisien. Bidan memimpin pelaksanaan, melibatkan klien dan tim kesehatan, serta bertanggung jawab penuh atas hasil, termasuk manajemen waktu, biaya, dan mutu.
- 7) Langkah VII: Evaluasi Keefektifan Asuhan
- Langkah ini mengevaluasi apakah asuhan telah memenuhi kebutuhan klien sesuai diagnosis. Rencana dianggap efektif jika berhasil, tergantung pada kondisi klien dan situasi klinis.

5. PENDOKUMENTASIAN

a. Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan resmi asuhan kebidanan yang lengkap dan akurat, menjadi bukti tanggung jawab serta rujukan saat masalah muncul (Sulikah & Nuryani, 2019 dalam Lestari, 2024).

b. Tujuan Dokumentasi

1) Sebagai Sarana Komunikasi

Dokumentasi akurat dan lengkap mendukung koordinasi, mencegah duplikasi, dan meningkatkan ketelitian asuhan.

2) Sebagai Sarana Pendidikan

Dokumentasi yang baik membantu membandingkan teori dan praktik bagi siswa kebidanan dan tenaga kesehatan.

3) Sebagai Sumber Data Penelitian

Dokumentasi yang tepat menjadi sumber informasi yang bermanfaat untuk penelitian di bidang kebidanan.

c. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP

Metode SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Planning*) adalah sistem dokumentasi terstruktur dalam asuhan kebidanan untuk mencatat dan merencanakan asuhan secara fokus dan jelas (Meikawati dkk., 2022 dalam Lestari, 2024). Berikut penjelasan tiap komponen dalam konteks kebidanan.

1) S (Data Subyektif)

Data subjektif berasal dari anamnesis, mencakup keluhan pasien. Jika pasien sulit bicara, ditambah “O” setelah “S” untuk menandai keterbatasan komunikasi (Lestari, 2024).

2) O (Data Objektif)

Data objektif adalah informasi yang diperoleh melalui observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

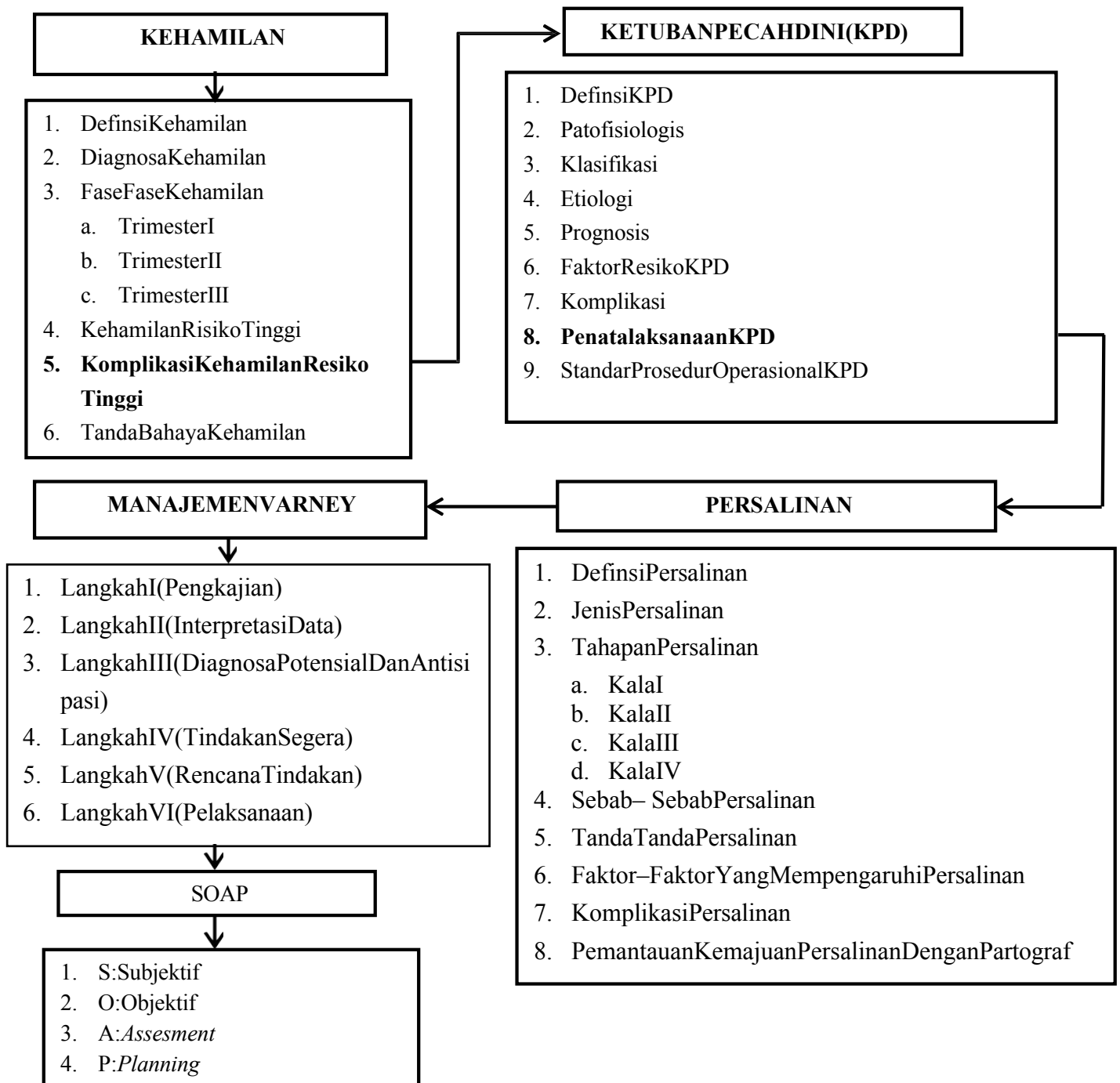
3) A (*Assesment*)

Assesment adalah hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif.

4) P (*Planning*)

Perencanaan adalah rencana tindakan hasil analisis data, melibatkan kolaborasi tim dan evaluasi untuk mencapai tujuan asuhan (Lestari, 2024).

B. KERANGKA TEORI



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : Abdul, 2021, Alisa; Dkk, 2024, Arlenti; Dkk, 2021, Antika; Dkk, 2022, Damayanti; Dkk 2024, Esabdaalqtiara, 2024, Gulo, 2021, Harismayanti; Dkk, 2022, Hesti, 2022, Imelda, 2024, Iryaningrum; Dkk, 2023, Ismiyatun, 2021, Janah, 2024, Lestari, 2024, Miskawati; Dkk, 2023, Oktaviani, 2024, Prabhcharan; Dkk, 2023, Rahmah; Dkk, 2022, Rahmadhani, 2021, Rahmawati, 2025 Ridhlo; Dkk, 2024, Rufiah, 2022, Syamsuriyati; Dkk, 2024, Susilowati; Dkk, 2021, Tiara, 2024, Tuti, 2023, Martins, 2024, Yanuarini; Dkk, 2022, Yulianti; Dkk, 2023,