

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.R USIA 14
TAHUN G1P0A0 PARTURIEN PREMATUR 35-36 MINGGU
DI RSUD dr.SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi 3 Kebidanan
Sekolah Tinggi ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

REISYA PUTRI WELYANTI

NIM : KHGB22075



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN**

2025

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (A.Md.Keb), baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2025

Yang Membuat Pernyataan

Reisya Putri Welyanti

KHGB22075

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.R
USIA 14 TAHUN G1P0A0 PARTURIEN PREMATUR 35-
36 MINGGU DI RSUD Dr.SLAMET GARUT**

NAMA MAHASISWA : REISYA PUTRI WELYANTI

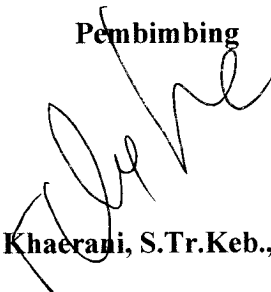
NIM : KHGB22075

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui untuk Disidangkan Dihadapan Tim
Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 30 Mei, 2025

Menyetujui,

Pembimbing


(Ira Nufus Khaerani, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb)

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.R
USIA 14 TAHUN G1P0A0 PARTURIEN PREMATUR 35-
36 MINGGU DI RSUD dr.SLAMET GARUT

NAMA MAHASISWA : REISYA PUTRI WELYANTI

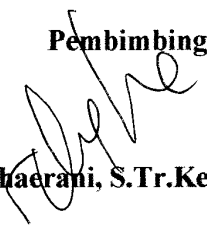
NIM : KHGB22075

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Pembimbing dan
Tim Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

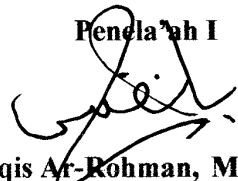
Garut, 5 Juni, 2025

Mengesahkan,

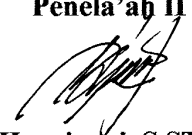
Pembimbing


(Ira Nufus Khaerani, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb)

Penela'ah I

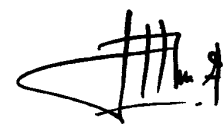

(Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb)

Penela'ah II


(Fitri Hanriyani, S.ST., M.Pd)

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D3 Kebidanan


(Lina Humaeroh, SST., M.Kes)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kepada Allah SWT, karena berkat Rahmat dan Karunia-NYA sehingga penulis dapat dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny, R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu Di RSUD dr.Slamet Garut” Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih sebesar besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat,MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Lina Humaeroh,S.ST.M.Kes selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ira Nufus Khaerani, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb. selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
5. Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.Keb selaku dosen penguji I yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan saran yang sangat berharga selama proses penyusunan.

6. Fitri Hanriyani, SST.,M.Pd selaku dosen penguji II yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan saran yang sangat berharga selama proses penyusunan.
7. Teristimewa kepada Ibu Hayati selaku ibu terhebat di dunia, tidak ada kata yang sepenuhnya menggambarkan rasa syukur ini. Namun, dengan penuh cinta dan ketulusan terimakasih atas segalanya, *I love you more more and more*.
8. Untuk sahabat seperjuangan saya yaitu Najwa Nurul, Septi Murtiani, Syarah Nureveline, Ai Syira, Silmi Nuraeni, dan Salwa Maidata yang sudah memberikan support selama kegiatan pembelajaran dan sampai saat ini, naik turunnya perkuliahan di STIKes Karsa Husada selalu dihadapi bersama dan memberikan warna selama perkuliahan.
9. Terimakasih kepada rekan-rekan mahasiswi seperjuangan Program Studi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan masukan dan motivasi.
10. Terakhir, terimakasih kepada Reisyah, ya diri saya sendiri. Apresiasi sebesar besarnya karena telah bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terimakasih untuk terus berusaha dan tidak menyerah, Terimakasih sudah bertahan.

Kepada Allah jugalah kami serahkan semua puji dan syukurnya. Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan laporan asuhan kebidanan ini, kami mengucapkan terimakasih. Semoga Allah senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Aamiin.

Garut, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR ISTILAH	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Metode Pengumpulan Data	5
1.5. Waktu dan Tempat	6
1.6. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Remaja	8

2.2 Persalinan Fisiologis.....	11
2.3 Persalinan Prematur.....	24
2.4 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	32
2.5 Antenatal Care 10 T Pada Trimester III	33
2.6 Konsep Dasar Anemia.....	37
2.7 Dokumentasi Asuhan Kebidanan	41
BAB III TINJAUAN KASUS	45
BAB IV PEMBAHASAN	66
BAB V KESIMPULAN	73
5.1 Kesimpulan.....	73
5.2 Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN	78
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	82

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Catatan Observasi

66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Mekanisme Persalinan Normal	32
Gambar 2. 2 Teknik Episiotomi	34

DAFTAR ISTILAH

Parturien	: Wanita yang sedang dalam proses persalinan.
Prematur	: Persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu.
KEK	: Status gizi buruk pada ibu hamil.
IUGR	: Pertumbuhan janin dalam rahim terhambat.
CPD	: Ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu.
Episiotomi	: Sayatan pada perineum untuk mempermudah persalinan.
Anemia	: Kondisi kekurangan hemoglobin pada ibu hamil.
Distensi uterus	: Peregangan rahim yang berlebihan.
Intrauterine	: Di dalam rahim
Kontraksi	: Gerakan otot rahim yang menyebabkan pembukaan serviks
Fleksi, Ekstensi, Rotasi	: Gerakan kepala janin selama proses persalinan.
Perineum	: Daerah antara vagina dan anus.
Placenta previa	: Kondisi di mana plasenta menutupi jalan lahir.
Infeksi intrauterin	: Infeksi dalam rahim yang bisa menyebabkan persalinan prematur.

DAFTAR SINGKATAN

BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BTA	: Basil Tahan Asam
KEK	: Kurang Energi Kronis
KPD	: Ketuban Pecah Dini
ANC	: Antenatal Care
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
DJJ	: Denyut Jantung Janin
CPD	: Cephalopelvic Disproportion
HB / Hb	: Hemoglobin
IUGR	: Intrauterine Growth Restriction
ASI	: Air Susu Ibu
KMC	: Kangaroo Mother Care
TM	: Trimester
SC	: Sectio Caesarea
WHO	: World Health Organization
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
IRT	: Ibu Rumah Tangga
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
RDS	: Respiratory Distress Syndrome
TBBJ	: Taksiran Berat Badan Janin

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dalam situasi normal, sepertiga wanita di seluruh dunia melahirkan sebelum mencapai usia 20 tahun, dengan angka persalinan di bawah usia 20 tahun sebanyak 15 juta setiap tahunnya. Berdasarkan laporan PBB tentang populasi, setiap tahun lebih dari 7 juta gadis di bawah 18 tahun melahirkan di negara berkembang, sementara di Indonesia, terdapat 48 dari 1000 kehamilan yang terjadi terutama pada usia 15–19 tahun. Hal ini berkontribusi pada tingginya angka kematian ibu (AKI) di Indonesia, yang saat ini mencapai 305 per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2020).

Remaja yang hamil menghadapi peningkatan risiko kesakitan dan kematian akibat komplikasi selama kehamilan dan proses persalinan, termasuk persalinan macet, kelahiran prematur, dan keguguran. Sekitar 5 juta remaja berusia antara 15 hingga 18 tahun melakukan aborsi yang tidak aman setiap tahun, 70.000 kematian akibat aborsi terjadi di kalangan kelompok umur ini setiap enam bulan (KemenKes, 2021).

Data dari Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DP3AP2KB) Jawa Barat Kabupaten Garut menyebutkan, angka pernikahan dini mencapai 2.499 pada tahun 2023 yang dilakukan remaja di bawah usia 17 tahun. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kurangnya pendidikan dan pengetahuan mengenai kesehatan

reproduks; budaya; pergaulan bebas serta status ekonomi menengah kebawah (DP3AP2KB, 2023).

Dampak dari kehamilan remaja salah satunya yaitu persalinan prematur. Saat ini persalinan prematur masih menjadi tantangan kesehatan global karena mempengaruhi 7-12% dari semua persalinan di dunia, dan diperkirakan setiap tahunnya ada 15 juta kelahiran prematur dengan angka kematian mencapai 1,1 juta bayi. Data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2020 melaporkan sebanyak 13,4 juta bayi yang lahir prematur (Rachmantiawan, Persalinan Preterm Pada Kehamilan Remaja , 2022).

Terdapat perbedaan angka kejadian persalinan prematur di setiap negara. Di negara kategori menengah ke bawah angka kejadian tersebut mencapai 11,3%-11,8%, sedangkan di Negara kategori menengah ke atas mencapai 9,4% dan 9,3% di negara maju. Prevalensi di Amerika Serikat mencapai 11,5% atau sama dengan 550 ribu kejadian pada tahun 2015, sedangkan di Afrika Selatan mencapai 15%. Di Indonesia, prevalensi persalinan prematur diperkirakan mencapai 10,2%, Angka ini menjadikan Indonesia sebagai negara ke 5 tertinggi penyumbang kelahiran prematur di dunia (Lontaan , Wagey, & Tendean , 2025).

Prevalensi angka kelahiran prematur di Indonesia tahun 2018 sebanyak 29,5% per 1000 kelahiran hidup. Total persalinan prematur tertinggi yaitu sekitar 657.700 kasus. Penyebab utama persalinan preterm meliputi infeksi dan adanya penyakit menular seksual serta kehamilan cukup tinggi pada remaja. Faktor yang dapat menyebabkan persalinan preterm salah satunya adalah usia ibu yang cukup berisiko yaitu usia <20 tahun dan >35 tahun (Rachmantiawan & Rodiana, 2022).

Beberapa rumah sakit di Indonesia memiliki data yang menunjukkan angka kelahiran prematur yang signifikan seperti, di Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Kabupaten Gowa didapatkan kejadian prematur pada tahun 2019 sebanyak 62 kasus dan meningkat pada tahun 2020 sebanyak 70 kasus. Hasil studi pendahuluan di RSUD dr Slamet Garut pada tahun 2021, terdapat sejumlah 205 orang melahirkan prematur dengan indikasi Ketuban Pecah dini (KPD) dan kontraksi uterus yang tidak terkontrol (Syahrul & Hidayati, 2024).

Permasalahan yang terjadi pada persalinan prematur sering pula disertai dengan kelainan, baik kelainan jangka pendek maupun jangka panjang. Kejadian jangka pendek yang sering terjadi diantaranya adalah RDS (*Respiratory Distress Syndrome*), perdarahan intra/periventricular, NEC (*Necrotizing Entero Cilitis*); displasia bronko-pulmonar; sepsis dan paten duktus arteriosus (Yuniwiyati, Waryanto, & Yuliawati, 2023). Komplikasi persalinan prematur pada bayi yang paling tinggi kejadiannya adalah BBLR, yaitu sebanyak 29%. Kejadian BBLR menjadi salah satu penyumbang AKN penyebab kematian neonatal terbanyak yaitu sebanyak 7.150 kematian (35,3%) (Kemenkes, 2019).

Maka dari itu, asuhan pada ibu dengan Persalinan preterm turut menjadi materi penting untuk tenaga Kesehatan, dilihat dari berbagai macam komplikasi yang mungkin terjadi pada asuhan kehamilan maupun persalinan. Sehingga tenaga kesehatan khususnya bidan harus dapat mengetahui mengenai faktor predisposisi terjadinya kejadian ini sehingga menjadi suatu upaya sebagai pencegah dini kejadian Persalinan preterm.

Peran bidan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan maternal sangat penting dalam menangani kasus partus prematurus. Tidak hanya dalam aspek klinis, bidan juga berperan memberikan dukungan emosional kepada ibu dan keluarga. Sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Kebidanan No. 4 Tahun 2019 dan peraturan menteri kesehatan No. 28 Tahun 2017 bahwa Intervensi yang dilakukan bidan mencakup pengendalian kontraksi dengan obat-obatan tokolitik, pemberian konseling terkait perawatan bayi prematur, dan koordinasi dengan fasilitas kesehatan rujukan apabila diperlukan (Delvitayani & Maharani, 2025).

Berdasarkan permasalahan dan data di atas, makam menyusun laporan tugas akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY.R USIA 14 TAHUN G1P0A0 PARTURIEN PREMATUR 35-36 MINGGU DI RSUD Dr.SLAMET GARUT”**

1.2.Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, yang menjadi rumusan masalah Laporan Tugas Akhir ini adalah **“Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu di RSUD Dr. Slamet Garut”**

1.3.Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan ibu bersalin Pada Ny. R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu di RSUD Dr. Slamet Garut dengan menggunakan manajemen kebidanan dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif Asuhan Kebidanan Ibu bersalin Pada Ny. R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu di RSUD Dr. Slamet Garut
2. Melakukan pengkajian data objektif Asuhan Kebidanan Ibu bersalin Pada Ny. R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu di RSUD Dr. Slamet Garut
3. Melakukan analisa Asuhan Kebidanan Ibu bersalin Pada Ny. R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu di RSUD Dr. Slamet Garut
4. Melakukan penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Ibu bersalin Pada Ny. R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu di RSUD Dr. Slamet Garut
5. Melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan Ibu bersalin Pada Ny. R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu di RSUD Dr. Slamet Garut

1.4 Metode Pengumpulan Data

1.4.1 Studi Kepustakaan

Penulis membaca dan mempelajari literatur–literatur yang relevan dengan kasus persalinan preterm dalam pembahasan Laporan Tugas Akhir.

1.4.2 Studi Kasus

Melaksanakan studi kasus pada ibu bersalin dengan menggunakan pendekatan proses manajemen asuhan kebidanan yang meliputi pengumpulan data

subjektif, objektif, analisa, penatalaksanaan dan pendokumentasian terhadap asuhan kebidanan pada ibu dengan persalinan preterm.

1.4.3 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mempelajari status kesehatan klien yang bersumber pada catatan medik klien, baik dari bidan, dokter, maupun data penunjang lainnya yang dapat menjadi kontribusi menyelesaikan penulisan.

1.4.4 Diskusi

Mengadakan diskusi dengan tenaga kesehatan, pembimbing dan institusi yang mengenai klien dengan persalinan preterm demi kelancaran Laporan Tugas Akhir ini.

1.5. Waktu dan Tempat

Asuhan Kebidanan Ibu bersalin Pada Ny. R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu di RSUD Dr. Slamet Garut pada tanggal 08 Maret 2025.

1.6. Manfaat Penelitian

1.6.1 Ilmiah

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya persalinan prematur serta sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya.

1.6.2 Bagi Lahan Praktik

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan kajian penelitian Bersama dengan melakukan evaluasi pelayanan serta pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) RSUD dr. Slamet

Garut, sehingga pemanfaatan penelitian ini dapat membantu pengembangan mutu kualitas di RSUD dr. Slamet Garut.

1.6.3 Bagi Institusi

Sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan ujian akhir jenjang pendidikan Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut dan sebagai bahan acuan atau pedoman untuk penulisan Laporan Tugas Akhir (LTA) selanjutnya.

1.6.4 Bagi Penulis

Dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi peneliti sehingga dapat mengaplikasikannya dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan prematur

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Remaja

2.1.1 Remaja

Remaja adalah suatu masa dimana individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual. Batasan usia remaja berbeda-beda sesuai dengan sosial budaya daerah setempat. Menurut WHO remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun. Menurut Peraturan Menteri RI Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk yang berada dalam rentang usia 10-18 tahun berbeda dengan hal tersebut, menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah (Hapsari, 2019).

2.1.2 Tahapan Perkembangan Remaja

Menurut Hapsari Anindya klasifikasi remaja berdasarkan umur beserta karakteristiknya sebagai berikut:

- 1) Remaja Awal (Early Adolescence) adalah remaja pada rentang usia 11-13 tahun
- 2) Remaja Madya (Middle Adolescence) adalah remaja pada rentang usia 14-16 tahun
- 3) Remaja Akhir (Late Adolescence) adalah remaja pada rentang usia 17-20 tahun (Hapsari, 2019).

Sedangkan menurut Jurnal pendidikan bimbingan konseling dan psikologi Usia remaja adalah umur individu yang berada dalam usia 10- 24 tahun dimana usia remaja terbagi atas 3 kategori, yaitu:

1) Usia remaja awal (10- 13 tahun)

Anak memasuki fase remaja ketika mereka berumur sepuluh tahun, ini terjadi antara usia 10 sampai 13 tahun karena anak-anak tumbuh lebih cepat pada saat ini dan mengalami fase awal pubertas. Anak laki-laki dan perempuan mengalami pertumbuhan fisik yang signifikan, serta peningkatan minat seksual mereka.

2) Usia remaja pertengahan atau madya (14-16 tahun)

Fase remaja pertengahan mencakup remaja berusia antara 14 dan 16 tahun. Mulai tertarik menjalin hubungan romantis di usia ini dan mereka juga mungkin mempertanyakan dan mengeksplorasi identitas seksual mereka.

3) Usia remaja akhir (17-21 tahun)

Remaja dalam rentang usia 17 hingga 21 tahun dikenal sebagai fase remaja akhir. Memasuki usia remaja akhir, tubuh anak remaja biasanya telah berkembang secara maksimal. Selain itu, mereka memiliki pemikiran yang jauh lebih matang daripada remaja menengah. Mereka lebih fokus untuk mencapai tujuan yang direncanakan dan memiliki kemampuan untuk membuat keputusan berdasarkan tujuan dan harapan mereka. (Atikah & Hafidzah, 2024).

2.1.3 Kehamilan Remaja

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada usia remaja yang sudah mengalami menstruasi berumur antara kurang usia 12-20 tahun, baik karena disengaja maupun tidak disengaja dan yang sudah menikah maupun belum menikah yang bisa terjadi baik karena disengaja maupun tidak disengaja dan yang sudah menikah maupun belum menikah dan harus kita hindari karena akan menambah permasalahan, usia pernikahan, kesehatan, dan ekonomi keluarga (Zuhriyatun, Hastuti, Rusmini, & Walin, 2023).

Pernikahan di bawah usia 19 tahun, harus dengan dispensasi nikah. Dalam peraturan perundang-undangan telah diatur bahwa perkawinan hanya diizinkan apabila pria dan wanita sudah mencapai umur 19 (sembilan belas) tahun pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 Tentang Perkawinan (Zuhriyatun, Hastuti, Rusmini, & Walin, 2023).

2.1.4 Penyebab Kehamilan Remaja

Kehamilan remaja dapat disebabkan beberapa faktor diantaranya faktor budaya; pendidikan rendah; pergaulan yang kurang sehat; rendahnya ekonomi; kurangnya pengetahuan tentang agama; kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi; sudah masuk usia menikah; membantu orang tua yang kurang secara ekonomi; kehamilan tidak dikehendaki. Rendahnya interaksi antara orang tua dengan anak remajanya dapat pula menyebabkan remaja hamil diluar nikah. Keluarga yang menutup diri dari segala sesuatu yang berkaitan dengan seks dan

seksualitas sebenarnya rawan terhadap tindakan penyelewengan dan penyalahgunaan seksual (Zuhriyatun, Hastuti, Rusmini, & Walin, 2023).

2.1.5 Dampak Kehamilan Remaja

- 1) Keguguran
- 2) Persalinan prematur dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
- 3) Mudah terkena infeksi
- 4) Anemia kehamilan dan kekurangan zat besi
- 5) Keracunan kehamilan
- 6) Kematian ibu yang tinggi (Rachmantiawan, Persalinan Preterm Pada Kehamilan Remaja , 2022).

2.1.6 Pencegahan Kehamilan Remaja

- 1) Meningkatkan pendidikan
- 2) Mengurangi angka kemiskinan
- 3) Edukasi kelompok resiko tinggi (Zuhriyatun, Hastuti, Rusmini, & Walin, 2023).

2.2 Persalinan Fisiologis

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan. Pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sampai akhirnya timbul kontraksi kuat secara ritmis sehingga bayi dilahirkan (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

2.2.2 Etiologi Persalinan

Ada beberapa teori penyebab persalinan diantaranya:

1) Teori Penurunan hormon

Saat 1–2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his.

2) Teori plasenta menjadi tua

Menurut teori ini, plasenta menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kejangnya pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori distensi rahim

- a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
- c. Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini.

4) Teori Iritasi Mekanis

Dibelakang serviks terletak ganglion servikalis (pleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

5) Teori Oksitosin

Hormon oksitosin mempengaruhi kontraksi otot-otot rahim. Pada akhir kehamilan, kadar oksitosin bertambah, sehingga uterus menjadi lebih sering berkontraksi.

6) Teori Hipotalamus-pituitari dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.

7) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

2.2.3 Tanda Gejala Persalinan

Menurut Yulizawati ada beberapa tanda gejala persalinan diantaranya :

- 1) Timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir bercampur darah (*blood show*) yang lebih banyak karena kecil pada serviks.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada.
- 5) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

- 1) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (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. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku

2) *Power* (Tenaga atau Kekuatan)

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan

His (Kontraksi Uterus) dibedakan sebagai berikut:

- a. His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*) peningkatan dari Braxton hicks. Ini bersifat tidak teratur dan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh pada serviks.
- b. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis. Kontraksi rahim bersifat otonom, artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan dari jari-jari tangan.

3) *Passenger* (janin dan plasenta)

Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin).

4) Psikis (Psikologi)

Munculnya rasa bangga bisa melahirkan dan memproduksi anak. Khususnya rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu, mereka seolah-olah mendapat kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap suatu “keadaan yang belum pasti”, sekarang menjadi hal yang nyata. Faktor psikologi meliputi :

- a. Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual
- b. Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- c. Kebiasaan adat budaya
- d. Dukungan dari orang terdekat

5) Penolong

Peran dari penolong adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

2.2.5 Tahapan Persalinan

Secara klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang disertai darah (bloody show). Lendir yang

disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran pergeseran ketika serviks membuka.

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap. Dilatasi lengkap dapat berlangsung kurang dari satu jam pada sebagian kehamilan multipara. Pada kehamilan pertama, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu:

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

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian akan tetapi terjadi dalam waktu yang lebih pendek.

2) Kala II :

Kala II persalinan adalah tahap di mana janin dilahirkan. Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Saat kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Wanita merasakan tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Dengan his dan kekuatan mencedan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota badan bayi.

3) Kala III :

Kala III persalinan berlangsung sejak janin lahir sampai plasenta lahir. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan di atas puncak rahim dengan cara Crede untuk membantu pengeluaran plasenta. Plasenta diperhatikan

kelengkapannya secara cermat, sehingga tidak menyebabkan gangguan kontraksi rahim atau terjadi perdarahan sekunder.

4) Kala IV :

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan pendarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya. (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

2.2.6 Perubahan Fisiologis Saat Persalinan

1) Tekanan darah

Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan.

2) Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat meningkat dengan kecepatan tetap yang disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung dan cairan yang hilang.

3) Suhu Tubuh

Sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

4) Denyut nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada dalam posisi miring.

5) Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi

6) Perubahan pada renal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat di akibat peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama kehamilan.

7) Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gestriksertan penyerapan makanan padat berkurang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama

persalinan dan akan menyebabkan konstipasi (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

2.2.7 Mekanisme Persalinan

1) Penurunan kepala

Masuknya kepala dalam PAP. Dimana sutura sagitalis terdapat di tengah tengah jalan lahir tepat di antara symfisis dan promontorium, disebut synclitismus. Kalau pada synclitismus os parietal depan dan belakang sama tingginya jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati symfisis atau agak kebelakang mendekati promontorium disebut Asynclitismus. Jika sutura sagittalis mendekati symfisis disebut Asynclitismus posterior, jika sebaliknya disebut Asynclitismus anterior.

2) Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

3) Fleksi

Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju, posisi dagu bergeser ke arah dada janin, pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba dari pada ubun-ubun besar.

4) Putaran paksi dalam

Yaitu putaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symfisis.

5) Ekstensi

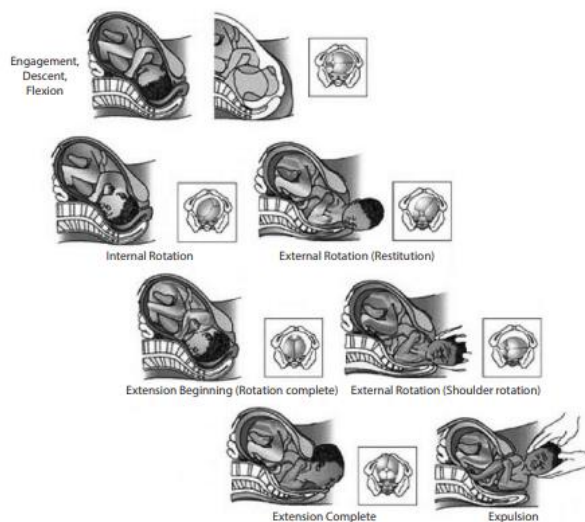
Setelah kepala di dasar panggul terjadilah distensi dari kepala hal ini disebabkan karena lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

6) Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir maka kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam .

7) Ekspulsi

Setelah kepala melakukan putaran paksi luar sesuai arah punggung dilakukan pengeluaran bayi dengan gerakan biparietal sampai tampak $\frac{1}{4}$ bahu ke arah anterior dan posterior dan badan bayi keluar dengan sanggah susur (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).



Gambar 2. 1Mekanisme Persalinan Normal

2.2.8 Tindakan Episiotomi

Episiotomi adalah prosedur bedah yang dilakukan pada perineum (area antara vagina dan anus) saat melahirkan untuk memperlebar lubang vagina dan

memudahkan proses persalinan. Sayatan ini dibuat dengan gunting atau pisau bedah saat ibu sedang mengejan. Terdapat indikasi yang memperbolehkan tindakan episiotomi pada saat persalinan yaitu,

1) Bayi berukuran besar

Jika berat janin diperkirakan mencapai 4 kg, maka hal ini dapat menjadi indikasi dilakukannya episiotomi. Tapi asalkan pinggul ibu luas karena jika tidak maka sebaiknya ibu dianjurkan untuk melakukan SC saja untuk menghindari faktor resiko yang lainnya.

2) Perineum kaku

Tidak semua persalinan anak pertama disertai dengan perineum yang kaku. Tetapi bila perineum sangat kaku dan proses persalinan berlangsung lama dan sulit maka perlu dilakukan episiotomi.

3) Perineum pendek

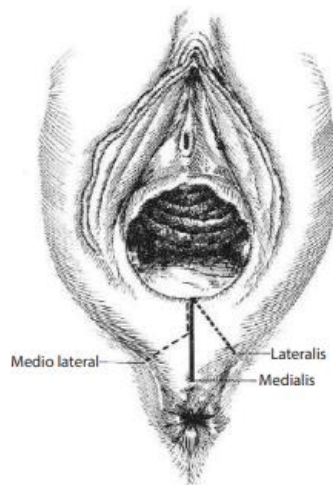
Jarak perineum yang sempit boleh menjadi pertimbangan untuk dilakukan episiotomi, Apalagi jika diperkirakan bayinya besar. Hal ini meningkatkan kemungkinan terjadinya cedera pada anus akibat robekan yang melebar ke bawah.

4) Persalinan dengan alat bantu

Episiotomi boleh dilakukan jika persalinan menggunakan alat bantu seperti forcep dan vakum. Hal ini bertujuan untuk membantu mempermudah melakukan tindakan. Jalan lahir semakin lebar sehingga memperkecil resiko terjadinya cedera akibat penggunaan alat bantu

tersebut. Begitu pula pada persalinan sungsang (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

2.3 Persalinan Prematur



2.3.1 Pengertian Persalinan Prematur

Kehamilan dan persalinan merupakan proses fisiologis yang dialami oleh setiap wanita untuk melahirkan generasi penerus. Namun, dalam beberapa kasus, persalinan dapat terjadi lebih awal dari usia kehamilan yang seharusnya. Persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu dikenal sebagai partus prematurus. Kondisi ini menjadi tantangan serius dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak karena dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun bayi (Delvitayani & Maharani, 2025).

Partus prematurus didefinisikan sebagai persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu dan biasanya disebabkan oleh berbagai faktor, baik dari ibu maupun janin. Faktor maternal meliputi riwayat persalinan prematur sebelumnya, infeksi intrauterin, inkompetensi serviks, kehamilan ganda, dan

gangguan medis seperti hipertensi atau diabetes gestasional (Delvitayani & Maharani, 2025).

Persalinan kurang bulan menurut WHO adalah persalinan yang terjadi antara usia kehamilan 28 minggu sampai kurang dari 37 minggu (259 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir pada siklus 28 hari, dengan subkategori: *extremely preterm* <28 minggu, *very preterm* 28-<32 minggu dan *moderate to late preterm* 32-<37 minggu (Santoso & Herman, 2020).

Berdasarkan dari tiga pengertian diatas dapat disimpulkan, pengertian persalinan prematur adalah persalinan dengan usia kehamilan >20 minggu dan <37 minggu dengan menghitung usia kehamilan dari HPHT

2.3.2 Etiologi Prematur

Kondisi selama kehamilan yang berisiko terjadi persalinan preterm, terbagi menjadi tiga faktor diantaranya faktor ibu, faktor janin dan faktor lainnya.

1) Faktor ibu

- a. Toksemia gravidarum (preeklampsia dan eklampsia).
- b. Riwayat kelahiran prematur sebelumnya, perdarahan antepartum, malnutrisi dan anemia sel sabit.
- c. Kelainan bentuk uterus (misal: uterus bikurnis, inkompeten serviks).
- d. Tumor (misal: mioma uteri, eistoma).
- e. Ibu yang menderita penyakit seperti penyakit akut dengan gejala panas tinggi (misal: thypus abdominalis, dan malaria) dan penyakit kronis (misal: TBC, penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal).
- f. Trauma pada masa kehamilan.

- g. Kebiasaan ibu (ketergantungan obat narkotika, rokok dan alkohol).
- h. Usia ibu pada waktu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- i. Bekerja yang terlalu berat.
- j. Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat.

2) Faktor Janin

- a. Kehamilan ganda.
- b. Hidramnion.
- c. Ketuban pecah dini.
- d. Cacat bawaan.
- e. Kelainan kromosom.
- f. Infeksi (misal: rubella, sifilis, toxoplasmosis).
- g. Insufensi plasenta.
- h. Inkompatibilitas darah ibu dari janin (faktor rhesus, golongan darah A,B dan O).
- i. Infeksi dalam rahim.

3) Faktor Lain

- a. Faktor plasenta, seperti plasenta previa dan solusio plasenta.
- b. Faktor lingkungan, radiasi atau zat-zat beracun, keadaan sosial ekonomi yang rendah, kebiasaan, pekerjaan yang melelahkan
- c. Merokok, Paparan asap rokok merupakan faktor risiko yang bermakna terhadap kejadian kelahiran prematur. Ibu hamil yang terpapar asap rokok dalam rumahnya 3,9 kali lebih berisiko

melahirkan bayi prematur dibandingkan pada ibu hamil yang tidak terpapar asap rokok. Dalam beberapa penelitian lainnya menunjukkan bahwa ibu hamil dengan paparan asap rokok (perokok aktif maupun perokok pasif) memiliki kemungkinan mengalami kelahiran bayi prematur 2,5 kali lebih besar dibandingkan ibu hamil yang tidak mengalami paparan asap rokok (Herman & Joewono, 2020).

2.3.3 Patofisiologi prematur

Persalinan kurang bulan diduga sebagai sebuah sindrom yang dipicu oleh berbagai mekanisme. Termasuk infeksi atau inflamasi; iskemik uteroplasenta atau perdarahan; *overdistension* uterus; stres dan proses imunologi lainnya. Berbagai faktor juga dihubungkan dengan terjadinya persalinan kurang bulan tetapi jalur mekanismenya masih diteliti (Febriyanti & Anggraini, 2023)

Persalinan prematur menunjukkan adanya kegagalan mekanisme yang bertanggung jawab untuk mempertahankan kondisi tenang uterus selama kehamilan atau adanya gangguan yang menyebabkan singkatnya kehamilan atau membebani jalur persalinan normal sehingga memicu dimulainya proses persalinan secara dini. Empat jalur terpisah, yaitu stress, infeksi, regangan dan perdarahan (Delvitayani & Maharani, 2025).

Patofisiologi persalinan prematur melibatkan serangkaian proses biologis dan fisiologis yang menyebabkan terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks sebelum usia kehamilan 37 minggu. Menurut buku “Acuan Persalinan

Kurang Bulan (Prematur)” beberapa aspek penting dari patofisiologi persalinan prematur:

1) Perubahan Hormon

- a. Prostaglandin: Peningkatan kadar prostaglandin, yang berfungsi untuk memicu kontraksi otot rahim, dapat berkontribusi pada persalinan prematur. Prostaglandin E2 dan F2 α berperan dalam mematangkan serviks dan memicu kontraksi.
- b. Oxytocin: Hormon ini juga berperan dalam memicu kontraksi uterus. Peningkatan kadar oxytocin dapat menyebabkan persalinan lebih awal.

2) Inflamasi

- a. Respon Inflamasi: Infeksi atau inflamasi pada rahim atau jaringan sekitarnya dapat memicu pelepasan sitokin pro-inflamasi, yang dapat merangsang kontraksi uterus dan memicu persalinan.
- b. Korioamnionitis: Infeksi pada membran amniotik dapat menyebabkan peradangan dan meningkatkan risiko persalinan prematur.

3) Stres Fisik dan Psikologis

- a. Stres: Stres fisik atau emosional yang berlebihan dapat memicu pelepasan hormon stres (seperti kortisol) yang dapat mempengaruhi kontraksi uterus. stres pada ibu dan janin dapat mengaktifkan sel di dalam plasenta, desidua, dan selaput janin untuk menghasilkan Corticotropin Releasing Hormone (CRH). CRH dapat

meningkatkan produksi prostaglandin lokal yang dapat memicu kontraksi.

- b. Distensi Uterus: Kehamilan ganda atau polihidramnion dapat menyebabkan distensi berlebih pada rahim, yang dapat memicu kontraksi prematur.

4) Perubahan pada Serviks

- a. Inkompetensi Serviks: Kelemahan pada jaringan serviks dapat menyebabkan pembukaan serviks sebelum waktunya, yang berkontribusi pada persalinan prematur.
- b. Remodeling Serviks: Proses pematangan serviks yang tidak normal dapat terjadi akibat perubahan hormonal dan inflamasi.

5) Faktor Genetik dan Epigenetik

- a. Predisposisi Genetik: Beberapa wanita mungkin memiliki predisposisi genetik yang meningkatkan risiko persalinan prematur.
- b. Perubahan Epigenetik: Faktor lingkungan dapat mempengaruhi ekspresi gen yang berhubungan dengan persalinan.

6) Faktor Mekanis

- a. Kontraksi Uterus: Aktivitas kontraksi yang tidak teratur atau berlebihan dapat menyebabkan pembukaan serviks dan persalinan prematur.

- b. Tekanan pada Serviks: Tekanan dari janin atau cairan amniotik dapat memicu refleks kontraksi.

Patofisiologi persalinan prematur adalah proses kompleks yang melibatkan interaksi antara faktor hormonal, inflamasi, stres, dan perubahan struktural pada serviks dan uterus (Herman & Joewono, 2020).

2.3.4 Tanda dan Gejala Persalinan Prematur

Tanda dan gejala partus prematur:

- 1) Kontraksi uterus dengan atau tanpa rasa sakit
- 2) Rasa berat di panggul
- 3) Kejang uterus yang mirip dengan dismenore
- 4) Keluarnya cairan pervaginam
- 5) Nyeri punggung

Gejala di atas sangat mirip dengan kondisi normal yang sering lolos dari kewaspadaan tenaga medis. Jika proses persalinan berkelanjutan akan terjadi tanda klinik sebagai berikut:

- 1) Kontraksi berlangsung sekitar 4 kali per 20 menit atau 8 kali dalam satu jam.
- 2) Terjadi perubahan progresif serviks seperti pembukaan lebih dari 1 cm, perlunakan sekitar 75–80% bahkan terjadi penipisan serviks (Herman & Joewono, 2020).

2.3.5 Klasifikasi Prematur

Secara umum, persalinan preterm dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) *Extremely preterm*: kelahiran pada usia kehamilan kurang dari 28 minggu.
- 2) *Very preterm*: kelahiran pada usia kehamilan 28 sampai 31 minggu.
- 3) *Moderate to late preterm*: kelahiran pada usia kehamilan 32 sampai 36 minggu (Santoso & Herman, 2020).

2.3.6 Diagnosa Persalinan Premature

Diagnosis persalinan preterm secara tradisional ditegakkan hanya berdasarkan kriteria klinis berupa kontraksi uterus yang ritmik disertai dengan perubahan serviks seperti dilatasi dan atau penipisan serviks. Dengan menggunakan kriteria tradisional tersebut, diagnosis yang berlebihan sering terjadi (40-70%), dan hanya kurang dari 10% pasien terjadi persalinan dalam waktu 7 hari setelah gejala muncul.

Akurasi diagnosis persalinan preterm dapat ditingkatkan dengan penggunaan pemeriksaan panjang serviks dengan menggunakan ultrasonografi transvaginal. Apabila dilakukan dengan tepat, pasien dengan panjang serviks lebih dari 30 mm mengindikasikan tidak akan terjadinya persalinan preterm meskipun pasien dengan gejala kontraksi. Pada pasien dengan gejala kontraksi dan pada pemeriksaan ultrasonografi transvaginal didapatkan panjang serviks <20 mm dapat menegaskan diagnosis persalinan preterm (Herman & Joewono, 2020).

2.3.7 Pemberian Antibiotik

Penyakit infeksi adalah penyakit yang timbul akibat pembiakan dari mikroorganisme pada jaringan tubuh, terutama yang menyebabkan cedera atau jaringan kulit yang telah rusak. Salah satu penyakit infeksi yang banyak diderita

pasien pasca melahirkan yaitu luka jahitan perineum, adanya pembukaan jaringan tubuh sehingga mempermudah mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, mikoplasma dan protozoa ke dalam tubuh manusia. Untuk mencegah dan mengobati infeksi maka pasien memerlukan terapi antibiotik (Madania, 2016).

Antibiotik adalah senyawa kimia yang dihasilkan oleh bakteri atau jamur tertentu yang mengganggu atau mencegah pertumbuhan bakteri atau jamur tertentu yang mengganggu atau mencegah pertumbuhan bakteri atau jamur lain. Obat ini digunakan untuk mengobati infeksi atau sebagai profilaksis (Madania, 2016).

2.4 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

2.4.1 Pengertian BBLR

Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram tanpa memperhatikan usia gestasi. Bayi dengan BBLR dapat terjadi pada bayi usia kurang bulan atau pada usia cukup bulan. Bayi kurang bulan adalah bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu atau 259 hari. Bayi cukup bulan adalah bayi dengan masa kehamilan mulai 37 minggu sampai 42 minggu atau 259 hari sampai 293 hari (Mandiri, Badiah, & dkk, 2021).

2.4.2 Klasifikasi BBLR

Ada beberapa cara dalam mengelompokkan bayi dengan BBLR adalah sebagai berikut:

- 1) Menurut berat badan lahir
 - a. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) berat lahir 1.500-2.500 gram
 - b. Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR) berat lahir 1.000-1.500 gram.

- c. Berat Badan Lahir Ekstrim Rendah (BBLER) berat lahir kurang dari 1.000 gram.

2) Menurut masa gestasinya

- a. Prematuritas murni yaitu masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi berat atau biasa disebut Neonatus Kurang Bulan Sesuai untuk Masa Kehamilan (NKBSMK).
- b. Dismaturitas yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu. Berat bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi yang Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK) (Mandiri, Badijah, & dkk, 2021).

2.4.3 Perawatan BBLR Dengan Metode Kangguru

Momming Guide Kangaroo Mother Care (KMC) adalah kontak kulit diantara ibu dan bayi secara dini, terus-menerus dan dikombinasi dengan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Kangaroo Mother Care (KMC) adalah istilah yang diambil dari pengamatan pada kanguru yang memiliki kantung pada perutnya, yang berfungsi untuk melindungi bayinya tidak hanya melindungi bayi yang prematur tetapi merupakan suatu tempat yang memberikan kenyamanan yang sangat esensial bagi pertumbuhan bayi. Didalam kantung ibu, bayi kanguru dapat merasakan kehangatan, mendapat makanan (susu), kenyamanan, stimulasi, dan perlindungan. Bayi dibawa kemana saja setiap saat tanpa interupsi (Mandiri, Badijah, & dkk, 2021).

2.5 Antenatal Care 10 T Pada Trimester III

Dalam buku Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu, terdapat sepuluh standar pelayanan yaitu 10 T yang minimal diberikan, diantaranya sebagai berikut:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Kenaikan berat badan normal selama kehamilan berkisar antara 11,5 hingga 16 kg.

- a. Trimester Pertama (1-12 minggu): Kenaikan berat badan biasanya sekitar 1-2 kg.
- b. Trimester Kedua (13-28 minggu): Kenaikan berat badan rata-rata sekitar 0,5 kg per minggu.
- c. Trimester Ketiga (29-40 minggu): Kenaikan berat badan juga sekitar 0,5 kg per minggu, tetapi dapat bervariasi.

Pengukuran tinggi badan pada ibu hamil bertujuan untuk mendeteksi faktor risiko yang dapat mempersulit persalinan, seperti Cephalopelvic Disproportion (CPD) pada ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm. Selain itu, pengukuran ini juga membantu dalam menentukan status gizi ibu hamil dan memantau pertumbuhan janin. (Rohmawati , dzani, & dkk, 2020).

2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah harus dilakukan secara rutin dengan tujuan untuk melakukan deteksi dini terhadap terjadinya tiga gejala preeklamsia. Tekanan darah yang normal 110/70 - 120/80 mmHg (Rohmawati , dzani, & dkk, 2020).

3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)

Dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK (Kurang Energi Kronis) atau kekurangan gizi. Ibu hamil dikatakan Kurang Energi Kronis (KEK) apabila didapati LiLA <23,5 cm hal ini berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (Rohmawati , dzani, & dkk, 2020).

4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Tinggi fundus uteri dipantau setiap pemeriksaan kehamilan, hal ini dilakukan untuk melihat kesesuaian antara tinggi fundus uteri dengan usia kehamilan. Pengukuran tinggi fundus uteri ini pun menjadi salah satu indikator pengukuran taksiran berat janin.

Menurut Lupitasari tinggi fundus uteri pada usia kehamilan yaitu untuk usia kehamilan 12 minggu normal TFU 12 cm; untuk usia kehamilan 16 minggu normal TFU 16 cm; untuk usia kehamilan 20 minggu normal TFU 20 cm; untuk usia kehamilan 24 minggu normal TFU 24 cm; untuk usia kehamilan 28 minggu normal TFU 28 cm; usia kehamilan 32 minggu normal TFU 32 cm; untuk usia kehamilan 36 minggu normal TFU 36 cm; dan untuk usia kehamilan 40 minggu normal TFU 40 cm (Lupitasari , Wahyuni, & dkk, 2023).

Pengukuran TFU juga berfungsi untuk menentukan Taksiran Berat Badan Janin (TBBJ) dengan metode Johnson-Toshack adalah:

$$TBJ = (TFU - N) \times 155$$

Di mana TFU adalah tinggi fundus uteri dalam sentimeter, dan N adalah konstanta yang nilainya bervariasi (biasanya 11, 12, atau 13) tergantung pada posisi kepala janin (Arnesia, Prijatni, & Palupi, 2024).

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil.

Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu/4 bulan. Gambaran DJJ :

- a. Takikardi berat : detak jantung di atas 180x/menit,
- b. Takikardi ringan : antara 160-180 x/menit,
- c. Normal : antara 120-160x/menit,
- d. Bradikardi ringan : antara 100-119x/menit,
- e. Bradikardi sedang : antara 80-100x/menit, dan
- f. Bradikardi berat : kurang dari 80 x/menit (Rohmawati , dzani, & dkk, 2020).

6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan

7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan

Memberikan tablet zat besi 90 tablet selama 3 bulan, diminum setiap hari, untuk mencegah terjadinya anemia dalam kandungan. Karena kebutuhan zat besi meningkat ketika hamil (Rohmawati , dzani, & dkk, 2020).

8) Tes laboratorium

Tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: glukosa-protein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya (Rohmawati, dzani, & dkk, 2020).

9) Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan

10) Temu wicara (konseling)

Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif (Rohmawati, dzani, & dkk, 2020).

2.6 Konsep Dasar Anemia

2.6.1 Pengertian Anemia

Anemia merupakan kurangnya kadar hemoglobin pada ibu hamil atau keadaan seseorang yang tidak mempunyai sel darah merah yang sehat untuk membawa oksigen yang cukup ke jaringan tubuh, seseorang yang mengalami anemia mempunyai konsentrasi hemoglobin lebih dari biasanya (Ayu, Sahara, & Sehmawati, 2024).

Kekurangan zat besi pada kehamilan ibu dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak. Pada ibu yang menderita anemia berat dapat meningkatkan resiko morbiditas maupun mortalitas ibu dan bayi, kemungkinan melahirkan bayi BBLR dan prematur juga lebih besar. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau <10,5 gr% pada trimester II. Anemia yang sering dijumpai dalam kehamilan adalah anemia kekurangan zat besi karena kurangnya asupan unsur besi dalam makanan, gangguan penyerapan, peningkatan kebutuhan, atau karena banyaknya zat besi yang terlampau yang keluar dari tubuh, misalnya pada perdarahan. Wanita hamil butuh zat besi sekitar 40 mg perhari atau 2 kali lipat kebutuhan kondisi tidak hamil (Ayu, Sahara, & Sehmawati, 2024).

2.6.2 Etiologi Anemia

Anemia terjadi akibat peningkatan plasma terjadi dalam proses kehamilan yang dapat menyebabkan peningkatan volume darah dan sel darah merah. Peningkatan plasma lebih besar dibandingkan dengan peningkatan sel darah merah sehingga menyebabkan penurunan konsentrasi hemoglobin yang mengakibatkan terjadinya pengenceran darah sehingga dapat ditetapkan masalah keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif. Akibatnya transport oksigen dan nutrisi pada sel akan terganggu serta dapat mengakibatkan ibu sering merasa lemah, letih, lesu dan sering merasa ngantuk (Ayu, Sahara, & Sehmawati, 2024).

Penyebab anemia antara lain karena gangguan pembentukan eritrosit oleh sumsum tulang belakang, kehilangan darah (perdarahan), proses penghancuran

eritrosit dalam tubuh sebelum waktunya (hemolisis), kurangnya asupan zat besi, vitamin C, vitamin B12, dan asam folat. Menurut Uli, 2020 Etiologi anemia defisiensi pada kehamilan yaitu:

- 1) Hipervolemia, menyebabkan terjadinya pengenceran darah
- 2) Pertambahan darah tidak seimbang dengan pertambahan plasma
- 3) Kurangnya zat besi dalam makanan
- 4) Kebutuhan zat besi meningkat
- 5) Gangguan pencernaan dan absorpsi

2.6.3 Patofisiologi Anemia Dalam Kehamilan

Perubahan hematologi sehubungan dengan kehamilan adalah oleh karena perubahan sirkulasi yang semakin meningkat terhadap plasenta dan pertumbuhan payudara. Volume plasma meningkat 45-65% dimulai pada trimester II kehamilan dan maksimum terjadi pada bulan ke-9 dan meningkat sekitar 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm serta kembali normal pada 3 bulan setelah partus. Stimulasi yang meningkatkan volume plasma seperti laktogen plasma, yang menyebabkan peningkatan sekresi aldosteron (Suciana, Dhian, & dkk, 2024).

2.6.4 Manifestasi Klinis

Penderita anemia akan mengalami tanda dan gejala yang dapat mengakibatkan gangguan ataupun hambatan pada pertumbuhan sel tubuh maupun sel otak. Tubuh membutuhkan hemoglobin untuk membawa oksigen, akibatnya apabila jumlah hemoglobin tidak cukup, sel darah merah terlalu sedikit ataupun abnormal, maka kemampuan tubuh untuk mengangkut oksigen ke jaringan akan berkurang. Kurangnya kadar hemoglobin dalam darah dapat menimbulkan gejala

lelah, lemas disertai dengan pusing, mata berkunang-kunang, dan sulit konsentrasi karena kurangnya kadar oksigen dalam otak (Ayu, Sahara, & Sehmawati, 2024).

Tanda dan gejala umum yang ditimbulkan anemia disebabkan karena penurunan kapasitas darah dalam membawa oksigen ke jaringan tubuh (anoksia) sehingga kebutuhan oksigen pada sistem tubuh semakin meningkat, selanjutnya terjadi kerusakan metabolisme dan menimbulkan mekanisme kompensasi tubuh terhadap penurunan hemoglobin sedemikian rupa dibawah titik tertentu, sehingga menjadi temuan manifestasi klinis pada anemia sebagai berikut:

- 1) Sistem kardiovaskuler: kelelahan, kelelahan, palpitasi, takikardia, sesak nafas (adanya retraksi) terutama pada saat beraktivitas, angina pectoris dan gagal jantung kongesti dapat terjadi terutama pada lansia;
- 2) Sistem syaraf: sakit kepala, telinga berdenging, mata berkunang kunang, kelemahan otot, iritabilitas, akral dingin pada ekstremitas;
- 3) Sistem urogenital: gangguan menstruasi, gangguan seksualitas;
- 4) Sistem Integumen: kulit dan membran mukosa tampak pucat (terutama pada konjungtiva), elastisitas kulit menurun, rambut tipis dan halus (Suciana, Dhian, & dkk, 2024).

2.6.5 Klasifikasi anemia

World Health Organisation mengklasifikasikan anemia pada ibu hamil sebagai berikut:

- 1) Anemia ringan: <11 g/dL.
- 2) Anemia sedang: Hb 8-10.9 g/dL.
- 3) Anemia berat: Hb < 7 g/dL (WHO, 2019).

Dikatakan anemia pada kehamilan jika pada usia trimester I dan III kehamilan kondisi kadar hemoglobinnya dibawah 11,0 g/dl serta pada trimester II kadar hemoglobinnya dibawah 10,5 g/dl (Ayu, Sahara, & Sehmawati, 2024).

2.7 Dokumentasi Asuhan Kebidanan

2.7.1 Pengertian dokumentasi asuhan kebidanan

Setelah melakukan asuhan kebidanan, setiap bidan dituntut untuk mendokumentasikan dalam catatan pasien atau rekam medis. Dokumentasi ini adalah sebagai pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan bidan terhadap tindakan yang telah dilakukan dalam pelayanan kebidanan, dokumentasi dalam asuhan kebidanan adalah suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan atau kejadian yang dilihat dan dilakukan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan) (Natalina, 2019).

2.7.2 Manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Natalina, 2019).

2.7.3 Manajemen menurut varney

- 1) Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar

Tahap ini merupakan tahap pengumpulan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien yang meliputi data subjektif, objektif, dan hasil pemeriksaan.

2) Langkah II : Intrepretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

3) Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah Potensial dan mengantisipasi penanganan.

Tahap ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis / masalah yang sudah di identifikasi langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan dilakukan pencegahan

4) Langlah IV : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera

Untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi ibu.

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan periode atau kunjungan perinatal aja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama hidan terus menerus.

5) Langkah V : Penyusunan rencana asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan langkah lanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

6) Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dengan aman.

Langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah V dilakukan secara efisien dan aman, perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau anggota tim kesehatan lainnya.

7) Langkah VII : Mengevaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi ke dalam diagnosa dan masalah (Natalina, 2019).

2.7.4 Pendokumentasian dalam bentuk SOAP

SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Sehingga bidan dapat menyadari bahwa pencatatan ini mencerminkan seluruh aspek dalam asuhan kebidanan. Catatan SOAP digunakan untuk mengevaluasi kondisi klien selama dilakukan asuhan sebagai catatan kemajuan, metode 4 langkah yang dinamakan SOAP ini diperoleh dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan, yang terdiri dari:

1) S (Subyektif)

Apa yang dikatakan klien mengenai keadaan dirinya, keluhan yang dirasakan.

2) O (Obyektif)

Apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melakukan pemeriksaan pada klien baik pemeriksaan inspeksi, palpasi maupun auskultasi termasuk hasil pemeriksaan penunjang.

3) A (Analisa)

Kesimpulan atau diagnosa yang dapat diambil berdasarkan data subyektif dan data obyektif yang diperoleh.

4) P (penatalaksanaan)

Penatalaksanaan ini mencakup perencanaan tindakan yang akan dilakukan, pelaksanaan dari perencanaan, evaluasi (Subiyanti, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalinan Pada Ny.R Usia 14 Tahun G1P0A0 Parturien Prematur 35-36 Minggu di RSUD dr.Slamet Garut

3.1.1 ASUHAN PERSALINAN KALA I

No. Register : 01441***
Tanggal Pengkajian : 08 Maret 2024
Pukul : 19.30 WIB
Tempat Pengkajian : Ruang VK
Nama Mahasiswa : Reisia Putri Welyanti
NIM : KHGB22075

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama	:	Ny. R	/	Tn.A
Umur	:	14 tahun	/	24 tahun
Agama	:	Islam	/	Islam
Suku/bangsa	:	Sunda/Indonesi	/	Sunda/Indonesia
		a		
Pendidikan	:	SD	/	SMP
Pekerjaan	:	IRT	/	Karyawan hotel

Alamat : Kp. Cijambe, RT 01 RW 06, Desa
 Limbangan Tengah, Kecamatan Blubur
 Limbangan, Kabupaten Garut, Jawa Barat.

2. Alasan Datang

Ibu datang atas rujukan dari Puskesmas Limbangan dengan diagnosa inpartu kala 1 fase aktif dengan premature, KEK, dan suspek IUGR, Ibu sudah dilakukan pemeriksaan di ruang ponek pada pukul 19.00 WIB

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil 8 bulan, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir dan merasakan mules-mules teratur sejak pukul 10.30 WIB, dan belum keluar air-air yang merembes atau banyak dari jalan lahir

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

HPHT	:	01 Juli 2024
Menarche	:	12 Tahun
Siklus	:	28 Hari
Lama	:	6 Hari
Banyaknya	:	3x Ganti Pembalut
Keluhan	:	Tidak ada

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Hamil ke	:	Hamil ke 1
----------	---	------------

Periksa ANC	:	Ibu mengatakan 8 kali periksa ke bidan dan posyandu, USG pada awal kehamilan oleh dr Sp.OG
Keluhan saat hamil	:	Mual muntah pada TM 1
Obat yang dikonsumsi	:	Tablet Fe 70 tablet, Vit C, Kalsium, dan Asam Folat
Gerakan janin	:	Ibu mengatakan pertama kali gerakan terasa saat UK 16 minggu dan sampai saat ini terasa aktif
Rencana persalinan	:	Ibu mengatakan ingin bersalin di Puskesmas

5. Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi

6. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan ibu

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan, kronis, akut maupun menular.

b. Kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit keturunan, kronis, akut maupun menular

7. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan menikah 1 kali pada saat usia ibu 14 tahun dan suami 23 tahun. Lama pernikahan 1 tahun

8. Pola Kebiasaan Sehari hari

- | | | |
|------------------|---|---|
| Pola Nutrisi | : | Ibu mengatakan makan 4 kali sehari, porsi sedikit tapi sering jenis makanan protein dan karbohidrat. Minum ± 6 gelas per hari jenis air mineral |
| Pola Eliminasi | : | BAB 1-2 kali per hari, BAK 4-5 kali per hari |
| Pola Aktivitas | : | Ibu mengatakan melakukan kegiatan sebagai IRT |
| Pola istirahat | : | Ibu mengatakan jarang tidur siang, tidur malam 8 jam per hari |
| Personal hygiene | : | Ibu mengatakan mandi 1 kali per hari, ganti CD 2 kali per hari |
| Pola Seksual | : | Ibu mengatakan berhubungan dengan suami terakhir 2 minggu yang lalu dan tidak ingin melakukannya lagi karena ingin fokus pada kehamilannya |

9. Psikososial Spiritual

- a. Ibu merasa cemas dan stress terhadap kehamilannya setiap suami meminta ingin berhubungan

- b. Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap kehamilannya: ibu mengatakan suami dan keluarga mendukung kehamilannya.
- c. Pengambilan keputusan dalam keluarga ibu mengatakan suami yang mengambil keputusan dalam keluarga.
- d. Ketaatan beribadah/lingkungan yang berpengaruh
 - 1) Tinggal dengan : Ibu mengatakan tinggal dengan suami
 - 2) Pengaruh buruk lingkungan maupun : Ibu mengatakan suami orang sekitar terhadap kehamilan nya suka merokok di dalam rumah.
 - 3) kegiatan spiritual : Ibu mengatakan sholat 5 waktu

B. DATAOBJEKTIF

- 1. Pemeriksaan umum
 - a. Keadaan Umum : Baik
 - b. Kesadaran : Composmentis
 - c. Tanda Tanda Vital
 - 1) Tekanan Darah : 110/80 mmHg
 - 2) Nadi : 105 x/menit
 - 3) Respirasi : 21 x/menit
 - 4) Suhu : 36.1 °c
 - 5) SPO2 : 98%

d. Antropometri

- 1) BB sebelum hamil : 42 kg
- 2) BB saat hamil : 51 kg
- 3) Kenaikan BB : 9 kg
- 4) Tinggi Badan : 149 cm
- 5) IMT sebelum hamil : 18.9 (normal)
- 6) Lingkar perut : 77 cm
- 7) LILA : 25 cm
- 8) Usia Kehamilan : 35-36 Minggu
- 9) TP : 08 April 2025

2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Tidak ada benjolan, kulit bersih, tidak ada nyeri tekan
- Muka : Tidak pucat, tidak oedema, tidak kuning
- Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- Hidung : Tidak ada sekret, pernafasan normal
- Mulut : Bibir tidak pucat, tidak ada labio schiziz dan palato schizis, sedikit kering, tidak ada luka
- Telinga : Simetris, bersih, tidak ada kelainan, pendengaran baik

Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, limfe atau vena jugularis

Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak kemerahan, tidak nyeri tekan, ASI (-)

Abdomen :

- Leopold I : Teraba lunak tidak melenting
- Leopold II : Teraba panjang keras di sebelah kanan,
- teraba bagian-bagian kecil di sebelah kiri
- Leopold III : Teraba keras, bulat melenting, sudah masuk PAP
- Leopold IV : Divergen, perlimaan 1/5
- TFU : 28 cm
- TBBJ : 2.325 gram
- DJJ : 145x/menit
- His : 4 x 10' x 40"

Ekstremitas

- Atas : Simetris, tidak ada oedema, tidak kaku.
- Bawah : Simetris, tidak ada oedema, tidak kaku,
tidak ada varises.

Genitalia

- Vulva/vagina : Tidak ada kelainan
- Portio : Tipis lunak

- Pembukaan : 8 cm
- Ketuban : Utuh (+)
- Presentasi : Kepala
- Penurunan : H III
- Blood Show : Ada (+)

3. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hemoglobin : 10.4 gr/dl
- b. Leukosit : 11.600 sel/mm³
- c. Trombosit : 308.000 sel/mm³
- d. Hematocrit : 35 %
- e. Hiv : Negatif
- f. Sifilis : Negatif
- g. HBsAG : Negatif
- h. Golongan darah : B

C. ANALISA

G1P0A0 35-36 minggu inpartu kala I fase aktif janin tunggal hidup intra uterin

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

Evaluasi : Ibu dan Keluarga mengetahui hasil pemeriksaan

2. Menganjurkan Ibu tidur dalam posisi miring ke kiri.

Evaluasi : Ibu bersedia melakukan anjuran

3. Menganjurkan ibu untuk relaksasi nafas dalam, dan menganjurkan untuk tidak meneran sampai pembukaan lengkap.

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengikuti anjuran

4. Mengobservasi keadaan umum, TTV, DJJ, His dan pembukaan

5. Evaluasi : Sudah dilakukan dengan hasil normal

6. Menyiapkan partus set, obat-obatan dan perlengkapan baju ibu dan bayi.

Evaluasi : Telah disiapkan

7. Melakukan Pendokumentasian.

Tabel 3. 1 Catatan Observasi

Jam	Ketuban	Pembukaan	Penyusupan	Penurunan	His	Djj
19.30 wib	(+)	8cm	0	H III	4x10'40',	145x/menit
20.00 wib	(-) Pecah spontan , jernih		0		5x10'45',	144x/menit
20.30 wib	(-)	10cm	0	H IV	5x10'45',	149x/menit

3.1.3 CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Tanggal Pengkajian : Sabtu, 08 Maret 2024

Pukul : 20.30 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang VK

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin meneran dan seperti ingin BAB

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-Tanda Vital
Tekanan Darah : 110/80 mmHg
Nadi : 99 x/menit
Respirasi : 23 x/menit
Suhu : 36,1 °C
SPO2 : 98%
3. Ekstremitas atas. : Di tangan kiri terpasang infus RL. 20 tetes/menit
4. Abdomen
DJJ : 149 x/menit
His : 5x10'45''
Palpasi perlimaan : 0/5
5. Genitalia
 - Vulva/vagina : Tidak ada kelainan
 - Portio : Tidak teraba

- Pembukaan : 10 cm
- Ketuban : (-)
- Presentasi : Kepala
- Posisi : UUK kiri depan
- Penurunan : H IV
- Molase : Tidak ada (0)
- Blood show : Ada (+)

C. Analisa

G1P0A0 parturien prematur 35-36 minggu inpartu kala II

D. Penatalaksanaan .

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga, bahwa pembukaan sudah lengkap dan kepala sudah di dasar panggul.
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan
2. Memberitahu Ibu cara mengadakan posisi untuk melahirkan.
Evaluasi : Ibu dalam posisi dorsal recumbent
3. Memberitahu ibu untuk menarik nafas di sela-sela kontraksi.
Evaluasi : Ibu mengikuti arahan
4. Melakukan episiotomi atas indikasi perineum kaku dengan anestesi pra episiotomy lidocaine 1%
Evaluasi : Sudah dilakukan anestesi dan episiotomi Teknik medio lateralis

5. Memimpin persalinan,

Evaluasi : Pukul 20.40 WIB bayi lahir spontan langsung menangis, JK perempuan, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan.

6. Melakukan Pengecekan adanya janin kedua

Evaluasi : Tidak terdapat janin kedua

7. Tidak dilakukan IMD

Evaluasi : Bayi pindah ruangan perinatologi untuk observasi

3.1.4 CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

Tanggal Pengkajian : Sabtu, 08 Maret 2024

Pukul : 20.40 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang VK

A. Data Subjektif

Ibu masih merasa mules

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan Fisik

Kontraksi : Uterus membesar kontraksi baik

Kandung kemih : Kosong

TFU : Sepusat

Genitalia : Tampak tali pusat di depan vulva.

C. Analisa

Inpartu kala III fisiologis

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan setuju dengan tindakan yang akan diberikan

2. Melakukan asuhan manajemen aktif kala III (Melakukan penyuntikan oksitosin 10 unit IM).

Evaluasi : Sudah dilakukan penyuntikan

3. Melakukan penegangan tali pusat terkendali.

Evaluasi : Terdapat tanda pelepasan plasenta, plasenta lahir spontan pukul 20.50 WIB

4. Memeriksa kelengkapan plasenta

Evaluasi : Plasenta lahir lengkap dengan utuh.

5. Melakukan masase uterus selama 15 kali dalam 15 detik untuk merangsang kontraksi

Evaluasi : Kontraksi baik

6. Melakukan pengecekan laserasi

Evaluasi : Terdapat luka episiotomi grade 2

3.1.5 CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Tanggal Pengkajian : Sabtu, 08 Maret 2024

Pukul : 20.55 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang VK

A. Subjektif

Ibu mengatakan nyeri pada jalan lahir dan mules

B. Objektif

1. Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-Tanda Vital
Tekanan Darah : 110/80 mmHg
Nadi : 99 x/menit
Respirasi : 22 x/menit
Suhu : 36,1 °c
SPO2 : 98%
3. Pemeriksaan Fisik
Kontraksi : Uterus membesar kontraksi baik
Kandung kemih : Kosong
TFU : 2 jari dibawah pusat
Genitalia : Terdapat luka episiotomi grade II

C. Analisa

P1A0 kala IV dengan luka episiotomi grade II

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan setuju dengan tindakan yang akan diberikan
2. Melakukan anestesi prahecting.
Evaluasi : Dilakukan anestesi dengan lidocain 1%

3. Melakukan penjahitan perineum dengan 5 bagian dengan teknik jelujur dan bagian luar dengan teknik satu-satu sebanyak 7 jahitan.

Evaluasi : Sudah dilakukan hecting perineum

4. Membersihkan dan memperbaiki ibu

Evaluasi : Ibu tampak lebih nyaman

5. Melakukan dekontaminasi alat.

Evaluasi : Dekontaminasi alat dengan larutan klorin selama 10 menit

6. Mengobservasi keadaan umum, TFU, kontraksi, kandung kemih dan perdarahan tiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan tiap 30 menit untuk 1 jam kedua.

Evaluasi : Hasil terlampir pada partograf.

3.2 ASUHAN NIFAS

3.2.1 ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS PADA NY.R 6 JAM POSTPARTUM

Tanggal Pengkajian : Minggu, 09 Maret 2024

Pukul : 05.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Marjan Bawah

A. Data Subjektif

Ibu merasa linu pada luka jahitan di jalan lahir

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Nadi : 97 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 36,5 °C

SPO2 : 98%

3. Pemeriksaan Fisik

Kontraksi : Uterus membesar kontraksi baik

Kandung kemih : Kosong

TFU : 2 jari dibawah pusat

Genitalia : Luka hecing terawat, pengeluaran darah ±50cc

C. Analisa

P1A0 6 jam postpartum

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan setuju dengan tindakan yang akan diberikan

2. Menganjurkan ibu untuk BAK.

Evaluasi : Ibu sudah BAK dengan urin + 500cc

3. kolaborasi dr. SPOG memberitahu hasil pemeriksaan dan memberikan obat yang sesuai dengan advice dokter

Evaluasi :

- a. Ibu dikatakan boleh pulang setelah dilakukan setelah observasi post partum 6 jam. Ibu mengerti dan ibu pulang pada pukul 07.00 WIB dengan keadaan sehat
- b. Memberikan cefadroxil 2 x 500 mg
- c. Memberikan asam mefenamat 3 x 500 mg
- d. Ferrous Sulfate 1 x 300 mg
4. Mengingatkan ibu tentang cara perawatan luka hecing, Personal hygiene, perawatan tali pusat, tanda bahaya nifas, dan pemenuhan nutrisi pada ibu bahwa tidak ada pantangan untuk makanan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melaksanakan anjuran

5. Melakukan pendokumentasian.

3.3 ASUHAN BAYI BARU LAHIR

3.3.1 ASUHAN KEBIDANAN BAYI NY. R USIA 6 JAM

Tanggal Pengkajian : Minggu, 9 Maret 2024

Pukul : 05.30 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Perinatalogi

A. Data Subjektif

Tidak ada keluhan

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-Tanda Vital
Nadi : 147 x/menit
Respirasi : 49 x/menit
Suhu : 36,5 °C
3. Antropometri
Berat badan : 2.350 gr
Panjang badan : 47 cm
Lingkar kepala : 31 cm
Lingkar dada : 29 cm
Lingkar perut : 26 cm

4. Pemeriksaan Fisik

Kepala	:	Terdapat verniks, rambut hitam, tidak ada kelainan, tidak terdapat caput succedaneum, tidak ada penonjolan atau cekungan
Muka	:	Pucat (-), ikterik (-), sianosis (-), oedema (-), bentuk muka bulat.
Mata	:	Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada tanda-tanda infeksi.
Hidung	:	Tidak ada pengeluaran secret, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sumbatan.
Mulut	:	Bersih, warna bibir merah muda, tidak ada labio palatoschisis, tidak ada stomatitis, refleks rooting (+), sucking (+), swallowing (+),
Telinga	:	Simetris kiri dan kanan, bersih, tidak ada kelainan
Leher	:	Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, kelenjar limfe, Vena jugularis, tonic neck (+).
Dada	:	Simetris, puting susu sejajar, bayi nafas normal, tidak ada retraksi dinding dada
Abdomen	:	Bersih, tidak ada perdarahan tali pusat, kembung (-)
Punggung	:	Tidak ada cekungan atau benjolan, tidak ada spina bifida.

Genitalia	:	Ada lubang uretra, ada lubang vagina, labia mayora belum menutup labia minora.
Ekstremitas	:	Simetris, polidaktili (-), sindaktili (-), gerakan aktif, refleks babinski (+).
Anus	:	Terdapat lubang anus
Kulit	:	Warna kulit kemerahan, terdapat verniks pada punggung. sebagian lanugo sudah tidak ada

5. Eliminasi

BAB : (+)

BAK : (+)

C. Analisa

Neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan dengan BBLR 6 jam

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi : Bayi dalam keadaan stabil tetapi berat badan bayi masih kurang yaitu 2.350 gram

2. Mengobservasi keadaan umum dan Tanda Tanda Vital.

Evaluasi : Keadaan umum baik dan Tanda Tanda Vital normal

3. Mengobservasi eliminasi bayi

Evaluasi : Bayi sudah BAB dan BAK

4. Melakukan perawatan tali pusat.

Evaluasi : Tidak diberikan apapun hanya dibiarkan tetap kering

5. Mengganti popok dan pakaian bayi.

Evaluasi : Bayi tampak lebih nyaman dan tidak menangis

6. Melakukan pencegahan infeksi pada bayi dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi

Evaluasi : Sudah dilakukan

7. Memberikan KIE kepada ibu untuk menjaga kehangatan bayi dan mengajarkan metode kangguru

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukannya

8. Kolaborasi dengan dokter Sp.A

Evaluasi : Advice memberikan anjuran pemberian nutrisi ASI Eksklusif

9. Melakukan Pendokumentasian

BAB IV

PEMBAHASAN

Dibawah ini merupakan pembahasan berdasarkan hasil pemeriksaan dari asuhan yang dilakukan oleh penulis pada NY.R usia 14 tahun dilakukan di ruang VK RSUD dr.Slamet Kabupaten Garut, penulis menemukan persamaan dan kesenjangan antara konsep teori dan praktik lapangan. Adapun hal-hal ditemukan selama asuhan kebidanan pada NY.R usia 14 tahun dengan persalinan preterm sebagai berikut :

4.1 Data Subjektif

Pengumpulan data subjektif pada kasus ini dengan melakukan analisa pada Ny.R mengatakan hamil 8 bulan HPHT 01-07-2024 dan TP 08-04-2025. Setelah dihitung estimasi usia kehamilan berdasarkan HPHT maka didapatkan hasil usia kehamilan Ibu 35-36 minggu. Hal ini sesuai dengan teori persalinan prematur menurut WHO adalah persalinan yang terjadi antara usia kehamilan 28 minggu sampai kurang dari 37 minggu (259 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir pada siklus 28 hari (Santoso & Herman, 2020).

Ibu hamil anak pertama pada usia 14 tahun dan sebelumnya tidak pernah keguguran. Lingkungan tempat tinggal ibu didominasi oleh masyarakat dengan budaya menikahkan anak dibawah umur, hal ini juga mempengaruhi pola pikir ibu yang memilih untuk menikah dan hamil di usia remaja. Diketahui ibu hanya mengenyam pendidikan sampai Sekolah Dasar, rendahnya pendidikan dan budaya menjadi faktor utama kejadian ini. Hal ini sesuai dengan teori bahwa faktor

penyebab kehamilan usia remaja yaitu budaya; pendidikan rendah, pergaulan yang kurang sehat, rendahnya ekonomi (Zuhriyatun, Hastuti, Rusmini, & Walin, 2023).

Satu minggu lalu ibu mengalami pertengkaran kecil dengan suami dikarenakan ibu menolak untuk berhubungan seksual, terakhir kali berhubungan seksual ibu merasa mules dan takut terjadi sesuatu terhadap kehamilannya, ibu merasa cemas dan stress terhadap kehamilannya setiap suami ingin berhubungan. Hal ini dijelaskan dalam buku “Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur)”, bahwa kondisi selama kehamilan yang berisiko terjadinya persalinan prematur salah satunya yaitu stress psikologi (Herman & Joewono, 2020).

Disisi lain ibu mengaku suaminya sering merokok di dalam rumah dan ibu terkena paparan rokok sehingga dapat dikatakan bahwa suami adalah perokok aktif dan ibu adalah perokok pasif. Hal ini sesuai dengan teori (Herman & Joewono, 2020). Wanita yang terpapar asap rokok cenderung lebih sering mengalami gangguan pada kehamilannya karena kandungan zat kimia pada perokok pasif lebih tinggi dibandingkan perokok aktif. Selain itu asap rokok dapat tertinggal lama dalam suatu ruangan. Kandungan tar yang terdapat dalam asap rokok merupakan radikal bebas yang dapat merusak komponen dari sel di dalam tubuh dan dapat mengganggu integritas sel, dan berkurangnya elastisitas membran, termasuk selaput ketuban sehingga rentan mengalami ruptur. Sebagaimana berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, bahwa wanita hamil baik perokok aktif maupun perokok pasif mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan selama periode perinatal. Hal ini dapat menyebabkan persalinan prematur (Herman & Joewono, 2020).

Ibu mengeluh mules-mules sejak pukul 10.30 WIB tanggal 08-03-2025, belum keluar air-air. Namun sudah terdapat lendir bercampur darah (+), gerakan janin masih teras. Rasa mules ibu terjadi sebelum taksiran persalinan. Hal ini sesuai dengan teori Tanda-tanda persalinan dalam buku “Asuhan kebidanan Pada Bersalin” yaitu ; 1). Timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur, 2). Keluar lendir bercampur darah (*blood show*) yang lebih banyak karena kecil pada serviks (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

4.2 Data Objektif

Pengumpulan data objektif pada kasus ini adalah dengan melakukan pemeriksaan fisik pada Ny.R. Pemeriksaan fisik dilakukan pukul 19.00 WIB pada saat ibu datang ke rumah sakit, setelah dilakukan pengkajian dan mengetahui keluhan dari Ny.R didapati usia kehamilan 35-36 minggu. Dari pemeriksaan didapati hasil pemeriksaan keadaan umum baik. Kesadaran compos mentis, Tanda Tanda Vital (TTV) dalam batas normal, pemeriksaan fisik wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda. Pada pemeriksaan Lila, didapatkan hasil LILA Ny.R yaitu 25cm dikatakan normal sesuai dengan teori yaitu ibu hamil dikatakan Kurang Energi Kronis (KEK) apabila didapati LiLA <23,5 cm hal ini berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Rohmawati , dzani, & dkk, 2020).

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil TFU 28 cm. Hal ini menjadi kesenjangan dengan teori yaitu pada usia kehamilan 35-36 minggu seharusnya TFU 32-36 cm (Lupitasari , Wahyuni, & dkk, 2023). Namun, hasil perhitungan dari TFU memakai rumus Johnson-Toshack sesuai dengan TBBJ dan Berat lahir bayi yaitu TBBJ 2.325 gram dan berat lahir 2.350 gram, hal ini menunjukan berat badan

rendah dan bayi prematur. Rumus Johnson-Toshack masih sering digunakan dalam menentukan TBBJ dengan rumus BB bayi TFU-13 (sudah masuk PAP) x 155 (Arnesia, Prijatni, & Palupi, 2024).

Pada pemeriksaan Leopold didapat presentasi kepala, punggung kanan, divergen, penurunan kepala 1/5, DJJ 144 x/menit, His 4x10'x40". Kemudian pada pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 8 cm, portio tipis lunak, ketuban utuh, penurunan kepala H III. Maka hal ini sejalan dengan pengataan teori yang menyebutkan kontraksi berulang sedikitnya setiap 7-8 menit sekali atau 2-3 kali dalam waktu 10 menit; adanya nyeri pada punggung bawah (*low back pain*); perdarahan bercak; terjadi perubahan progresif serviks seperti pembukaan lebih dari 1 cm dan perlunakan sekitar 75–80% bahkan terjadi penipisan serviks merupakan tanda awal terjadinya persalinan preterm yang terjadi pada usia kehamilan 22-37 minggu (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

Didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium bahwa hemoglobin ibu pada saat datang ke rumah sakit yaitu 10.4 gr/dl. Menurut teori World Health Organisation, kadar hemoglobin <11 gr/dl dikatakan anemia ringan. Berdasarkan hal tersebut, ibu dapat dikatakan mengalami anemia ringan. Penatalaksanaan anemia ringan pada ibu hamil ataupun bersalin meliputi peningkatan asupan gizi, terutama protein dan zat besi, serta pemberian suplemen zat besi secara peroral 1x60 mg. (Ayu, Sahara, & Sehmawati, 2024).

Kala II adalah proses persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir. Durasi kala II Pada Ny.R dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir telah berlangsung selama 10 menit dan telah dilakukan episiotomi atas

indikasi perineum kaku. Sesuai dengan teori (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019). Episiotomi dipertimbangkan pada primigravida dengan introitus vagina sempit atau pada wanita dengan perineum yang kaku. Pada kala II penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Persalinan Ny.R akhirnya telah berjalan dengan lancar.

Asuhan kebidanan kala III telah berjalan dengan lancar dan sesuai. Teori asuhan dilakukan dengan dorongan kontraksi uterus, dorsokranial oleh tangan kiri untuk merangsang oksitosin dalam memantau kontraksi lebih baik, dan tangan kanan melakukan Penegangan Tali pusat Terkendali (PTT) tanpa memijat uterus, Plasenta lahir. Hal ini sesuai dengan teori yang dijelaskan dalam (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019). Pada kala III penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Persalinan berjalan dengan lancar hingga plasenta lahir.

Penulis melakukan observasi kala IV karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada dua jam pertama. Observasi tersebut meliputi tingkat kesadaran pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital pasien, kontraksi uterus dan terjadinya perdarahan. Pada kala IV Nv.R juga dianjurkan untuk memantau kontraksi dengan melakukan masase pada fundus uteri seperti yang telah diajarkan kepada ibu. Oleh karena itu penulis melakukan observasi setiap 15 menit pada satu jam pertama dan 30 menit pada satu jam berikutnya. Keadaan ibu selama 2 jam post partum terpantau baik dan ibu sudah bisa bak. Pada kala IV penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

4.3 Analisa

Analisa yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif pada Ny.R adalah G1P0A0 parturien prematur 35-36 minggu. Maka hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan persalinan preterm yaitu persalinan yang berlangsung pada umur kehamilan 20-37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (Herman & Joewono, 2020).

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada kasus ini yaitu memberikan tindakan dan terapi sesuai advice dokter SpOG. Hal ini sesuai dengan protap di RSUD.dr. Slamet Garut.

Setelah pembukaan lengkap kemudian dilakukan asuhan persalinan pervaginam dan dilakukan episiotomy. Episiotomi pada persalinan preterm bertujuan untuk mengurangi tekanan pada kepala janin dan atas indikasi perineum kaku. Episiotomi dilakukan dengan pemberian anestesi pra episiotomi terlebih dahulu begitu pula pada prahecting. Maka dari tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan (Yulizawati, Ayunda, & dkk, 2019).

Sangat disayangkan, setelah bayi lahir tidak dilakukan IMD dan metode kangguru padahal keadaan ibu baik dan umur bayi kurang dari 14 hari. Hal tersebut tidak sesuai dengan teori. jika bayi diberi kesempatan menyusu dalam satu jam pertama dengan dibiarkan kontak kulit bayi ke kulit ibu (IMD), maka 22% nyawa bayi berumur kurang dari 28 hari bisa diselamatkan. Jika bayi mulai menyusu pertamanya berusia dua sampai dua puluh empat jam, hanya 16% nyawa bayi

berumur kurang dari 28 hari yang dapat diselamatkan. Metode kanguru mampu memenuhi kebutuhan ASI BBLR dengan menyediakan situasi dan kondisi yang mirip dengan rahim sehingga memberi peluang BBLR untuk beradaptasi dengan baik di dunia luar. Perawatan metode kanguru (PMK) atau *Kangaroo Mother Care* (KMC) telah terbukti mengurangi angka kematian, infeksi, meningkatkan pertumbuhan, tingkat menyusui, meningkatkan thermostasis dan meningkatkan ikatan ibu-bayi (Mandiri, Badijah, & dkk, 2021).

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. R didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif yang didapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien, pengkajian data objektif yang didapatkan dari pengkajian fisik, kemudian data-data tersebut diinterpretasi untuk menentukan analisa, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien, lalu dilakukan evaluasi dari hasil penatalaksanaan tersebut. Hal ini sesuai dengan teori yang dijelaskan oleh (Subiyanti, 2017).

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. R usia 14 tahun G₁P₀A₀ parturien prematur 35–36 minggu di RSUD dr. Slamet Garut dengan kolaborasi dokter SpOG serta advice (anjaran) dari pihak rumah sakit, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Data subjektif pada Ny. R G₁P₀A₀ parturien prematur 35–36 minggu yang didapat sudah sesuai dengan teori dan tidak ditemukan kesenjangan terhadap teori maupun praktik.
2. Data objektif pada Ny. R G₁P₀A₀ parturien prematur 35–36 minggu yang didapat juga sudah sesuai dengan teori dan tidak ditemukan kesenjangan terhadap teori maupun praktik.
3. Analisis pada Ny. R G₁P₀A₀ parturien prematur 35–36 minggu yang dianalisis sudah sesuai dengan teori dan tidak ditemukan kesenjangan terhadap teori maupun praktik.
4. Penatalaksanaan pada Ny. R G₁P₀A₀ parturien prematur 35–36 minggu yang dilakukan sudah sesuai dengan teori, namun ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik yaitu tidak dilakukannya IMD (Inisiasi Menyusu Dini) dan metode kanguru terhadap bayi.
5. Pendokumentasian pada Ny. R parturien prematur 35–36 minggu yang dibuat dan terlampir sudah sesuai dengan teori dan tidak ditemukan kesenjangan terhadap teori maupun praktik

5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan upaya pelayanan kebidanan dan penurunan angka kematian ibu dan bayi, maka pada kesempatan ini kami memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1 Bagi penulis

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat memberikan gambaran kepada mahasiswa kebidanan untuk lebih mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang didukung oleh standarisasi kebidanan. Karya ini juga diharapkan menjadi tolak ukur untuk meningkatkan pembuatan pendokumentasian, khususnya pada kasus persalinan prematur dan penanganan bayi yang lahir prematur.

5.2.2 Bagi institusi

Diharapkan institusi pendidikan dapat menjadikan karya ini sebagai bahan referensi atau kepustakaan tambahan di perpustakaan, agar mahasiswa memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai persalinan prematur.

5.2.3 Bagi Lahan Praktik

Diharapkan lahan praktik dapat menyusun prosedur pelayanan yang lebih baik kedepannya, khususnya dalam memberikan asuhan sayang ibu dan bayi. Penting juga untuk menerapkan serta melaksanakan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) secara lebih intensif, agar ibu dan bayi memperoleh pelayanan yang optimal dan pemeriksaan laboratorium dilakukan baik pasca maupun post asuhan untuk memantau kemajuan asuhan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arnesia, Prijatni, I., & Palupi, J. (2024). Akurasi Taksiran Berat Badan Janin Menggunakan Rumus Johnson. *Journal Of Social Science Research*.
- Atikah, N., & Hafidzah, N. (2024). Periodisasi Perkembangan Anak Pada Masa Remaja. *Jurnal Pendidikan Bimbingan Konseling dan Psikologi*.
- Ayu, P., Sahara, R., & Sehmawati. (2024). Dampak Kesehatan Ibu Pada Usia Remaja . *Jurnal Profesi bidan Indonesia* .
- BPS. (2020). Angka Kematian Ibu.
- Delvitayani, & Maharani, K. (2025). Asuhan Kebidanan Pada Ny.A Dengan Partus Prematurus Di Puskesmas Ngesrep Semarang Tahun 2024. *Jurnal Ilmu Farmasi dan Kesehatan* .
- DP3AP2KB. (2023). Angka Pernikahan Dini Kabupaten Garut.
- Febriyanti, Y., & Anggraini, N. (2023). Efektifitas Pemberian Nifedipin 10 Mg Pada Kontraksi Preterm . *Malahayati Nursing Journal* .
- Hapsari, A. (2019). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja* . Wineka Media .
- Herman , S., & Joewono, H. (2020). *Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan*. Kendari: Yayasan Avicenna Kendari .
- Kemenkes. (2019). Angka Kematian Neonatal Akibat BBLR.

KemenKes. (2021). Angka Aborsi usia Remaja.

Lontaan , G., Wagey, F., & Tendean , H. (2025). Hubungan Faktor Faktor Risiko Dengan Persalinan Prematur di RSUP Prof. Dr.R.D. Kandou Manado .
Jurnal Kedokteran .

Lupitasari , D., Wahyuni, R., & dkk. (2023). Studi Kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif Ny. D Di PMB. *Jurnal Maternitas Aisyah* .

Madania. (2016). STUDI PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA PADA PASIEN PASKA MELAHIRKAN . *Jurnal Kesehatan* .

Mandiri, N., Badiah, A., & dkk. (2021). *Model Momming Guide Kanggoroe Mother Care*. Yogyakarta: Poltek Usaha Mandiri .

Natalina, R. (2019). *Modul Manajemen Pelayanan Kebidanan*. Palangka Raya.

Rachmantiawan, A. (2022). Persalinan Preterm Pada Kehamilan Remaja . *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* .

Rachmantiawan, A., & Rodiana. (2022). Persalinan Preterm Pada Kehamilan Remaja. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*.

Rohmawati , N., dzani, A., & dkk. (2020). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI .

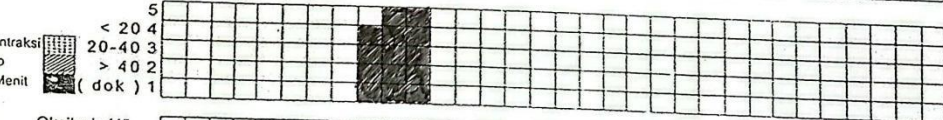
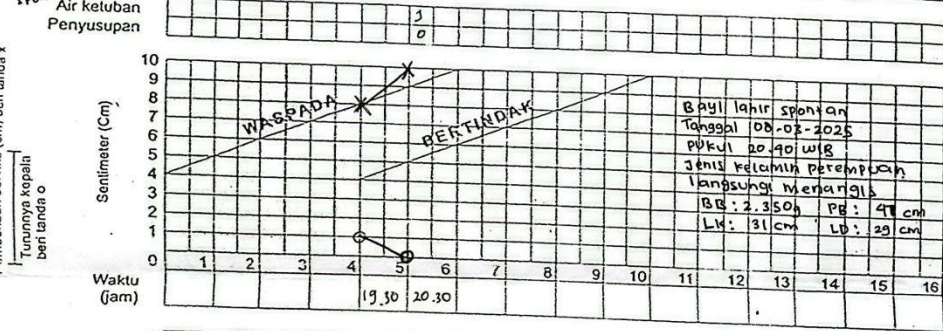
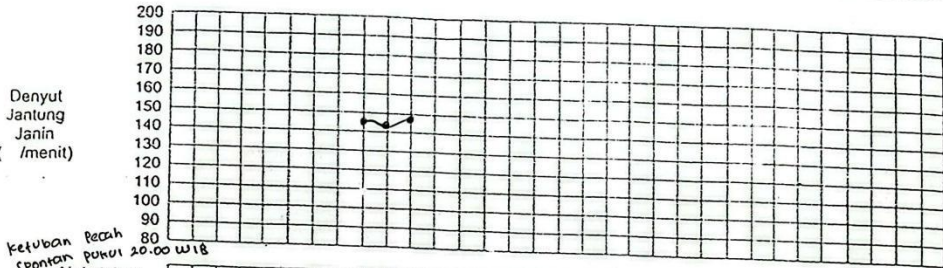
Santoso, B., & Herman, S. (2020). sosiodemografi persalinan early preterm dan late preterm pada ibu primipara dan multipara. *Jurnal Kesehatan* .

- Subiyanti, A. (2017). *Dokumentasi kebidanan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Suciana, F., Dhian, A., & dkk. (2024). Penguatan Pengetahuan Ibu Hamil Dalam Monitoring Kadar. *Jurnal Pengabdian Masyarakat* .
- Syahrul, M., & Hidayati, W. (2024). Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian Bayi Lahir Prematur Di Rumah Sakit. *An Idea Health Journal*.
- WHO. (2019). Klasifikasi Anemia Pada Ibu Hamil .
- Yulizawati, Ayunda, A., & dkk. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka .
- Yuniwiyati, H., Waryanto, A., & Yuliawati, S. (2023). Beberapa Faktor Risiko Kejadian Persalinan Prematur. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Zuhriyatun, F., Hastuti, F., Rusmini, & Walin. (2023). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Kehamilan Remaja. *Jurnal Ners*.

LAMPIRAN

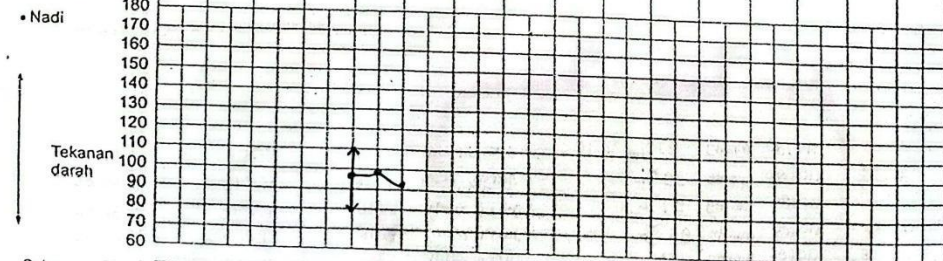
PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : NY. R Umur : 19 G. 1 P. 0 A. 0
 No. Puskesmas Tanggal : 08.03.2025 Jam : 19.00 Alamat : Kp. Ciyamba
 Ketuban pecah Sejak jam mules sejak jam 10.30 wib limbangan



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urin { Protein
 Aseton
 Volume

GATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 08 Maret 2025
- Nama bidan : Bulan 2
- Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☒ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☐ Lainnya :
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - ☐ Bidan
 - ☐ Teman
 - ☐ Suami
 - ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y / ☒ R
- Masalah lain, sebutkan : /
- Penatalaksanaan masalah Tsb : /
- Hasilnya : /

KALA II

- Episiotomi :
 - ☒ Ya, indikasi : Perineum kaku
 - ☐ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan :
 - ☐ Suami
 - ☐ Teman
 - ☒ Tidak ada
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Dukun
- Gawat Janin :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan : /
 - ☐ Tidak
- Distosia bahu :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan : /
 - ☒ Tidak
- Masalah lain, sebutkan : /
- Penatalaksanaan masalah tersebut : /
- Hasilnya : /

KALA III

- Lama kala III : 10 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U in ?
 - ☒ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan :
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - ☒ Ya, alasan :
 - ☐ Tidak
- Pengangan tali pusat terkendali ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	20.50	110/80 mmHg	93 x/m	36.10 C	2 jari ↓ pusat	Baik	Kosong
	21.05	110/80 mmHg	99 x/m		2 jari ↓ pusat	Baik	Kosong
	21.20	110/80 mmHg	97 x/m		2 jari ↓ pusat	Baik	Kosong
	21.35	110/80 mmHg	97 x/m		2 jari ↓ pusat	Baik	Kosong
2	22.05	110/80 mmHg	89 x/m	36.10 C	2 jari ↓ pusat	Baik	Kosong
	22.35	120/80 mmHg	93 x/m		2 jari ↓ pusat	Baik	Kosong

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan :
- Plasenta lahir lengkap (intact) ? ☒ Ya / ☐ Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a. /
 - b. /
 - c. /
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / ☒ Tidak
☐ Ya, tindakan :
 - a. /
 - b. /
 - c. /
- Lazerasi :
 - ☒ Ya, dimana : Perineum
 - ☐ Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / ☒ 2 / 3 / 4
Tindakan :
 - ☒ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - ☐ Tidak dijahit, alasan :
- Atoni uteri :
 - ☐ Ya, tindakan : /
 - ☒ Tidak
- Jumlah perdarahan : 2.250 ml
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut : /
- Hasilnya : /

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan : 2.350 gram
- Panjang : 47 cm
- Jenis kelamin : L / ☒ P
- Penilaian bayi baru lahir : (baik) / ada penyulit
Bayi lahir :
 - ☒ Normal, tindakan :
 - ☒ mengeringkan
 - ☒ menghangatkan
 - ☒ rangsang taktil
 - ☒ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 - ☐ mengeringkan
 - ☐ bebaskan jalan napas
 - ☐ rangsang taktil
 - ☐ menghangatkan
 - ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ lain - lain sebutkan :
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
 - ☐ Hipotermi, tindakan :
 - a. /
 - b. /
 - c. /
- Pemberian ASI
 - ☐ Ya, waktu : / jam setelah bayi lahir
 - ☒ Tidak, alasan : Perawatan ibu & bayi terganggu
- Masalah lain,sebutkan : /
- Hasilnya : /

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Reisya putri

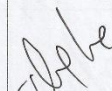
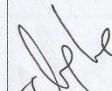
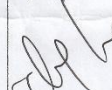
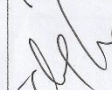
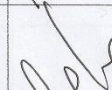
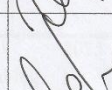
Nama Pembimbing : Ira Hufus Khoerani, M. Keb

NIM : FH6B22075

NIDN : 0410059801

Judul KTI

: ASUHAN KEPIDAWAN IBU BERSALIN PADA NY. R. ULIA 19 TAHUN
GIPCO PARTURIEN PREMATUR 35-36 Minggu Di RSUD dr. Slamet

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	21-04-2025	Konsultasi Judul LTA	Konfirmasi ke bagian akademik		
2.	27-04-2025	Acc Judul LTA	Lanjut buat SOAP tertulis		
3.	18-04-2025	Konsultasi SOAP	Perbaiki, lanjut buat BAB I		
4.	05-05-2025	Konsultasi BAB I	Perbaiki bab I		
5.	06-05-2025	Konsultasi BAB I	Perbaiki bab I		
6.	09-05-2025	Acc BAB I	Acc BAB I, lanjut BAB II, III		
7.	19-05-2025	Konsultasi BAB II, III	Revisi BAB II, III		

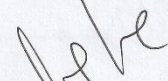
8.	19-05-2025	KONSULTAS BAB II, III	ACC BAB II, III Lanjut BAB IV, V	Ruf	There
9.	23-05-2025	KONSULTASI BAB IV, V	REVISI BAB IV, V, Lengkap LTA	Ruf	There
10.	26-05-2025	KONSULI BAB IV, V	ACC BAB IV, V	Ruf	There
11.	28-05-2025	KONSULTASI Draft LTA	ACC sidang Lengkap LTA	Ruf	There
12.	02-06-2025	Pengajuan sidang	ACC sidang	Ruf	There
13.					
14.					
15.					

Garut JUNI 2025

Mahasiswa

Pembimbing


(Reisyca Putri Welyanti.)


(Ira Hafid Khodam) S.Tr.kab, Bdn., M.kab.

LEMBAR BIMBINGAN REVISI KTI

Nama Mahasiswa : Reysya Putri W Nama Pembimbing : Ica Nofus
NIM : 4468 22075 Nama Penguji I : Bilal Ar-Rohman, M.Tr.Keb
Nama Penguji II : Fitri Hanriyani, S.ST., M.pd.
ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. R USIA 14 TAHUN
Judul KTI : GIPAD PARTURIEN PREMATUR 35-36 MINGGU

No	Hari/Tanggal	Dosen Penguji	Saran Penguji	Paraf Mahasiswa	Paraf Penguji
1.	30 / 06 2025	Fitri Hanriyani S.ST., M.Pd	- Tambah materi antibiotik - tambahkan masalah Psikologis ke bab III	Ref	
2.	16 / 7 2025	Bilqis Ar-Rohman M.Tr. Keb	- perbaiki pendesa - sitasi - cek analsis. - Penatalaksanaan diperbaiki kembali	Ref	
3.	24 / 7 2025.	Bilqis Ar-Rohman M.Tr. Keb	- Acc.	Ref	
4.	24 / 7 2025	Fitri Hanriyani S.ST., M.Pd	- Acc	Ref	
5.					
6.					
7.					

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Reisy Putri Welyanti
Tempat Tanggal lahir : Garut, 16 Maret 2003
Agama : Islam
Email : reisyaputriw@gmail.com
Alamat : Jl. Terusan Pembangunan no.92 Ds.Jayaraga, Kec.
Tarogong Kidul. Kab Garut
Moto : *“its fine to fake it until you make it, until you do,
until its true”*
(Taylor Swift)

2. Riwayat Pendidikan

SD : SDN Pataruman VII
SMP : SMPN 2 Tarogong Kidul
SMA : SMAN 1 Garut
STIKes Karsa Husada Garut