

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.D USIA  
31 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27 MINGGU  
DENGAN PREMATUR KONTRAKSI  
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**CINDY FITRIA RAMANDHANI**

**KHGB22016**



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

**2025**

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd.Keb), baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian 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.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2025

Yang membuat pernyataan

**(Cindy Fitria Ramandhani)**

**KHGB22016**

**LEMBAR PERSETUJUAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**


**JUDUL** : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.D USIA 31  
TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27 MINGGU DENGAN  
PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT  
**NAMA** : CINDY FITRIA RAMANDHANI  
**NIM** : KHGB22016

LTA ini disetujui untuk disidangkan di hadapan Tim Penguji  
Program Studi D3 Kebidanan  
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

**Menyetujui,**

**Pembimbing**



( Bdn. Desy Syswianti, S.ST., M.Kes )

**LEMBAR PENGESAHAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.D USIA 31  
TAHUN G3P2AO GRAVIDA 26-27 MINGGU DENGAN  
PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

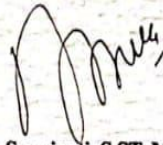
**NAMA : CINDY FITRIA RAMANDHANI**

**NIM : KHGB22016**

Laporan Tugas Akhir ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji  
Program D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Mengesahkan,  
Pembimbing



( Bdn. Desy Syswianti, S.ST., M.Kes )

Penela'ah I



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

Penela'ah II



( Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.K.M )

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D3 Kebidanan



( Lina Humaeroh, SST, M.Kes )

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat, karunia serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul “ **ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.D USIA 31 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27 MINGGU DENGAN PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT**”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan program studi DIII Kebidanan.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, tentunya penulis begitu banyak mendapatkan bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Suryadi, SE., M.Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M. Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh, SST., M.Kes selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
5. Bdn. Desy Syswianti.,S.ST.,M.Kes. selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

6. Bilqis Ar-Rohman, M. Tr. Keb selaku penguji I yang telah menguji dan membimbing
7. Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.K.M selaku penguji II yang telah menguji dan membimbing
8. Seluruh dosen beserta staff Program Studi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
9. Yang tercinta ayahanda bapak Yusuf terimakasih atas dukungan support moril dan materil serta doa yang selalu dilimpahkan kepada saya sehingga saya bisa menyelesaikan studi ini hingga selesai, tak terlepas doa ibu Itoh yang membuat saya selalu kuat dalam menghadapi segala perjalanan dan rintangan dalam menyelesaikan studi ini.
10. Untuk kakak tersayang Sandy Yusuf Ramadhan A.Md.Kep dan Vida Nuralifah A.Md.Kes terimakasih sudah memberikan motivasi bagi saya untuk menjadi lebih baik.
11. Kepada Mumu Abdul Muiz S.H terimakasih sudah sabar menemani saya sejak awal menjadi mahasiswa baru sampai dengan saya menyelesaikan studi ini.
12. Kepada sahabat sekaligus kakak Oftapiya terimakasih sudah menemani, memotivasi dan membimbing saya dalam perjalanan studi kebidanan.
13. Rekan-rekan mahasiswi Program Studi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah berjuang bersama dengan saling memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

14. Ny. D beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, terimakasih atas keramahan, kebaikan serta kerjasamanya selama melakukan asuhan.
15. Seluruh pihak yang terkait dan ikut serta membantu dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Atas segala bantuan, bimbingan serta dukungan, penulis ucapkan terimakasih. Mudah- mudahan segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin Yarrabbal Aalamiin.

Garut, Juni 2025

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.4 Metode Pengumpulan Data .....	5
1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian .....	5
1.6 Manfaat.....	5
<b>BAB II TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	8
2.1.1 Definisi Kehamilan .....	8
2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan .....	8
2.1.3 Tujuan Antenatal Care .....	9
2.2 Prematur Kontraksi .....	9
2.2.1 Definisi.....	9
2.2.2 Etiologi.....	9
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	11
2.2.4 Diagnosis.....	12
2.2.5 Dampak .....	13
2.2.6 Penatalaksanaan .....	14
2.3 Kewenangan Bidan .....	16
2.4 Pendokumentasian.....	17
2.4.1 Pengertian.....	17
2.4.2 Pendokumentasian Sesuai Teori Manajemen Kebidanan dan Langkah Varney .....	18
2.4.3 Metode Dokumentasi SOAP .....	23
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>26</b>

<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>45</b>
4.1 Data Subjektif.....	45
4.2 Data Objektif.....	46
4.3 Analisa.....	47
4.4 Penatalaksanaan .....	48
4.5 Pendokumentasian.....	49
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>50</b>
5.1 Kesimpulan .....	50
5.2 Saran.....	51
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>X</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>xviii</b>

## DAFTAR ISTILAH

Asuhan Kebidanan	: Pelayanan profesional oleh bidan kepada ibu hamil, bersalin, dan nifas
G3P2A0	: Gravida 3 (kehamilan ke-3), Para 2 (2 persalinan hidup), Abortus 0 (tanpa abortus)
Gravida	: Wanita yang sedang hamil atau jumlah kehamilan
Kontraksi Prematur	: Kontraksi rahim sebelum usia kehamilan cukup bulan (20–37 minggu)
Antenatal Care (ANC)	: Pemeriksaan kehamilan secara berkala
Ketuban Pecah Dini (KPD)	:Pecahnya selaput ketuban sebelum waktu persalinan.
Polihidramnion	: Cairan ketuban berlebih.
Preeklamsia	: Komplikasi kehamilan dengan tekanan darah tinggi dan proteinuria.
NICU	: Unit Perawatan Intensif Neonatal
Infus RL	: Ringer Laktat, cairan infus umum
Nifedipine	: Obat tokolitik untuk menghentikan kontraksi
MgSO <sub>4</sub> (Magnesium Sulfat)	: Obat tokolitik untuk menghentikan kontraksi rahim
Dexamethasone	: Kortikosteroid untuk mengkonfigurasi paru janin
Ondansetron	: Obat anti mual
Ranitidine	: Obat untuk mengurangi produksi asam lambung
Manajemen Kebidanan	: Proses sistematis dalam pengasuhan kebidanan berdasarkan Langkah Varney

Langkah Varney : 7 tahapan dalam pemeliharaan kebidanan  
(pengumpulan data, diagnosa, rencana, tindakan,  
evaluasi, dll)

TFU (Tinggi Fundus Uteri) : Ukuran tinggi rahim dari tulang kemaluan

DJJ (Denyut Jantung Janin) : Denyut jantung bayi dalam kandungan

HIS : His atau kontraksi rahim

Leopold : Teknik palpasi perut untuk mengetahui posisi janin

RR/Respirasi : Frekuensi napas

CTG (Cardiotocography) : Alat untuk menjaga denyut jantung janin dan  
kontraksi rahim

Komposmentis : Keadaan sadar penuh

BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) : Bayi lahir dengan berat <2500 gram

## DAFTAR SINGKATAN

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
AIDS	: Acquired Immune Defeciency Syndrome
AKB	: Angka Kematian Bayi
ANC	: Ante Natal Care
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
CTG	: Carditocograhpy
DJJ	: Detak Jantung Janin
DM	: Diabetes Melitus
HBsAg	: Hepatitis B Surface Abntigen
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haida Terakhir
IMT	: Indeks Masa Tubuh
JK	: Jenis Kelamin
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
KIE	: Konseling Informasi Edukasi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KU	: Keadaan Umum

LILA	: Lingkar Lengan Atas
N	: Nadi
NEC	: Necrotizing Entero Cilitis
NICU	: Neonatal Intensive Care Unit
PAP	: Pintu Atas Panggul
RDS	: Respiratory Distress Syndrome
R	: Respirasi
RL	: Ringer Lactate
S	: Suhu
SOP	: Standar Operansional Prosedur
TB	: Tinggi Badan
TBBJ	: Taksiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: Tetanus Toxoid
TPM	: Tetes Per Menit
TTV	: Tanda Tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Prematur kontraksi adalah dimana ibu hamil merasakan adanya kontraksi pada usia kehamilan minggu ke-20 sampai 37 dan dapat terjadi kelahiran prematur. Prematur kontraksi juga sering disebut keadaan yang abnormal karena kontraksi uterus terjadi 2-3 kali per jam yang tidak seharusnya terjadi di usia kehamilan yang belum cukup bulan sehingga 8-10% kehamilan dapat berefek kelahiran prematur (Mardiyarningsih, 2018). Maka dari itu prematur kontraksi dapat mengakibatkan ancaman kelahiran prematur.

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 kejadian prematur kontraksi secara global ada 13,4 juta, di Indonesia pada tahun 2019 memiliki kasus prematur kontraksi yang mencapai 214 jiwa. Sementara di Jawa Barat tercatat sebanyak 7,5% (Kemenkes RI, 2019).

Menurut teori (Wahyu,2018) menyatakan bahwa dampak dari prematur kotraksi pada janin yaitu permasalahan akan terjadinya persalinan prematur, dan kematian janin, selain itu melahirkan bayi prematur juga sering disertai dengan kelainan. Kontraksi dini yang terjadi pada kehamilan perlu dilakukan penatalaksanaan yang tepat agar kontraksi berhenti dan tidak terjadi persalinan prematur.

Salah satu penyebab kematian bayi di Indonesia yaitu prematuritas. Prematuritas merupakan penyebab kematian kedua pada balita setelah pneumonia serta penyebab utama kematian neonatal. Indonesia menjadi Negara terbanyak ke lima dengan jumlah 675.700 kelahiran prematur. Selain itu, Indonesia menduduki peringkat ke 9 angka prevalensi kelahiran prematur tertinggi di dunia yaitu 15,5% per 100.000 kelahiran hidup (WHO,2018).

Berdasarkan data dari (Kementrian Kesehatan, 2024) Angka kematian bayi (AKB) di Jawa Barat adalah 6,4/1000 kelahiran hidup. Penyebab utama kematian pada tahun 2023, diantaranya adalah Respiratory dan Cardiovascular (1%), Kondisi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) atau persalinan prematur dengan persentase sebesar 0,7%. Kelainan Congenital (0,3%), Infeksi (0,3%), Penyakit saraf, penyakit sistem saraf pusat (0,2%), komplikasi intrapartum (0,2%). Belum diketahui penyebabnya (14,5%) dan lainnya (82,8%).

Adapun faktor medis terjadinya prematur kontraksi diantaranya adalah inkompetensi serviks, trauma, riwayat persalinan preterm, perdarahan antepartum, dehidrasi, distensi uterus, abnormalitas uterus dan janin, kematian intra urine, kehamilan kembar, infeksi, preeklamsi, polihidramnion, DM, ketuban pecah, dan plasenta previa (Lusi Lestari, 2021). Prematur kontraksi ditandai dengan kontraksi dini yang intens di waktu belum cukup bulan namun diiringi dengan pembukaan serviks, kram seperti datang bulan, nyeri pinggang bagian bawah, keputihan, dan ada tekanan panggul ke bagian bawah.

Dampak terhadap Kesehatan Perempuan secara umum dalam kasus prematur kontraksi ini adalah dampak terhadap fisik yang akan menyebabkan

resiko kelahiran prematur bahkan perdarahan, infeksi / peradangan serta kehamilan resiko tinggi. Kemudian dampak terhadap Psikologis yang dimana ibu akan mengalami stress / kecemasan akan kelahiran prematur dan depresi antenatal atau postpartum bahkan trauma pada ibu. Adapun dampak terhadap Sosial Ekonomi yaitu biaya perawatan yang tinggi untuk perawatan bayi selama di rumah sakit, terbatasnya aktivitas sosial dan pekerjaan ibu dikarekan ibu harus isitirahat total serta gangguan pada peran ibu yang akan merasa gagal dalam menjalankan kehamilan secara sehat atau normal.

Kebijakan pemerintah dalam menangani kasus prematur kontraksi sangat penting untuk menurunkan angka kelahiran prematur dan untuk meningkatkan keselamatan ibu serta bayi. Maka dari itu di perlukan peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan atau skrining resiko tinggi, kemudian galakan program edukasi dan sosialisasi pemeriksaan anc secara rutin, lakukan intervensi nutrisi suplementasi dan deteksi dini serta penyusunan penegakan kebijakan jaminan layanan melalui JKN untuk kelahiran bayi prematur yang membutuhkan perawatan intensif selama di NICU.

Peran bidan dalam permasalahan prematur kontraksi mendeteksi secara dini adanya prematur kontraksi dan berkolaborasi / rujukan dan pengawasan untuk mencegah terjadinya persalinan prematur. Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik mengambil kasus dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA Ny. D USIA 31 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27 MINGGU DENGAN PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT”**.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah dalam laporan tugas akhir ini adalah **“Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2A0 Gravida 26-27 Minggu Dengan Prematur Kontraksi di RSUD dr Slamet Garut?”**.

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2AO Gravida 26-27 Minggu Dengan Premature Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut menggunakan Manajemen Varney dan SOAP.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melaksanakan pengkajian data subjektif pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2AO Gravida 26-27 Minggu Dengan Premature Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Melaksanakan pengkajian data objektif pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2AO Gravida 26-27 Minggu Dengan Premature Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Menetapkan analisa pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2AO Gravida 26-27 Minggu Dengan Premature Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melakukan penatalaksanaan pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2AO Gravida 26-27 Minggu Dengan Premature Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut.

- 5) Melakukan pendokumentasian Ny. D Usia 31 Tahun G3P2AO Gravida 26-27 Minggu Dengan Premature Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut.

#### **1.4 Metode Pengumpulan Data**

Penulis melakukan asuhan kebidanan secara langsung kepada pasien.

Adapun teknik pengumpulan data yaitu dengan cara :

##### **1.4.1 Data Primer**

Pengumpulan data primer diperoleh dengan cara melakukan pengkajian data dan pengamatan terhadap perkembangan status kesehatan pasien.

Data subjektif diperoleh dengan wawancara dengan alat bantu format pengkajian. Data objektif diperoleh melalui observasi dan pemeriksaan langsung kepada pasien.

##### **1.4.2 Data Sekunder**

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan dua cara yaitu. Pengambilan data dari status pasien dan buku register atau rekam medik pasien di ruangan serta studi kasus tentang Asuhan Kebidanan Ibu Hamil dengan Premature Kontraksi.

#### **1.5 Waktu dan Tempat Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 6 Februari 2025 sampai dengan pasien pulang pada tanggal 8 Februari 2025 di RSUD dr. Slamet Garut.

#### **1.6 Manfaat**

##### **1.6.1 Manfaat Teoritis**

Hasil dari penulisan ini diharapkan dapat memberikan dan menambah ilmu baru terhadap pengembangan ilmu pengetahuan,

khususnya dalam bidang obstetri dan kebidanan, mengenai tanda gejala, faktor penyebab, serta pencegahan kontraksi prematur. Selain itu, hasil penulisan ini diharapkan bisa menjadi dasar bagi penelitian-penelitian selanjutnya dalam upaya menurunkan angka kelahiran prematur serta meningkatkan kualitas pelayanan antenatal.

### **1.6.2 Manfaat Praktis**

#### **1) Bagi Penulis**

Diharapkan penulis dapat lebih memahami bagaimana cara memberikan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan, sehingga dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar terutama pada asuhan kebidanan ibu hamil dengan premature kontraksi .

#### **2) Bagi Masyarakat**

Diharapkan masyarakat, khususnya ibu hamil, dapat memperoleh informasi dan edukasi mengenai tanda-tanda awal kontraksi prematur sehingga mampu melakukan deteksi dini dan segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

#### **3) Bagi Institusi Kesehatan**

Diharapkan Rumah Sakit dapat menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan, termasuk penanganan yang intensif pada kasus Premature Kontraksi dengan cara melakukan asuhan yang sesuai dengan Standar Operasional.

#### **4) Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan kajian, informasi untuk pendidikan dan referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melakukan asuhan kebidanan khususnya pada asuhan kebidanan ibu hamil dengan poremature kontraksi .

## **BAB II**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **2.1 Konsep Dasar Kehamilan**

##### **2.1.1 Definisi Kehamilan**

Kehamilan adalah suatu perjalanan alamiah selama 280 hari atau sekitar 40 minggu, yang dimulai dengan tertanamnya hasil konsepsi didalam atau di luar rahim sejak hari pertama haid terakhir. Kehamilan akan melibatkan adanya perubahan besar pada kehidupan seorang wanita karena pada fase ini perubahan fisik maupun psikologis tidak dapat dihindari untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan dari janin. Kehamilan ini akan berakhir ketika terjadinya aborsi atau persalinan spontan atau elektif (Pascual & Langaker, 2023; Sanjaya et al., 2021). Selain itu, menurut teori Dahlan kehamilan diartikan sebagai proses normal yang dimulai dari konsepsi sampai dengan bersalin aterm yang berlangsung selama 280 sampai 300 hari (Dahlan & Umrah, 2017).

##### **2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan**

Proses kehamilan dapat terjadi ketika sel telur yang matang, dilepaskan dari ovarium wanita, dan dibuahi oleh sperma laki-laki dalam saluran tuba fallopi. Setelah pembuahan, sel telur yang telah dibuahi (zigot) akan berkembang menjadi embrio dan bergerak menuju rahim untuk menempel/implantasi pada dinding rahim (endometrium). Setelah

menempel, embrio mulai berkembang menjadi janin dan tumbuh dalam rahim selama periode kehamilan (Kemenkes RI, 2021).

### **2.1.3 Tujuan Antenatal Care**

Menurut *World Health Organization (WHO) antenatal care* selama kehamilan untuk mendeteksi dini terjadinya risiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin. Idealnya bila tiap wanita hamil mau memeriksakan kehamilannya, bertujuan untuk mendeteksi kelainan-kelainan yang mungkin ada atau akan timbul pada kehamilan tersebut cepat diketahui, dan segera dapat di atasi sebelum berpengaruh tidak baik terhadap kehamilan tersebut dengan melakukan pemeriksaan antenatal care (Miftahul Khairoh, 2019).

## **2.2 Prematur Kontraksi**

### **2.2.1 Definisi**

Prematur kontraksi merupakan proses yang bersifat multifaktor yaitu memiliki keterikatan antara faktor satu dengan faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap persalinan prematur. Prematur kontraksi ialah kondisi dimana ibu hamil mengalami kontraksi sebelum waktunya, biasanya terjadi pada usia kehamilan 20-37 minggu yang dapat menimbulkan kelahiran prematur (Surya & Pudyastuti, 2019).

### **2.2.2 Etiologi**

Yang merupakan terjadinya faktor resiko prematur kontraksi ialah usia ibu, pekerjaan ibu, status gizi, kondisi sosio ekonomi, riwayat

persalinan prematur sebelumnya, paritas, jarak kehamilan, *antenatal care*, dan penyakit kehamilan (Meihartati, 2017).

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Ayu pada dasarnya ibu hamil diperbolehkan untuk bekerja tetapi jangan terlampaui berat, ibu juga harus mengatur waktu untuk istirahat, karena bila terlalu lelah bekerja dikhawatirkan dapat merangsang kontraksi rahim lebih awal. Kerja fisik pada saat hamil dan bekerja lebih dari 3 jam perhari dapat berakibatkan kelelahan. Bekerja terlalu lelah akan meningkatkan produksi hormon oksitosin oleh hipofise posterior yang merupakan pemicu terjadinya kontraksi dini (Ayu. W,dkk 2019).

Adapun faktor medis terjadinya prematur kontraksi diantaranya adalah inkompetensi serviks, trauma, riwayat persalinan preterm, perdarahan antepartum, dehidrasi, distensi uterus, abnormalitas uterus dan janin, kematian intra urine, kehamilan kembar, infeksi, preeklamsi, polihidramnion, DM, ketuban pecah, dan plasenta previa (Lusi Lestari, 2021).

Menurut penelitian yang dilakukan Laura berhubungan badan juga dapat menyebabkan kontraksi karena adanya peningkatan pelepasan prostaglandin melalui kontak dengan leher Rahim (Laura E.Jansen et. al ,2023). Berdasarkan Penelitian Jurnal Keperawatan Muhammadiyah 8 (2) 2023. Ibu yang memiliki pola seksual tidak tepat berisiko mengalami KPD dan Kontraksi Dini sebanyak 10 kali. Ibu hamil yang melakukan hubungan seksual saat trimester III dengan frekuensi berlebihan akan berisiko

mengalami ketuban pecah dini karena sperma yang dihasilkan setiap kali berhubungan intim mengandung prostaglandin sehingga akan terus merangsang kontraksi, ini dengan demikian semakin sering berhubungan intim maka akan semakin besar kontraksi yang ditimbulkan sehingga berakibat kontraksi dini sebelum waktunya. Posisi yang baik dalam berhubungan pada saat kehamilan trimester III yaitu tidak menekan perut. Jika hubungan tidak tepat posisi akan menyebabkan ibu hamil merasa tidak nyaman dan tidak rileks terlebih melakukan gerakan dengan terlalu kencang yang menyebabkan ketuban pecah sebelum waktunya sehingga menimbulkan kontraksi dini (Suryoprajogo, 2018).

Menurut para ahli hubungan seksual selama hamil yang dirasakan setiap pasangan biasanya berlangsung sekitar 30 menit hingga terasa tidak nyaman. Karena apabila dilakukan lebih dari itu dapat menyebabkan kontraksi lebih kuat bahkan menyebabkan ketuban pecah dini, akibat terlalu dalam dan lamanya penetrasi (Suprayanto, 2010).

Penelitian ini sesuai dengan teori Suprayanto tersebut karena terlihat pada hasil penelitian ibu hamil yang melakukan hubungan seksual lebih dari 30 menit lebih banyak yang mengalami kontraksi daripada ibu hamil yang hanya melakukan hubungan seksual selama maksimal 30 menit saja (Suprayanto, 2010 Indonesian Journal of Midwifery ).

### **2.2.3 Tanda dan Gejala**

Berdasarkan teori menurut Lusi prematur kontraksi ditandai dengan kontraksi dini yang intens di waktu belum cukup bulan namun diiringi

dengan pembukaan serviks, kram seperti datang bulan, nyeri pinggang bagian bawah, keputihan, dan ada tekanan panggul kebagian bawah (Lusi Lestari, 2021).

Adapun keluhan yang dapat dirasakan oleh ibu hamil dengan prematur kontraksi yaitu ibu merasakan nyeri punggung, adanya kontraksi *Braxton hicks*, nyeri tumpul pada pinggang namun berbeda dari nyeri punggung yang bisa terjadi pada ibu hamil umumnya, serta keluarnya perdarahan pervaginam dengan lebih kental. Nyeri yang dirasakan lebih sering dari setiap 10 menit selama 1 jam atau lebih dan tidak mereda dengan tidur berbaring (Rafika, 2020).

#### **2.2.4 Diagnosis**

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. *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 1997) mengusulkan kriteria persalinan preterm yaitu :

- (1) kontraksi terjadi 4 kali dalam 20 menit atau 8 kali dalam 60 menit disertai dengan perubahan serviks;
- (2) dilatasi serviks lebih dari 1 cm, penipisan lebih dari atau sama dengan 80%.

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 (Buku Panduan Persalinan Preterm, Cetakan ke-1 2019).

### **2.2.5 Dampak**

Dampak dari prematur kontraksi pada janin yaitu permasalahan akan terjadinya persalinan prematur, kematian janin, melahirkan bayi prematur sering disertai dengan kelainan, baik kelainan jangka pendek maupun jangka panjang. Kelainan jangka pendek yang sering terjadi adalah: *Respiratory Distress Syndrome* (RDS), perdarahan intra/periventrikular, *Necrotizing Enterocolitis* (NEC), displasi bronkopulmoner, sepsis, dan paten duktus arteriosus. Adapun kelainan jangka panjang sering berupa serebral palsy, retinopati, retardasi mental, juga dapat berupa disfungsi *neurobehavioral* dan prestasi sekolah yang kurang baik (Wahyu,2018).

Risiko komplikasi yang terjadi pada ibu dengan persalinan premature biasanya adalah trauma persalinan dan terjadi perdarahan, dapat mengakibatkan terjadinya perlukaan yang luas pada jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina dan perineum (Wahyuni, R.& Rohani.2017).

### 2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang tepat agar kontraksi berhenti dan tidak terjadi persalinan premature ialah kombinasi antara hidrasi, monitor aktivitas uterus, evaluasi perubahan serviks, pemberian tokolitik, bedrest, pematangan paru dengan kortikosteroid serta pencegahan infeksi. (Saifudin, 2015).

Adapun beberapa faktor persalinan yang tidak dapat dihambat yaitu kondisi dimana, selaput ketuban pecah, pembukaan serviks lebih dari 4 cm, usia kehamilan dengan tafsiran berat janin >2000 gram dan kehamilan > 34 minggu.

Ada 2 prinsip penatalaksanaan persalinan prematur yaitu penundaan persalinan dengan menghentikan kontraksi uterus atau persalinan berjalan terus dan siap penanganan selanjutnya. Berikut beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan:

#### 1) Tirah baring

Kepentingan istirahat sebenarnya disesuaikan dengan kebutuhan ibu, namun secara statistik tidak terbukti dapat mengurangi kejadian persalinan prematur.

#### 2) Teknik Relaksasi

Nyeri persalinan dapat dikendalikan dengan 2 metode yaitu farmakologis dan nonfarmakologis. Metode penghilang rasa nyeri secara farmakologis adalah metode penghilang rasa nyeri dengan menggunakan obat-obat kimiawi, sedangkan metode non farmakologis

adalah metode penghilang rasa nyeri secara alami tanpa menggunakan obat-obat kimiawi caranya dengan melakukan teknik relaksasi, yang merupakan tindakan eksternal yang mempengaruhi respon internal individu terhadap nyeri. Manajemen nyeri dengan tindakan relaksasi mencakup relaksasi otot, nafas dalam, masase, meditasi dan perilaku (Hamdiah Ahmar, 2021).

### 3) Hidrasi dan sedasi

Hidrasi oral maupun intravena sering dilakukan untuk mencegah persalinan preterm, karena sering terjadi hipovolemik pada ibu dengan kontraksi premature, walaupun mekanisme biologisnya belum jelas. Preparat morfin dapat digunakan untuk mendapatkan efek sedasi (tenang mengurangi ketegangan).

### 4) Pemberian Tokolitik

Adapun tokolitik yang digunakan pada kasus dengan persalinan premature adalah :

#### a) Nifedipine

Nifedipine adalah antagonis kalsium yang diberikan per oral dengan dosis inisial 20 mg dilanjutkan 10 - 20 mg, 3 -4 x perhari, disesuaikan dengan aktivitas uterus sampai 48 jam. Dosis maksimal 60mg/ hari, komplikasi yang dapat terjadi adalah sakit kepala dan hipotensi. Cara pemberian nifedipine 10 mg/oral diulang 2-3x I jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang, keberhasilan nifedipine dalam mencegah persalinan premature dan

menghilangkan kontraksi dimana efektivitas nifedipine dalam waktu 2x24 jam tanpa kontraksi adalah sebesar 74, 28 % hal ini disesuaikan dengan penelitian (Suhartina, 2017).

b) MgSO<sub>4</sub>

Magnesium sulfat dipakai sebagai tokolitik yang diberikan secara parenteral dengan dosis awal Loading dose 4 gram MgSO<sub>4</sub> (10 cc MgSO: 40%) dilarutkan kedalam 100 cc ringer laktat, diberikan selama 15-20 menit. Setelah habis loading dose dilanjutkan dengan dosis rumatan 8 gr dilarutkan dalam 500 cc RL. Tetesan 20 gtt/menit selama 4 jam (Standar Prosedur Operasional RSUD dr. Slamet Garut, 2023).

5) Pemberian Kortikosteroid

Pemberian kortikosteroid/ Dexamethasone Pemberian terapi kortikosteroid dimaksud untuk pematangan surfaktan paru janin. Menurunkan insiden RDS, mencegah perdarahan intra venticular yang akhirnya menurunkan kematian neonatus. Cara pemberian obat yaitu betametason (12 mg per 24 jam secara intravena/intramuskular, selama 2 deksametason 6 mg per 12 jam secara intravena/intramuskular, selama 2 hari (FA Azzahra, T Yulianti 2022).

### **2.3 Kewenangan Bidan**

Dalam Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang Ijin Penyelenggaraan Praktik Bidan, bidan memiliki peran penting dalam memberikan asuhan

kebidanan, termasuk dalam kasus persalinan prematur. Bidan juga diharapkan untuk bekerja sama dengan tim medis lainnya untuk memberikan perawatan yang komprehensif, peran bidan dalam mengatasi prematur kontraksi adalah:

- 1) Deteksi dini yang dimana Bidan melakukan deteksi dini tanda-tanda persalinan prematur, seperti kontraksi uterus yang kuat dan teratur sebelum usia kehamilan 37 minggu.
- 2) Bidan memberikan asuhan kebidanan untuk mengurangi kontraksi dan memperlambat proses persalinan prematur.
- 3) Melakukan kolaborasi dengan dokter dan tim medis lainnya untuk memberikan perawatan yang tepat.
- 4) Bidan memberikan pendidikan kepada ibu hamil tentang tanda-tanda persalinan prematur dan cara mengatasinya.
- 5) Bidan harus melakukan pengawasan & memantau kondisi ibu dan janin secara terus-menerus untuk mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi.

## **2.4 Pendokumentasian**

### **2.4.1 Pengertian**

Dokumentasi kebidanan yaitu sebuah proses mencatat dan melaporkan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan secara tertulis untuk kepentingan pasien, bidan maupun tenaga kesehatan berdasarkan komunikasi yang sah dan lengkap sebagai bentuk tanggung jawab bidan. Selain itu, dokumentasi merupakan suatu bentuk kegiatan mengumpulkan, menyimpan dan menyebarkan informasi untuk mempertahankan

sebuah fakta penting secara berkelanjutan terhadap suatu peristiwa. Dengan bahasa lain, dokumentasi merupakan sebuah keterangan yang tertulis maupun terekam tentang data subjektif pasien melalui wawancara dan anamnesa, serta data objektif pasien melalui pemeriksaan fisik dan laboratorium, penegakan diagnosa, perencanaan asuhan, pelaksanaan asuhan, evaluasi asuhan, tindakan medis yang diberikan kepada pasien baik rawat jalan, rawat inap maupun pelayanan gawat darurat (Roza, 2022).

#### **2.4.2 Pendokumentasian Sesuai Teori Manajemen Kebidanan dan**

##### **Langkah Varney**

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis dalam memberikan asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Arlenti, 2021).

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Arlenti, 2021).

Dalam manajemen kebidanan terdapat 7 langkah-langkah Varney yaitu sebagai berikut: (Arlenti, 2021)

1) Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini kita harus mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara

- a) Anamnesa
- b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
- c) Pemeriksaan khusus
- d) Pemeriksaan penunjang

Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam penatalaksanaan maka kita perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Tahapan ini merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga kita harus melakukan pendekatan yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi atau masukan klien yang sebenarnya dan tidak valid. Setelah itu kita perlu melakukan pengkajian kembali data yang sudah didapat apakah sudah tepat, lengkap dan akurat atautkah belum.

## 2) Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini kita akan melakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah didapatkan pada pengumpulan data dasar. Data dasar yang telah didapatkan

diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah yang terjadi pada klien tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan.

### 3) Langkah III : Mendidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnose atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dapat dilakukan pencegahan. Pada langkah ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi penanganan agar masalah atau diagnose potensial tidak terjadi

### 4) Langkah IV : Mengidentifikasi Perlunya Tindakan Segera Oleh Bidan Atau Dokter

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan dan ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan keseimbangan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus.

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi

klien. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnose atau masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency atau segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan

#### 5) Langkah V : Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh Yang Ditentukan Oleh Langkah Sebelumnya

Pada langkah ini harus merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosis yang telah teridentifikasi atau diantisipasi pada langkah sebelumnya. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dan kondisi klien atau masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang berkaitan dengan social ekonomi kultural atau masalah psikologi.

Seperti rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

#### 6) Langkah VI : Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh itu seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya yaitu dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

#### 7) Langkah VII : Evaluasi Keefektifan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung didalam situasi klinik, maka dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik.

### 2.4.3 Metode Dokumentasi SOAP

#### 1) Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada pasien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibelakang huruf "S", diberikan tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang disusun (Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, 2019).

#### 2) Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, hasil pemeriksaann laboratorium. Catatan medik dan informasi dan keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

#### 3) Analisa

Langkah selanjutnya adalah analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi ( kesimpulan ) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif. Maka proses pengkajian data akan menjadi dinamis.

Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

#### 4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan aspiratif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya (Poltekkes Kemenkes Palangka Raya ,2019).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY.D USIA 31 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27 MINGGU DENGAN PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD DR.SLAMET GARUT**

Tanggal Pengkajian : 06 Februari 2025  
Waktu Pengkajian : 21.40 WIB  
Tempat Pengkajian : Ruang Jade  
Pengkaji : Cindy Fitria R

#### **A. DATA SUBJEKTIF**

##### 1. Identitas

###### a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. D	Nama	: Tn. U
Umur	: 31 Tahun	Umur	: 27 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Sunda	Suku/Bangsa	: Sunda
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Karyawan Swasta	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Alamat	: Kp. Kudang Sari Ds. Tarogong Kaler		

## 2. Alasan Datang

Ibu mengatakan mulas hilang timbul sejak pagi hari tadi sekitar pukul 10.00 WIB , kemudian ibu datang ke Puskesmas Tarogong untuk memeriksakan kehamilannya, lalu ibu dirujuk ke RSUD dr Slamet atas indikasi Prematur Kontraksi.

## 3. Keluhan Utama

Ibu mengaku sedang hamil 7 bulan, mengeluh nyeri pinggang menjalar dan mulas intens dari sore sekitar pukul 15.00 WIB disertai mual dan muntah sudah 2 kali sejak jam 20.00 WIB, tidak ada pengeluaran lendir bercampur darah maupun air ketuban dari jalan lahir gerakan janin masih dirasakan. Riwayat berhubungan badan pada tanggal 04 dan 06 Februari 2025.

## 4. Riwayat Obstetri

### a. Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 Tahun

Siklus : 28 Hari

Lamanya : 6-7 Hari

Dismenorrhoe : Tidak Ada

### b. Riwayat Kehamilan Sekarang

a) a.HPHT : 30 Juli 2024

b) Ibu melakukan ANC secara rutin di puskesmas dan posyandu sebanyak 5x, yaitu 2x saat di Trimenster I dan 3x saat di Trimester II

c) Ibu mengatakan pergerakan janin dirasakan sejak usia kehamilan 16 minggu

- d) Ibu mengatakan sudah imunisi TT sebanyak 2 kali
- e) Ibu mengatakan selama hamil hanya mengkonsumsi obat FE yang diberi oleh bidan
- f) Ibu berencana bersalin di Puskesmas

#### 5. Riwayat Kehamilan, Persalihan dan Nifas yang lalu

No	Tahun	Tempat	Jenis Persalinan	Penolong	JK	BB	PB	Usia Kehamilan	Keadaan	Penyulit
1.	2012	PKM	Normal	Bidan	L	3000	50	39 minggu	Hidup	-
2.	2019	PKM	Normal	Bidan	P	2700	49	35 minggu	Hidup	KPD

#### 6. Riwayat Kesehatan

Ibu dan keluarga mengatakan tidak memiliki penyakit berat maupun menurun seperti Asma, Hipertensi, Diabetes dan Jantung. Ibu juga tidak memiliki alergi makanan dan obat-obatan.

#### 7. Rawayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi/ginekologi.

#### 8. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB Suntik 1 bulan selama 1 bulan, alasan berhenti menggunakan kb karena ingin mempunyai anak.

#### 9. Riwayat Pemenuhan Kebutuhan Dasar

##### a. Pola Nutrisi

- 1) Makan : Nasi, sayuran, lauk

Frekuensi : 3x/hari

2) Minum : Air putih

Frekuensi : 8-9gelas/hari (ukuran gelas  $\pm$ 150ml)

b.Pola Istirahat

1) Siang : -

2) Malam :  $\pm$ 5-7 jam

c.Eliminasi

1) BAK :  $\pm$ 4-5x

2) BAB : 1x/hari

d. Personal hygiene

1) Mandi : 2x/hari

e. Pola Seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 1x dalam seminggu

#### 10. Psikososial dan Sepiritual

Ibu mengatakan ini pernikahan yang ke-2 usia ibu saat menikah 29 tahun dan suami berusia 25 tahun, respon keluarga dan suami terhadap kehamilannya sangat mendukung, selalu mendoakan semoga persalinannya berjalan dengan lancar sehingga ibu dan bayi sehat dan selamat.

## **B. DATA OBYEKTIF**

### **1. Pemeriksaan Umum**

a. Keadaan umum : Sakit sedang

b. Kesadaran : Composmentis

- c. Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 120/70mmHg  
 Nadi : 91x/menit  
 Suhu : 36,1°C  
 Respirasi : 22x/menit  
 Spo2 : 98%
- d. Antropometri : BB sebelum hamil : 63kg  
 BB sekarang : 72kg  
 Tinggi Badan : 160cm  
 IMT : 24,6 (Normal)  
 LILA : 26cm

## 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Normal, rambut bersih, tidak ada nyeri tekan
- b. Muka : Normal, tidak oedema dan tidak pucat
- c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- d. Hidung : Tidak ada secret, fungsi penciuman baik
- e. Mulut : Bibir lembab, tidak pucat, fungsi pengecapan baik
- f. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid
- h. Payudara : Puting susu menonjol, tidak ada benjolan, colostrum belum keluar
- i. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi

- Leopold I : Bagian fundus teraba bulat lunak tidak melenting ( bokong)
- Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba datar keras memanjang (punggung) , bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin ( ekstremitas )
- Leopold III : Bagian terbawah teraba bulat keras melenting (kepala) belum masuk PAP
- Leopold IV : Konvergen
- TFU : 24 cm
- TBBJ : 1860 gram
- DJJ : 140x/menit
- HIS : 2-3x 10'15''
- j. Genitalia : Vulva/Vagina : Tidak Ada Kelainan  
 Portio : Tebal Kaku  
 Pembukaan : Tertutup
- k. Ekstermitas : Simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, tidak varises, dan tidak ada nyeri tekan

### 3. DATA PENUNJANG

- Hemoglobin : 12,8 gr/dl
- Golongan Darah : A
- Protein urine : Negatif
- HIV/AIDS : Negatif
- Sypilis : Negatif

HBsAg : Negatif

### C. ANALISA

G3P2A0 Gravida 27-28 Minggu Dengan Premature Kontraksi Janin Tunggal Hidup Intra Uterine

### D. PENATALAKSANAN

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

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan memahami

2. Melakukan kolaborasi dengan dr untuk pemberian therapy dan Tindakan selanjutnya

Evaluasi : Advice dr berikan :

- Dexamethasone 2x6mg
- Nifedifine 3x20mg
- Ondansetron 2x8mg
- Ranitidine 2x150mg
- Lakukan pemasangan CTG

3. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pasien harus dilakukan perawatan konservatif selama beberapa hari kedepan sampai keadaan pasien membaik

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

4. Melakukan informed concent akan dilakukan tindakan selanjutnya

Evaluasi : Ibu dan keluarga menyetujui

5. Mengganti cairan infus

Evaluasi : Terpasang infus RL 20 tpm

6. Memberikan therapi nifedifine 3x20mg

Evaluasi : sudah diberikan pukul 21.50 wib

7. Melakukan pemasangan CTG

Evaluasi ; pemasangan CTG sudah terpasang pukul 21.55 wib

8. Menganjurkan pasien untuk bedrest, mengubah posisi dan melakukan

Teknik relaksasi pernafasan untuk mengurangi kontraksi

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukan

9. Memberikan KIE tentang premature kontraksi (pengertian, penyebab, gejala, dan dampak dari premature kontraksi)

10. Mengobservasi K/U, TTV, DJJ, dan HIS

Evaluasi : Dilakukan

11. Pencatatan dan Pendokumentasian

Evaluasi : Sudah dilakukan

**3.2 CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN KEBIDANAN IBU  
HAMIL PADA NY.D USIA 31 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27  
MINGGU DENGAN PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD dr.  
SLAMET GARUT**

Tanggal Pengkajian : 06 Februari 2025

Waktu Pengkajian : 22.15 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Jade  
 Pengkaji : Cindy Fitria R

### A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih merasa mulas, mual dan muntah 1x, Gerakan janin masih dirasakan

### B. DATA OBJEKTIF

#### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Sakit sedang
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda Vital: Tekanan Darah : 110/80mmHg

Nadi : 88x/menit

Suhu : 36,2°C

Respirasi : 22x/menit

Spo2 : 98%

- d. Antropometri : Berat Badan : 72kg

Tinggi Badan : 160cm

IMT : 24,6 (Normal)

#### 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Normal, tidak oedema dan tidak pucat
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- c. Mulut : Bibir lembab, tidak pucat, fungsi pengecapan baik
- d. Abdomen : DJJ : 137x/menit  
 HIS : 2x10'15"

- e. Ekstremitas : Atas : Terpasang infus RL di tangan kanan  
 Bawah : Tidak ada kelainan

### **C. ANALISA**

G3P2A0 Gravida 27-28 Minggu Dengan Premature Kontraksi Janin Tunggal Hidup Intra Uterine

### **D. PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan  
 Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan memahami
2. Memberitahu kepada pasien mengenai hasil CTG menandakan tidak ada kelainan dan semua dalam batas normal  
 Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui
3. Memberikan therapy sesuai advice dr  
 Evaluasi : Therapy Dexamethasone 2x6mg, Ondansetron 2x8mg dan Ranitidine 2x150mg sudah diberikan pada pukul 22.15 WIB
4. Menganjurkan ibu untuk beristirahat, dan tidur dalam posisi semi fowler untuk mengurangi mual  
 Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia melakukannya
5. Mengobservasi K/U, TTV, dan HIS  
 Evaluasi : KU sakit sedang, TTV dalam batas normal, HIS sudah mulai berkurang durasinya sejak pemberian therapy pertama
6. Melakukan Pendokumentasian  
 Evaluasi : Dokumentasi dalam bentuk SOAP

**3.3 CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN KEBIDANAN IBU  
HAMIL PADA NY.D USIA 31 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27  
MINGGU DENGAN PREMATURE KONTRAKSI DI RSUD dr.  
SLAMET GARUT**

Tanggal Pengkajian : 07 Februari 2025

Waktu Pengkajian : 09.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Jade

Pengkaji : Cindy Fitria R

**A. DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan sedikit membaik, tetapi masih merasa mulas namun sudah sedikit berkurang dan mual, Gerakan janin masih dirasakan

**B. DATA OBJEKTIF**

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Sakit sedang
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda Vital : Tekanan Darah : 110/80mmHg
  - Nadi : 85x/menit
  - Suhu : 36,4°C
  - Respirasi : 21x/menit
  - Spo2 : 98%

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Normal, tidak oedema dan tidak pucat
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

- c. Mulut : Bibir lembab, tidak pucat, fungsi pengecapan baik
- d. Abdomen : DJJ : 142x/menit  
 HIS : 1x10'10"
- e. Ekstremitas : Atas : Terpasang infus RL di tangan kanan  
 Bawah : Tidak ada kelainan

### C. ANALISA

G3P2A0 Gravida 27-28 Minggu Dengan Premature Kontraksi Janin Tunggal Hidup Intra Uterine

### D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan  
 Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan memahami
2. Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa keluhan kontraksi ibu sudah mulai berkurang menjadi 1x10'10"  
 Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui
3. Mengganti cairan infus rl  
 Evaluasi : Terpasang infus rl 20 TPM
4. Memberikan therapy sesuai advice dr  
 Evaluasi : Therapy Dexamethasone 2x6mg, Nifedifin 3x20mg, Ondansetron 2x8mg dan Ranitidine 2x150mg sudah diberikan pukul 09.00 WIB
5. Mengobservasi KU, TTV dan HIS  
 Evaluasi : KU baik, TTV dalam batas normal dan HIS sudah berkurang
6. Menganjurkan ibu untuk untuk beristirahat, mengubah posisi dan melakukan teknik relaksasi pernafasan untuk mengurangi kontraksi

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukan

7. Melakukan Pendokumentasian

Evaluasi : sudah dilakukan dalam bentuk SOAP

**3.4 CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN KEBIDANAN IBU  
HAMIL PADA NY.D USIA 31 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27  
MINGGU DENGAN PREMATURE KONTRAKSI DI RSUD dr.  
SLAMET GARUT**

Tanggal Pengkajian : 07 Februari 2025

Waktu Pengkajian : 21.30 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Jade

Pengkaji : Cindy Fitria R

**A. DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan keadaanya sudah mulai membaik mulas nya sudah berkurang dan sudah merasa nyaman , Gerakan janin masih dirasakan

**B. DATA OBJEKTIF**

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Sakit sedang

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda-tanda Vital : Tekanan Darah : 110/70mmHg

Nadi : 86x/menit

Suhu : 36,2°C

Respirasi : 21x/menit

Spo2 : 99%

## 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Normal, tidak oedema dan tidak pucat
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- c. Mulut : Bibir lembab, tidak pucat, fungsi pengecapan baik
- d. Abdomen : DJJ : 136x/menit  
HIS : 1x dalam 2 jam lamanya 10 detik
- e. Ekstremitas : Atas : Terpasang infus RL di tangan kanan  
Bawah : Tidak ada kelainan

## C. ANALISA

G3P2A0 Gravida 27-28 Minggu Dengan Premature Kontraksi Janin  
Tunggal Hidup Intra Uterine

## D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan  
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan memahami
2. Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa keluhan kontraksi ibu sudah mulai berkurang dan semakin jarang  
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui
3. Memberikan therapy sesuai advice dr  
Evaluasi : Therapy Dexamethasone 2x6mg, Nifedifin 3x20mg, dan Ranitidine 2x150mg sudah diberikan pukul 21.00 WIB
4. Mengobservasi KU, TTV dan HIS

Evaluasi : KU baik, TTV dalam batas normal dan HIS sudah berkurang

5. Mengajarkan ibu untuk istirahat

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukan

6. Melakukan Pendokumentasian

Evaluasi : sudah dilakukan dalam bentuk SOAP

**3.5 CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN KEBIDANAN IBU  
HAMIL PADA NY.D USIA 31 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27  
MINGGU DENGAN PREMATURE KONTRAKSI DI RSUD dr.  
SLAMET GARUT**

Tanggal Pengkajian : 08 Februari 2025

Waktu Pengkajian : 09.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Jade

Pengkaji : Cindy Fitria R

**A. DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan kedaanya sudah makin membaik , sudah tidak ada mulas dan mual , Gerakan janin masih dirasakan

**B. DATA OBJEKTIF**

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda-tanda Vital : Tekanan Darah : 100/80mmHg

Nadi	: 87x/menit
Suhu	: 36,5°C
Respirasi	: 21x/menit
Spo2	: 99%

## 2. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Normal, tidak oedema dan tidak pucat
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- c. Mulut : Bibir lembab, tidak pucat, fungsi pengecapan baik
- d. Abdomen : DJJ : 146x/menit  
HIS : Tidak ada
- e. Ekstremitas : Atas : Terpasang infus RL di tangan kanan  
Bawah : Tidak ada kelainan

## C. ANALISA

G3P2A0 Gravida 27-28 Minggu Dengan Premature Kontraksi Janin Tunggal Hidup Intra Uterine

## D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu bahwa keadaan pasien sudah membaik dan sudah tidak ada keluhan  
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui dan merasa senang
2. Memberikan therapy lanjutan sesuai advice dr  
Evaluasi : Therapy Dexamethasone 2x6mg, Nifedifin 3x20mg, dan Ranitidine 2x150mg sudah diberikan pukul 09.00 WIB

3. Melakukan kolaborasi dengan dokter bahwa pasien sudah dalam keadaan baik dan sudah tidak ada keluhan apapun, HIS sudah tidak ada  
Evaluasi : Sesuai advice dokter pasien boleh pulang dan harus dilakukan pemeriksaan USG terlebih dahulu sebelum pulang
4. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu akan dilakuka pemeriksaan USG terlebih dahulu  
Eavaluasi : Ibu mengetehai dan bersedia
5. Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah bisa pulang agar melakukan persiapan pulang  
Evaluasi : Sudah dilakukan
6. Melepaskan infus yang terpasang di tangan kanan ibu  
Evaluasi : infus sudah dilepaskan
7. Melakukan Pendokumentasian  
Evaluasi : Dokumentasi dalam bentuk SOAP

**3.6 CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN KEBIDANAN IBU  
HAMIL PADA NY.D USIA 31 TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 26-27  
MINGGU DENGAN PREMATURE KONTRAKSI DI RSUD dr.  
SLAMET GARUT**

Tanggal Pengkajian : 08 Februari 2025  
Waktu Pengkajian : 15.00 WIB  
Tempat Pengkajian : Ruang Jade  
Pengkaji : Cindy Fitria R

## A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan sudah sangat membaik dan senang karena sudah tidak merasakan mulas sama sekali dan juga sudah bisa pulang

## B. DATA OBJEKTIF

### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda Vital : Tekanan Darah : 100/80mmHg  
Nadi : 85x/menit  
Suhu : 36,5°C  
Respirasi : 20x/menit  
Spo2 : 99%

### 8. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Normal, tidak oedema dan tidak pucat
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- c. Mulut : Bibir lembab, tidak pucat, fungsi pengecapan baik
- d. Abdomen : DJJ : 143x/menit  
HIS : Tidak ada
- e. Ekstremitas : Atas : Normal tidak ada kelainan  
Bawah : Tidak ada kelainan

## C. ANALISA

G3P2A0 Gravida 27-28 Minggu Fisiologis

**D. PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa hari ini ibu sudah boleh pulang

Evaluasi : ibu dan keluarga merasa senang

2. Melakukan pemeriksaan USG

Evaluasi : Sudah dilakukan, hasil kepala bayi sudah dibawah dan TBBJ 1835 gr

3. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya kehamilan salah satunya adalah premature kontraksi dan penyebabnya

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

4. Memberikan KIE mengenai pemunahan nutrisi makan makanan yang bergizi dan perbanyak mengkonsumsi minum air putih

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia melakukan

5. Memberikan KIE mengenai pembatasan aktivitas berat, kelola stres dan batasi berhubungan intim sebelum kehamilan 36 minggu

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

6. Memberitahu ibu untuk melakukan kontrol setelah 5 hari kedepan

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia untuk kontrol setelah 5 hari kedepan

7. Melakukan Pendokumentasian

Evaluasi : Sudah dilakukan dalam bentuk SOAP

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2A0 Gravida 26-27 Minggu Dengan Prematur Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut yang maka Penulis menemukan persamaan antara konsep teori dengan kenyataan di lapangan. Penulis menjabarkan persamaan dalam bentuk SOAP :

#### **4.1 Data Subjektif**

Berdasarkan hasil anamnesa yang sudah dilakukan pada Ny. D yaitu, ibu mengatakan merasa mulas hilang timbul sejak pagi hari pukul 10.00 WIB. Mulas dirasakan ibu dengan intens sejak sore hari sekitar pukul 15.00 wib, belum ada pengeluaran lendir bercampur darah maupun air ketuban dari jalan lahir dan gerakan janin masih dirasakan dengan kuat, ibu mengatakan telah melakukan berhubungan badan pada tanggal 04 dan 06 Februari 2025 yang lalu dengan suaminya, Hal ini sesuai dengan teori menurut (Suryoprajogo, 2018 dan Laura E.Jansen et. al ,2023 ) Ibu hamil yang melakukan hubungan seksual saat trimester II dengan frekuensi berlebihan akan berisiko mengalami kontraksi dini dan ketuban pecah dini karena adanya peningkatan pelepasan hormon prostaglandin melalui kontak dengan leher rahim atau yang disebut juga sperma yang dihasilkan setiap kali berhubungan intim akan terus merangsang kontraksi, ini dengan demikian semakin sering berhubungan intim maka akan semakin besar

kontraksi yang ditimbulkan sehingga berakibat kontraksi dini sebelum waktunya.

Tanda ibu mengalami prematur kontraksi ditandai dengan kontraksi dini yang intens di waktu belum cukup bulan, nyeri pinggang bagian bawah hal ini sesuai dengan teori menurut (Lusi Lestari, 2021) keluhan yang ibu rasakan salah satunya yaitu adanya kontraksi. Berdasarkan dari hasil pengkajian data subjektif faktor penyebab ibu mengalami prematur kontraksi yaitu melakukan pekerjaan yang cukup berat sehingga ibu merasa kelelahan yang dimana ibu bekerja sebagai karyawan swasta di salah satu instansi. Faktor risiko terjadinya prematur kontraksi yaitu salah satunya pekerjaan ibu. Menurut teori Ayu. W., dkk (2019) Pada dasarnya, ibu hamil diperbolehkan untuk bekerja, tetapi jangan terlampaui berat. Ibu harus mampu mengatur waktu untuk istirahat, karena bila terlalu lelah akan meningkatkan produksi hormon oksitosin oleh hipofise posterior yang memicu terjadinya kontraksi dini. Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.

#### **4.2 Data Objektif**

Berdasarkan hasil pemeriksaan objektif pada Ny. D di dapatkan dengan hasil pemeriksaan yang normal, Tanda-tanda Vital (TTV) TD 120/70 mmHg, N 84x/m, 22x/m, S 36,1°C, Lila 26 cm, merupakan Lila normal dan ibu tidak mengalami kekurangan energi kronis. Hal ini sesuai dengan teori menurut kemenkes (2018) Lila minimal 23.5 cm, ibu hamil yang mengalami KEK beresiko melahirkan Berat badan lahir rendah (BBLR).

Dilakukan pemeriksaan Leopold dengan TFU 24 cm, Leopold I Bagian fundus teraba bulat lunak tidak melenting (bokong), Leopold II Bagian kanan perut ibu teraba datar keras memanjang (punggung) bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III Bagian terbawah teraba bulat keras melenting (kepala), Leopold IV konvergen. Dengan DJJ 140x/m dan His 2-3x10'15" vulva vagina tidak ada kelainan, porsio tebal, tidak ada pembukaan serviks,. Hal ini sesuai dengan teori Menurut (Rafika, 2020) menyebutkan bahwa keluhan yang dapat dirasakan oleh ibu hamil dengan premature kontraksi yaitu ibu merasakan Nyeri yang dirasakan lebih sering dari setiap 10 menit selama 1 jam atau lebih dan tidak mereda dengan tidur berbaring. Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.

#### **4.3 Analisa**

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif maka analisa yang didapatkan pada kasus Ny. D adalah "Prematur Kontraksi". Menurut Surya & Pudyastuti (2019) Prematur kontraksi merupakan kondisi yang dialami oleh ibu hamil dimana timbulnya kontraksi sebelum waktunya yang terjadi pada usia kehamilan 20-37 minggu yang dapat menimbulkan kelahiran prematur. Penegakan diagnosa prematur kontraksi ini di ambil dari data subjektif dan objektif yang di peroleh bahwa ibu mengalami prematur kontraksi ditandai dengan kontraksi dini yang intens di waktu belum cukup bulan, nyeri pinggang bagian bawah hal ini terdapat kesesuai antara kasus dengan teori.

#### 4.4 Penatalaksanaan

Berdasarkan hasil dari data subjektif, data objektif dan analisisnya maka penatalaksanaan yang tepat dilakukan untuk Ny. D diantaranya melakukan anamnesa, kemudian memberitahu hasil pemeriksaan, menganjurkan untuk memenuhi nutrisinya, menganjurkan untuk bedrest, melakukan pemantauan kontraksi, pemantauan DJJ, menganjurkan ibu untuk teknik relaksasi pernafasan dan memberikan obat Nifedipin dan Dexamethasone sesuai dengan advice dokter. Hal ini sesuai menurut teori (Saifuddin, 2015) kontraksi dini pada kehamilan perlu dilakukan penatalaksanaan yang tepat agar kontraksi berhenti dan tidak terjadi persalinan premature. Untuk memberikan kenyamanan pada ketidaknyamanan yang ibu rasakan dengan menganjurkan ibu teknik relaksasi pernafasan dengan cara tarik nafas dalam hidung kemudian dikeluarkan dari mulut. Hal ini sesuai menurut teori (Hamdiah Ahmar, 2021).

Kemudian Ibu diberikan therapy tokolitik yaitu nifedipin dengan dosis 3x20 mg, pemberian nifedipin ini dapat menghilangkan kontraksi, keberhasilan nifedipin dalam mencegah persalinan premature dan menghilangkan kontraksi, diberikan nifedipin per oral dengan dosis inisial 20 mg dilanjutkan 10 - 20 mg 3-4x / hari disesuaikan dengan aktifitas uterus sampai 48 jam. Dimana efektivitas nifedipin dalam menunda persalinan prematur dalam waktu 2x24 jam tanpa kontraksi sebesar 74,28%, hal ini sesuai dengan teori menurut Suhartina, (2017).

Pemberian kortikosteroid/ Dexamethasone pada Ny D diberikan therapy dexaameton 6 mg per 12 jam secara intravena/intramuskular, selama 2 hari. Hal ini sesuai dengan teori menurut (FA Azzahra, T Yulianti 2022). Pemberian terapi kortikosteroid dimaksud untuk pematangan surfaktan paru janin. Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.

Penatalaksanaan Pada Kasus Ny.D sudah sesuai dengan Permenkes No.21 Tahun 2021 tentang standar pelayanan sejak masa kehamilan hingga nifas, termasuk deteksi dini dan menegaskan pentingnya skrining manajemen dini bila muncul tanda-tanda persalinan prematur. Pada kasus Ny.D juga sudah dilakukan monitoring secara ketat dan berkala dengan menggunakan CTG untuk mengetahui seberapa sering ibu mengalami kontraksi. Kemudian Ny.D juga diberikan hidrasi intravena dan pemberian obat yang mengandung Tokolitik untuk mengurangi kontraksi dan pemberian obat yang mengandung Dexamethasone untuk pematangan paru janin ini sudah sesuai dengan KMK No.91 Tahun 2017 yang menegaskan bahwa tokolitik hanya boleh digunakan bersamaan dengan kortikosteroid, serta menganjurkan ibu untuk melakukan bed rest total.

#### **4.5 Pendokumentasian**

Proses pendokumentasian pada Ny. D penulis melakukan pengkajian mulai dari tanggal 06 Februari 2025 sampai 8 Februari 2025. Pada dokumentasi dilakukan pencatatan dalam bentuk SOAP, dimana pada data subjektif dilakukan pencatatan dengan cara anamnesa. Data ini diambil dari

sudut pandang pasien, menurut (Poltekkes Kemenkes Palangka Raya,2019) data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang disusun.

Data objektif didapatkan pada hasil pemeriksaan, observasi dan CTG. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

Setelah didapatkan data subjektif dan data objektif pada pasien maka dari itu dapat ditegakan sebuah analisa atau diagnosa pada pasien yang diperlukan guna pengambilan keputusan atau tindakan yang tepat.

Langkah selanjutnya Penatalaksanaan yaitu mencatat seluruh perencanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan aspiratif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya (Poltekkes Kemenkes Palangka Raya ,2019).

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Berdasarkan hasil pemeriksaan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2A0 Gravida 26-27 Minggu Dengan Premature Kontraksi di RSUD dr Slamet Garut penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Hasil pengkajian data subjektif pada Ny. D usia 31 Tahun Dengan Premature Kontraksi didapatkan data bahwa pasien mengeluh nyeri pinggang menjalar dan mulas intens sejak sore hari sekitar pukul 15.00 WIB .
2. Hasil pengkajian data objektif pada Ny. D usia 31 Tahun Dengan Premature Kontraksi didapatkan data pemeriksaan fisik dan pemeriksaan CTG dihasilkan HIS yang teratur dengan durasi 2-3× 10'15"
3. Hasil pengkajian data objektif dan data subjektif di dapatkan Analisa Ny. D Usia 31 Tahun G3P2A0 Dengan Premature Kontraksi
4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. D usia 31 Tahun Dengan Premature Kontraksi dilakukan Rawat Konservatif dengan Pemberian Therapy sesuai dengan advice Dokter.
5. Hasil pengkajian pendokumentasian Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2A0 Gravida 27-28 Minggu Dengan Premature Kontraksi dilaksanakan dalam pendokumentasian bentuk SOAP.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Penulis**

Dengan disusunnya Laporan Tugas akhir ini diharapkan penulis dapat menambah teori atau sumber-sumber terbaru dari materi yang berkaitan dengan kasus yang dibahas yaitu Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. D Usia 31 Tahun G3P2A0 dengan Prematur Kontraksi.

### **5.2.2 Bagi Institusi**

Diharapkan institusi pendidikan dapat menyiapkan sumber referensi terbaru yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir dan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan terutama pada Ibu Hamil Dengan Prematur Kontraksi.

### **5.2.3 Bagi Instansi Kesehatan**

Diharapkan lebih meningkatkan kualitas pelayanan, sarana dan prasarana kesehatan terutama pelayanan yang berhubungan dengan asuhan kebidanan pada Ibu Hamil Dengan Prematur Kontraksi.

### **5.2.4 Bagi Klien/Pasien**

Diharapkan pasien bisa lebih mendeteksi dini mengenai tanda bahaya saat kehamilan dan tidak menggap bahwa kontraksi yang ibu rasakan adalah hal yang biasa karena pada dasarnya apabila dibiarkan kontraksi yang berkelanjutan ini bisa menjadi masalah yang sangat serius .Sehingga pasien dan keluarga dapat memperhatikan mengenai tanda-tanda bahaya dalam kehamilan.

## DAFTAR PUSTAKA

- (Adolph, 2016; Arlenti, 2021; Azizah et al., 2021; Faisah et al., 2024; Fish, 2020; Herman, 2020; Hidayah et al., 2023; Kementerian Kesehatan, 2016; Nofita & Simanjuntak, 2018; Rahim et al., 2023; Rahmi, 2021; Rizky Yulia Efendi et al., 2022) Adolph, R. (2016). 8, 1–23.
- Arlenti, L. (2021). Manajemen Pelayanan Kebidanan. *Jakarta:EGC*, h.25-29.
- Azizah, N., Eka Rahmawati, V., Vitiasari Dessy, F., Ilmu Kesehatan, F., Pesantren Tinggi Darul, U., & Jombang, U. (2021). Teknik Relaksasi dalam Proses Persalinan : Literatur Review. *Jurnal EDUNursing*, 5(2), 134–141. <http://journal.unipdu.ac.id/index.php/edunursing/article/view/2942>
- Damayanti, R. (2019). *Komplikasi Kehamilan dan Penatalaksanaannya*. Jakarta: Media Medika.
- Faisah, Effendy, I., & Utami, T. N. (2024). *Analysis of Factors Affecting Visits Antenatal Care ( Anc )*. 10(October 2023).
- FA Azzahra, T Yulianti - *Usadha Journal of Pharmacy*, 2022 - [jsr.ums.ac.id](http://jsr.ums.ac.id)
- Herman, S. J. T. H. (2020). Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur) 1. *Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur)*, 1–219.
- Hidayah, N., Kurniawati, D. A., Umaryani, D. S. N., & Ariyani, N. (2023). Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu. *Sereal Untuk*, 8(1), 51.
- Irwinda, R., Sungkar, A., & Wibowo, N. (2019). *Pengurus Pusat Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia Himpunan Kedokteran Feto Maternal Indonesia Dinas Kesehatan Indonesia*. 1–76.
- Kementerian Kesehatan. (2016). *Profil Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Laporan Kesehatan dan Kematian Bayi Tahun 2023* . Jakarta: Kemenkes RI.
- Wahyu, A. (2018). *Prematuritas dan Dampaknya terhadap Janin* . Surabaya: Unair Press.
- Mardiyaningih, S. (2018). *Kontraksi Prematur dalam Praktik Kebidanan* . Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Meihartati T.(2017). Hubungan Kehamilan Usia Dini Dengan Kejadian Persalinan

Prematur

- Nofita, R., & Simanjuntak, B. (2018). Korelasi Aktivitas Seksual Pada Ibu Hamil Dengan Resiko Kontraksi Di 3 Wilayah Puskesmas Tangerang Selatan. *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 1(2), 65–72. <https://doi.org/10.35473/ijm.v1i2.102>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020
- Organisasi Kesehatan Dunia. (2019). *Kelahiran Prematur: Fakta Penting*. Jenewa: Pers WHO.
- Rahim, I., Fitriani, R., Gama, A. W., Rahman, A., & Alwi, Z. (2023). Analisis Faktor Risiko Kejadian Persalinan Prematur Di RSUD Haji Makassar Tahun 2021. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 19(2), 132. <https://doi.org/10.24853/jkk.19.2.132-145>
- Rahmi. (2021). Bab I Pendahuluan *Galang Tanjung*, 2504, 1–9.
- Rizky Yulia Efendi, N., Selvi Yanti, J., Suci Hakameri, C., & artikel Abstrak, H. (2022). Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Ketidaknyamanan Trimester Iii Di PmbErnita Kota Pekanbaru Tahun 2022. *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal)* 275 *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal)*, 2, 279. <https://jom.htp.ac.id/index.php/jkt>
- Saifuddin, Abdul Bari, (2015).-lmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bima Puntaka Sarwono Prawihardjo.
- Surya & pudyastuti.(2019). *Asuhan Kebidanan Pada hamil normal & Patologi Nuha Medika*.

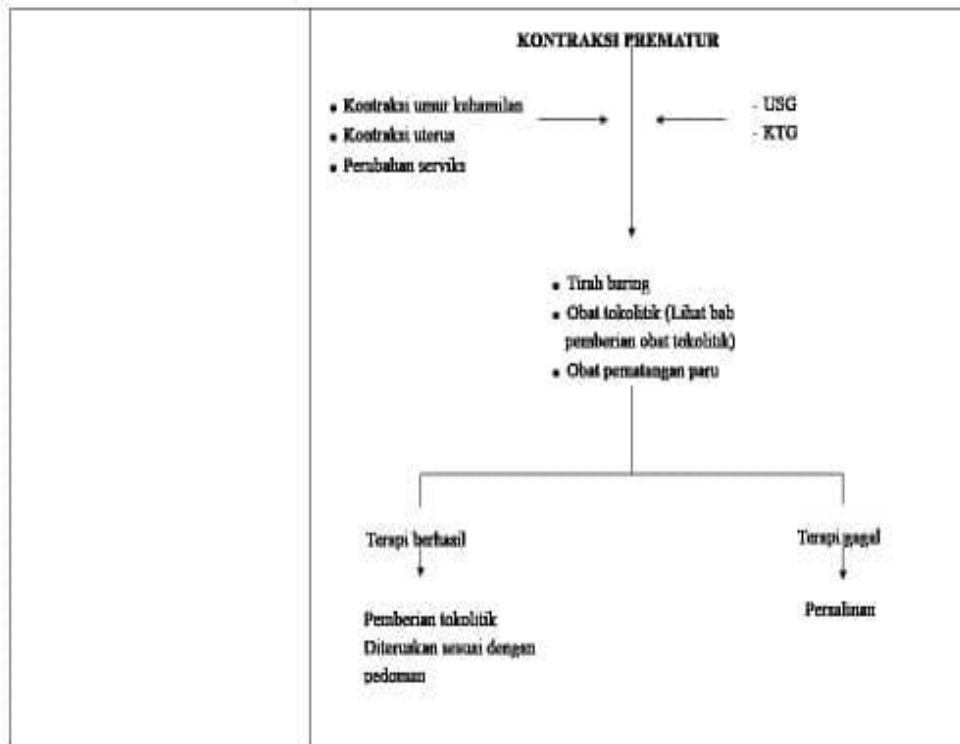
## LAMPIRAN

### SOP PREMATUR KONTRAKSI

 <b>PEMERINTAH KABUPATEN GARUT</b> <b>RSUD dr. SLAMET</b>	<b>PERSALINAN PRETERM</b> <b>(KURANG BULAN)</b>									
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">                     No. Dokumen :                      KS.01.03/004/077/RSUD                 </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">                     No. Revisi :                      01                 </td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">                     Halaman                      1/4                 </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">                     Tanggal Terbit :                      1 JANUARI 2023                 </td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">                     Ditetapkan Oleh :                      Direktur RSUD dr. Slamet                      Kabupaten Garut                 </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"></td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">                       dr. H. Husodo Dewo Adl, Sp.OT,Spine                      NIP. 196505171991031013                 </td> </tr> </table>	No. Dokumen : KS.01.03/004/077/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/4	Tanggal Terbit : 1 JANUARI 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut			 dr. H. Husodo Dewo Adl, Sp.OT,Spine NIP. 196505171991031013	
No. Dokumen : KS.01.03/004/077/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/4								
Tanggal Terbit : 1 JANUARI 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut									
	 dr. H. Husodo Dewo Adl, Sp.OT,Spine NIP. 196505171991031013									
<b>PENGERTIAN</b>	Persalinan preterm adalah persalinan yang berlangsung antara umur kehamilan 20-36 (+ 6hr) minggu dari hari pertama haid terakhir (HPHT) atau antara hari ke 140 dan 259 dengan berat lahir janin kurang dari 2500 gram									
<b>TUJUAN</b>	Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan dan penanganan pada pasien dengan persalinan preterm kurang bulan) di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut.									
<b>KEBIJAKAN</b>	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No KS.01.03/004/077/RSUD . Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.									
<b>PERSIAPAN ALAT</b>										
<b>PROSEDUR</b>	<b>FAKTOR RESIKO</b> Penyebab yang pasti tidak diketahui. Faktor risiko terjadinya persalinan preterm yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketuban pecah dini (KPD), korioamnionitis, bakteriuri, kolonisasi mikroorganisme pada genital (Grup.β streptokokus; dll)</li> <li>2. Riwayat persalinan preterm atau kontraksi persalinan preterm sebelumnya.</li> <li>3. Riwayat abortus sebelumnya(Abortus 2 x pada trimester kedua).</li> <li>4. Riwayat abortus iminens pada kehamilan ini.</li> <li>5. Perdarahan antepartum; plasenta previa/solusio plasenta.</li> <li>6. Hipertensi dalam kehamilan.</li> </ol>									

	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Serviks inkompeten atau riwayat tindakan konisasi</li> <li>8. Serviks memendek &lt; 2,5 cm dan atau membuka lebih dari 1 cm, pada kehamilan 32 minggu.</li> <li>9. Kelainan uterus (jarang).</li> <li>10. Operasi abdomen waktu kehamilan.</li> <li>11. Janin mati, kelainan kongenital.</li> <li>12. Kerentanan uterus yang bertambah.</li> <li>13. Penyakit ibu terutama penyakit infeksi sistematik yang berat.</li> <li>14. Kehamilan dengan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) insitu.</li> <li>15. Pielonefritis</li> <li>16. Kehamilan ganda, polihidramnion, oligohidramnion.</li> <li>17. Kelainan letak.</li> <li>18. Diabetes melitus.</li> <li>19. Penyalahgunaan/kecanduan NAZA (narkotik dan zat aditif lainnya)</li> <li>20. Trauma fisik/psikis.</li> </ol> <p><b>DIAGNOSIS</b></p> <p>Gejala awal yang dapat timbul adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rasa nyeri/tegang pada perut bawah ( <i>low abdominal pain/cramp</i>)</li> <li>2. Nyeri pinggang (<i>low beckache</i>)</li> <li>3. Rasa penekanan pada jalan lahir</li> <li>4. Bertambahnya cairan vagina</li> <li>5. Perdarahan/perdarahan bercak/lendir bercampur darah</li> </ol> <p>Gejala definitif</p> <p>Memenuhi kriteria persalinan preterm seperti :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontraksi uterus yang teratur (1 kali atau lebih dalam 10 menit).</li> <li>• Perubahan serviks seperti : - Pembukaan serviks <math>\geq 2</math> cm - Pendataran</li> </ul> <p>Perlu dilakukan penilaian terhadap ada tidaknya faktor etiologi dan kemungkinan komplikasi seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada tidaknya plasenta previa</li> <li>2. Keadaan ketuban (intak atau sudah pecah)</li> <li>3. Ada tidaknya korioamnionitis</li> <li>4. Ada tidaknya infeksi sistematik</li> </ol>
--	--

	<p>5. Ada tidaknya polihidramnion</p> <p>6. Riwayat obstetri sebelumnya</p> <p><b>Pengelolaan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konfirmasi umur kehamilan dengan berbagai cara</li> <li>2. Penilaian kontraksi uterus (lamanya, intensitasnya, frekuensinya dan pengaruhnya terhadap pembukaan serviks)</li> <li>3. Pemantauan tanda-tanda vital ibu</li> <li>4. Pemantauan bunyi jantung janin</li> <li>5. Pemeriksaan tambahan : ultrasonografi untuk menilai presentasi, biometri janin, anomali, velositas arteri umbilikalis (Doppler), indeks cairan ketuban, pemeriksaan plasenta, morfologi serviks (panjang, diameter kanalis servikalis dan ada tidaknya <i>funelling</i>)</li> <li>6. Tirah baring (lateral ke kiri atau semi fowler)</li> <li>7. Bila diduga ada korioamnionitis, lakukan kultur dan berikan antibiotik.</li> <li>8. Pemberian obat-obatan tokolitik (lihat bab pemberian obat tokolitik)</li> <li>9. Pemberian obat-obatan pematangan paru-paru janin :  Diberikan pada semua wanita hamil antara 24-34 minggu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deksametason, 6 mg tiap 12 jam (i.m) sampai 4 dosis</li> <li>• Betametason, 12 mg (i.m) sampai 2 dosis dengan interval 24 jam</li> </ul> </li> <li>10. Pemberian MgSO<sub>4</sub> untuk proteksi otak janin.  Loading dose 4 gram MgSO<sub>4</sub> (10 cc MgSO<sub>4</sub> 40 %) dilarutkan kedalam 100 cc ringer laktat, diberikan selama 15-20 menit. Setelah habis loading dose dilanjutkan dengan dosis rumatan 8 gr dilarutkan dalam 500 cc RL. Tetesan 20 gtt/menit selama 4 jam.</li> </ol> <p><b>Diagnosis Diferensial</b></p> <p><i>Dibedakan dengan kontraksi Braxton Hick</i></p> <p>Kontraksi Braxton Hick sifatnya tidak teratur, tidak ritmis, tidak begitu sakit dan tidak menimbulkan perubahan serviks.</p>
--	---



**LEMBAR BIMBINGAN KTI**

Nama Mahasiswa : *Cindy Fitria R*

Nama Pembimbing : *Beth Desy Syawanti . S*

NIM : *KHGB22016*

NIDN : *043298 . 1029 . 067*








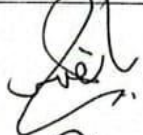


Judul KTI : *Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. D Usia 31 Tahun  
G3P2A0 Gravida 27-28 Minggu Dengan Premature Kontraksi Di RSUD dr. Slamet*

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Minggu 20/2025 /03	Pengajuan Judul	Acc Judul	<i>Cindy</i>	<i>Beth</i>
2.	Selasa 06/2025 /05	Pengajuan Bab <u>iii</u>	Revisi	<i>Cindy</i>	<i>Beth</i>
3.	Jumat 09/2025 /05	Revisi Bab <u>iii</u>	Revisi	<i>Cindy</i>	<i>Beth</i>
4.	Rabu 21/2025 /05	Pengajuan Bab <u>I - iii</u>	Revisi	<i>Cindy</i>	<i>Beth</i>
5.	Selasa 27/2025 /05	Pengajuan Bab <u>iv</u> & Bab <u>v</u>	Revisi	<i>Cindy</i>	<i>Beth</i>
6.	Rabu 28/2025 /05	ACC Bab <u>I - Bab</u> <u>v</u>	Acc Sislang	<i>Cindy</i>	<i>Beth</i>
7.	Senin 02/2025 /06	Konsul PPT	Acc	<i>Cindy</i>	<i>Beth</i>

**LEMBAR BIMBINGAN REVISI KTI**

Nama Mahasiswa : Cindy Fitria R  
 NIM : KH0822016  
 Judul KTI :

Nama Pembimbing : Beln. Desy Syawianti . SST..M  
 Nama Penguji I : Bilqis Ar-Rohman, M. Tr. Keb  
 Nama Penguji II : Hj. Esca Risi Suazini . AM. Keb..I

No	Hari/ Tanggal	Dosen Penguji	Saran Penguji	Paraf Mahasiswa	Paraf Penguji
1.	Jumat 18 / 2025 07	Hj. Esca Risi Suazini . AM. Keb..M.K.M	Revisi		
2.	Senin 21 / 2025 07	Hj. Esca Risi Suazini . AM. Keb..M.K.M	Revisi		
3.	Selasa 22 / 2025 07	Hj. Esca Risi Suazini . AM. Keb .. M.K.M	Acc		
4.	Kamis 24 / 2025 07	Bilqis Ar- Rohman, M. Tr. Keb	Revisi catrasi, bab 10		
5.	Jumat 25 / 2025 07	Bilqis Ar- Rohman, M.Tr.Keb	Acc.		
6.					
7.					

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Cindy Fitria Ramandhani  
Tempat, tanggal lahir : Garut, 10 November 2003  
Agama : Islam  
Nama ayah : Yusuf  
Nama ibu : Itoh  
Email : [ramadhanifc854@gmail.com](mailto:ramadhanifc854@gmail.com)  
No Hp : 085864120165  
Alamat : Jl.H.Mursyid No.13 Kp.Juru Pasar 02/05 Desa  
Cimanganten Kecamatan Tarogong Kidul

### Riwayat Pendidikan

SD : SDN 1 GENTRA MASEKDAS  
SMP : SMPN 1 GARUT  
SMA : SMAN 1 GARUT  
AKADEMIK : STIKes Karsa Husada Garut