

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. I USIA 24 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 34-35 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

NALA HERLINDA
KHGB 22022



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN**

2025

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Laporan Tugas Akhir ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan, baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisa 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 dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2025

Nala Herlinda

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG
LAPORAN TUGAS AKHIR**

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA
NY. I USIA 24 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 34-
35 MINGGU DENGAN PREMATUR
KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA MAHASISWA : NALA HERLINDA

NIM : KHGB22022

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

Garut, Juli 2025

**Menyetujui,
Pembimbing**

(Fitri Hanriyani., SST., M.Pd)

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : **ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. I USIA 24 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 34-35 MINGGU DENGAN PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA MAHASISWA : **NALA HERLINDA**

NIM : **KHGB22022**

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

Garut, Juli 2025

**Mengesahkan,
Pembimbing**

(Fitri Hanriyani, SST.,M.Pd)

Penela'ah I

Penela'ah II

(Rosita Alvia, SST., M.K.M)

(Lina Humaeroh, SST., M.Kes)

**Mengesahkan,
Ketua Program Studi D3 Kebidanan**

(Lina Humaeroh, SST., M.Kes)

KATA PENGANTAR

Segala puji serta syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah menganugerahkan berbagai kenikmatan, kekuatan, dan pertolongan. Shalawat serta salam senantiasa tercurah limpahkan kepada tauladan kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabat, tabi'in- tabi'innya dan semoga tersampaikan kepada kita yang tetap istiqomah dalam mengikuti ajarannya. Dalam penyusunan laporan tugas akhir, penulis cukup mengalami kesulitan, namun berkat rahmat Allah serta adanya bimbingan, petunjuk dan bantuan semua pihak, tersusunlah laporan tugas akhir ini yang penulis beri judul "**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. I USIA 24 TAHUN GIP0A0 GRAVIDA 34-35 MINGGU DENGAN PREMATURE KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT**".

Dengan segenap kerendahan hati penulis menyadari bahwa tugas akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal yang disebabkan karena keterbatasan ilmu yang penulis miliki. Atas bantuan semua pihak, penulis tidak lupa mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat.

1. DR.H. Hadiat MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H. Suryadi, M. Si selaku Ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Pembina Yayasan STikes Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh, SST., M.Kes.selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan dan selaku penguji II pada saat sidang Laporan Tugas Akhir.

5. Fitri hanriyani, SST.,M.Pd selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan saran dan masukannya kepada penulis demi sempurnanya laporan tugas akhir ini.
6. Rosita Alvia, SST.,M,Kes selaku penguji I sidang Laporan Tugas Akhir.Para Dosen dan Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan.
7. STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Bidan bidan di lapangan yang telah membimbing, memberi pengetahuan, dan pengalaman kepada penulis dalam setiap tindakan yang dilakukan.
9. Ny.I yang telah bersedia menjadi pasien dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, terimakasih atas kerjasamanya selama melakukan asuhan.
10. Terima kasih kepada Ibu Ade Herlina dan Bapak Ayun Nandar selaku kedua orang tua saya, Kepada Naisya Zahra Herlinda dan Nazira Septialika Herlinda selaku adik kandung saya, yang selalu menghibur saya, terima kasih saya ucapkan atas dorongan doa, semangat dan materi yang telah di berikan selama ini.
11. Terima kasih kepada keluarga besar nenek Aisyah dan kakek Kanda Supriatna yang telah memmberikan semangat, doa, dan dukungannya yang telah diberikan selama ini.
12. Kepada rekan seperjuangan terima kasih telah menjadi salah satu penyemangat, pendengar keluh kesah dalam penulisan.

13. Rekan-rekan mahasiswi sepejuangan Program Studi D3 Kebidanan terutama kelas 3A, yang mana telah memberikan dukungan maupun semangat kepada penulis.

14. Untuk saya sendiri Nala Herlinda. Terima kasih telah menjadi pribadi yang kuat dan mampu mengendalikan diri dari tekanan luar. Terima kasih sudah mengatur ego dan memilih bangkit dengan rasa semangat sehingga dapat menyelesaikan sidang Laporan Tugas Akhir.

Akhir kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan ini, penulis mengucapkan terimakasih dan semoga Allah senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, Amin.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	10
1.1 Latar Belakang.....	10
1.2 Rumusan Masalah.....	12
1.3 Tujuan	13
1.3.1 Tujuan Umum	13
1.3.2 Tujuan Khusus	13
1.4 Manfaat Penulisan.....	13
1.5 Waktu dan Tempat	14
1.5.1. Waktu Pengkajian	14
1.5.2. Tempat Pengkajian	14
BAB II TINJAUAN TEORI	15
2.1 Konsep Dasar Kehamilan	15
2.1.1 Definisi Kehamilan	15
2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan.....	15
2.1.3 Tujuan Antenatal Care	16
2.2 Prematur Kontraksi	17
2.2.1 Definisi Prematur Kontraksi.....	17
2.2.2 Etiologi Prematur Kontraksi.....	17

2.2.3	Dampak Prematur Kontraksi	22
2.2.4	Tanda dan Gejala Prematur Kontraksi.....	22
2.2.5	Penatalaksanaan Prematur Kontraksi	23
2.3	Kewenangan Bidan	27
2.4	Pendokumentasian	29
2.4.1	Pengertian Pendokumentasian	29
2.4.2	Tujuan dan Fungsi Pendokumentasian	29
2.4.3	Pendokumentasian Berbentuk SOAP.....	30
BAB III TINJAUAN KASUS.....		31
3.1	Data Subyektif	31
3.2	Data Obyektif	35
3.3	Analisa	36
3.4	Penatalaksanaan.....	37
BAB IV PEMBAHASAN		42
4.1	Data Subyektif	42
4.2	Data Obyektif	44
4.3	Analisa	45
4.4	Penatalaksanaan.....	46
BAB V PENUTUP.....		49
5.1	Kesimpulan.....	49
5.2	Saran	50
DAFTAR PUSTAKA		xi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan suatu proses di mana janin berkembang di dalam rahim seorang wanita, dengan masa kehamilan rata-rata berlangsung selama 9 bulan 7 hari, atau setara dengan 40 minggu atau 280 hari. Masa kehamilan ini terbagi menjadi tiga tahap atau trimester, yaitu trimester pertama dimulai dari saat pembuahan hingga usia kehamilan tiga bulan, trimester kedua berlangsung dari bulan keempat hingga bulan keenam, dan trimester ketiga mencakup bulan ketujuh sampai bulan kesembilan (Yuliani et al., 2017).

Selama masa kehamilan, dapat terjadi berbagai komplikasi, meskipun tidak semua ibu hamil mengalaminya. Salah satu komplikasi tersebut adalah kontraksi prematur, yaitu kondisi ketika ibu hamil mulai merasakan kontraksi antara usia kehamilan 20 hingga 37 minggu. Kondisi ini dapat memicu kelahiran prematur dan dianggap tidak normal, karena kontraksi rahim terjadi sebanyak 2–3 kali dalam satu jam pada usia kehamilan yang belum cukup bulan. Diperkirakan sekitar 8–10% kehamilan dengan kondisi ini berisiko mengalami persalinan prematur (Mardianingsih, 2018). Oleh karena itu, kontraksi prematur dapat menimbulkan risiko kelahiran prematur akibat terjadinya kontraksi pada rahim yang disertai dengan penipisan dan pelebaran serviks pada masa kehamilan yang belum mencapai usia cukup bulan.

Penyebab prematur kontraksi belum sepenuhnya dipahami, namun umumnya dikaitkan dengan faktor-faktor seperti stres, kondisi ekonomi yang kurang baik, tingkat pendidikan yang rendah, aktivitas fisik yang berat, serta kelelahan. Berbagai kondisi medis yang dapat meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan meliputi: insufisiensi serviks, trauma pada saluran reproduksi, riwayat persalinan prematur, perdarahan sebelum persalinan (*antepartum*), dehidrasi, distensi rahim, kelainan pada rahim atau janin, kematian janin dalam kandungan, kehamilan ganda, infeksi, preeklamsia, polihidramnion, diabetes mellitus, ketuban pecah dini, dan plasenta previa (Lestari, 2021).

Kondisi-kondisi ini dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin, serta memerlukan perhatian medis khusus untuk mencegah atau mengelola potensi komplikasi. Prematur kontraksi ditandai dengan kontraksi rahim yang terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu, disertai dengan pembukaan serviks. Gejalanya meliputi kram perut bagian bawah yang mirip dengan nyeri haid, nyeri punggung bawah, tekanan pada panggul atau perineum, peningkatan jumlah keputihan yang bisa berwarna cair, berlendir, atau bercampur darah, serta pecahnya ketuban.

Berdasarkan data dari *World Healty Organization* (WHO), diperkirakan sekitar 13,4 juta bayi lahir prematur pada tahun 2020, yang setara dengan sekitar 1 dari setiap 10 kelahiran hidup di seluruh dunia. Menurut data dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes) tahun 2021, angka kelahiran bayi prematur di Indonesia tercatat sebesar 84%. Persentase yang sangat tinggi ini kemungkinan besar menggambarkan kondisi dalam konteks tertentu, misalnya proporsi bayi prematur di antara kasus kematian bayi atau dalam kelompok populasi tertentu, bukan menggambarkan tingkat kelahiran prematur secara keseluruhan. Selain itu, data tersebut juga menunjukkan bahwa angka kematian bayi di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara lain di kawasan ASEAN.

Peran bidan dalam permasalahan premature kontraksi mendeteksi secara dini adanya premature kontraksi dan berkolaborasi / rujukan untuk mencegah terjadinya persalinan premature. Berdasarkan data diatas, maka penulis mengambil kasus dengan judul "**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. I 24 TAHUN G1P0A0 34-35 MINGGU DENGAN PREMATURE 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. I 24 Tahun G1P0A0 34-35 Minggu Dengan Premature Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut?**".

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Asuhan kebidanan ibu hamil Ny.I Usia 24 Tahun G1P0A0 Gravida 34-35 Minggu Dengan Premature Kontraksi RSUD. dr. Slamet Garut dengan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny.I 24 tahun G1P0A0 34-35 Minggu dengan premature kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut.
- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny.I 24 tahun G1P0A0 34-35 Minggu dengan premature kontraksi di RSUD.dr. Slamet Garut.
- 3) Menentukan analisa pada Ny.I 24 tahun G1P0A0 34-35 Minggu dengan premature kontraksi di RSUD.dr.Slamet Garut.
- 4) Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny.I 24 tahun G1P0A0 34-35 Minggu dengan premature kontraksi.
- 5) Melakukan pendokumentasian pada Ny.I 24 tahun G1P0A0 34-35 Minggu dengan Premature Kontraksi.

1.4 Manfaat Penulisan

Hasil laporan ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi perkembangan ilmu kebidanan, khususnya asuhan kehamilan pada premature kontraksi.

1) Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat menambah ilmu dan kebidanan khususnya pada premature kontraksi, wawasan asuhan.

2) Bagi Instansi Kesehatan

Diharapkan dapat memberikan manfaat dan dijadikan sebagai bahan masukan agar dapat lebih menerapkan tentang manajemen kebidanan dan dapat memberikan masukan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dibidang kesehatan ibu dan anak.

3) Bagi Institut Pendidikan

Diharapkan hasilnya dapat digunakan sebagai bahan kajian dan informasi untuk pendidik serta dapat menambah referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan asuhan kebidanan khususnya pada Asuhan kebidanan Patologis.

1.5 Waktu dan Tempat

1.5.1. Waktu Pengkajian

Adapun waktu pengkajian dilakukan pada tanggal 09-11 Februari 2025.

1.5.2. Tempat Pengkajian

Tempat pengkajian di RSUD dr. Slamet Garut.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses alami dan fisiologis yang terjadi dalam tubuh perempuan. Seorang wanita yang memiliki sistem reproduksi yang sehat, sudah mengalami menstruasi, dan berhubungan seksual dengan pria yang sehat memiliki peluang besar untuk hamil. Kehamilan berlangsung sejak terjadinya pembuahan hingga bayi lahir, dengan durasi sekitar 280 hari atau 40 minggu, dihitung dari hari pertama haid terakhir (Nugrawati & Amriani, 2021).

Kehamilan menyebabkan terjadinya berbagai perubahan, baik anatomis maupun fisiologis pada ibu yang sering mengakibatkan timbulnya keluhan-keluhan yang tidak ringan. Perubahan-perubahan ini terjadi karena perubahan fungsi endokrin maternal, pertumbuhan plasenta sebagai alat penghasil endokrin dan kebutuhan metabolisme yang meningkat pertumbuhan janin (Nani, 2018).

2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan

Kehamilan dimulai ketika satu sel telur bertemu dengan satu sel sperma, membentuk zigot. Zigot ini kemudian mengalami pembelahan sel secara terus-menerus hingga menjadi sekumpulan sel yang siap menempel di dinding rahim, tepatnya di lapisan endometrium. Proses penempelan ini disebut nidasi, dan menjadi awal dari kehamilan. Sekitar hari ketujuh setelah pembuahan, kumpulan sel tersebut telah berkembang menjadi lapisan sel yang mengelilingi sebuah rongga berisi sel (MD, 2017).

2.1.3 Tujuan Antenatal Care

Tujuan pemeriksaan kehamilan menurut Kemenkes (2018), adalah sebagai berikut:

- 1) Memantau kemajuan proses kehamilan demi memastikan kesehatan pada ibu serta tumbuh kembang janin yang ada di dalamnya.
- 2) Mengetahui apabila adanya komplikasi kehamilan yang mungkin saja terjadi saat kehamilan sejak dini, termasuk adanya riwayat penyakit dan tindak pembedahan.
- 3) Meningkatkan serta mempertahankan kesehatan ibu dan bayi.
- 4) Mempersiapkan proses persalinan sehingga dapat melahirkan bayi dengan selamat serta meminimalkan trauma yang dimungkinkan terjadi pada masa persalinan.
- 5) Menurunkan jumlah kematian dan angka kesakitan pada ibu.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran anak agar mengalami tumbuh kembang dengan normal.
- 7) Mempersiapkan ibu untuk melewati masa nifas dengan baik serta dapat memberikan ASI Eksklusif pada bayinya.

2.2 Prematur Kontraksi

2.2.1 Definisi Prematur Kontraksi

Menurut WHO, 2018 Premature kontraksi merupakan proses yang bersifat *multifactor* yaitu memiliki keterikatan antara faktor satu dengan faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap persalinan premature. Premature kontraksi ialah kondisi dimana ibu hamil mengalami kontraksi sebelum waktunya, biasanya terjadi pada usia kehamilan 20-37 minggu yang dapat menimbulkan kelahiran premature (Surya, 2019).

2.2.2 Etiologi Prematur Kontraksi

Yang merupakan terjadinya faktor resiko premature kontraksi ialah usia ibu, pekerjaan ibu, status gizi, kondisi sosio ekonomi, riwayat persalinan sebelumnya, paritas, jarak kelahiran, antenatal care, dan penyakit kehamilan (Meiharti, 2017).

Hubungan pekerjaan dengan premature kontraksi pada dasarnya ibu hamil diperbolehkan untuk bekerja tetapi jangan terlampau 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 hormone oksitosin oleh hipofise posterior yang merupakan pemicu terjadinya kontraksi dini (Ayu. W,dkk 2019).

1) Hubungan usia ibu dengan premature kontraksi

Usia yang ideal bagi wanita untuk hamil adalah sekitar usia 20 tahun hingga 35 tahun, kehamilan yang terjadi pada usia < 20 tahun merupakan kehamilan dengan faktor resiko yang dapat menyebabkan komplikasi terjadi pada saat kehamilan maupun saat persalinan karena secara fisik alat reproduksi belum matang, sehingga dapat meningkatnya risiko komplikasi pada maternal selama kehamilan dan risiko persalinan prematur.

Wanita yang hamil di usia tua >35 tahun lebih berisiko melahirkan bayi prematur atau lahir dengan berat badan rendah. Hal ini bisa menyebabkan bayi mengalami berbagai masalah kesehatan, mulai dari gangguan pernapasan, daya tahan tubuh lemah, hingga terhambatnya tumbuh kembang. Wanita yang menjalani kehamilan di usia >35 tahun rentan mengalami berbagai komplikasi kehamilan, seperti diabetes gestasional dan preeklamsia. Risiko ini akan semakin meningkat bila pernah mengalami kondisi serupa pada kehamilan sebelumnya (Wahyuni, 2017).

2) Status gizi ibu yang tidak baik

Terutama kekurangan gizi, dapat meningkatkan risiko kelahiran premature, status gizi ibu sangat penting dalam menentukan hasil kehamilan. Ibu hamil disarankan untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan mendapatkan saran dari tenaga kesehatan tentang kebutuhan nutrisi selama kehamilan untuk mengurangi risiko kelahiran prematur.

3) Kondisi sosial ekonomi

Dapat mempengaruhi terjadinya kelahiran prematur. Kebanyakan keluarga dengan sosial ekonomi yang rendah menyebabkan istri atau ibu juga harus ikut bekerja untuk memenuhi kehidupannya, dengan itu ibu yang bekerja dapat mempengaruhi kelahiran karena pekerjaan menyebabkan kelelahan fisik pada ibu ataupun menimbulkan stress yang dipicu, oleh pekerjaan yang dijalannya sehingga hal ini meningkatkan risiko kelahiran prematur pada ibu akibat kelelahan dan stress yang dapat memicu kontraksi dini pada kehamilan (Kuslimawati dkk., 2020).

4) Riwayat persalinan sebelumnya

Meningkatkan risiko terjadinya persalinan premature kembali. Ibu yang pernah mengalami persalinan prematur memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami persalinan premature pada kehamilan berikutnya.

5) Paritas

Adalah jumlah janin dengan berat lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan oleh seorang ibu, baik dalam keadaan hidup maupun meninggal. Jika berat janin tidak diketahui, maka acuan yang digunakan adalah usia kehamilan lebih dari 24 minggu. Perempuan yang belum pernah hamil atau melahirkan memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang sudah melahirkan satu atau dua kali.

Hal ini dikarenakan kehamilan pertama sering kali menjadi pengalaman baru yang menimbulkan kekhawatiran. Ketakutan yang dirasakan selama kehamilan pertama dapat menimbulkan stres berlebih, yang pada akhirnya bisa meningkatkan kemungkinan terjadinya persalinan prematur. Di sisi lain, terlalu sering melahirkan juga dapat berdampak negatif.

Kehamilan yang berulang kali dapat menyebabkan rahim melemah karena terbentuknya jaringan parut pada dinding rahim. Jaringan ini bisa mengganggu aliran darah ke plasenta, sehingga nutrisi untuk janin menjadi tidak optimal. Akibatnya, pertumbuhan janin terganggu dan risiko persalinan prematur pun meningkat.

6) Jarak kelahiran

Berhubungan dengan terjadinya peningkatan risiko persalinan kurang bulan. Interval pendek antara kehamilan berikutnya (<6 bulan) telah menjadi faktor risiko, dua kali lipat risiko kelahiran sangat kurang bulan pada kehamilan berikutnya. The March of Dimes mendorong wanita untuk menjalani kehamilan dengan jarak minimal 18 bulan, namun interval antara kehamilan sebaiknya tidak berlebihan. Sebuah hasil metaanalisis menghitung bahwa interval ≥ 6 bulan juga meningkatkan risiko persalinan kurang bulan (Herman & Joewono, 2020).

7) Antenatal Care

Membantu mengidentifikasi wanita berisiko tinggi untuk memfasilitasi manajemen morbiditas yang tepat waktu selama kehamilan. Ini juga memengaruhi perubahan praktik berbahaya yang terkait dengan dampak kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang merugikan, termasuk kejadian kelahiran prematur. Penguatan program ANC disarankan sebagai salah satu strategi kesehatan masyarakat untuk mengurangi beban kelahiran prematur pada tingkat populasi. Namun, bukti yang tersedia sejauh ini tidak meyakinkan.

8) Penyakit kehamilan

Dapat terjadi akibat salah satu komplikasi berikut: ketuban pecah dini (KPD), infeksi, bakteriuria, dan kolonisasi genitalia dengan gejala keputihan. Pada keputihan, infeksi tersebut membentuk sitokin dan menyebabkan keluarnya lemak bioaktif yang akan membentuk prostaglandin. Prostaglandin selanjutnya akan merangsang kontraksi pada rahim sehingga menimbulkan gejala persalinan premature.

9) Berhubungan Seksual

Menurut Laura E.Jansen et. al,2023 berhubungan juga dapat menyebabkan kontraksi karena adanya peningkatan pelepasan prostaglandin melalui kontak dengan leher rahim.

2.2.3 Dampak Prematur Kontraksi

Menurut Wahyu, (2018) menyatakan bahwa dampak dari premature kontraksi pada janin yaitu permasalahan akan terjadinya persalinan premature, kematian janin, melahirkan bayi premature sering disertai dengan kelainan, baik kelainan jangka pendek maupun jangka panjang. Kelainan jangka pendek yang sering terjadi adalah Respirator Distress Syndrome, perdarahan intra/periventricular, NEC (Necrotizing Entero Cillitis), dispasi bronkopulmoner. Adapun kelainan jangka panjang yang sering terjadi berupa serebral palsi, retinopati, retardasi mental, juga dapat berupa disfungsi neurobehavioral dan prestasi sekolah yang kurang baik.

Risiko komplikasi yang terjadi pada ibu hamil dengan persalinan premature biasanya trauma persalinan dan terjadi perdarahan yang dapat terjadinya perlukaan yang luar pada jalan lahir, khususnya servik uteri, vagina dan perineum (Wahyuni, 2017).

2.2.4 Tanda dan Gejala Prematur Kontraksi

Menurut (Rafika,2020) menyebutkan bahwa keluhan yang dapat dirasakan oleh ibu hamil dengan premature 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.

2.2.5 Penatalaksanaan Prematur Kontraksi

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. (Saifuddin, 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.

Menurut (Liewelly-Jones, 2002) Seorang ibu dikatakan dalam persalinan (inpartu) apabila dilatasi serviks paling kurang 2 cm dan telah timbul his persalinan yaitu: kontraksi yang teratur, makin sering, makin lama, dan makin kuat serta mengeluarkan lendir bercampur darah. Ada 2 prinsip penatalaksanaan premature kontraksi 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 premature.

2) 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).

3) 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, 34 x perhari, disesuaikan dengan aktivitas uterus sampai 48 jam. Dosis maksimal 60 mg/ hari, komplikasi yang dapat terjadi adalah sakit kepala dan hipotensi. Cara pemberian nifedipine 10 mg/oral diulang 2-3x / 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) COX (Cyclo-oxygenase) - inhibitors

Indomethacine dosis awal 100mg dilanjutkan 50 mg per oral setiap 6 jam untuk 8 kali pemberian. Jika pemberian lebih dari 2 hari dapat menimbulkan oligohidramnion akibat penurunan renal blood flow janin. Indometrium ini direkomendasikan pada kehamilan > 32 minggu karena dapat mempercepat penutupan duktus arteriosus (PDA).

c) Magnesium sulfat

Magnesium sulfat dipakai sebagai tokolitik yang diberikan secara parenteral dengan dosis awal 4-6 gram secara IV diberikan dalam 20 menit, diikuti 14 gram/jam tergantung dari produksi urine dan kontraksi uterus. Bila terjadi efek toksik berikan kalsium glukonas 1 gram secara IV dengan perlahan-lahan. dipakai sebagai tokolitik yang diberikan secara parenteral dengan dosis awal 4-6 gram secara IV diberikan dalam 20 menit, diikuti 14 gram/jam tergantung dari produksi urine dan kontraksi uterus. Bila terjadi efek toksik berikan kalsium glukonas 1 gram secara IV dengan perlahan-lahan.

d) Beta2-sympathomimetics

Saat ini sudah banyak ditinggalkan. Preparat yang biasa dipakai ialah ritodrine, terbutaline, salbutamol, fenoterol dan hexoprenaline. Dosis 50 mg dalam 500 ml larutan glukosa 5%, dimulai dengan 10 tetes/menit dan dinaikan 5 tetes setiap 10 menit sampai kontraksi hilang, selanjutnya diberikan dosis pemeliharaan 1 tablet (10 mg) setiap 8 jam setelah makan. Nadi ibu, tekanan darah dan denyut jantung harus dimonitor selama pengobatan.

Kontraindikasi dari pemberian ini adalah penyakit jantung pada ibu, hipertensi dan hipotensi, hipertiroid, DM gestasional dan perdarahan antepartum. Efek samping yang dapat terjadi pada ibu ialah palpitasi, rasa panas pada muka (flushing), mual, sakit kepala, nyeri dada, hipotensi, aritmia kordis, edema paru, hiperglikemia dan hipoglikemia. Sedangkan efek samping pada janin adalah fetal takikardi, hipoglikemia, hypokalemia, ileus dan hipotensi.

e) Progesterone

Progesterone dapat mencegah persalinan premature dengan dosis 250 mg (1 ml) IM tiap minggu sampai 37 minggu atau sampai persalinan pemberian dimulai 16-21 minggu. Jangan hentikan kontraksi uterus jika: serviks membuka > 3cm, perdarahan aktif, janin mati serta adanya kelainan kongenital yang kemungkinan hidup kecil, adanya korioamnionitis dan pre- eklampsia.

f) Pemberian kortikosteroid/ Dexamethasone

Pemberian terapi kortikosteroid dimaksud untuk pematangan surfaktan paru janin. Menurunkan insiden RDS, mencegah perdarahan intra venticular yang akhirnya menurunkan kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan bilamana usia kehamilan < 3 minggu. Obat yang diberikan ialah dexamethasone atau betamethasone. Untuk pemberian betamethasone 2x 12 mg/IM dengan jarak pemberian 24 jam sedangkan dexamethasone 4x6 mg/IM dengan jarak pemberian 12 jam.

g) Pemberian kortikosteroid/ Dexamethasone

Pemberian terapi kortikosteroid dimaksud untuk pematangan surfaktan paru janin. Menurunkan insiden RDS, mencegah perdarahan intra ventricular yang akhirnya menurunkan kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan bilamana usia kehamilan < 3 minggu. Obat yang diberikan ialah dexamethasone atau betamethasone. Untuk pemberian betamethasone 2x 12 mg/IM dengan jarak pemberian 24 jam sedangkan dexamethasone 4x6 mg/IM dengan jarak pemberian 12 jam.

h) Pemberian antibiotic

Antibiotic diberikan bila kehamilan mengandung resiko terjadinya infeksi obat yang diberikan eritromisin 3x 500 mg selama 3 hari atau bisa juga menggunakan ampisilin 3x500 mg selama 3 hari.

2.3 Kewenangan Bidan

Undang – Undang Undang-undang dan peraturan mengenai peran bidan dalam menangani prematur kontraksi (kontraksi sebelum usia kehamilan 37 minggu) di Indonesia antara lain:

- 1) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan. Dalam keputusan ini, bidan memiliki peran dalam memberikan asuhan pada ibu hamil, termasuk mengidentifikasi dan menangani komplikasi kehamilan seperti prematur kontraksi.

- 2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Peraturan ini mengatur tentang lingkup praktik bidan, termasuk asuhan pada ibu hamil dengan risiko tinggi seperti prematur kontraksi.

Dalam menangani prematur kontraksi, bidan memiliki beberapa peran yaitu:

- 1) Mengidentifikasi gejala prematur kontraksi dan melakukan rujukan ke dokter spesialis obstetri dan ginekologi jika diperlukan.
- 2) Memberikan edukasi kepada ibu hamil tentang tanda-tanda bahaya kehamilan, termasuk prematur kontraksi.
- 3) Melakukan pemantauan kondisi ibu dan janin secara teratur.
- 4) Memberikan asuhan pada ibu hamil dengan prematur kontraksi sesuai dengan standar praktik bidan.

Bidan juga dapat melakukan beberapa tindakan untuk menghambat proses persalinan prematur, seperti:

- a) Memberikan terapi tokolitik untuk menghambat kontraksi uterus.
- b) Memberikan kortikosteroid untuk mematangkan paru-paru janin.
- c) Melakukan pemantauan kondisi janin secara terus-menerus.

Namun, perlu diingat bahwa peran bidan dalam menangani prematur kontraksi harus dilakukan dalam kerja sama dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi dan dalam lingkup praktik yang sesuai dengan standar profesi bidan.

2.4 Pendokumentasian

2.4.1 Pengertian Pendokumentasian

Dokumentasi kebidanan yaitu proses mencatat dan melaporkan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan secara tertulis untuk kepentingan pasien, bidan maupun tenaga kesehatan lainnya. Selain itu dokumentasi merupakan suatu bentuk kegiatan yang mengumpulkan, menyimpan dan menyebarkan informasi untuk mempertahankan sebuah fakta penting secara berkelanjutan terhadap suatu peristiwa.

Selain itu, dokumentasi juga merupakan sebuah keterangan yang tertulis maupun terekam tentang data pasien melalui anamnesa, penegakkan diagnose, perencanaan asuhan, evaluasi asuhan, tindakan medis yang diberikan kepada pasien baik rawat jalan, rawat inap, maupun pelayanan gawat darurat (Kemenkes, 2019).

2.4.2 Tujuan dan Fungsi Pendokumentasian

Tujuan dokumentasi yaitu sebagai sarana komunikasi 3 arah ke bawah untuk memberikan intruksi, keatas untuk menyampaikan laporan, serta kesamping saat memberikan saran antar tim tenaga kesehatan. Komunikasi yang disampaikan secara lengkap mempunyai kegunaan sebagai berikut:

- 1) Membantu koordinasi asuhan kebidanan
- 2) Sebagai tanggung jawab dan tanggung guga
- 3) Sebagai informasi statistic
- 4) Sebagai sarana pendidikan
- 5) Sebagai sumber data penelitian

- 6) Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan
- 7) Sebagai sumber data asuhan kebidanan yang berkesinambungan
- 8) Sebagai cara menetapkan standar dan prosedur
- 9) Sebagai catatan
- 10) Sebagai alat dalam memberiksn intruksi (Handjani dan Mulyati, 2017)
(Subiyanti, 2017).

2.4.3 Pendokumentasian Berbentuk SOAP

Pendokumentasian dalam bentuk SOAP digunakan sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien dalam pelaksanaan praktik.

1) Data Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian apa yang dikatakan klien melalui anamnesa.

2) Data Objektif

Menggambarkan hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, dan diagnose tes lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung analisis.

3) Analisa

Meggambarkan pendokumentasian hasil analisis dari data subjektif dan data objektif.

4) Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari hasil evaluasi berdasarkan analisis. (Mertasari, 2020).

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. I USIA 24 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 34-35 MINGGU DENGAN PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT

Tanggal Pengkajian : 09 Februari 2025
Waktu pengkajian : 09.00 WIB
Tempat Pengkajian : Ruang JADE
Nama Mahasiswa : Nala Herlinda

3.1 Data Subyektif

1) Identitas

	Istri	Suami
Nama	: Ny. I	Tn. W
Umur	: 24 Tahun	26 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku	: Sunda	Sunda
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Buruh
Alamat	: Kp. Banyuresmi	

2) Alasan Datang

Ibu datang ke Puskesmas tanggal 09 Februari 2025 pukul 07.30 WIB. Untuk memeriksa kehamilannya, ibu mengatakan merasa hamil 8 bulan, Gerakan janin mulai dirasakan sejak usia kehamilan 4 bulan dengan gerakan janin aktif, ibu mengeluh sudah 2 hari merasakan kencang – kencang pada perutnya, Gerakan janin masih dirasakan dan aktif, dari puskesmas ibu di rujuk ke RS atas indikasi prematur kontraksi datang ke PONEK pukul 08.50 WIB.

3) Keluhan Utama

Ibu mengatakan kadang-kadang merasa mules setiap 5 menit sekali, gerakan janin masih bisa dirasakan dengan kuat ibu merasa cemas dengan kehamilannya sekarang karena merasakan mules seperti akan melahirkan.

4) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Menstruasi

Ibu menarche pada usia 13 tahun, siklus teratur 28 hari, lamanya 6-7 hari, banyaknya 2-3 ganti pembalut dan tidak mengalami dismenorhea HPHT : 12 JUNI 2024 TP : 19 Maret 2025

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan hamil anak pertama, ibu tidak pernah mengalami keguguran, tidak pernah mengalami nyeri ulu hati, mual dan muntah berlebihan maupun pusing berlebihan, status imunisasi TT 3, gerakan janin dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan dengan gerakan janin aktif. Ibu sering memeriksakan kehamilannya setiap bulan pada TM I, TM II, TM III sebanyak 10x dan pernah melakukan USG 2x.

Ibu tidak pernah mengonsumsi jamu-jamuan dan obat-obatan yang dikonsumsi selain obat tablet Fe yang diberikan oleh bidan. Selama hamil ibu sudah mengonsumsi obat tablet Fe sebanyak 80 tablet.

5) Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

Ibu mengatakan suaminya merupakan perokok aktif, tetapi ibu dan keluarga tidak pernah mempunyai riwayat penyakit berat maupun menular seperti asma, jantung, TBC, hipertensi, DM, HIV/AIDS maupun penyakit menular lainnya.

6) Riwayat Pernikahan

Ini merupakan pernikahan ibu yang pertama bersama suami, Ibu menikah pada usia 22 tahun dan suami menikah pada usia 24 tahun. Lamanya menikah 1 tahun.

7) Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelumnya tidak / belum menggunakan alat kontrasepsi KB.

8) Riwayat Psikososial

Ini merupakan kehamilan yang terencana, suami dan keluarga sangat senang dan mendukung terhadap kehamilan ini, untuk pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami.

9) Pola Kebutuhan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Makan 2 kali sehari dengan porsi yang cukup dan menu yang bervariasi (Nasi, sayuran, lauk pauk, tahu, tempe dan buah buahan), tidak ada pantangan makanan, minum 7-8 gelas dalam sehari dengan jenis air putih dan air teh.

b) Pola Eliminasi

BAB 1-2 kali sehari dengan konsisten padat dan tidak ada keluhan,

BAK 6-7 kali dalam sehari dan tidak ada keluhan

10) Pola Kebutuhan Sehari-hari**a) Pola Nutrisi**

Makan 2 kali sehari dengan porsi yang cukup dan menu yang bervariasi (Nasi, sayuran, lauk pauk, tahu, tempe dan buah buahan), tidak ada pantangan makanan, minum 7-8 gelas dalam sehari dengan jenis air putih dan air teh.

b) Pola Eliminasi

BAB 1-2 kali sehari dengan konsisten padat dan tidak ada keluhan,

BAK 6-7 kali dalam sehari dan tidak ada keluhan

c) Pola Istirahat

Istirahat malam terakhir kurang lebih 6 jam dan untuk tidur siang 1 jam

d) Personal Hygiene

Ibu mandi 1-2 kali sehari, ganti baju 2 kali

e) Pola Seksual

Ibu mengatakan terakhir melakukan seksualitas 2 hari yang lalu, tetapi setelah itu ibu merasakan kontraksi sampai hari ini.

f) Pola Aktivitas

Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga.

3.2 Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis

2) Antropometri

BB Sebelum Hamil : 45 kg
BB Sesudah Hamil : 53 kg
Kenaikan BB : 8 kg
Tinggi Badan : 146 cm
IMT : 21,1 (normal/ideal)
Lila : 25 cm (normal)

3) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 100/90 mmHg
Nadi : 79x/menit
Respirasi : 20x/menit
Suhu : 36,8 c

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Normal tidak ada kelainan
- b) Muka : Tidak pucat dan tidak ada oedema
- c) Mata : Simetris konjungtiva merah muda, sclera putih
- d) Mulut : Bibir tidak pucat dan tidak ada stomatitis
- e) Telinga : Pendengaran baik
- f) Leher : Tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

- g) Payudara : Simetris, tidak ada massa, puting menonjol
- h) Abdomen : Tidak terdapat luka bekas operasi
- TFU : 24 cm
- LP : 86 cm
- Leopold I : Bagian fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting
- Leopold II : Bagian kiri teraba keras memanjang seperti papan, dan bagian kanan teraba bagian kecil (Ekstremitas)
- Leopold III : Bagian terbawah janin teraba keras, bulat, melenting belum masuk
- PAP DJJ : 144x/menit (regular)
- HIS : 2x10'25"
- TBBJ : (TFU-12) x155 = 1.860 gram
- i) Genitalia : v/v tidak ada kelainan, pembukaan (-), portio tebal, ketuban utuh
- j) Ekstremitas : untuk bagian atas dan bawah simetris dan tidak ada oedema varises , kuku tidak pucat, refleks patella +/+.

3.3 Analisa

G1P0A0 Gravida 34-35 minggu dengan premature kontraksi.

3.4 Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa ibu mengalami premature kontraksi, oleh karena itu dokter memberikan nifedipine dan dexamethasone dengan harapan kontraksi ibu dapat berkurang /terhenti supaya tidak berlanjut ke persalinan.

Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

- 2) Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisinya

Evaluasi: Ibu sudah makan dengan nasi dan lauk pauk

- 3) Menganjurkan ibu untuk relaksasi pernafasan

Evaluasi: Ibu telah melakukan relaksasi

- 4) Menganjurkan ibu untuk bed rest yaitu istirahat total

Evaluasi: Ibu mengerti dan akan melakukannya

- 5) Memberikan terapi obat sesuai advice dokter yaitu: Dexamethasone 2x1mg dan Nifedipin 3x20 mg serta menjelaskan cara konsumsinya.

Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

- 6) Observasi DJJ setiap 1 jam dan HIS setiap 30 menit

Evaluasi: Telah dilakukan

- 7) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi: Telah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN 1

Hari/ Tanggal : 10 Februari 2025
Jam : 10.00 WIB
Tempat : Ruang JADE
Pengkaji : Nala Herlinda

1) Data Subjektif

Pasien mengaku mengeluh mules gerak janin masih dirasakan.

2) Data Objektif

a) Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Compos mentis

b) Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah : 110/80 mmHg
Nadi : 85x/menit
Respirasi : 20x/menit
Suhu : 36,5 c
DJJ : 142x/menit(regular)
HIS : 1x10'25"
Pembukaan : (-)
Portio : Tebal
Ketuban : Utuh

3) Analisa

G1P0A0 Gravida 34-35 Minggu dengan premature kontraksi

4) Penatalaksanaan

- a) Memberitahukan Hasil Pemeriksaan TTV,DJJ dan HIS

Evaluasi Tekanan Darah: 110/70 mmHg, Nadi: 85x/menit, Respirasi: 20x/menit, Suhu: 36,5 °C, DJJ: 142x/menit, HIS: 1x10'25". Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

- b) Menganjurkan ibu untuk relaksasi pernafasan

Evaluasi: Ibu telah melakukan relaksasi

- c) Observasi DJJ 1 jam dan HIS 30 menit

Evaluasi: Telah dilakukan

- d) Pada pukul 20.00 WIB dilakukan pemeriksaan USG Transvaginal untuk menentukan pembukaan

- e) Di pindahkan ke ruang VK

Evaluasi: Telah dilakukan

- f) Melanjutkan terapi obat sesuai advice dokter yaitu: Dexamethasone 2x1 mg dan Nifedipin 3x20 mg serta menjelaskan cara konsumsinya.

Evaluasi: Telah dilakukan

- g) Melakukan Pendokumentasian

Evaluasi: Telah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2

Hari / Tanggal : 11 Februari 2025

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Ruang JADE

Pengkaji : Nala Herlinda

1) Data Subjektif

Pasien mengaku mules sudah mulai berkurang, gerak janin masih dirasakan

2) Data Objektif

- a) Keadaan Umum : Baik
 - Kesadaran : Compos Mentis
- b) Tanda – Tanda Vital
 - Tekanan Darah : 120/80 mmHg
 - Nadi : 84x/menit
 - Respirasi : 22x/menit
 - Suhu : 36,0
 - DJJ : 140x/menit
 - HIS : 1x10'25"
 - Pembukaan : (-)
 - Portio : Tebal
 - Ketuban : Utuh

3) Analisa

G1P0A0 Gravida 34-35 Minggu dengan premature kontraksi

4) Penatalaksanaan

- a) Memberitahukan Hasil Pemeriksaan TTV,DJJ dan HIS

Evaluasi : Tensi Darah : 120/80 mmHg, Nadi : 84x/menit, Respirasi :22x/menit, Suhu : 36,0 c,DJJ : 140X/menit, HIS : 1x10'25".Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

- b) Mengajarkan ibu untuk melakukan relaksasi pernafasan

Evaluasi : Ibu mengerti

- c) Observasi DJJ setiap 1 jam dan his setiap 30 menit.

Evaluasi : Telah dilakukan

- d) Pada pukul 11.00 WIB pasien dibolehkan pulang karena kontraksi sudah tidak teratur atau dalam 1 jam kurang dari 6 kali, tidak ada perubahan serviks, kondisi ibu dan janin stabil.

- e) Memberikan terapi obat sesuai advice dokter yaitu: Dexamethasone 2x1mg dan Nifedipin 3x20 mg serta menjelaskan cara konsumsinya.

- f) Melakukan Pendokumentasian

Evaluasi : Telah dilakukan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan memaparkan tentang kesesuaian atau tidaknya antara teori dengan praktik di lapangan yang didapatkan berdasarkan pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 09 Februari 2025.

4.1 Data Subyektif

Berdasarkan hasil anamnesa yang dilakukan pada tanggal 09 Februari 2025 pukul 09.00 WIB dengan ibu I usia 24 tahun G1P0A0, ibu mengatakan merasa hamil 8 bulan, berdasarkan penghitungan HPHT yaitu tanggal 12 Juni 2024 usia kehamilan ibu didapatkan 34 - 35 minggu (Preterm) hal ini sesuai dengan penghitungan ibu. Gerakan janin mulai dirasakan sejak usia kehamilan 4 bulan dengan gerakan janin aktif. Ibu mengatakan merasa mules hilang timbul sejak 2 hari sebelum masuk ke RS, mulesnya dirasakan 5 menit sekali, Gerakan janin masih dirasakan dan aktif, tanda ibu mengalami premature kontraksi yaitu merasakan adanya mules, hal ini sesuai dengan teori menurut (Rafika, 2018). Menyebutkan bahwa keluhan yang dapat dirasakan oleh ibu hamil dengan premature 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.

Berdasarkan dari hasil pengkajian data subjektif faktor penyebab ibu mengalami kontraksi yaitu melakukan hubungan seksual bersama suami, hal ini sesuai dengan teori menurut (Laura E. Jansen et. al 2023) hubungan seksual dapat menyebabkan kontraksi karena adanya peningkatan pelepasan prostaglandin melalui kontak dengan leher rahim.

Selain itu ibu juga mengatakan suaminya sering merokok didalam rumah sehingga ibu terpapar asap rokok, hal ini sesuai dengan teori (Noriani et al.,2015). Yang terpapar asap rokok cenderung lebih sering mengalami gangguan seperti keguguran, kelahiran premature, berat badan lahir rendah (BBLR), dan cacat lahir pada kehamilannya, karena kandungan zat kimia pada perokok pasif lebih tinggi dibandingkan perokok aktif.

Selain itu asap rokok dapat tertinggal lama dalam suatu ruangan dan kandungan dalam asap rokok merupakan radikal bebas yang dapat merusak komponen dari sel di dalam tubuh dan dapat mengganggu integritas sel, berkurangnya elastisitas membrane, termasuk selaput ketuban sehingga rentan mengalami rupture, sebagaimana penelitian lain yang telah dilakukan, melaporkan bahwa wanita hamil baik perokok aktif maupun perokok pasif mempunyai resiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan selama periode perinatal hal ini dapat menyebabkan persalinan premature. Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

4.2 Data Obyektif

Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil pemeriksaan pada Ny.I didapatkan hasil pemeriksaan normal, Tanda-tanda Vital (TTV), TD: 110/90 mmHg, N: 79 x/menit, R: 20x/menit, S: 36,5 °C, Lila: 25 cm, lalu dilakukan pemeriksaan Leopold dengan TFU 24 cm, Leopold I teraba bagian keras, lunak tidak melenting (Bokong), Leopold II teraba punggung bagian perut sebelah kiri ibu Leopold III bagian terbawah teraba bagian kepala. Dengan DJJ 144x/menit dan HIS 2x10'25", vulva vagina tidak ada kelainan, pembukaan (-), portio tebal. Hal ini sesuai dengan teori. Menurut Rafika, 2018 bahwa terdapat keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil dengan premature kontraksi yaitu salah satunya adanya kontraksi. Menurut Aisa, 2017 kontraksi yang dirasakan lebih sering setiap 10 menit selama 1 jam atau lebih dan tidak mereda dengan tidur berbaring.

Pasien ketika diruangan bersalin dilakukan pemeriksaan USG transvaginal terlebih dahulu untuk mengukur panjang serviks yang merupakan indikator penting untuk persalinan premature dan untuk memastikan kondisi serviks secara detail apakah sudah melebar atau memendek karena panjang serviks yang pendek ($\leq 2,5$ cm) dapat menjadi indikasi risiko persalinan premature yang lebih tinggi, selain itu bisa juga untuk memastikan usia kehamilan, memeriksa cairan ketuban, memeriksa plasenta dan menilai risiko kelahiran premature.

Dalam protap RSUD dr. Slamet pasien yang mengalami premature kontraksi harus dilakukan pemeriksaan USG dan pasien sudah dilakukan pemeriksaan USG secara transvaginal, hal ini sesuai dalam praktik maupun teori.

4.3 Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif maka analisa yang di dapatkan pada Ny.I adalah "Prematur Kontraksi ". Menurut surya & Pudyastuti, (2019). Premature 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 premature.

Penegakkan diagnose premature kontraksi diambil dari data subjektif dan objektif yang diperoleh bahwa mengalami kontraksi hal ini sesuai menurut (Rafika,2018). Bahwa terdapat keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil dengan premature kontraksi salah satunya yaitu ibu mengalami kontraksi dan faktor penyebab terjadi premature hubungan seksual bersama suami, hal ini sesuai dengan teori menurut (Laura E.Jansen et. al, 2023).

Hubungan seksual dapat menyebabkan kontraksi karena adanya peningkatan pelepasan prostaglandin melalui kontak dengan leher rahim. Selain itu, ibu sering terpapar asap rokok, hal ini sesuai dengan teori (Noriani et,al,2015) wanita yang terpapar asap rokok cenderung lebih sering mengalami gangguan pada kehamilannya karena kandungan zat kimia pada perokok pasif lebih tinggi dibanding perokok aktif, selain itu asap rokok

dapat mengganggu integritas sel, berkurangnya elastisitas membrane, termasuk selaput ketuban sehingga rentan mengalami rupture, sebagaimana penelitian lain yang telah dilakukan, melaporkan bahwa wanita hamil baik perokok aktif maupun perokok pasif mempunyai resiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan selama periode prenatal karena hal ini dapat menyebabkan persalinan premature. Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktik.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk Ny. I 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 Nifedifin dan Dexamethasone sesuai dengan advice dokter. Hal ini sesuai menurut teori (Saifuddin, 2010) kontraksi dini pada kehamilan perlu dilakukan 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 oleh mulut. Hal ini sesuai menurut teori Fitriani, (2013).

Ibu diberikan tokolitik 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 premature dalam waktu 2x24 jam tanpa kontraksi sebesar 74.28%, hal ini disesuaikan dengan penelitian Suhartina, (2017).

Ibu dilakukan pemeriksaan USG transvaginal. Pemeriksaan USG dapat mengetahui ada tidaknya inkompetensi serviks dan serviks yang pendek. Sementara itu, pemeriksaan laboratorium seperti fibronektin fetal dapat memprediksi risiko terjadinya persalinan preterm dan hasil tes fern serta nitrazine dapat menunjukkan ada tidaknya ruptur membran amnion.

Ibu di bolehkan pulang. Pemberian terapi konservatif berhasil jika pasien dengan prematur kontraksi dapat pulang setelah diberikan terapi. Artinya kontraksi telah berhenti dan kehamilan dapat dipertahankan. Sebaliknya apabila terjadi persalinan prematur setelah diberikan terapi konservatif, maka terapi tersebut termasuk tidak berhasil.

4.5 Pendokumentasian

Pada pendokumentasian penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori praktik di lapangan. Penulis menggunakan penulisan dengan pengumpulan data SOAP, hal ini sesuai dengan teori Mufdilah, (2013). SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis, catatan soap digunakan untuk mengevaluasi kondisi klien selama dilakukan asuhan sebagai catatan kemajuan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian asuhan kebidanan ibu hamil pada Ny. I 24 tahun GIPOAO dengan premature kontraksi di Ruang Jade RSUD.dr.Slamet Garut dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

- 1) Berdasarkan pengkajian data subjektif pada Ny. I 24 tahun G1P0A0 dengan prematur kontraksi, secara umum sudah sesuai antara kasus dengan teori tidak ada kesenjangan.
- 2) Hasil pengkajian data Objektif pada Ny. I 24 tahun G1P0A0 dengan prematur kontraksi, sudah sesuai antara kasus dengan teori tidak ada kesenjangan.
- 3) Berdasarkan data Subjektif dan data Objektif maka dapat ditegakkan diagnose pada Ny.I 24 tahun GIP0A0 dengan premature kontraksi
- 4) Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. I yaitu memberikan asuhan kehamilan dan persalinan sesuai antara teori dan praktik.
- 5) Pendokumentasian asuhan kebidanan ibu hamil pada Ny. I 24 tahun G1P0A0 dengan premature kontraksi menggunakan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

1) Bagi Penulis

Dengan disusunnya Laporan Tugas Akhir ini dapat memberikan gambaran kepada mahasiswa kebidanan untuk lebih mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang didukung dengan standarisasi kebidanan dan bisa menjadi tolak ukur untuk meningkatkan asuhan kebidanan, khususnya dalam memberikan konseling dan asuhan kebidanan

2) Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar institusi pendidikan dapat menilai sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan pengetahuan yang telah didapatkan dan diharapkan institusi memperbanyak sumber referensi, tentang asuhan kebidanan patologis kebidanan.

3) Bagi Klien

Diharapkan hasil Laporan Tugas Akhir ini agar dijadikan sebagai bahan informasi untuk pengetahuan serta wawasan dalam melakukan asuhan kebidanan sesuai dengan standar kompetensi kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu, W., dkk. (2019). Hubungan Pekerjaan dengan Prematur Kontraksi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Fitriani. (2013). Asuhan Kehamilan pada Ibu Hamil dengan Relaksasi Pernapasan. Yogyakarta: Pustaka Medika.
- Handjani, R., & Mulyati, R. (2017). Dokumentasi Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Herman, H., & Joewono, B. (2020). Jarak Kelahiran dan Risiko Persalinan Prematur. Bandung: Andi Publisher.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Panduan Pelayanan Antenatal Care (ANC). Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Pedoman Dokumentasi Kebidanan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kuslimawati, R., dkk. (2020). Faktor Sosial Ekonomi dan Risiko Persalinan Prematur. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Laura E. Jansen, et al. (2023). Effects of Sexual Activity on Preterm Contraction. Journal of Obstetrics and Gynecology Research.
- Lestari, I. (2021). Faktor Risiko Prematur Kontraksi pada Ibu Hamil. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Liewellyn-Jones, D. (2002). Fundamentals of Obstetrics and Gynecology. Jakarta: EGC.

- Mardianingsih. (2018). Kontraksi Prematur dalam Kehamilan. Jakarta: Salemba Medika.
- MD. (2017). Proses Nidasi dan Perkembangan Kehamilan. Jakarta: Penerbit Kedokteran.
- Meiharti. (2017). Etiologi Prematur Kontraksi. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran UGM.
- Mertasari, K. (2020). Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan SOAP. Denpasar: Universitas Udayana.
- Mufdilah. (2013). Asuhan Kebidanan pada Kehamilan. Jakarta: Salemba Medika.
- Nani. (2018). Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Kehamilan. Bandung: Alfabeta.
- Noriani, N., dkk. (2015). Efek Paparan Asap Rokok pada Ibu Hamil. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Nugrawati, R., & Amriani, M. (2021). Konsep Dasar Kehamilan. Palembang: Unsri Press.
- Rafika. (2018). Premature Kontraksi: Deteksi Dini dan Penatalaksanaannya. Bandung: FK UNPAD.
- Saifuddin, A.B. (2010/2015). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Subiyanti. (2017). Dokumentasi Kebidanan dan Tanggung Jawab Profesional. Jakarta: EGC.
- Suhartina. (2017). Efektivitas Nifedipine dalam Menangani Prematur Kontraksi. Surabaya: FK UNAIR.

Surya, D., & Pudyastuti, A. (2019). *Premature Contraction pada Ibu Hamil*.

Yogyakarta: Graha Ilmu.

Wahyuni. (2017). *Risiko Kehamilan di Usia Dini dan Lanjut*. Jakarta: FKUI Press.

Wahyu. (2018). *Dampak Prematur Kontraksi pada Ibu dan Bayi*. Malang: UMM



Press.

WHO. (2018). *Preterm Birth – Key Facts*. Geneva: World Health Organization.

Yuliani, E., dkk. (2017). *Tahapan Trimester dalam Kehamilan*. Jakarta: Mitra

Cendikia.

Tabel 2.1 SOP Prematur Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET</p> <p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p> <p>PENGERTIAN</p>	<p style="text-align: center;">PERSALINAN PRETERM (KURANG BULAN)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. Dokumen : KS.01.03/004/077/RSUD</td> <td style="width: 33%;">No. Revisi : 01</td> <td style="width: 33%;">Halaman 1/4</td> </tr> </table> <p>Tanggal Terbit : 1 JANUARI 2023</p> <p style="text-align: center;">Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut</p> <div style="text-align: center;">  <p>dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp.OT.Spine NIP. 196505171991031013</p> </div> <p>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</p>	No. Dokumen : KS.01.03/004/077/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/4
No. Dokumen : KS.01.03/004/077/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/4		
<p>TUJUAN</p>	<p>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.</p>			
<p>KEBIJAKAN</p>	<p>SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No KS.01.03/004/077/RSUD . Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.</p>			
<p>PERSIAPAN ALAT</p>				
<p>PROSEDUR</p>	<p>FAKTOR RESIKO Penyebab yang pasti tidak diketahui. Faktor risiko terjadinya persalinan preterm yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketuban pecah dini (KPD), korioamnionitis, bakteriuri, kolonisasi mikroorganisme pada genital (Grup.β streptokokus; dll) 2. Riwayat persalinan preterm atau kontraksi persalinan preterm sebelumnya. 3. Riwayat abortus sebelumnya (Abortus 2 x pada trimester kedua). 4. Riwayat abortus iminens pada kehamilan ini. 5. Perdarahan antepartum; plasenta previa/solusio plasenta. 6. Hipertensi dalam kehamilan. 			

7. Serviks inkompeten atau riwayat tindakan konisasi
8. Serviks memendek < 2,5 cm dan atau membuka lebih dari 1 cm, pada kehamilan 32 minggu.
9. Kelainan uterus (jarang).
10. Operasi abdomen waktu kehamilan.
11. Janin mati, kelainan kongenital.
12. Kerentanan uterus yang bertambah.
13. Penyakit ibu terutama penyakit infeksi sistematik yang berat.
14. Kehamilan dengan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) insitu.
15. Pielonefritis
16. Kehamilan ganda, polihidramnion, oligohidramnion.
17. Kelainan letak.
18. Diabetes melitus.
19. Penyalahgunaan/kecanduan NAZA (narkotik dan zat aditif lainnya)
20. Trauma fisik/psikis.

DIAGNOSIS

Gejala awal yang dapat timbul adalah :

1. Rasa nyeri/tegang pada perut bawah (*low abdominal pain/cramp*)
2. Nyeri pinggang (*low beackache*)
3. Rasa penekanan pada jalan lahir
4. Bertambahnya cairan vagina
5. Perdarahan/perdarahan bercak/lendir bercampur darah

Gejala definitif

Memenuhi kriteria persalinan preterm seperti :

- Kontraksi uterus yang teratur (1 kali atau lebih dalam 10 menit).
- Perubahan serviks seperti : - Pembukaan serviks \geq 2 cm
- Pendataran

Perlu dilakukan penilaian terhadap ada tidaknya faktor etiologi dan kemungkinan komplikasi seperti :

1. Ada tidaknya plasenta previa
2. Keadaan ketuban (intak atau sudah pecah)
3. Ada tidaknya korioamnionitis
4. Ada tidaknya infeksi sistematik

5. Ada tidaknya polihidramnion

6. Riwayat obstetri sebelumnya

Pengelolaan :

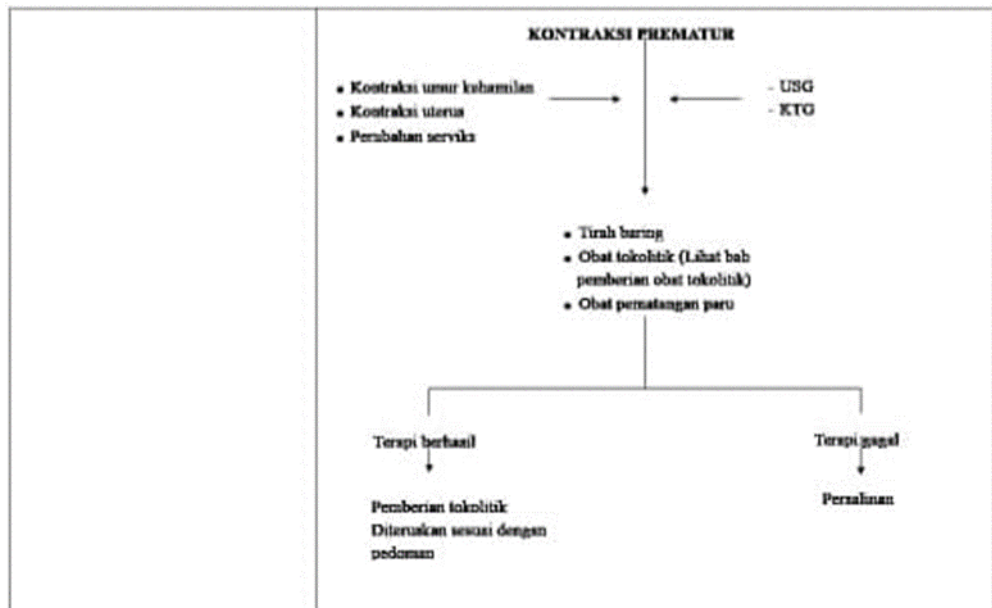
1. Konfirmasi umur kehamilan dengan berbagai cara
2. Penilaian kontraksi uterus (lamanya, intensitasnya, frekuensinya dan pengaruhnya terhadap pembukaan serviks)
3. Pemantauan tanda-tanda vital ibu
4. Pemantauan bunyi jantung janin
5. Pemeriksaan tambahan : ultrasonografi untuk menilai presentasi, biometri janin, anomali, velositas arteri umbilikal (Doppler), indeks cairan ketuban, pemeriksaan plasenta, morfologi serviks (panjang, diameter kanalis servikalis dan ada tidaknya *funelling*)
6. Tirah baring (lateral ke kiri atau semi fowler)
7. Bila diduga ada korioamnionitis, lakukan kultur dan berikan antibiotik.
8. Pemberian obat-obatan tokolitik (lihat bab pemberian obat tokolitik)
9. Pemberian obat-obatan pematangan paru-paru janin :
Diberikan pada semua wanita hamil antara 24-34 minggu
 - Deksametason, 6 mg tiap 12 jam (i.m) sampai 4 dosis
 - Betametason, 12 mg (i.m) sampai 2 dosis dengan interval 24 jam
10. Pemberian $MgSO_4$ untuk proteksi otak janin.

Loading dose 4 gram $MgSO_4$ (10 cc $MgSO_4$ 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.

Diagnosis Diferensial

Dibedakan dengan kontraksi Braxton Hick

Kontraksi Braxton Hick sifatnya tidak teratur, tidak ritmis, tidak begitu sakit dan tidak menimbulkan perubahan serviks.




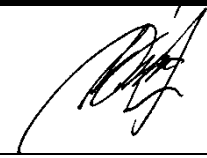





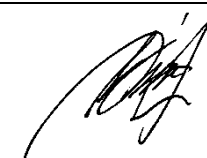

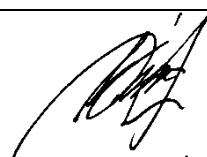

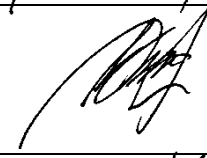

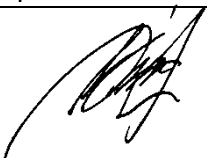
LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Nala Herlinda

Nama Pembimbing : Fitri Hanriyani, SST.,M.Pd

NIM : KHGB22022

Judul KTI : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny.I Usia 24 Tahun G1P0A0 Gravida 34-35 Minggu Dengan Prematur Kontraksi di RSUD dr.Slamet Garut

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Kamis, 17/04/25	Pengajuan Judul	ACC Judul		
2.	Minggu, 01/06/25	Juknis dan Isi Bab	Revisi Bab 1 dan Ulasan Per Bab		
3.	Selasa, 03/06/25	Bab I,II,III dan Latar Belakang	Revisi		
4.	Jum'at, 06/06/25	Bab III Kasus	Revisi		
5.	Selasa, 10/06/25	Bab IV Isi	Revisi		
6.	Selasa, 22/07/25	BAB V Isi	Revisi		
7.	Jumat, 06/08/25	Tambah Referensi	ACC Sidang		

Garut, 06 Agustus 2025

Mahasiswa



(Nala Herlinda)

Pembimbing



(Fitri Hanriyani, SST., M.Pd)

LEMBAR BIMBINGAN REVISI

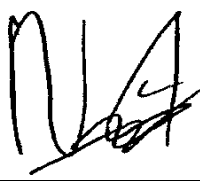
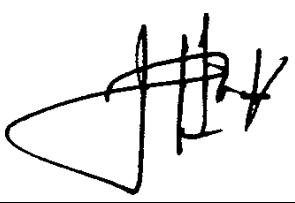
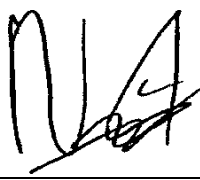
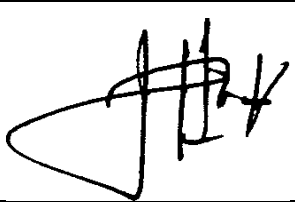




Nama Mahasiswa : Nala Herlinda

NIM : KHGB22022

Judul KTI : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny.I Usia 24 Tahun G1P0A0 Gravida 34-35 Minggu Dengan Prematur Kontraksi di RSUD dr.Slamet Garut

Penguji 1 : Rosita Alvia, SST.,M.K.M

Penguji 2 : Lina Humaeroh, SST.,M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 15/10/25	Revisi LTA	Penambahan Sumber dan Referensi		
2.	Jum'at 17/10/25	Revisi LTA	ACC Revisi LTA		
3.	Rabu, 15/10/25	Revisi LTA	Tata Letak Penulisan Dirapihkan		
4.	Jum'at 17/10/25	Revisi LTA	ACC Revisi LTA		

RIWAYAT HIDUP



1. Data Pribadi

Nama Lengkap : Nala Herlinda
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 17 Maret 2004
Agama : Islam
Nama Ayah : Ayun Nandar
Nama Ibu : Ade Herlina
No.HP : 081904823972
Email : nalaherlinda50@gmail.com
Alamat : Kp.Sukatani Rt 03/ Rw 02, Desa Sukatani,
Kecamatan Cisarupan, Kabupaten Garut

2. Riwayat Pendidikan

- a. RA AT – TAQWA CIDATAR
- b. SDN 2 SUKATANI
- c. MTS AT -TAQWA
- d. SMAN 16 GARUT
- e. Terdaftar sebagai Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut, program studi D-III kebidanan Tahun Ajaran 2022-2025

Moto Hidup

“ Allah memang tidak menjanjikan hidupmu akan selalu mudah, tapi dua kali

Allah berjanji bahwa : dibalik kesulitan, pasti ada kemudahan”

(QS.Al – Insyirah 94: 5-6)