

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. E USIA 18 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 35-36 MINGGU DENGAN
PERSALINAN PRETERM DI RSUD
dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk Menyelesaikan Program Studi D-III Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

SITI RAKHEL SINTIA PUTRI

KHGB22081



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

2025

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pemimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis dan dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas di cantumkan 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 di peroleh karena karya ini,serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, April 2025
Yang membuat pernyataan

SITI RAKHEL SINTIA PURI
NIM :KHGB22081

LEMBAR PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.E USIA 18 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 35-36 MINGGU DENGAN
PERSALINAN PRETERM DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : SITI RAKHEL SINTIA PURI

NIM : KHGB22081

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

Garut , April 2025

**Menyetujui,
Pembimbing,**

Nofita Setiorini Futri Purwanto, S.Tr.Keb.,Bdn.,M.kes

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.E USIA 18 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 35-36 MINGGU DENGAN
PERSALINAN PRETERM DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : SITI RAKHEL SINTIA PURI

NIM : KHGB22081

Laporan Tugas Akhir ini Telah Disidangkan dihadapan Tim Pembimbing dan
Tim Penela'ah Program Studi D-III Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

**Menyetujui,
Pembimbing**

Nofita Setiorini Futri Purwanto, S.Tr.Keb.,Bdn.,M.Kes

Penela'ah I

Penela'ah II

Fitri Hanriyani, SST.,M.Pd

Bdn.Dian Fitriyani.,SST.,M.Keb

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Kebidanan

Lina Humaeroh, SST.,M.Kes

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat dan rahmat-nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.E USIA 18 TAHUN G1P0A0 DENGAN PERSALINAN PRETERM DI RSUD dr. SLAMET GARUT”**.

Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program D-III Kebidanan di STIKes Karsa Husada Garut. Penulis menyadari sepenuhnya keterbatasan dan kekurangan yang dimiliki sehingga Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, maka segala kritik dan saran akan membantu dalam penyempurnaan Lapran Tugas Akhir ini. Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa di kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada :

1. Allah SWT atas segala karunia, rahmat dan anugrah-Nya yang sangat luar biasa dalam hidup ini.
2. Dr. Hadiat M.A., selaku Ketua pengurus Yayasan Dharma Husada insani Garut

3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh, SST.,M.Kes selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Nofita Setiorini Futri Purwanto, S.Tr.Keb.,Bdn.,M.Kes selaku Pembimbing yang telah memberikan arahnya, bimbingan serta saran dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Seluruh staff dosen pengajar dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
7. Ny. E dan keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, serta memberi dukungan dan dapat bekerjasama dalam pemenuhan data laporan ini.
8. Teristimewa yang tak terhingga kepada kedua Orang Tua saya yang telah mendukung, mendo'akan dan selalu menyemangati dalam setiap situasi. Yang tiada hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan motivasi. Terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan saya. Terimakasih untuk semuanya berkat do'a dan dukungannya saya bisa berada di titik ini. Sehat selalu dan panjang umur ya, harus selalu ada disetiap perjalanan & pencapaian hidup saya.
9. Terima kasih banyak untuk kedua kakak yaitu A Wahidan Navilla dan Hanafi Hamzah. Adik saya Meisya Anindiya Putri, kaka ipar Cici Arvianie dan Abang Toni Saputra atas segala dukungan, do'a, motivasi dan bantuan selama ini, semoga selalu diberikan kesehatan juga kelancaran dalam segala hal apapun.

10. Terimakasih kepada keluarga besar Bpk H. Makmun yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis agar segera menyelesaikan studi ini.
11. Noval sulistiawan yang tak kalah penting kehadirannya yang selalu menemani dan selalu menjadi support system penulis pada hari yang tidak mudah dalam proses penulisan. Terimakasih telah menjadi bagian perjalanan dalam penulisan ini, berkontribusi banyak baik dari tenaga maupun waktu, menghibur, mendengarkan keluh kesah, senantiasa sabar menghadapi saya dan memberikan semangat untuk pantang menyerah hingga penyusunan ini terselesaikan.
12. Ayah, Ibu dari Noval sulistiawan terimakasih telah menyelipkan do'a agar selalu dimudahkan dan dilancarkan tidak hanya dalam pengerjaan Laporan Tugas Akhir ini tetapi juga kedepannya dan tak henti-hentinya memberikan semangat.
13. Rossiana Oktaviani yang senantiasa menemani penulis dalam keadaan sulit maupun senang, memberikan dukungan, motivasi serta menjadi orang yang selalu memberikan semangat dan meyakinkan penulis bahwa segala masalah yang dihadapi akan berakhir. Terimakasih karena sudah menjadi teman sekaligus partner yang baik dalam proses penulisan Laporan Tugas Akhir ini mulai dari penyusunan, pengurusan berkas persiapan sidang dan menemani sidang. Terimakasih atas kesabarannya dan semua bantuan selama ini.
14. Tasya Avionita yang selalu menemani, memberi motivasi dan semangat yang luar biasa dari penulis SMA hingga saat ini. Terimakasih sudah menjadi teman yang baik karena tidak pernah meninggalkan penulis sendirian, selalu

ada saat penulis membutuhkan bantuan serta selalu mendengarkan keluhan penulis dalam selama ini.

15. Teman- teman mahasiswa seperjuangan Program Studi D3 kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan masukan dan motivasi.
16. Semua pihak yang telah membantu penulisan Laporan Tugas Akhir ini yang tidak bisa disebutkat satu-persatu, penulis mengucapkan banyak terimakasih.
17. Terakhir, terimakasih untuk diri sendiri karena telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini. Mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan dan tak pernah memutuskan menyerah sesulit apapun proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dengan menyelesaikan sebaik dan semaksimal mungkin, ini merupakan pencapaian yang patut dibanggakan untuk diri sendiri.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penelitian.....	4
1.2.1 Tujuan Umum.....	4
1.2.2 Tujuan Khusus.....	5
1.3 Metode Penelitian Data.....	5
1.4 Waktu dan Tempat Penelitian.....	6
1.5 Mafaat Penelitian.....	6
1.5.1 Manfaat Teori.....	6
1.5.2 Manfaat Praktik.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Tujuan umum tentang persalinaan.....	8
2.1.1 Pengertian Persalinaan.....	8
2.1.2 Tanda-tanda Persalinaan	9
2.1.3 Tahapan persalinaan	11
2.1.4 Faktor yang mempengaruhi persalinaan	14
2.1.5 Derajat Laserasi.....	16
2.1.6 Bentuk Luka Perineum	17
2.2 Tujuan khusus tentang persalinaan preterm	20
2.2.1 Pengertian Persalinaan Preterm	20
2.2.2 Etiologi Persalinaan Preterm.....	20
2.2.3 Faktor Predisposisi	21
2.2.4 Diagnosa	22
2.2.5 Patofisiologi Preterm	23
2.2.6 Tanda dan Gejala Persalinaan Preterm	24
2.2.7 Uterus	25
2.2.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi preterm	28
2.2.9 Dampak atau Akibat dari Persalinaan Preterm	29
2.2.10 Langkah-langkah untuk Mencegah Persalinaan Preterm.....	30
2.2.11 Penatalaksanaan.....	30

2.2.12 Pemberian obat-obatan uterotonika	31
2.2.13 Hubungan (KEK) dengan Persalinan Preterm.....	33
2.2.14 Hubungan IUGR dengan Persalinan Preterm.....	34
2.2.15 Hubungan Anemia dengan Persalinan Preterm	35
2.2.16 Hubungan Berat Badan lahir Rendah (BBLR) dengan Persalinan Preterm	36
2.2.17 Hubungan Asfiksia Dengan Persalinan Preterm.....	37
2.2.18 Penanganan Pada Asfiksia	39
2.2.19 Inisiasi Menyusu dini (IMD).....	40
2.2.20 Metode Kanguru.....	40
2.2.21 SOP Persalinan Prematur	41
2.3 Pendokumentasian.....	46
2.3.1 Pengertian	46
2.3.2 Tujuan dan Fungsi Dokumentasi	46
2.3.3 Manajemen Kebidanan	47
2.3.4 Langkah-langkah (7 langkah varney)	48
2.3.5 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Dalam Bentuk SOAP	49
BAB III TINJAUAN KASUS.....	50
3.1 Asuhan Persalinan Kala I.....	50
A. DATA SUBJEKTIF	50
B. DATA OBJEKTIF.....	54

C. ANALISA	57
D. PENATALAKSANAAN	57
3.2 Catatan Perkembangan Kala I.....	58
A. DATA SUBJEKTIF	58
B. DATA OBJEKTIF.....	58
C. ANALISA	59
D. PENATALAKSANAAN	59
3.2.1 LEMBAR OBSERVASI.....	61
3.3 Catatan Perkembangan Kala II	63
A. DATA SUBJEKTIF	63
B. DATA OBJEKTIF.....	63
C. ANALISA	64
D. PENATALAKSANAAN	64
3.3 Catatan Perkembangan Kala III	66
A. DATA SUBJEKTIF	66
B. DATA OBJEKTIF.....	66
C. ANALISA	66
D. PENATALAKSANAAN	66
3.4 Catatan Perkembangan Kala IV	67
A. DATA SUBJEKTIF	67

B. DATA OBJEKTIF.....	67
C. ANALISA	68
D. PENATALAKSANAAN	68
3.5 Asuhan Nifas.....	70
3.5.1 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Pada Ny. E Post Partum 6 Jam.....	70
A. DATA SUBJEKTIF	70
B. DATA OBJEKTIF.....	70
C. ANALISA	71
D. PENATALAKSANAAN	71
3.6 Asuhan Bayi Baru Lahir	74
3.6.1 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Ny. E usia 6 jam.....	74
A. DATA SUBJEKTIF	74
B. DATA OBJEKTIF.....	74
C. ANALISA	76
D. PENATALAKSANAAN	76
BAB IV PEMBAHASAN	84
4.1 Data Subjektif	84
4.2 Data Objektif.....	86
4.3 Analisa	89
4.4 Penatalaksanaan	89

4.5 Pendokumentasian	92
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	93
5.1 Kesimpulan	93
3.4 Saran.....	94
5.2.1 Bagi Penulis	94
3.4.1 Bagi Institusi Pendidikan	94
3.4.2 Bagi Pasien dan Keluarga	94
DAFTAR PUSTAKA	95

DAFTAR SINGKATAN

AKI	:Angka Kematian Ibu
AKB	:Angka Kematian Bayi
ANC	:Antenatal Care
APD	:Alat Pelindung Diri
BAB	:Buang Air Besar
BB	:Berat Badan
BAK	:Buang Air Kecil
BBLR	:Berat Badan Lahir Rendah
CTG	:Cardiotocography
CD	:Celana Dalam
DJJ	:Denyut Jantung Janin
HB	:Hemoglobin
HIV	:Human Immunodeficiency Virus
HPHT	:Hari Pertama Haid Terakhir
IBI	:Ikatan Bidan Indonesia
IMT	:Indeks Massa Tubuh
IMR	:Infant Mortality Rate
IUGR	:Intrauterine Growth Restriction
IRT	:Ibu Rumah Tangga
KB	:Keluarga Berencana
K/U	:Keadaan Umum
KEK	:Kekurangan Energi kronik
Kemendes RI	:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KIE	:Konseling Informasi Edukasi

KPD	:Ketuban Pecah Dini
LILA	:Lingkar Lengan Atas
PMB	:Praktik Mandiri Bidan
RSUD	:Rumah Sakit Umum Daerah
RME	:Rekam Medis Elektronik
SD	:Sekolah Dasar
SMA	:Sekolah Menengah Akhir
SOAP	:Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalkasanaan
Sp.OG	:Spesialis Obstetri dan Ginekologi
TBJ	:Taksiran Berat janin
TBBJ	:Taksiran Berat Badan Janin
TD	:Tekanan darah
TFU	:Tinggi Fundus Uteri
TP	:Taksiran Persalinan
TTV	:Tanda-tanda Vital
UK	:Usia Kehamilan
USG	:Ultrasonografi
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Derajat laserasi	17
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Tabel Lembar Observasi	61
Tabel 3. 2 Apgar Score	65
Tabel 3. 3 Matriks Hubungan Antara Teori dan Kasus	78

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) indikator penting dalam menilai derajat kesehatan masyarakat suatu negara. Ibu hamil dan bayi baru lahir termasuk kelompok rentan yang memerlukan perhatian dan pelayanan kesehatan secara optimal. Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2023, Sekitar 260.000 wanita meninggal dunia akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, dengan 92% diantaranya terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah. Wilayah Afrika Sub-Sahara dan Asia selatan menyumbang sekitar 87% (225.000) dari total kematian ibu tersebut, ini menandakan perlunya intervensi global dan lokal untuk menekan angka kematian yang sebenarnya dapat dicegah.

Menurut (WHO, 2024) ditemukan 2,3 juta bayi baru lahir meninggal pada tahun 2022. Hampir setengah (47%) dari seluruh kematian anak di bawah usia 5 tahun terjadi pada periode bayi baru lahir (28 hari pertama kehidupannya) yang merupakan periode yang paling rentan dimana periode kehidupan dan membutuhkan perawatan intrapartum dan bayi baru lahir yang berkualitas dan intensif. Afrika Sub-Sahara mempunyai angka kematian neonatal tertinggi di dunia yaitu 27 kematian per 1000 kelahiran hidup, diikuti oleh Asia tengah dan selatan dengan angka kematian neonatal

sebesar 21 kematian per 1000 kelahiran hidup. Adapun di negara maju seperti Amerika berada di bawah 2 per 100 kelahiran hidup. Kelahiran prematur, komplikasi kelahiran (asfiksia/trauma saat lahir), infeksi neonatal, dan kelainan kongenital masih menjadi penyebab utama kematian neonatal (WHO, 2024).

Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak di Kementerian Kesehatan dari tahun 2019-2021 cenderung meningkat, sedangkan dari tahun 2021-2023 jumlah kematian ibu jumlahnya berfluktuasi. Jumlah Kematian Ibu tahun 2023 adalah 4.482. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia telah menunjukkan penurunan, namun masih memerlukan upaya percepatan dan langkah-langkah untuk mempertahankan momentum tersebut, sehingga target AKB 16/1000 kelahiran hidup dapat tercapai pada akhir tahun 2024. Jumlah kematian dalam rentang usia 0-59 bulan pada tahun 2023 mencapai 34.226 kematian. Mayoritas kematian terjadi pada periode neonatal (0-28 hari) dengan jumlah 27.530 kematian (80,4%) kematian terjadi pada bayi. Sementara itu, kematian pada periode post-neonatal (29 hari-11 bulan) mencapai 4.915 kematian (14,4%) dan kematian pada rentang usia 12-59 bulan mencapai 1.781 kematian (5,2%). Angka tersebut menunjukkan peningkatan yang signifikan dibandingkan dengan jumlah kematian balita pada tahun 2022, yang hanya mencapai 21.447 kasus (Kemenkes RI, 2024).

Jumlah kematian Ibu tahun 2024 berdasarkan pelaporan profil kesehatan kabupaten/kota sebanyak 749 kasus atau 98,60 per 100.000 KH,

turun 43 kasus dibandingkan tahun 2023, yaitu 792 kasus. Penyebab kematian ibu pada tahun 2024 didominasi oleh Komplikasi Non Obstetrik 29,11%, Hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas 28,17%, Perdarahan Obstetrik 25,37%, Komplikasi Obstetrik lain 10,15%, dan yang lainnya 0,53%. Angka Kematian Bayi (AKB) atau *Infant Mortality Rate* (IMR) merupakan indikator yang sangat sensitif terhadap upaya pelayanan kesehatan terutama yang berhubungan dengan bayi baru lahir perinatal dan neonatal. Dari kematian bayi sebesar 7,28:1.000 kelahiran hidup, 87,80% atau 4.858 kasus terjadi pada saat neonatal (0-28 hari) dan 12,20% atau 675 kasus terjadi pada saat post neonatal (29 hari - 11 bulan). Penyebab kematian neonatal masih didominasi oleh 40,76% Gangguan pernapasan dan kardiovaskular, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 23,26%, infeksi 13,28% serta Komplikasi 6,22%. Adapun penyebab kematian post neonatal didominasi oleh 39,11% Penyakit sistem saluran cerna serta Penyakit infeksi dan parasit 15,26% (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2024).

Provinsi Jawa Barat, Kabupaten Garut adalah salah satu kabupaten dengan jumlah kasus kematian ibu tertinggi. Pada tahun 2022, ada 64 kasus kematian ibu, kemudian 60 kasus pada tahun 2023 (Dinas Kesehatan Garut, 2023). KBRN, Garut : Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut pada tahun 2024 mencapai 50 orang pertahun, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 332 bayi pertahun. Bupati Garut Abdusy Sakur Amin mengatakan, Kabupaten Garut menjadi daerah kedua dengan angka AKI terbesar di Provinsi Jawa Barat, dan ketiga dengan AKB terbesar

di Provinsi Jawa Barat. Muscab Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Garut (Irwan/RRI, 2024).

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang sangat berperan dalam menurunkan AKI dan AKB. Peran bidan dalam penurunan AKI dan AKB adalah memberikan pelayanan secara komprehensif yang dimulai dari asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas. Peran dan posisi bidan di masyarakat sangat dihargai dan dihormati karena tugasnya yang sangat mulia, memberi semangat membesarkan hati, sebagai motivator dan roll model di tengah-tengah masyarakat.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.E USIA 18 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 35-36 MINGGU DENGAN PERSALINAN PRETEREM DI RSUD dr. SLAMET GARUT.**

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari Laporan Tugas Akhir ini untuk mengetahui dan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif Pada Ny.E Usia 18 Tahun G1P0A0 Gravidita 35-36 Minggu dengan Persalinan Preterm di RSUD dr. Slamet Garut dengan menggunakan manajemen kebidanan dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.E usia 18 tahun G1P0A0 gravida 35-36 minggu dengan persalinan preterm di RSUD dr. Slamet Garut.
2. Melakukan pengkajian data objektif Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.E usia 18 tahun G1P0A0 gravida 35-36 minggu dengan persalinan preterm di RSUD dr. Slamet Garut.
3. Melakukan analisa Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.E usia 18 tahun G1P0A0 gravida 35-36 minggu dengan persalinan preterm di RSUD dr. Slamet Garut.
4. Melakukan penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.E usia 18 tahun G1P0A0 gravida 35-36 minggu dengan persalinan preterm di RSUD dr. Slamet Garut.
5. Melakukan pendokumentasian Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny.E usia 18 tahun G1P0A0 gravida 35-36 minggu dengan persalinan preterm di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3 Metode Penelitian Data

Metode penelitian yang digunakan dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui:

1. Wawancara

Dilakukan wawancara langsung dengan pasien untuk memperoleh data subjektif terkait kondisi, keluhan, dan riwayat kesehatan pasien.

2. Observasi

Melakukan pengamatan langsung terhadap kondisi pasien, tindakan medis yang dilakukan, dan respons pasien terhadap tindakan yang diberikan.

3. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh untuk mendapatkan data objektif terkait kondisi pasien.

4. Studi Dokumentasi

Mengkaji rekam medis pasien, hasil pemeriksaan laboratorium, dan catatan perkembangan pasien selama perawatan.

5. Studi Pustaka

Mengkaji berbagai literature, jurnal ilmiah, dan pedoman penanganan terkait dengan Persalinan Preterm.

1.4 Waktu dan Tempat Penelitian

Asuhan Kebidanan ini dilaksanakan pada tanggal 05 Februari 2025 pukul 03.00 WIB di RSUD dr. Slamet Garut.

1.5 Mafaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teori

Dapat menambah pengalaman ilmiah dan referensi yang berharga yang dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai pentingnya memberikan asuhan persalinan terutama pada asuhan persalinan preterm.

1.5.2 Manfaat Praktik

a. Bagi Pendidikan

Meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan preterm, serta dapat mengaplikasikan teori yang telah diperoleh selama pendidikan.

b. Bagi 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 persalinan preterm.

c. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan data juga hasil yang diperoleh dari penelitian dapat dijadikan suatu tolak ukur serta upaya rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan terhadap ibu dengan cara meningkatkan kesejahteraan bidan.

d. Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat menambah ilmu dan wawasan terkait Asuhan Persalinan khususnya pada persalinan prematur.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tujuan umum tentang persalinaan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses fisiologis saat seorang wanita melahirkan bayi setelah melalui periode selama kehamilan. Secara medis persalinan dibagi menjadi tiga tahap yaitu :

1. Dilatasi serviks : Tahap ini kontraksi mulai terjadi dan menyebabkan pembukaan serviks, yang menandai awal persalinan. Kontraksi ini bertujuan untuk mendorong janin menuju jalan lahir.
2. Kelahiran bayi : Setelah serviks sepenuhnya terbuka, ibu mulai mengejan untuk membantu bayi keluar melalui vagina.
3. Kelahiran plasenta : Tahap ini adalah pengeluaran plasenta, penting untuk memastikan tidak ada jaringan yang tersisa yang dapat menyebabkan komplikasi (Riska Hediya Putri 2025).

Istilah- istilah yang berkaitan dengan persalinan berdasarakan tuanya usia kehamilan dan berat badan bayi :

- a. Abortus : pengeluaran janin sebelum usia kehamilan 22 minggu, atau bayi dengan berat badan <500 gram.
- b. Partus Immaturus : pengeluaran janin antara usia kehamilan 22-28 minggu, atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.

- c. Partus Prematur : pengeluaran janin antara usia kehamilan 28-37 minggu, atau bayi dengan berat badan antara 1000-2499 gram.
- d. Partus Maturus atau Aterm : pengeluaran janin antara usia kehamilan 37-42 minggu, atau bayi dengan berat badan antara 2500 gram atau lebih.
- e. Partus Postmaturus atau serotinus : pengeluaran janin setelah 42 minggu (Vitania et al. 2024).

2.1.2 Tanda-tanda Persalinan

Ada 3 tanda-tanda persalinan yaitu :

1. Kontraksi (His)

Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin. Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (*braxton hicks*) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian bawah. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan

rahim untuk bersiap menghadapi persalinan.

Karakter dari his persalinan yaitu:

- a. Pinggang terasa sakit menjalar ke depan.
- b. Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.

2. Pembukaan serviks

Pembukaan serviks biasanya disertai nyeri perut. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*). Hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam yaitu perlunakan serviks, pendataran serviks dan pembukaan serviks.

3. Pecahnya ketuban dan keluarnya *Blood show*

Dalam bahasa medis disebut *blood show* karena lendir ini bercampuran darah. Itu terjadi pada saat menjelang persalinan terjadi perlunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tersebut akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang mengelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim. Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan

terhindar dari trauma luar. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan (Winda Maulinasari Nasution 2024).

2.1.3 Tahapan persalinan

1. Kala I

Kala I persalinan di mulai dari pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap, dengan lama waktunya yaitu 12 jam (primigravida) dan 8 jam (multigravida) Menurut Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu : (Bdn. Dian Fitriyani et al. 2024)

a. Fase laten

Fase laten dalam persalinan kala I di mulai dari sejak awal kontraksi yang dapat menyebabkan penipisan dan pembukaan pada serviks secara bertahap yakni pembukaan 1-3 dengan durasi 7-8 jam.

b. Fase aktif

Dalam kala I persalinan ditandai dengan penurunan bagian terendah janin, frekuensi, dan lama kontraksi uterus meningkat. Fase aktif dibagi 3 tahap yaitu :

- Periode akselerasi, yaitu di mulai dari pembukaan 3-4 cm, dengan durasi 2 jam.
- Periode dilatasi maksimal, yaitu di mulai dari pembukaan 4-9 cm, dengan durasi waktu lamanya 2 jam.

- Periode deselerasi, yaitu di mulai dari pembukaan 9-10 cm, dengan durasi waktu lamanya 2 jam (Bdn. Dian Fitriyani et al. 2024)

2. Kala II

Kala II persalinan di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) yaitu ketika serviks sepenuhnya melebar dan diakhiri sampai dengan lahirnya bayi (Bdn. Dian Fitriyani et al. 2024). Pada fase ini ibu akan mulai “mendorong” untuk membantu bayi keluar melalui jalan lahir. Proses ini berlangsung dengan dukungan dari tenaga medis yang memberikan arahan dan dorongan. Setelah kepala bayi muncul, tubuh bayi biasanya mengikuti dengan cepat (Riska Hediya Putri 2025). Lama kala II berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Mayasari, Septiasari, and Widayawaty 2025).

Tanda dan gejala kala II

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- b. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum atau vagina.
- d. Perineum terlihat menonjol.
- e. Vulva-vagina dan sdingter ani terlihat membuka.
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Diagnosi kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap
- b. Terlihat bagian kepala pada introitus vagina. (Ruhayati et al. 2024).

3. Kala III

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya 5-30 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda pelepasan plasenta. Yaitu; perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uterus, tali pusat bertambah panjang dan terjadi semburan darah (Ruhayati et al. 2024) Pentingnya untuk memastikan bahwa plasenta keluar sepenuhnya, karena sisa plasenta yang tertinggal dapat menyebabkan komplikasi seperti perdarahan pasca persalinan. Lalu melakukan pemeriksaan untuk memastikan tidak ada sisa jaringan didalam rahim dan memberikan perawatan pasca persalinan kepada ibu (Riska Hediya Putri 2025a).

Setelah plasenta lahir lengkap dilakukan masase selama 15 detik untuk merangsang kontraksi uterus berkontraksi dengan baik. Dan lakukan pemeriksaan apakah ada laserasi, jika terdapat laserasi lakukan hecting.

4. Kala IV

Pemantauan 2 jam post partum untuk mengetahui perbaikan kondisi ibu setelah bersalin. Hal ini karena perdarahan post partum beresiko terjadi, Observasi yang dilakukan meliputi pada keadaan

umum, kesadaran, tanda-tanda vital, kontraksi uterus, kondisi kandung kemih dan jumlah darah yang keluar (Lestari et al., 2019). Pemantauan tanda-tanda vital setelah melahirkan dilakukan untuk mendeteksi syok akibat kehilangan darah. Pada jam pertama setelah melahirkan pemantauan setiap 15 menit sekali dan pada kedua 30 menit sekali (Bdn. Dian Fitriyani et al. 2024).

2.1.4 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan normal yaitu faktor ibu (power, passage, psikologis), faktor janin (passenger) , serta faktor pnolong persalinan.

a. Power (tenaga)

Kekuatan ibu untuk mendorong janin keluar. Proses persalinan/kelahiran bayi dibedakan menjadi 2 jenis tenaga, yaitu primer dan sekunder. Primer berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang muncul dari awal tanda-tanda persalinan sampai pembukaan 10 cm. Sekunder yaitu usaha ibu untuk mengejan dan dimuali dari pembukaan 10 cm.

b. Passenger (janin)

Faktor yang memperngaruhi meliputi janin yaitu berat janin, letak janin, posisi sikap janin (habilitus) serta jumlah janin. Persalinan normal berkaitan erat dengan passenger diantaranya yaitu janin bersikap fleksi di mana kepala, tulang punggung dan kaki berada dalam posisi fleksi dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat badan

janin normal yaitu 2500-3500 gram dengan denyut jantung janin (DJJ) normal yaitu 120-160x/ menit.

c. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir meliputi panggul yang terdiri dari tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Jaringan lunak yang terdiri dari lapisan-lapisan otot dasar panggul berperan dalam menunjang keluarnya bayi, namun panggul ibu jauh lebih penting dan berperan dalam proses persalinan.

d. Psikis ibu bersalin

Persalinan dianggap sebagai hal yang menakutkan karena disertai dengan nyeri yang sangat hebat, tak jarang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang dapat mengancam jiwa. Mempersiapkan psikologis pada ibu hamil sangat lah penting untuk mempersiapkan persalinan. Apabila seorang ibu telah siap dan paham tentang proses persalinan maka ibu bersalin akan lebih mudah bekerja sama dengan petugas kesehatan dalam proses persalinan. Selama proses persalinan, ibu sebagai pemeran utama dengan perjuangan dan upayanya, sehingga ibu harus memiliki keyakinan bahwa ia mampu menjalani proses persalinan dengan mudah dan lancar.

e. Penolong persalinan

Petugas kesehatan merupakan orang yang sangat berperan dalam proses menolong persalinan yang memiliki legalitas dalam menolong persalinan. Petugas kesehatan yang memberikan pertolongan

persalinan wajib menggunakan alat pelindung diri (APD) serta mencuci tangan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi yang berasal dari pasien. Pemilihan penolong persalinan adalah faktor yang menentukan proses persalinan berjalan dengan aman dan nyaman (Lailatul Mustaghfiroh et al. 2025).

2.1.5 Derajat Laserasi

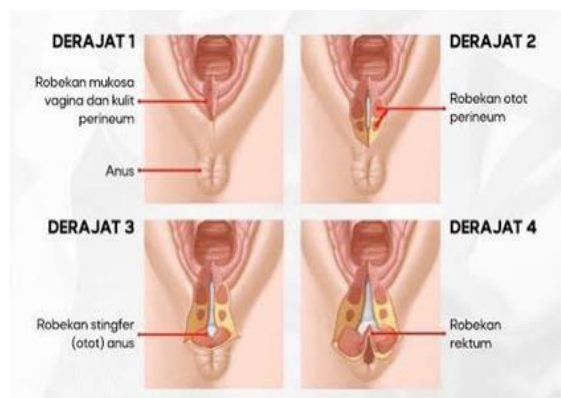
Pada proses persalinan sangat rentan terjadinya ruptur perineum. Ruptur perineum adalah robekan atau perlukaan jalan lahir yang terjadi pada saat kelahiran bayi baik menggunakan alat maupun tidak menggunakan alat. Ruptur perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan yang terjadi bisa ringan (lecet atau laserasi), luka episiotomy, ruptur uteri, robekan perineum spontan derajat 1 sampai derajat IV (spinter ani) terputus, robekan pada dinding vagina, fornix uteri, serviks, daerah sekitar klitoris uretra (Indriyani, Noviyani, and Kuswati 2024).

Klasifikasi luka episiotomy dan luka perenium yaitu:

- a. Derajat I : mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum
Tindakan: tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka.
- b. Derajat II : mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum
Tindakan : jahit dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutup dengan mengikut sertakan jaringan-jaringan dibawahnya.

- c. Derajat III : mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksternal, dinding rectum anterior
Tindakan : penolong persalinn tidak dibekali keterampilan untuk reprasilaserasi perineum. Maka hendaknya segera merujuk ke fasilitas rujukan.
- d. Derajat IV : mukosa vagina,komisura posterior,kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dinding depan rectum. hendaknya segera merujuk ke fasilitas rujukan (Rismayanti et al. 2023).

Gambar 1.1 Derajat laserasi



2.1.6 Bentuk Luka Perineum

Bentuk luka perineum setelah melahirkan ada 2 macam yaitu :

1. Ruptur

Ruptur adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan.

2. Episiotomi

Episiotomi adalah tindakan insisi pada perineum yang dilaksanakan segera sebelum kelahiran bayi atau sebelum memasuki proses persalinan. Tindakan episiotomy bertujuan untuk memperluas permukaan vagina sehingga mempercepat kelahiran bayi. Sebelum pelaksanaan tindakan episiotomi, harus dipastikan presentasi janin harus di dasar panggul. Sebelum melaksanakan tindakan episiotomi, dilakukan anastesi lokal pada daerah perineum (Rahma Fauziyah, Titiek Idayanti, and Widya Anggraeni 2024).

A. Indikasi Episiotomi

Kondisi yang dianjurkan episiotomi antara lain:

1. Gawat janin merupakan kondisi dimana denyut jantung kurang dari 100x/menit atau lebih dari 180x/menit. Gawat janin dapat berakibat terjadinya hipoksia pada janin karena janin tidak mendapat suplai oksigen cukup pada tubuhnya, sehingga untuk membantu keselamatan janin dilakukan episiotomi guna mempercepat persalinan.
2. Persalinan pervagina dengan penyulit, beberapa contoh persalinan pervagina dengan penyulit antara lain adalah persalinan bokong, distosia bahu. Untuk mempermudah proses kelahiran janin maka dilakukan tindakan episotomi.
3. Persalinan dengan tindakan ekstraksi forceps dan ekstraksi vacum.

4. Perineum kaku dan pendek
5. Rupture perineum perlu dilakukan tindakan episiotomi untuk meminimalisir terjadinya peningkatan kerusakan pada daerah perineum. Ruptur perineum dilakukan apabila saat persalinan kondisi bayi besar, perineum kaku, malpresentasi, persalinan dengan bantuan forceps maupun vacuum.
6. Persalinan prematur. Maka hal tersebut dilakukan untuk mengurangi tekanan pada kepala janin.
7. Kala dua yang memanjang.
8. Makrosomia.
9. Distosia bahu (Bdn. Dian Fitriyani et al. 2024).

3. Penjahitan Perineum

Menurut (Eni Indrayani et al. 2022) Penjahitan luka perineum hanya dilakukan pada derajat 2, 3, dan 4. Luka derajat 4 hanya boleh dijahit dengan pengawasan dokter. Berikut langkah-langkah tindakan penjahitan luka perineum :

- a. Kaji riwayat alergi pasien terhadap lidokain.
- b. Suntikan 10 ml lidokain 1% di bawah mukosa vagina, otot dan kulit perineum di 2 sisi luka, tunggu 2 menit untuk memperoleh efek anestesi.
- c. Jahit secara jelujur dengan jarak 1 cm dari ujung luka sampai batas vagina.

- d. Lanjutkan menjahit bagian otot perineum dengan cara yang sama.
- e. Setelah di ujung otot, lanjutkan menjahit kulit perineum dengan jahitan subkutis sampai ke arah vagina dan lakukan penyimpulan.
- f. Cek kembali luka robekan setelah dilakukan penjahitan.

2.2 Tujuan khusus tentang persalinan preterm

2.2.1 Pengertian Persalinan Preterm

Persalinan preterm adalah persalinan yang berlangsung antara usia kehamilan 28 minggu hingga kurang dari 37 minggu (259 hari), yang dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir pada siklus 28 hari (Ratih Subekti1 2024) Pada persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu perkiraan berat janin saat lahir kurang dari 2500 gram (Pusparini 2025).

Terdapat subkategori usia kelahiran prematur berdasarkan kategori WHO 2023, yaitu:

- a. Sangat prematur (extremely preterm) : Kurang dari 28 minggu.
- b. Prematur (very preterm) :28–32 minggu.
- c. Prematur sedang hingga akhir (moderate to late preterm) : 32–37 minggu.

2.2.2 Etiologi Persalinan Preterm

Persalinan preterm merupakan kejadian yang umumnya disebabkan karena multifaktoral, kombinasi keadaan obstetrik, genetik, medik, dan

sosiodemografi rupanya memiliki pengaruh terhadap persalinan prematur. Akan tetapi, kadangkala hanya dijumpai penyebab tunggal yang menyebabkan terjadinya persalinan prematur, misalkan trauma, ketuban pecah dini, atau distensi uterus berlebihan.

Faktor penyebab terjadinya persalinan preterm masih belum diketahui secara pasti, menurut penny 2008 sebesar 28% persalinan preterm diindikasikan, disebabkan oleh preeklamsi (43%), gawat janin (27%), pertumbuhan janin terhambat atau IUGR (10%), oblasia plasenta (7%), dan kematian janin (7%), sisanya terbesar 72% persalinan preterm disebabkan oleh persalinan preterm spontan dengan atau tanpa pecah ketuban, ibu dengan plasenta previa dan kehamilan gemeli, yang keduanya sering disertai dengan kejadian kelahiran preterm (Lidia Aditama Putri, n.d.2019).

2.2.3 Faktor Predisposisi

Kondisi-kondisi selama kehamilan yang dapat meningkatkan risiko terjadinya persalinan preterm adalah sebagai berikut:

1. Kondisi janin dan plasenta
 - a. perdarahan trimester awal
 - b. Perdarahan antepartum karena adanya plasenta previa atau solusio plasenta
 - c. Pertumbuhan janin terhambat atau IUGR (*intra uterine growth retardation*)
 - d. Adanya cacat bawaan lahir
 - e. Kehamilan ganda (gemeli)

- f. Ketuban Pecah Dini (KPD)
- g. Polihidramnion (volume air ketuban lebih dari 2000 ml)
- 2. Kondisi uterus
 - a. Kelainan bentuk uterus / serviks
 - b. Inkompetensi serviks
- 3. Kondisi ibu
 - a. Ibu yang menderita penyakit berat, misal jantung, kangker, dsb
 - b. Ibu yang menderita diabetes melitus
 - c. Ibu yang memiliki kelainan imunologi / rhesus
 - d. Ibu yang menderita hipertensi
 - e. Ibu yang menderita preeklamsia
 - f. Ibu yang menderita infeksi saluran kemih / genital / intrauterine
 - g. Ibu mengalami stress psikologi
 - h. Ibu yang memakai narkotika
 - i. Ibu yang merupakan perokok berat
 - j. Ibu yang mengalami trauma, baik fisik maupun psikologis
 - k. Ibu yang memiliki riwayat persalinan preterm atau abortus habituais (Lidia Aditama Putri, n.d.2019).

2.2.4 Diagnosa

Dalam menentukan diagnosis persalinan preterm sering terjadi kesulitan karena kontraksi uterus yang terjadi belum tentu merupakan ancaman persalinan preterm. Adapun beberapa kriteria yang dapat menjadi acuan sebagai berikut:

1. Terjadi pada usia kehamilan 20-37 minggu
2. Adanya perdarahan bercak
3. Tekanan pada daerah serviks
4. Adanya nyeri punggung bawah (*low back pain*)
5. Adanya kontraksi berulang sedikitnya setiap 7-8 menit sekali, atau 2-3 kali dalam waktu 10 menit
6. Selaput ketuban pecah
7. Pada pemeriksaan luar ditemukan presentasi janin rendah
8. Pada pemeriksaan dalam menunjukkan telah terjadi pembukaan serviks paling sedikitnya 2 cm dan terjadi penipisan serviks 50-80% (Lidia Aditama Putri, n.d.2019)

2.2.5 Patofisiologi Preterm

Persalinan, baik pada usia kehamilan cukup bulan maupun kurang bulan (prematur), mempunyai gambaran anatomis, fisiologis, dan biokimia yang sama seperti jalur proses persalinan pada umumnya. Jalur proses persalinan meliputi kenaikan kontraksi uterus, penanganan serviks, dan aktivisasi membran / desidua. Penyebabnya adalah persalinan spontan pada kehamilan cukup bulan terjadi mekanisme fisiologis. Sebaliknya pada kehamilan prematur, persalinan terjadi melalui mekanisme patologis yang mengaktivisasi jalur persalinan, seperti; (a) serviks insufisiensi bila serviks sebagai penyebab utama persalinan prematur; (b) kontraksi uterus prematur bila kontraksi miometrium sebagai penyebab utama persalinan

prematur; dan (c) ketuban pecah dini pada usia kehamilan prematur karena proses infeksi membran khorioamnion.

Persalinan preterm spontan mungkin akan lebih baik dipahami sebagai suatu kesimpulan gejala dengan gambaran klinis tanda persalinan prematur, seperti ketuban pecah pada kehamilan prematur, serta pendataran dan pembukaan serviks akibat satu atau kombinasi dari berbagai macam etiologi. Beberapa inisiasi persalinan dapat terjadi secara akut, subakut, maupun lambat dalam beberapa minggu (Prawitasari 2021)

2.2.6 Tanda dan Gejala Persalinan Preterm

Menurut buku Heidi Murkoff 2024 setiap ibu hamil perlu mengenal tanda-tanda persalinan preterm, karena deteksi dini bisa berdampak besar pada hasil. Tanda-tandanya yaitu :

1. Kram yang terus menerus, mirip dengan kram menstruasi.
2. Kontraksi yang menyakitkan dan teratur, muncul setiap 10 menit (atau lebih cepat) yang tidak mereda ketika anda berganti posisi atau minum air (jangan dikelirukan dengan kontraksi braxton hicks yang mungkin sudah anda rasakan, yang bukan menandakan persalinan dini.
3. Nyeri atau tekanan pada punggung bawah yang terus-menerus yang mungkin belum pernah ibu rasakan sebelumnya.
4. Perubahan pada keluaran cairan dari vagina, terutama jika berair atau bercampur darah merah muda kecoklatan.

5. Rasa pegal atau tekanan pada dasar panggul, paha, atau lipatan paha.
6. Kebocoran dari vagina (tetesan yang stabil atau arus deras) dari vagina bisa menjadi tanda-tanda bahwa air ketuban ibu sudah pecah (Murkoff 2024).

2.2.7 Uterus

Uterus membesar di bawah pengaruh estrogen dan progesteron. Pembesaran ini disebabkan peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah dan perkembangan desidua. Pengukuran TFU merupakan salah satu metode pengukuran yang dilakukan pada trimester kedua serta ketiga, dengan teknik mengukur perut ibu dari simfisis pubis hingga fundus uteri memakai pita ukur. Fungsi pengukuran TFU adalah sebagai metode untuk memantau kemajuan pertumbuhan janin dan perkembangan janin dan dapat pula dijadikan sebagai acuan untuk menghitung usia kehamilan (Rahmah, Malia, and Maritalia 2022).

1. Ukuran TFU sesuai masa kehamilan

Tabel 2. 1 Tinggi Fundus Uterus

Tinggi fundus uteri (sentimeter)	Umur kehamilan dalam minggu
24-25 cm di atas simfisis	22-28 minggu
26,7 cm di atas simfisis	28 minggu
29,5-30 cm di atas simfisis	30 minggu

29,5-30 cm di atas simfisis	32 minggu
31 cm di atas simfisis	34 minggu
32 cm di atas simfisis	36 minggu
33 cm di atas simfisis	38 minggu
37,7 cm di atas simfisis	40 minggu

Sumber : Menurut (Rahmah, Malia, and Maritalia 2022).

2. Rumus Tafsiran Berat Badan Janin

Pengukuran atau Taksiran Berat Janin (TBJ) adalah salah satu komponen dalam asuhan antenatal yang dilakukan selama proses kehamilan sampai persalinan. Pengukuran TBJ merupakan skrining dasar untuk mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas yang berkaitan dengan kemungkinan-kemungkinan penyulit yang dapat terjadi saat akan bersalin.

Rumus Johnson-tousack

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - N) \times 155$$

Keterangan :

- N = 11 jika kepala janin masih berada dibawah spina isiadika
- N= 12 jika kepala janin berada diatas spina isiadika
- N= 13 jika kepala janin belum melewati pintu atas panggul.

Contoh :

Ibu S usia G3P2A0 usia kehamilan 29 minggu datang berkunjung ke PMB untuk memeriksakan kehamilannya. Setelah dilakukan

pemeriksaan didapatkan hasilnya semua dalam batas normal, presentasi kepala, punggung kanan, belum masuk PAP, TFU 31 cm.

Pembahasan:

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - N) \times 155$$

$$TBJ = (31\text{cm} - 13) \times 155$$

$$TBJ = 18 \times 155$$

$$TBJ = 2790 \text{ gram}$$

➡ Pada kasus kepala janin belum masuk PAP sehingga TFU dikurangi 13 (Rahmah, Malia, and Maritalia 2022).

3. USG

Pemeriksaan USG merupakan salah satu metode yang dapat dilakukan untuk mengukur perkembangan janin. USG yang dilakukan di perut ibu untuk melihat apakah janin tumbuh dan berkembang dengan baik. Pemeriksaan USG pada trimester kedua dan ketiga dapat menggunakan biometri janin untuk menilai pertumbuhan janin dan memberikan informasi detail tentang anatomi janin. Pemeriksaan USG obstetrik berstandar mencakup evaluasi presentasi janin, volume cairan ketuban, aktivitas jantung, dan plasentasi. Pada trimester kedua dan ketiga, USG dasar dapat digunakan untuk mendiagnosis atau memantau masalah tubuh ibu, seperti panjang serviks, dan untuk mengontrol faktor risiko insufisiensi serviks atau kelahiran prematur (NABILAH 2025).

2.2.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi preterm

Faktor-faktor penyebab persalinan preterm diantaranya Ekonomi rendah, Gizi kurang, Anemia, Perokok berat/kecanduan obat, Kerja keras, faktor umur. Kemudian faktor pengawasan hamil, yang meliputi intensif berjadwal, serta perbaikan terhadap gizi ibu hamil, konsultasi dokter dan pemeriksaan laboratorium (Awang 2024).

Faktor infeksi menjadi salah satu penyebab utama persalinan preterm. Infeksi pada saluran kemih, infeksi kantung ketuban atau infeksi genital dapat memicu kontraksi dini dan merangsang pembukaan leher rahim lebih awal. Selain itu, faktor-faktor seperti ketegangan emosional, merokok, dan kurangnya perawatan prenatal yang tepat juga turut berperan dalam meningkatkan resiko persalinan prematur (Riska Hediya Putri 2025).

Stres selama kehamilan berdampak buruk bagi pertumbuhan dan perkembangan janin. Disregulasi biokimia tubuh yang dihasilkan dapat menyebabkan stres fisik pada wanita hamil karena peningkatan produksi hormon adrenalin norepinefrin atau epinefrin norepinefrin. Menurut banyak penelitian, stres selama kehamilan meningkatkan kemungkinan masalah seperti preeklampsia, kelahiran dini, dan pertumbuhan janin terhambat. (Diaz Syahidah Marwah , Keisha Najmina Zata, Muhamad Naufal, Muhammad Imam Fadhillah 2023).

Efek buruk akibat peroko fasif pada ibu hamil selanjutnya juga mengakibatkan berat badan lahir rendah pada bayi. Hal ini

menunjukkan betapa berbahayanya asap rokok bagi kesehatan dan perkembangan janin. Berat badan bayi yang rendah ini nantinya akan membuat bayi lebih rentan terkena berbagai masalah kesehatan di kemudian hari. Gangguan Perkembangan Janin meliputi gangguan perkembangan paru, jantung, sistem pencernaan, dan saraf pusat pada bayi, serta timbulnya masalah perilaku dan pembelajaran di kemudian hari. Oleh karena itu, ibu hamil harus menghindari asap rokok ataupun residunya (Kemenkes RI, 2022).

Usia ibu sangatlah mempengaruhi hasil dari sebuah kehamilan, semakin rendah atau semakin tinggi usia ibu, maka akan semakin meningkatkan risiko ibu mengalami kelahiran kurang bulan, persalinan, dan kelahiran paling aman yaitu pada usia ibu antara 20 dan 34 tahun. Ibu remaja yang berusia lebih muda (usia 13-17 tahun) maupun lebih tua (usia 18 atau 19 tahun), memiliki peluang tinggi melahirkan bayi kurang bulan atau bayi mengalami retardasi pertumbuhan. Sedangkan masalah yang dihadapi wanita hamil berusia lebih tua (>35 tahun) biasanya merupakan akibat kelainan kromosom atau komplikasi medis akibat penyakit kronis yang lebih sering terjadi pada wanita di usia dini (Dr. Sriyana Herman, AMK, SKM. and Dr. Hermanto Tri Joewono, dr. 2020).

2.2.9 Dampak atau Akibat dari Persalinan Preterm

Gangguan tumbuh kembang pada bayi prematur antara lain dapat disebabkan karena adanya maturitas organ yang belum sempurna, asfiksia atau karena trauma persalinan. Pada proses persalinan bayi akan mengalami

fase hipoksia fisiologi akibat pengurangan sirkulasi darah fetoplasenter sewaktu ada his atau mengejan. Pada bayi prematur hal ini akan lebih berat lagi karena adaptasi fungsi paru-paru, sirkulasi darah, dan sistem regulasi ataupun kemampuan metabolisme tubuh yang belum sempurna (Pusparini 2025).

2.2.10 Langkah-langkah untuk Mencegah Persalinan Preterm

Salah satu upaya untuk mencegah terjadinya persalinan prematur diantaranya dengan menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur, menggunakan alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan, dan menunda kehamilan sebelum usia Ibu 20 tahun atau mengakhiri kehamilan jika Ibu berusia lebih dari 35 tahun dengan menggunakan alat kontrasepsi (Pusparini 2025).

2.2.11 Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan kehamilan preterm adalah menunda persalinan dan mempersiapkan organ janin, terutama paru-paru, janin, sehingga janin dapat lahir pada usia kehamilan dengan mendekati cukup bulan sehingga morbiditas dan mortalitas janin dapat menurun.

Penatalaksanaan kehamilan preterm mengancam pada beberapa faktor dimana persalinan tidak dapat dihambat bila kondisi selaput ketuban pecah, pembukaan servik yang lebih dari 4 cm, usia kehamilan dengan tafsiran berat janin > 2.000 gr atau kehamilan > 34 minggu, terjadi penyulit / komplikasi persalinan preterm, terutama kurangnya fasilitas

neonatal intensive care. oleh karena itu perlu dilakukan pencegahan persalinan prematur dengan pemberian tokolitik, pematangan surfaktan pada paru janin yaitu kortikosteroid serta mencegah terjadinya infeksi (Widyastuti 2020)

2.2.12 Pemberian obat-obatan uterotonika

Uterotonika adalah obat yang mempengaruhi (meningkatkan) kontraksi uterus (Wulandari 2021).

1. Tatalaksana umum

Mencakup pemberian tokolitik, kortikosteroid, dan antibiotika profilaksis

2. Tatalaksana khusus

a. Tidak perlu diberikan tokolitik dan bayi dilahirkan secara pervaginam atau perabdominan sesuai kondisi kehamilan :

1. Usia kehamilan <24 dan >34 minggu.
2. Pembukaan serviks >3cm
3. Ada tanda korioamnionitis (infeksi intrauterin), preeklamsia atau perdarahan aktif
4. Ada gawat janin
5. Janin meninggal atau adanya kelainan kongenital yang kemungkinan hidupnya kecil.

b. Berikan terapi tokolitik, kortikosteroid, dan antibiotika jika syarat:

1. Usia kehamilan antara 24-34 minggu
 2. Pembukaan <3cm
 3. Tidak ada korioamnionitis, preeklamsia, atau perdarahan aktif dan gawat janin
- c. Tokolitik hanya diberikan pada 48 jam pertama untuk memberikan kesempatan pemberian kortikosteroid. Obat-obatan yang digunakan adalah :
1. Nifedipine 3x 10 mg per oral;
 2. Terbutalin sulfat 1000 mg (2 ampul) dalam 500 ml larutan infus NaCl 0,9% dengan dosis awal pemberian 10 tetes/menit ; dan
 3. Salbutamol: dosis awal 10 mg IV dalam 1 liter cairan infus 1- tetes/ menit.
- d. Kortikosteroid
1. Deksametason 6 mg IM setiap 12 jam sebanyak 4 kali
 2. Betametason 12 mg IM setiap 24 jam sebanyak 2 kali
- e. Antibiotika
1. Ampisilin: 2 g IV setiap 6 jam
 2. Penisilin G 2 juta unit IV setiap 6 jam
 3. Klindamisin: 3x 300 mg PO (jika alergi terhadap penisilin)
- f. Pemberian MgSO₄

Pemberian MgSO₄ sebagai neuroprotektif dengan dosis loading 4 gram bolus intravena dalam waktu 15 menit.

Pemberian dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan yakni infus 1 gram per jam hingga kelahiran atau selama 24 jam (sesuai dngan yang tercepat)

- g. Eritromisin 4x400 mg/oral jika prsalinan preterm dengan KPD (Elisa Murti Puspitaningrum 2022).

2.2.13 Hubungan (KEK) dengan Persalinan Preterm

Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah suatu keadaan di mana seorang ibu hamil mengalami keadaan kekurangan makanan yang berlangsung secara menahun (kronis) sehingga mengakibatkan terjadinya gangguan kesehatan pada ibu. Kekurangan energi kronis (KEK) diketahui melalui pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA) ibu hamil yang kurang dari 23,5 cm atau di bagian pita merah LiLA. Akibat yang paling khas dari kejadian KEK adalah berat bayi lahir rendah (BBLR) di bawah 2500 gram. Status gizi ibu hamil yang baik sangat menentukan perkembangan dan pertumbuhan janin yang juga akan memengaruhi kelancaran proses persalinan (Yopi Puspasari et al. 2024). KEK selama hamil akan menimbulkan masalah pada ibu, janin dan proses persalinan, KEK terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (prematur) (MARNI 2021).

Status gizi ibu hamil yang baik dapat diperoleh dengan seimbangnya antara asupan dan kebutuhan gizi. Jika selama masa kehamilan asupan gizi tidak seimbang dengan kebutuhan gizi, ibu dan janin akan mengalami berbagai masalah, antara lain: kematian janin (keguguran), prematur, lahir

cacat, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) serta kematian bayi. Disaat masih dalam kandungan dapat mengganggu tumbuh kembang janin, yaitu pertumbuhan fisik (stunting), otak dan metabolisme yang menyebabkan penyakit tidak menular di usia dewasa. Studi yang menjelaskan adanya hubungan antara faktor penyebab dengan kejadian KEK antara lain; umur, paritas, pendidikan, kekayaan, tempat tinggal, pendapatan keluarga, status gizi, kepatuhan konsumsi tablet Fe dan ketersediaan makanan, anemia, jarak kehamilan, kebiasaan konsumsi makanan (Silvia Mariana, Alya Farah Dipa, Nisa Kartika Ningsih 2024).

2.2.14 Hubungan IUGR dengan Persalinan Preterm

Gangguan pertumbuhan janin atau Intrauterine Growth Restriction (IUGR) merujuk kepada kondisi di mana janin tidak tumbuh kembang sesuai usia kehamilan yang seharusnya. Gangguan ini dapat mengarah pada berat lahir rendah dan berbagai komplikasi lainnya pada bayi (Ropitasari et al. 2024).

Langkah awal yang perlu dilakukan dalam menegakkan diagnosis Pertumbuhan Janin Terhambat adalah dengan mengidentifikasi faktor risiko serta melakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU) (Theophany Margareta Kurniawan, Pratiwi Anggraini 2023).

Jika TFU lebih kecil dari perkiraan, hal ini dapat menunjukkan bahwa bayi tidak tumbuh pada tingkat rata-rata. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor seperti gizi ibu yang buruk, masalah plasenta, atau kelainan kromosom (Errisha Resty, 2025).

2.2.15 Hubungan Anemia dengan Persalinan Preterm

Anemia pada ibu hamil dapat menimbulkan berbagai masalah. Masalah anemia pada ibu hamil yaitu seperti abortus, partus prematurus, partus lama, perdarahan postpartum, syok, infeksi intrapartum atau postpartum. Tubuh ibu mengalami banyak perubahan, salah satunya adalah hubungan antara suplai darah dengan respon tubuh. Pada ibu hamil, plasma dan jumlah eritrosit meningkat dari kebutuhan awal, namun peningkatan volume plasma lebih besar dibandingkan peningkatan massa sel darah merah dan menyebabkan penurunan konsentrasi hemoglobin, yang mempengaruhi kadar O₂ yang masuk ke dalam jaringan. Menurut asumsi peneliti, anemia pada ibu hamil dapat dicegah secara dini dengan cara memberikan tablet Fe setiap hari pada ibu hamil atau minimal 90 tablet selama kehamilan sesuai program dari Depkes RI (Novi Budiani, Parida Hanum, Grace Rosmawati Purba, Fitriana, Fitriani 2025).

Menurut Departemen Kesehatan, anemia pada kehamilan yaitu kondisi dimana kadar hemoglobin pada ibu hamil < 11.0 g/dL pada usia kehamilan trimester I dan III, kemudian < 10.5 g/dL pada usia kehamilan trimester II (Nurhajimah, Erin Padilla Siregar, Sri Rezeki 2024).

Menurut Manuaba, derajat anemia pada ibu hamil dapat di klasifikasikan menjadi 4 kategori, yaitu :

1. Tidak anemia : > 11.0 g/dL
2. Anemia ringan : 9 – 10 g/dL

3. Anemia sedang : 7 – 8 g/dL

4. Anemia Berat : < 7.0 g/dL

(Nurhajimah, Erin Padilla Siregar, Sri Rezeki 2024).

2.2.16 Hubungan Berat Badan lahir Rendah (BBLR) dengan Persalinan

Preterm

BBLR ialah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram (sampai dengan 2499 gram). Bayi baru lahir dengan berat kurang dari 2500 gram mempunyai permasalahan yang serius untuk segera mendapatkan perawatan dan pengawasan secara intensif. Hal ini karena kondisi fisik bayi masih kurang sangat lemah, alat-alat pernafasan belum berfungsi sempurna. Hal ini menunjukkan bahwa bayi dengan keadaan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sangatlah rentan untuk terjangkitnya suatu infeksi dan penyakit (Aisah et al. 2024).

Penyebab terjadinya BBLR yaitu disebabkan oleh umur ibu, paritas, usia kehamilan. Paritas memiliki dampak yang signifikan pada berat lahir. Secara luas diketahui bahwa wanita primipara berada pada peningkatan risiko morbiditas neonatal, kematian perinatal dan komplikasi obsterti (Aisah et al. 2024).

Faktor-faktor yang berhubungan dengan BBLR antara lain :

- a. Faktor ibu yaitu : faktor penyakit yang menyertai ibu, usia ibu, paritas, umur kehamilan, keadaan sosial dan keluarga, sebab lain komplikasi pada kehamilan.

- b. Faktor janin yaitu : hamil dengan hidramnion, hamil pasca pendarahan antepartum komplikasi kehamilan dan ketuban pecah dini.
- c. Faktor lingkungan yaitu : paparan asap rokok, tempat tinggal didataran tinggi, status ekonomi, radiasi.

2.2.17 Hubungan Asfiksia Dengan Persalinan Preterm

Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur. Asfiksia pada bayi baru lahir dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang mengganggu pasokan oksigen yang cukup ke bayi selama proses persalinan atau setelahnya (Marlina 2024).

Faktor risiko asfiksia neonatorum dapat dipengaruhi oleh faktor ibu dan neonatal itu sendiri. Pada faktor yang dipengaruhi oleh ibu dibagi lagi faktor antepartum (sosio ekonomi yang rendah, primipara, kehamilan ganda, infeksi kehamilan, hipertensi kehamilan, anemia, diabetes mellitus, perdarahan antepartum, dan riwayat kematian bayisebelumnya). Pada faktor risiko karena faktor janin itu sendiri yaitu karena faktor saat antenatal (malpresentasi seperti sungsang atau distosia bahu, prematur, BBLR, pertumbuhan janin terhambat, anomali kongenital, pneumonia intrauterin, aspirasi mekonium yang berat) dan faktor saat pascanatal (sumbatan jalan napas atas dan sepsis kongenital) (Marlina 2024).

Teori Siti (2022) juga mengatakan Asfiksia neonatorum adalah kondisi di mana bayi tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur

segera setelah lahir. Asfiksia neonatorum dapat terjadi selama kehamilan, pada proses persalinan, dan melahirkan atau periode segera setelah lahir. Janin sangat bergantung pada pertukaran plasenta untuk oksigen, asupan nutrisi dan pembuangan produk sisa sehingga gangguan pada aliran darah umbilikal maupun plasental hampir selalu akan menyebabkan asfiksia (Marlina 2024).

1. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3) Pada kasus asfiksia berat, bayi akan mengalami asidosis sehingga memerlukan perbaikan dan resusitasi aktif dengan segera. Tanda dan gejala yang muncul pada asfiksia berat antara lain: frekuensi jantung < 40 kali per menit, tidak ada usaha panas, tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada, bayi tidak dapat memberikan reaksi jika diberikan rangsangan, bayi tampak pucat bahkan sampai berwarna kelabu, terjadi kekurangan oksigen yang berlanjut sebelum atau sesudah persalinan.
2. Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6) Pada asfiksia sedang, tanda dan gejala yang muncul antara lain: frekuensi jantung menurun menjadi 60-80 kali per menit, usaha panas lambat, tonus otot biasanya dalam keadaan baik, bayi masih bisa bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan, bayi tampak sianosis, tidak terjadi kekurangan oksigen yang bermakna selama proses persafan.
3. Asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10) Pada asfiksia ringan, tanda dan gejala yang sering muncul antara lain: napas lebih dari 100 kali per

menit, warna kulit bayi tampak kemerah-merahan, gerak/tonus otot baik, bayi menangis kuat (Aryunani, 2022).

2.2.18 Penanganan Pada Asfiksia

1. Asfiksia ringan (Nilai Apgar 7-10)

- a. Bayi dibungkus dengan kain hangat dan kering.
- b. Bersihkan jalan napas dengan menghisap lendir pada bagian hidung dan mulut menggunakan *slim suction* atau delee.
- c. Bersihkan badan dan tali pusat
- d. Lakukan observasi tanda-tanda vital dan lakukan pemantauan nilai APGAR, serta masukan bayi ke dalam inkubator.

2. Asfiksia Sedang (Nilai Apgar 4-6)

- a. Bersihkan jalan napas
- b. Berikan oksigen 2 liter/menit
- c. Rangsang pernapasan dengan menepuk telapak kaki apabila belum ada reaksi, bantu dengan pernapasan menggunakan (*ambubag*).
- d. Bila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5 persen sebanyak 6 cc, dekstrosa 40% sebanyak 4cc, diberikan melalui vena umbilikus secara perlahan- lahan untuk mencegah tekanan intrakranial meningkat.

3. Asfiksia Berat (Nilai Apgar 0-3)

- a. Bersihkan jalan napas sambil melakukan pompa melalui *ambubag*
- b. Berikan oksigen 4-5 liter/menit
- c. Bila tidak berhasil lakukan pemasangan ETT (*endotracheal tube*).

- d. Bersihkan jalan napas melalui ETT.
- e. Bila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5 persen sebanyak 6 cc, dekstrosa 40% sebanyak 4cc, diberikan melalui vena umbilikus secara perlahan-lahan untuk mencegah tekanan intrakranial meningkat (Wahyuni and Aditia 2023).

2.2.19 Inisiasi Menyusu dini (IMD)

Inisiasi menyusu dini (IMD) adalah memberi kesempatan pada bayi baru lahir untuk menyusu sendiri pada ibunya dalam 1 jam pertama. Caranya dengan meletakkan bayi baru lahir dengan menengkurapkan bayi yang sudah dikeringkan tubuhnya di atas dada ibunya segera setelah persalinan dan memastikan bayi mendapat kontak kulit dengan ibunya, membiarkan bayi merayap menemukan puting susu dan menghisapnya untuk mendapatkan asupan kolostrum (ASI yang pertama kali keluar) (Bela Purnama Dewi 2025).

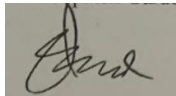
2.2.20 Metode Kanguru

Perawatan metode kanguru merupakan alternatif metode perawatan bayi baru lahir. Metode ini adalah salah satu teknik yang tepat dan sederhana, serta murah dan sangat dianjurkan untuk perawatan pada bayi BBLR. Metode ini tidak hanya menggantikan inkubator, tetapi juga dapat memberikan manfaat lebih yang tidak didapati dari pemberian perawatan inkubator. Pemberian metode kanguru ini dirasa sangat efektif untuk

memenuhi kebutuhan bayi yang sangat efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi yang sangat mendasar seperti kehangatan, air susu ibu, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keselamatan dan kasih sayang (Baroroh 2024).

2.2.21 SOP Persalinan Prematur

Tabel 2. 2 SOP PERSALINAN PREMATUR

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	PERSALINAN PRETERM (KURANG BULAN)		
	No. Dokumen : Kep/obg/003/057/2016	No. Revisi:	Halaman 1/4
STANDAR PROSEDUR OPRASIONAL	Tanggal terbit : 01/10/2016	Ditetapkan oleh Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  <u>dr. H. Maskut Farid, MM</u> NIP. 19670625 199803 1 004	
PENGERTIAN	Persalinan preterm adalah persalinan yang berlangsung antara umur kehamilan 20-36 minggu (+ 6hr) minggu dari hari pertama haid terakhir (HPHT) atau antara hari ke 140 dan 259 dengan berat lahir janin kurang dari 2500 gram		

TUJUAN	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
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No.Tentang Kebijakan umum pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.
PERSIAPAN ALAT	
PROSEDUR	FAKTOR RESIKO Penyebab yang pasti tidak diketahui Faktor resiko terjadinya persalinan preterm yaitu : 1. Ketuban pecah dini (KPD), korioamnionitis, bakteriuri kolonisasi mikroorganisme pada getital (Grup. 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. Oprasi abdomen waktu kehamilan. 11. Janin mati, kelainan kongenital. 12. Kerentanan uterus yang bertambah. 13. Penyakit ibu terutama penakit 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 (narkotika dan zat adiktif lainnya) 20. Trauma fisik/psikis. DIAGNOSIS Gejala awal yang dapat timbul adalah : 1. Rasa nyeri/tegang pada perut bawah (<i>low abdominal pain/cramp</i>) 2. Nyeri pinggang (<i>low beackache</i>) 3. Rasa penekanan pada jalan lahir 4. Bertambahnya cairan vagina 5. Perdarahan/prdarahan 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 : 1. pembukaan serviks ≥ 2 cm 2. pendataran Perlu dilakukan penilaian terhadap ada tidaknya faktor etiologi dan kemungkinan komplikasi seperti : • Ada tidaknya plasenta previa • Keadaan ketuban (intak atau sudah pecah)
--	--

	• Ada tidaknya korioamnionitis • Ada tidaknya infeksi sistematik • Ada tidaknya polihidramnion • Riwayat obstetri sebelumnya Pengelolaan : • Konfirmasi umur kehamilan dengan berbagai cara • Penilaian kontraksi uterus (lamanya, intensitasnya, frekuensinya dan pengaruh terhadap pembukaan serviks) • Pemantauan tanda-tanda vital ibu • Pemantauan bunyi jantung janin • Pemeriksaan tambahan : ultrasonografi untuk menilai presentasi, biometri janin, anomali, velositas arteri umbilikal (Dopler), indeks cairan ketuban, pemeriksaan plasenta, morfologi serviks (panjang, diameter kanalis servikalis dan ada tidaknya funelling) • Tirah baring (lateral ke kiri atau semi fowler) • Bila diduga ada korioamnionitis, lakukan kultur dan berikan antibiotik. • Pemberian obat-obatan tikolitik (lihat bab pemberian obat tikolitik) • Pemberian obat-obatan pematangan paru-paru janin Diberikan : - Dexametason, 6 mg tiap 12 jam (i.m) sampai 4 dosis - Betametason, 12 mg (i.m) sampai 2 dosis dengan interval 24 jam
--	--

- Pemberian MgSO₄ untuk proteksi otak janin.

Loading dose 4 gram MgSO₄ (10 cc MgSO₄ 40% dilarutkan kedalam 100 cc ringer laktat, diberikan selama 15-20 menit. Setelah habis loading dose dilanjutkan dengan dosis rumatan 8 gram dilarutkan dalam 500 cc RL. Tetesan 20 gtt/menit selama 4 jam.

Diagnosis difrilitasensial

Dibedakan dengan kontraksi *braxton hick*

Kontraksi *braxton hick* sifatnya tidak teratur, tidak ritmis, begitu sakit dan tidak menimbulkan perubahan serviks.

KONTRAKSI PREMATUR

- Kontraksi umur kehamilan
- Kontraksi uterus
- Perubahan serviks
- USG
- KTG

- Tirah baring
- Obat tokolitik (lihat bab pemberian obat tokolitik)
- Obat pematangan paru

Terapi berhasil

Pemberian tokolitik diteruskan sesuai dengan pedoman

Terapi gagal

Persalinan

2.3 Pendokumentasian

2.3.1 Pengertian

Dokumentasi kebidanan merupakan suatu bentuk pencatatan dan pelaporan yang harus dilakukan bidan setelah memberikan pelayanan dan asuhan kebidanan kepada pasien (Mufida Dian Hardika, Rury Narulita Sari, MochamatBayu Aji 2024). Penyelenggaraan dokumentasi kebidanan menggunakan aplikasi menjawab tuntutan Kementrian Kesehatan dalam Permenkes No 24 Tahun 2022 yang mana mewajibkan semua fasilitas kesehatan termasuk Praktek Mandiri Bidan (PMB) untuk menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik (RME). Dokter dan tenaga medis biasanya mencatat Rekam Medis pasien secara manual sebelum adanya Rekam Medis Elektronik. Rekam Medis ini berupa berkas yang berisi informasi tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan layanan tambahan yang diberikan kepada pasien (Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008) (Mufida Dian Hardika, Rury Narulita Sari, MochamatBayu Aji 2024)

2.3.2 Tujuan dan Fungsi Dokumentasi

Tujuan dokumentasi kebidanan menurut (Sari 2022) adalah sebagai sarana komunikasi. Komunikasi terjadi dalam tiga arah sebagai berikut:

1. Ke bawah untuk memberikan/melakukan intruksi.
2. Ke atas untuk menyampaikan laporan.

3. Ke samping (lateral) untuk memberikan saran antar tim tenaga kesehatan.

Tujuan dari dilakukannya dokumentasi kebidanan meliputi:

1. Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mencatat kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan tindakan, dan mengevaluasi tindakan.
2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika.

Pendokumentasian penting dilakukan oleh bidan mengingat dokumentasi memiliki fungsi yang sangat penting. Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal yaitu:

1. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan.
2. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya (Sari 2022).

2.3.3 Managemen Kebidaban

Managemen kebidanan merupakan metode atau bentuk pendekatan. Metode yang digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yaitu dikenal sebagai “managemen asuhan kebidanan”. Hal ini membantu bidan dalam membuat keputusan yang efisien, efektif dan memenuhi kebutuhan klien mereka dengan memberikan bimbingan kepada mereka melalui proses berpikir kritis (Bd. Peny Ariani et al. 2024).

2.3.4 Langkah-langkah (7 langkah varney)

langkah-langkah manajemen asuhan kebidanan 7 langkah varney antara lain:

1. Pengkajian Data (data subjektif dan objektif) dengan mendapatkan semua data yang diperlukan untuk evaluasi pasien secara lengkap.
2. Buat identifikasi diagnosa atau masalah akurat berdasarkan intrpretasi data yang benar.
3. Mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin terjadi karena diagnosa atau masalah yang teridentifikasi.
4. Mengevaluasi kebutuhan intervensi segera bidan atau dokter dan konsultasi atau manajemen kolaboratif dngan anggota tim perawatan kesehatan lainnya, sesuai dengan kondisi pasien.
5. Kembangkan rencana asuhan yang komprehensif yang didukung oleh penjelasan tentang alasan yang valid atau rasionalisasi yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah selanjutnya.
6. Mengarahkan atau mengimplementasikan rencana asuhan secara efisien dan aman.
7. Mengevaluasi efektivitas asuhan yang diberikan, mendaur ulang secara tepat melalui proses manajemen untuk setiap aspek asuhan yang tidak efektif (Awang 2024)

2.3.5 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Dalam Bentuk SOAP

Digunakan sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien tentang pelaksanaan praktek kebidanan.

a. Subjektif

Subjektif (menggambarkan pendokumentasian apa yang dikatakan klien melalui anamnesa).

b. Objektif

Objektif (menggambarkan hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium dan diagnosa tes lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung analisis).

c. Analisis

Analisis (menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dari data subjektif dan objektif).

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan (menggambarkan pendokumentasian dari hasil evaluasi berdasarkan analisis) (Mertasari & sugandini 2020)

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Persalinan Kala I

No. Register : 01437xxx

Tanggal pengkajian : 05 Februari 2025

Pukul : 02.35 WIB

Tempat pengkajian : Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut

Nama mahasiswa : Siti Rakhel Sintia Puri

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama : Ny. E / Tn. A

Umum : 18 tahun / 18 tahun

Agama : Islam / Islam

Suku : Sunda / Sunda

Pendidikan : SMA / SMA

Pekerjaan : IRT / Buruh

Alamat : Kp. Pangadegan 03/20 Desa Margawati

No.Hp : 08211412xxxx

2. Alasan Datang

Ibu datang bersama suami dan keluarga ke puskesmas Cilawu pukul 00.30 WIB, Lalu dilakukan rujukan dari puskesmas atas indikasi

prematur kontraksi. Datang ke Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut diantar bidan, suami dan keluarga pukul 02.35 WIB Keluhan Utama Ibu hamil 8 bulan mengeluh mules-mules terasa hangat dari punggung menjalar ke depan bagian perut pada tanggal 04 Februari 2025 pukul 19.30 WIB dan terdapat pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir pada pukul 21.00 WIB.

3. Riwayat Obstetri

a. Riwayat menstruasi

HPHT	: 29 Mei 2024
TP	: 5 Maret 2025
Menarche	: 13 Tahun
Siklus	: 28 Hari
Lamanya	: 6-7 Hari
Banyaknya	: 2-3 x ganti
Flour Albus	: Tidak Ada

b. Riwayat kehamilan sekarang

Hamil ke	: 1 (pertama)
Periksa ANC	: 5x Pemeriksaan bidan, posyandu dan puskesmas 1x di dokter Klinik bunda alya
Keluhan saat hamil	: Mual muntah saat Trimester I
Obat yang dikonsumsi	: 60 tablet Fe , Vit c, Asam Folat

Gerakan janin	:Ibu pertama kali merasakan gerakan janin saat usia kehamilan 16 minggu dan sampai saat ini masih terasa aktif
Riwayat imunisasi TT	:Ibu mengatakan sudah pernah melakukan imunisasi TT 1x
Rencana persalinan	:Ibu mengatakan ingin bersalin di Bidan

c. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini adalah kehamilan, persalinan dan nifas yang pertama.

4. Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun, ibu berencana menggunakan KB suntik 3 bulan.

5. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan ibu

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular (seperti HIV, sifilis, hepatitis), penyakit menahun (seperti jantung, hati, paru), maupun penyakit menurun (seperti diabetes, asma, hipertensi).

b. Kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit penyakit menular (seperti HIV, sifilis, hepatitis), penyakit

menahun (seperti jantung, hati, paru), maupun penyakit menurun (seperti diabetes, asma, hipertensi).

6. Riwayat perkawinan

Ibu mengatakan ini pernikahan pertama saat ibu usia 17 tahun begitupun suaminya saat usia 17 tahun, lama menikah kurang lebih 1 tahun.

7. Pola kebiasaan sehari-hari

- a. Pola Nutrisi : Ibu mengatakan makan 2-3 kali sehari.
Minum 6 gelas per hari jenis air mineral.
- b. Pola eliminasi : BAB 1 x per hari, BAK 4-5 x per hari
- c. Pola aktivitas :Ibu mengatakan hanya mengerjakan pekerjaan rumah seperti menyapu mencuci,dll.
- d. Pola istirahat : Ibu mengatakan jarang tidur siang,tidur malam 8 jam per hari
- e. Personal hygiene : Mandi 2x per hari,ganti CD 2x per hari
- f. Pola seksual : Ibu mengatakan berhubungan dengan suami terakhir 3 hari yang lalu yaitu pada tanggal 02 Februari 2025.
- g. Kebiasaan yang berpengaruh negatif pada kehamilan :
ibu mengatakan tidak pernah merokok, tidak minum alkohol, tidak minum jamu, tidak minum obat tanpa resep bidan atau dokter, tidak memiliki hewan peliharaan di rumah.

8. Psikososial spiritual

a. Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap kehamilannya

Ibu mengatakan suami dan keluarganya sangat mendukung dengan kehamilannya.

b. Pengambil keputusan dalam keluarga.

Ibu mengatakan suami yang mengambil keputusan dalam keluarga.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

a. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 100/80 mmHg

Nadi : 86 x/ menit

Respirasi : 21 x/ menit

Suhu : 36,6°C

SPO2 : 99%

b. Antropometri

BB sebelum hamil : 44 kg

BB saat hamil : 53 kg

Kenaikan BB : 9 kg

Tinggi badan : 154 cm

IMT sebelum hamil : 18,55 (normal)

Lingkar perut : 92 cm
 LILA : 23 cm
 Usia kehamilan : 35-36 minggu

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Tidak ada benjolan atau nyeri tekan, kulit bersih tidak ada ketombe
- b. Muka : Simetris, tidak pucat, tidak oedema, tidak kuning
- c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, penglihatan baik
- d. Hidung : Tidak ada pengeluaran secret dan tidak ada polip, pernafasan normal
- e. Mulut : Simetris, bibir tidak pucat, sedikit kering, tidak ada luka lidah bersih dan gigi tidak ada caries
- f. Telinga : Tidak ada kelainan, pendengaran baik.
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid, kelenjar limfe atau vena jugularis
- h. Payudara : Simetris, tidak ada oedema, tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak kemerahan, putting susu menonjol ASI (-)
- i. Abdomen :
 - Leopold I : Teraba bulat, lunak tidak melenting

(bokong)

- Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disebelah kanan (punggung kanan) teraba bagian-bagian kecil disebelah kiri.
 - Leopold III : Teraba bulat, keras melenting (kepala) sudah masuk PAP
 - Leopold IV : Divergen 4/5
 - TFU : 28 cm
 - TBBJ : 2480 gram
 - DJJ : 154 x/ menit
 - His : 3x10'25
- j. Ekstremitas atas : Tidak ada oedema, tidak kaku, terpasang infus di tangan sebelah kanan.
- k. Ekstremitas bawah: Tidak ada oedema, tidak ada varises
- l. Genitalia :
- Vulva/vagina : Tidak ada kelainan
 - Portio : Tebal lunak
 - Pembukaan : 4 cm
 - Ketuban : (+) Utuh
 - Presentasi : Kepala
 - Penurunan : H.I
 - Blood show : Ada (+)

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Penunjang Tanggal 05 Februari 2025

gol darah	: B
HB	: 11,6 g/dl
Leukosit	: 8,780 /mm ³
Eritrosit	: 3.67 juta/mm ³
Trombosit	: 394,000/mm ³
Hematorit	: 33%
HIV	: Negatif
HbsAg	: Negatif

C. ANALISA

G1P0A0 Gravida 35-36 minggu infartu kala 1 fase aktif janin tunggal hidup intrauterine

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
2. Memberitahu ibu untuk mengatur pola nafas dengan tarik nafas dalam ketika ada kontraksi agar tetap rileks, mengurangi ketegangan otot dan rasa nyeri.
Evaluasi : Ibu bersedia mengikuti anjuran
3. Menganjurkan ibu tidur posisi miring ke kiri agar kepala cepat turun
Evaluasi : Ibu bersedia mengikuti anjuran
4. Konseling ibu pemenuhan nutrisi dan hidrasi

Evaluasi : Ibu mengikuti anjuran untuk memenuhi pola nutrisi dan hidrasi

5. Melakukan observasi Keadaan umum, TTV, DJJ, His dan kemajuan persalinan.

3.2 Catatan Perkembangan Kala I

Tanggal pengkajian : 05 Februari 2025

Tempat : Ruang Vk RSUD dr. Slamet Garut

Pukul : 03.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan mules mules yang semakin sering dan semakin bertambah lama

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 96 x/ menit

Respirasi : 21 x/ menit

SPO2 : 97%

3. Abdomen

DJJ : 133 x/ menit

His : 3x10'35

Perlimaan : 4/5

4. Genitalia

Vulva/vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tebal lunak

Pembukaan : 5 cm

Ketuban : Utuh (+)

Presentasi : Kepala

Penurunan : H.II

Blood show : Ada (+)

C. ANALISA

G1P0A0 Gravida 35-36 minggu infartu kala 1 fase aktif janin tunggal
hidup intrauterine

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi: Ibu mengerti dan sudah mengetahui hasil pemeriksaan

2. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG oleh bidan jaga, Advice:

- a. Pemeriksaan cardiotocography (CTG) untuk memastikan denyut jantung janin dan kontraksi rahim.

Evaluasi: Hasil dalam keadaan baik

3. Menganjurkan ibu untuk beristirahat dan mengatur pola nafas dengan tarik nafas dalam ketika ada kontraksi agar tetap rileks, mengurangi ketegangan otot dan rasa nyeri dan menganjurkan ibu untuk tidak meneran sampai pembukaan lengkap.

Evaluasi : Ibu mengikuti anjuran

4. Menganjurkan ibu tidur dalam posisi miring ke kiri agar kepala cepat turun

Evaluasi : Ibu mengikuti anjuran

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

Evaluasi : Sudah disiapkan

6. Melakukan observasi keadaan umum, TTV, DJJ, His dan kemajuan persalinan.

3.2.1 LEMBAR OBSERVASI

Tabel 3. 1 Tabel Lembar Observasi

Waktu	04.00		05.00		06.00		06.55-07.00		08.00
Keadaan umum	Baik		Baik		Baik		Baik		Baik
portio			Tebal lunak				Tidak teraba		
pembukaan			7 cm				9-10 cm		
ketuban			Utuh				Ketuban pecah jernih pukul 06.55 WIB		
penurunan			H III				H IV		
Tekanan darah			110/80				110/80		
Nadi	86x/m	82x/m	85x/m	91x/m	87x/m	89x/m	94x/m	93x/m	96x/m
Respirasi	21x/m	21x/m	22x/m	22x/m	21x/m	21x/m	21x/m	21x/m	21x/m

Suhu	36,7 ⁰ C	36,6 ⁰ C	36,6 ⁰ C	36,7 ⁰ C	36,7 ⁰ C	36,7 ⁰ C	36,7 ⁰ C	36,7 ⁰ C	36,7 ⁰ C
SPO ₂	97%	98%	98%	97%	97%	97%	98%	98%	98%
DJJ	137x/m	133x/m	139x/m	143x/m	134x/m	138x/m	141x/m	146x/m	149x/m
HIS	3x10'35	3x10'35	4x10'40	4x10'40	4x10'45	4x10'50	5x10'50	5x10'55	5x10'55

3.3 Catatan Perkembangan Kala II

Tanggal pengkajian : 05 Februari 2025

Tempat : Ruang Vk RSUD dr. Slamet Garut

Pukul : 07.00 – 08.05 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan mules semakin kuat dan sering, ibu merasakan ingin Mengedan

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan abdomen

DJJ : 143 x/ menit

His : 5 x 10'55

Palpasi perlimaan : 0/5

Ekstremitas atas : Di tangan kiri terpasang infus RL 20
tetes/menit

Genitalia Vulva/vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm (lengkap)

Ketuban	: (-)
Presentasi	: Kepala
Posisi	: Ubun-ubun kecil
Penurunan	: Hodge IV
Molase	: Tidak ada (0)
Blood show	: Ada (+)

C. ANALISA

G1P0A0 parturient preterm Gravida 35-36 minggu inpartu kala 1 fase aktif.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan kepala sudah di dasar panggul.
Evaluasi: Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan
2. Memposisikan ibu dosal recumbent dan mengajarkan ibu cara meneran
Evaluasi: Ibu sudah dalam posisi dorsal recumbent, dan ibu sudah bisa meneran.
3. Memberitahu ibu untuk menarik nafas di sela-sela kontraksi.
Evaluasi: Ibu mengikuti anjuran
4. Melakukan episiotomi atas indikasi perineum kaku.
Evaluasi: Sudah dilakukan dengan teknik mediolateralis

5. Memimpin persalinan, pukul 08.05 WIB. Bayi lahir spontan menangis merintih, warna kulit ekstremitas kebiruan, tonus otot kuat.

A/s : 4/8

Tabel 3. 2 Apgar Score

Kriteria	Menit ke-1	Menit ke-2
Frekuensi jantung	2	2
Usaha bernafas	1	2
Tonus otot	-	1
Refleks	-	1
Warna kulit	1	2
Jumlah	4	8

6. Tidak dilakukan IMD, bayi pindah ke ruangan perinatologi untuk observasi.

7. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : sudah terlampir dalam Partograf.

3.3 Catatan Perkembangan Kala III

Tanggal pengkajian : 05 Februari 2025
 Tempat : Ruang Vk RSUD dr. Slamet Garut
 Pukul : 08.06 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu merasa lega bayinya sudah lahir, namun ibu merasa lemas, masih merasakan mules dan sakit pada jalan lahir

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik
 - Kesadaran : Composmentis
 - TFU : Sepusat
 - Kontraksi : Baik
 - Kandung kemih : Kosong
 - Perdarahan : Kurang lebih 150 cc
 - Abdomen : Tidak teraba janin kedua
 - Genitalia : Tampak tali pusat memanjang di depan vulva.

C. ANALISA

P1A0 inpartu kala III

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
 Evaluasi: Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan
2. Melakukan manajemen asuhan kala III

- a. Melakukan penyuntikan oxytosin 10 unit / IM
- b. Melakukan peregangan tali pusat terkendali. Terdapat tanda pelepasan plasenta. (uterus globuler, tali pusat memanjang, dan semburan darah).

Plasenta lahir spontan pukul 08.10 WIB.

- c. Memeriksa kelengkapan plasenta.

Evaluasi: Plasenta lahir lengkap dengan utuh.

- d. Mengajarkan ibu untuk melakukan masase uterus 15 kali dalam 15 detik dengan memutarnya searah jarum jam agar kontraksi uterusnya baik.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran

3.4 Catatan Perkembangan Kala IV

Tanggal pengkajian : 05 Februari 2025

Tempat : Ruang Vk RSUD dr. Slamet Garut

Pukul : 08.11 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu merasa sakit pada jalan lahir dan masih merasa mules

B. DATA OBJEKTIF

- 1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

- 2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmhg

Nadi : 86 x/ menit

Respirasi : 20 x/ menit

Suhu : 36,7°c

Spo2 : 97%

3. Abdomen

TFU : 2 jari di bawah pusat

Kontraksi : Baik

Kandung kemih : Kosong

4. Pemeriksaan genitalia

- a. Terdapat luka episiotomi derajat 2 (mukosa vagina, otot dan kulit perineum)
- b. Pengeluaran darah kurang lebih 150 cc

C. ANALISA

P1A0 inpartu kala IV dengan laserasi derajat 2

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
2. Melakukan penjahitan perineum 5 bagian dengan teknik jelujur dan bagian luar dengan teknik satu-satu sebanyak 6 jahitan.
Evaluasi : Penjahitan sudah dilakukan
3. Membersihkan ibu dan membantu ibu mobilisasi posisi yang nyaman.
Evaluasi : Ibu mengerti dan sudah dalam posisi yang nyaman

4. Melakukan dekontaminasi alat.

Evaluasi : Sudah dilakukan

5. Menjelaskan bahwa rasa mules yang dirasakan ibu adalah normal, karena rahim berkontraksi yang nantinya berguna untuk mencegah perdarahan.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan

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

7. Menganjurkan ibu untuk memenuhi pola istirahat, makan dan minum.

Evaluasi : Sudah terpenuhi.

8. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Sudah terlampir dalam partograf.

3.5 Asuhan Nifas

3.5.1 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Pada Ny. E Post Partum 6 Jam

Tanggal pengkajian : 05 februari 2025

Tempat : Ruang Marjan Bawah

Pukul : 14. 00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu merasa linu pada luka jahitan di jalan lahir, merasa kaku jika gerak, merasa lemas dan masih merasa mules.

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 92 x/ menit

Respirasi : 20 x/ menit

Suhu : 36,7°c

Spo2 : 98%

3. Abdomen

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : Baik

Kandung kemih : Kosong

4. Pemeriksaan genitalia

a. Pengeluaran darah : kurang lebih 50 cc

- b. Luka hecing terawat, tidak ada jahitan yang terlepas

C. ANALISA

P1A0 post partum 6 jam

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik dan asuhan yang akan diberikan.

Evaluasi : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan senang mendengarnya

2. Memeriksa TFU dan memastikan kembali uterus berkontraksi dengan baik.

Evaluasi : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik.

3. Memastikan kandung kemih dalam keadaan kosong dan mendeteksi adanya perdarahan dan mengajarkan ibu teknik massase, yaitu meletakan tangan diatas perut kemudian memutarnya.

Evaluasi : Perdarahan normal dan kandung kemih kosong.

4. Menjelaskan bahwa rasa mules yang dirasakan ibu adalah normal, karena rahim berkontraksi yang nantinya berguna untuk mencegah perdarahan.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

5. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi, yaitu dengan cara bangun dari tempat tidur dan belajar ke kamar mandi sendiri atau dengan bantuan keluarga bila ingin BAB dan BAK.

Evaluasi : Ibu sudah melakukan mobilisasi yaitu dengan cara pergi ke kamar mandi sendiri.

6. Melakukan konseling tentang perawatan luka jahitan pada genitalia, yaitu mengajarkan ibu untuk membersihkannya menggunakan air dingin jangan air hangat, kemudian mengeringkannya dengan handuk bersih. Selain itu, menganjurkan ibu untuk mengganti pembalutnya minimal 2x/hari atau jika sudah tidak merasa nyaman

Evaluasi : ibu mengerti dengan penjelasan dan mengatakan akan melakukannya sesuai yang dianjurkan.

7. Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi dengan mengonsumsi makanan yang bergizi seperti nasi, sayuran, buah-buahan, kacang-kacangan, telur, daging, ikan. Serta memperbanyak minum yaitu 9-10 gelas / hari agar pencernaan ibu dan produksi ASI lancar.

Evaluasi : Ibu sudah makan 1 kali dengan sayur dan telur, minum 3 gelas air putih dan 1 gelas teh manis.

8. Menganjurkan ibu untuk memenuhi pola istirahat yang cukup, yaitu tidur siang 2 jam dan tidur malam 8 jam agar stamina dan kesehatan ibu terjaga.

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukannya sesuai dengan yang dianjurkan.

9. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemeriksaan dan pemberian obat yang sesuai dengan advice dokter.

- Cefadroxil 500 mg 2x1 kapsul

- Tablet tambah darah neo 1x1 tablet
- Asam mefenamat 500 mg 3x1 tablet

10. Mengajarkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan, karena ASI dapat memberikan perlindungan terhadap infeksi dan merupakan nutrisi yang baik untuk tumbuh kembang bayi dan menganjurkan ibu untuk menyusunya sesering mungkin.

Evaluasi : Ibu mengatakan akan memberikan ASI eksklusif 6 bulan.

11. Mengajarkan ibu tentang perawatan pada bayin sehari-hari terutama mencegah hipotermi yaitu selalu menjaga kehangatan dengan mletakan di tempat yang hangat dan segera mengganti kain yang basah dengan yang kering dan bersih. Selain itu, mengajarkan ibu mengenai perawatan tali pusat yaitu jangan membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan apapun ke tali pusat, melipat popok di bawah tali pusat dan jika tali pusat kotor, bersihkan secara hati-hati dan keringkan dengan mnggunakan handuk.

Evaluasi : Ibu bisa melakukannya dengan baik sesuai yang diajarkan.

12. Memberitahu ibu tanda bahaya masa nifas seperti

- a. Keluar darah dari kemaluan dengan jumlah yang sangat banyak
- b. Demam berlebihan
- c. Pandangan kabur, sesak nafas, bengkak pada wajah, kaki dan tungkai
- d. Payudara bengkak

Dan jika menemukan tanda-tanda tersebut, menganjurkan ibu untuk segera ke fasilitas kesehatan terdekat.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan

13. Melakukan pendokumentasian.

3.6 Asuhan Bayi Baru Lahir

3.6.1 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Ny. E usia 6 jam

Tanggal pengkajian : 05 februari 2025

Tempat : Ruang Perinatologi

Pukul : 14.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Tidak ada keluhan

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-tanda vital

Denyut jantung : 128 x/m

Respirasi : 45 x/m

Suhu : 36,6 C

BB : 2.350

JK : Perempuan

3. Pemeriksaan fisik

a. Kepala : Terdapat verniks, rambut hitam tipis, tidak

- ada caput succedaneum, Tidak ada penonjolan atau cekungan.
- b. Muka : Pucat (-), ikterik (-), sianosis (-), oedema (-), bentuk bulat
 - c. Telinga : Simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan.
 - d. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada tanda-tanda infeksi.
 - e. Hidung : Tidak ada pengeluaran secret, tidak ada
 - f. sumbatan.
 - g. Mulut : bersih, warna bibir merah muda, tidak ada labio palatoschizis, tidak ada stomatitis, terpasang sonde, refleks *rooting* (-), *swallowing* (-), *sucking* (+).
 - h. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tyroid, dan vena jugularis, *Tonickneck* (+).
 - i. Dada : simetris, putting susu sejajar, bayi nafas normal, tidak ada retraksi dinding dada.
 - j. Abdomen : bersih, tidak ada perdarahan pada tali pusat, kembung(-).
 - k. Punggung : tidak ada cekungan atau benjolan, tidak ada *sfina bifida*.
 - l. Genitalia : ada lubang uretra, ada lubang vagina, labia mayora belum menutupi labia minora

- m. Ekstremitas : simetris, jumlah jari lengkap, polidaktili (-)
sindaktili (-), gerakan aktif, refleks babinski
(+)
- n. Anus : terdapat lubang anus
- o. Kulit : warna kulit kemerahan, terdapat verniks
pada punggung, sebagian lanugo sudah
tidak ada.

4. Eliminasi

BAB : +

BAK : +

C. ANALISA

Neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan dengan BBLR usia 6 jam

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan, bahwa bayi dalam keadaan stabil tetapi berat badan bayi kurang yaitu 2.350 gram.
2. Mengobservasi k/u, TTV.
3. Mengobservasi eliminasi bayi.
Evaluasi : bayi sudah BAB dan BAK
4. Melakukan perawatan tali pusat.
Evaluasi : sudah terawat, bersih dan kering.
5. Mengganti popok dan pakaian bayi.
Evaluasi: sudah dilakukan

6. Memberikan oksigen
7. Melakukan pencegahan infeksi pada bayi dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi.
8. Menjaga kehangatan bayi untuk tetap hangat agar tidak terjadi hipotermi
Evaluasi: bayi berada di inkubator dan di alasi dengan selimut.
9. Kolaborasi dengan dokter SpA advice memberikan asupan nutrisi PASI dengan menggunakan sonde.

Evaluasi : Asupan nutrisi terpenuhi 30 cc dalam setiap 3 jam
10. Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: Sudah dilakukan

Tabel 3. 3 Matriks Hubungan Antara Teori dan Kasus

NO	MASALAH	PENGERTIAN	PENYEBAB (teori)	PENYEBAB (praktik)	PENANGANAN		PENANGANAN EVIDENCE BASED
					Teori	Praktik	
1.	Persalinan preterm	Persalinan prematur adalah persalinan yang berlangsung antara usia kehamilan 28 minggu hingga kurang dari 37 minggu (259 hari), yang dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir pada siklus 28 hari (Ratih Subektil 2024). Pada persalinan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan perkiraan berat	-janin dan plasenta 1. Perdarahan trimester awal 2. Perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta). 3. Ketuban pecah dini (KPD) 4. Pertumbuhan janin terhambat 5. Adanya cacat bawaan lahir 6. Kehamilan Ganda atau Gemeli	1. Usia terlalu muda 2. Perokok Pasif 3. Cemas/stress 4. Gizi kurang	1. Bila janin presentasi kepala, maka diperbolehkan partus pervaginam (Manuaba, 2016). 2. Melakukan episiotomi untuk mencegah terjadinya tekanan pada kepala bayi, perineum kaku dan pendek (Bdn. Dian Fitriyani et al. 2024). 3. dan dilakukan pemeriksaan kepada ibu. Memberikan therapy sesuai advice dokter : Memasang infus, memberikan obat	1. Melakukan pemantauan / observasi kontraksi 2. Mengobservasi TTV dan DJJ 3. Menganjurkan ibu tirah baring 4. Melakukan pertolongan persalinan secara pervaginam dan dilakukan episiotomi 5. Tidak dilakukan IMD dan metode kanguru	1. Pemberian tokolitik, kortikosteroid, dan antibiotika profilaksis. Namun ada beberapa kasus memerlukan penyesuaian. 2. Pemberian tokolisis pada persalinan preterm adalah mencegah mortalitas dan morbiditas pada bayi prematur 3. Beberapa macam obat yang dapat digunakan sebagai tokolisis: a. Nifedipine 3x 10 mg/oral b. Terbutalin sulfat 1000 mg (2ampul) dalam 500 ml larutan

		janin saat lahir Kurang dari 2500 gram (pusparini 2025).	7. Polihidramnion (cairan ketuban berlebih). -kondisi uterus 1. kelainan bentuk uterus /serviks 2. inkompetensi serviks - Ibu: 1. Diabetes Melitus / jantung 2. Preeklamsi atau hipertensi 3. Infeksi saluran Kemih/genitalia/intrauterine 4. Riwayat Persalinan preterm		nifedipine dan dexametasone 4. Dilakukan observasi kemajuan persalinan 5. Melakukan asuhan persalinan normal dan dilakuan episiotomi		infus c. NaCl 0,9% dengan dosis awal pemberian 10 tetes / menit d. Salbutamol 10 mg / IV Selain tokolisis, perlu membatasi aktivitas atau tirah baring. 4. Pemberian kortikosteroid adalah: a. Dexametasone 6 mg/IM setiap 12 jam sebanyak 4 kali b. Betametason 12 mg /IM setiap 24 jam sebanyak 2 kali 5. Antibiotika hanya diberikan bilamanakehamilan terdapat resiko terjadinya infeksi seperti pada kasus
--	--	--	---	--	--	--	--

			5. Stress psikologi 6. kelainan imunologi 7. Riwayat persalinan preterm 8. Perokok berat 9. Trauma (Lidia Aditama Putri, n.d.2019). - Fktor Ibu 1. Usia ibu 2. Parita 3. usia kehamilan 4. Keadaan sosial keluarga 5. Komplikasi Pada kehamilan				KPD. a. Ampisilin: 2 g IV setiap 6 jam b. Penisilin G 2 juta unit IV setiap 6 jam c. Klindamisin: 3x 300 mg PO d. Eritromisin 4x400 mg/oral.
--	--	--	--	--	--	--	---

2.	Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	BBLR ialah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram) (Aisah et al. 2024).	-Janin 1. Hamil dengan hidramnion 2. Hamil pasca perdarahan anteroparum 3. Ketuban pecah dini -lingkungan 1. Paparan asap rokok 2. Tempat tinggal didataran tinggi 3. Status ekonomi 4. Radiasi -faktor ibu 1. Sosio ekonomi yang rendah 2. Primipara 3. Kehamilan	1. usia terlalu muda 2. Terpapar asap rokok 3. Usia kehamilan kurang dari 37 minggu 4. Gizi kurang	1. Jaga kehangatan 2. Bersihkan jalan nafas 3. Pemantauan tanda bahaya 4. Lakukan inisiasi menyusui dini (IMD). 5. Lakukan pemeriksaan TTV dan antropometri 6. Memberikan Vit K1 pada bayi baru lahir 1 jam setelah lahir untuk mencegah perdarahan semua BBL 7. Berikan salep mata pada kedua mata 8. Pemberian imunisasi hepatitis B0 (HB0) dengan 1 jam setelah pemberian Vit K 9. Lakukan pemeriksaan fisik.	1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa bayi kemungkinan BBLR 2. mengeringkan bayi 3. tidak dilakukan IMD 4. memberikan vikn K1 1 mg secara IM pada paha kiri bayi 5. memberikan salep mata 6. menjaga kehangatan bayi 7. merencanakan pemeriksaan fisik bayi 8. melakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik.	1. Melakukan penemuan secara dini seperti metode kanguru, metode perawatan dini dan terus menerus dengan sentuhan kulit antara ibu dan bayi BBLR dalam posisi seperti kanguru.
----	---------------------------------	--	--	---	--	---	--

			ganda 4. Infeksi kehamilan 5. Hipertensi kehamilan 6. Anemia 7. Diabetes melitus 8. Perdarahan antepartum 9. dan riwayat kematian bayi sebelumnya				
3.	Asfiksia	Asfiksia neonaturum adalah keadaan dimana bayi lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur. Asfiksia pada bayi baru lahir dapat disebabkan oleh berbagai faktor	- janin 1. Malpresentasi Seperti sungsang / distosia bahu 2. Prematur 3. BBLR 4. Pertumbuhan janin terhambat 5. Anomali	1. Primipar 2. Prematur 3. BBLR 4. Pertumbuhan janin terhambat	1. Bersihkan jalan napas 2. Berikan oksigen 2 liter/menit 3. Rangsang pernapasan dengan menepuk telapak kaki apabila belum ada reaksi, bantu dengan pernapasan menggunakan (<i>ambubag</i>).	1. Jaga kehangatan bayi dengan kain bersih dan kering 2. Bersihkan jalan napas dengan <i>slim suction</i> 3. Rangsang pernapasan dengan menepuk telapak kaki 4. Berikan oksigen 2 liter/menit 5. Pemeriksaan TTV/Antropometri	1. Pemantauan gas darah, denyut nadi, fungsi sistem jantung dan paru dengan resusitasi, pemberian oksigen yang cukup, dan memantau perfusi jaringan tiap 2-4 jam. 2. Mempertahankan jalan napas agar tetap baik sehingga proses oksigenasi

		yang mengganggu pasokan oksigen yang cukup ke bayi selama proses persalinan atau setelahnya (Marlina 2024).	kongenital 6. Pneumonia intrauterin 7. Aspirasi mekonium (Marlina 2024).		4. Bila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5 persen sebanyak 6 cc, dekstrosa 40% sebanyak 4cc, diberikan melalui vena umbilikus secara perlahan-lahan untuk mencegah tekanan intrakranial meningkat.	6. pemberian salep vit K dan salep mata 7. Pemberian imunisasi HB0	dapat cukup dan sirkulasi darah tetap baik.
--	--	---	---	--	---	--	---

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pemeriksaan dan asuhan yang dilakukan oleh penulis pada Ny. E di lakukan di ruang Vk RSUD dr. Slamet Garut, penulis menemukan persamaan dan kesenjangan antara konsep teori dan praktik lapangan.

Adapun hal-hal ditemukan selama asuhan kebidanan pada Ny. E dengan persalinan preterm sebagai berikut :

4.1 Data Subjektif

Hasil anamnesa yang telah didapatkan pada Ny. E yaitu ibu rujukan dari puskesmas cilawu datang ke Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut pukul 02.35 WIB dan di pindahkan ke Ruang Vk pukul 03.00 WIB. Ibu mengatakan hamil 8 bulan HPHT 29 mei 2024, TP 5 maret 2025, setelah dihitung diapatkan usia kehamilan ibu 35-36 minggu. Hal ini sesuai dengan teori (Ratih Subekti1 2024) persalinan preterm adalah persalinan yang berlangsung pada usia kehamilan 28 minggu hingga kurang dari 37 minggu (259 hari), yang dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir pada siklus 28 hari. Pada persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu perkiraan berat janin saat lahir kurang dari 2500 gram (Pusparini 2025). Ny E usia 18 tahun hal ini merupakan faktor resiko pada komplikasi persalinan, Faktor usia juga berpengaruh terhadap persalinan preterm, persalinan dan kelahiran yang paling aman yaitu pada usia ibu antara 20-34 tahun. Ibu remaja yang berusia lebih muda 18-19 tahun memiliki peluang tinggi melahirkan bayi kurang bulan atau bayi mengalami retardasi pertumbuhan

(Dr. Sriyana Herman, AMK, SKM. and Dr. Hermanto Tri Joewono, dr. 2020).

Sebagai primigravida, ibu mengalami kecemasan yang merupakan hal wajar pada kehamilan pertama. Rasa cemas dapat memperngaruhi jalannya persalinan karena berkaitan dengan respon tubuh. Hal ini sesuai dengan teori yang ditulis (Riska Hediya Putri 2025) salah satu penyebab persalinan prematur adalah ketegangan emosional. Stress selama kehamilan berdampak buruk bagi pertumbuhan dan perkembangan janin. (Diaz Syahidah Marwah , Keisha Najmina Zata, Muhamad Naufal, Muhammad Imam Fadhillah 2023). Fator resiko lain yang perlu diperhatikan adalah terpapar asap rokok. Ibu mengaku suaminya sering merokok di dalam rumah dan ibu terkena paparan rokok sehingga suami adalah perokok aktif dan ibu adalah perokok pasif. Wanita yang terpapar asap rokok cenderung mengalami gangguan pada kehamilannya karena kandungan perokok pasif lebih tinggi di bandingkan perokok aktif. Efek buruk akibat perokok pasif pada ibu hamil mengakibatkan berat badan lahir rendah pada bayi. Hal ini menunjukkan betapa bahayanya asap rokok bagi kesehatan dan perkembangan janin. Oleh karena itu, ibu hamil harus menghindari asap rokok ataupun residunya karena dapat menyebabkan persalinan prematur (Kemenkes RI, 2022).

Ibu mengeluh mules-mules terasa hangat dari punggung menjalar ke depan bagian perut sejak pukul 19.30 WIB pada tanggal 04 februari 2025, dan terdapat lendir bercampur darah (+), gerakan janin masih terasa. HPHT 29 Mei 2024, TP 5 maret 2025, hal ini sesuai dengan teori (Winda

Maulinasari Nasution 2024) bahwa tanda-tanda persalinan yaitu perut mules-mules yang teratur, timbulnya semakin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa seperti kram perut dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir.

4.2 Data Objektif

Dari hasil pemeriksaan didapat hasil pemeriksaan dalam keadaan baik. Kesadaran composmentis, TD 100/80 mmhg, N 96x/m, R 21x/m, S 36,7⁰C, pemeriksaan fisik wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda. Pada pemeriksaan abdomen didapat TFU 28 cm, terdapat kesenjangan dengan teori menurut (Rahmah, Malia, and Maritalia 2022) bahwa pada usia kehamilan 35-36 minggu yaitu 32 cm ini menandakan bayi kecil. Salah satu masalah potensial yang dapat terjadi dari ketidaksesuaian TFU dengan usia kehamilan yaitu IUGR (Intrauterine Growth Restriction) dimana pertumbuhan janin terhambat. Jika TFU lebih kecil dari perkiraan ini dapat menunjukkan bahwa bayi tidak tumbuh pada tingkat rata-rata ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor seperti, gizi ibu yang buruk (Errisha Resty, 2025). Status gizi ibu yang kurang juga sangat berpengaruh terhadap persalinan preterm. Jika selama masa kehamilan asupan gizi tidak seimbang dengan kebutuhan gizi, ibu dan janin akan mengalami berbagai masalah pada ibu, janin dan proses persalinan, KEK terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (prematur) (MARNI 2021). Rumus untuk menghitung TBBJ dari Johnson-toshack masih sering digunakan dalam menentukan TBBJ dengan

rumus BB bayi = TFU-12 (sudah masuk PAP) x 155 (Rahmah, Malia, and Maritalia 2022) Hasil dari taksiran berat badan janin setelah dihitung yaitu 2.480 gram. Dan berat lahir 2350 gram menunjukkan berat badan rendah dan bayi prematur. Bayi prematur yaitu dengan perkiraan berat janin kurang dari 2500 gram (Pusparini 2025) Pada pemeriksaan leopold didapat presentasi kepala, punggung kanan, divergen, penurunan kepala 4/5, DJJ 133 x/m, His 3 x 10' 25'', kemudian dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 5 cm, portio tebal lunak, ketuban utuh, penurunan H II maka hal ini sesuai dengan teori (Riska Hediya Putri 2025) (Tahap dilatasi serviks, tahap ini kontraksi mulai terjadi dan menyebabkan pembukaan serviks, yang menandai awal persalinan. Kontraksi persalinan aktif berlangsung dari 40-90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik (Bdn. Dian Fitriyani et al. 2024). Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik frekuensi kontraksi ditentukan dengan mengukur waktu dari permulaan satu kontraksi dan kontraksi selanjutnya. Keluarnya lendir bercampur darah (blood slim). Bercak darah tersebut biasanya akan terjadi beberapa hari sebelum kelahiran tiba. Keluarnya air-air (ketuban) proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering (Winda Maulinasari Nasution 2024).

Pada kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Pada asuhan kebidanan Ny. E dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir

berlangsung selama 1 jam 5 menit terdapat kesenjangan dengan teori (Dian Mayasari & Ratih Mega Sptiasari, 2025) yaitu lama kala II berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. dan dilakukan episiotomi atas indikasi perineum kaku dan ibu sudah kehabisan tenaga untuk mengedan. Sesuai dengan teori menurut (Rahma Fauziah, Titiek Idayanti, and Widya Anggraeni 2024) episiotomi dilakukan untuk meminimalisir terjadinya peningkatan kerusakan pada daerah perineum juga untuk memperluas permukaan vagina sehingga mempercepat kelahiran bayi (Bdn. Dian Fitriyani et al. 2024). Kondisi yang dianjurkan episiotomi salah satunya adalah perineum kaku. Persalinan berjalan lancar.

Pada asuhan kala III berjalan dengan lancar. Setelah bayi lahir, tahap ketiga dimulai dengan pengeluaran plasenta, plasenta biasanya keluar dalam waktu 5-15 menit setelah bayi lahir. Jangan lakukan peregangan tali pusat terkendali sebelum terlihat tanda- tanda pelepasan plasenta. Menurut (Ruhayati et al. 2024) tanda pelepasan plasenta yaitu uterus menjadi bundar, tali pusat bertambah panjang dan adanya semburan darah. Lalu menjepit tali pusat dengan klm jarak 3-5 cm dan melakukan peregangan tali pusat terkendali. Ketika plasenta sudah nampak di bagian vagina, kluarkan plasenta dengan memutar/memilin searah jarum jam sampai plasenta dan selaput ketuban lahir. Pada kala III penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Persalinan berjalan lancar hingga plasenta lahir.

Pada kala IV sesuai dengan teori penulis melakukan observasi meliputi tingkat kesadaran pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital pasien,

kontraksi uterus, kondisi kandung kemih dan jumlah darah yang keluar (Lestari et al., 2019). Pada kala IV penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Melakukan observasi setiap 15 menit pada satu jam pertama dan 30 menit pada jam kedua. Keadaan ibu selama 2 jam post partum baik, sudah bisa mobilisasi miring kiri/ kanan dan duduk meskipun masih terasa perih dan kaku ketika gerak.

Tanda-tanda vital dalam batas normal Tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 86 x/menit, Respirasi 20 x/m, Suhu : 36,7°C, SPO2 : 97%. Pemeriksaan fisik abdomen pada TFU : 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong, perdarahan 60 cc

4.3 Analisa

Analisa yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif pada Ny. E adalah G1P0A0 Gravida 35-36 Minggu dengan Persalinan Preterm maka hal ini sesuai dengan teori (Ratih Subekti1 2024) persalinan prematur merupakan persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan yang ke 37 minggu.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan terhadap kasus ini yaitu memberikan terapi atas advice dokter yaitu memasang infus RL, dan melakukan observasi TTV, DJJ dan his. Tidak dilakukan pemberian obat tokolitik, kortikostteroid dan antibiotika karena usia kehamilan ibu sudah 35-36 minggu dan ada pembukaan lebih dari 4 cm hal ini sesuai dengan teori (Elisa Murti Puspitaningrum 2022) Tidak perlu diberikan tokolitik dan bayi

dilahirkan secara pervaginam atau perabdominan sesuai kondisi kehamilan :
 Usia kehamilan <24 dan >34 minggu, pembukaan serviks >3cm, ada tanda korioamnionitis (infeksi intrauterin), preeklamsia atau perdarahan aktif, ada gawat janin, Janin meninggal atau adanya kelainan kongenital yang kemungkinan hidupnya kecil. Berikan terapi tokolitik, kortikosteroid, dan antibiotika jika syarat : Usia kehamilan antara 24-34 minggu, pembukaan <3cm, tidak ada korioamnionitis, preeklamsia, atau perdarahan aktif dan gawat janin. Setelah pembukaan lengkap kemudian dilakukan asuhan persalinan pervagina. Pada fase ini akan mulai mendorong untuk membantu bayi keluar melalui jalan lahir (Riska Hediya Putri 2025a) dan dilakukan episiotomi atas indikasi perineum kaku. Menurut (Bdn. Dian Fitriyani et al. 2024) Episiotomi bertujuan untuk mengurangi tekanan pada kepala janin dan atas perineum kaku. Episiotomi dilakukan dengan di anastesi lokal pada daerah perineum (Rahma Fauziah, Titiek Idayanti, and Widya Anggraeni 2024). Begitupun pada hecing dilakukan anastesi yaitu dengan pemberian lidokain. Suntikan 10 ml lidokain 1% di bawah mukosa vagina, otot dan kulit perineum di 2 sisi luka (Eni Indrayani et al. 2022). Lalu bayi lahir spontan pada pukul 08.05 WIB menangis merintih, warna kulit, warna kulit kebiruan dengan apgar score 4/8, berat badan bayi 2.350 gram, ini menandakan bahwa bayi lahir dengan asfiksia dan BBLR (berat badan lahir rendah). Hal ini sesuai dengan teori (Aisah et al. 2024) BBLR ialah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram (sampai dengan 2499 gram). Dan teori (Marlina 2024) Asfiksia pada bayi baru lahir dapat disebabkan

oleh faktor yang mengganggu pasokan oksigen yang cukup ke bayi selama proses persalinan atau setelahnya.

Namun sangat disayangkan setelah bayi lahir tidak dilakukan IMD dan metode kanguru padahal keadaan ibu baik maka tidak sesuai dengan teori, jika bayi diberi kesempatan menyusu dalam satu jam pertama dengan dibiarkan kontak kulit bayi ke ibu (IMD) maka 22% nyawa bayi berumur kurang dari 28 hari bisa diselamatkan jika bayi mulai menyusu pertamanya berusia dua sampai dua puluh empat jam, hanya 16% nyawa bayi berumur kurang dari 28 hari yang dapat diselamatkan. Inisiasi menyusu dini (IMD) adalah memberi kesempatan pada bayi baru lahir untuk menyusu sendiri pada ibunya dalam 1 jam pertama. Caranya dengan meletakkan bayi baru lahir dengan menengkurapkan bayi yang sudah dikeringkan tubuhnya di atas dada ibunya segera setelah persalinan dan memastikan bayi mendapat kontak kulit dengan ibunya, membiarkan bayi merayap menemukan puting susu dan menghisapnya untuk mendapatkan asupan kolostrum (ASI yang pertama kali keluar) (Bela Purnama Dewi 2025). Metode kanguru mampu memenuhi kebutuhan asasi BBLR dengan menyediakan situasi dan kondisi yang mirip dengan rahim sehingga memberi peluang BBLR untuk beradaptasi dengan baik di dunia luar. Metode Kanguru adalah metode petugas kesehatan dini dengan sentuhan kulit ke kulit antara ibu dan bayi baru lahir dalam posisi seperti Kanguru, yang tersedia secara universal baik secara biologis, yang mampu memenuhi kebutuhan asasi bayi baru lahir (Rosyidah, Arisandi, and Farid 2021).

4.5 Pendokumentasian

Pada pendokumentasia penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek lapangan. Menulis dengan menggunakan penulisan pengumpulan data SOAP. SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana , jelas, logis dan tertulis, catatan SOAP digunakan untuk mengevaluasi kondisi klien selama dilakukan asuhan sebagai catatan perkembangan. (Mertasari & Sugandini 2020)

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pelaksanaan Asuhan Kebidanan pada Ny. E Usia 18 Tahun G1P0A0 Gravidita 35-36 Minggu dengan Persalinan Preterm di RSUD dr. Smaet Garut dengan kolaborasi dokter SPOG serta advice ditarik kesimpulan:

1. Data subjektif pada Ny. E G1P0A0 Gravidita 35-36 minggu dengan persalinan preterm yang didapat sudah sesuai dengan teori tidak ditemukan kesenjangan terhadap teori maupun praktek.
2. Data objektif Pada Ny. E G1P0A0 Gravidita 35-36 minggu dengan persalinan preterm yang didapat sudah sesuai dengan teori tidak ditemukan kesenjangan terhadap teori maupun praktek.
3. Anlisa Pada Ny. E G1P0A0 Gravidita 35-36 minggu dengan persalinan preterm yang analisis sudah sesuai dengan teori tidak ditemukan kesenjangan terhadap teori maupun praktek.
4. Penatalaksanaan Pada Ny. E G1P0A0 Gravidita 35-36 minggu dengan persalinan preterm yang dilakukan sudah sesuai dengan teori namun ditemukan kesenjangan terhadap teori maupun praktek yaitu tidak dilakukan IMD dan metode kanguru.

5. Pendokumentasian Pada Ny. E G1P0A0 Gravida 35-36 minggu dengan persalinan preterm yang dibuat dan terlampir sudah sesuai dengan teori tidak ditemukan kesenjangan terhadap teori maupun praktek

3.4 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan gambaran kepada mahasiswa kebidanan untuk lebih mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang didukung oleh standarisasi kebidanan dan bisa menjadi tolak ukur untuk meningkatkan pembuatan pendokumentasian terutama pada kasus persalinan preterm dan penanganan bayi yang lahir prematur.

3.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan bahan referensi atau kepustakaan yang ada di perpustakaan lebih diperbanyak lagi tentang persalinan preterm agar mahasiswa mengetahui pengetahuan yang lebih untuk persalinan prematur.

3.4.2 Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan dapat meningkatkan kesadaran tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan secara teratur untuk deteksi dini faktor risiko komplikasi persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisah, Siti, Hani Handayani, Indra Gunawan, and Zainal Muttaqin. 2024. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) Di Ruang Perinatologi RSUD Dr . Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2024."
- Awang, 2024. Cara Penulisan Diagnosa Kebidanan Dengan Pendekatan Managemen Kebidanan Varney.
<https://books.google.co.id/books?id=J489EQAAQBAJ>.
- Baroroh, I. 2024. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Dan Balita. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=WG76EAAAQBAJ>.
- Bd. Peny Ariani, S.S.T.M.K. et al. 2024. Buku Ajar Konsep Kebidanan. <https://books.google.co.id/books?id=OdcoEQAAQBAJ>.
- Bdn. Dian Fitriyani, S.S.T.M.K. et al. 2024. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan. <https://books.google.co.id/books?id=8T72EAAAQBAJ>.
- Bela Purnama Dewi, Dkk. 2025. "Hubungan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Terhadap Lamanya Pelepasan Plasenta Pada Kala III Persalinan Di Rumah Sakit I." *Jurnal kesehatan dan pembangunan*.

- Diaz Syahidah Marwah , Keisha Najmina Zata, Muhamad Naufal, Muhammad Imam Fadhilah, Nayla Kamilia Fithri. 2023. "Literature Review: Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Stress Ibu Hamil Dan Implikasinya Pada Kesehatan Janin." *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*.
- Dr. Sriyana Herman, AMK, SKM., M.Kes., and Sp.OG(k) Dr. Hermanto Tri Joewono, dr. 2020. "Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur)."
- Elisa Murti Puspitaningrum, S.S.T.M.K. 2022. Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Pada Maternal. Penerbit CV. Sarnu Untung.
<https://books.google.co.id/books?id=NI-kEAAAQBAJ>.
- Eni Indrayani, S.S.T.M.P.H. et al. 2022. Buku Ajar Nifas DIII Kebidanan Jilid III.
<https://books.google.co.id/books?id=sgqtEAAAQBAJ>.
- Indriyani, Indriyani, Ernita Prima Noviyani, and Kuswati Kuswati. 2024. "Hubungan Senam Hamil, Berat Badan Bayi Lahir Dan Lama Persalinan Terhadap Kejadian Ruptur Perineum Pada Ibu Bersalin Di Puskesmas Cibiuk Kabupaten Garut Tahun 2023." *Jurnal Riset Ilmiah*.
- Lailatul Mustaghfiroh, S.S.T.M.K. et al. 2025. *Patologi \& Fisiologi Persalinan (Distosia \& Konsep Persalinan)*. MEGA PRESS NUSANTARA.
<https://books.google.co.id/books?id=k5FdEQAAQBAJ>.
- Lidia Aditama Putri, 2019. *Buku Ajar Obstetri Dan Ginekologi*.
<https://books.google.co.id/books?id=TiEWEAAAQBAJ>.

Marlina, Iradatul Muslimah, Endah Dian. 2024. "Hubungan Ketuban Pecah Dini Dan Prematur Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Di RSUD Dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi Tahun 2023." *Journal of Midwifery and Health Science of Sultan Agung*.

MARNI. 2021. "Literatur Review Hubungan Kurang Energi Kronis Pada Kehamilan Dengan Kejadian Persalinan Prematur."

Mayasari, D, R M Septiasari, and E D Widayawaty. 2025. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Rena Cipta Mandiri. <https://books.google.co.id/books?id=uopCEQAAQBAJ>.

Mufida Dian Hardika, Rury Narulita Sari, Mochamat Bayu Aji, Fara Frameswari. 2024. "Pemberdayaan Dalam Pengelolaan Dokumentasi Kebidanan Praktek Mandiri Bidan Berbasis Aplikasi." *Jurnal Pengabdian Masyarakat Mandira Cendikia*.

Murkoff, H. 2024. *What to Expect When You're Expecting*. Gramedia Pustaka Utama. <https://books.google.co.id/books?id=XwYXEQAAQBAJ>.

NABILAH, NUR SEPTIANI. 2025. "Hubungan Taksiran Berat Badan Janin Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Trimester III."

Novi Budiani, Parida Hanum, Grace Rosmawati Purba, Fitriana, Fitriani, Nofri Yanti Nasution. 2025. "Hubungan Status Hipertensi Dan Kadar Hemoglobindengan Kejadian Prematur Pada Ibu Melahirkan Di Royal Maternity General Hospital Tahun 2024."

- Nurhajimah, Erin Padilla Siregar, Sri Rezeki, Amelia Erawaty Siregar. 2024. “Perbandingan Kadar Haemoglobin Pada Ibu Hamil Trimester I, II, III Dalam Rangka Mengidentifikasi Kejadian Anemia Puskesmas Gebang Kabupaten Langkat Provinsi Sumatera Utara Tahun 2024.”
- Prawitasari, S. 2021. Clinical Decision Making Series: Obstetri Ginekologi.
- Pusparini, Widowati. 2025. “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ancaman Partus Prematurus.” 9(7): 1782–90.
- Rahma Fauziyah, S.S.T.M.P.H., S.S.T.M.K. Titiek Idayanti, and Widya Anggraeni. 2024. Manfaat Air Rebusan Jahe Merah Dalam Mempercepat Penyembuhan Luka Laserasi Perineum Pada Ibu Nifas.
- Rahmah, S, A Malia, and D Maritalia. 2022. Asuhan Kebidanan Kehamilan.
- Ratih Subekti¹, Lia Aria Ratmawati². 2024. “Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Preterm.”
- Riska Hediya Putri, dkk. 2025a. Penyulit Persalinan Dalam Perspektif Keperawatan Maternitas.
<https://books.google.co.id/books?id=IpVIEQAAQBAJ>.
- . 2025b. Persalinan Berisiko: Penanganan Tepat Kehidupan Lebih Sehat. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=-uxGEQAAQBAJ>.
- Rismayanti, Erida et al. 2023. “Evidance Midwifery Journal.”
- Ropitasari, S.K.B.M.K. et al. 2024. Pengantar Ilmu Kebidanan. CV Rey Media

- Grafika. https://books.google.co.id/books?id=_lFAEQAAQBAJ.
- Rosyidah, Ifa Nur, Apri Arisandi, and Akhmad Farid. 2021. "Jurnal Sakti Bidadari." <http://www.journal.uim.ac.id/index.php/bidadari/article/view/1178>.
- Ruhayati, R et al. 2024. Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir. TOHAR MEDIA. <https://books.google.co.id/books?id=g100EQAAQBAJ>.
- Sari, W.I.P.E. 2022. Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=rHZbEAAAQBAJ>.
- Theophany Margareta Kurniawan, Pratiwi Anggraini, Meilisva Audila Anggraini. 2023. "Diagnosis and Management of Fetal Growth Restriction." *Jurnal Biologi Tropis*.
- Vitania, W et al. 2024. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Dan BBL <https://books.google.co.id/books?id=AMc7EQAAQBAJ>.
- Wahyuni, I, and D S Aditia. 2023. Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Untuk Mahasiswa Kebidanan: Disertai Dengan Evidence Based Pelayanan Kebidanan. <https://books.google.co.id/books?id=WDLZEAAAQBAJ>.
- Winda Maulinasari Nasution, S.S.T.M.K.M. 2024. Asuhan Persalinan Normal. umsu press. <https://books.google.co.id/books?id=Qq8KEQAAQBAJ>.
- Wulandari, T. 2021. Modul Farmakologi Kebidanan. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=FG1XEAAAQBAJ>.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Siti Rakhel Sintia Puri

Tempat tanggal lahir : Bandung, 15 september 2003

Jenis kelamin : Perempuan

Nama Ayah : Eka Supriadi Sallat

Nama Ibu : Elis

Alamat : Jl. Raya kaca-kaca Cicalengka

Riwayat pendidikan :

1. TK Al-Hayat
2. SDN 12 Cicalengka
3. SMP FK Bina Muda Cicalengka
4. SMAN 1 Cicalengka (Chexo)