

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. J USIA 23 TAHUN
G1P0A0 GRAVIDA 36 MINGGU OLIGOHDDRAMNION
DENGAN PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD
dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

**INTAN KANIA DEWI
KHGB22007**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEBIDANAN
2025**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (AMd.Keb), baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publikasikan 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 ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima 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, Mei 2025

Yang membuat pernyataan

(INTAN KANIA DEWI)
KHGB22007

**LEMBAR PERSETUJUAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. J USIA 23
TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 36 MINGGU
OLIGOHDAMNION DENGAN PREMATUR KONTRAKSI
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**
NAMA : INTAN KANIA DEWI
NIM : KHGB22007

Laporan Tugas Akhir ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan
Tim Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2025
Menyetujui,

Pembimbing



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

**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. J USIA 23
TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 36 MINGGU
OLIGOHIDRAMNION DENGAN PREMATUR KONTRAKSI
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**
NAMA : INTAN KANIA DEWI
NIM : KHGB22007

Laporan Tugas Akhir ini Telah Disidangkan Dihadapan
Tim Pembimbing Dan Tim Penela'ah Program D3 Kebidanan
STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2025
Mengesahkan,

Pembimbing

(Hj.Esa Risi Suazini,AM.Keb.,MKM)

Penela'ah I

(Bdn. Desy Syswianti, SST.,M.Kes)

Penela'ah II

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

Mengesahkan,
Ketua Program Studi D3 Kebidanan

(Lina Humaeroh, SST.,M.Kes)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny. J Umur 23 Tahun G1P0A0 Gravida 37 Minggu dengan Oligohidramnion di RSUD dr. Slamet Garut”. Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan, dan saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes. selaku Ketua prodi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut dan penguji yang telah menguji dan membimbing penyusunan laporan tugas akhir ini.
4. Hj.Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.K.M Selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan saran sehingga laporan tugas akhir ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
5. Bdn.Desy Syswianti, SST., M.Kes selaku penguji 1 sidang yang telah menguji dan membimbing penyusunan laporan tugas akhir ini.
6. Bilqis Ar-Rohman, M.Tr.keb selaku penguji II sidang yang telah menguji dan membimbing penyusunan laporan tugas akhir ini.
7. Seluruh dosen, staf pengajar, dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
8. Kepada kedua orang tua tercinta ayahanda Oin Sukmawan dan ibunda Sri Dewi yang selalu memberikan dukungan tanpa henti, terimakasih atas dorongan doa, nasihat dan pengorbanan kepada penulis sampai

terselesaikannya penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

9. Kepada Pindra Oktariando Terimakasih telah memeberikan saya motivasi,semangat,harapan, dan kekuatan berkat anda saya bisa memberikan kekuatan kepada diri saya sendiri di saat-saat sulit seperti sekarang ini.
10. Kepada diri saya sendiri Intan Kania Dewi Terimakasih sudah bertahan sejauh ini,apresiasi sebesar-besarnya karena telah bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai,terimakasih karena terus berusaha dan tidak menyerah serta senantiasa menikmati setiap prosesnya yang sangat tidak mudah ini,terimakasih tetap memilih berusaha dan merayakan dirimu sendiri di titik ini walau sering kali merasa putus asa atas apa yang selalu diusahakan belum berhasil,namun terimakasih tetap jadi manusia yang selalu berusaha dan tidak lelah mencoba,terimakasih karena memutuskan untuk tidak menyerah sesulit apapun proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Ny. J yang telah bersedia bekerja sama dan bersilaturahmi dengan penulis.
12. Rekan – rekan mahasiswi Program Studi Diploma Tiga Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Tak terhitung dan tak ternilai dengan angka perjalanan yang telah ditempuh bersama begitu banyak ilmu dan pengalaman yang penulis dapatkan dari hari demi waktu yang dilalui.
13. Semua pihak yang telah membantu baik moril maupun materil yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu

Mudah – mudahan segala kebaikan dan bantuan yang Ikhlas yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT. Akhirnya, penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin ya robbal’alamin.

Garut, Mei 2025

INTAN KANIA DEWI
KHGB22007

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Pengkajian	4
1.4 Manfaat Pengkajian	5
1.5 Waktu dan Tempat Penelitian.....	6
1.6 Mode pengumpulan data.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	
2.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	7
2.1.1 Definisi kehamilan	7
2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan.....	7
2.1.3 Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III	8
2.2 Oligohidramnion	9
2.2.1 Pengertian	9
2.2.2 Etiologi	10
2.2.3 Patofisiologi	10
2.2.4 Diagnosis	11
2.2.5 Tanda dan Gejala.....	12
2.2.6 Komplikasi	12
2.2.7 Penatalaksanaan	16
2.3 Peran Bidan.....	16

2.4 Kewenangan Bidan	17
2.5 Prematur Kontraksi	17
2.5.1 Definisi	17
2.5.2 Etiologi	17
2.5.3 Tanda dan Gejala	18
2.5.4 Diagnosis	18
2.5.5 Dampak	18
2.5.6 Penatalaksanaan	19
BAB III TINJAUAN KASUS	
BAB IV PEMBAHASAN.....	
BAB V PENUTUP	
DAFTAR PUSTAKA	48
LAMPIRAN.....	50
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	56

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Catatan Perkembangan	29
Tabel 3.2 Telusuran Evidence Based Learning (Matrix)	37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Partograf	50
Lampiran 2 : SOP persalinan Preterm.....	52

DAFTAR SINGKATAN

AFI	: Amniotic Fluid Index
AKB	: Angka Kesehatan Bayi
AKI	: Angka Kesehatan Ibu
BAB	: Buang air besar
BAK	: Buang air kecil
DJJ	: Denyut jantung janin
FOGI	: Forum Obstetri Ginekologi Indonesia
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
IMT	: Indeks masa tubuh
IRT	: Ibu rumah tangga
KIE	: Komunikasi informasi edukasi
N	: Nadi
NST	: Non Stress Test
PAP	: Pintu Atas Panggul
PJT	: Perkembangan janin terhambat
R	: Respirasi
S	: Suhu
T	: Tekanan darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Taksiran persalinan

TT : Tetanus toksoid
TTV : Tanda-Tanda vital
UK : Usia kehamilan
USG : Ultrasonography
WHO : Word Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamila sebuah karunia yang sangat diharapkan oleh banyak perempuan sebagai calon ibu. Kehamilan terjadi saat sel telur yang telah matang berhasil dibuahi oleh sel sperma, kemudian berkembang menjadi janin di dalam rahim. Proses perkembangan janin ini berlangsung selama sekitar sembilan bulan.

Selama periode kehamilan, tubuh perempuan mengalami berbagai perubahan, baik secara fisik maupun emosional. Beberapa tanda umum yang muncul di awal kehamilan antara lain tidak mengalami menstruasi, merasakan mual di pagi hari, mudah merasa lelah, serta perubahan bentuk tubuh, terutama pada perut yang semakin membesar seiring pertumbuhan janin. Meskipun masa kehamilan sering kali penuh tantangan, momen ini juga membawa kebahagiaan tersendiri. Di akhir proses kehamilan, seorang bayi akan lahir dan menjadi bagian baru dalam keluarga, menghadirkan kebahagiaan dan harapan bagi orang tua dan orang-orang terdekat.. Kehamilan dapat menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Sekarang ini secara umum telah diterima bahwa setiap saat kehamilan membawa risiko bagi ibu. *World Health organization* memperkirakan bahwa sekitar 15% dari seluruh wanita yang hamil akan berkembang menjadi komplikasi yang berkaitan dengan kehamilannya serta dapat mengancam jiwanya (Damayanti, 2019).

Adapun Tanda bahaya dalam kehamilan perlu dikenali dan dideteksi sejak awal agar bisa ditangani secara tepat, karena setiap tanda tersebut berpotensi

menimbulkan komplikasi kehamilan salah satunya adalah oligohidramnion.

Oligohidramnion, menurut FOGI (Forum Obstetri Ginekologi Indonesia), adalah kondisi di mana volume cairan ketuban pada ibu hamil berada di bawah normal. Cairan ketuban kurang dari 500 cc atau Amniotic Fluid Index (AFI) kurang dari 5 cm atau 7 mm merupakan indikasi oligohidramnion. Oligohidramnion dapat menyebabkan komplikasi seperti persalinan prematur, masalah pertumbuhan janin, dan peningkatan risiko gawat janin (Departemen kesehatan RI, 2024).

Menurut *American Pregnancy Association*, sekitar 8% wanita hamil mungkin memiliki kadar cairan ketuban rendah, dengan sekitar 4% didiagnosis dengan oligohidramnion. Kondisi ini dapat terjadi kapan saja selama kehamilan, tetapi paling umum terjadi pada trimester terakhir. Jika seorang wanita melewati tanggal perkiraan lahirnya selama dua minggu atau lebih, ia mungkin berisiko mengalami kadar cairan ketuban rendah karena cairan dapat berkurang setengahnya setelah mencapai usia kehamilan 42 minggu. Oligohidramnion dapat menyebabkan komplikasi pada sekitar 12% kehamilan yang melewati usia kehamilan 41 minggu.

Kasus oligohidramnion merupakan kejadian yang cukup sering maka dapat menjadi indikasi adanya masalah kesehatan yang lebih mendasar dan dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan, seperti persalinan prematur, gangguan pertumbuhan janin, bahkan kematian janin. Sehingga penting dilakukan pemahaman faktor risiko, tata laksana, untuk menurunkan jumlah angka kematian

ibu di dunia.

Menurut *World Health Organization* (WHO) angka kematian ibu sangat tinggi. Sekitar 260.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2023. Sekitar 92% dari semua kematian ibu terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah pada tahun 2023, dan sebagian besar sebenarnya dapat dicegah. Tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi disebabkan oleh beberapa faktor, seperti perdarahan hebat (kebanyakan berdarah setelah persalinan) sebanyak 30,3%, infeksi (biasanya setelah persalinan) sebanyak 7,3%, komplikasi dari persalinan pre eklamsia (27,1%), aborsi tidak aman (4,2%) dan komplikasi lainnya salah satunya adalah oligohidramnion sebanyak (40,8%) (WHO, 2021).

Di Indonesia pada tahun 2023, mencapai 4.129 jiwa dilihat dari penyebabnya, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2023 disebabkan oleh hipertensi 412 kasus, perdarahan obstetrik 360 kasus, dan 204 komplikasi obstetrik lain termasuk kasus oligohidramnion. Berdasarkan hasil Survey Kesehatan Demografi Indonesia (SDKI) tahun 2023 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu 359 per 1000.000 kelahiran hidup. Selain itu AKI di Provinsi Jawa Barat tahun 2023 tercatat sebanyak 147/1000 kelahiran hidup dengan target penurunan AKI 80-84% dari 1000 kelahiran hidup sedangkan AKB di Jawa Barat tahun 2023 tercatat sebesar 13,56/1.000 kelahiran hidup menurun signifikan dari 26 per 1.000 (al, 2023).

Dampak terjadinya oligohidramnion adalah pada ibu hamil dapat meningkatkan kasus persalinan dengan induksi persalinan dan persalinan secsio sesarea sehingga menimbulkan komplikasi ibu yang dapat berupa perdarahan, infeksi, dan perlukaan jalan lahir. Sedangkan komplikasi pada janin dapat

menyebabkan tekanan langsung terhadap janin sehingga menyebabkan deformitas janin, kompresi tali pusat sehingga dapat terjadi fetal distress yang berdampak pada kematian janin intrauterine (irfani, 2021).

Pencegahan Oligohidramnion minum air putih yang cukup setiap hari untuk menjaga hidrasi tubuh., Mengonsumsi makanan bernutrisi yang dapat mendukung kesehatan ibu dan janin. Menghindari kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol yang dapat memengaruhi perkembangan janin. Melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin untuk mendeteksi kemungkinan adanya komplikasi sejak dini (Keilma, 2023).

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dalam menurunkan AKI, oleh karena itu bidan harus mampu mendeteksi dini kegawatdaruratan obstetrik terutama tanda dan gejala ibu hamil dengan oligohidramnion. Peran bidan dalam menangani kasus oligohidramnion (volume cairan ketuban berkurang) tentang Kebidanan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, termasuk pemantauan volume cairan ketuban (Permenkes, 2017).

Berdasarkan uraian diatas penulis Menyusun Laporan Tugas Akhir dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL NY. J USIA 23 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 36 MINGGU OLIGOHDAMNION DENGAN PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT”**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam asuhan

kebidanan ini adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny. J Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 36 Minggu Oligohidramnion dengan Prematur Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Pengkajian

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. J Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 36 Minggu Oligohidramnion dengan Prematur Kontraksi di RSUD. dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melaksanakan pengkajian data subjektif pada Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. J Usia 23 Tahun G1P1A0 Gravida 36 Minggu Oligohidramnion dengan Prematur Kontraksi di RSUD. dr. Slamet Garut.
- 2) Melaksanakan pengkajian data objektif Pada Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. J Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 36 Minggu Oligohidramnion dengan Prematur Kontraksi di RSUD. dr. Slamet Garut.
- 3) Menetapkan Analisa pada Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. J Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 36 Minggu Oligohidramnion dengan Prematur Kontraksi di RSUD. dr. Slamet Garut.
- 4) Melaksanakan pelaksanaan pada Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. J Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 36 Minggu Oligohidramnion dengan Prematur Kontraksi di RSUD. dr. Slamet Garut.
- 5) Melaksanakan pendokumentasian pada seluruh dalam bentuk catatan SOAP pada Ny. J usia 23 tahun G1P0A0 Oligohidramnion dengan

Prematur Kontraksi di RSUD. dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat Pengkajian

1.4.1 Bagi Penulis

Dengan melakukan Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny. J Usia 23 Tahun G1P0A0 Gravida 36 Minggu Oligohidramnion dengan Prematur Kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut, diharapkan dapat menambah pengetahuan, meningkatkan keterampilan, dan kemampuan penulis serta sebagai pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan kebidanan dengan Prematur Kontraksi dan Oligohidramnion.

1.4.2 Bagi Lahan Praktik

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak dipelayanan kesehatan terutama bagi bidan dalam rangka meningkatkan kualitas dalam melaksanakan asuhan kebidanan Oligohidramnion dengan Prematur Kontraksi.

1.4.3 Bagi Institusi

Diharapkan hasilnya dapat digunakan sebagai bahan kajian informasi untuk pendidikan serta mendapatkan referensi yang dapat dijadikan bahan acuan bagi mahasiswi kebidanan dalam melaksanakan asuhan kebidanan Oligohidramnion dengan Prematur Kontraksi.

1.5 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu asuhan pada tanggal 19-20 Maret 2025 tempat melakukannya pengkajian Laporan Tugas Akhir yaitu diruang Ponek, VK RSUD dr. Slamet Garut.

1.6 Metode pengumpulan data

DATA PRIMER DAN SEKUNDER

1) Metode Kajian Pustaka

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis menggunakan media kajian Pustaka dengan cara mencari materi pada buku – buku pedoman.

2) Wawancara

Yaitu untuk mendapatkan data subjektif dan objektif dari klien

3) Observasi

Yaitu dengan observasi dalam melakukan asuhan kebidanan langsung kepada klien guna memperoleh data objektif.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan sebuah proses yang mengagumkan terjadi di dalam rahim seorang wanita selama 40 minggu sejak hari pertama haid terakhir. proses kehamilan dimulai dengan fertilisasi dan berlanjut dengan nidasi atau penanaman embrio di dalam rahim, lalu berkembang hingga janin tersebut siap untuk dilahirkan (Kasmiati et al., 2023).

Kehamilan adalah suatu proses alami yang melibatkan perubahan fisiologis maupun psikologis pada ibu hamil. Selama masa kehamilan, terjadi perubahan pada beberapa sistem tubuh, beberapa diantaranya meliputi sistem kardiovaskular, pernapasan, hormonal, gastrointestinal, dan muskuloskeletal. Perubahan yang terjadi pada sistem muskuloskeletal selama kehamilan mencakup perubahan bentuk tubuh dan peningkatan berat badan secara bertahap mulai dari trimester 1 hingga trimester 3, biasanya perubahan ini menyebabkan ketidaknyamanan yang sering dialami oleh ibu hamil yakni nyeri punggung (Mardiyana, 2023).

2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan pertemuan sel ovum dan sel sperma di dalam uterus tepatnya di tuba fallopi. Setelah itu terjadi proses konsepsi dan terjadi nidasi, kemudian terjadi implantasi pada dinding uterus,

tepatnya pada lapisan. endometrium yang terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah konsepsi (Kapitan, 2022). Kehamilan juga dapat dikatakan terjadi setelah berkumpulnya sel sperma dan sel telur (ovum), berkembang dan terbentuk di dalam rahim selama 259 hari atau 37 minggu hingga 42 minggu. Selama masa kehamilan ini, wanita akan mengalami beberapa perubahan, baik secara fisik maupun mental (Anggeriani, 2018).

2.1.3 Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek dan tidak menarik
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan dan kekhawatiran akan keselamatannya. Kecemasan pada ibu hamil memicu terjadinya rangsangan kontraksi rahim. Akibat dari kondisi tersebut dapat meningkatkan tekanan darah sehingga mampu memicu terjadinya preeklampsia dan keguguran, kelahiran Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan bayi prematur juga merupakan dampak negatif dari kecemasan ibu hamil (Novriani, 2017).
- 4) .Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayi.
- 5) Khawatir bayi akan dilahirkan.dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang menceminkan perhatian dan kekhawatirannya
- 6) Semakin ingin menyudahi kehamilannya.
- 7) Aktif mempersiapkan kelahiran bayinya.
- 8) Bermimpi dan berkhayal tentan bayinya.
- 9) Perubahan emosional.

2.2 Oligohidramnion

2.2.1 Pengertian

Oligohidramnion didefinisikan sebagai suatu kondisi kekurangan cairan ketuban dimana, air ketuban kurang dari normal yaitu 500 ml dan indeks cairan ketuban normal adalah 5-25 cm, (Iskandar dan Aiman K, 2023). Oligohidramnion adalah air ketuban yang kurang dari 500 cc (Siantar & Rostianingsih, 2022). Oligohidramnion merupakan air amnion sedikit, <500 cc. Umumnya kental, keruh, berwarna kuning kehijauan (Megasari AL, 2022).

Menurut (Lumentut & Tendean, 2019). cairan ketuban merupakan prediktor janin terhadap persalinan, apabila menurun berkaitan dengan peningkatan risiko dari denyut jantung janin dan mekonium. Air ketuban berada dalam kantung ketuban, mempunyai berbagai fungsi yaitu memungkinkan janin untuk bergerak bebas dan perkembangan musculoskeletal, memelihara janin dalam lingkungan suhu yang relatif stabil, dan sebagai bantalan melindungi janin. Ketuban yang sedikit menyebabkan bayi tidak memiliki bantalan pada dinding rahim, karena ruang yang sempit pada rahim menyebabkan ruang gerak menjadi abnormal, selain itu menyebabkan terhentinya perkembangan paru - paru. Oleh karena itu, meningkatnya komplikasi intrapartum maka angka kejadian sectio caesarea meningkat. Gambaran klinis yang umum tinggi fundus uteri lebih kecil dari usia kehamilan, ibu merasa nyeri perut pada setiap pergerakan janin, DJJ sudah terdengar pada bulan kelima, ketika his ibu merasakan sakit yang lebih (Lumentut A, 2019).

2.2.2 Etiologi

Penyebab pasti terjadinya oligohidramnion menurut (Eny Rahmawati 2018).masih belum diketahui. Beberapa keadaan berhubungan dengan oligohidramnion hampir selalu berhubungan dengan obstruksi saluran traktus urinarius janin atau renal agnesis. Penyebab primer dikarenakan oleh oleh pertumbuhan amnion kurang baik. Penyebab sekunder misalnya pada ketuban pecah dini (*premature rupture of the membrane*)

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion adalah:

- 1) Kelainan kongenital.
- 2) PJT (Pertumbuhan Janin Terhambat)
- 3) Ketuban Pecah Dini.
- 4) Kehamilan Postterm.
- 5) Insufisiensi plasenta.
- 6) Obat - obatan (misalnya dari golongan antiprostaglandin).

2.2.3 Patofisiologi

Pecahnya membran adalah penyebab paling umum dari oligohidramnion. Namun, tidak adanya produksi urine janin atau penyumbatan pada saluran kemih janin dapat juga menyebabkan oligohidramnion. Janin yang menelan cairan amnion, yang terjadi secara fisiologis, juga mengurangi jumlah cairan. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion adalah kelainan kongenital, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), ketuban pecah, kehamilan postterm, insufisiensi plasenta dan obat - obatan (misalnya dari golongan antiprostaglandin). Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan

oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih dan kelainan kromosom.

2.2.4 Diagnosis

Untuk mengetahui oligohidramnion dengan jelas dapat dilakukan tindakan “Amnioskopi” dengan alat khusus amnioskopi.

Indikasi amnioskopi:

- 1) Usia kehamilan sudah diatas 37 minggu
- 2) Terdapat preeklamsia berat atau eklampsia
- 3) Bad obstetric history
- 4) Terdapat kemungkinan IUGR
- 5) Kelainan ginjal
- 6) Kehamilan postdate Hasil yang diharapkan:
 - 1) Kekeruhan air ketuban
 - 2) Pewarnaan dengan meconium
 - 3) Terjadi persalinan premature
 - 4) Ketuban pecah menimbulkan persalinan premature
 - 5) Terjadi perdarahan kanalis servikalis
 - 6) Terjadi infeksi asendens

Teknis diagnosis oligohidramnion dapat mempergunakan Ultrasonografi yang dapat menentukan:

- 1) *Amniotic Fluid Index (AFI)* kurang dari 5 cm.
- 2) AFI kurang dari 3 cm disebut *Moderate Oligohidramnion*
- 3) AFI kurang dari 2-1c, disebut *Severe Oligohidramnion*

2.2.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala oligohidramion menurut (siantar, 2022) yaitu:

- 1) Uterus lebih kecil dari usia kehamilan.
- 2) Tidak ada ballotement.
- 3) Ibu merasa nyeri diperut pada setiap pergerakan janin.
- 4) Janin dapat diraba dengan mudah.
- 5) Denyut janin terdengar lebih jelas (siantar, 2022).

2.2.6 Komplikasi

Oligohidramion yang terjadi dipertengahan masa kehamilan juga meningkatkan resiko abortus, kelainan prematur dan kematian bayi dalam kandungan. Jika oligohidramion terjadi dikehamilan trimester III, hal ini mungkin berhubungan dengan pertumbuhan janin janin yang kurang baik. Disaat akhir kehamilan, oligohidramion dapat mengakibatkan resiko komplikasi partus dan kelahiran, termasuk kerusakan pada plasenta memutuskan saluran oksigen kepada janin dan menyebabkan kematian fetus. Wanita yang mengalami oligohidramion lebih cenderung harus mengalami section caesarea disaat persalinannya (Megasari A.L.Rahmasari S.N, 2022).

Adapun Faktor Yang Mempengaruhi Kelaianan Kongenital Menurut (Prawiharjo, 2014) beberapa faktor yang diduga dapat memengaruhi terjadinya kelainan kongenital antara lain:

a) Kelainan genetik dan kromosom

Kelainan genetik pada ayah atau ibu kemungkinan besar akan berpengaruh atas kelainan kongenital pada anaknya. Kelainan-kelainan ini ada yang mengikuti hukum Mendel tetapi dapat pula diwarisi oleh bayi yang

bersangkutan sebagai unsur dominan (dominant traits) atau kadang-kadang sebagai unsur resesif.

b) Faktor mekanik

Tekanan mekanik pada janin selama kehidupan intrauterin dapat menyebabkan kelainan bentuk organ tubuh hingga menimbulkan deformitas organ tersebut. Faktor predisposisi dalam pertumbuhan organ itu sendiri akan mempermudah terjadinya deformitas suatu organ. Sebagai contoh deformitas organ tubuh ialah kelainan talipes pada kaki seperti talipes varus, talipes valgus, talipes equinus dan talipes equinovarus (*club foot*).

c) Faktor infeksi

Infeksi yang dapat menimbulkan kelainan kongenital ialah infeksi yang terjadi pada periode organogenesis yakni dalam trimester pertama kehamilan. Adanya infeksi tertentu dalam periode organogenesis ini dapat menimbulkan gangguan dalam pertumbuhan suatu organ tubuh. Infeksi pada trimester pertama di samping dapat menimbulkan kelainan kongenital dapat pula meningkatkan kemungkinan terjadinya abortus. Sebagai contoh infeksi *virus Toxoplasmosis Other Viruses Rubella Cytomegalovirus Herpes Simpleks* (TORCH). Ibu yang menderita infeksi toksoplasmosis berisiko 12% pada usia kehamilan 6-17 minggu dan 60% pada usia kehamilan 17-18 minggu Menurut (Karin 2018) jika sistem kekebalan tubuh ibu baik biasanya tidak menimbulkan gejala yang jelas. Pada umumnya gejala yang timbul seperti sakit kepala, nyeri otot, demam dan cepat lelah.

d) Faktor Obat

Beberapa jenis obat tertentu yang diminum wanita hamil pada trimester pertama kehamilan diduga sangat erat hubungannya dengan terjadinya kelainan kongenital pada bayinya. Salah satu jenis obat yang telah diketahui dapat menimbulkan kelainan kongenital ialah thalidomide yang dapat mengakibatkan terjadinya fokomelia atau mikromelia. Beberapa jenis jamu-jamuan yang diminum wanita hamil muda dengan tujuan yang kurang baik diduga erat pula hubungannya dengan terjadinya kelainan kongenital, walaupun hal ini secara laboratorik belum banyak diketahui secara pasti.

e) Faktor ibu

Usia ibu yang makin tua lebih dari 35 tahun dalam waktu hamil dapat meningkatkan risiko terjadinya kelainan kongenital pada bayinya. Contohnya yaitu bayi sindrom down lebih sering ditemukan pada bayi-bayi yang dilahirkan oleh ibu yang mendekati masa menopause. Beberapa faktor ibu yang dapat menyebabkan deformasi adalah primigravida, panggul sempit, abnormalitas uterus seperti uterus bikornus dan kehamilan kembar. Selain itu faktor hormonal, faktor radiasi, faktor gizi bisa juga mempengaruhi terjadinya kelaian kongenital.

f) Faktor gizi ibu selama hamil

Kelainan bawaan yang ditemukan di negara berkembang terjadi pada bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan gizi buruk selama hamil. Ibu dengan kondisi tersebut biasanya kekurangan asupan nutrisi penting yang berperan dalam menunjang pembentukan organ tubuh janin dalam kandungan. Adapun nutrisi yang penting untuk ibu hamil dan janin tersebut meliputi

asam folat, protein, zat besi, kalsium, vitamin A, yodium, dan omega-3. Selain gizi buruk, ibu yang mengalami obesitas saat hamil juga memiliki risiko cukup tinggi untuk melahirkan bayi dengan kelainan kongenital (Prawiharjo, 2014).

Hubungan Kasus Oligohidramnion Dengan Kelainan Sindrom Treacher Collins menurut (Wojcicki, 2021). Jika oligohidramion terjadi dikehamilan trimester III, hal ini mungkin berhubungan dengan pertumbuhan janin janin yang kurang baik. Seperti kasus bayi dengan sindrom Treacher Collins. Sindrom Treacher Collins adalah kelompok kondisi bawaan yang sangat langka yang memengaruhi ukuran, bentuk, dan posisi telinga, mata, tulang pipi, dan rahang anak. Sindrom ini dapat menyebabkan satu atau beberapa kondisi yang memengaruhi kemampuan anak untuk menyusui atau memberi susu botol, bernapas dengan mudah, atau mendengar.

Nama lain untuk sindrom Treacher Collins adalah disostosis mandibulofasial. Gejalanya memiliki karakteristik wajah yang khas seperti kelopak mata miring ke bawah, tulang pipi kecil dan pipih, rahang bawah kecil, telinga kecil atau bentuknya berbeda, kelopak mata berlekuk. Komplikasinya diantaranya kehilangan pendengaran akibat menyempitnya liang telinga atau hilang, kesulitan bernafas akibat struktur wajah yang belum berkembang, sumbing langit-langit.

2.2.7 Penatalaksanaan

Penanganan oligohidramion pada situasi klinik dan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang lebih lengkap mengingat prognosis janin yang tidak baik.

Kompresi tali pusat selama proses persalinan biasa terjadi pada oligohidramion, oleh karena itu persalinan dengan sectio caesarea merupakan pilihan terbaik pada kasus oligohidramion, penatalaksanaan pada ibu dengan oligohidramion yaitu:

- 1) Tirah baring.
- 2) Hidrasi dengan kecukupan cairan.
- 3) Perbaiki nutrisi.
- 4) Pemantauan kesejahteraan janin.
- 5) Pemeriksaan USG yang umum dari volumecairan amnion. (bunga & Siantar, 2022).

2.3 Peran Bidan

Peran bidan dalam menangani kasus oligohidramnion (volume cairan ketuban berkurang) diatur dalam Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, termasuk pemantauan volume cairan ketuban, Begitupun Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang pelayanan kesehatan dan masa kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Pelayanan Kontrasepsi.

Pada kasus ini bidan memiliki kewenangan untuk melakukan pemeriksaan awal untuk menilai adanya terjadi komplikasi pada ibu serta melakukan edukasi untuk ibu melakukan pemeriksaan secara rutin dan menetap tidak berpindah pindah agar dapat terdeteksi sejak dini.

2.4 Kewenangan Bidan

Dalam Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang Ijin Penyelenggaraan Praktik Bidan, bidan memiliki peran penting dalam memberikan asuhan kebidanan, termasuk dalam kasus persalinan prematur. Bidan juga diharapkan untuk bekerja sama dengan tim medis lainnya untuk memberikan perawatan yang komprehensif.

2.5 Prematur Kontraksi

2.5.1 Definisi

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

2.5.2 Etiologi

Penyebab dari prematur kontraksi diketahui belum jelas, namun biasanya karena faktor stress, ekonomi, pendidikan rendah, aktivitas yang berat, dan kelelahan (Mardyaningsih, 2018).

2.5.3 Tanda dan Gejala

Prematur kontraksi ditandai dengan kontraksi dini yang intens di waktu belum cukup bulan namun diiringi dengan pembukaan serviks, kram seperti datang bulan, nyeri pinggang bagian bawah, keputihan, dan ada tekanan panggul kebagian bawah (Lestari, 2021).

2.5.4 Diagnosis

Akurasi diagnosis persalinan preterm dapat ditingkatkan dengan penggunaan pemeriksaan panjang serviks dengan menggunakan ultrasonografi transvaginal. Apabila dilakukan dengan tepat, pasien dengan panjang serviks lebih dari 30 mm mengindikasikan tidak akan terjadinya persalinan preterm meskipun pasien dengan gejala kontraksi. Pada pasien dengan gejala kontraksi dan pada pemeriksaan ultrasonografi transvaginal didapatkan panjang serviks <20 mm dapat menegaskan diagnosis persalinan preterm (Buku Panduan Persalinan Preterm, Cetakan ke-1 2019).

2.5.5 Dampak

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

2.5.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang tepat agar kontraksi berhenti dan tidak terjadi persalinan prematur ialah kombinasi antara hidrasi, monitor aktivitas uterus, evaluasi perubahan serviks, pemberian tokolitik, bedrest, pematangan paru dengan kortikosteroid serta pencegahan infeksi (Saifuddin). Adapun beberapa faktor persalinan yang tidak dapat dihambat yaitu kondisi dimana, selaput ketuban pecah, pembukaan serviks lebih dari 4 cm, usia kehamilan dengan tafsiran berat janin >2000 gram dan kehamilan > 34 minggu. Ada 2 prinsip penatalaksanaan

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

- 1) Tirah baring Kepentingan istirahat sebenarnya disesuaikan dengan kebutuhan ibu, namun secara statistik tidak terbukti dapat mengurangi kejadian persalinan prematur.
- 2) Teknik Relaksasi Nyeri persalinan dapat dikendalikan dengan 2 metode yaitu farmakologis dan nonfarmakologis. Metode penghilang rasa nyeri secara farmakologis adalah metode penghilang rasa nyeri dengan menggunakan obat-obat kimiawi, sedangkan metode non farmakologis adalah metode penghilang rasa nyeri secara alami tanpa menggunakan obat-obat kimiawi caranya dengan melakukan teknik relaksasi, yang merupakan tindakan eksternal yang mempengaruhi respon internal individu terhadap nyeri. Manajemen nyeri dengan tindakan relaksasi (HamdiahAhmar,2021).
- 3) Hidrasi dan sedasi Hidrasi oral maupun intravena sering dilakukan untuk mencegah persalinan preterm, karena sering terjadi hipovolemik pada ibu dengan kontraksi premature, walaupun mekanisme biologisnya belum jelas.Preparat morfin dapat digunakan untuk mendapatkan efek sedasi.
- 4) Pemberian Tokolitik Adapun tokolitik yang digunakan pada kasus dengan persalinan premature adalah :
 - a) Nifedipine

Nifedipine adalah antagonis kalsium yang diberikan per oral dengan dosis

inisial 20 mg dilanjutkan 10 - 20 mg, 3 -4 x sehari, disesuaikan dengan aktivitas uterus sampai 48 jam. Dosis maksimal 60mg/ hari, komplikasi yang dapat terjadi adalah sakit kepala dan hipotensi. Cara pemberian nifedipine 10 mg/oral diulang 2-3x I jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang, keberhasilan nifedipine dalam mencegah persalinan premature dan menghilangkan kontraksi dimana efektivitas nifedipine dalam waktu 2x24 jam tanpa kontraksi adalah sebesar 74, 28 % hal ini disesuaikan dengan penelitian (Suhartina, 2017).

b) MgSO₄

Magnesium sulfat dipakai sebagai tokolitik yang diberikan secara parenteral dengan dosis awal Loading dose 4 gram MgSO₄ (10 cc MgSO: 40%) dilarutkan kedalam 100 cc ringer laktat, diberikan selama 15-20 menit. Setelah habis loading dose dilanjutkan dengan dosis rumatan 8 gr dilarutkan dalam 500 cc RL. Tetesan 20 gtt/menit selama 4 jam (Standar Prosedur Operasional RSUD dr. Slamet Garut, 2023).

5) Pemberian Kortikosteroid

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

Tanggal Pengkajian : Rabu 19-03-2025

Waktu Pengkajian : 12.10 WIB

Nama Pengkaji : Intan Kania

Tempat Pengkaji : Ruang Ponek

3.1 ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. J USIA 23 TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 37 MINGGU OLIGOHDIDRAMNION DENGAN PREMATUR KONTRAKSI DI RSUD dr. SLAMET GARUT

A. DATA SUBJEKTIF

1) Identitas

Nama Ibu : Ny. J	Nama Suami : Th. A
Usia: 23 Tahun	Umur : 26 Tahun
Suku: Sunda	Suku : Sunda
Agama: Islam	Agama : Islam
Pendidikan: SMA	Pendidikan : SMK
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Karyawan
Alamat :	Kp.Panyosogan 3/6 DS.Wanakerta Cibatu Garut.

2) Alasan Datang

Pada tanggal 19 Maret 2025 ibu datang ke ruang ponok RSUD dr.Slamet Garut atas rujukan dr.H.Dadan SpOG atas indikasi oligohidramnion.

3) Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil 9 bulan, mengeluh mules sejak 3 hari yang lalu sebelum masuk RS terdapat pengeluaran lendir darah gerakan janin masih dirasakan sampai saat ini. Setiap pergerakan janin perutnya merasa sakit.

4) Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan menarche usia 15 tahun, lamanya 6 hari, siklus 28 hari teratur, banyaknya mengganti pembalut 2 - 3x/ hari, tidak ada keluhan saat menstruasi.

b. Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan ini kehamilannya yang pertama dan belum pernah keguguran. HPHT 08-07-2024 dan TP 15-04-2025. Pemeriksaan kehamilan teratur ke bidan sebanyak 8x,dan ke dokter spesialis kandungan 2x.Ibu sudah melakukan imunisasi TT sebanyak 2 kali, Gerakan janin pertama kali dirasakan kurang lebih usia 4 bulan, Gerakan aktif >10 kali gerak, tidak ada pengurangan Gerakan janin namun saat janin bergerak ibu merasakan sakit. Tidak ada obat – obatan yang dikonsumsi selain obat – obatan yang diberikan bidan yaitu tablet FE.

c. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini kehamilannya yang pertama dan direncanakan.

5) Riwayat Penyakit

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit berat, menular ataupun penyakit turunan sejak dahulu sampai sekarang. Begitupun dengan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit berat, menular ataupun turunan..

6) Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun, rencana kb selanjutnya menggunakan kb suntik 3 bulan.

7) Pola Kebiasaan Sehari – hari a Nutrisi

Makan 2-3 kali sehari dengan menu yang beragam dan tidak ada pantangan. Ibu minum kurang lebih 7-8 gelas per hari, jenis air putih dan kadang air teh manis, ibu mengatakan makan nasi dan sayur dalam porsi kecil, minum air putih dan teh manis sebelum pergi ke rumah sakit pada pukul 08.00 WIB.

a) Eliminasi

BAB 1x Sehari, BAK 6-8x sehari, BAB dan BAK tidak ada keluhan.

Ibu mengatakan BAB terakhir kemarin malam , dan BAK terakhir sebelum ke rumah sakit.

b) Istirahat

Tidur malam 7-8 jam tidak ada keluhan tidur, Tidur siang 1 jam.

Terakhir tidur malam tadi sebelum pergi ke rumah sakit.

c) Personal Hygiene

Mandi 2 kali sehari, keramas 2 kali sehari, ganti baju 2 kali sehari, ganti celana dalam jika merasa lembab.

d) Aktivitas

Ibu melakukan pekerjaan rumah ringan seperti menyapu, mengepel, mencuci dan kadang dibantu oleh suami.

8) Riwayat Sosial

a) Dukungan keluarga

Keluarga merasa senang dan menerima kehamilan ibu sekarang

b) Pengambilan Keputusan Oleh suami

c. Rencana Bersalin Di Bidan

B. DATA OBJEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum	: Baik
Kesadaran	: Composmentis Tanda – Tanda Vital
Tekanan darah	: 110/80 mmHg
Nadi	: 83x/ menit
Respirasi	: 21x/ menit
Suhu	: 36 c
SPO2	: 98%
Antropometri	:
BB sebelum hamil	: 49 kg

BB sekarang : 65,5 kg

Lila : 27 cm

TB : 151 cm

IMT : 21,4

2) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tidak ada benjolan. Tidak ada kelainan

Wajah : Tidak ada oedema, tidak pucat

Mata : Simetris, konjungtiva kemerahan, seklera putih

Hidung : Tidak ada secret, penciuman baik

Mulut : Bibir lembab, lidah bersih, tidak ada cairan gigi

Leher ; Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan thyroid

payudara colostrum : Putting susu menonjol, belum ada colostrum

Abdomen :

Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi

Palpasi : Pada perabaan lebih mudah meraba bagian – bagian janin. TFU lebih kecil, djj lebih jelas

TFU : 25 cm

HIS : 2x10'10"

Leopold I : Tinggi fundus uteri 25 cm. Dibagian fundus

	ibu teraba bulat lunak, tidak melenting (bokong)
Leopold II	: Dibagian kanan ibu teraba keras, memanjang dan dibagian kiri ibu teraba bagian – bagian terkecil janin (ekstremitas)
Leopold III	: Teraba keras, bulat, melenting dan kepala sudah memasuki PAP
Leopold IV	: Divergen, Penurunan kepala 3/5
Auskultasi	: DJJ 140x/menit regular
Ektremitas atas dan bawah	: -/-
Oedema	
Varises	: -/-
Reflek patella	: +/-
Genitalia	:
V/V	: Tidak ada kelainan
Portio	: Tebal lunak
Pembukaan	: 1 cm
Ketuban	: Utuh
Presentasi	: Kepala
Moulase	: 0 (Tidak ada penyusupan)
Penurunan kepala	: HI

3) Pemeriksaan Penunjang

HB : 11,9 gr/dl

Gol Darah : B
 Protein Urin : Negatif
 Glukosanurine : Negatif
 HIV/AIDS : Negatif
 Sifilis : Negatif
 HbsAg : Negatif
 USG : Dilakukan USG pada tanggal 18 Maret 2025 hasilnya <5

C. ANALISA

G1P0A0 parturient 36 minggu kala 1 fase laten dengan oligohidramnion

D. PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

- 2) Memberikan Inform consent mengenai tindakan yang akan dilakukan pada suami

Evaluasi : Suami menyetujui untuk dilakukan tindakan

- 3) Berkolaborasi dengan dr. SPOG untuk tindakan selanjutnya

Evaluasi: dr. memberikan adv untuk Rawat konservatif + NST diruang Vk

Nipedipin 3x20 mg jika mules diulang per 15 menit sampai dengan mules hilang max 160 mg, Dexamethason 2x6 gr/iv. Jam 12.20 WIB dilakukan pemasangan infus dan dc Nipedipin 20 mg masuk peroral.

- 4) Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Evaluasi : Ibu hanya minum air teh

- 5) Memindahkan pasien ke ruang bersalin (VK) untuk dilakukan tindakan lebih lanjut.

Evaluasi : Ibu sudah dipindahkan ke ruang bersalin (VK) pukul 13.30 WIB

- 6) Melakukan NST

Evaluasi : Sudah dilakukan

- 7) Pada pukul 14.00 WIB Nifedipine sudah maksimal 160 mg karena diulang per 15 menit dan masuk Dexamethason 6 gr/iv

Evaluasi : Sudah dilakukan

- 8) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : Dilakukan

Tabel 3.1 Catatan Perkembangan

Jam	TD	N	S	R	His	DJJ	PD	Therapy
14.00	110/80m mHg	86x/men it	36,5 C	20x/ m	2x10'10 "	152x/ m	Portio: tebal lunak Pemb : 1 cm	Nifedipine 20 mg Dexamethason 6 gr
15.00					2x10'10 "	141x/ m		
16.00					2x10'10 "	132x/ m		
17.00					2x10'10 "	145x/ m		
18.00	110/70m mHg	84x/m	36.2 C	22x/ m	2x10'10 "	142x/ m		
19.00					2x10'10	145x/ m		
20.00					2x10'10	142x/ m		

21.00					2x10'20	150x/ m		
22. 00	120/80m mHg	86x/men it	36,3 C	20x/ m	2x10'20 "	142x/ m		
23.00					2x10'20 "	144x/ m		
24.00					2x10'20 "	132x/ m		
01.00					2x10'20 "	148x/ m		
02.00	120/80m mHg	82x/men it	36,5 C	20x/ m	2x10'20 "	136x/ m		Dexamethason 6 gr
03.00					2x10'20 "	145x/ m		
04.00					2x10'25	147x/ m		
05.00					2x10'25	145x/ m		
06.00	110/80m mHg	87x/men it	36,6 C	21x/ m	2x10'25 "	143x/ m		
07.00					2x10'30 "	150x/ m		
08. 00	-	-	-	-	2x10'30 "	142x/ m	Portio : tebal lunak Pemb: 5 cm	
09.00					3x10'40 "	135x/ m	-	-
09.45					5x10'45 "	133x/ m	Portio : tidak teraba Pemb: 10 cm	-

Catatan Perkembangan Kala II

Hari/tanggal : Kamis, 20 Maret 2025

Pukul : 09.45 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan mules semakin kuat dan ingin mendedan

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg Nadi : 84x/ menit

Respirasi : 21x/ menit

Suhu : 36,5 c

SPO2 : 98%

HIS : 5x/10'45''

DJJ : 133X/menit

Kandung kemih : Kosong

2. Pemeriksaan dalam

V/V : Tidak ada kelainan

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : Lengkap 10 cm

Ketuban : Pecah spontan kurang lebih 300 ml mekonium

Presentasi : Kepala

Moulase : 0 (Tidak ada penyusupan)

Penurunan kepala : HIV

C. Analisa

G1P0A0 Parturient 36 minggu kala II dengan oligohidramnion.

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu bahwa ibu akan bersalin.

Evaluasi: Ibu mengerti dan ibu dalam posisi setengah duduk.

- 2) Memberitahukan cara mengedan dan menarik nafas disela-sela kontraksi.

Evaluasi: Ibu bisa mengedan dan ibu menarik nafas disela-sela kontraksi.

- 2) Memimpin mengedan, melakukan pertolongan persalinan

Evaluasi : Jam 10.05 WIB bayi lahir spontan meringis JK : Laki-laki, warna kulit kebiruan, BB: 1585 gr PB : 38 cm LK : 27 cm LD : 29 LP :25

Apgar score menit pertama 3 menit kelima 5, Pada saat penilaian selintas terdapat kelainan pada bayi

- 4) Melakukan penatalaksanaan bayi baru lahir, mengeringkan bayi dengan segera kecuali muka dan telapak tangan, dan langsung dibawa oleh petugas perinatologi

Evaluasi : Sudah dilakukan

Catatan Perkembangan Kala III pukul 10.06 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa mules

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kontraksi : Baik

Kandung Kemih : Kosong

TFU : Sepusat

Genitalia : V/V tidak ada kelainan, terdapat tanda – tanda pelepasan plasenta, perdarahan normal

C. Analisa

P1A0 Kala III

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu

Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

- 2) Mengecek janin kedua

- 3) Melakukan cek janin kedua

Evaluasi: Tidak ada janin kedua

- 4) *Inform consent* pemberian oxytocin 10 IU

Evaluasi: Ibu setuju

- 5) Menyuntikkan oxytocin 10 IU secara IM dipaha ibu

Evaluasi: Ibu bersedia disuntikan oxytocin

- 6) Melakukan PTT

Evaluasi : Plasenta lahir spontan jam 10.10

- 7) Melakukan masase uterus

Evaluasi : Uterus teraba keras

- 8) Melakukan cek plasenta

Evaluasi: Plasenta lahir lengkap

- 9) Melakukan cek laserasi

Evaluasi : Terdapat laserasi

Catatan Perkembangan Kala IV

Pukul 10.10 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa mules

B. Data Objektif

Ku : Baik

Kesadaran : Composmetis

TTV

TD : 110/80 mmhg

N : 89x/menit

R : 23x/menit

S : 36°C

Kontraksi : (+)

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kandung kemih : Kosong

Genitalia : Tampak pengeluaran darah, terdapat laserasi derajat II.

C. Analisa

P1A0 kala IV

D. Penatalaksanaan

10) Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik-baik saja.

Evaluasi: Ibu mengetahui keadaan ibu baik-baik saja.

11) Melakukan hecing dan Membersihkan dan ibu.

Evaluasi: Dilakukan dan ibu dalam keadaan bersih

- 12) Memantau tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, TFU, kontraksi uterus, perdarahan, dan kandung kemih

Evaluasi: Dilakukan.

- 4) Memberitahukan KIE tanda bahaya post partum (nifas).

Evaluasi: Ibu mengerti tanda bahaya nifas.

- 5) Memfasilitasi ibu untuk makan dan minum untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya.

Evaluasi: Ibu dan mengerti menghabiskan porsi dari menu yang disediakan.

- 6) Mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini.

Evaluasi: Ibu sudah bisa miring kiri, miring kanan, dan duduk.

- 7) Mengajarkan ibu untuk selalu membersihkan jalan lahirnya saat cebok.

Evaluasi: Ibu mengerti cara perawatan kebersihan jalan lahir.

- 8) Mengajarkan ibu cara melakukan perawatan payudara dan luka jahitan.

Evaluasi: Ibu mengerti bagaimana cara melakukan perawatan payudara.

- 9) Melakukan pendokumentasian dan melengkapi partograf

Evaluasi: Dokumentasi Terlampir

- 10) Memindahkan ibu keruang nifas

Evaluasi : Dilakukan

3.2 Telusuran Evidence Based Learning (Matrix)

Tabel 3.2 Telusuran *Evidence Based Learning* (Matrix)

No.	Masalah	Pengertian	Penyebab	Tanda / Gejala		Intervensi		Evidence Based
				Teori	Praktik	Teori	Praktik	
1	Oligohidramnion	Oligohidramnion Didefinisikan sebagai suatu Kondisi Kekurangan cairan ketuban Dimana, air ketuban kurang dari normal yaitu 500 ml dan indeks cairan	Penyebab pasti Terjadinya oligohidramnion menurut Eny Rahmawati (2018) masih belum diketahui. Beberapa Keadaan berhubungan Dengan	Tanda dan gejala oligohidramnion menurut Siantar (2022), adalah: 1) Uterus lebih kecil dari usia kehamilan. 2) Tidak ada ballotement. 3) Ibu merasa nyeri diperut pada setiap pergerakan janin. 4) Janin dapat diraba dengan mudah. 5) Denyut janin terdengar lebih jelas	Janin mudah diraba Uterus lebih kecil dari usia kehamilan merasa nyeri diperut pada setiap pergerakan janin. Denyut janin terdengar lebih jelas	Penanganan Oligohidramnion bergantung pada situasi klinik dan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang lebih lengkap mengingat prognosis janin yang tidak baik. Kompresi tali pusat Selama proses	Dalam Praktiknya Ny. J dilakukan persalinan normal pervaginam	Melakukan pemeriksaan USG

No.	Masalah	Pengertian	Penyebab	Tanda / Gejala		Intervensi		Guidance Based
				Teori	Praktik	Teori	Praktik	

		ketuban normal adalah 5 – 25 cm (Iskandar dan Aiman K, 2023).	oligohidramnion hampir selalu berhubungan dengan obstruksi saluran traktus urinarius janin atau renal agnesis. Penyebab primer dikarenakan oleh pertumbuhan amnion kurang baik. Penyebab sekunder misalnya pada ketuban pecah dini (premature rupture of the membrane).		diraba dengan mudah.	persaliann bisa terjadi pada oligohidramnion oleh karenaitu persalinan dengan section caesarea (Megasari A.L.Rahmasari S.N, 2022).merupakan pilihan terbaik pada kasus oligohidramnion (Siantar, 2022). Penatalaksanaan dengan oligohidramnion yaitu: 1. Tirah baring 2. Hidrasi 3. Perbaikan nutrisi		
--	--	---	---	--	----------------------	---	--	--

2	Prematur Kontraksi	Prematur kontraksi adalah dimana ibu hamil merasakan adanya kontraksi pada usia kehamilan minggu ke-20 sampai 37 dan dapat terjadi kelahiran prematur, prematur kontraksi juga sering disebut keadaan yang abnormal karena kontraksi uterus terjadi 2-3 kali per jam yang tidak seharusnya terjadi di usia kehamilan yang belum cukup bulan sehingga 8-10% kehamilan dapat berefek kelahiran prematur (Mardiyaningsih, 2018)	Penyebab dari prematur kontraksi diketahui belum jelas, namun biasanya karena faktor stress, ekonomi, pendidikan rendah, aktivitas yang berat, dan kelelahan (Mardiyaningsih, 2018)	Prematur kontraksi ditandai dengan kontraksi dini yang intens di waktu belum cukup bulan namun diiringi dengan pembukaan serviks, kram seperti datang bulan, nyeri pinggang bagian bawah, keputihan, dan ada tekanan panggul kebagian bawah (Lestari, 2021)	Didapatkan pemeriksaan His (+) dan pemeriksaan dalam pembukaan serviks (+)	Agar kontraksi berhenti dan tidak terjadi persalinan premature ialah kombinasi antara hidrasi, monitor aktivitas uterus, evaluasi perubahan serviks, pemberian tokolitik, bedrest, pematangan paru dengan kortikosteroid serta pencegahan infeksi (Saifuddin) Adapun beberapa faktor persalinan yang tidak dapat dihambat yaitu kondisi dimana, selaput ketuban pecah, pembukaan serviks lebih dari 4 cm, usia kehamilan dengan tafsiran berat janin >2000 gram	1. Konsultasi dan kolaborasi dengan dokter 2. Pasang infus RL 3. Memberikan obat Tokolitik dan Kortikosteroid 4. Pemberian Nipeditin 3x20mg diulang per 15 menit jika mules berulang dan pemberian Dexamethason per IV 2x 6 g 5. Membutasi pemeriksaan dalam 6. Observasi kemajuan persalinan 7. Melakukan penolong persalinan	
---	--------------------	--	---	---	--	---	--	--

						dan kehamilan > 34 minggu. Ada 2 prinsip penatalaksanaan persalinan prematur yaitu penundaan persalinan dengan menghentikan kontraksi uterus atau persalinan berjalan terus dan siap penanganan selanjutnya		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan Kehamilan pada Ny. J Usia 23 tahun G1P0A0 Gravida 36 Minggu Dengan Oligohidramnion di RSUD. dr. Slamet Garut, maka pada bab ini penulis akan membahas tinjauan teori dari hasil pengkajian.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan pengkajian data S yang telah dilakukan, ibu mengatakan saat ini usia kehamilannya 36 minggu dihitung dari HPHT yaitu tanggal 08-07-2024 untuk taksiran persalinannya 15-04-2025, dan berdasarkan hasil pengkajian usia kehamilan ibu 36 minggu. Ibu datang ke Ponsek RSUD dr. Slamet dengan mengeluh mules dan keluar lendir darah dari jalan lahir hal ini sesuai dengan prematur kontraksi menurut (Mardiyaningsih, 2018). tetapi tidak disertai pengeluaran cairan dari jalan lahir, setiap pergerakan janin ibu mengeluh perutnya sakit. Hal ini sesuai dengan teori Tanda dan gejala oligohidramion menurut (siantar, 2022). yaitu perut ibu merasa sakit setiap pergerakan janin.

4.2 Data Objektif

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu didapatkan hasil pengkajian fisik baik tidak ada kelainan. Lalu pemeriksaan TTV dalam batas normal, keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, kemudian melakukan pemeriksaan palpasi abdomen TFU 25 cm. Pada perabaan lebih mudah meraba bagian – bagian janin dan uterus lebih kecil dari usia kehamilan, pada saat pemeriksaan ibu teraba

balotemen karena ibu sudah memasuki trimester III hal ini tidak sesuai dengan teori(Siantar, dkk). Dimana tanda dan gejala oligohidramion yaitu Uterus lebih kecil dari usia kehamilan,Janin dapat diraba dengan mudah,dan Denyut janin terdengar lebih jelas Lalu melakukan palpasi bagian terbawah janin teraba bulat, keras dan melenting, kepala sudah masuk PAP dan tidak dapat digoyangkan, penurunan kepala 3/5, HIS 2x10'10". Dilakukan pemeriksaan dalam v/v tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, ketuban utuh, prentasi kepala, penurunan kepala HI hal ini sesuai dengan teori (Lestari, 2021). dimana Prematur kontraksi ditandai dengan kontraksi dini yang intens di waktu belum cukup bulan namun diiringi dengan pembukaan serviks.

Didapatkan hasil pemeriksaan penunjang pada 18 Maret 2025 ibu telah melakukan pemeriksaan USG ke dokter, hasil pemeriksaan didapatkan ibu mengalami oligohidramnion. Hal ini sesuai dengan teori oligohidramnion termasuk komplikasi maternal (Megasari AL, 2022).

Adapun kesesuaian antara Hubungan Kasus Oligohidramnion Dengan Kelainan Sindrom Treacher Collins menurut (Wojcicki, 2021). Jika oligohidramion terjadi dikehamilan trimester III, hal ini mungkin berhubungan dengan pertumbuhan janin janin yang kurang baik dimana didapatkan hasil uterus lebih kecil dari usia kehamilan dan pada saat lahir bayi di dapatkan berat badan 1585 gram.Faktor Yang Mempengaruhi Kelaianan Kongenital Menurut (Prawiharjo, 2014). beberapa faktor yang diduga dapat memengaruhi terjadinya kelainan kongenital yaitu Kelainan genetik dan kromosom,Faktor mekanik,Faktor infeksi,Faktor gizi ibu selama hamil

4.3 Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif yang dikumpulkan maka dapat ditetapkan Analisa pada Ny. J dan berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 18 Maret 2025 didapatkan hasil USG oleh dokter bahwa ibu mengalami Oligohidramnion. Hal ini sesuai dengan teori oligohidramnion termasuk komplikasi maternal (Megasari A.L.Rahmasari S.N, 2022) Dan berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif juga didapatkan pada kasus Ny. J adalah "Prematur Kontraksi" dimana usia kehamilan 20-37 minggu yang dapat menimbulkan kelahiran prematur. Penegakan diagnosa prematur kontraksi di ambil dari data subjektif dan objektif yang di peroleh bahwa ibu mengalami prematur kontraksi ditandai dengan kontraksi dini yang intens di waktu belum cukup bulan, nyeri pinggang bagian bawah hal ini sesuai dengan teori menurut (Lestari, 2021) bahwa terdapat keluhan yang dirasakan oleh ibu salah satunya yaitu ibu mengalami kontraksi diiringi pembukaan serviks.

Dalam menetapkan Analisa dilakukan berdasarkan data subjektif dan objektif, hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh (Varney, 2019) bahwa mencatat hasil Analisa diagnosa masalah kebidanan berdasarkan penelaahan data subjektif dan objektif (Syaputra et al., 2022).

4.4 Penatalaksanaan

Berdasarkan hasil dari data subjektif, data objektif dan analisisnya maka penatalaksanaan yang tepat dilakukan untuk Ny. J diantaranya melakukan anamnesa, memberitahu hasil pemeriksaan, menganjurkan untuk memenuhi nutrisinya, menganjurkan untuk bedrest, melakukan pemantauan kontraksi,

pemantauan DJJ, menganjurkan ibu untuk teknik relaksasi pernafasan dan memberikan obat Nifedifin dan Dexamethasone sesuai dengan advice dokter. Hal ini sesuai menurut teori (Saifuddin, 2015). Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. J yaitu dengan memantau secara ketat keadaan umum, HIS, DJJ dan melakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf. Berdasarkan penatalaksanaan yang telah dilakukan terdapat kesenjangan antara teori dan praktik, pada saat datang ke RS ibu diberikan pertolongan persalinan normal pervaginam dimana menurut (Megasari A.L.Rahmasari S.N, 2022). dikatakan persalinan oligohidramnion harus dengan induksi atau section caesarea.

Penatalaksanaan pada kasus Ny.J sesuai dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, termasuk pemantauan volume cairan ketuban, Begitupun Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang pelayanan kesehatan dan masa kehamilan dan Persalinan serta Panduan Praktik Klinis mengenai Oligohidramnion dan Prematur Kontraksi dimana dengan Monitoring ketat USG dan CTG serta melakukan pemeriksaan serviks ditemukan pembukaan dan penipisan menganjurkan ibu untuk bed rest serta melakukan hidrasi intravena memberikan tocolitik nifedipine dan Kortikostteroid Dexamethasone. Adapun kewenangan Bidan yang sesuai dengan kasus NY.J dalam Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Praktik Bidan, bidan memiliki peran

penting dalam memberikan asuhan kebidanan, termasuk dalam kasus persalinan prematur. Bidan juga diharapkan untuk bekerja sama dengan tim medis lainnya untuk memberikan perawatan yang komprehensif.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. J didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif yang dilakukan dari hasil anamnesa terhadap pasien, pengkajian data objektif yang didapatkan dari pemeriksaan fisik, kemudian data – data tersebut diinterpretasikan untuk menentukan Analisa, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan masalah kebutuhan pasien, lalu dilakukan evaluasi dari hasil penatalaksanaan tersebut (Anggraeni, 2022).

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny. J Umur 23 Tahun G1P0A0 Gravida 37 Minggu Dengan Oligohidramnion di RSUD. dr. Slamet Garut. Dengan menggunakan pendokumentasian dalam bentuk SOAP, maka dapat ditarik kesimpulan:

- 1) Berdasarkan pengkajian data S diperoleh ini merupakan kehamilan anak pertama, belum pernah keguguran, ibu mengeluh mules, keluar lendir darah tanpa disertai dengan pengeluaran cairan lender dari jalan lahir ibu mengalami prematur kontraksi.
- 2) Berdasarkan data O diperoleh DJJ 140x/menit, dilakukan PD v/v t.a.k, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, ketuban utuh, tidak ada penyusupan, penunjuk UUK kanan depan, Penurunan HI, hasil USG ibu mengalami Oligohidramnion.
- 3) Berdasarkan data S dan O Analisa yang ditegakan adalah G1P0A0 Gravida 37 Minggu inpartu kala 1 fase laten dengan oligohidramnion,
- 4) Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. J yaitu dengan melakukan asuhan persalinan.
- 5) Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny. J Usia 23 tahun G1P0A0 dilakukan dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan mahasiswa selalu berusaha meningkatkan ilmu pengetahuan, dan wawasannya mengenai ilmu kebidanan serta khususnya masalah pada kasus patologis lainnya.

5.2.2 Bagi Lahan Praktik

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan kebidanan baik pada ibu hamil, bersalin, dan nifas. Terutama jika ada kasus – kasus seperti Oligohidramnion dan Prematur kontraksi ataupun kasus patologis lainnya.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan laporan kebidanan ini sebagai bahan informasi dan referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan serta bahan perbandingan antara teori dan praktik sehingga dapat digunakan sebagai sumber referensi kasus oligohidramnion dan perbandingan asuhan kebidanan selanjutnya.

5.2.4 Bagi Pasien

Diharapkan pasien dapat menjalin kerja sama yang baik dengan petugas sehingga bila terdapat komplikasi dalam kehamilan dan persalinan dapat diketahui sedini mungkin dan dapat diambil

keputusan klinik segera untuk penanganan selanjutnya. Dan jangan menyepelkan kehamilan jika sudah melewati hari taksiran persalinan segera periksakan ke bidanan terdekat atau langsung ke dokter kandungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggareni, dkk. (2022). *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Pres, 2022.
- Anggeriani, R. (2018). Pengaruh Senam Hamil Terhadap Penurunan Rasa Nyeri Punggung pada Ibu Hamil Trimester III. *Cendekia Medika: Jurnal Stikes Al-Ma'arif Baturaja*, 3(1 SE-), 35-40. Retrieved from <https://jurnal.stikesalmaarif.ac.id/index.ph>
- Apriyani, M. T. P., Rahmawati, E, Qoriyah, S., Dhamayanti, R., Anggraini, A., Andera, N. A., & Triguno, Y. (2022). *Komplikasi kehamilan dan penatalaksanaannya*. Get press.
- Damayanti, R. (2019). *Komplikasi Kehamilan dan Penatalaksanaannya*. Jakarta: Media Medika.
- Departemen Kesehatan RI 2024. Profil Kesehatan Indonesia Forum Obstetri Ginekologi Indonesia. *Oligohidramnion*.
- Dewi, et al. (2024). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2023. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
- FA Azzahra, T Yulianti - Usadha Journal of Pharmacy, 2022 - jsr.ums.ac.id
<https://www.pogi.or.id/wp-content/uploads/download-manager-files/PANDUAN%20PRETERM%2024%20September%202019%20%20%5bNO.%20ISBN%5d.pdf>
- Kehamilan, persalinan da kontrasepsi terhadap Ibu Hamil. *Laboratorium Penelitian Dan Pengembangan FARMAKA TROPIS Fakultas Farmasi Universitas Mualawarman, Samarinda, Kalimantan Timur, April*, 5–24.
- Lusi Lestari. (2021). — Tanda-tanda prematur kontraksi.
- Langkah Manajemen Kebidanan Varney Dkk, Bandiyah Persalinan*,. 5– 48.
- Lumentut, A., & Tendean, H. (2019). Resiko Maternal dan Luaran Perinatal Dengan Oligohidramnion Di Blu Rsu Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Kedokteran Komunitas Dan Tropik*, 3(3), 128–133.
- Mardiyarningsih, S. (2018). Kontraksi Prematur dalam Praktik Kebidanan . Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Megasari, A. L., Rahma Sari, S. N., putri, N. R., Zulaikha, L. I., Argaheni, N. B., Sastri,N., & Austutik., H, (2022). Asuhan kebidanan patologis. Global eksekutif teknologi
- Munaaya Fitriyya, & Dhina Nur Irfani. (2021). Pengaruh Edukasi Animasi Interaktif Tanda Bahaya Kelainan Cairan Ketuban Pada Kehamilan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu hamil di Klinik Pratama Annissa

Surakarta. *Jurnal Medika Husada*, 1(1), 19–35.
<https://doi.org/10.59744/jumeha.v1i1.32>

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.
Prawirohardjo, 2014. *Ilmu Kebidanan*.

Sab'ngatun, S. S. T., & Ropitasari, S. S.T.(2022). *Buku ajar dokumentasi kebidanan*.Deepublish

Saifuddin, Abdul Bari, (2015).-lmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bima Puntaka Sarwono Prawihardjo

Siantar, R. L., Rostianingsih, D., Ismiati, T., Dan bunga, R. (2022). *Buku ajar asuhankebidanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal*. Reina cipta mandiri.

Varney, H. (2019). Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Jakarta: EGC

WHO. Maternal Mortality. World Health Organization 2023.

Wójcicki P dkk, 2021. *Sindrom Treacher Collins*: Genetika, Gambaran Klinis dan Penatalaksanaan

LAMPIRAN

Lampiran 1

PARTOGRAF

No. Register		Nama Ibu : N7.J	Umur : 23	G. 1 P. 0 A. A
No. Puskesmas		Tanggal : 20 / 3 / 25	Jam : 08.00	Alamat : KP. Kanyasagan 216
Ketuban pecah		Mules sejak jam 05.00 14 menit		Dj. Wannikern Libani Guntur

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban Penyusutan

U	M
O	O

Pembukaan serviks (cm) bertanda x

Turunnya kepala bertanda o

pukul 10.05 wisf baw lahir spontan makrolis terus obat leman 3x1
 tsb: 1585 db 38
 uk: 37 lb: 3 kg p: 28

 pemberian obat sporan
 pukul 10.10 wisf

Kontraksi tiap 0 Menit

< 20 4
20-40 3
> 40 2
(dok) 1

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

* Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin

- Protein
- Aseton
- Volume

LAMPIRAN

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 20 Maret 2015
- Nama bidan :
- Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☒ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : ☒ Rujuk, kala (I) II / III / IV
- Alasan merujuk : oligohidramnion
- Tempat rujukan : RSUN dr. Hameet Garut
- Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☒ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y (T)
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi
☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
- Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
- Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

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

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	10.30	120/80	89	2 J 1 P 1	Baik	Kosong	± 50 cc
	10.45	120/80	85	2 J 1 P 1	Baik	Kosong	± 50 cc
	11.00	110/80	87	2 J 1 P 1	Baik	Kosong	± 50 cc
	11.15	110/70	82	2 J 1 P 1	Baik	Kosong	± 50 cc
2	11.45	110/80	79	2 J 1 P 1	Baik	Kosong	± 50 cc
	12.15	110/80	83	2 J 1 P 1	Baik	Kosong	± 50 cc

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

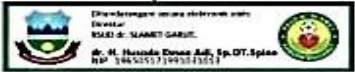
Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan :
- Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya (Tidak)
☐ Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
- Laserasi :
☒ Ya, dimana : perineum
☐ Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3 / 4
 Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan :
- Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
☐ Tidak
- Jumlah perdarahan : ± 150 ml
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan : 3850 gram
- Panjang : 38 cm
- Jenis kelamin : L P
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :
☐ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☒ Asfiksia ringan/pucat/giru/lemas/tindakan :
☒ mengeringkan ☒ bebaskan jalan napas
☒ rangsang taktil ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain - lain sebutkan :
- Cacat bawaan, sebutkan :
- Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
- Pemberian ASI
☐ Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan :
- Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Lampiran 2

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGERTIAN	PERSALINAN PRETERM (KURANG BULAN) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> No. Dokumen : KS.01.03/004/077/RSUD </td><td style="width: 50%; padding: 5px;"> No. Revisi : 01 </td></tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Halaman 1/4 </td></tr> </table> Tanggal Terbit : 1 JANUARI 2023 Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp.OT,Spine NIP. 196505171991031013 Persalinan preterm adalah persalinan yang berlangsung antara umur kehamilan 20-36 (+ 6hr) minggu dari hari pertama haid terakhir (HPHT) atau antara hari ke 140 dan 259 dengan berat lahir janin kurang dari 2500 gram	No. Dokumen : KS.01.03/004/077/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/4	
No. Dokumen : KS.01.03/004/077/RSUD	No. Revisi : 01				
Halaman 1/4					
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 KS.01.03/004/077/RSUD . Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.				
PERSIAPAN ALAT					
PROSEDUR	FAKTOR RESIKO Penyebab yang pasti tidak diketahui. Faktor risiko terjadinya persalinan preterm yaitu : 1. Ketuban pecah dini (KPD), korioamnionitis, bakteriuri, kolonisasi mikroorganisme pada genital (Grup.β streptokokus; dll) 2. Riwayat persalinan preterm atau kontraksi persalinan preterm sebelumnya. 3. Riwayat abortus sebelumnya(Abortus 2 x pada trimester kedua). 4. Riwayat abortus iminens pada kehamilan ini. 5. Perdarahan antepartum; plasenta previa/solusio plasenta. 6. Hipertensi dalam kehamilan.				

	7. Serviks inkompeten atau riwayat tindakan konisasi 8. Serviks memendek < 2,5 cm dan atau membuka lebih dari 1 cm, pada kehamilan 32 minggu. 9. Kelainan uterus (jarang). 10. Operasi abdomen waktu kehamilam.
--	---

	preterm sebelumnya. 3. Riwayat abortus sebelumnya (Abortus 2 x pada trimester kedua). 4. Riwayat abortus iminens pada kehamilan ini. 5. Perdarahan antepartum; plasenta previa/solusio plasenta. 6. Hipertensi dalam kehamilan.
--	---

	7. Serviks inkompeten atau riwayat tindakan konisasi 8. Serviks memendek < 2,5 cm dan atau membuka lebih dari 1 cm, pada kehamilan 32 minggu. 9. Kelainan uterus (jarang). 10. Operasi abdomen waktu kehamilan. 11. Janin mati, kelainan kongenital. 12. Kerentanan uterus yang bertambah. 13. Penyakit ibu terutama penyakit infeksi sistemik yang berat. 14. Kehamilan dengan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) insitu. 15. Pielonefritis 16. Kehamilan ganda, polihidramnion, oligohidramnion. 17. Kelainan letak. 18. Diabetes melitus. 19. Penyalahgunaan/kecanduan NAZA (narkotik dan zat aditif lainnya) 20. Trauma fisik/psikis. DIAGNOSIS Gejala awal yang dapat timbul adalah : 1. Rasa nyeri/tegang pada perut bawah (<i>low abdominal pain/cramp</i>) 2. Nyeri pinggang (<i>low backache</i>) 3. Rasa penekanan pada jalan lahir 4. Bertambahnya cairan vagina 5. Perdarahan/perdarahan bercak/lendir bercampur darah Gejala definitif Memenuhi kriteria persalinan preterm seperti : • Kontraksi uterus yang teratur (1 kali atau lebih dalam 10 menit). • Perubahan serviks seperti : - Pembukaan serviks ≥ 2 cm - Pendataran Perlu dilakukan penilaian terhadap ada tidaknya faktor etiologi dan kemungkinan komplikasi seperti : 1. Ada tidaknya plasenta previa 2. Keadaan ketuban (intak atau sudah pecah) 3. Ada tidaknya korioamnionitis 4. Ada tidaknya infeksi sistemik
--	---

	5. Ada tidaknya polihidramnion 6. Riwayat obstetri sebelumnya
--	--

4. Ada tidaknya infeksi sistematis

5. Ada tidaknya polihidramnion

6. Riwayat obstetri sebelumnya

Pengelolaan :

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Konfirmasi umur kehamilan dengan berbagai cara 2. Penilaian kontraksi uterus (lamanya, intensitasnya, frekuensinya dan pengaruhnya terhadap pembukaan serviks) 3. Pemantauan tanda-tanda vital ibu 4. Pemantauan bunyi jantung janin 5. Pemeriksaan tambahan : ultrasonografi untuk menilai presentasi, biometri janin, anomali, velositas arteri umbilikalis (Doppler), indeks cairan ketuban, pemeriksaan plasenta, morfologi serviks (panjang, diameter kanalis servikalis dan ada tidaknya <i>funelling</i>) 6. Tirah baring (lateral ke kiri atau semi fowler) 7. Bila diduga ada korioamnionitis, lakukan kultur dan berikan antibiotik. 8. Pemberian obat-obatan tokolitik (lihat bab pemberian obat tokolitik) 9. Pemberian obat-obatan pematangan paru-paru janin :
Diberikan pada semua wanita hamil antara 24-34 minggu <ul style="list-style-type: none"> • Deksametason, 6 mg tiap 12 jam (i.m) sampai 4 dosis • Betametason, 12 mg (i.m) sampai 2 dosis dengan interval 24 jam |
|--|

10. Pemberian $MgSO_4$ untuk proteksi otak janin.

Loading dose 4 gram $MgSO_4$ (10 cc $MgSO_4$ 40 %) dilarutkan kedalam 100 cc ringer laktat, diberikan selama 15-20 menit. Setelah habis loading dose dilanjutkan dengan dosis rumatan 8 gr dilarutkan dalam 500 cc RL. Tetesan 20 gtt/menit selama 4 jam.
--

Diagnosis Diferilintasensial

Dibedakan dengan kontraksi Braxton Hick

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

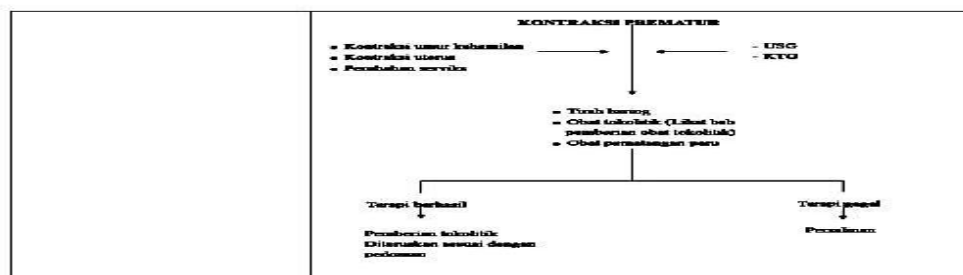
KONTRAKSI PREMATUR
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kontraksi umur kehamilan • Kontraksi uterus • Perubahan serviks |
|---|

← USG ← KTG

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tirah baring • Obat tokolitik (Lihat bab pemberian obat tokolitik) |
|---|

	10. 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 gr dilarutkan dalam 500 cc RL. Tetesan 20 gtt/menit selama 4 jam. Diagnosis Diferilitasensial <i>Dibedakan dengan kontraksi Braxton Hick</i> Kontraksi Braxton Hick sifatnya tidak teratur, tidak ritmis, tidak begitu sakit dan tidak menimbulkan perubahan serviks.
--	---



LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Intan Kania D

Nama Pembimbing : Hj. Esq Irti suazini, Am. Keb
M.K.M

NIM : Kngb 22007

NIDN : 04032981004031

Judul KTI : Asuhan kebidanan ibu hamil pada R4 usia 23 tahun caput gravida 36 minggu
Oligohidramnion dengan prematuur kontraksi di RSUD dr. Slamet Garut

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Sabtu 19 10/12/25	Pengisian Judul	ACC Judul		
2.	Rabu 30 10/12/25	Jurnal dan isi bab	Revisi BAB 1 dan Uraian Perbabo		
3.	Senin 05 10/12/25	BAB 1 Latar belakang	Revisi		
4.	Senin 19 10/12/25	BAB II ISI	Revisi		
5.	Rabu 21 10/12/25	BAB III KASUS	Revisi		
6.	Jumat 23 10/12/25	BAB IV dan V	Revisi		
7.	Senin 26 10/12/25	Tataletak dan Penomoran	Revisi		

8.	Rabu 28 105 / 25	Tambah jurnal	revisi		
9.	Jumat 30 105 / 25	Referensi	revisi		
10.	Jumat 30 105 / 25	ACC BAS 2 dan 3	ACC		
11.	Sabtu 31 105 / 25	BAS I - V	ACC sidang		
12.	Rabu 18 106 / 25	Revisi Pengujian I BAS II dan III	ACC		
13.	Sabtu 21 106 / 25	Revisi Pengujian II BAS IV	Revisi		
14.	Senin 21 107 / 25	Revisi BAS IV Penatalaksanaan um	Revisi		
15.	Kamis 24 107 / 25	ACC	Bab IV - ACC		

Garut 2025

Mahasiswa

Pembimbing

(Intan Kania Dewi)

(H.Esa Lusi Suazini Am Lpb M.Kem)
043298.1004.031

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Biodata penulis

Nama : Intan Kania Dewi

Tempat, tanggal lahir : Garut, 03 Oktober 2003

Agama : Islam

Nama ayah : Oin Sukmawan

Nama ibu : Sri Dewi

Email : intankania464@gmail.com

No Hp : 089662906192

Alamat : KP.Ciawitali 01/10 Desa Mangkurayat Kecamatan Cilawu

Riwayat Pendidikan

TK : TK AISYIYAH

SD : SDN MANGKURAYAT 6

SMP : SMPN 1 Cilawu

SMA : SMAN 8 Garut

AKADEMIK : STIKes Karsa Husada Garut Program Studi D3 Kebidanan)