

**LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)
STASE ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PERSALINAN
DAN BAYI BARU LAHIR PADA NY. E USIA 33 TAHUN G2P1A0
UK 35+4 MINGGU POSTPARTUM SPONTAN DENGAN
PRETERM DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL 2026**



**Disusun Oleh:
Iis Wahyuningsih
2510106060**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA
2026**

HALAMAN PENGESAHAN

STASE ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR PADA NY. E USIA 33 TAHUN G2P1A0 UK 35+4 MINGGU POSTPARTUM SPONTAN DENGAN PRETERM DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL 2026

Disusun oleh :
Iis Wahyuningsih
2510106060

Telah diperlihatkan kepada dosen pembimbing pendidikan dan pembimbing lahan sebagai syarat untuk mendapatkan nilai praktek kerja lapangan yang dilaksanakan di RSU PKU Muhammadiyah Bantul



Pembimbing pendidikan

Pembimbing lahan

Bantul, 02 Januari 2026

Mahasiswa

(Belian Anugrah Estri, S.ST., MMR)

(Bdn. Siti Abdillah, S.ST)

(Iis Wahyuningsih)

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT Yang Maha Kuasa atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan *Case Based Discussion* (CBD) yang berjudul Stase Asuhan Kebidanan Komprehensif Persalinan Dan Bayi Baru Lahir Pada Ny. E Usia 33 Tahun G2P1A0 Uk 35+4 Minggu Postpartum Spontan Dengan Preterm Di Rsu Pku Muhammadiyah Bantul 2026

Penyusunan laporan *Case Based Discussion* (CBD) ini, mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Kedua orang tua tercinta, Ibunda Tri Rahayu dan Ayahanda Sarjono yang berkat doa, dukungan, serta nasehatnya penulis semangat menjalani perkuliahan selama ini.
2. Belian Anugrah Estri, S.St., Mmr selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh kesabaran dalam penyusunan laporan ini.
3. Bdn. Siti Abdillah, S.ST selaku Pembimbing lahan (CI) yang telah memberikan bimbingan dalam pelaksanaan tindakan klinis dilahan praktik.
4. RSU PKU Muhammadiyah Bantul yang telah memberikan ijin untuk tempat menimba ilmu
5. Kepada pihak-pihak yang turut membantu dalam pembuatan Laporan ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa laporan ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, keterbatasan waktu dan kemampuan penulis maka kritik dan saran yang membangun senantiasa penulis harapkan. Semoga laporan dapat berguna bagi penulis khususnya dan pihak lain yang berkepentingan pada umumnya.

Bantul, 2 Januari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1. Latar Belakang	1
2. Tujuan	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
BAB III DOKUMENTASI SOAP.....	20
BAB IV PEMBAHASAN.....	35
BAB V PENUTUP	42
1. SIMPULAN	42
2. SARAN	43
DAFTAR PUSTAKA	44
PARTOGRAF	46

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Usia kehamilan merupakan salah satu prediktor penting bagi kelangsungan hidup janin dan kualitas hidupnya. Umumnya kehamilan berlangsung cukup bulan bila berlangsung antara 37- 41 minggu dihitung dari hari pertama siklus haid terakhir pada siklus 28 hari. Dimana dikatakan Persalinan prematur jika persalinannya terjadi sebelum janin genap berusia 37 minggu. Persalinan preterm merupakan jenis persalinan dengan terjadinya kontraksi uterus serta proses pengembangan dan dilatasi serviks pada usia gestasi antara 20 - 37 minggu. Persalinan preterm yang terjadi pada kehamilan 37 minggu atau kurang merupakan hal yang berbahaya karena mempunyai dampak yang berpotensi meningkatkan kematian perinatal. Berat lahir rendah dapat disebabkan oleh bayi prematur dan pertumbuhan janin yang terhambat. Hal ini dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas prenatal. (Saifuddin,2014)

Pada tahun 2018 angka kematian bayi baru lahir sekitar 18 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) disebabkan oleh komplikasi pada kehamilan dan persalinan. (UNICEF, 2019). Menurut WHO, Perkiraan menunjukkan bahwa kelahiran prematur selama 2014 berkisar antara 8,7% di Eropa dan 13,4% di Afrika Utara, meskipun data kelahiran prematur di Afrika Utara sangat terbatas. WHO (2014) pada laporannya yang berjudul Born too soon mengungkapkan bahwa tiap tahunnya diperkirakan sekitar 15 juta bayi lahir secara preterm dan angka ini terus mengalami peningkatan. Tiap tahunnya 1 juta bayi meninggal karena komplikasi dari persalinan preterm. WHO menjelaskan bahwa Indonesia termasuk peringkat 9 dalam 11 besar negara dengan tingkat persalinan preterm lebih dari 15% kelahiran dan peringkat ke 5 dari 10 besar penyumbang 60% persalinan preterm di dunia dengan angka kelahiran preterm 15,5 / 100 kelahiran hidup. (Syarif, 2017).

Di Indonesia, kasus persalinan preterm berada pada urutan kedua sebagai penyebab kematian bayi baru lahir usia 0-6 hari sebesar 32,4% dan urutan keempat sebagai penyebab kematian bayi usia 7-28 hari yaitu sebesar 12,8%.

(Trisa, 2019) Berbagai faktor yang mengakibatkan bayi lahir prematur antara lain yaitu usia ibu yang berisiko saat melahirkan (terlalu muda atau tua / <18 tahun atau >40 tahun), Hipertensi, Perkembangan janin terhambat, solusio plasenta, KPD, Infeksi Intrauterin, Bakterial Vaginosis, serviks inkompetens, kehamilan ganda, penyakit periodontal, riwayat persalinan preterm

sebelumnya, kurang gizi dan merokok. (Kemenkes, 2013). Persalinan prematur tidak selalu terjadi pada ibu yang usianya berisiko (35 tahun), tetapi juga dapat terjadi pada ibu usia reproduktif (20-35 tahun). Hal ini dapat dikaitkan oleh faktor lain seperti multiparitas, kehamilan ganda, preeklamsiaeklampsia, polihidramnion, KPD, plasenta previa, inkompetensi serviks, riwayat obstetri, infeksi, anemia, status gizi, aktivitas, stres psikologi, merokok, alkohol dan penyakit penyerta lainnya. (Halimah, 2019) Pada usia terlalu muda alat reproduksi belum matang sempurna sehingga bila terjadi kehamilan rahim belum terlalu kuat untuk menahan beban janin, sementara usia wanita di atas 35 tahun terjadi penurunan kekuatan fisik yang akan berdampak pada masalah kesehatan seperti diabetes dan hipertensi sehingga dapat menimbulkan komplikasi berupa persalinan terlalu dini, yaitu pada usia kehamilan 20- 36 minggu. (Sekar, 2018).

Pencegahan yang adekuat baik dalam proses pengenalan kasus persalinan preterm seperti factor psikologis, etiologi, dan patofisiologi dari persalinan preterm dapat membantu dalam mengurangi kasus mortalitas dan morbiditas neonatus yang ada. Penyebab pasti dari persalinan preterm masih belum diketahui dengan pasti. Namun secara umum dapat disebabkan dari berbagai faktor baik dari ibu ataupun dari janin itu sendiri. (Halimah, 2019) Persalinan preterm adalah salah satu penyebab tertinggi kematian bayi di dunia. Sekitar 75% kematian perinatal disebabkan prematuritas. (Syarif, 2017).

Selain kematian perinatal, ada komplikasi lain yang menyertai, berupa komplikasi jangka pendek maupun jangka panjang. Komplikasi jangka pendek sering dikaitkan dengan pematangan organ janin yang belum sempurna. Komplikasi jangka panjang berupa kelainan neurologik seperti cerebral palsy, retinopati, retardasi mental, sehingga bisa mempengaruhi prestasi anak di sekolah yang kurang baik. (Wahyuni, 2017). Berdasarkan uraian diatas, penulis ingin mengetahui bagaimana asuhan kebidanan persalinan preterm di RSUD Muhammadiyah Bantul dengan harapan dapat memberikan asuhan kebidanan sebagai salah satu usaha untuk menghindari resiko pada ibu dan janin yang

dikandungnya.

B. Tujuan

Untuk Mengetahui Bagaimana Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.E usia 33 Tahun G2P1A0Ah1 UK 35+4 Minggu Postpartum Spontan Dengan Preterm Di RSUD Muhammadiyah Bantul



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam

2. Lima benang merah dalam asuhan persalinan normal

Ada lima aspek dasar, atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan normal yang bersih dan aman, termasuk inisiasi menyusui dini (IMD) dan beberapa hal yang wajib dilaksanakan bidan yaitu:

a. Aspek pengambilan Keputusan

Klinik Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Hal ini merupakan proses sistematis dalam mengumpulkan data, mengidentifikasi masalah, membuat diagnosis kerja atau membuat rencana tindakan yang sesuai dengan diagnosis, melaksanakan rencana tindakan dan akhirnya mengevaluasi hasil asuhan atau tindakan yang telah diberikan kepada ibu dan/atau bayi baru lahir

b. Asuhan sayang ibu dan bayi

Asuhan sayang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Tujuan asuhan sayang ibu dan bayi adalah memberikan rasa nyaman pada ibu dalam proses persalinan dan pada masa pasca persalinan. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah mengikutsertakan suami dan keluarga untuk memberi dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Asuhan tersebut bisa mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan.

c. Pencegahan infeksi

Pencegahan Infeksi mutlak dilakukan pada setiap melaksanakan pertolongan persalinan, hal ini tidak hanya bertujuan melindungi ibu dan bayi dari infeksi atau sepsis namun juga melindungi penolong persalinan dan orang sekitar ataupun yang terlibat dari terkenanya infeksi yang tidak sengaja.

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen komponen lain dalam asuhan sebelum persalinan, selama dan setelah persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan dari infeksi bakteri, virus dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya seperti hepatitis dan HIV.

Hal-hal yang harus dilaksanakan dalam pertolongan persalinan adalah pedoman pencegahan infeksi yang terdiri dari Cuci Tangan, Memakai Sarung Tangan, Perlindungan Diri, Penggunaan Antiseptik dan Desinfektan, Pemrosesan Alat, penanganan peralatan tajam, pembuangan sampah, kebersihan lingkungan

d. Pencatatan soap dan partograph

Pendokumentasian adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik dalam memberikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi (GAVI, 2015).

Pendokumentasian SOAP dalam persalinan:

- 1) Pencatatan selama fase laten kala I persalinan.
- 2) Dicatat dalam SOAP pertama dilanjutkan dilembar berikutnya.
- 3) Observasi denyut jantung janin, his, nadi setiap 30 menit.
- 4) Observasi pembukaan, penurunan bagian terendah, tekanan darah, suhu setiap 4 jam kecuali

ada indikasi

Partograf merupakan alat untuk memantau kemajuan persalinan yang dimulai sejak fase aktif.

Aspek-aspek penting dalam Pencatatan

- 1) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan.
- 2) Identifikasi penolong persalinan.
- 3) Paraf atau tandatangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan.
- 4) Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca.
- 5) Ketersediaan system penyimpanan catatan atau data pasien.
- 6) Kerahasiaan dokumen-dokumen medis

e. Rujukan system

Rujukan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul baik secara vertical maupun horizontal ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih Rujukan ada 2 jenis yaitu rujukan medik dan rujukan kesehatan. Rujukan medik antara lain transfer of patient (konsultasi penderita untuk keperluan diagnostic, pengobatan dan tindakan operatif), transfer of specimen (pengiriman specimen untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap), transfer of knowledge (pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meingkatkan mutu pelayanan setempat). Rujukan kesehatan adalah hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan ke fasilitas yang lebih mapu dan lengkap (Walyani dan Purwoastuti, 2015)

Hal – hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu (BAKSOKUDA)

- 1) Bidan
- 2) Alat

- 3) Keluarga
- 4) Surat
- 5) Obat
- 6) Kendaraan
- 7) Uang
- 8) Darah

3. Tahapan persalinan normal

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka. Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif

1) Fase laten

Fase laten, di mana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam

2) Fase aktif

Fase laten (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.

- a. Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- b. Periode dilatasi maksimal : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c. Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada

primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam. Tanda dan gejala kala II yaitu his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Diagnosa kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap, terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina

c. Kala III (Pengeluaran plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir

d. Kala IV (Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut

4. Tanda-tanda persalinan

a. Tanda Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah Kontraksi Braxton Hicks, Ketegangan dinding perut, Ketegangan Ligamentum Rotundum, Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus. Masuknya kepala janin ke dalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Terasa ringan di bagian atas dan rasa sesak berkurang.
- 2) Di bagian bawah terasa penuh dan mengganjal.
- 3) Kesulitan saat berjalan.
- 4) Sering berkemih

b. Terjadinya His pembukaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien

dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hormone estrogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. Tanda-tanda Timbulnya Persalinan (intrapartu):

1. Timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
2. Keluar lendir bercampur darah (bloody show) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks. Sumbatan mukus yang berasal dari sekresi servikal dari proliferasi kelenjar mukosa servikal pada awal kehamilan, berperan sebagai barier protektif dan menutup servikal selama kehamilan. Bloody show adalah pengeluaran dari mucus.
3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pemecahan membran yang normal terjadi pada kala I persalinan.
- 2) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks, frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir ibu terdiri atas 2 bagian yaitu bagian keras (tulang panggul) dan bagian lunak (uterus, otot dasar panggul dan perineum). Panggul tersusun dari 4 buah tulang yaitu 2 buah tulang os coxae, 1 tulang os sacrum, 1 tulang os coccygis

b. Power (tenaga/kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang di mulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah

tersebut. Waktu kontraksi, otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna memiliki sifat kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi

c. Passenger (Penumpang)

Penumpang (passenger) atau janin bergerak disepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, presetasi, letak, sikap dan posisi janin. Plasenta juga harus melalui jalan lahir ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Waktu persalinan, air ketuban membuka serviks dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri. Bagian selaput janin di atas ostium uteri yang menonjol waktu terjadi his disebut ketuban. Ketuban inilah yang membuka serviks

d. Psikologis

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat mereka merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas kewanitaan sejati yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan anak. Faktor psikologis meliputi melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

e. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin dala hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi persalinan

B. Konsep Persalinan Preterm

1. Definisi persalinan preterm

Persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minngu (antara 20-37 minggu) atau dengan berat jani 2500 gram. (Prawirohardjo, 2014) Persalinan preterm adalah persalinan yang berlangsung pada umur kehamilan 20 -37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (ACOG 1995). Badan Kesehatan

Dunia (WHO) menyatakan bahwa bayi prematur adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu atau kurang. Himpunan Kedokteran Fetomaternal POGI di Semarang tahun 2005 menetapkan bahwa persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan 22 - 37 minggu.(Mochtar, 2020)

2. Etiologi persalinan preterm

Persalinan prematur merupakan kelainan proses yang multifaktorial. Kombinasi keadaan obstetrik, sosiodemografi, dan faktor medik mempunyai pengaruh terhadap terjadinya persalinan prematur. Kadang hanya risiko tunggal dijumpai seperti distensi berlebih uterus, ketuban pecah dini, atau trauma. Banyak kasus persalinan prematur sebagai akibat proses patogenik yang merupakan mediator biokimia yang mempunyai dampak terjadinya kontraksi rahim dan perubahan serviks, yaitu:

- a. Aktivasi aksis kelenjar hipotalamus-hipofisis-adrenal baik pada ibu maupun janin, akibat stres pada ibu atau janin.
- b. Inflamasi desidua-korioamnion atau sistemik akibat infeksi asenden dari traktus genitourinaria atau infeksi sistemik.
- c. Perdarahan desidua.
- d. Peregangan uterus patologik
- e. Kelainan pada uterus atau serviks

Dengan demikian, untuk memprediksi kemungkinan terjadinya persalinan prematur harus dicermati beberapa kondisi yang dapat menimbulkan kontraksi, menyebabkan persalinan prematur atau seorang dokter terpaksa mengakhiri kehamilan pada saat kehamilan belum genap 9 bulan. Kondisi selama kehamilan yang berisiko terjadinya persalinan preterm

- f. Janin dan plasenta
 - 1) Perdarahan trimester awal, perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta, vasa previa)
 - 2) Ketuban pecah dini (KPD)
 - 3) Pertumbuhan janin terlambat cacat bawaan lahir
 - 4) Kehamilan ganda/gemelli

5) Polihidramion

g. Ibu

Penyakit berat pada ibu, DM, Preeklamsi/hipertensi, ISK, penyakit infeksi dengan demam, stress psikologik, kelainan bentuk uterus/servik, Riwayat persalinan preterm/abortus berulang, inkompetensi serviks (Panjang servik kurang dari 1 cm, pemakaian obat narkotika, trauma, perokok berat, kelainan imunologi/kelainan resus (Mochtar, 2020)

3. Faktor resiko persalinan preterm

Ada 3 faktor risiko yang bisa menyebabkan persalinan preterm, yaitu faktor janin dan plasenta, faktor maternal(ibu) serta faktor psiko-sosial-ekonomi)

a. Faktor janin dan plasenta

1) Perdarahan antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam yang terjadi setelah kehamilan 20 minggu. Klasifikasi perdarahan antepartum adalah plasenta previa, solusio plasenta, vasa previa. Bila telah terjadi perdarahan massif, kemungkinan kondisi janin mengalami hipoksia. (Syarif, 2017)

2) Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini mengakibatkan hubungan langsung antara intrauterine dengan dunia luar sehingga berisiko terjadinya infeksi. Endotoksin sebagai produk dari bakteri dapat merangsang asam arachidonic dan memproduksi prostaglandin yang dapat merangsang terjadinya kontraksi pada miometrium (Syarif, 2017).

3) Polihidramnion

Polihidramnion adalah keadaan berlebihnya cairan amnion yaitu lebih dari 2000 ml. Polihidramnion dapat menyebabkan regangan selaput ketuban sehingga meningkatkan risiko KPD. KPD merupakan salah satu faktor risiko dari persalinan preterm. (Syarif, 2017)

4) Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda merupakan kehamilan dengan dua janin atau lebih. Pada kehamilan ganda akan terjadi distansi uterus yang berlebihan sehingga berisiko menyebabkan persalinan preterm. (Hanifah, 2017)

b. Faktor Ibu

1) Penyakit sistemik ibu

Berbagai penyakit ibu, kondisi dan pengobatan medis akan mempengaruhi kehamilan dan dapat meningkatkan kejadian persalinan preterm. Penyakit sistemik terutama yang melibatkan sistem peredaran darah, oksigenasi atau nutrisi ibu dan oksigen bagi janin misalnya seperti hipertensi, DM. (Syarif, 2017).

2) Infeksi saluran kemih/intrauterin.

Kehamilan sering terjadi bersamaan dengan infeksi yang dapat mempengaruhi kehamilan atau sebaliknya yang memperparah infeksi. Sumber infeksi yang berhubungan dengan kejadian infeksi intrauterine ialah penularan dari saluran genital, melalui darah, melalui tuba fallopi, plasenta, dan iatrogenik (Hanifah, 2017).

3) Preeklamsi/eklamsia

Preeklamsi dan eklamsi adalah penyakit hipertensi yang khas dalam kehamilan, dengan gejala utama hipertensi yang akut pada wanita hamil dan wanita dalam masa nifas. Pada tingkat tanpa kejang disebut eklamsi. Preeklamsi eklamsi akan mengakibatkan gangguan fungsi plasenta, selain itu kenaikan tonus uterus dan kepekaan terhadap rangsangan sering didapat pada preeklamsi eklamsia sehingga mudah terjadi persalinan preterm.

4) Kelainan uterus/serviks

Kelainan kongenital uterus seperti uterus septus, uterus bikornus dan servik yang inkompeten merupakan risiko terjadinya persalinan preterm. (Hanifah, 2017). Kelainan pada serviks ialah kondisi ketika serviks tidak mampu mempertahankan kehamilan hingga waktu kelahiran tiba karena efek fungsional serviks, ditandai dengan terbukanya serviks

tanpa rasa nyeri dan berakhir dengan pecahnya ketuban sehingga meningkatkan risiko kejadian persalinan preterm (Hidayati, 2016).

5) Riwayat persalinan preterm atau abortus.

Riwayat persalinan prematur merupakan faktor yang sangat erat dengan persalinan prematur berikutnya. Risiko persalinan prematur meningkat 3 kali lipat dibanding dengan wanita yang bayi pertamanya mencapai aterm. Persentase kemungkinan persalinan prematur berulang pada ibu hamil yang pernah mengalami 1 kali persalinan prematur sebesar 15%, sedangkan pada ibu yang pernah mengalami persalinan prematur 2 kali mempunyai risiko 32% untuk mengalami persalinan premature. Ibu yang pernah mengalami atau memiliki riwayat persalinan preterm berisiko 20% sampai 40% melahirkan secara preterm kembali. Hasil penelitian terdahulu mengenai faktor risiko kejadian kelahiran preterm di RSIA Siti Fatimah Makassar menunjukkan bahwa riwayat kelahiran prematur berisiko mengalami persalinan preterm 20 kali lebih tinggi. (Wahyuni, 2017). Demikian juga bila memiliki riwayat abortus rentan terjadi persalinan prematur. (Hidayati, 2016). Penelitian terdahulu mendapatkan peningkatan kejadian prematuritas sebesar 1,3 kali pada ibu yang mengalami dua kali abortus (Hanifah, 2017).

6) Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan yang terlalu dekat mengakibatkan rahim ibu belum pulih sempurna sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin serta anemia.

7) Paritas

Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan, hidup maupun mati, bila berat badan tidak diketahui maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu. Klasifikasi Jumlah Paritas Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi :

a) Nullipara

Nullipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali (Manuaba, 2014)

b) Primipara

Primipara adalah perempuan yang telah pernah melahirkan sebanyak satu kali (Manuaba, 2014).

c) Multipara

Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2014) sedangkan menurut (Manuaba, 2014) Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan dua hingga empat kali

d) Grandemultipara

Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2014), Ibu yang belum pernah hamil ataupun melahirkan memiliki resiko kesehatan yang lebih besar dibandingkan dengan ibu yang pernah melahirkan 1 atau 2 kali. Hal ini disebabkan karena kehamilan merupakan hal yang pertama kali dialami oleh ibu.

Ibu hamil dengan kehamilan pertama sering kali mengalami banyak ketakutan selama masa kehamilannya. Hal tersebut dapat meningkatkan efek stress pada ibu sehingga dapat memicu terjadinya persalinan preterm. Sebaliknya jika terlalu sering melahirkan, seperti pada paritas multipara dan grandemultipara rahim akan menjadi semakin lemah karena jaringan parut uterus akibat kehamilan berulang. Jaringan parut ini menyebabkan tidak adekuatnya persediaan darah ke plasenta, sehingga plasenta tidak mendapat aliran darah yang cukup untuk menyalurkan nutrisi ke janin akibatnya pertumbuhan janin terganggu. Hal tersebut akan meningkatkan resiko terjadinya persalinan preterm. (Ningrum, 2017).

8) Trauma

Riwayat trauma seperti terjatuh, terpukul pada perut atau riwayat pembedahan bisa menjadi faktor risiko persalinan preterm. Melakukan hubungan seksual pun dapat terjadi trauma karena menimbulkan rangsangan pada uterus dan sperma yang mengandung hormon prostaglandin dapat merangsang kontraksi uterus (Hidayati, 2016).

9) Merokok Akibat langsung terhadap prematuritas hanya jelas terlihat pada ibu tetap merokok sampai trimester akhir kehamilan. Risiko persalinan prematur meningkat sebanyak 1,2 kali pada perokok. (Syarif, 2017).

10) Usia Ibu

Menurut Manuaba (2014) usia ibu kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun merupakan resiko tinggi saat kehamilan. Pada usia wanita <20 tahun keadaan organ reproduksi belum matang untuk kehamilan. Apabila keadaan tersebut diiringi dengan tekanan atau stres maka dapat memudahkan terjadinya persalinan preterm, abortus, BBLR, infeksi, anemia dan status gizi kurang. Pada ibu usia >35 tahun tergolong resiko tinggi karena alasan medik.. (syarif, 2017) Kehamilan usia muda yaitu <20 tahun lebih memungkinkan mengalami penyulit di masa kehamilan dan persalinan karena biasanya pengetahuannya terbatas tentang kehamilan atau kurangnya informasi dalam mengakses sistem pelayanan kesehatan. Pada usia ini juga belum cukup dicapainya kematangan fisik, mental dan fungsi organ reproduksi. Sedangkan pada usia >35 tahun, dikaitkan dengan terjadi penurunan fungsi organ reproduksi yang mempengaruhi kesehatan ibu maupun janin yang dapat mempersulit dan memperbesar risiko kehamilan (Putri, 2017).

c. Faktor Psiko-Sosial Ekonomi

1) Stres Psikologis.

Stres dapat meningkatkan kadar katekolamin dan kortisol yang akan mengaktivasi placentar corticotrophin releasing hormone dan menstimulasi persalinan melalui jalur biologis. Stres juga

mengganggu fungsi imunitas yang dapat menyebabkan reaksi inflamasi atau infeksi intra amnion dan akhirnya merangsang proses persalinan (Syarif, 2017)

2) Pekerjaan

Ibu Kejadian persalinan prematur lebih rendah pada ibu hamil yang bukan pekerja dibandingkan dengan ibu pekerja yang hamil. Pekerjaan ibu dapat meningkatkan kejadian persalinan prematur baik melalui kelelahan fisik atau stress, yang timbul akibat pekerjaannya. Jenis pekerjaan yang berpengaruh terhadap peningkatan kejadian prematuritas adalah bekerja terlalu lama (over work hours), pekerjaan fisik yang berat, dan pekerjaan yang menimbulkan stress seperti berhadapan dengan konsumen atau terlibat dengan masalah uang.¹ Aktivitas fisik juga mempengaruhi kebutuhan nutrisi wanita hamil. Apabila wanita tidak dalam kondisi sehat, aktivitas yang keras dapat menyebabkan pengalihan glukosa dari janin dan plasenta ke otot-otot ibu untuk pembentukan energi. Ini juga dapat menyebabkan hipoksia janin karena aliran darah melalui plasenta dialihkan ke ibu, sehingga suplai oksigen berkurang. Beban kerja yang berat dapat meningkatkan hormon prostaglandin, dengan peningkatan inilah yang dapat memicu terjadinya persalinan lebih dini. Penelitian yang dilakukan Syarif (2017) mengelompokkan pekerjaan ibu sebagai bekerja dan tidak bekerja, hasil penelitian menunjukkan ada hubungan pekerjaan dengan persalinan preterm.

3) Status Gizi

Status gizi ibu yang kurang baik sebelum dan selama kehamilan merupakan penyebab utama dari berbagai persoalan kesehatan yang serius pada ibu dan bayi, yang berakibat terjadinya bayi lahir dengan berat badan rendah, kelahiran prematur, serta kematian neonatal. Berat badan sebelum hamil, penambahan berat badan hamil, Lila (lingkar lengan atas) dan indeks massa tubuh (IMT) merupakan indikator yang dipakai untuk menentukan status gizi ibu. Lingkar lengan atas (LILA) adalah

antropometri yang dapat menggambarkan keadaan status gizi ibu hamil dan untuk mengetahui risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) atau gizi kurang. Ukuran LILA < 23,5 cm maka ibu hamil tersebut termasuk kekurangan energi kronis, ini berarti ibu sudah mengalami keadaan kurang gizi dalam jangka waktu yang telah lama, bila ini terjadi maka kebutuhan nutrisi untuk proses tumbuh kembang janin makin terhambat.

4) Ekonomi

Ekonomi masyarakat sering dinyatakan dengan pendapatan keluarga, mencerminkan kemampuan masyarakat dari segi ekonomi dalam memenuhi kebutuhan hidupnya termasuk kebutuhan dan kesehatan serta pemenuhan gizi. Keadaan sosial ekonomi rendah menjadi salah satu faktor resiko terjadinya persalinan preterm berkaitan dengan kondisi seperti kecenderungan untuk hamil di usia muda, mengalami lebih banyak stress, nutrisi kurang, dan tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan.

4. Cara persalinan preterm

Masih sering muncul kontroversi dalam cara persalinan kurang bulan seperti : Apakah sebaiknya persalinan berlangsung pervaginam atau seksio sesarea terutama pada berat anin yang sangat rendah dan preterm sungsang, pemakaian forseps untuk melindungi la janin, dan apakah ada manfaatnya dilakukan episiotomi profilaksis yang luas untuk mengurangi trauma kepala. Bila janin presentasi kepala, maka diperbolehkan partus pervaginam. Seksio sesarea tidak memberi prognosis yang lebih baik bagi bayi, bahkan merugikan ibu. Prematuritas janganlah dipakai sebagai indikasi untuk melakukan seksio sesarea. Oleh karena itu, seksio sesarea hanya dilakukan atas indikasi obstetrik. Pada kehamilan letak sungsang 30 - 34 minggu, seksio sesarea dapat dipertimbangkan. Setelah kehamilan lebih dari 34 minggu, persalinan dibiarkan terjadi karena morbiditas dianggap sama dengan kehamilan aterm. (Mochtar, 2020)

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan persalinan

adalah sebagai berikut:

1. Lakukan secsio cesaria bila janin melintang
2. Persiapan resusitasi / konsul dokter untuk perawatan bayi setelah lahir
 - a. Prinsipnya adalah mencegah hipotermia
 - b. Jaga suhu tempat melahirkan agar tidak kirang dari 25 °C
 - c. Keringkan bayi dan jauhkan handuk yang basah
 - d. Letakkan bayi pada dada ibu untuk IMD
 - e. Periksa nafas dan denyut jantung bayi
 - f. Pakaikan bayi topi dan kaos tangan kaki
 - g. Selimuti ibu dan bayi agar trtap hangat
 - h. Lakukan IMD 2 jam kelahiran



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB III

DOKUMENTASI SOAP

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI SEGERA SETELAH LAHIR PADA NY. E USIA 33 TAHUN G2P1A0 UK 35+4 MINGGU DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL

Tanggal Pengkajian : 11 November 2025

Pengkajian Oleh : Iis Wahyuningsih

A. Data Subjektif

Biodata

Nama Ibu	: Ny. E	: Tn. A (alm)
Umur	: 33 tahun	: 44 tahun
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	: Islam
Pendidikan	: SMK	: SMK
Pekerjaan	: IRT	: Karyawan swasta
Alamat	: Grujukan RT 08 bantul	

1. Alasan kunjungan saat ini :

Ibu mengatakan ingin periksa hamil

2. Keluhan :

ibu mengatakan kenceng-kenceng sejak jam 14.00 wib, disertai lendir darah keluar dari jalan lahir.

3. Riwayat kehamilan ini :

HPHT : 26-02-2025

HPL : 03-12-2025

Usia kehamilan : 35+4 Minggu

TM I : mual mual

TM II : kadang masih mual

TM III : tidak ada keluhan

4. Riwayat menstruasi

menarche: umur 13 tahun, siklus: 28 hari, lama: 6-7 hari, banyaknya: 4-5

ganti pembalut, keluhan: tidak ada keluhan saat menstruasi

HPHT: 26-02-25, HPL: 03-12-25

5. Riwayat pernikahan :

Ibu mengatakan menikah 1x secara sah dengan suami sekarang, lama pernikahan 16 tahun

6. Imunisasi TT

Ibu mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT lengkap (TT 5)

7. Riwayat Obstetri

G2P1A0

8. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

- 2009 aterm, spontan, bidan, RS, perempuan, 2100 gr, hidup
- 2025 hamil ini

9. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan menggunakan kb implant atau susuk

10. Pemenuhan Kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi sebelum masuk RS

- 1) makan : 2-3x/hari, porsi sedang, jenis sayur dan lauk, disertai buah, tidak ada keluhan
- 2) minum : 7-8x/hari, jenis air mineral, tidak ada keluhan

Pola nutrisi setelah masuk RS

- 1) Makan : makan terakhir kemarin pukul 09.00 wib
- 2) Minum : Minum terakhir jam 11.40 wib

b. Pola istirahat

sebelum melahirkan :

ibu mengatakan 5-7 jam/hari dan tidak ada keluhan

setelah melahirkan :

ibu mengatakan kurang tidur karena sudah merasakan kontraksi teratur

c. Pola aktivitas

sebelum melahirkan:

ibu mengatakan kegiatan sehari hari adalah mengurus anak, dan suami. dan membersihkan lingkungan sekitar rumah

setelah melahirkan :

ibu mengatakan setelah melahirkan hanya berbaring, sudah bisa duduk, tidur dan bisa merawat bayinya dengan aktivitas ringan

keluhan : ibu mengatakan masih nyeri pada luka jahitan perineum

d. Pola eliminasi

1) sebelum masuk RS:

- BAB : 1x/hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, bau khas feses, tidak ada keluhan
- BAK : 4-5x/hari, warna kuning jernih, konsistensi cair bau khas urine, tidak ada keluhan

2) setelah masuk RS:

- BAB : ibu mengatakan hari ini belum BAB
- BAK : ibu mengatakan BAK terakhir jam 11.00 wib, tidak ada keluhan

e. Personal hygiene

Ibu mengatakan mandi 2-3x/hari, gosok gigi pada saat mandi, keramas 3 hari sekali, ganti pakaian 2-3x/hari, mengganti celana dalam jika basah/lembab

saat di RS ibu mengatakan mandi 1x namun sering mengganti pakaian dan celana dalam jika di rasa lembab

f. Pola seksualitas

sebelum hamil Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual dengan suami 1-2x/seminggu

saat di RS ibu mengatakan selama di rawat ibu belum melakukan hubungan seksual, tidak ada keluhan

g. Pola menyusui

ibu mengatakan akan menyusui anaknya secara asi eksklusif, dan menyusui selama 2 tahun

h. Pola kebiasaan sehari-hari

ibu mengatakan tidak merokok, tidak minum minuman berakohol, tidak mengkonsumsi narkoba

11. Riwayat kesehatan :

- a. Penyakit yang pernah diderita oleh ibu dan suami : ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit Hipertensi, DM, Penyakit Ginjal, Kanker, IMS dan penyakit hati ataupun penyakit lainnya yang di derita oleh ibu dan suami.
- b. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga : ibu mengatakan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit Hipertensi, DM, Penyakit Ginjal,

Kanker, IMS dan penyakit hati ataupun penyakit lainnya

- c. Riwayat keturunan kembar : ibu mengatakan tidak memiliki riwayat hamil kembar

12. Riwayat psikososial spiritual dan ekonomi :

- a. keadaan penerimaan keluarga terhadap kehamilan : Ibu mengatakan suami dan keluarganya sangat mendukung kehamilannya saat ini.
- b. Dukungan sosial : Ibu mengatakan teman dekat dan lingkungannya mendukung kehamilannya saat ini.
- c. Perencanaan persalinan : Ibu mengatakan ingin bersalin di RS
- d. Memberikan ASI : Ibu mengatakan akan memberikan asi secara eksklusif.
- e. Merawat bayi : Ibu mengatakan akan merawat bayi bersama dengan suaminya.
- f. Kegiatan ibadah : Ibu mengatakan mengerjakan shalat 5 waktu
- g. Kegiatan sosial : Ibu mengatakan mengikuti kegiatan sosial di lingkungannya.
- h. Persiapan keuangan ibu dan keluarga : Ibu mengatakan biaya persalinan menggunakan BPJS.

13. Keadaan lingkungan

ibu mengatakan lingkungan rumahnya aman, nyaman, bersih dan ibu mengatakan tidak memiliki hewan peliharaan

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Vital sign
 - 1) TD : 115/72 mmHg
 - 2) Nadi : 80x/menit
 - 3) Respirasi : 21x/menit
 - 4) Suhu : 36,7⁰ C
- d. Antropometri
 - 1) BB saat hamil : 88 kg, sebelum hamil : 74 kg
 - 2) TB : 146 cm
 - 3) Lila : 32 cm

4) IMT : 21 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : bentuk mesosefal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan/ pembengkakan, penyebaran rambut merata
- b. Leher : tidak ada pembengkakan pada vena jugularis, kelenjar, limfe, dan kelenjar tiroid
- c. Wajah : tidak ada oedema, tidak ada chloasma gravidarum
- d. Mata : simetris, konjungtiva sedikit anemis, sklera ikterik, tidak ada secret
- e. Telinga : simetris, ada dua daun telinga dan dua lubang, tidak ada penumpukan serumen
- f. Hidung : tidak ada pembengkakan, tidak ada polip, tidak ada secret, cuping normal
- g. Mulut : bibir pucat dan kering, gigi tidak berlubang, tidak berbau
- h. Payudara : tidak ada benjolan, puting susu menonjol, sudah ada pengeluaran asi.
- i. Abdomen :
 - leoplod I : bagian fundus atas teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong)
 - leoplod II : teraba keras memanjang seperti papan (punggung) disebelah kanan, dan bagian kecil-kecil (eksternitas) disebelah kiri
 - leoplod III : teraba bulat, keras (kepala) tidak dapat digoyangkan
 - leoplod IV : divergen TFU: 31cm
 - TBJ: $(31-11) \times 155 = 3100$ gram
 - DJJ: 142x/menit
- j. Eksternitas atas dan bawah : bagian atas tidak ada oedem, jari-jari tangan lengkap, kuku bersih, tidak ada nyeri tekan. bagian bawah tidak ada oedema, jari-jari kaki lengkap,

kuku bersih tidak ada nyeri tekan, tidak ada varices

k. Genetalia luar : terdapat jahitan pada perineum, masih basah, pengeluaran lochea rubra

l. Anus : tidak dilakukan pemeriksaan

m. Pemeriksaan dalam : jam 08.00 wib

v/u tenang dinding vagina licin, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, preskep, kepala hodge 1, selaput ketuban + , stld -, AK +

n. Data penunjang

- 1) HB : 12,2 g/dl (normal 12-16 g/dl)
- 2) GDS : 98 mg/dl (normal <180 mg/dl)
- 3) Goldar : A
- 4) Protein urin: negatif (-)
- 5) HBSAG : Non Reaktif
- 6) HIV : Non Reaktif
- 7) Syphilis : Non Reaktif
- 8) USG : janin tunggal hidup intrauterine
- 9) Skala nyeri : 3

C. Analisa

Ny. P usia 27 tahun G2P1A0Ah1 uk 33+5 minggu inpartu kala 1 fase laten

D. PENATALAKSANAAN

1. memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu, ibu dalam keadaan sehat

TD : 115/72 mmhg, N : 76x/menit, RR : 21x/menit, Suhu : 36 c
leoplod I : bagian fundus atas teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong)

leoplod II : teraba keras memanjang seperti papan (punggung) disebelah kanan, dan bagian kecil-kecil (eksternitas) disebelah kiri leoplod III : teraba bulat, keras (kepala) tidak dapat digoyangkan

leoplod IV : divergen TFU: 31cm

TBJ: $(31-11) \times 155 = 3100$ gram

DJJ: 142x/menit

v/u tenang dinding vagina licin, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, preskep, kepala hodge 1, selaput ketuban + , stld -, AK +

hb : 12,5 g/dl gds : 98 mg/dl

protein urin : negatif

tripelE : non reaktif

hasil evaluasi : ibu mengerti

2. Mengobservasi KU, vital sign, DJJ, HIS, kemajuan persalinan
pukul 11.00 wib
KU : baik, kesadaran : Composmentis
TD : 110/71 mmHg, N : 72 x/menit, Respirasi : 21x/menit, Suhu : 36,7°C
Djj : 145x/menit, pembukaan 5 cm, his : 2x10'20-40" kepala H3, selaput ketuban (+) STLD (-) AK (+)
hasil evaluasi : kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik dan stabil
3. Memfasilitasi pemenuhan nutrisi
Hasil evaluasi : ibu dapat menghabiskan makanan setengah porsi
4. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan cara miring kiri dan teknik nafas panjang pada saat ada kontraksi
Hasil : Ibu mengerti dan paham
5. Melakukan Persiapan Persalinan
 - a. Partus set dan Heacting set : 1 bak Instrumen besar / sedang yang berisi 1 ½ Kokher, 1 gunting episiotomy, 2 Klem tali pusat, 1 gunting tali pusat, 1 Foley catheter, Kassa, 3 spuit 3cc, 1 duk steril, 1 nald Fulder, 1 gunting benang, 1 Pinset Surgery, catcut No 2/0 37
 - b. Resusitasi set : Meja Resusitasi, lampu, Suction, Kanul saction no.8
6. APD : Apron, Sepatu booth, Handscoon Steril , Handscoon Sterill pendek
7. Obat-obatan 4 Ampul oksitosin, 1 ampul Lidokain, 1 ampul emometrin, 3 Flabote Cairan Infus RL, Iodium Povidon
8. Perlengkapan ibu dan bayi : 1 Set Lengkap baju bayi lengkap, bedong, baju ibu jarit ibu handuk bayi, handuk Ibu
Hasil : Persiapan persalinan Sudan disiapkan
9. memberikan Informent consent pertolongan persalinan Pervaginam
Hasil : telah diberikan
10. Melakukan Pendokumentasian
Hasil : telah dilakukan mencatat di rekam

KALA II

08-11-2025 pukul 12.30 wib

SUBYEKTIF : Ibu mengatakan rasa mules yang semakin kuat dan ingin meneran dengan terjadinya kontraksi

OBJEKTIF : KU : Baik, Kesadaran Composmentis

TD : 115/72mmHg, Nadi : 80 x/mnt RR : 21x/mnt, S : 36,7° C

HIS : 3 x 10 menit 20-40 detik DJJ : 145 x/mnt

VT : v/u tenang, Portio lunak tipis , pembukaan 10 cm, penurunan bagian terbawah janin kepala seberapa masuk di rongga panggul (H II), selket (-), stld (-), ak jernih, perineum kelihatan menonjol , Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm

ANALISA : Ny. E usia 33 Tahun G2P1A0 UK 35+4 minggu Inpartu Kala II

PENATALAKSANAAN

1. Mendengar dan melihat tanda Kala II
2. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
3. Ibu merasa adanya tekanan pada rektum dan atau vaginanya. Terlihat perineum menonjol
4. Terlihat vulva dan anus membuka

Hasil : Ibu sudah ingin meneran, perineum sudah menonjol dan vulva sudah terbuka Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir siap digunakan.

a. Untuk ibu :

- 1) Menyiapkan artus set, kain untuk alas bokong Menyiapkan oksitosin 10 unit.
- 2) Patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai didalam partus set .
- 3) Semua pakaian, handuk, selimut dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat.
- 4) Persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu : cairan kristaloid, set infus, set darah.

b. Untuk bayi ;

1) Untuk resusitasi :tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, pengganjal bahu, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

2) Timbangan, pita ukur, stetoskop bayi dan termometer dalam kondisi baik dan bersih.

3) Handuk kering dan bersih

Hasil : Alat sudah lengkap

5. Menggunakan APD lengkap

Hasil : sudah menggunakan APD lengkap

6. Mangambil spuit dengan satu tangan (one hand) yang sudah bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set.

Hasil : Spuit Oksitosin sudah di letakan di dalam bak instrumen

7. Memberihkan Vulva dan perineum

Hasil : Sudah di bersihkan

8. Periksa DJJ segera setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)

Hasil : DJJ normal 136x/menit

9. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada pasien dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap memposisikan ibu dengan nyaman dan akan di pimpin persalinan

Hasil : ibu dan keluarga memahami

10. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

Hasil : Ibu sudah dalam posisi nyaman

11. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:

a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif

b. dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai

- c. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
- d. Anjurkan keluarga memberikan dukungan dan semangat untuk ibu
- e. Beri cukup asupan cairan per oral (minum)
- f. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai

Hasil : Ibu bersedia

12. Menjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan untuk meneran

Hasil : ibu bersedia

13. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

Hasil : sudah diletakan

14. letakkan underpad di bawah bokong ibu

Hasil : telah diletakan

15. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan (termasuk duk steril)

Hasil : partus set lengkap

16. Pakai sarung tangan steril pada kedua pada kedua tangan

Hasil : sudah dipakai

17. Melakukan pertolongan bayi :

Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang ksin/dik ysng dilipst 1/3 bagian di bawah bokong ibu. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal.

- a. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - 1. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
 - 2. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut
- b. Setelah kepala lahir, tunggu hingga kepala janin melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- c. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah

bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. (lahirnya Bahu)
d. Setelah bahu lahir, geser tangan yang berada dibawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan yang berada diatas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. (lahir badan Tungkai)

e. Setelah tubuh dan lengan lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada diatas ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki

Hasil : Bayi lahir Spontan jam 12.35 WIB

18. Lakukan penilaian segera pada bayi (selintas): 1) Apakah bayi cukup bulan? 2) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan? 3) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Hasil : Bayi kurang bulan, menangis kuat, gerak aktif

19. keringkan dan posisikan tubuh bayi diatas perut ibu

a. keringkan muka, kepala dan bagian tubuh lain (kecuali tangan) tanpa membersihkan verniks

b. ganti handuk yang kering

pastikan posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu

20. periksa kembali uterus untuk memastikan ada janin kedua tau tidak

21. beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

22. dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit secara IM di 1/3 distal lateral paha

23. setelah 2 menit sejak bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat karah ibu, klem tali pusat sekitar 2 cm distal dari tali klem pertama

24. potong tali pusat dan ikat tali pusat dengan benang dtt/steril

25. letakkan bayi ternggurap didada ibu untuk skin to skin dan IMD kurang lebih 1 jam

KALA III

tanggal 08-11-2025 pukul 12.40 wib

SUBYEKTIF : Ibu mengatakan perut masih sedikit mules

OBYETIF : KU : Baik, Kesadaran Composmentis, TFU : 3 jari dibawah pusat

Kontraksi : Baik keras

ANALISA : Ny. E usia 33 tahun P2A0 Inpartu Kala III

PENATALAKSANAAN :

Manajemen Aktif Kala III

1. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5–10 cm dari vulva
Hasil Sudah dilakukan
2. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis dan tangan lain menegangkan klem untuk menegangkan tali pusat.
Hasil Sudah dilakukan
3. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso-kranial) secara berhati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.
Hasil : Sudah dilakukan
4. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal, ternyata diikuti pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya di tegangkan (jangan ditarik secara kuat, terutama bila uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir ke arah bawah sejajar lantai). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat: 1. Beri dosis ulangan 10 unit oksitosin IM. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh 3. Minta keluarga untuk menyiapkan merujuk 4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir. Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.
Hasil : telah dilakukan
5. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan.

Pegang dan putar plasenta sesuai arah jarum jam hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Hasil : Plasenta lahir jam 12.40 WIB

6. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan kain untuk alas telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

Hasil : masase uterus Telah dilakukan selama 15 detik

7. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi luas dan menyebabkan perdarahan

Hasil : Laserasi Derajat 2

8. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun janin dan pastikan plasenta telah lahir selaputnya lengkap dan utuh

Hasil : Plasenta lengkap

9. Melakukan Penjahitan pada derajat 2 yaitu dari mukosa vagina sampai otot perineum

Hasil : sudah di hecing

10. Mengajarkan massase uterus kepada ibu dan keluarga

Hasil : Ibu dan keluarga memahami

KALA IV

Tanggal 08-11-2025 Jam 12.55 wib

SUBYEKTIF : Ibu mengatakan Masih sedikit Mulas

OBYEKTIF : Plasenta telah lahir, laserasi perineum Grade II, kontraksi uterus baik keras, tfu 3 jari dibawah pusat, perdarahan: 150 Cc, Colostrom: +, TD: 126/104 mmHg, N:100.x/mnt, S: 36 C, RR 20 x/mnt

ANALISA : Ny. P usia 27 tahun P2A0 Partus kala IV

PENATALAKSANAAN :

1. Memberi tahu ibu hasil pemeriksaan baik TD: 126/104 mmHg, N:100x/mnt, S: 36 C, RR 20 x/mnt TFu: 3 jari dibawah pusat
Hasil ibu mengerti
2. Memberi tahu ibu bahwa telah dilakukan penjahitan Perineum pada grade II

- Hasil: Ibu mengerti
3. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak ada pendarahan
Hasil Kontraksi baik keras
 4. Memastikan Kandung kemih Ibu Kosong.
Hasil kandung Kemih Ibu Kosong.
 5. Membereskan Partus set dan menyemprotkan ALKALIM
Hasil Partusset telah dibereskan
 6. Menganjurkan Ibu/Keluarga melakukan masase uterus untuk Menilai Kontraksi
Hasil Ibu mengerti
 7. Memeriksa Nadi ibu dan Ku Ibu dalam keadaan baik
Hasil: Ku Ibu baik
 8. Evaluasi Jumlah kehilangan darah
hasil ibu kehilangan darah ± 150 cc
 9. pantau keadaan bayi dan pastikan bernafas baik
Hasil bayi dalam keadaan baik
 10. Membersihkan badan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan tissue
Steril dan membantu Ibu memakai pakaian
Hasil: Ibu sudah di bersihkan.
 11. Pastikan ibu merasa nyaman
Hasil: Ibu sudah nyaman dengan posisinya.
 12. Buang sampah ke bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat yang sesuai.
Hasil: sampah sudah di buang ke tempat Sampah Sesuai.
 13. Dekontaminasi tempat bersalin danman Larutan Stericid
Hasil : Sudah di dekontaminasi
 14. Pakai sarung tangan bersih untuk memberikan salep mata, VIT K inj/IM di
paha kiri bawan lateral dalam 1 jam setelah Persalinan Jam: 13.35 wib
Hasil: bayi sudah diberi Vit k, salep mata
 15. Lakukan Pemeriksaan fisik Lanjutan, pastikan kondisi baik tetap baik (R: 40-
60x/menit). pastikan kondisi bayi tetap bisa dilakukan setiap 15 menit
Hasil: RR Bayi 42 x/menit.
 16. Setelah 1 jam pemberian Vit K. berikan imunisasi HB-0 pada jam 14.35 di paha
kanan bawah Interl
Hasil Imunisasi HB-0 telah dilakukan / di berikan.
 17. Melengkapi Partograf, pemeriksaan itu dan asukan Kala IV

Hasil Partograf terlampir

18. Pendokumentasian

Hasil mencatat di rekam medis, partograf lengkap.

Bantul, 2 Januari 2026

Pembimbing pendidikan

Pembimbing lahan

Mahasiswa

(Belian Anugrah Estri, S.ST., MMR)

(Bdn. Siti Abdillah, S.ST)

(Iis Wahyuningsih)



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

BAB IV

PEMBAHASAN

Pembahasan merupakan bagian dari laporan kasus yang membahas tentang kendala atau hambatan selama melakukan asuhan kebidanan pada pasien. Kendala tersebut menyangkut kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Dengan adanya kesenjangan tersebut dapat dilakukan pemecahan masalah untuk perbaikan atau masukan demi meningkatkan asuhan kebidanan.

Dalam Asuhan Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.E Umur 33 Tahun G2P1A0Ah0 UK 35+4 Minggu Postpartum Spontan Dengan Preterm Di RSUD Muhammadiyah Bantul disusun berdasarkan dasar teori dan asuhan yang nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan SOAP

A. KALA I

1. Subyektif

Berdasarkan hasil pengkajian Ny. E datang ke ruang Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul pada tanggal 8 November 2025 pukul 00.30 WIB. Ibu mengatakan kencang- kencang sejak kemarin pukul 14.00 WIB disertai cairan keluar lendir darah dari jalan lahir. Ibu mengatakan gerak janin aktif Nyeri perut semakin kuat dan sering. 26-02-2025 dan HPL : 03-12-2025 jika dihitung dari pengakuan HPHT usia kehamilan ibu sekarang adalah 35+4 minggu. Menurut Mochtar (2020), Persalinan yang terjadi pada usia kehamilan 22-37 minggu disebut dengan kehamilan Preterm

Menurut teori bahwa usia kehamilan semakin besar dan mengalami penurunan kadar progesterone yang menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Berdasarkan teori oxytocin bahwa pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim. Mulas juga dapat terjadi karena pengaruh janin, dan juga teori prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua, hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan. Menurut teori, data subjektif yang didapatkan yaitu akan timbul rasa sakit atau nyeri abdomen karena adanya his yang bersifat intermiten datang lebih kuat, sering, dan teratur, keluar lendir bercampur darah (bloody show). Pada pengkajian yang diperoleh, ibu sudah ada tanda- tanda persalinan yang

sesuai dengan teori.

2. Obyektif

Hasil pemeriksaan fisik pada Ny. E keadaan umum ibu tampak kesakitan, kesadaran composmentis, Tanda-tanda Vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil inspeksi: tidak terdapat luka bekas operasi. Palpasi: TFU 31 cm, dimana TFU sesuai dengan usia kehamilan 35+4 minggu, teraba bagian keras, bulat, tidak melenting di fundus, teraba bagian-bagian kecil di bagian kiri, teraba punggung di bagian kanan (puka), bagian terendah janin kepala, sudah tidak dapat digoyangkan, divergen, perlimaan 2/5. His 3 kali dalam 10 menit lamanya 30 detik. Kandung kemih kosong. Auskultasi: DJJ 142x/menit, teratur dan kuat. TBJ: $(31-11) \times 155 = 3100$ gram. Pemeriksaan abdomen dalam batas normal.

Pada pemeriksaan genetalia didapatkan data yaitu terdapat pengeluaran lendir darah, tidak terdapat varises, tidak terdapat pembengkakan kelenjar skene dan kelenjar bartholin, portio tipis, pembukaan 4 cm, air ketuban (-), Hodge I, ubun-ubun kecil depan tidak ada moulage. Menurut teori pada pemeriksaan dalam ditemukan serviks mendatar dan pembukaan telah ada. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Dari teori dan data yang didapatkan bahwa ibu sudah memasuki tanda-tanda persalinan.

3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh, maka dapat ditegakkan analisa “Ny. E usia 33 tahun G2P1A0Ah1 usia kehamilan 35+4 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala, keadaan janin baik inpartu Kala I fase laten”

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang di berikan yaitu memberitahukan ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa ibu sudah memasuki proses persalinan, dan pembukaan sudah lengkap, Informed choise dan informed consent bertujuan untuk bukti bahwa ibu dan keluarga bersedia ditolong bidan serta sebagai bukti perlindungan hukum bidan, Menginformasikan ibu dan keluarga tentang kondisi janinnya yang kemungkinan besar akan

mengalami gagal nafas, kemungkinan ini sesuai dengan teori (mochtar,2020) diberikan avice berupa : Infus RL/20 tpm, Observasi His, DJJ dan kemajuan persalinan, dan Lahirkan pervaginam.

Mengajarkan ibu teknik rileksasi dan menganjurkan ibu untuk mengatur napas diantara his dan tidak memperbolehkan ibu untuk meneran, Untuk menghindari adanya penghambat persalinan karena dehidrasi maupun keadaan kandung kemih yang penuh sehingga proses penurunan janin terhambat. Memberikan ibu dukungan untuk tetap semangat menghadapi proses persalinan, menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi dan hidrasinya, dan untuk tidak menahan BAK maupun BAB. Membantu ibu memilih posisi yang nyaman, memantau kesejahteraan ibu dan janin setiap 30 menit. Data perkembangan terlampir pada partograf. Menurut teori Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan seperti memberi dukungan dan yakinkan dirinya, berikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan, dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaannya. Jika ibu tampak kesakitan, dukungan/asuhan yang dapat diberikan seperti bantu ibu memilih posisi yang diinginkan, tetapi jika ibu ingin ditempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring kiri, selain itu ajarkan kepadanya teknik bernapas seperti ibu diminta untuk menarik napas panjang, menahan napasnya sebentar kemudian lepaskan dengan cara meniup udara ke luar sewaktu terasa kontraksi. Penolong menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin ibu. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi, berikan cukup minum. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin. Penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori yang ada.

B. KALA II

1. Subyektif

Pada pukul 12.30 WIB (8 November 2025) ibu memasuki kala II ibu mengeluh mulasnya semakin terasa sering dan bertambah sakit dan ketuban pecah spontan jernih dan ibu ingin mengejan. Menurut teori salah satu gejala-gejala Kala II adalah: His, menjadi lebih kuat, kontraksinya selama

3x10'>40 detik, datangnya tiap 2- 3 menit. Data yang didapat sudah sesuai dengan teori yang ada

2. Obyektif

Pukul 12.30 WIB dilakukan pemeriksaan kembali karena ibu mengatakan mulasnya semakin kuat, ketuban pecah spontan jernih, saat dilakukan pemeriksaan didapat pengeluaran lendir bercampur darah semakin banyak dan pada saat pemeriksaan dalam portio sudah tidak teraba, pembukaan lengkap, Hodge III ubun ubun kecil kanan depan, tidak ada moulage. Terdapat tekanan anus/anus terbuka. Sesuai teori yang ada bahwa tanda gejala kala II yaitu memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm. His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama > 40 detik, datangnya tiap 2-3 menit, pasien mulai mengejan, pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul perineum menonjol, vulva membuka dan adanya tekanan pada anus.

3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh, maka dapat ditegaskan analisa Ny. E usia 33 tahun inpartu kala II, janin hidup

4. Penatalaksanaan

Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu sudah pembukaan lengkap dan akan dipimpin bersalin sesuai dengan langkah APN, Bayi lahir pukul 12.35 WIB dilakukan pemeriksaan selintas segera setelah lahir yaitu bayi kurang bulan, menangis kuat, gerak bayi aktif. Setelah dilakukan pemeriksaan selintas mengeringkan bayi lalu tidak dilakukan IMD karena usia kehamilan 35+4 minggu.

C. KALA III

1. Subyektif

Pukul 12.40 wib Ibu mengatakan perutnya mulas kala III pada kasus Ny.E berlangsung 5 menit hal ini sesuai dengan teori (Wiknjastro,2016) yaitu Kala III (kala pengeluaran plasenta) berlangsung tidak lebih dari 30 menit setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 5 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.

2. Obyektif

Pada fundus uteri pukul 12.37 wib disuntikan oksitosin pertama pada 1 menit setelah bayi lahir dan dilakukan pemeriksaan dengan hasil KU ibu baik, TFU: 3 jari dibawah pusat, kontaksi baik keras, palpasi tidak ada janin kedua plasenta lahir lengkap jam 12.40 wib

3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh, maka dapat ditegakkan analisa Ny. E usia 33 tahun P2A0 Inpartu Kala III

4. Penatalaksanaan

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif serta analisa yang telah dibuat, maka disusunlah penatalaksanaan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan klien Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. E adalah melakukan rangsangan taktil pada uterus, Evaluasi Tinggi Fundus uteri memeriksa kemungkinan perdarahan, melakukan penjahitan perineum pada grade II yaitu dari mukosa vagina sampai otot perineum.

D. KALA IV

1. Subyektif

Ibu mengatakan sedikit masih merasa mulas Pada 2 jam pasca persalinan ibu masih merasa mulas pada bagian perutnya. Hal ini sesuai dengan teori menurut Kenneth bahwa ibu akan mengalami kontraksi setelah proses persalinan karena merupakan proses pengecilan rahim ke bentuk semula dan salah satu untuk mencegah perdarahan setelah persalinan. Dua jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Petugas atau bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi dan memastikan bahwa keduanya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi

2. Obyektif

Data yang didapatkan dari pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, composmentis yaitu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup baik terhadap stimulus yang diberikan. TD: 126/104 mmHg, N: 100x/menit, S; 36,6, RR; 21x/menit, pengeluaran asi Colostrum (+), TFU 3 jari dibawah pusat, dalam keadaan normal, uterus akan mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil

sampai kurang dari 4 minggu. Uterus teraba bulat, kandung kemih kosong, Total pengeluaran darah +/- 150 cc perdarahan dalam batas normal. Menurut teori jumlah perdarahan normal setelah persalinan yaitu kurang dari 500cc

3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh, maka dapat ditegaskan analisa Ny. E usia 33 tahun P2A0 Inpartu Kala IV

4. Penatalaksanaan

Asuhan yang diberikan kepada ibu pada kala IV memantau kontraksi Rahim, mengontrol pendarahan, melakukan pemeriksaan TTV dan keadaan umum ibu setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua yaitu mengajarkan ibu dan keluarga masase uterus agar rahim tetap berkontraksi dengan baik. Menurut teori, periksa fundus setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras. Apabila uterus berkontraksi, otot uterus akan menjepit pembuluh darah untuk menghentikan perdarahan. Hal ini dapat mengurangi kehilangan darah dan mencegah perdarahan pasca persalinan.

Ajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi, tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi. Melakukan pemantauan kontraksi, perdarahan, TTV Kala IV. Pemantauan kontraksi pada uterus sangat penting dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal yang terhambat. Kontraksi uterus yang tidak kuat dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengancam keselamatan ibu. Pemantauan dapat dilakukan dengan cara meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uterus telah turun dari pusat, karena normalnya setelah plasenta lahir fundus uterus berada 1-2 jari dibawah pusat. Kemudian selain kontraksi, perdarahan juga menjadi sangat penting untuk dipantau pengeluarannya. Perkiraan darah yang hilang sangat penting untuk keselamatan ibu, terdapat beberapa cara untuk menghitung jumlah kehilangan darah, salah satunya melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Jika menyebabkan lemas, pusing dan kesadaran menurun serta

tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500ml.

Perdarahan terjadi karena kontraksi uterus yang tidak kuat, sehingga tidak mampu menjepit pembuluh darah disekitarnya akibatnya perdarahan tak dapat dihentikan. Memberikan ibu obat 1 tablet Asam mefenamat, 1 tablet Amoxcilin, Cipofolaxin 1 tablet dan 1 tablet Fe. Pemberian Asam mefenamat untuk ibu itu dikarenakan Asam mefenamat merupakan analgesik untuk mengurangi nyeri sehingga diberikan kepada ibu untuk mengurangi nyeri yang dirasakan setelah mengalami proses persalinan. Pembelangkah terakhir Adalah Mendokumentasikan semua asuhan yang diberikan ke dalam patograf. Penanganan pada asuhan kebidanan bersalin dengan Preterm di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada



BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan Asuhan Kebidanan yang dilakukan dan pembahasan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin spontan Ny. E usia 33 tahun G2P1A0Ah01 UK 35+4 minggu dengan Preterm Di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul mulai pengumpulan data sampai evaluasi maka penulis dapat mengambil kesimpulan.

1. Pengkajian dilakukan pada tanggal 08-11-2025 pukul 00.30 wib didapatkan identitas pasien bernama Ny. E usia 33 tahun. Kencang-kencang sejak kemarin pukul 14.00 wib disertai keluar lender darah dari jalan lahir, gerak janin aktif nyeri perut semakin kuat dan sering.
 2. Interpretasi data diagnosa kebidanan pada kasus didapatkan Ny. E berumur 33 tahun G2P1A0Ah1 usia kehamilan 35+4 minggu janin tunggal hidup intrauteri presentasi kepala inpartu kala I fase laten usia kehamilan termasuk kedalam Preterm
 3. Diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada Ny. E dengan persalinan Preterm
 4. Antisipasi yang dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah potensial adalah dengan pemantauan TTV dan DJJ, pemantauan tanda infeksi, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik
 5. Rencana tindakan yaitu memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, pemberian dukungan emosional kepada ibu dan keluarga supaya tidak cemas, berkolaborasi dengan dokter, pemantauan HIS, DJJ dan tanda infeksi serta induksi alami persalinan
 6. Pelaksanaan asuhan yang telah direncanakan berupa pemberian konseling dan dukungan kepada Ibu dan keluarga, pemantauan DJJ dan tanda infeksi ibu setiap 30 menit, melakukan pijat oksitosin, mengajarkan ibu teknik mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan ibu selama persalinan.
- Evaluasi dilakukan kepada Ny. E dan Bayi. Bayi lahir spontan pada pukul 12.35 wib. Keadaan Bayi baik dirawat gabung dengan Ibu. Kondisi Ibu dan Bayi dalam keadaan sehat setelah dilakukan pemeriksaan dan pemantauan 2

jam post partum

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka peneliti dapat mengemukakan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi Institusi

Diharapkan pengkajian ini dapat digunakan sebagai salah satu literatur atau acuan dengan kasus yang sama dapat menjadi sumber ilmu pengetahuan dan bahan baan bagi mahasiswa kebidanan lainnya.

2. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan Pengkajian ini dapat dijadikan sebagai acuan bagi lahan praktek dan menjadi lebih baik dalam mengatasi masalah Persalinan dengan Preterm.

3. Bagi Penulis

Dari hasil pengkajian ini diharapkan dapat dijadikan acuan dalam melakukan peneliti selanjutnya dan dapat meneliti lebih jauh Persalinan dengan Preterm sehingga hasil pengjakian dapat sesuai dengan yang diharap.

4. Bagi Masyarakat

Diharapkan pengkajian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam hal menangani masalah Persalinan Preterm yang ada dalam masyarakat khususnya pada ibu hamil serta dapat menjadi masukan bagi tenaga kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang baik bagi ibu bersalin dengan preterm sesuai dengan produser

DAFTAR PUSTAKA

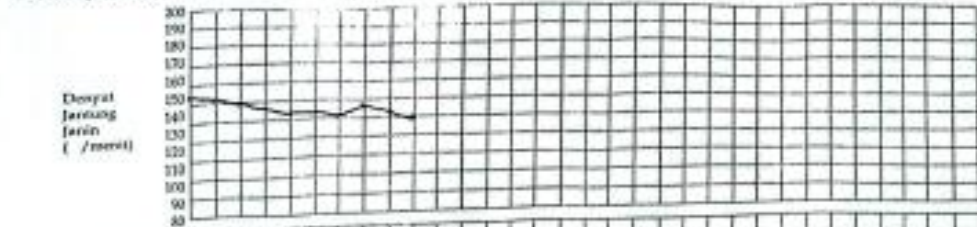
- APN. 2014. Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal. JNPK-KR. Jakarta.
- Cunningham. 2013. Obstetri Williams. EGC. Jakarta
- Halimah, Viantika, Dian. 2019. Hubungan Usia Ibu Hamil dengan Kejadian Persalinan Prematur di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. STIKes Surya Global Yogyakarta.
- Hanifah Annisa Luthfi. 2017. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Persalinan Preterm di RSUD Wonosari Tahun 2015-2016. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan.
- Kurniarum, Ari. 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes, RI. 2013. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
- Mochtar, Anantyo Binarso. 2020. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, dan Ida Bagus Gde Manuaba. 2014. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan. Edisi 2. EGC. Jakarta.
- Nursiah, Ai, dkk. 2014. Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan. PT. Refika Aditama. Bandung.
- Nurwiandani, Widy, dan Yuni Fitriana. 2021. Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif dalam Asuhan Kebidanan. Pustaka Baru Press. Yogyakarta.
- Putri, Ignatius, Dadan. 2017. Hubungan Usia Ibu Beresiko dengan Angka Kejadian Preterm di Wilayah Puskesmas Perkotaan. Fakultas Kedokteran Universitas Swadaya Gunung Jati.
- Prawirohardjo, S. 2014. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Rochjati, P. 2011. Skrining Antenatal pada Ibu Hamil Edisi 2. Salemba Medika. Jakarta.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2014. Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan

- Neonatal. Bina Pustaka. Jakarta.
- Sarwono, Prawirohardjo 2016. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Sekar Maharani. 2018. Hubungan Usia saat Kehamilan dengan Kejadian Persalinan Preterm di Rumah Sakit DR.H.Abdul Moeloek Bandar Lampung. Fakultas Kedokteran Bandar Lampung
- Trisa YUSDILA, et al. 2019. Prevalensi dan Faktor Risiko Persalinan Preterm di RSUP Dr.
- Mohammad Hoesin Palembang. Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya
- Wahyuni, Rohani. 2017. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan Preterm. Aisyah Jurnal Kesehatan Vol.2 No.1. Akademi Kebidanan Media Bakti Nusantara.
- WHO. 2014. Born too soon. The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization, Geneva.
- Widia Shofa. 2015. Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal, Nuha Medika. Yogyakarta. Wiknjosastri
- Hanifa. 2016. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Yulizawati, SST. MKeb. 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Indonesia Pustaka. Sidoarjo

PARTOGRAF

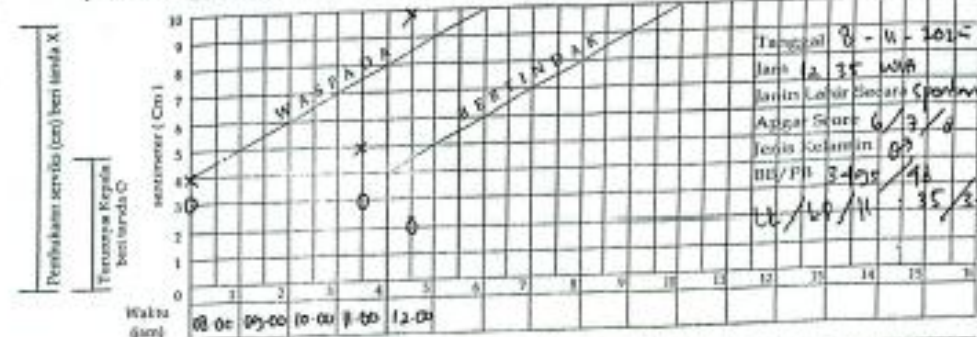
PARTOGRAF

No. Register 04811422 Nama Ibu/Bapak: Nis-E Umur 31 C. 2 P. 1 A. 0
 Puskesmas/RS/RB Masuk Tanggal 8-11-2015 Jan 00 Fe 30 Umur kehamilan 35 1/2 Minggu
 Ketuban pecah sejak jam _____ Alami 21.00 Hari sejak jam 19.00



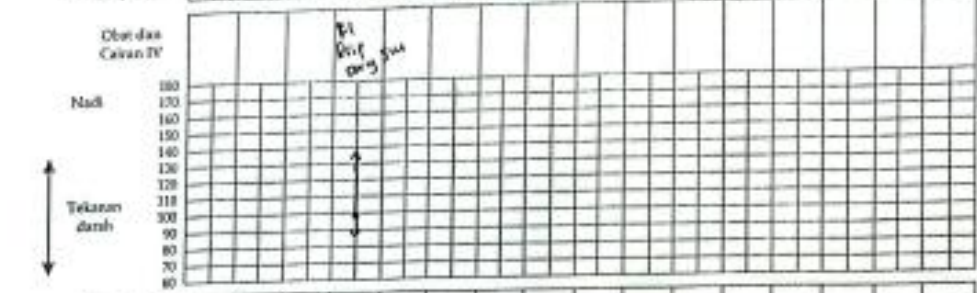
Air ketuban penyusutan

U	U	M
0	0	0



Obat dan Cairan IV

Obat	Cairan IV



Urin

Protein	
Aseton	
Volume	

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 8. II - 2015
- Nama bidan: K. Wahyuningtyas
- Tempat persalinan: RS PKU Muhammadiyah Bantul
- Alamat tempat persalinan: Jl. Jendral Sudirman No. 124 Bantul
- Catatan: rupek, kala I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat: rupek
- Pendamping pada saat merujuk:
 - ☐ Bidan ☐ Teman ☐ Suami ☐ Dukun ☐ Keluarga Tidak Ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - ☐ Gawat darurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMCT

KALA I

- Temon pada fase laten: Perlu intervensi Y / 0
- Ceruk dilatasi melewati garis scapada Y / 0
- Masalah pada fase aktif, sebutkan: Hiv, kram, nyeri intens
- Penatalaksanaan masalah tersebut: 0.5 sin 20-70
- Hasilnya:

KALA II

- Episiotomi:
 - ☐ Ya, Indikasi
 - ☒ Tidak
- Pendamping:
 - ☐ Suami ☐ Keluarga ☐ Teman ☐ Dukun ☐ Tidak Ada
- Gawat janin:
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - ☒ Tidak
 - ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II hasilnya:
- Distorsi bahu:
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 - ☒ Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tersebut dan hasilnya:

KALA III

- Inisiasi Menyusu Diri:
 - ☐ Ya
 - ☒ Tidak, alasannya: Bayi emping
- Lama kala III: 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U/ml?
 - ☒ Ya, waktu: 5 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan: ...
- Penjepitan tali pusat: 30 menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - ☐ Ya, alasan: ...
 - ☒ Tidak
- Penggunaan tali pusat terkendali?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan: ...

- Mengapa bandus uteri?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan: ...

- Plasenta lahir lengkap/potasi? Ya Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:

- Plasenta tidak lahir > 30 menit:
 - ☒ Tidak
 - ☐ Ya, tindakan: ...

- Lacerasi:
 - ☐ Tidak
 - ☒ Ya, dimana: perineum

- Jika lacerasi perineum derajat I / 2 / 3 / 4:
 - Tindakan: ...
 - ☒ Pengobatan dengan / tanpa anastesi
 - ☐ Tidak dilakukan

- Atonia uteri:
 - ☐ Ya, tindakan: ...
 - ☒ Tidak

- Jumlah darah yang keluar / perdarahan: 100 ml

- Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya:

- Hasilnya:

KALA IV

- Kondisi ibu: KU Baik, TD 100/60 mmHg, Nadi 80, /sari Napas 20/m

- Masalah kala IV dan penatalaksanaannya:

- Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR

- Berat badan: 3450 gram
- Parang badan: 48 cm
- Jenis kelamin: P
- Penilaian bayi baru lahir: baik / ada pemulih
- Bayi Lahir:
 - ☐ Normal, Tindakan:
 - ☐ Menghangatkan
 - ☐ Mengeringkan
 - ☐ Rangsang taktil
 - ☐ IMD atau nuri menyusu segera, penilaian usia gestasi
 - ☐ Tetes mata profilaktik, vitamin K, imunisasi Hepatitis B
 - ☒ Asfiksia, tindakan:
 - ☒ Menghangatkan
 - ☒ Bebaskan jalan napas (posisi dan hap lendir)
 - ☒ Mengeringkan
 - ☒ Rangsangan taktil
 - ☐ Ventilasi positif (jika perlu)
 - ☐ Asuhan pascarematasi
 - ☐ lain-lain, sebutkan: ...
- Cari bawakan, selanjutnya:
- Hipotermi: Ya / Tidak, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - Ya, Waktu: jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan: ...
- Masalah lain, sebutkan:
 - Penatalaksanaan dan Hasilnya: ...

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Temp °C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K. Kemih / I. Urin	I. darah ketuban
1	12.55	124/84	100	36.2	3 y 6 pt	Keras	Kosong	-
	13.10	116/78	95		3 y 6 pt	Keras	Kosong	-
	13.25	128/76	85		3 y 6 pt	Keras	Kosong	-
	13.40	131/80	80		3 y 6 pt	Keras	Kosong	50
2	13.55	129/75	87	36.5	3 y 6 pt	Keras	Kosong	-
	14.25	118/80	98		1 y 6 pt	Keras	Kosong	-