A *CASE REPORT*: PREMATURITAS AKIBAT MULTI FAKTOR RISIKO PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS PLAOSAN

Faiza Amalia Inayatulloh[1*], Rahayu Sumaningsih[2], Triana Septianti P[3], Nurwening Tyas W[4]

[1,2,3,4]*Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surabaya*
E-mail : izaizazafaiza@gamil.com

ABSTRACT

Prematurity remains one of the leading causes of neonatal morbidity and mortality. Premature infants require comprehensive, continuous, and family-centered midwifery care to support physiological adaptation after hospital discharge and prevent complications. To describe the implementation and outcomes of midwifery care using a *continuity of care* approach in a premature infant born due to multiple maternal risk factors. This study employed a descriptive case study design. The subject was a premature infant born at 30–31 weeks of gestation with a birth weight of 1,440 g at Plaosan Community Health Center. Data were collected through interviews, direct observation, physical examinations, and documentation review. Midwifery care was provided for 28 days following the midwifery management process, including assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. Maternal risk factors included a history of previous preterm birth, two spontaneous abortions, two previous cesarean sections, placenta previa, a short interpregnancy interval, and preterm premature rupture of membranes (*PPROM*) at 30–31 weeks of gestation. The infant initially presented with weak sucking reflexes and stagnant body weight. Comprehensive midwifery interventions included breastfeeding support, scheduled feeding with breast milk and formula, *Kangaroo Mother Care* (*KMC*), infection prevention education, monitoring of danger signs, and family counseling. During follow-up, the infant's weight increased from 1,500 g to 1,900 g, sucking reflexes improved, vital signs remained stable, and no respiratory distress or infection was observed. The mother also demonstrated improved knowledge and competence in providing home care. Comprehensive and continuous midwifery care involving active family participation contributed to improved clinical outcomes in the premature infant, as demonstrated by weight gain, improved feeding ability, stable physiological status, and increased maternal competence in home-based neonatal care. The *continuity of care* approach is recommended to optimize the management of premature infants after hospital discharge.

Keywords : Prematurity, Premature Infant, Midwifery Care, *Continuity Of Care*, *Kangaroo Mother Care*, Family-Centered Care.

ABSTRAK

Prematuritas merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonatal yang dipengaruhi oleh berbagai faktor maternal dan obstetri. Bayi prematur memerlukan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan untuk mendukung adaptasi setelah lahir serta mencegah terjadinya komplikasi. Mendeskripsikan faktor risiko kehamilan, hasil pengkajian dan penegakan diagnosis kebidanan, penerapan asuhan kebidanan, serta evaluasi hasil asuhan pada bayi prematur akibat multifaktor risiko di Puskesmas Plaosan. Penelitian ini menggunakan desain laporan kasus (*case report*) dengan pendekatan deskriptif. Subjek penelitian adalah bayi Ny. D yang lahir prematur pada usia kehamilan 30–31 minggu dengan berat lahir 1.440 gram. Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dokumentasi rekam medis, serta pemantauan secara *continuity of care* selama 28 hari. Analisis dilakukan secara deskriptif dengan membandingkan temuan kasus terhadap teori dan hasil penelitian terdahulu. Prematuritas pada kasus ini dipengaruhi oleh kombinasi berbagai faktor risiko, meliputi riwayat persalinan prematur, abortus berulang, dua kali *Sectio Caesarea*, plasenta previa, jarak kehamilan yang pendek, dan ketuban pecah dini pada usia kehamilan 30–31 minggu. Asuhan kebidanan meliputi pemantauan kemampuan menyusu, pemenuhan nutrisi, *Perawatan Metode Kanguru*, pencegahan infeksi, edukasi tanda bahaya, serta pemantauan pertumbuhan secara berkelanjutan. Setelah 28 hari pemantauan, berat badan bayi meningkat dari 1.500 gram menjadi 1.900 gram, refleks hisap membaik, kemampuan menyusu meningkat, tanda vital stabil, dan tidak ditemukan komplikasi. Asuhan kebidanan yang komprehensif dengan pendekatan *continuity of care* mampu mendukung peningkatan kondisi klinis bayi prematur serta meningkatkan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan mandiri di rumah.

Kata Kunci : Prematuritas, Bayi Prematur, Asuhan Kebidanan, *Continuity Of Care*, *Perawatan Metode Kanguru*.

PENDAHULUAN

Prematuritas merupakan kondisi kelahiran bayi sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir ibu. Bayi yang lahir prematur memiliki organ tubuh yang belum berkembang secara optimal sehingga lebih rentan mengalami berbagai gangguan kesehatan, seperti gangguan pernapasan, berat badan lahir rendah (BBLR), hipotermia, infeksi, serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa selanjutnya. Kondisi ini menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonatal sehingga memerlukan perhatian serius melalui upaya pencegahan, deteksi dini, dan penatalaksanaan yang komprehensif sejak masa kehamilan hingga setelah persalinan (Merdikawati et al., 2021; Muksin et al., 2025).

Secara global, prematuritas masih menjadi penyebab utama kematian bayi baru lahir dengan kontribusi sekitar 60–80% terhadap kematian neonatal. Di Indonesia, angka kelahiran prematur juga masih tergolong tinggi. Data *Riset Kesehatan Dasar* (*Riskesdas*) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi kelahiran prematur berkisar antara 7–14% dari seluruh kelahiran hidup atau sekitar 29,5 per 1.000 kelahiran hidup. Tingginya angka tersebut menunjukkan bahwa prematuritas masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang memberikan kontribusi besar terhadap tingginya angka kematian bayi usia kurang dari satu bulan. Oleh karena itu, upaya pencegahan dan penanganan prematuritas menjadi salah satu prioritas dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui pemeriksaan kehamilan yang berkualitas, deteksi dini faktor risiko, serta tata laksana yang tepat (Hasan Kadatua et al., 2025).

Prematuritas merupakan kondisi yang bersifat multifaktorial. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa faktor maternal, faktor obstetri, faktor plasenta, maupun faktor janin dapat berkontribusi terhadap terjadinya persalinan prematur. Faktor maternal meliputi usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, status gizi yang kurang, anemia, penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, maupun infeksi selama kehamilan. Sementara itu, faktor obstetri meliputi paritas tinggi (*grandemultipara*), riwayat persalinan prematur, riwayat abortus, jarak kehamilan kurang dari dua tahun, riwayat operasi sesar, serta komplikasi kehamilan seperti plasenta previa dan ketuban pecah dini (*KPD*). Selain itu, faktor janin seperti kehamilan ganda maupun kelainan kongenital juga meningkatkan risiko persalinan sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu (Prawirohardjo, 2018; Rahim et al., 2023; Prematur, 2021; Widiastuti et al., 2025; Muksin et al., 2025).

Secara patofisiologis, persalinan prematur terjadi akibat aktivasi berbagai mekanisme biologis yang melibatkan jaringan desidua, membran janin, dan miometrium. Aktivasi tersebut dapat dipicu oleh infeksi intrauterin, proses inflamasi steril, gangguan perfusi plasenta, peregangan uterus yang berlebihan, maupun stres maternal dan fetal. Kondisi tersebut meningkatkan produksi prostaglandin, sitokin proinflamasi, serta enzim *matrix metalloproteinase* yang menyebabkan pelunakan serviks, pecahnya selaput ketuban, dan kontraksi uterus sebelum waktunya. Selain itu, pelepasan hormon *corticotropin releasing hormone* (*CRH*) dari plasenta juga berperan dalam meningkatkan kontraktilitas uterus sehingga persalinan dapat terjadi sebelum usia kehamilan cukup bulan (Jenkins & Mikes, 2025).

Beberapa faktor risiko memiliki hubungan yang sangat erat dengan kejadian prematuritas. Paritas tinggi menyebabkan uterus mengalami peregangan berulang sehingga kekuatan otot rahim menurun dan meningkatkan risiko kontraksi prematur. Riwayat abortus dapat menimbulkan trauma pada serviks sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya inkompetensi serviks pada kehamilan berikutnya. Plasenta previa menyebabkan perdarahan antepartum yang dapat memicu

kontraksi uterus sehingga persalinan sering kali harus dilakukan sebelum cukup bulan demi keselamatan ibu dan janin. Selain itu, jarak kehamilan kurang dari 24 bulan menyebabkan tubuh ibu belum memiliki waktu yang cukup untuk memulihkan cadangan nutrisi maupun kondisi fisiologis reproduksi, sehingga meningkatkan risiko anemia, gangguan plasentasi, hingga persalinan prematur (Mardiani et al., 2021; Muksin et al., 2025; Isnada Rahim et al., 2023).

Di tingkat regional, prematuritas juga masih menjadi masalah kesehatan yang memerlukan perhatian. Data Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa di Provinsi Jawa Timur terdapat sekitar 11.525 kasus kelahiran prematur atau sekitar 2,2% dari seluruh kelahiran hidup. Selain itu, faktor risiko berupa jarak kehamilan yang terlalu dekat masih ditemukan pada sekitar 11–12% ibu hamil di wilayah tersebut. Kondisi serupa juga ditemukan di Kabupaten Magetan. Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Magetan Tahun 2023, tercatat 18 kasus (4,8%) kelahiran prematur dari 376 kelahiran hidup di wilayah kerja Puskesmas Plaosan. Data tersebut menunjukkan bahwa prematuritas masih menjadi salah satu masalah kesehatan ibu dan bayi yang memerlukan perhatian melalui upaya promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2022; Kementerian Kesehatan, 2023; Alip Kuntari et al., 2025).

Selain tingginya angka kejadian prematuritas, prevalensi faktor risiko juga masih cukup tinggi. Berdasarkan analisis *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia* (*SDKI*) tahun 2017, kejadian jarak kelahiran kurang dari 24 bulan masih banyak ditemukan pada ibu di Indonesia. Jarak kehamilan yang terlalu dekat terbukti meningkatkan risiko anemia, BBLR, dan persalinan prematur karena tubuh ibu belum sepenuhnya pulih setelah kehamilan sebelumnya (Fitri, 2020; Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2022; Kementerian Kesehatan, 2023).

Bayi prematur memiliki berbagai manifestasi klinis akibat imaturitas organ, antara lain berat badan lahir rendah, gangguan pernapasan berupa *Respiratory Distress Syndrome* (*RDS*), apnea, hipotermia, ikterus, refleks menghisap dan menelan yang belum sempurna, serta tonus otot yang rendah. Selain itu, secara fisik bayi prematur memiliki kulit tipis dan transparan, jaringan lemak subkutan yang sedikit, banyak ditutupi *lanugo*, serta perkembangan organ reproduksi yang belum sempurna. Kondisi tersebut menyebabkan bayi prematur memerlukan pemantauan intensif sejak lahir untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Prawirohardjo, 2018; Alisya & Efriza, 2026).

Penatalaksanaan bayi prematur dilakukan secara komprehensif sesuai pedoman pelayanan neonatal. Salah satu intervensi yang terbukti efektif adalah *Kangaroo Mother Care* (*KMC*) melalui kontak *skin-to-skin* antara ibu dan bayi untuk mempertahankan suhu tubuh, meningkatkan stabilitas pernapasan, memperbaiki ikatan ibu dan bayi, serta meningkatkan berat badan. Selain itu, pemenuhan kebutuhan nutrisi melalui ASI eksklusif menjadi aspek yang sangat penting. Apabila refleks menghisap belum optimal, pemberian ASI dapat dilakukan menggunakan *orogastric tube*. Pencegahan hipotermia, pemantauan tanda vital, pencegahan infeksi, pemantauan pertumbuhan, deteksi dini komplikasi, serta edukasi kepada keluarga juga menjadi bagian penting dalam asuhan bayi prematur (Nurul, 2023).

Selain penatalaksanaan pascakelahiran, upaya pencegahan pada kehamilan berikutnya juga memiliki peran penting. Pemeriksaan antenatal yang berkualitas memungkinkan tenaga kesehatan mendeteksi faktor risiko sejak dini sehingga intervensi dapat dilakukan sebelum terjadi komplikasi. Kementerian Kesehatan merekomendasikan minimal enam kali kunjungan antenatal selama kehamilan. Pada ibu dengan faktor risiko seperti *grandemultipara*, riwayat operasi sesar, maupun riwayat persalinan prematur, konseling mengenai pengaturan jarak kehamilan melalui penggunaan kontrasepsi pascapersalinan menjadi strategi penting untuk menurunkan risiko kejadian berulang.

Berbagai penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa prematuritas umumnya dipengaruhi oleh kombinasi beberapa faktor risiko maternal. Rahim et al. (2023) melaporkan bahwa usia ibu, paritas, status gizi, anemia, jarak kehamilan, serta komplikasi kehamilan berhubungan dengan meningkatnya risiko persalinan prematur. Penelitian Retnoningrum dan Ratnaningsih (2022) juga menunjukkan bahwa ibu *multigravida* memiliki risiko lebih tinggi mengalami persalinan prematur dibandingkan ibu *primigravida* akibat perubahan fisiologis uterus dan meningkatnya komplikasi obstetri. Namun demikian, sebagian besar penelitian masih menggunakan pendekatan analitik dengan menilai hubungan masing-masing faktor risiko secara terpisah, sedangkan laporan kasus yang menggambarkan interaksi berbagai faktor risiko maternal dalam satu kasus serta implementasi asuhan kebidanan secara komprehensif masih terbatas.

Kasus dalam penelitian ini memiliki karakteristik yang kompleks karena bayi lahir prematur pada ibu dengan berbagai faktor risiko yang terjadi secara bersamaan, yaitu *grandemultipara*, riwayat persalinan prematur, riwayat abortus akibat perdarahan, plasenta previa totalis, bekas operasi sesar berulang, jarak kehamilan yang terlalu dekat, serta *KPD*. Kombinasi faktor-faktor tersebut meningkatkan risiko terjadinya persalinan prematur dan komplikasi neonatal. Selain itu, kondisi lingkungan tempat tinggal di daerah pegunungan dengan suhu yang relatif dingin turut meningkatkan risiko hipotermia pada bayi prematur sehingga memerlukan pemantauan yang lebih intensif.

Keunikan kasus ini tidak hanya terletak pada banyaknya faktor risiko maternal yang terjadi secara bersamaan, tetapi juga pada penerapan asuhan kebidanan yang dilakukan secara komprehensif mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, pemantauan kondisi ibu dan bayi, pencegahan hipotermia melalui *KMC*, pemberian ASI eksklusif, edukasi kepada keluarga, hingga upaya pencegahan kehamilan berisiko pada masa mendatang melalui penggunaan kontrasepsi *Medical Operative Woman* (*MOW*). Dokumentasi kasus ini diharapkan dapat memberikan gambaran nyata mengenai penerapan asuhan kebidanan berbasis bukti pada kasus prematuritas dengan multi faktor risiko sekaligus menjadi referensi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan di fasilitas pelayanan kesehatan primer.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik menyusun laporan kasus berjudul *A Case Report: Prematuritas akibat Multi Faktor Risiko pada Ibu Hamil di Puskesmas Plaosan* sebagai upaya mendeskripsikan penerapan asuhan kebidanan secara komprehensif pada bayi prematur yang lahir akibat kombinasi berbagai faktor risiko maternal serta mengevaluasi hasil asuhan yang diberikan sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas pelayanan kebidanan.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *case report* untuk mendeskripsikan secara komprehensif penerapan asuhan kebidanan pada kasus prematuritas akibat multi faktor risiko pada ibu hamil. Pendekatan *case report* dipilih karena mampu memberikan gambaran nyata (*real-life*) mengenai proses pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi asuhan kebidanan pada satu kasus secara mendalam. Kasus yang diangkat merupakan kejadian aktual dalam praktik pelayanan kebidanan di Puskesmas Plaosan, Kabupaten Magetan, sehingga diharapkan dapat menjadi referensi dalam penatalaksanaan kasus prematuritas dengan faktor risiko yang kompleks.

Subjek dalam laporan kasus ini adalah Ny. D dengan kehamilan risiko tinggi yang mengalami persalinan prematur pada usia kehamilan 30–31 minggu. Persalinan terjadi akibat

kombinasi beberapa faktor risiko maternal, yaitu *grandemultipara*, jarak kehamilan yang terlalu dekat, riwayat abortus, serta Ketuban Pecah Dini (KPD). Bayi yang dilahirkan merupakan bayi prematur yang memerlukan asuhan kebidanan secara komprehensif selama masa perawatan.

Pengambilan kasus dilakukan di Puskesmas Plaosan, Kabupaten Magetan. Pemberian asuhan berlangsung selama 28 hari melalui empat kali kunjungan yang meliputi pengkajian awal, pemantauan kondisi ibu dan bayi, pelaksanaan intervensi kebidanan, serta evaluasi hasil asuhan. Selama periode observasi dilakukan pemantauan terhadap kondisi klinis bayi, termasuk perubahan berat badan, kemampuan menyusu, kestabilan suhu tubuh, dan kondisi umum bayi hingga menunjukkan perkembangan yang baik.

Pengumpulan data dilakukan menggunakan pendekatan dokumentasi *SOAP* (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) melalui data primer yang diperoleh secara langsung dari ibu, bayi, hasil observasi klinis, pemeriksaan fisik, serta dokumentasi rekam medis. Data subjektif diperoleh melalui anamnesis kepada ibu mengenai riwayat kehamilan, persalinan, dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian prematuritas. Informasi yang dikaji meliputi keluhan utama, riwayat keluar cairan dari jalan lahir, kontraksi uterus, nyeri perut bagian bawah, nyeri pinggang, riwayat abortus, jumlah kehamilan dan persalinan (*paritas*), jarak kehamilan, serta adanya komplikasi kehamilan seperti Ketuban Pecah Dini (KPD) yang diketahui dapat meningkatkan risiko persalinan prematur (Prawirohardjo, 2020).

Data objektif diperoleh melalui pemeriksaan fisik ibu dan bayi serta telaah rekam medis. Pemeriksaan pada ibu meliputi tanda-tanda vital dan kondisi obstetri, sedangkan pemeriksaan pada bayi meliputi usia kehamilan, berat badan lahir, panjang badan, lingkar kepala, *APGAR score*, tanda-tanda vital, refleks neonatal, serta pemeriksaan fisik untuk menilai tingkat kematangan organ. Selain itu, dilakukan observasi terhadap kemampuan menghisap, tonus otot, adaptasi pernapasan, serta kondisi klinis bayi sebagai dasar dalam menentukan masalah kebidanan dan kebutuhan asuhan (Dewi, 2022).

Tahap *assessment* dilakukan dengan menganalisis seluruh data subjektif dan objektif untuk menetapkan diagnosis kebidanan, mengidentifikasi faktor risiko, menentukan prioritas masalah, serta menyusun kebutuhan asuhan sesuai kondisi ibu dan bayi. Analisis dilakukan berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan antropometri bayi, serta pemeriksaan penunjang apabila diperlukan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan rencana asuhan yang sesuai (Rukiyah & Yulianti, 2019).

Intervensi kebidanan yang diberikan meliputi edukasi kepada ibu mengenai kondisi bayi prematur, faktor-faktor penyebab prematuritas, serta kebutuhan perawatan bayi prematur. Asuhan yang diberikan mencakup pemantauan tanda-tanda vital bayi, pencegahan hipotermia melalui penggunaan inkubator maupun *Kangaroo Mother Care* (*KMC*), pemenuhan kebutuhan nutrisi melalui ASI sesuai kemampuan bayi, pencegahan infeksi dengan menjaga kebersihan tangan dan lingkungan, pemantauan pertumbuhan bayi melalui pengukuran berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala secara berkala, serta edukasi mengenai tanda bahaya pada bayi prematur. Selain itu, ibu juga diberikan konseling mengenai pentingnya kunjungan kontrol secara rutin untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi setelah pulang dari fasilitas kesehatan.

Pelaksanaan asuhan dilakukan secara kolaboratif oleh bidan pelaksana bersama mahasiswa profesi kebidanan di bawah supervisi pembimbing praktik. Bidan bertanggung jawab dalam melakukan pengkajian, menetapkan diagnosis, menyusun rencana asuhan, memberikan tindakan kebidanan, melakukan edukasi, serta mengevaluasi kondisi ibu dan bayi secara berkelanjutan sesuai standar pelayanan kebidanan.

Evaluasi dilakukan pada setiap kunjungan dengan menilai perkembangan kondisi bayi berdasarkan perubahan berat badan, kestabilan suhu tubuh, frekuensi pernapasan, kemampuan menyusu, serta kondisi umum bayi. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan keberhasilan intervensi kebidanan maupun kebutuhan tindak lanjut sesuai perkembangan klinis bayi selama masa observasi.

Laporan kasus ini telah menerapkan prinsip etik penelitian kesehatan, meliputi pemberian *informed consent* kepada keluarga pasien sebelum pengambilan data, menjaga kerahasiaan identitas pasien dengan menggunakan inisial, serta menjamin bahwa seluruh informasi yang diperoleh hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah. Seluruh proses penyusunan laporan dilakukan dengan tetap memperhatikan prinsip menghormati hak pasien, kerahasiaan data, keadilan, serta tidak menimbulkan kerugian bagi subjek penelitian.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil

Karakteristik Kasus

Kasus yang dilaporkan merupakan bayi laki-laki usia 11 hari, anak keenam dari Ny. D usia 34 tahun dan Tn. A usia 35 tahun. Bayi lahir pada tanggal 11 Januari 2026 melalui tindakan *Sectio Caesarea* (*SC*) di RSUD dr. Soedono pada usia kehamilan 30–31 minggu dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD). Kehamilan termasuk kategori risiko sangat tinggi berdasarkan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) dengan skor 22 yang dipengaruhi oleh riwayat *abortus*, riwayat *Sectio Caesarea*, grande multipara, serta jarak kehamilan yang terlalu dekat.

Saat lahir bayi tidak segera menangis kuat, gerakan kurang aktif, dan memiliki *Apgar Score* 5–6. Berat badan lahir sebesar 1.440 gram dengan panjang badan 38 cm sehingga dikategorikan sebagai bayi berat lahir rendah (*BBLR*) akibat prematuritas. Bayi menjalani perawatan intensif di ruang *Pediatric Intensive Care Unit* (*PICU*) selama 11 hari. Selama perawatan bayi mengalami ikterus pada hari ketiga yang berhasil diatasi tanpa komplikasi lanjutan. Nutrisi diberikan melalui ASI dan susu formula khusus *BBLR* menggunakan *Nasogastric Tube* (*NGT*). Bayi dipulangkan dengan berat badan 1.500 gram setelah mampu menyusu secara mandiri dan kondisi klinis stabil.

Riwayat antenatal menunjukkan ibu melakukan pemeriksaan *Antenatal Care* (*ANC*) secara rutin, yaitu satu kali pada trimester I dan dua kali pada trimester II. Hasil pemeriksaan laboratorium selama kehamilan menunjukkan kadar hemoglobin 13,3 g/dL, golongan darah O Rh positif, protein urin negatif, serta hasil pemeriksaan HIV, HBsAg, dan sifilis seluruhnya nonreaktif. Selama kehamilan ibu mengonsumsi asam folat, *Multiple Micronutrient Supplements* (*MMS*), kalsium, dan vitamin kehamilan sesuai anjuran tenaga kesehatan.

Kondisi Awal Bayi

Pada kunjungan pertama (22 Januari 2026), bayi datang ke Puskesmas Plaosan untuk kontrol setelah menjalani perawatan di rumah sakit. Ibu mengeluhkan berat badan bayi belum mengalami peningkatan sejak pulang dari rumah sakit. Bayi mendapatkan ASI secara langsung maupun ASI perah sekitar 20 mL disertai susu formula khusus *BBLR* sebanyak ±20 mL setiap dua jam sesuai anjuran dokter anak. Bayi tidak mengalami muntah maupun sesak saat menyusu, tetapi refleks menghisap masih lemah dan bayi mudah lelah selama proses menyusu.

Pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik dengan kesadaran *compos mentis*. Suhu tubuh 36,7°C, frekuensi napas 44 kali/menit, dan denyut nadi 140 kali/menit. Berat badan tercatat 1.500 gram, panjang badan 38 cm, lingkar kepala 28 cm, dan lingkar dada 26 cm. Pemeriksaan

fisik tidak menunjukkan adanya retraksi dinding dada, sianosis, apnea, maupun tanda infeksi. Refleks menghisap masih lemah, sedangkan refleks menelan, *rooting*, *grasp*, dan *Moro* dalam kondisi baik. Berdasarkan hasil pengkajian ditegakkan diagnosis bayi sangat prematur usia 11 hari dengan refleks menghisap lemah dan berat badan stagnan.

Asuhan yang diberikan meliputi edukasi mengenai kondisi bayi prematur, pemantauan kemampuan menyusu, penyusunan jadwal pemberian ASI dan susu formula setiap dua jam, pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru (*PMK*), pencegahan infeksi, pemantauan tanda bahaya neonatal, serta penjadwalan kunjungan ulang satu minggu berikutnya.

Perkembangan Selama Masa Pemantauan

Pemantauan dilakukan selama empat kali kunjungan dalam rentang waktu 28 hari. Pada kunjungan kedua, usia bayi 19 hari, ibu melaporkan bayi masih mudah lelah saat menyusu walaupun kemampuan menghisap mulai membaik. Bayi menerima ASI dan susu formula sebanyak 20–30 mL setiap 2–3 jam, melakukan *PMK* selama sekitar satu jam per hari, serta tidak menunjukkan tanda infeksi maupun gangguan pernapasan. Pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, suhu tubuh 36,6°C, frekuensi napas 40 kali/menit, denyut nadi 142 kali/menit, namun berat badan menurun menjadi 1.300 gram. Refleks menghisap masih lemah sehingga dilakukan penguatan edukasi mengenai pemberian nutrisi, teknik menyendawakan bayi, pencegahan infeksi, dan pemantauan pertumbuhan secara berkala.

Pada kunjungan ketiga (usia 26 hari), ibu melaporkan bayi menyusu lebih sering, yaitu 10–12 kali dalam 24 jam menggunakan ASI disertai susu formula. Refleks menghisap mulai kuat, bayi tidak lagi mengalami gumoh maupun sesak saat menyusu, serta tampak lebih aktif dibandingkan kunjungan sebelumnya. *PMK* dilakukan selama sekitar 1,5 jam sebanyak dua kali setiap hari. Pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik dengan suhu tubuh 36,7°C, denyut nadi 138 kali/menit, frekuensi napas 42 kali/menit, dan berat badan meningkat menjadi 1.510 gram. Panjang badan meningkat menjadi 39 cm dan lingkar kepala menjadi 29 cm. Tidak ditemukan komplikasi maupun tanda bahaya selama pemeriksaan.

Pada kunjungan keempat (usia 33 hari), ibu menyampaikan bahwa bayi mampu menyusu lebih efektif dan tidak mudah lelah. Frekuensi menyusu mencapai 10–12 kali dalam 24 jam menggunakan ASI disertai tambahan susu formula sesuai anjuran dokter anak. *PMK* dilakukan secara rutin selama sekitar dua jam setiap hari bersama suami. Bayi tampak lebih aktif, menangis kuat ketika lapar, tidur cukup setelah menyusu, dan tidak mengalami demam, sesak napas, muntah berulang, maupun ikterus.

Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum baik dengan suhu tubuh 36,6°C, denyut nadi 142 kali/menit, frekuensi napas 40 kali/menit, refleks menghisap dan menelan sudah kuat, serta tidak ditemukan retraksi, sianosis, apnea, maupun tanda infeksi. Berat badan meningkat menjadi 1.900 gram, panjang badan menjadi 40 cm, dan lingkar kepala menjadi 30 cm. Hasil tersebut menunjukkan adanya perbaikan pertumbuhan dan kemampuan menyusu selama masa pemantauan.

Tabel 1. Perkembangan Kondisi Bayi Selama Empat Kali Kunjungan

Parameter	Kunjungan 1 (11 hari)	Kunjungan 2 (19 hari)	Kunjungan 3 (26 hari)	Kunjungan 4 (33 hari)
Berat badan (gram)	1.500	1.300	1.510	1.900

Panjang badan (cm)	38	38	39	40
Lingkar kepala (cm)	28	28	29	30
Suhu (°C)	36,7	36,6	36,7	36,6
Nadi (x/menit)	140	142	138	142
Respirasi (x/menit)	44	40	42	40
Refleks menghisap	Lemah	Mulai membaik	Lebih kuat	Baik
Kemampuan menyusu	Mudah lelah	Meningkat	Baik	Baik
PMK	Mulai dilakukan	±1 jam/hari	±1,5 jam, 2×/hari	±2 jam/hari
Tanda bahaya	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

Hasil Akhir

Setelah pemantauan selama 28 hari, kondisi bayi menunjukkan perkembangan yang baik. Kemampuan menyusu meningkat secara bertahap, refleks menghisap menjadi kuat, berat badan meningkat dari 1.500 gram menjadi 1.900 gram pada akhir observasi, suhu tubuh tetap stabil, serta tidak ditemukan tanda infeksi maupun gangguan pernapasan. Kepatuhan ibu dalam memberikan ASI, susu formula sesuai indikasi, melakukan Perawatan Metode Kanguru (*PMK*), menjaga kebersihan, serta melakukan kontrol rutin berkontribusi terhadap perbaikan kondisi klinis bayi selama periode pemantauan.

Pembahasan

Prematuritas pada kasus ini terjadi sebagai akibat interaksi berbagai faktor risiko maternal dan obstetri yang saling memperkuat, sehingga tidak dapat dijelaskan hanya oleh satu penyebab tunggal. Ibu berusia 34 tahun dengan status obstetri G6P3A2 memiliki riwayat satu persalinan prematur, dua kali abortus, dua kali *Sectio Caesarea*, riwayat plasenta previa, serta mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) pada usia kehamilan 30–31 minggu yang berakhir dengan kelahiran bayi prematur dengan berat lahir 1.440 gram. Kondisi tersebut sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa persalinan prematur merupakan kondisi multifaktorial yang dipengaruhi oleh faktor maternal, obstetri, janin, maupun lingkungan. Riwayat persalinan prematur sebelumnya, abortus berulang, multiparitas, riwayat operasi sesar, serta komplikasi obstetri merupakan faktor yang secara signifikan meningkatkan risiko persalinan prematur pada kehamilan berikutnya (Prawirohardjo, 2018; Dartiwen & Nurhayati, 2021; Muksin et al., 2025; Isnada Rahim et al., 2023).

Riwayat persalinan prematur merupakan faktor prediktor yang paling kuat terhadap terjadinya prematuritas berulang. Adanya riwayat persalinan prematur mengindikasikan bahwa ibu telah memiliki predisposisi terhadap gangguan proses mempertahankan kehamilan hingga usia aterm. Kondisi tersebut semakin diperberat dengan adanya riwayat abortus berulang dan dua kali tindakan *Sectio Caesarea* yang dapat memengaruhi integritas uterus pada kehamilan berikutnya. Selain itu, riwayat plasenta previa juga menggambarkan bahwa ibu pernah mengalami komplikasi obstetri yang meningkatkan risiko gangguan selama kehamilan. Kombinasi faktor-faktor tersebut

menyebabkan ibu termasuk kelompok dengan risiko tinggi mengalami persalinan prematur sehingga memerlukan pemantauan antenatal yang lebih intensif.

Selain faktor obstetri, jarak kehamilan yang hanya sekitar satu tahun dengan kehamilan sebelumnya diduga turut berkontribusi terhadap kejadian prematuritas. Ibu mengaku belum memperoleh waktu pemulihan yang optimal karena masih harus mengasuh anak sebelumnya sehingga waktu istirahat selama kehamilan menjadi terbatas. Penelitian menunjukkan bahwa jarak kehamilan kurang dari dua tahun meningkatkan risiko persalinan prematur akibat belum pulihnya kondisi fisiologis maupun cadangan nutrisi ibu. Beban fisik yang tinggi selama kehamilan juga dapat menurunkan kemampuan adaptasi maternal terhadap perubahan fisiologis sehingga meningkatkan risiko komplikasi obstetri (Nurul, 2023; Atri et al., 2024; Merdikawati et al., 2021). Meskipun pada kasus ini status gizi ibu tergolong baik dengan LILA 27 cm dan kadar hemoglobin 13,3 g/dL, kondisi tersebut tidak sepenuhnya menghilangkan risiko karena faktor obstetri yang dimiliki ibu lebih dominan dibandingkan faktor nutrisional.

Faktor pencetus langsung pada kasus ini adalah terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD) pada usia kehamilan 30–31 minggu. Ibu melaporkan keluarnya cairan ketuban selama kurang lebih empat jam sebelum masuk rumah sakit tanpa disertai kontraksi maupun perdarahan. Berdasarkan hasil evaluasi obstetri diputuskan untuk mengakhiri kehamilan melalui tindakan *Sectio Caesarea* demi keselamatan ibu dan janin. Keputusan tersebut sesuai dengan konsep penatalaksanaan KPD pada kehamilan prematur yang mempertimbangkan keseimbangan antara risiko mempertahankan kehamilan dan risiko terminasi kehamilan. Pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan meningkatkan risiko infeksi intrauterin, kompresi tali pusat, hingga gangguan kesejahteraan janin sehingga terminasi kehamilan sering kali menjadi pilihan apabila mempertahankan kehamilan justru meningkatkan risiko komplikasi yang lebih berat (Prawirohardjo, 2018; Dartiwen & Nurhayati, 2021; Retnoningrum & Ratnaningsih, 2022).

Penilaian menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) menghasilkan skor 22 yang termasuk kategori Kehamilan Risiko Sangat Tinggi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sejak awal kehamilan ibu memerlukan pemantauan yang lebih intensif serta kesiapan sistem rujukan apabila terjadi komplikasi. Identifikasi risiko menggunakan KSPR berperan penting dalam membantu tenaga kesehatan menentukan kebutuhan rujukan dan penatalaksanaan secara tepat waktu sehingga komplikasi maternal maupun neonatal dapat diminimalkan (Dartiwen & Nurhayati, 2021; Prawirohardjo, 2018). Pada kasus ini, keputusan merujuk ibu ke rumah sakit ketika terjadi KPD merupakan langkah yang sesuai dengan prinsip pelayanan obstetri yang aman karena mempertimbangkan tingginya risiko yang dimiliki ibu.

Meskipun ibu telah menjalani pelayanan antenatal secara rutin sesuai standar, prematuritas tetap terjadi akibat dominannya faktor risiko obstetri. Selama kehamilan ibu melakukan pemeriksaan *antenatal care* (ANC) secara teratur, memperoleh suplementasi asam folat, *multiple micronutrient supplements* (MMS), kalsium, vitamin kehamilan, memiliki status gizi yang baik, serta hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Pemeriksaan ultrasonografi serial juga menunjukkan pertumbuhan janin sesuai usia kehamilan hingga sebelum terjadinya KPD. Temuan ini memperlihatkan bahwa kualitas pelayanan ANC berfungsi sebagai upaya deteksi dini dan pencegahan komplikasi, tetapi tidak selalu mampu mencegah persalinan prematur apabila ibu memiliki faktor risiko obstetri yang kuat. Hasil tersebut sejalan dengan pendapat Dartiwen dan Nurhayati (2021), Kementerian Kesehatan RI (2023), serta Merdikawati et al. (2021) yang menyatakan bahwa keberhasilan ANC sangat dipengaruhi oleh karakteristik faktor risiko yang dimiliki ibu selama kehamilan.

Pengkajian kebidanan pada bayi prematur dilakukan secara komprehensif dengan mengintegrasikan data subjektif dan objektif sebagai dasar penegakan diagnosis. Pada kunjungan awal diperoleh informasi bahwa bayi lahir pada usia kehamilan 30–31 minggu dengan berat lahir 1.440 gram, pernah menjalani perawatan di PICU selama 11 hari, serta mengalami stagnasi berat badan setelah pulang ke rumah. Ibu juga mengeluhkan bayi cepat lelah saat menyusu meskipun telah memperoleh ASI dan tambahan susu formula. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik, suhu tubuh 36,7°C, frekuensi napas 44 kali per menit, denyut nadi 140 kali per menit, refleks menelan baik, tetapi refleks hisap masih lemah tanpa disertai tanda hipotermia, distres napas, maupun infeksi. Pengkajian tersebut sesuai dengan konsep pemeriksaan bayi prematur yang meliputi riwayat kehamilan dan persalinan, status nutrisi, kemampuan menyusu, refleks neonatal, antropometri, tanda vital, serta deteksi komplikasi sebagai dasar penegakan diagnosis kebidanan (Dewi, 2022; Rukiyah & Yulianti, 2019; Dartiwen & Nurhayati, 2021).

Diagnosis kebidanan yang ditegakkan pada kunjungan awal yaitu bayi prematur dengan refleks hisap lemah dan berat badan belum meningkat dinilai telah sesuai dengan kondisi klinis pasien. Penegakan diagnosis tidak hanya mempertimbangkan usia gestasi, tetapi juga mengidentifikasi masalah aktual yang menjadi prioritas asuhan, yaitu gangguan kemampuan menyusu yang berdampak terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi. Refleks hisap yang belum optimal merupakan karakteristik umum pada bayi prematur karena koordinasi menghisap, menelan, dan bernapas belum berkembang secara sempurna. Oleh sebab itu, fokus utama asuhan diarahkan pada pemenuhan nutrisi, pemantauan pertumbuhan, serta pencegahan komplikasi neonatal (Dewi, 2022; Rukiyah & Yulianti, 2019).

Hasil pengkajian pada kunjungan berikutnya menunjukkan bahwa diagnosis kebidanan bersifat dinamis dan selalu disesuaikan dengan perkembangan kondisi klinis bayi. Pada kunjungan kedua, ibu menyampaikan bahwa bayi masih menyusu dalam jumlah sedikit, meskipun kemampuan mengisap mulai menunjukkan perbaikan. Namun, pemeriksaan objektif memperlihatkan penurunan berat badan menjadi 1.300 gram, sedangkan refleks hisap masih lemah walaupun tanda vital tetap stabil dan tidak ditemukan tanda infeksi maupun gangguan respirasi. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan adaptasi bayi prematur belum optimal, terutama dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi. Menurut Dewi (2022), evaluasi bayi prematur harus menitikberatkan pada kemampuan menyusu, refleks hisap, pertambahan berat badan, toleransi minum, eliminasi, serta deteksi dini komplikasi. Penurunan berat badan pada bayi prematur merupakan indikator yang memerlukan evaluasi segera karena dapat mencerminkan belum tercukupinya kebutuhan nutrisi atau belum matangnya koordinasi hisap–telan–napas. Pendapat tersebut juga didukung oleh Alisya dan Efriza (2026) serta Faliani dan Fajri (2025), yang menegaskan bahwa pemantauan pertumbuhan merupakan indikator utama keberhasilan perawatan bayi prematur.

Diagnosis kebidanan pada tahap tersebut tetap mempertahankan masalah refleks hisap yang lemah dengan penambahan masalah penurunan berat badan sebagai fokus utama asuhan. Keputusan tersebut menunjukkan bahwa proses interpretasi data dilakukan berdasarkan perubahan kondisi pasien, bukan hanya berdasarkan diagnosis awal. Hal ini sesuai dengan konsep manajemen kebidanan yang menempatkan diagnosis sebagai proses yang terus berkembang mengikuti hasil pengkajian terbaru sehingga intervensi yang diberikan tetap sesuai dengan kebutuhan pasien (Dartiwen & Nurhayati, 2021; Dewi, 2022).

Perkembangan klinis yang lebih baik mulai terlihat pada kunjungan selanjutnya. Ibu melaporkan bayi menyusu lebih sering, tidak mengalami muntah maupun gumoh, tampak lebih

aktif, serta kemampuan mengisap semakin baik. Pemeriksaan objektif memperlihatkan berat badan meningkat menjadi 1.510 gram, refleks hisap lebih kuat, refleks menelan baik, tanda vital dalam batas normal, serta tidak ditemukan tanda infeksi maupun gangguan respirasi. Perubahan tersebut menunjukkan bahwa bayi mulai mampu beradaptasi dengan kehidupan ekstrauterin dan kebutuhan nutrisinya mulai terpenuhi. Kondisi ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa indikator keberhasilan perawatan bayi prematur meliputi peningkatan kemampuan menyusu, bertambahnya berat badan secara bertahap, refleks hisap yang semakin baik, serta tidak muncul komplikasi seperti hipotermia, infeksi, maupun gangguan pernapasan (Dewi, 2022; Ranti et al., 2024; Fatimah & Purwaningsih, 2022).

Perubahan diagnosis pada kunjungan tersebut menjadi bayi prematur dengan keadaan umum baik, refleks hisap membaik, dan berat badan mulai meningkat menunjukkan bahwa proses evaluasi dilakukan secara berkesinambungan. Diagnosis tidak lagi hanya berorientasi pada masalah, tetapi juga menggambarkan respons positif terhadap intervensi yang telah diberikan. Pendekatan ini memperlihatkan bahwa diagnosis kebidanan merupakan bagian dari proses klinis yang dinamis sehingga harus diperbarui sesuai perkembangan kondisi pasien. Dengan demikian, kesinambungan pengkajian dan evaluasi menjadi salah satu indikator mutu pelayanan kebidanan pada bayi prematur (Dartiwen & Nurhayati, 2021; Dewi, 2022).

Perbaikan kondisi bayi semakin nyata pada kunjungan akhir. Bayi tidak lagi mudah lelah saat menyusu, frekuensi menyusu meningkat, suhu tubuh stabil, refleks hisap menjadi kuat, serta berat badan meningkat menjadi 1.900 gram. Selain itu, tidak ditemukan apnea, gangguan respirasi, maupun tanda infeksi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar indikator keberhasilan perawatan bayi prematur telah tercapai. Diagnosis kebidanan yang diperbarui sesuai perkembangan klinis menggambarkan bahwa proses manajemen kebidanan dilaksanakan secara sistematis melalui pengkajian, interpretasi data, evaluasi, dan penyesuaian intervensi berdasarkan kebutuhan bayi pada setiap tahap perkembangan (Dewi, 2022; Rukiyah & Yulianti, 2019; Ranti et al., 2024).

Keberhasilan perkembangan bayi pada kasus ini tidak terlepas dari penerapan asuhan kebidanan yang dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan (*continuity of care*). Sejak kunjungan pertama, asuhan difokuskan tidak hanya pada kondisi klinis bayi, tetapi juga pada peningkatan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan mandiri di rumah. Bidan memberikan edukasi mengenai kondisi bayi prematur, menyusun jadwal pemberian ASI setiap dua jam yang dikombinasikan dengan susu formula khusus bayi berat lahir rendah sesuai anjuran dokter, mengajarkan *Kangaroo Mother Care* (KMC) atau Perawatan Metode Kanguru (PMK), memberikan edukasi pencegahan infeksi, menjelaskan tanda bahaya, serta menyusun jadwal *follow up* secara berkala. Pendekatan tersebut sesuai dengan prinsip pelayanan neonatal yang menempatkan keluarga sebagai bagian penting dalam keberhasilan perawatan bayi prematur (Dewi, 2022; Rukiyah & Yulianti, 2019; Dartiwen & Nurhayati, 2021).

Pemenuhan kebutuhan nutrisi menjadi fokus utama karena refleks hisap yang belum matang merupakan salah satu penyebab utama terhambatnya pertumbuhan bayi prematur. Oleh karena itu, evaluasi kemampuan menyusu dilakukan secara berkala melalui pengamatan frekuensi menyusu, kekuatan refleks hisap, toleransi minum, serta pemantauan berat badan. Pada awal pemantauan berat badan bayi sempat mengalami penurunan, namun setelah dilakukan penguatan edukasi mengenai teknik pemberian ASI, penjadwalan menyusu yang lebih teratur, dan pemantauan yang lebih intensif, berat badan meningkat secara bertahap hingga mencapai 1.900 gram pada akhir masa observasi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan

mampu mendukung pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi. Temuan ini sejalan dengan pendapat Dewi (2022) yang menyatakan bahwa peningkatan kemampuan menyusu dan pertambahan berat badan merupakan indikator utama keberhasilan pemenuhan nutrisi pada bayi prematur. Hasil serupa juga dilaporkan oleh Fatimah dan Purwaningsih (2022) serta Faliani dan Fajri (2025).

Intervensi penting lainnya yang berkontribusi terhadap perbaikan kondisi bayi adalah penerapan *Kangaroo Mother Care* (KMC). Selama masa pemantauan, ibu secara rutin melakukan PMK yang pada awalnya berlangsung sekitar satu jam setiap hari, kemudian meningkat menjadi dua jam per hari dengan keterlibatan aktif suami. Selama pelaksanaan PMK, bayi tampak lebih tenang, suhu tubuh tetap stabil, kemampuan menyusu semakin baik, dan refleks hisap mengalami peningkatan. Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa PMK tidak hanya berfungsi menjaga kestabilan suhu tubuh, tetapi juga memberikan manfaat terhadap keberhasilan pemberian nutrisi dan pertumbuhan bayi. Penelitian Wahyuni, Seniwati, dan Mulhaeriah (2021) menunjukkan bahwa PMK efektif mempertahankan suhu tubuh, meningkatkan keberhasilan menyusu, memperkuat refleks hisap, serta mempercepat peningkatan berat badan pada bayi prematur. Selain manfaat fisiologis, PMK juga memperkuat ikatan emosional antara orang tua dan bayi sehingga mendukung keberhasilan perawatan jangka panjang. Temuan tersebut diperkuat oleh Dewi (2022) serta Mira et al. (2024), yang menyatakan bahwa PMK merupakan salah satu intervensi berbasis bukti yang direkomendasikan dalam perawatan bayi prematur.

Selain pemenuhan nutrisi dan PMK, edukasi mengenai pencegahan infeksi diberikan secara konsisten pada setiap kunjungan. Edukasi meliputi pentingnya mencuci tangan sebelum memegang bayi, menjaga kebersihan lingkungan, mensterilkan perlengkapan minum, membatasi kontak dengan individu yang sedang sakit, serta melakukan pemantauan terhadap kondisi tali pusat. Bayi prematur memiliki sistem imun yang belum matang sehingga lebih rentan mengalami infeksi dibandingkan bayi cukup bulan. Oleh karena itu, upaya pencegahan infeksi merupakan bagian penting dalam pelayanan neonatal untuk menurunkan risiko morbiditas selama masa adaptasi di rumah (Dewi, 2022; Rukiyah & Yulianti, 2019).

Selain itu, bidan juga memberikan konseling mengenai tanda bahaya pada bayi prematur, seperti sesak napas, sianosis, hipotermia, demam, muntah berulang, kejang, dan bayi tidak mau menyusu. Evaluasi menunjukkan bahwa ibu mampu menjelaskan kembali tanda-tanda tersebut dengan benar. Kemampuan ibu mengenali tanda bahaya menunjukkan bahwa proses edukasi berjalan efektif sehingga keluarga memiliki kesiapan untuk segera mencari pertolongan apabila terjadi kegawatdaruratan. Menurut Dewi (2022) dan Kementerian Kesehatan RI (2023), peningkatan kemampuan keluarga dalam mengenali tanda bahaya merupakan salah satu strategi penting untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian neonatal, khususnya pada bayi prematur yang memiliki risiko komplikasi lebih tinggi.

Penerapan Asuhan Kebidanan pada Bayi Prematur

Asuhan kebidanan pada bayi prematur dalam penelitian ini dilaksanakan secara komprehensif melalui pendekatan *continuity of care* yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisiologis bayi sekaligus pemberdayaan keluarga. Pada kunjungan awal, bidan memberikan edukasi mengenai kondisi bayi prematur, melakukan observasi kemampuan menyusu, menyusun jadwal pemberian ASI setiap dua jam yang dikombinasikan dengan susu formula sesuai anjuran dokter, mengajarkan *Perawatan Metode Kanguru* (PMK), memberikan edukasi pencegahan infeksi, menjelaskan tanda bahaya bayi prematur, serta menyusun rencana tindak lanjut melalui pemantauan berat badan, tanda vital, refleks hisap, dan kemampuan menyusu. Pendekatan tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa penatalaksanaan bayi prematur harus dilakukan

secara menyeluruh melalui dukungan nutrisi, pengaturan suhu tubuh, pencegahan infeksi, edukasi keluarga, serta pemantauan pertumbuhan secara berkelanjutan (Dewi, 2022; Rukiyah & Yulianti, 2019; Dartiwen & Nurhayati, 2021).

Pemenuhan kebutuhan nutrisi menjadi fokus utama karena bayi prematur memiliki koordinasi menghisap, menelan, dan bernapas yang belum matang sehingga berisiko mengalami gangguan pertumbuhan. Selama masa pemantauan, bidan secara rutin mengevaluasi efektivitas menyusu, refleks hisap, serta pertambahan berat badan pada setiap kunjungan. Berat badan bayi yang sempat mengalami penurunan menjadi 1.300 gram kemudian meningkat secara bertahap hingga mencapai 1.900 gram pada akhir periode observasi. Perbaikan tersebut menunjukkan bahwa kombinasi pemberian ASI dengan susu formula sesuai indikasi medis mampu memenuhi kebutuhan nutrisi bayi prematur. Temuan ini mendukung pendapat Dewi (2022) bahwa keberhasilan pemberian nutrisi pada bayi prematur ditandai dengan meningkatnya kemampuan menyusu dan kenaikan berat badan secara bertahap. Hasil tersebut juga sejalan dengan penelitian Fatimah dan Purwaningsih (2022) serta Faliani dan Fajri (2025) yang menyatakan bahwa pemantauan nutrisi secara intensif merupakan faktor penting dalam mendukung pertumbuhan bayi prematur.

Intervensi lain yang berperan penting adalah pelaksanaan PMK secara konsisten. Pada awal pemantauan, PMK dilakukan sekitar satu jam setiap hari, kemudian meningkat menjadi dua jam per hari dengan keterlibatan aktif suami. Selama pelaksanaan PMK, bayi tampak lebih tenang, suhu tubuh tetap stabil, kemampuan menyusu semakin baik, dan refleks hisap mengalami perbaikan. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Wahyuni, Seniwati, dan Mulhaeriah (2021) yang menyebutkan bahwa PMK efektif dalam mempertahankan suhu tubuh, meningkatkan refleks hisap, memperbaiki keberhasilan menyusu, serta mempercepat peningkatan berat badan bayi prematur. Selain manfaat fisiologis, PMK juga memperkuat ikatan emosional antara orang tua dan bayi sehingga meningkatkan keberhasilan perawatan jangka panjang (Dewi, 2022; Mira et al., 2024).

Pencegahan infeksi merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari asuhan neonatal pada bayi prematur. Edukasi yang diberikan meliputi pentingnya mencuci tangan sebelum memegang bayi, menjaga kebersihan lingkungan, mensterilkan perlengkapan minum, membatasi kontak dengan orang yang sedang sakit, serta memantau kondisi tali pusat. Bayi prematur memiliki sistem imun yang belum berkembang sempurna sehingga lebih rentan mengalami infeksi dibandingkan bayi cukup bulan. Oleh karena itu, penerapan perilaku hidup bersih oleh keluarga menjadi salah satu upaya utama dalam mencegah morbiditas selama masa neonatal (Dewi, 2022; Rukiyah & Yulianti, 2019).

Selain aspek fisik, edukasi mengenai tanda bahaya juga diberikan secara berulang pada setiap kunjungan. Ibu diajarkan mengenali tanda bahaya seperti sesak napas, sianosis, hipotermia, demam, muntah berulang, kejang, dan bayi tidak mau menyusu. Evaluasi menunjukkan bahwa ibu mampu menjelaskan kembali seluruh tanda bahaya tersebut. Kondisi ini menunjukkan bahwa edukasi yang diberikan berlangsung efektif dan meningkatkan kesiapsiagaan keluarga dalam mendeteksi komplikasi sejak dini. Menurut Dewi (2022) serta Kementerian Kesehatan RI (2023), kemampuan keluarga mengenali tanda bahaya merupakan salah satu strategi penting dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas neonatal pada bayi prematur.

Selama proses asuhan, bidan menerapkan prinsip *continuity of care* melalui pemantauan berkala terhadap berat badan, panjang badan, lingkar kepala, tanda vital, refleks neonatal, kemampuan menyusu, eliminasi, toleransi minum, serta kondisi umum bayi. Setiap hasil

pengkajian digunakan sebagai dasar untuk memperbarui diagnosis dan menentukan penatalaksanaan berikutnya. Pendekatan tersebut sesuai dengan konsep manajemen kebidanan yang menempatkan evaluasi sebagai proses berkesinambungan agar intervensi selalu disesuaikan dengan perkembangan kondisi pasien (Dartiwen & Nurhayati, 2021).

Aspek psikologis ibu juga memperoleh perhatian selama pelaksanaan asuhan. Bidan memberikan dukungan emosional melalui apresiasi terhadap keberhasilan ibu dalam menyusui, melakukan PMK, menjaga kebersihan bayi, serta memotivasi ibu agar tetap percaya diri merawat bayi prematur di rumah. Keterlibatan suami dalam PMK menunjukkan adanya dukungan keluarga yang baik sehingga meningkatkan kepatuhan terhadap seluruh anjuran tenaga kesehatan. Dartiwen dan Nurhayati (2021) serta Dewi (2022) menjelaskan bahwa pemberdayaan keluarga merupakan bagian integral dalam pelayanan kebidanan karena mampu meningkatkan kepercayaan diri ibu serta keberhasilan perawatan bayi prematur di rumah.

Evaluasi Hasil Asuhan Kebidanan

Evaluasi hasil asuhan menunjukkan adanya perubahan klinis yang berlangsung secara bertahap sejak kunjungan awal hingga akhir masa pemantauan. Pada kunjungan pertama, tujuan edukasi telah mulai tercapai karena ibu mampu menjelaskan kembali kondisi bayi prematur, memahami pentingnya pemberian ASI yang dikombinasikan dengan susu formula sesuai anjuran, bersedia melakukan PMK secara rutin, serta mampu mengenali beberapa tanda bahaya bayi prematur. Namun demikian, refleks hisap masih lemah dan berat badan belum mengalami peningkatan. Kondisi tersebut masih sesuai dengan karakteristik fisiologis bayi prematur yang belum memiliki koordinasi menghisap, menelan, dan bernapas secara optimal sehingga diperlukan evaluasi berkelanjutan terhadap respons bayi terhadap asuhan yang diberikan (Azizah et al., 2024; Dewi, 2022).

Pada kunjungan berikutnya, keluarga tetap menunjukkan kepatuhan terhadap seluruh anjuran yang telah diberikan. Ibu secara konsisten memberikan ASI dan susu formula sesuai jadwal, melaksanakan PMK, menjaga kebersihan tangan, serta mampu mengenali tanda bahaya bayi prematur. Meskipun demikian, berat badan bayi sempat mengalami penurunan menjadi 1.300 gram, sedangkan kondisi umum, suhu tubuh, respirasi, hidrasi, dan refleks menelan tetap dalam batas normal. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan pertumbuhan bayi prematur tidak hanya dipengaruhi oleh kepatuhan keluarga, tetapi juga oleh kematangan fisiologis bayi dalam menerima dan memanfaatkan asupan nutrisi. Oleh karena itu, evaluasi terhadap pola menyusu dan pertumbuhan tetap menjadi prioritas utama selama masa pemantauan (Dewi, 2022; Faliani & Fajri, 2025; Alisya & Efriza, 2026).

Perkembangan yang lebih baik mulai terlihat pada kunjungan selanjutnya. Frekuensi menyusu meningkat menjadi 10–12 kali dalam 24 jam, refleks hisap semakin kuat, bayi tidak lagi mengalami gumoh maupun sesak saat menyusu, serta berat badan meningkat menjadi 1.510 gram. Selain itu, ibu tetap konsisten melaksanakan PMK, menjaga kebersihan bayi, dan mempertahankan kehangatan tubuh bayi di rumah. Perubahan tersebut menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan mulai memberikan dampak positif terhadap proses adaptasi bayi prematur. Keberhasilan tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa indikator keberhasilan asuhan bayi prematur meliputi peningkatan kemampuan menyusu, pertambahan berat badan, serta tidak munculnya komplikasi seperti hipotermia, infeksi, maupun gangguan respirasi (Dewi, 2022; Ranti et al., 2024). Temuan ini juga sejalan dengan penelitian Wahyuni, Seniwati, dan Mulhaeriah (2021).

Pada akhir masa pemantauan, sebagian besar tujuan asuhan telah tercapai. Bayi mampu menyusu secara lebih efektif tanpa mudah lelah, berat badan meningkat menjadi 1.900 gram,

refleks hisap menjadi kuat, suhu tubuh tetap stabil, serta tidak ditemukan apnea, infeksi, maupun gangguan pernapasan. Di sisi lain, ibu tetap mempertahankan pemberian ASI, melakukan PMK bersama suami, menjaga kebersihan lingkungan, serta bersedia melanjutkan kontrol rutin di Puskesmas maupun dokter spesialis anak. Hasil tersebut menunjukkan bahwa evaluasi keberhasilan asuhan tidak hanya ditinjau dari kondisi klinis bayi, tetapi juga dari meningkatnya kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan secara mandiri. Temuan ini sesuai dengan indikator keberhasilan perawatan bayi prematur yang dikemukakan oleh Dewi (2022), Rukiyah dan Yulianti (2019), serta Ranti et al. (2024).

KESIMPULAN

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa kejadian prematuritas pada kasus ini dipengaruhi oleh kombinasi berbagai faktor risiko maternal dan obstetri. Ibu memiliki riwayat persalinan prematur, abortus berulang, dua kali *Sectio Caesarea*, plasenta previa, jarak kehamilan yang pendek, serta mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) pada usia kehamilan 30–31 minggu. Meskipun ibu telah menjalani pemeriksaan antenatal secara teratur dengan status gizi dan hasil laboratorium yang baik, akumulasi faktor risiko tersebut tetap meningkatkan kemungkinan terjadinya persalinan prematur. Temuan ini menunjukkan bahwa prematuritas merupakan kondisi multifaktorial sehingga identifikasi faktor risiko sejak awal kehamilan sangat penting untuk menentukan pemantauan yang lebih intensif dan penatalaksanaan yang tepat.

Hasil pengkajian subjektif dan objektif sejak kunjungan awal hingga kunjungan keempat mampu menggambarkan perkembangan kondisi bayi secara menyeluruh serta menjadi dasar penegakan diagnosis kebidanan. Diagnosis yang ditegakkan bersifat dinamis dan selalu disesuaikan dengan perubahan kondisi klinis bayi, mulai dari refleks hisap yang masih lemah dan berat badan yang belum meningkat hingga terjadinya perbaikan kemampuan menyusu dan peningkatan berat badan secara bertahap. Pengkajian yang dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan memudahkan identifikasi masalah aktual maupun perkembangan kondisi bayi sehingga mendukung ketepatan pengambilan keputusan klinis dalam pemberian asuhan kebidanan.

Penerapan asuhan kebidanan dilakukan secara komprehensif melalui edukasi kepada keluarga, pemantauan kemampuan menyusu, pengaturan pemberian ASI dan susu formula sesuai kebutuhan, pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru (PMK), pencegahan infeksi, edukasi tanda bahaya, serta pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi secara berkala. Asuhan yang diberikan tidak hanya berfokus pada kondisi klinis bayi, tetapi juga memberdayakan ibu dan keluarga agar mampu melakukan perawatan secara mandiri di rumah. Pendekatan yang berkesinambungan tersebut mendukung peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat bayi prematur sekaligus membantu mencegah terjadinya komplikasi.

Evaluasi hasil asuhan menunjukkan perkembangan yang baik selama masa pemantauan. Refleks hisap bayi meningkat, kemampuan menyusu menjadi lebih efektif, berat badan bertambah dari 1.500 gram menjadi 1.900 gram, tanda vital tetap stabil, serta tidak ditemukan infeksi maupun gangguan pernapasan hingga akhir kunjungan. Selain itu, ibu mampu menerapkan seluruh anjuran yang diberikan, termasuk pemberian nutrisi, PMK, pencegahan infeksi, dan pengenalan tanda bahaya, serta bersedia melanjutkan kontrol rutin di fasilitas kesehatan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan (*continuity of care*)

memberikan dampak positif terhadap proses adaptasi bayi prematur serta meningkatkan kesiapan keluarga dalam melanjutkan perawatan di rumah.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga artikel ini dapat diselesaikan dengan baik. Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan, bimbingan, serta bantuan selama proses penyusunan artikel ini, khususnya kepada dosen pembimbing yang telah memberikan arahan dan masukan yang membangun. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Puskesmas Plaosan beserta seluruh tenaga kesehatan yang telah memberikan izin, bantuan, dan kesempatan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan serta pengumpulan data. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada ibu dan keluarga pasien yang telah bersedia menjadi partisipan serta memberikan kerja sama selama pelaksanaan asuhan dan penyusunan laporan kasus ini. Semoga artikel ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu kebidanan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi.

DAFTAR PUSTAKA

Alisya, Q. S., & Efriza. (2026). Gambaran komplikasi pada bayi prematur yang dirawat di NICU Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang tahun 2024. *Scientific Journal, 5*(1), 113–129. https://doi.org/10.56260/sciena.v5i1.326

Azizah, N., Martini, N., Gumilang, L., Dhamayanti, M., & Judistiani, R. T. D. (2024). Hubungan faktor maternal dan kejadian bayi berat badan lahir rendah (BBLR). *Journal of Midwifery Care, 5*(1), 117–124. https://doi.org/10.34305/jmc.v5i1.1368

Bebasari, M., Merry, Y. A., Syurya, H. R., & Bunayya, S. (2021). Hubungan kejadian anemia dalam kehamilan dan jarak kelahiran dengan kejadian berat badan lahir rendah di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika, 12*(1). https://doi.org/10.30633/jkms.v12i1.890

Dartiwen, & Nurhayati, Y. (2021). *Asuhan kebidanan pada kehamilan*. ANDI.

Dewi, V. N. L. (2022). *Asuhan neonatus, bayi, dan anak balita*. Salemba Medika.

Faliani, I., & Fajri, N. (2025). Asuhan keperawatan pada bayi dengan prematuritas, berat badan lahir sangat rendah, dan *respiratory distress syndrome*. *Indonesian Journal of Health Science, 5*(5), 1–10. https://doi.org/10.54957/ijhs.v5i5.1735

Fatimah, A., & Purwaningsih, D. (2022). Pengaruh intervensi oral motor (PIOMI) terhadap kemampuan refleks hisap bayi prematur. *Jurnal Kesehatan Siliwangi, 2*(3), 841–850. https://doi.org/10.34011/jks.v2i3.759

Gemilastari, R., Zeffira, L., Malik, R., & Septiana, V. T. (2025). Karakteristik bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). *Scientific Journal, 5*(1), 113–129. https://doi.org/10.56260/sciena.v5i1.326

Hasan Kadatua, M., Wakano, M., Nanlohy, W., & Sojem, M. Y. (2025). Penyebab kejadian pada ibu dengan kelahiran bayi prematur di RSUD Cendrawasih Dobo (Maluku). *Midwifery and Complementary Care, 4*(1), 56–61. https://doi.org/10.33859/mcc.v4i1.859

Hasanah, N., & Tambunan, N. (2023). Hubungan anemia, status gizi, dan jarak kehamilan pada ibu hamil terhadap kejadian berat bayi lahir rendah (BBLR). *International Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Health Sciences, 2*(12), 995–1002.

Isnada Rahim, R., Fitriani, R., Gama, A. W., Rahman, A., & Alwi, Z. (2023). Analisis faktor risiko kejadian persalinan prematur di RSUD Haji Makassar tahun 2021. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan, 19*(2).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil kesehatan Indonesia 2023*.

Merdikawati, A., Astari, A. M., Choiriyah, M., Evi, N., Yuliatun, L., Amaliya, S., Fitri, A. A., & Raehana, N. U. (2021). Optimalisasi dukungan keluarga dalam perawatan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) di rumah. *Caringo: Jurnal Pengabdian Masyarakat, 1*(1). https://doi.org/10.21776/ub.caringjpm.2021.001.01.5

Miraturrofiah, M., Kartini, D., & Liawati. (2025). Faktor risiko bayi berat lahir rendah (BBLR): Analisis kekurangan nutrisi maternal dan preeklampsia di rumah sakit perkotaan Indonesia. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional, 9*(1). https://doi.org/10.37294

Muksin, B., Rauf, D., & Gunawan, W. (2025). Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya kelahiran prematur pada ibu yang melahirkan di beberapa wilayah di Indonesia periode tahun 2012 sampai dengan 2021. *Bosowa Medical Journal, 3*(2), 53–58. https://doi.org/10.56326/bmj.v3i2.3582

Prawirohardjo, S. (2018). *Ilmu kebidanan* (A. B. Saifuddin, T. Rachimhadhi, & G. H. Wiknjosastro, Eds.). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Raskita, R. Y., & Ristica, O. D. (2022). Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kunjungan neonatus III di Klinik Pratama Arrabih Kota Pekanbaru tahun 2022. *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal), 2*(2). https://doi.org/10.25311/jkt/Vol2.Iss2.1026

Retnoningrum, A. D., & Ratnaningsih, T. (2022). Determinan terjadinya persalinan prematur. *Jurnal Bidan Pintar, 3*(1), 305–312. https://doi.org/10.30737/jubitar.v3i1.3239

Rudditasari, A., Pratiwi, D. I., & Hannisa, S. F. (2024). Hubungan jarak kehamilan dan paritas dengan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di RSUD Ade M. Djoen Sintang tahun 2023. *Jurnal Kesehatan dan Teknologi Medis (JKTM), 6*(3).

Rukiyah, A. Y., & Yulianti, L. (2019). *Asuhan neonatus, bayi, dan anak balita*. Trans Info Media.