

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. S USIA
24 TAHUN G2P0A1 GRAVIDA 25-26 MINGGU
DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD)
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3-Kebidanan Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

DELIS JULIANTI NURIL

KHGB 22029



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

2025

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Laporan Tugas Akhir ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan, baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisa saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2025



Delis Julianti Nuril

**LEMBAR PERSETUJUAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA
NY. S USIA 24 TAHUN G2P0A1 GRAVIDA 25-
26 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE
FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD dr. SLAMET
GARUT

NAMA MAHASISWA : DELIS JULIANTI NURIL

NIM : KHGB22029

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

Garut, Mei 2025

**Menyetujui,
Pembimbing**

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA
NY. S USIA 24 TAHUN G2P0A1 GRAVIDA 25-
26 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE
FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD dr. SLAMET
GARUT**

NAMA MAHASISWA : DELIS JULIANTI NURIL

NIM : KHGB22029

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

Garut, Juni 2025

Mengesahkan,

Pembimbing

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

Penela'ah I

Penela'ah II

(Fitri Hanriyani, S.ST.,M.Pd)

(Hj.Esa Risi S,AM.Keb.,M.KM)

Mengesahkan,

Program Studi DIII Kebidanan

Ketua,

(Lina Humaeroh, SST., M.Kes)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL NY. S USIA 24 TAHUN G2P0A1 GRAVIDA 25-26 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT". Penulisan Laporan Tugas Akhir ini penulis dedikasikan untuk memenuhi salah satu syarat Kelulusan dalam menyelesaikan studi di program D3 Kebidanan.

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H Hadiat , MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharna Husada Insani Garut..
2. H. Suryadi, SE, M.Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
4. Lina Humaeroh SST., M. Kes., selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Bdn. Dian Fitriyani ,SST.,M.Keb selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam pelaksanaan penyusunan LTA.
6. Fitri Hanriyani S.ST.,M.Pd selaku Penguji I yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada saya
7. Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb.,M.K.M selaku Penguji II yang telah

memberikan masukan dan arahan kepada saya

8. Keluarganya Ny. S yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, terima kasih atas keramahan, kebaikan dan kerja samanya selama melakukan asuhan
9. Kedua orang tua tercinta, terima kasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis, mampu mendidik, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai selesai.
10. Kepada Sahabat saya Nasywa Hasna, Regina Sonia, Heti Herawati yang selalu mendukung, memberi masukan, ide, dan motivasi kepada penulis sehingga dapat terselesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan tepat waktu.
11. Kepada Muhammad Gilang Firdaus, yang tak hanya memberikan dukungan baik secara materi, waktu, tenaga, bahkan kasih sayang, terima kasih telah kebersamai penulis dalam proses penuh perjuangan ini, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan penuh semangat dan tepat waktu.
12. Semua rekan seperjuangan DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, penulis belajar banyak dari pengalaman yang kita lalui bersama.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan. Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan ini, penulis mengucapkan terimakasih dan semoga Allah senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, Aamiin.

Garut, Juni 2025

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Metode Pengumpulan Data	6
1.5 Manfaat Pengkajian.....	7
1.6 Waktu Dan Tempat Pengkajian	8

1.6.1. Tempat Pengkajian	8
1.6.2. Waktu Pengkajian	8
BAB II	9
TINJAUAN TEORI	9
2.1 Konsep Teori.....	9
2.1.1 Kehamilan dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD).....	9
2.1.2 Tanda Bahaya Kehamilan	10
2.1.3 Adaptasi Anatomi dan Fisiologi Selama Kehamilan	13
2.2 Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	14
2.2.1 Definisi Intra Uterine Fetal Death (IUFD).....	14
2.2.2 Etiologi Intra Uterine Fetal Death (IUFD).....	15
2.2.3 Faktor Fetal	21
2.2.4 Manifestasi Klinis Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	24
2.2.5 Predisposisi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	25
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	27
2.2.7 Komplikasi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	28
2.2.8 Persalinan Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	28
2.2.9 Dampak Fisiologis dan Psikologis Ibu dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD).....	29
2.2.10 Faktor Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	30
2.2.11 Langkah Pencegahan Intra Uterine Fetal Death (IUFD).....	31
2.2.12 Kewenangan Bidan	32
BAB III.....	33
TINJAUAN KASUS.....	33
ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. S USIA 24 TAHUN G2P1A0 GRAVIDA 25-26 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT	33
3.1 Data Subyektif.....	33
3.2 Data Obyektif.....	37
3.3 Analisa.....	40
3.4 Penatalaksanaan	40
BAB IV	55

PEMBAHASAN	55
4.1 Data Subyektif.....	55
4.2 Data Obyektif.....	56
4.3 Analisa.....	57
4.4 Penatalaksanaan	58
4.5 Pendokumentasian.....	58
BAB V.....	60
PENUTUP.....	60
5.1 Kesimpulan	60
5.2 Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	62
RIWAYAT HIDUP.....	70

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Ukuran Tinggi Fundus Uteri	13
Tabel 2 Matriks	51

DAFTAR SINGKATAN

WHO	<i>World Health Organization</i>
Kemenkes RI	<i>Kementrian Kesehatan Republik Indonesia</i>
MPDN	<i>Maternal Perinatal Death Notificatio</i>
Dinkes	<i>Dinas Kesehatan</i>
AKI	<i>Angka Kematian Ibu</i>
SOAP	<i>Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan</i>
SD	<i>Sekolah Dasar</i>
UK	<i>Usia Kehamilan</i>
BB	<i>Berat Badan</i>
ANC	<i>Antenatal Care</i>
TFU	<i>Tinggi Fundus Uteri</i>
HB	<i>Hemoglobin</i>
USG	<i>Ultrasonografi</i>
SPOG	<i>Spesialis Obstetri dan Ginekol</i>

KB	<i>Keluarga Berencana</i>
HPHT	<i>Hari Pertama Hari Terakhir</i>
IRT	<i>Ibu Rumah Tangga</i>
BAB	<i>Buang Air Besar</i>
BAK	<i>Buang Air Kecil</i>
TAPI	<i>Taksiran Persalinan</i>
DM	<i>Dabetes Militus</i>
SOP	<i>Standar Operasional Prosedur</i>
AKB	Angka Kematian Bayi
IUFD	<i>Intra Uterine Fetal Death</i>
AKN	Angka Kematian Neonatal
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ICD	<i>Internasional Classification of iseases</i>
TBBJ	Taksiran Berat Badan Janin
IUGR	Intra Uterine Growth Restriction
IMT	Indeks Masa Tubuh
LILA	Lingkar Lengan Atas

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP IUFD di RSUD dr. Slamet Garut.....	65
Lampiran 2 Lembar Bimbingan LTA	68
Lampiran 3 Lembar Bimbingan Revisi.....	69

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang hampir selalu terjadi pada setiap wanita. Kehamilan terjadi setelah bertemunya sperma dan ovum, tumbuh dan berkembang di dalam uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu. Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester yaitu trimester I berlangsung pada minggu ke-I sampai minggu ke-12, trimester II pada minggu ke- 13 sampai minggu ke 27, trimester III pada minggu ke-28 sampai minggu ke-40. (Purnamayanti,2022). Menurut Organisasi Kesehatan Dunia dan *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, kematian janin (IUFD) didefinisikan sebagai kematian janin dalam kehamilan dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam kandungan rahim pada usia 20 minggu atau lebih (Anggraini et al.,2023).

Menurut *World Health Organization (WHO)* *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)* adalah kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih dengan berat badan 350 gram. *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)* merupakan salah satu penyebab kematian perinatal yang memberi sumbangan terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) di Indonesia. (Liya, 2021).

Angka Kematian Bayi ini didefinisikan sebagai jumlah penduduk yang telah meninggal sebelum dari usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup

pada tahun yang sama. (Kharivhe et al., 2023). Kematian bayi tidak hanya terjadi setelah dilahirkan, namun juga terjadi pada saat bayi masih dalam kandungan, yang dikenal dengan *Intrauterine Fetal Death (IUFD)*. (Jovanovic et al., 2023).

Intra uterine fetal death (IUFD) merupakan salah satu penyebab kematian perinatal terhadap angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian neonatal (AKN) di Indonesia. Kematian janin dalam Rahim dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu, faktor janin, dan faktor plasental. Faktor ibu meliputi umur, kehamilan post term (>42 minggu) dan penyakit yang diderita oleh ibu seperti anemia, preeklamsia, eklampsia, diabetes melitus, rhesus iso- imunisasi, infeksi dalam kehamilan, ketuban pecah dini (KPD), ruptura uteri, hipotensi akut ibu.

Di India, kejadian *IUFD* adalah 9 per 1000 bayi baru lahir. Singapura dan Finlandia memiliki angka *IUFD* terendah yaitu 2 per 1000 kelahiran, sedangkan Pakistan memiliki angka tertinggi yaitu 47 per 1000 kelahiran dan Nigeria memiliki 42 per 1000 kelahiran (Munawwarah & Maritalia, 2023). Indonesia termasuk 1 dari 10 negara dengan jumlah kematian bayi tertinggi di dunia. Angka kematian perinatal di Indonesia diperkirakan sebesar 21 kematian per 1000 kelahiran.(Jurnal JOUBAHS,2023).

Faktor yang menyebabkan *intrauterine fetal death* berupa faktor maternal, fetal dan faktor plasenta. Faktor maternal disebabkan oleh usia

ibu, paritas, usia kehamilan, penyakit ibu, kehamilan multiple, status gizi dan frekuensi ANC. Faktor fetal meliputi kelainan kongenital, kelainan genetik, dan infeksi. Sementara Faktor plasenta meliputi kelainan tali pusat, pelepasan plasenta dan ketuban pecah dini. (Cincotta, 2020).

Ada empat jenis penyebab kematian janin, yaitu penyebab utama adalah masalah pada janin yang menyumbang 25-40% dari semua cacat lahir, termasuk kelainan kromosom, efek kelahiran non-kromosom, hidrops non-imun, dan infeksi virus, bakteri, dan protozoa. Ketuban pecah dini, solusio, perdarahan fetomaternal, kelainan tali pusat, insufisiensi plasenta, hipoksia intrapartum, previa, transfusi kembar-kembar, dan korioamnionitis mencapai 25-35% (Andriyani & Kuswati, 2023). Diabetes, penyakit hipertensi, obesitas, usia >35 tahun, penyakit tiroid, penyakit ginjal, antibodi antifosfolipid, trombofilia, merokok, obat-obatan terlarang dan alkohol, infeksi dan sepsis, persalinan prematur, ruptur uteri, dan persalinan menyumbang 5-10% dari kematian ibu. (Mardania et al., 2019).

Pencegah terjadinya kematian janin dalam rahim yaitu dengan pemeriksaan kehamilan sekurang-kurangnya 6 kali, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 2 kali pada trimester kedua dan 3 kali pada trimester ketiga. Peningkatan pengetahuan ibu hamil melalui upaya penyuluhan kesehatan tentang tanda bahaya pada kehamilan seperti pendarahan jalan lahir, pembengkakan muka, kaki dan jari kaki, sakit kepala berat, penglihatan kabur, keluar cairan banyak dari jalan lahir, dan pergerakan janin berkurang. Konsumsi makanan dengan nilai gizi yang baik untuk

mencegah terjadinya kematian janin dalam Rahim. (Luqyana,2020).

Peran dan fungsi bidan diorientasikan pada kemampuan memberikan asuhan meliputi upaya pencegahan (preventif), promosi terhadap pelaksanaan asuhan kebidanan normal, deteksi komplikasi pada ibu serta akses bantuan medis maupun bantuan lain yang sesuai serta kemampuan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri. Bidan mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu melalui kemampuannya untuk melakukan pengawasan, pertolongan pada ibu, pengawasan bayi baru lahir (neonatus), dan pada persalinan, ibu post partum serta mampu mengidentifikasi penyimpangan dari kehamilan dan persalinan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang tepat. (Tety Ripursari,2018)

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL NY. S USIA 24 TAHUN G2P1A0 GRAVIDA 25-26 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD DR. SLAMET GARUT”**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang tertera di atas maka penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir pada Ny. S usia 24 tahun G2P1A0 GRAVIDA 25-26 minggu dengan *intra uterine fetal death (IUFD)* di RSUD dr. Slamet Garut dengan metode pendokumentasian SOAP.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu meningkatkan keterampilan, pengetahuan serta sikap Dalam melaksanakan Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin dengan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)*, varney dan SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mampu melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. S umur 24 tahun G2P0A1 gravida 25-26 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)* di ruang bersalin vk RSUD dr.Slamet Garut.
- 2) Mampu melakukan pengkajian dan data Objektif pada Ny.S Umur 24 tahun G2P0A1 gravida 25-26 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)* di ruang vk RSUD dr.Slamet Garut.
- 3) Mampu melakukan pengkajian data analisa pada Ny. S Umur 24 tahun G2P0A1 gravida 25-26 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)* di ruang vk RSUD dr.Slamet Garut.
- 4) Mampu melakukan pengkajian data penatalaksanaan pada Ny. S Umur 24 tahun G2P0A1 gravida 25-26 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)* di ruang vk RSUD dr.Slamet Garut.
- 5) Mampu melakukan data dokumentasi pada Ny. S Umur 24 tahun G2P0A1 gravida 25-26 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)* di ruang vk RSUD dr.Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini berdasarkan teori dan ilmiah yang dipadukan dengan praktik dan pengalaman. Penulis memerlukan data yang objektif dan relevan dengan teori-teori yang dijadikan Analisa dalam pemecahan masalah untuk itu penulis menggunakan metode sebagai berikut :

1) Studi Keputusan

Penulis membaca jurnal-jurnal Kesehatan, literatur-literatur, profil Kesehatan dan e-book dari internet yang relevan

2) Studi Dokumentasi

Untuk memperoleh data pengkaji, penulis menggunakan Teknik:

a) Observasi

Penulis memperoleh data dengan cara melakukan pengamatan langsung kepada klien

b) Wawancara

Penulis melakukan tanya jawab dengan klien, keluarga, bidan puskesmas yang merujuk, dan bidan yang berada di lahan praktik yang berhubungan dengan kasus

c) Pemeriksaan fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis untuk menjamin perolehan data yang lengkap mulai dari kepala sampai ke kaki (*head to toe*) meliputi : inspeksi, palpasi, auskultasi.

1.5 Manfaat Pengkajian

Manfaat di lakukannya penelitian manajemen asuhan kebidanan pada Ny. S dengan kematian janin dalam rahim di RSUD dr. Slamet Garut di antaranya adalah :

1) Manfaat Bagi Penulis

Laporan Tugas Akhir ini di harapkan dapat menjadi wawasan dan pengetahuan, Dengan melakukan asuhan diharapkan mahasiswa lebih memahami bagaimana cara memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat menambah pengetahuan dan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar yang berlaku.

2) Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Karya Ilmiah ini sebagai sumbangsih ilmiah bagi almamater program studi DIII Kebidanan Stikes Karsa Husada Garut Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan kajian, informasi untuk Pendidikan atau referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan Inta Uterine Fetal Death (IUFD)

3) Manfaat Lahan Praktik

Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan ilmu pengetahuan mengenai manajemen asuhan kebidanan pada Ny”S” dengan kematian janin dalam rahim di RSUD dr. Slamet Garut.

1.6 Waktu Dan Tempat Pengkajian

1.6.1. Tempat Pengkajian

Pengkajian asuhan kebidanan ini dilakukan di ruang bersalin vk
RSUD dr. Slamet Garut

1.6.2. Waktu Pengkajian

Waktu pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Februari sampai
dengan 11 Februari 2025.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Kehamilan dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan adanya kehamilan maka sistem tubuh wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan seseorang (Elvia Wati., 2023). Kehamilan, persalinan, dan kelahiran merupakan proses fisiologis, tetapi penyulit dapat muncul kapan saja, dan dapat memberikan dampak serius pada ibu dan janin. Istilah kehamilan risiko tinggi (kehamilan berisiko) digunakan ketika faktor fisiologis atau psikologis secara signifikan dapat meningkatkan kemungkinan mortalitas atau morbiditas ibu atau janin (Senja Atika., 2023).

Komplikasi kehamilan dapat terjadi di tahapan manapun, mulai dari fertilisasi hingga kelahiran. Diagnosis awal faktor risiko untuk komplikasi atau awal serangan komplikasi akan mengarah pada awal pengobatan dan mencegah bahaya pada ibu ataupun janin. Tanda bahaya kehamilan adalah gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam bahaya. Apabila tanda bahaya kehamilan tidak terdeteksi secara dini dapat menyebabkan masalah pada ibu dan janin sehingga dapat berisiko

kematian. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi/penyakit yang mungkin terjadi selama kehamilan (Elvia Wati., 2023)

2.1.2 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama masa kehamilan, yang apabila tidak dilaporkan atau terdeteksi dini bisa menyebabkan kematian pada ibu dan janin. Tanda bahaya kehamilan harus segera ditangani dan dideteksi sejak dini karena setiap tanda bahaya kehamilan bisa mengakibatkan komplikasi pada masa kehamilan. Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah Tanda dan Gejala Kehamilan diklasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan bahaya (Sutanto & Fitriana, 2019).

Berikut adalah tanda bahaya kehamilan yang harus di waspadai

1) Preeklamsia

Preeklamsia merupakan tekanan darah tinggi disertai dengan proteinuria (protein dalam air kemih) atau edema (penimbunan cairan) yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan. Klasifikasi preeklamsia ada dua yaitu :

a) Preeklamsia ringan

Preeklamsia terjadi jika terdapat tanda-tanda, Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring

terlentang atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih, Edema umum, kaki, jari, tangan, dan muka atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu, Proteinuria memiliki berat 0,3 gram atau per liter, kualitatif 1+ atau 2 + pada urin kateter atau midstream.

b) Preeklamsia berat

Preeklamsia berat ditandai sebagai berikut, Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, Proteinuria 5 gram atau lebih per liter, Oliguria yaitu jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam, Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium, Terdapat edema paru dan sianosis. (Ratnawati, 2020)

2) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pravaginam dalam kehamilan cukup normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan atau spotting. Perdarahan tidak normal yang terjadi pada awal kehamilan (perdarahan merah, banyak atau perdarahan dengan nyeri), kemungkinan abortus, mola atau kehamilan ektopik. Ciri-ciri perdarahan tidak normal pada kehamilan lanjut (perdarahan merah, banyak, kadang – kadang, tidak selalu, disertai rasa nyeri) bisa berarti plasenta previa atau solusio plasenta.

3) Sakit kepala yang hebat, menetap yang tidak hilang.

Sakit kepala dan tidak hilang dengan istirahat adalah gejala preeklamsia dan jika tidak diatasi menyebabkan kejang bahkan stroke

4) Perubahan visual secara tiba – tiba (pandangan kabur)

Pandangan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi odema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang dapat mempengaruhi sistem saraf pusat. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur dapat menjadi tanda dari preeklamsia.

5) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang dirasakan oleh ibu hamil bila tidak ada hubungannya dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri yang dikatakan tidak normal apabila ibu merasakan nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini kemungkinan karena appendisitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, gastritis.

6) Bengkak pada wajah atau tangan.

Hampir setiap ibu hamil mengalami bengkak normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Hal tersebut menunjukkan tanda bahaya apabila muncul bengkak pada wajah dan tangan dan tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik lain. Hal ini dapat merupakan tanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

7) Bayi bergerak kurang dari seperti biasanya

Pada ibu yang sedang hamil ibu akan merasakan gerakan janin yang berada di kandungannya pada bulan ke 5 atau sebagian ibu akan

merasakan gerakan janin lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 x dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. (Sutanto & Fitriana, 2019).

2.1.3 Adaptasi Anatomi dan Fisiologi Selama Kehamilan

Sistem Reproduksi Menurut Gultom & Hutabarat (2020) adaptasi anatomi dan fisiologi selama kehamilan adalah sebagai berikut :

1) Uterus

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan adalah 30x25x20cm dengan kapasitas lebih dari 4000cc.

Tabel 2.1 Ukuran Tinggi Fundus Uteri

Usia	TFU
12 minggu	3 jari diatas simpisis
16 minggu	$\frac{1}{2}$ simpisis-pusat
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	$\frac{1}{3}$ diatas pusat
34 minggu	$\frac{1}{2}$ pusat-prosessus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosessus xifoideus
40 minggu	2 jari dibawah prosessus xifoideus

Sumber: (Wulandari & dkk, 2021).

2) Serviks Uteri

Serviks lunak serta penambahan dan pelebaran pembuluh darah yang menyebabkan warnanya menjadi kebiruan. Hal itu juga meningkatkan kerapuhan sehingga mudah berdarah ketika senggama.

3) Ovarium

Saat ovulasi terhenti, tidak terjadi pembentukan folikel baru dikarenakan adanya kadar relaksin yang mempunyai pengaruh menenangkan sehingga pertumbuhan janin menjadi baik sampai aterm.

4) Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan.

5) Sistem Payudara

Selama kehamilan payudara mengalami pertumbuhan tambah membesar, tegang dan berat, dapat teraba nodul-nodul, dan bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada puting susu dan areola payudara.

6) Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, ketika kepala janin mulai turun akan menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga timbul gangguan sering kencing.

2.2 Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

2.2.1 Definisi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Menurut WHO dan *the American College of obstetric and Gynevcologist* yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada umur kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin

merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi (Mohamad Selvi, 2022).

IUFD sering didefinisikan sebagai kematian janin di dalam rahim sebelum kelahirannya atau selama proses kelahiran. Lahir mati didefinisikan sebagai kematian janin dengan berat 500gram atau lebih; atau jika berat lahir tidak diketahui, dengan usia kehamilan 22 minggu atau lebih (Khadka., 2022). Menurut WHO, IUFD merupakan bayi yang dilahirkan tanpa adanya tanda- tanda kehidupan atau setelah usia kehamilan 28 minggu.

Definisi tersebut sesuai dengan Internasional *Classification of diseases* (ICD) dengan penetapan berat lahir janin 1000 gram, usia kehamilan ≥ 28 minggu dan panjang janin ≥ 35 cm (Sharma.,2021). Terdapat dua kategori IUFD yaitu IUFD Dini dan IUFD Lanjut, IUFD dini adalah saat kematian janin terjadi sebelum usia kehamilan 24 minggu, sedangkan IUFD lanjut adalah saat kematian janin terjadi saat usia kehamilan lebih dari 24 minggu. (Mohamad., 2022).

2.2.2 Etiologi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Pada 25-60% kasus penyebab kematian janin tidak jelas. Kematian janin dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal, atau kelainan patologik plasenta.

1) Faktor maternal

Antara lain adalah post term (> 42 minggu), diabetes melitus tidak terkontrol, infeksi, hipertensi, preeklamsia, eklamsia,

hemoglobinopati, umur ibu tua, rupture uteri dan kelainan plasenta (Prawirohardjo.,2014)

2) Postterm (>42 minggu)

Gawat janin menunjukkan angka meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau Lebih, Umumnya disebabkan oleh makrosomia, insufisiensi plasenta, dan cacat bawaan. Kematian janin akibat kehamilan postterm terjadi pada 30% sebelum persalinan, 55% dalam persalinan, dan 15% pascanatal. Perubahan biokimia, yaitu adanya insufisiensi plasenta menyebabkan protein plasenta dan kadar *Deoxyribonucleid Acid* (DNA) dibawah normal, sedangkan Konsentrasi *Ribonucleid Acid* (RNA) meningkat (Luqyana., 2017)

3) Diabetes Mellitus tidak terkontrol

Diabetes mellitus gestasional adalah intoleransi glukosa yang dimulai atau baru ditemukan pada waktu hamil. Tidak dapat dikesampingkan kemungkinan adanya intoleransi glukosa yang tidak diketahui yang muncul seiring kehamilan. Setelah ibu melahirkan, keadaan Diabetes Mellitus Gestasional sering akan kembali ke regulasi glukosa normal.

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia, seksio sesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe 2 di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan risiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hiperbilirubinemia,

hipoglikemi, hipokalsemia, polisitemia, hiperbilirubnemia neonatal, sindroma distres respirasi, serta meningkatnya mortalitas atau kematian janin.

4) Infeksi

Infeksi dapat menyebabkan morbiditas maupun mortalitas pada ibu dan bayi. Asal infeksi servikal-vaginal flora dan saluran kencing menuju kehamilan dan janin melalui transplasental (hematogen), ascending infeksi intrauterin pada ketuban pecah dini, dan infeksi neonatus (Manuaba, 2014).

Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, virus, dan parasit, sedangkan penularan dapat terjadi intrauterin, pada waktu persalinan, atau pascalahir. Transmisi bisa secara transplasental ataupun melalui aliran darah atau cairan amnion. Infeksi dapat menyebabkan kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat hingga kematian janin dalam kandungan (Luqyana., 2017)

5) Hipertensi, preeklampsia dan eklampsia

Hipertensi, preeklampsia dan eklampsia Hipertensi, preeklampsia, dan eklampsia memberi pengaruh buruk pada kesehatan janin yang disebabkan oleh menurunnya perfusi utero plasenta, hipovolemia, vasospasme, dan kerusakan sel endotel pembuluh darah plasenta. Dampaknya pada janin diantaranya *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan oligohidramnion serta kenaikan morbiditas dan mortalitas janin secara tidak langsung akibat

IUGR, prematuritas, oligohidramnion, dan solusio plasenta. Hipertensi merupakan suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya.

Hipertensi gestasional merupakan penyebab terjadinya kematian ibu dan janin. Hipertensi dapat menyebabkan kekurangan O₂ pada janin yang disebabkan oleh berkurangnya suplai darah ibu ke plasenta yang disebabkan oleh spasme dan kadang-kadang thrombosis dari pembuluh darah ibu (Luqyana., 2017) Hipertensi juga mengakibatkan pembuluh darah mengalami vasokonstriksi (penyusutan/penyempitan). Akibatnya suplai darah ke jaringan tubuh akan berkurang. Organ akan kehilangan asupan nutrisi dan oksigen, sehingga lambat laun mengakibatkan organ tidak berfungsi dan bahkan kematian organ, nutrisi dan oksigen bagi pertumbuhan janin disuplai dari ibu. Bila suplai terganggu, janin bisa meninggal dan kurang gizi. Paritas primigravida dapat mempengaruhi peningkatan tekanan darah, karena pada ibu primigravida cenderung mengalami tingkat kecemasan yang lebih berat dari pada multigravida sehingga mudah terjadi hipertensi dan preeklamsi.

Hipertensi pada kehamilan sangat menentukan tingkat kematian perinatal karena dapat terjadi (IUGR) Ibu dengan riwayat hipertensi memiliki peluang terjadinya IUFD 3,396 kali dibandingkan dengan tidak memiliki riwayat hipertensi (Saridevi, 2016)

Preeklampsia didefinisikan sebagai hipertensi disertai proteinuria, merupakan suatu gangguan multisistem yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu. Eklampsia adalah preeklampsia yang disertai dengan kejang. Preeklampsia dan eklampsia berkontribusi terhadap 10- 15% dari total kematian ibu di dunia. Sebagian besar kematian di negara berkembang diakibatkan oleh eklampsia, sementara di negara maju lebih sering disebabkan oleh komplikasi dari preeklampsia (Luqyana., 2017) Preeklampsia merupakan salah satu faktor resiko IUFD, dimana preeklampsia merupakan faktor penyakit yang diderita oleh ibu. Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Maka aliran darah menurun ke plasenta dan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin dan karena Menurut Kotweg dkk (2008).

Penyebab yang paling penting untuk IUFD adalah keterbatasan pertumbuhan janin, hal ini menekankan pentingnya peran plasenta dalam mengoptimalkan pertumbuhan janin. Sebuah penelitian di India yang dilakukan oleh Jayashree dkk (2017) mengungkapkan bahwa preeklampsia merupakan penyebab paling umum pada kematian janin intrauterin. Sehingga, pada wanita hamil yang terdeteksi mengalami preeklampsia harus diterapi dengan tepat.

Terapi meliputi pemantauan tekanan darah secara teratur, disertai dengan pemantauan parameter lain seperti pertumbuhan janin, fungsi hati dan fungsi ginjal, serta fungsi koagulasi. Dengan adanya pemantauan ini, diharapkan preeklampsia dapat dideteksi pada tahap awal dan jika diperlukan, dapat merujuk ke pusat kesehatan yang lebih memadai sehingga komplikasi dari preeklampsia dapat dihindari.

6) Kecemasan, stress

Kecemasan akibat stres yang berkepanjangan akan dirasakan ibu terutama saat menjalani kehamilan kembali setelah pernah mengalami IUFD, kecemasan tersebut merupakan salah satu bentuk trauma psikologis atas kegagalan pada kehamilan sebelumnya, ibu menjalani kehamilan dengan penuh kekhawatiran serta ketakutan akan kondisi kandungannya (Gilbert & Harmon, 2013).

Kecemasan menimbulkan ketegangan, menghalangi relaksasi tubuh, menyebabkan kelelahan bahkan mempengaruhi kondisi janin dalam kandungan. Kecemasan menyebabkan sekresi katekolamin dari kelenjar adrenalin yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan mengurangi aliran darah yang membawa oksigen ke uterus (Farrer, 2014).

Stres berkepanjangan yang dialami ibu hamil selain menimbulkan kecemasan, melalui sistem saraf pusat mengubah keseimbangan hormonal hingga merusak respon daya tahan tubuh,

mengurangi kemampuan melawan bakteri dan virus yang menyerang tubuh. Hal tersebut dapat berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan janin sehingga akan meningkatkan risiko kematian janin (Thompson.,2017).

Masalah-masalah fisik dan psikologis dari proses berduka yang bersifat patologis di atas dapat dicegah dengan perilaku adaptasi yang tepat. Ibu dan keluarga dapat menggunakan berbagai strategi terhadap peristiwa kehilangan tersebut sehingga dapat memiliki kekuatan untuk menjalani proses berduka sealamiah mungkin dalam batas waktu yang normal (Stuart & Sundeen, 2020).

7) Trauma saat hamil

Misalkan akibat benturan pada perut yang dapat menyebabkan terlepasnya plasenta.

2.2.3 Faktor Fetal

1) Hamil kembar

Kehamilan kembar yang terdeteksi pada kehamilan trimester I harus selalu dievaluasi, untuk mengetahui kemungkinan terjadinya reduksi spontan atau gangguan lainnya selama masa kehamilan. Sekitar 21% kehamilan kembar akan mengalami reduksi spontan (vanishing twin) pada kehamilan trimester II. Kematian perinatal terutama terjadi pada kembar monokorionik (Karsono, 2018).

2) Pertumbuhan janin terhambat atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR)

Pertumbuhan janin terhambat merupakan suatu entitas penyakit yang membutuhkan perhatian bagi kalangan luas, mengingat dampak yang ditimbulkan jangka pendek berupa risiko kematian 6-10 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan bayi normal. Dalam jangka panjang terdapat dampak berupa hipertensi, arteriosklerosis, stroke, diabetes, obesitas, resistensi insulin, kanker, dan sebagainya. Pertumbuhan janin terhambat ditemukan bila berat janin kurang dari 10% dari berat yang harus dicapai pada usia kehamilan tertentu (Prawirohardjo., 2014)

3) Kelainan Kongenital

Saat ini Sebagian besar kelainan kongenital dapat diketahui sebelum usia kehamilan 20 minggu. Beberapa pertanda kelainan kongenital yang seringkali dijumpai pada pemeriksaan USG adalah volume cairan amnion yang abnormal (Oligohidramnion dan Polihidramnion), pertumbuhan janin terhambat, kelainan morfologi bentuk tubuh dan struktur organ janin, ukuran biometri yang abnormal, ukuran plasenta yang abnormal dan aktivitas biofisik janin yang berkurang. (Prawirohardjo., 2014)

4) Infeksi janin

Infeksi janin dan neonatus digolongkan pada infeksi in utero (Transplasenta), sewaktu melalui jalan lahir (transmisi vertikal) atau

sewaktu masa neonatal. Infeksi in utero disebabkan oleh virus (sitomegalovirus, rubella, varises, HIV, parovirus) protozoa (toksoplasma gondi) dan bakteri (sifilis kongenital) (Prawirohardjo.,2014)

Menetapkan kematian janin dalam Rahim menurut (Nugroho.,2012:42) kematian janin sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan terhadap detak jantung (dengan menggunakan stetoskop laenak, alat doopler) tidak terdapatnya denyut jantung janin.
- b) Pemeriksaan terhadap tidak adanya gerakan jantung, tidak ada denyut jantung janin, tukang kepala janin berhempit, tulang belakang makin melengkung (dengan menggunakan USG)
- c) Pemeriksaan terhadap tulang kepala berhempit, tulang belakang melengkung, dalam usus dijumpai berbentuk gas (dengan foto ronsen)

Batas kematian janin IUFD menurut United States National Center for Health Statistic Kematian janin dapat dibagi menjadi 4 golongan, yaitu: (Winknjosastro., 2018; Cuningham.,2017)

- a) Golongan I : Kematian sebelum massa kehamilan mencapai 20 minggu penuh (early fetal death)
- b) Golongan II : Kematian sesudah ibu hamil 20-28 minggu (intermediate fetal death)
- c) Golongan III : Kematian sesudah masa kehamilan >28 minggu

- d) Golongan IV : Kematian yang tidak dapat digolongkan pada ketiga golongan di atas.

Apabila janin mati pada kehamilan yang telah lanjut, terjadilah perubahan-perubahan sebagai berikut :

- a) Rigor mortis (tegang mati): berlangsung 2,5 jam setelah mati, kemudian lemas kembali.
- b) Stadium maserasi I: timbulnya lepuh-lepuh pada kulit. Lepuh mula-mula berisi cairan jernih, tetapi kemudian menjadi merah. Berlangsung sampai 48 jam setelah anak mati.
- c) Stadium maserasi II: timbul lepuh-lepuh pecah dan mewarnai air ketuban menjadi merah coklat. Terjadi 48 jam setelah anak mati.
- d) Stadium maserasi III: terjadi kira-kira 3 minggu setelah anak mati. Badan janin sangat lemas dan hubungan antara tulang- tulang sangat longgar. Edema di bawah kulit (Sastrawinata, 2017).

2.2.4 Manifestasi Klinis Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Kriteria diagnosa kematian janin dalam rahim meliputi:

- 1) Rahim yang hamil tersebut tidak bertambah besar lagi, bahkan semakin mengecil.
- 2) Tidak lagi dirasakan gerakan janin.
- 3) Tidak ditemukan bunyi jantung janin pada pemeriksaan.
- 4) Bentuk uterus menjadi tidak tegas sebagaimana suatu kehamilan normal.
- 5) Bila kematian itu telah berlangsung lama, dapat dirasakan krepitasi.

2.2.5 Predisposisi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

25-60% kasus penyebab kematian janin tidak jelas. Kematian janin dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal, atau kelainan patologik plasenta. Faktor- faktor yang dapat mempengaruhi kematian janin dalam kandungan antara lain:

1) Faktor Maternal

Menurut teori, faktor maternal menyebabkan 5-10% dari penyebab kematian IUFD. Hasil penelitian menunjukkan faktor penyebab maternal sebagian besar disebabkan oleh infeksi. Ibu hamil sangat peka terhadap terjadinya infeksi dari berbagai mikroorganisme. Secara fisiologik sistem imun dari ibu hami akan menurun kemungkinan sebagai akibat dari toleransi sistem imun ibu terhadap bayi yang merupakan jaringan semi- alogenik, meskipun tidak memberikan pengaruh secara klinik. Faktor maternal penyebab terjadinya IUFD antara lain:

- a) Umur
- b) Paritas
- c) Usia kehamilan
- d) Usia persalinan prematur
- e) Usia persalinan matur (cukup bulan)
- f) Usia kehamilan post matur
- g) Penyakit penyerta seperti, Anemia, Pre-eklampsia dan Eklampsia, Solutio placenta, Diabetes mellitus, Rhesus Iso-Imunisasi, Infeksi dalam kehamilan, Kehamilan ganda, Penyakit ginjal.

2) Faktor Janin

a) Kelainan kongenital

Ialah kelainan dalam pertumbuhan struktur bayi yang timbul sejak kehidupan hasil konsepsi sel telur. Kelainan kongenital dapat merupakan sebab penting terjadinya kematian janin dalam kandungan, atau lahir mati. Bayi dengan kelainan kongenital umumnya akan dilahirkan sebagai bayi berat lahir rendah bahkan sering pula sebagai bayi kecil untuk masa kehamilannya. Dilihat dari bentuk morfologik, kelainan kongenital dapat berbentuk suatu deformitas atau bentuk malformitas.

b) Infeksi intranatal

Infeksi melalui cara ini lebih sering terjadi daripada cara yang lain. Kuman dari vagina naik dan masuk ke dalam rongga amnion setelah ketuban pecah. Ketuban pecah dini mempunyai peranan penting dalam timbulnya plasentitis dan amnionitis. Infeksi dapat pula terjadi walaupun ketuban masih utuh, misalnya pada partus lama dan sering kali dilakukan pemeriksaan vaginal. Janin kena infeksi karena menghirup likuor yang septik, sehingga terjadi pneumoni kongenital atau karena kuman-kuman yang memasuki peredaran darahnya dan menyebabkan septicemia. Infeksi intranatal dapat juga terjadi dengan jalan kontak langsung dengan kuman yang terdapat dalam vagina, misalnya blenorea dan oral thrush.

c) Pertumbuhan janin terhambat

Pertumbuhan janin terhambat ditentukan bila berat janin kurang dari 10% dari berat yang harus dicapai pada usia kehamilan tertentu. Biasanya perkembangan yang terhambat diketahui setelah dua minggu tidak ada pertumbuhan. Penyebab pertumbuhan janin terhambat diantaranya adalah hipertensi dalam kehamilan, gemelli, anomali janin, infeksi seperti rubella dan sifilis, penyakit jantung, asma, gaya hidup seperti merokok dan narkoba, kekurangan gizi ekonomi rendah.

d) Kelainan genetic

Penyakit genetik adalah penyakit yang disebabkan oleh defek pada gen.

3) Faktor Plasenta

Faktor plasenta antara lain kelainan inserti tali pusat, simpul tali pusat, lilitan tali pusat, dan solutio placenta. Tali pusat sangat penting yang artinya sehingga janin bebas bergerak dalam cairan amnion, sehingga pertumbuhan dan perkembangannya berjalan dengan baik. Tali pusat yang terlalu panjang dapat menimbulkan lilitan pada leher, sehingga mengganggu aliran darah ke jantung dan menimbulkan asfiksia sampai kematian janin dalam kandungan.

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

- 1) Ultrasonografi
- 2) Rontgen foto abdomen

- 3) Pemeriksaan darah lengkap, jika dimungkinkan kadar fibrinogen.

2.2.7 Komplikasi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Ibu yang tetap mempertahankan janin yang IUFD selama lebih dari 3 minggu berisiko akan mengalami Disseminated Intravascular Coagulopathy (DIC) diakibatkan terlalu banyak mengonsumsi faktor pembekuan darah dan bisa berakhir dengan kematian maternal. Perdarahan postpartum juga bisa terjadi 2–3 minggu setelah kematian janin.

2.2.8 Persalinan Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Janin yang mati dalam rahim sebaiknya segera dikeluarkan secara :

- 1) Lahir Spontan atau Persalinan anjuran :

- a) Dilatasi serviks dengan batang laminaria

Setelah dipasang 12-24 jam kemudian dilepas dan dilanjutkan dengan infus oksitosin sampai terjadi pengeluaran janin dan plasenta.

- b) Dilatasi Serviks dengan katetr folley.

Untuk umur kehamilan > 24 minggu, Kateter folley no 18, dimasukan dalam kanalis servikalis di luar kantong amnion, Diisi 50 ml aquades steril, Ujung kateter diikat dengan tali, kemudian lewat katrol, ujung tali diberi beban sebesar 500gram, Dilanjutkan infus oksitosin 10 u dalam dekstrose 5% 500 ml, mulai 8 tetes/menit dinaikkan 4 tetes tiap 30 menit sampai his adekuat.

2) Infus oksitosin

Keberhasilan sangat tergantung dengan kematangan serviks, dinilai dengan Bishop Score, bila nilai = 5 akan lebih berhasil. Dipakai oksitosin 5-10 u dalam dekstrose 5% 500 ml mulai 8 tetes/menit dinaikkan 4 tetes tiap 15 sampai his adekuat.

3) Induksi prostaglandin

Dosis : Pg-E 2 diberikan dalam bentuk suppositoria 20 mg, diulang 4 - 5 jam. Pg-E 2 diberikan dalam bentuk suntikan im 400 mg. Pg-E 2,5 mg/ml dalam larutan NaCL 0.9%, dimulai 0,625 mg/ml dalam infus. Kontra Indikasi: asma, alergi dan penyakit kardiovaskuler.

2.2.9 Dampak Fisiologis dan Psikologis Ibu dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Kematian janin tersebut berdampak pada kesehatan mental orang tua dan dapat memicu gejala depresi, kecemasan, gangguan stres pasca-trauma, ide bunuh diri, panik, dan fobia. Wanita yang memiliki Riwayat bayi lahir mati akan mengungkapkan rasa bersalah dan mempertanyakan kompetensi mereka untuk melahirkan bayi yang sehat. Selain itu, proses berduka tidak hanya berlangsung selama berbulan-bulan dan bertahun-tahun, tetapi juga berdampak pada kehamilan berikutnya (Salgado., 2021).

Selain dampak psikologis yang telah dijabarkan di atas, penting juga bagi kita untuk mengetahui dampak negatif terhadap kesehatan fisik pada ibu post partum. Menurut (Grummer-Strawn & Clark, 2020), orang tua yang berduka karena melahirkan bayi yang lahir mati atau mengalami kematian

13 bayinya cenderung mengalami pembengkakan payudara, nyeri, dan kebocoran ASI.

Penyebab bendungan ASI (pembengkakan payudara) diantaranya adalah peningkatan produksi ASI, pelekatan yang kurang baik, keterlambatan menyusui dini, pengeluaran ASI yang jarang, adanya pembatasan waktu menyusui. Faktor lainnya yakni ibu memilih untuk tidak menyusui bayinya atau keguguran, bayi lahir mati, ibu dengan virus HIV, HBsAG, TBC, Kanker, ibu yang sedang menjalani pengobatan, ibu dengan pembedahan payudara dan ibu dengan cedera payudara. Untuk mencegah hasil yang merugikan, membutuhkan panduan antisipatif atau dukungan laktasi dari profesional kesehatan yang berkualitas.

2.2.10 Faktor Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Intrauterine Fetal Death (IUFD) dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal dan kelainan patologis plasenta. Salah satu factor maternal yang menyebabkan terjadinya IUFD adalah umur ibu tua. Selain itu, salah satu factor risiko yang meningkatkan kemungkinan terjadinya kematian janin dalam rahim adalah usia ibu > 40 tahun saat kehamilan, Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1) Faktor maternal

Kehamilan post term (> 42 minggu), umur ibu tua, diabetes melitus tidak terkontrol, sistemik lupus eritematosus, infeksi, hipertensi, preeklampsia, eklampsia, hemoglobinopati, penyakit rhesus, ruptura uteri, antifosfolipid sindrom, hipotensi akut ibu, kematian ibu.

2) Faktor fetal

Hamil tumbuh terhambat, kelainan kongenital, kelainan genetik, infeksi.

3) Faktor plasental

Kelainan tali pusat, lepasnya plasenta, ketuban pecah dini dan vasa previa (Wiknjosastro H., 2015)

2.2.11 Langkah Pencegahan Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Meski tidak semua kasus IUFD bisa dicegah, ibu hamil bisa melakukan beberapa hal untuk mengurangi risikonya, yaitu:

- 1) Berhenti merokok.
- 2) Berhenti mengonsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan berbahaya.
- 3) Menghindari tidur dengan posisi terlentang saat usia kehamilan memasuki 28 minggu atau lebih.
- 4) Melakukan pemeriksaan kehamilan ke dokter kandungan atau bidan secara rutin untuk memantau kesehatan ia dan janin
- 5) Bagi ibu hamil yang berisiko mengalami IUFD, dirasakan untuk berkonsultasi ke dokter kandungan. Begitupula jika mendapati tanda-tanda yang tidak biasa, misalnya intensitas gerakan janin menurun segera temui dokter agar mendapat pemeriksaan dan penanganan yang tepat (Meva., 2020).

2.2.12 Kewenangan Bidan

Peran dan fungsi bidan diorientasikan pada kemampuan memberikan asuhan meliputi upaya pencegahan (preventif), promosi terhadap pelaksanaan asuhan kebidanan normal, deteksi komplikasi pada ibu serta akses bantuan medis maupun bantuan lain yang sesuai serta kemampuan dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri.

Bidan memiliki peran penting dalam penanganan IUFD (Intrauterine Fetal Death) atau kematian janin dalam kandungan, namun kewenangannya terbatas. Bidan dapat melakukan deteksi dini, memberikan dukungan psikologis pada ibu, dan melakukan rujukan ke dokter spesialis kandungan jika diperlukan. Mereka juga dapat memberikan konseling tentang perawatan pasca-IUFD dan membantu dalam proses persalinan jika kondisi memungkinkan. Kewenangan bidan dalam praktik kebidanan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. S USIA 24 TAHUN G2P1A0 GRAVIDA 25-26 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUID) DI RSUD dr. SLAMET GARUT

Tanggal Pengkajian : Senin, 10 Februari 2025
Waktu Pengkajian : 09.25 WIB
Tempat Pengkajian : Ruang VK
Pengkaji : Delis Julianti Nuril

3.1 Data Subyektif

1) Identitas

Nama	: Ny. S	Nama	: Tn. J
Umur	: 24 tahun	Umur	: 26 Tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendididakn	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Supir
Alamat	: Kp. Areng Kec. Cikajang		

2) Alasan Datang

Ibu datang rujukan dari Puskesmas Cikajang diantar oleh bidan dan keluarga, ibu merasa hamil 6 bulan, ibu mengatakan gerakan janin sudah tidak dapat dirasakan bergerak sejak 2 hari yang lalu dari tanggal 08

Februari 2025, ibu mengatakan sebelumnya tidur bersama keponakan dan perutnya tidak sengaja tertendang oleh keponakannya.

3) Keluhan Utama

Ibu terlihat cemas dan lemas , Ibu mengatakan tidak merasakan adanya mules, bayi sudah tidak bisa dirasakan setelah dilakukan pengkajian di puskesmas dan RS di ruang ponek telah dilakukan pemeriksaan DJJ sudah tidak terdengar detak jantung janin DJJ dan pemeriksaan USG dan dinyatakan oleh Dokter bahwa janin sudah meninggal.

4) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan pertama haid pada usia 13 tahun, haidnya normal dengan siklus 28 hari, lama haidnya 6-7 hari dengan sifat darah cair dan biasa mengganti pembalut 3-4 kali ganti sehari. Kadang-kadang merasakan sakit dismenore pada hari pertama tetapi masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa.

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilannya yang kedua, diketahui kehamilannya melalui tes urine (+), hari pertama haid terakhir tanggal 19 Agustus 2024. Pemeriksaan kehamilan baru 3x di bidan dan 1x di dokter, ibu mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT2. Ibu mengatakan gerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan ± 4 bulan dan gerakan yang dirasakan aktif sehari ± 10 x gerakan. Selama hamil ini ibu hanya mengonsumsi obat-obatan yang diberikan

oleh bidan, yaitu multivitamin dan tablet FE. Kehamilan sebelumnya ibu juga mengalami abortus inkomplit pada saat usia kehamilan 12-13 minggu dikarenakan ada perdarahan dan ibu harus dikuret di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2024. Keluhan selama hamil Trimester I : Mual tidak disertai muntah Trimester II: Tidak ada keluhan

c) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Ibu mengatakan kehamilan pertama mengalami abortus pada tahun 2024 pada usia kehamilan 12-13 minggu dan dilakukan kuretase di RS

5) Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah memiliki penyakit dan tidak sedang menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi.

6) Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit berat seperti jantung, hipertensi, diabetes mellitus, asthma, TBC, malaria dan tidak ada penyakit keturunan, menular, HIV, HBSAG, SIFILIS dan lainnya.

7) Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun setelah 5 bulan pasca abortus.

8) Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suami, ibu menikah pada usia 22 tahun, dan suami usia 24 tahun, lama pernikahan 1 tahun.

9) Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan tinggal bersama suami, pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami, ibu mengatakan senang atas kehamilan ini setelah kehamilan yang pertama, kehamilan sangat dinantikan oleh ibu dan keluarga.

10) Pola Kebutuhan Sehari-hari

a) Nutrisi

Sebelum hamil : Ibu makan seharim 3x sehari berbagai macam makanan

Setelah hamil : Ibu biasa makan 3x sehari dengan menu kadang-kadang bervariasi (sayuran, lauk pauk dan buah-buahan) atau seadanya, porsi sedikit, makanan tidak ada pantangan. Minum 7-8 gelas air putih

b) Eliminasi

Ibu mengatakan BAK 5-6x sehari tanpa ada keluhan BAB 1x sehari tanpa ada keluhan.

c) Istirahat

Ibu mengatakan tidur malam ± 7 jam kadang dari jam 21.00 WIB bangun jam 04.00 WIB tanpa ada keluhan, tidur siang kadang-kadang 1 jam.

d) Pola Seksual

Ibu mengatakan terakhir hubungan seksual dengan suami 2 minggu terakhir, dan tidak ada keluhan apapun.

e) Aktivitas Sehari-hari

Ibu mengatakan kegiatan sehari-hari mengerjakan pekerjaan rumah.

f) Personal Hygiene

Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, ganti celana dalam 2x sehari atau lebih jika terasa lembab.

3.2 Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Lemas
Kesadaran	: Composementis
Status emosional	: Stabil

2) Antropometri

BB sebelum hamil	: 45 kg
BB sekarang	: 51 kg
Kenaikan BB	: 6 kg
Tinggi Badan	: 150 cm
IMT	: 22 cm
Lila	: 23,5 cm

3) Tanda Vital

TD	: 100/70 mmHg
Nadi	: 80x/m
Respirasi	: 20x/m
Suhu	: 36,6 C

4) Pemeriksaan Fisik

Kepala	:Warna rambut Hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan
Muka	: Bersih, tidak oedema, tidak pucat.
Mata	: Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
Hidung	: Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
Telinga	: Simetris, fungsi pendengaran baik.
Mulut	: Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat.
Leher	: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.
Dada/payudara	: Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum ada
Abdomen	Inspeksi : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum. Palpasi: TFU 23 cm Leopold I : Di fundus teraba bagian lunak, bulat, tidak melenting. Leopold II : Dibagian kanan ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan dan dibagian kiri

ibu terdapat bagian-bagian terkecil janin.

Leopold III :Dibagian terbawah janin teraba bagian keras, bulat dan melenting, Auskultasi: DJJ (-)

Ekstremitas atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak oedema, jari lengkap.

Ekstremitas bawah : Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih dan tidak pucat, jari lengkap, tidak varices, refleks patella +

Genitalia : v/v : T.a.k Pembukaan : 6 cm

Ketuban:utuh

Penurunan kepala : H III

Molase: tidak ada

Presentasi : kepala

5) Pemeriksaan Penunjang

HB : 12 gr/dl

Protein urine : NR

Glukosa urine : NR

HIV/AIDS : NR

Sypillis : NR

HBsAg : NR

3.3 Analisa

G2P0A1 Gravida 25-26 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)*.

3.4 Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan
Evaluasi: Ibu mengetahui.
- 2) Memberitahu ibu bahwa usia kehamilan ibu 25-26 minggu, dan menjelaskan tentang kondisi bayi dalam kandungan.
Evaluasi: Ibu mengetahui usia kehamilan dan sudah mengetahui keadaan bayinya.
- 3) Memberikan dukungan emosional
Evaluasi : Ibu merasa nyaman
- 4) Konseling Informasi Edukasi tentang persiapan persalinan.
Evaluasi: Ibu mengerti.
- 5) Konseling Informasi Edukasi tentang tanda bahaya persalinan
Evaluasi: Ibu mengerti.
- 6) Konseling Informasi Edukasi tentang pemenuhan nutrisi
Evaluasi : Ibu belum bisa masuk nasi tetapi bisa makan makanan yang lembek seperti bubur.
- 7) Kolaborasi dengan Dokter SpOg dan memberikan therapy induksi, yaitu:
 - a) Pemasangan infus RL 500 cc
 - b) Drips Metronidazole /18 jam/
 - c) Injeksi Ceftriaxone /12 jam/IV
 - d) Pasang Cytotec ½ tab/vagina pada hari ke 2
 - e) VT control tiap 7 jam, lapor ulang dokter

CATATAN PERKEMBANGAN KALA I

Hari / Tanggal Pengkaji : 11 Feb 2025

Pukul : 07.15 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Delis Julianti Nuril

1) Data Subjektif

Dari hasil pemeriksaan yang dinyatakan oleh dokter dari hasil USG janin sudah dalam keadaan IUFD. Ibu mengatakan sudah merasakan mules semakin sering dan sudah ingin meneran sudah keluar lendir bercampur darah gerakan janin tidak dapat dirasakan.

2) Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Sedang

Kesadaran : Composmentis

Status emosional : Stabil

b) Tanda Vital

TD : 100/70 mmHg

N : 80x/m

R : 20x/m

S : 36,6 C

c) Pemeriksaan Fisik

Abdomen

TFU : 26 cm

Leopold I : Di fundus teraba bagian lunak, bulat, tidak melenting.

Leopold II: Di bagian kanan ibu teraba bagian keras memanjang seperti papan dan bagian kiri ibu terdapat bagian-bagian terkecil janin.

Leopold III: Di bagian terbawah janin teraba bagian keras, bulat dan melenting.

Auskultasi : DJJ (-) His : 3x10' 35''

Genitalia : v/v : T.a.k

Pembukaan : 6 cm

Ketuban : Utuh

Penurunan kepala : H-III

Molase : tidak ada

Presentasi : kepala

3) Analisa

G2P0A1 Inpartu Kala 1 Fase Aktif Dengan IUFD

4) Penatalaksanaan

a) Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kepada ibu

Evaluasi : ibu mengetahui

b) Mengobsevasi pemeriksaan TTV, pembukaan dan his

Evaluasi : ibu mengetahui

- c) Memberitahu ibu agar untuk miring kiri atau kanan
Evaluasi : ibu bersedia
- d) Pemenuhan nutrisi pada ibu
Evaluasi : ibu bersedia minum teh manis
- e) Menyiapkan keperluan persalinan dan partu set
Evaluasi : perlengkapan ibu dan partu set sudah siap
- f) Melakukan asuhan sayang ibu
Evaluasi : dilakukan
- g) Kolaborasi dengan Dokter Spog dengan drip oxytocin labu ke 2
Evaluasi : drip oxctosin 5 IU
- h) Pendokumentasian

CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Hari / Tanggal Pengkaji : 11 Feb 2025

Pukul : 07.15 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Delis Julianti Nuril

1) Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin meneran

2) Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Sedang

Kesadaran : Composmentis

Status emosional : Stabil

b) Tanda Vital

TD : 100/70 mmHg

N : 80x/m

R : 20x/m

S : 36,6

c) Pemeriksaan Fisik

Abdomen

DJJ : - HIS : 5X10'50"

Pemeriksaan dalam:

Vulva/vagina : T.a.k
 Portio : Tidak teraba
 Pembukaan : 10 cm
 Ketuban : jernih
 Presentasi : Belakang Kepala
 Posisi : UUK kiri depan
 Penurunan : Hodge IV

3) Analisa

G2P0A1 Inpartu Kala II

4) Penatalaksanaan

- a) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan
 Evaluasi: ibu paham dan mengerti.
- b) Memposisikan ibu senyaman mungkin
 Evaluasi : Ibu sudah diposisi nyaman
- c) Menyiapkan Diri dan Alat
 Evaluasi : alat sudah siap
- d) Melakukan Pertolongan Persalinan Normal
 Evaluasi : Pukul 10.05 WIB Bayi lahir spontan lahir dengan kondisi
 IUFD BB : 680 gr PB : 25 cm , JK: Laki- laki
- e) Melakukan pengecekan fundus untuk memastikan tidak ada janin ke 2
 Evaluasi : tidak ada janin ke 2
- f) Memberitahu ibu akan dilakukan suntik oksitosin

Evaluasi : ibu bersedia

- g) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, menyuntikan oksitosin 10 IU di
1/3 paha atas distal lateral secara IM

Evaluasi : telah disuntikan

- h) Menjepit dan memotong tali pusat

Evaluasi : dilakukan

- i) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

1) Data Subyektif

Ibu mengatakan masih mules serta ibu terlihat sedih

2) Data Obyektif

a) Keadaan Umum : Sakit sedang

Kesadaran : Composmentis

Emosional : Stabil Tanda-tanda Vital

b) Tekanan Darah : 100/80 mmHg

Nadi : 84x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5⁰C

c) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : kontraksi uterus baik, TFU 1 jari di bawah Pusat.

Genetalia : Terdapat tali pusat menjulur dan terdapat pengeluaran darah

3) Analisa

P1A1 Kala III

4) Pentalaksanaan

a) Melanjutkan manajemen aktif kala III

Evaluasi : dilakukan

- b) Melakukan PTT, melahirkan plasenta

Evaluasi: Plasenta dan selaput lahir spontan pukul 10.15 WIB kontraksi uterus baik

- c) Mengecek kelengkapan plasenta

Evaluasi : plasenta lengkap

- d) Melakukan masase 15 kali dalam 15 detik

Evaluasi : dilakukan

- e) Memberikan pemenuhan nutrisi ibu

Evaluasi : ibu bersedia minum

- f) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : terlampir di patograf

CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

1) Data Subyektif

Ibu mengatakan merasa lega proses persalinan telah selesai, namun juga merasa sedih karena kehilangan bayinya.

2) Data Obyektif

a) Keadaan Umum : Lemas
Kesadaran : Composmentis

Keadaan Emosional : Stabil

b) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Nadi : 82x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,5⁰C

c) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat
kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak terdapat luka laserasi

3) Analisa

P1A1 Kala IV

4) Pentalaksanaan

- a) Melakukan pemantauan kala IV.

Evaluasi: Hasil terlampir di partograf.

- b) Melakukan pengecekan pengeluaran darah ± 50 cc, tidak terjadi robekan pada vagina dan perineum.

Evaluasi : pengeluaran normal.

- c) Membersihkan ibu dan tempat bersalin

Evaluasi : tempat sudah bersih, dan ibu pun sudah merasa nyaman

- d) Memberikan dukungan emosional atas meninggal bayinya

Evaluasi : Ibu merasa nyaman

- e) KIE untuk pemenuhan nutrisi setelah melahirkan.

Evaluasi: Ibu mengetahui.

- f) KIE tentang tanda bahaya nifas pada ibu

Evaluasi : ibu megerti dan mengetahui

- g) Melakukan dekontaminasi alat.

Evaluasi : dilakukan

- h) Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : terlampir

Tabel 2 Matriks

No.	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planing/ Intervensi		<i>Evidence Based</i>
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
1	Intra Uterine Fatal Death (IUFD)	IUFD adalah kematian janin di dalam rahim sebelum kelahirannya atau selama proses kelahiran. IUFD dini adalah saat kematian janin terjadi sebelum usia kehamilan 24 minggu, sedangkan IUFD lanjut adalah saat kematian janin terjadi saat usia kehamilan lebih dari 24 minggu. (Mohamad., 2022).	1. Faktor Maternal (postterm > 42 minggu), infeksi, umur ibu tua, kelainan plasenta), trauma stress, trauma saat hamil misalnya akibat benturan). 2. Faktor Fetal (hamil kembar, pertumbuhan janin terhambat, kelainan kongenital, infeksi janin).	Factor maternal (Trauma stress dan trauma akibat benturan sebelumnya)	1. Lahir spontan: 75% akan lahir spontan dalam 2 minggu. 2. Persalinan anjuran : a. Dilatasi serviks dengan batang laminaria Setalah dipasang 12-24 jam kemudian dilepas dan dilanjutkan dengan infus oksitosin sampai terjadi pengeluaran janin dan plasenta.	Kolaborasi dengan Dokter SpOg dan memberikan teraphy induksi Evaluasi : a. Pemasangan infus RL 500 cc b. Drips Metronidazole /18 jam/ c. Injeksi Ceftriaxone /12 jam/IV d. Pasang Cytotec ½ tab/vagina pada hari ke 2 e. VT control tiap 7 jam, lapor ulang dokter	1. Terminasi Kehamilan Dilakukan induksi maupun pembedahan. <u>Persalinan per vaginam</u> umumnya dapat terjadi dalam waktu 24 jam setelah <u>induksi</u> pada sekitar 90% ibu dengan IUFD. Persalinan per vaginam memiliki kelebihan pemulihan yang lebih cepat dibandingkan <u>sectio caesarea</u>. 2. Induksi Misoprostol Merupakan analog prostaglandin E1. Misoprostol dapat diberikan per vaginam maupun per oral dengan dosis 400 µg setiap 4–6 jam. Induksi misoprostol perlu berhati-hati pada

			(Prawirohardjo, 2014).		b. Dilatasi Serviks dengan kateter folley. 3. Infus oksitosin	ibu dengan riwayat sectio caesarea sebelumnya karena meningkatkan risiko terjadinya <u>ruptur uteri</u>. Pemberian <u>mifepristone</u> 200 mg per oral yang diikuti dengan pemberian misoprostol 400 µg setiap 4-6 jam per oral maupun per vaginam dapat dipertimbangkan karena diduga menginduksi persalinan lebih cepat 3. Induksi Oxytocin <u>Oxytocin</u> dapat diberikan melalui cairan infus dengan dosis titrasi dari 1 sampai 4 mU/menit. Sebuah studi menunjukkan bahwa pemberian oxytocin intravena memiliki efektivitas yang sama dengan pemberian misoprostol intravaginal. 4. Dilatasi Serviks dengan Batang Laminaria Cara ini sudah banyak ditinggalkan. Batang
--	--	--	------------------------	--	---	--

							laminaria dipasang pada serviks dan dibiarkan selama 12–24 jam untuk membuka jalan lahir. Laminaria kemudian dilepas dan dilanjutkan dengan infus oxytocin hingga terjadi pengeluaran janin dan plasenta. Dilatasi Serviks dengan Kateter Folley. Dilatasi serviks dengan menggunakan kateter ini dapat dilakukan jika usia kehamilan > 24 minggu. Kateter yang digunakan yaitu ukuran 18 yang dimasukkan ke dalam kanalis servikalis di luar kantong amnion. Balon kateter kemudian diisi dengan 50 ml aquades steril dilanjutkan dengan pengikatan ujung kateter dengan tali. Kateter kemudian dihubungkan dengan beban sebesar 500 gram melalui katrol. Setelah pemasangan kateter, dilanjutkan
--	--	--	--	--	--	--	--

							dengan infus oxytocin 10 IU dalam <u>dextrose</u> 5% 500 ml, dimulai 8 tetes/menit dan dinaikkan 4 tetes tiap 30 menit hingga didapatkan his yang adekuat. 5. Sectio Caesaria Tindakan ini merupakan alternatif terakhir jika persalinan spontan dan induksi tidak berhasil. Tindakan ini juga dapat dilakukan atas permintaan pasien bila pasien tidak mau melahirkan bayi yang meninggal secara per vaginam. Terminasi kehamilan dengan operasi dapat dilakukan pada ibu hamil dengan solusio plasenta dan riwayat sectio caesarea 2 kali atau lebih.
--	--	--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada klien Ny.S usia 24 tahun G2P0A1 Gravida 25-26 Minggu dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD). Pembahasan ini berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan penulis. Dalam asuhan tersebut terdapat persamaan dan kesenjangan teori dan praktik dilapangan pembahasan ini juga di tunjukan agar dapat diambil pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan Asuhan Kebidanan.

4.1 Data Subyektif

Berdasarkan pengkajian data hasil anamnesis ibu dirujuk dari Puskesmas Cikajang dengan indikasi (IUFD) ibu mengatakan gerakan janin sudah tidak dapat dirasakan lagi. Menurut (Khadka., 2022) gejala kematian janin dalam rahim salah satunya adalah tidak lagi dirasakan gerakan janin.

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang kedua ibu pernah mengalami keguguran, diketahui kehamilannya melalui tes urine (+), hari pertama haid terakhir tanggal 15 Oktober 2024. Pemeriksaan kehamilan baru 3x di bidan dan 1x di dokter, ibu mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT2. Selama hamil ini ibu hanya mengkonsumsi obat- obatan yang diberikan oleh bidan, yaitu multivitamin dan tablet FE. Dengan adanya kehamilan maka sistem tubuh wanita mengalami perubahan yang mendasar

untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan seseorang. (Elvia Wati., 2023).

Ibu mengatakan ketika tidur bersama keponakan perut ibu tertendang oleh keponakannya dan setelah kejadian tersebut ibu mengatakan sudah tidak merasakan adanya gerakan janin. Dan ibu mengatakan setelah kejadian tertendang ibu sudah merasakan gerakan janin berkurang dari biasanya sehingga ibu cemas dan stress memikirkan kondisi kehamilannya. Keadaan ibu merasa sedih karena tidak disangka janinnya tidak akan bertahan.

Menurut (Gilbert & Harmon, 2013), kecemasan tersebut merupakan salah satu bentuk trauma psikologis atas kegagalan pada kehamilan sebelumnya, ibu menjalani kehamilan dengan penuh kekhawatiran serta ketakutan akan kondisi kandungannya kecemasan menimbulkan ketegangan, menghalangi relaksasi tubuh, menyebabkan kelelahan bahkan mempengaruhi kondisi janin dalam kandungan. Kecemasan menyebabkan sekresi katekolamin dari kelenjar adrenalin yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan mengurangi aliran darah yang membawa oksigen ke uterus.

4.2 Data Obyektif

Kesadaran Composmentis, tekanan darah 110/70 mmHg nadi 80x/menit respirasi 20x/menit suhu 36,7 °C pemeriksaan palpasi perut ibu tegang ,tinggi pundus 26 cm teraba bokong di fundus, punggung di bagian kanan, setelah melakukan pengkajian di puskesmas dan Rs dilakukan

pemeriksaan USG dan dinyatakan oleh Dokter bahwasanya janin sudah meninggal dan DJJ sulit terdeteksi.

Menurut (Winknjosastro.,2018) pemeriksaan terhadap detak jantung dengan menggunakan Doppler, tidak terdapatnya detak jantung janin, Pengkaji juga melakukan pemeriksaan dalam dan diperoleh hasil vulva vagina tidak ada kelainan, pembukaan 10 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, pada hasil pemeriksaan USG oleh dokter tidak terdapat DJJ, tidak terdapat gerakan janin dan tidak ada denyut jantung janin. Menurut (Saifuddin., 2019) menetapkan kematian janin adalah tidak adanya gerakan janin dan tidak adanya denyut jantung janin (dengan menggunakan USG)

4.3 Analisa

Ditegakkan diagnosa Ny. S umur 24 tahun G2P0A1 Gravida 24-25 janin tunggal dengan IUFD. Berdasarkan pengkajian data subjektif yaitu gerakan janin tidak dirasakan lagi menurut (Nancy Olii., 2022) diagnosis kematian janin dalam rahim mula-mula dirasakan pasien berupa hilangnya gerakan janin. Dari data objektif DJJ tidak terdeteksi. His tidak ade kuat menurut (Purwangsih dan Fatmawati,2016) pemeriksaan USG tidak terdapat gerakan janin dan tidak ada denyut jantung janin (Nugroho, 2017).

Diagnosis kematian janin dalam Rahim dengan pemeriksaan penunjang (USG) tidak terlihat gerakan janin dan tidak terlihat denyut jantung janin. Berdasarkan data yang diperoleh menunjukkan adanya persamaan antara teori dengan praktik dalam gambaran ciri-ciri atau tanda-tanda pada Ny. S dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD)

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan terhadap Ny. S berdasarkan dari data subjektif, data objektif, dan Analisa maka penatalaksanaan disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan memberikan dukungan penuh, pemberian drip oksitosin 0,5 ml dilarutkan dengan 500 ml RL. Sesuai teori menurut (Manuaba, 2010) Berikan oksitosin drip 0,5 ml mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 15 menit ditambah 4 menit sampai his adekuat (maksimum 40 tetes per menit).

Selanjutnya memberikan therapy sesuai advis dokter SpOG injeksi ceftriaxone/ 12 jam/ iv, dan cytotetc ½ tab/ vagina pada hari kedua, dan melakukan pemeriksaan dalam control tiap 7 jam sekali, lapor dokter. Memberikan dukungan kepada ibu hal ini sesuai proses berduka yang bersifat patologis dapat dicegah dengan perilaku adaptasi yang tepat terhadap peristiwa kehilangan tersebut sehingga dapat memiliki kekuatan untuk menjalaninya sealamiah mungkin dalam batas waktu yang normal dan tidak berkepanjangan (Stuart & Sundeen, 2017).

4.5 Pendokumentasian

Asuhan Ny.S yang dilakukan dengan tahap pengkajian dan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesa kepada klien. Data primer diperoleh dengan beberapa Teknik yaitu dengan Teknik wawancara dan observasi. Dalam Teknik wawancara, Teknik ini dilakukan melalui komunikasi langsung dengan klien, keluarga dan bidan. Pemeriksaan dilakukan untuk mendapat data lengkap terkait masalah ibu yang akan

dijadikan kasus sehingga data yang di peroleh lebih akurat.

Dalam Teknik observasi, data dapat diperoleh dari hasil observasi langsung kepada pasien dan juga dari pemeriksaan fisik pasien secara lengkap data sekunder dalam hal ini diperoleh dari studi kepustakaan untuk mendapat materi teoritis tentang teori masalah yang dihadapi klien yaitu indikasi intra uterine fetal death, data pasien di peroleh dari rekam medis pasien yang kemudian di dokumentasikan dalam Teknik pengumpulan data dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Di dokumentasikan dalam bentuk SOAP. Hal ini sesuai dengan teori (Varney, 2019) manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah kebidanan yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan Tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil keputusan yang berfokus pada pasien.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengkajian maka didapat kesimpulan sebagai berikut :

- 1) Data Subjektif didapat hasil anamnesa ibu mengatakan rujukan dari Puskesmas Cikajang atas indikasi *intra uterine fetal death* (IUFD).
- 2) Data Objektif didapat dari dilakukannya pemeriksaan fisik dan dari pemeriksaan penunjang yaitu tidak terdengar DJJ his tidak adekuat dan pemeriksaan USG menunjukkan tidak ada gerakan janin dan tidak ada denyut jantung janin.
- 3) Penegakan Analisa/diagnosa yang didapat dari data Subjektif dan data Objektif pada Ny. S adalah *intra unterine fetal death* (IUFD).
- 4) Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. S yaitu dengan memberikan dukungan penuh, drip oksitosin dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan teori dengan praktik dilapangan.
- 5) Melakukan pendokumentasian Ny. S dengan *intra uterine fetal death* (IUFD) yaitu dengan metode SOAP.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis akan menyampaikan saran yang mungkin bermanfaat yaitu :

1) Bagi penulis

Diharap bagi penulis agar dapat meningkatkan pengetahuan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan kebidana pada ibu bersalin dengan indikasi IUFD

2) Bagi profesi

Diharapkan bidan lebih mampu melakukan atau Tindakan segera dan merencanakan asuhan kebidan pada ibu bersalin IUFD

3) Bagi instansi rumah sakit

Agar lebih meningkatkan pelayanan dalam menangani kasus persalinan patologis, baik dari segi saran prasarana maupun tenaga Kesehatan yang ada di rumah sakit

4) Bagi institusi Pendidikan

Agar lebih meningkatkan mutu Pendidikan dalam proses pembelajaran baik teori maupun praktek. Agar mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang teori-teori persalinan patologis.

5) Bagi pasien dan keluarga pasien

Keluarga diharapkan lebih teliti terhadap Kesehatan ibu hamil agar terdeteksi lebih dini bila terjadi kegawatdaruratan serta tentang bahaya yang timbul selama hamil, persalinan dan mampu memberikan pertolongan pertama secara cepat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan pada tempat pelayanan kesehatan.

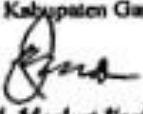
DAFTAR PUSTAKA

- Andriyani, A., & Kuswati, K. (2023). Pendidikan Kesehatan Tentang Anemia dan Stunting Pada Ibu Hamil. *Kolaborasi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(5), 272–278.
- Anggraeni et al., 2023) Anggraeni, L., Fatharani, W., & Lubis, D. R. (2023). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui Dengan Teknik Pemberian Asi Secara Eksklusif. *Jurnal Education and Development*, 11(2), 129–133.
- Ardilah, N. W., Setyaningsih, W., & Narulita, S. (2019). Pengaruh Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Terhadap Kualitas Tidur. *Binawan Student Journal*, 1(3), 148–153.
- Cunningham, F Gary. Leveno, Kenneth J., Bloom, Steven L., Haulth, John C., Rouse, Dwight J dan Spong, Catherine Y. 2012. *Obstetri Williams Edisi 23 Volume 2*. Jakarta.
- Damayanti, I.P., 2019. Asuhan Kebidanan pada ibu hamil dengan Ketidaknyamanan Sering BAK. *Ensiklopedia of Journal*, 1(4)
- Elvia Wati , Senja Atika Sari , Nury Luthfiyatil Fitri. penerapan pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil primigravida di wilayah kerja uptd puskesmas purwosari kec. metro utara. *Jurnal Cendikia Muda Volume 3, Nomor 2, Juni 2023 ISSN : 2807-3469*
- Fitriani, L., Firawati, & Raehan. (2021). *Buku Ajar Kehamilan (1st ed.)*.
- Gerungan, Junita Caroline, dkk.2014. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Manado : Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado*
- Gultom Lusiana, dan Hutabarat Julietta.2020. *Asuhan Kebidanan Kehamilan.Sidoarjo: Zitama Jawara.*
- Jovanovic, I., Ivanovic, K., Kostic, S., Tadic, J., Dugalic, S., Petronijevic, M., Gojnic, M., Petronijevic, M., & Vrzic-Petronijevic, S. (2023). Intrauterine Fetal Death in Term Pregnancy—A Single Tertiary Clinic Study. *Life*, 13(12), 2320
- Kharivhe, M., Maluleke, M., Masutha, T., Thabathe, T., Manyuma, D., Lavhelani, N., Nemathaga, M., Ramovha, M., Netshikweta, M., & Mulaudzi, M.

- (2023). The psychosomatic experiences of women who had intrauterine foetal death in rural South Africa. *Curationis*, 46(1), 8.
- Khadka, D., Dhakal, K. B., Dhakal, A., & Rai, S. D. (2022). Stillbirths among Pregnant Women Admitted to the Department of Obstetrics and Gynaecology in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *Journal of the Nepal Medical Association*, 60(253), 761–765.
- Luqyana, S. D. and Prabowo, A. Y. 2017. Intrauterine Fetal Death : Usia Maternal sebagai Salah Satu Faktor Risiko. *Medula* 7(5): 25–29.
- Mardania, N., Studi, P., Kedokteran, F., Sawitri, E., & Ngo, N. F. (2019). Gambaran Faktor Risiko Intrauterine Fetal Death (Iufd). *Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan*, 4(2), 2541– 4615.
- Munawwarah, M., & Maritalia, D. (2023). ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU S DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN MUADDAH. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Ibu Dan Anak*, 3(1), 27–35
- Nancy Olii, P. S. (2021). *Perencanaan Persalinan Terstandar & Pencegahan Komplikasi*. Gorontalo: Penerbit NEM.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2017). *Ilmu Kebidanan*. Edisi Empat. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Purnamayanti Wulan. (2022). Asuhan Kebidanan Pada Ibu “Ny” Usia 25 Tahun Multigravida Umur Kehamilan 32 Minggu-42 Hari Nifas. Denpasar. Poltekkes Kemenkes Despasar
- Ratnawati, A. (2020). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.
- Senja Atika Sari, Suhendra Sulaeman, I. (2018). Pengaruh Paket Edukasi Tanda Bahaya Kehamilan Melalui Media Booklet , Audiovisual Dan Kombinasi Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil the Effect of Education Packages of Pregnancy Hazards Through Booklet , Audiovisual and Combination Media on Knowledge. *Jurnal Kesehatan*, 3(2), 356–372.
- Susanto, V.A dan Fitriana Y.2019. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- SELVI MOHAMAD. POLTEKKES KEMENKES ... *Jurnal Masyarakat Mandiri* 6 (Juni 2022), 1891-1896,
- Sharma V, Shikhu LP, Jha M. Sibling rivalry disorder: Issues of diagnosis and management-A case report. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Heal*. 2019;15(2):1–9.

- Sari, Devi Diana Kurnia. (2016). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Penurunan Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Sectio Caesarea. Skripsi, Strata I Keperawatan. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Saifuddin, A.2020. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. EGC.
- Sastrawinata, S, dkk. 2017. Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi Edisi 2. Jakarta: EGC
- Sofian, A. (2012). Sinopsis Obstetri. Jakarta: EGC.
- Thakur, S. K., & Dangal, G. (2022). Factors associated with Intrauterine Fetal Death at Paropakar Maternity Women's Hospital. Kathmandu University Medical Journal, 20(79), 130–133.
- Tety Ripursari, S.Tr.Keb., M.Kes 2018. PERAN BIDAN TERHADAP PENANGANAN GAWAT DARURAT OBSTETRI. STRADA PRESS
- Varney, Helen, Jan M.Kriebs. Carolyn L.Gegor. 2020. Varney's Midwifery: EGC.
- Wulandari, A., dkk. 2022. Hubungan Kadar Protein Urin Dengan Tekanan Darah Pada Ibu Hamil Trimester II dan III di Puskesmas Madukara 1 Banjarnegara. ULIL ALBAB: Jurnal Ilmiah Multidisiplin.
- Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4. Yayasan Bina PustakaSarwono Prawirohardjo; 2019.
- Yulaikhah, L. (2019). Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Kehamilan. In Journal of Chemical Information and Modeling (Vol. 53).

Lampiran 1 SOP IUFD di RSUD dr. Slamet Garut

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	No. Dokumen : Kep/obg/003/069/2016 Tanggal Terbit : 01/10/ 2016	No. Revisi : 01	Halaman 1/3 Disetujui Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  dr. H. Maskur Farid, MM NIP. 19670625 199803 1 004
---	---	----------------------------	---

PENATAAN PERSALINAN DENGAN IUFD	
PENGERTIAN (DEFINISI)	Kematian janin intra uterin (intra uterin fetal demise, IUFD) (Lahir mati) adalah janin dengan tidak ada tanda-tanda kehidupan intra uterine
ANAMNESIS	a. Menghilangnya gerakan janin b. Berat badan ibu menurun c. Anamnesa lebih mendalam tentang riwayat kematian janin sebelumnya, riwayat penyakit diabetes dan hipertensi, riwayat penyakit trombosis pada keluarga, riwayat trauma, riwayat makan obat-obatan
PEMERIKSAAN FISIK	• Tinggi fundus uteri menurun (karena tidak adanya pertumbuhan janin), presentasi janin • Bunyi jantung janin tak terdengar dengan stetoskop yang dipastikan dengan doppler
KRITERI DIAGNOSIS	-
DIAGNOSIS	USG real time dapat secara langsung memberikan visualisasi dari jantung janin, dapat ditambahkan dengan pemeriksaan colour doppler pada jantung janin dan tali pusat. Selain melihat aktivitas jantung janin dapat terlihat juga tulang tengkorak janin yang saling bertumpuk, gas intrafetal (di dalam jantung, pembuluh darah dan sendi)
DIAGNOSIS BANDING	
PEMERIKSAAN PENUNJANG	➤ Bakteriologi maternal : kultur darah, urine midstream, swab vagina dan swab serviks ➤ Viral maternal : skrining virus, sypilis ➤ Skrining matrnal trombhofilia (jika di temukan adanya IUGR atau penyakit placenta) ➤ Periksa labor darah rutin, gula darah, faal hemostasis, fibrinogen (bila kematian janin lebih dari 2 minggu) ➤ USG : merupakan sarana penunjang diagnostic yang baik untuk memastikan kematian janin dimana gambarannya menunjukan janin tanpa adanya kehidupan

PEMERIKSAAN PENUNJANG	➤ Catatan : pemeriksaan radiologi dapat menimbulkan masalah dan tidak perlu. Bila dilakukan 5 hari setelah kematian janin, akan tampak gambaran sebagai berikut : • Tulang kepala janin tumpang tindih satu sama lain • Tulang belakang mengalami hiperrefleksi • Tampak gambaran gas pada jantung dan pembuluh darah • Edema di sekitar kepala
TERAPI	• Periksa tanda vital • Ambil darah untuk pemeriksaan darah perifer, fungsi pembekuan. Golongan darah ABO dan rhesus • Dukungan mental dan emosional perlu diberikan kepada pasien. Sebaiknya pasien didampingi oleh orang terdekatnya, yakinkah bahwa besar kemungkinan dapat lahir pervaginam • Rencana persalinan pervaginam dengan cara induksi maupun ekspektatif, perlu dibicarakan dengan pasien dan keluarganya, sebelum keputusan di ambil • Bila pilihan adalah ekspektatif : tunggu tunggu persalinan spontan hingga 2 minggu, yakinkan bahwa 90 % persalinan spontan akan terjadi tanpa komplikasi • Bila pilihan adalah manajemen aktif : induksi persalinan menggunakan oksitosin dan misoprostol. Penggunaan misoprostol pervaginam sama efektifnya dengan peroral, tapi dengan efek samping yang lebih sedikit. Penggunaan misoprostol intravaginal lebih efektif dari pada pemberian oksitosin intravena • Penggunaan mifepriston per oral (200 mg 3X / hari, selama 2 hari) meningkatkan terjadinya persalinan secara signifikan dalam waktu 72 jam pada pasien dengan riwayat SCTPP • Metode mekanik untuk menginduksi persalinan IUFD dengan riwayat SCTPP hanya diperbolehkan dalam konteks percobaan klinik dan dapat meningkatkan resiko terjadinya <i>ascending infection</i> • Sectio cesaria merupakan pilihan misalnya pada letak lintang • Berikan kesempatan pada ibu dan keluarganya untuk melihat dan melakukan berbagai ritual bagi janin yang meninggal tersebut • Ketika consent untuk autopsy lengkap ditolak, dilakukan tes yang tidak infasive untuk penatalaksanaan lebih lanjut teknik ini termasuk inspeksi, pengukuran, foto radiografi, USG, MRI, sampel kulit dan darah dan dokumentasi dari semua abnormalitas • Dilakukan pencatatan mengenai BB janin, lingk kepala, PB, berat placenta. termasuk bagian frontal dan gambaran seluruh tubuh janin, muka, ekstremitas, dan abnormalitas lainnya • Pemeriksaan pathologi placenta akan mengungkapkan adanya pathologi placenta dan infeksi

EDUKASI	Jelaskan seluruh prosedur pemeriksaan dan hasilnya serta rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarganya. Bila belum ada sebab pasti kematian, hindari memberikan informasi yang tidak tepat
PROGNOSIS	-
TINGKAT EVIDENS	I
TINGKAT REKOMENDASI	A
PENELAAH KRITIS	-
INDIKATOR MEDIS	-
KEPUSTAKAAN	- RCOG guideline intra uterine fetal death and stillbirth.2010 - ACOG guideline for intra fetal death. 2009 - Sarwono p. Buku acuan nasional. Pelayanan keschatan maternal dan neonatal, 2009 - WHO second and trimester intra uterine fetal death misoprostol guidelines. 2007 - Pedoman diagnosis dan terapi obstetri dan ginekologi RS hasan sadikin bandung. 2005

Lampiran 2
Lembar Bimbingan LTA

Nama : Delis Julianti Nuril

NIM : KHGB22029

Pembimbing : Bdn. Dian Fitriyani, S.ST.,M.Keb

Judul : “ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. S USIA 24 TAHUN G2P0A1 GRAVIDA 25-26 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT”.

No.	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Jumat, 02.05.2025	Konsul Judul dan BAB I,II,III	Tambahkan jurnal, dosis, dan kronologis kasus		
2.	Jumat, 23.05.2025	Konsul Revisi BAB I,II,III	ACC BAB I		
3.	Jumat, 22.05.2025	Konsul Bab IV, dan V	Rapikan penulisan		
4.	Selasa, 27.05.2025	Konsultasi LTA	Tambahkan Data Subyektif		
5.	Rabu, 28.05.2025	Konsul Revisi BAB III	ACC BAB I-IV		
6.	Jumat, 30.05.2025	Konsultasi LTA	Lengkapi Lampiran		
7.	Sabtu, 31.05.2025	Konsultasi Lampiran	Susun Power Point Sidan		
8.	Senin, 02.06.2025	Revisi BAB I- V dan PPT	ACC SIDANG		

Lampiran 3
Lembar Bimbingan Revisi

Nama : Delis Julianti Nuril
NIM : KHGB22029
Penguji I : Fitri Hanriyani, S.ST.,M.Pd
Penguji II : Hj. Esa Risi Suazini,AM.Keb.,M.K.M
Judul : “ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. S USIA 24 TAHUN G2P0A1 GRAVIDA 25-26 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT”.

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 09.07.2025	Revisi LTA	Perbaiki tata tulis dan lengkapi tabel narasi		
2.	Rabu, 23.07.2025	Revisi LTA	ACC Berkas Revisi LTA		
3.	Senin, 21.07.2025	Revisi LTA	Revisi BAB I dan Penulisan		
4.	Selasa, 22.07.2025	Revisi LTA	Revisi BAB II Tinjauan Teori		
5.	Jumat, 01.08.2025	Revisi LTA	ACC Berkas Revisi LTA		

RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Delis Julianti Nuril
Tempat dan Tanggal Lahir : Garut, 26 Maret 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Nama Ibu : Eva tresna dewi
Nama Ayah : Engkus Kusnadi
Alamat : Kp. Nagrog Ds. Pananjung Kec. Pamulihan
Kab. Garut
Email : delis.askep3@gmail.com
Motto Hidup : Keberhasilan bukanlah milik mereka yang
pintar, melainkan milik mereka yang
senantiasa berusaha.

RIWAYAT PENDIDIKAN

- 1) 2009-2010 Tk Mawar
- 2) 2010-2016 SDN Pananjung 1
- 3) 2016-2019 SMPN 1 Pamulihan
- 4) 2019-2022 SMK.Kes Bhakti Kencana Garut
- 5) 2022-2025 STIKES Karsa Husada Garut