

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. P USIA 22 TAHUN G1P0A0
PARTURIENT ATERM KALA I FASE AKTIF DENGAN
POLIHIDRAMNION DI RSUD Dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut



SITI NURAENI

KHG.B21060

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

2024

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd. Keb) baik dari STIKES Karsa Husada Garut maupun dari program perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ilmiah ini murni gagasan rumusan dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan dari Tim pembimbing.
3. Dalam karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh melalui karya ini serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKES Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2024

Yang membuat pernyataan



Siti Nuraeni

NIM: KHGB21060

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. P USIA
22 TAHUN G1P0A0 PARTURIENT ATERM KALA I FASE
AKTIF DENGAN POLIHDRAMNION DI RSUD Dr.
SLAMET GARUT.

NAMA : SITI NURAENI

NIM : KHGB21060

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir ini telah di setujui untuk disandangkan dihadapan
Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2024

Menyetujui,
Pembimbing,



Bdn. Desy Syswianti, SST., M.Kes

NIK.043298.1209.067

Mengetahui,

Ka. Prodi Kebidanan



Hj. Esa Risi Suazini, S.KM., MKM

NIK.043298.1004.031

LEMBAR PENGASAHAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. P USIA 22
TAHUN G1P0A0 PARTURIENT ATERM KALA I FASE
AKTIF DENGAN POLIHIDRAMNION DI RSUD Dr.
SLAMET GARUT.

NAMA : SITI NURAENI

NIM : KHGB21060

LAPORAN TUGAS AKHIR

Laporan Tugas Akhir ini telah disidangkan dihadapan Tim penguji

Program Studi D3 Kebidanan STikes Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2024

Menyetujui,

Pembimbing : Bdn. Desy Syswianti, SST., M.Kes
NIK.043298.1209.067

Penguji I : Bdn. Dian Fitriyani, SST.,M.Keb
NIK. 043298.0832180

Penguji II : Fitri Hanriyani, SST., M.Pd
NIK.043298.1009.063

(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Kebidanan



Hj. Esa Risi Suazini, S.KM., M.KM
NIK.043298.1004.031

KATA PENGANTAR

Puji serta Syukur dipajatkan kehadiran Allah SWT, semua berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat terselesainya Laporan Tugas Akhir yang berjudul “**Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. P Usia 22 Tahun G1P0A0 Parturient aterm kala I fase aktif Dengan Polihidramnion, Di Rsud Dr. Slamet Garut**”, sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari kemampuan dan keterlambatan ilmu pengetahuan yang penulis miliki. Dalam hal ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Dr. H. Hadiat MA, selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE, M. Si. Selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan kesempatan Menyusun Laporan Tugas Akhir ini .
4. Bd. Desy Syswianti, SST.,M.Kes selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
5. Bdn. Dian Fitriyani,SST.,M.Keb selaku penguji I yang telah memberikan saran dan masukan sehingga penulis dapat memperbaiki Laporan Tugas

Akhir ini menjadi lebih baik.

6. Fitri Hanriyani, SST., M.Pd selaku penguji II yang telah memberikan saran dan masukan sehingga penulis dapat memperbaiki Laporan Tugas Akhir ini menjadi lebih baik.
7. CI VK RSUD Dr. Slamet Garut selaku pembimbing lahan yang memberikan bimbingan.
8. Ibu Putri selaku responden atas kerjasamanya yang baik.
9. Bapak Dangdang, yang merupakan cinta pertama penulis di dunia ini penulis mempersembahkan laporan ini kepada beliau.
10. Ibu Siti Alawiyah pintu surgaku yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan motivasi serta doa hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai sarjana.
11. Seluruh rekan-rekan seperjuangan terutama adik saya Sinta, Mina Najiah Saadah, Wita Dini Aulia, Helma Alamatul Syadiyah, Riska Tilasya, Rhenny, Siti N, ENHYPEN, Ot7. Terutama Yang Jungwon, PACAR saya yang selalu memberikan motivasi, Program studi D3 Kebidanan yang saya sayangi dan banggakan, tak tertinggal dan tak ternilai dengan angka perjalanan yang telah di tempuh Bersama. Dan terimakasih atas dukungan dan doanya terhadap pihak-pihak lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.
12. Terakhir, terima kasih untuk dir sendiri karena telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini. Mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan dan tak pernah memutuskan menyerah sesulit apapun proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dengan menyelesaikan sebaik dan

semaksimal mungkin, ini merupakan pencapaian yang patut dibanggakan untuk diri sendiri. Mudah-mudahan segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT. Penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Garut, Mei 2024

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGASAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Manfaat Teoritis.....	6
1.4.1 Manfaat Praktis.....	6
1.5 Metode Pengumpulan Data.....	6
1.5.1 Metode Pengumpulan Data.....	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
2.1. Definisi.....	8
2.2. Epidemiologi	9
2.3. Etiologi.....	10
2.4. Patofisiologi.....	12
2.5 Diagnosis.....	14
2.5.1. Anamnesis.....	14
2.5.2. Pemeriksaan Fisik.....	15
2.5.3. Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.5.4. Komplikasi	21
2.5.5. Prognosis.....	22
2.5.6. Penatalaksanaan	23
2.6. Kewenangan Bidan dalam penanganan ibu hamil dengan polihidramnion	28

2.6.1. Manejemen Kebidanan.....	29
2.6.2. Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney	32
2.6.3. Pendokumentasian Asuhan Soap.....	34
BAB III STUDI KASUS	36
KALA I.....	36
3.2. KALA II.....	43
3.3. KALA III.....	44
3.4. Kala IV	46
3.5. Asuhan kebidanan pada ibu nifas ny. P usia 22 tahun post partum 6 jam fisiologis di RSUD dr. Selamat Garut.....	48
3.5.1. Kunjungan 2 (1 Hari postpartum).....	51
3.5.2. ASUHAN BAYI LAHIR	52
3.5.3. Asuhan Bayi Baru Lahir Usia 1 Jam	54
BAB IV PEMBAHASAN	57
4.1. Data Subjektif.....	57
4.2. Data Objektif.....	59
4.3. Analisa	60
4.4. Penatalaksanaan	61
4.5. Pendokumentasian	62
BAB V PENUTUP.....	63
5.1. Kesimpulan	63
5.2. Saran.....	64
DAFTAR PUSTAKA	viii
LAMPIRAN.....	ix

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian ibu menurut WHO yaitu kematian seorang wanita saat hamil atau sampai 42 hari (6minggu) pasca persalinan, terlepas dari lama dan lokasi kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk dengan kehamilan komplikasi atau manajemennya, namun bukan disebabkan oleh cedera atau kecelakaan (Kemenkes RI, 2019).

Di Indonesia Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2018 sampai 2021 mengalami perubahan, Dimana pada tahun 2018 sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2019 sebesar 88 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2020 sebesar 189 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2021 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2021). Salah satu indikator dari Sustainable Development Goals (SDGs) yaitu menurunkan AKI menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2023. Selain itu Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020- 2024 sasaran penurun AKI adalah 189 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2024 (BPS,2021).

Hasil Long From SP 2020 menunjukkan, AKI di Provinsi Jawa Barat sebesar 187 yang artinya 187 kematian Perempuan pada saat hamil, melahirkan atau nifas dari 100.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah kematian yang

terjadi pada penduduk yang berumur 0-11 bulan (kurang dari 1 tahun), Dalam rentang 50 tahun (periode 1917-2022), penurunan AKB di Jawa Barat mencapai 90%.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut pada tahun 2022 terjadi 59 kasus, mengalami penurunan sekitar 47.52% dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu di angka 112 kasus. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) ditahun 2022 terjadi di 302 kasus dan mengalami kenaikan 25% dibandingkan dengan tahun 2021 dengan angka 225 kasus.(Garut, 2023)

Angka kejadian polihidramnion di dunia berkisar 1,1-2,8% dari seluruh kehamilan disebabkan oleh komplikasi pada kehamilan dan persalinan 8-18% dengan janin. Epidemiologi polihidramnion untuk di Indonesia tidak diketahui secara pasti. Pada penelitiannya mendapatkan empat kehamilan dengan polihidramnion dari 1815 persalinan (Makbruri, 2015).

Polihidramnion adalah kelebihan volume cairan ketuban (AFV) patologis pada kehamilan. Hal ini merupakan kondisi obstetri berisiko tinggi dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal dan ibu karena tingginya insiden kematian janin intrauterin, persalinan prematur, ketuban pecah dini, prolaps tali pusat, makrosomia janin, presentasi sungsang, persalinan sesar, dan perdarahan postpartum. Pada kehamilan yang terkena polihidramnion, sekitar 20% disebabkan oleh kelainan kongenital. Namun 60% hingga 70% bersifat idopatik tanpa penyebab yang diketahui (Daniel S, 2023).

Menurut Saffira, Trisetiyono, Andar & Dewantiningrum (2020),

polihidramnion ditemukan pada 5,2% subjek penelitian yang disebabkan karena produksi cairan amnion yang berlebih atau karena adanya gangguan pengeluaran cairan amnion. Menurut penelitian Haryanti et al (2022). ditemukan polihidramnion sebanyak 44% ibu sebagai penyebab terjadinya kelahiran prematur.

Hidramnion menyebabkan uterus meregang sehingga dapat menyebabkan partus prematur. Hidramnion akut biasanya terjadi pada trimester kedua kehamilan sering berakhir pada kehamilan 28 minggu. Hidramnion kronis terjadinya perlahan-lahan pada kehamilan yang lebih tua. Keluhannya tidak hebat, tetapi hidramnion harus dianggap sebagai kehamilan dengan risiko tinggi karena dapat membahayakan ibu dan janin. Prognosis anak kurang baik karena adanya kelainan kongenital dan prematur. (Tri Wulaningsih, 2022).

Cara penetapan diagnosis pada penderita polihidramnion, yaitu biasanya Pasien- pasien yang menderita polihidramnion sering dirujuk ke rumah sakit dengan keluhan tidaknyaman pada perut dan gangguan pernapasan, besarnya uterus yang abnormal (dibandingkan usia kehamilan) disertai kesulitan menyentuh bagian janin, memeriksa kadar gula darah pada ibu, karena diabetes mellitus merupakan salah satu faktor risiko samping polihidramnion pada ibu yang relatif mudah dikenali dan lebih mudah diobati, dan mengukur cairan amnion dengan cara USG, Pengukuran kantong tunggal terdalam dan AFI. (Daniel S, 2023).

Polihidramnion sendiri dapat menyebabkan morbiditas pada ibu dan janin. Pada polihidramnion yang parah, distensi uterus yang berlebihan dapat menyebabkan gangguan pernapasan pada ibu, dan diyakini meningkatkan risiko

kelahiran prematur, atau perdarahan postpartum akibat atonia uteri. Peningkatan kadar AF juga dapat menyebabkan malposisi janin karena mobilitas janin yang berlebihan, solusio plasenta akibat dekompresi uterus secara tiba-tiba setelah ketuban pecah, atau prolaps tali pusat. Namun, amnioreduksi direkomendasikan hanya sebagai pengobatan simptomatik untuk pasien dengan gangguan pernapasan dan ketidaknyamanan yang signifikan. (Mor, 2023).

Adapun tatalaksana mengurangi volume cairan amnion untuk memperbaiki Kesehatan ibu dan mempertahankan kehamilan. Metode yang digunakan untuk mengurangi cairan amnion yaitu, amnioreduksi dan *Prostaglandin Synthetase Inhibitor* (Jane S. Limmer, 2019). Apabila terjadi komplikasi seperti persalinan premature, maka pengelolaan persalinan prematur mencakup, pemberian tokolitik, steroid, antibiotik dan perencanaan persalinan (Prawirohardjo, 2016).

Bidan dalam hal ini mempunyai kewenangan dalam melakukan asuhan-asuhan yang sudah tercantum dalam peraturan seperti dalam Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan Bidan, dan dalam Undang-Undang No. 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan. Jadi, kewenangan bidan dalam penanganan komplikasi kehamilan dan persalinan adalah melakukan pertolongan pertama, mendeteksi dini, dan melakukan rujukan, melakukan rujukan disini berarti bidan berkolaborasi dengan dokter Sp. OG dan melakukan tindakan atau asuhan sesuai dengan advis dokter. (Wahyuni, 2018)

Salah satu agenda utama SDGs adalah menurunkan angka kematian ibu dan kematian balita. Pemeriksaan antenatal yang berkualitas dan teratur selama kehamilan akan menentukan status kesehatan ibu hamil dan bayi yang dilahirkan.

Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk menyusun laporan tugas akhir dengan judul “ **ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. P USIA 22 TAHUN G1P0A0 PARTURIENT ATERM KALA I FASE AKTIF DENGAN POLIHIDRAMNION, DI RSUD Dr. SLAMET GARUT**”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada kasus ini adalah “Bagaimana gambaran asuhan kebidanan persalinan pada Ny. P usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion, di RSUD Dr. Slamet Garut?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan dan mengetahui gambaran asuhan kebidanan persalinan pada Ny. P usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion, di RSUD Dr. Slamet Garut, dengan menerapkan manajemen dan pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. P usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion, di RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Melakukan pengkajian pada Ny. P usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion, di RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Menegakan Analisa pada Ny. P usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion, di RSUD Dr. Slamet Garut.

4. Melakukan penatalaksanaan pada Ny.P usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion, di RSUD Dr. Slamet Garut.
5. Melakukan pendokumentasian Ny.P usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion, di RSUD Dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan serta informasi dalam penerapan ilmu kebidanan, dapat dijadikan bahan pembandingan untuk penelitian studi kasus selanjutnya terhadap asuhan kebidanan pada ibu dengan polihidramnion,

1.4.1 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan bagi penyusun berikutnya di bidang kesehatan dalam proses penerapan asuhan kebidanan khususnya pada ibu bersalin dengan polihidramnion,

2. Bagi Institusi Kesehatan

Dapat dijadikan sebagai bahan referesi untuk menekan angka kegawatdaruratan maternal dan neonatal, kemudian untuk meningkatkan pelayanan atau asuhan pada ibu bersalin khususnya pada ibu polihidramnion,

3. Bagi Penulis

Merupakan pengalaman belajar dan pengalaman berharga yang dapat meningkatkan dan menambah wawasan serta keterampilan dalam penerapan asuhan kebidanan persalinan dengan polihidramnion,

1.5 Metode Pengumpulan Data

Asuhan kebidanan ini disusun dalam bentuk laporan tugas akhir dengan mencari data primer dengan cara observasi terhadap ibu hamil dengan dilakukan pemeriksaan fisik, inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Pada tahap akhir dengan cara sekunder yaitu dengan melihat catatan medik dan data penunjang yang ada di dalam status kesehatan klien.

1.5.1 Metode Pengumpulan Data

Tempat

Tempat pengkajian ini dilakukan pada saat PKK III di ruang VK Kebidanan Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Garut, Kabupaten Garut.

Waktu

Asuhan Kebidanan ini dilaksanakan pada hari Selasa 20 Maret 2024 pukul 21:00 WIB

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Definisi

Polihidramnion atau hidramnion adalah peningkatan volume cairan ketuban yang tidak normal dan biasanya didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga. Cairan ketuban dapat dinilai dengan ultrasonografi menggunakan 1 dari 2 metode semikuantitatif, yaitu kantong vertikal terdalam (DVP) cairan ketuban, dengan polihidramnion didefinisikan sebagai ≥ 8 cm, atau indeks cairan ketuban (AFI) dengan polihidramnion didefinisikan sebagai ≥ 24 cm. Jika ambang batas ini diterapkan, polihidramnion dilaporkan mempersulit 1-2% kehamilan tunggal. Pada kehamilan kembar, polihidramnion lebih sering terjadi dan terjadi terutama karena komplikasi plasentasi monokorionik. Identifikasi polihidramnion harus mendorong pencarian etiologi yang mendasarinya.

Meskipun polihidramnion ringan paling sering bersifat idiopatik, dua penyebab patologis polihidramnion yang paling umum adalah diabetes melitus ibu dan kelainan janin. Penyebab polihidramnion lainnya adalah infeksi kongenital dan alloimunisasi. Secara fisiologis, peningkatan cairan pada sebagian besar kasus ini dapat disebabkan oleh gangguan menelan janin, atau kelebihan produksi urin janin akibat kondisi jantung dengan curah hujan tinggi, kelainan ginjal, atau diuresis osmotik janin (Jodi,2018).

Polihidramnion adalah kelebihan volume cairan ketuban (AFV) patologis pada kehamilan. Hal ini merupakan kondisi obstetri berisiko tinggi dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal dan ibu karena tingginya insiden kematian janin intrauterin, persalinan prematur, ketuban pecah dini, proplas tali pusat, makrosomia janin, presentasi sungsang, persalinan sesar, dan perdarahan postpartum. Pada kehamilan yang terkena polihidramnion, sekitar 20% disebabkan oleh kelainan kongenital. Namun 60% hingga 70% bersifat idopatik tanpa penyebab yang diketahui. (Daniel S, 2023)

Polihidramnion sendiri dapat menyebabkan morbiditas pada ibu dan janin. Pada polihidramnion yang parah, distensi uterus yang berlebihan dapat menyebabkan gangguan pernapasan pada ibu, dan diyakini meningkatkan risiko kelahiran prematur, atau perdarahan postpartum akibat atonia uteri. Peningkatan kadar AF juga dapat menyebabkan malposisi janin karena mobilitas janin yang berlebihan, solusio plasenta akibat dekompresi uterus secara tiba-tiba setelah ketuban pecah, atau prolaps tali pusat. Namun, amnioreduksi direkomendasikan hanya sebagai pengobatan simtomatik untuk pasien dengan gangguan pernapasan dan ketidaknyamanan yang signifikan. (Mor, 2023)

2.2. Epidemiologi

Polihidramnion terjadi pada 1% hingga 2% dari seluruh kehamilan (Makburi, 2015). Hal ini sering teridentifikasi secara kebetulan pada pasien tanpa gejala selama evaluasi sonografi untuk kondisi lain pada trimester ketiga. Polihidramion dopati

sering kali merupakan kondisi yang dapat sembuh dengan sendirinya namun jarang, penyebab peningkatan AFV dapat ditemukan setelah lahir (Dashe JS 2018).

Polihidramnion idiopatik cenderung tidak berhubungan dengan proses penyakit yang mendasarinya. Namun, penyakit yang mendasari atau kelainan kongenital telah diidentifikasi pada 91% kasus polihidramnion yang lebih parah. Pasien-pasien kasus ini lebih mungkin mengalami gejala karena volume cairan ketuban yang signifikan. Chambelin menggunakan ultrasonografi untuk mendapatkan AFV kualitatif untuk mengevaluasi angka kematian ibu (AKI) pada 7562 pasien dengan kehamilan berisiko tinggi. AKI pasien dengan volume cairan normal sebesar 1,97 kematian per 1000 pasien. AKI meningkat dua kali lipat menjadi 4,12 kematian per 1000 pasien polihidramnion. (Daniel S,2023)

2.3. Etiologi

Menurut A Muhammad, 2018 penyakit yang mendasari hanya ditemukan pada 17% kasus polihidramnion ringan. Sebaliknya, penyakit yang mendasari terdeteksi pada 91% kasus polihidramnion sedang hingga berat. Literatur mencantumkan potensi etiologi berikut :

1) Malformasi janin dan kelainan genetic (8-45%)

Kecacatan janin yang mempengaruhi sistem pencernaan atau sistem saraf pusat. Kecacatan seperti *hydrops fetalis* dan anemia fetalis bisa menyebabkan polihidramnion. kelainan yang mengganggu proses menelan janin atau penyerapan cairan ketuban. Penurunan kemampuan menelan mungkin disebabkan oleh obstruksi saluran cerna primer atau sekunder.

2) Diabetes melitus pada ibu (5-26%)

Ibu hamil dengan penyakit diabetes memiliki keadaan polihidramnion lebih besar dibanding ibu hamil yang tidak memiliki diabetes, karena gula darah akan naik dan disimpan lemak oleh tubuh ibu. Kadar gula darah yang terus meningkat mengakibatkan berat janin naik hingga diatas rata-rata. Akibatnya perubahan hormon insulin ini memicu timbulnya produksi air ketuban yang berlebih sehingga menyebabkan polihidramnion.

3) Kehamilan multiple (8-10%)

Pada kehamilan multiple monokorionik, urutan polihidramnion/ oligohidramnion merupakan diagnosis sindrom transfusi kembar-kembar (TTTS). Mekanisme polihidramnion pada kehamilan dengan komplikasi diabetes ibu masih belum jelas, namun secara teoritis mungkin disebabkan oleh diuresis osmotik janin akibat hiperglikemia janin. Hal ini berkontribusi terhadap polihidramnion derajat ringan pada sebagian besar kasus. Diabetes ibu, terutama jika tidak terkontrol dengan baik dapat menyebabkan makrosomia janin (perkiraan berat badan janin pada USG di atas 4,5 kg atau sentil >95 menurut norma tertentu).

4) Anemia (1-11%). Ibu hamil dikatakan anemia apabila kadar hemoglobinanya di bawah 11g% pada trimester I serta 3 (Kemenkes RI,2017).

5) Penyebab lainnya, seperti infeksi virus, *Batter Syndrome*, gangguan neuromuscular, *hiperkalsemia* pada ibu. Infeksi virus yang menyebabkan polihidramnion yaitu, parvovirus B19, rubella, *cytomegalovirus*, infeksi lainnya seperti toxoplasmosis dan sifilis dapat juga menyebabkan polihidramnion.

2.4. Patofisiologi

Patofisiologi polihidramnion adalah volume cairan ketuban bergantung pada keseimbangan antara produksi cairan dan pengeluarannya. Pada awal kehamilan, kontribusi janin terhadap cairan ketuban hanya sedikit. Pada akhir kehamilan ada dua sumber utama cairan ketuban yaitu, ginjal dan paru-paru janin. Sumber utama pengeluaran cairan ketuban adalah proses menelan janin dan penyerapan ke dalam darah janin yang mengalir ke permukaan plasenta. Kontribusi relatif masing-masing mekanisme ini sangat bervariasi sepanjang kehamilan (Arief, 2021).

Dibawah kondisi fisiologi terdapat keseimbangan dinamis antara produksi dan reabsorpsi cairan amnion. Jumlah cairan dipengaruhi oleh urinasi janin dan produksi cairan paru janin. Cairan amnion diserap dengan cara ditelan oleh janin dan penyerapan intramembran dan intravascular. Hubungan relatif dari masing-masing mekanisme ini bervariasi selama kehamilan. Gangguan keseimbangan meningkatkan urinasi dan menyebabkan polihidramnion (Muhammad, 2018).

Produksi cairan amnion berasal dari produksi urin janin, sekresi saluran pernapasan janin dan sekresi oral janin. Reabsorpsi cairan melalui metode penelanan oleh janin, absorpsi intramembranosa, dan intravascular. Janin yang hampir mencapai masa aterm memproduksi cairan amnion dalam bentuk urin antara 500-1200 ml dan menelan antara 210-760ml cairan amnion perhari. Dua mekanisme utama terjadinya polihidramnion adalah penurunan reabsorpsi cairan amnion dan peningkatan produksi cairan amnion (Lord,dkk 2019).

Dalam kasus di mana polihidramnion disebabkan oleh kelainan janin, hasilnya bergantung pada patologi yang mendasarinya. Polihidramnion berat pada

trimester kedua memiliki hubungan yang signifikan dengan angka kematian perinatal akibat prematuritas atau aneuploidi. Polihidramnion dilaporkan meningkatkan risiko solusio plasenta dan perdarahan postpartum akibat distensi berlebihan atau deflasi uterus yang cepat. Penyebab paling umum dari polihidramnion berat adalah kelainan janin (sering dikaitkan dengan kelainan atau sindrom genetik yang mendasarinya), sedangkan faktor idiopatik, diabetes ibu, dan kehamilan ganda lebih sering dikaitkan dengan kasus yang lebih ringan (Aref, 2021).

Penyebab polihidramnion utama dari ibu adalah diabetes melitus, Dimana berkontribusi hingga 25% dari kasus. Penyebab yang pasti pada diabetes ibu tampaknya pada peningkatan gradien osmotik pada aliran darah janin dari plasenta disebabkan hiperglikemia. (Huri et al., 2023).

Polihidramnion dapat disebabkan oleh kelainan janin pada sebagian besar sistem organ. Kelainan struktural paling umum yang terkait dengan polihidramnion adalah kelainan yang mengganggu proses menelan janin dan/atau penyerapan cairan ketuban. Penurunan kemampuan menelan mungkin disebabkan oleh obstruksi saluran cerna primer (misalnya atresia duodenum, esofagus, atau usus), kelainan neuromuskular (misalnya anensefali), atau karena obstruksi saluran cerna sekunder seperti pada kasus ginjal displastik masif unilateral yang dapat menyebabkan obstruksi usus pada janin. Selain itu, peningkatan cairan ketuban mungkin disebabkan oleh peningkatan produksi urin karena penurunan penyerapan gastrointestinal akibat kompresi usus, atau sekresi prostaglandin oleh tumor yang menyebabkan poliuria akibat hiperkalsemia (Aref, 2021).

Penyebab paling jarang pada polihidramnion adalah anemia janin yang berat dihubungkan dengan *hydrops fetalis* biasanya disebabkan oleh isoimunisasi atau perdarahan fetal-maternal. Peningkatan cairan amnion akibat tingginya *cardiac output* dari ginjal, dengan peningkatan produksi urin atau dari gagal ginjal dan berkurangnya mekanisme menelan. 40-60 % kasus polihidramnion tidak mempunyai penyebab yang jelas selama kehamilan, sehingga disebut polihidramnion idopatik dapat terjadi pada janin yang sehat, walaupun evaluasi neonatal secara hati-hati dilakukan. (Muhammad, 2018).

2.5. Diagnosis

Anamnesis dan pemeriksaan fisik mungkin tidak membantu pada kasus polihidramnion idiopatik, yang biasanya ditemukan secara kebetulan. Bagi wanita hamil dengan gejala klinis yang sesuai dengan diagnosis polihidramnion atau temuan USG, anamnesis yang diperoleh harus fokus pada faktor risiko polihidramnion. Skrining dianjurkan untuk gangguan intoleransi glukosa, penyakit menular seksual, infeksi bawaan, anemia ibu atau janin, dan alloimunisasi. Mengevaluasi penurunan lebih lanjut untuk mengetahui kondisi neurologis yang menyebabkan penurunan fungsi neuromuskular (Daniel S,2023).

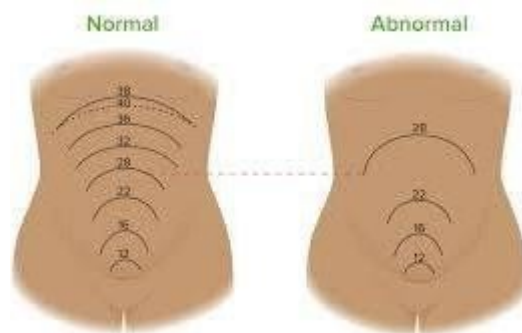
2.5.1. Anamnesis

Pasien-pasien yang menderita polihidramnion sering dirujuk ke rumah sakit dengan keluhan tidaknyaman pada perut dan gangguan pernapasan. Pada polihidramnion kronik, akumulasi cairan terhadap, dan seorang wanita mungkin mentolerin distensi perut yang berlebihan dengan sedikit ketidaknyamanan. Pada polihidramnion akut cenderung berkembang lebih awal pada kehamilan.

(Muhammad, 2018) Pasien yang sudah mengalami komplikasi seperti prematur kontraksi akan merasakan kontraksi yang adekuat dan rembes air ketuban.

2.5.2. Pemeriksaan Fisik

Besarnya uterus yang abnormal (dibandingkan usia kehamilan) disertai kesulitan menyentuh bagian janin dan masalah yang berhubungan dengan auskultasi pada janin (kesulitan mendengar denyut jantung janin) dapat diamati pada pemeriksaan fisik (Fardiazar,dkk, 2017).



Gambar 2.4 Perkembangan Uterus Ibu Hamil normal dan Abnormal

Sumber (Oiseth, 2023)

Tinggi fundus selama kehamilan pada kasus normal (kiri) dan kehamilan dengan komplikasi polihidramnion (kanan). Tinggi fundus uteri adalah panjang antara simfisi pubis hingga puncak fundus. Gambar disebelah kiri menunjukkan letak fundus uteri pada kehamilan yang berbeda-beda sepanjang kehamilan normal, sedangkan disebelah kanan menunjukkan potensi perkembangan pertumbuhan fundus pada kehamilan dengan komplikasi polihidramnion(Oiseth, 2023).

2.5.3. Pemeriksaan Penunjang

Bagi wanita hamil dengan gejala klinis yang sesuai dengan diagnosis

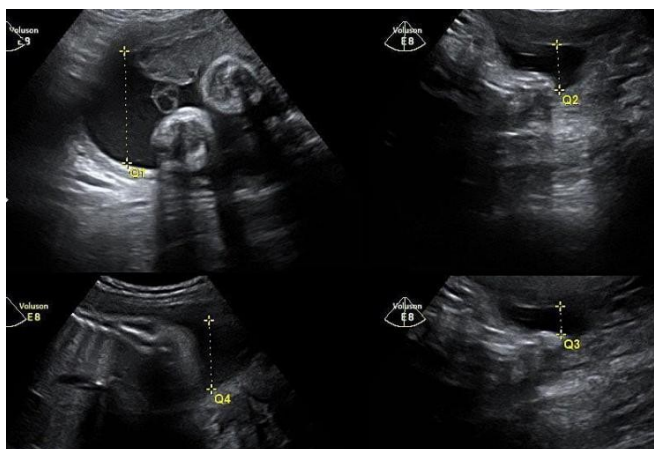
polihidramnion atau temuan USG, anamnesis yang diperoleh harus fokus pada faktor risiko polihidramnion. Skrining dianjurkan untuk gangguan intoleransi glukosa, penyakit menular seksual, infeksi bawaan, anemia ibu atau janin, dan alloimunisasi (Daniel S, 2023).

Menurut Muhammad 2018, USG dan penilaian subjektif atau semi kuantitatif adalah yang digunakan untuk mengevaluasi volume cairan ketuban. Dengan metode subjektif, pemeriksa memperkirakan volume cairan amnion berdasarkan pengalaman pribadi terhadap depot cairan ketuban. Pengalaman sonografi memainkan peranan yang penting dalam hal ini.

a. Pengukuran Cairan Amnion

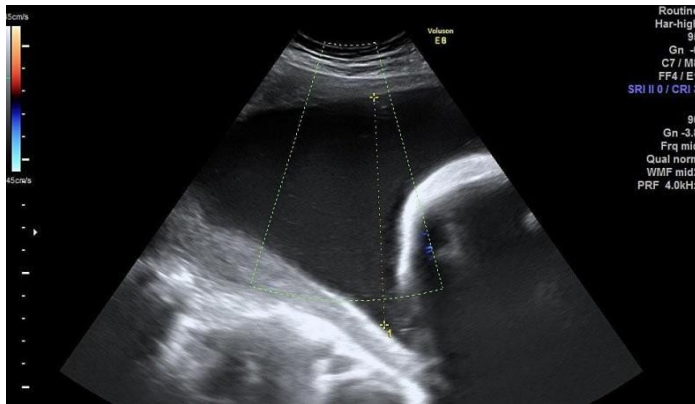
1). Ultrasonografi

Evaluasi volume cairan amnion merupakan salah satu pemeriksaan yang dilakukan menggunakan USG pada trimester ketiga. Volume cairan dinilai secara semikuantitatif dengan mengukur kantong tunggal (*single pocket*) dan indeks cairan amnion (AFI).



Gambar 2.4 Pengukuran Indeks Cairan Ketuban terdapat kurang lebih 2000cc

Gambar 2.5 Pengukuran saku vertikal maksima

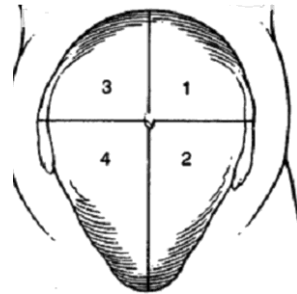


Sumber *Polyhydramnions Article GLOWN, 2021*

2). *Single deepst pocket measurement* (kantong tunggal terdalam)

Untuk jenis pengukuran ini, Rahim dibagi menjadi empat kuadran. Volume cairan ketuban diukur secara vertikal pada kantong cairan ketuban terdalam. Nilai dibawah 2 cm menunjukkan oligohidramnion, nilai diatas 8 cm menunjukkan polihidramnion. Keuntungan metode ini adalah kesederhanaanya, menjadikannya metode paling umum digunakan dalam praktik ini juga merupakan metode pilihan pada kehamilan ganda. Dalam kasus kehamilan ganda kisaran 3-8 cm dianggap normal. Dengan metode ini polihidramnion diklasifikasi menjadi ringan, sedang, dan berat. Polihidramnion ringan ditandai dengan nilai 8-11 cm, polihideamnion ringan ditandai dengan nilai 12-15cm dan polihidramnion berat dengan nilai diatas 16cm (Muhammad, 2018)

Gambar 2.6 Cara pengukuran kantong tunggal terdalam



Sumber *Single deepest pocket technique*, 2020

3). Indeks cairan amnion (AFI)

Pengukuran dilakukan dengan cara yang sama dengan pengukuran kantong tunggal terdalam, yaitu transduser USG diarahkan tegak lurus dan nilainya dijumlahkan. Rahim terbagi secara vertikal menjadi dua bagian garis imajiner sepanjang linea nigra. Garis horizontal imajiner melalu umbilical membagi rahim menjadi bagian atas dan bawah. Selama pengukuran, transduser dipegang tegak lurus terhadap bidang segital perut pasien. Transduser tidak boleh dimiringkan sepanjang perut ibu, yaitu harus dijaga pada sudut yang benar. Kantong cairan ketuban yang diukur harus bebas dari ekstremitas janin dan tali pusat dan lebarnya minimal 0,5 cm. Indeks cairan ketuban (AFI) adalah jumlah pengukuran keempat kuadran.

Menurut salah satu kelompok penelitian nilai AFI antara 8,1 dan 18 cm adalah normal, nilai antara 5,1 dan 8,0 cm menunjukkan oligohidramnion, nilai AFI kurang dari 0,5 cm menunjukkan oligohidramnion berat dan nilai di atas 18 cm diklasifikasikan sebagai polihidramnion. (Muhammad, 2018).

Derajat polihidramnion sering dikategorikan ringan, sedang, atau berat, berdasarkan ringan (AFI 24,0-29,9 cm), sedang (30,0-34,9 cm), dan berat (≥ 35

cm), atau DVP 8 hingga 11 cm, 12 hingga 15 cm, atau ≥ 16 cm, masing-masing. Polihidramnion ringan terjadi pada 65% hingga 70% kasus, polihidramnion sedang pada 20% kasus, dan polihidramnion berat pada $<15\%$. (Giancarlo, 2018).

4) Kuantifikasi cairan ketuban dalam Pedoman Bersalin Jerman

Dalam *German Maternity Guidelines*, penilaian cairan ketuban merupakan pemeriksaan standar dalam perawatan prenatal. Oligohidramnion dan polihidramnion dianggap sebagai indikasi gangguan perkembangan. Jika terdapat kecurigaan adanya gangguan perkembangan, disarankan untuk melakukan pemeriksaan lanjutan secara rutin dan tes diagnostik lebih lanjut. Diagnosis polihidramnion tampaknya tidak bergantung pada minggu kehamilan. Amnion yang membesar pada pemindaian USG pertama pada minggu ke 7 kehamilan dikaitkan dengan kematian embrio. Namun konstelasi yang berbeda dapat mempengaruhi prognosis.

Polihidramnion yang dikombinasikan dengan janin kecil untuk usia kehamilan (SGA) memiliki prognosis yang sangat buruk karena kombinasi ini dikaitkan dengan tingginya insiden malformasi. Biasanya, trisomi 18 merupakan diagnosis yang dicurigai. Pada kehamilan kembar diamniotik monokoriosis dengan polihidramnion pada kantung ketuban salah satu janin dan oligohidramnion pada kantung ketuban janin lainnya, penyebabnya seringkali adalah sindrom transfusi janin-janin. (Muhammad, 2018).

5). Perbandingan kedua metode (AFI dan SDP)

Tujuan penghitungan volume cairan ketuban adalah untuk mendeteksi

patologi cairan ketuban yang berhubungan dengan hasil akhir yang buruk, bukan untuk menentukan volume cairan ketuban sebenarnya. Tinjauan sistematis terhadap studi acak tidak menemukan bukti bahwa satu metode lebih unggul dibandingkan metode lainnya. Secara signifikan lebih banyak kasus oligohidramnion yang didiagnosis menggunakan metode AFI. Namun tidak ada perbedaan yang signifikan antar metode sehubungan dengan prognosis hasil perinatal pada kehamilan lewat waktu. Namun, pengukuran kantong terdalam tunggal (SDP) merupakan metode pilihan pada kehamilan ganda karena lebih sederhana untuk dilakukan dan sama efektifnya (Muhammad, 2018).

b. Tes Diagnostik Lebih Lanjut Jika Ditemukan Polihidramnion

1) Investigasi USG

Menurut Muhammad, 2018 Janin harus diperiksa dengan cermat selama pemeriksaan organ janin. Kelainan yang paling sering luput dari pemeriksaan adalah fistula trakeoesofagus, defek septum jantung, dan labiofisialis. Jika terdapat malformasi janin atau beberapa penanda lunak, kariotipe janin direkomendasikan setelah mendapat persetujuan orang tua sesuai dengan Undang-Undang Diagnosis Genetik Jerman. Dalam sebuah penelitian besar, prevalensi aneuploidi pada kelainan janin ditemukan sebesar 10 % (95 % CI: 5–19 %) . Risiko malformasi janin pada kasus polihidramnion berat dilaporkan meningkat hingga 11%, namun angka ini masih diperdebatkan secara kontroversial. Risiko kelainan janin adalah 1 % dengan polihidramnion ringan dan 2 % dengan polihidramnion sedang 2 % .

Di Jerman, pemindaian ultrasonografi terperinci yang dilakukan di pusat

kehamilan yang berpengalaman (DEGUM II/III Masyarakat Kedokteran Ultrasound Jerman) direkomendasikan jika terdapat kecurigaan yang tinggi terhadap malformasi janin. Beberapa penyebab, misalnya kelainan menelan dan fistula trakeoesofogeal atau atresia dapat diabaikan sepenuhnya dengan USG. Dalam hal ini, MRI janin dapat menawarkan alternatif yang lebih baik dalam diagnosis fistula trakeoesofogeal atau atresia dalam rahim. (Muhammad, 2018)

2) Tes Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium untuk mengidentifikasi penyebab polihidramnion harus mencakup:

- a. *75g tes toleransi glukosa oral* (TTGO) untuk menyingkirkan diabetes gestasional
- b. Pemeriksaan diagnostik ibu untuk infeksi (TORCH serologi).

Jika ada kecurigaan anemia janin atau hidrops janin, tes untuk menyingkirkan penyebab imunologis (golongan darah ibu, faktor Rhesus, skrining antibodi) dan kelainan hematologi (mungkin tes Kleihauer-Betke untuk menyingkirkan perdarahan fetomaternal) diindikasikan. Anemia berat pada janin sering dikaitkan dengan efusi pleura dan perikardial, asites dan/atau edema kulit. Pengukuran kecepatan sistolik puncak arteri serebral tengah merupakan metode yang berguna untuk mendiagnosis anemia janin; janin dengan kecepatan sistolik puncak $> 1,5$ MoM memiliki risiko anemia yang kuat. Infeksi intrauterin dapat dicurigai berdasarkan gejala ibu atau kelainan janin seperti hidrosefalus akibat toksoplasmosis (Muhammad, 2018).

2.5.4. Komplikasi

Terlalu banyak cairan ketuban di dalam rahim memberi tekanan pada organ di dekatnya dan menyebabkan komplikasi kehamilan. Kondisi ini biasanya menjadi lebih serius jika terjadi pada awal kehamilan karena ada lebih banyak waktu bagi cairan ketuban untuk terus menumpuk. Kelebihan cairan itu sendiri tidak berbahaya bagi janin. Polihidramnion dikaitkan dengan kondisi mendasar yang meningkatkan risiko hasil akhir ibu dan neonatal yang buruk. Polihidramnion dipersulit oleh tingginya insiden kematian janin intrauterin, persalinan prematur, ketuban pecah dini, prolaps tali pusat, makrosomia janin, presentasi sungsang, persalinan sesar, dan perdarahan postpartum. Komplikasi polihidramnion bergantung pada volume cairan ketuban yang berlebihan, yang berkontribusi terhadap distensi uterus, yang merupakan faktor risiko signifikan terjadinya perdarahan postpartum akibat atonia uteri (Daniel S, 2023).

Selain itu, polihidramnion dikaitkan dengan peningkatan risiko kelahiran sesar karena beberapa faktor, termasuk peningkatan risiko presentasi sungsang, prolaps tali pusat, dan distosia persalinan. Komplikasi lain dari polihidramnion mungkin berhubungan langsung dengan proses penyakit, yang mengubah keseimbangan cairan ketuban normal yang mengakibatkan peningkatan cairan ketuban. Makrosomia janin, yang sering terlihat pada diabetes gestasional, merupakan peningkatan faktor risiko hipoglikemia neonatal, distosia bahu, dan disproporsi sefalopelvik yang memerlukan persalinan sesar (Daniel S.Hwang ; Heba Mahdi, 2023).

2.5.5. Prognosis

Patofisiologi polihidramnion belum sepenuhnya dipahami. Dalam keadaan

normal, terdapat keseimbangan yang menyeimbangkan produksi dan penyerapan cairan ketuban. Cairan ketuban sebagian besar berasal dari buang air kecil janin dan lebih sedikit dari cairan paru-paru janin. Penyerapan cairan terjadi terutama melalui menelan janin. Diperkirakan janin menghasilkan 500 hingga 1200 mL urin dan menelan 210-760 mL cairan ketuban setiap hari. Ketidakseimbangan dalam mekanisme pengaturan kompleks yang mengatur volume cairan ketuban dapat menyebabkan polihidramnion.(Wicaksana & Rachman, 2023).

Pada kasus hiperglikemia ibu, peningkatan ekskresi urin janin diduga disebabkan oleh peningkatan diuresis osmotik yang berkontribusi terhadap peningkatan produksi AFV. Gangguan atau infeksi neuromuskular dapat menghambat aktivitas otot normal, termasuk menelan, sehingga menurunkan resorpsi cairan ketuban dan polihidramnion. Sindrom Bartter adalah kondisi resesif autosomal langka yang memengaruhi fungsi tubulus ginjal janin dan mengakibatkan kehilangan natrium dan poliuria, sehingga menyebabkan polihidramnion parah (Wicaksana & Rachman, 2023).

Pada sindrom transfusi janin gemelli (TTTS), terdapat janin donor dan penerima. Dalam kondisi ini, plasenta menyebabkan ketidakseimbangan cairan di antara janin sehingga janin penerima mengalami kelebihan volume dan menghasilkan lebih banyak urin. Hal ini mempengaruhi 8% hingga 10% kehamilan diamniotik monokorionik dan didiagnosis dengan adanya polihidramnion dan oligohidramnion yang disebabkan oleh anastomosis pembuluh darah plasenta dan ketidakseimbangan aliran darah di antara janin kembar (Daniel S, 2023).

Keadaan curah jantung yang tinggi (misalnya anemia hemolitik dan infeksi

parvovirus B19) dapat meningkatkan keluaran urin janin dan polihidramnion. Aneuploidi umum seperti trisomi 21 (sindrom Down), 18 (sindrom Edward), dan 13 (sindrom Patau) dapat dikaitkan dengan polihidramnion. (Wicaksana & Rachman, 2023)

2.5.6. Penatalaksanaan

a. Pada masa kehamilan

Evaluasi mencakup USG komprehensif untuk menilai anomali dan hidrops. Pengujian lain harus mencakup skrining diabetes dan aloantibodi, pengujian rapid plasma reagin (RPR), parvovirus, toksoplasmosis, dan sitomegalovirus (CMV) bila diindikasikan. Evaluasi genetik dapat dipertimbangkan untuk mengevaluasi aneuploidi, terutama ketika polihidramnion parah, didiagnosis sebelum 24 minggu, atau ketika kelainan janin atau hambatan pertumbuhan janin teridentifikasi (Jane S. Limmer, 2019).

Konsultasi pengobatan ibu-janin dianjurkan pada polihidramnion yang parah dan bergejala atau kelainan janin yang diketahui untuk memulai pemindaian ultrasonografi interval untuk pertumbuhan dan penilaian janin guna menentukan waktu dan cara persalinan. Direkomendasikan agar persalinan dilakukan di fasilitas tersier karena potensi morbiditas dan mortalitas ibu dan neonatal yang berhubungan dengan polihidramnion berat. Selain itu, konsultasi dengan spesialis kedokteran ibu-janin diindikasikan untuk polihidramnion berat yang bergejala untuk amniosentesis reduktif dan pengobatan untuk sindrom transfusi kembar-kembar (TTTS). Fotokoagulasi laser fetoskopi selektif atau terapi laser diindikasikan pada kasus TTTS yang parah untuk mengikis

anastomosis plasenta dan dilakukan di pusat pengobatan janin tersier khusus (Daniel S.Hwang ; Heba Mahdi, 2023).

Untuk polihidramnion berat, tes antenatal harus dipertimbangkan pada usia kehamilan 32-34 minggu bersamaan dengan evaluasi USG serial untuk memantau kadar cairan ketuban dan pertumbuhan janin. Penggunaan penghambat prostaglandin sintetase (misalnya indometasin) tidak lagi direkomendasikan karena tidak cukup bukti kemanjurannya dalam meningkatkan *outcome* ibu dan peningkatan risiko *outcome* neonatal yang merugikan. Mengingat risiko kelahiran prematur, pemberian *kortikosteroid antenatal* harus dipertimbangkan (Jane S. Limmer, 2019).

Adapun tatalaksana mengurangi volume cairan amnion untuk memperbaiki Kesehatan ibu dan mempertahankan kehamilan. Metode yang digunakan untuk mengurangi cairan amnion berupa:

1. Amnioreduksi

Dalam kasus polihidramnion yang parah atau bergejala, amnioreduksi dapat dilakukan. Tidak ada konsensus mengenai kecepatan atau volume pengeluaran cairan ketuban. Tidak ada konsensus mengenai peran tokolitik dan antibiotik. Komplikasi amnioreduksi relatif jarang terjadi (1-3%) dan mencakup pecah ketuban, persalinan prematur, solusio plasenta, infeksi, dan hipoproteinemia (Jane S. Limmer, 2019).

Pengiriman dianjurkan paling lambat 39-40 minggu. Situasi yang parah dan bergejala memerlukan keseimbangan antara risiko persalinan dini dan risiko intervensi. Polihidramnion sendiri bukan merupakan indikasi untuk

dilakukannya persalinan sesar. Pecahnya selaput ketuban buatan harus ditunda, dihindari, atau dilakukan secara hati-hati dengan pertimbangan amniotomi terkontrol menggunakan jarum berukuran kecil untuk menghindari komplikasi seperti prolaps dan solusio tali pusat. Presentasi janin harus dipantau selama persalinan dan penyedia layanan kesehatan harus bersiap menghadapi kemungkinan peningkatan perdarahan pascapersalinan (Jane S. Limmer, 2019).

Amniosentesis reduktif bermanfaat dan direkomendasikan hanya sebagai pengobatan simptomatik untuk wanita hamil dengan keluhan pernapasan signifikan yang berhubungan dengan terbatasnya gerakan diafragma dan bagi mereka yang mengalami ketidaknyamanan parah terkait dengan cairan ketuban yang berlebihan. Waktu prosedur bervariasi berdasarkan gejala yang dialami ibu, dan rata-rata, 1,5 hingga 3 L cairan ketuban dapat dikeluarkan. Efek samping yang signifikan pasca amniosentesis jarang terjadi, namun mencakup persalinan prematur, solusio plasenta, dan ketuban pecah dini. Polihidramnion biasanya berulang setelah amnioreduksi sehingga efektivitas prosedur amnioreduksi menjadi terbatas. Pemantauan cairan ketuban secara serial diindikasikan setiap satu hingga tiga minggu pasca prosedur (Daniel S, 2023).

Berdasarkan usia kehamilan ada dua pilihan yaitu, amnioreduksi dan penggunaan prostaglandin inhibitor untuk mengurangi cairan. Pada beberapa kasus amnioreduksi telah disarankan sebagai terapi intervensi yang bertujuan untuk mengurangi nyeri sesak. (Muhammad, 2018).

2. *Prostaglandin Synthetase Inhibitor*

Prostaglandin Synthetase Inhibitor menstimulasi janin sekresikan

argine vasopressin, hal ini menghasilkan antidiuretic yang diinduksi vasopressin. Berkurangnya aliran darah ginjal janin mengurangi produksi urin janin. Substansi tersebut dapat juga menghambat produksi cairan paru janin atau meningkatkan reabsorpsi. *Prostaglandin Synthetase Inhibitor* digunakan sebagai analgesic atau antiinfeksi pada usia kehamilan trimester pertama dan kedua, pasien disarankan untuk tidak menggunakan substansi ini setelah usia kehamilan 28 minggu. Perlu diperhatikan bahwa obat-obatan tersebut umumnya tidak dianjurkan dalam kehamilan (Muhammad, 2018).

Indometasin, suatu inhibitor *prostaglandin sintetase*, telah menunjukkan kemampuan untuk menurunkan volume cairan ketuban dan berguna sebagai tokolitik pada persalinan prematur. Dosisnya adalah 2,2 hingga 3 mg/kg/hari. Moise mendalilkan bahwa dosis 25 mg setiap enam jam sudah cukup untuk pengobatan pengurangan cairan pada polihidramnion. Penggunaan indometasin menyebabkan penurunan sementara keluaran urin janin tetapi juga dikaitkan dengan komplikasi neonatal, termasuk penutupan dini duktus arteriosus, oligohidramnion, leukomalasia periventrikular, dan enterokolitis nekrotikans. Penggunaannya pada polihidramnion harus dibatasi pada kasus polihidramnion simptomatik yang parah dengan persalinan prematur, dan *Society of Maternal-Fetal Medicine* (SMFM) merekomendasikan untuk tidak menggunakan indometasin semata-mata untuk mengurangi cairan ketuban (Daniel S, 2023).

b. Pada masa persalinan

Waktu persalinan tergantung pada tingkat keparahan polihidramnion,

kelainan bawaan yang mendasarinya, dan gejala persalinan prematur atau ketuban pecah dini. Polihidramnion ringan dan idiopatik bukan merupakan indikasi untuk induksi persalinan, dan cara persalinan harus didasarkan pada karakteristik persalinan biasa yang ditentukan oleh faktor ibu dan janin. Bila wanita hamil dengan polihidramnion akan melahirkan, USG dapat menentukan presentasi janin. Eksternal Cephalic Version (ECV) dapat dilakukan untuk presentasi sungsang tanpa adanya kontraindikasi. Pemantauan janin elektronik terus menerus dianjurkan selama persalinan. Terdapat risiko terkait keterlambatan kala satu persalinan karena distensi uterus yang berlebihan dan peningkatan frekuensi amniotomi. Risiko prolaps tali pusat meningkat karena kurangnya keterlibatan kepala janin, sehingga memerlukan operasi caesar. (Daniel S, 2023).

Risiko terjadinya distosia bahu meningkat akibat risiko makrosomia janin, dengan dilaporkan adanya peningkatan kejadian berat janin melebihi 4000 gram. Dukungan neonatal harus tersedia bagi wanita dengan polihidramnion karena terdapat peningkatan insiden takipnea sementara pada bayi baru lahir (TTN), yang mengakibatkan peningkatan penerimaan perawatan intensif neonatal (NICU). Perdarahan postpartum meningkat karena atonia uteri akibat distensi uterus yang berlebihan. Persiapan harus dilakukan untuk merespons perdarahan postpartum dengan segera (Daniel S, 2023).

c. Pada masa nifas

Pada masa nifas diperlukan observasi perdarahan postpartum, Komplikasi polihidramnion bergantung pada volume cairan ketuban yang berlebihan, yang

berkontribusi terhadap distensi uterus, yang merupakan faktor risiko signifikan terjadinya perdarahan postpartum akibat atonia uteri. (Daniel S, 2023)

2.6. Kewenangan Bidan dalam penanganan ibu hamil dengan polihidramnion

Kewenangan adalah kekuasaan yang dilembagakan, kemampuan untuk melakukan tindakan hukum tertentu yang dimaksudkan untuk menimbulkan akibat hukum, dan hak yang berisi kebebasan untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan tertentu atau menuntut pihak lain untuk melakukan tindakan tertentu (Puasa et al., 2018).

Bidan dalam hal ini mempunyai kewenangan dalam melakukan asuhan yang sudah tercantum dalam peraturan seperti dalam Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan Bidan, dan dalam Undang-Undang No. 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan. Jadi, kewenangan bidan dalam penanganan komplikasi kehamilan dan persalinan adalah melakukan pertolongan pertama, mendeteksi dini, dan melakukan rujukan, melakukan rujukan disini berarti bidan berkolaborasi dengan dokter Sp. OG dan melakukan tindakan atau asuhan sesuai dengan advis dokter. (Wahyuni, 2018)

2.6.1. Manajemen Kebidanan

Pelayanan kebidanan yang bermutu adalah pelayanan yang berdasarkan standar, dan kode etik bidan serta hubungan interpersonal yang ade kuat. Dalam memberikan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar, bidan menggunakan metoda atau pendekatan manajemen kebidanan. (Wahyuni, 2018)

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metoda untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori

ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. Manajemen kebidanan adalah suatu metoda pengaturan, pengorganisasian pikiran dan tindakan dalam urutan yang logis, efektif dan efisien baik bagi pasien maupun bidan sebagai petugas kesehatan. Pelayanan kebidanan yang bermutu adalah pelayanan yang berdasarkan standar, dan kode etik bidan serta hubungan interpersonal yang adekuat. Dalam memberikan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar, bidan menggunakan metoda atau pendekatan manajemen kebidanan. Penatalaksanaan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metoda untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. (Yulizawati, 2021)

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan) Muslihatun,dkk, 2017).

Dokumentasi kebidanan juga diartikan sebagai bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki

oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan. (Rini, Sih Handayani, 2017)

Isi dan kegiatan dokumentasi apabila diterapkan dalam asuhan kebidanan meliputi beberapa hal sebagai berikut.

1. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang esensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
2. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan/ dokumentasi.
3. Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.
4. Memonitor catatan profesional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
5. Melaksanakan kegiatan perawatan, mengurangi penderitaan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia.

Dokumentasi mempunyai dua sifat yaitu tertutup dan terbuka. Tertutup apabila di dalam berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan, dan disebarluaskan kepada masyarakat. Terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi. Pendokumentasian dari asuhan kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik. Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang memberi bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu. (Rini, Sih Handayani, 2017) **Pendokumentasian Menurut Varney**

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis, sistematis dalam

memberikan asuhan kebidanan, agar dapat menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan (bidan). Merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arahan/ kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. (Rosyidah, dkk, 2023;h.50)

Manajemen asuhan kebidanan atau sering disebut manajemen kebidanan adalah suatu metode berfikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. (Enggar,dkk, 2021)

2.6.2. Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

1). Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar

Informasi dikumpulkan secara akurat, lengkap dari sumber resmi berkaitan dengan kondisi klien, tahap memperoleh data dilakukan dengan cara : anamnesa, pemeriksaan langsung fisik klien sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus kebidanan, pemeriksaan tambahan/ penunjang.

2). Langkah II (kedua): Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan interpretasi data yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

3). Langkah III (ketiga): Mengidentifikasi diagnosa

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah Potensial Mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/ masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila

memungkinkan dapat dilakukan pencegahan. Bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi penanganan agar masalah atau diagnose potensial tidak terjadi.

4).Langkah IV (keempat):

Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

5).Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah- langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/ data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah diberikan penyuluhan, konseling, dan apakah merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi,kultur atau masalah psikologis. Semua keputusan yg dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar- benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yg terbaru serta sesuai dengan asumsi

tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh klien.

6). Langkah VI (keenam) : Melaksanaan perencanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

7). Langkah VII (Terakhir) : Evaluasi

Pada langkah ke-7 ini dilakukan penilaian evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan atau bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. (Atiqoh, dkk. 2020;h.94-96)

2.6.3. Pendokumentasian Asuhan Soap

Pada implementasinya metode SOAP merupakan metode yang digunakan Bidan dalam mendokumentasikan asuhannya. Bidan dalam melaksanakan asuhan harus berpedoman pada pola pikir manajemen kebidanan atau proses penatalaksanaan kebidanan. SOAP merupakan bentuk catatan yang bersifat sederhana, tertulis, jelas, dan logis. Metode SOAP juga dikenal dengan metode 4 langkah, yaitu;

1. S (Data Subjektif)

Data subjektif diperoleh dari ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan

keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung dengan diagnosis. Pendokumentasian data subjektif pada klien yang menderita tuna wicara, memiliki kekhususan dengan memberikan tanda huruf “O” atau “X” di belakang huruf “S”.

2. O (Data Objektif)

Pendokumentasian hasil obseravsi, pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis, dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif.

3. A (Analisis)

Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan. Pada langkah ini, bidan melakukan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif

4. P (Penatalaksanaan)

Pendokumentasian pada penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan. (Nuria Fitri Adista, 2023)

BAB III

STUDI KASUS

**3.1 Asuhan kebidanan pada ibu bersalin ny. P usia 22 tahun G1p0a0
parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion di RSUD Dr.**

Slamet Garut

KALA I

Nama Pengkaji : Siti Nuraeni
Tempat : RSUD DR Slamet Garut
Tanggal : 20 Maret 2024
Jam : 21 : 00 WIB

A. Data Subjektif

1. Identitas	: Klien	/ Suami
Nama	: Ny. P	/ Tn. R
Usia	: 22 Tahun	/ 28 Tahun
Agama	: Islam	/ Islam
Suku	: Sunda	/ Sunda
Pendidikan	: SMA	/ SMA
Pekerjaan	: IRT	/ Wiraswasta
Alamat	: Kp. Patrol	/ Kp. Patrol

1. Alasan datang

Ibu datang ke ponok bersama dengan keluarga, karena di anjurkan oleh bidan dengan keluhan sudah keluar air - air / rembes, dari jalan lahir dan ibu mengeluh sesak nafas, sejak satu minggu terakhir.

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan merasa mules sejak pukul 18 : 00 WIB, keluar air - air masih di rasakan ibu mengeluh sesak nafas

3. Riwayat Obsetri

- a. Menarche : Usia 13 Tahun
- b. Lama : 6-7 Hari
- c. Siklus : 28 Hari
- d. Ganti pembalut : 3x dalam sehari
- e. Keluhan : Tidak ada
- f. HPHT : 11-06-2023
- g. TP : 18-03-2024

4. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan sedang hamil 9 bulan ini merupakan anak pertamanya
Ibu melakukan pemeriksaan anc 6x, gerakan janin sering di rasakan, tidak ada riwayat perdarahan ataupun nyeri ulu hati, tidak mengkonsumsi jamu - jamuan dan tidak ada obat - obatan yang di konsumsi selain tablet Fe yang di berikan oleh bidan.

5. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan sedang tidak menderita penyakit seperti *Gastritis/lambung*, GERD, *hipertensi, diabetes mellitus*, jantung, asma, ginjal, TBC, ataupun IMS.

6. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan suami dan keluarga ibu tidak mempunyai riwayat penyakit seperti: *hipertensi, diabetes mellitus*, jantung, asma, ginjal, TBC, ataupun IMS.

7. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit mioma atau kista, maupun penyakit ginekologi lainnya.

8. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan yang pertama. Ibu menikah usia 21 tahun dan suami usia 23 tahun. Lama pernikahan 1 tahun.

9. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik 1 bulan, selama 8 bulan berhenti karena ingin mempunyai anak.

10. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Makan : Makan 2 kali perhari, terakhir makan pukul 14.00 WIB

Minum : 5-6 gelas air mineral perhari, terakhir ibu minum pukul 18.30 WIB

b. Pola Eliminasi

BAB : 1 kali perhari, BAK : 6 kali perhari,

c. Pola Istirahat

Tidur Siang : 1 sampai 2 jam perhari,

Tidur Malam : 6 sampai 7 jam perhari

d. *Personal hygiene*

Ibu mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, keramas 2 kali seminggu, dan mengganti celana dalam 4-5 kali dalam sehari atau lebih Ketika sudah merasa tidak nyaman.

e. Pola Seksual

ibu mengatakan 1 kali dalam seminggu.

f. Psikososial Spiritual

Kehamilan saat ini disambut dengan baik oleh ibu dan keluarga. Keluarga mendukung atas kehamilan ini, pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Sakit sedang

b. Kesadaran : *Composmentis*

c. Antropometri : Tinggi badan : 148 cm Berat badan sebelum hamil : 52 kg Berat badan sekarang : 58 kg Kenaikan BB : 6 kg

IMT : 24,6 LILA : 24 cm

d. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 130/80 mmHg

Nadi : 91x/menit

Pernafasan : 24 x/menit

Suhu : 36,6 °C

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Kulit kepala bersih, tidak ada rambut rontok, tidak ada nyeri tekan dan benjolan.
- b. Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema, tidak ikterik dan tidak ada *cloasma gravidarum*.
- c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih dan fungsi penglihatan baik.
- d. Hidung : Simetris, tidak ada pengeluaran sekret, tidak ada folip dan fungsi penciuman baik.
- e. Mulut dan gigi : Bibir tidak pucat dan tidak pecah-pecah, mulut tidak ada *stomatitis*, gigi tidak karies, tidak ada pembengkakan tonsil.
- f. Telinga : Simetris, tidak ada pengeluaran sekret dan fungsi pendengaran baik.
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, *vena juguralis* dan kelenjar limfe.
- h. Payudara
 - 1). Inspeksi : Simetris, bersih dan puting menonjol.
 - 2). Palpasi : Tidak ada dimpling/retraksi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan dan kolostrum belum keluar.
- i. Abdomen : Tidak ada luka bekas oprasi, terdapat linea nigra, TFU, 40 cm, pada saat di lakukan palapasi sulit menentukan bagian - bagian janin, janin dapat di plapasi tapi tidak jelas, his 3x/10/15". DJJ 142x/mnit.
- j. Genitalia

1). Eksternal : Tidak ada oedema, tidak ada varies dan terdapat pengeluaran air sedikit tidak berbau dan tidak berwarna.

2). Pemeriksaan dalam

Vulva vagina : Tidak ada kelainan Portio : Tebal lunak

Pembukaan : 4cm

Ketuban : Utuh (+)

Persentasi : Kepala Penurunan kepala : Hodge I

k. Ekstremitas

1). Atas : Tidak ada oedema dan varises.

2). Bawah : Tidak ada oedema dan varises, refles patella +/-.

3. Pemeriksaan Penunjang

Hb: 12,6 gr/dl

HgsAg : Non reaktif

HIV : Non reaktif

Sifillis : Non reaktif

GDS : 94 mg/dl

C. Analisa

G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan suspek polihidramnion, janin tunggal hidup intra uteri.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah dalam proses persalinan.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi
Evaluasi : Dilakukan USG, Pasang tampon, pemberian O₂, sebanyak 3L/menit, induksi drip oxytocin dalam RL500ml, 8tpm/menit, mengobserpasi DJJ, dan kemajuan Persalinan
3. Melakukan infom consent untuk di lakukan induksi persalinan Evaluasi : Ibu dan keluarga menyetujui
4. Melakukan pemasangan infus.
Evaluasi : Infus terpasang RL,8 tpm,
5. Berkolaborasi dengan dokter untuk di lakukan USG
Evaluasi : Terdapat indikasi kelebihan cairan amnion kurang lebih 2000 cc, amnion di atas batas normal
6. Melakukan tampon vagina Evaluasi : Terpasang tampon
7. Mengobserpasi kesejahteraan janin Evaluasi : Hasil terlampir
8. Melakukan induksi drip oksitosin 5 IU dalam RL 500 ml, dengan tetesan 8 tpm, Evaluasi : jam 21 : 30 WIB, mulai di lakukan induksi persalinan
Mengobservasi kemajuan persalinan Evaluasi :Hasil terlampir
9. Mengajarkan kepada ibu tehnik rileksasi mengambil nafas buang nafas yang baik untuk meredakan rasa sakit atau mules
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukan
10. Menganjurkan kepada ibu miring kiri untuk mempercepat proses penurunan kepala janin
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedian melakukan
11. Memberikat support mental kepada ibu dan menganjurkan untuk memenuhi

kebutuhan hidrasi dan istirahat di sela - sela his

Evaluasi : Ibu mengerti dan kembali bersemangat

12. Pendokumentasian dalam bentuk SOAP

Asuhan Persalinan

Tanggal pengkajian : 21 - 03 -2024

Jam : 01 : 00 WIB

3.2. KALA II

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh mules yang di rasakan semakin sering seperti ingin BAB dan ada dorongan ingin mencedan.

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Sakit Sedang Kesadaran : *Composmentis*

2) Tanda - tanda Vital

TD : 130/80mmhg N : 92x/menit

R : 22x/menit

S : 36,2C

Abdomen : His : 5x dalam 10 menit 45 detik

DJJ : 132x/menit regular

Genitalia : Vulva vagina membuka, perineum menonjol, tekanan pada anus, terdapat lendir darah, vulva vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, ketuban (+) pembukaan 10 cm, persentasi kepala, penurunan kepala Hodge IV.

C. Analisa

G1P0A0 parturient aterm kala II dengan polihidramnion janin tunggal hidup intra uterin

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap waktunya persalinaan.
Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan dari bidan.
2. Menyiapkan alat, partuset, obat dan flannel, Evaluasi : telah disiapkan dan didekatkan. Memposisikan ibu, ibu dengan posisi litotomi.
3. Memakai sarung tangan, sarung tangan steril sudah dipakai.
4. Melakukan amniotomi. Evaluasi : jumlah air ketuban kurang lebih 7500 cc
5. Melakukan pertolongan persalinan sesuai advis dokter Sp.OG.
6. Mengajari ibu meneran dengan benar saat ada his, Evaluasi :ibu bisa meneran dengan benar.
7. Menolong persalinan sesuai APN,
Evaluasi : jam 01 : 30 WIB bayi lahir spontan, tidak langsung menangis, kulit kemerahan, dan tonus otot aktif, jenis kelamin laki-laki, apagar score 7/8
8. Mengeringkan tubuh bayi dengan kain, bayi bersih
9. Melakukan jepit -jepit potong tali pusat.
10. Merangsang taktil bayi, bayi menangis.
11. Menyerahkan bayi keruang perinatologi.

3.3. KALA III

Jam : 01 : 30 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya masih merasa mules dan sedikit lemas setelah persalinan.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Sakit ringan

Kesadaran : *Composmentis*

2. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen : Uterus bulat (globuler), TFU setinggi pusat, kontraksi baik, tidak ada janin kedua, kandung kemih kosong.

b. Genitalia : Terdapat pengeluaran darah 50cc, talipusat memanjang.

C. Analisa Data

P1A0 Kala III

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu akan di suntik oksitosin

Evaluasi :Melakukan penyuntikan oksitosin 10 IU pada 1/3 paha kanan, jam 01 : 30 Wib kontraksi baik.

2. Melakukan peregangan tali pusat terekendali.

Evaluasi : pukul 01 : 35 WIB plasenta lahir lengkap spontan

3. Melakukan masase uterus, sebanyak 15x dalam 15 detik sampai kontraksi uterus baik/keras kontraksi uterus baik.

Evaluasi : Masase uterus di lakukan sampai uterus berkontraksi baik/keras.

4. Melakukan pengecekan plasenta.

Evaluasi : plasenta lengkap.

5. Mengobservasi perdarahan.

Evaluasi : tersapat 100cc

3.4. Kala IV

Jam : 01 : 50 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa merasa mules, ibu merasa senang atas kelahiran anaknya.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

TTV : TD : 120/80 mmHg N : 98x/menit

R : 21x/menit S: 36,5°C

2. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraks baik, kandung kemih kosong.

b. Genitalia : Pengeluaran darah 100cc, terdapat luka laserasi di perineum derajat II.

C. Analisa

P1A0 Kala IV dengan luka laserasi derajat II.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Evaluasi : Ibu mengerti terkait yang dijelaskan bidan.

2. Memberitahu ibu akan di lakukan hecing, tanpa anastesi

Evaluasi : ibu bersedia.

3. Melakukan penjahitan luka perineum.

Evaluasi : Hacting dilakukan tidak ada perdarahan aktif.

4. Membersihkan dan merapihkan ibu Evaluasi : Ibu merasa nyaman.

5. Mendekontaminasi tempat bersalin,

Evaluasi : Sudah di lakukan tempat bersalin rapih dan bersih.

6. Melakukan pemantauan kala IV.

Evaluasi : Hasil terlampir dipartograf.

7. Mendekontaminasi alat.

Evaluasi : alat sudah bersih dan steril.

8. Mengajari ibu dan keluarga untuk melakukan masase uterus.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia untuk melakukan Kontraksi uterus baik.

9. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat.

Evaluasi : Ibu mengerti dan melakukan ibu makan dan minum

3.5. Asuhan kebidanan pada ibu nifas ny. P usia 22 tahun post partum 6 jam fisiologis di RSUD Dr. Slamet Garut

Kunjungan 1 (6jam postpartum)

Tanggal : 21 - 03 -2024
Waktu : 06 : 30 WIB
Tempat : Ruang Jade
Pengkaji : Siti Nuraeni

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan sangat senang atas kelahiran anaknya dan masih merasa lemas.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

2. Keadaan Umum : Baik

3. Kesadaran : *Composmentis*

4. Tanda-tanda Vital

TD : 120/80 mmHg R : 20x/menit

N : 86x/menit S : 36,6°C

5. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Rambut bersih dan tidak ada nyeri tekan.
- b. Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema
- c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- d. Hidung : Tidak ada secret, fungsi penciuman baik
- e. Mulut : Bibir lembab, fungsi pengecapan baik, gigi tidak caries
- f. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan pembuluh Limfe
- h. Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada tidak ada kelainan.
- i. Payudara : Inspeksi : Simetris, puting bersih dan menonjol
- Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada retraksi/dimpling, tidak ada nyeri tekan, belum ada pengeluaran kolostrum.
- j. Kandung Kemih : Kosong
- k. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik
- l. Ekstremitas : Tidak ada varises dan oedema, tidak ada reaksi tanda homan
- m. Genitalia : Lochea rubra, luka jahitan baik.

C. Analisa

P1A0 Post Partum 6 jam

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kepada ibu

Evaluasi: Ibu mengetahui dan mengerti.

2. Memfasilitasi dan menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi agar keadaan ibu cepat kembali pulih setelah melahirkan,

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukan

3. Memberikan KIE ibu untuk melakukan mobilisasi, Evaluasi : ibu bisa miring kiri kanan duduk.

4. Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas,

5. Melakukan pendokumentasian, Evaluasi : Telah dilakukan.

3.5.1. Kunjungan 2 (1 Hari postpartum)

Tanggal : 22 - 03 -2024

Waktu : 06 : 30 WIB

Tempat : Ruang Jade

Pengkaji : Siti Nuraeni

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan menghawatirkan bayinya karena ASI nya tidak keluar.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

2. Tanda-tanda Vital : TD : 120/80 mmHg R : 20x/menit

N : 86x/menit S : 36,6°C

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : Rambut bersih dan tidak ada nyeri tekan.

b. Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema

c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih

d. Hidung : Tidak ada secret, fungsi penciuman baik

e. Mulut : Bibir lembab, fungsi pengecapan baik, gigi tidak caries

f. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik

g. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyoid dan pembuluh
limfe

h. Payudara

Insapeksi : Simettris, puting bersih dan menonjol
 Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada retraksi/dimpling, tidak ada nyeri tekan, belum ada pengeluaran kolostrum.

- i. Kandung Kemih : Kosong
- j. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik
- k. Ekstremitas : Tidak ada varises dan oedema, tidak ada reaksi tandahoman
- l. Genitalia : Lochea rubra, luka jahitan baik.

C. Analisa

P1A0 Post Partum 1 Hari

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan,
2. Evaluasi : ibu mengerti.
3. Memberikan KIE ibu terkait pijat oksitosin dan pompa ASI secara rutin meskipun ASI tidak keluar agar payudara tetap terangsang,
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia.
4. Memberikan KIE ibu terkait hygiene,
Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukan
5. Memberikan KIE tanda bahaya masa nifas,
Evaluasi : Ibu mengerti.

3.5.2. ASUHAN BAYI LAHIR

Tanggal : 21 - 03 - 2024

Waktu : 01 : 30 WIB
Tempat : Ruang Perinatologi
Pengkaji : Siti Nuraeni

A. Data Subjektif

Identitas Bayi

Nama Bayi : By. Ny. P

Tanggal Lahir : 21 Maret 2024

Jenis Kelamin : Laki - Laki

B. Data Objektif

Bayi lahir spontan, tanggal 21 Maret 2024, jenis kelamin laki-laki presentasi belakang kepala, tidak langsung menangis, tonus otot lemas, warna kulit pucat, air ketuban jernih.

C. Analisa

Neonatus Cukup Bulan Seseui Masa Kehamilan

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui dan merasa senang.

2. Melakukan asuhan jaikap.

Evaluasi : bayi menangis kuat

3. Memberikan Vit K 0,5cc, di paha Kiri, jam 01 : 35 WIB.

4. Menempatkan bayi di tempat hangat.

Evaluasi : bayi dihangatkan dengan lampu.

5. Mengobservasi keadaan bayi.

Evaluasi : terlampir.

6. Mengobservasi TTV.

Evaluasi : terlampir.

3.5.3. Asuhan Bayi Baru Lahir Usia 1 Jam

Tanggal pengkajian : 21 – 03 - 2024

Jam pengkajian : 02 – 30 WIB

Tempat pengkajian : Ruang Perinatologi

S : Tidak Ada Keluhan

O : K/U : Baik,

1. Antropometri

Berat Badan : 2.650 Gram. Panjang Badan : 49 Cm.

Lingkar Kepala : 31 Cm. Lingkar Dada : 31 Cm.

Apgar score : 7/8

2. Tanda – tanda Vital.

Denyut Jantung : 148x/menit. Respirasi : 47x/menit.

Suhu : 36,6°C

3. Pemeriksaan Fisik

Kepala	: Rambut Hitam, Tipis, caput succedaneum (-) tidak ada kelainan
Muka	: Simetris, tidak ada kelainan.
Mata	: Simetris, konjungtiva merah muda, sklera bersih, tidak ada kelainan.
Hidung	: Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada kelainan.
Mulut	: Tidak ada labioskisis, tidak ada palatoskisis, refleks rooting (+), Reflek sucking (+), refleks swallowing (-),
Leher	: Tidak ada pembesaran vena jugularis, refleks toniknek (+),
Dada	: Tidak ada retraksi dinding dada tidak ada kelainan.
Abdomen	: Bersih tidak ada perdarahan pada tali pusat.
Genetalia	: Tidak ada kelainan
Ekstremitas	: Atas dan Bawah, Simetris, Jari – jari lengkap, refleks Babinsky (+),
Punggung	: Tidak ada bebjolan, tidak ada kelainan.
Anus	: (+), warna kulit merah, tidak ada tanda lahir, tidak ada kelainan.

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 jam.

P :

1 Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui dan mengerti.

- 2 Menjaga kehangatan bayi. Evaluasi : terlampir.
- 3 Mengevaluasi KU dan TTV. Evaluasi : terlampir
- 4 Melakukan perawatan bayi normal.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas secara mendalam dari data subjektif dan objektif yang dilakukan pada Ny. P dengan polihidramnion, yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet pada tanggal 20 Maret 2024. Untuk mempermudah pembahasan maka penulis akan menguraikan dan membahas berdasarkan data subjektif, objektif, analisa, dan penatalaksanaan yang di perkaya dengan teori dan literasi jurnal melalui langkah-langkah asuhan kebidanan yang selanjutnya didokumentasi dalam bentuk SOAP.

4.1. Data Subjektif

Pasien datang ke RSUD Dokter Slamet Garut pada tanggal 20 Maret 2024 pukul 21.00 WIB, ibu datang bersama keluarga dengan rujukan dokter Sp. OG untuk memeriksa kehamilannya dengan keluhan sesak napas sejak beberapa minggu terakhir dan saat ini sesaknya semakin parah, perut tegang, dan mulas pada beberapa hari terakhir, setelah itu dilakukan *anamnesa* mengenai identitas dan Riwayat ibu. Ibu merupakan ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SMA. Berdasarkan anamnesa ibu mengaku hamil 7 bulan dan ini merupakan anak ke pertama, dan didapat hari pertama haid terakhir ibu pada tanggal 11 Juni 2024. Berdasarkan hasil anamnesa ibu merasa sesak yang merupakan tanda atau gejala diagnosis polihidramnion. Hal ini

sesuai dengan teori yaitu Pasien-pasien yang menderita polihidramnion sering dirujuk ke rumah sakit dengan keluhan tidaknyaman pada perut dan gangguan pernapasan. (Fardiazar Z, Soltanpor L, Ghatrehsamani, 2017).

Sesak napas yang dialami oleh ibu merupakan pengaruh dari pelebaran uterus akibat cairan amnion yang berlebih hal ini sesuai dengan teori bahwa, risiko komplikasi obstetrik meningkat saat polihidramnion muncul akibat pelebaran uterus salah satunya sesak pada ibu dan kesulitan bernapas (Fardiazar Z, Soltanpor L, Ghatrehsamani, 2017).

Ibu mengatakan pada awal kehamilan tidak merasakan adanya gejala dari kelebihan air ketuban tersebut. Hal ini sesuai dengan teori hidramnion akut biasanya terjadi pada trimester kedua kehamilan sering berakhir pada kehamilan 28 minggu. Hidramnion kronis terjadinya perlahan-lahan pada kehamilan yang lebih tua. Keluhannya tidak hebat, tetapi hidramnion harus dianggap sebagai kehamilan dengan risiko tinggi karena dapat membahayakan ibu dan anak. Prognosis anak kurang baik karena adanya kelainan kongenital dan prematur (Tri Wulaningsih, 2022).

Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit seperti diabetes mellitus maka dapat disimpulkan bahwa etiologi dari polihidramnion yang dialami ibu merupakan kejadian idopatik atau kondisi yang belum dapat terungkap jelas penyebab dari kelainan tersebut. Hal ini sesuai dengan teori pada kehamilan yang terkena polihidramnion, sekitar 20% disebabkan oleh kelainan kongenital. Namun 60% hingga 70% bersifat idopatik tanpa penyebab yang diketahui. (Daniel S, 2023)

Pada kasus Ny. R mengatakan ibu merasa kontraksi sejak pukul 10.00

WIB, menurut Sarwono Prawirohardjo, 2016 tanda pasti persalinan preterm yaitu adanya

kontraksi berulang tiap 7-8 menit sekali atau 2-3 kali dalam 10 menit. Sedangkan ibu mengalami kontraksi 2 kali dalam 10 menit lamanya 30 detik yang merupakan kontraksi adekuat dan dapat membuka serviks.

Dikatakan persalinan prematur, karena Persalinan preterm (*premature*) merupakan persalinan yang terjadi sebelum 37 minggu masa kehamilannya selesai. Berdasarkan konvensi, usia kehamilan dilaporkan dalam minggu setelah mencapai minggu yang lengkap yaitu 7 hari. (Puspita et al., 2019)

4.2. Data Objektif

Berdasarkan hasil pegkajian secara objektif yaitu melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu dalam keadaan sakit sedang karena menahan sakit kontraksi, mules dan sesak, keasadaran *composmentis*, keadaan emosional stabil. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 130/80mmHg, nadi 91 x/menit, pernafasan 25 x/menit, dan suhu 36,5°C. Selain itu, data objektif yang didapatkan dari hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan secara terfokus dalam pembahasan ini, yaitu respirasi yang cepat dari normal dan perut terlihat lebih besar dari usia kehamilannya. Pada pemeriksaan *abdomen* TFU yang didapat yaitu 40cm. Pada pemeriksaan leopold sulit meraba bagian-bagian janin.

Pada hasil pemeriksaan diatas, hasil yang didapat sesuai dengan tanda atau gejala kelebihan cairan ketuban yaitu >25 cm termasuk polihidramnion ringan. Hal ini sesuai dengan teori, yaitu derajat polihidramnion sering dikategorikan ringan, sedang, atau berat, berdasarkan ringan (AFI 24,0-29,9 cm), sedang (30,0-34,9 cm),

dan berat (≥ 35 cm), atau DVP 8 hingga 11 cm, 12 hingga 15 cm, atau ≥ 16 cm, masing-masing. Polihidramnion ringan terjadi pada 65% hingga 70% kasus, polihidramnion sedang pada 20% kasus, dan polihidramnion berat pada $<15\%$ (Giancarlo, 2018).

Pada pemeriksaan fisik abdomen saat dilakukan palpasi, pemeriksa kesulitan untuk menentukan bagian-bagian janin, begitupun saat pemeriksaan denyut jantung janin, hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa kesulitan menyentuh bagian janin dan masalah yang berhubungan dengan auskultasi pada janin (kesulitan mendengar denyut jantung janin) dapat diamati pada pemeriksaan fisik. (Fardiazar Z, dkk, 2017). Maka berdasarkan uraian diatas tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

Pada pemeriksaan fisik genitalia pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan serviks 4 cm hal ini menunjukkan bahwa ibu terdapat komplikasi pada polihidramnion Polihidramnion adalah kelebihan volume cairan ketuban (AFV) patologis pada kehamilan. Hal ini merupakan kondisi obstetri berisiko tinggi dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal dan ibu karena tingginya insiden kematian janin intrauterin, persalinan prematur, ketuban pecah dini, proplas tali pusat, makrosomia janin, presentasi sungsang, persalinan sesar, dan perdarahan postpartum. (Daniel S, 2023). Pada saat dilakukan amniotomi jumlah air ketuban kurang lebih 2000 cc ini sesuai dengan teori.

4.3. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif maka Analisa yang di dapatkan

pada Ny. P adalah “G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan Polihidramnion,” penegakan diagnosa polihidramnion diambil berdasarkan data objektif diperoleh TFU 40cm dan hasil pemeriksaan penunjang ibu yang menunjukkan bahwa pada saat di USG oleh Dokter SpOG dengan hasil indeks cairan amnion >25 cm. Hal ini sesuai dengan Giancarlo (2018) mengenai klasifikasi polihidramnion .

4.4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan polihidramnion pada Ny. P usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif, yaitu dengan memberitahukann hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga dan memberitahu mengenai ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu pada saat ini, memberikan konseling apabila terjadi ketidaknyamanan pada daerah genitalia ibu karena di lakukan heacting tanpa anastesi dan memberikan konseling tentang cara perawatan luka atau cara hygiene dengan benar, agar ibu mengetahui keadaannya dan memahami kondisinya. Kemudian intervensi yang dilakukan kepada Ny. P merupakan kolaborasi dengan dokter dan atas advice yang dokter berikan. Kemudian, pada penatalaksanaan ibu dengan polihidramnion pada Ny. P dilakukan observasi dan bisa lahir pervaginam atas saran dokter. Jika ketuban tiba-tiba pecah, maka lakukan penghambatan air ketuban seperti tampon beberapa lama supaya air ketuban keluar pelan-pelan, agar tidak terjadi solusio plasenta, syok karena tiba-tiba perut kosong atau perdarahan postpartum karena atonia uteri,

Waktu persalinan tergantung pada tingkat keparahan polihidramnion, kelainan bawaan yang mendasarinya, Polihidramnion ringan dan idiopatik bukan

merupakan indikasi untuk induksi persalinan, dan cara persalinan harus didasarkan pada karakteristik persalinan biasa yang ditentukan oleh faktor ibu dan janin. Bila wanita hamil dengan polihidramnion akan melahirkan, USG dapat menentukan presentasi janin. (Daniel, 2023)

4.5. Pendokumentasian

Asuhan pada Ny.P didokumentasikan dalam bentuk SOAP dan partograf, yang dilakukan dengan tahap pengkalian data subjektif yang diperoleh dari anamnesa terhadap pasien, pengkajian data objektif yang di dapat dari pengkajian fisik, kemudian data-data tersebut di interpretasikan untuk menegakan analisa, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kasus tersebut. Hal ini sesuai dengan teori Nuria (2023) bahwa langkah-langkah kebidanan SOAP terdiri dari data subjektif, data objektif, analisa, dan penatalaksaan. Proses pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. P dilakukan secara sistematis yaitu dengan pengumpulan data, interpretasi data, identifikasi masalah potensial, mengidentifikasi masalah yang memerlukan penanganan segera menentukan rencana asuhan, melakukan asuhan dan evaluasi. Berdasarkan uraian diatas maka tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendokumentasian dalam bentuk SOAP, maka pada kasus Ny. P usia 33 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion di RSUD Dr. Slamet Garut, dapat disimpulkan bahwa :

5.1. Kesimpulan

1. Pengkaji data subjektif diperoleh hasil data dari Ny. P Usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion, , mengaku hamil 9 bulan, dan keluhan yang mendasari yaitu pada minggu-minggu terakhir kehamilan merasa mulas, sesak, dan ketidaknyamanan daerah perut bagian atas.
2. Pengkajian data Objektif pada Ny. P Uaia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan polihidramnion, terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
3. Berdasarkan data subjektif dan data obiektif kemudian dapat ditegakan diagnosa Ny. P Usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan Polihidramnion
4. Penatalaksanaan yang dilakukan sesuai dengan masalah dan kebutuhan Ny. P Usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan Polihidramnion, Asuhan yang diberikan sesuai dengan advice dokter Sp.OG yaitu melakukan asuhan persalinan normal dengan observasi ketat, hal ini sesuai dengan teori

dan tidak

terdapat kesenjangan.

5. Pendokumentasian Ny. P Usia 22 tahun G1P0A0 parturient aterm kala 1 fase aktif dengan Polihidramnion, dilakukan dalam bentuk catatan SOAP.

5.2. Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan mahasiswa selalu berusaha meningkatkan dan memperbarui ilmu, pengetahuan, wawasan, dan keterampilan mengenai ilmu kebidanan yang terbaru sehingga mampu memberikan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan secara komprehensif dan ter-update.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi Institusi Kesehatan

Diharapkan bagi petugas kesehatan dapat terus menjaga mutu dan kualitas pelayan Kesehatan terhadap pasien untuk kenyamanan pasien dan keluarga, di harapkan terus mengutamakan tindakan sesuai prosedur pelayanan medis yang sesuai dengan tindakan yang akan di lakukan terhadap pasien/klien.

4. Bagi pasien

Diharap pada pasien dapat menjalalin, dapat menambah wawasan dan

pengetahuan ibu tentang kehamilan atau persalinan dengan indikasi polihidramnion dan di harapkan ibu dapat memahami tanda-tanda kehamilan dengan indikasi polihidramnion, selain itu juga bagi pasien/klien Pentingnya memberikan Asi eksklusif, perawat bayi yang baik dan benar, perawatan luka atau hygiene, pemenuhan kebutuhan nutrisi dan ber KB apabila pasien belum pernah ber KB

DAFTAR PUSTAKA

- Aref, A. (2021). *Polyhydramnios Article GLOWM*. The Global Library of Women's Medicine. <http://www.glowm.com/article/heading/vol-10-common-obstetric-conditions-polyhydramnios/id/409583>
- Daniel S.Hwang ; Heba Mahdi. (2023). *Polyhydramnios - StatPearls - NCBI Bookshelf*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562140/>
- Daniel S, H. (2023). *Polyhydramnios - StatPearls - NCBI Bookshelf*. nat. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562140/>
- Giancarlo. (2018). *Evaluasi dan penatalaksanaan polihidramnion*. Contemporary obgyn. <https://www.contemporaryobgyn.net/view/evaluation-and-management-polyhydramnios>
- Huri, M., Di Tommaso, M., & Seravalli, V. (2023). Amniotic Fluid Disorders: From Prenatal Management to Neonatal Outcomes. In *Children* (Vol. 10, Issue 3). <https://doi.org/10.3390/children10030561>
- Jane S. Limmer, M. (2019). Management of Symptomatic Polyhydramnios. In *Pearls of Exccellence*. Am J Obstet Ginekol. https://exccellence-org.translate.goog/list-of-pearls/management-of-symptomatic-polyhydramnios/?categoryName&searchTerms&featured=False&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc
- Muhammad, A. (2018). *polihidramnion*.
- Nuria Fitri Adista, D. (2023). *Bunga Rampai Asuhan Kebidanan Komunitas* (p. 191). PT Media pustaka indo.
- Oiseth, S. et al. (2023). *Chloramphenicol | Concise Medical Knowledge*. lecturio. <https://www.lecturio.com/concepts/chloramphenicol/>
- Puasa, R. R., Lumolos, J., & Kumayas, N. (2018). Kewenangan pemerintah desa dalam peningkatan perekonomian di Desa Mahangiang Kecamatan Tagulandang Kabupaten Kepulauan Sitaro. *Jurnal Eksekutif*, 1(1), 1–10.
- Rokom. (2024). *Merawat Bayi Prematur – Sehat Negeriku*. Sehat negriku. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/blog/20240124/5344836/merawat-bayi-prematur/>
- Shailja. (2023). *Membran Pecah Dini - StatPearls - Rak Buku NCBI*. National Library of Medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/books/NBK532888/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc

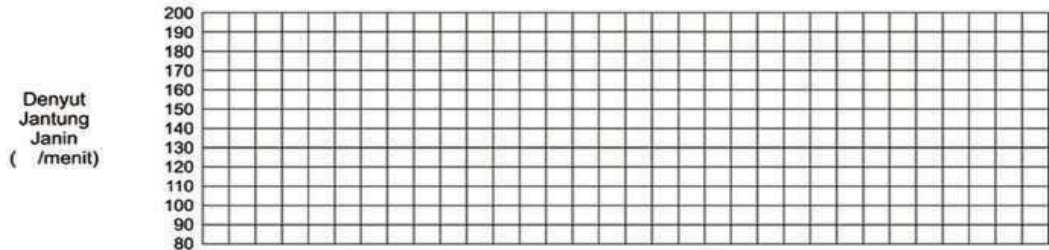
- Tri Wulaningsih. (2022). Kejadian Persalinan Di Rsud Wonosari Gunungkidul. *Skripsi*, 8.5.2017, 2003–2005.
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/9899/>
- Wahyuni, E. D. (2018). Asuhan Kebidanan Komunitas. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 4(1), 9–15.
- Wicaksana, A., & Rachman, T. (2023). Kajian Kasus Dan Teori Asfiksia. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 3(1), 10–27.
<https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Wulandari. (2019). *Poltekkes Bandung*, 8(2), 1–9.

LAMPIRAN

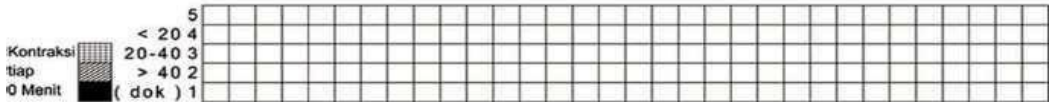
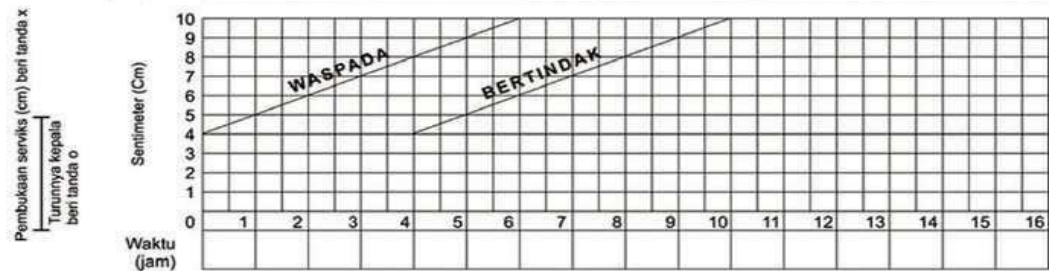
Partograf

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

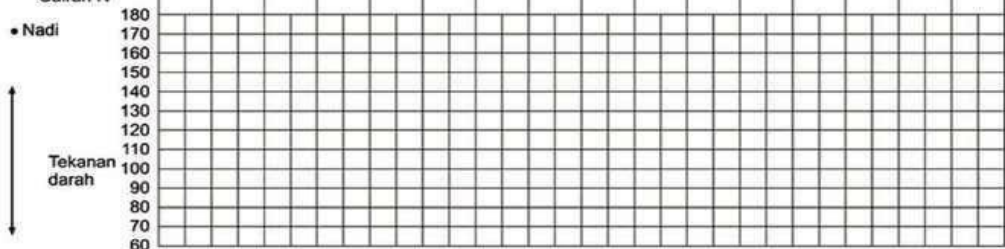


Air ketuban Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urin { Protein
 Aseton
 Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

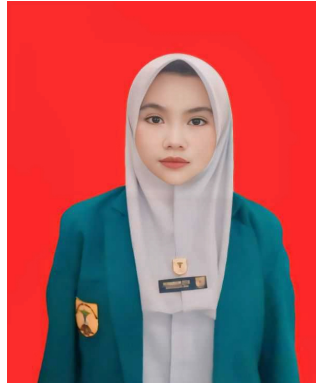
Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

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

RIWAYAT HIDUP



DATA PRIBADI

Nama : Siti Nuraeni

Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 23 April 2003

No Tlpon : 085322477551

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Kp. Cipongpok RT/RW 04/05

Desa : Pangrumasan

Kecamatan : Peundeuy Toblong Kabupaten
Garut.

RIWAYAT PENDIDIKAN

SDN Pangrumasan 4 : 2009-2015

SMPN Satu Atap 1 Peundeuy : 2015-2018

SMA Bina Nusa Purwajaya : 2018-2021

STIKes Karsa Husada Garut : 2021-2024