

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. D 25 TAHUN G<sub>4</sub>P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>  
GRAVIDA 22-23 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH  
(IUFD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

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

Di Susun Oleh :

**SITI RAHMI RISMAWATI**  
**KHGB22084**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT  
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN  
2025**

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

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

Garut, Mei 2025

Yang membuat pernyataan

**(SITI RAHMI RISMAWATI)**  
**NIM : KHGB22084**

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. D USIA 25  
TAHUN G<sub>4</sub>P<sub>3</sub>A<sub>0</sub> GRAVIDA 22-23 MINGGU DENGAN INTRA  
UTERINE FETAL DEATH DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**NAMA : SITI RAHMI RISMAWATI**

**NIM : KHGB22084**

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan dihadapan Tim  
Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKess Husada Garut

Garut, juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing

**(Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb)**  
**NIK: 043298.1110.087**

**LEMBAR PENGESAHAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL :ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. D 25  
TAHUN G4P3A0 GRAVIDA 22-23 MINGGU DENGAN  
INTRA UTERINE FETAL DEATH DI RSUD dr.  
SLAMET GARUT**

**NAMA : SITI RAHMI RISMAWATI**

**NIM : KHGB22084**

Garut, 11 Juni 2025

**Mengesahkan,  
Pembimbing**

(Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb.,)

**Penela'ah I**

**Penela'ah II**

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

( Fitri Hanriyani, SST.,M.Pd)

**Mengesahkan**

**Ketua Program Studi D III Kebidanan**

**Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes.,**

## PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan rahmat-Nya, kami dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan ". judul " ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL NY. D 25 TAHUN G4P3A0 GRAVIDA 22-23 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH IUFD DI RSU dr. SLAMET GARUT Penulisan Laporan Tugas Akhir ini kami dedikasikan untuk memenuhi salah satu syarat Kelulusan dalam menyelesaikan studi di program D3 Kebidanan.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. DR. H Hadiat, MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharna Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE, M.Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
4. Lina Humaeroh, SST.,M.Kes selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam pelaksanaan penyusunan KTI.
6. Bdn. Desy Syswianti, SST, M. Kes., selaku penguji I yang telah menguji
7. Fitri Hanriyani, SST, M. Pd selaku penguji II yang telah menguji
8. Keluarganya Ny. D yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini, terimakasih atas keramahan, kebaikan dan kerjasamanya selama melakukan asuhan
9. Terimakasih kepada ibu saya Euis Kartika Ningsih, ayah saya Ujang Suparno selalu berjuang untuk kehidupan penulis, mampu mendidik, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai selesai.

10. Kepada nenek saya kokom komariah, kaka saya Sintia Sinta Yayang Trismawati, adik saya Salwa Putri Salsabila, terimakasih sudah keluarga sedarah yang saling menopang dan menyemangati, terimakasih sudah menghibur penulis sepanjang proses penyusunan LTA ini
11. Terimakasih kepada teh Putri Melati yang sudah membantu dan memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan LTA ini
12. Terimakasih kepada sahabat seperjuangan Marya Kibty, Herna Aufa Lestari, Hilma Siti Agnia yang selalu memberikan dukungan serta motivasi kepada penulis.
13. Terima kasih kepada seseorang yang telah membersamai, mendengarkan keluh kesah, mendukung di segala situasi, selalu mengusahakan kebahagiaan dan memberikan warna hidup kepada penulis.
14. Last but not least, kepada diri saya sendiri Siti Rahmi Rismawati, thank you so much for not giving up. Perjalanan panjang ini penuh dengan ups and downs, tapi penulis berhasil menyelesaikannya. Semua usaha, sleepless nights, dan momen penuh keraguan akhirnya terbayar dengan tuntas. Penulis bangga pada diri sendiri karena tetap bertahan dan terus mencoba, bahkan ketika keadaan menjadi sangat sulit. Banyak pelajaran berharga yang didapat selama proses ini, tidak hanya tentang penelitian, tetapi juga mengenai kesabaran, disiplin, dan ketangguhan dalam menghadapi tantangan. So, congrats, you did it! Sekarang saatnya menarik napas dalam dan mengapresiasi segala kerja keras yang telah dilakukan. This is not just an ending, but also a new beginning. God thank you for being me independent women, I know there are more great ones but i'm proud of this achievement.
15. Terimakasih kepada rekan-rekan mahasiswi seperjuangan Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan masukan dan motivasi.

Kami sadar bahwa dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang

membangun guna perbaikan di masa mendatang. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pembaca demi tercapainya penyusunan Laporan Tugas Akhir yang lebih baik lagi.

Garut, Mei 2025

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>PERNYATAAN</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>BAB I</b> .....	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. Rumusan Masalah</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3. Tujuan</b> .....	<b>4</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	4
<b>1.4. Metode Pengumpulan Data</b> .....	<b>4</b>
<b>1.5. Tujuan Pengkajian</b> .....	<b>5</b>
<b>1.6. Manfaat Pengkajian</b> .....	<b>6</b>
1.6.1. Manfaat Bagi Penulis .....	6
1.6.2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan .....	6
1.6.3. Manfaat Lahan Praktik .....	6
<b>1.7. Waktu Dan Tempat Pengkajian</b> .....	<b>7</b>
1.7.1. Waktu .....	7
1.7.2. Tempat.....	7
<b>BAB II</b> .....	<b>8</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1 Kehamilan</b> .....	<b>8</b>
2.1.1. Definisi .....	8
2.1.2. Tanda Bahaya Kehamilan .....	9
2.1.3. Macam-macam tanda bahaya selama kehamilan .....	10
2.1.4. Adaptasi Anatomi dan Fisiologi Selama Kehamilan .....	12

<b>2.2</b>	<b>IUFD .....</b>	<b>14</b>
2.2.1	Definisi IUFD .....	14
2.2.2	Etiologi IUFD .....	15
2.2.3	Batas kematian janin IUFD .....	22
2.2.4	Manifestasi Klinis IUFD .....	23
2.2.5	Predisposisi IUFD .....	23
2.2.6	Diagnosa.....	26
2.2.7	Komplikasi .....	26
2.2.8	Penatalaksanaan IUFD .....	27
2.2.9	Dampak Fisiologis dan Psikologis Ibu dengan IUFD.....	28
2.2.10	Pencegahan IUFD .....	29
2.2.11	Telaah Jurnal .....	29
<b>2.3</b>	<b>Persalinan.....</b>	<b>31</b>
2.3.1	Definisi Persalinan .....	31
2.3.2	Tanda-Tanda Persalinan.....	31
2.3.3	Tahapan persalinan.....	32
<b>BAB III.....</b>	<b>.....</b>	<b>39</b>
<b>TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>Asuhan Kebidanan Ibu Hamil .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2</b>	<b>Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin.....</b>	<b>47</b>
<b>3.3</b>	<b>Asuhan Kebidanan Ibu Nifas .....</b>	<b>54</b>
<b>3.4</b>	<b>Bayi NY. D Dengan IUFD.....</b>	<b>56</b>
<b>BAB IV .....</b>	<b>.....</b>	<b>59</b>
<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>.....</b>	<b>59</b>
<b>4.1</b>	<b>Data Subjektif .....</b>	<b>59</b>
<b>4.2</b>	<b>Data Objektif .....</b>	<b>61</b>
<b>4.3</b>	<b>Analisa .....</b>	<b>61</b>
<b>4.4</b>	<b>Penatalaksanaan .....</b>	<b>62</b>
<b>4.5</b>	<b>Pendokumentasian .....</b>	<b>64</b>
<b>BAB V.....</b>	<b>.....</b>	<b>67</b>
<b>PENUTUP.....</b>	<b>.....</b>	<b>67</b>
<b>5.1</b>	<b>Kesimpulan .....</b>	<b>67</b>

<b>5.2</b>	<b>Saran.....</b>	<b>67</b>
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>69</b>
	<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri .....	13
Table 2.2 Standar Oprasional Prosedur IUFD .....	34
Tabel 4.1 Matrik.....	65

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Menurut WHO dan The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi (Prawirohardjo, 2017).

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

Penelitian Thakur SK (2022) di Paropakar Maternity Women's Hospital, Thapathali, Nepal, jumlah persalinan dalam 3 bulan (Februari April 2020) sebanyak 5153 ibu, dengan kasus IUFD sebanyak 12,03 per 1000 kelahiran (1,2%). Dari 50 ibu yang menjadi sampel penelitian, sebesar 78% ibu tidak melakukan kontrol kehamilan rutin, dan mayoritas ibu IUFD berusia 21-35 minggu tahun sebesar (74%) serta IUFD yang terjadi pada usia kehamilan 37-42 minggu sebesar (48%). Ibu dengan riwayat penyakit hipotiroid dan anemia (6%).

Ibu dengan preeklamsia (20%). Sedangkan faktor plasenta paling banyak ditemukan dengan kasus terilit tali pusat (6%) (Thakur & Dangal,2022). Data global pada tahun 2021 angka kejadian IUFD 23 per 1000 kelahiran, menurut GBD 2021 Global Stillbirths Collaborators. (2024). Data nasional pada tahun 2023 untuk kejadian IUFD terbatas, masih digabungkan dalam angka kematian perinatal. Data jawa barat pada tahun 2023 belum tersedia data spesifik IUFD estimate menggunakan data kematian janin dari dinas Kesehatan provinsi /BPS.(Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat. (2023). *Provinsi Jawa Barat dalam Angka 2023*). Data di garut pada tahun 2023 belum tersedia data spesifik IUFD estimasi berdasarkan data kematian bayi dan perinatal setempat (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat. (2023). *Provinsi Jawa Barat dalam Angka 2023*)

Faktor yang menyebabkan intrauterine fetal death berupa faktor maternal, fetal dan faktor plasenta. Faktor maternal disebabkan oleh usia ibu, paritas, usia kehamilan, penyakit ibu, kehamilan multiple, status gizi dan frekuensi ANC. Faktor fetal meliputi kelainan kongenital, kelainan genetik, dan infeksi. Sementara Faktor plasenta meliputi kelainan tali pusat, pelepasan plasenta dan ketuban pecah dini (Luqyana, 2017).

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

pergerakan janin berkurang. Konsumsi makanan dengan nilai gizi yang baik untuk mencegah terjadinya anemia, abortus, kematian janin dalam Rahim, partus prematurus (Luqyana.,2020)

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

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka dapat di rumuskan masalah sebagai berikut. “ Bagaimana ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. D USIA 25 TAHUN G4P3A0 GRAVIDA 22-23 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH DI RSUD dr. SLAMET GARUT

### **1.3. Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

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

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- 1) Melakukan pengkajian data Subjektif pada Ny. D umur 25 tahun G4P3A0 Gravida 22-23 Minggu Dengan IUFD di ruang bersalin vk RSUD dr.Slamet Garut
- 2) Melakukan pengkajian dan data Objektif pada Ny. D Umur 25 tahun G4P3A0 Gravida 22-23 Minggu Dengan IUFD di ruang vk RSUD dr.Slamet Garut
- 3) Melakukan pengkajian data Analisa pada Ny. D Umur 25 tahun G3P2A0 Gravida 22-23 Minggu Dengan IUFD di ruang vk RSUD dr.Slamet Garut
- 4) Melakukan pengkajian data Penatalaksanaan pada Ny. D Umur 25 tahun G4P3A0 Gravida 22-23 Minggu Dengan IUFD di ruang vk RSUD dr.Slamet Garut
- 5) Melakukan data Dokumentasi pada Ny. D Umur 25 tahun G4P3A0 Gravida 22-23 Minggu Dengan IUFD di ruang VK RSUD dr. Slamet Garut

### **1.4. Metode Pengumpulan Data**

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini berdasarkan teori dan ilmiah yang dipadukan dengan praktik dan pengalaman. Penulis memerlukan data yang

objektif dan relevan dengan teori-teori yang dijadikan Analisa dalam pemecahan masalah untuk itu penulis menggunakan metode sebagai berikut:

1) Studi Keputusan

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

2) Studi Dokumentasi

Untuk memperoleh data pengkaji, penulis menggunakan Teknik:

a. Observasi

Penulis memperoleh data dengan cara melakukan pengamatan langsung kepada klien

b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan fisik

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

### **1.5. Tujuan Pengkajian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui manajemen asuhan kebidanan pada Ny"D" dengan kematian janin dalam rahim di RSUD Dr. Slamet Garut.

## **1.6. Manfaat Pengkajian**

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

### **1.6.1. Manfaat Bagi Penulis**

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

### **1.6.2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan**

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

### **1.6.3. Manfaat Lahan Praktik**

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

## **1.7. Waktu Dan Tempat Pengkajian**

### **1.7.1. Waktu**

Waktu pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Februari 2025 sampai dengan 17 Februari 2025.

### **1.7.2. Tempat**

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kehamilan**

##### **2.1.1. Definisi**

Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap perempuan yang memiliki organ reproduksi yang sehat, telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat maka besar kemungkinan akan terjadi kehamilan. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya bayi dengan lama 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh (Fitriani., 2021). Kehamilan merupakan penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Maka, dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau diluar Rahim dan berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir (Yulaikhah, 2019)

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan adanya kehamilan maka sistem tubuh wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan seseorang (Elvia Wati.. 2023). Kehamilan, persalinan, dan kelahiran merupakan proses fisiologis, tetap penyulit dapat muncul kapan saja, dan dapat memberikan dampak serius pada ibu dan janin. Istilah kehamilan risiko tinggi (kehamilan berisiko) digunakan

ketika faktor fisiologis atau psikologis secara signifikan dapat meningkatkan kemungkinan mortalitas atau morbiditas ibu atau janin (Senja Atika., 2023).

Komplikasi kehamilan dapat terjadi di tahapan manapun, mulai dari fertilisasi hingga kelahiran. Diagnosis awal faktor risiko untuk komplikasi atau awal serangan komplikasi akan mengarah pada awal pengobatan dan mencegah bahaya pada ibu ataupun janin. Tanda bahaya kehamilan adalah gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam bahaya. Apabila tanda bahaya kehamilan tidak terdeteksi secara dini dapat menyebabkan masalah pada ibu dan janin sehingga dapat berisiko kematian. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi/penyakit yang mungkin terjadi selama kehamilan (Elvia Wati., 2023)

### **2.1.2. Tanda Bahaya Kehamilan**

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

### 2.1.3. Macam-macam tanda bahaya selama kehamilan

#### 1) Preeklamsia

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

Klasifikasi preeklamsia ada dua yaitu:

#### a. Preeklamsia ringan Preeklamsia terjadi jika terdapat tanda-tanda berikut:

- a) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
- b) Edema umum, kaki, jari, tangan, dan muka atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu.
- c) Proteinuria memiliki berat 0,3 gram atau per liter, kualitatif 1+ atau 2 + pada urin kateter atau midstream.

#### b. Preeklamsia berat

Preeklamsia berat ditandai sebagai berikut:

- a) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
- b) Proteinuria 5 gram atau lebih per liter
- c) Oliguria yaitu jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam
- d) Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium
- e) Terdapat edema paru dan sianosis. (ratnawati, 2020)

## 2) Perdarahan pervagina

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

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

Sakit kepala hebat dan tidak hilang dengan istirahat adalah gejala pre eklamsia dan jika tidak diatasi dapat menyebabkan kejang bahkan stroke.

## 4) Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur)

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

## 5) Nyeri abdomen yang hebat

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

6) Bengkak pada wajah atau tangan.

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

7) Bayi bergerak kurang dari seperti biasanya

Pada ibu yang sedang hamil ibu akan merasakan gerakan janin yang berada di kandungannya pada bulan ke 5 atau sebagian ibu akan merasakan gerakan janin lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 x dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. (Sutanto & Fitriana, 2019).

#### **2.1.4. Adaptasi Anatomi dan Fisiologi Selama Kehamilan**

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

1) Uterus

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

**Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri**

Usia	TFU
12 minggu	3 jari diatas simpisis
16 minggu	½ simpisis-pusat
20 minggu	3 jari bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 diatas pusat
34 minggu	½ pusat-prosessus xifoideus
36 minggu	Setinggi pusat
40 minggu	2 jari dibawari prosessus xifoideus

Sumber : (Wulandari & dkk,2021)

## 2) Serviks Uteri

Serviks menjadi lunak (soft) serta terdapat penambahan dan pelebaran pembuluh darah yang menyebabkan warnanya menjadi kebiru-biruan 10 (livide). Hal tersebut juga meningkatkan kerapuhan sehingga mudah berdarah ketika melakukan senggama.

## 3) Ovarium

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

## 4) Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan.

## 5) Sistem Payudara

Selama kehamilan payudara mengalami pertumbuhan tambah membesar, tegang dan berat, dapat teraba nodul-nodul, dan bayangan vena-vena lebih mebiru

Hiperpigmentasi pada puting susu dan areola payudara.

#### 6) Sistem Perkemihan

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

## 2.2 IUFD

### 2.2.1 Definisi IUFD

Menurut WHO dan the American College of obstetric and Gynevcologist yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada umur kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi (Mohamad Selvi, 2022).

IUFD sering didefinisikan sebagai kematian janin di dalam rahim sebelum kelahirannya atau selama proses kelahiran. Lahir mati didefinisikan sebagai kematian janin dengan berat 500gram atau lebih; atau jika berat lahir tidak diketahui, dengan usia kehamilan 22 minggu atau lebih (Khadka., 2022). Menurut WHO, IUFD merupakan bayi yang dilahirkan tanpa adanya tanda-tanda kehidupan atau setelah usia kehamilan 28 minggu. Definisi tersebut sesuai dengan Internasional Classification of iseases (ICD) dengan penetapan berat lahir janin 1000 gram, usia kehamilan  $\geq 28$  minggu dan panjang janin  $\geq 35$ cm (Sharma..2021).

Terdapat dua kategori IUFD yaitu IUFD Dini dan IUFD Lanjut, IUFD dini adalah saat kematian janin terjadi sebelum usia kehamilan 24 minggu, sedangkan

IUFD lanjut adalah saat kematian janin terjadi saat usia kehamilan lebih dari 24 minggu. (Mohamad., 2022).

### **2.2.2 Etiologi IUFD**

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

#### 1) Faktor maternal

Antara lain adalah post term (> 42 minggu), diabetes melitus tidak terkontrol, infeksi, hipertensi, preeklamsia, eklamsia, hemoglobinopati, umur ibu tua, ruptur uteri dan kelainan plasenta (Prawirohardjo.,2014)

##### a. Postterm (>42 minggu)

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

##### b. Diabetes Mellitus tidak terkontrol

Diabetes mellitus gestasional merupakan intoleransi glukosa yang dimulai atau baru ditemukan pada waktu hamil. Tidak dapat dikesampingkan kemungkinan adanya intoleransi glukosa yang tidak

diketahui yang muncul seiring kehamilan. Setelah ibu melahirkan, keadaan Diabetes Mellitus Gestasional sering akan kembali ke regulasi glukosa normal. Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia, seksio sesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe 2 di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan risiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hiperbilirubinemia, hipoglikemi, hipokalsemia, polisitemia, hiperbilirubinemia neonatal, sindroma distress respirasi, serta meningkatnya mortalitas atau kematian janin. (Luqyana., 2017)

c. Infeksi

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

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

d. Hipertensi, preeklampsia dan eklampsia

Hipertensi, preeklampsia dan eklampsia Hipertensi, preeklampsia, dan eklampsia memberi pengaruh buruk pada kesehatan janin yang disebabkan oleh menurunnya perfusi uteroplasenta, hipovolemia, vasospasme, dan kerusakan sel endotel pembuluh darah plasenta. Dampaknya pada janin diantaranya Intrauteine Growth Restriction (IUGR) dan oligohidramnion serta kenaikan morbiditas dan mortalitas janin secara tidak langsung akibat IUGR, prematuritas, oligohidramnion, dan solusio plasenta. Hipertensi merupakan suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Hipertensi gestasional merupakan penyebab terjadinya kematian ibu dan janin. Hipertensi dapat menyebabkan kekurangan O<sub>2</sub> pada janin yang disebabkan oleh berkurangnya suplai darah ibu ke plasenta yang disebabkan oleh spasme dan kadang-kadang thrombosis dari pembuluh darah ibu (Luqyana., 2017) Hipertensi juga mengakibatkan pembuluh darah mengalami vasokonstriksi (penyusutan/penyempitan). Akibatnya suplai darah ke jaringan tubuh akan berkurang. Organ akan kehilangan asupan nutrisi dan oksigen, sehingga lambat laun mengakibatkan organ tidak berfungsi dan bahkan kematian organ, nutrisi dan oksigen bagi pertumbuhan janin disuplai dari ibu. Bila suplai terganggu, janin bisa meninggal dan kurang gizi. Paritas primigravida dapat mempengaruhi peningkatan tekanan darah, karena pada ibu

primigravida cenderung mengalami tingkat kecemasan yang lebih berat dari pada multigravida sehingga mudah terjadi hipertensi dan preeklamsi. Hipertensi pada kehamilan sangat menentukan tingkat kematian perinatal karena dapat terjadi gangguan tumbuh kembang janin intra uterine (IUGR) Ibu dengan riwayat hipertensi memiliki peluang terjadinya IUFD 3,396 kali dibandingkan dengan tidak memiliki riwayat hipertensi (OR 3,396) (Saridevi, 2016)

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

Penyebab yang paling penting untuk IUFD yaitu keterbatasan pertumbuhan janin, hal ini menekankan pentingnya peran plasenta dalam mengoptimalkan pertumbuhan janin. Sebuah penelitian di India yang dilakukan oleh Jayashree dkk (2017) mengungkapkan bahwa preeklampsia merupakan penyebab paling umum pada kematian janin intrauterin. Sehingga, pada wanita hamil yang terdeteksi mengalami preeklampsia harus diterapi dengan tepat. Terapi meliputi pemantauan tekanan darah secara teratur, disertai dengan pemantauan parameter lain seperti pertumbuhan janin, fungsi hati dan fungsi ginjal, serta fungsi koagulasi. Dengan adanya pemantauan ini, diharapkan preeklampsia dapat dideteksi pada tahap awal dan jika diperlukan, dapat merujuk ke pusat kesehatan yang lebih memadai sehingga komplikasi dari preeklampsia dapat dihindari.

e. Kecemasan, stress

Kecemasan akibat stres yang berkepanjangan akan dirasakan ibu terutama saat menjalani kehamilan kembali setelah pernah mengalami IUFD, kecemasan tersebut merupakan salah satu bentuk trauma psikologis atas kegagalan pada kehamilan sebelumnya, ibu menjalani kehamilan dengan penuh kekhawatiran serta ketakutan akan kondisi kandungannya (Gilbert & Harmon, 2013). Kecemasan menimbulkan ketegangan, menghalangi relaksasi tubuh, menyebabkan kelelahan bahkan mempengaruhi kondisi janin dalam kandungan. Kecemasan menyebabkan sekresi katekolamin dari kelenjar adrenalin yang mengakibatkan

penyempitan pembuluh darah dan mengurangi aliran darah yang membawa oksigen ke uterus (Farrer, 2014).

Stres berkepanjangan yang dialami ibu hamil selain menimbulkan kecemasan, melalui sistem saraf pusat mengubah keseimbangan hormonal hingga merusak respon daya tahan tubuh, mengurangi kemampuan melawan bakteri dan virus yang menyerang tubuh. Hal tersebut dapat berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan janin sehingga akan meningkatkan risiko kematian janin (Thompson., 2017).

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

#### f. Trauma

Saat hamil misalkan akibat benturan pada perut yang dapat menyebabkan terlepasnya plasenta.

### 2) Faktor fetal

#### a. Hamil kembar

Kehamilan kembar yang terdeteksi pada kehamilan trimester I harus selalu dievaluasi, untuk mengetahui kemungkinan terjadinya reduksi spontan atau gangguan lainnya selama masa kehamilan. Sekitar 21%

kehamilan kembar akan mengalami reduksi spontan (*vanishing twin*) pada kehamilan trimester II. Kematian perinatal terutama terjadi pada kembar monokorionik (Karsono, 2018).

b. Pertumbuhan janin terhambat atau *Intrauteine Growth Restriction* (IUGR)

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

c. Kelainan Kongenital

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

d. Infeksi janin

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

sewaktu masa neonatal. Infeksi in utero disebabkan oleh virus (sitomegalovirus, rubella, varises, HIV, parovirus) protozoa (toksoplasma gondi) dan bakteri (sifilis kongenital Menetapkan kematian janin dalam Rahim menurut (Nugroho.,2012:42)

### **2.2.3 Batas kematian janin IUFD**

Menurut United States National Center for Health Statistic Kematian janin dapat dibagi menjadi 3 golongan, yaitu: (Winknjosastro., 2018; Cuningham.,2017)

- 1) Golongan 1: Kematian sebelum masa kehamilan mencapai 20 minggu penuh (early fetal death)
- 2) Golongan II: Kematian sesudah ibu hamil 20-28 minggu (intermediate fetal death)
- 3) Golongan III: Kematian sesudah masa kehamilan >28 minggu (late fetal death)

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

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

Rigior mortis (tegang mati): berlangsung 2,5 jam setelah mati, kemudian lemas kembali.

- a. Stadium maserasi I: timbulnya lepuh-lepuh pada kulit. Lepuh mula-mula terisi cairan jernih, tetapi kemudian menjadi merah. Berlangsung sampal 48 jam setelah anak mati.

- b. Stadium maserasi II: timbul lepuh-lepuh pecah dan mewarnai air ketuban menjadi merah coklat. Terjadi 48 jam setelah anak mati.
- c. Stadium maserasi III: terjadi kira-kira 3 minggu setelah anak mati. Badan janin sangat lemas dan hubungan antara tulang-tulang sangat longgar. Edema di bawah kulit (Sastrawinata, 2017).

#### **2.2.4 Manifestasi Klinis IUFD**

Criteria diagnostic kematian janin dalam rahim meliputi:

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

#### **2.2.5 Predisposisi IUFD**

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

##### **1) Faktor Maternal**

Menurut teori, faktor maternal menyebabkan 5-10% dari penyebab kematian IUFD. Hasil penelitian menunjukkan faktor penyebab maternal sebagian besar disebabkan oleh infeksi. Ibu hamil sangat peka terhadap terjadinya infeksi dari berbagai mikro organisme. Secara fisiologik sistem

imun dari ibu hami akan menurun kemungkinan sebagai akibat dari toleransi sistem imun ibu terhadap bayi yang merupakan jaringan semi-alogenik, meskipun tidak memberikan pengaruh secara klinik. Faktor maternal penyebab terjadinya IUFD antara lain:

- a. Umur
  - b. Paritas
  - c. Usia kehamilan
    - a) Usia persalinan prematur
    - b) Usia persalinan matur (cukup bulan)
    - c) Usia kehamilan post matur
  - d. Penyakit penyerta
    - a) Anemia
    - b) Pre-eklampsi dan Eklampsi.
    - c) Solutio placenta
    - d) Diabetes mellitus
    - e) Rhesus Iso-Imunisasi
    - f) Infeksi dalam kehamilan
    - g) Kehamilan ganda
    - h) Penyakit ginjal dan infeksi saluran kemih pada kehamilan.
    - i) Malaria
- 2) Faktor Janin
- a. Kelainan kongenital.

Kelainan kongenital ialah kelainan dalam pertumbuhan struktur bayi yang

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

b. infeksi intranatal

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

c. Pertumbuhan janin terhambat

Pertumbuhan janin terhambat ditentukan bila berat janin kurang dari 10% dari berat yang harus dicapai pada usia kehamilan tertentu. Biasanya perkembangan yang terhambat diketahui setelah dua minggu

tidak ada pertumbuhan. Penyebab pertumbuhan janin terhambat diantaranya adalah hipertensi dalam kehamilan, gemelli, anomali janin, infeksi seperti rubela dan sifilis, penyakit jantung, asma, gaya hidup seperti merokok dan narkoba, kekurangan gizi ekonomi rendah.

d. Kelainan genetic

Penyakit genetik adalah penyakit yang disebabkan oleh defek pada gen.

3) Faktor Plasenta

Faktor plasenta antara lain kelainan insersi tali pusat, simpul tali pusat, lilitan tali pusat, dan solutio placentae. Tali pusat sangat penting yang artinya sehingga janin bebas bergerak dalam cairan amnion, sehingga pertumbuhan dan perkembangannya berjalan dengan baik. Pada umumnya tali pusat mempunyai panjang sekitar 55 cm. Tali pusat yang terlalu panjang dapat menimbulkan lilitan pada leher, sehingga mengganggu aliran darah ke jantung dan menimbulkan asfiksia sampai kematian janin dalam kandungan.

### 2.2.6 Diagnosa

- 1) Ultrasonografi
- 2) Rontgen foto abdomen
- 3) Pemeriksaan darah lengkap, jika dimungkinkan kadar fibrinogen.

### 2.2.7 Komplikasi

Ibu yang tetap mempertahankan janin yang IUFD selama lebih dari 3 minggu berisiko akan mengalami Disseminated Intravascular Coagulopathy

(DIC) diakibatkan terlalu banyak mengkonsumsi faktor pembekuan darah dan bisa berakhir dengan kematian maternal. Perdarahan postpartum juga bisa terjadi 2-3 minggu setelah kematian janin.

### **2.2.8 Penatalaksanaan IUFD**

Janin yang mati dalam rahim sebaiknya segera dikeluarkan secara:

- 1) Lahir spontan: 75% akan lahir spontan dalam 2 minggu.
- 2) Persalinan anjuran:
  - a. Dilatasi serviks dengan batang laminaria  
Setelah dipasang 12-24 jam kemudian dilepas dan dilanjutkan dengan infus oksitosin sampai terjadi pengeluaran janin dan plasenta.
  - b. Dilatasi Serviks dengan katetr folley.
  - c. Untuk umur kehamilan > 24 minggu.
  - d. Kateter folley no 18, dimasukkan dalam kanalis servikalis di luar kantong amnion.
  - e. Diisi 50 ml aquades steril.
  - f. Ujung kateter diikat dengan tali, kemudian lewat katrol, ujung tali diberi beban sebesar 500gram.
  - g. Dilanjutkan infus oksitosin 10 u dalam dekstrose 5% 500 ml, mulai 8 tetes/menit dinaikkan 4 tetes tiap 30 menit sampai his adekuat

Induksi prostaglandin
- 3) Infus oksitosin
  - a. Keberhasilan sangat tergantung dengan kematangan serviks, dinilai dengan Bishop Score, bila nilai = 5 akan lebih berhasil.

- b. Dipakai oksitosin 5-10 u dalam dekstrose 5% 500 ml mulai 8 tetes/menit dinaikkan 4 tetes tiap 15 sampai his adekuat.
- 4) Induksi prostaglandin
    - a. Dosis Pg-E 2 diberikan dalam bentuk suppositoria 20 mg. diulang 4-5 jam. Pg- 2 diberikan dalam bentuk suntikan im 400 mg. Pg-E 2.5 mg/ml dalam larutan NaCL. 0.9%, dimulai 0,625 mg/ml dalam infus.
    - b. Kontra Indikasi, asma, alergi dan penyakit kardiovaskuler

### **2.2.9 Dampak Fisiologis dan Psikologis Ibu dengan IUFD**

Kematian janin tersebut berdampak pada kesehatan mental orang tua dan dapat memicu gejala depresi, kecemasan, gangguan stres pasca- trauma, ide bunuh diri, panik, dan fobia. Wanita yang memiliki Riwayat bayi lahir mati akan mengungkapkan rasa bersalah dan mempertanyakan kompetensi mereka untuk melahirkan bayi yang sehat. Selain itu, proses berduka tidak hanya berlangsung selama berbulan-bulan dan bertahun-tahun, tetapi juga berdampak pada kehamilan berikutnya (Salgado., 2021). Selain dampak psikologis yang telah dijabarkan di atas, penting juga bagi kita untuk mengetahui dampak negatif terhadap kesehatan fisik pada ibu post partum. Menurut (Grummer-Strawn & Clark, 2020), orang tua yang berduka karena melahirkan bayi yang lahir mati atau mengalami kematian 13 bayinya cenderung mengalami pembengkakan payudara, nyeri, dan kebocoran ASI

Penyebab bendungan ASI (pembengkakan payudara) diantaranya adalah peningkatan produksi ASI, pelekatan yang kurang baik, keterlambatan menyusui dini, pengeluaran ASI yang jarang, adanya pembatasan waktu menyusui. Faktor

lainnya yakni ibu memilih untuk tidak menyusui bayinya atau keguguran, bayi lahir mati, ibu dengan virus HIV, HBsAG, TBC, Kanker, ibu yang sedang menjalani pengobatan, ibu dengan pembedahan payudara dan ibu dengan cedera payudara. Untuk mencegah hasil yang merugikan, orang tua yang berkecukupan membutuhkan panduan antisipatif atau dukungan laktasi dari profesional kesehatan yang berkualitas.

### **2.2.10 Pencegahan IUFD**

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

- 1) Berhenti merokok.
- 2) Berhenti mengonsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan berbahaya.
- 3) Menghindari tidur dengan posisi terlentang saat usia kehamilan memasuki 28 minggu atau lebih.
- 4) Melakukan pemeriksaan kehamilan ke dokter kandungan atau bidan secara rutin untuk memantau kesehatan ia dan janin

Bagi ibu hamil yang berisiko mengalami IUFD, disarankan untuk berkonsultasi ke dokter kandungan. Begitupun jika mendapati tanda-tanda yang tidak biasa, misalnya intensitas gerakan janin menurun segera temui dokter agar mendapat pemeriksaan dan penanganan yang tepat (Meva., 2020).

### **2.2.11 Telaah Jurnal**

Penelitian Yang Mendukung Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan IUFD. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian intra uterine fetal death

(iufd) Yang diunggah Oleh Elvalini Warnelis Sinaga Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda 6 (2), 88-91, 2020

Latar Belakang : Intra Uterine Fetal Death atau IUFD merupakan kondisi janin yang meninggal di dalam kandungan setelah kehamilan berusia 20 minggu. Beberapa kasus IUFD tidak bisa dicegah, untuk mengurangi resiko tenaga kesehatan bisa mewaspadaai penyebabnya dan melakukan langkah pencegahan yang tepat.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Intra Uterin Fetal Death di RSUD Imelda Medan

Metode Penelitian : Metode yang digunakan dalam penelitian ini dengan menggunakan metode penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional. Jumlah sampel 90 orang terdiri dari 45 orang dengan kasus Intra Uterin Fetal Death dan 45 orang yang tidak mengalami Intra Uterin Fetal Death sebagai kontrol. Instrumen penelitian yang digunakan adalah check list. Analisis data menggunakan uji Chi-square.

Hasil Penelitian : Hasil analisis uji Chi-square terhadap hubungan umur ibu dengan kejadian IUFD didapatkan nilai p value 0,594 ( $p > 0,05$ ) artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan kejadian IUFD, umur kehamilan dengan kejadian IUFD didapatkan nilai p value = 1,000 ( $p > 0,05$ ) artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur kehamilan dengan kejadian IUFD. Sedangkan hasil analisis uji Chi-square terhadap hubungan kadar Hb dengan kejadian IUFD didapatkan nilai p value 0,010 ( $p < 0,05$ ) artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kadar Hb dengan kejadian IUFD.

Kesimpulan : Dari hasil penelitian terdapat tidak ada hubungan antara umur ibu dan umur kehamilan dengan kejadian Intra Uterine Fetal Death, dan terdapat hubungan antara kadar Hb dengan kejadian Intra Uterine Fetal Death

## **2.3 Persalinan**

### **2.3.1 Definisi Persalinan**

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2015).

### **2.3.2 Tanda-Tanda Persalinan**

Tanda dan gejala persalinan menurut Sofian (2012) antara lain:

- 1) Rasa sakit karena his datang lebih kuat, sering dan teratur
  - 2) Keluarnya lendir bercampur darah (blood show) karena robekan-robekan kecil pada serviks
  - 3) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya
  - 4) Pada pemeriksaan dalam didapati serviks mendatar dan pembukaan telah
- ada Beberapa faktor yang berperan didalam sebuah proses persalinan meliputi:

- a. Power (Kekuatan)

Kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi kontraksi dan tenaga meneran.

b. Passenger (Penumpang)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya.

c. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina. (Sondakh., 2018)

### 2.3.3 Tahapan persalinan

1) Kala I (Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir darah karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement) kala dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung  $\pm 12$  jam, sedangkan pada multigravida sekitar  $\pm 8$  jam. Berdasarkan kurva friedman pembukaan primi 1cm/jam, sedangkan pada multi 2cm/jam. Kala pembukan dbagi menjadi dua fase, yaitu fase laten berupa pembukaan serviks sampai ukuran 3 cm dan berlangsung dalam 7-8 jam serta fase aktif yang berlangsung  $\pm 6$  jam, di bagi atas 3 subfase, yaitu periode akselerasi berlangsung 2 jam dan pembukaan

menjadi 4 cm, periode dilatasi maksimal selama 2 jam dan pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm, terakhir ialah periode deselerasi berlangsung lambat selama 2 jam dan pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Prawirohardjo, 2018).

## 2) Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi, gejala dan tanda kala II persalinan yaitu ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum atau pada vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur (Prawiroharjo, 2019).

## 3) Kala III (kala uri)

Kala III yaitu waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Prawiroharjo, 2015).

- a. Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat
- b. Manajemen aktif kala III, yaitu pemberian suntikan oksitosin, melakukan peregangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri.

## 4) Kala IV

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan

meliputi tekanan darah, nadi, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, perdarahan pervaginam. (Saifuddin, 2010). Asuhan dan pemantauan kala IV yaitu lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat, evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan, perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan, periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy), evaluasi keadaan umum ibu, dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan (Saifuddin, 2020).

#### 2.4 SOP RSUD dr Slamet Garut

Tabel 2.2 SOP RSUD dr. Slamet Garut

<b>PENGERTIAN (DEFINISI)</b>	Kematian janin intra uterin (intra uterin fetal demise, IUFD) (Lahir mati) adalah jani dengan tidak ada tanda-tanda kehidupan intra uterine\
<b>ANAMNESIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menghilangnya gerakan janin</li> <li>b. Berat badan ibu menurun</li> <li>c. Anamnesa lebih mendalam tentang riwayat kematian janin sebelumnya, riwayat penyakit diabetes dan hipertensi, riwayat penyakit trombosis pada keluarga, riwayat trauma, riwayat makan obat-obatan</li> </ul>
<b>PEMERIKSAAN FISIK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi fundus uteri menurun (karena tidak adanya pertumbuhan janin), presentasi janin</li> <li>• Bunyi jantung janin tak terdengar dengan stetoskop yang dipastikan dengan doppler</li> </ul>
<b>KRITERIA DIAGNOSIS</b>	-

<b>DIAGNOSIS</b>	USG real time dapat secara langsung memberikan visualisasi dari jantung janin, dapat ditambahkan dengan pemeriksaan colour doppler pada jantung janin dan tali pusat. Selain melihat aktivitas jantung janin dapat terlihat juga tulang tengkorak janin yang saling bertumpuk, gas intrafeti (di dalam jantung, pembuluh darah dan sendi)
<b>DIAGNOSIS BANDING</b>	
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bakteriologi maternal: kultur darah, urine midstream, swab vagina dan swab serviks</li> <li>➤ Viral maternal: skrining virus, sypilis</li> <li>➤ Skrining maternal trombofilia (jika di temukan adanya IUGR atau penyakit placenta)</li> <li>➤ Periksa labor darah rutin, gula darah, faal hemostasis, fibrinogen (bila kematian janin lebih dari 2 minggu)</li> <li>➤ USG: merupakan sarana penunjang diagnostic yang baik untuk memastikan kematian janin dimana gambarannya menunjukan janin tanpa adanya kehidupan</li> <li>➤ Catatan: pemeriksaan radiologi dapat menimbulkan masalah dan tidak perlu Bila dilakukan 5 hari setelah kematian janin, akan tampak gambaran sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulang kepala janin tumpang tindih satu sama lain</li> <li>• Tulang belakang mengalami hiperrefleksi</li> <li>• Tampak gambaran gas pada jantung dan pembuluh darah</li> <li>• Edema di sekitar kepala</li> </ul> </li> </ul>

<b>TERAPI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Periksa tanda vital</li><li>• Ambil darah untuk pemeriksaan darah perifer, fungsi pembekuan. Golongan darah ABO dan rhesus</li><li>• Dukungan mental dan emosional perlu diberikan kepada pasien. Sebaiknya pasien didampingi oleh orang terdekatnya, yakinkah bahwa besar kemungkinan dapat lahir pervaginam</li><li>• Rencana persalinan pervaginam dengan cara induksi maupun ekspektatif, perlu dibicarakan dengan pasien dan keluarganya, sebelum keputusan di ambil</li><li>• Bila pilihan adalah ekspektatif: tunggu tunggu persalinan spontan hingga 2 minggu, yakinkan bahwa 90% persalinan spontan akan terjadi tanpa komplikasi</li><li>• Bila pilihan adalah manajemen aktif induksi persalinan menggunakan oksitosin dan misoprostol. Penggunaan misoprostol pervaginam sama efektifnya dengan peroral, tapi dengan efek samping yang lebih sedikit. Penggunaan misoprostol intravaginal lebih efektif dari pada pemberian oksitosin intravena</li><li>• Penggunaan mifepriston per oral (200 mg 3X / hari, selama 2 hari) meningkatkan terjadinya persalinan secara signifikan dalam waktu 72 jam pada pasien dengan riwayat SCTPP</li><li>• Metode mekanik untuk menginduksi persalinan IUDF dengan riwayat SCTPP hanya diperbolehkan dalam konteks percobaan klinik dan dapat meningkatkan resiko terjadinya ascending infection</li><li>• Sectio cesaria merupakan pilihan misalnya pada letak lintang</li></ul>
---------------	---

<b>TERAPI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan kesempatan pada ibu dan keluarganya untuk melihat dan melakukan berbagai ritual bagi janin yang meninggal tersebut</li> <li>• Ketika consent untuk autopsy lengkap ditolak, dilakukan tes yang tidak invasif untuk penatalaksanaan lebih lanjut teknik ini termasuk inspeksi, pengukuran, foto radiografi, USG, MRI, sampel kulit dan darah dan dokumentasi dari semua abnormalitas</li> <li>• Dilakukan pencatatan mengenai BB janin, lingkaran kepala, PB, berat placenta. termasuk bagian frontal dan gambaran seluruh tubuh janin, muka, ekstremitas, dan abnormalitas lainnya</li> <li>• Pemeriksaan pathologi placenta akan mengungkapkan adanya pathologi placenta dan infeksi</li> </ul>
<b>EDUKASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan seluruh prosedur pemeriksaan dan hasilnya serta rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarganya. Bila belum ada sebab pasti kematian, hindari memberikan informasi yang tidak tepat</li> </ul>
<b>PROGNOSIS</b>	-
<b>TINGKAT EVIDENS</b>	1
<b>TINGKAT REKOMENDASI</b>	A
<b>PENELAAH KRITIS</b>	-
<b>INDIKATOR MEDIS</b>	-

<b>KEPUSTAKAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. RCOG guideline intra uterine fetal death and stillbirth.2010</li><li>2. ACOG guideline for intra fetal death. 2009</li><li>3. Sarwono p. Buku acuan nasional. Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, 2009</li><li>4. WIIO second and trimester intra uterine fetal death misoprostol guidelines. 2007</li><li>5. Pedoman diagnosis dan terapi obstetri dan ginekologi RS hasan sadikin bandung. 2005</li></ol>
--------------------	---

Sumber : RSUD dr Slamet Garut

## BAB III

### TINJAUAN KASUS

#### **3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Ny.D 25 Tahun G4P3A0 Gravida 22-23 minggu Dengan IUFD**

Hari/ tanggal pengkaji : Jum'at/14 Februari 2025

Jam : 22.00 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Siti Rahmi Rismawati

#### **A. Data Subjektif**

##### 1. Identitas Pasien

Nama : Ny. D	Nama : Tn. Z
Umur : 25 Tahun	Umur : 32 Tahun
Suku : Sunda	Suku : Sunda
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SD	Pendidikan : Smp
Pekerjaan : Ibu rumah tangga	Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : simpangsari	Alamat : simpangsari

##### 2. Alasan Datang

ibu merasa hamil 4 bulan rujukan dari poliklinik kandungan, dengan hasil usg tidak terdengar detak jantung, bayi sudah tidak dapat dirasakan bergerak sejak 1 hari yang lalu. Ibu mengatakan satu hari sebelumnya

bepergian menggunakan motor jarak jauh kemudian sore harinya mengeluarkan darah kehitaman dari jalan lahir.

### 3. Keluhan Utama

Ibu terlihat cemas dan mengatakan lemes dan mulas-mulas, serta pergerakan bayi tidak dirasakan, pasien mengatakan keluar darah flek berwarna kehitaman, pergerakan bayi sudah tidak bisa dirasakan, setelah Di RS di ruang ponok telah dilakukan pemeriksaan DJJ sudah tidak terdengar detak jantung janin DJJ dan pemeriksaan USG dan dinyatakan oleh Dokter bahwa janin sudah meninggal.

### 4. Riwayat Obstetri

#### a. Riwayat Menstruasi

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

#### b. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

Tanggal lahir	tempat	penolong	Usia kehamilan	Cara persalinaan	BB lahir	penyulit	Jenis kelamin	Usia	Keadaan
15 mei 2015	rumah	paraji	9 bulan	spontan	3200	Tidak ada	Laki-laki	10 tahun	Hidup
18 juli 2018	rsud	bidan	9 bulan	spontan	4000	Bayi besar	Perempuan perempuan	7 tahun	Hidup
11 september 2021	bidan	bidan	9 bulan	spontan	3700	Tidak ada		3 tahun	hidup

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan ke 4, diketahui kehamilannya melalui tes urine (+), hari pertama haid terakhir tanggal 13 september 2024. Pemeriksaan kehamilan baru 2x di bidan dan 1x di dokter. Ibu mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT2. Ibu mengatakan gerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan +4 bulan dan gerakan yang dirasakan aktif sehari 10 x gerakan. Selama hamil ini ibu hanya mengkonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh bidan, yaitu multivitamin dan tablet FE.

Keluhan selama hamil :

Trimester 1 : Mual tidak disertai muntah

Trimester II : Tidak ada keluhan

5. Riwayat Ginekologi

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

6. Riwayat Kesehatan

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

7. Riwayat Penggunaan Alat kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan suntik kb 3 bulan selama 1 tahun. Alasan berhenti ber kb karna berat badan naik

#### 8. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suami, ibu menikah usia 13 tahun, dan suami usia 21 tahun, lama pernikahan 12 tahun.

#### 9. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan tinggal bersama suami, pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami, ibu mengatakan senang atas kehamilan ini setelah kehamilan yang sebelumnya, kehamilan sangat dinantikan oleh ibu dan keluarga. Alhamdulillah suami selalu mendampingi dan selalu mensupport. Adapun keluarga dan tetangga terjalin baik.

#### 10. Pola Kebutuhan Sehari-hari

##### 1) Nutrisi

Seb Hamil : Ibu makan sehari 1-2x sehari berbagai macam makanan

Set Hamil : Ibu biasa makan 1-2x sehari dengan menu kadang- kadang bervariasi (sayuran, lauk pauk dan buah- buahan) atau seadanya, porsi sedikit, makanan tidak ada pantangan. Minum 7-8 gelas air putih

##### 2) Eliminasi

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

##### 3) Istirahat

Ibu mengatakan tidur malam +7 jam kadang dari jam 21.00 WIB bangun jam 04.00 WIB tanpa ada keluhan, tidur siang + 2 jam tanpa ada keluhan.

#### 4) Pola Seksual

Ibu mengatakan terakhir hubungan seksual dengan suami 3 minggu terakhir, dan tidak ada keluhan apapun.

#### 11. Aktifitas Sehari-hari

Ibu mengatakan kegiatan sehari-hari pagi mengerjakan pekerjaan rumah dan siang beristirahat

#### 12. Personal Hygiene

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

### **B. Data Objektif**

#### 1. Pemeriksaan Umum

Kedaaan Umum : tampak cemas

Kesadaran : composmentis

Status emosional : Stabil

#### 2. Antropometri

BB sebelum hamil : 67 kg

BB sekarang : 70 kg

Kenaikan BB : 3 kg

TB : 150

IMT : 30,8

LILA : 27

#### 3. Tanda-tanda vital

TD : 133/77 mmhg

Nadi : 92x/m

Respirasi : 22x/m

4. Suhu : 36,3°C

5. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : Warna rambut Hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak nyeri tekan

b. Muka : Bersih, tidak oedema, tidak pucat.

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

d. Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik

e. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik.

f. Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat.

g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis, tidak nyeri tekan.

h. Dada/payudara: Payudara simetris, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, areola hitam, tidak nyeri tekan, kolostrum belum ada

i. Abdomen : inspeksi: tidak luka bekas operasi, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum

palpasi : leopold I : TFU 23 cm , ballotement positif(+)

DJJ : (-)

TBBJ : 700 tgram

- j. Ekstermitas atas : Tangan simetris, kuku bersih, tidak pucat, tidak oedema, jari lengkap
  - k. Ekstermitas bawah : Kaki simetris, tidak oedema, kuku bersih dan tidak pucat, jari lengkap, varices, refleks patella +
  - l. Genetalia : Dilakukan pemeriksaan dalam belum ada pembukaan
6. Pemeriksaan penunjang
- HB : 11,2 gr/dl
  - Protein urine : Negatif
  - Glukosa urine : Negatif
  - HIV/AIDS : Negatif
  - Syphilis : Negatif
  - HbsAg : Negatif

### **C. Analisa**

G4P3A0 Gravida 22-23 Minggu Dengan IUFD

### **D. Penatalaksanaan**

1. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan  
Evaluasi: Ibu mengetahui.
2. Mengobsevasi pemeriksaan TTV, pembukaan  
Evaluasi ibu mengetahui

3. Memberitahu ibu bahwa usia kehamilan ibu 22-23 minggu, dan menjelaskan tentang kondisi bayi dalam kandungan

Evaluasi: Ibu mengetahui usia kehamilan dan sudah mengetahui keadaan bayinya.

4. Pemberian dukungan emosional kepada ibu

Ev. Ibu merasa tenang

5. Konseling Informasi Edukasi tentang persiapan persalinan.

Evaluasi: Ibu mengerti.

6. Konseling tentang tanda bahaya persalinan

Evaluasi: Ibu mengerti.

7. Kolaborasi dengan Dokter SpOg dan memberikan therapy induksi

Avis :

- a. Pemasangan infus RL 500 cc

Evaluasi : untuk mempertahankan cairan dan elektrolit

- b. Drips Metronidazole/18 jam/

Evaluasi : untuk mengobati berbagai macam infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme protozoa dan bakteri anaerob

- c. Lakukan skin test dan Injeksi Ceftriaxone/12 jam/IV

Evaluasi : skin test untuk melihat adanya alergi obat dan untuk membantu mengobati infeksi serius yang disebabkan oleh bakteri

- d. Pasang Cytotec ½ tab/vagina pada hari ke 1

Evaluasi : misoprostol untuk tindakan menginduksi persalinan atau pematangan serviks

e. VT control tiap 7 jam, lapor ulang dokter

8. Melakukan pendokumentasian

#### Lembar Observasi

No	jam	Tekanan Darah	Nadi	Pernafasan	Suhu	Pembukaan
1.	22.00	133/77	92x/mnt	22x/mnt	36,3	-
2.	03.00	120/80	87x/mnt	21x/mnt	36,5	-
3.	06.30	110/70	87x/mnt	22x/mnt	36,2	5cm

### 3.2 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Ny. D 25 Tahun G4P3A0 Gravida 22-23

#### Minggu Dengan IUFD

Hari/Tanggal Pengkaji : Sabtu/ 15 februari 2025

Jam : 06.30 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Siti rahmi risyawati

#### A. Data Subjektif

Keluhan utama

Ibu mengatakan sudah merasakan mules semakin sering dan sudah ingin meneran sudah keluar lendir bercampur darah

#### B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : tampak cemas  
Kesadaran : Compos mentis  
Status emosional : Stabil

## 2. Antropometri

BB sebelum hamil : 67kg  
BB sekarang : 70kg  
Kenaikan BB : 3kg  
TB : 150 cm  
IMT : 30,8  
LILA : 27cm

## 3. Tanda-tanda Vital

TD : 110/70 mmhg  
Nadi : 87x/m  
Respirasi : 22x/m  
Suhu : 36,2°C

## 4. Pemeriksaan Fisik

### a. Abdomen

Palpasi : TFU 23 cm, ballotement positif (+)  
Auskultasi : DJJ(-)  
His : 3x10'20'

### b. Genitalian : v/v : T.a.k

Pembukaan : 5cm  
Ketuban : Utuh

### C. Analisa

G4P3A0 Inpartu Kala 1 Fase Aktif Dengan IUFD

### D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kepada ibu  
Evaluasi ibu mengetahui
2. Mengobsevasi pemeriksaan TTV, pembukaan dan his  
Evaluasi ibu mengetahui
3. Memberitahu ibu agar untuk miring kiri atau kanan  
Evaluasi ibu bersedia
4. Pemenuhan nutrisi pada ibu  
Evaluasi: ibu bersedia minum teh manis
5. Melakukan asuhan sayang ibu  
Evaluasi dilakukan
6. Kolaborasi dengan Dokter Spog dengan drip oxytocin labu ke 2  
Evaluasi: drip oxctosin 5 IU
7. Pendokumentasian  
Evaluasi: di lakukan

### Perkembangan Kala II (13.00 WIB)

S :Ibu ingin meneran

O :Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : tampak sakit

Kesadaran : Compos mentis

Emosional : Stabil

## Tanda-tanda vital

Tekanan darah :100/70 mmHg

Nadi : 92 x/menit

Pernapasan : 23 x/menit

Suhu : 36,7°C

Auskultasi : DJJ (-)

His 5x10'45"

Genetalia : Pemeriksaan dalam:

Vulva/vagina : T.a.k

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : jernih

A : G4P3A0 Kala 11

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

Evaluasi: ibu paham dan mengerti.

2. Memposisikan ibu senyaman mungkin

Evaluasi: Ibu sudah diposisi nyaman

3. Menyiapkan Diri dan Alat

Evaluasi alat sudah siap

4. Melakukan Pertolongan Persalinan Normal Pukul 13.05WIB Bayi

lahir spontan lahir dengan kondisi IUFD BB: 700 gr PB: 23 cm, JK:

Laki-laki

5. Melakukan pengecekan fundus untuk memastikan tidak ada janin ke-2  
Evaluasi tidak ada janin ke-2
6. Memberitahu ibu akan dilakukan suntik oksitosin  
Evaluasi ibu bersedia
7. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, menyuntikan oksitosin 10 IU  
di 1/3 paha atas distal lateral secara IM  
Evaluasi telah disuntikan  
Evaluasi: dilakukan
8. Melakukan pendokumentasian  
Evaluasi dilakukan

### **Perkembangan Kala III (13.15 WIB)**

S : Ibu mengatakan masih mules serta ibu terlihat sedih

O : Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : tampak lemas

Kesadaran : Compos mentis

Keadaan Emosional :Stabil

Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Nadi : 86x/menit

Respirasi : 23x/menit

Suhu : 36,8°C

Pemeriksaan Fisik

Abdomen : kontraksi uterus baik, TFU Pertengahan symphysis dan pusat

A :P4A0 Kala III

P :

1. Melanjutkan manajemen aktif kala III

Evaluasi dilakukan

2. Melakukan manual placenta

Evaluasi: Plasenta dan selaput lahir pukul 13.15 WIB kontraksi uterus baik

3. Mengecek kelengkapan plasenta

Evaluasi: plasenta tidak utuh

4. Melakukan masase 15 kali dalam 15 detik

Evaluasi: dilakukan

5. Memberikan pemenuhan nutrisi ibu

Evaluasi ibu bersedia minum

6. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi: terlampir di patograf

#### **Perkembangan Kala IV (13.20 WIB)**

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

0 :Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : tampak lemas

Kesadaran : Compos mentis

Keadaan Emosional : Stabil

Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 100/70 mmHg

Nadi : 86x/menit

Respirasi : 23x/menit

Suhu : 36,8°C

Pemeriksaan Fisik

Abdomen : kontraksi uterus baik, TFU Pertengahan  
symphysis dan pusat

Genetalia : Tidak terdapat luka laserasi

A : P4A0 Kala IV

P :

1. Melakukan pemantauan kala IV.

Evaluasi: Hasil terlampir di partograf.

2. Melakukan pengecekan pengeluaran darah  $\pm$  50 cc, tidak terjadi robekan pada vagina dan perineum.

Evaluasi pengeluaran normal.

3. Membersihkan ibu dan tempat bersalin

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

4. KIE untuk pemenuhan nutrisi setelah melahirkan.

Evaluasi: Ibu mengetahui.

5. KIE tentang tanda bahaya nifas pada ibu

Evaluasi: ibu mengerti dan mengetahui

6. Melakukan dekontaminasi alat.

Evaluasi dilakukan

7. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi: terlampir

### **3.3 asuhan Kebidanan Ibu Nifas Ny. D 25 Tahun 6 Jam Post Partum**

Hari/Tanggal Pengkaji : Sabtu/15 Februari 2025

Jam : 19.00 WIB

Tempat : Marjan Bawah

Pengkaji : Siti Rahmi Rismawati

#### **A. Data Subjektif**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, keluar darahan normal, tetapi ibu terlihat tampak sedih dan terlihat tegar dengan keadaanya.

#### **B. Data Objektif**

##### 1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Keadaan emosional : Stabil

##### 2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 86x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,7°C

### 3. Pemeriksaan fisik

- a. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.
- b. Payudara : Bentuk simetris, pembengkakan tidak ada, puting menonjol, colostrum (-), nyeri tekan tidak ada.
- c. Abdomen : Kontraksi uterus baik, TFU Pertengahan symphysis dan pusat, kandung kemih kosong.
- d. Genitalia : Tidak ada varises, tidak ada kelainan, Pengeluaran darah normal dan tidak ada luka laserasi.

### **C. Analisa**

P4A0 6 jam post partum.

### **D. Penatalaksanaan**

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan asuhan yang diberikan  
Evaluasi: Ibu mengerti.
2. Mengobservasi keadaan umum ibu, TTV, kontraksi uterus, perdarahan.  
Evaluasi: dilakukan.
3. Memberikan semangat kepada ibu dan keluarga  
Evaluasi ibu tampak tegar
4. KIE mengenai tanda-tanda bahaya nifas.  
Evaluasi: Ibu mengerti.
5. KIE mengenai vulva higene yang benar.  
Evaluasi: Ibu bisa melakukannya.
6. KIE ibu untuk kontrol kembali setelah satu minggu kemudian, atau apabila ada keluhan.

Evaluasi: Ibu bersedia.

### **3.4 Bayi NY. D Dengan IUFD**

Hari/Tanggal pengkajian : 15 Februari 2025

Pukul : 13.10 WIB

Tempat : Ruang Vk

Pengkaji : Siti rahmi rismawati

#### **A. Data Subjektif**

##### **1. Identitas**

Nama Bayi : By. Ny. D

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tanggal Lahir : 15 february 2025

Nama Ibu : NY. D

Umur : 25 Tahun

Nama Ayah : Tn. Z

Umur : 32 Tahun

Alamat : simpangsari

##### **2. Riwayat Ginetik**

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat ginetik

##### **3. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu**

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan dan persalinan yang

Keempat

#### 4. Riwayat Persalinan

Jenis persalinan : Normal

Penolong : Bidan dan Dokter

Ketuban : Jernih

Keadaan : Bayi IUFD

### **B. Data Objektif**

#### 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan : IUFD

#### 2. Antropometri

BB : 700 g

PB : 23 cm

### **C. Analisa**

Bayi Dengan IUFD

### **D. Penatalaksanaan**

#### 1. Memberitahu kondisi bayi pada ibu bahwasannya bayi sudah meninggal

Evaluasi ibu mengetahui

#### 2. Melakukan jepit-jepit tali pusat

Evaluasi dilakukan

#### 3. Melakukan pemeriksaan antropometri

Evaluasi dilakukan

#### 4. Mengikat bayi dengan menggunakan kasa

Evaluasi: bayi sudah diikat di kaki dan tangan

5. Membungkus bayi dengan kain  
Evaluasi dilakukan
6. Melakukan pendokumentasian

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Setelah penulis melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada klien Ny D usia 25 tahun G4P3A0 Gravida 22-23 Minggu dengan IUFD, Pembahasan ini berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan penulis. Dalam asuhan tersebut terdapat persamaan dan kesenjangan teori dan praktik dilapangan pembahasan ini juga di tunjukan agar dapat diambil pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan Asuhan Kebidanan.

#### **4.1 Data Subjektif**

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

Ibu mengatakan satu hari sebelumnya bepergian menggunakan motor jarak jauh kemudian sore harinya mengeluarkan darah kehitaman dari jalan lahir sesuai dengan penelitian yang dilakukan (Rita,2014) terdapat hubungan antara perdarahan antepartum dengan kejadian IUFD yaitu Ibu bersalin yang mengalami perdarahan antepartum 23 orang (6, 9%). Hasil uji statistik Chi Square didapatkan nilai  $\rho = 0,503$  pada preeklamsia dengan kematian janin dalam rahim dan nilai  $\rho = 0,027$  pada perdarahan antepartum dengan kejadian kematian

janin dalam Rahim. Menurut Prasetya et al. (2020), perdarahan pervaginam yang tidak ditangani dengan optimal dapat menurunkan perfusi uteroplasenta, sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke janin terganggu dan menyebabkan asfiksia intrauterin hingga kematian janin. Keadaan ini bisa terjadi tanpa adanya gambaran klinis solusio plasenta.

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan ke 4, diketahui kehamilannya melalui tes urine (+), hari pertama haid terakhir tanggal 13 September 2024. Pemeriksaan kehamilan baru 2x di bidan dan 1x di dokter. Ibu mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT2. Ibu mengatakan gerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan +4 bulan dan gerakan yang dirasakan aktif sehari 10 x gerakan. Selama hamil ini ibu hanya mengonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh bidan, yaitu multivitamin dan tablet FE. (Sarwono, 2018) Pemeriksaan kehamilan adalah upaya preventif untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.

Ibu mengatakan ini kehamilan yang ke 4 bu terlihat cemas dan mengatakan lemes. Ibu mengatakan mulas?-mulas, pasien mengatakan keluar darah seperti flek berwarna kehitaman, pergerakan bayi sudah tidak bisa dirasakan sehingga ibu cemas dan stress memikirkan kondisi kehamilannya. Menurut (Gilbert & Harmon, 2013). Kecemasan tersebut merupakan salah satu bentuk trauma psikologis atas kegagalan pada kehamilan sebelumnya, ibu menjalani kehamilan dengan penuh kekhawatiran serta ketakutan akan kondisi kandungannya kecemasan menimbulkan ketegangan, menghalangi relaksasi tubuh,

menyebabkan keletihan bahkan mempengaruhi kondisi janin dalam kandungan. Kecemasan menyebabkan sekresi katekolamin dari kelenjar adrenalin yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan mengurangi aliran darah yang membawa oksigen ke uterus.

#### **4.2 Data Objektif**

Kesadaran Composmentis, tekanan darah 133/77 mmHg nadi 92x/menit respirasi 22x/menit suhu 36,3 °C pemeriksaan palpasi perut ibu tegang tinggi pundus 23 cm ballotement positif (+), tekanan darah 133/77 mmHg (terjadi sedikit peningkatan dibanding tekanan darah normal 120/80 mmHg menurut Kemenkes RI, 2019). Setelah melakukan pengkajian di RS dilakukan pemeriksaan USG dan dinyatakan oleh Dokter bahwasanya janin sudah meninggal dan DJJ sulit terdeteksi. Menurut (Winknjosastro., 2018) pemeriksaan terhadap detak jantung dengan menggunakan Doppler, tidak terdapatnya detak jantung janin, Pengkaji juga melakukan pemeriksaan dalam dan diperoleh hasil vulva vagina tidak ada kelainan, pembukaan 10 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, pada hasil pemeriksaan USG oleh dokter tidak terdapat DJJ, tidak terdapat gerakan janin dan tidak ada denyut jantung janin. Menurut (Saifuddin., 2019) menetapkan kematian janin adalah tidak adanya gerakan janin dan tidak adanya denyut jantung janin (dengan menggunakan USG)

#### **4.3 Analisa**

Ditegaskan diagnosa Ny.D umur 25 tahun G4P3A0 Gravida 22-23 janin tunggal dengan IUFD. Berdasarkan pengkajian data subjektif yaitu gerakan janin

tidak dirasakan lagi menurut (Nancy Ollie., 2022) diagnosis kematian janin dalam rahim mula-mula dirasakan pasien berupa hilangnya gerakan janin. Dari data objektif DJJ tidak terdeteksi. His tidak ade kuat menurut (Purwangsih dan Fatmawati, 2016) pemeriksaan USG tidak terdapat gerakan janin dan tidak ada denyut jantung janin (Nugroho, 2017).

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

#### **4.4 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan yang dilakukan terhadap Ny.D berdasarkan dari data subjektif, data objektif, dan Analisa maka penatalaksanaan disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan memberikan dukungan penuh, pemberian drip oksitosin 0.5 ml dilarutkan dengan 500 ml RL. Sesuai teori menurut (Manuaba, 2010) Berikan oksitosin drip 0.5 ml mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 15 menit ditambah 4 menit sampai his adekuat (maksimum 40 tetes per menit). Memberikan dukungan kepada ibu hal ini sesuai proses berduka yang bersifat patologis dapat dicegah dengan perilaku adaptasi yang tepat terhadap peristiwa kehilangan tersebut sehingga dapat memiliki kekuatan untuk menjalaninya sealamiah mungkin dalam batas waktu yang normal dan tidak berkepanjangan (Stuart & Sundeen, 2017). Pemberian dukungan emosional. Kematian janin dalam kandungan dapat menyebabkan reaksi psikologis seperti syok, kesedihan, atau gangguan penyesuaian. Menurut Stuart & Sundeen (2017). Edukasi dan

informed consent. WHO (2020) dan ACOG (2009) menekankan pentingnya edukasi menyeluruh terhadap pasien dan keluarga mengenai kondisi, rencana tindakan, serta kemungkinan komplikasi. Ini meningkatkan kerja sama serta mengurangi risiko psikologis lebih lanjut. Pemasangan Infus RL 500 cc , Pemasangan akses intravena bertujuan untuk menjaga hidrasi dan keseimbangan elektrolit ibu, serta sebagai jalur pemberian medikasi induksi seperti oksitosin. Akses ini juga krusial untuk penanganan komplikasi yang mungkin terjadi, seperti perdarahan (Darmawan, 2022). Drip Metronidazole & Injeksi Ceftriaxone/12 jam/IV (setelah skin test) Pemberian antibiotik spektrum luas bertujuan untuk mencegah atau menangani infeksi. Infeksi merupakan salah satu etiologi IUFD dan dapat terjadi secara ascending dari vagina, terutama pada partus lama atau jika ada tindakan pervaginam. Metronidazole efektif untuk bakteri anaerob, sementara Ceftriaxone mencakup spektrum bakteri yang luas, menjadikannya kombinasi yang tepat untuk profilaksis pada kasus ini. (Nugroho, 2021). Pasang Cytotec (Misoprostol) ½ tab/vagina, Misoprostol digunakan untuk pematangan serviks dan induksi persalinan. Penggunaan misoprostol pervaginam terbukti efektif dibandingkan dengan oksitosin saja, terutama pada serviks yang belum matang. (Sari, 2019). VT kontrol tiap 7 jam, lapor ulang dokter Pemeriksaan dalam (VT) secara berkala penting untuk memantau efektivitas induksi dan perkembangan persalinan kala I. Pemeriksaan periodik membantu dalam evaluasi pembukaan serviks serta mendeteksi adanya kemajuan persalinan. (Putri, 2020)

#### **4.5 Pendokumentasian**

Asuhan Ny.D yang dilakukan dengan tahap pengkajian dan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesa kepada klien. Data primer diperoleh dengan beberapa Teknik yaitu dengan Teknik wawancara dan observasi. Dalam Teknik wawancara, Teknik ini dilakukan melalui komunikasi langsung dengan klien, keluarga dan bidan. Pemeriksaan dilakukan untuk mendapat data lengkap terkait masalah ibu yang akan dijadikan kasus sehingga data yang di peroleh lebih akurat. Dalam Teknik observasi, data dapat diperoleh dari hasil observasi langsung kepada pasien dan juga dari pemeriksaan fisik pasien secara lengkap data sekunder dalam hal ini diperoleh dari studi kepustakaan untuk mendapat materi teoritis tentang teori masalah yang dihadapi klien yaitu indikasi intra uterine fetal death, data pasien di peroleh dari rekam medis pasien yang kemudian di dokumentasikan dalam Teknik pengumpulan data dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Di dokumentasikan dalam bentuk SOAP. Hal ini sesuai dengan teori (Varney, 2019) manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah kebidanan yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan Tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil keputusan yang berfokus pada pasien.

## 4.6 MATRIK

Table 4.1 Matrik

NO	Kasus	pengertian	Penyebab	Tanda/gejala	Planning/intervensi		Evidence Based
					Teori	Praktek	
1.	Intra Uterine Fethal Death	IUFD sering didefinisikan sebagai kematian janin di dalam rahim sebelum kelahirannya atau selama proses kelahiran. Lahir mati didefinisikan sebagai kematian janin dengan	Faktor yang menyebabkan IUFD berupa factor maternal, fetal dan faktor plasenta. Faktor maternal disebabkan oleh usia ibu, paritas, usia kehamilan, penyakit ibu, kehamilan multiple, status gizi dan frekuensi ANC. Faktor fetal	Tidak terasa gerakan janin, DJJ tidak terdengar, hasil USG tidak menunjukkan denyut jantung janin	Edukasi kondisi janin, penjelasan proses induksi dan risiko	Pemberian oksitosin dan misoprostol (cytotec) untuk induksi, pendampingan emosional, informed consent	Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Intra Uterine Fetal Death (Iufd)  EW Sinaga  Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda, 2020

		<p>berat 500gram atau lebih; atau jika berat lahir tidak diketahui, dengan usia kehamilan 22 minggu atau lebih (Khadka., 2022).</p>	<p>meliputi kelainan kongenital, kelainan genetik, dan infeksi. Sementara Faktor plasenta meliputi kelainan tali pusat, pelepasan plasenta dan ketuban pecah dini (Luqyana, 2017).</p>				
--	--	---	--	--	--	--	--



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan pengkajian maka didapat kesimpulan sebagai berikut:

1. Data Subjektif didapat hasil anamnesa ibu mengatakan rujukan poli klinik kandungan, indikasi IUFD.
2. Data Objektif didapat dari dilakukannya pemeriksaan fisik dan dari pemeriksaan penunjang yaitu tidak terdengar DJJ his tidak adekuat dan pemeriksaan USG menunjukkan tidak ada gerakan janin dan tidak ada denyut jantung janin.
3. Penegakan Analisa/diagnose yang didapat dari data Subjektif dan data Objektif pada Ny.D adalah IUFD.
4. Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny.D yaitu dengan memberikan dukungan penuh, drip oksitosin dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan teori dengan praktik dilapangan.
5. Melakukan pendokumentasian Ny.D dengan IUFD yaitu dengan metode SOAP

#### **5.2 Saran**

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

1. Bagi penulis

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

2. Bagi profesi

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

3. Bagi instansi rumah sakit

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

4. Bagi institusi Pendidikan

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

5. Bagi pasien dan keluarga pasien

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Ardilah, N. W., Setyaningsih, W., & Narulita, S. (2019). Pengaruh Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Terhadap Kualitas Tidur. *Binawan Student Journal*, 1(3), 148-153.
- Damayanti, I. P. (2019). ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN KETIDAKNYAMANAN SERING BAK. > *Vol 1, No 4 (2019)* > *Damayanti*. 185-190
- (n.d.).
- Damayanti, I. P. (2019). ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN KETIDAKNYAMANAN SERING BAK. > *Vol 1, No 4 (2019)* > *Damayanti*.
- Damayanti, I. P. (2019). ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN KETIDAKNYAMANAN SERING BAK. *Vol 1, No 4 (2019)* > *Damayanti*, 185-190.
- Kurniawan, A. (2017). Karakteristik Ibu Hamil Dengan Pengetahuan dan Sikap Dalam mengenal Tanda Bahaya kehamilan. *Dewi Nurdianti*, 32-41.
- Kurniawati1, A. (2017). KARAKTERISTIK IBU HAMIL DENGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP. *FIKes-Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya* , 32-41.
- Wiknjosastro, H., & Prawirohardjo, P. D. D. S. (2017). Ilmu kandungan edisi ketiga. *Jakarta: PT Bina Pustaka Prawirohardjo*
- Thakur, S. K., & Dungal, G. (2022). Factors associated with intrauterine fetal death at Paropakar maternity women's hospital. *Kathmandu University Medical Journal*, 20(3), 260-263.
- Ripursari, T., & Keb, S. T. PERAN BIDAN TERHADAP PENANGANAN GAWAT DARURAT OBSTETRI.
- Fitriani, L. (2021). *Buku ajar kehamilan*. Deepublish.
- Wati, E., Sari, S. A., & Fitri, N. L. (2023). Penerapan pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil primigravida di wilayah kerja UPTD Puskesmas Purwosari Kec. Metro Utara. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(2), 226-234.
- Darmawan, J. (2022). Indikasi dan Dosis Ringer Laktat.
- Fitriani, L. (2021). *Buku Ajar s*.
- Nugroho, T. (2021). Kombinasi Metronidazole dan Ceftriaxone pada Infeksi Obstetri.

Putri, A., & Cahyaningsih, R. (2018). Penerapan Model Keyakinan Kesehatan dalam Asuhan Kebidanan.

Ripursari, T. (2018). Peran Bidan Terhadap Penanganan Gawat Darurat Obstetri.

GBD 2021 Global Stillbirths Collaborators. (2024). *Global, regional, and national stillbirths at 20 weeks' gestation or longer in 204 countries and territories, 1990–2021*. The Lancet.

UNICEF. (2025). *Stillbirths and stillbirth rates*. UNICEF Data.

Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat. (2023). *Provinsi Jawa Barat dalam Angka 2023*.

## LEMBAR BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Siti Rahmi Rismawati Nama pembimbing :

Nim : KHGB22084 NIDN :

Juduk KTI :

NO	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf pembimbing
1.	Selasa 20 mei 2025	Konsul judul	ACC		
2.	Rabu 21 mei 2025	BAB I – BAB II	Revisi		
3.	Sabtu 24 mei 2025	BAB II	Revisi		
4.	Jum'at 30 mei 2025	BAB II – BAB III	Revisi		
5.	Senin 2 juni 2025	BAB III - BAB IV – BAB V	Revisi		

6.	Senin 9 juni 2025	Konsul PPT	Revisi		
7	Selasa 10 juni 2025	BAB V dan PPT	Revisi BAB V dan PPT		
8.	Selasa 10 juni 2025	BAB V	ACC Sidang		
9.	Selasa 10 juni 2025	PPT	ACC		
10.	Senin 30 juni 2025	Bimbingan revisi sidang	ACC		
11.	Jum'at 8 agustus 2025	Bimbingan revisi sidang	ACC		

12					
13					
.14					
15					

2025

Garut,

Mahasiswa

Pembimbing

(.....)

(.....)

## RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Siti Rahmi Rismawati  
Tempat dan Tanggal Lahir : Garut, 05 Juli 2004  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Nama Ibu : EUIS  
Nama Ayah : Ujang Suparno  
Alamat : Kp .Cicayur RT 02/RW 05  
Ciburuy Kab. Garut  
Email : [Sitirahmirismawati05@Gmilcom](mailto:Sitirahmirismawati05@Gmilcom)  
Motto Hidup : Ikhlas dalam usaha,sabar dalam proses,tawakal pada hasil.

## RIWAYAT PENDIDIKAN

- 1) Lulusan SD 1 CIBURUY
- 2) Lulusan MTS Mitahul Anwar 2020
- 3) Lulusan MA Plus Al Islam Garut 2021
- 4) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut Jurusan Diploma III Kebidanan Tahun 2022.