

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I USIA 24 TAHUN
G2P1A0 GRAVIDA 30-31 MINGGU DENGAN
INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD)
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Ujian Guna Memperoleh
Gelar Ahli Madya Program Studi D3 Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

**ISMA NURSYABILA
KHGB23023**



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN**

2026

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah saya ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan, baik dari Institut Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis 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 dikemudian 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 Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2026

Yang membuat pernyataan



Isma Nursyabila
NIM. KHGB23023

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I USIA 24 TAHUN
G2P1A0 GRAVIDA 30-31 MINGGU DENGAN *INTRA*
UTERINE FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD dr. SLAMET
GARUT

NAMA : ISMA NURSYABILA

NIM : KHGB23023

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan
Di Hadapan Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing



Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb
NIP. 042039.1110.087

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I USIA 24 TAHUN
G2P1A0 GRAVIDA 30-31 MINGGU DENGAN *INTRA*
UTERINE FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD dr. SLAMET
GARUT
NAMA : ISMA NURSYABILA
NIM : KHGB23023

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Di Hadapan Tim Penguji
Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2026

Mengesahkan,

Pembimbing



Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb
NIP. 042039.1110.087

Penela'ah I



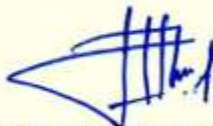
Fitri Hanriyani, SST., M.Pd., M.Keb
NIP. 042039.1009.063

Penela'ah II



Intan Rina Susilawati, SST., Bdn., M.Keb
NIP. 042039.0111.100

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Lina Humaeroh, SST., M.Kes
NIP. 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan kasus ini tepat pada waktu yang diharapkan. Proses penyusunan laporan ini tentunya tidak terlepas dari berbagai usaha dan kerja keras yang telah penulis curahkan. Namun penulis menyadari, bahwa usaha tersebut tidak akan berhasil tanpa adanya dukungan, doa, bantuan, serta inspirasi dari berbagai pihak yang telah memberikan kontribusi selama proses penyusunan laporan ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah berperan serta memberikan dukungan maupun doa sebagai bentuk rasa terima kasih yang sebesar-besarnya. Penulisan Laporan Kasus ini penulis dedikasikan untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan dalam menyelesaikan studi di program D3 Kebidanan.

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut..
2. H. Suryadi, SE, M.Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Lina Humaeroh, SST., M.Kes selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam pelaksanaan penyusunan LTA.
7. Fitri Hanriyani, SST., M.Pd., M.Keb Selaku Penguji I sidang laporan tugas akhir yang telah menguji dan membimbing.
8. Intan Rina Susilawati, SST., Bdn., M.Keb Selaku Penguji II sidang laporan tugas akhir yang telah menguji dan membimbing.
9. Para Dosen, tenaga kependidikan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan serta keterampilan yang bermanfaat serta memotivasi penulis selama menjalankan pendidikan.
10. Kepada Ibu Bdn. Enur Rostikawati, S.ST dan seluruh Bidan di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut yang juga selalu memberikan dukungan serta membantu penulis dalam bentuk moral dan materi, serta memberikan ilmu dan bimbingannya kepada penulis.
11. Ny. I dan keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam penyusunan laporan tugas akhir ini dan terima kasih sudah bekerjasama selama melakukan asuhan.
12. Kepada keluarga besar yang senantiasa menyertai dengan doa dan dukungan tulus sepanjang perjalanan studi, khususnya dalam menyelesaikan laporan ini. Segala bentuk perhatian dan segala kasih sayang menjadi kekuatan utama dalam setiap langkah.

13. Terkhusus kepada Almarhumah Ibu Cucu Karmawati, yang kini telah beristirahat di surga. Sosok yang paling kurindukan, berat sekali rasanya ditinggalkan. Kini anakmu Isma telah tumbuh dewasa. Mungkin Langkah ini tak sempat ibu saksikan secara langsung, namun setiap pencapaian ini tak pernah lepas dari jejak doa dan kasihmu yang tertanam kuat sejak awal kehidupan penulis. Terima kasih sudah menjadi ibu yang semasa hidupnya selalu berusaha memberikan kehidupan yang baik bagi penulis, kasih sayang yang tiada henti, motivasi, serta doa yang begitu berarti. Meski kehadiranmu singkat di dunia ini, penulis yakin, semangat dan cintamu tetap hidup, menyatu dalam langkah dan doa yang mengiringi penulis setiap hari. Penulis percaya, meski tak terlihat ibu selalu ada di sisi penulis.
14. Cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Ajat Sutisna , terima kasih atas segala pengorbanan yang tak terhingga dan kasih sayang yang telah diberikan. Yang tidak pernah mengenal Lelah dalam mencari nafkah demi membiayai pendidikan anak bungsu perempuan yang keras kepala ini. Berkat kerja keras, dukungan, serta keteguhan hatinya, penulis dapat terus melangkah dan berusaha menjadi pribadi yang lebih mandiri. Tanpa ayah, penulis mungkin tidak akan mampu menjadi pribadi yang kuat seperti sekarang, dan tanpa arahan serta dukungan ayah, dunia ini akan terasa jauh lebih menakutkan untuk dijalani.
15. Kepada saudara kandung penulis Tina Yuliana, Kiki Nursamsi, Wawan Nursamsi, penulis mengucapkan terima kasih karena telah banyak membantu menggantikan peran penulis dalam menjaga dan merawat ibu ketika masih

ada dan merawat ayah sekarang selama penulis menjalani pendidikan diluar kota. Terima kasih karena selalu menjadi teman yang menemani, yang membuat penulis merasa senang dan nyaman ketika berada di rumah. Terima kasih juga karena selalu peduli terhadap keadaan keluarga kecil kita serta selalu menjadi motivasi bagi penulis untuk membahagiakan keluarga kita.

16. Kepada Alfadillah, Hikmah, Dini, Ratih, Isma Padilah dan Fiska, terima kasih telah menjadi sahabat yang sangat baik bagi penulis selama di perantauan ini, memperkenalkan penulis pada suasana dan kehidupan di kota ini, membuat penulis merasa tidak sendirian dan memberikan banyak kenangan baik selama masa perkuliahan. Tanpa kehadiran kalian, mungkin Garut takkan pernah terasa hangat dan seberarti ini. Kebersamaan kita, tawa, tangis, dan cerita yang kita lalui bersama, telah menjadi bagian tak terlupakan dalam bab kehidupan penulis.
17. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya, Adli Maula Asyalby terima kasih banyak telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis. Berkontribusi banyak dalam penulisan karya tulis ini, baik tenaga, materi, maupun waktu kepada penulis. Sudah selalu mendukung, menghibur, mendengarkan keluh kesah, menyaksikan setiap tangisan, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
18. Kepada teman-teman seperjuangan, terima kasih telah berusaha, terima kasih untuk semua cerita dan semangat yang tak pernah padam. Sukses untuk kita semua.

19. *Last but not least*, terima kasih untuk diri sendiri Isma Nursyabila. Terima kasih karena selalu mau belajar, dan berusaha memberikan yang terbaik di setiap langkah serta tetap terbuka untuk hal-hal baru yang sebelumnya mungkin terasa asing dan tidak mudah. Semua hal ini tidak akan pernah ada jika penulis di masa lalu tidak memberanikan diri untuk merantau ke tempat yang sangat asing tanpa didampingi orang tua, mencoba segala kesempatan yang datang dan tetap berjalan meski tidak selalu tahu ke mana arah pasti akan membawa. Kini, semua proses itu terbayar ketika karya tulis tugas akhir ini berhasil diselesaikan dengan baik. Ini bukan tentang pencapaian akademik, tapi juga tentang bagaimana bertumbuh menjadi pribadi yang lebih kuat dan lebih dewasa. Pencapaian ini mungkin ditulis hari ini oleh diri penulis yang sekarang, namun kelak akan dibaca dengan rasa bangga oleh diri penulis di masa depan sebagai pengingat bahwa segala perjuangan ini layak diperjuangkan, dan telah melakukannya dengan baik.

Garut, Juni 2026

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1. 1 Latar Belakang.....	1
1. 2 Rumusan Masalah.....	5
1. 3 Tujuan Penulisan.....	5
1.3.1. Tujuan Umum	5
1.3.2. Tujuan Khusus	5
1. 4 Metode Pengumpulan data	6
1.4.1. Data Primer	6
1.4.2. Data Sekunder.....	7
1. 5 Manfaat Asuhan.....	7
1. 6 Waktu dan Tempat Pengkajian.....	8
1.6.1. Tempat Pengkajian.....	8
1.6.2. Waktu Pengkajian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1. <i>Intra Uterine Fetal Death</i> (IUFD).....	9
2.1.1. Definisi IUFD	9
2.1.2. Klasifikasi IUFD.....	9
2.1.3. Etiologi IUFD	10
2.1.4. Patofisiologi IUFD	16
2.1.5. Manifestasi Klinis IUFD.....	18
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang IUFD	22
2.1.7. Komplikasi IUFD	24
2.1.8. Persalinan IUFD	26

2.1.9. Dampak Fisiologis dan Psikologis Ibu dengan IUFD	27
2.1.10. Langkah Pencegahan IUFD	30
2.1.11. Peran Bidan Dalam Penatalaksanaan IUFD	32
2.2. Preeklampsia.....	33
2.2.1. Definisi Preeklampsia	33
2.2.2. Etiologi dan Faktor Risiko Preeklampsia	34
2.2.3. Patofisiologi Preeklampsia	35
2.2.4. Dampak Preeklampsia terhadap Janin dan Hubungannya dengan IUFD	36
2.3. Skrinning Kelayakan Penggunaan Kontrasepsi Menurut WHO <i>Medical Eligibility Criteria</i> (MEC).....	36
2.4. Telaah Jurnal.....	38
2.4.1. Hubungan Hipertensi dengan Kejadian IUFD	38
2.4.2. Hubungan Obesitas dengan Kejadian IUFD.....	40
2.5. Pendokumentasian	43
2.5.1. S (Subjektif).....	43
2.5.2. O (Objektif).....	43
2.5.3. A (Assesment).....	44
2.5.4. P (Planning).....	44
BAB III TINJAUAN KASUS	45
3.1. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. I Usia 24 Tahun G2P1A0 Gravida 30-31 Minggu dengan IUFD	45
3.1.1. Catatan Perkembangan Kala II	56
3.1.2. Catatan Perkembangan Kala III	59
3.1.3. Catatan Perkembangan Kala IV	61
3.2. Asuhan Kebidanan Postnatal Care Pada Ny. I 24 tahun P2A0 di Ruang Agate	65
3.3. Matriks Pembahasan Ny. I dengan IUFD	68
BAB IV PEMBAHASAN.....	70
4.1. Data Subjektif.....	70
4.2. Data Objektif	76
4.3. Analisa	80
4.4. Penatalaksanaan.....	82
4.5. Pendokumentasian	90
BAB V PENUTUP	93

5.1. Kesimpulan.....	93
5.2. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA.....	97
RIWAYAT HIDUP.....	102
LAMPIRAN.....	103
LEMBAR BIMBINGAN KTI.....	106

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Riwayat Kehamilan, persalinan, nifas yang lalu	47
Tabel 3. 2 Matriks	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Persalinan IUFD	103
Lampiran 2 Partograf	104

DAFTAR SINGKATAN

IUFD	<i>Intra Uterine Fetal Death</i>
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
KTI	Karya Tulis Ilmiah
WHO	<i>World Health Organization</i>
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
PTSD	<i>Post Traumatic Stress Disorder</i>
DIC	<i>Disseminated Intravascular Coagulation</i>
SOAP	Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan
VK	<i>Verloskamer</i>
IUGR	<i>Intrauterine Growth Restriction</i>
IU	<i>International Unit</i>
ASI	Air Susu Ibu
ANC	<i>Antenatal Care</i>
KET	Kehamilan Ektopik Terganggu
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
HcG	<i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
USG	<i>Ultrasonografi</i>
HB	Hemoglobin
PT	<i>Prothrombin Time</i>
Aptt	<i>Activated Partial Thromboplastin Time</i>
IUD	<i>Intrauterine Device</i>

TBBJ	Tafsiran Berat Badan Janin
T.A.K	Tidak Ada Kelainan
BAK	Buang Air Kecil
BAB	Buang Air Besar
IM	<i>Intramuscular</i>
TFU	Tinggi Fundus Uteri
CTG	<i>Cardiotocography</i>
SC	<i>Sectio Caesarea</i>
SPoG	Spesialis Obstetri dan Ginekologi
SLTP	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
IRT	Ibu Rumah Tangga
BHL	Buruh Harian Lepas
DJJ	Denyut Jantung Janin
PONEK	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
UK	Usia Kehamilan
BBSH	Berat Badan Sebelum Hamil
BB	Berat Badan
TB	Tinggi Badan
JK	Jenis kelamin
HPHT	Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	Hari Perkiraan Lahir
TD	Tekanan Darah
TT	Tetanus Toksoid

TBC	Tuberkulosis
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HBSaG	<i>Hepatitis B Surface Antigen</i>
KB	Keluarga Berencana
mmHG	<i>Milimeter of Hydrogerum</i>
LP	Lingkar Perut
LILA	Lingkar Lengan Atas
IMT	Indeks Massa tubuh
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
GFAP	<i>Glial Fibrillary Acidic Protein</i>
CD	<i>Cluster of Differentiation</i>
GBS	<i>Group B Streptococcus</i>
MEC	<i>Medical Eligibility Criteria</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1. 1 Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan masih menjadi penyebab meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas maternal serta perinatal di berbagai negara, terutama negara berkembang. Salah satu komplikasi kehamilan yang masih menjadi masalah kesehatan maternal dan perinatal adalah *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD). Menurut *World Health Organization* (WHO) dan *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), IUFD merupakan kondisi kematian janin di dalam rahim pada usia kehamilan ≥ 20 minggu atau dengan berat janin ≥ 500 gram sebelum proses persalinan berlangsung (ACOG, 2020a). Kondisi ini tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik ibu, tetapi juga menimbulkan dampak psikologis berupa kesedihan mendalam, kecemasan, depresi, hingga trauma akibat kehilangan janin yang diharapkan kelahirannya (Blencowe & Campbell, 2025; Kharivhe, 2023).

Secara global, IUFD masih menjadi masalah kesehatan yang signifikan. Pada tahun 2021, diperkirakan terdapat 1,9 juta kasus kelahiran mati pada usia kehamilan ≥ 28 minggu dengan angka kejadian sebesar 13,9 per 1.000 total kelahiran. Distribusi kejadian tersebut menunjukkan kesenjangan yang cukup besar antarnegara, di mana risiko kelahiran mati di negara dengan angka kejadian terendah. Sebagian besar kasus terkonsentrasi di negara berkembang, termasuk India, Pakistan, Nigeria, Kongo, Ethiopia,

dan Bangladesh, yang secara bersama-sama menyumbang hampir setengah dari total kasus kelahiran mati di dunia (Arora, 2023).

Di Indonesia, IUFD masih menjadi salah satu penyebab kematian perinatal. Berdasarkan hasil *Long Form* Sensus Penduduk angka kematian bayi tercatat sebesar 16,85 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian neonatus sebesar 9,3 per 1.000 kelahiran hidup. Selain itu, dilaporkan sebanyak 33.150 kasus kematian bayi dan 26.656 kasus kematian neonatus, dengan Provinsi Jawa Barat termasuk wilayah yang memiliki jumlah kasus tertinggi di Indonesia (Kemenkes, 2025). Tingginya angka tersebut menunjukkan bahwa upaya pencegahan komplikasi kehamilan yang berkontribusi terhadap kematian perinatal, termasuk IUFD, masih perlu ditingkatkan.

Terjadinya IUFD dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor maternal, janin, maupun plasenta. Salah satu faktor risiko maternal yang paling sering ditemukan adalah hipertensi dalam kehamilan. Hipertensi pada kehamilan ditandai dengan peningkatan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg dan dapat berkembang menjadi preeklampsia maupun eklampsia apabila tidak ditangani secara optimal. Kondisi ini menyebabkan terjadinya vasospasme dan gangguan perfusi uteroplasenta sehingga suplai oksigen serta nutrisi kepada janin berkurang. Penurunan aliran darah uteroplasenta yang berlangsung terus-menerus dapat mengakibatkan hipoksia janin, gangguan pertumbuhan janin, hingga kematian janin dalam kandungan (Remifta Putra et al., 2020).

Hubungan antara hipertensi dalam kehamilan dan kejadian IUFD telah dibuktikan dalam berbagai penelitian. Hipertensi meningkatkan risiko terjadinya insufisiensi plasenta, solusio plasenta, fetal distress, perdarahan antepartum, serta gangguan pertumbuhan janin intrauterin yang pada akhirnya dapat menyebabkan kematian janin. Penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil dengan hipertensi memiliki risiko lebih tinggi mengalami IUFD dibandingkan ibu hamil tanpa hipertensi. Temuan tersebut menegaskan bahwa hipertensi merupakan salah satu faktor risiko yang perlu mendapatkan perhatian khusus dalam pelayanan antenatal dan kebidanan (Wuna & Yusuf, 2023).

Berdasarkan data rekam medis RSUD dr. Slamet Garut, kejadian IUFD masih ditemukan setiap bulan. Selama tahun 2025 tercatat sebanyak 151 kasus IUFD, sedangkan pada periode Januari hingga Mei 2026 telah ditemukan 40 kasus. Tingginya kejadian tersebut menunjukkan bahwa berbagai faktor risiko yang berhubungan dengan IUFD masih ditemukan pada ibu hamil. Faktor-faktor yang diketahui dapat meningkatkan risiko terjadinya IUFD antara lain hipertensi dalam kehamilan, obesitas, gangguan pertumbuhan janin (IUGR), kelainan plasenta, infeksi, serta kurang optimalnya pemantauan kehamilan. Oleh karena itu, deteksi dini faktor risiko dan penatalaksanaan yang tepat selama kehamilan menjadi upaya penting dalam mencegah terjadinya IUFD serta menurunkan morbiditas dan mortalitas perinatal (RSUD dr. Slamet Garut, 2026).

Selain itu IUFD juga dapat menimbulkan komplikasi serius pada ibu, terutama apabila janin tertahan dalam uterus dalam waktu yang lama. Komplikasi yang dapat terjadi meliputi infeksi, perdarahan, gangguan pembekuan darah seperti *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC), serta berbagai komplikasi obstetri lainnya yang dapat mengancam keselamatan ibu (Khomariya, 2018). Oleh karena itu, diperlukan asuhan kebidanan yang komprehensif melalui deteksi dini faktor risiko, pemantauan kondisi ibu dan janin, edukasi kesehatan, serta sistem rujukan yang cepat dan tepat guna mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

Selain menimbulkan dampak fisik, kejadian *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) juga dapat memberikan dampak psikologis yang signifikan bagi ibu dan keluarga. Kehilangan janin dalam kandungan sering kali menimbulkan respons emosional berupa kesedihan mendalam, kecemasan, perasaan bersalah, hingga depresi. Oleh karena itu, dukungan psikologis yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan dan keluarga sangat diperlukan untuk membantu ibu menghadapi proses berduka serta mencegah terjadinya gangguan psikologis yang lebih berat (Burden et al., 2016).

Dalam tatalaksana IUFD, bidan memiliki peran penting dalam memberikan asuhan yang komprehensif, meliputi deteksi dini faktor risiko selama kehamilan, pemantauan kondisi ibu, pendampingan selama proses persalinan, pemberian dukungan emosional, edukasi kesehatan, serta kolaborasi dan rujukan apabila ditemukan komplikasi. Peran bidan tersebut

bertujuan untuk menjamin keselamatan ibu serta membantu ibu dan keluarga beradaptasi terhadap kehilangan yang dialami (Burden et al., 2016).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis mengangkat laporan tugas akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I USIA 24 TAHUN G2P1A0 GRAVIDA 30-31 MINGGU DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT”**

1. 2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang tertera di atas maka rumusan masalahnya adalah “Bagaimana asuhan kebidanan pada kasus *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) Ny. I usia 24 tahun di RSUD dr. Slamet Garut ?”

1. 3 Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Kebidanan pada Ny. I Usia 24 Tahun G2P1A0 Gravida 30-31 Minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di RSUD dr. Slamet Garut dengan manajemen Varney dan metode pendokumentasian SOAP.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. I Usia 24 tahun G2P1A0 gravida 30-31 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut.

- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. I Usia 24 tahun G2P1A0 gravida 30-31 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut.
- 3) Melakukan analisa pada Ny. I Usia 24 tahun G2P1A0 gravida 30-31 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melakukan penatalaksanaan pada Ny. I Usia 24 tahun G2P1A0 gravida 30-31 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut.
- 5) Melakukan dokumentasi pada Ny. I Usia 24 tahun G2P1A0 gravida 30-31 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin RSUD dr. Slamet Garut dengan metode SOAP.

1. 4 Metode Pengumpulan data

1.4.1.Data Primer

1) Observasi

Penulis memperoleh data dengan cara melakukan pengamatan langsung kepada klien.

2) Wawancara

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

3) Dokumentasi

Penulis melakukan pendokumentasian seluruh hasil pengkajian, pemeriksaan, tindakan, dan evaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan kepada klien menggunakan metode pendokumentasian SOAP.

1.4.2. Data Sekunder

Secara tidak langsung penulis untuk mendapatkan data objektif dan data lainnya tidak langsung mewawancarai, tetapi juga disertai melalui catatan rekam medik dan data penunjang yang ada di dalam status klien.

1.5 Manfaat Asuhan

Manfaat dilakukannya penelitian manajemen asuhan kebidanan pada Ny. I dengan IUFD dalam rahim di RSUD dr. Slamet Garut di antaranya adalah :

1) Manfaat Bagi Mahasiswa

Laporan tugas akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) sesuai standar pelayanan kebidanan dan *evidence-based practice*.

2) Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Laporan tugas akhir ini diharapkan dapat menjadi sumbangsih ilmiah bagi Program Studi DIII Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut serta dapat digunakan sebagai bahan kajian, sumber informasi, dan referensi bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD).

3) Manfaat Bagi Tenaga Kesehatan/Lahan Praktik

Laporan tugas akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan, dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan asuhan kebidanan pada ibu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD), baik dalam aspek fisik maupun psikologis.

4) Manfaat Bagi Masyarakat

Laporan tugas akhir ini diharapkan dapat menambah pengetahuan masyarakat, khususnya ibu hamil dan keluarga, mengenai faktor risiko IUFD serta pentingnya pemeriksaan kehamilan secara rutin untuk mendeteksi komplikasi kehamilan sejak dini.

1. 6 Waktu dan Tempat Pengkajian

1.6.1.Tempat Pengkajian

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

1.6.2.Waktu Pengkajian

Waktu pengkajian dilakukan pada tanggal 02 April 2026 sampai dengan 05 April 2026.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)*

2.1.1. Definisi IUFD

IUFD adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin atau asfiksia. IUFD adalah keadaan tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin dalam kandungan (Pratiwi & Yuliawati, 2020) .

2.1.2. Klasifikasi IUFD

Kematian janin dalam kandungan/IUFD dapat diklasifikasikan berdasarkan usia kehamilan saat kematian janin terjadi, yaitu:

- 1) *Early-IUFD* (kematian janin dini), yaitu kematian janin yang terjadi pada usia kehamilan 20–27 minggu.
- 2) *Late-IUFD* (kematian janin lanjut), yaitu kematian janin yang terjadi pada usia kehamilan 28–36 minggu.
- 3) *Term-IUFD*, yaitu kematian janin yang terjadi pada usia kehamilan 37 minggu atau lebih.

Klasifikasi tersebut digunakan untuk membantu identifikasi faktor risiko, penyebab, serta penatalaksanaan yang sesuai pada kasus kematian janin dalam kandungan. Pada kasus ini, kematian janin terjadi pada usia kehamilan 30-31 minggu sehingga termasuk dalam kategori *late IUFD* (Berry, 2018).

2.1.3. Etiologi IUFD

Penyebab kematian bayi dalam kandungan (IUFD) adalah disebabkan beberapa faktor antara lain gangguan gizi, anemia, dan pendidikan ibu yang kurang diperhatikan dalam kehamilan. Hal tersebut bisa menjadi berbahaya karena asupan makanan yang dikonsumsi ibu tidak mencukupi kebutuhan janin. Sehingga pertumbuhan janin terhambat dan dapat mengakibatkan kematian, begitu pula dengan anemia karena anemia itu adalah kekurangannya sel darah merah maka dampak pada janin adalah Ireversibel. Dan ibu yang pendidikannya kurang diperhatikan bisa menyebabkan kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan. Kematian bayi bukan hanya terjadi setelah dilahirkan, namun dapat juga terjadi saat masih dalam kandungan atau disebut dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) (Pratiwi & Yulianti, 2020).

Etiologi IUFD bersifat multifaktorial, yaitu berasal dari faktor ibu, janin, plasenta, dan lingkungan.

1) Faktor Maternal (Ibu)

a) Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi seperti preeklampsia dan eklampsia menyebabkan penyempitan pembuluh darah plasenta sehingga aliran darah, oksigen, dan nutrisi ke janin berkurang. Kondisi ini menyebabkan janin mengalami hipoksia kronis hingga kematian intrauterine (Faiza et al., 2023).

b) Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor maternal yang dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi selama kehamilan, seperti hipertensi gestasional, preeklampsia, dan diabetes melitus gestasional, serta gangguan pertumbuhan dan kesejahteraan janin. Pada ibu hamil dengan obesitas terjadi peningkatan jaringan adiposa yang dapat memicu resistensi insulin, inflamasi kronis, dan gangguan fungsi endotel pembuluh darah. Kondisi tersebut dapat menyebabkan gangguan perfusi uteroplasenta sehingga suplai oksigen dan nutrisi yang diterima janin menjadi tidak optimal. Akibatnya, janin berisiko mengalami hipoksia, gangguan pertumbuhan, hingga kematian janin dalam kandungan (IUFD). Penelitian menunjukkan bahwa peningkatan indeks massa tubuh (IMT) maternal berhubungan dengan peningkatan risiko kematian janin (Aune et al., 2014).

c) Anemia pada Kehamilan

Anemia menyebabkan kadar hemoglobin ibu menurun sehingga kemampuan darah membawa oksigen ke janin berkurang. Jika berlangsung lama, janin dapat mengalami kekurangan oksigen dan gangguan pertumbuhan yang meningkatkan risiko IUFD (Ode et al., 2023).

d) Diabetes Melitus

Diabetes yang tidak terkontrol menyebabkan gangguan metabolisme dan sirkulasi darah plasenta. Kondisi hiperglikemia dapat menyebabkan makrosomia, cacat bawaan, hipoksia janin, hingga kematian janin dalam rahim (Ode et al., 2023).

e) Infeksi Selama Kehamilan

Infeksi seperti TORCH, sifilis, malaria, dan infeksi bakteri dapat menembus plasenta dan menyerang janin. Infeksi tersebut menyebabkan gangguan organ janin, kelahiran prematur, hingga IUFD (Faiza et al., 2023).

f) Usia Ibu Berisiko

Usia ibu <20 tahun maupun >35 tahun memiliki risiko komplikasi kehamilan lebih tinggi. Pada usia terlalu muda, organ reproduksi belum matang sempurna, sedangkan pada usia terlalu tua fungsi reproduksi mulai menurun sehingga meningkatkan risiko IUFD (Ode et al., 2023).

g) Kurangnya ANC

Pemeriksaan ANC yang tidak rutin menyebabkan komplikasi kehamilan tidak terdeteksi secara dini. Akibatnya, kondisi berbahaya seperti hipertensi, anemia, dan gangguan janin terlambat ditangani sehingga meningkatkan risiko IUFD (Faiza et al., 2023).

2) Faktor Janin

a) Kelainan Kongenital

Kelainan bawaan seperti cacat jantung, gangguan otak, atau kelainan kromosom menyebabkan organ janin tidak berkembang dengan baik sehingga janin tidak mampu bertahan hidup di dalam rahim.

b) *Intra Uterine Growth Restriction* (IUGR)

IUGR merupakan kondisi pertumbuhan janin terhambat akibat kurangnya suplai nutrisi dan oksigen. Janin menjadi lemah dan rentan mengalami hipoksia hingga kematian intrauterine (Faiza et al., 2023).

Intra Uterine Growth Restriction (IUGR) merupakan kondisi ketika janin gagal mencapai potensi pertumbuhan optimal sesuai usia kehamilan. IUGR dapat terjadi akibat gangguan perfusi uteroplasenta yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi kepada janin. Kondisi ini mengakibatkan berat badan janin lebih rendah dibandingkan berat badan yang diharapkan sesuai usia kehamilan. IUGR merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas perinatal, termasuk terjadinya IUFD (Herman & -, 2023).

Berat badan janin merupakan salah satu indikator penting dalam menilai pertumbuhan dan kesejahteraan janin selama kehamilan. Pertambahan berat badan janin dipengaruhi oleh

kecukupan suplai oksigen dan nutrisi melalui sirkulasi uteroplasenta. Pada trimester ketiga terjadi peningkatan berat badan janin yang cukup pesat. Secara umum, rata-rata berat badan janin pada usia kehamilan 30 minggu berkisar sekitar 1.300-1.500 gram, sedangkan pada usia kehamilan 31 minggu berkisar sekitar 1.400-1.600 gram. Berat badan yang lebih rendah dari rentang tersebut dapat mengindikasikan adanya hambatan pertumbuhan janin atau *Intra Uterine Growth Restriction (IUGR)*. Kondisi ini sering dikaitkan dengan gangguan perfusi uteroplasenta akibat faktor maternal, seperti hipertensi dalam kehamilan. Hambatan pertumbuhan janin yang berlangsung terus-menerus dapat meningkatkan risiko hipoksia kronis, asfiksia, hingga kematian janin intrauterin (Herman & -, 2023).

IUGR atau *Intra Uterine Growth Restriction (IUGR)* merupakan kondisi ketika janin gagal mencapai potensi pertumbuhan optimal sesuai usia kehamilan. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta yang mengakibatkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi kepada janin. *FGR* berhubungan dengan peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas perinatal, termasuk IUFD. Janin dengan *FGR* memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipoksia kronis yang dapat berakhir pada terjadinya IUFD (Kingdom et al., 2023).

c) Kehamilan ganda

Pada kehamilan kembar dapat terjadi komplikasi seperti perebutan nutrisi, *twin-to-twin transfusion syndrome*, dan persalinan prematur yang meningkatkan risiko IUFD (Faiza et al., 2023).

3) Faktor Plasenta dan Tali Pusat

a) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta sebelum bayi lahir. Kondisi ini menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke janin berhenti secara mendadak sehingga dapat menyebabkan kematian janin.

b) Insufisiensi Plasenta

Plasenta yang tidak berfungsi optimal menyebabkan pertumbuhan janin terganggu karena kebutuhan nutrisi dan oksigen tidak terpenuhi.

c) Kelainan Tali Pusat

Lilitan tali pusat, simpul tali pusat, atau prolaps tali pusat dapat menghambat aliran darah menuju janin sehingga janin mengalami hipoksia dan IUFD (Elina, 2022).

4) Faktor Lingkungan dan Sosial

a) Status Gizi Buruk

Kekurangan nutrisi selama kehamilan menyebabkan pertumbuhan janin tidak optimal dan meningkatkan risiko gangguan perkembangan janin.

b) Kebiasaan Merokok dan Alkohol

Zat beracun dari rokok dan alkohol menyebabkan gangguan aliran darah plasenta serta menurunkan oksigenasi janin.

c) Keterlambatan Penanganan Medis

Akses pelayanan kesehatan yang kurang memadai menyebabkan komplikasi kehamilan tidak segera ditangani sehingga risiko IUFD meningkat (Faiza et al., 2023)

5) Faktor Idiopatik (Tidak diketahui)

Sebagian kasus IUFD tidak dapat diketahui penyebab pastinya meskipun telah dilakukan pemeriksaan lengkap. Literatur menyebutkan bahwa kasus idiopatik masih cukup tinggi (Song et al., 2025).

2.1.4. Patofisiologi IUFD

Kematian janin dalam kandungan umumnya terjadi akibat hipoksia janin yang berkepanjangan. Janin sangat bergantung pada plasenta sebagai media pertukaran oksigen dan nutrisi dari ibu, sehingga gangguan fungsi plasenta menjadi faktor utama yang dapat menghambat pertumbuhan dan kelangsungan hidup janin. Meskipun sirkulasi janin memiliki mekanisme kompensasi berupa redistribusi aliran darah ke organ-organ vital seperti otak, jantung, kelenjar adrenal, dan tali pusat, hipoksia yang berlangsung

lama dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan hingga kematian janin (Berry, 2018).

Penelitian menunjukkan bahwa penurunan aliran darah uteroplasenta hingga 50% masih dapat dikompensasi oleh janin melalui sentralisasi sirkulasi. Namun, apabila aliran darah menurun hingga sekitar 25% dari kondisi normal, mekanisme kompensasi tersebut tidak lagi efektif sehingga terjadi asidosis metabolik dan respiratorik, vasokonstriksi sistemik, hipotensi, bradikardia, penurunan curah jantung, dan akhirnya kematian janin. Keadaan serupa juga dapat terjadi pada obstruksi total tali pusat yang menyebabkan gangguan perfusi dan kegagalan fungsi miokard (Berry, 2018).

Hipoksia janin dapat dideteksi melalui berbagai biomarker, seperti peningkatan kadar eritropoietin, *glial fibrillary acidic protein* (GFAP), dan troponin T jantung yang menunjukkan adanya cedera hipoksia pada otak maupun miokardium. Oleh karena itu, pemeriksaan plasenta memiliki peran penting dalam menentukan penyebab kematian janin. Salah satu temuan yang sering dijumpai adalah keterlambatan maturasi vili plasenta yang dapat dinilai secara lebih objektif menggunakan pemeriksaan imunohistokimia *Cluster of Differentiation 15* (CD15). Peningkatan ekspresi CD15 berhubungan dengan imaturitas vili yang menetap dan disfungsi plasenta kronis (Berry, 2018).

Disfungsi plasenta merupakan penyebab utama kematian janin pada kehamilan di atas 20 minggu dengan janin yang secara anatomis

normal. Sebagian besar kasus menunjukkan adanya cedera hipoksia pada otak, miokardium, atau keduanya. Analisis histopatologi plasenta sering menemukan kelainan seperti abrupsio plasenta, malperfusi vaskular maternal, infark plasenta, trombosis, maupun gangguan aliran darah tali pusat seperti vasa previa yang berkontribusi terhadap terjadinya kematian janin (Berry, 2018).

Selain gangguan plasenta, infeksi juga menjadi faktor penting penyebab kematian janin, terutama pada awal kehamilan. Mikroorganisme yang sering terlibat meliputi bakteri *Escherichia coli*, *Group B Streptococcus* (GBS), dan *Enterococcus spp.*, sedangkan sitomegalovirus merupakan agen virus yang paling sering ditemukan. Infeksi tersebut umumnya berkaitan dengan korioamnionitis dan inflamasi plasenta. Meskipun lebih jarang terjadi, kelainan genetik dan kelainan struktural janin juga dapat menjadi penyebab kematian janin dalam kandungan (Berry, 2018).

2.1.5. Manifestasi Klinis IUFD

Manifestasi klinis IUFD merupakan tanda dan gejala yang muncul ketika janin meninggal di dalam rahim sebelum proses persalinan berlangsung. Manifestasi klinis ini dapat dirasakan oleh ibu hamil maupun ditemukan melalui pemeriksaan fisik dan penunjang oleh tenaga kesehatan. Beberapa manifestasi klinis IUFD antara lain :

- 1) Gerakan janin berkurang atau tidak ada

Tanda paling sering ditemukan pada IUFD adalah ibu tidak lagi merasakan gerakan janin. Biasanya sebelumnya gerakan janin aktif, kemudia semakin berkurang hingga menghilang sama sekali. Kondisi ini terjadi karena janin telah kehilangan aktivitas hidup di dalam uterus (Ode et al., 2023).

2) Denyut jantung janin tidak terdengar

Pada pemeriksaan menggunakan doppler, denyut jantung janin tidak dapat ditemukan. Pemeriksaan USG menjadi metode paling akurat untuk memastikan tidak adanya aktivitas jantung janin (Faiza et al., 2023).

3) Pertumbuhan tinggi fundus uteri tidak sesuai usia kehamilan

Tinggi fundus uteri dapat menetap atau bahkan menurun karena pertumbuhan janin berhenti. Hal ini menunjukkan tidak adanya perkembangan kehamilan sesuai usia gestasi (Faiza et al., 2023).

Tinggi fundus uteri (TFU) merupakan jarak antara simfisis pubis hingga puncak fundus uteri yang diukur menggunakan pita ukur dalam satuan sentimeter. Pengukuran TFU merupakan salah satu metode sederhana yang digunakan untuk menilai pertumbuhan dan perkembangan janin selama kehamilan. Setelah usia kehamilan mencapai 20–24 minggu, nilai TFU dalam sentimeter umumnya mendekati usia kehamilan dalam minggu dengan toleransi sekitar ± 2 cm. Ketidaksesuaian antara TFU dan usia kehamilan dapat menjadi indikator adanya gangguan pertumbuhan janin, kelainan jumlah cairan ketuban, atau komplikasi kehamilan lainnya. Oleh karena itu, pengukuran TFU secara rutin merupakan bagian penting dalam pemantauan kesejahteraan janin selama antenatal care (Lukman et al., 2023).

Pada usia kehamilan 30–31 minggu, tinggi fundus uteri yang diharapkan berkisar antara 28–33 cm. Apabila hasil pengukuran lebih

kecil dibandingkan usia kehamilan, kondisi tersebut dapat mengindikasikan adanya hambatan pertumbuhan janin dalam rahim (Intra Uterine Growth Restriction/IUGR) atau gangguan perkembangan janin yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut (Lukman et al., 2023).

4) Keluar bercak darah atau perdarahan pervaginam

Sebagian ibu dengan IUFD mengalami perdarahan ringan hingga sedang. Perdarahan dapat berkaitan dengan gangguan plasenta seperti solusio plasenta atau komplikasi lain yang menyebabkan kematian janin (Ode et al., 2023).

5) Payudara terasa lebih lembek dan gejala kehamilan berkurang

Pada beberapa kasus, ibu merasakan perubahan berupa payudara tidak tegang lagi, mual muntah berkurang, dan tanda kehamilan lain menghilang akibat penurunan hormon kehamilan setelah janin meninggal (Faiza et al., 2023).

6) Nyeri perut atau kontraksi

IUFD dapat disertai nyeri abdomen dan kontraksi uterus sebagai tanda tubuh mulai merespons untuk mengeluarkan janin (Ode et al., 2023).

7) Diagnosis melalui *ultrasonografi* (USG)

Pemeriksaan USG menunjukkan tidak adanya denyut jantung janin, tidak terdapat gerakan janin, serta dapat ditemukan gambaran khas seperti *Spalding Sign* yaitu tumpeng tindih tulang kepala janin akibat kematian intrauterin (Faiza et al., 2023).

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang IUFD

Pemeriksaan penunjang pada kasus IUFD dilakukan untuk memastikan kematian janin, mengetahui penyebab, serta menilai kondisi ibu agar dapat dilakukan penatalaksanaan yang tepat.

1) Ultrasonografi (USG)

USG merupakan pemeriksaan utama untuk menegakkan diagnosis IUFD. Pada pemeriksaan ini dapat ditemukan:

- a) Tidak adanya denyut jantung janin,
- b) Tidak adanya gerakan janin,
- c) Tanda *Spalding Sign* (tumpang tindih tulang kepala janin),
- d) Oligohidramnion
- e) Kolaps tulang tengkorak janin

USG memiliki akurasi tinggi dalam memastikan kematian janin intrauterin (Elina, 2022).

2) Pemeriksaan Laboratorium Darah

Dilakukan untuk menilai kondisi maternal dan mendeteksi komplikasi, meliputi:

- a) Hemoglobin (HB) : menilai anemia
- b) Leukosit : mendeteksi infeksi
- c) Golongan darah dan rhesus
- d) Tes Koagulasi (PT, aPTT, fibrinogen) : mendeteksi gangguan pembekuan darah seperti *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC)

- e) Fungsi ginjal dan hati : bila dicurigai preeklampsia atau *HELLP Syndrome*

Pada kasus IUFD yang berlangsung lama, risiko koagulopati meningkat sehingga pemeriksaan hemostatis sangat penting (Elina, 2022).

3) Pemeriksaan Urinalisis

Urinalisis dilakukan untuk:

- a) Menilai proteinuria pada preeklampsia
- b) Mengetahui adanya infeksi saluran kemih
- c) Evaluasi fungsi ginjal ibu

Pemeriksaan ini penting karena preeklampsia dan infeksi merupakan faktor risiko terjadinya IUFD (Faiza et al., 2023).

4) Pemeriksaan Kardiotokografi (CTG)

CTG digunakan untuk memantau denyut jantung janin. Pada IUFD ditemukan:

- a) Tidak adanya aktivitas denyut jantung janin
- b) Tidak ada variabilitas denyut jantung

Namun pemeriksaan ini biasanya dikonfirmasi kembali dengan USG

5) Pemeriksaan Penyebab dasar

Untuk mengetahui etiologi IUFD dapat dilakukan:

- a) Pemeriksaan TORCH
- b) Pemeriksaan gula darah
- c) Pemeriksaan hipertensi/preeklampsia
- d) Pemeriksaan kromosom atau genetik (bila tersedia)

e) Pemeriksaan plasenta dan tali pusat setelah persalinan

Tujuannya untuk menentukan faktor maternal, fetal, maupun plasenta yang menyebabkan kematian janin (Faiza et al., 2023).

2.1.7. Komplikasi IUFD

IUFD dapat menimbulkan berbagai komplikasi pada ibu, baik secara fisik maupun psikologis. Risiko komplikasi meningkat apabila janin mati terlalu lama berada di dalam rahim tanpa segera dilakukan terminasi kehamilan.

1) *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC)

DIC merupakan komplikasi paling serius pada IUFD. Kondisi ini terjadi akibat pelepasan tromboplastin dari jaringan yang telah meninggal ke dalam sirkulasi ibu sehingga memicu gangguan pembekuan darah. Akibatnya, ibu dapat mengalami perdarahan hebat, syok, bahkan kematian. Risiko DIC meningkat apabila janin meninggal lebih dari 2-4 minggu dalam uterus.

2) Perdarahan Postpartum (Postpartum Hemorrhage)

IUFD sering disertai komplikasi perdarahan, terutama pada kasus solusio plasenta atau kelainan plasenta lainnya. Perdarahan dapat terjadi sebelum maupun setelah persalinan dan menjadi penyebab utama kesakitan ibu.

3) Infeksi dan Sepsis

Janin yang telah meninggal dan tertahan lama di dalam rahim dapat meningkatkan risiko infeksi intrauterine. Apabila tidak segera

ditangani, kondisi dapat berkembang menjadi sepsis yang membahayakan ibu.

4) Syok Hipovolemik

Perdarahan akibat komplikasi obstetric pada IUFD dapat menyebabkan syok hipovolemik. Kondisi ini ditandai dengan penurunan tekanan darah, nadi cepat, kulit dingin, dan penurunan kesadaran akibat kekurangan volume darah (Elina, 2022).

5) Gangguan Psikologis

Ibu dengan IUFD sering mengalami dampak psikologis seperti:

- a) Depresi,
- b) Kecemasan,
- c) Stress pascatrauma (PTSD),
- d) Rasa kehilangan mendalam,
- e) Hingga gangguan bonding pada kehamilan berikutnya.

Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk membantu proses adaptasi psikologis ibu (Asfia, 2023).

6) Komplikasi Persalinan

Persalinan pada IUFD dapat mengalami berbagai komplikasi seperti:

- a) Partus lama,
- b) Induksi gagal,
- c) Retensio plasenta,
- d) Atonia uteri,

- e) Hingga tindakan operatif apabila persalinan normal tidak memungkinkan. (Elina, 2022).

2.1.8. Persalinan IUFD

Persalinan pada kasus IUFD merupakan proses pengeluaran janin yang telah meninggal di dalam rahim. Penatalaksanaan persalinan IUFD bertujuan untuk mencegah komplikasi pada ibu seperti pembekuan darah, infeksi, dan gangguan psikologis ibu. Pemilihan metode persalinan dipengaruhi oleh usia kehamilan, kondisi serviks, riwayat obstetri, serta keadaan umum ibu. Sebagian besar kasus IUFD dianjurkan untuk dilakukan persalinan pervaginam karena lebih aman dibandingkan SC, kecuali terdapat indikasi obstetri tertentu.

Metode persalinan IUFD :

- 1) Persalinan Spontan
 - a) Dapat terjadi secara alami dalam waktu 2 minggu setelah kematian janin.
 - b) Dilakukan observasi ketat terhadap kondisi ibu.
- 2) Induksi Persalinan
 - a) Dilakukan bila persalinan spontan tidak terjadi.
 - b) Metode yang digunakan:
 - 1) Misoprostol
 - 2) Oksitosin
 - 3) Kombinasi prostaglandin dan pematangan serviks

- c) Induksi bertujuan mempercepat pengeluaran janin untuk mengurangi risiko komplikasi.
- 3) Persalinan per Vaginal
 - a) Menjadi pilihan utama pada sebagian besar kasus IUFD.
 - b) Risiko perdarahan dan infeksi lebih rendah dibandingkan operasi.
- 4) Sectio Caesarea (SC)
 - a) Tidak rutin dilakukan pada IUFD.
 - b) Hanya dilakukan bila terdapat indikasi maternal seperti:
 - 1) Plasenta previa,
 - 2) Rupture uteri,
 - 3) Riwayat SC berulang,
 - 4) Obstruksi jalan lahir,
 - 5) Atau kondisi ibu gawat.

Penatalaksanaan Selama Persalinan :

- a) Monitoring tanda vital ibu
- b) Pemeriksaan laboratorium (Hb, Trombosit, Fibrinogen)
- c) Terminasi Kehamilan
- d) Dukungan psikologis
- e) Konseling mengenai penyebab IUFD dan rencana kehamilan berikutnya (Elina, 2022).

2.1.9. Dampak Fisiologis dan Psikologis Ibu dengan IUFD

IUFD tidak hanya menyebabkan kehilangan janin, tetapi juga menimbulkan dampak fisiologis dan psikologis yang berat bagi ibu. Kondisi

ini dapat memengaruhi kesehatan fisik, emosional, serta kualitas hidup ibu dalam jangka pendek maupun jangka panjang (Sinaga et al., 2020).

1) Dampak Fisiologis pada Ibu dengan IUFD

Secara fisiologis, ibu dengan IUFD dapat mengalami berbagai komplikasi akibat janin yang meninggal dan tertahan di dalam uterus. Salah satu dampak yang sering terjadi adalah gangguan koagulasi atau pembekuan darah, terutama apabila janin telah meninggal lebih dari dua minggu di dalam rahim. Kondisi ini menyebabkan gangguan pembekuan darah sehingga meningkatkan risiko perdarahan hebat saat persalinan (Marques De Jesus & Pratiwi, 2024).

Selain itu, dapat mengalami infeksi intrauterin yang ditandai dengan demam, nyeri abdomen, dan cairan ketuban berbau. Retensi janin yang terlalu lama juga dapat menyebabkan gangguan kesehatan ibu yang lain seperti anemia, kelelahan fisik, dan gangguan pemulihan pascapersalinan (Faiza et al., 2023).

Perubahan hormonal setelah kehilangan janin turut memengaruhi kondisi tubuh ibu. Penurunan hormon kehamilan secara mendadak dapat menyebabkan gangguan tidur, penurunan nafsu makan, kelemahan tubuh, serta ketidakseimbangan fisiologis lainnya. Adaptasi fisiologis ibu setelah persalinan IUFD sering kali berlangsung lebih berat dibandingkan persalinan normal karena disertai tekanan emosional yang tinggi (Nurasla et al., 2022).

2) Dampak Psikologis pada Ibu dengan IUFD

IUFD merupakan pengalaman traumatis yang dapat menimbulkan dampak psikologis mendalam pada ibu. Reaksi yang umum muncul meliputi perasaan sedih, kehilangan, syok, marah, kecewa, rasa bersalah, hingga depresi. Banyak ibu merasa gagal menjalankan perannya sebagai seorang ibu sehingga muncul penurunan kepercayaan diri dan gangguan emosional berkepanjangan.

Penelitian mengenai pengalaman ibu dengan IUFD di Indonesia menunjukkan bahwa Sebagian besar ibu mengalami trauma psikologis yang berat setelah kehilangan janin. Dampak tersebut meliputi kecemasan, kesedihan mendalam, stress emosional, hingga gangguan dalam menjalankan peran sebagai istri dan ibu di lingkungan keluarga.

Selain depresi, ibu dengan IUFD juga berisiko mengalami gangguan kecemasan dan *post-traumatic stress disorder* (PTSD). Kondisi ini dapat dipicu oleh pengalaman persalinan yang traumatis, kurangnya dukungan keluarga, maupun stigma sosial dari lingkungan sekitar. Dukungan emosional dari tenaga kesehatan dan keluarga sangat berpengaruh terhadap proses pemulihan psikologis ibu.

Beberapa ibu bahkan mengalami gangguan tidur, kehilangan motivasi, menarik diri dari lingkungan sosial, hingga ketakutan menghadapi kehamilan berikutnya. Oleh karena itu, pendekatan psikologis dan komunikasi terapeutik sangat diperlukan dalam

penatalaksanaan ibu dengan IUFD agar proses berduka dapat dilalui secara sehat (Sinaga et al., 2020).

2.1.10. Langkah Pencegahan IUFD

Pencegahan IUFD dilakukan melalui upaya promotif, preventif, dan deteksi dini selama kehamilan. Tujuannya adalah menurunkan faktor risiko yang dapat menyebabkan kematian janin dalam rahim.

1. Pemeriksaan ANC secara rutin

Pemeriksaan ANC rutin sangat penting untuk mendeteksi komplikasi kehamilan sejak dini, seperti anemia, hipertensi, preeklampsia, diabetes gestasional, dan gangguan pertumbuhan janin. Ibu hamil dianjurkan melakukan pemeriksaan minimal 6 kali selama masa kehamilan sesuai rekomendasi kementerian kesehatan RI.

2. Memantau gerakan janin

Penurunan gerakan janin dapat menjadi tanda gangguan kesejahteraan janin dan berisiko menyebabkan IUFD. Pemantauan gerakan janin secara mandiri membantu deteksi dini kondisi gawat janin sehingga ibu dapat segera mencari pertolongan medis (Nawal & Safariah, 2024).

3. Menjaga status gizi ibu hamil

Nutrisi yang baik membantu pertumbuhan dan perkembangan janin. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin (IUGR) yang meningkatkan risiko IUFD.

4. Pencegahan anemia pada kehamilan

Anemia merupakan salah satu faktor risiko IUFD. Pencegahan dilakukan dengan:

- a) Konsumsi tablet tambah darah,
- b) Asupan makanan tinggi zat besi,
- c) Pemeriksaan kadar hemoglobin secara berkala.

5. Pengendalian penyakit penyerta pada ibu

Penyakit seperti:

- a) Hipertensi,
- b) Preeklampsia,
- c) Diabetes mellitus,
- d) Infeksi selama kehamilan.

Harus dikontrol dengan baik karena dapat mengganggu suplai oksigen dan nutrisi janin.

6. Menghindari faktor risiko kehamilan

Ibu hamil perlu menghindari:

- a) Merokok,
- b) Alkohol,
- c) Obat tanpa resep
- d) Stress berat,
- e) Aktivitas fisik berlebihan.

Faktor-faktor tersebut dapat memengaruhi aliran darah ke plasenta dan kondisi janin.

7. Edukasi kesehatan pada ibu hamil

Pendidikan kesehatan meningkatkan pengetahuan ibu mengenai:

- a) Tanda bahaya kehamilan,
- b) Pentingnya ANC,
- c) Pola hidup sehat,
- d) Kapan harus segera ke fasilitas kesehatan.

Edukasi terbukti membantu upaya pencegahan IUFD pada ibu hamil.

8. Deteksi dini komplikasi kehamilan

Pemeriksaan penunjang seperti USG, pemeriksaan tekanan darah, kadar hemoglobin, dan pemantauan denyut jantung janin penting dilakukan untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan janin atau insufisiensi plasenta lebih awal (Nawal & Safariah, 2024).

2.1.11. Peran Bidan Dalam Penatalaksanaan IUFD

Kasus *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) merupakan salah satu komplikasi obstetri yang memerlukan penanganan komprehensif serta kolaborasi multidisiplin. Dalam penatalaksanaan kasus IUFD, bidan memiliki peran penting mulai dari deteksi dini, pemberian asuhan kebidanan, pemantauan kondisi ibu, dukungan psikologis, hingga pelaksanaan rujukan apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan lebih lanjut.

Peran bidan dalam kasus IUFD meliputi:

- 1. Deteksi dini dan identifikasi faktor risiko melalui pelayanan antenatal, termasuk pemantauan gerakan janin, pemeriksaan denyut jantung janin,

pengukuran tekanan darah, serta identifikasi faktor risiko yang dapat meningkatkan kejadian IUFD.

2. Melakukan pengkajian dan pemantauan kondisi ibu secara berkesinambungan untuk mendeteksi adanya komplikasi yang dapat membahayakan keselamatan ibu.
3. Memberikan asuhan kebidanan sesuai kebutuhan ibu selama proses persalinan dan masa nifas, termasuk observasi tanda vital, pencegahan komplikasi, dan pendokumentasian asuhan.
4. Memberikan dukungan psikologis dan konseling kepada ibu serta keluarga dalam menghadapi kehilangan janin.
5. Melakukan kolaborasi dan rujukan kepada dokter atau fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan lanjutan.

Peran tersebut sejalan dengan Standar Profesi Bidan yang menyatakan bahwa bidan memberikan pelayanan kebidanan secara mandiri, kolaboratif, dan rujukan sesuai kebutuhan klien serta batas kompetensi profesional bidan (Ayu Iestari, 2016; Noraffandy Yahaya & Nur Fazila i Salleh, 2020).

2.2. Preeklampsia

2.2.1. Definisi Preeklampsia

Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi dalam kehamilan yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu dan ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada dua kali pemeriksaan dengan jarak minimal 4 jam, yang dapat disertai proteinuria maupun tanda disfungsi organ lainnya.

Menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), diagnosis preeklampsia tidak selalu memerlukan adanya proteinuria apabila ditemukan tanda-tanda gangguan organ seperti trombositopenia, gangguan fungsi hati, insufisiensi ginjal, edema paru, atau gangguan serebral dan visual (ACOG, 2020).

Preeklampsia menjadi masalah besar bukan hanya karena preeklampsia berdampak pada ibu saat hamil dan melahirkan, namun juga menimbulkan masalah pasca persalinan akibat disfungsi endotel di berbagai organ, seperti risiko penyakit kardiometabolik dan komplikasi lainnya. Faktor yang sering ditemukan penyebab terjadinya preeklampsia (*multiple causation*), baik itu faktor internal maupun faktor eksternal. Faktor internal preeklampsia seperti usia ibu, obesitas, paritas, jarak kehamilan, riwayat keturunan, riwayat preeklampsia, stres dan kecemasan, serta riwayat hipertensi (Fills Felicia Ismail et al., 2025).

2.2.2. Etiologi dan Faktor Risiko Preeklampsia

Etiologi preeklampsia hingga saat ini belum diketahui secara pasti. Namun, preeklampsia diduga terjadi akibat gangguan perkembangan dan fungsi plasenta yang menyebabkan terjadinya disfungsi endotel serta gangguan perfusi uteroplasenta. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah dan berbagai komplikasi selama kehamilan (Nevin et al., 2025).

Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian preeklampsia meliputi umur ibu, paritas, riwayat preeklampsia, penyakit

kronis, obesitas, dan jarak kehamilan. Ibu hamil dengan usia terlalu muda atau terlalu tua memiliki risiko lebih tinggi mengalami preeklampsia dibandingkan usia reproduksi sehat. Selain itu, paritas juga berpengaruh terhadap kejadian preeklampsia, baik pada primigravida maupun multipara dengan faktor risiko tertentu. Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya preeklampsia pada kehamilan berikutnya (Nevin et al., 2025).

Penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, dan gangguan ginjal juga diketahui berhubungan dengan peningkatan risiko preeklampsia. Selain itu, obesitas merupakan salah satu faktor risiko penting karena dapat menyebabkan gangguan fungsi pembuluh darah dan meningkatkan proses inflamasi yang berkontribusi terhadap terjadinya preeklampsia. Jarak kehamilan yang terlalu dekat maupun terlalu jauh juga dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia. Oleh karena itu, identifikasi faktor risiko sejak awal kehamilan sangat penting untuk mendukung deteksi dini dan pencegahan komplikasi yang dapat terjadi akibat preeklampsia (Nevin et al., 2025).

2.2.3. Patofisiologi Preeklampsia

Preeklampsia diawali oleh kegagalan remodeling arteri spiralis pada awal kehamilan sehingga aliran darah ke plasenta menjadi tidak optimal. Hipoperfusi plasenta menyebabkan pelepasan mediator inflamasi dan faktor antiangiogenik ke dalam sirkulasi maternal. Kondisi ini mengakibatkan vasospasme, peningkatan permeabilitas vaskular, aktivasi

sistem koagulasi, serta kerusakan endotel yang akhirnya menimbulkan hipertensi, proteinuria, dan gangguan fungsi organ pada ibu (Cunningham et al., 2018).

2.2.4. Dampak Preeklampsia terhadap Janin dan Hubungannya dengan

IUFD

Preeklampsia dapat menyebabkan penurunan perfusi uteroplasenta sehingga suplai oksigen dan nutrisi kepada janin berkurang. Akibatnya, janin berisiko mengalami gangguan pertumbuhan intrauterin (IUGR), prematuritas, berat badan lahir rendah, asfiksia, hingga kematian janin dalam rahim atau IUFD. Risiko IUFD pada ibu dengan preeklampsia lebih tinggi dibandingkan kehamilan normal karena adanya insufisiensi plasenta yang menyebabkan hipoksia janin kronis (ACOG, 2020; Phipps et al., 2016).

2.3. Skrining Kelayakan Penggunaan Kontrasepsi Menurut WHO *Medical Eligibility Criteria* (MEC)

Sebelum pemilihan metode kontrasepsi, tenaga kesehatan perlu melakukan skrining terhadap kondisi kesehatan calon akseptor untuk memastikan keamanan dan kesesuaian metode kontrasepsi yang akan digunakan. *World Health Organization* (WHO) mengembangkan *Medical Eligibility Criteria* (MEC) sebagai pedoman bagi tenaga kesehatan dalam menentukan kelayakan penggunaan metode kontrasepsi berdasarkan kondisi medis tertentu yang dimiliki akseptor. Tujuan skrining ini adalah untuk

mengurangi risiko komplikasi serta membantu akseptor memperoleh metode kontrasepsi yang aman, efektif, dan sesuai dengan kondisi kesehatannya.

WHO MEC mengelompokkan kondisi medis akseptor ke dalam empat kategori, yaitu:

- 1) Kategori 1, yaitu kondisi di mana tidak terdapat pembatasan penggunaan metode kontrasepsi.
- 2) Kategori 2, yaitu kondisi di mana keuntungan penggunaan metode kontrasepsi umumnya lebih besar dibandingkan risiko yang mungkin timbul.
- 3) Kategori 3, yaitu kondisi di mana risiko penggunaan metode kontrasepsi umumnya lebih besar dibandingkan keuntungannya sehingga memerlukan pertimbangan khusus serta pengawasan tenaga kesehatan.
- 4) Kategori 4, yaitu kondisi yang menunjukkan bahwa penggunaan metode kontrasepsi menimbulkan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima sehingga metode tersebut tidak boleh digunakan.

Salah satu kondisi yang perlu diperhatikan dalam skrining kontrasepsi adalah riwayat hipertensi, termasuk hipertensi yang terjadi selama kehamilan. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta konseling yang komprehensif sebelum menentukan metode kontrasepsi yang sesuai bagi setiap akseptor.

Riwayat hipertensi pada kehamilan merupakan salah satu kondisi yang perlu dikaji sebelum pemilihan metode kontrasepsi. Menurut WHO *Medical Eligibility Criteria* (MEC), wanita dengan riwayat hipertensi

selama kehamilan yang tekanan darahnya telah kembali normal setelah persalinan umumnya masih dapat menggunakan kontrasepsi suntik progestin (DMPA) karena termasuk kategori 1, yaitu tidak terdapat pembatasan dalam penggunaan metode kontrasepsi tersebut. Meskipun demikian, skrining dan konseling tetap diperlukan untuk memastikan keamanan dan kesesuaian metode kontrasepsi yang dipilih oleh akseptor (Barrier et al., 2015).

2.4. Telaah Jurnal

2.4.1. Hubungan Hipertensi dengan Kejadian IUFD

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara hipertensi dengan kejadian IUFD dengan nilai $p=0,01$ dan $OR=2,444$, yang berarti ibu hamil dengan hipertensi memiliki risiko 2,444 kali lebih besar mengalami IUFD dibandingkan ibu yang tidak hipertensi. Dari 19 ibu yang mengalami hipertensi, sebanyak 10 orang (62,5%) mengalami IUFD. Peneliti menjelaskan bahwa hipertensi dalam kehamilan dapat menyebabkan gangguan aliran darah uteroplacenta sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke janin berkurang. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan hipoksia janin, gangguan pertumbuhan janin, hingga kematian janin dalam kandungan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hipertensi merupakan salah satu faktor maternal yang berperan penting dalam terjadinya IUFD (Hartalina & Sulistyawati, 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Liya Lugita Sari berjudul "*Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Intra Uterine Fetal Death*"

(IUFD) pada Ibu Bersalin di RSUD Hasanuddin Damrah Manna" menggunakan metode case control terhadap 34 responden. Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penyakit atau penyulit kehamilan dengan kejadian IUFD dengan nilai $p=0,02$. Sebagian besar ibu yang memiliki penyakit atau penyulit kehamilan mengalami IUFD, yaitu sebanyak 9 dari 11 responden (81,8%). Dalam pembahasannya dijelaskan bahwa salah satu penyakit penyulit kehamilan yang berhubungan dengan IUFD adalah hipertensi dan preeklampsia. Pada kondisi preeklampsia terjadi vasospasme pembuluh darah yang menyebabkan peningkatan tekanan darah ibu serta penurunan aliran darah ke plasenta. Akibatnya terjadi gangguan pertumbuhan janin, kekurangan oksigen (hipoksia), gawat janin, hingga kematian janin dalam kandungan (Apriani & Nurjannah, 2022).

Penelitian yang dilakukan oleh Darmiati berjudul "*Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Haji Makassar Tahun 2018*" bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim (IUFD), diantaranya status gizi ibu, hipertensi, dan preeklampsia/eklampsia. Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Sampel penelitian berjumlah 177 ibu hamil yang diambil menggunakan teknik *total sampling* di RSUD Haji Makassar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara hipertensi dengan kejadian kematian janin dalam rahim. Dari 33 ibu hamil

yang mengalami hipertensi, sebanyak 8 orang (24,4%) mengalami IUFD, sedangkan pada kelompok yang tidak mengalami hipertensi hanya 2 orang (1,4%) yang mengalami IUFD. Hasil uji statistik menggunakan *Chi-Square* menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($<0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian janin dalam rahim. Peneliti menjelaskan bahwa hipertensi dapat menyebabkan gangguan pada pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah ke plasenta. Kondisi tersebut mengakibatkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi kepada janin. Apabila berlangsung dalam waktu yang lama, keadaan ini dapat menyebabkan hipoksia janin, gangguan pertumbuhan janin, hingga kematian janin dalam kandungan. Selain itu, vasokonstriksi yang terjadi pada hipertensi dapat mengurangi perfusi uteroplasenta sehingga kebutuhan janin tidak terpenuhi secara optimal (Syarif, 2018).

2.4.2. Hubungan Obesitas dengan Kejadian IUFD

Pada penelitian menunjukkan bahwa insiden lahir mati meningkat seiring dengan peningkatan IMT ibu dengan nilai $p < 0,001$. Studi tersebut merupakan studi dengan jumlah sampel terbanyak yaitu sebanyak 314.651 wanita. Dalam studi tersebut dijelaskan bahwa insiden lahir mati pada janin dari ibu yang obesitas tidak secara langsung diakibatkan oleh obesitas. Namun, lahir mati dikaitkan dengan terjadinya disfungsi plasenta. Pada pasien obesitas, menunjukkan adanya kelainan metabolik dan kelainan vaskular yang serupa dengan pasien yang mengalami preeklampsia. Pada

studi prospektif yang dilakukan di Pakistan dan India juga menunjukkan bahwa insiden kematian perinatal lebih tinggi pada wanita dengan IMT yang tinggi. Namun, insiden terjadinya hipertensi dalam kehamilan, preeklampsia, dan eklampsia juga lebih banyak dialami oleh kelompok wanita obesitas dibandingkan wanita dengan IMT normal dan *underweight*. Hal ini penting untuk diperhatikan karena hipertensi dalam kehamilan berhubungan dengan terjadinya restriksi pertumbuhan janin, solusio plasenta, kelahiran prematur, lahir mati, dan kematian neonatal (Mulyani et al., 2021).

Indeks Massa Tubuh yang dimiliki responden pada penelitian ini adalah mayoritas kategori normal (65.1%) dengan mengalami kejadian IUFD lanjut (53.6%) sedangkan untuk responden dengan IMT obesitas mayoritas responden mengalami kejadian IUFD lanjut (84.6%). Terlihat bahwa kedua kategori IMT tersebut memiliki kesamaan mengalami IUFD lanjut. Hasil penelitian ini memiliki kesamaan dengan hasil penelitian Mardania et al (2019) yang menunjukkan bahwa mayoritas responden dengan IUFD memiliki kategori IMT Normal. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan teori Cunningham et al dalam Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan tentang Gambaran Faktor risiko Intrauterine Fetal Death (IUFD) yang menyatakan bahwa obesitas merupakan faktor risiko dalam kejadian IUFD karena berkaitan dengan kejadian hipertensi kronik dalam preeklampsia yang memiliki kecenderungan untuk terjadi pada ibu hamil dengan obesitas, sehingga IMT ibu yang tinggi pada awal kehamilan adalah

faktor risiko IUFD (Mardania et al., 2019). Sehingga dari teori tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa IMT normal memiliki risiko mengalami kejadian IUFD apabila disertai dengan hipertensi kronis dalam kehamilan (Asfia, 2023).

2.5. Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP merupakan suatu proses pencatatan pelayanan kebidanan yang dilakukan secara terstruktur melalui empat komponen yaitu Subjective, Objective, Assessment, dan Planning. Metode SOAP digunakan untuk membantu bidan dalam mengumpulkan dan menyusun data pasien, untuk menentukan diagnosis, menyusun rencana tindakan, serta mengevaluasi hasil asuhan yang diberikan. Selain itu, pendokumentasian SOAP berfungsi sebagai bukti tertulis dalam rekam medis yang akurat dan lengkap sehingga dapat digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan, komunikasi antar tenaga kesehatan, serta perlindungan hukum bagi bidan maupun klien.

2.5.1.S (Subjektif)

Data subjektif merupakan data yang didapatkan dari klien atau keluarga melalui hasil anamnesa mengenai kondisi dan keluhan yang dirasakan pasien. Informasi ini berasal dari persepsi dan perasaan pasien sehingga tidak dapat diukur secara langsung oleh bidan. Data ini dapat meliputi identitas klien, keluhan kesehatan, rasa nyeri, perasaan lemah, ketakutan, kecemasan, frustrasi dan mual, serta perasaan lain yang dirasakan pasien.

2.5.2.O (Objektif)

Data objektif merupakan data yang didapat melalui hasil observasi dan pemeriksaan fisik yang dapat diukur secara langsung menggunakan

pancaindera seperti melihat, mendengar, mencium dan meraba. Dan untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien secara nyata dan dapat dibuktikan mellaui hasil pemeriksaan. Misalnya frekuensi nadi, pernafasan, tekanan darah, adanya oedema, berat badan, serta tingkat kesadaran pasien

2.5.3. A (Assesment)

Assasment merupakan proses pengambilan keputusan yang dilakukan untuk menentukan alternatif pemecahan masalah berdasarkan data yang telah diperoleh. Hasil analisis tersebut kemudian digunakan sebagai dasar dalam menyusun rencana asuhan kebidanan sebelum tindakan kebidanan diberikan kepada pasien.

2.5.4. P (Planning)

Penatalaksanaan merupakan sebuah proses menyelesaikan masalah klinis melalui suatu keputusan dan pemberian asuhan atau perawatan yang sesuai berdasarkan tindakan kebidanan yang telah direncanakan (Pitriani & Andriyani, 2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. I Usia 24 Tahun G2P1A0

Gravida 30-31 Minggu dengan IUFD

Tanggal Pengkajian : 02 April 2026

Waktu Pengkajian : 17.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang VK

Nama Mahasiswa : Isma Nursyabila

NIM : KHGB23023

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama : Ny. I

Nama : Tn. A

Umur : 24 Tahun

Umur : 34 tahun

Suku : Sunda

Suku : Sunda

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SLTP

Pendidikan : SLTP

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : BHL

Alamat : Kp. Pasir jeungjing, RT.004 RW.003, Desa. Simpangsari,
Kec. Cisurupan, Kab. Garut

2. Alasan Datang

Ibu datang ke RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 02 April 2026 pukul 17.00 WIB dengan rujukan dari Puskesmas Bayongbong, diantar oleh bidan dan keluarga. Ibu mengeluh mulas sejak pukul 10.00 WIB dan tidak

merasakan gerakan janin sejak pukul 08.00 WIB. Ibu mengatakan selama kehamilan beberapa kali mendapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah meningkat saat pemeriksaan ANC sehingga ibu dirujuk untuk mendapatkan pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut.

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh lemas, mual, dan pusing serta tidak merasakan gerakan janin sejak pukul 08.00 WIB. Ibu mengatakan selama kehamilan tekanan darahnya beberapa kali meningkat dengan hasil pemeriksaan berkisar antara 130/90 mmHg sampai 130/100 mmHg. Ibu tidak mengeluh nyeri ulu hati, pandangan kabur maupun kunang-kunang. Setelah dilakukan pemeriksaan di ruang PONEK, DJJ tidak terdengar dan hasil USG menunjukkan janin telah meninggal.

4. Riwayat Obstetri

a) Riwayat Menstruasi

Menarche : 11 tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

Banyak : 2-3 kali ganti pembalut

Keluhan : Tidak ada keluhan

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

No	Tahun	Tempat	Penolong	UK	Jenis	BB Lahir	JK	Keadaan	Penyulit
01	2018	RS	Bidan	8 bln	Normal	1600	P	Hidup	Hipertensi
02	Hamil ini								

Tabel 3. 1 Riwayat Kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

c) Riwayat Kehamilan Sekarang

Pada kehamilan ini ibu berstatus G2P1A0. Berdasarkan HPHT tanggal 15 Agustus 2025 diperoleh HPL tanggal 22 Mei 2026. Data tersebut diperoleh dari buku KIA dan hasil perhitungan usia kehamilan. Ibu melakukan kunjungan ANC kurang dari 6 kali selama kehamilan dan telah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali. Ibu mengatakan mengetahui kehamilannya pada usia kehamilan sekitar 3 bulan. Berdasarkan hasil pemeriksaan ANC, ibu beberapa kali mendapatkan hasil tekanan darah meningkat berkisar antara 130/90 mmHg hingga 130/100 mmHg. Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi sebelum kehamilan, namun pada kehamilan pertama dan kehamilan saat ini mengalami peningkatan tekanan darah selama masa kehamilan. Sebelum dirujuk ke RSUD dr. Slamet Garut, ibu mendapatkan penanganan awal di Puskesmas Bayongbong. Berdasarkan catatan rujukan, ibu diberikan terapi berupa Nipedipin, Dopamet, dan MgSO₄.

sebagai penatalaksanaan awal terhadap kondisi hipertensi dalam kehamilan. Setelah mendapatkan penanganan awal, ibu dirujuk ke RSUD dr. Slamet Garut untuk pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut. Ibu tidak mengonsumsi obat-obatan tertentu.

5. Riwayat Ginekologi

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

6. Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi kronik sebelum kehamilan. Namun pada kehamilan pertama dan kehamilan saat ini ibu mengalami tekanan darah tinggi selama masa kehamilan. Ibu juga tidak memiliki riwayat penyakit jantung, diabetes melitus, asma, TBC, malaria maupun penyakit kronis lainnya.

7. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suami, ibu menikah usia 17 tahun dan suami usia 20 tahun, lama pernikahan 10 tahun.

8. Pola Kebutuhan Sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu mengatakan makan sebanyak 3 kali sehari dengan porsi sedang. Menu makanan yang dikonsumsi terdiri dari nasi, lauk pauk, sayuran, dan sesekali buah-buahan. Ibu tidak memiliki pantangan makanan

maupun alergi makanan tertentu. Selama kehamilan nafsu makan ibu baik dan ibu minum air putih sekitar 7-8 gelas per hari.

b) Eliminasi

Ibu mengatakan BAK 4-5 kali per hari dengan warna kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri saat berkemih, dan BAB 1-2 kali per hari dengan konsistensi lunak serta tidak ada keluhan.

c) Istirahat

Ibu mengatakan tidur malam sekitar ± 7 jam, yaitu dari pukul 21.00 WIB sampai pukul 04.30 WIB. Ibu terkadang tidur siang selama 1-2 jam dan tidak mengalami gangguan tidur.

d) Personal Hygiene

Ibu mengatakan mandi 2 kali sehari, menggosok gigi 2 kali sehari, keramas 2-3 kali dalam seminggu, serta rutin mengganti pakaian dan pakaian dalam setiap hari.

9. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB Suntik 3 bulan selama 5 tahun. Alasan berhenti KB karena ingin memiliki anak lagi.

10. Kegiatan Sehari-hari

Ibu mengatakan kegiatan sehari-hari mengerjakan pekerjaan rumah.

11. Psikologis

Ibu tampak sedih dan cemas setelah mengetahui kondisi janinnya telah meninggal dalam kandungan. Namun ibu dapat berkomunikasi dengan baik, kooperatif selama proses pemeriksaan, serta mampu memahami informasi dan penjelasan yang diberikan. Ibu mengatakan berusaha menerima kondisi yang dialaminya dan berharap proses persalinan

berjalan dengan lancar. Secara umum kondisi psikologis ibu cukup baik dan ibu mendapatkan dukungan dari suami serta keluarga yang mendampingi selama perawatan.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV
 - a) TD : 170/110 mmHg
 - b) Nadi : 91 x/m
 - c) Suhu : 36,5°C
 - d) Respirasi : 21 x/m

d. Antropometri

BBSH	: 62 kg
BB saat pemeriksaan	: 71 kg
Kenaikan BB	: 9 kg
TB	: 156 cm
LP	: 76 cm
LILA	: 31 cm
IMT	: 25,5 kg/m ²

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Warna rambut hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

- b. Mata : Simetris, sklera putih konjungtiva merah muda
- c. Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
- d. Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat
- e. Telinga : Simetris, fungsi pendengaran baik
- f. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan limfe
- g. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pengeluaran ASI
- h. Abdomen
 - 1) Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi, terdapat striae gravidarum
 - 2) Palpasi
 - Leopold I : Teraba keras, bulat, melenting
 - Leopold II : Teraba keras memanjang seperti papan
 - Leopold III : Teraba besar, lunak, tidak melenting
 - Leopold IV : Bagian terbawah belum masuk PAP, masih dapat digoyangkan
 - DJJ : Tidak terdengar
 - HIS : 4x10'40"
 - TFU : 26 cm
 - TBBJ : 2.015 gram
- i. Genetalia
 - Vulva / Vagina t.a.k
 - Terpasang Kateter

Portio : Tebal

Pembukaan : 5 cm

Ketuban : Tidak ada, pecah pukul 16.45 WIB

Presentasi : Bokong

j. Ekstremitas

Atas : Terpasang infus RL + drip Oxy 5 IU, tidak oedema, tidak ada kelainan

Bawah : Tidak ada varises, tidak oedema

3. Pemeriksaan Penunjang

HB : 12 g/dl

Golongan Darah : A+

Protein Urine : Negatif

Glukosa Urine : Negatif

Sifilis : Non-Reaktif

HBsAg : Non-Reaktif

HIV : Non-Reaktif

C. ANALISA

G2P1A0 30-31 Minggu dengan Preeklampsia serta IUFD

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

E : Ibu mengetahui.

2. Memberitahu ibu bahwa usia kehamilan ibu 30-31 minggu, dan menjelaskan kondisi bayi dalam kandungan

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

3. Memberikan dukungan emosional dengan mengajarkan Teknik relaksasi ketika ada HIS dan menyarankan ibu untuk berdzikir.

E : Ibu merasa tenang dan mengikuti arahan.

4. Memberikan Konseling Informasi Edukasi tentang persiapan persalinan

E : Ibu memahami.

5. Menganjurkan ibu untuk pemenuhan nutrisi dan hidrasi secara adekuat guna menambah tenaga untuk persiapan mengejan

E : Ibu bersedia untuk memenuhi nutrisi dan hidrasi yang adekuat.

6. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK guna keefektifan penurunan bagian terendah

E : Ibu bersedia dan mengerti.

7. Mengajarkan kepada ibu Teknik pernafasan yang baik dan benar yaitu dengan menarik nafas lewat hidung dan keluar lewat mulut jika ibu merasakan mules

E : Ibu memahami dan dapat melakukannya.

8. Melakukan observasi kemajuan persalinan

E : Observasi telah dilakukan.

9. Melakukan observasi kondisi umum dan tanda-tanda vital ibu, meninjau terapi yang telah diberikan sebelum rujukan berupa nipedipin, Dopamet, dan MgSO₄, serta melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi untuk penatalaksanaan lebih lanjut.

E: Observasi dilakukan.

3.1.1. Catatan Perkembangan Kala II

Hari / Tanggal Pengkaji : Kamis, 02 April 2025

Pukul : 17.35 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Isma Nursyabila

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan sudah merasa mules semakin kuat dan sudah ada dorongan meneran seperti ingin buang air besar.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik

b) Kesadaran : Composmentis

c) TTV

TD : 130/90 mmHg

Nadi : 88 x/m

Suhu : 36,3°C

Respirasi : 20 x/m

2. Pemeriksaan Fisik Abdomen

Ekstremitas atas : Terpasang infus RL dengan drip oksitosin yang masih berjalan, tidak terdapat oedema dan tidak ada kelainan.

HIS : 5x10'55"

DJJ : Tidak ada

Kandung Kemih : Kosong

3. Pemeriksaan Dalam

Vulva/vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : Tidak ada, pecah pukul 16.45 WIB

Presentasi : Bokong

Penurunan : H-IV

Terdapat tanda gejala kala II dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan anus membuka.

C. ANALISA

G2P1A0 30-31 Minggu Inpartu kala II dengan IUFD

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan kepada ibu hasil dari pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan serta memberitahu kepada ibu bahwa ibu sudah boleh mengejan jika ada HIS dan istirahat jika tidak ada HIS

E : Ibu memahami dan bersedia untuk melakukan instruksi.

2. Mengobservasi kemajuan persalinan

E : Telah dilakukan.

3. Melakukan pengecekan ulang dan mendekatkan partus set, hecing set, serta obat-obatan

E : Telah dilakukan dan telah disiapkan.

4. Menggunakan alat pelindung diri lengkap sebelum melakukan pertolongan

E : Alat pelindung diri telah digunakan.

5. Memberikan support kepada ibu untuk tetap semangat dalam melahirkan bayinya

E : Ibu merasa lebih tenang dan siap untuk mengejan.

6. Membantu ibu dengan memimpin meneran yang baik ketika HIS datang, menganjurkan ibu untuk istirahat dan minum disaat HIS menghilang dan memberi motivasi pujian kepada ibu disaat ibu dapat meneran dengan baik, bokong maju secara perlahan tampak di perineum, bokong dan kaki lahir, lalu lakukan Manuver Bracht

E : Bayi lahir presentasi bokong pukul 17.45 WIB, keadaan meninggal.

Jenis kelamin Perempuan, BB : 810 gram.

7. Membungkus bayi menggunakan kain

E : Telah dilakukan.

3.1.2. Catatan Perkembangan Kala III

Tanggal pengkajian : 02 April 2026
 Waktu : 17.45
 Tempat : Ruang VK
 Pengkaji : Isma Nursyabila

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu merasa sedih karena bayinya meninggal. Ibu masih merasakan mules.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan Fisik

a) Abdomen

Janin kedua : Tidak ada

Uterus : Globuler

TFU : Sepusat

Kontraksi : Keras

Kandung kemih : Kosong

b) Genetalia

Terdapat semburan darah spontan, tali pusat memanjang depan vulva.

C. ANALISA

P2A0 Kala III

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu kepada ibu bahwa plasenta akan segera lahir

E : Ibu mengetahui.

2. Melakukan Manajemen Aktif kala III

- a) Memberitahu kepada ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin 10

IU secara IM di 1/3 paha atas bagian luar

E : Ibu bersedia dan Oxytosin disuntikan.

- b) Melakukan peregang tali pusat (PTT) setelah dipastikan terdapat tanda

pelepasan plasenta

E : Plasenta lahir pukul 17.55 WIB.

3. Melakukan massae fundus uteri dalam 15 detik untuk merangsang kontraksi

uterus dan mencegah perdarahan pasca persalinan

E : Uterus berkontraksi baik dan perdarahan dalam batas normal ± 100 cc.

4. Mengecek kelengkapan plasenta

E: Plasenta lahir lengkap.

3.1.3. Catatan Perkembangan Kala IV

Tanggal Pengkajian : 02 April 2026
 Waktu : 17.55 WIB
 Tempat : Ruang VK
 Pengkaji : Isma Nursyabila

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu merasa sedih karena bayinya meninggal.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV

a) TD : 130/90 mmHg

b) Nadi : 91 x/m

c) Suhu : 36,3

d) Respirasi : 22 x/m

2. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi Uterus : Keras

Kandung kemih : Kosong

b. Genetalia

- a) Perdarahan : ± 100 cc
- b) Vulva / perineum : Tidak terdapat laserasi

C. ANALISA

P2A0 Kala IV

D. PENATALAKSANAAN

1. Menilai perdarahan

E : Perdarahan dalam batas normal.

2. Melakukan pemasangan KB IUD pascaplasenta setelah ibu menyatakan bersedia menggunakan kontrasepsi tersebut

E : Pemasangan KB IUD pascaplasenta telah dilakukan dan ibu dalam keadaan baik.

3. Memberikan informasi kepada ibu dan keluarga mengenai perawatan setelah pemasangan KB IUD pascaplasenta, meliputi manfaat penggunaan KB IUD, kemungkinan efek samping, tanda bahaya yang perlu diwaspadai, serta pentingnya melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan (sekitar 4-6 minggu setelah pemasangan) untuk mengevaluasi kondisi ibu dan memastikan posisi KB IUD tetap baik

E : Ibu dan keluarga memahami informasi yang diberikan serta bersedia melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal yang dianjurkan.

4. Memberitahu kepada ibu dan keluarga bahwa hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan baik dan memberitahukan asuhan yang akan diberikan

E : Ibu mengetahui.

5. Memberi dukungan emosional pada ibu

E : Ibu menerima.

6. Membersihkan, merapihkan dan mengganti pakaian ibu, memakaikan pampers guna pemantauan perdarahan. Serta memantau tekanan darah, nadi, suhu, kontraksi uterus, TFU, pengeluaran darah, kandung kemih setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua

E : Sudah dilakukan dan ibu sudah dalam keadaan bersih dan nyaman.

7. Melakukan dekontaminasi alat

E : Dekontaminasi alat telah dilakukan.

8. Membersihkan, mencuci, mengeringkan, dan menyimpan partus set pada tempat yang telah disediakan

E : Alat telah dibersihkan dan disimpan kembali.

9. Mengajarkan kepada ibu cara massase uterus dan menilai kontraksi uterus yang baik

E : Ibu memahami dan dapat melakukannya.

10. Memberitahu kepada ibu mengenai tanda bahaya nifas dan menyarankan ibu untuk segera memberitahu jika ibu mengeluh pusing berat, pandangan kabur, dan kontraksi uterus tidak ada.

E : Ibu memahami dan bersedia.

11. Menganjurkan kepada ibu untuk mobilisasi di tempat tidur dengan cara miring kanan dan kiri

E : Ibu bersedia.

12. Mengajukan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasinya

E : Ibu bersedia.

13. Melakukan pemantauan 2 jam postpartum pada partograf, 1 jam pertama tiap 15 menit dan 30 menit pada jam kedua

E : Sudah dilakukan.

14. Melakukan pendokumentasian seluruh tindakan

E: Pendokumentasian telah dilakukan dan terlampir dalam partograf.

3.2. Asuhan Kebidanan Postnatal Care Pada Ny. I 24 tahun P2A0 di Ruang Agate

Tanggal Pengkajian : 02 April 2026
 Waktu : 20.00 WIB
 Tempat : Ruang Agate
 Pengkaji : Isma Nursyabila

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu tampak sedih, dan mengatakan belum percaya bahwa bayinya telah meninggal.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 Adaptasi Psikologi : Grieving

2. Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah : 130/90 mmhg
 Nadi : 89 x/m
 Pernafasan : 22 x/m
 Suhu : 36,5

3. Pemeriksaan F

4. isik

a. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

b. Payudara : Tidak terdapat pembengkakan, puting susu menonjol, simetris dan pengeluaran kolostrum (+)

c. Abdomen

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi Uterus : Keras

Kandung Kemih : Kosong

d. Genetalia

Perdarahan : Normal

Pengeluaran : Lochea Rubra

e. Ekstremitas : Tidak edema

C. ANALISA

P2A0 Postpartum 2 jam

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan rencana asuhan yang akan diberikan

E : Ibu memahami.

2. Memberitahu ibu untuk tetap memenuhi nutrisi dan hidrasi

E : Ibu bersedia.

3. Memberikan dukungan emosional kepada ibu, agar tidak berlarut-larut dalam kesedihan

E : Ibu mendengarkan saran yang diberikan.

4. Memberitahu ibu bahwa pengeluaran ASI pada ibu merupakan hal yang normal

E : Ibu paham.

5. Memberikan KIE mengenai penanganan ASI yang mungkin tetap keluar setelah persalinan. Edukasi yang diberikan meliputi:

- 1) Menganjurkan ibu menggunakan bra yang menopang payudara dengan baik.
- 2) Menghindari memerah atau menstimulasi payudara terlalu sering.
- 3) Menganjurkan istirahat yang cukup dan memenuhi kebutuhan cairan sesuai kebutuhan tubuh.
- 4) Menghindari paparan air panas secara langsung pada payudara.
- 5) Menjelaskan bahwa produksi ASI akan berkurang secara bertahap apabila payudara tidak diberikan stimulasi.

E : Ibu memahami dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

6. Memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas pada ibu

E : Ibu memahami dan mengetahui.

7. Melakukan pendokumentasian

E : Terlampir

3.3. Matriks Pembahasan Ny. I dengan IUFD

Tabel 3. 2 Matriks

Masalah	Pengertian	Penyebab/Faktor Risiko	Tanda dan Gejala	Planning Menurut Teori	<i>Evidence-based</i>
IUFD	IUFD adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin atau asfiksia. IUFD adalah keadaan tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin dalam kandungan (Pratiwi & Yuliawati, 2020).	IUFD merupakan kematian janin dalam kandungan yang bersifat multifaktorial, meliputi faktor ibu, janin, plasenta, lingkungan, dan faktor idiopatik. Pada kasus Ny. I, faktor risiko yang ditemukan yaitu hipertensi dalam kehamilan dan obesitas. Hipertensi dapat menyebabkan gangguan perfusi uteroplasenta sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke janin berkurang, sedangkan obesitas	Tanda dan gejala IUFD ditandai dengan : 1. Gerakan janin berkurang atau tidak ada 2. Denyut jantung janin tidak terdengar 3. Tinggi fundus uteri tidak sesuai usia kehamilan 4. Perdarahan pervaginam 5. Nyeri perut atau kontraks 6. Hasil USG	Penatalaksanaan IUFD meliputi : 1. Monitoring tanda vital ibu 2. Pemeriksaan laboratorium (Hb, Trombosit, Fibrinogen) 3. Terminasi Kehamilan melalui persalinan pervaginam atau induksi sesuai kondisi 4. Dukungan psikologis 5. Konseling mengenai penyebab IUFD dan rencana kehamilan berikutnya (Elina, 2022).	Menurut teori, IUFD ditandai dengan berkurang atau tidak adanya gerakan janin, denyut jantung janin tidak terdengar, serta konfirmasi melalui pemeriksaan USG. Pada kasus Ny. I ditemukan tidak adanya gerakan janin sejak pukul 08.00 WIB, DJJ tidak terdengar, dan hasil USG menunjukkan kematian janin intrauterin. Faktor risiko yang ditemukan pada Ny. I adalah hipertensi dalam kehamilan dan obesitas yang sesuai dengan teori sebagai faktor maternal penyebab IUFD. Oleh karena itu, terdapat

		meningkatkan risiko hipertensi gestasional, gangguan fungsi plasenta, serta hipoksia janin yang dapat berujung pada IUFD. Faktor risiko lain yang dapat menyebabkan IUFD antara lain anemia, diabetes melitus, infeksi selama kehamilan, usia ibu berisiko, kurangnya kunjungan ANC, IUGR, kelainan kongenital, dan kelainan plasenta (Fadlun Feryanto, 2016; Indonesia, 2017; Wuna & Yusuf, 2023).			kesesuaian antara teori dan kasus sehingga tidak ditemukan kesenjangan dalam penegakan diagnosis IUFD pada Ny. I.
--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada klien Ny.I usia 24 tahun G2P1A0 Gravida 30-31 minggu dengan IUFD. Pembahasan inii berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan penulis. Dalam asuhan tersebut terdapat persamaan dan kesenjangan teori dan praktik dilapangan pembahasan ini juga ditunjukan 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 hasil pengkajian pada Ny. I usia 24 tahun G2P1A0 usia kehamilan 30–31 minggu, diperoleh data subjektif berupa ibu tidak merasakan gerakan janin, merasakan mules, memiliki riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya, serta telah mendapatkan informasi dari rumah sakit bahwa janin telah meninggal dalam kandungan. Keluhan utama pada kasus ini adalah tidak adanya gerakan janin. Menurut teori, gerakan janin yang berkurang atau hilang merupakan salah satu manifestasi klinis utama pada kasus IUFD karena janin telah kehilangan aktivitas hidup di dalam uterus (Ode et al., 2023). Temuan ini sesuai dengan kondisi Ny. I yang menyatakan tidak lagi merasakan gerakan janin sejak pagi hari sebelum datang ke rumah sakit.

Secara fisiologis, gerakan janin mencerminkan kondisi kesejahteraan janin. Gangguan aliran darah uteroplasenta dapat menyebabkan

penurunan suplai oksigen dan nutrisi sehingga janin mengalami hipoksia dan aktivitas gerak menjadi berkurang (Faiza et al., 2023). Pada kasus ini, hasil pemeriksaan objektif berupa tidak terdengarnya denyut jantung janin dan hasil USG yang menunjukkan tidak adanya aktivitas jantung janin memperkuat adanya kesesuaian antara data subjektif, data objektif, dan teori mengenai IUFD.

Keluhan mules yang dirasakan ibu menunjukkan adanya kontraksi uterus sebagai tanda proses persalinan telah dimulai. Menurut teori, IUFD dapat disertai nyeri abdomen dan kontraksi uterus karena tubuh mulai merespons untuk mengeluarkan janin yang telah meninggal dari dalam rahim (Ode et al., 2023). Pada Ny. I, kontraksi yang dirasakan berkembang menjadi persalinan spontan pervaginam sehingga sesuai dengan teori persalinan IUFD yang menyebutkan bahwa sebagian besar kasus dapat berlangsung secara spontan setelah kematian janin terjadi (Elina, 2022).

Data subjektif lain yang penting pada kasus Ny. I adalah adanya riwayat peningkatan tekanan darah selama kehamilan. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan pada kehamilan sebelumnya pernah mengalami tekanan darah tinggi dan pada kehamilan saat ini tekanan darah beberapa kali meningkat berkisar antara 130/90 mmHg hingga 130/100 mmHg. Saat masuk rumah sakit didapatkan tekanan darah 170/110 mmHg. Ibu juga mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi sebelum hamil. Selain itu, berdasarkan hasil pemeriksaan tidak ditemukan proteinuria maupun tanda disfungsi organ lain yang mengarah pada preeklampsia. Oleh karena itu,

kondisi yang dialami ibu lebih sesuai dengan hipertensi gestasional dibandingkan hipertensi kronik maupun preeklampsia. Namun demikian, hipertensi dalam kehamilan tetap merupakan faktor risiko yang dapat menyebabkan gangguan perfusi uteroplasenta dan berkontribusi terhadap terjadinya IUFD (Cunningham et al., 2022).

Hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu faktor risiko maternal yang berhubungan dengan kejadian IUFD karena dapat menyebabkan gangguan aliran darah uteroplasenta. Akibatnya, suplai oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan janin menjadi berkurang sehingga meningkatkan risiko hipoksia, gangguan pertumbuhan janin, hingga kematian janin dalam kandungan (Faiza et al., 2023).

Pada kasus Ny. I, adanya riwayat hipertensi selama kehamilan yang didukung oleh hasil pemeriksaan tekanan darah 170/110 mmHg saat masuk rumah sakit menunjukkan bahwa hipertensi kemungkinan menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya IUFD (Faiza et al., 2023). Namun demikian, penyebab pasti kematian janin tidak dapat ditentukan hanya berdasarkan satu faktor sehingga perlu mempertimbangkan faktor risiko lainnya yang ditemukan pada ibu.

Selain hipertensi gestasional, kondisi tekanan darah yang mencapai 170/110 mmHg pada kasus ini juga perlu diwaspadai karena dapat mengarah pada preeklampsia. Preeklampsia merupakan gangguan hipertensi dalam kehamilan yang dapat menyebabkan vasospasme, disfungsi endotel, dan gangguan perfusi uteroplasenta. Kondisi tersebut dapat mengurangi

suplai oksigen dan nutrisi kepada janin sehingga meningkatkan risiko terjadinya gangguan pertumbuhan janin (IUGR), hipoksia kronis, hingga kematian janin dalam kandungan (IUFD). Oleh karena itu, meskipun diagnosis utama pada kasus ini adalah IUFD dengan hipertensi dalam kehamilan, teori mengenai preeklampsia tetap relevan untuk dibahas karena memiliki hubungan erat dengan gangguan perfusi uteroplasenta yang ditemukan pada kasus ini (Cunningham et al., 2018, 2022).

Pada kasus Ny. I, gangguan perfusi uteroplasenta diduga berkontribusi terhadap terhambatnya pertumbuhan janin dalam kandungan (IUGR). Hal ini terlihat dari berat badan lahir janin sebesar 810 gram pada usia kehamilan 30-31 minggu, yang berada di bawah berat badan normal untuk usia kehamilan tersebut. Meskipun hasil tafsiran berat badan janin berdasarkan pengukuran TFU adalah 2.015 gram, hasil tersebut merupakan estimasi yang memiliki keterbatasan akurasi, terutama pada kehamilan patologis dengan dugaan IUGR dan obesitas maternal. IUGR merupakan salah satu kondisi yang berhubungan dengan peningkatan risiko IUFD karena janin mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi dalam waktu yang lama sehingga meningkatkan risiko hipoksia kronis dan kematian intrauterin (Kingdom et al., 2023).

Selain itu, kunjungan ANC pada Ny. I belum mencapai enam kali selama kehamilan. Namun kondisi tersebut perlu diinterpretasikan dengan mempertimbangkan bahwa kehamilan berakhir pada usia 30–31 minggu sehingga belum mencapai usia aterm. Meskipun demikian, ANC yang

teratur tetap penting untuk mendeteksi faktor risiko dan komplikasi kehamilan secara dini (Karrar et al., 2025).

Selain hipertensi, faktor maternal lain yang perlu diperhatikan pada kasus ini adalah obesitas. Obesitas diketahui dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan sehingga secara tidak langsung dapat meningkatkan risiko gangguan pertumbuhan janin dan IUFD. Oleh karena itu, obesitas diduga menjadi salah satu faktor yang turut berkontribusi terhadap terjadinya IUFD pada Ny. I (Aune et al., 2014).

Setelah mengetahui bahwa janin telah meninggal, ibu tampak lemas, sedih, dan mengalami tekanan emosional. Reaksi tersebut merupakan respons psikologis yang umum terjadi pada ibu dengan IUFD. Kehilangan janin dapat menimbulkan syok, kesedihan mendalam, kecemasan, depresi, hingga gangguan stres pascatrauma sehingga dukungan emosional dan komunikasi terapeutik menjadi bagian penting dalam asuhan kebidanan (Sinaga et al., 2020).

Berdasarkan seluruh data subjektif yang diperoleh, yaitu tidak adanya gerakan janin, adanya kontraksi uterus, riwayat hipertensi selama kehamilan, faktor obesitas, serta kunjungan ANC yang belum optimal, ditemukan kesesuaian antara kondisi yang dialami Ny. I dengan teori mengenai faktor risiko dan manifestasi klinis IUFD. Data subjektif tersebut menjadi dasar penting dalam proses penegakan diagnosis yang kemudian diperkuat melalui data objektif dan pemeriksaan penunjang.

4.2. Data Objektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan objektif pada Ny. I diperoleh keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 170/110 mmHg, nadi 91 kali/menit, respirasi 21 kali/menit, dan suhu 36,5°C, TFU 26 cm, DJJ tidak terdengar, presentasi bokong, serta hasil USG menunjukkan tidak adanya denyut jantung dan gerakan janin. Data objektif tersebut mendukung diagnosis IUFD.

Pada kasus Ny. I ditemukan tekanan darah 170/110 mmHg yang termasuk hipertensi berat dalam kehamilan. Kondisi ini merupakan salah satu faktor maternal yang berperan dalam terjadinya IUFD. Secara patofisiologis, hipertensi menyebabkan vasospasme dan kerusakan endotel pembuluh darah sehingga perfusi uteroplasenta menurun. Akibatnya, suplai oksigen dan nutrisi kepada janin menjadi tidak optimal yang dapat menyebabkan hipoksia kronis, gangguan pertumbuhan janin, hingga kematian janin intrauterin. Temuan ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko penting terjadinya IUFD (Faiza et al., 2023).

Selain hipertensi, pada data objektif juga ditemukan bahwa Ny. I memiliki IMT sebelum hamil sebesar 25,5 kg/m² yang termasuk kategori obesitas berdasarkan klasifikasi Asia-Pasifik. Berdasarkan data antropometri, berat badan ibu sebelum hamil adalah 62 kg dengan tinggi badan 156 cm sehingga diperoleh IMT 25,5 kg/m². Obesitas merupakan salah satu faktor risiko maternal yang dapat meningkatkan terjadinya

komplikasi kehamilan, seperti hipertensi gestasional dan preeklampsia. Hasil telaah jurnal menunjukkan bahwa obesitas tidak secara langsung menyebabkan terjadinya IUFD, namun obesitas berkaitan dengan peningkatan kejadian hipertensi dalam kehamilan, preeklampsia, serta gangguan fungsi plasenta yang dapat berdampak pada pertumbuhan dan kesejahteraan janin. Pada kasus Ny. I, kondisi obesitas yang disertai hipertensi berat kemungkinan berkontribusi terhadap terjadinya gangguan perfusi uteroplasenta sehingga suplai oksigen dan nutrisi kepada janin menjadi tidak optimal. Kondisi tersebut dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan janin, hipoksia kronis, hingga meningkatkan risiko terjadinya IUFD (Mulyani et al., 2021).

Hasil pemeriksaan menunjukkan TFU sebesar 26 cm, sedangkan usia kehamilan berdasarkan HPHT dan hasil anamnesis adalah 30-31 minggu. Berdasarkan standar pengukuran tinggi fundus uteri, setelah usia kehamilan 24 minggu nilai TFU dalam sentimeter umumnya mendekati usia kehamilan dalam minggu dengan toleransi ± 2 cm. Dengan demikian, pada usia kehamilan 30-31 minggu, TFU yang diharapkan berkisar antara 28-33 cm. Pada kasus Ny. I didapatkan TFU 26 cm, yaitu lebih kecil sekitar 2-7 cm dibandingkan ukuran yang diharapkan pada usia kehamilan 30-31 minggu. Temuan ini sesuai dengan teori bahwa pada kasus IUFD dapat ditemukan tinggi fundus uteri yang lebih kecil dibandingkan usia kehamilan akibat terhentinya pertumbuhan janin atau adanya hambatan pertumbuhan janin sebelum kematian intrauterin terjadi (Faiza et al., 2023).

Pada pemeriksaan diperoleh hasil bahwa denyut jantung janin tidak terdengar. Menurut teori, tidak ditemukannya denyut jantung janin merupakan salah satu tanda utama IUFD. Pemeriksaan menggunakan doppler atau alat pendengar DJJ yang tidak menemukan aktivitas jantung harus dilanjutkan dengan pemeriksaan USG untuk memastikan kondisi janin (Faiza et al., 2023). Pada kasus Ny. I, hasil DJJ yang tidak terdengar menjadi tanda objektif awal yang mengarah pada dugaan IUFD. Temuan ini kemudian diperkuat dengan pemeriksaan USG yang menunjukkan tidak adanya aktivitas jantung janin. Pemeriksaan USG pada Ny. I menunjukkan tidak adanya denyut jantung dan gerakan janin. Hasil tersebut menjadi dasar utama dalam penegakan diagnosis IUFD. Menurut teori, USG merupakan pemeriksaan utama dengan akurasi tinggi untuk memastikan kematian janin intrauterin. Pada pemeriksaan USG dapat ditemukan tidak adanya denyut jantung janin dan tidak adanya gerakan janin sebagai tanda pasti IUFD (Elina, 2022). Dengan demikian, hasil USG pada kasus ini telah sesuai dengan teori dan menjadi bukti objektif yang paling kuat dalam menegakkan diagnosis IUFD.

Pada pemeriksaan obstetri saat masuk rumah sakit ditemukan presentasi bokong berdasarkan hasil palpasi Leopold. Pada kasus ini tidak ditemukan data pemeriksaan USG selama kehamilan sehingga informasi mengenai posisi janin sebelum masuk rumah sakit tidak diketahui. Presentasi bokong lebih sering ditemukan pada kehamilan prematur karena janin masih memiliki ruang yang cukup untuk bergerak dan proses fiksasi

kepala pada pintu atas panggul umumnya belum terjadi (Cunningham et al., 2022). Oleh karena itu, temuan presentasi bokong pada Ny. I dengan usia kehamilan 30–31 minggu masih sesuai dengan teori. Selain itu, tidak adanya data pemeriksaan USG selama kehamilan menjadi salah satu keterbatasan dalam pemantauan kondisi janin karena pemeriksaan tersebut berperan dalam menilai pertumbuhan janin, kondisi plasenta, jumlah cairan amnion, serta kelainan yang dapat memengaruhi luaran kehamilan (Cunningham et al., 2022; Prawirohardjo, 2020)

Bayi lahir dengan berat badan 810 gram pada usia kehamilan 30-31 minggu. Berdasarkan kurva pertumbuhan janin dan tabel berat badan janin menurut usia kehamilan, rata-rata berat badan janin pada usia kehamilan 30 minggu berkisar sekitar 1.300-1.500 gram dan pada usia 31 minggu sekitar 1.400-1.600 gram. Dengan demikian, berat badan janin pada kasus Ny. I berada jauh di bawah berat badan yang seharusnya untuk usia kehamilan tersebut. Temuan ini menunjukkan adanya hambatan pertumbuhan janin yang signifikan karena berat badan lahir berada jauh di bawah berat badan yang diharapkan sesuai usia kehamilan. Meskipun hasil tafsiran berat badan janin berdasarkan pengukuran TFU adalah 2.015 gram, hasil tersebut merupakan estimasi yang memiliki keterbatasan akurasi, terutama pada kehamilan patologis dengan dugaan IUGR dan obesitas maternal. Kondisi tersebut mengarah pada kemungkinan terjadinya IUGR sebelum kematian janin intrauterin terjadi. Rendahnya berat badan janin pada kasus ini sejalan dengan hasil pemeriksaan tinggi fundus uteri yang lebih kecil dari usia

kehamilan. Faktor maternal seperti hipertensi dapat menyebabkan gangguan aliran darah uteroplasenta sehingga suplai oksigen dan nutrisi kepada janin menjadi berkurang. Akibatnya, pertumbuhan janin tidak berlangsung optimal dan dapat terjadi IUGR (Faiza et al., 2023).

Pada kasus Ny. I ditemukan tekanan darah 170/110 mmHg, TFU 26 cm pada usia kehamilan 30-31 minggu, serta berat badan lahir hanya 810 gram. Temuan tersebut menunjukkan adanya kesesuaian antara teori dan kondisi pasien sehingga memperkuat dugaan bahwa gangguan pertumbuhan janin telah terjadi sebelum terjadinya IUFD.

Berdasarkan seluruh data objektif yang diperoleh, yaitu tekanan darah 170/110 mmHg, tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan usia kehamilan, denyut jantung janin yang tidak terdengar, hasil USG yang menunjukkan tidak adanya denyut jantung dan gerakan janin, serta berat badan lahir yang rendah, ditemukan kesesuaian antara hasil pemeriksaan dengan teori mengenai faktor risiko, manifestasi klinis, dan pemeriksaan penunjang pada kasus IUFD. Oleh karena itu, data objektif pada Ny. I semakin memperkuat diagnosis Intra Uterine Fetal Death (IUFD) yang telah ditegakkan.

4.3. Analisa

Berdasarkan hasil pengkajian subjektif dan objektif, ditegakkan diagnosa yaitu G2P1A0 gravida 30-31 minggu dengan IUFD. Diagnosa tersebut ditegakkan berdasarkan tidak adanya gerakan janin yang dirasakan

ibu, denyut jantung janin tidak terdengar saat pemeriksaan, serta hasil USG yang menyatakan janin telah meninggal dalam kandungan.

Diagnosa tersebut sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa IUFD merupakan kondisi kematian janin di dalam rahim pada usia kehamilan ≥ 20 minggu yang ditandai dengan tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin seperti gerakan dan denyut jantung janin (Pratiwi & Yuliawati, 2020).

Pada kasus ini juga ditemukan faktor risiko hipertensi dalam kehamilan dengan tekanan darah 170/110 mmHg. Menurut teori, hipertensi dapat menyebabkan vasospasme pembuluh darah plasenta sehingga aliran darah menuju janin terganggu dan meningkatkan risiko hipoksia hingga kematian janin intrauterin (Faiza et al., 2023).

Selain hipertensi, pada kasus Ny. I juga ditemukan IMT sebelum hamil sebesar 25,5 kg/m² yang termasuk kategori obesitas berdasarkan klasifikasi Asia-Pasifik. Hasil telaah jurnal menunjukkan bahwa obesitas tidak secara langsung menyebabkan terjadinya IUFD, namun dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan seperti hipertensi gestasional, preeklampsia, serta gangguan fungsi plasenta. Pada kasus ini, kondisi obesitas yang disertai hipertensi berat kemungkinan berkontribusi terhadap terjadinya gangguan perfusi uteroplacenta sehingga suplai oksigen dan nutrisi kepada janin menjadi tidak optimal. Hal tersebut didukung oleh ditemukannya berat badan lahir janin sebesar 810 gram, jauh lebih rendah dibandingkan berat badan janin yang diharapkan pada usia kehamilan 30-31

minggu. Temuan ini menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin yang kemungkinan telah berlangsung sebelum terjadinya IUFD. Gangguan pertumbuhan yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan hipoksia kronis dan meningkatkan risiko terjadinya IUFD (Mulyani et al., 2021).

Selain itu ibu mengalami respons psikologis berupa kesedihan dan menangis akibat kehilangan bayinya. Kondisi tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa ibu dengan IUFD dapat mengalami gangguan psikologis seperti *grieving*, kecemasan, dan kesedihan mendalam akibat kehilangan bayi (Sinaga et al., 2020).

Berdasarkan analisis data subjektif, data objektif, dan hasil pemeriksaan penunjang, ditemukan kesesuaian antara teori dan kondisi yang dialami Ny. I. Diagnosis IUFD pada kasus ini telah sesuai dengan manifestasi klinis, faktor risiko, serta kriteria diagnostik yang dijelaskan dalam teori sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

4.4. Penatalaksanaan

Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada Ny. I usia 24 tahun G2P1A0 gravida 30-31 minggu dengan IUFD penatalaksanaan dilakukan secara komprehensif mulai dari kala I, kala II, kala III, kala IV hingga masa postpartum. Seluruh tindakan yang diberikan bertujuan untuk mempertahankan kondisi ibu tetap stabil, mencegah terjadinya komplikasi akibat IUFD, membantu proses persalinan berlangsung aman, serta memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga. Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa

penatalaksanaan persalinan IUFD berfokus pada pencegahan komplikasi maternal seperti perdarahan, infeksi, gangguan pembekuan darah, serta dampak psikologis akibat kehilangan janin (Elina, 2022).

Pada kala I persalinan, tindakan pertama yang dilakukan adalah menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga mengenai kondisi janin yang telah meninggal dalam kandungan. Tindakan ini merupakan bagian penting dari asuhan kebidanan karena diagnosis IUFD sering menimbulkan syok, kesedihan, ketidakpercayaan, bahkan kecemasan yang mendalam pada ibu dan keluarga. Informasi yang disampaikan secara jelas, jujur, dan penuh empati dapat membantu ibu memahami kondisi yang dialami sehingga lebih siap menghadapi proses persalinan. Kondisi tersebut sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan salah satu bentuk dukungan psikologis awal yang berperan dalam mengurangi kecemasan serta meningkatkan penerimaan ibu terhadap kondisi yang terjadi (Sinaga et al., 2020).

Selanjutnya dilakukan pemantauan kondisi ibu secara berkala melalui pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, kontraksi uterus, dan kemajuan persalinan. Pemantauan ini menjadi sangat penting karena pada kasus ini ibu mengalami hipertensi dengan tekanan darah 170/110 mmHg. Hipertensi pada kehamilan dapat meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia berat, eklampsia, gangguan fungsi organ, hingga perdarahan yang dapat membahayakan keselamatan ibu. Oleh karena itu, observasi yang dilakukan secara berkesinambungan bertujuan untuk mendeteksi

komplikasi secara dini sehingga penanganan dapat segera diberikan apabila terjadi perubahan kondisi ibu (Faiza et al., 2023).

Selain pemantauan tanda vital, dilakukan pula observasi kemajuan persalinan melalui penilaian kontraksi uterus, pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, serta keadaan umum ibu. Pada kasus IUFD, pemantauan kemajuan persalinan perlu dilakukan secara ketat untuk memastikan proses persalinan berlangsung efektif dan menghindari terjadinya partus lama yang dapat meningkatkan risiko infeksi maupun kelelahan ibu. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa observasi persalinan secara teratur merupakan bagian penting dalam mencegah komplikasi maternal selama proses terminasi kehamilan pada kasus IUFD (Elina, 2022).

Penatalaksanaan kala I pada Ny. I dilakukan secara kolaboratif dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi mengingat kasus IUFD yang disertai hipertensi merupakan kehamilan risiko tinggi yang memerlukan penanganan multidisiplin. Terapi yang diberikan meliputi Methyldopa (Dopamet) 2x250 mg dan nifedipine 10 mg sebagai antihipertensi untuk membantu mengendalikan tekanan darah ibu. Selain itu diberikan MgSO₄ 40% sebanyak 10 gram sebagai upaya pencegahan terjadinya kejang pada kasus hipertensi berat dalam kehamilan. Untuk membantu kelancaran proses persalinan dilakukan induksi menggunakan drip oksitosin 5 IU yang dilarutkan dalam *Ringer Laktat* dengan kecepatan 20 tetes per menit. Pemberian oksitosin bertujuan merangsang kontraksi uterus sehingga proses

pengeluaran janin dapat berlangsung lebih efektif pada kasus IUFD. Setelah dilakukan terapi dan pemantauan secara berkala, tekanan darah ibu mengalami penurunan dari 170/110 mmHg menjadi 130/90 mmHg. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terapi yang diberikan efektif dalam mengendalikan tekanan darah dan menjaga kondisi ibu tetap stabil selama proses persalinan. Menurut teori, tujuan penatalaksanaan hipertensi dalam kehamilan adalah mencegah komplikasi maternal seperti preeklampsia berat, eklampsia, stroke, dan gangguan fungsi organ, sedangkan pemberian oksitosin pada kasus IUFD bertujuan membantu proses terminasi kehamilan melalui stimulasi kontraksi uterus. Dengan demikian, penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. I telah sesuai dengan prinsip penanganan hipertensi dalam kehamilan dan tata laksana persalinan pada kasus IUFD (Faiza et al., 2023).

Pada kala II persalinan, ibu dibimbing untuk meneran secara efektif saat kontraksi muncul serta dianjurkan beristirahat di antara kontraksi guna menghemat energi. Pendampingan selama proses meneran bertujuan meningkatkan efektivitas pengeluaran janin dan mengurangi kelelahan ibu. Pada kasus ini persalinan berlangsung secara spontan pervaginam dengan presentasi bokong. Persalinan pervaginam merupakan metode yang direkomendasikan pada kasus IUFD apabila tidak terdapat indikasi obstetri yang mengharuskan tindakan operatif, karena memiliki risiko komplikasi yang lebih rendah dibandingkan SC. Karena janin berada dalam presentasi bokong, digunakan teknik spontan Bracht untuk membantu proses

kelahiran. Teknik ini bertujuan memfasilitasi lahirnya tubuh janin secara fisiologis dengan tetap menjaga keamanan ibu dan meminimalkan trauma jalan lahir. Persalinan berlangsung lancar tanpa hambatan yang berarti sehingga menunjukkan bahwa penanganan yang diberikan telah sesuai dengan prinsip pertolongan persalinan bokong. Setelah janin lahir, penanganan tetap dilakukan secara hormat dan penuh empati sebagai bentuk penghargaan terhadap ibu dan keluarganya yang sedang mengalami kehilangan (Elina, 2022).

Pada kala III dilakukan manajemen aktif kala III sebagai upaya pencegahan perdarahan postpartum. Tindakan diawali dengan pemberian oksitosin 10 IU intramuskular segera setelah bayi lahir. Menurut teori, oksitosin merupakan uterotonika pilihan utama yang bekerja merangsang kontraksi uterus sehingga membantu pelepasan plasenta dan mengurangi risiko atonia uteri yang menjadi penyebab utama perdarahan postpartum. Setelah muncul tanda-tanda pelepasan plasenta, dilakukan peregangan tali pusat terkendali untuk membantu pengeluaran plasenta secara aman. Tindakan ini penting untuk mencegah komplikasi seperti inversio uteri maupun retensio plasenta. Selanjutnya dilakukan masase fundus uteri untuk memastikan uterus berkontraksi dengan baik. Pada kasus ini kontraksi uterus teraba keras dan perdarahan dalam batas normal, yang menunjukkan bahwa manajemen aktif kala III berhasil mencegah terjadinya perdarahan postpartum. Pemeriksaan kelengkapan plasenta juga dilakukan setelah plasenta lahir. Tindakan ini bertujuan memastikan tidak ada sisa jaringan

plasenta yang tertinggal di dalam rahim karena dapat menyebabkan perdarahan maupun infeksi pada masa nifas. Hasil pemeriksaan menunjukkan plasenta lahir lengkap sehingga risiko komplikasi tersebut dapat ditekan (Elina, 2022).

Pada kala IV, tindakan pertama yang dilakukan adalah menilai jumlah perdarahan dan memeriksa adanya laserasi pada jalan lahir. Penilaian perdarahan penting untuk mendeteksi secara dini perdarahan postpartum yang merupakan salah satu penyebab utama kematian maternal. Pemeriksaan laserasi dilakukan untuk mengetahui adanya robekan pada vulva, vagina, atau perineum yang memerlukan penjahitan. Pada kasus ini tidak ditemukan laserasi dan perdarahan sekitar 100 mL sehingga masih dalam batas normal. Jumlah perdarahan yang masih dalam batas normal serta tidak ditemukannya laserasi menunjukkan bahwa proses persalinan berlangsung dengan baik dan tidak menimbulkan komplikasi pada jalan lahir. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kontraksi uterus berlangsung baik sehingga risiko perdarahan postpartum dapat diminimalkan (Elina, 2022).

Selanjutnya dilakukan informed consent untuk pemasangan KB IUD dan ibu menyatakan bersedia. Pemasangan IUD pascapersalinan dapat dilakukan segera setelah plasenta lahir apabila tidak ada kontraindikasi. Menurut teori, kontrasepsi pascapersalinan penting untuk membantu ibu merencanakan kehamilan berikutnya dan memberikan jarak kehamilan yang aman. Ibu dan keluarga juga diberitahu bahwa kondisi ibu dalam keadaan

baik serta dijelaskan asuhan yang akan diberikan. Komunikasi ini bertujuan memberikan rasa aman dan meningkatkan pemahaman ibu terhadap kondisi kesehatannya (Elina, 2022).

Pada pelayanan keluarga berencana, pemilihan metode kontrasepsi idealnya didahului oleh konseling yang komprehensif mengenai pilihan metode kontrasepsi, manfaat, efektivitas, efek samping, kontraindikasi, serta kesesuaiannya dengan kondisi kesehatan akseptor. Konseling bertujuan membantu ibu mengambil keputusan secara sadar dan sukarela mengenai metode kontrasepsi yang akan digunakan. Pada kasus Ny. I, *informed consent* pemasangan IUD dilakukan setelah persalinan. Oleh karena itu, konseling keluarga berencana yang idealnya diberikan sebelum tindakan pemasangan kontrasepsi belum terdokumentasi secara jelas. Menurut teori, konseling keluarga berencana sebaiknya diberikan sejak masa antenatal maupun sebelum tindakan pemasangan kontrasepsi dilakukan sehingga akseptor memiliki waktu yang cukup untuk memahami dan mempertimbangkan metode kontrasepsi yang dipilih. Selain konseling sebelum pemasangan, akseptor IUD juga perlu mendapatkan edukasi mengenai perawatan setelah pemasangan, tanda bahaya yang harus diwaspadai seperti nyeri perut hebat, perdarahan berlebihan, demam, keputihan yang tidak normal, serta pentingnya melakukan kunjungan ulang untuk mengevaluasi posisi dan fungsi IUD. Kunjungan ulang bertujuan mendeteksi kemungkinan komplikasi maupun ekspulsi IUD sehingga keberhasilan penggunaan kontrasepsi dapat dipertahankan. Pemberian

informasi mengenai kontrol ulang merupakan bagian penting dari pelayanan keluarga berencana yang bertujuan meningkatkan keamanan, kenyamanan, dan keberhasilan penggunaan kontrasepsi jangka panjang (World Health Organization, 2021).

Pemberian dukungan emosional tetap dilanjutkan pada kala IV karena ibu masih mengalami kesedihan akibat kehilangan bayinya. Dukungan emosional yang diberikan bertujuan membantu ibu melewati proses berduka dan beradaptasi dengan kondisi kehilangan yang dialami. Kehilangan janin dapat menimbulkan respons psikologis berupa kesedihan, kecemasan, hingga depresi sehingga tenaga kesehatan perlu memberikan dukungan secara berkelanjutan kepada ibu dan keluarga selama masa perawatan (Prawirohardjo, 2020).

Pada masa postpartum, ibu diberikan edukasi mengenai kemungkinan produksi ASI meskipun bayi lahir dalam keadaan meninggal. Kondisi ini terjadi akibat perubahan hormonal setelah persalinan sehingga proses laktasi tetap dapat berlangsung. Munculnya ASI pada ibu dengan IUFD sering menjadi sumber ketidaknyamanan fisik sekaligus penguat emosional terhadap kehilangan yang dialami. Untuk membantu mengurangi produksi ASI, ibu dianjurkan menggunakan bra yang menopang payudara dengan baik, menghindari stimulasi berlebihan pada payudara, mencukupi waktu istirahat, serta menghindari paparan air panas secara langsung pada payudara. Edukasi tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa stimulasi payudara dapat meningkatkan sekresi hormon prolaktin sehingga

memperbanyak produksi ASI. Pemberian edukasi ini bertujuan membantu ibu mengatasi ketidaknyamanan fisik akibat proses laktasi setelah persalinan serta mendukung adaptasi psikologis ibu dalam menghadapi kehilangan janin. Dengan memahami cara mengurangi rangsangan pada payudara, ibu diharapkan dapat melalui masa nifas dengan lebih nyaman dan terhindar dari komplikasi seperti bendungan ASI maupun mastitis (Nurasla et al., 2022).

Edukasi mengenai tanda bahaya nifas seperti perdarahan berlebihan, demam, nyeri hebat, pusing, penglihatan kabur, dan kontraksi uterus yang tidak baik juga diberikan kepada ibu dan keluarga. Pemberian edukasi ini penting agar komplikasi dapat dikenali lebih awal dan ibu segera memperoleh pertolongan kesehatan apabila diperlukan (Elina, 2022).

Secara umum, asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. I telah sesuai dengan standar penatalaksanaan kasus IUFD. Namun demikian, dokumentasi mengenai konseling keluarga berencana sebelum pemasangan IUD serta edukasi mengenai kontrol ulang IUD belum dijelaskan secara rinci. Oleh karena itu, aspek konseling dan edukasi kontrasepsi perlu lebih dioptimalkan untuk mendukung pengambilan keputusan yang tepat oleh akseptor serta meningkatkan keberhasilan penggunaan kontrasepsi pascapersalinan..

4.5. Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. I dilakukan menggunakan metode SOAP yang meliputi data subjektif, objektif, analisa,

dan penatalaksanaan. Pendokumentasian dilakukan secara lengkap, sistematis, dan berkesinambungan mulai dari kala I persalinan, kala II, kala III, kala IV, hingga postpartum.

Pendokumentasian diawali dengan tahap pengkajian, yaitu pengumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh melalui anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi. Data primer diperoleh dengan beberapa teknik, yaitu dengan teknik wawancara dan observasi. Dalam teknik wawancara, dilakukan komunikasi langsung dengan pasien, keluarga, dan bidan. Pemeriksaan dilakukan untuk mendapatkan data lengkap terkait masalah ibu yang akan dijadikan kasus sehingga data yang diperoleh lebih akurat. Dalam teknik observasi, data dapat diperoleh dari hasil observasi langsung kepada pasien dan juga dari pemeriksaan fisik pasien secara lengkap. Data sekunder diperoleh melalui studi kepustakaan untuk mendapatkan landasan teori mengenai IUFD. Selain itu, data pasien juga diperoleh dari rekam medis yang digunakan untuk melengkapi data hasil pengkajian. Seluruh data tersebut kemudian didokumentasikan menggunakan metode SOAP. Berdasarkan hasil dokumentasi yang dilakukan, tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik pada kasus Ny. I.

Pendokumentasian yang lengkap sangat penting dalam pelayanan kebidanan karena dapat menjadi bukti pelaksanaan asuhan, memudahkan evaluasi kondisi pasien, serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, dokumentasi SOAP membantu tenaga kesehatan dalam

melakukan pemantauan perkembangan kondisi ibu secara berkelanjutan sesuai standar praktik kebidanan.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengkajian maka didapat kesimpulan sebagai berikut:

1. Data subjektif yang diperoleh berupa keluhan utama ibu tidak merasakan gerakan janin sejak beberapa hari sebelum masuk rumah sakit. Selain itu, dari anamnesis diperoleh riwayat tekanan darah tinggi yang muncul selama kehamilan. Keluhan tidak adanya gerakan janin tersebut sesuai dengan salah satu manifestasi klinis IUFD menurut teori, sedangkan riwayat hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu faktor risiko yang dapat berkontribusi terhadap terjadinya IUFD.
2. Data objektif menunjukkan tekanan darah 170/110 mmHg, TFU 26 cm, DJJ tidak terdengar, presentasi bokong, serta hasil USG menunjukkan tidak adanya denyut jantung dan gerakan janin. Temuan tersebut mendukung diagnosis IUFD dan sesuai dengan teori yang ada.
3. Analisa yang ditegakkan adalah Ny. I usia 24 tahun G2P1A0 gravida 30-31 minggu dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD). Berdasarkan data yang diperoleh, ibu mengalami hipertensi selama kehamilan yang berpotensi mengarah pada preeklampsia dan diduga berkontribusi terhadap terjadinya gangguan perfusi uteroplasenta sehingga menyebabkan hipoksia janin dan berakhir pada kematian janin dalam kandungan

4. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemantauan kondisi ibu, kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi, persiapan serta pendampingan proses persalinan, observasi masa nifas, edukasi kesehatan, dan dukungan psikologis. Secara umum asuhan yang diberikan telah sesuai dengan kebutuhan pasien serta membantu menjaga kondisi ibu tetap stabil selama proses persalinan dan masa nifas..
5. Pendokumentasian asuhan kebidanan dilakukan menggunakan metode SOAP sehingga seluruh proses pengkajian, analisa, penatalaksanaan, dan evaluasi dapat terdokumentasi secara sistematis dan berkesinambungan.

5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas penulis akan menyampaikan saran yang mungkin bermanfaat yaitu:

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada kasus IUFD serta menerapkan pelayanan keluarga berencana sesuai standar asuhan kebidanan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan laporan tugas akhir ini dapat menjadi bahan referensi dan sumber pembelajaran bagi mahasiswa dalam memahami serta

menerapkan asuhan kebidanan pada kasus *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD)..

3. Bagi Tenaga Kesehatan/Lahan Praktik

Diharapkan tenaga kesehatan di lahan praktik dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan, khususnya dalam pemberian konseling KB yang komprehensif sebelum dilakukan pemasangan, sehingga ibu dan keluarga memperoleh informasi yang lengkap mengenai manfaat, efektivitas, efek samping, tanda bahaya, serta jadwal kunjungan ulang setelah pemasangan. Selain itu, tenaga kesehatan diharapkan terus melakukan edukasi dan pendokumentasian yang lengkap terhadap setiap tindakan yang diberikan sesuai standar pelayanan kebidanan.

4. Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat, khususnya ibu hamil dan keluarga, dapat meningkatkan kesadaran untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur serta mengikuti anjuran tenaga kesehatan guna mendeteksi komplikasi kehamilan sejak dini

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG. (2020a). Practice Bulletin No. 205: Vaginal birth after cesarean delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists*.
- ACOG. (2020b). The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstetrics and Gynecology*, 135(6), 1492–1495.
- Apriani, W., & Nurjannah, D. (2022). *Jurnal Sains Kesehatan Vol. 27 No. 1 April 2020*. 27(1), 23–29.
<http://jurnal.stikestrimandirisakti.ac.id/index.php/jsk/article/view/109/pdf>
- Arora, A. (2023). *Never Forgotten: The situation of stillbirth around the globe - UNICEF DATA*. <https://Data.Unicef.Org/Resources/Never-Forgotten-Stillbirth-Estimates-Report/>.
- Asfia, F. (2023). Gambaran Karakteristik Kejadian Intrauterine Fetal Death (IUFD) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Berkah Pandeglang Tahun 2021. *Journal of Baja Health Science*, 3(01), 11–18.
<https://doi.org/10.47080/joubahs.v3i01.2435>
- Aune, D., Saugstad, O. D., Henriksen, T., & Tonstad, S. (2014). Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 311(15), 1536–1546.
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.2269>
- Ayu Iestari. (2016). *UU Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan*. 004078.
- Barrier, C., Fertility, I., Female, P., Coitus, C., Iud, C., Male, P. P., Ecps, R., Barrier, C., Fertility, I., Female, P., Coitus, C., Iud, C., Male, P. P., Ecps, R., Barrier, C., Fertility, I., Female, P., Coitus, C., Iud, C., ... Ecps, R. (2015). *World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Fifth Edition 2015*. 268.
- Berry, R. S. (2018). Intrauterine fetal demise. In *Evidence-based Obstetrics and Gynecology* (pp. 479–485). wiley.
<https://doi.org/10.1002/9781119072980.ch45>
- Blencowe, H., & Campbell, O. (2025). Perinatal Mental Health Impacts of

- Stillbirth. *BJOG*, 132(5), 554–556. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.18051>
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2018). *Williams Obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill Education.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2022). *Williams Obstetrics* (26th Editi). McGraw-Hill Education.
- Elina. (2022). *Perdarahan Antepartum Solusio Plasenta*. 6, 15402–15407.
- Fadlun Feryanto, A. (2016). *ASUHAN KEBIDANAN PATOLOGIS* (pp. 1–2).
- Faiza, A. Z. N., Setyabudi, M. T., & Ratnaningrum, K. (2023). Berhubungan Dengan Kejadian Intra Uterine Fetal. *Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran*, 6(2), 9–15.
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2018). *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Fills Felicia Ismail, Ridha Hafid, Andi Mursyidah, & Rini Wahyuni Mohamad. (2025). Hubungan Preeklamsia Dengan Kejadian Intra Uterine Fetal Death(IUFD) di RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 8 No. 6(6), 2747–2758. <https://doi.org/10.56338/jks.v8i6.7583>
- Hartalina, & Sulistyawati, T. R. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Iufd Di Rsud Embung Fatimah Kota Batam Tahun 2018. *Zona Kebidanan*, 10(2), 70–77.
- Herman, M., & -, S. (2023). Determinants of Intrauterine Growth Restriction (Iugr) in Labouring Mothers At Regional General Hospital in Karawang, West Java. *International Journal of Nursing and Midwifery Science (Ijnms)*, 7(2), 128–135. <https://doi.org/10.29082/ijnms/2023/vol7/iss2/473>
- Indonesia, P. K. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Karrar, S. A., Vadakekut, E. S., & Hong, P. L. (2025). Initial Antepartum Care. In

StatPearls.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32282598>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC7183878>

Kemenkes. (2025). <https://Keslan.Kemkes.Go.Id/Read/3267/Kemenkes-Jalin-Kerja-Sama-Dengan-Childrens-Medical-Foundation-Untuk-Perkuat-Layanan-Neonatal>.

Khariyhe, M. (2023). *Psychosomatic experiences of women with IUFD*.
<https://doi.org/10.4102/curationis.v46i1.2279>

Khomariya, E. N. (2018). *Post Op Sectio Caesarea Dengan Indikasi Preeklamsia Berat*.

Kingdom, J., Ashwal, E., Lausman, A., Liauw, J., Soliman, N., Figueiro-Filho, E., Nash, C., Bujold, E., & Melamed, N. (2023). Guideline No. 442: Fetal Growth Restriction: Screening, Diagnosis, and Management in Singleton Pregnancies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 45.
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2023.05.022>

Lukman, T. P., Ika Setyarini, D., & Yulindahwati, A. (2023). Compatibility of the Symphysis Fundal Height at Gestational Age >20 Weeks Associated with Infant Stunting Incidence. *MIKIA: Mimbar Ilmiah Kesehatan Ibu Dan Anak (Maternal and Neonatal Health Journal)*, 0825, 1–10.

Marques De Jesus, H., & Pratiwi, C. S. (2024). *Women, Midwives and Midwifery : Volume 4, Issue 3, 2024* <https://wmmjournal.org> Corresponding Impact of IUFD on Mothers in Developing Countries: A Rapid Review. 4(3), 63–81.
<https://doi.org/10.36749/wmm.4.3.63-81.2024>

Mulyani, L., Ngo, N. F., & Yudia, R. C. P. (2021). Assosiation of Obesity with Maternal Complication and Perinatal Outcomes. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 3(2), 343–350.

Nawal, & Safariah, triana dewi. (2024). *Jurnal Kesehatan Jurnal Kesehatan. Jurnal Kesehatan*, 6 Nomor 7(Ii), 41–52.

Nevin, R. D., Emiralda, & Maulanza, H. (2025). Faktor – Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil di Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2024. *Future Academia : The Journal of Multidisciplinary Research*

- on *Scientific and Advanced*, 3(3), 1495–1513.
<https://doi.org/10.61579/future.v3i3.609>
- Noraffandy Yahaya & Nur Fazila i Salleh. (2020). *Kepmenkes RI Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan*. 21(1), 1–9.
- Nurasla, T., Susanti, S. S., & Hartaty, N. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Adaptasi Lingkungan Santri. *JIM FKep*, V(1), 144–148.
- Ode, W., Kamba, S., & Yusuf, S. A. (2023). *FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD) PADA IBU BERSALIN DI RSUD KOTA KENDARI*. 7, 408–411.
- Phipps, E., Prasanna, D., Brima, W., & Jim, B. (2016). Preeclampsia: Updates in pathogenesis, definitions, and guidelines. In *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* (Vol. 11, Issue 6, pp. 1102–1113). American Society of Nephrology. <https://doi.org/10.2215/CJN.12081115>
- Pitriani, R., & Andriyani, R. (2021). Penerapan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Dengan Metode S-O-a-P Pada Praktik Bidan Mandiri. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 7(3), 544–547.
<https://doi.org/10.33024/jkm.v7i3.3641>
- Pratiwi, D., & Yuliawati. (2020). *Kata kunci : Usia, Paritas, pendidikan, anemia Daftar pustaka : 11 buku (2009-2012)* 7. 6(1).
- Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu Kebidanan*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Remifita Putra, M. A., Christopher Yo, E., Phowira, J., & Dewi Anggraeni, T. (2020). Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu akibat Perdarahan Pasca Persalinan di Indonesia melalui Inovasi Sistem Pelayanan Kesehatan. *Cermin Dunia Kedokteran*, 47(12), 785. <https://doi.org/10.55175/cdk.v47i12.1250>
- Sinaga, A. D., Purwarini, J., & Anggraeni, L. D. (2020). The experiences of mothers with intrauterine fetal death/demise (IUFD) in Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(1), 86–95.
<https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i1.22722>
- Song, Z., Lv, M., Chen, J., Wang, D., & Luo, Q. (2025). *Annals of Medicine Causes of intrauterine fetal death (IUFD) in term singleton pregnancies (*

- 2014 – 2023): a retrospective study. *Annals of Medicine*, 57(1).
<https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2564285>
- Syarif, D. (2018). Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Haji Makassar Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*, 2(2), 135–140. <https://doi.org/10.37337/jkdp.v2i2.80>
- World Health Organization. (2021). Family planning: A global handbook for providers (3rd ed.). *Who*, WHO Press.
- Wuna, W. O. S. K., & Yusuf, S. A. (2023). Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Intrauterine Fetal Death (IUFD) pada Ibu Bersalin di RSUD Kota Kendari. *Jurnal Ners*, 7(1), 408–411.

RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Isma Nursyabila

Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 11 April 2005

Jenis Kelamin : Perempuan

Nama Ibu : (almh) Cucu Karmawati

Nama Ayah : Ajat Sutisna, S.Pd

No. Telp : 083820564312

Alamat : Kp. Pangguh RT.003 RW.004. Kec. Ibun, Kab.
Bandung

Email : isma.nursabila@gmail.com

Moto Hidup : Masa depan yang indah adalah milik mereka yang
menyiapkan hari ini.

RIWAYAT PENDIDIKAN

- 1) 2011-2017 SDN Pangguh
- 2) 2017-2020 SMP Negeri 1 Baleendah
- 3) 2020-2023 SMA Negeri 1 Baleendah
- 4) 2023-2026 Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

LAMPIRAN

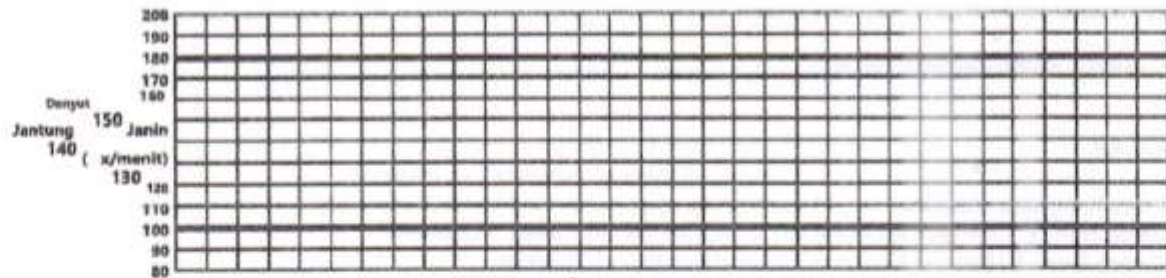
Lampiran 1 SOP Persalinan IUFD

PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM		
	No. Dokumen : KS.01.03/004/085/ RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  <u>dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp. OT,</u> Spine NIP. 196505171991031013	
PENGERTIAN	Tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin dalam rahim		
TUJUAN	Sebagai acuan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan pada pasien dengan kematian janin dalam rahim di ruangan rawat kebidanan dan kandungan RSUD dr. Slamet Garut.		
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.		
PERSIAPAN ALAT			
PROSEDUR	ETIOLOGI Kelainan kromosom, kelainan kongenital, infeksi, diabetes, gemelli, anomali, organ reproduksi, Rhesus iso-imunisasi, insufisiensi, plasenta, trauma psikis/fisik, tidak diketahui. PEMERIKSAAN PENUNJANG USG : ditemukannya tanda-tanda kematian janin. Dilakukan pemeriksaan Lab terhadap kemungkinan gangguan pembekuan darah (DIC) PENGELOLANNYA		
PENYULIT			
	- Oleh karena penyakit/gangguan pembekuan darah - Komplikasi tindakan		

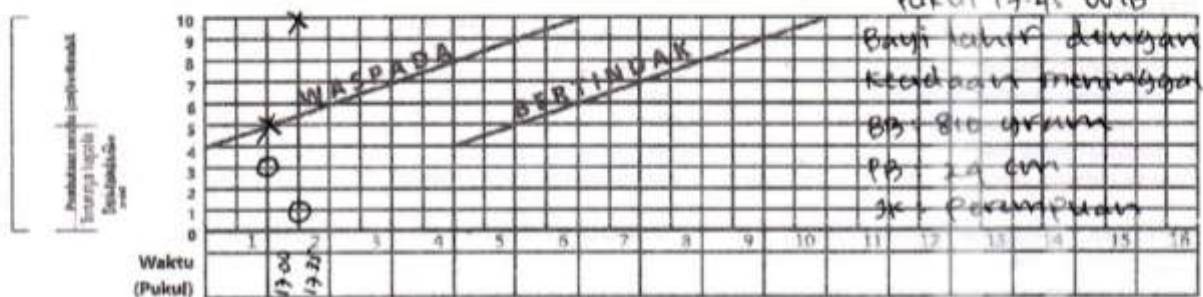
Lampiran 2 Partograf

PARTOGRAF

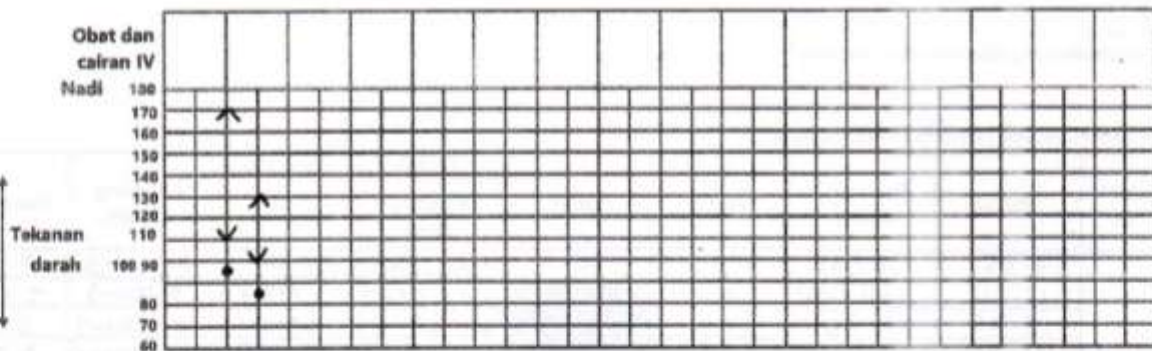
No. Register Nama Ibu/Bapak: Ny. I, T. A 24 th Umur: 32 10 30-31 minggu
 RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal: 02-04-26 Pukul: 17.00 WIB
 Ketuban Pecah sejak pukul 16.45 WIB Mules sejak pukul 10.00 WIB Alamat: Kp. Pasir Jenggiling



air ketuban penyusupan



Oksitosin U/I tetes/menit



Urine Protein: - Aseton: - Volume: 100

Makan terakhir: Pukul 14.00 Jenis: nasi Porsi: 1 piring
 Minum terakhir: Pukul 14.00 Jenis: mineral Porsi: 1 botol

Penolong

(.....)

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal : 02-04-26 Perorang Persalinan : Bidan
Tempat persalinan : [] rumah ibu [] Puskesmas [] Klinik Swasta [] Lainnya : Rumah Sakit
Alamat tempat persalinan :

KALA I

X] Partograf melewati garis waspada

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :
:

KALA II

Lama Kala II : 10 menit Episiotomi : [] tidak [] ya. Indikasi : -

Pendamping pada saat persalinan : [] suami [] keluarga [] teman [] dukun [] tidak ada

Gawat Janin : [] miringkan Ibu ke sisi kiri [] minta Ibu menarik napas [] episiotomi

Distosia Bahu : [] Manuver Mc Robert Ibu meranggang [] Lainnya

Penatalaksanaan atau tindakan lain :
:

KALA III

Lama Kala III : 10 menit Jumlah Perdarahan : ± 100 ml

a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? [] ya [] tidak, alasan :

Pemberian Oksitosin ulang (2x) ? [] ya [] tidak, alasan :

b. Pemegangan tali pusat terkendali ? [] ya [] tidak, alasan :

c. Masase fundus uteri? [] ya [] tidak, alasan :

Laserasi perineum derajat : Tindakan : [] mengeluarkan secara manual [] merujuk

Atonia uteri : [] Kompresi bimanual interna [] Metil Ergometrin 0,2 mg IM [] Oksitosin drip

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut :
:

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan : 3100 gram Panjang : 24 cm Jenis Kelamin : L/P Nilai APGAR : 1/10

Penatalaksanaan : 1. UFD

Bayi baru lahir pucat/biru/lemas : [] mengeringkan [] menghangatkan [] bebaskan jalan napas
[] stimulasi rangsang kulit [] Lain-lain, sebutkan :

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :
:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	17-55	130/90	91	36,3	2 Jr ↓ Pusat	Keras	Kosong	± 30 cc
	18-10	130/90	91		2 Jr ↓ Pusat	Keras	Kosong	± 30 cc
	18-25	130/90	91		2 Jr ↓ Pusat	Keras	Kosong	± 30 cc
	18-40	130/90	88		2 Jr ↓ Pusat	Keras	Kosong	± 20 cc
2	19-10	130/80	88	36,3	2 Jr ↓ Pusat	Keras	Kosong	± 20 cc
	19-40	130/80	80		2 Jr ↓ Pusat	Keras	Kosong	± 10 cc

Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut :
:

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
		• Semua nifas		
		• Breast care		
		• ASI		
		• Perawatan Tali Pusat		
		• KL		
		• Gizi		
		• Imunisasi		

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Isma Nursyabila

NIM : KHGB23023

Nama Pembimbing : Naning Suryani, SST., Bdn., M.Keb

Judul KTI : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. I Usia 24 Tahun

G2P1A0 Gravida 30-31 Minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (Iufd) di Rsud dr. Slamet Garut

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 29 April 2026	Judul	- ACC Judul - Cari jurnal-jurnal yang berkaitan dengan judul tersebut		
2.	Rabu, 06 Mei 2026	Judul dan BAB I	- ACC judul - Pembahasan materi harus runtut, mulai dari WHO sampai RS. - Lanjut ke BAB II		
3.	Jumat, 15 Mei 2026	BAB I dan BAB II	- Revisi tujuan, metode pengumpulan data, manfaat penelitian		

			- Tambahkan risiko di BAB I - BAB II tambahkan materi lagi - Rapihkan penulisan - Lanjut BAB III		
4.	Rabu, 20 Mei 2026	BAB I, BAB II dan BAB III	- ACC BAB I - BAB II tambahkan patofisiologi IUFD - BAB III lengkapi lagi kasusnya - Lanjut BAB IV		
5.	Selasa, 09 Juni 2026	BAB II, BAB III dan BAB IV	- ACC BAB II - BAB III masih kurang lengkap - BAB IV tambahkan teori yang mendukung - Lanjut BAB V		

6.	Rabu, 10 Juni 2026	BAB III, BAB IV dan BAB V	- ACC BAB III - BAB IV data yang menunjang dengan kasus bahas dan sesuaikan dengan teori - BAB V menjawab dari tujuan khusus		
7.	Kamis, 11 Juni 2026	BAB IV, BAB V, Cover dan yang lainnya	- ACC BAB IV - BAB V tambahkan saran - Cover dan yang lainnya perbaiki lagi		
8.	Jumat, 12 Juni 2026	BAB V, Cover dan yang lainnya	- ACC BAB V - ACC Cover dan yang lainnya		

Garut, Juni 2026

Mahasiswa

Pembimbing



Isma Nursyabila



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