

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.S USIA 26
TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 40 MINGGU DENGAN
INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD)
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Diploma Tiga Kebidanan

FISKA AULIA KAFFAH

KHGB23028



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

2026

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir (LTA) saya ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik Amd.Keb baik di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim pembimbing.
3. Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat lain yang telah di tulis 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, Juni 2026

Yai aan


EB427AOX063963191
(Fiska Aulia Kaftah)
KHGB23028

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL :ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S USIA 26
TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 40 MINGGU
DENGAN *INTRA UTERINE FETAL DEATH*
(IUFD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : FISKA AULIA KAFAH

NIM : KHGB23028

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

Garut, 13 Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing



Hj. Esa Risi Suazini, S. Keb, MKM
NIP. 042039.1004.031

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. S USIA 26
TAHUN G1P0A0 GRAVIDA 40 MINGGU
DENGAN *INTRA UTERINE FETAL DEATH*
(IUFD) DI RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : FISKA AULIA KAFFAH

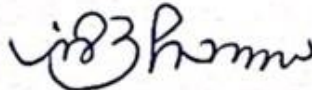
NIM : KHGB23028

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

Garut, 30 Juni 2026

Mengesahkan,

Pembimbing



Hj. Esa Risi Suazini, S. Keb, MKM
NIP. 042039.1004.031

Penela'ah I



Bdn. Dian Fitriyanti, SST.M.Keb
NIP. 042039.0823.180

Penela'ah II



Rosita Alvia, SST.,M.K.M
NIP. 042039.0412.106

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII-Kebidanan



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP. 042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr.wb.

Alhamdulillah hirobbil alamin, puji serta syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan berkah dan rahmat-Nya, sehingga saya dapat mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Tidak lupa juga sholawat serta salam saya curah limpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, sang pemimpin umat manusia dengan harapan semoga kita dapat mampu meraih syafaatnya diakhir masa.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun sebagai bentuk pemenuhan laporan tugas akhir dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. S USIA 26 TAHUN G1P0A0 PARTURIEN 40 MINGGU KALA I FASE AKTIF DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD) GARUT” yang dilaksanakan sejak tanggal 16 Februari 2026 – 14 April 2026.

Penulis menyadari, dalam penyusunan laporan tugas akhir ini masih banyak kekurangan, kesalahan dan masih jauh dari kata sempurna, baik dalam segi penulisan, penyusunan maupun tata Bahasa. Untuk itu, dengan segala kerendahan hati penulis sangat membuka diri, mengapresiasi serta menghargai segala kritik dan saran yang diberikan kepada penulis mengenai laporan tugas akhir Kini.

Terlepas dari segala kekurangan yang ada pada penulisan laporan tugas akhir ini, penulis berharap Laporan Tugas Akhir ini dapat menjadi tambahan sumber pembelajaran dan pembelajaran bagi para pembaca.

Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Baik dalam segi perkuliahan, bimbingan, saran-saran serta fasilitas-fasilitas yang tidak ternilai harganya sehingga dapat mendukung penulis dalam penyusunan laporan tugas akhir ini. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih serta rasa hormat yang sebesar besarnya, kepada :

1. Dr. H. Hadiat MA. Selaku Ketua Pembina Yayasan Darma Husada Insani Garut.
2. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ners.,M.Kep Selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Sulastini, S.Kep, Ners, M. Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Lina Humaeroh,S.ST.,M.Kes selaku Ketua Prodi D-3 Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Hj. Esa Risi Suazini, S. Keb, MKM selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan saran dan masukannya kepada penulis agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat sempurna.
6. Bdn. Dian Fitriyani, S.S.T., M.Keb. selaku penguji I Sidang Laporan Tugas Akhir yang telah menguji dan membimbing
7. Rosita Alvia, S.S.T., M.K.M selaku penguji II Sidang Laporan Tugas Akhir yang telah menguji dan membimbing
8. Para Dosen, Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan Kampus Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu

pengetahuan serta keterampilan yang bermanfaat serta memotivasi penulis selama menjalankan pendidikan.

9. Kepada Ibu Noor dan seluruh bidan dan yang selalu memberikan dukungan serta membantu penulis dalam bentuk moril dan materi, serta memberikan ilmu dan bimbingannya kepada penulis
10. Ny. S yang telah bersedia menjadi pasien dalam penyusunan laporan tugas akhir ini dan terimakasih sudah berkerjasama semalam melakukan asuhan.
11. Kepada kedua orang tua penulis, Ibu Ayi Maryam dan Bapak Sukaryono, S.Pd yang telah memberikan do'a, semangat serta materi yang telah diberikan pada penulis selama ini dan berjuang untuk penulis.
12. Untuk kedua abangku tercinta, Sandy Ginanjar, S.Pd. dan Gilang, S.TP. Terima kasih atas segala doa, dukungan, motivasi, serta kasih sayang yang selalu diberikan. Terima kasih telah menjadi panutan, tempat berbagi cerita, dan selalu memberikan semangat dalam setiap langkah perjalanan pendidikan saya. Semoga segala kebaikan yang telah diberikan mendapatkan balasan terbaik dari Allah SWT dan semoga kita selalu diberikan kesehatan, kebahagiaan, serta kesuksesan.
13. Untuk kakak iparku tersayang Anggi Wulan A, terima kasih atas segala perhatian, dukungan, dan kebaikan yang telah diberikan selama ini. Kehadiran kakak memberikan warna baru dalam hidupku dan membuatku merasakan hangatnya memiliki seorang kakak perempuan. Semoga Allah selalu melimpahkan kesehatan, kebahagiaan, dan keberkahan untuk kakak.

14. Untuk keponakanku tercinta Quinnsha, terima kasih telah menjadi salah satu sumber kebahagiaan dan semangat dalam hidupku. Senyuman, tawa, dan tingkah lucumu selalu mampu menghadirkan kebahagiaan di setiap hari. Semoga kelak tumbuh menjadi anak yang sehat, cerdas, salehah, serta menjadi kebanggaan keluarga. Karya sederhana ini kupersembahkan dengan penuh kasih sayang untukmu.
15. Kepada sahabat seperjuangan penulis, Alfadillah, Ratih, Dini, Hikmah, Isma Nursyabila dan Isma Fadilah. Terimakasih sudah selalu ada menjadi penyemangat, pendengar keluh kesah serta teman diskusi dalam penulisan.
16. *Last but not least*, kepada wanita manis, lucu, dan sederhana yaitu diri saya sendiri **Fiska Aulia Kaffah**. Terima kasih atas perjalanan panjang yang telah dilalui sampai sejauh ini, banyak proses yang sudah dilalui, banyak air mata yang sudah dihapus pakai tangan sendiri, banyak lelah dan keluh kesah yang dipendam sendiri, banyak hal yang sudah dijalani, dihadapi, dan diselesaikan sendiri. Sebagai anak bungsu dari tiga bersaudara dan menjadi harapan terakhir dalam keluarga. Sampai detik ini, kuat karena diri sendiri yang selalu mengusahakan semua hal agar terlihat baik-baik saja. Bangga untuk setiap langkah kecilku, meskipun mudah menangis tapi tidak berhenti mencoba dan menyerah. Selamat merayakan kecemasan-kecemasan di tangga berikutnya, selamat berpetualang di level kehidupan selanjutnya, selamat berperang dengan pertanyaan ‘kapan’ yang tidak ada ujungnya, selamat menjalani fase dimana you not found anyone people can help your

life, selamat berjuang sendirian. Tidak ada yang lebih indah dari menyaksikan proses dan pertumbuhan diri sendiri.

Kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam Laporan Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah ini, penulis ucapkan terimakasih dan semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Amiin.

Garut, Juni 2026

Fiska Aulia Kaffah

DAFTAR SINGKATAN

IUFD	<i>Intra Uterine Fetal Death</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
AKB	Angka Kematian Bayi
AKN	Angka Kematian Neonatal
ANC	<i>Antenatal Care</i>
DNA	<i>Deoxyribonucleic Acid</i>
RNA	<i>Ribonucleic Acid</i>
IUGR	<i>Intrauterine Growth Restriction</i>
FGR	Fetal Growth Restriction
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HBsAg	Hepatitis B Surface Antigen
USG	<i>Ultrasonografi</i>
DIC	<i>Disseminated Intravascular Coagulation</i>
SOP	<i>Standard Operating Procedure</i>
SOAP	<i>Subjective, Objective, Assessment, Planning</i>
DJJ	Denyut Jantung Janin
TFU	Tinggi Fundus Uteri
TBBJ	Tafsiran Berat Badan Janin
IMT	Indeks Massa Tubuh
LILA	Lingkar Lengan Atas
BB	Berat Badan
TB	Tinggi Badan
TD	Tekanan Darah
RR	<i>Respiratory Rate</i>
BAK	Buang Air Kecil

BAB	Buang Air Besar
TT	<i>Tetanus Toxoid</i>
VK	<i>Verlos Kamer</i> (Ruang Bersalin)
RL	Ringer Laktat
IM	Intramuskular
Sp.OG	<i>Spesialis Obstetri dan Ginekologi</i>
PTT	Peregangan Tali Pusat Terkendali
UUK	Ubun-Ubun Kecil
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
TORCH	<i>Toxoplasma, Other Infaction, Rubella, Cytomegalovirus, Herves Simplex</i>
IRT	Ibu Rumah Tangga

DAFTAR ISTILAH

<i>Intra Uterine Fetal Death (IUFD)</i>	Kematian janin dalam rahim setelah usia kehamilan ≥ 20 minggu sebelum proses persalinan.
<i>Stillbirth</i>	Kelahiran janin mati.
Persalinan	Proses pengeluaran janin dan plasenta dari rahim.
<i>Parturien</i>	Ibu yang sedang menjalani proses persalinan.
Primigravida	Ibu yang hamil pertama kali.
Gravida	Jumlah kehamilan yang pernah dialami seorang wanita.
Paritas	Jumlah persalinan yang pernah dialami ibu.
Postterm	Kehamilan lebih dari 42 minggu.
Preeklampsia	Hipertensi pada kehamilan yang disertai proteinuria.
Eklampsia	Preeklampsia yang disertai kejang.
Solusio Plasenta	Terlepasnya plasenta sebelum bayi lahir.
Hipoksia Janin	Kekurangan oksigen pada janin.
<i>Insufisiensi Plasenta</i>	Gangguan fungsi plasenta dalam memenuhi kebutuhan janin.
Ketuban Pecah Dini (KPD)	Pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dimulai.
Oligohidramnion	Jumlah cairan ketuban kurang dari normal.
Makrosomia	Berat badan janin lebih besar dari normal.
Distres Janin	Kondisi janin mengalami gangguan akibat kekurangan oksigen.
Maserasi	Perubahan jaringan tubuh janin akibat kematian dalam rahim.
Kontraksi Uterus	Peregangan dan pemendekan otot rahim selama persalinan.
Dilatasi Serviks	Pembukaan mulut rahim.
<i>Efacement</i>	Penipisan serviks menjelang persalinan.

<i>Leopold</i>	Metode pemeriksaan abdomen untuk menentukan posisi janin.
Oksitosin	Hormon yang merangsang kontraksi rahim.
Partograf	Lembar pemantauan kemajuan persalinan.
<i>Episiotomi</i>	Sayatan pada perineum untuk membantu proses persalinan.
Bendungan ASI	Pembengkakan payudara akibat penumpukan ASI.
Laktasi	Proses pembentukan dan pengeluaran ASI.

DAFTAR ISI

PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR SINGKATAN	viii
DAFTAR ISTILAH	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Metode Pengumpulan Data	5
1.5 Waktu dan Tempat Penelitian	7
1.6 Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Persalinan Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	9
2.1.1 Definisi.....	9
2.1.2 Tanda-Tanda Persalinan	9
2.2 IUFD.....	12
2.2.2 Etiologi IUFD.....	13
2.2.1 Manifestasi Klinis IUFD	24
2.2.2 Predisposisi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	25
2.2.3 Pemeriksaan penunjang Intra Uterine Fetal Death (IUFD).....	29
2.2.4 Komplikasi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	30
2.2.5 Penatalaksanaan Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	30
2.2.6 Dampak Fisiologis dan Psikologis Ibu dengan IUFD.....	31
2.2.7 Faktor Intrauterine Fetal Death (IUFD)	32
2.2.8 Langkah Pencegahan IUFD	33

2.2.9	Peran Bidan Dalam IUFD	34
2.2.10	SOP IUFD di RSUD dr. Slamet Garut	35
2.2.11	Algoritma IUFD	36
BAB III	TINJAUAN KASUS	37
3.1	Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Ny. S 26 Tahun G1P0A0 Parturien 40 minggu Dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD) Di RSUD dr.slamet Garut. 37	
3.2	Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Pada Ny. S Usia 26 Tahun P1A0 Postpartum 14 jam di RSUD dr. Slamet Garut.....	51
3.3	Asuhan Kebidanan Pada Bayi Ny. S Usia 0 Jam Dengan IUFD.....	58
3.4	Algoritma penanganan IUFD	60
3.5	Matriks.....	61
BAB IV	PEMBAHASAN.....	64
4.1	Data Subjektif.....	64
4.2	Data Objektif	66
4.3	Analisa	68
4.4	Penatalaksanaan.....	68
4.5	Pendokumentasian.....	69
BAB V.....		71
PENUTUP.....		71
5.1	Kesimpulan.....	71
5.2	Saran	72
DAFTAR PUSTAKA.....		73
LAMPIRAN.....		77
RIWAYAT HIDUP.....		78

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 SOP Penatalaksanaan IUFD.....	35
Tabel 2.2 Algoritma Penatalaksanaan Intra Uterine Fetal Death (IUFD).....	36
Tabel 2.3 Matrik IUFD.....	61

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) adalah kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih dengan berat badan 350 gram. Intra Uterine Fetal Death (IUFD) merupakan salah satu kematian perinatal yang memberi sumbangan terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) di Indonesia (Juniarty & Sari, 2023)

Faktor yang menyebabkan *intrauterine fetal death* berupa factor maternal, fetal dan faktor plasenta. Faktor maternal disebabkan oleh ibu, paritas, usia kehamilan, penyakit ibu, kehamilan multiple, status gizi dan frekuensi ANC. Faktor fetal meliputi kelainan kongenital, kelainan genetik, dan ginetik, dan infeksi. Faktor plasenta meliputi kelainan tali pusat, pelepasan plasenta dan ketuban pecah dini (Warnelis Sinaga, 2020).

Ada empat jenis penyebab kematian janin, yaitu penyebab utama adalah masalah pada janin yang menyumbang 25-40% dari semua cacat lahir, termasuk kelainan kromosom, efek kelahiran non-kromosom, hidrops non-imun, dan infeksi virus, bakteri, dan protozoa. Ketuban pecah dini, solusio, perdarahan fetomaternal, kelainan tali pusat,insufisiensi plasenta, hipoksia intrapartum, previa, transfusi kembar -kembar, dan korioamnionitis mencapai 25-35%. Diabetes, penyakit hipertensi, obesitas, usia >35 tahun, penyakit

tiroid, penyakit ginjal, antibodi antifosfolipid, trombofilia, merokok, obat-obatan terlarang dan alkohol, infeksi dan sepsis, persalinan prematur, rupture uteri, dan persalinan menyumbang 5-10% dari kematian ibu (Hasna et al., 2024)

Menurut *World Health Organization* (WHO), *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) atau *stillbirth* masih menjadi masalah kesehatan global yang serius. WHO melaporkan bahwa setiap tahunnya terjadi hampir 2 juta kasus stillbirth di seluruh dunia atau sekitar satu kematian janin setiap 16 detik. Sebagian besar kasus terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, terutama di wilayah Sub-Sahara Afrika dan Asia Selatan. Banyak kasus IUFD sebenarnya dapat dicegah melalui pelayanan antenatal yang berkualitas, deteksi dini komplikasi kehamilan, serta penanganan persalinan yang tepat dan aman. Selain berdampak pada peningkatan angka kematian perinatal, IUFD juga memberikan dampak psikologis, emosional, sosial, dan ekonomi bagi ibu serta keluarga. Oleh karena itu, upaya pencegahan dan penanganan IUFD menjadi salah satu fokus penting dalam program kesehatan ibu dan anak di dunia (WHO, 2023)

Kejadian IUFD dalam Tingkat nasional dapat terjadi pada resiko paritas, dari 84 responden ibu hamil. Berdasarkan data nasional, dari 48 ibu hamil yang mengalami IUFD sebagian besar kasus ditemukan pada ibu dengan paritas berisiko sebanyak 29 responden (60,4%). Mayoritas ibu berada pada kelompok usia reproduksi risiko rendah yaitu 33 responden (68,8%). Selain itu, sebagian besar ibu tidak mengalami anemia selama

kehamilan sebanyak 27 responden (56,3%) dan tidak mengalami preeklamsia sebanyak 32 responden (66,7%). Kasus IUFD juga paling banyak terjadi pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu dengan jumlah 38 responden (79,2%) (Faiza et al., 2023).

Kejadian Intrauterine Fetal Death (IUFD) dipengaruhi oleh berbagai faktor maternal, janin, dan plasenta. Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo menunjukkan bahwa beberapa faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko IUFD adalah obesitas atau indeks massa tubuh (IMT) tinggi, kurang optimalnya pelayanan antenatal care (ANC), rujukan dari fasilitas kesehatan tersier, serta adanya kelainan kongenital pada janin. Kelainan kongenital merupakan faktor yang paling besar meningkatkan risiko terjadinya IUFD. Selain itu, berbagai penelitian juga menunjukkan bahwa usia ibu berisiko (<20 tahun atau >35 tahun), anemia, preeklamsia, hipertensi dalam kehamilan, paritas, dan gangguan pertumbuhan janin (IUGR) berhubungan dengan meningkatnya kejadian IUFD. Oleh karena itu, deteksi dini faktor risiko melalui pemeriksaan kehamilan secara rutin sangat penting untuk mencegah terjadinya kematian janin dalam kandungan (Beauclair et al., 2023). Selain itu faktor trauma juga menjadi penyebab IUFD, seperti trauma benturan luar, kecelakaan lalu lintas, terjatuh, kekerasan dalam rumah tangga dan benturan langsung pada daerah abdomen.

Dari data persalinan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) yang terjadi di RSUD Dr. Slamet Garut, sepanjang tahun 2025-2026 (April) di dapatkan

hasil data persalinan *Intra uterine fetal death* (IUFD) yang ditangani di RSUD Dr.Slamet Garut yaitu tahun 2025 sebanyak 150 orang dan tahun 2026 (sampai bulan April) sebanyak 40 orang.

Peran dan fungsi bidan diorientasikan pada kemampuan memberikan asuhan meliputi upaya pencegahan (preventif) promosi terhadap pelaksanaan asuhan kebidanan normal, deteksi komplikasi pada ibu serta akses bantuan medis maupun bantuan lain yang sesuai serta kemampuan dalam penanganan kegawatdarutan obstetri. Bidan mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian ibu melalui kemampuannya untuk melakukan pengawasan, pertolongan pada ibu, pengawasan pada bayi baru lahir (neonatus) dan pada persalinan, ibu postpartum serta mampu mengidentifikasi penyimpangan dari kehamilan dan persalinan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang tepat (Teti rifusary, 2019).

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. S Usia 26 Tahun G1P0A0 Gravida 40 Minggu Dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) Di RSUD dr. Slamet garut”**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang tertera di atas maka penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir pada ny.S usia 26 tahun G1P0A0 GRAVIDA 40 minggu dengan *intra uterine fetal death* (IUFD) di RSUD dr. Slamet Garut dengan metode pendokumentasian SOAP.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD), varney dan SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data Subjektif pada NY. S umur 26 tahun G1P0A0 Gravidia 40 Minggu Dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin vk RSUD dr.Slamet Garut.
2. Melakukan pengkajian dan data Objektif pada Ny. S umur 26 tahun G1P0A0 Gravidia 40 Minggu Dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin vk RSUD dr.Slamet Garut.
3. Melakukan Analisa data pada Ny. S umur 26 tahun G1P0A0 Gravidia 40 Minggu Dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin vk RSUD dr.Slamet Garut.
4. Melakukan penatalaksanaan pada Ny. S umur 26 tahun G1P0A0 Gravidia 40 Minggu Dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin vk RSUD dr.Slamet Garut.
5. Melakukan Pedokumentasian pada Ny. S umur 26 tahun G1P0A0 Gravidia 40 Minggu Dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di ruang bersalin vk RSUD dr.Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

1) Data Primer

a) Wawancara

Metode yang digunakan untuk pengumpulan data subjektif, data berasal dari komunikasi bersama pasien, keluarga pasien ataupun tenaga kesehatan lain. Data berisi keluhan atau permasalahan yang dirasakan oleh pasien, sehingga memperoleh data asli sesuai yang pasien alami.

b) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan pada pasien secara langsung secara *head to toe* (dari ujung kepala sampai kaki). Pemeriksaan fisik bertujuan mengumpulkan data kesehatan pasien dan dapat menjadi bahan evaluasi dalam penatalaksanaan tindakan yang diberikan

c) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan metode pengumpulan data yang digunakan untuk mendukung masalah atau temuan yang diperoleh ketika melakukan pemeriksaan fisik, sehingga dapat menunjang atau memperkuat temuan masalah yang diperoleh saat pemeriksaan fisik.

d) Observasi

Data yang diperoleh dari hasil pengamatan dan pemantauan langsung kondisi pasien. Termasuk keadaan umum dan psikologis pasien selama.

2) Data Sekunder

Sumber data yang diperoleh secara tidak langsung oleh seorang pengkaji, data bisa didapat dari berbagai dokumen, seperti rekam medik, laporan rumah sakit dan lain-lain. Data sekunder dapat diperoleh dari, Studi dokumentasi yaitu data yang diperoleh dengan cara melihat data catatan rekam medik pasien.

1.5 Waktu dan Tempat Penelitian

1.5.1 Tempat

Pengkajian dilakukan di ruang bersalin VK RSUD dr. Slamet Garut.

1.5.2 Waktu

Waktu pengkajian dilakukan pada tanggal 16 – 18 Februari 2026.

1.6 Manfaat Penelitian

1) Bagi Penulis

Dapat mengetahui informasi dan pengetahuan terkait asuhan kebidanan komprehensif dan kesesuaian ilmu yang dipelajari pada saat perkuliahan dengan pada saat di lapangan.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan referensi sebagai masukan bagi para pendidik tentang ilmu-ilmu baru yang di dapat dari lapangan.

3) Bagi Lahan Praktik

Pengkajian karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi sebagai gambaran atau masukan dalam pemberian pelayanan atau penanganan asuhan kebidanan terutama dalam penanganan persalinan IUFD.

4) Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi pengalaman serta tambahan pengetahuan dengan apa yang terjadi dan dialami oleh klien, terutama terkait dengan (IUFD)

5) Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar dan bahan perbandingan untuk penelitian berikutnya mengenai IUFD dengan variabel yang berbeda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD)

2.1.1 Definisi

Persalinan merupakan suatu proses yang fisiologis dan umumnya ibu akan mengalami nyeri selama proses persalinan. Hal ini adalah kondisi yang normal sebagai akibat dari perubahan fisiologis selama persalinan. Rasa nyeri yang tidak tertahankan tersebut dapat berdampak buruk terhadap kelancaran persalinan bagi ibu dan dapat menyebabkan distress pada bayi. Selama itu nyeri yang dirasakan oleh ibu dapat menimbulkan gangguan psikologis. Reaksi psikologis yang timbul pada umumnya berupa reaksi negatif seperti menolak, takut, marah, sedih dan cemas (*World Health Organization (WHO), 2021*)

persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang terjadi pada akhir kehamilan, ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang teratur dan semakin kuat sehingga menyebabkan perubahan pada serviks berupa penipisan (efasemen) dan pembukaan (dilatasi). Proses ini berlanjut dengan penurunan dan pengeluaran janin melalui jalan lahir, kemudian diikuti oleh pengeluaran plasenta dan selaput ketuban. Persalinan dapat berlangsung secara spontan tanpa bantuan maupun dengan bantuan tindakan tertentu sesuai indikasi medis. Persalinan merupakan rangkaian proses alamiah yang melibatkan interaksi antara ibu, janin, dan faktor hormonal untuk

menghasilkan kelahiran bayi yang sehat serta menjaga keselamatan ibu dan bayi. (Fita Anggriani et al., 2023)

Gerakan janin (*fetal movement*) merupakan indikator penting kesejahteraan janin. Ibu hamil dianjurkan melakukan penghitungan gerakan janin (*fetal movement counting*) mulai usia kehamilan 28 minggu. Metode yang paling sering digunakan adalah *Count to Ten*, yaitu ibu menghitung hingga merasakan 10 gerakan janin. Pada kehamilan normal, ibu umumnya dapat merasakan minimal 10 gerakan dalam waktu 2 jam saat janin aktif. Penurunan atau hilangnya gerakan janin dapat menjadi tanda gangguan kesejahteraan janin, hipoksia, bahkan meningkatkan risiko kematian janin dalam rahim (IUFD). (Samutri & Endriyani, 2021)

2.1.2 Tanda-Tanda Persalinan

Tandan dan gejala persalinan menurut (Ratu sofian, 2022) antara lain:

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

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

b) Passenger (Penumpang)

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

c) Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu di perhatikan dari jalan keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, seangkan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan intoitus

2.1.3 Tahapan Persalinan

1) Kala 1 (Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lender darah karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*) kala di mulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) lamanya kala 1 untuk primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar ± 8 jam. Berdasarkan kurva friedman pembukaan primi 1cm/jam, sedangkan pada multi 2cm/jam. Kala pembukaan dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten berupa pembukaan serviks sampai ukuran 3 cm dan berlangsung dalam 7-8 jam serta fase aktif yang berlangsung ± 6 jam, di bagi atas 3 fase, yaitu fase akselerasi berlangsung 2 jam dan pembukaan menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal selama 2 jam dan pembukaaan

berlangsung cepat menjadi 9 cm, terakhir ialah fase deselerasi berlangsung lambat selama 2 jam dan pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Rahmat et al., 2024)

2) Kala II (Kala pengeluaran janin)

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi, gejala dan tanda kala II persalinan yaitu ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasa ingin meneran adanya tekanan pada anus dan rectum atau pada vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur. Lama kala II pada primigravida sekitar 1-2 jam, pada multigravida sekitar 1 jam (Rahmat et al., 2024)

3) Kala III (Kala uri)

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap. Kala III biasanya berlangsung sekitar 5–30 menit setelah bayi lahir (Rahmat et al., 2024)

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

4) Kala IV

Kala IV yaitu kala pengawasan atau pemantauan, setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi tekanan darah, nadi, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, pendarahan pervaginam. (Rahmat et al., 2024). Asuhan dan pemantauan kala IV yaitu lakukan rangsangan taktil (*massase*) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat, evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan, perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan, periksa kemungkinan pendarahan dari robekan (*laserasi atau episiotomy*), evaluasi keadaan umum ibu, dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan (Rahmat et al., 2024)

2.2 IUFD

2.2.1 Definisi IUFD

Intra Uterine Fetal Death (IUFD) atau kematian janin dalam kandungan adalah kondisi janin meninggal di dalam rahim setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu atau dengan berat janin ≥ 500 gram sebelum proses persalinan berlangsung (Warnelis Sinaga, 2020).

Intra Uterine Fetal Death (IUFD) atau kematian janin dalam rahim adalah kematian janin yang terjadi sebelum janin lahir, setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu atau lebih, yang ditandai dengan tidak adanya tanda-tanda kehidupan seperti denyut jantung, pernapasan, gerakan, dan denyut tali pusat. Diagnosis biasanya ditegakkan melalui pemeriksaan ultrasonografi

(USG) yang menunjukkan tidak adanya aktivitas jantung janin (Jovanovic et al., 2023)

Intra uterine Fetal Death (IUFD) merupakan kematian janin setelah usia kehamilan 20 minggu dan diklasifikasikan menjadi IUFD dini dan IUFD lanjut. IUFD dini jika kematian janin terjadi sebelum usia kehamilan 24 minggu dan IUFD lanjut jika kematian janin setelah usia kehamilan 24 minggu (Mohamad et al., 2022)

1.1.2 Etiologi IUFD

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

1) Faktor maternal

Antara lain adalah post term (>42 minggu), diabetes mellitus tidak terkontrol, infeksi, hipertensi, preeklamsia, infeksi, eklamsia, hemoglobinopati, umur ibu tua, ruptura uteri, dan kelainan plasenta (Elvira & Yuliana, 2018)

a) *Postterm* (>42 minggu)

Gawat janin menunjukkan angka meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih, Umumnya disebabkan oleh makrosomia, insufisiensi plasenta, dan cacat bawaan. Kematian janin akibat kehamilan postterm terjadi pada 30% sebelum persalinan, k 55% dalam persalinan, dan 15% pascanatal. Perubahan biokimia, yaitu adanya infusiensi plasenta menyebabkan protein plasenta dan kadar *Deoxyribonucleid*

Acid (DNA) dibawah normal, sedangkan kontrentasi *Ribonucleid Acid* (RNA) meningkat

b) Diabetes Melitus tidak terkontrol

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

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia, seksio sesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe 2 di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan risiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hiperbilirubinemia, hipoglikemi, hipokalsemia, polisitemia, hiperbilirubnemia neonatal, sindroma distres respirasi, serta meningkatnya mortalitas atau kematian janin.

c) Infeksi

Infeksi dapat menyebabkan morbiditas maupun mortalitas pada ibu dan bayi. Asal infeksi servikal-vaginal flora dan saluran kencing menuju kehamilan dan janin melalui transplasental (hematogen), asending infeksi intrauterin pada ketuban pecah dini, dan infeksi neonatus (Alfina Syakira Mahardika et al., 2025)

Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, virus, dan parasit, sedangkan penularan dapat terjadi intrauterin, pada waktu persalinan, atau pascalahir. Transmisi bisa secara transplasental ataupun melalui aliran darah atau cairan amnion. Infeksi dapat menyebabkan kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat hingga kematian janin dalam kandungan (Harlinda RA, 2025)

d) Hipertensi, preeklampsia dan eklampsia

Hipertensi, preeklampsia, dan eklampsia memberi pengaruh buruk pada kesehatan janin yang disebabkan oleh menurunnya perfusi utero plasenta, hipovolemia, vasospasme, dan kerusakan sel endotel pembuluh darah plasenta. Dampaknya pada janin diantaranya *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan oligohidramnion serta kenaikan morbiditas dan mortalitas janin secara tidak langsung akibat IUGR, prematuritas, oligohidramnion, dan solusio plasenta. Hipertensi merupakan suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Hipertensi gestasional merupakan penyebab terjadinya kematian ibu dan janin. Hipertensi dapat menyebabkan kekurangan O₂ pada janin yang disebabkan oleh berkurangnya suplai darah ibu ke plasenta yang disebabkan oleh spasme dan kadang-kadang thrombosis dari pembuluh darah ibu (Harlinda RA, 2025)

Hipertensi juga mengakibatkan pembuluh darah mengalami vasokonstriksi (penyusutan/penyempitan). Akibatnya suplai darah ke jaringan tubuh akan berkurang. Organ akan kehilangan asupan nutrisi dan oksigen, sehingga lambat laun mengakibatkan organ tidak berfungsi dan bahkan kematian organ, nutrisi dan oksigen bagi pertumbuhan janin disuplai dari ibu. Bila suplai terganggu, janin bisa meninggal dan kurang gizi. Paritas primigravida dapat mempengaruhi peningkatan tekanan darah, karena pada ibu primigravida cenderung mengalami Tingkat kecemasan yang lebih berat dari pada multigravida sehingga mudah terjadi hipertensi dan preeklamsi.

Hipertensi pada kehamilan sangat menentukan tingkat kematian perinatal karena dapat terjadi gangguan tumbuh kembang janin intra uterine (IUGR) ibu dengan Riwayat hipertensi memiliki peluang terjadinya IUFD 3,396 kali di bandingkan dengan tidak memiliki Riwayat hipertensi ($OR=3,396$).

Preeklamsi didefinisikan sebagai hipertensi disertai proteinuria, merupakan suatu gangguan multisistem yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu. Eklamsia adalah preeklamsi yang disertai dengan kejang. Preeklamsi dan eklamsia berkontribusi terhadap 10-15% dari total kematian ibu di dunia.

Sebagian besar kematian berkemabang di akibatkan oleh komplikasi dari preeklamsi.

Preeklamsi merupakan salah satu faktor resiko IUFD, dimana preeklamsi merupakan faktor penyakit yang diderita oleh ibu. Pada preeklamsi terjadi *spasme* pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Maka aliran darah menurun ke plasenta dan meyebabkan gangguan pertumbuhan janin dan karena menurut (Laskowska et al., 2025)

Sehingga pada wanita hamil yang terdeteksi mengalami preeklamsia harus di terapi dengan tepat. Terapi meliputi pemantauan tekanan darah secara teratur, disertai dengan pemantauan parameter lain seperti pertumbuhan janin, fungsi ginjal, serta fungsi koagulasi. Dengan adanya pemantauan ini, diharapkan preeklamsia dapat dideteksi pada tahap awal dan jika diperlukan, dapat merujuk ke pusat Kesehatan yang lebih memandai sehingga komplikasi dari preeklamsia dapat dihindari.

e) Kecemasan, stress

Kecemasan akibat stres yang berkepanjangan akan dirasakan ibu terutama saat menjalani kehamilan kembali setelah pernah mengalami IUFD, kecemasan tersebut merupakan salah

satu bentuk trauma psikologis atas kegagalan pada kehamilan sebelumnya, ibu menjalani kehamilan dengan penuh kekhawatiran serta ketakutan akan kondisi kandungannya (Gravensteen et al., 2022).

Kecemasan menimbulkan ketegangan, menghalangi relaksasi tubuh, menyebabkan kelelahan bahkan mempengaruhi kondisi janin dalam kandungan. Kecemasan menyebabkan sekresi katekolamin dari kelenjar adrenalin yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan mengurangi aliran darah yang membawa oksigen ke uterus (Jorge & Nomura, 2023).

Kecemasan yang menimbulkan ketegangan selama kehamilan dapat memengaruhi kesehatan ibu dan janin. Kondisi ini berhubungan dengan peningkatan hormon stres seperti kortisol, perubahan fungsi plasenta, serta dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin apabila berlangsung secara terus-menerus (Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, 2024)

Stres berkepanjangan yang dialami ibu hamil selain menimbulkan kecemasan, melalui sistem saraf pusat mengubah keseimbangan hormonal hingga merusak respon daya tahan tubuh, mengurangi kemampuan melawan bakteri dan virus yang menyerang tubuh. Hal tersebut dapat berdampak pada

pertumbuhan dan perkembangan janin sehingga akan meningkatkan risiko kematian janin (Lund et al., 2025)

Masalah-masalah fisik dan psikologis dari proses berduka yang bersifat patologis di atas dapat dicegah dengan perilaku adaptasi yang tepat. Ibu dan keluarga dapat menggunakan berbagai strategi koping dalam beradaptasi dan berespon terhadap peristiwa kehilangan tersebut sehingga dapat memiliki kekuatan untuk menjalani proses berduka sealamiah mungkin dalam batas waktu yang normal dan tidak berkepanjangan (Kishimoto et al., 2021)

Trauma saat hamil

Misalkan akibat benturan pada perut yang dapat menyebabkan terlepasnya plasenta

2) Faktor Fetal

a) Kehamilan Kembar

Kehamilan kembar termasuk kehamilan berisiko tinggi karena memiliki angka morbiditas dan mortalitas perinatal yang lebih besar dibandingkan kehamilan tunggal. Risiko IUFD pada kehamilan kembar meningkat akibat berbagai komplikasi, seperti persalinan prematur, gangguan pertumbuhan janin, ketidakseimbangan aliran darah plasenta, serta komplikasi khusus pada kehamilan monokorionik yang menggunakan satu plasenta bersama. Studi meta-analisis menunjukkan bahwa kehamilan

kembar memiliki risiko stillbirth yang lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal, terutama pada usia kehamilan lanjut dan pada kehamilan monokorionik(Cheong-See et al., 2017)

b) *Intrauterine Growth Restriction (IUGR)*

Intrauterine Growth Restriction (IUGR) atau *Fetal Growth Restriction (FGR)* merupakan kondisi ketika janin gagal mencapai potensi pertumbuhan genetiknya selama masa kehamilan. IUGR biasanya terjadi akibat insufisiensi plasenta yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke janin. Kondisi ini mengakibatkan janin mengalami hipoksia kronis yang dapat berujung pada gangguan fungsi organ, asfiksia intrauterin, hingga kematian janin dalam kandungan. Oleh karena itu, IUGR dianggap sebagai salah satu faktor risiko paling penting dalam kejadian IUFD (King et al., 2022)

c) *Kelainan Kongenital*

Kelainan kongenital merupakan kelainan struktur atau fungsi yang terjadi sejak masa perkembangan janin di dalam kandungan. Kelainan ini dapat melibatkan berbagai organ, seperti sistem saraf pusat, jantung, paru-paru, ginjal, maupun kelainan kromosom. Kelainan kongenital berat sering kali menyebabkan gangguan fungsi organ vital yang tidak kompatibel dengan kehidupan sehingga meningkatkan risiko kematian janin sebelum lahir (Bohiltea et al., 2020)

3) Infeksi janin

Infeksi janin terjadi ketika mikroorganisme seperti virus, bakteri, parasit, maupun jamur masuk ke dalam tubuh janin selama masa kehamilan. Penularan infeksi dapat terjadi secara transplasenta (melalui plasenta), saat proses persalinan, maupun pada masa neonatal. Infeksi yang terjadi selama kehamilan sering disebut sebagai infeksi kongenital atau infeksi intrauterin. Agen infeksi yang paling sering menyebabkan gangguan pada janin adalah kelompok TORCH (Toxoplasmosis, Other infections, Rubella, Cytomegalovirus, dan Herpes simplex virus), selain infeksi HIV, sifilis, dan parvovirus B19. Infeksi tersebut dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin, menyebabkan kelainan kongenital, kelahiran prematur, hingga kematian janin dalam kandungan (Pesch et al., 2024)

Menetapkan kematian janin dalam rahim menurut (Hopkins et al., 2018) kematian janin sebagai berikut :

1. Melakukan anamnesis mengenai berkurang atau hilangnya gerakan janin yang dirasakan ibu
2. Pemeriksaan fisik berupa pengukuran tinggi fundus uteri dan auskultasi denyut jantung janin menggunakan dopler Akan tetapi, konfirmasi definitif tetap dilakukan dengan pemeriksaan USG karena memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi dalam menegakkan diagnosis IUFD.

3. Ultrasonografi (USG). Pemeriksaan ini merupakan metode yang paling akurat untuk memastikan tidak adanya aktivitas jantung dan gerakan janin. Pada USG, diagnosis IUFD ditegakkan apabila tidak ditemukan denyut jantung janin maupun gerakan janin di dalam uterus.
4. Batas kematian janin IUFD Menurut *United States National Center for Health Statistic* Kematian janin dapat dibagi menjadi 4 golongan, yaitu: (Winknjosastro, 2018; Cuningham et al.,2024)
 - a. Golongan I : Kematian sebelum masa kehamilan mencapai 20 minggu penuh (*early fetal death*)
 - b. Golongan II : Kematian sesudah ibu hamil 20-28 minggu (*intermediate fetal death*)
 - c. Golongan III : Kematian sesudah masa kehamilan >28 minggu (*late fetal death*)
 - d. Golongan IV : Kematian yang tidak dapat digolongkan pada ketiga golongan diatas

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

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

- a) Stadium Maserasi I: timbulnya lepuh-lepuh pada kulit yang berisi cairan jernih kemudian kemerahan, biasanya tampak dalam $\pm 24 - 48$ jam setelah kematian janin.
- b) Stadium Maserasi II: timbul lepuh-lepuh pecah dan mewarnai air ketuban berubah merah kecokelatan, sekitar terjadi ≥ 48 jam setelah anak .
- c) Stadium Maserasi III: terjadi kira-kira 3 minggu setelah anak mati. Badan janin sangat lunak, tulang-tulang longgar, edema bawah kulit, biasanya setelah beberapa minggu kematian *intrauterine* (Tanjaya, 2025)

4) Faktor Plasenta

Plasenta merupakan organ yang berfungsi sebagai tempat pertukaran oksigen, nutrisi, dan sisa metabolisme antara ibu dan janin. Kelainan pada plasenta dapat menyebabkan terganggunya suplai oksigen dan nutrisi kepada janin sehingga meningkatkan risiko terjadinya *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD).

Kelainan plasenta yang dapat menyebabkan IUFD antara lain insufisiensi plasenta, solusio plasenta, plasenta previa, serta kelainan tali pusat. Insufisiensi plasenta terjadi ketika fungsi plasenta tidak berjalan dengan baik sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi janin tidak terpenuhi secara optimal. Kondisi ini dapat menyebabkan hipoksia, gangguan pertumbuhan janin, hingga kematian janin dalam kandungan.

Solusio plasenta merupakan keadaan terlepasnya plasenta dari dinding uterus sebelum janin lahir. Keadaan ini mengakibatkan terganggunya aliran darah dari ibu ke janin sehingga janin mengalami kekurangan oksigen yang dapat berakhir dengan kematian janin intrauterin.

5) Trauma atau Benturan Pada Kehamilan

Trauma pada kehamilan adalah cedera yang dialami ibu akibat jatuh, terpeleset, kecelakaan, maupun benturan pada daerah perut selama masa kehamilan. Trauma dapat menyebabkan gangguan pada plasenta dan aliran darah uteroplasenta sehingga suplai oksigen kepada janin berkurang.

Benturan pada abdomen ibu hamil dapat mengakibatkan perdarahan, solusio plasenta, hipoksia janin, hingga kematian janin dalam kandungan (IUFD). Risiko tersebut dapat terjadi baik pada trauma ringan maupun trauma berat sehingga setiap ibu hamil yang mengalami trauma perlu mendapatkan pemantauan kondisi janin secara menyeluruh.

2.2.1 Manifestasi Klinis IUFD

Criteria diagnostic kematian janin dalam rahim meliputi:

- 1) Rahim yang hamil tersebut tidak bertambah besar lagi, bahkan semakin mengecil.
- 2) Tidak lagi dirasakan gerakan janin.
- 3) Tidak ditemukan bunyi jantung janin pada pemeriksaan.

- 4) Bentuk uterus menjadi tidak tegas sebagaimana suatu kehamilan normal.
- 5) Bila kematian itu telah berlangsung lama, dapat dirasakan krepitasi, yakni akibat penimbunan gas dalam tubuh.

2.2.2 Predisposisi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

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

1) Faktor Maternal

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

- a) Umur
- b) Paritas
- c) Usia kehamilan

- a. Usia persalinan premature
- b. Usia persalinan matur (cukup bulan)
- c. Usia kehamilan post matur
- d) Penyakit penyerta seperti,
 - a. Anemia
 - b. Pre-eklamsi dan Eklamsi
 - c. Solutio placenta
 - d. Diabetes mellitus
 - e. Rhesus Iso-Imunisasi
 - f. Infeksi dalam kehamilan
 - g. Kehamilan ganda
 - h. Penyakit ginjal dan infeksi saluran kemih pada kehamilan
 - i. malaria.

2) Faktor janin

a) Kelainan kongenital

kongenital merupakan kelainan struktural atau fungsional yang terjadi sejak masa embrio dan janin. Kelainan ini dapat melibatkan sistem saraf pusat, jantung, ginjal, paru-paru, maupun organ lainnya. Kelainan kongenital berat seperti anensefali, trisomi 13, trisomi 18, dan berbagai kelainan genetik berat sering ditemukan pada kasus kematian janin dalam rahim. Janin dengan kelainan tersebut memiliki risiko kematian yang lebih tinggi karena organ vital tidak berkembang secara optimal

sehingga tidak mampu mempertahankan kehidupan *intrauterine* (Fernandes et al., 2025)

b) Infeksi *intrauterine*

Infeksi *intrauterin* merupakan infeksi yang terjadi pada janin, membran ketuban, plasenta, atau cairan amnion selama kehamilan akibat masuknya mikroorganisme melalui jalur asenden dari traktus genital ibu atau melalui penyebaran hematogen melalui plasenta. Infeksi ini dapat menyebabkan kerusakan plasenta, respons inflamasi janin, hipoksia, sepsis janin, hingga kematian janin dalam rahim (IUFD) (Kurakazu et al., 2025)

c) Pertumbuhan janin terhambat

Pertumbuhan janin terhambat ditentukan bila berat janin kurang dari 10% dari berat yang harus dicapai pada usia kehamilan tertentu. Biasanya perkembangan yang terhambat diketahui setelah dua minggu tidak ada pertumbuhan. Penyebab pertumbuhan janin terhambat diantaranya adalah hipertensi dalam kehamilan, gemelli, anomali janin, infeksi seperti rubela dan sifilis, penyakit jantung, asma, gaya hidup seperti merokok dan narkoba, kekurangan gizi ekonomi rendah (Elina, 2022)

d) Kelainan genetik

Penyakit genetik adalah penyakit yang disebabkan oleh adanya kelainan atau defek pada materi genetik, baik berupa

mutasi pada satu gen, kelainan struktur kromosom, maupun perubahan jumlah kromosom. Kelainan genetik dapat diturunkan dari orang tua atau terjadi secara spontan selama proses pembentukan embrio dan janin. Defek genetik tersebut dapat mengganggu pertumbuhan, perkembangan, serta fungsi organ janin sehingga meningkatkan risiko terjadinya kelainan kongenital, hambatan pertumbuhan janin, dan kematian janin dalam rahim (*Intrauteri ne Fetal Death* atau IUFD) (Aulia, M Taupik, & Kanti, 2023)

3) Faktor Plasenta

Faktor plasenta antara lain kelainan inserti tali pusat, simpul tali pusat, lilitan tali pusat, dan solutio placenta. Tali pusat sangat penting yang artinya sehingga janin bebas bergerak dalam cairan amnion, sehingga pertumbuhan dan perkembangannya berjalan dengan baik. Tali pusat yang terlalu panjang dapat menimbulkan lilitan pada leher, sehingga mengganggu aliran darah ke jantung dan menimbulkan asfiksia sampai kematian janin dalam kandungan (Brandt & Ananth, 2023)

4) Trauma atau Benturan pada Kehamilan sebagai Faktor Risiko IUFD

Trauma pada kehamilan merupakan cedera yang dialami ibu selama masa kehamilan, baik akibat jatuh, terpleset, kecelakaan lalu lintas, maupun benturan langsung pada abdomen. Kejadian trauma selama kehamilan perlu mendapatkan perhatian karena dapat

menimbulkan dampak bagi ibu maupun janin. Menurut Widyastuti, Sari, dan Kristianingrum (2025), trauma abdomen pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi kehamilan yang dapat memengaruhi kondisi janin.

Salah satu komplikasi yang dapat terjadi akibat trauma adalah solusio plasenta. Solusio plasenta merupakan kondisi terlepasnya plasenta dari dinding uterus sebelum bayi lahir. Keadaan ini menyebabkan terganggunya aliran darah dari ibu ke janin sehingga suplai oksigen dan nutrisi menjadi berkurang. Apabila kondisi tersebut berlangsung terus-menerus, janin dapat mengalami hipoksia yang berisiko menyebabkan kematian dalam kandungan.

Paramitha dkk. (2025) menyatakan bahwa trauma abdomen dapat menjadi faktor yang berhubungan dengan terjadinya solusio plasenta. Gangguan perfusi uteroplacenta yang terjadi akibat solusio plasenta dapat menghambat pertukaran oksigen dan nutrisi antara ibu dan janin. Akibatnya, janin berisiko mengalami distress janin, asfiksia, bahkan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD). Trauma selama kehamilan dapat menjadi salah satu faktor risiko yang berkontribusi terhadap terjadinya IUFD.

2.2.3 Pemeriksaan penunjang Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

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

2.2.4 Komplikasi Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

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

2.2.5 Penatalaksanaan Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Janin yang mati dalam rahim sebaiknya segera dikeluarkan secara:

- 1) Lahir spontan: 75% akan lahir spontan dalam 2 minggu.
- 2) Persalinan anjuran :
 - a) Dilatasi serviks dengan batang laminaria

Setelah dipasang 12-24 jam kemudian dilepas dan dilanjutkan dengan infus oksitosin sampai terjadi pengeluaran janin dan plasenta.
 - b) Dilatasi Serviks dengan kateter folley.
 - a. Untuk umur kehamilan > 24 minggu.
 - b. Kateter folley no 18, dimasukan dalam kanalis servikalis di luar kantong amnion.
 - c. Diisi 50 ml aquades steril.
 - d. Ujung kateter diikat dengan tali, kemudian lewat katrol, ujung tali diberi beban sebesar 500gram.

- e. Dilanjutkan infus oksitosin 10 u dalam dekstrose 5% 500 ml, mulai 8 tetes/menit dinaikkan 4 tetes tiap 30 menit sampai his adekuat.
- c) Infus oksitosin
 - a. Keberhasilan sangat tergantung dengan kematangan serviks, dinilai dengan Bishop Score, bila nilai = 5 akan lebih berhasil.
 - b. Dipakai oksitosin 5-10 u dalam dekstrose 5% 500 ml mulai 8 tetes/menit dinaikkan 4 tetes tiap 15 sampai his adekuat.
- d) Induksi prostaglandin
 - a. Dosis : Pg-E 2 diberikan dalam bentuk suppositoria 20 mg, diulang 4 - 5 jam. Pg-E 2 diberikan dalam bentuk suntikan im 400 mg. Pg-E 2,5 mg/ml dalam larutan NaCl 0.9%, dimulai 0,625 mg/ml dalam infus.
 - b. Kontra Indikasi: asma, alergi dan penyakit kardiovaskuler.

2.2.6 Dampak Fisiologis dan Psikologis Ibu dengan IUFD

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

tahun, tetapi juga berdampak pada kehamilan berikutnya (Westby et al., 2021)

Selain dampak psikologis yang telah dijabarkan di atas, penting juga bagi kita untuk mengetahui dampak negatif terhadap kesehatan fisik pada ibu post partum. Menurut (Grummer, Strawn , & Clark, 2023), orang tua yang berduka karena melahirkan bayi yang lahir mati atau mengalami kematian bayinya cenderung mengalami pembengkakan payudara, nyeri, dan kebocoran ASI.

Penyebab bendungan ASI (pembengkakan payudara) diantaranya adalah peningkatan produksi ASI, pelekatan yang kurang baik, keterlambatan menyusui dini, pengeluaran ASI yang jarang, adanya pembatasan waktu menyusui. Faktor lainnya yakni ibu memilih untuk tidak menyusui bayinya atau keguguran, bayi lahir mati, ibu dengan virus HIV, HBsAG, TBC, Kanker, ibu yang sedang menjalani pengobatan, ibu dengan pembedahan payudara dan ibu dengan cedera payudara. Untuk mencegah hasil yang merugikan, membutuhkan panduan antisipasif atau dukungan laktasi dari profesional kesehatan yang berkualitas (Umayah Kumalasari & Tiara Permata Sari, 2024)

2.2.7 Faktor Intrauterine Fetal Death (IUFD)

Intrauterine Fetal Death (IUFD) dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal dan kelainan patologis plasenta. Salah satu faktor maternal yang menyebabkan terjadinya IUFD adalah umur ibu tua. Selain itu, salah satu faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan terjadinya kematian

janin dalam rahim adalah usia ibu > 40 tahun saat kehamilan, Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut:

1) Faktor maternal

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

2) Faktor fetal

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

3) Faktor plasental

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

2.2.8 Langkah Pencegahan IUFD

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

1) Berhenti merokok.

2) Berhenti mengonsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan berbahaya.

3) Menghindari tidur dengan posisi terlentang saat usia kehamilan memasuki 28 minggu atau lebih

- 4) Melakukan pemeriksaan kehamilan ke dokter kandungan atau bidan secara rutin untuk memantau kesehatan ia janin
- 5) Bagi ibu hamil yang berisiko mengalami IUFD, dirasakan untuk berkonsultasi ke dokter kandungan. Begitupula jika mendapati tanda-tanda yang tidak biasa, misalnya intensitas gerakan janin menurun segera temui dokter agar mendapat pemeriksaan dan penanganan yang tepat (meva, 2022)

2.2.9 Peran Bidan Dalam IUFD

Bidan memiliki peran penting dalam pencegahan, deteksi dini, penatalaksanaan, serta pemberian dukungan fisik dan psikologis pada ibu yang mengalami Intra Uterine Fetal Death (IUFD). Pelayanan bidan dilakukan secara komprehensif mulai dari masa antenatal, intranatal, hingga postnatal. Dalam kasus IUFD, bidan tidak hanya berfokus pada kondisi fisik ibu, tetapi juga memberikan asuhan yang berpusat pada kebutuhan emosional dan psikologis keluarga (Burden et al., 2025)

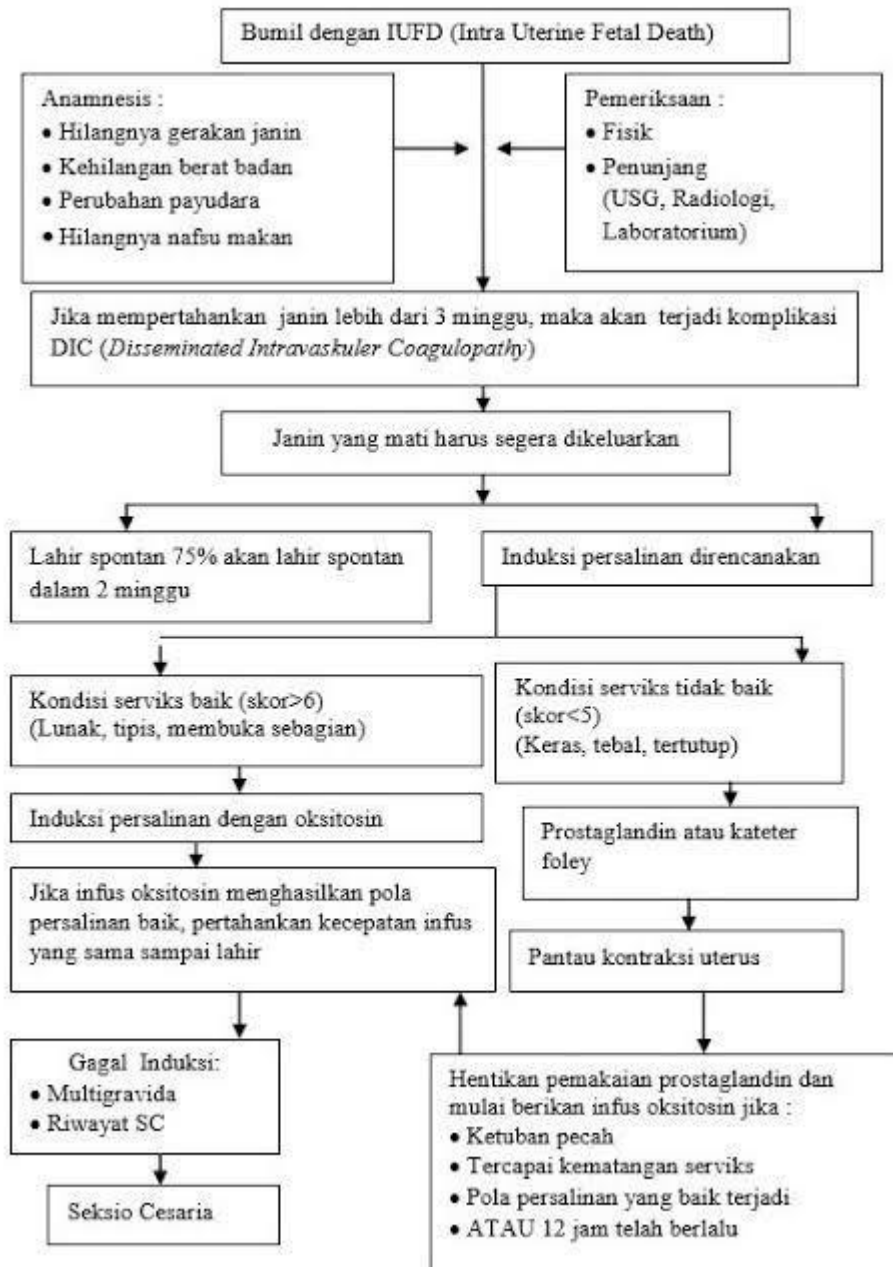
Peran bidan dalam penatalaksanaan IUFD meliputi pencegahan dan deteksi dini faktor risiko, kolaborasi dalam penegakan diagnosis, pendampingan selama persalinan, pemberian dukungan psikologis, asuhan pasca persalinan, serta koordinasi rujukan dan kerja sama dengan tim kesehatan. Pelayanan yang diberikan secara profesional, empatik, dan berpusat pada kebutuhan ibu serta keluarga sangat penting untuk mengurangi dampak fisik maupun psikologis akibat kehilangan janin

2.2.10 SOP IUFD di RSUD dr. Slamet Garut

Tabel 2.1 SOP Penatalaksanaan 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 Ditandatangani secara elektronik oleh: Direktur RSUD dr. SLAMET GARUT, dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp.OT.Spine NIP. 196505171991031013 dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp. OT. 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, gemeli, 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) PENGGELOLANNYA Lahirkan janin (lihat bab terminasi kehamilan) PENYULIT Oleh karena penyakit/gangguan pembekuan darah Komplikasi tindakan		

2.2.11 Algoritma IUFD



Tabel 2.2 Algoritma Penatalaksanaan Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

<https://id.scribd.com/document/400712847/Penatalaksanaan-IUFD>

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Ny. S 26 Tahun G1P0A0 Parturien 40 minggu Dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD) Di RSUD dr.slamet Garut

Hari/ Tanggal Pengkaji : Senin, 16 Februari 2026

Jam : 18.30 WIB

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Fiska Aulia Kaffah

1) DATA SUBJEKTIF

a) Identitas

Nama	: Ny. S	Nama Suami	: Tn. M
Umur	: 26 tahun	Umur	: 26 tahun
Suku	: sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan swasta
Alamat	: Kp. Ancol selaawi		

b) Alasan Datang

Ibu datang rujukan dari Puskesmas Leles, ibu merasa hamil 9 bulan, ibu mengatakan gerakan bayi sudah jarang dirasakan sejak tanggal 14 Februari 2026, gerakan bayi terakhir tanggal 15 Februari 2026, ibu

mengatakan sebelum nya terpleset dari tangga tanggal 13 februari 2026 dan langsung di periksa ke puskesmas dan hasil pemeriksaan masih ada DDJ nya dan masih bisa merasakan gerakan bayi.

c) Keluhan Utama

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

d) Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan pertama haid pada usia 12 tahun, haidnya normal dengan siklus 28 hari, lama haidnya 7 haru dengan sifat darah cair dan biasa mengganti pembalut 3 kali Ganti sehari. Kadang-kadang merasakan sakit dismenore pada haid pertama tetapi masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa.

b. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertama, diketahui kehamilannya melalui tes urine (+), hari pertama haid terakhir tanggal 08 Mei 2025 Tapsiran persalian tanggal 15 Februarri 2026. Pemeriksaan kehamilan baru 6x dibidan dan 2x di dokter, ibu mengatakan sudah mendapatkan imunisasi TT2, ibu mengatakan gerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan kurang

lebih 4 bulan dan gerakan yang dirasakan aktif sehari kurang lebih 10x gerakan. Selama hamil ibu hanya mengonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh bidan, yaitu multivitamin dan tablet Fe.

Keluhan Selama kehamilan

Trimester I : Mual dan muntah

Teimester II : Tidak ada keluhan

e) Riwayat Ginekologi

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

f) Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit berat seperti jantung, hipertensi, diabetes melitus, asma, TC, malaria dan tidak ada penyakit keturunan, menural, HIV, HBSAG, SIFILIS dan lainnya.

g) Riwayat Penggunaan Alat Kontrasepsi

Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun

h) Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suami, ibu menikah pada usia 25 tahun dan suami usia 25 tahun, lama pernikahan 1 tahun.

i) Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan tinggal bersama suami, pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami, ibu senang atas kehamilannya, kehamilan ini sangat dinantikan oleh ibu dan keluarga. Alhamdulillah suami selalu

mendampingi dan selalu mensupport. Adapun keluarga dan tetangga terjalin baik.

j) Pola Kebutuhan Sehari-hari

a) Nutrisi

Sebelum hamil : Ibu makan sehari 2x sehari berbagai macam makanan

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

b) Eliminasi

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

c) Istirahat

Ibu mengatakan tidur malam kurang lebih 8 jam kadang dari jam 21.00 WIB bangun jam 05.00 WIB tanpa ada keluhan, tidur siang jarang karna ibu beraktifitas

d) Pola seksual

Ibu mengatakan terakhir hubungan seksual seminggu yang lalu, dan tidak ada keluhan

e) Aktifitas sehari-hari

Ibu mengatakan kegiatan sehari hari pagi mengerjakan rumah setelah mengerjakan ibu berangkat dinas.

f) Personal Hygiene

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

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Sedang

Kesadaran : *Composmentis*

Status Emosional : Stabil

b) Antropometri

BB sebelum hamil : 60kg

BB setelah hamil : 71kg

Kenaikan BB : 11kg

TB : 157 cm

IMT : 28,8

LILA : 27 cm

c) Tanda-Tanda Vital

TD : 120/80 mmHg

Nadi : 82x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,3°C

d) Pemeriksaan Fisik

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

- b. Muka : Bersih, tidak oedema, tidak pucat
- c. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
- d. Hidung : Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
- e. Telinga : Simetris, bersih tidak ada peradangan, pendengaran baik.
- f. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembesaran vena jugularis
- g. Dada : Simetris, bunyi jantung normal, bunyi paru normal.
- h. Payudara
 - Inspeksi : Simetris, areola hiperpigmentasi, puting menonjol.
 - Palpasi : Tidak ada retraksi, tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pengeluaran.
- i. Abdomenn

Inspeksi : Tidak erdapat bekas luka OP, terdapat linea nigra.

Palpasi :

Leopold I : Di fundus teraba bagian lunak, bulat, tidak melenting (bokong)

Leopold II : Kanan: Terasa kosong, teraba bagian-bagian kecil. (Ekstremitas)

Kiri: Terasa penuh, keras, seperti papan. (Punggung/PUKI).

Leopold III : Di bagian terbawah janin teraba bagian kerass, bulat dan melenting. Sudah masuk (PAP)

Leopold IV : *Divergen*

- a. Auskultasi DJJ : (-)
- b. TFU : 29 cm
- c. TBBJ : 2,790gr
- d. Kontraksi : 3x10'35"

j. Ekstremitas

Tangan : Tidak pucat, tidak oedema, terpasang infus rl

Kaki : Tidak pucat, tidak oedema, tidak Varises

Reflek Patella : Ka/Ki +/-

k. Genetalia : Dilakukan pemeriksaan.

Pemeriksaan Dalam

- Pukul : 18.30WIB
- Dinding Vagina : licin
- Portio : Tebal, lunak
- Ketuban : Utuh
- Pembukaan : 4-5 cm
- Persentasi Janin : kepala
- Hodge : H-II
- Penurunan bag terendah : 3/5

e) Pemeriksaan Penunjang

HB : 11,1 gr/dl

Protein Urine : Negatif

Glukosa Urine : Negatif

HIV/AIDS : Negatif

Sypilis : Negatif

HBsAG : Negatif

3) ANALISA

G1P0A0 parturien 40 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD).

4) PENATALAKSANAN

- 1) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu sudah masuk fase aktif persalinan dan asuhan yang diberikan

Evaluasi : Ibu mengetahui

- 2) Memberitahu ibu bahwa usia kehamilan ibu 40 minggu, dan menjelaskan tentang kondisi bayi dalam kandungan

Evaluasi : Ibu mengetahui usia kehamilan dan sudah mengetahui keadaan bayinya

- 3) Memberikan dukungan emosional

Evaluasi : Ibu merasa nyaman

- 4) Konseling Informasi Edukasi tentang persiapan persalinan.

Evaluasi : Ibu mengerti

- 5) Konseling Informasi Edukasi tentang tanda bahaya persalinan

Evaluasi : Ibu mengerti

- 6) Konseling Informasi Edukasi tentang pemenuhan nutrisi

Evaluasi : Ibu blom masuk nasi tetapi bisa ngemil makanan ringan

- 7) Kolaborasi dengan Dokter SpOg dan memberikan teraphy induksi, yaitu:

1. Pemasangan infus RL 500 cc tanggal 16-02- 2026 jam 19.00
2. Agumentasi Drip oksitosin 5 IU tanggal 16-02- 2026 jam 19.00

CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Hari/ Tanggal Pengkajian : Selasa, 17 Februari 2026

Waktu : 00.10

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Fiska Aulia Kaffah

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin meneran

b. Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : sakit sedang

Kesadaran : *Composmentis*

Status emosional : Stabil

b) Tanda Tanda Vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 86x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,5°C

c) Pemeriksaan fisik

- Abdomen

DJJ : (-)

HIS : 5X10'50''

Pemeriksaan Dalam :

Vulva/vagina	: T.a.k
Portio	: Tidak teraba
Pembukaan	: 10 cm
Ketuban	: Jernih
Persentasi	: Belakang Kepala
Posisi	: UUK kiri depan
Penurunan	: Hodge III+

c. Analisa

G1P0A0 Inpartu Kala II

d. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan di berikan

Evaluasi : ibu paham dan mengerti

2. Memposisikan ibu senyaman mungkin

Evaluasi : Ibu sudah posisi nyaman

3. Menyiapkan Diri dan Alat

Evaluasi : Alat sudah siap

4. Melakukan Pertolongan Persalinan Normal

Evaluasi : Pukul 00.30 WIB Bayi lahir spontan lahir dengan kondisi IUFD

BB : 3000gr PB : 49cm JK : Laki-laki

5. Melakukan pengecekan fundus untuk memastikan tidak ada janin ke 2

Evaluasi : tidak ada janin ke 2

6. Memberitahu ibu akan di lakukan suntik oksitosin

Evaluasi : ibu bersedia

7. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, menyuntikan oksitosin 10 IU di
1/3 paha atas lateral secara IM

Evaluasi ; telah di suntikan

8. Menjepit dan memotong tali pusat

Evaluasi : dilakukan

9. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

Hari/ Tanggal Pengkajian : Selasa, 17 Februari 2026

Waktu : 00.40

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Fiska Aulia Kaffah

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan masih mules serta ibu terlihat sedih

b. Data Objektif

a) Keadaan Umum : Sakit sedang

Kesadaran : *Composmentis*

Emosional : Stabil

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu : 36,4°C

c) Pemeriksaan Fisik

Abdomen : kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah pusat.

Genetalia : Terdapat tali pusat menjulur dan terdapat pengeluaran darah

c. Analisa

P1A0 Kala III

d. Penatalaksanaan

a) Melanjutkan manajemen aktif kala III

Evaluasi : dilakukan

b) Melakukan PTT, melahirkan plasenta

Evaluasi : Plasenta dan selaput lahir spontan pada pukul 00.40 WIB
kontraksi uterus baik

c) Mengecek kelengkapan plasenta

Evaluasi : plasenta lengkap

d) Melakukan masase 15kali dalam 15 detik

Evaluasi : dilakukan

e) Memberikan pemenuhan nutrisi ibu

Evaluasi : ibu bersedia minum

f) Melakukan perdokumentasian

Evaluasi : terlampir di partograf

CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Hari/ Tanggal Pengkajian : Selasa, 17 Februari 2026

Waktu : 00.50

Tempat : Ruang VK

Pengkaji : Fiska Aulia Kaffah

1) Data Subjektif

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

2) Data Objektif

a) Keadaan Umum

Keadaan : Lemas

Kesadaran : *Composmentis*

Keadaann Emosional : Stabil

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 84 x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,4°C

c) Pemeriksaan Fisik

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

Genetalia : Terdapat luka laserasi derajat II

3) Analisa

P1A0 Kala IV

4) Penatalaksanaan

- 1) Melakukan pemantaun kala IV.

Evaluasi : Hasil terlapir di partograf

- 2) Melakukan pengecekan pengeluaran darah ± 50 cc, adanya robekan pada vagina dan perineum.

Evaluasi : Pengeluaran darah norma.

- 3) Membersihkan ibu dan tempat bersalin

Evaluasi: tempat sudah bersih

- 4) Memberikan dukungan emosional atas meninggalnya bayi

Evaluasi : Ibu merasa nyaman

- 5) KIE untuk pemenuhan nutrisi setelah melahirkan

Evaluasi : Ibu mengetahui

- 6) KIE tentang tanda bahaya nifas pada ibu

Evaluasi : Ibu mengrti dan mengetahui

- 7) Melakukan dekontaminasi alat.

Evaluasi : dilakukan

- 8) Melakukan perdokumentasian

Evaluasi : terlampir

3.2 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Pada Ny. S Usia 26 Tahun P1A0

Postpartum 14 jam di RSUD dr. Slamet Garut

Tanggal Pengkajian. : 17 Februari 2026

Waktu Pengkajian. : 14.00 WIB

Tempat Pengkajian. : Ruang Aster

Pengkaji. : Fiska Aulia Kaffah

1) Data Subjektif

a) Keluhan utama

Ibu mengatakan masih nyeri pada jalan lahir dan merasa sedih karena bayinya meninggal.

b) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

Ny. S mengatakan sudah makan 2x, minum 4x, ibu tidak ada pantangan dan keluhan

b. Eliminasi

Ny. S belum BAB dan sudah BAK 2x. saat BAK tidak ada keluhan rasa nyeri atau panas.

c. Personal Hygiene

Ny. S setelah bersalin belum mandi, ganti pakaian baru 1x, ganti pakaian dalam belum dilakukan karena ibu masih menggunakan pampers dan belum ganti pampers.

d. Istirahat

Ny. S setelah bersalin mengatakan sudah istirahat tidur kurang lebih dua jam.

e. Psikologis

Ny. S merasa sedih setelah melahirkan bayinya

2) Data Objektif

a) Keadaan umum : Baik

b) Kesadaran : Composmentis

c) Tanda-Tanda Vital :

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 88x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5°C

SPO2 : 99%

d) Pemeriksaan Fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Puting susu menonjol, tidak ada benjolan, kolostrum ada

Abdomen:

TFU 2 jari dibawah pusat

Kontraksi uterus baik

Kandung kemih kosong

Genetalia:

Terdapat pengeluaran lochea rubra

Terdapat luka laserasi perineum derajat II yang telah dijahit

Tidak terdapat tanda-tanda infeksi maupun perdarahan aktif

Ekstremitas: Tidak odema

3) Analisa

P1A0 postpartum 14 jam dengan riwayat IUFD

4) Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi ibu dalam batas normal.

Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Menganjurkan ibu melakukan mobilisasi dini secara bertahap untuk mempercepat pemulihan.

Evaluasi: Ibu bersedia melakukan mobilisasi.

3. Menganjurkan ibu untuk pemenuhan nutrisi untuk mempercepat proses pemulihan.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia.

4. Memberikan konseling tentang tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, demam, nyeri perut hebat, pusing berlebihan, dan kejang.

Evaluasi: Ibu dapat mengulangi kembali tanda bahaya nifas.

5. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan luka laserasi perineum derajat II dengan menjaga kebersihan daerah genetalia, mengganti pembalut secara teratur, membersihkan perineum dari arah depan ke belakang, dan menjaga luka tetap kering.

Evaluasi: Ibu mengerti cara merawat luka perineum.

6. Memberitahu ibu agar tidak menahan BAB dan BAK.

Evaluasi: Ibu mengerti.

7. Memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga atas kehilangan bayi serta menganjurkan ibu untuk mengungkapkan perasaannya.

Evaluasi: Ibu tampak lebih tenang dan bersedia berbagi perasaannya.

8. Memberikan edukasi mengenai laktasi pasca IUFD dan cara mengurangi produksi ASI, seperti menggunakan bra yang menopang payudara dengan nyaman, menghindari rangsangan pada payudara, dan mengompres dingin apabila payudara terasa penuh atau nyeri.

Evaluasi: Ibu mengerti penjelasan yang diberikan.

9. Memberitahu ibu untuk melakukan bebat dengan cara membalut payudara dengan kain panjang atau kain bebat

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukannya

10. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan.

Evaluasi: Pendokumentasian telah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS

Tanggal Pengkajian: 18 Februari 2026

Waktu Pengkajian: 09.00 WIB

Tempat Pengkajian: Ruang Aster

Pengkaji: Fiska Aulia Kaffah

1) Data Subjektif

Ibu mengatakan masih ada sedikit nyeri pada jalan lahir

2) Data Objektif

a) Keadaan umum: Baik

b) Kesadaran: Composmentis

c) Tanda-Tanda Vital:

Tekanan darah : 110/90 mmHg

Nadi : 90x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,6°C

SPO2 : 99%

d) Pemeriksaan Fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Puting susu menonjol, tidak ada benjolan, kolostrum ada

Abdomen

TFU 3 jari dibawah pusat

Kontraksi uterus baik

Kandung kemih kosong

Genetalia:

Terdapat pengeluaran lochea rubra

Terdapat luka laserasi perineum derajat II yang telah dijahit

Tidak terdapat tanda-tanda infeksi maupun perdarahan aktif

Ekstremitas : Tidak Odema

3) Analisa

P1A0 postpartum hari ke-2 dengan riwayat IUFD

4) Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan.

- 2) Mengajarkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan yang cukup guna mempercepat pemulihan kondisi tubuh.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia melaksanakannya.

- 3) Menjelaskan kembali tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, demam, nyeri perut hebat, lochea berbau, pusing berat, dan kejang serta menyarankan segera ke fasilitas kesehatan apabila muncul keluhan tersebut.

Evaluasi: Ibu mengerti dan dapat menyebutkan kembali tanda bahaya nifas.

- 4) Mengajarkan perawatan luka laserasi perineum derajat II dengan menjaga kebersihan genetalia, mengganti pembalut secara teratur, dan menjaga daerah perineum tetap kering.

Evaluasi: Ibu mengerti cara perawatan luka.

- 5) Memberikan edukasi mengenai penatalaksanaan laktasi pasca IUFD dengan menghindari stimulasi payudara, menggunakan bra yang nyaman dan menopang, serta melakukan kompres dingin bila payudara terasa penuh atau nyeri.

Evaluasi: Ibu mengerti penjelasan yang diberikan.

- 6) Memberitahu ibu untuk melakukan bebat dengan cara membalut payudara dengan kain panjang atau kain bebat

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukannya

- 7) Memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga terkait kehilangan bayi serta menganjurkan keluarga untuk memberikan dukungan emosional selama masa nifas.

Evaluasi: Ibu tampak lebih tenang dan menerima kondisinya.

- 8) Melakhukan kolaborasi dengan dokter terkait pemulangan pasien.

Evaluasi: Ibu diperbolehkan pulang dengan terapi:

- Cefadroxil 500 mg 2 kali sehari
- Asam mefenamat 500 mg 3 kali sehari
- Tablet Fe 60 mg 1 kali sehari

8. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan terdekat.

Evaluasi: Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang.

9. Melakukan perdokumentasian

Evaluasi: Pendokumentasian telah dilakukan

3.3 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Ny. S Usia 0 Jam Dengan IUFD

Hari/Tanggal pengkajian : 17 Februari 2026
 Pukul : 00.30 WIB
 Tempat : VK
 Pengkaji : Fiska Aulia Kaffah

A. Data Subjektif

1 Identitas

Nama bayi : By. Ny. S
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Tanggal lahir : 17 Februari 2026
 Pukul Lahir : 00.35 WIB
 Nama ibu : Ny. S
 Umur : 26 Tahun
 Nama ayah : Tn. M
 Umur : 26 Tahun
 Alamat : Kp. Ancol selaawi

2 Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama, dan persalinan yang pertama,

3. Riwayat persalinan

Jenis persalinan : Spontan

Penolong : Bidan

Ketuban : Jernih (-)

Keadaan : Bayi IUFD

B. Data Objektif

1 Pemeriksaan Umum

Keadaan : IUFD

2 Antropometri

BB : 3000 gr

PB : 49 cm

C. Analisa

Bayi Ny. S dengan IUFD

D. Penatalaksanaan

1) Memberitahu kondisi bayi pada ibu bahwa bayi sudah meninggal

EV : ibu terlihat sedih

2) Melakukan Pemeriksaan antropometri

EV : hasil antropometri BB : 3000 gr. PB : 49 cm

3) Mengikat bayi menggunakan kasa

EV : bayi sudah diikat di tangan dan kaki

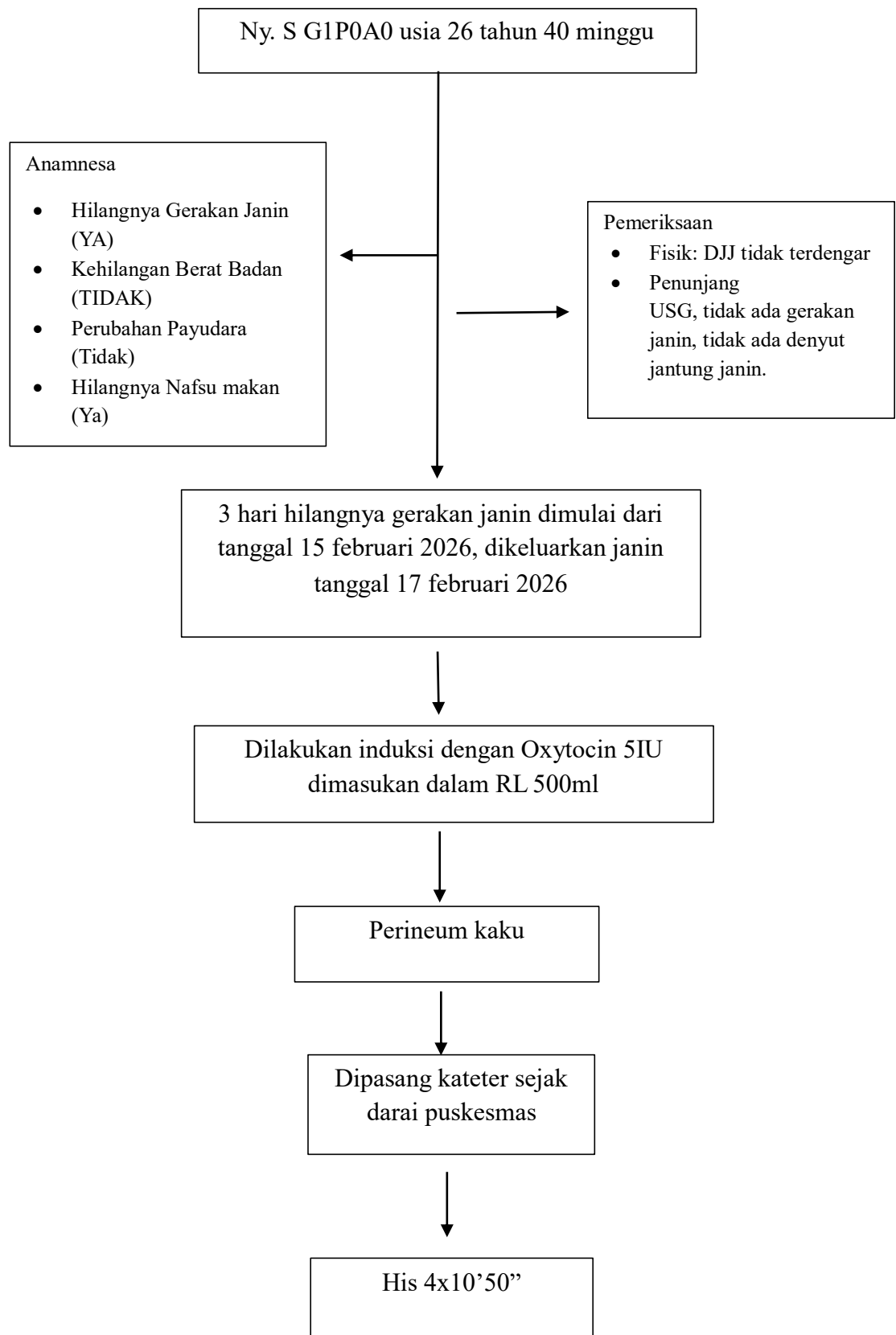
4) Membungkus bayi dengan kain

EV : bayi sudah terbungkus kain planel

5) Melakukan Pendokumentasian.

Ev : pendokumentasian dilakukan dalam bentuk SOAP

3.4 Algoritma penanganan IUFD



3.5 Matriks

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planning / Intervensi		Evidence Based
			Teori	Praktek	Teori	Praktek	
1	Intra Uterine Fetal Death (IUFD)	IUFD adalah kematian janin dalam rahim setelah usia kehamilan ≥ 20 minggu atau berat janin ≥ 500 gram sebelum persalinan.	Faktor maternal (postterm, hipertensi, infeksi, trauma), faktor fetal (kelainan kongenital, infeksi, IUGR), dan faktor plasenta.	Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu mengalami gerakan janin berkurang setelah terpleset. DJJ tidak terdengar dan USG menunjukkan IUFD.	Melakukan pemeriksaan, memastikan diagnosis, memberikan dukungan emosional, dan melakukan terminasi persalinan.	Kolaborasi dokter SpOG, pemasangan infus RL, induksi oksitosin drip, pemantauan persalinan.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Faktor trauma sesuai teori sebagai salah satu faktor risiko IUFD.
2	Persalinan Kala I fase aktif dengan IUFD	Kala I fase aktif merupakan fase pembukaan serviks 4–10 cm sampai pembukaan lengkap.	Pemantauan kemajuan persalinan meliputi his, pembukaan serviks, tanda vital ibu, dan kondisi janin.	Pembukaan 4–5 cm, kontraksi 3x/10 menit selama 35 detik, ketuban utuh.	Observasi persalinan, pemantauan kondisi ibu, dan persiapan persalinan.	Dilakukan KIE, observasi, dan kolaborasi induksi persalinan.	Tidak terdapat kesenjangan. Asuhan sesuai teori dan standar pelayanan persalinan.

3	Persalinan Kala II dengan IUFD	Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir.	Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN.	Ibu ingin meneran, pembukaan lengkap, bayi lahir spontan dengan kondisi IUFD.	Melakukan pertolongan persalinan, pencegahan perdarahan, dan manajemen aktif kala III.	Dilakukan pertolongan persalinan normal, oksitosin, pemotongan tali pusat, dokumentasi.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.
4	Masa nifas dengan riwayat IUFD	Masa nifas adalah masa pemulihan setelah persalinan.	Ibu dengan IUFD membutuhkan pemantauan fisik dan dukungan psikologis.	Ibu merasa sedih karena kehilangan bayi dan terdapat laserasi perineum derajat II.	Pemantauan involusi uterus, tanda bahaya nifas, dan dukungan psikologis.	Perawatan luka, KIE nutrisi, tanda bahaya nifas, dan dukungan emosional.	Tidak terdapat kesenjangan. Asuhan sudah sesuai kebutuhan fisik dan psikologis ibu.
5	Laserasi perineum/ episiotomi pada persalinan	Episiotomi merupakan Tindakan insisi pada perineum untuk membantu proses persalinan bila ada indikasi. Laserasi adalah robekan jalan lahir yang terjadi	Menurut teori episiotomi dilakukn berdasarkan indikasi tertentu seperti ancaman robekan luas, kondisi yang membutuhkan percepatan persalinan, atau tindakan obstetri tertentu.	Pada Ny. S terjadi episiotomidi laserasi perineum derajat II setelah persalinan spontan.	Melakukan pemeriksaan jalan lahir, penjahitan di perlukan dan pemantauan pendarahan.	Dilakukan penjahitan laserasi perineumm derajat II dan pemantauan kondisi ibu setelah persalinan.	Tidak Terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Pada teori episiotomi dilakukan atas indikasi, sedangkan pada kasus Ny. S dilakukan episiotomi yang tetap mendapatkan

		saat persalinan.					penangananan sesuai standar
--	--	---------------------	--	--	--	--	--------------------------------

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada klien Ny.S usia 26 tahun G1P0A0 Gravida 40 Minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD). Pembahasan ini berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan penulis. Dalam asuhan tersebut terdapat persamaan dan kesenjangan teori dan praktik dilapangan pembahasan ini juga di tunjukan agar dapat di ambil pemecah masalah dan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan Asuhan Kebidanan.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan pengkajian data hasil anamnesis ibu dirujuk dari Puskesmas Leles dengan indikasi (IUFD) ibu mengatakan gerakan janin sudah tidak dirasakan lagi. Menurut (Khadka et al., 2022) gejala kematian janin dalam rahim salah satunya adalah tidak lagi dirasakan gerakan janin. Dengan adanya kehamilan maka sistem tubuh wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan seseorang (Jee & Sawal, 2024)

Ibu mengatakan ketika turun dari tangga tidak sengaja terpeleset dan perut ibu terbentur pinggiran pagar tangga tanggal 13 februari 2026 dan setelah kejadian tersebut ibu langsung dibawa ke puskesmas terdekat dan di periksa dan janin masih ada bergerak. Tanggal 14 Februari 2026 ibu mengatakan setelah kejadian terpeleset ibu sudah merasakan gerakan janin

berkurang dari biasanya sehingga ibu cemas dan stress karena tidak disangka janinnya tidak akan bertahan.

Trauma atau benturan pada kehamilan dapat menjadi salah satu faktor risiko terjadinya IUFD. Trauma akibat jatuh atau terpeleset dapat menyebabkan gangguan aliran darah uteroplasenta, solusio plasenta, maupun hipoksia janin. Pada kasus Ny. S ditemukan riwayat terpeleset sebelum hilangnya gerakan janin sehingga kondisi tersebut diduga menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya IUFD.

Trauma benturan luar pada kehamilan adalah cedera yang terjadi akibat adanya gaya atau benturan dari luar tubuh ibu hamil, seperti kecelakaan lalu lintas, terjatuh, kekerasan dalam rumah tangga, maupun benturan langsung pada daerah abdomen. Trauma selama kehamilan merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas ibu serta janin. Sebagian besar trauma yang terjadi pada ibu hamil termasuk trauma ringan, tetapi tetap berpotensi menimbulkan komplikasi serius pada janin. Penelitian menunjukkan bahwa solusio plasenta setelah trauma umumnya terjadi dalam waktu 4–9 jam setelah kejadian, dan hampir seluruh kasus muncul dalam 24 jam pertama setelah trauma. Oleh karena itu, ibu hamil yang mengalami benturan pada perut memerlukan pemantauan ketat, termasuk pemantauan denyut jantung janin dan pemeriksaan *ultrasonografi* (USG)(Appelbaum et al., 2025)

Salah satu tanda utama IUFD adalah berkurangnya atau hilangnya gerakan janin yang dirasakan oleh ibu. Penurunan gerakan janin harus segera ditindaklanjuti dengan pemeriksaan lebih lanjut karena dapat menjadi tanda

adanya hipoksia, insufisiensi plasenta, dan peningkatan risiko kematian janin dalam kandungan (Whitworth et al., 2026)

Ibu juga tampak cemas dan sedih setelah mengetahui kondisi janinnya. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gravensteen et al. (2022) yang menyatakan bahwa ibu yang mengalami IUFD berisiko mengalami kecemasan, depresi, dan gangguan psikologis akibat kehilangan janin. Oleh karena itu dukungan emosional kepada ibu sangat diperlukan selama proses persalinan dan masa nifas.

4.2 Data Objektif

Keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82 kali per menit, respirasi 21 kali per menit, dan suhu 36,3°C. Pemeriksaan Leopold tinggi fundus uteri 29 cm teraba bokong di fundus, punggung dibagian kiri menunjukkan presentasi kepala dengan usia kehamilan 40 minggu. Setelah melakukan pengkajian di puskesmas dan di RS dilakukan pemeriksaan penunjang USG dan dinyatakan oleh Dokter bahwasannya janin sudah meninggal dan djj sulit di dengar dan tidak ditemukan tanda kehidupan janin sehingga ditegakkan diagnosis IUFD.

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

gerakan janin dan tidak adanya denyut jantung janin (dengan menggunakan USG).

Pada bayi Ny. S ditemukan tanda-tanda maserasi derajat ringan, yang menunjukkan bahwa janin telah meninggal di dalam rahim sekitar ± 24 jam sebelum persalinan. Maserasi merupakan proses autolisis atau penghancuran jaringan janin akibat aktivitas enzim setelah kematian janin dan terjadi karena janin tetap berada di dalam kavum uteri. Pada kematian janin yang berlangsung sekitar satu hari, perubahan yang umumnya ditemukan adalah kulit tampak kemerahan atau merah keunguan, kulit mulai melunak, dan dapat terjadi pengelupasan epidermis.

Maserasi merupakan proses degeneratif pada jaringan janin akibat kematian intrauterin. Proses ini dimulai segera setelah janin meninggal dan terjadi karena pengaruh cairan amnion serta proses autolisis oleh enzim proteolitik, yang menyebabkan perubahan pada kulit dan jaringan lunak berupa diskolorasi dan deskuamasi kulit (Tanjaya, 2025)

Menurut (Lindsey et al, 2022) diagnosis pasti IUFD ditegakkan melalui pemeriksaan ultrasonografi (USG) yang menunjukkan tidak adanya denyut jantung janin dan tidak ditemukan gerakan janin. (Hopkins et al, 2022) juga menyatakan bahwa USG merupakan metode paling akurat dalam menegakkan diagnosis IUFD.

4.3 Analisa

Ditegakkan diagnosa Ny. S umur 26 tahun G1P0A0 Gravida 40 minggu janin tunggal dengan IUFD. Berdasarkan pengkajian data subjektif yaitu gerakan janin tidak dirasakan lagi menurut WHO (2023), diagnosis kematian janin dalam rahim mula-mula dirasakan pasien berupa hilangnya gerakan janin. Dari data objektif DJJ tidak terdeteksi (Garabedian et al., 2025)

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

Riwayat trauma berupa terpleset yang dialami ibu sebelum hilangnya gerakan janin diduga menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya IUFD. Namun demikian, penyebab pasti kematian janin tidak dapat dipastikan hanya berdasarkan riwayat trauma sehingga diperlukan pemeriksaan yang lebih mendalam untuk menentukan penyebab definitif.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan terhadap Ny. S berdasarkan dari data subjektif, data objektif, dan Analisa maka penatalaksanaan disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan memberikan dukungan penuh, pemberian drip oksitosin 0,5 ml dilarutkan dengan 500 ml RL. Sesuai teori menurut (Rifka suraharta, 2024). Berikan oksitosin drip 0,5 ml

mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 15 menit ditambah 4 menit sampai his adekuat (maksimum 20 tetes per menit).

Selanjutnya memberikan therapy sesuai advis dokter SpOG injeksi drip oksitosin 5 IU dalam RL 500cc 20 tetes per menit, dan melakukan pemeriksaan dalam control tiap 4 jam sekali, lapor dokter. Memberikan dukungan kepada ibu hal ini sesuai proses berduka yang bersifat patologis dapat di cegah dengan perilaku adaptasi yang tepat terhadap peristiwa kehilangan tersebut sehingga dapat memiliki kekuatan untuk menjalaninya sealamiah mungkin dalam batas waktu yang normal dan tidak berkepanjangan

Menurut Wiknjosastro (2015), pada kasus IUFD janin harus segera dilahirkan untuk mencegah komplikasi pada ibu. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah induksi persalinan menggunakan oksitosin apabila kondisi serviks memungkinkan.

4.5 Pendokumentasian

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

Dalam teknik observasi, data yang diperoleh dari hasil observasi langsung kepada pasien dan juga dari pemeriksaan fisik pasien secara lengkap data sekunder dalam hal ini di peroleh dari studi kepustakaan untuk mendapat materi teoritis tentang teori masalah yang di hadapi klien yaitu indikasi intra uterine fetal death, data pasien di peroleh dari rekam medis pasien yang kemudian di dokumentasikan dalam Teknik pengumpulan data dan ada kesenjangan antara teori dan praktek. Di dokumentasikan dalam bentuk SOAP. Hal ini sesuai dengan teori (Varner, 2022) manajemen kebidanan Adalah proses pemecahan masalah kebidanan yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan Tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil Keputusan yang berfokus pada pasien.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan pengkajian pada Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di RSUD dr. Slamet Garut maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Pengkajian Data subjektif pada Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di RSUD dr. Slamet Garut, sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 2) Pengkajian Data Objektif pada Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di RSUD dr. Slamet Garut, sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 3) Berdasarkan pengkajian Data Subjektif dan Objektif pada kasus Ny. S maka dapat ditegakkan Analisa yaitu, G1P0A0 Gravida 40 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di RSUD dr. Slamet Garut, sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 4) Penatalaksanaan pengkajian pada Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di RSUD dr. Slamet Garut, sesuai teori dan tidak terdapat kesenjangan.
- 5) Perdokumentasian yang dilakukan pada Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 gravida 40 minggu dengan *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) di RSUD dr. Slamet Garut, di dokumentasikan dengan metode SOAP.

5.2 Saran

Berdasarkan Kesimpulan diatas penulis akan meyampaikan saran yang mungkin bermanfaat yaitu :

1) Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan Laporan tugas akhir ini dapat menjadi bahan referensi dan sumber pembelajaran bagi mahasiswa kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus persalinan dengan (IUFD)

2) Bagi Institusi Kesehatan

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan khususnya pada kasus *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) dengan memperkuat deteksi dini melalui pemeriksaaan kehamilan secara rutin dan pemantauan janin (DJJ dan USG)

3) Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sesuai standar profesi serta mampu menerapkan manajemen kebidanan pada kasus IUFD.

4) Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan ibu dan keluarga dapat lebih memperhatikan pemeriksaan kehamilan secara rutin, segera memeriksakan diri apabila terdapat tanda bahaya kehamilan seperti berkurangnya gerakan janin, serta tetap menjaga kesehatan fisik dan psikologis setelah mengalami kehilangan janin.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfina Syakira Mahardika, Jusuf Sulaeman Effendi, & Indri Budiarti. (2025). Scoping Review: Hubungan Infeksi Saluran Kemih dengan Ketuban Pecah Dini Preterm. *Bandung Conference Series: Medical Science*, 5(1), 643–648. <https://doi.org/10.29313/bcsms.v5i1.16989>
- Appelbaum, R. D., Yorkgitis, B., Rosen, J., Butts, C. A., To, J., Knight, A. W., Zhang, J., Kirsch, J. M., Levin, J. H., Riera, K. M., Kelley, K. M., Carter, K. T., Sawhney, J. S., Mukherjee, K., Metz, T. D., Fiorentino, M. N., Cantrell, S., Sapp, A., Potgieter, C. J., ... Freeman, J. (2025). Trauma in pregnancy: A systematic review, meta-analysis, and practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 99(2), 298–309. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000004661>
- Beauchair, R., Petro, G., & Myer, L. (2014). The association between timing of initiation of antenatal care and stillbirths: A retrospective cohort study of pregnant women in Cape Town, South Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-204>
- Bohiletea, R., Turcan, N., Cavinder, C., Ducu, I., Paunica, I., Andronache, L., & Cirstoiu, M. (2020). Risk factors, predictive markers and prevention strategies for intrauterine fetal death. An integrative review. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 7(1), 52–60. <https://doi.org/10.22543/7674.71.p5260>
- Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2023). Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1313–S1329. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.059>
- Burden, C., Merriel, A., Bakhbakhi, D., Heazell, A., & Siassakos, D. (2025). Care of late intrauterine fetal death and stillbirth: Green-top Guideline No. 55. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 132(1), e1–e41. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17844>
- Cheong-See, F., Schuit, E., Arroyo-Manzano, D., Khalil, A., Barrett, J., Joseph, K. S., Asztalos, E., Hack, K., Lewi, L., Lim, A., Liem, S., Norman, J. E., Morrison, J., Combs, C. A., Garite, T. J., Maurel, K., Serra, V., Perales, A., Rode, L., ... Thangaratnam, S. (2017). Prospective Risk of Stillbirth and Neonatal Complications in Twin Pregnancies: Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 72(1), 1–3. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000402>
- Elina. (2022). *Perdarahan Antepartum Solusio Plasenta*. 6(4), 15402–15407.
- Elvira, D., & Yuliana, Y. (2018). Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Intra Uterine

- Fetal Death (Iufd) Di Rumah Sakit Tk Ii Kartika Husada Kabupaten Kubu Raya Tahun Periode 2017. *Jurnal Kebidanan*, 7(2), 92–100. <https://doi.org/10.33486/jk.v7i2.5>
- Faiza, A. Z. N., Setyabudi, M. T., & Ratnaningrum, K. (2023). Berhubungan Dengan Kejadian Intra Uterine Fetal. *Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran*, 6(2), 9–15.
- Fernandes, Q. H. R. F., Paixão, E. S., da Conceição Nascimento Costa, M., Teixeira, M. G., Barreto, M. L., & Acosta, A. X. (2025). Maternal and gestational factors associated with congenital anomalies among live births: a nationwide population-based study in Brazil from 2012 to 2020. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07675-0>
- Fita Anggriani, Sundari, & Nurana, S. (2023). Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny. A dengan Partus Normal. *Window of Midwifery Journal*, 4(2), 110–118. <https://doi.org/10.33096/wom.vi.1624>
- Garabedian, C., Sibiude, J., Anselem, O., Attie-Bittach, T., Bertholdt, C., Blanc, J., Dap, M., de Mézerac, I., Fischer, C., Girault, A., Guerby, P., Le Gouez, A., Madar, H., Quibel, T., Tardy, V., Stirnemann, J., Vialard, F., Vivanti, A., Sananès, N., & Verspyck, E. (2025). Fetal death: Expert consensus of the French College of Obstetricians and Gynecologists. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 168(3), 999–1008. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16079>
- Gravensteen, I. K., Jacobsen, E. M., Sandset, P. M., Helgadottir, L. B., Rådestad, I., Sandvik, L., & Ekeberg, Ø. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: A prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1666-8>
- Harlinda RA. (2025). Dampak Infeksi TORCH Intrauterin terhadap Perkembangan Janin dan Bayi: Tinjauan Literatur. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, 6(1), 614–624. <https://doi.org/10.55606/jikki.v6i1.10000>
- Hasna, G., Hasanah, H., Khotimah, H., & Mustakimah, R. (2024). Pendidikan Kesehatan Sebagai Upaya Pencegahan Terjadinya Intrauterine Fetal Death (IUFD) Pada Ibu Hamil. *Kolaborasi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(2), 113–118. <https://doi.org/10.56359/kolaborasi.v4i2.357>
- Hopkins, M. K., Kuller, J. A., & Dugoff, L. (2018). Management of Stillbirth. *Topics in Obstetrics & Gynecology*, 38(13), 1–5. <https://doi.org/10.1097/01.pgo.0000544560.60586.af>
- Jee, S. B., & Sawal, A. (2024). Physiological Changes in Pregnant Women Due to Hormonal Changes. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.55544>
- Jorge, T. F., & Nomura, R. M. Y. (2023). Effects of maternal anxiety on fetal and maternal circulation. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 69(3), 410–

414. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20221011>

- Jovanovic, I., Ivanovic, K., Kostic, S., Tadic, J., Dugalic, S., Petronijevic, M., Gojnic, M., Petronijevic, M., & Vrzic-Petronijevic, S. (2023). Intrauterine Fetal Death in Term Pregnancy—A Single Tertiary Clinic Study. *Life*, 13(12). <https://doi.org/10.3390/life13122320>
- Juniarty, E., & Sari, D. S. M. (2023). Hubungan Antara Umur Dan Paritas Ibu Dengan Kejadian Intra Uterine Fetal Death (Iufd) Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Prabumulih Tahun 2021. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 13(25), 22–26.
- Khadka, D., Dhakal, K. B., Dhakal, A., & Rai, S. D. (2022). Stillbirths among Pregnant Women Admitted to the Department of Obstetrics and Gynaecology in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *Journal of the Nepal Medical Association*, 60(253), 761–765. <https://doi.org/10.31729/jnma.7758>
- King, V. J., Bennet, L., Stone, P. R., Clark, A., Gunn, A. J., & Dhillon, S. K. (2022). Fetal growth restriction and stillbirth: Biomarkers for identifying at risk fetuses. *Frontiers in Physiology*, 13(August). <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.959750>
- Kishimoto, M., Yamaguchi, A., Niimura, M., Mizumoto, M., Hikitsuchi, T., Ogawa, K., Ozawa, N., & Tachibana, Y. (2021). Factors affecting the grieving process after perinatal loss. *BMC Women's Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01457-4>
- Kurakazu, M., Urushiyama, D., Hirakawa, T., & Yotsumoto, F. (2025). Presepsin in the amniotic fluid is a useful clinical inflammatory biomarker for the prenatal predictive diagnosis of histologic chorioamnionitis: a retrospective preliminary study. *Placenta*, 167, 181–186. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2025.05.018>
- Laskowska, M., Bednarek, A., & Stworowski, M. (2025). The Etiopathogenesis of Preeclampsia: Where Do We Stand Now? *Journal of Clinical Medicine*, 14(22), 1–23. <https://doi.org/10.3390/jcm14227992>
- Lund, I. O., Hannigan, L. J., Ask, H., Askelund, A. D., Hegemann, L., Corfield, E. C., Wootton, R. E., Ahmadzadeh, Y. I., Davey Smith, G., McAdams, T. A., Ystrom, E., & Havdahl, A. (2025). Prenatal maternal stress: triangulating evidence for intrauterine exposure effects on birth and early childhood outcomes across multiple approaches. *BMC Medicine*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03834-w>
- Mohamad, S., Gladis Claudia, J., Olii, N., Ibrahim, F., & Rati Astuti, E. (2022). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Intra Uterine Fetal. *Jambora Journal of Health Sciences and Research*, 4, 44–51. <http://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jjhsr/index>

- Pesch, M. H., Mowers, J., Huynh, A., & Schleiss, M. R. (2024). Intrauterine Fetal Demise, Spontaneous Abortion and Congenital Cytomegalovirus: A Systematic Review of the Incidence and Histopathologic Features. *Viruses*, 16(10). <https://doi.org/10.3390/v16101552>
- Rahmat, D., Yang, T., & Esa, M. (2024). *AT*. 1–316.
- Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, I. I. J. (2024). *No Title 済無No Title No Title No Title*. 2, 306–312.
- Samutri, E., & Endriyani, L. (2021). Education of fetal movement counting: an effort to increase knowledge and compliance of pregnant women to do self-assessment of fetal wellbeing. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 9(1), 68. [https://doi.org/10.21927/jnki.2021.9\(1\).68-75](https://doi.org/10.21927/jnki.2021.9(1).68-75)
- Tanjaya, H. (2025). Estimasi Waktu Kematian Janin Intrauterine: Sebuah Kajian Literatur. *Indonesian Journal of Legal and Forensic Sciences (IJLFS)*, 15(1). <https://ejournal3.unud.ac.id/index.php/ijlfs/article/view/23>
- Umayah Kumalasari, & Tiara Permata Sari. (2024). Pengaruh Perawatan Payudara terhadap Bendungan ASI pada Ibu Menyusui. *Antigen : Jurnal Kesehatan Masyarakat Dan Ilmu Gizi*, 2(3), 261–267. <https://doi.org/10.57213/antigen.v2i3.414>
- Warnelis Sinaga, E. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Intra Uterine Fetal Death (Iufd). *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 6(2), 88–91. <https://doi.org/10.52943/jikebi.v6i2.443>
- Westby, C. L., Erlandsen, A. R., Nilsen, S. A., Visted, E., & Thimm, J. C. (2021). Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04254-x>
- Whitworth, M., Fisher, M., & Heazell, A. (2026). Reduced Fetal Movements Green-Top Guideline No. 57. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 133(8), 70198. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.70198>
- World Health Organization (WHO). (2021). Tantangan Proses Implementasi Program Penurunan Angka Kematian Ibu. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 12(1), 21–25.

LAMPIRAN



RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Fiska Aulia Kaffah

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 26 Agustus 2005

Agama : Islam

Nama Ayah : Sukaryono S.Pd

Nama Ibu : Ayi Maryam

Email : auliakaffahfiska@gmail.com

Alamat : Kp. Tegalgede RT/RW 02/02 Desa
Sindangratu, Kecamatan Wanaraja,
Kabupaten Garut

B. Riwayat Pendidikan

1. PAUD As-salam (2010-2011)
2. SDN Sindangratu 2 (2011-2016)
3. SMPN 1 Wanaraja (2017-2019)
4. SMAN 14 Garut (2020 -2023)
5. Mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut Jurusan Diploma
3 Kebidanan Tahun 2023

MOTTO

*“Jika bukan karena Allah yang mampukan, aku mungkin sudah lama menyerah
(QS. Al-Insyirah, 5-6)*

*“ Pada akhirnya, ini semua hanyalah permulaan ”
(Nadin Amizah)*

*"semua jatuh bangun mu hal yang biasa, angan dan pertanyaan waktu yang
menjawab nya, berikan tenggat waktu bersedihlah secukupnya,
rayakan perasaan mu sebagai manusia"
(Baskara Putra – Hindia)*

*“ Aku membahayakan nyawa ibu untuk lahir kedunia, jadi tidak mungkin aku
tidak ada artinya ”
(Penulis)*

*“Aku membuat ayahku bekerja tiap hari hingga lelah, jadi aku pastikan lelahnya
tidak sia-sia. ”
(Penulis)*

*“life can be heavy, especially if you try to carry it all at once. Part of growing up
and moving into new chapters of your life is about catch and release”
(Taylor Swift)*

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Fiska Aulia Kaffah

Nama Pembimbing : Hj. Esa Risi Suazini ^{Staf} ~~Mem~~

NIM : KHGB 23028

NIDN : 092039.1009.031

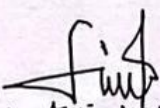
Judul KTI : Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	01 / 05 - 2026	Judul	Acc Judul	<i>fimp</i>	<i>Rs</i>
2.	13 / 05 - 2026	Bab I	Bab I	<i>fimp</i>	<i>Rs</i>
3.	25 / 05 - 2026	Bab II	Bab II	<i>fimp</i>	<i>Rs</i>
4.	03 / 06 - 2026	Bab III	Bab III	<i>fimp</i>	<i>Rs</i>
5.	08 / 06 - 2026	Bab IV	Bab IV	<i>fimp</i>	<i>Rs</i>
6.	08 / 06 - 2026	Bab V	Bab V	<i>fimp</i>	<i>Rs</i>
7.	16 / 06 - 2026	BAB 1-V	Revisi cover	<i>fimp</i>	<i>Rs</i>

8.	19 / 06 2025	PPT	PPT	fiuf	As
9.	15 / 06 2025		Acc sidang KTI	fiuf	As
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Mahasiswa

Garut 15 Juni 2025
Pembimbing


(...fiska... Amia Kaffah...)


(.....Esa Risi Suazini.....)
4949760661231122