

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny.T USIA 26 TAHUN G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> USIA  
KEHAMILAN 34 MINGGU 2 HARI DENGAN  
OLIGOHDRA MNION DI KLINIK  
MISRIAH GALANG  
TAHUN 2018**

### **STUDI KASUS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Untuk Menyelesaikan Pendidikan  
Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



**Disusun Oleh :**

**PASKA SIANIPAR**  
**022015048**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA D3 KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
SANTA ELISABETH MEDAN  
MEDAN 2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Laporan Tugas Akhir**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL Ny.T USIA 26 TAHUN G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub>  
USIA KEHAMILAN 34 MINGGU 2 HARI DENGAN  
OLIGO HIDRAMNION DI KLINIK MISRIAH GALANG  
TAHUN 2018**

**Studi Kasus**

**Diajukan, Oleh;**

**PASKA SIANIPAR**  
**022015048**

**Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada Program  
Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

**Oleh:**

**Pembimbing : R.Oktaviance,S,SST., M.Kes**

**Tanggal : 19 Mei 2018**

**Tanda tangan:.....**

**Mengetahui**  
**Ketua Program Studi D3 Kebidanan**  
**STIKes Santa Elisabeth Medan**



**Prodi D III Kebidanan**  
**Anita Veronika, S.SiT., M.KM**



**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN  
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

**Tanda Pengesahan**




Nama : Paska Sianipar  
NIM : 022015048  
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny. T Usia 26 Tahun Usia  
Kehamilan 34 Minggu 2 Hari Dengan Oligohidramnion di Klinik  
Misriah Galang Tahun 2018

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji  
Sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan  
Pada Rabu, 23 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

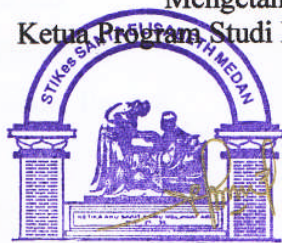
**TIM PENGUJI**

Penguji I : Bernadetta Ambarita, S.ST., M.Kes  
Penguji II : Ermawaty A Siallagan, S.ST., M.Kes  
Penguji III : R. Oktaviance, S, SST., M.Kes

**TANDA TANGAN**

Mengetahui  
Ketua Program Studi D3 Kebidanan



Anita Veronika, S.SiT., M.KM

Mengesahkan  
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

## CURICULUM VITAE



Nama : Paska Sianipar  
Tempat/ Tanggal Lahir : Sijomba, 04-05-1997  
Agama : Katolik  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Desa Lumban Gaol Kec. Habinsaran, Kab.Toba  
Samosir  
Anak ke : 3 dari 5 bersaudara  
Nama Ayah : Sahat Sianipar  
Nama Ibu : Kermin Siahaan

### PENDIDIKAN

1. SD Negeri 176376 Satu Atap Lumban Lintong: 2003-2009
2. SMP Negeri 3 Satu Atap Lumban Lintong : Tahun 2009 -2012
3. SMA Bintang Timur 1 Balige : Tahun 2012 - 2015
4. D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth 2015 - Sekarang

Status : Belum Menikah  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Suku / Bangsa : Batak Toba / Indonesia





## LEMBAR PERSEMBAHAN

Sembah Sujud Serta Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa Atas cinta dan kasih sayangnya aku telah diberikan kekuatan dan membekali dengan ilmu serta memperkenalkanku dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang kau berikan Akhirnya Tugas Laporan Akhir yang sederhana ini dapat terselesaikan. Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang kusayang dan kukasih.

Ibu dan Ayah tercinta

Sebagai tanda bakti dan hormat dan rasa terimakasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada ibu dan ayah yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga, yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ibu dan ayah bahagia karena kusadar, selama ini belum bisa berbuat yang lebih untuk ibu dan ayah yang selalu membuatku termotivasi dan selalu menyirami kasih sayang, selalu mendoakanku, selalu menasehatiku menjadi lebih baik. Terimakasih ibu .... terimakasih ayah....

Untuk abang, kakak, dan adik

Untuk kakak, abang dan adik-adikku, tiada yang paling mengarukan saat kumpul bersama kalian, walaupun sering bertengkar tapi hal itu selalu menjadi warna yang tak akan biasa tergantikan, terimakasih atas doa dan bantuan kalian selama ini, hanya karya kecil ini yang dapat kupersembahkan. Maaf belum bisa menjadi panutan seutuhnya, tapi aku akan selalu menjadi yang terbaik untuk kalian semua.

**Motto:**

**Berusahalah untuk tidak menjadi  
yang berhasil tapi berusahalah  
menjadi manusia yang berguna**



## PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul, **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. T G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> Usia 26 tahun usia Kehamilan 34 Minggu 2 Hari Dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah Galang 2018”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2018

Yang Membuat Pernyataan



(Paska Sianipar )

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. T USIA 26 TAHUN G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> USIA  
KEHAMILAN 34 MINGGU 2 HARI DENGAN  
OLIGOHIDRAMNION DI KLINIK  
MISRIAH GALANG  
TAHUN 2018<sup>1</sup>**

**Paskasianipar<sup>2</sup>, R. Oktaviance Simorangkir<sup>3</sup>**

**INTISARI**

**Latar Belakang:** Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal yaitu kurang dari 500cc. Prevalensi oligohidramnion di Indonesia sekitar 8% wanita hamil memiliki cairan ketuban terlalu sedikit. Sekitar 12% wanita yang masa kehamilannya melampaui batas waktu perkiraan lahir (usia kehamilan 42 minggu) juga mengalami oligohidramnion (Kemenkes, 2013).

**Tujuan:** Mampu memberikan Asuhan Kebidanan pada Ny. T usia 26 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah Galang 2018 dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil berdasarkan 7 langkah Helen Varney.

**Metode:** Berdasarkan study kasus pada Ny. T metode yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu metode primer yang meliputi pemeriksaan fisik, inspeksi tampak ibu merasakan nyeri abdomen ketika janin bergerak, pemeriksaan palpasi tinggi fundus tidak sesuai dengan usia kehamilan 30 cm, pemeriksaan USG cairan amnion 400 ml, AFI 4 cm

**Hasil:** Berdasarkan kasus Ny. T dengan Oligohidramnion dilakukan penanganan pemenuhan nutrisi, dan menjaga pola istirahat dan kolaborasi dengan dokter SpOg di Klinik Misriah Galang. Setelah dilakukan penanganan keadaan ibu membaik dan tetap melakukan pemantauan kunjungan ulang.

**Kesimpulan:** Ibu yang mengalami oligohidramnion adalah ibu masih merasakan nyeri abdomen ketika janin bergerak. Berdasarkan kasus Ny. T setelah dilakukan penatalaksanaan dimana keadaan ibu dan janin mulai membaik

**Kata Kunci:** Oligohidramnion, Maternal, Luaran Perinatal, Seksio Sesarea

**Referensi:** 8 buku ( 2008 - 2018 ), 2 jurnal.

1 Judul penulisan Studi Kasus

2 Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

3 Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE ON MRS.T YEARS OLD G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> PREGNEGNANCY 34  
WEEK 2 DAYS WITH OLIGOHDIDRANION AT  
MISRIAH CLINIC GALANG  
YEAR 2018<sup>1</sup>**

**Paska Sianipar<sup>2</sup>,R.Oktaniance Simorangkir<sup>3</sup>**

**ABSTRACT**

**Background:** Oligohidramnion is a condition in which the amniotic fluid is less than normal ie less than 500cc. The prevalence of oligohidramnion in indonesia is about 8% of pregnant women have too little amniotic fluid. Approximately 12% of women whose pregnancy period exceeds the estimated time of birth (42 weeks of gestation) also have oligohidramnion (Kemenkes, 2013).

**Objective:** Able to give Midwifery Care to Mrs.T 26 year old G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> with Oligohidramnion at Misriah Clinic Galang 2018 by using obstetric care management on pregnant women based on 7 steps helen varney.

**Method:** Based on case study on Msr.T, method used for data collection that was primary method covering physical examination, mother's visible infection felt abdominal pain when fetus move, examination of fundus high palpation not in accordance with 30 cm gestation age, 400 ml amnion fluid ultrasound examination, Afi 4 cm.

**Results:** Based on the case of Mrs.T with Oligohidramnion, it was done the handle of nutrition fulfillment, and keep the pattern of rest and collaboration with gynecologist at Misriah Clinic Galang. After the handling was done, the mother's condition has improved and keeps monitoring the re-visit.

**Conclusion :** Mothers who have oligohidramnion are mothers still feel abdominal pain when the fetus moves. Based on Mr.T case after the management, the condition of mother and fetus begin to improve.

**Keyword :** Oligohidramnion, Maternal, Prenatal Outline, Cesaean section

**References :** 8 Book (2008-2018), 2 Jurnal.

1. Title of Case Study Writing

2. Student of D3 Midwifery Program STIKes Santa Elisabeth Medan

3. Lecturer of STIKes Santa Elisabeth Medan



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny.T Usia 26 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 34 Minggu 2 Hari Dengan Oligohidramnion Di Klinik Misriah Galang ”**, Laporan Tugas Akhir ini dibuat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D3 Kebidanan.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan, karena keterbatasan kemampuan dan ilmu akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dan berharga dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang memberikan motivasi, bimbingan dan fasilitas kepada penulis dengan penuh perhatian khusus kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep.,Ns., M.Kep, sebagai Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah mengizinkan dan membimbing penulis selama menjalani perkuliahan selama tiga tahun di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.Si.T., M.KM, sebagai Ketua Program Studi D3 Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKesSanta Elisabeth Medan.
3. Flora Naibaho, SST., M.Kes, selaku Koordinator Laporan Tugas Akhir yang telah banyak memberikan bimbingan nasehat dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. R. Oktaviance S, SST., M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

5. Risda Mariana Manik SST.M.KM, selaku Dosen Pembimbing Akademik selama tiga tahun yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
6. Seluruh staf dosen pengajar program studi D3 Kebidanan dan pegawai yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
7. Ibu Misriah Amd.Keb selaku pembimbing di Klinik Helen yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan praktek klinik kebidanan.
8. Kepada Ibu Tientri yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.
9. Kepada Sr.Avelina FSE sebagai Koordinator Asrama Sr. Flaviana FSE dan Ibu Ida Tamba selaku ibu asrama yang dengan sabar membimbing, menjaga dan memotivasi penulis selama tinggal di asrama pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan.
10. Ucapan terima kasih terdapat dan rasa hormat kepada orangtua saya Ayahanda tercinta Sahat Sianipar dan ibu tersayang Kermin Siahaan, serta Abang saya Bartoganda Sianipar, Adik saya Riado Sianipar dan Melda Astrika Sianipar yang menjadi motivator terbaik dan selalu mendoakan, memberi semangat dan dukungan dalam bentuk moral maupun material sehingga Laporan Tugas Akhir saya dapat terselesaikan dengan baik.
11. Seluruh teman-teman Prodi D3 Kebidanan Angkatan 2015 memberikan motivasi, semangat, membantu penulis, serta berdiskusi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
12. Serta seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan harapan penulis semoga Laporan Tugas Akhir Ini memberi manfaat bagi kita semua.

Medan Mei 2018

(Paska Sianipar)

022015048

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN CURICULUM VITAE</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>INTISARI</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xv</b>
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Studi Kasus .....	4
1.4 Manfaat Studi.....	5
 <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
<b>2.1 Kehamilan</b> .....	<b>7</b>
2.1.1 Pengertian Kehamilan .....	7
2.1.2 Perubahan Fisiologis Masa Kehamilan .....	8
2.1.3 Penyesuaian Psikologi Pada Kehamilan .....	10
2.1.4 Tanda-Tanda Kehamil .....	13
2.1.5 Menentukan Usia Periode Kehamilan .....	17
2.1.6 Cara menghitung Tafsiran Berat Badan Janin (TBBJ) .....	19
2.1.7 Pemeriksaan dan Pengawasan Ibu Hami .....	19
2.1.8 Gizi Untuk Ibu Hamil .....	25
2.1.9 Tanda Bahaya dalam Kehamilan .....	31
2.1.10 Diagnosa Kehami.....	33
<b>2.2 Cairan Amnin</b> .....	<b>33</b>
2.2.1 Fungsi Cairan Amnion.....	34
2.2.2 Komposisi Cairan Anion .....	34
2.2.3 Regulasi Volume Cairan Amnion.....	35
<b>2.3 Oligohidramnion Dalam Kehamilan</b> .....	<b>36</b>
2.3.1 Pengertian .....	36
2.3.2 Penyebab Oligohidramnion .....	37
2.3.3 Tanda dan Gejala .....	38
2.3.4 Penanganan Oligohidramnion .....	38
2.3.5 Diagnosis Oligohidramnion.....	39
2.3.6 Prognosis dan Komplikasi .....	39

<b>2.4Pendokumentasian Asuhan Kebidanan.....</b>	<b>40</b>
2.4.1Asuhan jemen Kebidanan.....	42
2.4.2Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney.....	42
2.4.3Metode Pendokumentasian .....	44
2.4.5Metode SOAP.....	45
 <b>BAB 3 METODE STUDI KASUS</b>	
3.1 Jenis Studi Kasus .....	47
3.2 Tempat Dan Studi Kasus.....	47
3.3 Subjek Studi Kasus .....	47
3.4 Teknik Pengambilan Studi Kasus .....	48
3.5 Alat dan Bahan Yang Digunakan.....	50
 <b>BAB 4 PEMBAHASAN</b>	
4.1. Tinjauan Kasus.....	51
4.2 Pembahasan.....	62
 <b>BAB 5 PENUTUP</b>	
5.1. Kesimpulan .....	68
5.2. Saran.....	69
 <b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Menurut WHO (World Health Organization) tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika Serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Data WHO 2014, Data kematian ibu yang paling umumnya disebabkan masih kurangnya pengetahuan dan penanggulangan komplikasi kehamilan, persalinan, nifas. Data WHO 2014 penyebab kematian ibu berturut-turut adalah perdarahan (35%), preeklampsia eklampsia (18%), oligohidramnion (13%), infeksi (18%), karakteristik ibu dan perilaku kesehatan ibu hamil (16%), aborsi atau keguguran (9%), Sepsis (9%), emboli (1%) .

*Millenium Development Goals* (MDGs) adalah menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Namun, untuk mencapai sasaran dalam MDGs tersebut, Indonesia belum berhasil dalam menurunkan angka kematian. Berdasarkan Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 angka kematian ibu adalah 359/100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 32/1000 kelahiran hidup hal ini lebih tinggi dibandingkan dengan hasil SDKI tahun 2007 dimana kematian ibu sebesar 288/100.000 kelahiran hidup dan kematian bayi 34/1000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2013).

Salah satu komplikasi kehamilan dan persalinan yang dapat memberikan kontribusi pada tingginya kematian ibu dan anak adalah oligohidramnion yaitu kurangnya cairan amnion dari 500 cc. Prevalensi oligohidramnion di Indonesia

sekitar 8% wanita hamil memiliki cairan ketuban terlalu sedikit. Sekitar 12% wanita yang masa kehamilannya melampaui batas waktu perkiraan lahir (usia kehamilan 42 minggu) juga mengalami oligohidramnion (Kemenkes,2013).

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. Pringadi Medan menyebutkan bahwa jumlah persalinan seksio sebanyak 472 orang dengan indikasi oligohidramnion 10 orang (Dinkes Sumut, 2014). Penyebab oligohidramnion tidak dapat dipahami sepenuhnya. Sekitar 7 % bayi dari wanita yang mengalami oligohidramnion mengalami cacat bawaan ,seperti gangguan ginjal dan saluran kemih karena jumlah urin yang diproduksi berkurang. Masalah kesehatan lain yang telah di hubungkan dengan oligohidramnion adalah tekanan darah tinggi, diabetes, SLE, dan masalah pada plasenta (Adryani,2017).

Penurunan volume cairan ketuban atau oligohidramnion pada kehamilan dibandingkan dengan volume cairan ketuban yang normal berhubungan dengan meningkatnya deselerasi pada denyut jantung janin, cairan ketuban mekonium, persalinan seksio sesarea, skor Apgar rendah pada menit pertama, berat badan lahir < 2500 gram, dan perawatan bayi di NICU. Deteksi awal pada oligohidramnion dan penanganan yang tepat dapat menurunkan perinatal morbiditas dan mortalitas serta menurunkan jumlah persalinan seksio sesarea. Masalah kesehatan lain yang telah di hubungkan dengan oligohidramnion adalah tekanan darah tinggi, diabetes, SLE,dan masalah pada plasenta.Serangkaian pengobatan yang dilakukan untuk menangani tekanan darah tinggi, yang dikenal dengan namaangiotensin converting enzyme inhibitor (mis.captopril) dapat

merusak ginjal janin dan menyebabkan oligohidramnion parah dan kematian janin (Anastasia,2015).

Tujuan yang akan dicapai dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan oligohidramnion pada luaran perintal dengan gawat janin, NST non-reaktif, cairan ketuban mekonium, serta hubungannya dengan persalinan seksio sesarea dengan persalinan spontan. Rata-rata umur maternal 30,05 tahun. Pada penelitian ini, insiden oligohidramnion paling banyak ditemukan pada kelompok primigravida sebesar 55% dan morbiditas operatif juga ditemukan pada primigravida. Penyebab terbanyak oligohidramnion adalah idiopatik sebesar 42%. Kedua terbanyak didapatkan pada kelompok dengan hipertensi dalam kehamilan yaitu sebesar 35%. Adanya hubungan peningkatan seksio sesarea pada oligohidramnion dengan NST non-reaktif sebesar 36% dan oligohidramnion berhubungan dengan peningkatan perawatan bayi di NICU (Anastasia,2015)

Berdasarkan permasalahan di atas dan sesuai kurikulum Program Studi D3 Kebidanan yang bervisi “Menghasilkan Tenaga Bidan Yang Unggul Dalam Pencegahan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal”, Penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny. T G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> Usia Kehamilan 34 Minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah 09 Maret 2018.

## **1.2.Rumusan masalah**

Perumusan masalah dalam studi kasus ini adalah ;bagaimana asuhan pada Ny.T usia 26 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2

hari Oligohidramnion dengan tindakan Pemenuhan cairan amnion di Klinik Misriah.

### **1.3 Tujuan Studi Kasus**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Dapat melaksanakan Asuhan Kebidanan pada Ibu Ny.T usia 26 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah 09 Maret Tahun 2018 dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney.

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

1. Dapat melakukan pengkajian terhadap Ibu Ny.T G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia 26 tahun usia kehamilan 34 minggu 1 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah 09 Maret Tahun 2018.
2. Dapat menegakkan diagnosa secara tepat pada Ibu Ny. T usia 26 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah 09 Maret Tahun 2018.
3. Dapat melakukan antisipasi masalah yang mungkin terjadi pada Ibu Ny. T usia 26 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah 09 Maret Tahun 2018.
4. Dapat menentukan tindakan segera jika dibutuhkan pada Ibu Ny.T usia 26 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah 09 Maret Tahun 2018.

5. Dapat melakukan perencanaan pada Ibu Ny. T usia 26 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah 09 Maret Tahun 2018.
6. Dapat melakukan pelaksanaan tindakan pada Ibu Ny. T usia 26 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah 09 Maret Tahun 2018.
7. Dapat mengevaluasi tindakan yang diberikan pada Ibu Ny.T usia 26 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah 09 Maret Tahun 2018.

#### **1.4. Manfaat Penulisan**

##### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan secara langsung dalam memberikan asuhan terhadap deteksi dini komplikasi pada ibu hamil khususnya penanganan Oligohidramnion.

##### **1.4.2. Manfaat Praktis**

#### **1. Institusi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Dapat mengevaluasi sejauh mana mahasiswa menguasai asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Oligohidramnion. Sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan bagi mahasiswa D3 kebidanan khususnya yang berkaitan dengan asuhan kebidanan pada ibu hamil.



## **2. Institusi Kesehatan Klinik Misriah**

Sebagai bahan masukan dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil dengan Oligohidramnion untuk meningkatkan mutu pelayanan di Institusi Kesehatan Klinik Misriah.

## **3. Klien**

Sebagai bahan informasi bagi klien bahwa diperlukan perhatian dan pemeriksaan kesehatan selama kehamilan hingga bayi lahir untuk mendeteksi adanya komplikasi pada bayi baru lahir seperti kelainan kongenital

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Kehamilan**

##### **2.1.1. Pengertian**

Proses kehamilan diawali dengan proses pembuahan (konsepsi). Pertumbuhan atau konsepsi sering disebut fertilisasi. Fertilisasi adalah penyatuan sperma laki-laki dengan ovum perempuan. Spermatozoa merupakan sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang sehingga memungkinkan untuk bergerak dalam media cair dan dapat mempertahankan fertilisasinya selama 2 sampai 4 hari. Sel telur (Ovum) akan hidup maksimal 48 jam setelah ovulasi (Serri, 2013).

Kehamilan merupakan proses yang alami dan normal sehingga sebagian besar wanita hamil akan mengalami proses perubahan bentuk tubuh yang hampir sama. Tubuh ibu akan bertambah besar, terutama pada bagian perut, pinggul, dan payudara. Selama 9 bulan lebih (40 minggu), ibu akan membawa janin di dalam kandungannya yang terus membesar sehingga tubuh ibu pun akan beradaptasi agar janin dapat tumbuh dengan baik di dalam kandung (Maya astuti, 2014).

##### **2.1.2. Perubahan Fisiologis Masa Kehamilan**

###### **1. Perubahan sistem reproduksi**

###### **a. Uterus**

Uterus terletak di panggul kecil, sebelah depan dibatasi dengan kandung kemih dan disebelah belakang rectum. Bentuk uterus seperti buah peer atau buah advokad yang sedikit gepeng ke arah muka belakang. Dua lembar peritoneum

menutupi bagian ini, bagian kanan dan kirinya bersatu membentuk ligamentum uterus terletak di panggung kecil, sebelah depan dibatasi dengan kandung kemih dan disebelah belakang rectum. Bentuk uterus seperti buah peer atau buah advokad yang sedikit gepeng ke arah muka belakang. Dua lembar peritoneum menutupi bagian ini, bagian kanan dan kirinya bersatu membentuk ligamentum latum. Lipatan peritoneum di sebelah depan longgar, yang disebut plica vesikouterina, kantung douglas merupakan kantong terletak disebelah belakang lipatan peritoneum antara uterus dan rectum. Disebelah lateralnya berhubungan dengan struktur –struktur yang ada di dalam ligamentum latum yaitu tuba falopi ligamentum rotundum, ligamentum ovary proprium, arteri dan vena.

#### b. Serviks uteri

Serviks yang terdiri terutama atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot tidak mempunyai fungsi sebagai sfingter pada multipara dengan portio yang bundar, portio tersebut mengalami cedera lecet dan robekan sehingga post partum tampak adanya portio yang terbelah-belah dan menganga. Perubahan ditentukan sebulan setelah konsepsi perubahan kekenyalan, tanda goodell serviks menjadi lunak warna menjadi biru, membesar (oedema) pembuluh darah meningkat, lendir menutupi ostium uteri (kanalis servikalis) dan serviks menjadi lebih mengkilap. Vaskularis meningkat selama kehamilan sehingga serviks menjadi lebih lunak dan warnanya lebih biru.

#### c. Segmen bawah uterus

Segmen bawah uterus berkembang dari bagian atas kanalis servikalis setinggi ostium interna bersama-sama isthmus uteri. Segmen bawah lebih tipis dari

pada segmen atas dan menjadi lunak serta berdilatasi selama minggu terakhir kehamilan sehingga memungkinkan segmen tersebut menampung presenting part janin. Serviks bawah baru menipis setelah persalinan terjadi.

#### d.Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum gravididarum, korpus luteum gravididatis berdiameter kira-kira 3 cm, kemudian korpus luteum mengecil setelah plasenta terbentuk. Korpus luteum ini mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan kematangan folikel baru ditunda, hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada umur 16 minggu.

#### e.Vagina dan Liang Senggama

Vagina adalah suatu saluran berbentuk pipa atau tabung yang merupakan suatu lorong yang melengkung ke depan dan terdiri atas muskulo membranosa yang menghubungkan antara vulva sampai uterus. Panjang vagina pada dinding depan sekitar 6-7 cm, dan lebih pendek dari bombing belakang, sedang pada dinding posterior/ belakang panjang kira-kira 7-10 cm.

#### f.Payudara

Payudara akan membesar dan tegang akibat *hormone somatomotropin*, estrogen dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan ASI.

Estrogen menimbulkan hipertropi sistem saluran, sedangkan progesteron menambah sel-sel asinus pada payudara. *Somatomamotropin* mempengaruhi pertumbuhan sel-sel asinus dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel sehingga terjadi pembuatan kasein. Dengan demikian payudara dipersiapkan untuk laktasi. Disamping itu perubahan progesteron dan *somatomamotropin* terbentuk lemak disekitar alveolus-alveolus, sehingga payudara menjadi besar. Papila mammae akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seperti seluruh areola mammae karena hiperpigmentasi.

Perubahan payudara ini adalah tanda mungkin hamil. Sensifitas payudara bervariasi dari rasa geli ringan sampai nyeri tajam. Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah dibawah kulit berdilatasi. Pembuluh darah yang sebelumnya tidak terlihat, sekarang terlihat, seringkali tampak sebagai jalinan jaringan biru dibawah permukaan kulit (Romauli,2013).

### **2.1.3 Penyesuaian Psikologi Pada Kehamilan**

Kehamilan dianggap sebagai waktu krisis, yang diakhiri dengan kelahiran bayi. Selama kehamilan kebanyakan ibu mengalami perubahan psikologis dan emosional. Perubahan psikologis selama hamil kebanyakan wanita mengalami perubahan psikologis diantaranya adalah:

#### **1. Trimester Pertama Kehamilan**

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Sebagian besar wanita merasa sedih tentang kenyataan bahwa ia hamil. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, defresi dan kesedihan (Rukiah,2013)



Pada awal kehamilan , wanita terkadang merasa senang dan sedih. Biasanya juga dipengaruhi oleh rasa lelah, mual dan sering kencing. Perubahan yang terjadi pada emosi pada wanita tersebut seringkali menampilkan episode penuh dengan air mata, dan sangat peka, untuk itu wanita yang sebelumnya memiliki cara pandang terhadap dirinya jika ada beberapa masalah yang muncul di awal kehamilan, maka masa ini adalah masa yang mencemaskan dan beberapa penyulit (Rukiah,2013).

- a. Ibu merasa tidak sehat dan kadang-kadang merasa benci dengan kehamilannya .
- b. Kadang muncul penolakan, kecewaan, kecemasan, dan kesedihan.
- c. Ibu selalu mencari tanda-tanda apa yang benar dalam kehamilan.
- d. Setiap yang terjadi pada dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama
- e. Oleh karena itu perutnya masih kecil,kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan memberitahukannya kepada orang lain atau masalah mungkin dirahasiakannya.
- f. Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada setiap wanita,tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.

## 2.Trimester Kedua Kehamilan

- a. Fase prequickening

Selama akhir trimester pertama dan masa prequickening pada trimester kedua, ibu hamil mengevaluasi lagi hubungannya dan segala aspek di dalamnya dengan ibunya yang telah terjadi selama ini. Ibu menganalisa dan mengevaluasi

kembali segala hubungan interpersonal yang telah terjadi dan akan menjadi dasar bagaimana ia mengembangkan hubungan dengan anak yang akan dilahirkannya. Transisi ini memberikan pengertian yang jelas bagi ibu hamil untuk mempersiapkan dirinya sebagai ibu yang memberikan kasih sayang kepada anak yang akan dilahirkannya.

b. Fase postquickening

Setelah ibu hamil merasakan quickening, identitas keibuan yang jelas akan muncul. Ibu hamil akan fokus pada kehamilannya dan persiapan menghadapi peran baru sebagai seorang ibu. Perubahan ini bisa menyebabkan kesedihan meninggalkan peran lamanya sebelum kehamilan, terutama pada ibu yang mengalami hamil pertama kali dan wanita karir. Ibu harus diberikan pengertian bahwa ia tidak harus membuang segala peran yang ia terima sebelum kehamilannya (Rukiah,2013).

### 3.Trimester Ketiga Kehamilan

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Ada perasaan was-was mengingat bayi dapat lahir kapanpun.

Trimester ketiga merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Pergerakan janin dan pembesaran uterus, keduanya menjadi hal yang terus menerus mengingatkan tentang

keberadaan bayi. Wanita tersebut lebih protektif terhadap bayinya. Sebagian besar pemikiran difokuskan pada perawatan bayi (Rukiah,2013).

- a. Merasa tidak nyaman timbul kembali,merasa sendirinya jelek,aneh, dan tidak menarik.
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat .
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian kekhawatirannya.
- e. Merasa sedih karena akan pisah dari bayinya
- f. Merasa kehilangan perhatian.
- g. Perasaan sudah terlukah (sensitif).
- h. Libido menurun.

#### **2.1.4 Tanda-tanda Kehamilan**

##### **1.Tanda tidak pasti hamil**

- a) Amenorea (Berhentinya menstruasi)

Biasanya seorang wanita akan mengalami mestruasi setiap bulan, Hari datangnya menstruasi bergantung pada siklus/kabiasaan wanita itu sendiri, di awal, di tengah, ataupun di akhir bulan. Seorang wanmita yang sudah menikah mengingat waktu dating bulan (tanggal dataang menstruasi di tandai di kalender atau di catat di agenda) sehingga ketika bulan berikutnya belum mengalami menstruasi setelah menstruasi terakhir,dapat dilakukan pemeriksaan terlebih lanjut untuk mengetahui kemungkinan kehamilannya atau tidak .

b) Mual (nausea) dan Muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron dan hormone human chorionic gonadotropine (Hcg) yang terjadi selama kehamilan. Hormon ini menyebabkan kerja lambung dan usus menjadi lambat sehingga makanan yang ada di lambung pun lambat di cerna. Asam lambung akan meningkat pada malam hari ketika lambung dalam keadaan kosong sehingga di pagi hari timbul rasa mual, bahkan sampai muntah kondisi tersebut sering disebut *morning sickness*.

c) Ngidam

Ngidam adalah perasaan menginginkan sesuatu, dapat berbentuk makanan, barang, ataupun tindakan tertentu. Mengidam makanan merupakan salah satu bentuk keinginan yang dapat di jelaskan dengan alamiah.

d) Syncope (pingsan)

Pada waniat hamil, terjadi pengenceran darah akibat proses kehamilan kekentalan darah yang berkurang menyebabkan zat penting, misalnya oksigen dan sai makanan, tidak dapat dialirkan dengan baik di dalam tubuh.

e) Kelelahan

Sering terjadi penurunan fungsi beberapa organ tubuh bekerja keras untuk menstabilkan dan membantu kerja orang tersebut. Salah satu organ yang dipengaruhi adalah lambung.

f) Payudara membesar

Pada awal kehamilan, tepatnya 1-2 minggu setelah kehadiran menstruasi terlambat, timbul rasa nyeri dan tegang di payudara. Hal ini disebabkan oleh hormone progesterone yang merangsang kantong air susu dan kelenjar Montgomery di payudara sehingga membesar sebagai persiapan untuk menyusui kelak.

g) Sering miksi

Hal ini disebabkan oleh penebalan rahim yang terisi janin dan uterus membesar. Rahim tersebut berada dibawah kandung kemih sehingga menekan kandung kemih dan menimbulkan rangsangan untuk berkemih lebih awal, tanpa menunggu kandung kemih penuh seperti biasanya.

h) Konstipasi atau obstipasi

Hal ini disebabkan oleh hormone steroid yang meningkat sehingga menyebabkan peristaltic/kerja usus menjadi lambat.

i) Pigmentasi kulit

Warna kulit di wajah, payudara (area puting susu), perut, paha, dan ketiak biasanya bertambah gelap. Muncul bercak kehitaman atau kecoklatan yang disebut hiperpigmentasi..

j) Epulsi

Gusi dan mukosa (selaput lendir) menjadi mudah berdarah akibat pembuluh darah yang melebar selama kehamilan.



k) Varises

Pelebaran pembuluh darah vena sering terjadi pada wanita hamil, tetapi biasanya pada triwulan akhir kehamilan (Maya astuti, 2014).

2. Tanda Pasti (Positive) Kehamilan

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa (Maya astuti, 2014)

a) Gerakan Janin dalam Rahim

Ibu merasakan gerakan janin ketika usia kehamilan 16 minggu (akhir bulan keempat) atau awal bulan kelima. Gerakan janin lebih terasa di pagi hari atau saat ibu beristirahat. Bahkan, pada usia kehamilan > 22 minggu, ibu dapat melihat gerakan janin pada satu janin. Dicatat dengan fetoelektro bergera.

b) Denyut Jantung Janin

- 1) Didengar dan dicatat dengan Doppler mulai usia kandungan 12 minggu
- 2) Didengar dengan fetomonokuler Laennec mulai usia kandungan 20 minggu
- 3) Kardogram mulai usia kandungan 6 minggu
- 4) Dilihat dan dicatat dengan ultrasonografi (USG) mulai usia kandungan 6 minggu.

c) Bagian-bagian Janin

Dengan melihat tulang-tulang pada foto rotgent. Tulang rangka janin tampak jelas pada pemeriksaan foto rotgent sejak usia kandungan 8

minggu. Namun seiring perkembangan ilmu dan teknologi, foto rontgen tidak dilakukan lagi karena bahaya yang diakibatkan oleh radiasi sinar-X, yaitu kecacatan dan gangguan pertumbuhan janin.

d) Kerangka Janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

### 2.1.5 Menentukan Usia Periode Kehamilan

Periode antepartum dibagi dalam trimester, tiap trimester setidaknya 13 minggu atau 3 bulan kalender. Pembagian ini diturunkan dari pertimbangan lamanya kehamilan sampai setidaknya 280 hari, 40 minggu, 10 bulan tahun komariah atau 9 bulan kalender dari hari pertama menstruasi terakhir (Romauli, 2013).

Menentukan usia kehamilan bisa dilakukan dengan sebagai cara diantaranya adalah;

1) Rumus Naegele

Rumus Naegele terutama untuk menentukan hari perkiraan lahir HPL. Rumus ini berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke-14. Cara menghitungnya yaitu tanggal pertama menstruasi terakhir (HPM) ditambah 7 dan bulan dikurangi tiga.

2) Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran dilakukan dengan menempatkan ujung dari pita ukur pada tepi atas simfisis pubis dan dengan tetap menjaga pita ukur menempel pada dinding abdomen diukur jaraknya ke bagian atas fundus uteri. Namun demikian bisa terjadi beberapa variasi. Bila deviasi lebih dari 1-2 cm dari

umur gestaskikoi kemungkinan terjadi kehamilan kembar atau polihidramnion dan bila deviasi lebih kecil berarti ada gangguan pertumbuhan janin (Romauli,2013).

3) Berdasarkan palpasi abdominal

a) Rumus Bartholomew

Antara simfisis pubis dan pusat dibagi 4 bagian yang sama, tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Saat TFU tepat diatas simfisis pubis= 2 bulan (8 minggu). Antara PX dan pusat juga dibagi 4 bagian yang sama, dan bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Pada bulan ke-10 TFU kurang lebih sama dengan bulan ke-8 karena kepala saat itu sudah masuk PAP

b) Rumus Mc. Donald

TFU diukur dengan pita ukur, tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.kemudian dimasukkan rumus:

Tabel 2.1 Umur kehamilan berdasarkan TFU

Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri
12 mg	1/3 diatas simfisis pubis
16 mg	1/2 simfisis pubis-pusat
20 mg	2/3 diatas simfisis
24 mg	Setinggi pusat
28 mg	1/3 diatas simfisis pubis
34 mg	1/2 pusat-prosessus xifoideus
36 mg	Setinggi prosessus xifoideus
40 mg	2 jari dibawah xifoideus

4) Quickening (persepsi gerakan jani pertama)

Gerakan janin pertamabiasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu (primigravida) atau 16 minggu (primigravida).

5) Ultrasonografi (USG)

- a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS=Gestacional sac)
- b) Denfan mengukur jarak kepala bokong (GRI=Ground Rump Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu
- c) Dengan mengukur diameter bipariatel (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu

**2.1.6 Cara Menghitung Tafsiran Berat Badan Janin (TBBJ)**

- 1. Jhonson
  - a) Jika kepala belum masuk PAP maka rumusnya:  
$$\text{Berat Janin} = (\text{Tinggi Fundus Uteri} - 12) \times 155 \text{ gram}$$
  - b) Jika kepala sudah masuk PAP maka rumusnya:  
$$\text{Berat janin} = (\text{Tinggi Fundus Uteri} - 11) \times 155 \text{ gram.}$$

**2.1.7 Pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil**

1. Antenatal Care

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu:

- a) Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan.

- b) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya
- c) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya
- d) Mengidentifikasi dan menatalaksanakan kehamilan resiko tinggi
- e) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi
- f) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya.

## 2. Standar Pelayanan Antenatal

- a) Identifikasi ibu hamil

Untuk mengenali dan memotivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya.

- b) Pemeriksaan dan pemantauan antenatal Untuk memberikan pelayanan dan pemantauan antenatal berkualitas.

- c) Palpasi abdominal

Untuk memperkirakan usia kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, penentuan letak, posisi dan bagian bawah janin.

- d) Pengelolaan anemia kehamilan

Menemukan anemia pada kehamilan melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung.

- e) Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Untuk mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan.

f) Persiapan persalinan

Untuk memastikan bahwa persalinan direncanakan dalam lingkungan yang aman dan memadai.

3. Jadwal kunjungan asuhan antenatal

Bila kehamilan termasuk resiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup 4 kali. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3 dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28 sampai 36 minggu dan sebanyak 2 kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu.

4. Pelayanan atau asuhan standard minimal asuhan kehamilan termasuk dalam 14

T

Sebagai bidan profesional, dalam melaksanakan prakteknya harus sesuai dengan standard pelayanan kebidanan yang berlaku. Standard mencerminkan norma, pengetahuan dan tingkat kinerja yang telah disepakati oleh profesi. Penerapan standard pelayanan akan sekaligus melindungi masyarakat karena penilaian terhadap proses dan hasil pelayanan dapat dilakukan atas dasar yang jelas. Kelalaian praktek terjadi bila pelayanan yang diberikan tidak memenuhi standard dan terbukti membahayakan.

Terdapat 14 standard dalam pelayanan Antenatal, sebagai berikut:

a) Ukur berat badan dan tinggi badan (T1)

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM 1 sampai TM 3 yang berkisar antara 9 sampai 13,9 kg

dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 sampai 0,5 kg tiap minggu mulai TM2. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

b) Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 110/70 mmHg sampai 130/70 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya pre-eklamsi.

c) Ukur tinggi fundus uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan teknik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

Tabel 2.2 Ukuran fundus uteri sesuai usia kehamilan

Usia Kehamilan sesuai minggu	Jarak dari simfisis
22 – 28 Minggu	24-25 cm
28 Minggu	26,7 cm
30 Minggu	29,5 – 30 cm
32 Minggu	31 cm
34 Minggu	32 cm
36 Minggu	33 cm
40 Minggu	37,7 cm

d) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Dimulai dengan memberikan 1 tablet besi sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet besi mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (zat besi 60

mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal masing-masing 90 tablet besi. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh dan kopi karena akan mengganggu penyerapan. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin C dan mengonsumsi tablet zat besi karena vitamin C dapat membantu penyerapan tablet besi sehingga tablet besi yang dikonsumsi dapat terserap sempurna oleh tubuh.

e) Pemberian Imunisasi TT (T5)

Tabel 2.3 Pemberian Imunisasi TT

Interval Imunisasi <i>Tetanus Toxoid</i>	Selang minimal Waktu pemberian Imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
	12 bulan setelah TT3	10 Tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	> 25 Tahun

f) Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke-28. Bila kadar Hb < 11 gr%. Ibu hamil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

g) Pemeriksaan VDRL ( *Veneral Disease Research Lab.*) (T7)

Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. Bertujuan untuk mendeteksi adanya penyakit yang mungkin bisa tertular terhadap bayi dalam



kandungan. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

h) Pemeriksaan Protein urine (T8)

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Pre-eklampsia.

i) Pemeriksaan Urine Reduksi (T9)

Untuk Bumil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG.

j) Perawatan Payudara (T10)

Perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

k) Senam Hamil (T11)

Senam hamil dilakukan pada usia kehamilan diatas 22 minggu.

l) Pemberian Obat Malaria (T12)

Diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai menggigil dan hasil apusan darah yang positif.

m) Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

n) Temu wicara / Konseling (T14)

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa konsultasi dan persiapan rujukan. Anamnesa

meliputi biodata, riwayatmenstruas, riwayatkesehatan,riwayat kehamilan, persalinan, dannifas, biopsikososial, danpengetahuan klien. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan.Tindakan yang harus dilakukan bidan dalam temu wicara antara lain;

- a. Merujuk ke dokter untuk konsultasi dan menolong ibumenentukan pilihan yang tepat.
- b. Melampirkan kartu kesehatan ibu serta surat rujukan
- c. Meminta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat hasil rujukan
- d. Meneruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan
- e. Memberikan asuhan antenatal
- f. Perencanaan dini jika tidak aman melahirkan dirumah
- g. Menyepakati diantara pengambilan keputusan dalam keluarga tentang rencana proses kelahiran.
- h. Persiapan dan biaya persalinan.

#### **2.1.8 Gizi untuk ibu hamil**

Status gizi merupakan hal yang pentingdiperhatikan pada masa kehamilan,karena factor gizi sangat terpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama kesehatan ibu selama serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Hubungan anatar gizi ibu hamil dan kesejahteraan janin merupakan hal yang penting untuk diperhatikan keterbatasan gizi selama hamil sering berhubungan dengan factor ekonomi, pendidikan, social atau keadaan lain yang meningkatkan

kebutuhan gizi ibu seperti ibu hamil dengan penyakit infeksi tertentu termasuk pula persiapan fisik untuk persalinan.

- 1) Gizi merupakan factor yang penting yang menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan manusia.
- 2) Pengaruh gizi terhadap kehamilan sangat penting. Berat badan ibu harus memadai, bertambah sesuai dengan umur kehamilan. Berat badan yang normal akan menghasilkan anak normal. Demikian juga sebaliknya. Kenaikan berat badan yang ideal ibu hamil 7 kg (untuk ibu yang gemuk) dan 12,5 kg (untuk ibu yang tidak gemuk). Dalam 3 bulan pertama, berat badan ibu hamil akan naik samapi 2 kg. Kemudian dinilai normal bila setiap minggu berat badan naik 0,5 kg. Pada kehamilan tua, rata-rata kenaikan berat badan ibu akan mencapai 12 kg. Jika berat badan dari normal, dapat menimbulkan komplikasi keracunan kehamilan (pre-eklamsi), anak terlalu besar sehingga menimbulkan kesulitan persalinan. Sebaliknya, jika berat badan ibu hamil kurang dari normal, kemungkinan ibu mengalami keguguran, anak lahir premature, berat badan lahir rendah, gangguan kekuatan rahim mengeluarkan anak, berukuran lebih kecil dari rata-rata bayi seusianya.
- 3) Kebutuhan zat gizi pada ibu hamil secara garis besar adalah sebagai berikut:

- a. Asam folat

Menurut konsep evidence bahwa pemakaian asam folat pada masa fre dan perikonsepsi menurunkan resiko kerusakan otak, kelainan neural, sfina bifida

dan anensefalus, baik pada ibu hamil normal maupun beresiko. Asam folat juga berperan untuk membantu memproduksi sel darah merah, sintesis DNA pada janin dan pertumbuhan plasenta. Pemberian multivitamin saja tidak terbukti efektif untuk mencegah kelainan neurul. Minimal pemberian suplemen asam folat dimulai dari 2 bulan sebelum konsepsi dan berlanjut hingga 3 bulan pertama kehamilan. Dosis pemberian asam folat untuk preventif adalah 500 µg atau 0,5-0,8 mg, sedangkan untuk kelompok dengan factor resiko adalah 4 mg/hari. Karena kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia pada ibu dan cacat pada bayi yang di lahirkan.

b. Energi

Diet pada ibu hamil tidak hanya difokuskan pada tinggi protein saja tetapi pada susunan gizi seimbang energi dan dan juga protein. Hal ini juga efektif untuk menurunkan kelahiran BBLR kematian perinatal. Kebutuhan energi ibu hamil adalah 285 kalori untuk proses tumbuh kembang janin dan perubahan pada tubuh ibu.

c. Protein

Bagi ibu hamil protein berguna untuk menambah jaringan tubuh ibu. Seperti jaringan dalam payudara dan rahim. Protein digunakan juga untuk pembuatan cairan ketuban. Protein pada ibu hamil diperoleh antara lain dari susu, telur, dan keju sebagai sumber protein terlengkap.

d. Zat besi (Fe)

Setiap hari ibu hamil membutuhkan tambahan 700-800 mg zat besi. Jika kekurangan, bisa terjadi perdarahan sehabis melahirkan. Kebutuhan zat

tinggi ibu hamil lebih meningkat pada kehamilan trimester II dan III. Zat besi bukan saja penting untuk memelihara kehamilan. Ibu hamil yang kekurangan zat besi dapat mengganggu proses persalinannya. Mungkin terjadi perdarahan sehabis persalinan.

e. Kalsium

Janin yang tumbuh memerlukan banyak kalsium untuk pembentukan tulang dan gigi bayi. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg hari.

f. Vitamin D

Vitamin D berkaitan dengan Zat kapur. Vitamin ini dapat memasuki tubuh bayi. Jika ibu hamil kekurangan vitamin D, anak akan kekurangan zat kapur. Pembentukan gigi-geliginya tidak normal. Lapisan luar gigi anak tampak buruk.

g. Yodium

Yodium mencegah gondongan dan masalah lain pada orang dewasa. Kekurangannya yodium pada wanita hamil dapat menyebabkan menderita kretinisme, sebuah ketidak mampuan untuk mempengaruhi pemikiran.

h. Vitamin A

Vitamin A mencegah rabun ayam, kebutaan dan membantu tubuh melawan infeksi. Seorang wanita memerlukan banyak vitamin A selama kehamilan dan menyusui (Romauli, 2016).

Pada wanita hamil dengan gizi buruk, perlu mendapat gizi yang adekuat baik jumlah maupun susunan menu atau kualitasnya serta mendapat akses pendidikan kesehatan tentang gizi. Akibat malnutrisi pada kehamilan yaitu berat

otak dan bagian-bagian otak serta jumlah sel otak kurang dari normal. Setelah lahir akan menjadi intelegensia (IQ) dibawah rata-rata. Karena adanya malnutrisi pada ibu hamil, volume darah menjadi berkurang, aliran darah ke uterus dan plasenta berkurang, ukuran plasenta berkurang sehingga janin tubuh lambat atau terganggu (IUGR). Ibu hamil dengan gizi cenderung melahirkan prematur atau BBLR. Rata-rata kenaikan berat badan pada ibu hamil adalah 10-20 kg atau 20% dari berat badan ideal sebelumnya. Proforsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut:

- a. Kenaikan berat badan trimester I lebih kurang 1 kg

Karena berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.

- b. Kenaikan berat badan trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg/ minggu. Sebesar 60%

- c. Kenaikan berat badan trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg /minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan janin. Timbunan pada ibu lebih kurang 3 kg.

Gizi sangat terpengaruh tumbuh kembang otak. Pertumbuhan otak yang pesat terjadi 2 fase. Fase pertama pada usia kehamilan 15-20 minggu fase kedua adalah 30 minggu sampai 18 bulan setelah bayi lahir (Perinatal). Pada umur 0-1 tahun terjadi pertumbuhan otak 25% dari saat hamil. Pada usia 2 tahun pertumbuhan otak kurang dari 10% . Berat otak pada 2 tahun 75% otak dewasa, pada saat 5 tahun 90% otak dewasa, otak dewasa dan pada umur 10 tahun 95% otak dewasa. Pengaturan komposisi makanan terdiri dari protein 10-15%, lemak 20% dan

karbohidrat 60-70%. Dasar pengaturan gizi ibu hamil adalah adanya penyesuaian selama kehamilan yaitu sebagai berikut:

a. Metabolisme umum

Terjadi peningkatan basal metabolisme dan kebutuhan kalori meningkat. Metabolisme basal pada masa 4 bulan pertama mengalami peningkatan dan kemudian menurun 20-25% pada 20 minggu terakhir. Karena adanya peningkatan growth hormone sehingga penggunaan protein meningkat. Terjadi peningkatan Parathyroid hormone sehingga metabolisme kalsium meningkat.

b. Fungsi alat pencernaan

Terjadi perubahan hormonal, peningkatan HCG, hormone estrogen menimbulkan berbagai perubahan. Misalnya perubahan pada pola makan diakibatkan keluhan mual muntah, adanya morning sickness, keluhan anoreksia. Juga muncul perubahan motilitas lambung sehingga penyerapan makanan lebih lama, terjadi peningkatan absorpsi nutrient, glukosa dan zat besi, dan terjadi perubahan motilitas usus sehingga kadang timbul obstipasi.

c. Fungsi ginjal

Terjadi peningkatan Glomerular Filtration Rate (GFR) 50% sehingga banyak cairan diekskresi pada bulan-bulan terakhir kehamilan.

d. Volume darah atau plasma darah

Rata-rata meningkat 20-30% sehingga terjadi hemodilusi dan konsentrasi hemoglobin menurun.

e. Penilaian status gizi ibu hamil adalah dari :

Berat badan dilihat dari body mass index (index masa tubuh). Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan berat badan lahir rendah. Persalinan indeks massa tubuh diperoleh dengan memperhitungkan berat badan sebelum hamil dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat. Indikator penilaian untuk IMT adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Penilaian Status Gizi Pada ibu Hamil

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	Underweight/dibawah normal
20-24,9	Desirable/normal
25-29,9	Moderate obesity/lebih dari normal
Over 30	Severe obesity/sangat gemuk

### 2.1.9 Tanda Bahaya dalam Kehamilan

#### a) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Perdarahan pada kehamilan mudah dengan uji kehamilan yang tidak jelas, pembesaran uterus yang tidak sesuai dari usia kehamilan dan adanya massa di adneta biasanya disebabkan oleh kehamilan ektopik. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan mudah dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa.



b) Hipertensi Gravidarum

Hipertensi dalam kehamilan termasuk hipertensi karena kehamilan dan hipertensi kronik (meningkatnya tekanan darah sebelum usia kehamilan 20 minggu).

c) Pre-eklampsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklampsia. Gejala dan tanda lain dari pre-eklampsia adalah sbb:(1) Hiperrefleksia (iritabilitas susunan saraf pusat) (2) Sakit kepala atau sepalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum

(3) Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur dan berkunang-kunang (4) Nyeri epigastrik (5) Protein urin (diatas positif 3) (6) Edema menyeluruh (7) Nyeri hebat di daerah abdomino velpikum (8) Trauma abdomen (9) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (10) Bagian-bagian janin sulit diraba (11) Uterus tegang dan nyeri (12) Janin mati dalam rahim(13) Gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai (14) Muntah yang berlebihan berlangsung selama kehamilan (15) Disuria (16) Mengigil atau demam(17) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya (18) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya.

d) Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang. Hal ini, mungkin gejala utama pada kehamilan ektopik dan abortus (Romauli,2016).

### 2.1.10 Diagnosa Kehamilan

Terdapat perbedaan dalam perawatan kehamilan sampai dengan pertolongan persalinan antara primigravida dan multigravida. Dalam proses pengkajian, bidan perlu mencocokkan hasil anamnesis dengan pemeriksaan fisik agar data sebagai dasar pertimbangan diagnosis valid dan dapat dipertanggung jawabkan (1) Tanda pasti kehamilan (2) Terdengar DJJ (3) Terasa gerakan janin (4) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambaran embrio (5) Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya kerangka janin (>16 minggu).

a) Tanda tidak pasti kehamilan

b) (1) Rahim membesar (2) Tanda *hegar* (3) Tanda *Chadwick* (4) Tanda *piscaek* (5) *Braxton hick* (7) *Basal metabolism rate* (BMR) meningkat (8) *Ballotement* positif (9) Tes urine kehamilan (tes HCG) positif.

c) Dugaan hamil

(1) *Amenorea* (2) *Nausea, anoreksia, emesis*, dan *hipersalivasi* (3) Pusing (4) Miksing/sering bak (5) Obstipasi (6) Hiperpigmentasi: *striae, cloasma, linea nigra* (7) *Varices* (8) Payudara menegang (9) Perubahan perasaan (10) Berat Badan bertambah (Romauli, 2016).

### 2.2. Cairan Amnion

Penentuan jumlah cairan amnion merupakan metode penting sering digunakan adalah *indeks cairan amnion* (AFI, *Amniotic fluid indeks*), dihitung dengan menambah kedalaman (dalam cm) kantung terbesar dalam setiap dari keempat kuadran uterus. Nilai normal disajikan pada apendiks B. Pada hampir setiap kehamilan normal, nilai AFI berkisar dari 8-24 cm. Metode yang lain

mengukur kantung vertical terbesar cairan amnion. Nilai normal berkisar dari 2-8 cm. Nilai kurang dari 2 cm menunjukkan Oligohidramnion, sedangkan nilai lebih dari 8 cm menunjukkan hidramnion. Abnormalitas yang berkaitan dengan cairan amnion (Levena,2016).

### **2.2.1 Fungsi cairan amnion**

Cairan amnion berfungsi sebagai berikut: memungkinkan janin bergerak bebas dan perkembangan sistem otot rangka, membantu perkembangan traktus digestivus, sebagai cairan dan makanan janin, memberikan tekanan sehingga mencegah kehilangan cairan paru, penting untuk perkembangan paru, melindungi janin dari trauma, mencegah kompresi tali pusat, menjaga suhu janin, sebagai bakteristatik mencegah infeksi, dan dalam proses persalinan meratakan tekanan sewaktu kontraksi (Made,2016)

### **2.2.2 Komposisi cairan amnion.**

Air merupakan penyusun utama cairan amnion (98-99 %). Komposisi yang lain berupa albumin, urea, asam urik, kreatinin, sel-sel epitel, rambut lanugo, verniks kaseosa, dan garam anorganik. Kadar protein kira-kira 2,6 % gram/liter, terutama albumin.

Pada trimester pertama kehamilan, cairan amnion memiliki komposisi elektrolit dan osmolalitas yang pada dasarnya sama dengan darah janin dan ibu. Saat urin fetus memasuki kantong amnion, osmolaritas amnion menurun dibandingkan darah fetus. Pada kulit yang sudah mengalami keratinisasi, osmolaritas cairan amnion menurun terus dengan bertambahnya umur kehamilan mencapai angka 250-260 mOsm/kg air dibandingkan dengan osmolaritas darah

280 mOsm/kg air. Konsentrasi cairan amnion sebagai pelarut utama seperti natrium dan klorida sejajar dengan perubahan pada osmolaritas. Rendahnya osmolaritas cairan amnion, yang disebabkan oleh masuknya urine janin yang hipotonik (60-140 mOsm/kg air), memberikan kekuatan osmolaritas potensial yang cukup besar untuk cairan mengalir keluar melewati jalur intramembran dan transmembran (Maternity,2018).

### **2.2.3 Regulasi volume cairan amnion**

Volume cairan amnion adalah selisih cairan masuk dan keluar dari rongga amnion. Sehingga, pengetahuan mengenai jalur pergerakan cairan amnion adalah dasar untuk memahami mekanisme pengaturan volumenya. Meskipun hipotesis berbeda mengenai mekanisme pengaturan pergantian ini telah mengalami kemajuan, namun mekanisme aliran masuk dan keluar yang menjaga volume cairan amnion dalam rentang normal belum dapat didefinisikan dengan jelas. Jumlah yang benar-benar diketahui adalah tentang aliran dan komposisi urine janin. Hal ini diatur oleh arginin vasopressin, aldosteron, angiotensin II dan peptide natriuretik atrial, sebagaimana pada orang dewasa.

Kecepatan produksi cairan paru-paru janin dipengaruhi oleh beberapa hormon yang mengalir dalam darah janin termasuk arginin vasopressin dan epinefrin dan penurunan progresif dalam produksi cairan paru-paru yang dimulai tiga hari sebelum kelahiran berlawanan dengan konsentrasi plasma kortisol. Janin menelan dipengaruhi oleh osmolalitas janin dan konsentrasi angiotensin II dan berkurang dalam keadaan hipoksia. Peningkatan penyerapan intramembran muncul sebagai respon terhadap oligohidramnion dengan insufisiensi plasenta

yang berat. Peningkatan penyerapan mungkin dimediasi oleh faktor pertumbuhan endotel vaskular, karena kadar faktor pertumbuhan endotel vaskular dalam membran dan plasenta naik ketika aliran intramembran meningkat. Konsep yang muncul sekarang adalah faktor pertumbuhan endotel vaskular mengatur penyerapan intramembranous dengan menaikkan vesikular transport melewati amnion dan ke dalam darah janin. Akhirnya status cairan ibu mungkin mempengaruhi volume cairan amnion. Beberapa data menunjukkan perubahan akut pada osmolalitas maternal akan merubah hidrasi janin (Maternity,2018).

### **2.3. Oligohidramnion dalam Kehamilan**

#### **2.3.1. Pengertian**

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 500cc. VAK (Volume Air Ketuban) meningkat secara stabil saat kehamilan, volumenya sekitar 30cc pada kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya 1 liter pada 34-36 minggu, yang selanjutnya berkurang. Rata-rata sekitar 800cc pada akhir trimester pertama sampai pada minggu ke-40. Berkurang lagi menjadi 350 mL pada kehamilan 42 minggu, dan 250 ML pada kehamilan 43 minggu. Tingkat penurunan sekitar 150 mL/ minggu pada kehamilan 38-43 minggu (Maternity,2018).

Pada keadaan normal, volume cairan amnion meningkat menjadi 1 L pada minggu ke-36 dan menurun setelahnya menjadi hanya 100-200 ML atau lebih sedikit lagi pada postterm. Pada kasus yang jarang, volume cairan amnion yang berkurang disebut *Oligohidramnion* dan secara sonografi di definisikan sebagai indeks cairan amnion (AFL, *amniotic fluid indeks*) sebesar 5 cm atau kurang. Secara

umum, oligohidramnion pada kehamilan awal jarang dijumpai pada kehamilan pasca-matur. Pada semua persalinan, terutama ke hamilan postterm, terdapat peningkatan risiko kompresi tali pusat dan distress janin (Leveno,2016).

Didefinisikan Oligohidramnion sebagai AFI yang kurang dari 5 cm. Karena VAK tergantung pada usia kehamilan maka defenisi yang lebih tepat adalah AFI yang kurang dari presentil 5 (lebih kurang AFI yang <6.8 cm saat hamil cukup bulan).

### **2.3.2 Penyebab Oligohidramnion**

- 1) Kelainan congenital (janin) yang berhubungan dengan kelainan sistem saluran kemih, seperti ginjal tidak berkembang secara normal, atau terjadi penyumbatan saluran kemih.
- 2) Adanya masalah pada plasenta , karena jika plasenta tidak memberikan darah dan nutrisi yang cukup untuk bayi akan memungkinkan iya untuk berhenti mendaur ulang cairan.
- 3) Ada kebocoran atau pecahnya dinding ketuban yang membuat air ketuban keluar dari rahim.
- 4) Usia kehamilan sudah melewati batas,hal ini menyebabkan turunnya fungsi plasenta yang membuat cairan ketuban berkurang.
- 5) Adanya komplikasi pada sang ibu, misalnya dehidrasi, hipertensi, pre-eklampsi, diabetes, dan hipoksia kronis.
- 6) Proses menelan janin bisa menelan cairan ketuban 20mL per jam atau kurang lebih setengah dari jumlah cairan yang ditelanini hampir sebanding dengan produksi urine janin.

### **2.3.3 Tanda dan Gejala**

1. Uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan dan tidak ada ballottement.
2. Ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak.
3. Sering berakhir dengan partus prematurus.
4. Bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas.
5. Persalinan lebih lama dari biasanya.
6. Sewaktu his akan sakit sekali.
7. Bila ketuban pecah, air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.

### **2.3.4 Penanganan Oligohidramnion**

Tindakan konvratif:

- a) Tirah baring
- b) Hidrasi
- c) Perbaikan nutrisi
- d) Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin, NST, BPP)
- e) Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion
- f) Amnion infusion
- g) Induksi dan kelahiran

Penatalaksanaan bergantung pada usia kehamilan

- a) Pre-term : Mengevaluasi dan memonitor keadaan fetal dan maternal agar tetap dalam kondisi optimal
- b) Aterm: Persalinan

- c) Post-term: Persalinan

### 2.3.5 Diagnosis Oligohidramnion

Oligohidramnion harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan yang diharapkan pada usia gestasi tersebut. Penyebab oligohidramnion adalah absorpsi atau kehilangan cairan yang meningkat. Ketuban pecah dini menyebabkan 50% kasus oligohidramnion. Penurunan produksi cairan amnion akibat kelainan ginjal kongenital akan menurunkan keluaran ginjal janin. Obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urine dengan cara yang sama.

### 2.3.6 Prognosis dan Komplikasi

Prognosis:

- a) Semakin awal oligohidramnion terjadi pada kehamilan, semakin buruk prognosinya
- b) Jika terjadi pada trimester II, 80-90% mortalitas

Komplikasi

- a) Malformasi congenital
- b) Hipoplasia pulmonal
- c) *Fetal compression syndrome*
- d) Sindrom sabut amnion
- e) *Abnormal fetal growth* (IUGR) atau pertumbuhan fetal yang tidak yang peka seperti kertas kusut karena janin mengalami tekanan dinding rahim.



- f) Jika terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut, akan terjadi cacat bawaan seperti *chub-food*, cacat bawaan karena tekanan atau kulit jadi tebal dan kering (lethery appearance)
- g) Resiko cacat lahir
- h) Kelahiran premature
- i) Resiko keguguran
- j) Bayi meninggal setelah dilahirkan
- k) Bayi mengalami henti tumbuh
- l) Persalinan Caesar

## **2.4 Pendokumentasian Asuhan kebidanan**

### **2.4.1 Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisir pikiran serta tindakan berdasarkan teori yang ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien. Proses manajemen harus mengikuti urutan logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien (Varney H, 2012).

Manajemen Kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan yang memberikan arah / kerangka kerja dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari kepada kliennya, yang merupakan suatu proses manajemen kebidanan yang diselenggarakan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas

melalui tahapan-tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai dengan keputusan tindakan klinik yang dilakukan dengan tepat, efektif dan efisien prinsip .

#### **2.4.2 Langkah manajemen kebidanan menurut Varney**

##### **1. Langkah 1: Pengumpulan Data Dasar**

Pada langkah ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara:

1. Keluhan pasien
2. Riwayat kesehatan klien
3. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
4. Meninjau catatan terbaru dan catatan sebelumnya
5. Informasi Meninjau data laboratorium. Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber berkaitan dengan kondisi klien.

Bila klien mengalami komplikasi yang perlu di konsultasikan kepada dokter dalam penatalaksanaan maka bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang di hadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat

menggambarkan kondisi / masukan klien yang sebenarnya dan valid. Kaji ulang data yang sudah di kumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat (Varney H, 2012).

## **2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Varney H, 2012).

## **3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa/Masalah Potensial**

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi (Varney H, 2012).

## **4. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus (Varney H, 2012).

#### **5. Langkah V: Merencana Asuhan Secara Menyeluruh**

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi (Varney H, 2012).

#### **6. Langkah VI: Implementasi**

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak

melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

## **7. Langkah VII: Evaluasi**

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik.

### **2.4.3 Metode Pendokumentasian Kebidanan**

Penerapan langkah asuhan kebidanan dengan pendekatan SOAP. Umumnya digunakan untuk pengkajian awal. Proses pencatatan dan pendokumentasian ini disebut dengan dokumentasi kebidanan (Varney H, 2012).

Secara umum, tujuan pencatatan asuhan kebidanan adalah

- a. Bukti pelayanan yang bermutu atau standar
- b. Tanggung jawab legal
- c. Informasi untuk perlindungan tenaga
- d. Data statistik untuk perencanaan layanan
- e. Informasi pembiayaan/asuransi
- f. Informasi untuk penelitian dan pendidikan

- g. Perlindungan hak pasien

#### **2.4.4 Dokumentasi SOAP :**

1. Pembuatan grafik metode SOAP merupakan pengelolaan informasi yang sistematis yang mengatur penemuan dan konklusi kita menjadi suatu asuhan
2. Metode ini merupakan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan guna menyusun dokumentasi kebidanan
3. SOAP merupakan urutan langkah yang dapat membantu bidan mengatur pola pikir bidan dalam memberikan asuhan yang menyeluruh

##### **S: Data Subjektif**

Berisi tentang data dari klien (segala bentuk pernyataan atau keluhan klien) diperoleh dari anamnesa yang merupakan ungkapan langsung

##### **O: Data Objektif**

Data yang diperoleh dari hasil observasi melalui pemeriksaan umum, fisik, obstetrik, penunjang (laboratorium, USG, inspekulo, VT, dll)

##### **A: Analisis /Assessment**

Kesimpulan berdasarkan dari data S dan O, meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlunya tindakan segera.

##### **P: Planning**

Rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis, termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium, serta konseling.

Tabel 2.5: Keterkaitan Antara Proses Manajemen Kebidanan Dan

Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

7 Langkah Varney	5 Langkah (Kompetensi Bidan)	SOAP
DATA	DATA	Subjektif Objektif
Diagnosa Masalah	Assesment/Diagnosis	Analisis dan Interpretasi a. Diagnosa b. Antisipasi diagnosa/masalah potensial c. Tindakan segera
Antisipasi Diagnosa/Masalah Potensial		
Kebutuhan Segera untuk Konsultasi, Kolaborasi		
Planning: a. Konsultasi b. Tes diagnostic/lab c. Pendidikan/konseling d. Follow up	Planning	Planning (Dokumentasi Implementasi) a. Asuhan Mandiri b. Kolaborasi c. Tes diagnostic/lab d. Konseling
Implementasi	Implementasi	e. Fpllow up
Evaluasi	Evaluasi	

## **BAB 3**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **3.1. Jenis Studi Kasus**

Jenis studi kasus yang digunakan pada laporan tugas akhir ini adalah dengan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan oleh penulis melalui pendekatan manajemen kebidanan. Kasus yang diamati penulis dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah Ibu Hamil Ny. T Usia 26 Tahun G1 P0 A0 Di Klinik Misriah Galang.

#### **3.2 Tempat Dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Misriah Galang, Jaharun A Dusun 1. Alasan saya mengambil kasus di klinik Misriah Galang karena Klinik Misriah Galang merupakan salah satu lahan praktik klinik yang dipilih oleh institusi sebagai lahan praktik. Waktu pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 01 Maret 2018 – 24 April 2018 yaitu dimulai dari pengambilan kasus sampai dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

#### **3.3 Subjek Studi Kasus**

Dalam studi kasus ini penulis mengambil Subjek yaitu Ny.T umur 26 tahun G1 P0A0 di klinik Misriah Galang 09 Maret 2018. Alasan Saya mengambil Ny.T sebagai subyek karena Ny. T karena ibu mengatakan nyeri abdomen ketika janin bergak, adanya keluar cairan dari vagina.



### **3.4 Teknik Pengumpulan Data**

Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain:

#### **1. Data Primer**

##### **a. Pemeriksaan Fisik**

Menurut Handoko (2008), pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dengan cara:

##### **1) Inspeksi**

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi meliputi pembesaran abdomen tidak sesuai dengan usia kehamilan, pergerakan janin aktif.

##### **2) Palpasi**

Palpasi adalah suatu tehknik yang menggunakan indra perababa tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan leopod:

- 1) Leopold I : TFU cm, di fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)
- 2) Leopold II : Teraba pada sisi kanan perut ibu bagian yang keras, memanjang, memapan (punggung) dan pada bagian sisi kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas)
- 3) Leopold III: Teraba bagian yang keras, bulat dan melenting (kepala)
- 4) Leopold IV: Bagian terbawah janin belum memasuki PAP

### **3) Perkusi**

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk bagian tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh kiri kanan dengan Tujuan menghasilkan suara, perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran dan konsistensi jaringan (Handoko,2008). Pada kasus Oligohidramnion tidak dilakukan pemeriksaan perkusi.

### **4) Auskultasi**

Auskultasi adalah suatu pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan doppler. Pada kasus ibu oligohidramion pemeriksaan auskultasi meliputi pemeriksaan detak jantung janin.

### **5) Wawancara**

Wawancara adalah suatu metode yang diguna ngumpulkan data dimana penulis mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penulis (responden) atau bercakap-cakap berhadapan dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan Ny. T Usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion.

### **6) Observasi**

Observasi adalah tehknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang diambil. Observasi dapat berupa pemerik pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Observasi pada kasus Oligohidramnion dilakukan dengan cara USG.

## 2. Data Sekunder

Yaitu data penunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dekomendasi pasien serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan.

Data sekunder diperoleh dari:

### 1. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi ataupun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus ibu hamil dengan Oligohidramnion diambil dari catatan harian.

### 2. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, majalah ilmiah, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2013-2018.

## 3.5 Alat dan Bahan Yang Di butuhkan

Wawancara	Observasi	Dokumentasi
1.Format pengkajian pada ibu hamil	1.Tempat tidur	1.Status atau catatan pasien
2.Buku tulis	2.Timbangan badan	2.Alat tulis
3.Balpoint	3.Tensimeter	
4.Penggaris	4.Pitasenti	
	5.Doppler	
	6.USG	

**BAB 4**  
**TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

**4.1 Tinjauan Kasus**

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. T USIA 26 TAHUN**  
**G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> USIA KEHAMILAN 34 MINGGU 2 HARI DENGAN**  
**OLIGOHDRAMNION DI KLINIK MISRIAH**  
**GALANG TAHUN 2018**

Tanggal Masuk	: 09-03-2018	Tanggal Pengkajian	: 09-03-2018
Jam Masuk	: 17.20 Wib	Jam Pengkajian	: 17.20 Wib
Tempat	: Klinik Misriah	Pengkaji	: Paska sianipar

**1. PENGUMPULAN DATA**

**A. Identitas**

Nama	: Ny. T	Nama	: Tn. A
Umur	: 26 Tahun	Umur	: 29 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jaharun A Dusun 1 Galang	Alamat	: Jaharun A Dusun 1 Galang

**B. Anamnese (Data subjektif)**

Pada tanggal : 09-03-2018      Pukul: 17:20 Wib      Oleh: Paska sianipar

1. Alasan Kunjungan : Ingin memeriksa kehamilan

2. Keluhan: a. Ibu mengatakan nyeri pada abdomen ketika janin bergerak

b. Ibu mengatakan keluar cairan dari vagina 2 hari yang lalu

3. Riwayat menstruasi

- a) Haid pertama : 14 Tahun
- b) Siklus : 28 Hari
- c) Banyaknya : 2-3x Ganti duk
- d) Teratur/tidak teratur : Tidak teratur
- e) Dismenorehe : Tidak ada
- f) Lamanya : 5 Hari
- g) Sifat darah : Encer

4. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu : G<sub>1</sub> P<sub>0</sub> A<sub>0</sub>

A na k ke -	Tgl lahir/ umur	U K	Jenis Persa linan	Tem pat persa lina n	Peno long	Komplik asi		Bayi		Nifas	
						Bay i	Ibu	PB/B B/JK	Kea daan	Kea daan	La kta si
1.	H	A	M	I	L			N	I	N	I

5. Riwayat Kehamilan sekarang

- a. G<sub>1</sub> P<sub>0</sub> A<sub>0</sub>
- b. HPHT : 19-07-2017 HPL: 26-04-2018
- c. UK : 34 minggu 2 hari
- d. Gerakan janin : 7-8x sehari, Pergerakan janin pertama kali: 16 minggu
- e. Imunisasi Tetanus Toxoid : Tidak ada
- f. Kecemasan : Ada
- g. Tanda-tanda Bahaya : Tidak Ada
- h. Tanda-tanda Persalinan : Tidak Ada

6. Riwayat penyakit yang pernah di derita

- a. Jantung : Tidak ada
- b. Hipertensi : Tidak ada
- c. TBC : Tidak ada
- d. DM : Tidak ada
- e. Malaria : Tidak ada

7. Riwayat penyakit keluarga

- a. Jantung : Tidak ada
- b. Hipertensi : Tidak ada
- c. DM : Tidak ada
- d. Lain-lain : Tidak ada

8. Riwayat KB : Tidak ada

9. Riwayat psikososial

- a. Status perkawinan : Sah
- b. Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang
- c. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Musyawarah
- d. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Klinik
- e. Tempat rujukan jika ada komplikasi : RS
- f. Persiapan menjelang persalinan : Sudah ada persiapan seperti pakaian bayi.

1. Activity Daily Living

1. Pola makan dan minum

Pola makan :

Frekuensi : 3x sehari

Jenis:

- a. Pagi: 1 porsi nasi+lauk (ikan teri/tempe)+sayur (kol atau Kangkung (kadang-kadang) + 1 gelas air putih
- b. Siang: 1 porsi nasi + lauk (ikan 1 potong) + sayur (kol/ kangkung/bayam) + 1 gelas air putih
- c. Malam: 1 porsi nasi + lauk (ikan asin) + sayur (kadang-kadang) + 1 gelas air putih

Pola minum :

- 1. Frekuensi : 4-5 gelas/hari
  - 2. Jenis : Air putih, teh manis
2. Pola istirahat
- a. Tidur siang :  $\pm$  1 jam
  - b. Tidur malam :  $\pm$  6 jam

3. Pola eliminasi

1. BAK : 6-7 kali/hari, warna: jernih
2. BAB : 1x dalam 1 hari, konsistensi lembek

4. Personal Hygiene

1. Mandi : 2 kali/hari
2. Ganti pakaian / pakaian dalam : 2-3x/hari

5. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : Ibu rumah tangga

6. Kebiasaan hidup

1. Merokok : Tidak ada
2. Minum-minuman keras : Tidak ada
3. Obat terlarang : Tidak ada
4. Minum jamu : Tidak ada

C. Pemeriksaan Fisik (Data Objektif)

1. Keadaan umum : Baik

2. Tanda-tanda vital

TD : 120/80 mmHg  
Temp : 36 °C  
Pols : 80 x/menit  
RR : 20 x/menit

3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

1. Berat badan sebelum hamil: 65 kg
2. Berat badan : 72 kg, Kenaikan BB selama hamil: 7 kg
3. Tinggi badan : 153 cm
4. LILA : 26 cm

4. Pemeriksaan fisik

- a. Postur tubuh : Lordosis
- b. Kepala

1. Kulit kepala : Bersih, rambut hitam, panjang, tidak bercabang,  
tidak ada ketombe, benjolan tidak ada.

2. Muka : Simetris, cloasma ada, odema tidak ada

3. Mata : Simetris, conjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik
4. Hidung : Simetris, polip tidak meradang
5. Telinga : Simetris, bersih
6. Mulut/ bibir : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries
7. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis.

c. Payudara

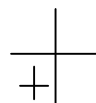
1. Bentuk : Simetris
2. Keadaan puting susu : Menonjol kiri dan kanan
3. Areola mammae : Hyperpigmentasi
4. Colostrum : Belum ada
5. Nyeri : Tidak ada

d. Perut

- a. Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi, linea nigra ada
- b. Palpasi :
  - 5) Leopold I : 30 cm, di fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)
  - 6) Leopold II : Teraba pada sisi kanan perut ibu bagian yang keras, memanjang, memapan (punggung) dan pada bagian sisi kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas)
  - 7) Leopold III: Teraba bagian yang keras, bulat dan melenting (kepala)
  - 8) Leopold IV: Bagian terbawah janin belum memasuki PAP
    - a. TBBJ :  $30-12 = 18 \times 155 = 2790$  gr
    - b. Kontraksi : Ada
    - c. Auskultasi

DJJ : 140 x/i

Punctum maximum:



e. Ekstermitas

Atas: Simetris, bersih, jari lengkap, kuku merah muda, tidak



oedema

Bawah: Simetris, bersih, jari lengkap, tidak ada oedema, tidak ada

varises, refleks patella tidak dilakukan

h. Genetalia : Tidak dilakukan

i. Pemeriksaan Panggul

a. Lingkar panggul : Tidak dilakukan

b. Distansia Cristarum: Tidak dilakukan

c. Distansia Spinarum : Tidak dilakukan

d. Conjugata Eksterna : Tidak dilakukan

j. Pemeriksaan Dalam : Tidak dilakukan

k. CVAT : Tidak dilakukan

D.Uji Diagnostik (Pemeriksaan Penunjang)

Pemeriksaan laboratorium :

a. Pemeriksaan darah

Golongan darah : Tidak dilakukan

Hb : Tidak dilakukan

USG : Oligohidramnion (sedikit cairan ketuban)

AFI : 4 cm

Cairan amnion : 400 ml

b. Pemeriksaan urine

Protein urine : Tidak dilakukan

Glukosa urine : Tidak dilakukan

## 1. INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Ny. T G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup,

intra uterin, presentase kepala dengan Oligohidramnion.

Data Dasar:

DS :

a. Ibu mengatakan ini adalah kehamilan yang pertama dan belum pernah keguguran.

- b. Ibu mengatakan HPHT tanggal : 19-07-2017
- c. Ibu mengatakan janin bergerak aktif
- d. Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya
- e. Ibu mengatakan nyeri abdomen ketika janin bergerak

DO:

a. Keadaan umum : Baik

b. Tanda-tanda vital

TD : 120/80 mmHg

Temp : 36 °C

Pols : 80 x/menit

RR : 20 x/menit

c. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan sebelum hamil : 65 kg

Berat badan : 72 kg, kenaikan BB selama hamil: 7 kg

Tinggi badan : 153 cm

LILA : 26 cm

d. Palpasi :

1. Leopold I : TFU : 30 cm, di fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

2. Leopold II : Teraba pada sisi kanan perut ibu bagian yang keras, memanjang, memapan (punggung) dan pada bagian sisi

kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin

(ekstermitas)

3. Leopold III: Teraba bagian yang keras, bulat dan melenting (kepala)

4. Leopold IV: Bagian terbawah janin belum memasuki PAP

5. TBBJ :  $30-12= 18 \times 155 = 2790$  gr

6. TFU : 30 cm, DJJ : 140 x/i

7. USG : Oligohidramnion

Masalah : Nyeri pada abdomen ketika janin bergerak

Kebutuhan :

- a. Beri penkes tentang pola nutrisi dan gizi pada ibu hamil
- b. Beri penkes tentang pola istirahat.

## **I. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSI**

- A. Komplikasi pada ibu
  1. Persalinan lama dari biasanya
  2. Solusio plasenta
- B. Komplikasi pada janin
  1. Malformasi congenital
  2. Hipoplasia pulmonal
  3. *Fetal compression syndrome*
  4. Sindrom sabut amnion
  5. *Abnormal fetal growth* (IUGR)
  6. Jika terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut

## **II. KEBUTUHAN TINDAKAN SEGERA, MANDIRI, KOLABORASI, DAN RUJUK**

Kolaborasi dengan dr.SpOG

## **III. INTERVENSI**

Tanggal : 09-03-2018 Pukul : 15.20 Wib

Oleh: Paska sianipar

No.	Intervensi	Rasional
1.	Beritahu ibu hasil pemeriksaan kehamilan yang telah dilakukan.	Agar ibu mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
2.	Menantau cairan ketuban dengan dr.SpOG	Agar ibu dapat mengetahui hasil USG
3.	Beri penkes tentang kebutuhan nutrisi dan contoh menu makanan pada ibu hamil yang Oligohidramnion	Agar kebutuhan nutrisi ibu dapat terpenuhi dengan baik
4.	Anjurkan ibu untuk lebih banyak istirahat	Agar kondisi ibu tetap stabil dan kebutuhan istirahat ibu tercukupi dengan baik
5.	Beritahu ibu dan keluarga	Agar ibu dan keluarga mengetahui

	bahaya tentang kekurangan cairan ketuban	bahaya kekurangan cairan ketuban terhadap ibu dan bayi jika tidak dilakukan penanganan
6.	Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang minggu depan untuk dilakukan amniotomasi	Agar cairan ketuban ibu mencukupi dan memantau kehamilan, keadaan janin dan peningkatan cairan ketuban

## VI.IMPLEMENTASI

Tanggal : 09-03-2018 Pukul: 17.20 Wib Oleh: Paska sianipar

No	Pukul	Tindakan	Paraf
1.	17:20	<p>Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan dan keadaannya, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keadaan umum : Baik</li> <li>b. Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 120/80 mmHg</li> <li>Temp : 36°C</li> <li>Pols : 80 x/menit</li> <li>RR : 20 x/menit</li> </ul> </li> <li>c. Pengukuran tinggi badan dan berat badan <ul style="list-style-type: none"> <li>Berat badan sebelum hamil : 65 kg</li> <li>Berat badan : 72 kg</li> <li>Kenaikan BB selama hamil : 7 kg</li> <li>Tinggi badan : 153 cm</li> </ul> </li> <li>d. LILA : 26 cm</li> <li>e. Palpasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Leopold I : TFU : 30 cm, di fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)</li> <li>2. Leopold II : Teraba pada sisi kanan perut ibu yang keras, memanjang, memapan (punggung) dan pada bagian sisi kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas)</li> <li>3. Leopold III : Teraba bagian yang keras, bulat dan melenting (kepala)</li> <li>4. Leopold IV : Bagian terbawah janin belum memasuki PAP</li> </ul> </li> <li>f. TBBJ : <math>30-12 = 18 \times 155 = 2790</math> gr</li> <li>g. DJJ : 140 x/i</li> <li>h. USG : Oligohidramnion</li> </ul> <p>Ev: Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan keadaannya.</p>	Paska
2.	17.30	Memberi penkes tentang kebutuhan nutrisi dan contoh	Paska

		<p>menu makanan pada ibu, yaitu: kebutuhan nutrisi pada ibu hamil adalah makanan yang banyak mengandung unsur besi, diantaranya daging hewan, telur, ikan, sayuran hijau. Pemberian diet tinggi asam folat seperti ayam, hati, ikan, daging, telur, brokoli, bayam, kacang-kacangan, dll.</p> <p>Ev: Ibu sudah mengetahui kebutuhan nutrisi dan contoh menu makan pada ibu hami</p>	
3.	17.35	<p>Menganjurkan ibu untuk lebih banyak istirahat yaitu tidur pada malam hari kurang lebih 7-8 jam dan siang kurang lebih 1-2 jam, hindari pekerjaan yang terlalu berat.</p> <p>Ev: Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan</p>	Paska
4.	17.45	<p>Memberitahu ibu faktor-faktor yang mempegaruhi proses penyerapan zat besi dan asam folat yaitu minum alcohol, kopi, teh, kontrasepsi oral, aspirin, obat penenang, dan anti kejang. Ibu sebaiknya meminum tablet Fe atau terapi bersamaan dengan jus jeruk atau vitamin C dan Air kelapa muda. Menganjurkan ibu untuk mengurangi mengonsumsi teh manis, dan jangan meminumnya 1 jam sebelum atau 1 jam sesudah makan serta jangan meminum teh manis saat makan dan juga saat meminum tablet Fe untuk mencegah terjadinya gangguan penyerapan makanan dan tablet Fe yang dikonsumsi ibu.</p> <p>Ev: Ibu sudah mengetahui dan bersedia mengikuti anjuran yang disampaikan</p>	Paska
5.	17.55	<p>Memberitahukan ibu dan keluarga bahaya Oligohidramnion pada ibu dan bayi, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uterus tampak kecil dari usia kehamilan dan tidak ada ballotement</li> <li>2. Ibu merasa nyeri perut pada setiap pergerakan janin</li> <li>3. Sering berakhir dengan partus prematurus</li> <li>4. Bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas</li> <li>5. Persalinan lebih lama dari biasanya</li> <li>6. Sewaktu his akan sakit sekali</li> <li>7. Bila ketuban pecah, air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada keluar.</li> <li>8. Bahaya oligohidramnion terhadap janin Abnormalitas kromosom, anomaly kongental</li> </ol>	Paska

		retriksi pertumbuhan, kematian janin, kehamilan postterm, rupture membran.  Ev: Ibu dan keluarga sudah mengetahui dan mengerti bahaya oligohidramnion pada ibu dan bayi	
6.	18.00	Memberitahukan ibu bahwa akan dilakukan kunjungan ulang untuk memantau keadaan ibu dan janin dengan cara USG dan melakukan amniofusion  Ev: Ibu bersedia untuk kunjungan ulang	Paska

## VI. EVALUASI

### Subjektif :

- 1) Ibu mengatakan sudah mengetahui hasil pemeriksaan keadaannya
- 2) Ibu sudah mengetahui kebutuhan nutrisi untuk penambahan cairan keuban
- 3) Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan
- 4) Ibu dan keluarga sudah mengetahui dan mengerti bahaya oligohidramnion pada ibu dan bayi
- 5) Ibu mengatakan bersedia untuk dikunjungi ulang.

**Objek** : Ibu tampak antusias mendengarkan penjelasan bidan dan dokter tentang hasil pemeriksaan Fisik ,Tanda-tanda vital dan hasil USG .

**Assesment** : Ny. T G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 34 minggu 2 hari, janin tunggal , hidup intra uterin, presentase kepala dengan Oligohidramnion.

Masalah : Teratasi sebagian

### Planning:

- 1) Pantau kesejahteraan janin
- 2) Anjurkan ibu untuk menjaga kebutuhan nutrisi
- 3) Anjurkan ibu untuk menjaga pola istirahat
- 4) Lakukan pemantauan USG ibu untuk mengetahui cairan ketuban
- 5) Beritahu ibu untuk dilakukan kunjungan 1 minggu ke depan

## **4.2 . Pembahasan**

Menurut buku maternity,2018 Oligohidramnion adalah Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal,yaitu kurang dari 500cc. Dimana oligohidramnion Tirah baring, Hidrasi, Perbaikan nutrisi, Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin, NST, BPP), Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion, Amnion infusion.

Pada bab ini, penulis akan menjelaskan kesenjangan-kesenjangan yang ada dengan cara membandingkan antara teori dan praktek yang ada dilahan yang mana kesenjangan tersebut menurut langkah-langkah dalam manajemen kebidanan, yaitu pengkajian sampai dengan evaluasi. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil kesimpulan dan pemecahan masalah dari kesenjangan yang ada sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang tepat, efektif, dan efisien, khususnya pada ibu hamil dengan Oligohidramnion (Kekurangan cairan ketuban).

### **4.2.1 Pengkajian**

Pada pengumpulan data Ny.T diketahui kehamilan ini adalah kehamilan yang pertama. Saat dilakukan pemeriksaan data obyektif didapatkan hasil nyeri abdomen ketika janin bergerak (Maternity,2018) Dalam pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan dan pemeriksaan TB, TD, TFU, Pemberian tablet Fe, Imunisasi TT, Pemeriksaan VDRL, Pemeriksaan protein urine, Pemeriksaan urine reduksi, Perawatan payudara, Senam hamil, Pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak yodium, Temu wicara.

Pada pengumpulan data subjektif Ny.T diketahui kehamilan ini adalah kehamilan yang pertama,ibu mengatakan keluar cairan dari vagina 1 hari yang lalu, dan ibu mengatakan nyeri perut ketika janin bergerak. Saat dilakukan pemeriksaan data obyektif didapatkan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, Suhu 36<sup>0</sup>C, Nadi 80 x/menit, Pernapasan 20x/menit, Tfu 30 cm, Hasil USG ibu terdapat mengalami oligohidramnion terdapat cairan 400 ml,AFI 4 cm. Hal ini tidak dilakukan refleksi patella,pemeriksaan protein urine dan hb sahli karena keterbatasan dalam pemakaian .Sehingga dalam hal ini ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

#### **4.2.2 Interpretasi data**

Dalam manajemen kebidanan, didalam interpretasi data terdapat diagnose kebidanan, masalah, dan kebutuhan. Yang akan ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian yang telah diperoleh Pada Ny. T diagnosa kebidanan yang dapat ditegakkan adalah: Dalam teori disebutkan bahwa diagnosa kebidanan adalah Diagnosa kebidanan ditulis secara lengkap berdasarkan anamnesa, data subjektif, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Dalam kasus Ny. T diagnosa kebidanan ditegakkan adalah Ny. T usia 26 tahun primigravida UK: 34 minggu 2 hari, janin tunggal hidup, intrauterin, punggung kanan, belum masuk PAP, dengan Oligohidramion diagnosa tersebut ditegakkan berdasarkan data subjektif,objektif dan hasil pemeriksaan penunjang melalui USG yang diperoleh dari hasil pemeriksaan, sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.



Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau sering menyertai diagnosa. Masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil dengan oligohidramnion adalah Uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan, ibu merasa nyeri pada perut pada setiap pergerakan sering berakhir dengan partus premature, bunyi jantung janin sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas persalinan lebih lama dari biasanya, sewaktu his akan sakit sekali, dan ketuban pecah, air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar. Pada kasus Ny. T mengatakan merasa nyeri abdomen ketika janin bergerak, adanya keluar cairan dari vagina dan ibu mengatakan cemas terhadap kondisi kehamilannya, sehingga tidak ditemukan kesenjangan teori dan praktek.

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Kebutuhan muncul setelah dilakukan pengkajian dimana ditemukan hal-hal yang membutuhkan asuhan, dalam hal ini klien tidak menyadari pada kasus Ny. T Membutuhkan Tirah baring, Hidrasi, Perbaikan nutrisi, Pemantauan kesejahteraan janin (Hitung gerakan janin), Pemeriksaan USG, amnion infusion dan induksi dan kelahiran. Maka yang dilakukan di klinik hanya penkes nutrisi yang cukup dan lakukan kolaborasi dengan dokter untuk melakukan USG untuk pemantauan air ketuban dan keadaan janin, dan plasenta. Dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

#### **4.2.3 Diagnosa potensial dan antisipasi penanganannya**

Oligohidramnion harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan yang diharapkan pada usia gestasi tersebut. Penyebab

oligohidramnion adalah absorpsi atau kehilangan cairan yang meningkat. Ketuban pecah dini menyebabkan 50% kasus oligohidramnion. Penurunan produksi cairan amnion akibat kelainan ginjal kongenital akan menurunkan keluaran ginjal janin. Obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urine dengan cara yang sama. Maka yang ditemukan adalah tinggi fundus kurang dari normal yaitu 30 cm, dan keluarnya cairan dari vagina (Air ketuban merembes), ibu merasakan nyeri abdomen ketika janin bergerak dan hasil USG cairan ketuban 400 ml dan AFI 4 cm. Maka tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

#### **4.2.4 Kebutuhan terhadap tindakan segera**

Dalam hal ini bidan dapat mengidentifikasi dengan tindakan menyarankan menjaga pola nutrisi ibu dan lakukan kolaborasi dengan dokter SpOg untuk USG untuk pemantauan cairan ketuban, keadaan janin, plasenta dan ibu Tirah baring, Hidrasi, Perbaikan nutrisi, Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin, NST, BPP), Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion, Amnion infusion (Maternity, 2018).

Maka yang dilakukan adalah penkes pola nutrisi, istirahat yang cukup dan USG. Maka dalam tahap ini ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

#### **4.2.5 Rencana tindakan**

Rencana tindakan merupakan proses manajemen kebidanan yang memberikan arah pada kegiatan asuhan kebidanan, tahap ini meliputi prioritas masalah dan menentukan tujuan yang akan tercapai dalam merencanakan tindakan. Pada tahap

ini informasi dan Tirah baring, Hidrasi, Perbaikan nutrisi, Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin, NST, BPP), Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion, Amnion infusion (Maternity,2018). Dalam kasus ini asuhan yang diberikan adalah memperbaiki pola nutrisi dan istirahat,dan melakukan USG dengan hasil cairan amnion 400 ml dan AFI 4 cm rencana asuhan disusun dengan standar kebidanan sehingga pada tahap ini terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, karena bidan dan dokter merencanakan tindakan tidak sesuai dengan standar asuhan kebidanan ibu hamil serta adanya kerja sama yang baik antara pasien serta keluarga pasien.

#### **4.2.6 Implementasi**

Pelaksanaan merupakan asuhan kebidanan yang telah direncanakan secara efisien dan aman dimana pelaksanaanya bisa dilakukan oleh bidan,dokter atau sebagian lagi oleh kliennya (Maternity,2018).

Dalam kasus ini pelaksanaan tindakan dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah penulis rencanakan Tirah baring, Hidrasi, Perbaikan nutrisi, Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin, NST, BPP), Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion, Amnion infusion. Hal ini hanya dianjurkan ibu untuk perbaikan nutrisi dan USG terdapat 400 ml dan AFI 4 cm dalam proses manajemen kebidanan dan pengobatan sebagai untuk mencapai kelancaran kahamilan Ny. T dalam tahap ini ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

#### **4.2.7 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses manajemen kebidanan yang berguna untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan yaitu memenuhi kebutuhan ibu dan mengetahui sejauh mana pelaksanaan yang telah diberikan dalam mengatasi permasalahan yang timbul pada ibu hamil dengan oligohidramnion. Potensial yang mungkin timbul dalam kehamilan dengan oligohidramnion adalah kelainan tertumbuhan janin, kematian, kehamilan postterm, rupture membrane, solusio plasenta, hipertensi, Preeklamsi dan diabetes (Leveno, 2016).

Dalam kasus ini setelah dilakukan beberapa tindakan seperti menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi yang cukup, menjaga pola pemantauan cairan ketuban dengan cara USG, tirah baring dan kolaborasi dengan dokter SPoG pemantauan kesejahteraan janin, amnion infusion, induksi dan kelahiran supaya ibu merasakan keadaannya semakin membaik dari hari ke hari. Ibu dilakukan rawat jalan, dan kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya. Sehingga terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Kesimpulan**

Dengan terselesaikannya pembuatan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Ny.T Usia 26 tahun G1P0A0 usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di Klinik Misriah Galang.Maka penulis mengambil kesimpulan;

1. Pengkajian pada kasus ibu hamil pada Ny.T usia 26 tahun G1P0A0 usia Kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion di dapat data subjektif dengan keluhan utama yaitu ibu mengeluh ketika janin bergerak ibu merasakan nyeri pada abdomen dan adanya keluar cairan dari vagina. Hasil data objektif keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TTV: TD: 120/80 mmHg, Temp: 36 °C, Polse: 80 x/menit, RR: 20 x/menit dilakukan USG cairan amnion 400ml,AFI 4 cm
2. Interpretasi data pada kasus ibu hamil pada Ny.T umur 26 tahun G1P0A0 usia Kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion diperoleh diagnosa kebidanan Ny.T usia 26 tahun G1 P0 A0 dengan Oligohidramnion.Masalah yang muncul adalah Nyeri abdomen ketika bayi begerak, dan adanya keluar cairan dari vagina untuk mengatasi masalah tersebut Ny.T membutuhkan informasi tentang keadaannya, penkes tentang pola nutrisi dan gizi pada ibu hamil ,serta melakukan USG dan berkolaborasi dengan dr.SPoG
3. Diagnosa masalah potensial pada kasus pada Ny. T usia 26 tahun G1P0A0 usia Kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion akan terjadi

Malformasi congenital, hipoplasia pulmonal, solusio plasenta, Gangguan perkembangan pertumbuhan janin.

4. Tindakan segera pada Ny. T usia 26 tahun G1P0A0 usia Kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion dilakukan USG ditemukan adanya tanda bahaya yang perlu segera dilakukan penanganan yaitu Anjurkan ibu untuk memperbaiki pola nutrisi dan penkes pola istirahat yang cukup.
5. Rencana tindakan pada Ny.T usia 26 tahun G1P0A0 usia Kehamilan 34 minggu 2 hari dengan Oligohidramnion adalah sesuai dengan kebutuhan pasien yaitu melakukan USG dan dilakukan penkes tentang perbaikan nutrisi dan penkes tentang pola istirahat.
6. Pelaksanaan pada Ny.T 26 tahun Pemeriksaan fisik ,USG dan penkes tentang perbaikan nutrisi dan penkes tentang pola istirahat.
7. Evaluasi pada Ny.T 26 tahun dengan Kehamilan dengan Oligohidramnion didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, TTV: TD:120/80 mmHg, RR:20x/menit, P:80x/menit, T:36°C Nyeri abdomen ketika janin bergerak dan ibu sudah dianjurkan untuk menjaga pola nutrisi yang cukup dan pola istirahat yang cukup.

## **5.2 Saran**

### **1. Bagi institusi pendidikan Institusi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Diharapkan dengan disusunnya Laporan Tugas Akhir ini keefektifan proses belajar dapat ditingkatkan,serta lebih meningkatkan kemampuan, ketrampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam hal Kehamilan dengan Oligohidramnion

serta dapat menerapkan hasil dari studi yang telah didapatkan di lapangan. Selain itu, diharapkan dapat menjadi sumber referensi dari bacaan yang dapat memberi informasi serta sumber referensi yang digunakan sebagai pelengkap dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir berikutnya.

## **2. Institusi Kesehatan Klinik Misriah**

Diharapkan kepada petugas kesehatan dapat lebih meningkatkan pelayanan pencegahan Oligohidramnion apada ibu hamil , baik dari segi sarana dan prasarana maupun tenaga kesehatan yang ada di lahan praktek.

## **3. Bagi klien**

Diharapkan kepada klien untuk lebih meningkatkan kesadaran akan pentingnya melakukan pemeriksaan pada saat saat hamil atau kunjungan ulang kepada bidan atau tenaga kesehatan dan kesadaran akan pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan selama hamil sampai pada masa nifas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adryani.2017.<https://id.scribd.com/document/-Lapkas-Oligohidramnion>, *Hidrasi maternal pada kasus oligohidramnion RSUP Prof. Dr. R. Kandou Manado*.Diakses Tanggal 9 Mei 2018
- Anastasia. 2015 *Resiko maternal dan luaran perinatal drngan oligohidramnion*.  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/JKKT/article>.Diakses 10 Mei 2018
- Astuti Maya.2014.*Buku pintar kehamilan*:Buku kedokteran:EGC.
- Handoko,2008. *Auhan kebidanan 7 langkah helen varney*.Jakarta: Salemba Medika
- Hutahaeen Serry.2013.*Perawatan antenatal*:Selemba medika
- Kemenkes.2013. *profil kesehan* <http://Kemenkenkes.Indonesia.go.id>.Diakses pada tanggal 23 mei 2018
- Leveno J,Kenneth,2016.*Komplikasi kehamilan* :Buku kedokteran:EGC.
- Maternity Dainty,dkk,2018. *Asuhan kebidanan patologis*:Binarupa aksara.
- Romauli Suryati,2016.*Asuhan kebidanan 1 Konsep dasar asuhan kehamilan*:Nuha medika
- Rukiah,dkk,2013. *Asuhan kebidanan 1 Kehamilan*:Trans info medika,Jakarta.
- Varvey H,2012 *Asuhan kebidanan 7 langkah varney*.Jakarta:EGC
- WHO.2013.*hubungan faktor risiko dengan kejadian Oligohidramnion*  
<http://jurnal.fk.unand.ac.id>.Diakses pada tanggal 23 Mei 2018