

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.U USIA 23 TAHUN  
G<sub>2</sub> P<sub>0</sub> A<sub>1</sub> USIA KEHAMILAN 23 MINGGU DENGAN IUFD DI  
RUMAH SAKIT ST.ELISABETH BATAM  
TAHUN 2017**

### **STUDI KASUS**

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



**Disusun Oleh :**

**PERONIKA KRISTIANI PASARIBU  
022015050**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN  
SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAN  
SANTA ELISABETH  
MEDAN  
2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Laporan Tugas Akhir**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.U USIA 23 TAHUN  
G<sub>2</sub> P<sub>0</sub> A<sub>1</sub> USIA KEHAMILAN 23 MINGGU DENGAN IUFD DI  
RUMAH SAKIT ST. ELISABETH BATAM  
TAHUN 2017**

**Studi Kasus**

**Diajukan Oleh**

**Peronika Kristiani Pasaribu**

**NIM : 022015050**

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

**Oleh :**

**Pembimbing : Flora Naibaho, S. ST., M,Kes**

**Tanggal : 19 Mei 2018**

**Tanda Tangan : .....**

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



**Anita Veronika, S.SiT., M.KM**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN  
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

**Tanda Pengesahan**

Nama : Peronika Kristiani Pasaribu  
NIM : 022015050  
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny. U Usia 23 Tahun G<sub>2</sub> P<sub>0</sub> A<sub>1</sub>  
Usia Kehamilan 23 Minggu Dengan IUFD di Rumah Sakit  
St. Elisabeth Batam Tahun 2017

Telah disetujui, dan diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji sebagai  
persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan  
pada Selasa, 22 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

**TIM Penguji**

**Tanda Tangan**

Penguji I : Desriati Sinaga, S.ST., M.Keb

Penguji II : Oktafiana Manurung, S.ST., M.Kes

Penguji III : Flora Naibaho, S.ST., M.Kes

Mengetahui  
Ketua Program Studi D3 Kebidanan



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

Mengesahkan  
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



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

## CURRICULUM VITAE



Nama : Peronika Kristiani Pasaribu

NIM : 022015050

Tempat Tanggal Lahir : Bangko Bakti 05 januari 1998

Riwayat Pendidikan : SD N 006 Bangko Bakti  
SMP Swasta Abdi Sejati Perdagangan  
SMA Swasta Santa Lusia Medan  
D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Pekerjaan : Mahasiswi

Anak Ke : 3 dari 3 Bersaudara

Status : Belum Menikah

Suku/Bangsa : Batak/Indonesia



# *Lembar Persembahan*

*Ku ucapkan terimakasih ku yang sebesar-besarnya kepada Mama dan Bapak ku tersayang karena sudah bersedia membimbing dan memberikan yang terbaik di dalam hidup ku.*

*Mama dan Bapak adalah malaikat ku yang memberi tanpa meminta imbalan atau balasan sedikit pun dari yang kalian berikan. Aku bersyukur kepada TUHAN karena telah memberikan kepada ku 2 malaikat yang selalu ada dan setia kepada ku, begitu banyak rintangan baik suka maupun duka yang ku lewati selama memulai pendidikan ku dan hanya mama dan bapak yang selalu berlapang dada untuk menerima semua curahan Hati ku dan memberikan kasih sayang dan hati yang Damai kepada ku. Saat hati dan iman ku goyah hanya mama dan bapak lah yang selalu memperkuat iman ku dan memberikan nasihat untuk membimbing ku serta selalu mengatakan selalu andalkan TUHAN di hidup ku.*

*Terimakasih juga kepada kedua abang ku yaitu JOSAFAT FRANS JELIUS PASARIBU*

*DAN KONDAR VANLI PASARIBU*

*yang sudah menjadi abang yang sangat baik, sabar menghadapi ku, dan tidak pernah melepaskan aku saat suka dan duka ku dan terutama sudah membimbing dan memberikan dukungan kepada aku.*

*Motto :*

*Langit tidak pernah mengatakan bahwa ia lebih tinggi dari segalanya dan Mutiara yang indah berasal dari bawah dasar laut*

*Peronika Kristiani Pasaribu*



## PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul “**Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny.U Usia 23 Tahun, G2 P0 A1 usia Kehamilan 23 Minggu Dengan IUFD di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2017**” 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 di jatuhkan kepada saya apabila kemudian hari di temukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, 23 Mei 2018

Yang membuat pernyataan

(Peronika Kristiani Pasaribu)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.U USIA 23 TAHUN  
G2 P0 A1 USIA KEHAMILAN 23 MINGGU DENGAN IUFD DI  
RUMAH SAKIT ST.ELISABETH BATAM  
TAHUN 2017**

**Peronika Pasaribu<sup>2</sup>,Flora Naibaho<sup>3</sup>**

**INTISARI**

**Latar Belakang :** IUFD merupakan salah satu penyebab kematian perinatal. IUFD termaksud dalam masalah AKB yang merupakan salah satu indicator penting untuk menilai tingkat kesejahteraan suatu Negara. IUFD atau kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih.

**Tujuan :** Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan IUFD menggunakan metode pendekatan tujuh langkah Helen Varney. Penulis mampu menganalisa kesenjangan antara teoridan kasus nyata dilapangan.

**Metode :** Jenis laporan studi kasus pada tanggal 14 desember 2017. Teknik pengambilan data antara lain data primer, meliputi pemeriksaan fisik, wawancara serta observasi dan data sekunder, meliputi studi dokumentasi dan studi kepustakaan.

**Hasil :** Ibu mengatakan kram sangat hebat pada perut, tidak ada pergerakan janin. Keadaan umum ibu baik, kesadaran *compos mentis*, TD: 100/60 mmHg, N: 36,5°C, T: 80x/menit, RR=20x/menit, pemeriksaan dalam : portio tertutup. Penanganan IUFD dilakukan curettage dan mengakhiri kehamilannya. Pada kasus Ny.UG2P0A1 dengan IUFD di berikan 1 tablet Misoprostol untuk membuka portio.

**Kesimpulan :** Ny.U di persiapkan untuk kuretase terminasi kehamilan.

**Kata Kunci :** Asuhan Kebidanan, Kehamilan, IUFD

**Referensi :** 9 Buku, 2 Jurnal, (2009\_2017)

---

<sup>1</sup>Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan IUFD

<sup>2</sup>Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

<sup>3</sup>Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE ON PREGNANT WOMAN MRS.U AGE 23 YEARS OLD  
G2 P0 A1 PREGNANCY AGE 23 WEEKS WITH IUFD AT  
ST.ELISABETH BATAM HOSPITAL  
YEAR 2017**

**Peronika Pasaribu<sup>2</sup>, Flora Naibaho<sup>3</sup>**

**ABSTRACT**

**Background:** IUFD is one of the causes of perinatal death. IUFD is meant in the problem of IMR which is one important indicator to assess the level of prosperity of a State. IUFD or fetal death is a fetus who dies in the womb with a weight of 500 grams or more or fetal death in the uterus at 20 weeks or more.

**Objective:** Implement midwifery care in pregnant women with IUFD by using Helen Varney's 7 steps approach method. The authors were able to analyze the gap between theories and real cases in the field.

**Method:** type of case study report on 14 December 2017. Data collection techniques include primary data, covering physical examination, interview and observation and secondary, documentation and library study.

**Result:** Mother says cramps are very strong on the stomach, no fetal movement. Good general state, composmentis awareness, TD: 100 / 60mmHg, N: 36,5 °C, Q: 80x / min, RR = 20x / min, inside check: closed portio. The IUFD is carried out by curettage and ending the pregnancy. PadakasusNy.UG2P0A1 with IUFD is given 1 Misoprostol tablet to open portio.

**Conclusion:** Ny.U is prepared for curettage termination of pregnancy.

**Keywords:** Midwifery, Pregnancy, IUFD

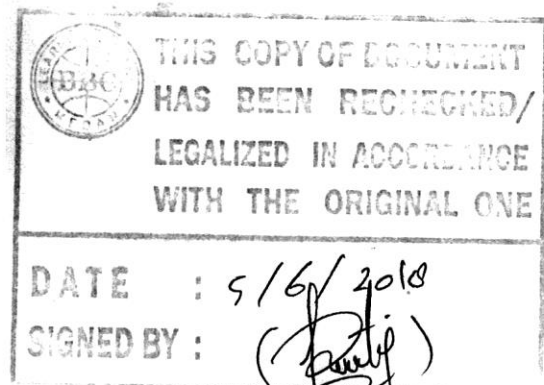
**References:** 9Book, 2Journal, (2009\_2017)

---

1The Title of Case Studies

2 Student of Prodi D3Kebidanan 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 Ibu Hamil Ny.U Usia 23 tahun G2 P0 A1 Usia Kehamilan 23 Minggu Dengan IUFD Di Rumah Sakit Elisabeth Batam Tahun 2017**” karya tulis ini dibuat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D 3 Kebidanan.

Dalam penulisan laporan 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 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.SiT, M.KM sebagai Ketua Program Studi D3 Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

3. Flora Naibaho S,ST.,M.Kes selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini
4. Flora Naibaho,S,ST.,M.Kes dan Risda M. Manik S,ST.,M.Kes selaku coordinator Laporan Tugas Akhir ini yang banyak memberikan bimbingan nasehat dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini serta meluangkan waktunya dalam membimbing dan membantu penulis dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.
5. Oktafiana Manurung,S.ST.,M.Kes dan Desriati Sinaga,S.ST.,M.Keb selaku Dosen Penguji yang telah bersedia menguji dan memberikan masukan untuk kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Risda Mariana Manik, S.ST.,M.KM selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan nasehat, petunjuk dan meluangkan waktu untuk penulis selama di STIKes Santa Elisabeth Medan.
7. Staf pengajar di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah member ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di Program Studi D3 Kebidanan.
8. Ucapan terima kasih yang terdalam dan rasa hormat kepada orang tua saya tersayang Gono Pasaribu dan Niaman Siboro dan abang Kondar Vanli Pasaribu, Josafat Frans Jeliu Pasaribu, Polmer Sagala serta seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan motivasi, dukungan moral, material, doa serta terima kasih yang tak terhingga karena telah mendoakan, membimbing serta

sabar menghadapi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

9. Terimakasih kepada Sr.Veronika K.S.F.L, Pastor Alexander Ignatius CDD, sahabat ku Esterlina Situngkir, kakak ku Melia Fransiska Situmeang, adik ku Midarti Panjaitan serta darak ku Paskaria yang telah mendoakan, memberikan semangat, serta memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

10.Terimakasih kepada suster koordinator asrama Sr.Avelina FSE beserta Sr.Flaviana FSE dan ibu asrama yang telah membantu penulis dalam hal memberikan izin keluar asrama untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

11.Seluruh teman-teman Prodi D3 Kebidanan Angkatan XIV yang telah memberikan motivasi, semangat, membantu penulis, serta berdiskusi dalam 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 memberikan manfaat bagi kita semua.

Medan, 23 Mei 2018

(Peronika Kristiani Pasaribu)



## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR COVER .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR CURICULUM VITAE .....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERSEMBAHAN DAN MOTTO .....</b>	<b>v</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>INTISARI .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAC .....</b>	<b>viii</b>
<b>KATAPENGANTAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
 <b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	 <b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan.....	4
1 Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
C. Manfaat.....	5
1 Manfaat Teoritik.....	5
2. Manfaat Praktis.....	6
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	 <b>7</b>
A. Konsep Kehamilan .....	7
1. Pengertian Kehamilan.....	7
2. Tanda dan gejala Kehamilan.....	7
3. Perubahan Anatomi dan Psikologis pada ibu hamil .....	12
4. Perubahan Fisiologi pada kehamilan .....	22
5. Kebutuhan ibu hamil.....	24
6. Pemeriksaan Fisik pada ibu hamil .....	33
7. Tanda bahaya kehamilan .....	37
8. ANC .....	44
9. Tujuan Asuhan Ante Natal Care.....	45
10. Jadwal pemeriksaan ANC .....	45
11. Pelayanan/Asuhan standar minimal Asuhan kehamilan termasuk dalam 14 T .....	46
12. Penatalaksanaan Antenatal Care .....	51
B. IUFD .....	60
1. Pengertian .....	60
2. Etiologi .....	61
3. Factor Resiko.....	61
4. Tanda-tanda .....	63
5. Bahaya .....	64

6. Penanganan .....	64
C. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan.....	66
1. Manajemen Kebidanan .....	66
2. Metode Pendokumentasian Kebidanan .....	72
<b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>	<b>74</b>
A. Jenis Studi Kasus .....	74
B. Lokasi Studi Kasus.....	74
C. Subjek Studi Kasus .....	74
D. Waktu Studi Kasus .....	75
E. Teknik Pengumpulan Data .....	75
F. Alat-alat dan bahan .....	79
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>81</b>
A. Tinjauan Kasus .....	81
1. Langkah I Pengkajian dan Analisa Data.....	81
2. Langkah II Interpretasi Data Dasar.....	87
3. Langkah III identifikasi Diagnosa / Masalah Potensial .....	88
4. Langkah IV Tindakan Segera / Kolaborasi.....	88
5. Langkah V Intervensi .....	89
6. Langkah VI Implementasi .....	89
7. Langkah VII Evaluasi.....	90
B. Pembahasan .....	92
1. Langkah I Pengkajian dan Analisa Data.....	92
2. Langkah II Interpretasi Data Dasar .....	93
3. Langkah III Diagnosa / Masalah Potensial.....	94
4. Langkah IV Tindakan Segera / Kolaborasi .....	94
5. Langkah V Perencanaan Tindakan.....	95
6. Langkah VI Implementasi Asuhan Kebidanan.....	95
7. Langkah VII Evaluasi.....	95
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>97</b>
A. Kesimpulan .....	97
B. Saran.....	99

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Menurut laporan Kemenkes jumlah AKB turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.007 pada tahun 2016, dan di tahun 2017 di semester 1 sebanyak 10.294 kasus. AKI turun dari 4,999 tahun 2015 menjadi 4,912 di tahun 2016, di tahun 2017 semester 1 sebanyak 1712 kasus. (Kemenkes 2015-2017)

Angka kematian Ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 dan SDGs. Menurut data SDKI, AKI sudah mengalami penurunan pada periode tahun 1994-2012 yaitu pada tahun 1994 sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 1997 sebesar 334 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2002 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup namun pada tahun 2012 AKI meningkat kembali menjadi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Untuk AKB dapat dikatakan penurunan terus menurun dan pada SDKI 2012 menunjukkan angka 32/1.000 KH (SDKI, 2012). Dan pada tahun 2015 berdasarkan data 2015 baik AKI maupun AKB menunjukkan penurunan, AKI 305/100.000 KH: AKB 22,23/1.000 KH (Laporan Tahunan Direktorat Kesehatan Keluarga, 2016)



AKI maupun AKB menunjukkan penurunan, AKI 305/100.000 KH: AKB 22,23/1.000 KH (Laporan Tahunan Direktorat Kesehatan Keluarga,2016)

Salah satu sasaran yang di tetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010-2014 dalam bidang kesehatan adalah menurunnya AKB menjadi 24/1.000 KH dan AKI menjadi 118/100.000 KH. Namun kenyataannya dari hasil SDKI 2012, AKB mencapai angka 32/1.000 KH dan AKI 359/100.000 KH. Hal ini memperlihatkan bahwa tidak terdapat penurunan angka-angka kematian, sehingga target RPJMN tahun 2010-2014 mengenai AKI dan AKB maupun untuk MDGs tahun 2015 di perkirakan akan sulit tercapai.

Kematian janin (intrauterin kematian janin) pada setiap usia kehamilan adalah besar tetapi sering diabaikan Umum masalah kesehatan. Banyak kekhawatiran masyarakat sekitarnya reproduksi kehilangan telah difokuskan pada kematian bayi, karena dalam bagian untuk pengetahuan yang lebih rendah dari kejadian, etiologi, dan strategi pencegahan untuk kematian janin. Itu Diperkirakan bahwa lebih dari 7,6 juta kematian perinatal terjadi di seluruh dunia setiap tahun, yang adalah 57% dari janin kematian, terutama di negara-negara berkembang dan terbelakang (Dr. Nupur Hooj,2014).

*IUFD merupakan salah satu penyebab meatian perinatal. IUFD termaksud dalam masalah AKB yang merupakan salah satu indicator penting untuk menilai tingkat kesejahteraan suatu Negara. IUFD atau kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan*

500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Jurnal IUFD, Vol 4 nomor 1. Januari-Juni 2016)

*Intrauterine fetal death* (IUFD) menurut ICD 10 – *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* adalah kematian fetal atau janin pada usia gestasional = 22 minggu (Petersson, 2002). WHO dan *American College of Obstetricians and Gynecologist* (1995) menyatakan IUFD adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Petersson, 2003; Winknjastro, 2008).

Faktor yang menyebabkan IUFD yaitu : factor ibu : meliputi umur ibu, penyakit yang di derita ibu (preeclampsia, eklampsia, DM, infeksi dalam kehamilan, KPD, rupture uteri dan hipotensi akut ibu) , factor janin (lilitan tali pusat, simpul tali pusat) dan factor plasenta (Jurnal IUFD, Vol 4 nomor 1. Januari-Juni 2016)

Berdasarkan masalah tersebut, penulis tertarik untuk mengambil studi kasus dengan judul asuhan kebidanan pada Ny.U USIA 23 tahun GII P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam Desember 2017 dengan pendekatan manajemen kebidanan varney.

Penulis melakukan penerapan asuhan kebidanan di Rumah Sakit Elisabeth Batam karena salah satu tempat yang dipilih oleh institusi sebagai lahan praktik kerja lapangan sehingga di dapat pasien untuk melakukan asuhan kebidanan di Rumah Sakit tersebut sebagai syarat

penyelesaian Laporan Tugas Akhir dan menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan kebidanan pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam tahun 2017.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Dapat melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD menggunakan pendekatan 7 langkah Varney.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Dapat melakukan pengkajian terhadap ibu hamil pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam tahun 2017
- b. Dapat melakukan interpretasi data dasar kebidanan pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam tahun 2017
- c. Dapat melakukan antisipasi data dasar kebidanan pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 usia kehamilan 23minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam tahun 2017



- d. Dapat menentukan tindakan segera jika dibutuhkan pada ibu hamil pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 usia 23 minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam tahun 2017
- e. Dapat merencanakan tindakan asuhan kebidanan pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam tahun 2017
- f. Dapat melaksanakan tindakan pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam tahun 2017
- g. Dapat mengevaluasi asuhan kebidanan pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam tahun 2017

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Teoritis**

Dengan mempelajari teori penulis dapat mengerti tentang penanganan dan pencegahan kegawatdaruratan pada maternal dan neonatal dalam kasus IUFD dan dapat melakukannya dilapangan kerja serta dapat meningkatkan pelayanan kesehatan serta menurunkan angka kematian pada ibu dan bayi.

### 1.4.2 Praktis

#### 1. Institusi Program Studi D3 Kebidanan Stikes Elisabeth Medan

Sebagai bahan referensi sehingga dapat memberikan tambahan wawasan yang luas mengenai asuhan kebidanan ibu hamil dengan IUFD.

#### 2. Institusi Kesehatan (BPS/RS)

Sebagai bahan masukan dalam melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil dengan anemia ringan untuk meningkatkan mutu pelayanan di institusi kesehatan (BPS/RS)

#### 3. Klien/Pasien

Agar pasien dan keluarga mengetahui tanda gejala IUFD serta mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kehamilan

##### 1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan di definisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* yang dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi* yang berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua berlangsung 15 minggu hingga 27 minggu dan trimester ketiga berlangsung 28 minggu hingga 40 minggu. (Sarwono, 2010:213)

Kehamilan adalah mulai dari ovulasi sampai partus lamanya 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). (Rukiyah, Yulianti, 2009)

## **2. Tanda-tanda Kehamilan**

### **a. Tanda-tanda pasti kehamilan**

Tanda-tanda pasti kehamilan adalah data atau kondisi yang mengidentifikasi adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksa (Misalnya: denyut jantung janin, gambaran sonogram janin, dan gerakan janin. (Prawiroharjo, Sarwono 2012:214)

#### **1) Amenorrhoe (tidak dapat haid)**

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan dengan memakai rumus dari naegle. Kadang-kadang amenorrhoe disebabkan oleh hal-hal lain diantaranya penyakit berat seperti TBC, typus, anemia, atau karena pengaruh psikis misalnya karena perubahan lingkungan (dari desa ke asrama) juga dalam masa perang sering timbul amenorrhoe pada wanita.

#### **2) Mual dan muntah**

Mual terjadi umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama disertai kadang-kadang oleh muntah. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut



morning sickness. Dalam batas tertentu keadaan ini masih fisiologis, namun terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan hiperemesis gravidarum.

### **3) Mengidam (menginginkan makan atau minuman tertentu)**

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

### **4) Mamae menjadi tegang dan membesar**

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli pada mamae, sehingga glandula montgomery tampak lebih jelas.

### **5) Anoreksia (tidak ada nafsu makan)**

Terjadi pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul lagi. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk “dua orang” sehingga kenaikan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.

### **6) Sering kencing**

Terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya kaeluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.

### **7) Obstipasi**

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormone steroid.

#### **8) Pigmentasi kulit**

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas. Pada pipi, hidung dan dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai kloasma gravidarum (topeng kehamilan). Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebihan. Daerah leher menjadi lebih hitam dan linea alba. Hal ini terjadi karena pengaruh hormone kortiko steroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

#### **9) Varises (penekanan vena-vena)**

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama.

### **b. Tanda Kemungkinan Hamil**

Tanda kemungkin hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat objektif), namun berupa dugaan kehamilan saja. Yang termasuk tanda kemungkinan hamil yaitu:

#### **1. Uterus membesar**

Terjadi perubahan bentuk, besar, dan konsistensi rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan makin lama makin bundar bentuknya.

## **2. Tanda hegar**

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak. Sehingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut diatas simpisis maka ismus ini tidak teraba seolah-olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus.

## **3. Tanda Chadwick**

Adanya hipervaskulisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide).

## **4. Tanda piskaseck**

Uterus mengalami pembesaran. Kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi didaerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan pembesaran tersebut.

## **5. Tanda Braxton hicks**

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

## **6. Goodell sign**

Diluar kehamilan konsistensi serviks keras, kerasnya seperti kita merasa ujung hidung dalam kehamilan serviks menjadi lunak pada perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga.

### **c. Tanda-tanda Pasti**

Yang termasuk tanda pasti kehamilan yaitu:

#### **1) Terasa gerakan janin**

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu. Sedangkan pada multigravida pada kehamilan 16 minggu karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. Pada bulan IV dan V janin itu kecil jika dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka kalau rahim didorong atau digoyangkan, maka anak melenting di dalam rahim. Ballottement ini dapat ditentukan dengan pemeriksaan luar maupun dengan jari yang melakukan pemeriksaan dalam.

#### **2) Teraba bagian-bagian janin**

Bagian-bagian janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua.

#### **3) Denyut jantung janin**

Denyut jantung janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan menggunakan:

- a) Fetal electrocardiograph pada kehamilan 12 minggu
- b) System Doppler pada kehamilan 12 minggu
- c) Stetoskop leanec pada kehamilan 18 – 20 minggu

#### **4) Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rongent**

Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambar janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin, dan diameter biparietalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan.

### **3. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan (Sarwono, 2014 :175)**

#### **a. Sistem Reproduksi dan Payudara**

##### **1) Uterus**

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (Janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama masa kehamilan dan pulih kembali seperti semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gr dan kapasitas 10 ml atau kurang.

Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion. Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan dengan hal itu terjadi akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerja sama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan – bulan pertama akan menebal, tetapi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis. Pada akhir kehamilan ketebalannyahanya berkisar 1,5 cm bahkan kurang.



Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi terutama oleh hormon estrogen dan progesteron. Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti bentuk buah avokad, seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Ismus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak yang di kenal dengan tanda Hegar.

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak di sertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat di deteksi dengan pemeriksaan Bimanual. Fenomena ini pertama kali di perkenalkan oleh braxton Hicks pada tahun 1872 sehingga di sebut dengan kontraksi braxton hicks. Kontraksi ini muncul tiba – tiba dan sporadik, intensitasnya bervariasi antara 5–25 mmHg. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan.

Hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah reseptor oksitosin dan gap junction diantara sel – sel miometrium. Pada saat ini kontraksi akan terjadi setiap 10 sampai 20 menit, dan pada akhir kehamilan kontraksi ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu.

**Tabel. 2.1. Penambahan ukuran TFU per tiga jari**

Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri (TFU)
----------------	---------------------------

( minggu)	
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat – simfisis
20	3 jari di bawah simfisis
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat – prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan prosesus xiphoideus (px) pusat

**Sumber : Nurul, 2012 : 88**

## 2) Serviks

Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Serviks didominasi jaringan ikat fibrosa. Komposisinya berupa jaringan dan matriks ekstraseluler terutama mengandung kolagen dengan elastin dan proteoglikan dan bagian sel yang mengandung otot dan fibroblas, epitel serta pembuluh darah. Rasio relatif jaringan ikat terhadap otot tidak sama sepanjang serviks yang semakin ke distal rasio ini semakin besar.

Pada perempuan yang tidak hamil berkas kolagen pada serviks terbungkus rapat dan tidak beraturan. Selama kehamilan, kolagen secara aktif disintesis dan secara terus-menerus diremodel oleh kolagenase, yang disekresi oleh sel-sel serviks dan neutrofil. Kolagen didegrasi oleh kolagenase intraseluler yang menyingkirkan struktur prokolagen yang tidak sempurna untuk mencegah pembentukan kolagen yang lemah dan kolagenase ekstraseluler yang secara lambat akan melemahkan matriks kolagen agar persalinan dapat berlangsung.

### 3) Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambahnya panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu.

Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5 – 6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

### 4) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher

yang disebut dengan cloasma atau melasma gravidarum. Selain itu, pada areola dan dartah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau berkurang setelah persalinan.

Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal yang penyebab pastinya belum diketahui. Adanya peningkatan kadar serum melanocyte stimulating hormone pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Estrogen dan progesterone diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga bisa menjadi factor pendorongnya.

##### **5) Ovarium**

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

Relaksin suatu hormon protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan insulinlike growth factor I Dan II disekresikan oleh korpus luteum,desidua,plasenta dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses remodelling jaringan ikat pada saluran reproduksi yang kemudian akan mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh tetapi diketahui mempunyai

efek pada perubahan struktur bioimia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplantasi pada kehamilan preterm.

#### **6) Payudara**

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena – vena dibawah akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegang. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolustrum dapat keluar. Kolustrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormone prolaktin ditekan oleh prolactin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar estrogen dan progesteron menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap  $\alpha$ -laktalbulmin akan hilang.

Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar Montgomery, yaitu kelenjar sebacea dari areola, akan membesar dan cenderung untuk menonjol keluar. Jika payudara makin membesar, striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang akan dihasilkan.

#### **b. Sistem Endokrin**

Selama kehamilan normal kelenjar ini akan membesar sekitar 135 %. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam



kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat pada saat kehamilan aterm sebaliknya setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun yang ditemui juga pada ibu menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormone paratiroid, vitamin D dan kalsitonin. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Aksi yang penting dari hormone paratiroid ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu, juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptide pada janin, plasenta dan ibu. Pada saat hamil dan menyusui dianjurkan untuk mendapat asupan vitamin D 10 µg atau 400 IU<sup>10</sup>.

Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormone androstenedion, testosteron, dioksikortikosteron, aldosteron dan kortisol akan meningkat. Sementara itu, dehidroepiandrosteron sulfat akan menurun.

### **c. Sistem Muskuloskeletal**

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi

sakroiliaka, sakrokoksigidan pubis akan meningkat mobilitasnya yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan.

#### **d. Sistem Kardiovaskuler**

Pada minggu ke-5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vascular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan preload. Peningkatan estrogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskuler perifer.

Ventrikel kiri akan mengalami hipertrofi dan dilatasi untuk memfasilitasi perubahan cardiac output, tetapi kontraktilitasnya tidak berubah. Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi telentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplacenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi telentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi telentang pada akhir kehamilan.

Perubahan sistem kardiovaskuler yang dirasakan ibu hamil (Nurul, 2012)

### **1. Trimester I**

Pada akhir trimester I mulai terjadi palpitasi karena pembesaran ukuran serta bertambahnya cardiac output. Hidung tersumbat/berdarah karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone, terjadi pembesaran kapiler, relaksasi otot vaskuler, serta peningkatan sirkulasi darah.

## **2. Trimester II dan III**

- a. Terjadi edema dependen kongesti sirkulasi pada ekstrimitas bawah karena peningkatan permeabilitas kapiler dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic atau pada vena cava inferior.
- b. Gusi berdarah karena trauma terhadap gusi yang karena pengaruh hormone estrogen sangat vaskuler, percepatan pergantian pelapis epitel gusi, gusi dan berkurangnya ketebalan epitel tersebut.
- c. Hemorrhoid akibat tekanan uterus terhadap vena hemorrhoid.
- d. Hipotensi supinasi karena terblokirnya aliran darah di vena cava inferior oleh uterus yang membesar yang membesar apabila ibu pada posisi tidur terlentang
- e. Timbul spider nevi dan palmar erythema (kemerahan ditelapak tangan karena meningkatnya aliran darah ke daerah kulit.
- f. Varises pada kaki dan vulva karena kongesti vena bagian bawah meningkat sejalan tekanan karena pembesaran uterus dan kerapuhan jaringan elastis karena pengaruh hormone estrogen.

### **e. Sistem Gastrointestinal**

Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat

karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone. Wanita hamil sering mengalami rasa panas di dada (heartburn) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi spinter dikerongkongan bagian bawah yang kemungkinan isi lambung mengalir kembali kekerongkongan. Ulkus dastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang dihasilkan lebih sedikit.

#### **f. Sistem Urinaria**

Pada trimester kedua aliran darah ginjal meningkat dan tetap terjadi hingga usia kehamilan 30 minggu, setelah itu menurun secara perlahan. Ginjal mengalami pembesaran dan filtrasi glomerular. Perubahan dalam filtrasi glomerulus adalah penyebab peningkatan klirens kreatinin, urea dan asam urat yang sangat direabsorbsi pada awal kehamilan. Protein dan asam amino sangat sedikit direabsorbsi, sementara asam amino dan vitamin ditemukan dalam jumlah yang banyak di dalam urin wanita hamil hanya protein yang tidak biasa ditemukan pada urin wanita hamil.

Ekskresi glukosa meningkat sebagai hasil peningkatan filtrasi glomerulus terhadap glukosa dibandingkan dengan pengurangan reabsorbsi. Glikosuria merupakan hal yang umum dalam kehamilan dan biasanya berhubungan dengan kadar gula yang tinggi dalam darah. Dalam hal ini, keadaan wanita hamil harus dipantau untuk menghindari diabetes militus. Glukosuria dapat menyebabkan infeksi saluran kemih. Walaupun ada 100

liter cairan ekstra yang dapat melalui tubuler ginjal setiap harinya, saluran urine mengalami pengurangan karena mengalami reabsorpsi.

#### **4. Perubahan Psikologi pada Kehamilan (Nurul, 2012 : 107)**

##### **a) Perubahan pada trimester pertama**

Setelah konsepsi kadar hormone progesterone dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah, lemah, lelah dan pembesaran payudara. Akibat ibu merasa tidak sehat dan seringkali membenci kehamilannya. Pada trimester pertama banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan.

Pada trimester pertama seorang ibu akan mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Hasrat untuk melakukan hubungan seks pada wanita trimester pertaman berbeda-beda, biasanya banyak mengalami penurunan. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara dan kekhawatiran.

Kejadian gangguan jiwa sebesar 15% pada trimester pertama yang kebanyakan pada kehamilan pertama. Menurut Kumar dan Robson (1978) 12% wanita yang mendatangi antenatal klinik menderita depresi terutama pada mereka yang ingin menggugurkan kandungannya. Wanita mulai khawatir terhadap perubahan fisik dan psikologisnya. Multigravida,



kecemasan terhadap pengalaman yang lalu, sedangkan primipara ketakutan terhadap cerita-cerita pengalaman orang lain.

**b) Perubahan pada trimester kedua**

Pada masa ini wanita mulai merasa sehat dan mengharapkan bayinya. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy dan pikirannya secara lebih konstruktif.

Pada trimester ini ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dari dirinya sendiri. Pengenalan pada pergerakan fetus, pertumbuhan dan pembesaran abdomen, serta gerakan bayi saat di USG, membuat gambaran tersebut nyata.

Semua wanita gelisah dan cemas terhadap pembesaran dan pertumbuhan yang kurang, perkembangan janin yang normal, dan berusaha mendapatkan informasi yang professional dari proses tersebut. Beberapa wanita bisa lepas control, sulit menerima, khususnya ketika mengalami ANC yang rumit dengan dokter/bidan selama memberikan asuhan kebidanan. Beberapa pemeriksaan dan pengkajian yang dilakukan saat ANC bisa menyebabkan rasa tidak nyaman dan stress. Biasanya libido mulai meningkat karena sudah merasa lepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti dirasakan pada trimester I.

**c) Perubahan pada trimester ketiga**

Trimester ketiga sering disebut periode menunggu dan wapada sebab ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Ibu khawatir bayi akan sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan

timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidaknormalan bayinya. Rasanya tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh dan jelek, serta gangguan body image. Perubahan body image dapat berdampak besar pada wanita dan pasangannya saat kehamilan.

Beberapa wanita menikmati kehamilannya sampai mereka merasa badannya terasa berat dan tidak modis. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih akan berpisah dengan bayinya dan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil. Pada trimester ini ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga-deuga jenis kelamin bayinya dan mirip siapa. Bahkan mereka mungkin sudah memilih sebuah nama untuk bayinya.

## **5. Kebutuhan Ibu Hamil**

### **a) Kebutuhan Nutrisi**

Pada masa kehamilan, ibu hamil harus menyediakan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan anak dan dirinya sendiri. Ini berarti dia perlu makan untuk 2 orang, sesuai dan seimbang. Kehamilan meningkatkan kebutuhan tubuh akan protein. Kebutuhan makan bagi ibu hamil lebih banyak dari kebutuhan wanita yang tidak hamil. Kegunaan makan tersebut adalah:

- a. Untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan.
- b. Untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri.
- c. Guna mengadakan cadangan untuk persiapan laktasi.

Calon ibu sebaiknya makan diet yang seimbang, menyediakan perawatan yang mencukupi, memeriksakan kandungan hemoglobin dalam darah dan memperoleh resep tablet mengandung garam besi. Karena ibu mengandung bayinya yang sama-sama memerlukan makan yang cukup, ibu hamil harus makan dalam porsi yang cukup namun perlu diwaspadai adanya kenaikan berat badan yang berlebihan.

### **1. Kebutuhan energy**

- a. Trimester I : penambahan energy 180 kkal/hari
- b. Trimester II : penambahan 300 kkal/hari

### **2. Sumber protein**

- a. Berfungsi membentuk jaringan tubuh yang menyusun struktur organ seperti tulang dan otot.
- b. Dibutuhkan juga untuk tumbuh kembang janin agar berlangsung optimal.
- c. Pembentukan sel darah merah dalam tubuh janin.
- d. Kebutuhan protein bertambah 17 gram lebih banyak.
- e. Bahan pangan sumber protein yang dikonsumsi sebaiknya 2/3 berupa bahan pangan tinggi kandungan gizinya.

### **3. Sumber lemak**

- a. Merupakan sumber energy yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin.
- b. Lemak disimpan sebagai cadangan tenaga untuk persalinan dan postpartum.

- c. Membantu proses pembentukan ASI.
- d. Asam lemak tak jenuh : omega 3 dan omega 6 merupakan asam lemak esensial yang penting untuk proses tumbuh kembang sel saraf dan sel otak janin.

#### **4. Sumber karbohidrat**

- a. Merupakan sumber tambahan energy yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan.
- b. TM I : untuk pembentukan sel darah merah.
- c. TM II : sebagai persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.

#### **5. Sumber vitamin**

- a. Vitamin A, berperan dalam pergantian sel baru pada semua jaringan tubuh dan sel saraf, pembentukan tulang, gigi, mencegah cacat bawaan, sistem kekebalan tubuh ibu hamil.
- b. Vitamin B seperti: B1 (Tiamin), B2 (Riboflavin), B3 (Niasin), B6 (Piridoksin), B9 (Asam folat), dan B12 (Kobalamin).
- c. Vitamin C
  - 1) Berfungsi penyerapan FE : untuk mencegah anemia
  - 2) Memperkuat pembuluh darah : untuk mencegah perdarahan
  - 3) Mengurangi sakit saat bekerja (50%)n, mengaktifkan kerja sel darah putih.
  - 4) Meningkatkan sistem kekebalan tubuh, memperbaiki jaringan tubuh yang rusak.

5) Ibu hamil dianjurkan menambah asupan vitamin C 10 mg/hari.

- d. Vitamin D, diperlukan untuk penyerapan kalsium. Berfungsi untuk menjaga struktur dan komponen-komponen sel tubuh ibu dan janin, membantu pembentukan sel darah merah, sebagai anti oksidan yaitu melindungi sel tubuh dari kerusakan.

## 6. Sumber mineral

- a. Kalsium: untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg sehari.
- b. Seng
- c. Yodium
- d. Zat besi : pemberian tablet Fe secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah merah, dan sintesa darah otot. Setiap tablet Fe mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (zat besi 30 mg), minimal 90 tablet selama kehamilan. Tablet Fe sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena mengandung tannin atau pitat yang menghambat penyerapan zat besi.
- e. Serat.

Proporsi kenaikan berat badan selama hamil sebagai berikut.

- 1) Kenaikan berat badan pada trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.

2) Kenaikan berat badan paada trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada ibu.

3) Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3 - 0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg. Penilaian status gizi ibu hamil, sebagai berikut.

Berat badan dilihat dari *Quartelelet* atau *body mass index* (Indeks Masa Tubuh = IMT). Penilaian IMT diperoleh dengan menghitung:

$$\frac{\text{Berat badan sebelum hamil (kg)}}{\text{Tinggi badan (cm)}}$$

Tabel2.2 Indeks Masa Tubuh

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

Sumber : Rukiyah 2009.

Keterangan:

1. Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah



2. Berat badan overweight meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan.
3. Ukuran lingkaran lengan atas (LILA)
4. Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA <23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK).
5. Kadar hemoglobin

Tabel 2.3 Nilai Atas untuk Anemia pada Perempuan

Status Kehamilan	Hemaglobin (g/dl)	Hematokrit (%)
Tidak hamil	12,0	36
Hamil :		
Trimster I	11,0	33
Trimster II	10,5	32
Trimster III	11,0	33

Sumber: Prawirohardjo (2008)

Penyebab anemia tersering adalah defisiensi zat-zat nutrisi meliputi asupan nutrisi yang tidak cukup, absorbs yang tidak kuat, bertambahnya zat gizi yang hilang, kebutuhan yang berlebihan. Sekitar 75% anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi yang memperlihatkan gambaran eritrosit mikrositik hipokrom pada asupan darah tepi.

#### b) Kebutuhan Oksigen

Hampir 75% wanita hamil mengalami peningkatan kesulitan pernapasan.

Pada awal kehamilan ¼ wanita hamil terserang, pada minggu ke-20 kira-kira

separuh wanita mengalami kesulitan pernapasan, dan pada minggu ke-30 jumlah itu meningkat menjadi 75%. Kesulitan ini mungkin mengganggu, namun tidak disebabkan penyakit dan tidak membahayakan ibu atau bayi. Untuk menyeimbangkan kebutuhan oksigen ibu hamil, perlunya suasana lingkungan yang selalu mendukung ibu dapat bernafas dengan lega, lingkungan atau tempat yang pengap, sesak, dan tempat keramaian sangatlah perlu dihindari karena suplai oksigen ibu tidak efektif lagi.

**c) Kebutuhan Personal Hygiene**

Perawatan kebersihan selama kehamilan sebenarnya tidak berbeda dari saat-saat yang lain. Akan tetapi, saat kehamilan ibu hamil sangat rentan mengalami infeksi akibat penularan bakteri atau pun jamur. Tubuh ibu hamil sangatlah perlu dijaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian ibu hamil senantiasa jaga kebersihannya. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karena selama kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher rahim bertambah jumlahnya.

Sekitar 30% calon ibu menyadari keputihan yang meningkat ini. Dimana keputihan ini disebabkan oleh jamur candida albican yang dapat menyebabkan gatal-gatal atau disebabkan infeksi oleh parasit kecil seukuran ujung jarum yang disebut trichomonas vaginalis.

**d) Kebutuhan Istirahat**

Adanya aktivitas yang dilakukan setiap hari otomatis ibu hamil akan sering merasa lelah daripada sebelum waktu hamil. Ini salah satunya disebabkan oleh factor beban dari berat janin yang semakin terasa oleh sang ibu. Banyak wanita menjadi lebih mudah letih atau tertidur lebih lama dalam separuh masa kehamilannya. Rasa letih meningkat ketika mendekati akhir kehamilan. Setiap wanita hamil menemukan cara yang berbeda mengatasi kelelahannya. Salah satunya adalah dengan cara beristirahat atau tidur sebentar di siang hari.

Waktu terbaik untuk melakukan relaksasi adalah tiap hari setelah makan siang, pada awal istirahat sore, serta malam sewaktu mau tidur. Ada beberapa posisi relaksasi yang dapat dilakukan selama dalam keadaan istirahat atau selam proses persalinan:

1. Posisi relaksasi dengan telentang
2. Posisi relaksasi dengan berbaring miring
3. Posisi relaksasi dengan duduk

Ketiga posisi tersebut di atas dapat dipergunakan selama his dan pada saat itu ibu harus dapat mengonsentrasikan diri pada irama pernapasan atau pada sesuatu yang menenangkan. Sangat dianjurkan untuk tidak memperhatikan nyeri his.

#### **e) Kebutuhan Seks**

Jika kehamilan calon ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan premature dan aborsi ulang maka senggama dapat dilanjutkan

dengan frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut. Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi.

Alasan berkurangnya minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Beberapa wanita merasa takut senggama akan merusak bayi atau menyebabkan kelahiran premature. Yang lain merasa takut bahwa orgasme dengan cara apapun akan menyebabkan hal yang sama. Ada yang malu oleh payudara yang membesar serta perut yang membengkak dan merasa tidak menarik atau pun seksi.

Kebanyakan masalah akan berkurang jika pasangan dapat saling membicarakan kebutuhan dan keinginan seksual mereka. Mereka dapat menikmati senggama selama kehamilan. Akan tetapi pria sebaiknya mempertimbangkan dengan hati-hati ketika memasukkan penis/penetrasi. Dalam paruh kedua kehamilan, istri mungkin merasakan pemasukan ke dalam vagina dari arah belakang lebih nyaman dan memuaskan

#### **f) Aktivitas Senam Hamil**

Senam hamil bukan merupakan keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak memberikan manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan antara lain dapat melatih pernapasan dan relaksasi, menguatkan otot panggul dan perut, serta melatih cara mengedan yang benar. Kesiapan ini merupakan bekal penting bagi calon ibu saat persalinan. Manfaat senam hamil secara teratur dan terukur sebagai berikut.

- Memperbaiki sirkulasi darah.
- Memperbaiki keseimbangan otot.
- Mengurangi gangguan risiko gangguan gastrointestinal, termasuk sembelit.
- Mengurangi kejang kaki/kram.
- Memperkuat otot perut
- Mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan.

## 6. Pemeriksaan Fisik pada Ibu Hamil

Tabel 2.4 Pemeriksaan Fisik

Fisik umum	Pemeriksaan fisik	Pemeriksaan dalam	Laboratorium
<b>Kunjungan pertama:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah</li> <li>2. Suhu badan</li> <li>3. Nadi</li> <li>4. Pernafasan</li> <li>5. Berat badan</li> <li>6. Tinggi badan</li> <li>7. Muka : edema, pucat</li> <li>8. Mulut dan gigi : kebersihan, karies dan tonsil</li> <li>9. Tiroid/gondok</li> <li>10. Tulang belakang/punggung</li> <li>11. Payudara : puting susu, tumor</li> <li>12. Abdomen : bekas operasi</li> <li>13. Ekstremitas: edema, varises, refleks patela</li> <li>14. Costovertebral angle tenderness (cvat)</li> <li>15. Kulit :</li> </ol>	<b>Setiap kunjungan:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur TFU</li> <li>2. Palpasi Leopold</li> <li>3. Auskultasi DJJ</li> </ol>	<b>kunjungan pertama:</b> Pemeriksaan vulva: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Varises</li> <li>2. Kondiloma</li> <li>3. Edema</li> <li>4. Haemoroid</li> <li>5. Kelainan lain</li> </ol> Pemeriksaan dengan spekulum untuk menilai: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serviks</li> <li>2. Tanda infeksi</li> <li>3. Cairan dari ostium uteri</li> </ol> Pemeriksaan untuk menilai: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serviks</li> <li>2. Uterus</li> <li>3. Adneksa</li> <li>4. Bartholin</li> <li>5. Skene</li> <li>6. Uretra</li> </ol> *bila usia kehamilan <12 minggu	<b>Kunjungan pertama:</b> Darah <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Haemoglobin</li> <li>1. Glukosa</li> <li>2. Vdrl</li> </ol> Urine : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna, bau, kejernihan</li> <li>2. Protein</li> <li>3. Glukosa</li> <li>4. Nitrit/LEA</li> </ol>

kebersihan/penyakit kulit			
<b>Kunjungan berikut:</b> 1. Tekanan darah 2. Berat badan 3. Edema 4. Masalah dari kunjungan pertama			

**Sumber : Buku Acuan Nasional ,2010**

**a. Menentukan Usia Kehamilan**

Dalam kehamilan sering sekali dilakukan penghitungan usia kehamilan.

Menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya :

**1) Berdasarkan NAEGELE**

HPL = tanggal (+7) bulan (-3) tahun (+1)

Contoh:

Seorang wanita HPHT 14-08-2007, tanggal kunjungan 11-02-2008, berapakah umur kehamilan saat diperiksa?

	Minggu	hari
14-08-2007	2	3
September	4	2
Oktober	4	3
November	4	2
Desember	4	3
Januari	4	3
11-02-2008	<u>1</u>	<u>4</u>
	23	20 (2 minggu 6 hari)

= 25 minggu 6 hari

## 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. Ukuran ini biasanya sesuai dengan umur kehamilan dalam minggu setelah umur kehamilan 24 minggu. Namun demikian bisa terjadi beberapa variasi. Bila deviasi lebih dari 1-2 cm dari umur gestasi kemungkinan terjadi kehamilan kembar atau polihidramnion dan bila deviasi lebih kecil berarti ada gangguan pertumbuhan janin.

## 3) Rumus Bartholomew

Antara simfisis pubis dan pusat dibagi 4 bagian yang sama, tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Saat TFU tepat di atas 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.

## 4) Rumus Mc. Donald

TFU diukur dengan pita ukur, kemudian dimasukkan rumus:

Umur kehamilan bulan :  $(2 \times \text{TFU}) : 7$

Umur kehamilan minggu :  $(8 \times \text{TFU}) : 7$

Tabel 2.5 Tinggi Fundus Uteri

Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri
12 mg	1/3 di atas simpisis pubis



16 mg	½ simpisis pubis-pusat
20 mg	2/3 diatas simpisis
24 mg	Setinggi pusat
28 mg	1/3 diatas simpisis pubis
34 mg	½ pusat-prosessus xifoideus
36 mg	Setinggi prosessus xifoideus
40 mg	2 jari dibawah xifoideus

Sumber : Rukiyah,2009

#### b. Imunisasi TT

Sesuai aturan yang terbaik adalah menghindari imunisasi selama kehamilan. Beberapa faktor turut dipertimbangkan dalam membuat keputusan tentang mengimunisasi seorang wanita hamil melawan penyakit infeksi, termasuk kemungkinan pajanan penyakit, akibat pada wanita dan janinnya jika penyakit diidap, kerentanan terhadap penyakit dan risiko imunisasi terhadap janin. Imunoglobulin, toksoid dan vaksin yang dimatikan adalah aman selama kehamilan.

#### c. Cara Menghitung TBJ

##### 1) Jhonson

- Jika kepala belum masuk PAP maka rumusnya:

$$\text{Berat Janin} = (\text{Tinggi Fundus Uteri} - 12) \times 155 \text{ gram}$$

- Jika kepala sudah masuk PAP maka rumusnya:

$$\text{Berat janin} = (\text{Tinggi Fundus Uteri} - 11) \times 155 \text{ gram}$$

##### 2) Hodge

$$\text{Rumus : tinggi fundus ( cm )} - N \times 155 \text{ gram}$$

- Hodge I : N=13 bila kepala belum memasuki PAP

- Hodge II : N=12 bila kepala berada diatas SIAS
- Hodge III : N=11 bila kepala berada dibawah SIAS

Contoh :

Diketahui TFU 26 cm

$$TBBJ = (TFU - 13) \times 155$$

$$= (26 - 13) \times 155 = 2015 \text{ gram}$$

## 7. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan bahaya kehamilan. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologi. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi/ penyakit yang mungkin terjadi selama hamil muda.

### A. Tanda-tanda bahaya kehamilan pada TM 1

#### 1. Mual muntah berlebihan

Mual (nausea) dan muntah (emesis gravidarum) adalah gejala yang wajar dan sering didapatkan pada kehamilan trimester I. Mual biasa terjadi pada pagi hari, tetapi dapat pula timbul setiap saat dan malam hari. Gejala-gejala ini kurang lebih terjadi 6 minggu setelah hari pertama haid terakhir dan berlangsung selama kurang lebih 10 minggu.

Mual dan muntah terjadi pada 60-80 % primigravida dan 40-60 % multigravida. Satu diantara seribu kehamilan, gejala-gejala ini menjadi lebih berat. Perasaan mual ini disebabkan oleh karena meningkatnya

kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Pada umumnya wanita dapat menyesuaikan dengan keadaan ini, meskipun demikian gejala mual muntah yang berat dapat berlangsung sampai 4 bulan. Pekerjaan sehari-hari menjadi terganggu dan keadaan umum menjadi buruk. Keadaan inilah disebut hiperemesis gravidarum. Keluhan gejala dan perubahan fisiologis menentukan berat ringannya penyakit.

Mual muntah dapat diatasi dengan:

- Makan sedikit tapi sering
- Hindari makanan yang sulit dicerna dan berlemak
- Jaga masukan cairan, karena cairan lebih mudah ditolelir daripada makanan padat.
- Selingi makanan berkuah dengan makanan kering. Makan hanya makanan kering pada satu waktu makan, kemudian makanan berkuah pada waktu berikutnya.
- Jahe merupakan obat alami untuk mual. Cincang dan makan bersama sayuran serta makanan lain.
- Isap sepotong jeruk yang segar ketika merasa mual
- Hindari hal-hal yang memicu mual, seperti bau, gerakan atau bunyi
- Istirahat cukup
- Hindari hal-hal yang membuat Anda berkeringat atau kepanasan, yang dapat memicu rasa mual

## **2. Perdarahan pervaginam**

Perdarahan yang terjadi pada masa kehamilan kurang dari 22 minggu. Pada masa kehamilan muda, perdarahan pervaginam yang berhubungan dengan kehamilan dapat berupa: abortus, kehamilan mola, kehamilan ektopik.

Penanganannya dapat berupa Siapkan fasilitas tindakan gawat darurat, lakukan pemeriksaan secara cepat keadaan umum ibu, termasuk tanda vital (nadi, tekanan darah, respirasi, dan temperatur). Jika dicurigai adanya syok, segera lakukan tindakan meskipun tanda-tanda syok belum terlihat. Ingat bahwa saat melakukan evaluasi lebih lanjut kondisi ibu dapat memburuk dengan cepat. Jika terjadi syok, sangat penting untuk segera memulai penanganan syok, yaitu pasang infus dan berikan cairan intravena. Lakukan restorasi cairan darah sesuai dengan keperluan. Perdarahan ringan membutuhkan waktu lebih dari lima menit untuk membasahi pembalut atau kain bersih. Perdarahan berat membutuhkan waktu kurang dari lima menit untuk membasahi pembalut atau kain bersih.

Macam-macam perdarahan pervaginam yaitu:

#### B. Tanda-tanda bahaya Kehamilan pada TM 2

##### 1) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius dalam kehamilan adalah sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan

bahwa penglihatannya menjadi kabur atau terbayang. Hal ini merupakan gejala dari pre-eklamsia dan jika tidak diatasi dapat menyebabkan kejang maternal, stroke, koagulopati dan kematian.

## **2) Penglihatan Kabur**

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), berkunang-kunang.

Selain itu adanya skotoma, diplopia dan ambliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya pre-eklampsia berat yang mengarah pada eklampsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau didalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah).

## **3) Bengkak pada wajah, kaki dan tangan**

Oedema ialah penimbunan cairan yang berlebih dalam jaringan tubuh, dan dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan

kaki, jari tangan dan muka. Oedema pretibial yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa, sehingga tidak seberapa berarti untuk penentuan diagnosis pre-eklampsia. Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Oedema yang mengkhawatirkan ialah oedema yang muncul mendadak dan cenderung meluas. Oedema biasa menjadi menunjukkan adanya masalah serius dengan tanda-tanda antara lain: jika muncul pada muka dan tangan, bengkak tidak hilang setelah beristirahat, bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya, seperti: sakit kepala yang hebat, pandangan mata kabur dll. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia.

#### **4) Gerakan Janin Berkurang**

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan 22 minggu atau selama persalinan. Komplikasi yang timbul adalah IUFD dan feotal distress.

### **C. Tanda-tanda bahaya Kehamilan pada TM 3**

#### **1) Perdarahan pervaginam**

**Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum.**

##### **a. Solusio Plasenta**

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester

ketiga, walaupun dapat pula terjadi setiap saat dalam kehamilan. Kehamilan dapat lepas sebagian atau seluruhnya. Bila plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solusio plasenta totalis. Bila hanya sebagian disebut solusio plasenta parsialis atau bisa juga hanya sebagian kecil pinggir plasenta yang lepas disebut rupture sinus marginalis.

Perdarahan yang terjadi karena lepasnya plasenta ini dapat mengalir keluar yaitu pada solusio plasenta dengan perdarahan keluar. Sedangkan pada solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi dibelakang plasenta. Dapat pula terjadi kedua-duanya atau perdarahannya menembus selaput ketuban masuk kedalam kantung ketuban.

#### **b. Plasenta Previa**

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak pada bagian atas uterus.

Plasenta dapat menutupi seluruhnya pembukaan jalan lahir yang disebut plasenta previa totalis, apabila sebagian jalan lahir yang tertutup jaringan plasenta maka disebut plasenta previa parsialis. Sedangkan apabila pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan disebut plasenta previa marginalis.

Penyebab utama pada perdarahan antepartum adalah solusio plasenta dan plasenta previa. Selain kedua penyebab utama tersebut,



perdarahan pada kehamilan lanjut dapat pula disebabkan oleh hal lain misalnya ruptur uteri atau gangguan pembekuan darah.

## 2) **Gerakan janin tidak terasa**

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri.

Menurut Sadovsky jumlah rata-rata pergerakan fetus perminggu adalah 50-950 gerakan. Variasi hariannya yang paling rendah adalah 4-10 per 12 jam pada kehamilan normal.

## 3) **Nyeri perut yang hebat**

Nyeri perut kemungkinan tanda persalinan preterm, ruptur uteri, solusio plasenta. Nyeri perut hebat dapat terjadi pada ruptur uteri disertai shock, perdarahan intra abdomen dan atau pervaginam, kontur uterus yang abnormal, serta gawat janin atau DJJ tidak ada.

## 4) **Keluar Air Ketuban Sebelum Waktunya**

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

## 5) **Kejang**

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklamsia.

#### 6) Demam Tinggi

Ibu hamil menderita demam dengan suhu tubuh lebih  $38^{\circ}\text{C}$  dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan.

#### 8. Asuhan Antenatal Care (ANC)

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan .

Asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (mufdillah, 2009).

#### 9. Tujuan Asuhan Antenatal care

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu juga bayi.

- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan kehamilan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

#### **10. Jadwal Pemeriksaan ANC**

Jadwal pemeriksaan ANC adalah sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan Pertama
 

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.
- b. Pemeriksaan Ulang
  - 1) Setiap bulan sampai usia kehamilan 6 sampai 7 bulan
  - 2) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berusia 8 bulan
  - 3) Setiap 1 minggu sejak usia kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.
- c. Menurut (Mufdillah, 2009)
 

Frekuensi pelayanan antenatal oleh WHO ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1) 1 kali pada trimester pertama ( K 1)
- 2) 1 kali pada trimester dua dan 2 kali pada trimester ketiga ( K 4).

#### **11. Pelayanan/Asuhan Standart 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.

(Astuti, Puji Hutari. Buku Ajar Kebidanan.2012).

Terdapat 14 standard dalam pelayanan Antenatal, sebagai berikut

##### **1) 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.

##### **2) 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

### 3) 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 2.6 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

Sumber : Rukiyah,2009

### 4) 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 mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin C bersamaan dengan mengkonsumsi tablet zat besi karena vitamin C dapat membantu penyerapan tablet besi sehingga tablet besi yang dikonsumsi dapat terserap sempurna oleh tubuh

### 5) Pemberian Imunisasi TT ( T5 )

Imunisasi *Tetanus Toxoid* harus segera diberikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4. Interval dan Lama Perlindungan *Tetanus Toxoid*

Tabel 2.7. Jadwal Imuniasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal 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

Sumber : Rukiyah,2009

### 6) Pemeriksaan Hb ( T6 )

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

### 7) Pemeriksaan VDRL ( *Veneral Disease Research Lab.*) (T7)

Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali daambil 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.

**8) Pemeriksaan Protein urine ( T8 )**

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

**9) Pemeriksaan Urine Reduksi ( T9 )**

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

**10) Perawatan Payudara ( T10 )**

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

**11) Senam Hamil ( T11 )**

Senam hamil dilakukan pada usia kehamilan diatas 22 minggu.

**12) Pemberian Obat Malaria ( T12 )**

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

**13) Pemberian Kapsul Minyak Yodium ( T13 )**

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

**14) Temu wicara / Konseling ( T14 )**

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi, dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, biopsikososial, dan pengetahuan 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 ibu menentukan 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. (Prawiroharjo,Sarwono 2010)\

## **12. Penatalaksanaan Antenatal Care**

Pemeriksaan fisik pada kehamilan merupakan pemeriksaan yang dilakukan melalui pemeriksaan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mendengar (auskultasi) dan mengetuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan pada ibu hamil dengan tepat dan benar sesuai dengan pedoman yang meliputi pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai kaki (head to toe), pemeriksaan leopold I sampai IV, pemeriksaan DJJ, penghitungan usia kehamilan dan perhitungan taksiran persalinan yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan.

**a. Persiapan Alat**

Bidan/perawat dapat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik pada ibu hamil untuk mendapatkan data tentang perkembangan janin dan adaptasi fisiologis ibu terhadap kehamilan.

Adapun alat yang diperlukan adalah sebagai berikut:

1. Timbangan badan
2. Pengukur tekanan darah (tensi meter/sphygmomanometer)
3. Stetoskop
4. Termometer
5. Tisu pada tempatnya
6. Pen light
7. Meteran/pita
8. Leannec/doppler elektrik
9. Alat untuk mengukur lingkaran pinggul(jangka panggul)
10. Hummer
11. Sarung tangan
12. Kapas kering di tempatnya
13. Air desinfeksi tingkat tinggi (DTT) pada kom
14. Pengalas
15. Bengkok
16. Alat-alat pengendalian infeksi (PI), seperti cairan klorin 0,5 % pada 2 baskom, 2 buah waslap, tempat sampah medis dan non medis.

**b. Prosedur pelaksanaan/Pemeriksaan**

Setelah menyelesaikan persiapan alat, kemudian dilanjutkan dengan tindakan pemeriksaan fisik pada ibu hamil. Adapun prosedur tindakan pemeriksaan fisik ibu hamil adalah sebagai berikut :

**1. Pelaksanaan/pemeriksaan Awal**

- a. Sediakan pencahayaan yang cukup
- b. Mencuci tangan dengan teknik yang benar
- c. Memberitahukan ibu tentang tujuan dan langkah-langkah prosedur
- d. Perhatikan tanda-tanda tubuh yang sehat

Pemeriksaan pandang dimulai semenjak bertemu dengan ibu.

Perhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalannya. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau pincang dan sebagainya. Lihat dan nilai kekuatan ibu ketika berjalan, apakah ia tampak kuat atau lemah.

- e. Inspeksi muka ibu apakah ada cloasma gravidarum, pucat pada wajah dan pembengkakan pada wajah. Periksa adanya bengkak pada ekstremitas tangan dan kaki. Daerah lain yang dapat diperiksa adalah kelopak mata.

**2. Pelaksanaan/pemeriksaan lanjutan**

- a) Meminta ibu mengganti baju ( kalau tersedia)
- b) Menganjurkan ibu untuk buang air kecil terlebih dahulu
- c) Melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan

Timbanglah berat badan ibu pada setiap pemeriksaan kehamilan. Bila tidak tersedia ditimbang perhatikan apakah ibu bertambah berat badannya. Berat badan ibu hamil biasanya naik sekitar 9-12 kg selama kehamilan. Kenaikan berat badan ini sebagian besar diperoleh terutama pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Kenaikan berat badan ini menunjukkan bahwa ibu cukup makanan. Bila kenaikan berat badan kurang dari 5 kg atau lebih dari 12 kg pada kehamilan 28 minggu menandakan adanya ketidaknormalan, maka perlu dirujuk.

Tinggi dan berat badan hanya diukur pada kunjungan pertama. Bila tidak tersedia alat ukur tinggi badan maka bagian dari dinding dapat ditandai dengan ukuran sentimeter. Bila tinggi badan ibu kurang dari 145 atau tampak pendek dibandingkan dengan rata-rata ibu, maka persalinan perlu diwaspadai, Rumus kenaikan berat badan ibu selama kehamilan adlah sebagai berikut :

- 10 minggu : minimal 400 g
- 20 minggu : minimal 4.000 g
- 30 minggu : minimal 8.000 g
- Mulai usia kehamilan trimester ke-2 (13 minggu) naik 500 g per minggu.

d) Ukur lingkar lengan atas ibu dengan alat ukur (meteran)

e) Lakukan pengukuran tanda-tanda vital ibu yang meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan, dan suhu. Pastikan bahwa ibu sudah istirahat minimal 30 menit setelah kedatangan atau sebelum

dilakukannya pemeriksaan tanda-tanda vital. Hal ini bertujuan agar hasil yang didapatkan sesuai dengan kondisi ibu yang sebenarnya.

Tekanan darah pada ibu hamil biasanya tetap normal, kecuali bila ada kelainan. Bila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih, maka mintalah ibu berbaring miring ke sebelah kiri dan mintalah ibu bersantai sampai terkantuk. Setelah 20 menit beristirahat, ukurlah tekanan darahnya. Bila tekanan darah tetap tinggi, maka hal ini menunjukkan ibu pre-eklampsia dan harus dirujuk, serta perlu diperiksa kehamilannya lebih lanjut (tekanan darah diperiksa setiap minggu). Ibu dipantau secara ketat dan dianjurkan ibu merencanakan persalinan di rumah sakit.

- f) Lakukan pengukuran panggul dengan jangka panggul. Pemeriksaan panggul pada ibu hamil terutama primigravida perlu dilakukan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan.

- g) Pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki

Pemeriksaan fisik pada ibu kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan pandang (inspeksi), meraba (palpasi), mendengar (auskultasi) dan mengetuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut sampai ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan. Pada saat pemeriksaan pada daerah dada dan perut, baik pemeriksaan inspeksi, palpasi, dan auskultasi dilakukan secara

berurutan dan bersamaan sehingga tidak adanya kesan membuka tutup baju ibu danakhirnya dapat menimbulkan ketidaknyamanan.

Berikut ini akan diuraikan pemeriksaan obstetrik terhadap ibu hamil mulai dari kepala sampai kaki adalah :

- 1) Lihatlah wajah atau muka ibu Adakah cloasma gravidarum, pucat pada wajah atau pembengkakan pada wajah. Pucat pada wajah, konjungtiva, dan kuku menandakan bahwa ibu menderita anemia, sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut. Bila terdapat bengkak di wajah, periksalah apakah ada bengkak juga pada tangan dan kaki.
- 2) Periksa dasar kulit kepala dan rambut ibu hamil (tekstur, warna, kerontokan dan lesi). Memeriksa keadaan muka ibu hamil (edema, kuning atau memar, hiperpigmentasi, atau cloasma gravidarum)
- 3) Inspeksi sklera dan konjungtiva ibu hamil (menyeluruh ibu melihat ke atas saat jari pemeriksa menarik kelopak mata ke arah bawah)
- 4) Periksa lubang hidung ibu hamil menggunakan penlight (lihat apakah ada septum deviasi, polip, perdarahan dan sekret)
- 5) Periksa kondisi sinus dengan perkusi ringan di daerah sinus, menggunakan jari (sambil menanyakan ke ibu apakah terasa sakit dan lihat permukaan kulit muka dibagian sinus apakah kemerahan).
- 6) Periksa liang telinga ibu dengan menggunakan pen light (lihat kebersihan dan adanya serumen) lakukan pemeriksaan ketajaman pendengaran dengan tes berbisik.

- 7) Periksa rongga mulut, lidah dan gigi yang tanggal, gigi yang berlubang, serta karies gigi. Selain dilihat pemeriksa juga perlu mencium adanya bau mulut yang menyengat.
- 8) Periksa kelenjar getah benih di depan dan belakang telinga, bawah rahang, leher dan bahu (apakah teraba pembesaran)
- 9) Periksa kelenjar tiroid dengan 3 jari kedua tangan pada kedua sisi trakea sambil berdiri di belakang ibu. Anjurkan ibu menelan dan merasakan benjolan yang teraba saat ibu menelan.
- 10) Dengarkan bunyi jantung dan nafas ibu dengan menggunakan stetoskop
- 11) Periksa payudara ibu (ukuran simetris, puting susu menonjol atau masuk ke dalam, retraksi dada, nodul aksila, hiperpigmentasi areola dan kebersihan). Lihat dan raba payudara dan perhatikan pengeluaran apakah ASI sudah keluar atau belum.
- 12) Periksa colostrum dengan menekan areola mammae sambil memegang puting mammae dengan jari telunjuk dan ibu jari kemudian memencetnya.
- 13) Letakkan tangan ibu kearah kepala perhatikan dan raba kelenjar di daerah aksila kanan dan lanjutkan dengan aksila kiri dengan teknik yang sama untuk mengetahui pembesaran kelenjar getah bening.
- 14) Pasang pakaian ibu bagian atas dan buka pakaian daerah perut ibu
- 15) Lakukan inspeksi atau palpasi pada dinding abdomen

- 16) Perhatikan apakah perut simetris atau tidak, raba adanya pergerakan janin, apakah terjadi hiperpigmentasi pada abdomen atau line nigra atau tidak, dan apakah terdapat luka bekas operasi, varises, jaringan perut atau tidak.
- 17) Melakukan pemeriksaan leopold II untuk menentukann bagian janin yang ada di fundus
- a. Periksa berdiri di sebelah kanan ibu, menghadap ke arah kepala ibu
  - b. Kedua telapak tangan pemeriksaan diletakkan pada puncak fundus uteri
  - c. Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong)
- 18) Tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan kehamilan
- Perkiraan tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan :
- a. 20 minggu : 20 cm
  - b. 24 minggu : 24 cm
  - c. 32 minggu : 32 cm
  - d. 36 minggu : 34-36 cm
- 19) Melakukan pemeriksaan leopold II
- a. Kedua telapak tangan diletakkan pada kedua sisi perut ibu dan lakukan tekanan yang lembut tetapi cukup dalam meraba dari kedua sisi
  - b. Periksa berdiri disebelah kanan ibu, menghadap kepala ibu



- c. Kedua telapak tangan pemeriksa bergeser turun ke bawah sampai di samping kiri dan kanan umbilikus
  - d. Secara perlahan geser jari-jari dari satu sisi untuk menentukan pada sisi mana terletak punggung, lengan dan kaki janin
  - e. Tentukan bagian punggung janin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin nantinya
- 20) Melakukan pemeriksaan leopold III untuk menentukan bagian janin yang berada pada bagian terbawah. Cara melakukannya adalah :
- 1. Lutut ibu dalam posisi fleksi
  - 2. Bagian terendah janin di cekap di antara ibu jari dan telunjuk kanan
  - 3. Tentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan apakah bagian tersebut sudah mengalami engagement atau belum
- 21) Melakukan pemeriksaan leopold IV untuk menentukan presentasi dan engagement (sampai seberapa jauh derajat desensus janin dan mengetahui seberapa bagian kepala janin masuk ke pintu atas panggul). Cara melakukannya:
- 1. Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu. Kedua lutut ibu masih pada posisi fleksi
  - 2. Letakkan kedua telapak tangan pada bagian bawah abdomen dan coba untuk menekan ke arah pintu atas panggul.
- 22) Perhatikan adanya varises pada ekstremitas bawah kanan dan kiri ibu. Lihat dan raba bagian belakang betis dan paha, catat adanya tonjolan kebiruan dari pembuluh darah

- 23) Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah untuk memeriksa adanya edema.

## B. IUFD

### 1. Pengertian IUFD

*Kematian janin dalam rahim adalah tidak adanya tanda kehidupan janin dan belum dikeluarkannya janin dengan sempurna dari ibunya. (Nugroho, 2017)*

*Intrauterine Fetal Death (IUFD)* atau kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih.

Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya sehingga tidak diobati. (Saifudin, 2010).

*The Center for Disease Control and Prevention* dan *The Vital Statistic Reports* kematian janin ialah janin yang meninggal setelah 19 minggu atau jika usia gestasional tidak diketahui, berat sama dengan atau lebih dari 350 gram (Cunningham et al, 2010)

Sementara menurut WHO kematian janin adalah kematian janin pada waktu lahir dengan berat badan < 1000 gram.

Menurut Wiknjosastro (2005) dalam buku ilmu kebidanan, kematian janin dapat dibagi dalam 4 golongan, yaitu:

- 1.) Golongan I : Kematian sebelum masa kehamilan mencapai 20 minggu penuh.

- 2.) Golongan II : Kematian sesudah ibu hamil 20 sampai 28 minggu.
- 3.) Golongan III : Kematian sesudah masa kehamilan lebih 28 minggu.
- 4.) Golongan IV : Kematian yang tidak dapat di golongan pada ketiga golongan di atas

## 2. Etiologi IUFD

1. Menurut Mochtar (2004), lebih dari 50% kasus, etiologi kematian janin dalam kandungan tidak di temukan atau belum diketahui penyebabnya dengan pasti.
2. Beberapa penyebab yang bisa mengakibatkan kematian janin dalam kandungan, antara lain :
  - a. Perdarahan : plasenta previa dan solusio plasenta.
  - b. Preeclampsia dan eklampsia
  - c. Penyakit-penyakit kelainan darah
  - d. Penyakit infeksi dan penyakit menular
  - e. Penyakit saluran kencing
  - f. Penyakit endokrin : Diabetes Melitus
  - g. Malnutrisi

## 3. Factor Resiko IUFD

Factor resiko di tinjau dari berbagai factor, yaitu factor :

### 1. Ibu :

- Umur terlalu muda/tua

Ibu menikah di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dan kemungkinan ibu hamil di luar pernikahan.

➤ Paritas

Banyaknya jumlah anak dan kemungkinan masalah yang terjadi pada anak pertama.

➤ Pemeriksaan antenatal (anc)

Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang mengancam jiwa,oleh karena itu setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama periode antenatal.

➤ Penyakit/penyulit ibu

Ibu mengalami penyakit anemia, preeklampsi/eklampsi, solusio plasenta, plasenta previa, diabetes mellitus, resus isoimunitisasi, infeksi dalam kehamilan, letak lintang.

## 2. Janin :

➤ Kelainan Kongenital

Kelainan congenital merupakan kelainan dalam pertumbuhan struktur bayi yang timbul sejak kehidupan hasil konsepsi sel telur.

➤ Infeksi intranatal

Kuman atau virus dari vagina naik dan masuk ke dalam rongga amnion setelah ketuban pecah. Infeksi dapat pula te

terjadi walaupun ketuban masih utuh, misalnya pada partus lama dan seringkali dilakukan pemeriksaan vagina.

### 3. Tali pusat :

#### ➤ Kelainan insersi tali pusat

Dalam keadaan tertentu terjadi insersi tali pusat plasenta battledore dan insersi velamentosa. Bahaya insersi velamentosa bila terjadi vasa previa, yaitu pembuluh darahnya melintasi kanalis servikalis, sehingga saat ketuban pecah pembuluh darah yang berasal dari janin ikut pecah.

#### ➤ Simpul tali pusat

Kematian janin dalam rahim di akibatkan terjadinya peluntiran pembuluh darah umblikalis, karena selei Whartonnya sangat tipis. Peluntiran pembuluh darah tersebut yang menghentikan aliran darah ke janin sehingga terjadi kematian janin dalam rahim.

#### ➤ Lilitan tali pusat

Gerakan janin dalam rahim yang aktif pada tali pusat yang panjang besar kemungkinan dapat terjadi lilitan tali pusat.

### 4. Tanda-tanda IUFD

#### 1. Janin Tidak Bergerak

Ibu hamil harus peka dengan gerakan janin yang ada di dalam rahim. Jika janin yang ada di dalam kandungan tidak bergerak

sama sekali selama 8 sampai dengan 12 jam segera bawa ke rumah sakit untuk memeriksakan kandungannya.

## 2. Detak Jantung Menghilang

Jika diperiksa detak jantung janin tidak ada atau menghilang bisa dipastikan bahwa kondisi janin meninggal di dalam kandungan.

Jika janin tidak bergerak di dalam kandungan hal pertama yang dilakukan oleh pihak medis adalah memeriksa detak jantung janin.

## 3. Pendarahan Hebat

Ibu hamil yang mengalami pendarahan hebat bisa menjadi suatu pertanda jika janin meninggal di dalam kandungan.

## 4. Kram Atau Sakit Perut

Ibu yang saat hamil merasakan kram atau sakit perut yang semakin parah dari waktu ke waktu bisa jadi kehamilannya bermasalah. Oleh sebab itu saat kram atau sakit perut hebat ibu hamil harus segera memeriksakan kondisi kandungannya.

## 5. Bahaya IUFD

1. Infeksi
2. Perdarahan
3. Kematian

## 6. Penanganan IUFD

### 1. Kuret/Vakum

Tindakan kuret atau vakum bisa dilakukan jika janin yang ada di dalam kandungan berusia 12 minggu atau kurang dari 12 minggu.

### 2. Obat Pelunak Jaringan

Jika usia kehamilan di atas 12 minggu dokter akan memberikan obat pelunak jaringan sehingga janin menjadi lunak dan bisa keluar dengan sendirinya. Obat pelunak jaringan itu juga bisa membuka jalan lahir bayi sehingga janin bisa mudah keluar. Dokter akan memeriksa rahim apakah sudah bersih atau belum. Jika belum bersih dari sisa jaringan maka dokter akan melakukan tindakan kuret.

### 3. Melahirkan Secara Normal

Jika janin meninggal di dalam kandungan dan berusia lebih dari 20 minggu dokter akan menginduksi ibu untuk bisa melahirkan secara normal. Melahirkan secara normal bisa dilakukan jika letak janin sudah berada di atas rongga panggul.

### 4. Caesar

Langkah terakhir untuk mengatasi janin yang meninggal di dalam kandungan adalah dengan operasi caesar. Hal itu dilakukan jika posisi janin tidak mapan atau tidak berada di atas

rongga panggul. Jika posisi sungsang atau oblig mengeluarkan janin harus menggunakan bedah caesar.

### **C. Pendokumentasian**

#### **1. Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien. (Varney,2012).

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

##### **a. Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar**

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

1. Identitas
2. Alasan kunjungan
3. Riwayat menstruasi
4. Riwayat kesehatan
5. Riwayat penyakit sekarang
6. Riwayat kesehatan yang lalu
7. Riwayat perkawinan
8. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
9. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya,



#### 10. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan 5 dan 6 (menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

#### **b. Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan

takut tidak termasuk dalam kategori “Nomenklatur Standar Diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

**c. Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial**

Langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaihan uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaihan uterus yang berlebihan tersebut (misalnya polihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuaihan uterus yang berlebihan. Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distosia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang

menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatik terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

**d. Langkah IV (keempat): Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk di konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak. Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

**e. Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh (Intervensi)**

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kehidupan membuat

kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien. Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

**f. Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan Asuhan (Implementasi)**

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut

**g. Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi**

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah

benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah

## **2. Metode Pendokumentasian Kebidanan**

Pendokumentasian kebidanan adalah bentuk SOAP, Yaitu:

### **a. Subjektif (S)**

- 1) Menggambarkan pendokumentasian pengumpulan data klien melalui anamnesa.
- 2) Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya pada klien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat KB, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup).

### **b. Objektif (O)**

- 1) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostic yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung assessment.
- 2) Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (keadaan umum, vital sign, fisik, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang, pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi)  
Data ini memberi bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnose.

### **c. Assesment (A)**

- 1) Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan.

2) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

a. Masalah

Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien.

Masalah adalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu.

b. Antisipasi masalah lain atau diagnosa potensial

**d. Planning (P)**

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment.

### **BAB III**

#### **METODE STUDI KASUS**

##### **A. Jenis Studi Kasus**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan penelitian deskriptif dengan metode studi kasus secara kualitatif pada individu untuk melihat fenomena perubahan atau kesamaan praktik dengan teori di Rumah Sakit Elisabeth Batam. Tujuan penelitian untuk membandingkan antara teori dengan praktek pada manajemen asuhan kebidanan dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam.

Studi kasus ini dilakukan pada Ny.U usia 23 tahun G2 P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD di rumah sakit Elisabeth Batam.

##### **B. Lokasi Studi Kasus**

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus dilaksanakan (Notoadmojo,2008). Studi kasus ini dilakukan Di Rumah Sakit Elisabeth Batam Yang dilakukan pada tanggal 20 November-09 Desember 2017. Penulis mengambil lokasi di Rumah Sakit Elisabeth Batam karena Rumah Sakit Elisabeth Batam telah di pilih Institusi pendidikan sebagai lahan praktek penulis untuk melakukan penelitian dan untuk memenuhi Laporan tugas akhir.

##### **C. Subjek Studi Kasus**

Pada tanggal 14 desember 2017 Penulis memilih Ny.U usia 23 tahun G2 P0 A1 usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD sebagai subjek studi kasus karena dari semua ibu hamil yang berkunjung hanya Ny.U



yang bersedia dijadikan Subjek Studi kasus dan Ny.U tidak memiliki pengetahuan tentang bahayanya IUFD dalam kehamilan.

#### **D. Waktu Studi Kasus**

Waktu studi kasus adalah waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan laporan kasus. Pelaksanaan asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 20 November- 09 Desember 2017. Karena waktu tersebut telah di pilih oleh intitusi pendidikan dalam melakukan praktek lapangan.

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data pada pasien adalah dengan cara mengambil data primer dan data sekunder

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

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

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang dilakukan pada bagian tubuh dari kepala sampai kaki. Kehamilan merupakan suatu proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan janin yang tumbuh normal di dalam rahim ibu.

Selama Ny.U melakukan kunjungan selalu dilakukan pemeriksaan fisik mulai dari wajah hingga kaki dan pada pemeriksaan fisik ditemukan konjungtiva dalam keadaan pucat tetapi pada pemeriksaan fisik selain konjungtiva dalam batas normal.

Pemeriksaan yang dilakukan pada Ny.U secara sistematis dengan cara :

#### 1. Inspeksi

Inspeksi adalah suatu tindakan pemeriksa dengan menggunakan indera penglihatannya untuk mendeteksi karakteristik normal atau tanda tertentu dari bagian tubuh atau fungsi tubuh pasien. Inspeksi digunakan untuk mendeteksi bentuk, warna, posisi, ukuran, tumor dan lainnya dari tubuh pasien. Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala hingga ujung kaki, pada pemeriksaan conjungtiva terlihat pucat.

#### 2. Palpasi

Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Palpasi dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh, adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran. Rasa nyeri tekan dan kelainan dari jaringan/organ tubuh. Dengan kata lain bahwa palpasi merupakan tindakan penegasan dari hasil inspeksi, disamping untuk menemukan yang tidak terlihat. Pada kasus ini pemeriksaan palpasi meliputi nadi, mata, leher, payudara, Leopold I, II, III, IV, ekstremitas atas dan ekstremitas bawah.

### 3. Perkusi

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi getaran/ gelombang suara yang dihantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tubuh yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan dengan ketukan jari atau tangan pada permukaan tubuh. Derajat bunyi disebut dengan resonansi. Pada kasus IUFD dilakukan pemeriksaan reflex patella kanan-kiri dan hasilnya Refleks Patella Positif kanan-kiri.

### 4. Auskultasi

Auskultasi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi yang terbentuk di dalam organ tubuh. Hal ini dimaksudkan untuk mendeteksi adanya kelainan dengan cara membandingkan dengan bunyi normal. Auskultasi yang dilakukan di dada untuk mendengar suara napas, dilakukan untuk pemeriksaan tekanan darah dan bila dilakukan di abdomen mendengarkan suara bising usus.

Pada kasus ibu hamil pada Ny.U usia 23 tahun GII P0 A1 dengan IUFD pemeriksaan auskultasi meliputi pemeriksaan tekanan darah (TD) juga Detak jantung janin (DJJ) dan hasilnya tekanan darah ibu rendah dan detak jantung janin dalam keadaan normal.

### **b. Wawancara**

Yang dimaksud dengan wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara si penanya atau pewawancara dengan si penjawab atau responden dengan menggunakan alat yang dinamakan interview guide (panduan wawancara). Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu hamil dengan IUFD.

### **c. Pengamatan**

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umu, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

## **2. Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang diperoleh selain dari terapi juga diperoleh dari keterangan keluarga, lingkungan, mempelajari kasus dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi. Data sekunder diperoleh dari :

### **a. 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 kehamilan dengan IUFD diambil dari catatan kunjungan ibu hamil di Rumah Sakit Elisabeth Batam.

#### **b. 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, jurnal, website.

### **F. Alat-alat dan bahan**

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain:

#### **1. Wawancara**

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain:

- a. Format pengkajian ibu hamil
- b. Buku tulis
- c. Bolpoin+Penggaris

#### **2. Observasi**

Alat dan bahan untuk observasi menurut rukiyah (2010), meliputi :

- a. Tensimeter
- b. Stetoskop
- c. Thermometer
- d. Timbangan berat badan
- e. Alat pengukur tinggi badan

- f. Pita pengukur lingkaran lengan atas
- g. Leanec
- h. Jam tangan dengan penunjuk detik
- i. Reflex hammer
- j. Bengkok
- k. Bak instrument
- l. Jangka panggul
- m. Alat set Protein urine
- n. Alat pengukur Hb sahli :

- Set Hb sahli
- Kertas kering + kapas alkohol
- HCl 0,1% + aquadest
- Sarung tangan
- Lanset
- Penlanset

### **3. Dokumentasi**

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi :

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis
- c. Buku Kunjungan Ibu hamil di Klinik

**BAB IV**  
**TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

**A. Tinjauan Kasus**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.U USIA 23 TAHUN G2 P0A1  
DENGAN IUFD DIRUMAH SAKIT ST ELISABETH BATAMTAHUN 2017**

Tanggal Masuk : 14– 12 – 2017	Tgl pengkajian : 14– 12 -2017
Jam Masuk : 08.15Wib	Jam Pengkajian : 14.45 Wib
Tempat : R.S.E Batam	Pengkaji : Peronika
No. Register : 23-54-76	

**I. PENGUMPULAN DATA**

**A. DATA SUBJEKTIF**

1. Biodata

Nama Ibu : Ny. U	Nama Suami : Tn. A
Umur : 23 Tahun	Umur : 24 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Suku/bangsa: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Karyawan swasta
Alamat : Puri Agung I Blok G	Alamat : Puri Agung I B G

**B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)**

1. Alasan kunjungan : Ingin memeriksakan kehamilannya
2. Keluhan utama : Ibu mengatakan kram pada perut dan tidak ada

pergerakanjanin sejak hari senin tgl11/12/2017.

3. Riwayat menstruasi :

Menarche	: 14 thn, siklus 28 hari, teratur
Lama	: 4 hari, Banyak : 2 – 3 kali ganti pembalut
Keluhan	: Tidak ada

## 4. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

Anak ke	Tgl Lahir/ Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Prolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB/JK	Kedudukan	Kedudukan	laktasi
1	A	B	O	-	R	-	-	T	U	S	-
2	H	A	M	I	L	-	-	I	N	I	

## 5. Riwayat kehamilan sekarang

a. G<sub>2</sub> P<sub>0</sub> A<sub>1</sub>

b. HPHT : 04 – 06 - 2017

HPL : 11 – 03 - 2018

c. UK : 23 minggu

d. Gerakan janin :  $\pm 10$  x sehari, pergerakan janin pertama kali bulan : ke 5

e. Imunisasi Toxoid Tetanus : sebanyak - kali, yaitu : -

f. Kecemasan : Ada

g. Tanda-tanda bahaya : Tidak ada pergerakan janin

h. Tanda-tanda persalinan : Tidak ada

## 6. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Malaria : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada



Asma : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak Ada

Abortus : Ada, 1 kali

7. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : Tidak riwayat kembar

8. Riwayat KB : Tidak ada

9. Riwayat psikososial

Status perkawinan : Sah

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Musyawarah

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : RS

Tempat rujukan jika ada komplikasi ; RS

Persiapan menjelang persalinan : Tabungan keluarga.

10. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum :

Frekuensi : 3 kali

Jenis : Nasi + ikan + sayur + buah porsi : 1 porsi

Keluhan/pantangan : Nafsu makan ibu berkurang

## b. Pola istirahat

Tidur siang : 2 jam

Tidur malam : 6 jam

## c. Pola eliminasi

BAK : 7-8 kali/hari, warna : Jernih

BAB : 1 kali/hari, konsistensi : Keras

## d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 kali/hari

## e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT (mengerjakan pekerjaan rumah sendiri)

## f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minum-minuman keras: Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

Merokok : Suami merokok

**C. DATA OBJEKTIF**

1. Keadaan umum : Baik

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 100/60 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,5<sup>0</sup> C

Respirasi : 20 kali/menit

3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 66,5kg, kenaikan BB selama hamil : 11 kg

Tinggi badan : 153 cm

Lila : 25 cm

4. Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : Lordosis

b. Kepala

Muka : Simetris, cloasma : Tidak ada, oedema : Tidak ada

Mata : Simetris, Conjunctiva: Pucat, Sclera : Tidak ikhterik

Hidung : Simetris, polip : Tidak meradang

Mulut/bibir : Simetris, Tidak ada karang gigi

c. Leher : Simetris, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid

d. Payudara : Ada

Bentuk simetris : Ya

Keadaan putting susu : Menonjol

Areola mammae : Hiperpigmentasi

Colostrum : Tidak ada

e. Perut

. Inspeksi : Pembesaran abdomen sesuai usia kehamilan

. Palpasi

a) Leopold I : TFU : 20 cm

b) Leopold II : Ballotement

- c) Leopold III : Tidak dilakukan
- d) Leopold IV : Tidak dilakukan
- e) TBJ : 1860 kg
- f) TFU : 20 cm
- g) Kontraksi
- Auskultasi : Tidak ada
- DJJ : Tidak ada
- h) Ekstremitas
- Atas : Simetris, jari-jari lengkap, tidak ada oedema, kuku tidak pucat
- Bawah : Simetris, jari-jari lengkap, tidak ada oedema dan tidak ada varices
- i) Genetalia
- Anus : Tidak ada Hemoroid

#### 5. Pemeriksaan Panggul

- Lingkar Panggul : 20 cm
- Distosia Cristarum : 27 cm
- Distosia Spinarum : 24 cm
- Conjungata Bourdeloque : 90 cm

#### 6. Pemeriksaan dalam : Portio tertutup

### D. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Pemeriksaan Laboratorium (\* Jika ada indikasi Albumin) :

\* Keton:

Hb :Tidak dilakukan      Gol darah:Tidak dilakukan

Ht :Tidak dilakukan      Rh :Tidak dilakukan

## II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN

Diagnosa : Ny.U usia 23 tahun G<sub>II</sub> P<sub>0</sub> A<sub>usia</sub> kehamilan 23 minggu dengan IUFD.

Data Subjektif :

- Ibu mengatakan ini kehamilan ke 2 dan pernah Abortus 1 kali.
- Ibu mengatakan HPHT : 04-06-2017
- Ibu mengatakan kram pada perut
- Ibu mengatakan tidak ada pergerakan janin mulai hari senin 11/12/2017

Data Objektif :

- Keadaan umum : Lemas dan depresi
- Kesadaran : compos mentis
- Vital sign :
 

TD	: 100/60 mmHg	BB	: 61 kg
N	: 80 x/menit	TB	: 153 cm
S	: 36,5 °C	lila	: 25 cm
RR	: 20 x/menit		

Masalah : Ibu merasa cemas, kram pada perut dan tidak ada pergerakan janin

Kebutuhan :

- Dukungan dari suami dan keluarga
- Pendampingan dari Tim kesehatan
- Melakukan komunikasi Teraupetik

### III. IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL

- Infeksi
- Hemoragic Postpartum
- Kematian

### IV. TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI/RUJUK

- Pemasangan Infus
- Kolaborasi dengan dokter SPOG

### V. INTERVENSI

Tanggal : 14 – 12 – 2017 pukul : 15.40 Wib

oleh : bidan

No	Intervensi	Rasionalisasi
1	Beritahu kepada ibu dan keluarga tentang keadaan ibusaat ini	Agar ibu dan keluarga mengetahui hasil kondisinya saat ini.
2	Lakukan pemeriksaan dalam pada ibu	Hasil dari pemeriksaan dalam Portio masih tertutup
3	Anjurkan suami dan keluarga memberikan dukungan motivasi	Dengan mendapatkan motivasi ibu kuat dengan keadaan ini
4	Jelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan dan lakukan informed consent	Agar ibu dan keluarga mengetahui tentang tindakan yang akan dilakukan yaitu curettage
5	Berkolaborasi dengan dokter SPOG dalam penanganan dan pemberian misoprostol pada ibu	Kolaborasi dengan dokter dalam melakukan penanganan pada ibu dan dalam pemberian misoprostol
6	Persiapkan pasien untuk tindakan Kuretage	Saat dokter akan melakukan kuretage pasien sudah siap

### VI. IMPLEMENTASI

NO	Jam	Tindakan	Paraf
1	15.40 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan saat ini TD : 100/60 mmHg N : 80×/I	

		<b>S</b> : 36,5°C <b>RR</b> : 20×/i <b>EV</b> : ibu dan keluarga sudah mengetahui keadaan ibu	
2	16.00 WIB	Melakukan pemeriksaan dalam pada ibu untuk menilai kemajuan persalinan <b>EV</b> : bidan sudah melakukan pemeriksaan dalam pada ibu	
3	16.25 WIB	Menganjurkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan motivasi agar ibu tidak takut dan semakin kuat <b>EV</b> : suami dan keluarga sudah memberikan dukungan motivasi kepada ibu	
4	18.00 WIB	Menjelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan dan melakukan informed consent kepada ibu dan keluarga <b>EV</b> : ibu dan keluarga sudah mengetahui tindakan yang akan dilakukan yaitu curettage	
5	18.20 WIB	Berkolaborasi dengan dokter SPOG untuk melakukan penanganan pada ibu <b>EV</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Memasang infuse RL 30tt/i pada ibu</li> <li>➤ pantau observasi pasien</li> <li>➤ pemberian misoprostol</li> </ul>	
6	20.30 WIB	Mempersiapkan pasien untuk tindakan kuretase yaitu pemasangan infuse, kateter sementara. <b>EV</b> : Saat dokter akan melakukan kuretase pasien sudah siap	

## VII. EVALUASI

**S** : - Ibu mengatakan sangat lemas

- Ibu mengatakan belum adanya kontraksi pada perut ibu
- Ibu mengatakan kram pada perut masih ada
- Tidak ada pergerakan janin

**O** : - K.U : Sangat lemas

- Kes : CM
- TTV : TD : 100/60 mmHg

**N** : 76×/i

**S** : 36°C

RR : 22x/i

- Terpasang infuse RL 30 tts/i

A : Ny.U P0 AI dengan riwayat IUFD

Masalah : sebagian belum Teratasi

- P :
- Pantau Obs TTV
  - Pantau kontraksi pada perut ibu
  - Kolaborasi dengan Dokter SPOG



## B. Pembahasan

Pada pembahasan ini peneliti akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek yang dilakukan di Rumah Sakit Elisabeth Batam dengan teori yang ada. Disini peneliti akan menjelaskan kesenjangan teori dan praktek tersebut menurut langkah-langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney yang meliputi tujuh langkah. pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil suatu kesempatan dan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien khususnya pada pasien ibu hamil dengan IUFD

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status klien (Sudarti,2010)

Pengkajian dan pengumpulan data dasar yang merupakan tahap awal dari manajemen kebidanan dilaksanakan dengan cara pengkajian data subjektif, data objektif dan data penunjang.

Berdasarkan data subjektif dan data objektif yang penulis peroleh pada kasus Ny.U G2 P0 A1 dengan IUFD ibu mengeluh khawatir karena ibu merasakan pusing, kram pada perut, dan tidak adanya gerakan janin. Dalam teori (Tarwoto,2016) mengatakan bahwa gejala

dari IUFD adalah kepala pusing, kram pada perut, tidak terdengar DJJ dan tidak adanya gerakan janin.

## 2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini data dikembangkan dari data dasar, interpretasi dari data ke masalah atau diagnose khusus yang teridentifikasi. Kedua kata masalah maupun diagnose dipakai, karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnose tetapi tetap perlu dipertimbangkan untuk membuat wacana yang menyeluruh. Pada langkah ini terdapat Diagnosa, masalah dan kebutuhan (Sudarti,2010).

Interpretasi data terdiri dari diagnose kebidanan menentukan masalah dan kebutuhan ibu hamil dengan IUFD.

Pada kasus ini diagnose kebidanan adalah Ny. U G2 P0 A1 , usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD.

Masalah yang dialami Ny.U adalah merasa cemas dan gelisah menghadapi kehamilan dikarenakan gerakan janin menghilang dan kram pada perut. Kebutuhan yang diberikan pada Ny.U adalah KIE tentang IUFD dan penanganan segera Kuretase.

## 3. Diagnosa Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. Langkah ini sangat vital untuk

asuhan yang aman untuk mencegah masalah potensial yang akan terjadi. (Sudarti,2010).

Diagnosa potensial pada ibu hamil dengan IUFD adalah IUFD dan menuju ke perdarahan (Rukiyah,2010:116).

Dalam langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dalam mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial karena masalah potensial menurut teori dan hasil pengkajian sama.

#### 4. Tindakan Segera

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lainnya berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun(Sudarti,2010).

#### 5. Perencanaan

Perencanaan yang diberikan pada Ny.U G2 P0 A1 dengan IUFD antara lain : beritahu kepada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu saat ini, lakukan pemeriksaan dalam pada ibu, anjurkan suami dan keluarga memberikan dukungan dan motivasi kepada ibu, menjelaskan tindakan apa yang akan dilakukan untuk penanganan pada ibu, berikan misoprostol untuk merangsang kontraksi pada uterus ibu, berikan kebutuhan kepada ibu seperti pastoral care.

#### 6. Pelaksanaan

Perencanaan yang dibuat sudah di lakukan seluruhnya oleh bidan kepada pasien.

## 7. Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan penilaian terhadap keberhasilan asuhan yang telah diberikan dalam mengatasi masalah pasien selama melakukan kunjungan dengan hasil pada kunjungan terakhir keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD=100/60 mmHg, RR=20x/I, P= 80 x/I, T=36,5C, bidan sudah melakukan pemeriksaan dalam pada ibu, suami dan keluarga sudah memberikan dukungan motivasi kepada ibu, ibu dan keluarga sudah mengetahui tindakan yang akan dilakukan yaitu curettage, Bidan sudah memberikan obat Misoprostol, bidan sudah melakukan pastoral care, bidan sudah berkolaborasi dengan dokter dalam melakukan penanganan pada ibu.

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Setelah melakukan “Asuhan Kebidanan Pada Ny.U usia 23 tahun usia kehamilan 23 minggu dengan IUFD di Rumah Sakit Elisabeth Batam tahun 2017” maka penulis dapat menyimpulkan kasus sebagai berikut :

1. Interpretasi data dasar

Pengkajian data subjektif dan objektif pada kasus Ny.U adalah ibu merasa lemas, ibu merasakan kram pada bagian perut dan belum ada kontraksi uterus.

2. Identifikasi Diagnosa,Masalah dan Kebutuhan

Dalam kasus ini telah di dapatkan diagnose pada Ny.U umur 23 tahun yaitu IUFD.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Didapatkan masalah potensial yang mungkin akan terjadi adalah infeksi, perdarahan dan Kematian.

4. Tindakan Segera

Dalam kasus ini tindakan segera yang dilakukan yaitu kolaborasi dengan dokter SPOG dalam pemberian terapi dan pada Ny.U usia 23 tahun.

5. Intervensi

Dalam kasus ini telah dilakukan perencanaan asuhan kebidanan pada NY.U yaitu :

- Beritahu hasil pemeriksaan saat ini kepada ibu dan keluarga.

- Lakukan pemeriksaan dalam pada ibu.
- Anjurkan suami dan keluarga memberikan motivasi dan mendampingi ibu.
- Jelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan.
- Kolaborasi dengan dokter SPOG dalam melakukan penanganan kasus ini.
- Dokter menganjurkan memberikan misoprostol 1 tablet melalui vagina.

#### 6. Implementasi

Dalam kasus ini telah dilaksanakan perencanaan sesuai standar asuhan kebidanan :

- Memberitahukan ibu dan keluarga tentang keadaan ibu saat ini
- Melakukan pemeriksaan dalam pada ibu
- Menganjurkan suami dan keluarga memberikan motivasi dan mendampingi ibu.
- Menjelaskan kepada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan kepada ibu.
- Melakukan kolaborasi dengan dokter SPOG dalam melakukan penanganan kasus ini.
- Melaksanakan anjuran dokter dalam pemberian misoprostol 1 tablet melalui vagina.

#### 7. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara sistematis untuk melihat hasil asuhan yang diberikan. Hasil yang diperoleh sebagian masalah belum teratasi karena belum adanya kontraksi uterus setelah di berikan misoprostol.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

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

### **2. Bagi Klinik Dan Tenaga Kesehatan**

Diharapkan klinik dan petugas kesehatan lainnya dapat lebih meningkatkan pelayanan dalam menangani kasus kehamilan patologis khususnya IUFD dalam kehamilan, baik dari segi sarana prasarana maupun tenaga kesehatan yang ada di institusi kesehatan.

### **3. Bagi Klien**

Diharapkan kepada klien untuk lebih meningkatkan kesadaran akan pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan untuk mengetahui bahayanya penyulit dan komplikasi yang terdapat selama kehamilan khususnya IUFD dalam kehamilan.

## DAFTAR PUSTAKA

Angka kematian ibu dan anak, 2012, diunduh <http://midwifecare.wordpress.com>. 2012 di akses 15 Mei 2018

Angka kematian ibu, 2013, diunduh <http://www.jurnalasia.com>. 2013 di akses 16 Mei 2018

Gomez, 2007, misoprostol for Intrauterine fetal death, volume 9 (10), 190 di akses 15 Mei 2018

Hooja, 2014, indication of caesarean section in intrauterine fetal demise, volume 2 (10), 724-725 di akses 10 Mei 2018

Kematian janin, 2014, diunduh <http://www.depkes.go.id>. 2014 di akses 14 Mei 2018

Kematian janin dalam kandungan, 2014, diunduh <http://www.scribd.com>. 2014 di akses 15 Mei 2018

Kematian janin meninggal dalam kandungan, 2013, diunduh <http://hamil.co.id>. 2013 di akses 16 Mei 2018

Maryunani & Puspita (2013). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Trans Info Media

Nugroho (2017). *Obstetri dan Ginekologi*. Yogyakarta: Nuha Medika

Prawirohardjo (2009). *Buku Acuan Nasional*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka

Rukiyah & Yulianti (2010). *Asuhan kebidanan 1*. Jakarta: Trans Info Media



## SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA

Medan, 27 Februari 2018

Kepada Yth :

**Koordinator LTA D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa

: Peronika Kristiani Pasaribu

NIM

: 022015050

Program Studi

: D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth  
Medan

Mengajukan Judul Dengan Topic

: IUFD

Tempat

: Rumah Sakit St.Elisabeth Batam

Judul LTA

: Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. U  
Usia 23 Tahun G2 P0 A1 Usia Kehamilan 23  
Minggu Dengan IUFD di Rumah Sakit  
Elisabeth Batam Tahun 2017

Hormat saya

(Peronika Kristiani Pasaribu)

Disetujui Oleh

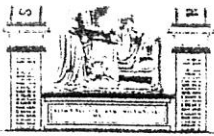


(Flora Naibaho, S.ST., M.Kes)

Diketahui Oleh



(Flora Naibaho, S.ST., M.Kes)



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN  
Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang  
Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail: stikes\_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 21 Oktober 2017

Nomor: 984/STIKes/RSE BATAM/X/2017

Lamp. : -

Hal : Permohonan Ijin Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III

Kepada Yth :

Direktur

Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam  
di

Tempat.

Dengan hormat,

Sesuai dengan Kalender Akademik Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan Tahun Akademik 2017/2018 bahwa Mahasiswa Semester V akan melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III di rumah sakit dan klinik, maka melalui surat ini kami memohon kepada Bapak agar kiranya berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa tersebut untuk melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan (PKK) III di Rumah Sakit yang Bapak pimpin. Adapun pelaksanaan praktek tersebut dimulai tanggal 20 November – 09 Desember 2017.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,

STIKes Santa Elisabeth Medan



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

Tembusan Yth.:

1. Wadir Pelayanan Keperawatan RS Santa Elisabeth Batam
2. Ka.Sie Diklat RS Santa Elisabeth Batam
3. Arsip