



Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan
Budi Kemuliaan

LAPORAN PENELITIAN

Studi Kasus: Gambaran Keterpaparan Edukasi Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Luaran Kehamilan Dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)

Disusun Oleh :

Ernawati, SST, MKM

dr. M. Baharuddin, Sp.OG, MARS

Dwi Ratna Prima, SST, MKM

HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN PENELITIAN

1	Judul Kegiatan	Studi Kasus: Gambaran Keterpaparan Edukasi Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Luaran Kehamilan Dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)
2	Mitra Kegiatan	RSU Budi Kemuliaan
	Ketua Kegiatan	
	a. Nama Lengkap	Ernawati, S.S.T., M.K.M
	b. Jenis kelamin	Perempuan
	c. NIDN/NIDK/NUP	0328045805
	d. Disiplin ilmu	Kebidanan
3	e. Pangkat/golongan	Penata Muda T.k/IIIb
	f. Jabatan	Wakil Ketua III
	g. Institusi	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Budi Kemuliaan
	h. Alamat	Jl. Budi Kemuliaan No.25, RT.2/RW.3, Gambir, Kecamatan Gambir, Kota Jakarta Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10110
	i. No. telp/fax/email	(021) 3842828
4	Jumlah anggota kegiatan	2
5	Lokasi Kegiatan	RSU Budi Kemuliaan
6	Jumlah biaya kegiatan	Rp. 4.360.000
7	Sumber biaya	STIK Budi Kemuliaan

Mengetahui,

Ketua LPPM STIK
Budi Kemuliaan



(Tiarlin Lavida R S R, SST, M.Keb)

Jakarta, 28 November 2023

Pelaksana Penelitian
STIK Budi Kemuliaan



(Ernawati, SST, M.K.M)

Menyetujui,

Ketua STIK Budi Kemuliaan



Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan
Budi Kemuliaan

(dr. Irma Sapriani, SpA)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan Proposal kasus yang berjudul **Studi Kasus: Gambaran Keterpaparan Edukasi Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Luaran Kehamilan Dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)**. Proposal ini disusun untuk perencanaan pelaksanaan penelitian. Dalam menyelesaikan Proposal ini disusun dari berbagai pihak, sehingga dapat menyelesaikan proposal ini dengan baik dalam waktu yang tepat, untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Irma Sapriani, Sp.A selaku Ketua STIK Budi Kemuliaan.
2. RSUD Budi Kemuliaan dalam memfasilitasi pengambilan kasus
3. Semua pihak yang membantu dan mendukung selesainya laporan ini.

Peneliti berusaha untuk dapat menyelesaikan **Studi Kasus: Gambaran Keterpaparan Edukasi Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Luaran Kehamilan Dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)** ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya. Hal ini dikarenakan keterbatasan yang ada pada penulis baik pengalaman, pengetahuan dan waktu. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang sangat diharapkan. Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Proposal penelitian ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu

Jakarta, 28 November 2023



Ernawati, SST, M.K.M

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan.	2
1.4 Manfaat	3
1.5 Ruang Lingkup.....	3
BAB II KAJIAN PUSTAKA.....	5
2.1 Kehamilan	
2.1.1 Pengertian Kehamilan	5
2.1.2 Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan.....	5
2.1.3 Tanda bahaya Kehamilan Tiap Trimester.....	6
2.2 Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)	
2.2.1 Pengertian Oligohidramnion	9
2.2.2 Etiologi Oligohidramnion	10
2.2.3 Tanda dan Gejala Oligohidramnion.....	11
2.2.4 Tatalaksana Oligohidramnion.....	11
2.2.5 Komplikasi Oligohidramnion	12
2.3 Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)	
2.3.1 Pengertian Pertumbuhan Janin Terhambat	13
2.3.2 Etiologi Pertumbuhan Janin Terhambat.....	14
2.3.3 Diagnosa Pertumbuhan Janin Terhambat	15
2.3.4 Tatalaksana Pertumbuhan Janin Terhambat.	16
2.3.5 Komplikasi Pertumbuhan Janin Terhambat.....	17
BAB III METODE PENELITIAN.....	18
3.1 Metode Penelitian	18
3.2 Lokasi dan Subjek Peneitian.....	18
3.3 Teknik Pengumpulan Data.....	18
3.4 Pengelolaan dan Analisa Data.	18

BAB IV LAPORAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	19
4.1 Laporan Kasus	19
4.2 Pembahasan.....	31
BAB V PENUTUP.....	34
5.1 Kesimpulan	34
5.2 Saran	34
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Derajat kesehatan suatu Negara ditentukan oleh beberapa indikator, salah satunya adalah angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), yang merupakan masalah utama di dunia karena masih terbilang tinggi. World Health Organization (WHO) tahun 2019 memperkirakan terjadi kematian ibu disebabkan oleh kehamilan dan persalinan setiap harinya sekitar 830 kematian dan 99% terjadi pada negara berkembang. Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia berkisar diangka 303/100.000 KH (kelahiran hidup). Penyebab utama dari kematian ibu antara lain perdarahan, hipertensi, infeksi, dan penyakit penyerta lainnya yang diderita ibu sebelum masa kehamilan (Sumarni, 2023)¹

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2022 masih di kisaran 305 per 100.000 Kelahiran Hidup, sedangkan target AKI di Indonesia pada tahun 2024 yang ditentukan yaitu 183 per 100.000 KH, sehingga AKI masih terbilang tinggi. Kematian ibu di Indonesia didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu pendarahan, Hipertensi dalam Kehamilan (HDK) dan infeksi (Kemenkes RI, 2022).²

Prevalensi penyebab kematian ibu yang berkaitan langsung dengan kehamilan dikenal dengan sebutan Trias Klasik meliputi Perdarahan dengan persentase sebanyak (28%), eklampsia sebanyak (24%) dan infeksi sebanyak (11%). Selain itu kematian Ibu salah satunya akibat adanya suatu penyakit tertentu ataupun adanya komplikasi obstetric yang terjadi selama masa kehamilan (Arsita Eka, 2012).

Pada setiap masa kehamilan, tanda bahaya kehamilan bisa saja terjadi seperti pada trimester 1 tanda bahaya yang sering muncul adalah muntah yang berlebihan, demam tinggi dan perdarahan, sedangkan pada trimester ke 2 tanda bahaya yang muncul adalah tidak naiknya berat badan, gerak janin kurang, bengkak pada wajah, tangan dan kaki, dan pada trimester ke 3 tanda bahaya yang muncul seperti terjadinya kelainan letak pada janin, perdarahan pervaginam, serta pecah ketuban sebelum waktunya (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2016).

Penyebab utama kematian ibu adalah hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan pasca persalinan (post partum). Sedangkan, penyebab kematian pada kelompok perinatal disebabkan oleh komplikasi intrapartum sebanyak 28,3% dan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

sebanyak 19% (SRS, 2016). Ini menggambarkan bahwa kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan sangat menentukan persalinan dengan kondisi bayi yang dilahirkan.

Salah satu alat untuk meningkatkan pengetahuan ibu adalah adanya Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang mengandung muatan informasi tentang pengetahuan dan tanda-tanda bahaya kehamilan. (Cahyawati, 2020). Informasi yang terkait kehamilan seperti tanda bahaya selama kehamilan ini didapatkan saat melakukan kunjungan ANC (*Antenatal Care*) (Mwilike et al., 2018). Pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 6 kali selama kehamilannya, dengan distribusi waktu, 2 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (13-28 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (29-40 minggu).

Kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga dalam mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan akan menyebabkan keterlambatan dalam mencapai akses pelayanan kesehatan, sehingga menyebabkan kematian pada ibu. Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan Ibu adalah melalui pendidikan kesehatan / Health Education kepada ibu hamil yang tujuan dari penyuluhan tersebut agar ibu mengenali tanda bahaya tersebut sejak awal dan bias segera mencari pertolongan ke bidan, dokter, atau langsung ke rumah sakit untuk menyelamatkan jiwa ibu dan bayi.

Banyak Faktor eksternal dan internal yang menyebabkan hal tersebut terjadi mungkin kebiasaan, tingkat pendidikan, sosial, ekonomi yang bisa menimbulkan perbedaan pengetahuan, pendapat dan pola hidup (Mamuroh, Sukmawati, & Widiasih, 2019).

Berdasarkan latar belakang diatas, melakukan penelitian tentang Gambaran Keterpaparan Edukasi Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Luar Kehamilan Dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah ditemukan, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut :“Bagaimanakah Gambaran Keterpaparan Edukasi Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Luar Kehamilan Dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)”.

1.3 Tujuan

Tujuan Umum

Untuk mengetahui Gambaran Keterpaparan Edukasi Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Luar Kehamilan Dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT).

Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat
2. Merumuskan diagnosa yang terjadi pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat
3. Menetapkan rencana tindakan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat
4. Menetapkan tindakan asuhan yang disusun pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat
5. Melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat

Mendokumentasikan semua tindakan yang telah diberikan pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat

1.4 Manfaat Penelitian Penulisan Laporan

- 1 Dilakukannya pengkajian pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat
- 2 Dirumuskannya diagnosa yang terjadi pada pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat
- 3 Menetapkan rencana tindakan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat
- 4 Ditetapkannya tindakan asuhan yang disusun pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat
- 5 Dilakukannya evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat
- 6 Didokumentasikannya semua tindakan yang telah diberikan pada ibu hamil dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat

1.5 Ruang Lingkup

Kegiatan observasi dilaksanakan pada November 2024 yang dilakukan di RSUD Budi Kemuliaan. Topic penelitian ini adalah Studi Kasus: Gambaran Keterpaparan Edukasi Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Luaran Kehamilan Dengan Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT) serta pendokumentasian manajemen asuhan kebidanan menggunakan studi kasus yang mengacu pada pendokumentasian SOAP dengan Format Asuhan Kebidanan Kehamilan

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya (yang pada umumnya di dalam rahim). Kehamilan pada manusia berkisar 40 minggu atau 9 bulan, dihitung dari awal periode menstruasi terakhir sampai melahirkan. Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus, agar dapat berlangsung dengan baik kehamilan mengandung kehidupan ibu maupun janin. Resiko kehamilan ini bersifat dinamis, karena ibu hamil yang pada mulanya normal, secara tiba-tiba dapat berisiko tinggi (Maternity dan Putri, 2017). Kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu, trimester I berlangsung dalam 12 minggu, trimester II berlangsung 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester III berlangsung 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2011)

2.1.2 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda dan bahaya kehamilan merupakan gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan yang perlu diwaspadai. Kehamilan merupakan hal yang sehat. Namun kehamilan yang normal juga dapat berubah menjadi kehamilan yang tidak sehat atau bermasalah. Salah satu hal yang bisa dilakukan Ibu hamil untuk pendeteksian sejak dini tanda-tanda bahaya kehamilan dengan melihat adanya komplikasi mungkin terjadi selama kehamilan dengan cara memeriksakan kehamilan secara rutin (Alam, 2012).

Macam-macam tanda bahaya kehamilan diantaranya: perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, masalah penglihatan, bengkak pada muka dan tangan, nyeri perut yang hebat, gerakan janin berkurang atau menghilang, demam, mual muntah yang berlebihan, keluar cairan banyak per vaginam secara tiba-tiba (keluar air ketuban sebelum waktunya). Tanda-tanda bahaya kehamilan ini telah tercantum dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Ibu hamil yang mengalami tanda-tanda bahaya kehamilan harus segera menemui tenaga kesehatan terdekat. Jika tenaga kesehatan yang ditemui adalah bidan, ibu hamil akan mendapat

penanganan kegawatdaruratan dan segera dirujuk ke rumah sakit untuk penanganan lebih lanjut.

Pemeriksaan kehamilan adalah upaya preventif untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Sarwono, 2018). Masalah dan tanda bahaya pada kehamilan adalah gejala yang menunjukkan ibu dan bayi yang dikandungnya dalam keadaan bahaya atau kurang sehat. Jika ada masalah ini, sebaiknya ibu segera berkonsultasi dengan petugas medis. Jika perlu, lakukan pertolongan atau perawatan di rumah sakit. Setiap ibu hamil, keluarga, dan lingkungan sekitar perlu mengetahui dan mengenali gejala ini. Tujuannya, untuk menyelamatkan kesehatan serta jiwa ibu dan bayi yang dikandungnya (Rahmatia, 2017). Peran bidan sebagai educator dalam memberikan pendidikan tentang pengetahuan dan memotivasi ibu untuk mau membaca buku pedoman kehamilan atau buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) agar ibu lebih waspada terhadap tandatanda bahaya kehamilan.³

2.1.3 Tanda Bahaya Kehamilan Periode Trimester Kehamilan

- a. 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 terganggu (KET)³

- 1) Abortus

Abortus merupakan hasil konsepsi yang keluar terjadi saat usia kehamilan kurang dari 20 minggu serta berat janin kurang dari 500 gram. Secara umum ada lebih dari satu penyebab antara lain: faktor genetik, autoimun, kelainan anatomi/ kelainan kongenital uterus, infeksi, hematologik, defek fase luteal, serta lingkungan hormonal (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

- a) Abortus imminens atau abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus, ditandai perdarahan pervaginam, ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan. Diagnosis abortus iminens biasanya diawali dengan keluhan perdarahan pervaginam pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu. Penderita

mengeluh mulas sedikit atau tidak ada keluhan sama sekali kecuali perdarahan pervaginam (Saifuddin et al., 2016).

- b) Abortus insipiens Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam karum uteri dan daiam proses pengeluaran. Penderita akan merasa mulas karena kontraksi yang sering,dan kuat, perdarahannya bertambah sesuai dengan pembukaan serviks uterus dan umur kehamilan. Besar uterus masih sesuai dengan umur kehamilan dengan tes urin kehamilan masih positif (Saifuddin et al., 2016).
- c) Abortus inkompletus Batasan ini juga masih terpancang pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Sebagian jaringan hasil konsepsi masih tertinggal di dalam uterus di mana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kamm uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum. Perdarahan biasanya masih terjadi jumlahnya pun bisa banyak atau sedikit bergantung pada jaringan yang tersisa.
- d) Abortus komplet, semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, osteum uteri telah menutup, uterus sudah mengecil sehingga perdarahan sedikit. Besar uterus tidak sesuai dengan umur kehamilan.
- e) Missed abortion Penderita rnissed abortion biasanya tidak merasakan keluhan apa pun kecuali merasakan pertumbuhan kehamilannya tidak seperti yang diharapkan. Bila kehamilan di atas 14 minggu sampai 20 minggu penderita justeru merasakan rahimnya semakin mengecil.
- f) Abortus habitualis Abortus habitualis ialah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-rurur. Penderita abonus habitualis pada umumnya tidak sulit untuk menjadi hamil kembali, tetapi kehamilannya berakhir dengan keguguran/abortus secara berturut-turut. Bishop melaporkan kejadian abortus habitualis sekitar 0,41% dari seluruh kehamilan.

2) Mola hidatidosa

mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar di mana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vilus korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, mola hidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa milimeter sampai 1. atau 2 cm.

3) Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Kehamilan ektopik ialah suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri.

Lebih dari 95 % kehamilan ektopik berada di saluran telur (tuba Fallopii).

- b. Sakit kepala yang hebat 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 menyebabkan penglihatan kabur. Hal ini merupakan gejala dari preeklamsia dan jika tidak diatasi akan menyebabkan kejang, stroke, dan koagulopati.
- c. Penglihatan kabur Penglihatan kabur atau terbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat.
- d. Nyeri perut yang hebat Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang. Hal ini mungkin gejala utama pada kehamilan ektopik atau abortus.
- e. Pengeluaran lendir vagina Beberapa keputihan adalah normal. Namun dalam beberapa kasus, keputihan diduga akibat tanda-tanda infeksi atau penyakit menular seksual.
- f. Gerakan bayi berkurang Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah (Wenas et al., 2014).

- g. Perdarahan hebat Perdarahn masif atau hebat pada kehamilan muda.
- h. Bengkak pada wajah, kaki dan tangan Bengkak atau oedema adalah penimbunan cairan yang berlebih dalam jaringan tubuh. Ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang akan hilang setelah istirahat. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah istirahat dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemi, gagal jantung atau per- eklampsia (Palupi et al., 2012).
- i. Pengeluaran cairan pervaginam Yang dimaksud cairan di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi (Wenas et al., 2014)
- j. Kejang Menurut SDKI (2012) penyebab kematian ibu karena eklampsia (24%). 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 eklampsia (Saifuddin et al., 2016)

2.2 Oligohidramnion

2.2.1 Pengertian Oligohidramnion

Oligohidramnion adalah kondisi ibu hamil yang memiliki terlalu sedikit air ketuban, indeks AF kurang dari 5 cm. Diagnosis oligohidramnion sebagai tidak adanya kantong cairan dengan kedalaman 2-3 cm, atau volume cairan kurang dari 500 mL. Kejadian oligohidramnion adalah 60,0 % pada primigravida (Mohamed, 2015). Menurut Lumentut (2015) cairan ketuban merupakan prediktor janin terhadap persalinan, dan apabila menurun berkaitan dengan peningkatan resiko dari denyut jantung janin dan mekonium. Air ketuban berada di dalam kantong ketuban, mempunyai berbagai fungsi yaitu memungkinkan janin untuk bergerak bebas dan

perkembangan musculoskeletal, memelihara janin dalam lingkungan suhu yang relatif stabil, dan sebagai bantalan melindungi janin. Ketuban yang sedikit menyebabkan bayi tidak memiliki bantalan pada dinding rahim, karena ruang yang sempit pada rahim menyebabkan ruang gerak menjadi abnormal, selain itu menyebabkan terhentinya perkembangan paru (paru-paru hipoplasia).⁴

Bayi Anda membutuhkan cairan ketuban untuk tumbuh. Cairan encer ini berada di dalam kantung (selaput) ketuban. Bayi Anda berada dalam cairan ini selama masa kehamilan membantu melindungi bayi juga membantu paru-paru, ginjal, dan saluran gastrointestinal (GI) bayi tumbuh. Cairan tersebut diproduksi oleh paru-paru dan ginjal bayi Anda. Bayi Anda menelan cairan tersebut dan mengeluarkannya sebagai urine. Sisa cairan dikeluarkan melalui plasenta Anda.

Wanita hamil biasanya memiliki sekitar setengah hingga 1 liter (500 ml hingga 1.000 ml) cairan ketuban. Terlalu banyak atau terlalu sedikit cairan ketuban dapat menimbulkan masalah. Masalah ini dapat memengaruhi perkembangan bayi Anda. Masalah ini juga dapat menyebabkan komplikasi kehamilan. Atau jumlah cairan ketuban dapat menjadi tanda masalah lain.

2.2.2 Etiologi Oligohidramnion

Penyebab oligohidramnion adalah kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat, ketuban pecah, kehamilan lewat waktu, insufisiensi plasenta. Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih (Saifuddin, 2010). Kondisi ini dapat terjadi karena beberapa alasan karena tidak cukupnya produksi cairan atau bisa juga disebabkan oleh masalah yang menurunkan jumlah cairan. Oligohidramnion dapat disebabkan oleh hal-hal berikut :⁴

- a. Ketuban Anda pecah sebelum Anda mulai bersalin
- b. Pertumbuhan janin yang buruk
- c. Kehamilan Anda melewati tanggal jatuh tempo
- d. Cacat lahir (kemungkinan besar terjadi masalah ginjal dan saluran kemih)

Anda hamil dengan bayi kembar identik yang berbagi plasenta (disebut sindrom transfusi antar kembar)

2.2.3 Tanda Dan Gejala Oligohidramnion

Gejalanya dapat muncul sedikit berbeda pada setiap kehamilan. Gejalanya dapat meliputi:

- a. Kebocoran cairan ketuban, yang mungkin disebabkan oleh pecahnya kantung.
- b. Tidak cukup cairan ketuban yang terlihat pada USG
- c. Rahim lebih kecil dari yang diharapkan untuk usia kehamilan Anda
- d. Janin dapat teraba dengan mudah ketika dilakukan palpasi
- e. Tidak ada efek pantul (ballotement)
- f. Penambahan tinggi fundus uteri berlangsung lambat.
- g. Gejala dan tanda tersebut berdasarkan pada fakta bahwa cairan amnion yang ditemukan berada dibawah jumlah normal untuk usia kehamilan tersebut.

Penyedia layanan kesehatan dapat mendeteksi kondisi ini melalui USG selama kehamilan. Ia akan mengukur kantong cairan untuk memeriksa jumlahnya. USG dapat menunjukkan seberapa baik pertumbuhan bayi Anda. USG juga dapat menunjukkan struktur ginjal dan saluran kemih bayi Anda, serta menunjukkan urin di kandung kemih bayi Anda. Anda mungkin memerlukan jenis USG khusus (studi aliran Doppler) untuk memeriksa aliran darah melalui ginjal bayi Anda dan plasenta.

2.2.4 Tatalaksana Oligohidramnion

Penanganan akan bergantung pada gejala, kehamilan, dan kesehatan umum Anda. Penanganan juga akan bergantung pada seberapa parah kondisinya. Penanganan dapat meliputi:

- a. **Pemantauan.** Memantau secara ketat jumlah cairan ketuban.
- b. **Pemeriksaan rutin.** Penyedia layanan kesehatan mungkin ingin memeriksa Anda lebih sering.
- c. **Amnioinfusi.** Jika tanpa kelainan kongenital mayor dapat dicoba amnioinfusi. Dalam tes ini, cairan khusus dimasukkan ke dalam kantong ketuban. Hal ini dilakukan untuk menambah cairan. Anda mungkin memerlukan ini jika Anda sedang dalam proses persalinan dan ketuban Anda pecah. Anda tidak akan menjalani tes ini jika Anda tidak dalam proses persalinan.

- d. **Melahirkan bayi.** Jika masalah terlalu berisiko bagi Anda atau bayi Anda, Anda mungkin perlu melahirkan bayi lebih awal, Seksio sesarea atas indikasi obstetric atau deselerasi berulang setelah amnioinfusi
- e. Resusitasi jantung pulmoner untuk kemungkinan hipoplasia paru.

Induksi persalinan dan seksio sesarea dapat dilakukan untuk menghasilkan luaran perinatal yang lebih baik. Studi yang dilakukan oleh Rumah Sakit Sir Gangaram melaporkan sebanyak 68 % wanita menjalani persalinan pervaginam dengan diinduksi. Sementara itu, Manzanares et al melaporkan sebanyak 84% wanita menjalani kelahiran per vaginam dengan induksi persalinan oleh karena oligohidramnion dan 16 % dengan seksio sesarea.⁴

2.2.5 Komplikasi Oligohidramnion

Bayi Anda membutuhkan cairan ketuban agar paru-parunya dapat berkembang. Kekurangan cairan dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan perkembangan paru-paru bayi Anda menjadi tidak normal atau tidak sempurna. Kondisi ini disebut hipoplasia paru.

Terlalu sedikit cairan juga dapat menghambat pertumbuhan bayi Anda. Kondisi ini juga dapat menekan tali pusar. Hal ini dapat mencegah bayi Anda mendapatkan cukup oksigen dan nutrisi. Terlalu sedikit cairan juga dapat menyebabkan bayi Anda mengeluarkan mekonium (kotoran pertama) di paru-parunya.

Resiko yang terkait dengan oligohidramnion sering tergantung pada kehamilan. Cairan ketuban sangat penting untuk pengembangan otot, anggota badan, paru-paru, dan sistem pencernaan. Pada trimester kedua, bayi mulai bernapas dan menelan cairan untuk membantu paru-paru mereka tumbuh dan matang. Cairan ketuban juga membantu bayi mengembangkan otot dan anggota badan dengan menyediakan banyak ruang untuk bergerak. Jika oligohidramnion terdeteksi pada awal kehamilan, dapat terjadi komplikasi berupa :

- a. Kompresi organ janin yang mengakibatkan cacat lahir
- b. Meningkatkan angka keguguran/ lahir mati.

Jika oligohidramnion terdeteksi pada trimester kedua kehamilan, dapat terjadi komplikasi berupa *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR), Persalinan prematur. Dapat mengakibatkan hipoplasi pulmoner, karena kompresi akibat tidak adanya cairan, sehingga terjadinya inhalasi cairan yang menghambat pertumbuhan paru-paru dan terjadi defek paru intrinsik. Selama persalinan, oligohidramnion dapat menyebabkan kompresi tali pusat, cairan bercampur mekonium, denyut jantung janin abnormal dan kematian neonatal.

Prognosis janin buruk pada oligohidramnion dengan awitan dini dan hanya sebagian janin yang dapat bertahan hidup. Sering terjadi persalinan prematur dan kematian neonatus. Oligohidramnion berhubungan dengan pelekatan antara amnion dan bagian-bagian janin, serta dapat menyebabkan cacat serius yang berakhir dengan amputasi. Selain itu dengan tidak adanya cairan amnion, janin dapat mengalami tekanan dari semua sisi dan mengalami kecacatan pada muskuloskeletal seperti jari tabuh. Indeks cairan amnion yang kurang dari 5 cm setelah 34 minggu berkaitan dengan peningkatan resiko kelainan hasil akhir janin. Sebagai contoh, kehamilan dengan indeks cairan amnion intrapartum kurang dari 5 cm berisiko besar mengalami deselerasi denyut jantung janin variabel, sesar atas indikasi distress janin, dan skor Apgar menit 5 yang kurang dari 7.⁴

2.3 Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)

2.3.1 Pengertian

Pertumbuhan Janin Terhambat atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) merupakan kondisi penurunan kecepatan pertumbuhan janin, sehingga potensi pertumbuhannya tidak maksimal, berkaitan dengan peningkatan risiko kematian dan morbiditas, gangguan kognitif, serta memberikan risiko penyakit kronis tinggi saat dewasa. Kondisi PJT terlihat pada janin dengan berat lahirnya kurang dari sentil ke-10 menurut usia kehamilannya dan menunjukkan tanda-tanda hipoksia kronis atau malnutrisi (Hasan et al., 2019; Mohammad et al., 2018).

Berdasarkan data di Asia, kondisi PJT menunjukkan presentase 75% dari seluruh kasus, dimana diagnosis dini PJT sangat penting dan membantu mengoptimalkan perawatan janin-ibu antenatal dan perinatal. Ketebalan plasenta sekitar 3 cm pada

cukup bulan, namun terdapat hubungan antara PJT dengan ketebalan plasenta < 25 mm (cukup bulan) (Emam et al., 2020; Ganjoo et al., 2018; Kesavan & Devaskar, 2019). Secara sonografis, plasenta definitif terlihat saat usia kehamilan 12 minggu, dimana volume plasenta meningkat secara linier dengan pengukuran crown-rump length (CRL) dan berkorelasi dengan kadar hormon plasenta dalam serum ibu (Jabeen et al., 2023).

Bayi yang belum lahir dengan IUGR biasanya memiliki berat badan yang diperkirakan kurang dari persentil ke-10. Itu berarti berat badan mereka turun di bawah 90 persen bayi yang belum lahir dengan usia kehamilan yang sama. Mereka mungkin berukuran kecil secara proporsional (semua bagian tubuh bayi lebih kecil dari yang diharapkan) atau berukuran kecil secara asimetris (satu bagian tubuh bayi lebih kecil dari yang diharapkan). Bayi IUGR terkadang lahir prematur (sebelum 37 minggu kehamilan).

Bayi dengan IUGR memiliki risiko lebih besar dari biasanya untuk berbagai masalah kesehatan sebelum, selama, dan setelah kelahiran mereka. Masalah-masalah ini meliputi kadar oksigen rendah saat berada di dalam rahim, tingkat stres yang tinggi selama persalinan dan melahirkan, dan peningkatan risiko penyakit menular setelah kelahiran. IUGR juga meningkatkan risiko masalah pertumbuhan jangka panjang dan penyakit metabolik (sekelompok masalah kesehatan yang membuat anak-anak berisiko terkena penyakit kronis, seperti diabetes tipe 2 dan penyakit jantung).

Namun, tidak semua bayi yang beratnya berada di persentil^{ke} -10 mengalami komplikasi atau masalah terkait IUGR. Banyak bayi sehat yang lahir kecil karena orang tuanya bertubuh lebih kecil dari rata-rata

2.3.2 Etiologi Pertumbuhan Janin Terhambat

Pertumbuhan terbatas yang terkait dengan IUGR disebabkan oleh bayi yang tidak menerima cukup nutrisi dan oksigen di rahim untuk tumbuh pada tingkat normal. Banyak faktor yang dapat menyebabkan aliran nutrisi dan oksigen yang tidak mencukupi. Seperti yang ditunjukkan dalam daftar di bawah ini, faktor-faktor yang mungkin terbagi dalam tiga kategori utama: beberapa terkait dengan ibu, yang lain

terkait dengan bayi, dan yang lainnya terkait dengan kelainan pada plasenta dan/atau rahim.

- a. Faktor yang berhubungan dengan ibu : penyakit kronis yang memengaruhi jantung, paru-paru, ginjal, hati, atau darah ibu, seperti tekanan darah tinggi, diabetes parah, atau penyakit autoimun; kebiasaan merokok atau penyalahgunaan zat lainnya; paparan obat-obatan tertentu (seperti antikonvulsan tertentu); infeksi yang dapat menular ke bayi (seperti cytomegalovirus atau rubella)
- b. Faktor yang berhubungan dengan bayi: cacat lahir; kelainan kromosom atau genetik; infeksi; menjadi bagian dari kelahiran kembar, seperti kembar dua atau tiga
- c. Faktor yang berhubungan dengan plasenta/rahim: ukuran plasenta yang kecil; aliran darah abnormal melalui plasenta; fibroid rahim yang besar di belakang plasenta; massa plasenta (tumor jinak yang terdiri dari pengelompokan pembuluh darah yang abnormal); penyisipan tali pusat yang abnormal ke dalam plasenta; solusio plasenta (area plasenta yang terpisah dari rahim); rahim yang bentuknya abnormal.

2.3.3 Diagnosis Pertumbuhan Janin Terhambat

IUGR dapat terjadi kapan saja selama kehamilan. Alat utama yang digunakan untuk mendiagnosis kondisi ini adalah USG. USG memungkinkan dokter mengukur ukuran kepala, perut, lengan, dan kaki bayi Anda secara akurat. Pengukuran tersebut kemudian digunakan untuk menghitung perkiraan berat bayi, yang dibandingkan dengan grafik pertumbuhan berat rata-rata bayi pada usia kehamilan yang sama. Dimulai sekitar minggu ke-20, dokter akan memperkirakan ukuran bayi Anda pada setiap kunjungan pranatal. Dokter akan melakukan ini dengan mengukur jarak dari tulang kemaluan ibu ke ketinggian puncak rahim (fundus). Jika pengukuran tidak sesuai dengan jumlah minggu kehamilan, atau jika ibu mengalami kesulitan menambah berat badan, USG akan dilakukan untuk menentukan apakah bayi Anda mengalami IUGR.

Setelah IUGR didiagnosis, tes lain dapat dilakukan untuk mencoba menentukan penyebab kondisi tersebut. Jika diduga penyebabnya adalah infeksi ibu, misalnya, sampel darah ibu dapat diambil dan diuji untuk mengetahui tanda-tanda infeksi baru-baru ini. Dalam beberapa kasus, tes amniosentesis, yang dapat digunakan untuk mengevaluasi cairan ketuban untuk mengetahui tanda-tanda infeksi, mungkin direkomendasikan.

Untuk menentukan apakah IUGR terkait dengan kelainan genetik, citra USG anatomi bayi akan diperiksa secara saksama untuk mencari tanda-tanda cacat lahir, akan dirujuk ke konselor genetik, yang akan membahas pilihan untuk pengujian genetik.

Citra ultrasonografi juga digunakan untuk menentukan apakah terdapat terlalu sedikit cairan ketuban di sekitar bayi (kondisi yang dikenal sebagai oligohidramnion) atau apakah terdapat aliran darah abnormal dari tali pusat ke plasenta. Keduanya dikaitkan dengan perkembangan IUGR. Jenis ultrasonografi khusus yang dikenal sebagai aliran Doppler, yang mengukur kecepatan dan jumlah darah saat bergerak melalui pembuluh darah, dapat digunakan untuk menilai bagaimana bayi merespons secara internal terhadap hambatan pertumbuhan.

Laju pertumbuhan bayi (seberapa besar pertumbuhan bayi di antara kunjungan prenatal) akan dipantau secara ketat. Pemantauan ini sering kali membantu membedakan antara bayi yang lebih kecil dari rata-rata tetapi sehat dan bayi yang mengalami IUGR. Misalnya, jika pertumbuhan bayi terus meningkat di antara kunjungan prenatal, jika jumlah cairan ketuban normal, dan jika aliran darah ke plasenta normal, maka bayi cenderung tidak mengalami kondisi tersebut..

2.3.4 Tatalaksana Pertumbuhan Janin Terhambat

Pemantauan bayi secara berkala dengan ultrasonografi beresolusi tinggi. Untuk mengumpulkan informasi tambahan, teknologi lain dapat digunakan, termasuk ekokardiografi janin dan amniosentesis. Penanganan prenatal IUGR bergantung pada berbagai faktor, termasuk tingkat keparahan hambatan pertumbuhan bayi, waktu dimulainya IUGR selama kehamilan, kesehatan ibu, dan adanya cacat lahir atau kelainan genetik. Bayi dengan IUGR berisiko lebih tinggi mengalami kelahiran mati. Untuk mengurangi risiko ini, bayi Anda akan dipantau secara ketat.

Selain pemeriksaan USG rutin atau beberapa teknik berikut untuk memantau kehamilan Anda dan mengamati potensi masalah:

- a. **Menghitung tendangan janin.** Dokter mungkin meminta Anda untuk mencatat tendangan dan gerakan bayi Anda. Jika gerakan bayi Anda berubah secara signifikan, itu mungkin merupakan tanda bahwa bayi sedang stres.
- b. **Tes non-stres.** Untuk tes ini, monitor khusus dipasang di perut ibu untuk mendengarkan pola denyut jantung bayi. Perubahan tertentu pada denyut jantung bayi dapat menjadi tanda bahwa bayi sedang stres.

- c. **Profil biofisik.** Tes ini merupakan gabungan dari tes non-stres dan USG. Monitor detak jantung dipasang di perut ibu selama pemeriksaan USG, yang memungkinkan dokter mengamati detak jantung bayi saat bayi bergerak di dalam rahim. Dokter akan menggunakan tes ini, yang dapat berlangsung hingga 30 menit, untuk menentukan apakah bayi menerima cukup oksigen dari plasenta. Tes ini juga membantu menilai jumlah cairan ketuban yang mengelilingi bayi.
- d. **Studi aliran Doppler.** Aliran Doppler adalah jenis USG tertentu. Ia menggunakan gelombang suara untuk mengukur jumlah dan kecepatan darah saat bergerak melalui pembuluh darah. Dokter Anda akan menggunakan aliran Doppler untuk mengamati seberapa baik darah mengalir ke tali pusat. Tes ini juga akan memungkinkan dokter Anda untuk menilai aliran darah di otak, jantung, dan organ-organ lain bayi Anda.

Terkadang seorang ibu dapat mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan pertumbuhan bayinya yang belum lahir, seperti dengan berhenti merokok atau dengan mengonsumsi makanan yang lebih bergizi. Namun, dalam kebanyakan kasus, sang ibu tidak dapat memengaruhi pertumbuhan bayinya. Oleh karena itu, perawatan prenatal untuk IUGR difokuskan pada pemantauan ketat terhadap kehamilan. Tujuannya adalah untuk melanjutkan kehamilan selama mungkin dengan aman.

Dalam beberapa kasus, ibu dianjurkan untuk dirawat di rumah sakit. Hal ini memungkinkan bayi yang belum lahir untuk dipantau secara ketat. Jika IUGR membahayakan kesehatan bayi, persalinan dini mungkin diperlukan. Bayi dengan IUGR sering kali dilahirkan melalui operasi caesar, karena kondisi mereka yang lemah dapat membuat mereka sulit untuk menahan stres persalinan dan melahirkan.

2.3.5 Komplikasi Pertumbuhan Janin Terhambat

Prognosis jangka panjang untuk bayi dengan IUGR bergantung pada tingkat keparahan kondisi, alasan IUGR (seperti cacat lahir), dan usia bayi saat lahir. Semakin lama bayi berada di dalam rahim sebelum lahir, semakin kecil kemungkinan ia akan mengalami komplikasi.

Beberapa masalah kesehatan yang mungkin dialami bayi dengan IUGR setelah lahir adalah gula darah rendah, kesulitan mempertahankan suhu tubuh normal, kesulitan makan dan keterlambatan perkembangan saraf

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Metode penelitian merupakan Langkah-langkah yang dilakukan untuk mencapai informasi pokok, untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian pada permasalahan-permasalahan yang menjadi objek atau sasaran penelitian. Penelitian ini menggunakan metode Deskriptif dengan metode studi kasus, yaitu pendekatan yang dilakukan untuk mengetahui responden dalam memandang dunia dari segi perspektifnya, menurut pikiran dan perasaannya. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan Teknik observasi, wawancara serta studi dokumentasi. Berdasarkan pada uraian diatas penulis mencoba memilih menggunakan metode yang dianggap cocok dengan permasalahan ini yaitu menggunakan metode studi kasus yang menekankan aspek tertentu yang dikaji secara mendalam.

3.2 Lokasi dan Subjek Penelitian

Lokasi penelitian ini diambil di RSUD Budi Kemuliaan, Jakarta Pusat. Subjek penelitian sebanyak satu orang sumber data utama ini diperoleh melalui Teknik random sampling sederhana, yaitu sampel secara acak dari semua anggota populasi yang diberikan kesempatan sama untuk menjadi anggota sampel

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data yang relevan dengan masalah penelitian, maka perlu ditunjang oleh Teknik pengumpulan data yang tepat dan akurat, dimana yang satu dengan yang lainnya saling melengkapi. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah Teknik: observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

3.4 Pengelolaan dan Analisis Data

Mengolah data adalah menimbang, menyaring, mengatur dan mengaplikasikannya. Menimbang dan menyaring data berarti benar-benar memilih data secara hati-hati data yang relevan, tepat dan berkaitan dengan masalah yang diteliti. Mengalokasikan berarti menggolongkan, Menyusun dan mengelompokkan menjadi satu, kemudian klasifikasi dan kategori. Mengolah data adalah suatu usaha yang konkrit untuk membuat data “berbicara” oleh karena itu data terkumpul perlu diolah setelah itu mungkin sehingga menjadi konkrit.

BAB IV
LAPORAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1. Laporan Kasus

No. Registrasi : 0000705480
Nama Pengkaji : Bidan Ernawati
Hari /tanggal : Selasa / 8 – 10 - 2024
Waktu Pengkajian : 10.00 WIB
Tempat Pengkajian : RS Budi Kemuliaan

SUBJEKTIF

I. PENGKAJIAN DATA.

- Menerima pasien dengan rasa hormat
- Quick Check
 - * Sakit kepala hebat : Tidak ada
 - * Pandangan kabur : Tidak ada
 - * Nyeri ulu hati : Tidak ada
 - * Pengeluaran cairan pervaginam : Tidak ada
 - * Perdarahan pervaginam : Tidak ada
 - * Muntah berlebihan : Tidak ada
 - * Demam tinggi : Tidak ada
 - * Nyeri perut hebat : Tidak ada
 - * Pergerakan janin berkurang : Ya
 - * Keluhan Utama : Tidak ada

A. IDENTITAS

Nama lengkap : Ny. R S Nama Suami : Tn. H P
Usia : 32 tahun Usia : 30 tahun
Pekerjaan : Karyawan Swasta Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam Agama : Islam
Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA
Suku/Bangsa : Jawa Suku/Bangsa : Minang
Alamat rumah : Jl. Duri Mas 1 Blok A No. 29 B

B. RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

G1P0A0 :
HPHT : 21/1/2024
TP : 28/10/2024
Siklus haid : 28 hari
Pergerakan janin pertama kali : 18 minggu
Pergerakan janin selama 24 jam terakhir : < 10 kali
Obat yang dikonsumsi (termasuk jamu) : Tidak ada
Imunisasi TT : 2x
Kekhawatiran – kekhawatiran khusus : Tidak ada

C. RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS YANG LALU

No	Tgl/ Th Lahir anak	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan/ Penolong	Penyulit	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan Anak	Nifas
1.	Ini								

D. RIWAYAT KESEHATAN/PENYAKIT.

Riwayat kesehatan yang diderita sekarang / dulu:

Jantung : Tidak ada
Hipertensi : Tidak ada
Asma : Tidak ada
Hepatitis : Tidak ada
TBC : Tidak ada
DM : Tidak ada
Malaria : Tidak ada
HIV : Tidak ada
PMS : Tidak ada

Riwayat Penyakit Keluarga / keturunan

Hipertensi : Tidak ada
Asma : Tidak ada
DM : Tidak ada
Gemelli : Tidak ada

E. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Status Pernikahan

Suami ke : pertama

Istri ke : pertama

Lama Pernikahan : 1 tahun

Respon ibu/ keluarga terhadap kehamilan : Baik dan keluarga mendukung

Jenis kelamin yang diharapkan : Laki atau Perempuan yang penting
sehat

Bentuk dukungan keluarga : Suami mengantar pasien kontrol ke
Bidan

Adat istiadat yang berhubungan dengan kehamilan : Tidak ada

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Bersama dan kekeluargaan

Rencana Persalinan	
- Tempat Persalinan	: Puskesmas
- Penolong Persalinan	: Bidan
- Pendamping Persalinan	: Suami
Persiapan Persalinan	
Dana	: Suami
Donor	: Keluarga
Transportasi	: Keluarga
Riwayat KB terakhir	: Belum pernah
Jenis Kontrasepsi	: Belum pernah
Lama Penggunaan	: -

F. AKTIVITAS SEHARI - HARI

1. Nutrisi

Pola makan (frekuensi)	: 3x sehari
Jenis makanan yang dikonsumsi	: Nasi, lauk, sayur dan buah
Jenis makanan yang tidak disukai	: Tidak ada
Perubahan porsi makan	: Tidak ada
Alergi terhadap makanan	: Tidak ada
Pantangan makanan	: Tidak ada

2. Eliminasi

BAB	
-Frekuensi	: 2 hari 1x
-Konsistensi	: Lunak
BAK	
Frekuensi	: 5 – 6 x sehari
Warna	: kuning muda

3. Pola istirahat dan tidur

Tidur malam : pukul 21.00
Tidur siang : Tidak ada
Masalah : Tidak ada

4. Kebiasaan hidup sehari -hari

Obat – obatan/jamu : Tidak ada
Alergi terhadap obat : Tidak ada
Merokok : Tidak
Minuman beralkohol : Tidak
NAPZA : Tidak

5. Aktivitas sehari – hari : Bekerja karyawan mulai pukul 08.00 – 17.00

6. Hubungan seksual

Hubungan seks dalam kehamilan : jarang sekitar 2 minggu sekali
Keluhan : tidak ada
Masalah : Tidak ada

7. Personal hygiene

Mandi : 2x sehari
Ganti pakaian dalam dan luar : 2x sehari
Irigasi vagina : Tidak ada Frekuensi : -

O/ DATA OBJEKTIF.

A. KEADAAN UMUM

*	Kesadaran	: Compos mentis
*	Keadaan Emosional	: Stabil
*	Tanda vital	:
	Tekanan darah	: 150/90 mmHg
	Nadi	: 83 x/menit
	Pernapasan	: 20 x/menit
	Suhu	: 36,7 °C

B. ANTOPOMETRI

*	Berat badan sebelum hamil	: 60 kg
*	Tinggi badan	: 156 cm
*	Berat badan sekarang	: 73 kg
*	IMT	: 24,65 (dalam kategori normal)

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Kepala

Rambut	: kulit kepala bersih tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
Muka	:
Cloasma	: Tidak ada
Oedema	: Tidak ada
Mata	:
Konjungtiva	: Tidak pucat
Sklera	: putih bersih dan cerah
Hidung	:
Pengeluaran	: Tidak ada

Polip : Tidak ada
Telinga :
Kebersihan : bersih tidak ada pengeluaran
Mulut / gigi :
Stomatitis : Tidak ada
Gusi : Tidak bengkak
Caries : Tidak ada

2. Leher

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada
Pembesaran vena jugularis : Tidak ada

3. Dada

Retraksi dinding dada : Tidak ada
Bunyi pernapasan : Tidak ada
Bunyi jantung : Normal
Irama : Teratur
Payudara :
Bentuk : Normal simetris
Puting susu : Menonjol dan bersih
Aerola : Melebar dan menghitam
Pengeluaran : Belum ada
Benjolan : Tidak ada
Tanda – tanda retraksi : Tidak ada

Kebersihan : Bersih

Lain – lain :

4. Perut

Bekas luka operasi : Tidak ada

Bentuk perut : menonjol keatas

Kontraksi : Tidak ada

TFU (Mc. Donald) : 25 cm

Palpasi:

Leopold 1 : Teraba Lunak, bulat, dan tidak melenting di bagian fundus ibu

Leopold 2 : Teraba bagian-bagian kecil janin di sisi kiri perut ibu dan punggung janin di sisi kanan perut ibu

Leopold 3 : Teraba Bulat, keras dan melenting di bagian bawah perut ibu (konvergen)

Leopold 4 : Konvergen (5/5)

TBBJ (Johnson-Toshack) $(TFU - N) \times 155 = (25 - 13) \times 155 = 1860$ gram

Auskultasi

Punctum Maksimum : 3 jari dibawah pusat sebelah kanan perut ibu

DJJ : 142 x/menit

5. Extremitas:

Kuku	: Tidak Panjang dan bersih
Telapak tangan	: Kesemutan (-), kaku (-), bengkak (-), gatal (-)
Varices	: Tidak ada
Refleks patella	: +/+
Kaki Oedema	: -/-

6. Pinggang (Costo Vertebra Angel Tenderness) : -/-

D. PEMERIKSAAN GENETALIA

1. Pemeriksaan genetalia eksterna

Labia mayora	: tidak dilakukan
Labia minora	: tidak dilakukan
Urifisium uretra	: tidak dilakukan
Varices	: tidak dilakukan
Pengeluaran	: tidak dilakukan
Bau	: tidak dilakukan
Kelenjar skene	: tidak dilakukan
Kelenjar bartholin	: tidak dilakukan
Lain – lain	: tidak dilakukan

2. Pemeriksaan genetalia interna(bila ada indikasi)

Pemeriksaan dalam (**tidak dilakukan**)

Dinding vagina :

Serviks :

Pelvimetri kliniks

Promontorium :

Conjugata Diagonalis :

Linea Inominata :

Spina Isciadika :

Distansia Interspinarum :

Sacrum :

Arcus Pubis :

Kesan Panggul :

3. Anus (haemoroid) : tidak ada

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Laboratorium (tanggal 14 Mei 2024)

Darah Hb : 12,8 gr %

Gol.Darah : A

Rh : +

Urine

Protein : negatif

Glukosa : negatif

USG : ICA 8, gerakan kurang aktif, LTP, susp PJT

NST : CTG cat 1

II. INTERPRETASI DATA

G1P0A0 Hamil 38 minggu dengan IUGR, Oligohidramnion, LTP
Janin Tunggal Hidup Presentasi Kepala

III. MASALAH POTENSIAL

Ibu :

- HDK
- PEB

Janin :

- IUGR
- Asfiksia
- RDS

IV. TINDAKAN SEGERA

Terapi pematangan paru janin, kortikosteroid dexamethasone 2x6 mg/IV

V. PERENCANAAN

Tidak ada

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan Ibu dan janin dalam keadaan baik
2. Menjelaskan bahwa ketuban ibu sedikit, berat janin kurang dari usia kehamilannya, dan terdapat lilitan tali pusat, serta menjelaskan resiko dan terapi yang akan diberikan
3. Melakukan CTG ulang dan lapor dr. SpOG
4. Memberikan terapi cairan aminofluid 2x500 ml/12 jam
5. Observasi TTV, DJF, his
6. Menginformasikan tentang personal hygiene

7. Menginformasikan tentang pemenuhan kebutuhan hidrasi minum cukup air putih dan nutrisi yang bergizi
8. Menginformasikan tentang tanda-tanda bahaya kehamilan yaitu: sakit kepala yang hebat, pandangan kabur, sakit ulu hati, keluar air/darah dari kemaluan, Gerakan janin berkurang, demam.
9. Memberitahu ibu mengenai tanda-tanda persalinan seperti : Mulas semakin sering, keluar lendir bercampur darah dan keluar air-air.
10. Laporan hasil NST, KU, TTV, ke dr. SpOG

VII. EVALUASI

1. Hasil pemeriksaan TD: 155/90 mmHg, N: 78x/mnt, RR: 20x/mnt, S: 36,7°C, DJJ: 146x/mnt. Pasien dan suami mengerti
2. Pasien mengerti dengan keadaan kehamilan dan janinnya
3. Telah dilakukan CTG ulang dan telah dilaporkan ke dr. SpOG
4. Pasien telah diberikan terapi cairan untuk memenuhi nutrisi pasien
5. Hasil TTV telah dilaporkan ke dr. SpOG
6. Pasien bersedia menjaga kebersihan diri
7. Pasien bisa menyebutkan ulang tanda-tanda bahaya yang disebutkan
8. Ibu mengerti dan dapat mengulanginya kembali
9. Telah dilakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan dalam bentuk SOAP

4.2. Pembahasan

Asuhan kebidanan Ny. R usia 32 tahun G1P0A0 hamil 38 minggu dengan IUGR, oligohidramnion, LTP, janin tunggal hidup presentasi kepala. Data subjektif didapatkan ibu mengeluh janing tidak aktif

Data objektif didapatkan yaitu, BB: 73 kg, TB: 156 cm, IMT: 24 (normal), pemeriksaan fisik (Rambut: bersih), Muka: Cloasma: tidak ada, Oedema: tidak ada, Mata: Konjungtiva: tidak anemis, Sklera: tidak ikhterik, Hidung: Pengeluaran: tidak ada, Polip: tidak ada, Telinga: Kebersihan: kurang baik, Mulut/ gigi: Stomatitis: tidak ada, Gusi: Caries: ada (gigi geraham atas sebelah kiri). TFU (Mc. Donald): 25 cm, TBJ: 1860 gram, genitalia eksterna : dalam keadaan normal, anus : tidak ada hemorrhoid. Hasil pemeriksaan penunjang didapatkan Hb : 12,8 gr/dL, Gol.Darah : A +, Urine : Protein: - , Glukosa : -

Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan TFU 25 cm pada usia kehamilan 38 minggu , terdapat kesenjangan teori menurut Mc Donald yang menyebutkan jika usia kehamilan 38 minggu seharusnya TFU 33 cm diatas symphysis.³ Dan salah satu masalah potensial TFU yang tidak sesuai dengan kehamilan yaitu IUGR. Menurut Figueras dan Gardosi (2011) Bayi dapat diasumsikan mengalami IUGR jika hasil pengukuran kurang 3 cm dari normal, atau dari pengukuran berkelanjutan TFU tidak bertambah sesuai usia kehamilan , yang artinya bayi tidak bertambah besar sesuai masa kehamilan.³ Namun berdasarkan perhitungan taksiran besar janin dengan perhitungan Jhonson-Tousack didapatkan taksiran berat janin 1860 gr, dan hasil pemeriksaan USG yang dilakukan pada tanggal 14 oktober 2024 (3 hari sebelum ANC) TBJ 1520 , ICA: 20, hal ini sesuai dengan teori menurut WHO (*World Health Organization*) estimasi penambahan berat badan janin pada usia kehamilan 30 minggu yaitu 1300-1500 gr berat janin.⁷ Asuhan yang dapat dianjurkan kepada ibu yaitu untuk makan-makanan yang bernutrisi seperti sayur-sayuran hijau yaitu bayam merah, kacang- kacangan, dan mengkonsumsi vitamin FE dengan rutin.

Pada hasil pemeriksaan didapatkan bahwa ibu terdapat hipertensi. Dari hasil pemeriksaan umum pada keadaan umum dan kesadaran tidak terdapat masalah, begitu pula dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil hipertensi dengan 3x pengukuran tensi. Ibu telah melakukan pemeriksaan urine dan darah lengkap sebelumnya didapatkan semua hasilnya normal.

Memberikan KIE mengenai perawatan selama masa hamil, kebutuhan nutrisi, tanda-tanda persalinan, dan tanda bahaya kehamilan.⁶

Pada hasil pemeriksaan antropometri didapatkan berat badan saat ini 73 kg dan berat badan saat sebelum hamil 60 kg, IMT ibu dalam batas normal yaitu IMT 24 dalam pengkajian data subjektif bahwa ibu memiliki pola dan jenis makanan yang baik. Menurut (Rahmawati, 2021) kenaikan berat badan selama kehamilan berdasarkan IMT yaitu didapatkan hasil IMT ibu 24 maka proporsi kenaikan berat badan seharusnya 0,3 kg/minggu atau kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu dan sekitar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan janin sedangkan timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.³ Artinya ibu mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10,5 kg.

Pada hasil pemeriksaan kehamilan terdapat ketuban sedikit atau oligohidramnion dengan ICA 8. Menurut Lumentut (2015) cairan ketuban merupakan prediktor janin terhadap persalinan, dan apabila menurun berkaitan dengan peningkatan resiko dari denyut jantung janin dan mekonium. Pada kasus oligohidramnion penatalaksanaan perlu pemantauan cairan ketuban serta gerakan janin dan detak jantung janin untuk memantau keadaan janin. Terminasi kehamilan pada oligohidramnion, induksi persalinan dan seksio sesarea dapat dilakukan untuk menghasilkan luaran perinatal yang lebih baik. Studi yang dilakukan oleh Rumah Sakit Sir Gangaram melaporkan sebanyak 68 % wanita menjalani persalinan pervaginam dengan diinduksi. Sementara itu, Manzanares et al melaporkan sebanyak 84% wanita menjalani kelahiran per vaginam dengan induksi persalinan oleh karena oligohidramnion dan 16 % dengan seksio sesarea. Pada kasus ini pasien dirncanakan untuk persalinan secara *sectio cesarea*.

Pada kasus ini terdapat IUGR atau pertumbuhan janin terhambat berdasarkan hasil pemeriksaan objektif dan penunjang Bayi dengan IUGR memiliki risiko lebih besar dari biasanya untuk berbagai masalah kesehatan sebelum, selama, dan setelah kelahiran mereka. Masalah-masalah ini meliputi kadar oksigen rendah saat berada di dalam rahim, tingkat stres yang tinggi selama persalinan dan melahirkan, dan peningkatan risiko penyakit menular setelah kelahiran. IUGR juga meningkatkan risiko masalah pertumbuhan jangka panjang dan penyakit metabolik (sekelompok masalah kesehatan yang membuat anak-anak berisiko terkena penyakit kronis, seperti diabetes tipe 2 dan penyakit jantung).

Dalam kasus, ibu dianjurkan untuk dirawat di rumah sakit. Hal ini memungkinkan bayi yang belum lahir untuk dipantau secara ketat. Jika IUGR membahayakan kesehatan bayi, persalinan dini mungkin diperlukan. Bayi dengan IUGR sering kali dilahirkan melalui operasi caesar, karena kondisi mereka yang lemah dapat membuat mereka sulit untuk menahan stres persalinan dan melahirkan. Dan sebelum dilakukan terminasi dengan melakukan terpi pematangan paru dikarenakan pada janin yang mengalami IUGR organ paru-paru bayi belum berkembang secara optimal. Pada kasus ini telah dilakukan terapi pematangan paru dikarenakan dari hasil pemeriksaan janin terdapat pertumbuhan yang terhambat.

Pada hasil pengkajian data subjektif dan pemeriksaan fisik didapatkan kebersihan ibu yang baik, personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. Kehamilan merupakan suatu proses kehidupan seorang wanita, dimana dengan adanya proses ini terjadi perubahan-perubahan yang meliputi perubahan fisik, mental, psikologis dan sosial. Kesehatan pada ibu hamil untuk mendapatkan ibu dan anak yang sehat dilakukan selama ibu dalam keadaan hamil. Hal ini dapat dilakukan diantaranya dengan memperhatikan kebersihan diri (personal hygiene) pada ibu hamil itu sendiri, sehingga dapat mengurangi hal-hal yang dapat memberikan efek negatif pada ibu hamil, misalnya pencegahan terhadap infeksi. Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia). Hal ini juga berkaitan dengan persiapan ibu dalam proses menyusui, perawatan payudara sangat penting dilakukan selama masa kehamilan sampai masa menyusui.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Edukasi tanda bahaya kehamilan dengan oligohidramnion dan pertumbuhan janin terhambat merupakan cara yang efektif dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat terutama, persiapan kehamilan, untuk menciptakan generasi penerus yang berkualitas. Pengetahuan mempengaruhi calon ibu hamil dalam mempersiapkan kehamilan diantaranya adalah faktor pendidikan yaitu dengan pemberian materi pada pasangan prakonsepsi. Selain itu kurangnya pengetahuan dalam mempersiapkan kehamilan merupakan faktor yang penting sebelum kehamilan untuk mencapai kehamilan yang sehat.

Dalam asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. R usia 32 tahun pada tanggal 8 Oktober 2024 di Rumah Sakit Budi Kemuliaan dengan hasil pemeriksaan ditemukan masalah pergerakan janin tidak aktif dan oligohidramnion. Penatalaksanaan yang diberikan tidak terdapat kesenjangan teori seperti memberikan KIE tanda bahaya tentang pertumbuhan janin terhambat dan oligohidramnion dan kolaborasi dengan dr. SpOG.

5.2 Saran

1. Pihak Klien

- a. Pentingnya klien mengerti dan paham maksud dan tujuan Asuhan Kebidanan pada kehamilan di Rumah Sakit Budi Kemuliaan
- b. Mengedukasi klien untuk memenuhi nutrisi, konsumsi tablet tambah darah secara rutin, konsumsi asam folat, untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan ibu dan janin hingga saat persalinan, dan nifas berlangsung

2. Pihak Bidan, Pelayanan atau Mahasiswa

- a. Melalui tenaga kesehatan dari RS Budi Kemuliaan untuk melakukan penyuluhan pada wanita usia subur terkait status gizi pada catin dan ibu hamil
- b. Bidan harus memperdalam ilmu lagi mengetahui tentang hal-hal apa saja yang menjadi wewenangnya dan apa-apa saja yang tidak boleh untuk dilakukan dan tindakan apa saja yang harus melakukan penanganan segera maupun kolaborasi dengan dokter.
- c. Sebagai bidan senantiasa bersikap hati-hati dalam melakukan edukasi agar mudah dimengerti dan dapat meminimalisir perkataan / edukasi yang menyinggung klien

- d. Bidan harus lebih meningkatkan kemampuan dalam memberikan pelayanan yang baik dalam menangani permasalahan kehamilan tersebut sehingga ibu hamil merasa nyaman, aman dan tidak terintidasi dengan pelayanan yang diberikan.

3. Pihak Institusi Pendidikan

Pada pihak institusi pendidikan untuk meningkatkan praktik dalam konseling untuk lebih baik lagi, terutama pada pihak perpustakaan untuk menyediakan sumber-sumber yang dapat menunjang, seperti menyediakan buku-buku tentang prakonsepsi dan kehamilan

DAFTAR PUSTAKA

1. Yuni Sari Harum I. Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda-Tanda Bahaya Dalam Kehamilan Di Puskesmas Kota Bambu Utara, Jakarta Barat Tahun 2022. 2022;1–23.
2. Rainuny YR, Said FI, Joni YN. Gambaran pengetahuan ibu hamil tentang tanda dan bahaya kehamilan kesehatan Kota Jayapura menunjukkan kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten. 2024;
3. Zaitun, Salamah. Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Pemanfaatan Buku KIA Tahun 2024 The Relationship Between Pregnant Women's Knowledge About Danger Signs of Pregnancy and the Use of KIA Books in 2024. *J Healthc Technol Med.* 2024;10(1):2615–109.
4. Stanford Medicine Children's Health. Oligohidramnion [Internet]. 2024. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=oligohydramnios-134-597>

Lampiran 1

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan	Ket
1	Pembuatan proposal	Oktober 2023	
2	Pembagian kerja tim	Oktober 2023	
3	Presentasi proposal	Oktober 2023	
4	Pelaksanaan penelitian	November 2023	
5	Analisis data	November 2023	
6	Penyusunan laporan	November 2023	
7	Desiminasi hasil penelitian	November 2023	

Lampiran 2

No	Nama Tim Peneliti	Kedudukan	Uraian Tugas	Ket
1	Ernawati, SST, MKM	Ketua peneliti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyusun proposal dan laporan penelitian 2. Mencari tempat publikasi 3. Melakukan publikasi penelitian 	
2	dr.M Baharuddin, SpOG, MARS	Anggota I	Monitoring	
3	Dwi Ratna Prima, SST, M.Keb	Anggota II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempersiapkan jurnal pembahasan dan analisis hasil penelitian 2. Pengambilan data tabulasi data 3. Menyusun pembahasan 4. Mencari jurnal sesuai dengan data penelitian 	