**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN IUFD *(INTRA UTERIN FETAL DEATH)* DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI**

**BANTUL YOGYAKARTA**

**STUDI KASUS**

Laporan Komprehensif Disusun Sebagai Persyaratan Penyusunan Studi Kasus

Guna Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alma AtaYogyakarta



**Disusun Oleh:**

**Nurdiani**

**120200625**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**

**UNIVERSITAS ALMA ATA**

**YOGYAKARTA**

**2016**

**PERSETUJUAN PEMBIMBING**

**STUDI KASUS**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN IUFD *(INTRA UTERIN FETAL DEATH)* DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI**

**BANTUL YOGYAKARTA**

**Disusun Oleh:**

**Nurdiani**

**120200625**



**Pembimbing I**

**Arantika Meidya Pratiwi S.ST., M.Kes** ...........................................

Tanggal...........................................

**Pembimbing II**

**Farida Aryani, S.ST.** ...........................................

Tanggal...........................................

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Ilmu Kebidanan

Universitas Alma Ata

Siti Nurunniyah, S.ST., M.Kes.

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN IUFD (INTRA UTERIN FETAL DEATH) DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI**

**BANTUL YOGYAKARTA**

**Nurdiani**1, **Arantika Meidya Pratiwi**2, **Farida Aryani**3

**INTISARI**

**Latar Belakang:**. Angka Kematian Bayi dan Balita di KabupatenBantul pencapaian ada kecenderungan menurun namun masih diatas target provinsi, pada tahun 2010 AKB sebesar 16.8 /1000 KH (433 kasus) dan pada tahun 2011 menjadi 12.1 /1000 KH (314 kasus) dan pada tahun 2012 AKB sebesar 9.0/1000 KH (118 kasus), hal ini terus diupayakan untuk terjadi penurunan, terutama pada usia neonatal dan IUFD (*Intra Uteri Fetal Death*). Penyebab kematian bayi yang terjadi di Kabupaten Bantul diantaranya: pneumonia 8, diare 13, kelainan saluran cerna 0, tetanus, 0, kelainan saraf 1, lain-lain 45. Upaya yang dilakukan dalam rangka penurunan jumlah kematian ibu, bayi dan anak ini Kementrian Kesehatan termasuk didalamnya BKKBN, menggalakkan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

**Tujuan:** Mampu memberikan asuhan kebidanan Ibu Hamil dengan IUFD *(Intra Uterin Fetal Death)* di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

**Hasil:** Kasus Ny.S data Subyektif yang di temukan adalah ibu mengatakan tidak ada gerakan janin. Data Objektif pada Ny.S adalah tekanan darah : 110/70 mmHg, Suhu: 370C,Nadi: 80 x/ menit. Respirasi: 20 x/ menit, HB: 10 gr%, hasil USG DJJ (-), gerakan janin (-). Diagnosa kebidanan Ny. S janin tunggal, intra uterine dengan IUFD dengan masalah yaitu terjadinya perdarahandan tidak merasakan gerakan janin sejak hari senin tanggal 24 Agustus sehingga ibu cemas terhadap kehamilannya. Tindakan segera dilakukan yaitu kolaborasi dengan dr, SpOG untuk pemberian terapi dan melakukan tindakan sesuai dengan advice dokter yaitu: Induksi persalinan dengan pemberian misoprostol oral 200 mg/12 jam Pantau TTV dan pembukaan setiap 4 jam. Perencanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan penjelasan hasil tindakan, melaksanakan advice dokter, memberikan dukungan moral Pada kasus ibu hamil Ny. S penatalaksanaan telah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.

**Kesimpulan:** Pada kasus Ny. S evaluasi yang diperoleh adalah ibu dan keluarga telah mengerti tentang semua yang telah dijelaskan dan telah dilaksanakan advice dokter yaitu: Misoprostol oral 200 mg/ 12 jam telah diberikan pada ibu jam 05.00 WIB. Telah dilakukan pemantauan TTV dan pembukaan setiap 4 jam

**Kata Kunci:** Asuhan Kebidanan, IUFD

1Mahasiswi Prodi D3 Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta

2Dosen Prodi D3 Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta

3Dosen Prodi D3 Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta

**THE CARE OF OBSTETRICS FOR PREGNANT WOMEN WITH IUFD ( INTER UTERIN FETAL DEATH IN RSUD PANEMBAHAN SENOPATI**

**BANTUL YOGYAKARTA**

Nurdiani1, Arantika Meidya Pratiwi2, Farida Aryani3

**ABSTRACT**

**Background:** Infant mortality rate and babies in kabupatenbantul achievement there is a tendency declining but still up the target provincial in 2010 imr of 16.8 / 1,000 kh (433 cases) and in 2011 be 12.1 / 1,000 kh ( 314 cases ) and in 2012 imr of 9.0 / 1,000 kh (118 cases), this keep efforts should be made to decline, especially at the age of neonatal and iufd (inter uteri fetal death. Cause of death baby what occurs in kabupaten bantul of them: pneumonia 8, diarrhea 13, abnormality gastroduodenal 0, tetanus, abnormality nerve 1, others 45. The efforts made in order the number of maternal mortality, infants and children this ministry of health which included BKKBN, promoting the planning childbirth and prevention complication (p4k)

**Purpose:** able to provide the care of obstetrics pregnant women with iufd ( inter uterin fetal death) in RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta

**Result:** cases Mrs.S data subjective who found was the mother said there was no the movements of the fetus. Data objective in Mrs.S is blood pressure: 110 / 70 mmhg, temperature: 370c, pulse: 80 x / minute. Respiration: 20 x / minutes, hb: 10 gr %, the results of ultrasound djj ( - ); the movements of the fetus ( -), The diagnosis obstetrics mrs. S a fetus single, inter uterine with iufd with a problem that is the perdarahandan did not feel the movements of the fetus from monday 24th August that she sought for against her pregnancy. Immediate action is collaboration with dr, spog for the provision of therapy and do the act of in accordance with advice doctor: induction childbirth by the provision of misoprostol an oral 200 mg / 12 hours observation ttv and opening every 4 hours. Planning provided was describing the results of examination explanation the results of the act of, implement advice doctor, provide moral support in the case of pregnant women mrs.S implementation was undertaken in accordance with the planning has been made.

**Conclusion:** in the case of mrs. S evaluation obtained was mothers and families had understood about all the has been discussed and has been implemented advice doctor: misoprostol an oral 200 mg / 12 hours has been given to mother hours 5 am wib

Have done to monitor ttv and opening every 4 hours

Password: Care Midwifery; IUFD

1. Student Prodi D3 Obstetrics University Alma Ata Yogyakarta
2. Lecture Prodi D3 Obstetrics University Alma Ata Yogyakarta
3. Lecture Prodi D3 Obstetrics University Alma Ata Yogyakarta
4. **Latar Belakang**

Indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat salah satunya adalah Angka Kematian Bayi (AKB). AKB adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Usia bayi merupakan kondisi yang rentan baik terhadap kesakitan maupun kematian(Kemenkes RI, 2012).

Angka Kematian Bayi diklasifikasikan menjadi empat kelompok yaitu dikatakan rendah jika AKB <20 per 1.000 kelahiran hidup, sedang 20-49 per 1.000 kelahiran hidup, tinggi 50-99 per 1.000 kelahiran hidup, dan sangattinggi jika AKB di atas 100 per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2010, lima negara ASEAN yaitu Singapura, Malaysia, Brunei Darussalam, Thailand dan Vietnam termasuk negara dengan Angka Kematian Bayi rendah. Empat negara yaitu Filipina, Indonesia, Laos dan Kamboja termasuk kelompok negara yang memiliki AKB sedang, sementara Myanmar masuk dalam kelompok negara yang memiliki Angka Kematian Bayi tinggi(Depkes RI, 2013).

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup menurun dari 20 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2007 dan 23 per 1000 kelahiran hidup berdasarkan hasil SDKI 2002. Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 56% kematian bayi (Kemenkes RI, 2014)

AKB tertinggi terdapat di Provinsi Papua Barat sebesar 74 per 1.000 kelahiran hidup, diikuti oleh Gorontalo sebesar 67 dan Maluku Utara sebesar 62 per 1.000 kelahiran. Terdapat 27% provinsi (9 provinsi) menunjukkan peningkatan kematian bayi antara tahun 2007-2012 yaitu Aceh, Jateng, Yogyakarta, Kalteng, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua (Kemenkes RI, 2012).

Angka Kematian Bayi (AKB) di D.I. Yogyakarta menurut hasilSurvei Demografi dan Kesehatan (SDKI) tahun 2012 menunjukkan bahwa Angka Kematian Bayi di DIY mempunyai angka yang relatif lebih tinggi, yaitu sebesar 25 per 1.000 kelahiran hidup (taget *MDG’s* sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015). Apabila melihat angka hasil SDKI 2012 tersebut, maka masalah kematian bayi merupakan hal yang serius yang harus diupayakan penurunannya agar target *MDG’s* dapat dicapai (Dinkes DIY, 2013).

Penyebab kematian bayi di Yogyakarta diantaranya pneumonia 16%, Diare 12%, Kelainan saluran cerna 3%, tetanus 0%, kelainan syaraf 1%, lain-lain 68%. Hal ini disebabkan karena permasalahan yang kompleks menyangkut aspek medis yang harus ditangani oleh tenaga kesehatan, sedangkan aspek non medis merupakan penyebab mendasar seperti status perempuan, sosial budaya, pendidikan, ekonomi, geografis, transportasi yang memerlukan keterlibatan lintas sektor dalam penanganannya. Target yang harus dicapai tahun 2015 di Yogyakarta AKB 8,5/1000 kelahiran hidup. Perlu ekstra kerja keras dan kerja cerdas untuk mencapai target tersebut (Dinkes DIY, 2013).

Angka Kematian Bayi dan Balita di KabupatenBantul pencapaian ada kecenderungan menurun namun masih diatas target provinsi, pada tahun 2010 AKB sebesar 16.8 /1000 KH (433 kasus) dan pada tahun 2011 menjadi 12.1 /1000 KH (314 kasus) dan pada tahun 2012 AKB sebesar 9.0/1000 KH (118 kasus), hal ini terus diupayakan untuk terjadi penurunan, terutama pada usia neonatal dan IUFD (*Intra Uteri Fetal Death*). Penyebab kematian bayi yang terjadi di Kabupaten Bantul diantaranya: pneumonia 8, diare 13, kelainan saluran cerna 0, tetanus, 0, kelainan saraf 1, lain-lain 45(Dinkes Kab Bantul, 2013).

Upaya yang dilakukan dalam rangka penurunan jumlah kematian ibu, bayi dan anak ini Kementrian Kesehatan termasuk didalamnya BKKBN, menggalakkan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang merupakan kegiatan peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi pada ibu hamil, termasuk perencanaan pemakaian alat kontrasepsi pasca persalinan (DinkesDIY, 2013).

Bidan sebagai profesi tenaga kesehatan berperan dalam proses pembangunan kesehatan, khususnya ikut meningkatkan derajat kesehatan bagi ibu dan bayi. Sesuai kompetensi bidan ke-6 bahwa bidan memberikan asuhan pada pada bayi baru lahir. Selain itu Bidan mempunyai tugas meningkatkan sumber daya manusia melalui perannya sebagai pelaksana untuk memberikan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen kebidanan secara langsung pada klien berdasarkan standar fungsi mandiri, fungsi kolaborasi dan fungsi rujukan (Mufdlilah, 2008).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta diketahui bahwa selama tahun 2014 terdapat 117 ibu hamil dengan IUFD dari 1250 persalinan selama tahun 2014. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan IUFD *(Intra Uterin Fetal Death)* dengan mengunakan pendekatan manajemen kebidanan, menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus nyata di lapangan.

1. **Tujuan Studi Kasus**

Mampu memberikan asuhan kebidanan Ibu Hamil dengan IUFD *(Intra Uterin Fetal Death)* di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta.

1. **Bahan dan Metode**

Studi kasus ini menggunakan tehknik observasional deskriptif dengan pndekatan studi kasus. Observasi ini telah dilaksanakan di RSUD senopati bantul. Subyek dalam studi kasus ini adalah ibu yang dirawat inap di bangsal alamanda dengan IUFD. Jenis data dalam studi kasus ini adala data primer dan data sekunder alat pengumpulan data menggunakan format pengkajian riwayat persalinan, catatan pasien, alat tulis, alat untk pemeriksaan fisik, dokumentasi yang ada di RSUD panembahan senopati bantul seperti : rekam medis dan status pasien saat dirawat, pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini menggunakan tekhnik wawancara dan observasi. Etika dalam penulisan menggunakan informed consent, menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian dan akan mempertimbangkan kerugian yang ditimbulkan.

1. **Hasil Penelitian dan Pembahasan**

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan yang ada antara teori dengan praktek yang ada dilahan. Penulis menggunakan manajemen kebidanan dengan tujuh langkah dari Varney maka pembahasan akan diuraikan langkah demi langkah sebagai berikut :

1. **Pengkajian**

Menurut Winkjosastro (2009), pada 25-60% kasus penyebab kematian janin tidak jelas. Kematian janin dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal, atau kelainan patologik plasenta.Faktor maternal antara lain adalah postterm (>42 minggu), diabetes mellitus tidak terkontrol, sistemik lupus eritematosus, infeksi IUFD, pre-eklamsia, eklamsia, hemoglobinopati, umur ibu tua, penyakit rhesus, rupture uteri, antifosfolipid sindrom, hipotensi akut ibu, kematian ibu.Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dandiukur oleh tenaga kesehatan yang meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaansistematis (Nursalam, 2004). Data objektif yang di dapat pada ibu Ny S adalah, tekanan darah:130/90 mmHg. Suhu: 36,50C. Nadi: 82 x/ menit. Respirasi: 22 x/ menit. HB: 10 gr%.

1. **Interpretasi Data**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar di atas data yang telah dikumpulkan yaitu dengan diagnosa kebidanan (Varney, 2007).Diagnosakebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Salmah, 2006).Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian yang menyertai diagnosa (Varney, 2007).

Menurut Varney (2007),interpretasi data (data dari hasil pengkajian) mencangkup diagnosa masalah dan kebutuhan. Masalah yang muncul pada ibu dengan IUFD adalah kecemasan terhadap keadaan yang dialami ibu karena kehilangan bayinya.Kebutuhan yang diberikan pada ibu menurutVarney (2007) adalah :informasi tentang keadaan ibu, informasi tentangtindakan yang akan dilakukan oleh bidan, dorongan moril dari keluarga dantenaga kesehatan, pemulihan paska melahirkan.

Menurut Norwitz (2008), diagnosis kematian janin dalam rahim meliputi: Gejala jika kematian janin terjadi terjadi di awal kehamilan, mungkin tidak akan ditemukan gejala kecuali berhentinya gejala-gejala kehamilan yang biasa dialami (mual, sering berkemih, kepekaan pada payudara). Di usia kehamilan selanjutnya, kematian janin harus dicurigai jika janin tidak bergerak dalam jangka waktu yang cukup lama. Tanda-tanda ketidakmampuan mengidentifikasi denyut jantung janin pada kunjungan ANC (*antenatal care*) setelah usia gestasi 12 minggu atau tidak adanya pertumbuhan uterus dapat menjadi dasar diagnosis. Pada pemeriksaan laboratorium terjadi penurunan kadar gonadotropin korionik manusia (*Human Chorionic Gonadotropin* atau HCH) mungkin dapat membantu diagnosis dini selama kehamilan. Pada pemeriksaan radiologis.Secara historis, foto rontgen abdominal digunakan untuk mengkonfirmasi IUFD. Tiga temuan sinar X yang dapat menunjukkan adanya kematian janin meliputi penumpukan tulang tengkorak janin (tanda spalding), tulang punggung janin melengkung secara berlebihan dan adanya gas didalam janin. Meskipun demikian, foto rontgen sudah tidak digunakan lagi. USG saat ini merupakan baku emas untuk mengkonfirmasi IUFD dengan mendokumentasikan tidak adanya aktifitas jantung janin setelah usia gestasi 6 minggu. Temuan sonografi lain mencakup edema kulit kepala dan maserasi janin

Diagnosa kebidanan yang diperoleh adalah padaNy S dengan IUFDyaitu tidak ada gerakan janin.Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dalam teori terdapat informasi yang harus diberikan kepada pasien mengenai IUFD yang terjadi, namun dalam pelaksanaan peneliti tidak melakukan pemberian informasi karena ibu telah mengerti mengenai apa yang terjadi pada dirinya.

1. **Diagnosa Potensial**

Menurut WHO dan The *American College of Obstetricians and Gynecologists* yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalamrahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi (Winkjosastro, 2009).Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, atau akibat infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya sehingga tidak diobati (Saifuddin,2008).

Langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosa yang sudah diidentifikasi oleh karena itu kita membutuhkan antisipasi pencegahan serta pengawasan pada ibu hamil dengan hipertensi(Varney, 2007).Menurut Norwitz (2008), sekitar 20-25% dari ibu yang mempertahankan janin yang telah mati selama lebih dari 3 minggu maka akan mengalami koagulopati intravaskuler diseminata (*Disseminated Intravascular Coagulopathy* atau DIC) akibat adanya konsumsi faktor-faktor pembekuan darah secara berlebihan.Pada kasus diagnosa potensial tidakmuncul.Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjanganantara teori dan kasus yang ada dilahan.

1. **Antisipasi/Tindakan segera**

Penanganan segera pada kasus ini adalah melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain seperti dokter obgyn untuk mencegah terjadinya komplikasi hipertensi lebih lanjut, kolaborasi dengan dokter obgyn untuk mengetahui untuk mendeteksi perkembangan penyakit agar tidak menimbulkan bentuk kelainan (Saifuddin, 2010).

Menurut Winkjosastro (2009), Upaya mencegah kematian janin, khususnya yang sudah atau mendekati aterm adalah bila ibu merasa gerakan janin menurun, tidak bergerak atau gerakan janin terlalu keras, perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi. Perhatikan adanya solusio plasenta.Pada gemeli dengan TT (*twin to twin transfusion*) pencegahan dilakukan dengan koagulasi pembuluh anastomosis.Pada kasus NY Syaitu kolaborasi dengan dokter obgyn untuk proses persalinan.

1. **Perencanaan**

Menurut Saifuddin (2010), dalam membuat rencana tindakandiusahakan untuk memberikan kenyamanan pada ibu dan disisi lain bidandapat melakukan observasi dan pengobatan sebagai berikut : lakukanpemeriksaan kelengkapan plasenta, berikan antibiotik yang adekuat, berikanuterotonik, oksitosin atau metergin, lakukan eksplorasi digital (bila serviksterbuka) dan berikan ibu dukungan moril.

Pada kasun Ny S perencanaan yang dilakukan adalah melakukan observasi dengan memantau keadaan umum dan vital sign, melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn untuk pemberian terapi dan infus dan dukungan moral.

1. **Pelaksanaan/ Implementasi**

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Implementasi dilaksanakan oleh semua bidan atau sebagian lagi oleh klienatau anggota tim kesehatan lainnya (Varney, 2007). Pelaksanaan dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat yaitu memantau keadaan umum , menjelaskan keadaan dan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.Melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn.

Menurut Winkjosastro (2009), Upaya mencegah kematian janin, khususnya yang sudah atau mendekati aterm adalah bila ibu merasa gerakan janin menurun, tidak bergerak atau gerakan janin terlalu keras, perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi. Perhatikan adanya solusio plasenta.Pada gemeli dengan TT (*twin to twin transfusion*) pencegahan dilakukan dengan koagulasi pembuluh anastomosis.

Tanggal 26 Agustus 2015 Pukul: 05.11 WIB

1. Menjelelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan ibu dan janin, bahwa ibu dalam keadaan baik dengan hasil pemeriksaan tanda vital: TD: 130/90 mmHg, Suhu: 36,50c, Respirasi: 22x/m, Nadi: 82x/m. Namun janin ibu telah meninggal di dalam kandungan ditandai dengan tidak adanya gerakan janin yang dirasakan ibu dan hasil USG menunjukkan tidak ada denyut jantung janin (DJJ).
2. Memberitahukan kepada ibu dan keluarga bahwa janin harus segera dilahirkan agar tidak menjadi toksin di dalam tubuh ibu. Memberitahukan bahwa dokter akan melakukan induksi peralinan agar janin dapat segera dilahirkan.
3. Meminta ibu atau keluarga untuk mendatatanggani inform consent.
4. Melaksanakan advice dokter meliputi :
5. Memberikan misoprostol oral 200 mg/12 jam
6. Memantau TTV dan pembukaan setiap 4 jam
7. Memberikan dukungan moral padaibu dan keluarga, agar ibu dan keluarga dapat menerima dengan ikhlas dan tabah dalam menghadapi permasalahan ini. Menganjurkan ibu agar tidak terlalu khawatir karena ibu masih bisa hamil kembali setelah kehamilan ini.

 Pada langkah inplementasi data pada kasus Ny. S dengan IUFD, dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang ada di lahan.

1. **Evaluasi**

Pada langkah ini keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah (Varney, 2007).

1. Ibu telah mengerti tentang keadaan bayi dan janin nya. Ibu mengatakan menerima keadaan ini.
2. Ibu dan keluarga mengerti penjelasan dari bidandan bersedia dilakukan tindakan sesuai advice dokter.
3. Ibu telah mendatatanggani inform consent
4. Telah dilaksanakan advice dari doktermeliputi :
5. Misoprostol oral 200 mg/12 jamtelah diberikan kepada ibu jam 05.00 WIB
6. Telah dilakukan pemantauaan TTV dan pembukaan setiap 4 jam.
7. Telah diberikan dukungan moral kepada ibu dan keluarga. Ibu mengatakan menerima dengan ikhlas keadaan ini.

Pada langkah evaluasi, data pada Ny. S dengan IUFD dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek yang ada di lahan.

1. **Kesimpulan dan Saran**

Kesimpulan studi kasus ini adalah pada kasus Ny.S data Subyektif yang di temukan adalah ibu mengatakan tidak ada gerakan janin. Data Objektif pada Ny.S adalah tekanan darah : 110/70 mmHg, Suhu: 370C,Nadi: 80 x/ menit. Respirasi: 20 x/ menit, HB: 10 gr%, hasil USG DJJ (-), gerakan janin (-). Pada kasus ibu hamil dengan IUFD didapatkan diagnosa kebidanan Ny. S janin tunggal, intra uterine dengan IUFD dengan masalah yaitu terjadinya perdarahandan tidak merasakan gerakan janin sejak hari senin tanggal 24 Agustus sehingga ibu cemas terhadap kehamilannya. Pada kasus Ny S tidak muncul diagnosa potensial karena adanya kecepatan dan kesigapan tenaga kesehatan dalam menangani kasus yang sedang terjadi pada Ny. S. Pada kasus Ny.S tindakan segera dilakukan yaitu kolaborasi dengan dr, SpOG untuk pemberian terapi dan melakukan tindakan sesuai dengan advice dokter yaitu: Induksi persalinan dengan pemberian misoprostol oral 200 mg/12 jam Pantau TTV dan pembukaan setiap 4 jam. Pada kasus Ny. S perencanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan penjelasan hasil tindakan, melaksanakan advice dokter, memberikan dukungan moral Pada kasus ibu hamil Ny. S penatalaksanaan telah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Pada kasus Ny. S evaluasi yang diperoleh adalah ibu dan keluarga telah mengerti tentang semua yang telah dijelaskan dan telah dilaksanakan advice dokter yaitu: Misoprostol oral 200 mg/ 12 jam telah diberikan pada ibu jam 05.00 WIB. Telah dilakukan pemantauan TTV dan pembukaan setiap 4 jam.

Saran dalam studi kasus ini adalah Studi kasus ini diharapkan dapat menambah informasi dan menambah wawasan tentang ilmu kebidanan khususnya kesehatan ibu mengenai asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan IUFD. Studi kasus ini diharapkan dapat menjadi masukan maupun evaluasi terhadap program pelayanan kesehatan khususnya mengenai asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan IUFD. Studi kasus ini diharapkan dapat menjadi masukan terhadap bidan sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya yang berhubungan dengan asuhan kebidanan ibu hamil dengan IUFD. Studi kasus ini diharapkan dapat menambah wawasan untuk pasien masa hamil sehingga memberikan motivasi untuk meningkatkan pengetahuan bagaimana mencegah agar tidak terjadiIUFD pada ibu hamil. Studi kasus ini diharapkan dapat sebagai bacaan serta reverensi tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan IUFD di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan wacana bagi peneliti selanjutnya mengenai asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan IUFD

**Daftar Pustaka**

Abidin, D. 2009. *Pentingnya Tangis Pertama Bayi*. generasikita.web.id. 11/12/2014 11.21 AM.

Achadiat, C M. 2004. *Dinamika Etika dan Hukum Kesehatan Dalam Tantangan Zaman.* Jakarta: EGC.

Aghe, C.M. 2009. *Pemulihan Pascaoperasi Caesar.* Jakarta : Erlangga.

Alimul Aziz. 2006. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika

Ambarwati & Wulandari, 2008. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Mitra. Cendika Press

Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi VI*. Jakarta: Rineka Cipta.

Depkes RI, 2013. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012.* Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. 2012. *Narasi Profil Kabupaten Bantul.* Bantul: Dinkes Kab Bantu

Dinkes DIY, 2013. *Profil Kesehatan Propinsi DIY Tahun 2012.* Yogyakarta: Dinkes DIY

Farrer, H. 2004. *Perawatan Maternitas*. Edisi 2. Jakarta: ECG

Hacker, N. F., Moore, J. G, 2007. *Essensial Obstetri dan Ginekologi*, edisi 2. Jakarta: Hipokrates

Hidayat, A.A.A. 2011. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika

Kemenkes RI, 2012. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011.* Jakarta: Depkes RI

Manuaba, IBG. 2008. *Buku Ajar Patologi Obstetri – Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2006. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.

Mufdlilah. 2008. “*Antenatal Fokus (ANC FOKUS)”*. Yogyakarta : Nuha Medika

Norwitz, E. 2008. *At a glance Obstetri and Ginekologi.* Jakarta: EGC.

Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Nugroho, Taufan. 2012. *Buku Ajar Obstetri*. Nuha Medika. Yogyakarta

Nursalam. 2011. *Konsep Dan Penerapan Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan,* Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika

Prawirohardjo. 2011. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Saifuddin, 2006. *Sikap Manusia dan Teori Pengukurnya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

\_\_\_\_\_\_\_\_. 2008. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.* Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Sastrowinata. 2005. *Psikologi Kehamilan.* Bandung: Andi Offset

Sulistyawati, Ari. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika

Varney, H. 2007. *Buku Saku Bidan*. Buku Kedokteran Jakarta: EGC.

Wiknjosastro, H. 2007.*Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP-SP.