

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Klinik Pratama Amanda, yang beralamat di Gang. Patukan, Patukan, Ambarketawang, Kec. Gamping, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55294,. Klinik ini merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memberikan pelayanan kebidanan secara berkelanjutan, mulai dari masa kehamilan, persalinan, hingga masa nifas. Selain layanan medis, Klinik Pratama Amanda juga aktif dalam memberikan edukasi kepada ibu hamil dan menyusui, baik secara individual maupun kelompok. Pelayanan komplementer yang tersedia di Klinik Pratama Amanda meliputi senam hamil, *baby massage*, pijat ibu nifas dan perawatan payudara serta menyusui. Klinik ini dipilih karena memiliki cakupan pasien ibu hamil sampai nifas yang cukup tinggi serta adanya dukungan dari tenaga bidan untuk pelaksanaan intervensi berbasis bukti.

B. Penatalaksanaan Pasien dengan Oligohidramnion

1. Faktor Penyebab

a. Faktor Janin

Salah satu penyebab utama oligohidramnion berasal dari faktor janin, terutama gangguan pada sistem urinaria yang menghambat produksi urin sebagai komponen utama cairan ketuban pada trimester kedua dan ketiga. Produksi urin fetal dimulai sekitar minggu ke-16 kehamilan dan mencapai kontribusi signifikan terhadap volume cairan ketuban mulai minggu ke-20. Kelainan kongenital seperti agenesis ginjal bilateral, displasia ginjal multistik, dan obstruksi traktus urinarius (misalnya valvula uretra posterior) menyebabkan gangguan sekresi urin janin yang berakibat langsung pada penurunan cairan ketuban (Danial, 2023). Kondisi ini umumnya terdeteksi melalui pemeriksaan ultrasonografi yang

menunjukkan indeks cairan ketuban (AFI) <5 cm atau *single deepest pocket* <2 cm.

Selain kelainan anatomi, pertumbuhan janin terhambat (IUGR) juga berperan besar dalam terjadinya oligohidramnion. Janin dengan IUGR memiliki penurunan fungsi ginjal akibat insufisiensi plasenta, sehingga produksi urin berkurang dan volume cairan ketuban menurun secara progresif. Penelitian (Barros *et al.*, 2019) menemukan bahwa sekitar 20-30% kasus oligohidramnion dikaitkan dengan IUGR, terutama pada kehamilan lanjut trimester ketiga. Studi lain juga menunjukkan bahwa oligohidramnion pada janin IUGR berhubungan dengan peningkatan risiko asfiksia, persalinan operatif, dan skor Apgar rendah.

Faktor janin lainnya yang berkontribusi adalah kematian janin intrauterin (IUFD). Saat janin meninggal dalam kandungan, proses fisiologis termasuk sirkulasi dan produksi urin berhenti total, sehingga cairan ketuban tidak lagi diproduksi. Situasi ini dapat menyebabkan oligohidramnion yang parah dalam waktu singkat, dan merupakan salah satu indikator ultrasonografi yang perlu dikonfirmasi segera dalam penatalaksanaan kasus kehamilan risiko tinggi (Apriliani *et al.* 2021).

b. Faktor Maternal

Meskipun sebagian besar kasus oligohidramnion berkaitan dengan kondisi patologis ibu seperti hipertensi atau diabetes, tidak jarang oligohidramnion juga ditemukan pada ibu dengan status kesehatan maternal yang normal. Kondisi ini dikenal sebagai oligohidramnion idiopatik, di mana tidak ditemukan gangguan sistemik atau penyakit penyerta pada ibu.

Dalam beberapa literatur disebutkan bahwa sekitar 30-50% kasus oligohidramnion bersifat idiopatik, dan biasanya baru terdeteksi saat pemeriksaan ultrasonografi rutin trimester ketiga (Astuti *et al.*, 2022).

Salah satu kemungkinan penyebab oligohidramnion pada ibu yang sehat secara klinis adalah penurunan fungsi plasenta secara fisiologis mendekati masa cukup bulan, terutama pada usia kehamilan lebih dari 40

minggu. Pada kehamilan postterm, plasenta mengalami proses penuaan alami (*placental senescence*), yang mengurangi aliran darah dan pertukaran nutrisi ke janin, sehingga secara tidak langsung menurunkan produksi urin janin (Lumentut and Tendean 2022). Di sisi lain, kurangnya asupan cairan ibu, meskipun ringan dan tidak menyebabkan dehidrasi klinis, juga dilaporkan dapat mempengaruhi volume cairan ketuban terutama jika berlangsung dalam waktu lama (Arumning et al., 2000).

Lebih lanjut, variabilitas genetik atau fisiologis antar individu juga memengaruhi keseimbangan cairan ketuban. Beberapa ibu memiliki respons tubuh yang berbeda terhadap perubahan lingkungan intrauterin tanpa disertai kelainan organik. Meskipun status maternal tampak normal dengan tekanan darah, status gizi, dan hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas wajar oligohidramnion tetap dapat terjadi (Akbar 2024). Dalam kasus seperti Ny. F, yang merupakan primigravida usia 24 tahun tanpa komorbid, kemungkinan besar penyebab oligohidramnion bersifat idiopatik atau fisiologis ringan, namun tetap perlu dipantau secara ketat untuk mencegah komplikasi.

c. Faktor ketuban

Oligohidramnion didefinisikan secara sonografis bila $AFI \leq 5$ cm atau *single deepest pocket* < 2 cm, dan menandakan ketidakseimbangan antara produksi dan kehilangan amniotik (Herian et al., 2023). Pada trimester kedua dan ketiga, sumber utama cairan amnion adalah urin janin; oleh karena itu gangguan yang menurunkan diuresis janin misalnya malformasi ginjal, obstruksi saluran kemih atau anomali ginjal kongenital secara langsung menurunkan volume cairan amnion (Sceliastika et al., 2021). Selain faktor fetalis, kondisi maternal-plasental seperti insufisiensi uteroplasenta mengurangi perfusi plasenta dan renal janin sehingga menekan produksi urin janin, sehingga menjadi penyebab penting oligohidramnion pada kehamilan lanjut (Anika et al., 2023).

Selain berkurangnya produksi urin janin, kehilangan cairan secara mekanis juga merupakan penyebab umum oligohidramnion terutama pada

kasus *premature rupture of membranes* (PROM/PPROM) yang memungkinkan cairan keluar dari rongga amnion (Herian et al., 2023). Faktor lain yang sering dilaporkan pada studi populasi adalah kehamilan *post-term* dan gangguan pertumbuhan intrauterin (IUGR), di mana penurunan AF sering merupakan manifestasi insufisiensi plasenta kronis (Shinta et al., 2024). Penelitian (Hanum et al., 2021) juga menekankan bahwa pada beberapa kasus "*isolated oligohydramnios*" mekanisme penurunan AF tidak selalu berhubungan dengan berkurangnya produksi urin melainkan dapat melibatkan peningkatan penyerapan *intramembran* atau perubahan regulasi *aquaporin*.

Temuan cairan jernih pada pemeriksaan spekulum atau saat persalinan memberikan petunjuk klinis cairan jernih biasanya mengindikasikan tidak adanya kontaminasi mekonium atau perdarahan intramniotik, sehingga lebih mengarah ke oligohidramnion yang tidak disertai gawat janin akut. Namun, warna jernih bukan jaminan keselamatan studi terbaru menunjukkan bahwa *meconium-stained amniotic fluid* (MSAF) berhubungan dengan risiko perinatal seperti *meconium aspiration syndrome* dan infeksi, sehingga warna cairan tetap harus ditafsirkan bersama hasil AFI, NST/BPP, dan konteks klinis lainnya (Galendri et al., 2023). Dimaksudkan bahwa AFI < 5 cm ditambah cairan jernih menegaskan diagnosis oligohidramnion tanpa bukti jelas mekonium, tetapi tetap menuntut evaluasi etiologi (PROM, kelainan ginjal janin, insufisiensi plasenta, atau idiopatik) dan pemantauan kesejahteraan janin secara ketat (Tsania., 2022).

Oligohidramnion secara klinis didefinisikan sebagai kondisi di mana indeks cairan ketuban (*Amniotic Fluid Index/AFI*) menunjukkan nilai < 5 cm atau kedalaman saku terdalam (*single deepest pocket*) < 2 cm. AFI < 5 cm merupakan indikator kuat adanya gangguan keseimbangan antara produksi dan reabsorpsi cairan ketuban, baik akibat gangguan fungsi janin, membran, atau sirkulasi plasenta. Pemeriksaan AFI dilakukan melalui ultrasonografi dan merupakan metode standar dalam menilai volume

cairan ketuban terutama pada trimester ketiga (Larasati, 2022). Dalam kasus Ny. F, hasil USG menunjukkan AFI 4,3 cm dengan cairan jernih, yang mengindikasikan oligohidramnion ringan hingga sedang tanpa komplikasi infeksi atau perdarahan intrauterin.

Penting untuk membedakan antara oligohidramnion patologis dan fisiologis berdasarkan waktu terjadinya dan kualitas cairan. Dalam beberapa kasus, volume cairan ketuban memang dapat menurun secara fisiologis menjelang akhir kehamilan, namun AFI yang terlalu rendah (< 5 cm) tetap perlu diwaspadai karena dapat mengindikasikan insufisiensi uteroplasenta atau pertumbuhan janin terhambat (IUGR). Kemudian pendekatan klinis terhadap AFI rendah dengan cairan jernih harus bersifat individual, mempertimbangkan usia kehamilan, status janin, dan kesiapan persalinan. Dalam praktik kebidanan, penatalaksanaan kondisi seperti ini meliputi edukasi ibu, pemantauan kesejahteraan janin, serta kolaborasi rujukan segera.

d. Faktor *Post-term*

Usia kehamilan 41 minggu termasuk dalam kategori *late-term pregnancy*, yaitu kehamilan antara 40 minggu 0 hari hingga 41 minggu 6 hari. Pada fase ini, terjadi perubahan fisiologis pada plasenta berupa penurunan efisiensi pertukaran gas dan nutrisi, yang berpengaruh pada fungsi ginjal janin dan produksi cairan ketuban. Seiring bertambahnya usia kehamilan, indeks cairan ketuban (AFI) secara alami menurun sekitar 8-12% per minggu, dan pada usia 41 minggu, risiko terjadinya oligohidramnion meningkat signifikan dibandingkan pada usia kehamilan 39-40 minggu (Aminah and Hilwa Mail Haq 2024).

Usia kehamilan yang melewati 41 minggu (*post-term*) merupakan salah satu faktor risiko penting terjadinya oligohidramnion. Secara fisiologis, volume cairan ketuban mencapai puncak pada usia 34-36 minggu dan kemudian menurun secara progresif hingga mendekati aterm. Pada kehamilan *post-term*, terjadi penurunan perfusi plasenta dan penurunan fungsi membran amnion dalam mempertahankan

keseimbangan cairan, sehingga memicu berkurangnya volume cairan ketuban (Tsania et al., 2022). Kondisi ini menjelaskan mengapa kehamilan lewat waktu sering dikaitkan dengan temuan $AFI \leq 5$ cm pada pemeriksaan ultrasonografi.

Sejumlah penelitian terbaru menegaskan adanya hubungan signifikan antara kehamilan ≥ 41 minggu dengan peningkatan insiden oligohidramnion. Studi *kohort* di Ethiopia menunjukkan bahwa pada kehamilan post-term, insufisiensi plasenta kronis menyebabkan gangguan pertukaran zat dan menurunkan produksi urin janin, yang berakibat pada rendahnya volume cairan ketuban (Galendri et al., 2023). Hal serupa oleh (Dewi, 2020) yang menemukan bahwa kehamilan lewat waktu meningkatkan risiko oligohidramnion “terisolasi” dan berhubungan dengan luaran perinatal yang kurang baik, termasuk skor Apgar rendah serta kebutuhan perawatan intensif neonatal.

Studi oleh Hilda et al. (2007) menyatakan bahwa wanita dengan usia kehamilan ≥ 41 minggu memiliki risiko dua kali lipat mengalami oligohidramnion dibandingkan kehamilan cukup bulan. Penurunan AFI yang terjadi tanpa gejala bisa menjadi awal gangguan perfusi fetal yang kemudian meningkatkan risiko kompresi tali pusat, penurunan gerak janin, serta asfiksia intrauterin. Semua ibu hamil dengan usia kehamilan ≥ 41 minggu wajib menjalani pemantauan ketat, termasuk profil biofisik janin dan pemeriksaan AFI minimal 2 kali per minggu.

2. Faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kejadian Oligohidramnion pada Ny. A.

Dalam kasus Ny. F, usia kehamilan mencapai 41 minggu dan hasil pemeriksaan USG menunjukkan AFI 4,3 cm dengan cairan jernih, yang secara definisi sudah masuk dalam kategori oligohidramnion ringan. Meskipun tidak ditemukan tanda klinis distress janin, kondisi ini tetap harus direspons dengan penatalaksanaan aktif, seperti rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan untuk observasi atau tindakan *Sectio Caesarea* bila diperlukan. Dengan demikian, usia kehamilan 41 minggu dapat dianggap

sebagai pemicu oligohidramnion melalui mekanisme fisiologis berupa penurunan produksi urin janin, penurunan regenerasi cairan amnion, serta insufisiensi plasenta progresif. Temuan AFI < 5 cm pada usia *post-term* menjadi indikator penting untuk intervensi kebidanan, baik berupa pemantauan ketat dengan *non-stress test* (NST) maupun *Sectio Caesarea* (Abraham et al., 2021).

Usia kehamilan ≥ 41 minggu sering dikaitkan dengan peningkatan risiko oligohidramnion karena terjadi penurunan fungsi plasenta seiring bertambahnya umur kehamilan. Proses penuaan plasenta dapat menyebabkan penurunan perfusi uteroplasenta sehingga berpengaruh pada penurunan produksi urin janin yang merupakan komponen utama cairan amnion. Kondisi ini menjadikan oligohidramnion lebih sering ditemukan pada kehamilan postterm dibandingkan kehamilan aterm. Menurut Cunningham (2022), semakin tua usia kehamilan maka semakin besar kemungkinan terjadinya insufisiensi plasenta yang berdampak pada berkurangnya volume cairan ketuban.

Selain itu, pada kehamilan postterm terjadi penurunan kemampuan regenerasi membran amnion dan peningkatan reabsorpsi cairan ketuban, yang semakin memperburuk kondisi oligohidramnion. Hal ini penting diperhatikan karena oligohidramnion pada usia kehamilan 41 minggu dapat meningkatkan risiko komplikasi intrapartum seperti gawat janin, kompresi tali pusat, hingga tingginya angka tindakan operatif persalinan. Sebuah penelitian oleh Lumentut (2015) di Indonesia juga menemukan bahwa oligohidramnion sering muncul pada usia kehamilan lanjut, dengan penyebab dominan adalah insufisiensi plasenta akibat hipertensi dan faktor usia kehamilan.

3. Penatalaksanaan Pasien Ny. A dengan Oligohidramnion

Oligohidramnion pada kehamilan *post-term* (≥ 41 minggu) merupakan kondisi yang meningkatkan risiko komplikasi intrapartum seperti gawat janin, kompresi tali pusat, hingga sindrom aspirasi mekonium. Pada Ny. F dengan usia kehamilan 41 minggu, langkah awal asuhan kebidanan adalah memastikan

diagnosis melalui ultrasonografi dengan pengukuran indeks cairan amnion ($AFI \leq 5$ cm) atau *single deepest vertical pocket* < 2 cm. Evaluasi status janin juga dilakukan dengan *non-stress test* (NST) atau *biophysical profile* (BPP) untuk menilai kesejahteraan janin. Menurut (Tommaso, 2023) dalam jurnal *Children*, kombinasi penilaian volume cairan amnion dan status janin sangat penting untuk menentukan keputusan klinis pada kasus post-term dengan oligohidramnion. Penatalaksanaan pada ibu dengan oligohidramnion yaitu :

- a) Tirah baring
- b) Hidrasi dengan kecukupan cairan
- c) Perbaikan nutrisi
- d) Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin)
- e) Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion
- f) Amnioinfusion yaitu suatu prosedur melakukan infus larutan NaCl fisiologis atau ringer laktat ke dalam kavum uteri untuk menambah volume cairan amnion. (Lindo 2023)

Pada usia kehamilan 41 minggu, pendekatan konservatif seperti hidrasi maternal atau observasi ketat tidak lagi menjadi pilihan utama karena risiko morbiditas janin lebih tinggi dibandingkan manfaat melanjutkan kehamilan. Studi yang dipublikasikan oleh *American College of Obstetricians and Gynecologists* merekomendasikan persalinan segera pada kehamilan ≥ 41 minggu dengan oligohidramnion untuk mencegah komplikasi janin akibat insufisiensi plasenta (Apriliani et al. 2021).

Oligohidramnion merupakan kondisi berkurangnya volume cairan amnion yang secara klinis ditentukan dengan indeks cairan amnion ($AFI \leq 5$ cm atau *single deepest vertical pocket* < 2 cm). Pada kasus Ny. F, langkah awal yang perlu dilakukan adalah konfirmasi diagnosis melalui pemeriksaan USG serta diberikan edukasi asupan mineral dan segera melakukan rujukan ke Rumah Sakit. Menurut Huri *et al* (2023) dalam jurnal *Children*, evaluasi etiologi oligohidramnion menjadi dasar dalam menentukan rencana asuhan yang tepat.

Pencegahan oligohidramnion dapat dilakukan melalui pendekatan promotif dan preventif sejak awal kehamilan hingga masa aterm. Pencegahan primer berfokus pada peningkatan status kesehatan ibu hamil melalui pemantauan kehamilan secara teratur (antenatal care/ANC) untuk mendeteksi faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, infeksi intrauterin, dan kebiasaan merokok yang dapat menyebabkan gangguan perfusi uteroplasenta. Selain itu, edukasi mengenai pentingnya asupan cairan harian dan nutrisi seimbang perlu diberikan secara berkesinambungan. Hidrasi maternal yang adekuat, baik secara oral maupun intravena, terbukti mampu meningkatkan volume cairan ketuban, terutama pada kasus oligohidramnion ringan (Fadilah, 2021). Pencegahan sekunder dilakukan melalui deteksi dini terhadap kehamilan risiko tinggi, seperti preeklamsia, kehamilan postterm, atau pertumbuhan janin terhambat (IUGR), dengan memanfaatkan pemeriksaan ultrasonografi untuk memantau indeks cairan ketuban (AFI) secara serial serta pemantauan gerakan janin.

Apabila oligohidramnion telah terdiagnosis, maka pencegahan tersier ditujukan untuk meminimalisir komplikasi perinatal. Upaya ini mencakup pemberian cairan intravena, tirah baring miring kiri untuk memperbaiki aliran uteroplasenta, serta prosedur amnioinfusi intrapartum guna mengurangi kompresi tali pusat dan deselerasi variabel pada janin. Selain intervensi medis, edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan dan pentingnya kepatuhan terhadap kunjungan ANC tetap menjadi elemen penting dalam mencegah perburukan kondisi. Kolaborasi yang baik antara tenaga kesehatan primer seperti bidan dengan dokter spesialis di fasilitas rujukan sangat menentukan keberhasilan pencegahan komplikasi lebih lanjut (Hilwa et al., 2022). Dengan demikian, pencegahan oligohidramnion membutuhkan pendekatan holistik yang mencakup aspek medis, edukatif, dan sistem rujukan yang efektif.

Penatalaksanaan awal oligohidramnion pada kehamilan post-term di fasilitas pelayanan primer seperti Klinik Pratama Amanda dilakukan melalui pendekatan konservatif, salah satunya adalah dengan memberikan edukasi ibu mengenai pentingnya hidrasi maternal, baik secara oral maupun intravena.

Hidrasi maternal diyakini dapat meningkatkan indeks cairan amnion (AFI) karena cairan ketuban pada trimester kedua dan ketiga sebagian besar dihasilkan dari urin janin, yang produksinya sangat dipengaruhi oleh status hemodinamik ibu. Studi oleh (Ningrum, 2020) menjelaskan bahwa peningkatan asupan cairan ibu hamil dapat memperluas volume intravaskular dan menurunkan osmolalitas plasma maternal, yang selanjutnya merangsang peningkatan perfusi uteroplasenta dan memengaruhi diuresis janin secara positif. Sejalan dengan (Fitriani, 2021) menyebutkan bahwa perubahan osmolalitas maternal secara langsung memengaruhi volume urin janin yang menjadi komponen utama cairan ketuban. Efektivitas pendekatan ini terlihat jelas pada kasus oligohidramnion ringan, terutama pada usia kehamilan <40 minggu. (Khoirunnisa et al. 2020) dan Narendra (2021) juga mendukung bahwa hidrasi maternal selama 1–2 hari mampu meningkatkan AFI secara signifikan serta menurunkan kebutuhan intervensi medis lanjutan.

Namun, pada usia kehamilan ≥ 41 minggu seperti kasus Ny. F, efektivitas pendekatan konservatif tersebut menurun secara signifikan. Hal ini dikarenakan fungsi plasenta yang menua (placental senescence) menyebabkan penurunan kemampuan transfer oksigen dan nutrisi ke janin, sehingga produksi urin fetal pun berkurang meskipun hidrasi maternal telah ditingkatkan. (Mariati, 2020) menekankan bahwa pada kehamilan lanjut, gangguan perfusi uteroplasenta menjadi hambatan utama keberhasilan terapi cairan. (Tsania, 2023) dalam Children menyatakan bahwa pada kehamilan post-term dengan $AFI \leq 5$ cm, tindakan konservatif harus segera diganti dengan pendekatan aktif. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2021) secara eksplisit merekomendasikan persalinan segera pada usia kehamilan ≥ 41 minggu dengan oligohidramnion karena risiko komplikasi janin meningkat signifikan. Dukungan tambahan diberikan oleh (Fatma, 2024) yang menyatakan bahwa hidrasi maternal tidak efektif jika terdapat insufisiensi uteroplasenta atau jika fungsi ginjal janin terganggu, sehingga dalam kasus ini tindakan seperti Sectio Caesarea menjadi langkah yang lebih aman untuk menjamin luaran perinatal yang optimal..

Pada masalah ini edukasi perlu menekankan pada pentingnya persalinan segera, potensi intervensi intrapartum, serta kebutuhan observasi neonatal pascapersalinan dan dengan penatalaksanaan yang tepat, diharapkan dapat menurunkan risiko asfiksia perinatal dan komplikasi lain yang sering terjadi pada kehamilan post-term dengan oligohidramnion. Hal ini sejalan dengan rekomendasi terkini bahwa *Sectio Caesarea* merupakan strategi utama dalam meningkatkan keselamatan ibu dan bayi pada usia kehamilan >41 minggu dengan kondisi tersebut (Lumentut and Tendeau 2022).

4. Hasil Penatalaksanaan Kebidanan terhadap Perkembangan Kondisi Ibu dan Janin

Pada kasus Ny. F, seorang primigravida dengan usia kehamilan 41 minggu, bidan di Klinik Pratama Amanda melakukan deteksi dini terhadap kemungkinan oligohidramnion melalui serangkaian pemeriksaan fisik dan ultrasonografi. Hasil USG menunjukkan nilai *Amniotic Fluid Index* (AFI) ≤ 5 cm, yang mengindikasikan oligohidramnion. Selain itu, pemantauan gerakan janin juga dilakukan secara ketat untuk menilai kesejahteraan janin secara klinis. Mengingat kehamilan telah mencapai kategori *post-term* dan cairan ketuban berkurang secara signifikan, bidan segera melakukan konseling kepada ibu dan keluarga mengenai risiko yang mungkin terjadi, seperti hipoksia janin, kompresi tali pusat, hingga sindrom aspirasi mekonium, yang umum terjadi pada kondisi ini.

Tindakan rujukan segera dilakukan ke rumah sakit tingkat lanjutan guna mendapatkan penanganan lebih intensif. Sesuai dengan rekomendasi Tommaso (2023) dalam *Children Journal*, penatalaksanaan oligohidramnion pada kehamilan ≥ 41 minggu harus dilakukan secara aktif, termasuk rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan dan persiapan tindakan *Sectio Caesarea* untuk menurunkan risiko komplikasi perinatal seperti fetal distress, pertumbuhan janin terhambat (IUGR), hipoplasia paru, mekonium aspirasi dan mortalitas perinatal dan kelahiran mati. Intervensi awal yang dapat dilakukan di tingkat primer meliputi tirah

baring lateral kiri, hidrasi maternal secara oral atau intravena, serta perbaikan status nutrisi ibu, yang bertujuan mendukung perfusi plasenta dan meningkatkan produksi urin janin. Intervensi ini bersifat konservatif dan digunakan sebagai pendekatan awal sebelum dilakukan evaluasi lanjutan di fasilitas rujukan.

Selain pemantauan gerakan janin dilakukan pula evaluasi ultrasonografi serial untuk menilai perubahan volume cairan ketuban dan status biofisik janin. Amnioinfusi juga merupakan salah satu prosedur medis yang dapat digunakan dalam penatalaksanaan oligohidramnion, yaitu dengan cara memasukkan cairan isotonik seperti NaCl fisiologis atau Ringer laktat ke dalam kavum uteri melalui kateter intrauterin untuk meningkatkan volume cairan ketuban secara langsung (Abdullah, 2025). Namun, tindakan Amnioinfusi hanya dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dengan dukungan spesialis obstetri.

Pada kehamilan aterm dengan oligohidramnion, terutama pada usia kehamilan 41 minggu seperti kasus Ny. F, umumnya dianjurkan segera dengan tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi maternal maupun fetal. Operasi ini direkomendasikan untuk mengurangi risiko seperti asfiksia intrauterin, cedera akibat kompresi tali pusat, dan aspirasi mekonium yang berhubungan erat dengan penurunan cairan ketuban (Abdullah, 2025). Sehingga penanganan oligohidramnion pada kehamilan lewat waktu harus dilakukan secara komprehensif dan cepat, dengan pendekatan kolaboratif antara tenaga kesehatan primer dan spesialis obstetrik.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam pelaksanaan studi kasus ini, peneliti menghadapi kendala dalam pengumpulan data lanjutan yang lebih komprehensif, khususnya terkait penatalaksanaan di fasilitas rujukan. Hal ini disebabkan oleh tidak diperolehnya izin untuk melakukan pengambilan data di rumah sakit tempat rujukan dilaksanakan. Akibatnya, analisis terhadap tahapan intervensi lanjutan, termasuk prosedur

persalinan dan evaluasi pascapersalinan, tidak dapat disajikan secara mendalam. Keterbatasan ini menjadi pertimbangan penting dalam interpretasi hasil studi dan diharapkan dapat menjadi rujukan bagi penelitian selanjutnya dengan cakupan yang lebih luas.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA