



**KEPERAWATAN MATERNITAS II
(NSA 417)**



**MODUL 8
PERSALINAN BERESIKO**

**DISUSUN OLEH
Ety Nurhayati, S.Kp.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat**

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2019/2020**

PERSALINAN BERESIKO

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami resiko dalam persalinan : Distosia, prematur, dan postmatur
2. Mengetahui persalinan beresiko
3. Dapat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan persalinan beresiko

B. Uraian dan Contoh

Persalinan merupakan sesuatu peristiwa yang sangat penting dalam kehidupan wanita. Proses persalinan memiliki arti yang berbeda disetiap wanita, dengan belum adanya pengalaman akan memunculkan kecemasan dan kekuatan yang berlebih selama proses persalinan. Keadaan ini sering terjadi pada wanita yang pertama kali melahirkan. (Wijaya dkk, 2014)

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan tupun tanpa bantuan (kekuatan diri sendiri) (Sulistyowati & Nugraheny, 2013)

Distosia

Distosia adalah persalinan abnormal atau sulit yang di tandai dengan kelambatan atau tidak adanya kemajuan proses persalinan dalam waktu tertentu. (Achadiat M. C. 2004) Persalinan disfungsi (Distosia) adalah suatu persalinan yang ditandai dengan aktivitas uterus yang tidak mempengaruhi penipisan progresif dan dilatasi serviks serta turunnya bagian presentasi. (Supriyadi. T, dan Gunawan.J. 1994)

A. Klasifikasi

Penyebab distosia dapat dibagi dalam 3 golongan besar yaitu:

- 1) Distosia karena kekuatan-kekuatan yang mendorong anak tidak memadai, yaitu:
 - a. Kelainan his merupakan penyebab terpenting dan tersering dari distosia. Baik tidaknya his dapat dinilai dari:
 - a) Kemajuan persalinan
 - b) Sifat-sifat his : frekuensi, kekuatan, dan lamanya his. Kekuatan his dinilai dengan cara menekan dinding Rahim pada puncak kontraksi.
 - c) Besarnya caput succedaneum.
 - b. Kekuatan mengejan kurang kuat, misalnya kelainan dinding perut , atau kelainan keadaan umum ibu seperti sesak napas atau adanya kelainan ibu.

B. Jenis-jenis Kelainan HIS

a) His Hipotonik (Inersia Uteri)

His hipotonik disebut juga inersia uteri yaitu his yang tidak normal. Fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu daripada bagian lain. Kelainan terletak pada kontraksinya yang singkat dan jarang selama ketuban masih utuh umumnya tidak berbahaya bagi ibu maupun bagi janin.

Inersia uteri, dibagi 2 yaitu,

- Inersia uteri primer: jika persalinan berlangsung lama, terjadi pada kala 1 fase laten
- Inersia uteri sekunder: timbul setelah berlangsung nya his kuat untuk waktu yang lama, terjadi pada kala 1 fase aktif

Penanganan

- Periksa keadaan servik, presentasi dan posisi janin, turunnya bagian terbawah janin dan keadaan panggul
- Bila kepala sudah masuk PAP anjurkan pasien untuk berjalan-jala
- Buat rencana tindakan yang akan dilakukan.
- Berikan oksitosin drip 5-10 dalam 500 cc dextrose 5 % dimulai 12 tetes/menit, naikan setiap 10-15 menit sampai 40-50 tetes/menit. Pemberian oksitosin jangan berlarut-larut beri kesempatan ibu untuk istirahat. Bila inersia disertai CPD tindakan sebaiknya lakukan SC, Bila tadinya His kuat lalu terjadi inersia uteri sekunder ibu lemah dan partus >24 jam pada primi dan 18 jam pada multi tidak ada gunanya memberikan oksitosin drip. Segera selesaikan partus dengan vacuum/Forceps/SC

b) His Hipertonik (Tetania Uteri)

His hipertonik adalah His yang terlalu kuat atau his yang terlampaui kuat dan terlalu sering sehingga tidak ada relaksasi rahim. Sifat Hisnya normal, tonus otot diluar His yang biasa, kelainan terletak pada kekuatan His. His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan berlangsung cepat. Bahayanya bagi ibu adalah terjadinya perlukaan yang luas pada jalan lahir, khususnya servik uteri, vagina dan perineum. Bahaya bagi bayi adalah dapat terjadi pendarahan dalam engkorak karena mengalami tekanan kuat dalam waktu singkat. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya:

- Partus presipitatus yang dapat mengakibatkan persalinan dikendaran, dikamar mandi dan tidak sempat dilakukan pertolongan.
- Terjadi luka-luka jalan lahir yang luas pada servik, vagina pada perineum.
- Pada bayi dapat terjadi perdarahan intracranial.
- Bila ada kesempitan panggul dapat terjadi rupture uteri mengancam, dan bila tidak segera ditangani akan berlanjut menjadi rupture uteri.

Penanganan:

- Berikan obat seperti morfin, luminal dan sebagiannya, asal janin tidak akan lahir dalam waktu dekat 4-6 jam.
- Bila ada tanda-tanda obstruksi, persalinan harus segera diselesaikan dengan seksio sesarea.

- Pada partus presipitatus tidak banyak yang dapat dilakukan karena janin lahir tiba-tiba dan cepat. Saat persalinan kedua diawasi dengan cermat dan episiotomi dilakukan waktu yang tepat untuk menghindari ruptur perinium tingkat III.

c) His yang tidak terkordinasi / Aksi Uterus Inkoordinasi (Incoordinate Uterine Action)

Incoordinate uterine action adalah his yang sifatnya berubah-ubah. Tonus otot uterus meningkat juga di luar dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi. Tidak adanya kordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan His tidak efisien dalam mengadakan pembukaan.

Tonus otot yang meningkat menyebabkan rasa nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia pada janin. His sejenis ini disebut juga Ancoordinat Hipertonic Uterine Contraction.

Penanganan:

- Untuk mengurangi rasa takut, cemas dan tonus otot, berikan obat-obatan anti sakit dan penenang (sedativa dan analgetika) seperti morfin, petidin dan valium.
 - Apabila persalinan sudah berlangsung lama dan berlarut-larut, selesaikanlah partus menggunakan hasil pemeriksaan dan evaluasi, dengan ekstraksi vakum, forsep, atau seksio sesarea.
- 2) Distosia karena adanya kelainan letak janin atau kelainan fisik janin. Kelainan posis (Positio Occipito Posterior Persistens), Penyebabnya tidak terjadi putaran paksi ialah panggul anthropoid, panggul android, kesempitan bidang tengah panggul, ketuban pecah sebelum waktunya, fleksi kepala kurang dan inersia uteri.
- 3) Distosia karena adanya kelainan jalan lahir baik bagian keras (tulang) seperti panggul sempit, kelainan bawaan pada panggul maupun bagian lunak seperti adanya tumor-tumor baik pada bagian genetalia interna maupun pada visera lain di daerah panggul yang menghalangi jalan lahir. (Sastrawinata. S,dkk.2005)

Jenis-jenis distosia jalan lahir:

- a. Kesempitan PAP (Pintu Atas Panggul) Definisi Adalah jika konjugata vera ≤ 10 cm atau jika diameter transversa < 12 cm
Etiologi:
- a) Kelainan karena gangguan pertumbuhan.
 - b) Panggul sempit seluruhnya-semua ukuran panggul.
 - c) Panggul picak-ukuran muka belakang sempit, ukuran melintang biasa.

- d) Panggul sempit picak-semua ukuran kecil, tetapi ukuran muka belakang lebih sempit.
- e) Panggul corong-pintu atas panggul biasa, pintu bawah panggul sempit.
- f) Panggul belah-simfisis terbuka.
- g) Kelainan karena penyakit tulang panggul atau sendi-sendi.
- h) Panggul rakhitis-panggul picak, panggul sempit, seluruh panggul sempit picak.

- i) Panggul osteomalasia-panggul sempit melintang.
- j) Radang artikulasi sakroiliaka-panggul sempit miring.
- k) Kelainan panggul disebabkan kelainan tulang belakang.
- l) Kifosis di daerah tulang pinggang menyebabkan panggul corong a b.
- m) Skoliosis di daerah tulang punggung menyebabkan panggul sempit miring.
- n) Kelainan panggul disebabkan kelainan anggota bawah.
- o) Koksitis.
- p) Luksasi
- q) Atrofi

Prognosis:

a) Pada ibu:

- Partus lama.
- Ruptur uteri.
- Infeksi intrapartum.

b) Pada anak:

- KPD (Ketuban Pecah Dini)
- Prolapsus tali pusat.
- Dengan moulage memang terjadi pengecilan ukuran kepala. Pengecilan kepada sampai 0,5 cm tidak merusak otak, pengecilan melebihi 0,5 cm akan berakta buruk terhadap anak atau kematian.

Penanganan:

- a) Bila konjugata vera 8,5-10 cm dilakukan partus percobaan 2) Bila konjugata vera < 8,5 cm dilakukan SC 3) Kita hentikan partus percobaan jika: a) Pembukaan tidak ada atau kurang sekali kemajuannya b) Keadaan anak atau ibu kurang baik
- b) Adanya lingkaran retraksi yang patologis d) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah walaupun his cukup baik dan dilakulan pimpinan persalinan dengan baik, bagian kepala dengan diameter terbesar dalam 1 jam tetap tidak mau melewati PAP
- b. Kesempitan Bidang Tengah Pelvis Definisi Bidang tengah panggul terbentang antara pinggir bawah simfisis dan spina osischi dan memotong sacrum kira-kira pada pertemuan ruas sakrum ke 4 dan ke 5.

Prognosis: kesempitan bidang panggul dapat menimbulkan gangguan putaran paksi jika diameter antara kedua spina < 9 cm sehingga kadang-kadang diperlukan seksio sesaria.

Penanganan: jika a persalinan berhenti karena kesempitan bidang tengah panggul, baiknya dipergunakan Vakum.

c. Kesempitan PBP (Pintu Bawah Panggul) Definisi Pintu bawah panggul dikatakan sempit jika:

1) Jarak antara tuber osischi 8 cm atau kurang. Jika jarak ini berkurang, dengan sendirinya arkus pubis akan meruncing.

2) Jika diameter transversa dan diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm.

Prognosis: bisa terjadi ruptur dan gangguan putaran paksi.

Penanganan: penanganan pada kesempitan bidang bawah panggul jarang memaksa kita melakukan selaiosesaria tetapi dapat diselesaikan dengan forsepep/episiotomi yang cukup luas.

d) Etiologi

Kelainan His terutama ditemukan pada primigravida (kehamilan pertama), khususnya primagravida tua. Pada multipara (kehamilan selanjutnya) lebih banyak ditemukan kelainan yang bersifat inersia uteri. Faktor Herediter mungkin memegang peranan pula dalam kelahiran His. Sampai seberapa jauh factor emosi (ketakutan dan lain-lain) mempengaruhi kelainan His, khususnya inersia uteri ialah apabila bagian bawah janin tidak berhubungan dengan segmen bawah uterus seperti pada kelainan letak janin atau pada disproporsi sefalopelvik. Peregangan Rahim yang berlebihan pada kehamilan ganda ataupun hidramnion juga dapat merupakan penyebab inersia uteri yang murni. Akhirnya gangguan dalam pembentukan uterus pada masa embrional misalnya uterus bikornis unikolis dapat pula mengakibatkan kelainan his. Akan tetapi pada sebagian besar kasus kurang lebih separuhnya, penyebab inersia uteri tidak diketahui.

Sebab-sebab terjadinya partus tak maju ini sangat kompleks dan tergantung pada pengawasan saat hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaannya (Purwaningsih & Fatmawati, 2010).

Faktor-faktor penyebabnya adalah:

- a. Kelainan letak janin.
- b. Kelainan-kelainan panggul.
- c. Kelainan his.
- d. Pimpin partus yang salah.
- e. Janin besar atau ada kelainan congenital.
- f. Primitua.
- g. Perut gantung, grandemulti.
- h. Ketuban pecah dini.

e) Manifestasi Klinis

Menurut Purwaningsih & Fatmawati (2010) manifestasi klinik partus tak maju yaitu:

1. Pada ibu

- a) Gelisah, letih, suhu badan meningkat, nadi cepat, pernafasan cepat, meteorismus.
- b) Di daerah lokal sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

2. Pada janin

- a) Denyut jantung janin cepat/tidak teratur, bahkan negatif, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.
- b) Kaput suksadenum yang membesar.
- c) Moulage kepala yang hebat.
- d) Kematian janin dalam kandungan.

f) Patofisiologi

His yang normal dimulai dari salah satu sudut di fundus uteri yang kemudian menjalar merata simetris ke seluruh korpus uteri dengan adanya dominasi kekuatan pada fundus uteri di mana lapisan otot uterus paling dominan, kemudian mengadakan relaksasi secara merata dan menyeluruh hingga tekanan dalam ruang amnion balik ke asalnya ± 10 mmHg.

Incoordinate uterine action yaitu sifat His yang berubah. Tonus otot uterus meningkat, juga di luar His dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronasi kontraksi bagian-bagiannya. Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan His tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Disamping itu, tonus otot uterus yang menaik menyebabkan rasa nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dapat pula menyebabkan hipoksia pada janin. His ini juga di sebut sebagai Incoordinate hypertonic uterine contraction. Kadang-kadang pada persalinan lama dengan ketuban yang sudah lama pecah, kelainan His ini menyebabkan spasmus sirkuler setempat, sehingga terjadi penyempitan kavum uteri pada tempat itu. Ini dinamakan lingkaran kontraksi. Secara teoritis lingkaran ini dapat terjadi dimana-mana, tetapi biasanya ditemukan pada batas antara bagian atas dengan segmen bawah uterus. Lingkaran kontraksi tidak dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam, kecuali kalau pembukaan sudah lengkap sehingga tangan dapat dimasukkan kedalam kavum uteri. (Price SA, Wilson LM. 2005. Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit)

Pada mekanisme persalinan normal, ketika dilahirkan, maka bahu memasuki panggul dalam posisi oblik. Bahu posterior memasuki panggul lebihdahulu sebelum bahu anterior. Ketika kepala memasuki paksi luar, bahu posterior berada pada cekungan tulang sarum atau disekitar spina ischiadika, dan memberikan ruang yang cukup bagi bahu anterior untuk memasuki panggul melalui belakang tulang pubis atau berotasi dari foramen oburator. Apa bila bahu berada dalam

posisi antero-posterior ketika hendak memasuki pintu atas panggul, maka bahu posterior akan tertahan promontorium dan bahu anterior tertahan tulang pubis. Dalam keadaan demikian kepala yang sudah dilahirkan tidak dapat melakukan putaran paksi luar, dan tertahan akibat adanya tarikan yang terjadi pada bahu posterior dengan kepala (turtle sign). (Prawiroharjo, 2009)

g) Penatalaksanaan

1. Anisipasi, ACOG menyatakan bahwa kelahiran sesaria profilaksis dapat dipilih sebagai cara kelahiran untuk wanita diabetic yang janinnya dicurigai memiliki taksiran berat janin >4500 gram atau untuk bayi dari wanita non-diabetik, yang taksiran berat bayi >5000 gram. wanita dengan kelahiran per-vaginam harus berpartisipasi dalam setiap pembuatan keputusan sebelum kelahiran. Personel yang disediakan hadir untuk kelahiran, kantung kemih dikosongkan, anastesi diberikan, dan episiotomi dapat dilakukan.
2. Upayakan kelahiran dengan usaha mengeluarkan dari ibu.
3. Untuk "bahu kecil" ubah posisi wanita keposisi bertumpu tangan lutut untuk memudahkan persalinan bahu posterior.
4. Perasat sekrup kayu.
5. Perasat Hibbard
6. Patahkan klavikula dengan menekannya terhadap ramus pelvis.

h) Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan panggul: pangul luar dan panggul dalam
2. Pemeriksaan radiologi: untuk pelvimetri dibuat 2 foto:
 - a. Foto pintu atas panggul
 - b. Foto laeral
3. Palpasi dan balotemen: leopold I
4. Vaginal toucher
5. X-ray: dapat membedakan presentasi kepala dan pemeriksaan inipenting untuk menentukan jenis presentasi sungsang dan jumlah kehamialan serta adanya kelainan kongenital lain.
6. Untrasonografi:
 - a. Presentasi janin
 - b. Ukuran janin
 - c. Jumlah kehamilan
 - d. Lokasi plasenta
 - e. Jumlah cairan aminon
 - f. Malformasi jaringan lunak atau tulang janin

i) Dampak Persalian Pada Ibu Dan Janin

Pada persalinan ini dapat menimbulkan konsekuensi yang serius bagi salah satu atau keduanya sekaligus. Berikut dampak yang dapat terjadi pada ibu dan janin:

1. Infeksi Intrapartum

Infeksi adalah bahaya yang serius mengancam ibu dan janinya pada partus lama, terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri didalam

cairan amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakterimia dan sepsis pada ibu dan janin.

2. Reptura Uteri

Penipisan abnormal segmen bawah uterus menimbulkan bahaya serius selama partus lama, terutama pada ibu dengan paritas tinggi dan pada mereka dengan riwayat seksio sesaria. Apabila disproporsi antara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak cakap dan tidak terjadi peurunan, segmen bawah uterus menjadi sangat tegang kemudian dapat menyebabkan reptura.

3. Cincin Retraksi Patologis

Sangat jarang terjadi kontriksi atau cincin local uterus pada persalinan yang lama. Tipe yang paling sering adalah cincin retraksi patologi Bandl, yaitu pembentukan cincin retraksi normal yang berlebihan segmen bawah uterus. Pada situasi semacam ini cincin dapat terlihat jelas sebagai suatu indentasi abdomen dan menandakan ancaman akan rupturnya segmen bawah uterus.

4. Pembentukan Fistula

Apabila bagian bawah janin menekan kuat ke pintu atas panggul tetapi tidak maju untuk jangka waktu yang cukup lama, bagian jalan lahir akan retak diantaranya dan dindinga panggul dapat mengalami tekanan berlebihan.

5. Cedera Otot-otot Dasar Panggul

Cedera otot-otot dasar panggul atau persarafan atau fasia penghubungnya merupakan konsekuensi yang tidak terelakan pada persalinan pervaginam, terutama apabila persalinannya sulit. Saat kelahiran bayi, dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan kebawah akibat upaya mengejan ibu. (satriwinata. S,dkk.2005)

Apabila panggul sempit dan juga ketuban pecah lama dan disertai infeksi intrauterus, resiko pada ibu dan janin akan lebih besar. Infeksi intrapartu bukan hanya penyulit persalinan pada ibu juga menyebabkan kematian pada janin dan neonatus.

Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

1. Identitas: nama, umur, alamat, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, perkawinan, kehamilan dan lama perkawinan serta data demograf.
2. Keluhan Utama: keluhan nyeri, letih dan cemas
3. Riwayat Kesehatan
 - a. Riwayat penyakit sekarang: kelainan seperti letak janin melintang/sungsang, dsb.
 - b. Riwayat penyakit dahulu: seperti riwayat distosia sebelumnya, hipertensi, anemia, panggul sempit, DM, hamil kembar, dsb.

- c. Riwayat kesehatan keluarga: seperti kelainan darah, DM, eklamsi, dan preeklamsi.
- 4. Pemeriksaan fisik
 - a. Kepala: rambut tidak rontok, kulit kepala bersih
 - b. Mata: konjungtiva anemis
 - c. Thorak: frekuensi, kedalaman, jenis pernafasan.
 - d. Abdomen: kaji is saat awal persalinan sampai melahirkan, pemeriksaan Leopold dan DJJ.
 - e. Vulva dan vagina: lakukan VT
 - f. Panggul: lakukan pemeriksaan luar panggul, ada kelainan panggul atau tulang belakang atau tidak.

B. Diagnose Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera
2. Ansietas berhubungan dengan persalinan lama
Resiko tinggi infeksi ditandai dengan prosedur invasive.
(Herdman T.H & Kamitsuru Shigemi, 2015)

C. Intervensi Keperawatan

| Diagnose | NOC | NIC | RASIONAL |
|--|---|---|--|
| 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera | 1. Kontrol nyeri 2. Tingkat nyeri Batasan karakteristik: 1. Status kenyamanan fisik 2. Tingkat ketidaknyamanan 3. Pergerakan 4. Nyeri: efek psikologis tambahan 5. Nyeri: efek yang mengganggu | 1. Berikan kebutuhan kenyamanan dan aktifitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk menurunkan rasa nyeri 2. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan keparahan nyeri untuk mengobati 3. Kuatkan dukungan social/ keluarga. | 1. Teknik relaksasi dapat mengalihkan rasa nyeri 2. Membantu dalam mendiagnosis dan memilih tindakan 3. Dengan kehadiran keluarga akan membuat ibu merasa nyaman |
| 2. Ansietas berhubungan dengan persalinan lama | 1. Tingkat kenyamanan 2. Tingkat kecemasan social Batasan karakteristik: 1. Kontrol kecemasan | 1. Intuksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi sesuai kebutuhan | 1. Mengurangi rasa nyeri 2. Mengurangi kecemasan tentang kondisi janin |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | diri 2. Konsentrasi 3. Tingkat rasa takut 4. Tanda-tanda vital | 2. Beri penjelasan tentang kondisi janin 3. Anjurkan klien mengemukakan kecemasan | 3. Untuk mengeksternalis kecemasan yang dirasakan |
| 3. Resiko tinggi infeksi ditandai dengan prosedur invasive | 1. Keparahan infeksi 2. Keparahan infeksi: baru lahir | 1. Mencuci tangan dengan handrub/sabun anti mikroba 2. Gunakan universal precaution dan sarung tangan steril jika melakukan vaginal toucher | 1. Untuk mencegah kontaminasi mikroba 2. Menurangi transmisi mikroba sebagai pencegahan infeksi |

D. Implementasi

Pelaksanaan dapat dilakukan dengan tindakan mandiri atau kolaborasi. Pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan secara nyata berupa serangkaian kegiatan sistematis berdasarkan perencanaan untuk mencapai hasil yang optimal. Pada tahap ini perawat menggunakan segala kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus pada pasien. Pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen, interdependen dan dependen. (Rini Susilo.2016)

E. Evaluasi

Evaluasi diperlukan untuk mengetahui keberhasilan yang diberikan. Evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan apakah tindakan yang diberikan sudah sesuai dengan perencanaan. Rencana tersebut dapat dikatakan efektif jika memang efektif pelaksanaannya. (Rini Susilo.2016)

2. Premature

A. Definisi

Menurut WHO, persalinan premature adalah persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gram. Dengan demikian, persalinan premature dapat terdiri dari :

1. Persalinan premature dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan janin sama untuk masa kehamilan.
2. Persalinan premature dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan kecil untuk masa kehamilan.
3. Nama lainnya dari golongan ini adalah Small for gestational age (SGA), Intra uteri growth retardation (IUGRat), Intra uteri growth restriction (IUGRst)

Menurut WHO, persalinan premature murni dapat digolongkan menurut usia kehamilan dan berat badan lahir, yaitu :sangat premature, premature sedang, dan premature borderline. Prematuritas dan berat lahir rendah biasanya terjadi secara bersamaan, terutama diantara bayi dengan berat 1500 gr atau kurang saat lahir. Keduanya berkaitan dengan terjadinya peningkatan morbiditas dan mortalitas neonatus. American Academy Pediatric mendefinisikan prematuritas adalah kelahiran hidup bayi dengan berat < 2500 gr. Criteria ini dipakai terus menerus secara luas, sampai tampak bahwa ada perbedaan antara usia hamil dan berat lahir yang disebabkan adanya hambatan pertumbuhan janin.

B. Etiologi

1. Faktor Maternal

Toksena, hipertensi, malnutrisi / penyakit kronik, misalnya diabetes mellitus kelahiran premature ini berkaitan dengan adanya kondisi dimana uterus tidak mampu untuk menahan fetus, misalnya pada pemisahan premature, pelepasan plasenta dan infark dari plasenta

2. Faktor Fetal

Kelainan Kromosomal (misalnya trisomi antosomal), fetus multi ganda, cedera radiasi (Sacharin. 1996)

Faktor yang berhubungan dengan kelahiran premature :

a. Kehamilan

- 1) Malformasi Uterus
- 2) Kehamilan ganda
- 3) TI. Servik Inkompeten
- 4) KPD
- 5) Pre eklamsia
- 6) Riwayat kelahiran premature
- 7) Kelainan Rh

b. Kondisi medis

1) Kondisi yang menimbulkan partus preterm

Hipertensi, tekanan darah tinggi menyebabkan penolong cenderung untuk mengakhiri kehamilan, hal ini menimbulkan prevalensi persalinan preterm meningkat.

Perkembangan janin terhambat (Intrauterine growth retardation) merupakan kondisi dimana salah satu sebabnya ialah

pemasokan oksigen dan makanan mungkin kurang adekuat dan hal ini mendorong untuk terminasi kehamilan lebih dini.

Solusio plasenta, terlepasnya plasenta akan merangsang untuk terjadi persalinan preterm, meskipun sebagian besar (65%) terjadi aterm. Pada pasien dengan riwayat solusio plasenta maka kemungkinan terulang akan menjadi lebih besar yaitu 11%

Plasenta previa sering kali berhubungan dengan persalinan preterm akibat harus dilakukan tindakan pada perdarahan yang banyak. Bila telah terjadi perdarahan banyak maka kemungkinan kondisi janin kurang baik karena hipoksia.

Kelainan rhesus, sebelum ditemukan anti D imunoglobulin maka kejadian induksi menjadi berkurang, meskipun demikian hal ini masih dapat terjadi. diabetes. Pada kehamilan dengan diabetes yang tidak terkontrol maka dapat dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan. Tapi saat ini dengan pemberian insulin dan diet yang terprogram, umumnya gula darah dapat dikendalikan.

2) Kondisi yang menimbulkan kontraksi

a. Kelainan bawaan uterus

Meskipun jarang tetapi dapat dipertimbangkan hubungan kejadian partus preterm dengan kelainan uterus yang ada.

b. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah mungkin mengawali terjadinya kontraksi atau sebaliknya. Ada beberapa kondisi yang mungkin menyertai seperti: serviks inkompeten, hidramnion, kahamilan ganda, infeksi vagina dan serviks, dan lain-lain.

c. Serviks inkompeten

Riwayat tindakan terhadap serviks dapat dihubungkan dengan terjadinya inkompeten. Chamberlain dan Gibbings menemukan 60% dari pasien serviks inkompeten pernah mengalami abortus spontan dan 49% mengalami pengakhiran kehamilan pervaginam.

d. Kehamilan ganda

Sebanyak 10% pasien dengan dengan partus preterm ialah kehamilan ganda dan secara umum kahamilan ganda mempunyai panjang usia gestasi yang lebih pendek.

3) Sosial Ekonomi

a. Tidak melakukan perawatan prenatal

b. Status sosial ekonomi rendah

c. Mal nutrisi

d. Kehamilan remaja

4) Faktor gaya hidup

- a. Kebiasaan merokok
- b. Kenaikan berat badan selama hamil yang kurang
- c. Penyalahgunaan obat (kokain)
- d. Alcohol

C. Tanda dan gejala

tanda-tanda persalinan prematur, yaitu

1. Kram seperti ketika datang bulan atau rasa sakit pada punggung.
2. Kram perut, dengan atau tanpa diare.
3. Kontraksi rahim yang teratur dengan jarak waktu sepuluh menit atau kurang dan kontraksi ini tidak harus terasa sakit.
4. Rasa tertekan pada perut bagian bawah, terasa berat atau seperti bayi yang mendorong ke bawah.
5. Keluar air atau cairan lainnya dari vagina.

D. Faktor Resiko Kelahiran Prematur

1. Resiko Demografik:

- 1) Ras
- 2) Usia (< > 40 tahun)
- 3) Status sosio ekonomi rendahBelum menikah
- 4) Tingkat pendidikan rendah

2. Resiko Medis

- 1) Persalinan dan kelahiran premature sebelumnya
- 2) Abortus trimester kedua (lebih dari 2x abortus spontan atau elektif)
- 3) Anomali uterus
- 4) Penyakit-penyakit medis (diabetes, hipertensi)
- 5) Resiko kehamilan saat ini : Kehamilan multi janin, Hidramnion, kenaikan BB kecil, masalah-masalah plasenta (misal : plasenta previa, solusio plasenta), pembedahan abdomen, infeksi (misal : pielonefritis, UTI), inkompetensia serviks, KPD, anomaly janin

3. Resiko Perilaku dan Lingkungan

- 1) Nutrisi buruk
- 2) Merokok (lebih dari 10 rokok sehari)
- 3) Penyalahgunaan alkohol dan zat lainnya (mis. kokain)
- 4) Jarang / tidak mendapat perawatan prenatal

4. Faktor Resiko Potensial

- 1) Stres
- 2) Iritabilitas uterus
- 3) Peristiwa yang mencetuskan kontraksi uterus
- 4) Perubahan serviks sebelum awitan persalinan
- 5) Ekspansi volume plasma yang tidak adekuat
- 6) Defisiensi progesterone
- 7) Infeksi

E. Klasifikasi

Persalinan prematur murni sesuai dengan definisi WHO

| BATASAN | KRITERIA | KETERANGAN |
|---------------------|---|---|
| Sangat premature | Usia kehamilan 24-30 minggu BB bayi 1000-1500 g | Sangat sulit untuk hidup, kecuali dengan inkubator canggih Dampak sisanya menonjol, terutama pada IQ nerologis dan pertumbuhan fisiologis |
| Prematur Sedang | Usia kehamilan 31-36 minggu BB bayi 1501-2000 g | Dengan perawatan canggih masih mungkin hidup tanpa dampak sisa yang berat |
| Prematur borderline | Usia kehamilan 36-38 minggu Berat bayi 2001-2499 g Lingkaran kepala 33 cm Lingkaran dada 30 cm Panjang badan sekitar 45cm | Masih sangat mungkin hidup tanpa dampak sisa yang berat Perhatikan kemungkinan : Gangguan napas Daya isap lemah tdak tahan terhadap hipotermia mudah terjadi infeksi |

Persalinan prematur berdasarkan pengolahan faktor penyebab

| Pengolongan | Kriteria | Keterangan |
|-------------|---|--|
| Golongan 1 | dapat terjadi prematur teratur tidak menimbulkan proses "rekuren" solusio plasenta plasenta previa hidramnion /oligohidromnion kehamilan ganda | kejadian persalinan prematur sangat jarang berulang dengan sebab yang sama |

| | | |
|------------|---|--|
| Golongan 2 | resiko kejadian persalinan prematur tidak dapat dikontrol oleh penderita sendiri hamil usia muda ,tua (umur kurang 18 tahun atau diatas 40tahun) terdapat anomali alat reproduksi | sebagian masih dapat diupayakan untuk dikendalikan anomali alat reproduksi sebagian sulit dikendalikan sekalipun dengan tindakan operasi |
| Golongan 3 | faktor yang menimbulkan pesalinan prematur dapat dikendalikan sehingga kejadian prematur dapat diturunkan : KEBIASAAN : Merokok ketagin obat Kebiasaan kerja keras ,kurang tdur dan istirahat Keadaan sosial ekonomi yang menyebabkan konsumsi gizi nutrisi rendah Kenali berat badan ibu hamil yang kurang Anomali serviks, serviks inkompeten | Permasalahan yang dihadapi golongan 111,sebagian besar beraspek sosial sehingga peran nya sebagai faktor pemicu persalinan prematur dapat dikendalikan: Kemampuan pengendalian faktor sosial yang berada ditengah masyarakat ,merupakan program obstetr sosial Keberhasilan nya akan dapat dirasakan masyarakat dan mempunyai nilai untuk meningkatkan kemampuan memberikan pelayanan bermutu dan menyeluruh , sebagai stategi sosial. |

F. Patofisiologis

Persalinan preterm dapat diperkirakan dengan mencari faktor resiko mayor atau minor. Faktor resiko minor ialah penyakit yang disertai demam, perdarahan pervaginam pada kehamilan lebih dari 12 minggu, riwayat pielonefritis, merokok lebih dari 10 batang perhari, riwayat abortus pada trimester II, riwayat abortus pada trimester I lebih dari 2 kali
Faktor resiko mayor adalah kehamilan multiple, hidramnion, anomali uterus, serviks terbuka lebih dari 1 cm pada kehamilan 32 minggu, serviks mendatar

atau memendek kurang dari 1 cm pada kehamilan 32 minggu, riwayat abortus pada trimester II lebih dari 1 kali, riwayat persalinan preterm sebelumnya, operasi abdominal pada kehamilan preterm, riwayat operasi konisasi, dan iritabilitas uterus. Pasien tergolong resiko tinggi bila dijumpai 1 atau lebih faktor resiko mayor atau bila ada 2 atau lebih resiko minor atau bila ditemukan keduanya. (Kapita selekta, 2000 : 274)

G. Diagnose Keperawatan Prematur

Sering terjadi kesulitan dalam menentukan diagnosis ancaman persalinan preterm. Tidak jarang kontraksi yang timbul pada kehamilan tidak benar-benar merupakan ancaman proses persalinan. Beberapa kriteria dapat dipakai sebagai diagnosis ancaman persalinan preterm, yaitu:

1. Kontraksi yang berulang sedikitnya setiap 7-8 menit sekali, atau 2-3 kali dalam waktu 10 menit
2. Adanya nyeri pada punggung bawah (*low back pain*)
3. Perdarahan bercak
4. Perasaan menekan daerah serviks
5. Pemeriksaan serviks menunjukkan telah terjadi pembukaan sedikitnya 2 cm, dan penipisan 50-80%
6. Presentasi janin rendah, sampai mencapai spina ischiadika
7. Selaput ketuban pecah dapat merupakan tanda awal terjadinya persalinan preterm
8. Terjadi pada usia kehamilan 22-37 minggu

H. Masalah Dan Komplikasi Yang Dapat Terjadi Pada Bayi Prematur

Masalah kesehatan yang sering dialami bayi lahir prematur:

1. Masalah kardiovaskular seperti PDA atau Duktus Arteriosus Paten dimana ductus arteriosus tetap terbuka bahkan setelah anak lahir. Anak yang lahir prematur sangat rentan terhadap masalah seperti masalah hipertensi, diabetes dan jantung di usia dewasa mereka.
2. Penyakit paru-paru kronis dan infeksi seperti displasia bronkopulmonalis, pneumonia dan sindrom gangguan pernapasan.
3. Ada beberapa masalah neurologis seperti Ensefalopati hipoksik iskemik, retinopati prematuritas, apnea, serebral palsy, cacat perkembangan, perdarahan intraventrikular. Beberapa bayi cenderung mengalami pendarahan otak. Pendarahan otak parah dapat berakibat fatal. Keterbelakangan mental adalah efek yang bisa terjadi pada kelahiran prematur.
4. Masalah hematologi yang bisa terjadi pada kelahiran prematur adalah trombositopenia, anemia, ikterus atau hiperbilirubinemia yang menyebabkan kernikterus.
5. Bayi prematur menghadapi masalah pertumbuhan jangka panjang seperti tingkat pertumbuhan di bawah rata-rata.
6. Beberapa masalah metabolik dan pencernaan yang juga bisa terjadi pada bayi prematur seperti hernia inguinalis, hipokalsemia, rakhitis, nekrosis

enterocolitis, hipoglikemia, dll. Pengamatan yang dilakukan menemukan bahwa, bayi prematur menghadapi kesulitan dalam menyusui, karena kurang energi untuk menghisap susu.

7. Anak yang lahir antara minggu ke-22 dan 27 lebih rentan terhadap kematian bayi dan SIDS (Sudden Infant Death Syndrome).
8. Para ahli menyatakan bahwa anak-anak yang lahir prematur menghadapi masalah reproduksi.
9. Beberapa masalah lainnya seperti sepsis, kebutaan total atau parsial, masalah penglihatan, infeksi saluran kemih, masalah sosial dan emosional, keterampilan mengucap yang kurang, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), masalah koordinasi mata tangan dan IQ lebih rendah.

I. Pengelolaan Persalinan Premature

Beberapa langkah yang dapat dilakukan pada persalinan preterm, terutama mencegah mordibitas dan mortalitas neonates preterm adalah:

1. Menghambat proses persalinan preterm dengan pemberian tokolisis
2. Pematangan surfaktan paru janin dengan kortikosteroid
3. Bila perlu dilakukan pencegahan terhadap infeksi

Setiap persalinan preterm harus dirujuk ke rumah sakit. Cari apakah faktor penyulit ada. Dinilai apakah termasuk risiko tinggi atau rendah:

1. Sebelum dirujuk, berikan air minum 1.000 ml dalam waktu 30 menit dan nilai apakah kontraksi berhenti atau tidak.
2. Bila kontraksi masih berlanjut, berikan obat takolitik seperti Fenoterol 5 mg peroral dosis tunggal sebagai pilihan pertama atau Ritodrin mg peroral dosis tinggi sebagai pilihan kedua, atau Ibuprofen 400 mg peroral dosis tunggal sebagai pilihan ketiga.
3. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan beri dukungan.
4. Persalinan tidak boleh ditunda bila ada kontraindikasi mutlak (gawat janin, karioamnionitis, perdarahan antepartum yang banyak) dan kontraindikasi relative (gestosis, DM, pertumbuhan janin terhambat dan pembukaan serviks 4 cm).

J. Metode Kangguru Untuk Merawat Bayi Lahir Prematur

Metode kanguru atau perawatan bayi lekat ditemukan sejak tahun 1983, sangat bermanfaat untuk merawat bayi yang lahir dengan berat badan rendah baik selama perawatan di rumah sakit ataupun di rumah. Metode kanguru mampu memenuhi kebutuhan asasi bayi berat lahir rendah dengan menyediakan situasi dan kondisi yang mirip dengan rahim ibu, sehingga memberi peluang untuk dapat beradaptasi baik dengan dunia luar.

1. Keuntungan yang di dapat dari metode kangguru untuk merawat bayi prematur:
 - a. peningkatkan hubungan emosi ibu anak
 - b. Menstabilkan suhu tubuh, denyut jantung, dan pernafasan bayi

- c. Meningkatkan pertumbuhan dan berat badan bayi dengan lebih baik
 - d. Mengurangi stres pada ibu dan bayi
 - e. Mengurangi lama menangis pada bayi
 - f. Memperbaiki keadaan emosi ibu dan bayi
 - g. Meningkatkan produksi ASI
 - h. Menurunkan resiko terinfeksi selama perawatan di rumah sakit
 - i. Mempersingkat masa rawat di rumah sakit
2. Kriteria bayi yang dapat melakukan metode kangguru:
- a. Bayi dengan berat badan \geq 2000 g Tidak ada kelainan atau penyakit yang menyertal
 - b. Refleks dan kordinasi isap dan menelan yang baik Perkembangan selama di inkubator baik
 - c. Kesiapan dan keikutsertaan orang tua, sangat mendukung dalam keberhasilan.
 - d. Kesiapan dan keikutsertaan orang tua, sangat mendukung dalam keberhasilan.
3. Cara melakukan metode kangguru:
- a. Beri bayi pakaian dan kaus kaki yang telah dihangatkan lebih dahulu
 - b. Letakkan bayi di dada ibu, dengan posisi tegak langsung ke kulit ibu dan pastikan kepala bayi sudah terfiksasi dengan bak pada dada ibu. Posisikan bayi dengan siku dan tungkai tertekuk, kepala dan dada bayi terletak di dada ibu dengan posisi kepala sedikit mendongak
 - c. Dapat pula memakai pakaian dengan ukuran yang lebih besar dari badan ibu dan bayi di letakkan di antara payudara ibu, baju ditangkupkan, kemudian ibu memakai selendang yang dililitkan diperut ibu agar bayi tidak terjatuh
 - d. Bila baju ibu tidak dapat menyokong bayi, dapat menggunakan handuk atau kain lebar yang elastic atau kantong yang dibuat sedemikian rupa untuk menyokong tubuh bayi
 - e. Ibu dapat beraktivitas dengan bebas, dapat bebas bergerak walau berdiri, duduk, jalan, dengan meletakkan bantal di punggung ibu.
 - f. Bila ibu beristirahat, dapat di gantikan oleh ayah atau keluarga yang lain
 - g. Dalam pelaksanaannya perlu diperhatikan persiapan ibu, bayi, posisi bayi, pemantauan bayi, cara pemberian ASI, dan kebersihan ibu dan bayi

3. Postmatur

A. Definisi

Kehamilan postmatur (postterm) disebut juga kehamilan lewat waktu/bulan merupakan kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari (Prawirohardjo, 2008). Sedangkan menurut Manuaba (1999), kehamilan lewat waktu merupakan kehamilan yang melebihi waktu 42 minggu dan belum terjadi persalinan.

Kehamilan umumnya berlangsung 40 minggu atau 280 hari dari hari pertama haid terakhir.

Definisi standar untuk kehamilan lewat bulan adalah 294 hari setelah hari pertama menstruasi terakhir, atau 280 hari setelah ovulasi. Istilah lewat bulan (postdate) digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin (Helen, 2007). Berdasarkan beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa kehamilan postmatur adalah kehamilan lebih dari 40 minggu.

B. Etiologi

Penyebab terjadinya kehamilan postterm/ postmature sampai saat ini masih belum diketahui secara jelas. Menurut (Sarwono,2010) beberapa teori yang diajukan di antaranya:

1. Pengaruh Progesteron

Penurunan hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu prose biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga terjadinya kehamilan postterm adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesteron.

2. Teori Oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu penyebab kehamilan postterm.

3. Teori Kortisol/ ACTH Janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai "pemberi tanda" untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi esterogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anesefalus, hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

4. Saraf Uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan dimana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan postterm.

5. Herediter

Beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami kehamilan posterm mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya. Mogren menyatakan bahwa bilamana seorang ibu mengalami kehamilan posterm saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuan akan mengalami kehamilan posterm.

Menurut (Bayu,2009) penyebab Postmatur pasti belum diketahui, faktor yang dikemukakan adalah:

- a) Hormonal, yaitu kadar progesteron tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang.
- b) Herediter, karena post naturitas sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu
- c) Kadar kortisol pada darah bayi yang rendah sehingga disimpulkan kerentanan akan stress merupakan faktor tidak timbulnya His
- d) Kurangnya air ketuban
- e) Insufisiensi plasenta.

C. Manifestasi Klinis

1. Gerakan janin yang jarang, yaitu secara subjektif kurang dari 7 kali/ 20 menit atau secara objektif dengan KTG (kardiotopografi) kurang dari 10 kali/ 20menit. (Echa, 2012)
2. Postterm dapat di bagi dalam 3 stadium (Sarwono,2010) :
 - 1) Stadium I
Kulit menunjukkan kehilangan verniks kaseosa dan maserasi berupa kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas.
 - 2) Stadium II
Gejala di atas disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) pada kulit
 - 3) Stadium III
Terdapat pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat

Menurut Bayu, 2009 manifestasi yang ditunjukkan yaitu bayi postmature:

- a. Biasanya lebih berat dari bayi matur (> 4000 gram)
- b. Tulang dan sutura kepala lebih keras dari bayi matur
- c. Rambut lanugo hilang atau sangat kurang
- d. Verniks kaseosa di bidan kurang
- e. Kuku-kuku panjang
- f. Rambut kepala agak tebal
- g. Kulit agak pucat dengan deskuamasi epitel

D. Patofisiologis

1. Sindrom posmatur

Bayi postmatur menunjukkan gambaran yang khas, yaitu berupa kulit keriput, mengelupas lebar-lebar, badan kurus yang menunjukkan pengurasan energi, dan maturitas lanjut karena bayi tersebut matanya terbuka. Kulit keriput terlihat sekali pada bagian telapak tangan dan telapak kaki. Kuku biasanya cukup panjang. Biasanya bayi postmatur tidak mengalami hambatan pertumbuhan karena berat lahirnya jarang turun dibawah persentil ke-10 untuk usia gestasinya. Banyak bayi postmatur Clifford mati dan banyak yang sakit berat akibat asfiksia lahir dan aspirasi mekonium. Beberapa bayi yang bertahan hidup mengalami kerusakan otak. Insidensi sindrom postmaturitas pada bayi berusia 41, 42, dan 43 minggu masing-masing belum dapat ditentukan dengan pasti. Sindrom ini terjadi pada sekitar 10 % kehamilan antara 41 dan 43 minggu serta meningkat menjadi 33 % pada 44 minggu. Oligohidramnion yang menyertainya secara nyata meningkatkan kemungkinan postmaturitas.

2. Disfungsi plasenta

Kadar eritroprotein plasma tali pusat meningkat secara signifikan pada kehamilan yang mencapai 41 minggu atau lebih dan meskipun tidak ada agar skor dan gas darah tali pusat yang abnormal pada bayi ini, bahwa terjadi penurunan oksigen pada janin yang postterm. Janin postterm mungkin terus bertambah berat badannya sehingga bayi tersebut luar biasa besar pada saat lahir. Janin yang terus tumbuh menunjukkan bahwa fungsi plasenta tidak terganggu. Memang, pertumbuhan janin yang berlanjut, meskipun kecepatannya lebih lambat, adalah ciri khas gestasi antara 38 dan 42 minggu.

3. Gawat janin dan Oligohidramnion

Alasan utama meningkatnya resiko pada janin postterm adalah bahwa dengan diameter tali pusat yang mengecil, diukur dengan USG, bersifat prediktif terhadap gawat janin intrapartum, terutama bila disertai dengan oligohidramnion. Penurunan volume cairan amnion biasanya terjadi ketika kehamilan telah melewati 42 minggu, mungkin juga pengeluaran mekonium oleh janin ke dalam volume cairan amnion yang sudah berkurang merupakan penyebab terbentuknya mekonium kental yang terjadi pada sindrom aspirasi mekonium.

4. Pertumbuhan janin terhambat

Hingga kini, makna klinis pertumbuhan janin terhambat pada kehamilan yang seharusnya tanpa komplikasi tidak begitu diperhatikan. Pertumbuhan janin terhambat menyertai kasus lahir mati pada usia gestasi 42 minggu atau lebih, demikian juga untuk bayi lahir aterm. Morbiditas dan mortalitas meningkat secara signifikan pada bayi

yang mengalami hambatan pertumbuhan. Memang, seperempat kasus lahir mati yang terjadi pada kehamilan memanjang merupakan bayi-bayi dengan hambatan pertumbuhan yang jumlahnya relatif kecil ini.

5. Serviks yang tidak baik

Sulit untuk menunjukkan serviks yang tidak baik pada kehamilan memanjang karena pada wanita dengan umur kehamilan 41 minggu mempunyai serviks yang belum berdilatasi. Dilatasi serviks adalah indikator prognostic yang penting untuk keberhasilan induksi dalam persalinan.

E. Pemeriksaan Diagnostik

Beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan pada ibu dengan kehamilan postmatur (Prawirohardjo, 2008), antara lain:

1. Ultrasonografi (USG)

Ketepatan usia kehamilan sebaiknya mengacu pada hasil pemeriksaan USG pada trimester pertama. Pada trimester pertama pemeriksaan panjang kepala-tungggingn (*crown-rump length/CRL*) memberikan ketepatan kurang lebih 4 hari dari taksiran persalinan. Sedangkan pemeriksaan sesaat setelah trimester III dapat digunakan untuk menentukan berat janin, keadaan air ketuban, ataupun keadaan plasenta yang sering berhubungan dengan kehamilan postmatur, tetapi sulit untuk memastikan usia kehamilan.

2. Pemeriksaan radiologi

Usia kehamilan ditentukan dengan melihat pusat penulangan. Cara ini sekarang jarang digunakan karena pengenalan pusat penulangan seringkali sulit dan radiologic mempunyai pengaruh yang kurang baik terhadap janin.

3. Pemeriksaan laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium ini meliputi pemeriksaan kadar lesitin/ spingomielin, aktivitas tromboplastin cairan amnion (ATCA), sitologi cairan amnion, dan sitologi vagina.

F. Penatalaksanaan

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2008) dalam pengelolaan kehamilan postmatur ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain: menentukan apakah kehamilan memang telah berlangsung lewat bulan atau bukan. Dengan demikian, penatalaksanaan ditujukan pada dua variasi dari postmatur ini. Identifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin. Periksa kematangan serviks dengan skor Bishop. Kematangan serviks ini memegang peranan penting dalam pengelolaan kehamilan postmatur. Sebagian besar kepustakaan sepakat bahwa induksi persalinan dapat segera dilaksanakan baik pada usia 41 maupun 42 minggu bilamana serviks telah matang.

Menurut Arif Mansjoer (2000) penatalaksanaan kehamilan lewat waktu bila keadaan janin baik dapat dilakukan dengan cara:

1. Tunda pengakhiran kehamilan selama 1 minggu dengan menilai gerakan janin dan tes tanpa tekanan 3 hari kemudian, Bila hasil positif, segera lakukan seksio sesarea.
2. Induksi Persalinan.

Induksi persalinan merupakan suatu usaha supaya persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his. Ada dua cara yang biasanya dilakukan untuk memulai proses induksi, yaitu mekanik dan kimia. Kedua cara ini pada dasarnya dilakukan untuk mengeluarkan zat prostaglandin yang fungsinya sebagai zat penyebab otot rahim berkontraksi. Secara mekanik, biasanya dilakukan dengan sejumlah cara, seperti menggunakan metode *stripping*, vibrator, kateter, serta memecahkan ketuban. Secara kimia, ibu akan diberikan obat-obatan khusus. Ada yang diberikan dengan cara diminum, dimasukan ke dalam vagina, diinfuskan, atau pun disemprotkan pada hidung. Biasanya, tak lama setelah salah satu cara kimia itu dilakukan, ibu hamil akan merasakan datangnya kontraksi.

Penatalaksanaan pada bayi postmatur antara lain bila bayi mengalami ketidakefektifan termoregulasi tindakan yang dapat diberikan antara lain hangatkan inkubator atau penghangat radian sebelumnya, pastikan bahwa handuk dan atau selimut yang tipis yang telah dihangatkan telah tersedia. Pertahankan suhu ruang bersalin pada suhu 22 C, dengan kelembaban relatif 60%-65%. Bersihkan bayi baru lahir, dari darah dan verniks yang berlebihan, khususnya yang ada di kepala, dengan handuk yang telah dihangatkan sebelumnya. Letakkan bayi baru lahir di bawah penghangat radian. Bungkus bayi dengan selimut yang telah dihangatkan dan pindahkan bayi ke ibu. Rangkul bayi sehingga menempel pada dada ibu dan dibedong dengan selimut yang hangat.

a. Resiko cidera

- 1) Evaluasi dengan alat elektronik respon denyut jantung janin terhadap kontraksi uterus selama asuhan intrapartum
- 2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia sebelum pemberian ASI dan sebelum 2 jam setelah kelahiran
- 3) Kaji tanda-tanda hipoglikemi
- 4) Ajarkan orang tua untuk memperkirakan perubahan pada kemampuan infan
- 5) Diskusikan dengan orang tua perlunya pemantauan konstan terhadap infan

G. Komplikasi

Pada kondisi postmatur ini dapat terjadi beberapa komplikasi, yaitu:

- a. Menurut Prawirohardjo (2008), komplikasi yang terjadi pada kehamilan serotinus yaitu komplikasi pada janin. Komplikasi yang terjadi pada janin seperti gawat janin, gerakan janin berkurang, kematian janin, asfiksia neonaturum dan kelainan letak.
- b. Menurut Achdiat (2004), komplikasi yang terjadi seperti kelainan kongenital, sindroma aspirasi mekonium, gawat janin dalam persalinan, bayi besar (makrosomia) atau pertumbuhan janin terlambat, kelainan jangka pangjang pada bayi.

H. Pengaruh

a. Terhadap Ibu

Persalinan postmatur dapat menyebabkan distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir, janin besar . Moulding kepala kurang, maka akan sering dijumpai: seperti partus lama, kesalahan letak, inersia uteri, distosia bahu, dan perdarahan postpartum.

b. Terhadap janin

Jumlah kematian janin/ bayi pada kehamilan 43 minggu tiga kali lebih besar dari kehamilan 40 minggu karena postmaturitas akan menambah bahaya pada janin. Pengaruh postmatur pada janin bervariasi. Berat badan bertambah besar, tetap dan ada yang berkurang sesudah kehamilan 42 minggu. Ada pula yang bisa terjadi kematian janin dalam kandungan

I. Penatalaksanaan

a. Metode hormon induksi persalinan dengan oksitosin.

Dalam mengakhiri kehamilan dengan induksi oksitosin, pasien harus memenuhi beberapa syarat, antara lain kehamilan aterm, ada kemunduran his, ukuran panggul normal, tidak ada disproporsi sefalopelvik, janin presentasi kepala, serviks sudah matang (porsio teraba lunak, mulai mendatar, dan mulai membuka). Selain itu, pengukuran pelvik juga harus dilakukan sebelumnya.

Induksi persalinan dilakukan dengan oksitosin 5 IU dalam infus Dextrose 5%. Sebelum dilakukan induksi, pasien dinilai terlebih dahulu kesejahteraan janinnya dengan alat KTG, serta diukur skor pelvisnya. Jika keadaan janin baik dan skor pelvis >5, maka induksi persalinan dapat dilakukan. Tetesan infus dimulai dengan 8 tetes/menit, lalu dinaikkan tiap 30 menit sebanyak 4 tetes/menit hingga timbul his yang adekuat. Selama pemberian infus, kesejahteraan janin tetap diperhatikan karena dikhawatirkan dapat timbul gawat janin. Setelah timbul his adekuat, tetesan infus dipertahankan hingga persalinan. Namun, jika infus pertama habis dan his adekuat belum muncul, dapat diberikan infus drip oksitosin 5 IU ulangan. Jika his adekuat yang

diharapkan tidak muncul, dapat dipertimbangkan terminasi dengan seksio sesaria.

- b. Metode Non Hormon Induksi Persalinan
- b. Pemasangan balon kateter Foley. Secara umum kateter dimasukkan kedalam servik kemudian ballon di isi udara 25 hingga 50 mililiter untuk menjaga kateter tetap pada tempatnya. Beberapa uji klinis membuktikan bahwa teknik ini sangat efektif.
- c. Pemisahan ketuban. Prosedurnya dikenal dengan pemisahan atau mengusap ketuban mengacu pada upaya memisahkan membran amnion dari bagian servik yang mudah diraih dan segmen uterus bagian bawah pada saat pemeriksaan dalam Dengan tangan ol terbungkus sarung tangan bidan memeriksa wanita untuk menentukan penipisan serviks, pembukaan dan posisi lazimnya. Perawatan dilakukan untuk memastikan bahwa bagian kepala janin telah turun. Pemeriksaan mengulurkan jari telunjuk Y sedalam mungkin melalui os interna, melalui ujung distal jari perlahan antara segmen uterus bagian bawah dan membaran. Beberapa usapan biasanya eektif untuk menstimulasi kontaksi awal reguler dalam 72 jam. Mekanisme kerjanya memungkinkan melepaskan prostaglandin ke dalam sirkulasi ibu. Pemisahan hendaknya jangan dilakukan jika terdapat ruptur membran yang tidak disengaja dan dirasa tidak aman baik bagi ibu maupun bagi janin. Pemisahan memban servis tidak dilakukan pada kasus - kasus servisititis, plasenta letak rendah, maupun plasenta previa, posisi yang tidak diketahui, atau perdarahan pervaginam yang tidak diketahui.
- d. Amniotomi Pemecahan ketuban secara sengaja (AROM). Saat dilakukan harus memeriksa dengan teliti untuk mengkaji penipisan servik, pembukaan posisi dan letak bagian bawah. Presentasi selain kepala merupakan kontraindikasi AROM dan kontraindikasi lainnya ketika kepala belum turun, atau bayi kecil karena dapat menyebabkan prolaps tali pusat. Meskipun amniotomi sering dilakukan untuk menginduksi persalinan, namun hingga kini masih belum ada studi prospektif dengan desain tepat yang secara acak menempatkan wanita pada kelompok tertentu untuk mengevaluasi praktik amniotomi ini.
- e. Pompa Payudara dan stimulasi puting. Penggunaan cara ini relatif lebih aman karena menggunakan metode yang sesuai dengan fisiologi kehamilan dan persalinan. Penangannya dengan menstimulasi selama 15 menit diselingi istirahat dengan metode kompres hangat selama 1 jam sebanyak 3 kali perhari.
- f. Minyak jarak Ingesti minyak jarak 60 mg yang dicampur dengan jus apel maupun jus jeruk dapat meningkatkan angka kejadian persalinan spontan jika diberikan pada kehamilan cukup bulan
- g. Aktifitas seksual. Jika bidan tidak merasa bahwa penatalaksanaan aktif pada persalinan lewat bula diindikasikan, protokol dalam memuat panduan rekomendasi yang mencakup pemberian, waktu, dosis, dan

langkah kewaspadaan. Sementara pada penatalaksanaan antisipasi, bidan dianjurkan mendokumentasikan secara teliti rencana penatalaksanaan yang disepakati bersama oleh wanita. Bidan maupun wanita harus memahami secara benar standar perawatan setempat untuk menangani kehamilan lewat bulan.

- h. Bedah Sectio Caesarea Sebagai alternative terakhir untuk menyelamatkan ibu dan bayinya.

C. Latihan

1. Jelaskan apa yang di kategorikan kedalam persalinan beresiko
2. Uraikan klasifikasi persalinan distosia
3. Jelaskan etiologi persalinan premature
4. Apa saja factor resiko persalinan premature
5. Jelaskan patofisiologis persalinan postmatur

D. Kunci Jawaban

1. Kategori persalinan beresiko, yaitu:
 - a. Distosia adalah persalinan abnormal atau sulit yang di tandai dengan kelambatan atau tidak adanya kemajuan proses persalinan dalam waktu tertentu
 - b. persalinan premature adalah persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gram
 - c. Kehamilan postmatur (postterm) disebut juga kehamilan lewat waktu/bulan merupakan kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari
2. Klasifikasi persalinan distosia, yaitu:
 - a. Distosia karena kekuatan-kekuatan yang mendorong anak tidak memadai
 - b. Kekuatan mengejan kurang kuat, misalnya kelainan dinding perut , atau kelainan keadaan umum ibu seperti sesak napas atau adanya kelainan ibu.
3. Etiologi persalinan prematur, yaitu:
 - a. Faktor Maternal
Toksenia, hipertensi, malnutrisi / penyakit kronik, misalnya diabetes mellitus kelahiran premature ini berkaitan dengan adanya kondisi dimana uterus tidak mampu untuk menahan fetus, misalnya pada pemisahan premature, pelepasan plasenta dan infark dari plasenta
 - b. Faktor Fetal
Kelainan Kromosomal (misalnya trisomi antosomal), fetus multi ganda, cedera radiasi
4. Faktor Resiko Kelahiran Prematur, yaitu:
 - a. Resiko Demografik
 - b. Resiko Medis
 - c. Resiko Perilaku dan Lingkungan

- d. Faktor Resiko Potensial
- 5. Patofisiologis postmatur, yaitu:
 - a. Sindrom posmatur
Bayi postmatur menunjukkan gambaran yang khas, yaitu berupa kulit keriput, mengelupas lebar-lebar, badan kurus yang menunjukkan pengurasan energi, dan maturitas lanjut karena bayi tersebut matanya terbuka.
 - b. Disfungsi plasenta
Kadar eritroprotein plasma tali pusat meningkat secara signifikan pada kehamilan yang mencapai 41 minggu atau lebih dan meskipun tidak ada agar skor dan gas darah tali pusat yang abnormal pada bayi ini, bahwa terjadi penurunan oksigen pada janin yang postterm.
 - c. Gawat janin dan Oligohidramnion
Alasan utama meningkatnya resiko pada janin postterm adalah bahwa dengan diameter tali pusat yang mengecil, diukur dengan USG, bersifat prediktif terhadap gawat janin intrapartum, terutama bila disertai dengan oligohidramnion.
 - e. Pertumbuhan janin terhambat
Pertumbuhan janin terhambat menyertai kasus lahir mati pada usia gestasi 42 minggu atau lebih, demikian juga untuk bayi lahir aterm.
 - f. Serviks yang tidak baik
Sulit untuk menunjukkan serviks yang tidak baik pada kehamilan memanjang karena pada wanita dengan umur kehamilan 41 minggu mempunyai serviks yang belum berdilatasi.

E. Daftar Pustaka

1. Hockenberry, Wilson, (2007). *Wong's Nursing Care of Infant and children, 8th edition*. Mosby : Evolve
2. Nanda Internasional, (2012). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta : EGC
3. Wilkinson, Judith M., Ahern, Nancy R., (2009). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan : Diagnosis Nanda, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC*. Jakarta : EGC