

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses fisiologis dimana uterus mengeluarkan atau berupaya mengeluarkan janin dan plasenta setelah masa kehamilan 20 minggu atau lebih dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan.<sup>8</sup>

##### 2.1.1 Persalinan Normal dan Abnormal

Persalinan normal adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan ( aterm, 37-42 minggu ), Pada janin letak memanjang, presentasi belakang kepala yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran itu maksimal 18 jam untuk primigravida tanpa tindakan, dan 7-8 jam untuk multigravida tanpa tindakan serta tanpa komplikasi. kala I yaitu dimulai dengan waktu serviks membuka karena his, kontraksi uterus teratur, makin lama, makin kuat, makin sering, makin terasa nyeri, disertai pengeluaran lendir darah dan berakhir setelah pembukaan serviks lengkap yaitu bibir portio tidak dapat diraba. Selaput ketuban biasanya pecah spontan pada akhir kala I. Terdapat fase laten berlansung selama 8 jam dan fase aktif selama 6 jam. Peristiwa yang penting dalam kala ini adalah keluar lendir darah (*bloody show*) dengan lepasnya *mucous plug*, terbukanya vaskular pembuluh darah serviks. Pergeseran antara selaput ketuban dengan dinding dalam uterus. Kala II berlansung selama 2 jam, dimulai dengan pembukaan serviks dengan lengkap dan berakhir dengan saat bayi telah lahir lengkap. Kala III dimulai pada saat bayi lahir dengan lengkap dan berakhir dengan lahirnya plasenta . Ini ditandai dengan perdarahan baru atau kadang kala dari tidak disertai perdarahan. Pada keadaan normal, kontraksi uterus bertambah keras, fundus setinggi pusat, plasenta lepas 5-15 menit setelah bayi lahir. Kala IV dimulai dengan observasi selama 2 jam post partum. Persalinan abnormal adalah persalinan pervaginaam dengan bantuan alat-alat maupun melalui dinding perut dengan operasi caesaria.<sup>8</sup>

## **2.2 Hal Medis Yang Mempengaruhi Persalinan**

### **2.2.1 Luaran Ibu Pada Persalinan**

Keadaan yang dialami oleh ibu saat kehamilan, hingga masa persalinan.<sup>9</sup>

#### **2.2.1.1 Perdarahan Antepartum**

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam yang terjadi sebelum bayi lahir. Perdarahan yang terjadi sebelum 28 minggu seringkali berhubungan dengan aborsi atau kelainan, dan perdarahan yang terjadi setelah 28 minggu biasanya di sebabkan karena kelainan pada plasenta ( plasenta previa atau solusio plasenta), trauma, atau penyakit saluran kelamin bagian bawah.<sup>9</sup>

#### **2.2.1.2 Perdarahan Postpartum**

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang melebihi 500 ml ( pada persalinan pervaginaam) atau melebihi 1000 ml ( pada persalinan bedah caesar ), yang terjadi setelah bayi lahir. Perdarahan post partum dibagi dua, perdarahan post partum primer ( jika perdarahan terjadi dalam 24 jam ) dan perdarahan post partum sekunder ( terjadi perdarahan setelah 24 jam tetapi sebelum 12 minggu ).<sup>9</sup>

Perdarahan postpartum rentan terjadi pada usia < dari 20 tahun. Hal tersebut dikarenakan fungsi reproduksi wanita belum berkembang dengan sempurna. Sedangkan wanita dengan usia > 35 tahun, juga rentan terhadap perdarahan postpartum, karena fungsi reproduksi yang sudah mengalami penurunan.<sup>9</sup>

### 2.2.1.3 Hipertensi

Saat ini, *The Working Group Report and High Blood Pressure Pregnancy* ( 2000 ) menyarankan klasifikasi hipertensi dalam kehamilan, yaitu hipertensi gestasional, hipertensi kronis, superimposed preeklamsia, preeklamsia ringan, preeklamsia berat, eklamsia.

- a) Hipertensi Gestasional adalah kenaikan tekanan darah yang hanya dijumpai dalam kehamilan sampai 12 minggu pasca persalinan. Tidak dijumpai keluhan dan tanda-tanda preeklamsia lainnya.
- b) Hipertensi kronis adalah hipertensi yang sudah dijumpai sebelum kehamilan, selama kehamilan, sampai sesudah masa nifas. Tidak ditemukan danya keluhan atau tanda-tanda preeklamsia.
- c) Superimposed preeklamsia adalah gejala dan tanda-tanda preeklamsia muncul sesudah kehamilan 20 minggu pada wanita yang sebelumnya menderita hipertensi kronis.

Sebagai batasan yang disebut hipertensi dalam kehamilan adalah kenaikan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg dan sistolik lebih dari 140 mmHg pada dua kali pemeriksaan yang berjarak 4 jam atau lebih dan proteinuria jika dijumpai protein dalam urine melebihi 0,3 gr/ 24 jam atau dengan pemeriksaan kualitatif minimal positif (+) 1.<sup>9</sup>

#### 2.2.1.3.1 Preeklamsia

Penyebab preeklamsia belum dapat di ketahui secara pasti. Hanya saja dianggap sebagai penyempitan pembuluh darah secara umum sehingga menyebabkan plasentanya iskemik.<sup>11</sup> Preeklamsia dalam kehamilan adalah terjadinya hipertensi dimana tekanan darah 140/90 mmHg setelah kehamilan 20 minggu (akhir triwulan kedua sampai triwulan ketiga ) atau juga bisa terjadi lebih awal. Preeklamsia adalah kelainan yang dapat membahayakan nyawa ibu hamil, dimana terjadi saat masa hamil, persalinan, dan masa nifas.<sup>11</sup> Selain itu, preeklamsia di tandai dengan proteinuria, dan adanya edema, yang timbul karena kehamilan yang dapat menyebabkan kematian pada ibu dan janinnya.<sup>9</sup>

Hipertensi biasanya timbul lebih dulu daripada tanda-tanda yang lain. Edema muncul setelahnya, dimana terjadi penimbunan cairan secara umum yang berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat di ketahui dari meningkatnya berat badan serta pembengkakan kaki

,jari tangan,dan muka .Jika kenaikan berat badan  $\frac{1}{2}$  Kg setiap minggu nya dalam kehamilan masih dapat di anggap normal. Tetapi jika kenaikan berat badan sampai 1 Kg beberapa kali dalam seminggu,hal ini perlu di waspadai.<sup>9</sup>

Proteinuria merupakan komplikasi lanjutan dari hipertensi dalam kehamilan.Terjadi kerusakan ginjal sehingga beberapa bentuk protein lolos dalam urine.Normal terdapat jumlah protein dalam urine,tetapi tidak melebihi 0,3 gr dalam 24 jam. Proteinuria menunjukkan komplikasi dalam kehamilan lanjut,sehingga membutuhkan perhatian dan penanganan segera.<sup>9</sup>

Selain itu, biasanya preeklamsia terjadi karena riwayat preeklamsia sebelumnya. Selain itu karena riwayat keluarga dengan pre eklamsia,usia yang dimana terlalu muda atau terlalu tua,serta wanita dengan gangguan fungsi organ (DM, ginjal, hipertensi ).<sup>9</sup>

Penanganan pada pasien dengan Preeklamsi di bagi menjadi 2, yaitu preeklamsi ringan / sedang, dan penanganan pada preeklamsia berat. Penanganan preeklamsia ringan / sedang adalah :

1. Bisa di rawat jalan dengan anjuran banyak istirahat atau tirah baring.
2. Diet rendah garam dan tinggi protein.
3. Pemberian medikamentosa : sedative (diazepam ), anti hipertensi : alfa metil DOPA ( R: dopamet, aldomet ) dan anti agregasi platelet asam metil salisilat ( R: aspirin, aspillets ). Anti hipertensi dan anti agregasi platelet di berikan menurut indikasi. Ibu hamil dengan preeklamsia ringan yang dilakukan rawat inap, bila penyakit membaik dapat dilakukan rawat jalan. Sedangkan jika penyakit menetap atau memburuk pada ibu hamil, maka dapat di lakukan induksi pada usia kehamilan 37 minggu.<sup>9</sup>

Penanganan preeklamsia berat pada ibu hamil adalah :

1. Perawatan konservatif ( usia kehamilan < 36 minggu ) :
  - a) Tirah baring
  - b) Infus D5:RL = 3 : 1
  - c) Diet rendah garam dan tinggi protein ( diet preeklamsia).
  - d) Pasang kateter tetap ( bila perlu ).
  - e) Medikamentosa :
    - Anti konvulsan MgSO<sub>4</sub>

- Anti hipertensi Nifedipine 10 mg sublingual, dilanjutkan dengan 10 mg q 8 jam.
- Kortikosteroid (Oradexon i.m. 2 kali 10 mg) untuk kehamilan < 36 minggu.
- Antibiotikum, diuretikum dan kardiotonikum . Hanya di berikan sesuai indikasi.<sup>12</sup>

Perawatan aktif (terminasi kehamilan), yaitu pada keadaan di bawah ini :

1. Umur kehamilan > 36 minggu.
2. Terdapat tanda-tanda impending eklamsia.
3. Gawat janin.
4. Sindroma HELLP.
5. Kegagalan perawatan konservatif, yakni setelah 6 jam perawatan tiak terlihat tanda-tanda perbaikan penyakit.<sup>5</sup>

#### **2.2.1.3.2 Eklamsia**

Eklamsia adalah apabila ditemukan kejang-kejang pada penderita pre eklamsia, dan di sertai koma. Penyebab nya juga belum pasti. Faktor yang diduga terjadinya eklamsia sama seperti preeklamsia, yaitu riwayat keluarga yang sebelumnya eklamsia, gangguan fungsi organ, serta usia yang terlalu muda ataupun terlalu tua. Biasanya eklamsia di tandai dengan nyeri kepala yang hebat, tekanan darah yang abnormal, penglihatan yang terganggu, iritabel (dimana ibu merasa gelisah), edema , dan proteinuria. Secara prinsip kehamilan dengan eklamsia harus segera di terminasi (diakhiri).<sup>9</sup>

Bila pasien sadar dan keadaan membaik, kehamilan segera di induksi, sebisa mungkin mengusahakan partus pervaginam dengan mempercepat kala II. Bila dalam 6 jam keadaan tidak membaik ( klinis maupun laboratorik ) dan pasien belum sadar, maka kehamilan kehamilan harus segera di akhiri juga.<sup>9</sup>

#### 2.2.1.4 Sepsis Obstetri

Sepsis merupakan penyebab tersering kesakitan sampai kematian pada ibu hamil atau pasca persalinan akibat infeksi. Kejadian sepsis pada wanita biasanya di hubungkan dengan komplikasi infeksi seperti sepsis obstetri dan sepsis non obstetri. Infeksi obstetri seperti infeksi saluran kemih, karioamnionitis, dan abortus septik. Sedangkan penyebab sepsis non obstetrik seperti malaria, HIV dan pneumonia. Pada penderita syok sepsis 40-60% terdapat massa bakteri. Hubungan antara sepsis dengan jumlah bakteri dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti imunitas dan keadaan penyakit itu sendiri. Secara umum, bakteri gram positif sangat sering di temukan sebagai pemicu terjadinya sepsis. Bakteri yang sering di temukan pada urine pasien dengan penyakit infeksi saluran kemih adalah *Escherichia Coli*. Perjalanan sepsis akibat bakteri diawali oleh proses infeksi yang ditandai dengan bakterimia, yang kemudian berubah menjadi SIRS ( Systemic Inflammatory Respon Syndrom ). Jika sudah berat, maka sepsis bisa sampai pada tahap shock sepsis, dan itu bisa menuju kepada kematian bagi pasien. Prevalensi asimtomatik pada bakteruria lumayan besar. Sekitar 2%-11% sepsis terjadi juga karena adanya respon peradangan terhadap endotoksin dan eksotoksin mikroba, yang dimana di bebaskan saat dinding sel bakteri gram negatif-positif mengalami lisis. Maka dari itu, penanganan sepsis sama pentingnya dengan penanganan faktor risiko lainnya pada kasus gawat darurat persalinan. Sepsis pasca persalinan adalah meningkatnya suhu tubuh lebih dari 38°C dan demam berturut-turut selama dua hari sesudah persalinan dan yang di sertai keluarnya cairan yang berbau dari liang rahim. Infeksi jalan lahir dapat terjadi pada ibu bersalin yang pertolongan persalinannya tidak bersih atau pada wanita yang menggugurkan kandungan dengan cara berbahaya. Infeksi ini dapat di cegah dengan pertolongan persalinan yang bersih dan aman. Infeksi pada kehamilan, dapat terjadi apabila :

1. Ketuban pecah dini (lebih dari 6 jam )
2. Partus lama
3. Penolong dalam persalinan tidak higienis ( tidak mencuci tangan lebih dulu )
4. Pemeriksaan vagina yang terlalu sering dengan kondisi tangan yang tidak bersih
5. Perawatan daerah perianal yang tidak benar selama atau sesudah kehamilan
6. Persalinan yang tidak bersih
7. Memasukkan sesuatu ke dalam jalan lahir
8. Hubungan seks setelah ketuban pecah
9. Retensio plasenta
10. Perdarahan.<sup>9</sup>

Hal yang paling sering menyebabkan sepsis pada kehamilan adalah infeksi pada saluran kemih. Dimana hal ini terjadi perubahan fisiologi dan anatomi pada organ, sehingga menyebabkan ascending infection. Perubahan kimia urin juga menyebabkan kuman dapat berkembang dengan baik di saluran kemih. Sedang pada karioamnionitis sering di dihubungkan dengan kejadian ketuban pecah dini. Lamanya ketuban pecah sangat mempengaruhi proses sepsis pada kehamilan. Selain itu, pada operasi caesar, biasanya juga mudah terjadi infeksi.<sup>9</sup>

### **2.2.1.5 Partus Lama**

Partus lama ( partus tak maju ) yaitu persalinan yang ditandai tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam. Partus lama ( partus tak maju ) berarti meskipun kontraksi uterus kuat, janin tidak dapat turun karena faktor mekanis.<sup>10</sup>

Kemacetan persalinan biasanya terjadi pada pintu atas panggul, tetapi dapat juga terjadi pada rongga panggul atau pintu bawah panggul. Biasanya tidak ada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putar paksi sebelum 2 jam terakhir.<sup>10</sup>

Partus lama ( tak maju ) disebabkan oleh beberapa faktor, seperti :

1. Anatomi tubuh ibu melahirkan. Ibu bertubuh pendek < 150 cm yang biasanya berkaitan dengan malnutrisi dan terjadinya deformitas panggul merupakan risiko tinggi dalam persalinan, tinggi badan < 150 cm berkaitan dengan kemungkinan panggul sempit. Tinggi badan Ibu < 145 cm terjadi ketidakseimbangan antara luas panggul dan besar kepala janin.
2. Presentasi yang abnormal  
Hal ini bisa terjadi pada dahi, bahu, muka dengan dagu posterior atau kepala yang sulit lahir pada presentasi bokong.
3. Abnormalitas pada janin  
Hal ini sering terjadi bila ada kelainan pada janin, misal hidrosefalus, pertumbuhan janin lebih dari 4000 gram, bahu yang lebar dan kembar siam.

4. Abnormalitas sistem reproduksi  
Misalnya seperti tumor pelvis, stenosis vagina kongenital, perineum kaku dan tumor vagina.
5. Usia ibu hamil. Usia reproduksi yang optimal bagi seorang ibu untuk hamil dan melahirkan adalah 20-35 tahun karena pada usia ini secara fisik dan psikologi ibu sudah cukup matang dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Usia <20 tahun organ-organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan dan perkembangan kejiwaan belum matang sehingga belum siap menjadi ibu dan menerima kehamilannya. Usia >35 tahun organ reproduksi mengalami perubahan yang terjadi karena proses menuanya organ kandungan dan jalan lahir kaku atau tidak lentur lagi. Selain itu peningkatan umur seseorang akan mempengaruhi organ yang vital seperti sistem kardiovaskuler, ginjal dll (pada umur tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu yang akan memperberat tugas organ-organ tersebut sehingga berisiko mengalami komplikasi pada ibu dan janin). Sesuai dengan hasil penelitian di Makassar yang dilakukan oleh Idriyani tahun 2006 dengan menggunakan desain penelitian *case control study* menemukan ibu yang mengalami partus tak maju kemungkinan 1,8 kali lebih besar berumur < 20 tahun dan > 35 tahun dibandingkan umur 20-35 tahun.
6. Riwayat persalinan. Persalinan yang pernah dialami oleh ibu dengan persalinan prematur, seksio caesarea, bayi lahir mati, persalinan lama, persalinan dengan induksi serta semua persalinan tidak normal yang dialami ibu merupakan risiko tinggi pada persalinan berikutnya. Sesuai dengan hasil penelitian di Medan yang dilakukan oleh Sarumpaet tahun 1998-1999 dengan menggunakan desain penelitian *case control study* menemukan ibu yang mengalami komplikasi persalinan kemungkinan 7,3 kali lebih besar mempunyai riwayat persalinan jelek dibandingkan yang tidak mempunyai riwayat persalinan jelek. Riwayat persalinan jelek pada kasus didapatkan partus tak maju 24,6%. Hasil penelitian di Kasongo Zaire tahun 1971-1975, ibu yang memiliki riwayat persalinan yang buruk kemungkinan 10 kali lebih besar untuk mengalami persalinan macet dari pada ibu yang tidak memiliki riwayat persalinan buruk
7. Jumlah paritas. Paritas 1-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 0 dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal yang lebih tinggi. Lebih tinggi paritas lebih tinggi kematian maternal.



Ibu hamil yang memiliki paritas 4 kali atau lebih, kemungkinan mengalami gangguan kesehatan, kekendoran pada dinding perut dan kekendoran dinding rahim sehingga berisiko mengalami kelainan letak pada janin, persalinan letak lintang, robekan rahim, persalinan macet dan perdarahan pasca persalinan.

Sesuai dengan hasil penelitian di Subang Jawa Barat yang dilakukan oleh Olva tahun 2001 dengan menggunakan desain penelitian *case control study* menemukan ibu yang mengalami partus tak maju kemungkinan 1,3 kali lebih besar yang paritasnya 0 dan > 3 dibandingkan paritas 1-3.<sup>10</sup>

Pada kasus partus lama, akan ditemukan tanda –tanda kelelahan fisik dan mental. Dimana tanda-tanda partus lama ( tak maju ) dapat diobservasi dengan:

1. Dehidrasi dan ketoasidosis ( ketonuria, nadi cepat, mulut kering )
2. Demam
3. Nyeri abdomen
4. Syok ( nadi cepat, anuria, ekstremitas dingin, kulit pucat, tekanan darah rendah ).<sup>10</sup>

#### **2.2.1.6 Serotinus**

KLB ( Kehamilan lewat bulan/ serotinus ) adalah kehamilan yang lebih dari 42 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari. Kehamilan pada umumnya berlangsung 40 – 42 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Namun, sekitar 4-14 % atau rata-rata 10 % kehamilan akan berlangsung sampai 42 minggu lebih. Kehamilan lewat bulan ( KLB ) sangat berpengaruh terhadap perkembangan janin sampai kematian janin. KLB mempunyai hubungan erat dengan mortalitas, morbiditas perinatal, maupun makrosemia. Risiko bagi ibu KLB adalah perdarahan postpartum, dan tindakan obstetrik yang meningkat. Faktor risiko terjadinya serotinus adalah :

1. Pengaruh progesteron, dimana terjadi penurunan progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin sehingga beberapa penulis menduga bahwa terjadinya KLB adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesteron.

2. Teori oksitosin, dimana pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada KLB memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis. Wanita hamil yang kurang pelepasan oksitosin dari neurohipofisis pada kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab KLB.
3. Teori kortisol/ ACTH janin, dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin. Hal ini diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada janin yang mengalami cacat bawaan seperti anensefalus, 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. Syaraf 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, semua hal tersebut merupakan penyebab terjadinya KLB.
5. Herediter, beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami KLB mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya.<sup>10</sup>

### **2.2.1.7 Anemia dalam Kehamilan**

Zat besi dikirimkan secara aktif ke fetus melalui plasenta sehingga bayi yang dilahirkan oleh ibu penderita anemia jarang mengalami keluhan ini. Jika zat besi ibu rendah, maka plasenta akan menyeimbangkan dengan menggunakan cadangan zat besi maternal dan mengirimkan sejumlah yang dibutuhkan janin. Namun, apabila sang ibu penderita anemia berat, janin juga akan menderita dan terlahir sebagai anemia pula. Selain itu, persalinan pun dapat terjadi preterm, abortus, dan janin mati.

Idealnya, sebelum menambah suplemen zat besi, mintalah diagnosis dokter. Kelebihan zat besi akan mengakibatkan keluhan ringan misalnya sembelit, gangguan pencernaan, dan sakit kepala. Kebutuhan akan zat besi pada pertengahan kedua

kehamilan adalah kurang lebih 17 mg/ hari atau dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferrosulfat, ferofumarat, atau feroglukonat per hari. Pada kehamilan kembar atau pada wanita yang anemik, dibutuhkan 60-100 mg/ hari.<sup>10</sup>

#### **2.2.1.8 Kehamilan Gemelli**

Kehamilan gemelli ( kehamilan ganda ) adalah kehamilan dengan 2 janin atau lebih. Kehamilan ganda termasuk dalam kehamilan risiko tinggi karena kematian perinatal 3-5 lebih tinggi daripada kehamilan tunggal. Pada kehamilan ganda kemungkinan terjadinya abortus spontan tinggi daripada kehamilan tunggal. Kehamilan ganda pada trimester I terjadi karena adanya 2 embrio hidup.

#### **2.2.1.9 Ketuban Pecah Dini ( KPD )**

Ketuban pecah premature adalah pecahnya membran khorioamniotik sebelum onset persalinan atau disebut juga *Premature Rupture of Membran/ Prelabour Rupture of Membrane*.

Penyebab KPD masih belum diketahui secara jelas sehingga usaha preventif tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan infeksi. Faktor yang berhubungan dengan meningkatnya insidensi KPD adalah :

1. Ketuban yang abnormal
2. Inkompetensi serviks
3. Infeksi vagina/ serviks
4. Kehamilan ganda ( gemelli )
5. Polihidramnion
6. Trauma
7. Distensi uteri
8. Fetal distress
9. Serviks yang pendek
10. Prosedur medis yang salah.

## 2.3 Luaran Janin Pada Persalinan

### 2.3.1 Persalinan Dengan Presentasi Sungsang

Persalinan dengan presentasi sungsang adalah kehamilan yang dimana dalam persalinannya tidak selalu dapat diikuti dengan persalinan kepala secara spontan. Faktor risiko kehamilan dengan persalinan sungsang adalah karena panggul ibu yang sempit/ patologis panggul ibu hamil.<sup>10</sup>

Berdasarkan tenaga yang dipakai dalam melahirkan janin pervaginam, maka persalinan pervaginaam pada persalinan sungsang dibagi menjadi :

1. Persalinan Spontan ( *Spontaneous breech* ), janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri. Cara ini lazim disebut cara *Bracht*.
2. Manual aid ( *Partial breech extraction ; Assisted breech delivery* ), Janin dilahirkan sebagian dengan tenaga dan kekuatan ibu, sebagian lagi dengan tenaga penolong ( Cara Klasik/ Deventer, Muller, Lovset ).
3. Ekstraksi sungsang ( *Total breech extraction* ), janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong ( teknik ekstraksi kaki, ekstraksi bokong ). Presentasi bokong, ada :
  1. Presentasi bokong murni ( *Frank Breech* ), Kedua paha janin berfleksi dan kedua tungkai berekstensi pada lutut.
  2. Presentasi bokong kaki lengkap ( *Complete Breech* ), Kedua paha janin berpfleksi dan satu atau dua lutut difleksikan
  3. Presentasi kaki /lutut ( *Incomplite Breech* ), satu atau dua paha janin berekstensi dan satu atau kedua lutut atau kaki terletak dibawah panggul/ keluar dari jalan lahir.

Dalam persalinan dengan presentasi sungsang, persalinan dengan cara SC dapat dipertimbangkan dalam proses kelancaran persalinan.<sup>10</sup>

### 2.3.2 Persalinan Dengan Presentasi Lintang

Berbeda dengan kehamilan presentasi lintang. Dikatakan presentasi melintang bila sumbu memanjang, janin menyilang, sumbu memanjang ibu secara tegak lurus atau mendekati  $90^0$ . Beberapa etiologi dari posisi letak lintang adalah :

1. Relaksasi berlebihan dinding abdomen
2. Janin prematur
3. Plasenta previa
4. Hidromion dan kehamilan kembar
5. Panggul sempit dan tumor di daerah panggul
6. Kelainan bentuk rahim<sup>10</sup>

### 2.3.3 Partus Premature

American Academy Pediatric mendefinisikan premature adalah kelahiran hidup bayi dengan berat < 2500 g. Dan menurut WHO, kriteria untuk usia persalinan premature adalah persalinan yang terjadi pada 37 minggu kehamilan.

Pengelompokan bayi premature antara lain :

- Low Birth Weight, bila berat bayi < 2500 g.
- Very Low Birth Weight, bila berat bayi < 1500 g.
- Extreemly Low Birth Weight, bila berat bayi < 1000 g.

Penyebab terjadinya persalinan/ partus premature antara lain :

1. Komplikasi medis maupun obstetrik, misal terjadi pada kasus perdarahan antepartum ataupun hipertensi, yang sebagian besar harus dilakukan terminasi pada kehamilannya.
2. Faktor gaya hidup, seperti kebiasaan merokok, kurangnya kenaikan berat badan saat hamil, serta penyalahgunaan obat ( kokain ) dan pengkonsumsi alkohol. Selain itu, beberapa faktor seperti kehamilan pada usia muda, sosial ekonomi rendah, ibu dengan tinggi tubuh yang kurang, stres kejiwaan juga dapat menyebabkan terjadinya persalinan premature.
3. Infeksi air ketuban

## **2.4 Hal Non Medis**

### **2.4.1 Tingkat Pendidikan**

Ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi lebih memperhatikan kesehatannya selama kehamilan dibandingkan dengan ibu yang tingkat pendidikannya rendah. Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor penting dalam usaha menjaga kesehatan ibu, anak dan juga keluarga. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu semakin meningkat juga pengetahuan dan kesadarannya dalam mengantisipasi kesulitan kehamilan dan persalinan sehingga termotivasi untuk melakukan pengawasan kehamilan secara berkala dan teratur. Selain itu, banyak ibu hamil yang masih belum tahu bagaimana cara memilih penolong bersalin yang baik dan aman. Banyak ibu hamil yang masih memilih tenaga penolong seperti dukun bayi, yang akhirnya dapat menimbulkan komplikasi persalinan pada ibu hamil yang mempunyai risiko tinggi dalam kasus gawat darurat, sehingga akhirnya harus di rujuk ke UGD rumah sakit.<sup>11</sup>

### **2.4.2 Keadaan Sosial ekonomi**

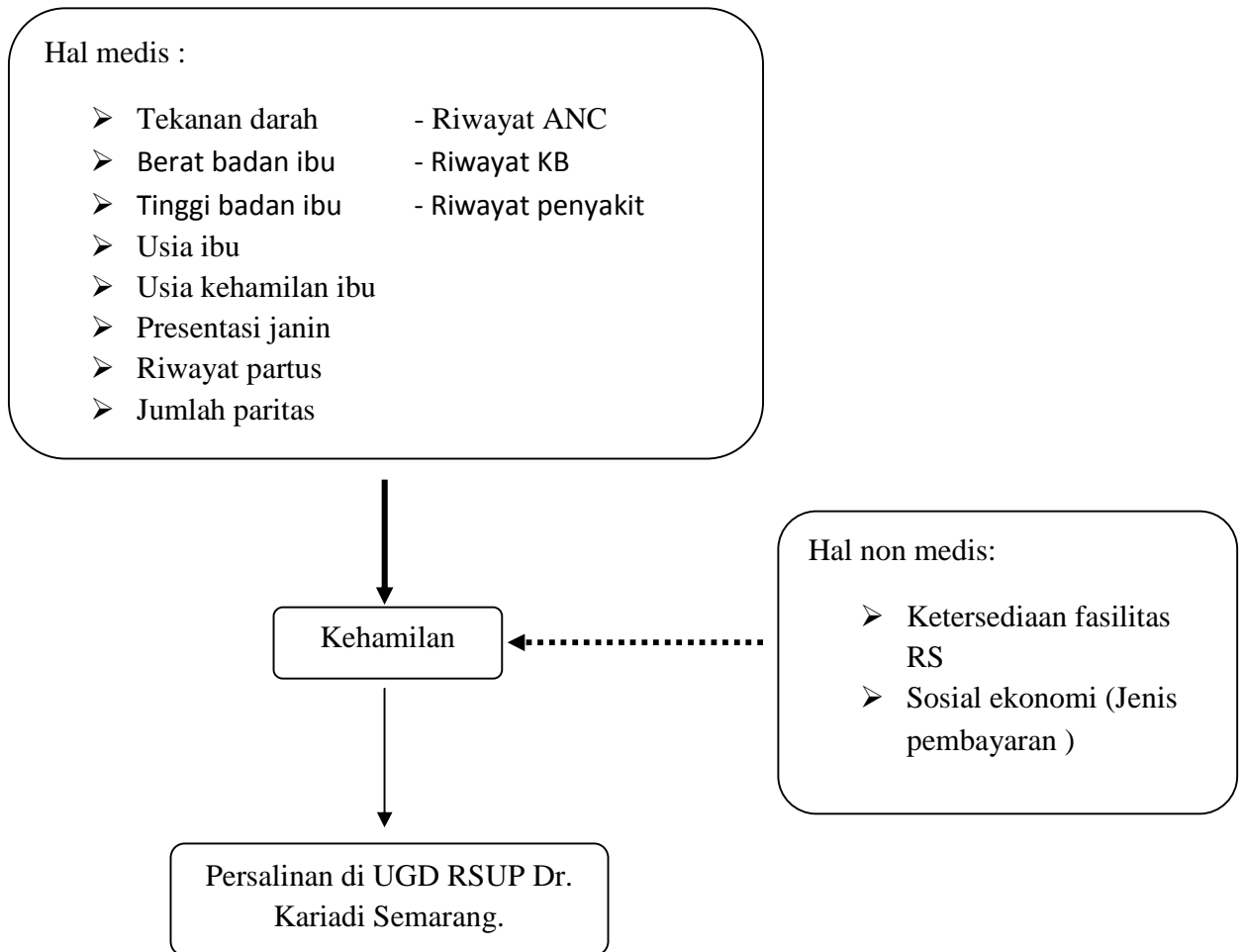
Derajat sosial ekonomi masyarakat akan menunjukkan tingkat kesejahteraan dan kesempatannya dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Jenis pekerjaan ibu maupun suaminya akan mencerminkan keadaan sosial ekonomi keluarga. Berdasarkan jenis pekerjaan tersebut dapat dilihat kemampuan mereka terutama dalam pemenuhan makanan bergizi, khususnya bagi ibu hamil, pemenuhan kebutuhan makanan bergizi sangat berpengaruh terhadap kehamilannya. Kekurangan gizi dapat berakibat buruk pada ibu dan anak, misalnya terjadi anemia, keguguran, perdarahan saat hamil. sesudah hamil, infeksi dan partus macet. Keadaan sosial ekonomi dapat dilihat pada jenis pembayaran pasien saat di rumah sakit. Macam jenis pembayaran di rumah sakit yaitu, Jamkesmas, Jamkesda, ASKES, dan Pembayaran pribadi.<sup>1</sup>

### **2.4.3 Ketersediaan Fasilitas dan Rujukan**

Angka kematian maternal yang tinggi disuatu negara sesungguhnya mencerminkan rendahnya mutu pelayanan. Pelayanan kesehatan mempunyai peran yang sangat besar dalam kematian materal. Faktor tersebut meliputi : kurangnya kemudahan untuk pelayanan kesehatan maternal, asuhan medik yang kurang dan kurangnya tenaga yang terlatih.Petugas

kesehatan yang tidak terlatih untuk mengenali persalinan macet (partograf tidak digunakan). Kegagalan dalam bertindak terhadap faktor risiko dan penundaan dalam merujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi (misalnya untuk seksio caesarea) merupakan faktor partus tak maju.<sup>11</sup>

## KERANGKA TEORI



## 2.6 Kerangka Konsep

