

**GAMBARAN KEJADIAN KOMPLIKASI *MATERNAL* DAN *NEONATAL*  
AKIBAT KEHAMILAN SEROTINUS DI RSUD MAJALAYA  
KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan  
Pendidikan Program Studi D III Kebidanan  
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh :  
**ELFA NURHIKMAWATI**  
NIM : CK.1.15.052



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA  
PROGRAM STUDI D.III KEBIDANAN  
B A N D U N G  
2 0 1 8**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Judul : GAMBARAN KEJADIAN KOMPLIKASI MATERNAL DAN NEONATAL AKIBAT KEHAMILAN SEROTINUS DI RSUD MAJALAYA KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017**

**Nama : ELFA NURHIKMAWATI**

**NIM : CK.1.15.052**

Telah disetujui pada Sidang Laporan Tugas Akhir  
Program Studi D-III Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung

**Bandung, September 2018**

**Pembimbing**



**Yanyan Mulyani, S.ST., M.MKes., M.Keb.**

**Mengetahui**

**Ketua Program Studi Kebidanan  
STIKes Bhakti Kencana Bandung**



**Dewi Nurlaela Sari, M.Keb.**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**Judul : GAMBARAN KEJADIAN KOMPLIKASI MATERNAL DAN NEONATAL AKIBAT KEHAMILAN SEROTINUS DI RSUD MAJALAYA KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017**

**Nama : ELFA NURHIKMAWATI**

**NIM : CK.1.15.052**

Telah mengikuti sidang Laporan Tugas Akhir  
di STIKes Bhakti Kencana Bandung

**Penguji I**



**Sri Lestari Kartikawati, M.Keb.**

**Penguji II**



**Dewi Nurlaela Sari, M.Keb.**

**Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua,**



**R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep.**

## PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya:

Nama : Elfa Nurhikmawati  
NIM : CK.1.15.052  
Program Studi : DIII Kebidanan  
Judul Laporan Tugas Akhir : Gambaran kejadian komplikasi maternal dan neonatal akibat kehamilan serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2017

Menyatakan:

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi.

Bandung, September 2018

Yang Membuat Pernyataan,

  
Elfa Nurhikmawati

## ABSTRAK

Kehamilan serotinus merupakan suatu keadaan dimana bayi lahir setelah usia kehamilan melebihi 42 minggu. Kehamilan serotinus bisa menimbulkan komplikasi maternal dan neonatal. Hal yang sangat penting mengenai kejadian kehamilan serotinus, bahwa kejadian serotinus terjadi peningkatan setiap tahun. Studi pendahuluan yang dilakukan pada tahun 2017 kehamilan serotinus di RSUD Majalaya sebanyak 99 orang dari 1578 persalinan (6,2%). Dari kejadian komplikasi maternal dan neonatal tersebut bisa menimbulkan masalah kematian.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kejadian komplikasi *maternal* dan *neonatal* akibat kehamilan serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2017

Desain penelitian menggunakan deskriptif. Populasi sebanyak 99 orang, sampel sebanyak 99 orang dengan teknik pengambilan *total sampling*. Pengambilan data secara sekunder yaitu melihat data rekam medik tahun 2017 dengan analisa data menggunakan analisis univariat.

Hasil penelitian didapatkan bahwa komplikasi *maternal* akibat kehamilan serotinus kurang dari setengahnya mengalami *oligohidramnion* sebanyak 28 orang (28,2%) dan komplikasi neonatal akibat kehamilan serotinus lebih dari setengahnya mengalami *asfiksia* sebanyak 65 orang (65,7%)

Simpulan didapatkan bahwa kurang dari setengahnya komplikasi *maternal* akibat kehamilan serotinus adalah *oligohidramnion* dan lebih dari setengahnya komplikasi *neonatal* mengalami *asfiksia*. Saran bagi pihak rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dan juga dibutuhkan ketepatan diagnosa serta kesesuaian pencatatan diagnosa pada rekam medik.

Kata kunci : Komplikasi *Maternal*, Komplikasi *Neonatal*, Kehamilan Serotinus

Daftar Pustaka : 23 Sumber (Tahun 2010-2017).

## **ABSTRACT**

*Serotinus pregnancy is a condition where the baby is born after the gestational age exceeds 42 weeks. Serotinus pregnancy can cause maternal and neonatal complications. The urgency regarding the incidence of serotine pregnancy, that the serotine incidence is increasing every year. The preliminary study conducted in 2017 of serotinus pregnancy in Majalaya Hospital was 99 people out of 1578 deliveries (6.2%). The incidence of maternal and neonatal complications can cause death problems.*

*The purpose of this study was to determine the description of maternal and neonatal complications due to serotine pregnancy in Majalaya Hospital Bandung Regency in 2017*

*Research design using descriptive. The population is 99 people, a sample of 99 people with total sampling technique. Secondary data retrieval is to see medical record data in 2017 with data analysis using univariate analysis.*

*The results showed that maternal complications due to serotine pregnancy less than half had oligohydramnios as many as 28 people (28.2%) and neonatal complications due to serotine pregnancy more than half had asphyxia as many as 65 people (65.7%)*

*The conclusion was that less than half of maternatal complications due to serotine pregnancy were oligohydramnios and more than half of neonatal complications were asphyxia. Suggestions for the hospital to improve the quality of health services, and also need the accuracy of diagnosis and the suitability of recording diagnoses in medical records.*

*Keywords : Serotinus pregnancy, maternal complications, neonatal complications*

*Bibliography : 23 Sources (2010-2017).*

## **KATA PENGANTAR**

*Bismillahirrohmanirrohim*

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan Hidayah-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang merupakan salah satu tugas akhir program pendidikan Diploma III Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung. Sholawat beserta salam semoga tetap tercurahkanlimpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabatnya selaku umatnya kita sekalian.

Dengan keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki, penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir. Akhirnya masa sulit dan melelahkan yang dirasakan selama penyusunan tugas ini dapat dilewati dan berubah menjadi rasa syukur dan kegembiraan yang penulis rasakan.

Pada kesempatan yang berbahagia ini pula, penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dorongan yang sangat berarti dalam terselesaikannya laporan tugas akhir ini, terutama penulis tujukan kepada :

1. H. Mulyana, SH. M.Pd MH.Kes, selaku ketua Yayasan Adhi guna Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah, M.Kes. selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Dewi Nurlaela Sari, M.Keb selaku ketua Prodi DIII Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

4. Yanyan Mulyani, M.Keb. selaku pembimbing laporan tugas akhir yang telah sabar dan meluangkan waktunya dalam setiap bimbingan.
5. Kepada orang tua yang telah memberikan dorongan, semangat dan do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir ini.
6. Seluruh rekan-rekan mahasiswa DIII Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung Angkatan 2015.

Demikian, mohon maaf apabila ada kekurangan dalam penyusunan laporan tugas akhir ini karena penulis hanyalah manusia biasa, kelebihan dan kesempurnaan hanya milik Allah SWT. Semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pembaca.

Akhir kata semoga Allah SWT membalas semua budi baik yang telah diberikan kepada penulis.

Bandung, September 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman

|  |      |
|--|------|
| <b>LEMBAR PERSETUJUAN</b>                |      |
| <b>LEMBAR PENGESAHAN</b>                 |      |
| <b>ABSTRAK</b>                           |      |
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....              | iv   |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....                  | vi   |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....                | viii |
| <b>DAFTAR GAMBAR</b> .....               | ix   |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....             | x    |
| <b>BAB I     PENDAHULUAN</b>             |      |
| 1.1 Latar Belakang .....                 | 1    |
| 1.2 Rumusan Masalah .....                | 4    |
| 1.3 Tujuan Penelitian .....              | 4    |
| 1.4 Manfaat Penelitian .....             | 5    |
| <b>BAB II    TINJAUAN PUSTAKA</b>        |      |
| 2.1 Persalinan .....                     | 6    |
| 2.1.1 Pengertian Persalinan .....        | 6    |
| 2.1.2 Jenis Persalinan .....             | 7    |
| 2.1.3 Proses Terjadinya Persalinan ..... | 8    |
| 2.1.4 Tanda-tanda persalinan .....       | 9    |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 2.1.5  | Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan .....                  | 9  |
| 2.1.6  | Tahap-tahap Persalinan .....                                      | 11 |
| 2.2    | Kehamilan Serotinus .....   | 14 |
| 2.2.1  | Pengertian Kehamilan Serotinus .....                              | 14 |
| 2.2.2  | Etiologi Kehamilan Serotinus .....                                | 15 |
| 2.2.3  | Patofisiologi Kehamilan Serotinus.....                            | 17 |
| 2.2.4  | Faktor Predisposisi Kehamilan Serotinus .....                     | 18 |
| 2.2.5  | Faktor Risiko Kehamilan Serotinus .....                           | 19 |
| 2.2.6  | Keluhan Subjektif Kehamilan Serotinus.....                        | 19 |
| 2.2.7  | Tanda Klinis Kehamilan Serotinus .....                            | 19 |
| 2.2.8  | Diagnosis Kehamilan Serotinus .....                               | 20 |
| 2.2.9  | Pemeriksaan Penunjang Kehamilan Serotinus .....                   | 21 |
| 2.2.10 | Prognosis Kehamilan Serotinus .....                               | 21 |
| 2.2.11 | Penanganan Persalinan dengan Kehamilan Serotinus.....             | 22 |
| 2.2.12 | Komplikasi Maternal dan Neonatal Akibat Kehamilan Serotinus ..... | 26 |

### **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

|     |                           |    |
|-----|---------------------------|----|
| 3.1 | Desain Penelitian.....    | 30 |
| 3.2 | Populasi dan Sampel ..... | 30 |
| 3.3 | Kerangka Penelitian ..... | 31 |
| 3.4 | Definisi Operasional..... | 33 |

|   |    |
|---|----|
| 3.5 Pengolahan dan Analisa Data .....         | 34 |
| 3.6 Waktu dan Lokasi Penelitian .....         | 36 |
| <b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b> |    |
| 4.1 Hasil Penelitian .....                    | 37 |
| 4.2 Pembahasan .....                          | 39 |
| <b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>               |    |
| 5.1 Simpulan .....                            | 43 |
| 5.2 Saran .....                               | 43 |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>                         |    |
| <b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>                      |    |

## DAFTAR TABEL

| Tabel   | Halaman |
|---|---------|
| 2.1 Sistem Penilaian <i>Bishop</i> .....  | 24      |
| 3.1 Gambaran kejadian komplikasi maternal dan neonatal akibat kehamilan serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2017 ..... | 33      |
| 4.1 Distribusi Frekuensi Kejadian Komplikasi Maternal Akibat Kehamilan Serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung Tahun 2017 .....  | 37      |
| 4.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Komplikasi Neonatal Akibat Kehamilan Serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung Tahun 2017 .....  | 38      |

## DAFTAR BAGAN

| Bagan   | Halaman |
|---|---------|
| 2.1 Bagan Patofisiologi Kehamilan Serotinus .....   | 18      |
| 3.1 Gambaran kejadian komplikasi maternal dan neonatal akibat kehamilan serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2017 ..... | 33      |

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Rekapitulasi Komplikasi Serotinus
- Lampiran 2 : Hasil Perhitungan
- Lampiran 3 : Lembar Konsultasi

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu pembangunan berkelanjutan sebagai agenda pembangunan global baru untuk periode 2016 hingga 2030 meneruskan pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) yang telah berakhir pada tahun 2015. Tujuan Pembangunan *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2015-2030 berkomitmen untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). SDGs mempunyai 17 tujuan dan 169 target, tujuan pertama, kedua dan ketiga berhubungan dengan kesehatan (Rakernas, 2016).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator derajat kesehatan dari suatu negara, sehingga keduanya merupakan target dalam tujuan *Sustainable Development Goals* (SDG's) yaitu tujuan ke-3 kesehatan dan kesejahteraan. Target SDG's periode tahun 2015-2030 adalah angka kematian ibu menurun hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi menurun hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup (Rakernas, 2016).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia, disebutkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2015 sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu tahun 2012 sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup, akan tetapi angka

tersebut masih jauh dari target pada tahun 2015 yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2015 sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup yang menunjukkan bahwa sudah mencapai target MDG's tahun 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat menyatakan jumlah kematian ibu pada tahun 2016 sebanyak 800 kasus, dan tahun 2015 sebanyak 823 kasus. Jumlah angka kematian ibu dari tahun 2015 sampai tahun 2016 mengalami penurunan sebanyak 23 kasus. Sedangkan jumlah angka kematian bayi pada tahun 2014 sebanyak 3098 kasus, dan tahun 2015 sebanyak 3369 kasus. Jumlah angka kematian bayi dari tahun 2014 sampai tahun 2016 mengalami peningkatan sebanyak 271 kasus (Dinkes Jabar, 2016).

Serotinus merupakan gambaran adanya sindrom dismaturitas yang dapat terjadi pada kehamilan. Keadaan ini terjadi pada 30% kehamilan serotinus dan 3% kehamilan aterm. Di Indonesia angka kejadian kehamilan serotinus sekitar 10% (Kemenkes RI, 2015).

Posterm atau serotinus adalah suatu keadaan dimana bayi lahir setelah usia kehamilan melebihi 42 minggu (Prawihardjo, 2012). Pengaruh kehamilan serotinus terutama adalah terhadap janin dan bisa berpengaruh terhadap perkembangan janin sampai kematian janin. Ada janin yang dalam masa kehamilan 42 minggu atau lebih berat badannya meningkat terus, ada yang tidak bertambah, lahir dengan berat badan kurang dari semestinya dan bisa terjadi meninggal dalam kandungan karena kekurangan zat makanan dan

oksigen. Sedangkan risiko maternal pada kehamilan serotinus diantaranya terjadinya perdarahan post partum dan tindakan obstetrik yang meningkat (Prawihardjo, 2012).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung, pada tahun 2016 angka kematian ibu sebanyak 31 kasus, tahun 2015 sebanyak 40 kasus. Sedangkan kematian bayi pada tahun 2016 sebanyak 114 kasus, dan tahun 2015 sebanyak 116 kasus. Dari data di atas dapat dilihat bahwa angka kematian ibu mengalami penurunan, sedangkan angka kematian bayi mengalami peningkatan. Kondisi kematian ibu dan bayi sekitar 24,3% dikarenakan kehamilan serotinus (Dinkes Kab. Bandung, 2017). Urgensi hasil penelitian mengenai kejadian kehamilan serotinus, bahwa kejadian serotinus tampak terjadi peningkatan setiap tahun, dengan berbagai komplikasi mata maternal maupun neonatal, sehingga tenaga kesehatan diharapkan terus memberikan pelayanan yang optimal terhadap penanganan komplikasi dari kehamilan serotinus.

Jurnal penelitian Vandana Verma mengenai *Maternal and fetal outcome in postterm pregnancy* didapatkan ibu dengan serotinus membutuhkan tindakan sectio caesarea dan neonatus mengalami *meconium aspiration syndrome* dan membutuhkan perawatan di ruang NICU (Verma, 2017).

Komplikasi atau masalah yang bisa terjadi pada saat persalinan akibat kehamilan serotinus diantaranya yaitu: komplikasi maternal; oligohidramnion, kalsifikasi plasenta, distosia bahu, partus lama dan perdarahan post partum.

Komplikasi neonatal; sindrom postmatur, makrosomia, fetal distress, BBLR, asfiksia dan kerusakan otak (Cunningham, 2012).

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tahun 2017 kehamilan serotinus di RSUD Majalaya sebanyak 99 orang dari 1578 persalinan (6,2%) dan di RSUD Soreang sebanyak 52 orang dari 2534 persalinan (2,05%) dan RSUD Cicalengka sebanyak 31 orang dari 1872 persalinan (1,6%). Hasil ini menunjukkan bahwa kejadian serotinus persentasinya lebih banyak di RSUD Majalaya.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis melakukan penelitian dengan judul “Gambaran kejadian komplikasi maternal dan neonatal akibat kehamilan serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2017”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimana gambaran kejadian komplikasi maternal dan neonatal akibat kehamilan serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2017?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran kejadian komplikasi maternal dan neonatal akibat kehamilan serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2017.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambaran kejadian komplikasi maternal akibat kehamilan serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2017.
2. Mengetahui gambaran kejadian komplikasi neonatal akibat kehamilan serotinus di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2017.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Penulis**

Diharapkan dapat memperoleh pengalaman dari hasil studi penelitian tentang kejadian komplikasi maternal akibat kehamilan serotinus dan diharapkan dapat menerapkan teori dan ilmu yang didapat selama proses perkuliahan.

### **1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi lembaga pendidikan sebagai tambahan kepustakaan dan bahan bacaan serta bahan masukan untuk penelitian selanjutnya.

### **1.4.3 Bagi Tempat Peneliti**

Sebagai sumber informasi untuk dijadikan bahan masukan yang dapat digunakan untuk melakukan pelayanan secara tepat dalam meningkatkan mutu pelayanan kebidanan di Rumah Sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Persalinan**

##### **2.1.1 Pengertian Persalinan**

Persalinan normal merupakan suatu proses pengeluaran bayi dengan usia kehamilan yang cukup, letak memanjang atau sejajar sumbu badan ibu, presentasi belakang kepala, keseimbangan diameter kepala bayi dan panggul ibu, serta dengan tenaga ibu sendiri. Hampir sebagian besar persalinan merupakan persalinan normal, hanya sebagian saja (12-15%) merupakan persalinan patologik (Saifuddin, 2014).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup umur kehamilannya dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri (Manuaba, 2012).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2014).

Persalinan adalah proses yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhir dengan kelahiran plasenta (Laily, 2012).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadinya pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Medforth, 2011).

Dari beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran janin, plasenta dan selaput ketuban dari uterus ibu. Yang dianggap normal apabila terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dan tanpa disertai adanya penyulit.

### 2.1.2 Jenis Persalinan

Persalinan berdasarkan umur kehamilan yaitu:

1. *Abortus*: pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu (Fadlun, 2012).
2. *Partus Immaturus*: *partus* dari hasil konsepsi pada kehamilan dibawah 28 minggu dengan berat janin kurang dari 1000 gram
3. *Partus Prematurus*: kelahiran hidup bayi dengan berat antara 1000 gram sampai 2500 gram sebelum usia 37 minggu
4. *Partus Maturus* atau *Aterm*: persalinan pada kehamilan 37-42 minggu, berat janin diatas 2500 gram.
5. *Partus Postmaturus* atau *Serotinus*: persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari hari perkiraan lahir (Saifuddin, 2014).

Bentuk-bentuk persalinan yaitu:

1. Persalinan spontan: bila proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
2. Persalinan buatan: bila proses persalinan dibantu oleh tenaga dari luar
3. Persalinan anjuran (*partus presipitatus*) (Manuaba, 2012).

### **2.1.3 Proses Terjadinya Persalinan**

Peningkatan kadar prostaglandin, oksitosin, dan progesteron diduga berperan dalam permulaan awitan persalinan. Kadarnya meningkat secara progresif dan mencapai puncak saat kelahiran kepala dan setelah pelepasan plasenta (Medforth, 2011).

Sebab terjadinya proses persalinan belum diketahui secara pasti, sehingga timbul beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya *his* yaitu (Manuaba, 2012):

1. Hormon estrogen meningkatkan sensitivitas otot rahim, sehingga memudahkan penerimaan rangsangan dari luar misal rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan rangsangan mekanis.
2. Progesteron menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, rangsangan mekanis dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

#### **2.1.4 Tanda-tanda persalinan**

1. Rasa sakit karena *his* datang lebih kuat, sering dan teratur.
2. Keluarnya lendir bercampur darah (*blood show*) karena robekan-robekan kecil pada *serviks*.
3. Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
4. Pada pemeriksaan dalam didapati *serviks* mendatar dan pembukaan telah ada (Sofian, 2012).

#### **2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan**

##### **1. Jalan Lahir (*Passage*)**

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Sumarah, 2013).

##### **2. Janin dan Plasenta(*Passanger*)**

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia

dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, 2013).

### **3. Kekuatan (*Power*)**

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involuneter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involuneter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involuneter (Sumarah, 2013).

### **4. Psikis Ibu**

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Ibu bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya. Perilaku dan penampilan ibu serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu ibu berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan ibu akan berhasil akhir persalinannya, membantu ibu menghemat tenaga, untuk menghindari kelelahan dan kehabisan tenaga mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien.

Dukungan psikologis dari orang-orang yang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada di sisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Sumarah, 2013).

#### **2.1.6 Tahap-tahap Persalinan**

Persalinan dibagi menjadi empat tahap. Diantaranya yaitu Kala I sampai dengan Kala IV. Kala I dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Saifuddin, 2014).

##### **1. Persalinan Kala I**

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat, sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Klinis dapat dinyatakan mulai terjadi partus jika

timbul his dan ibu tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darah berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis tersebut pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka. Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm, dan fase aktif (7 jam) dari pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm. Dalam fase aktif ini masih dibagi menjadi 3 fase lagi yaitu:

1. Fase akselerasi; dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
2. Fase dilatasi maksimal; dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.
3. Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif. Keadaan tersebut dapat dijumpai baik pada primi gravida maupun multigravida, akan tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Berdasarkan kurve Fridman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/jam dan pembukaan pada multigravida 2 cm/jam. Dengan demikian waktu pembukaan

lengkap dapat diperkirakan. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri intenum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Kemudian ostium uteri eksternum membuka.

## **2. Persalinan Kala II**

Persalinan kala II ini biasa disebut dengan pengeluaran. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala jani sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Ibu merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi di luar his. Dengan kekuatan his dan mencedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebenar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi (Sumarah, 2013).

### **3. Persalinan Kala III**

Persalinan kala III disebut juga pelepasan uri. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Sumarah, 2013).

### **4. Persalinan Kala IV**

Persalinan kala IV disebut observasi. Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan dalam pemberian asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

1. Tingkat kesadaran penderita
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan.
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya pendarahan. Pendarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Sumarah, 2013).

## **2.2 Kehamilan Serotinus**

### **2.2.1 Pengertian Kehamilan Serotinus**

Kehamilan serotinus atau disebut juga *postterm*, kehamilan lewat waktu, *prolonged pregnancy*, *extended pregnancy*, *postdate/post datisme* atau *pascamaturitas* merupakan kehamilan dengan umur kehamilan selama 294 hari (42 minggu) atau lebih. Umur kehamilan ini dapat dihitung dari hari pertama haid terakhir menggunakan rumus *neagle* dengan siklus rata-rata 28 hari (Prawihardjo, 2012).

Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang melampaui umur 294 hari (42 minggu) dengan segala kemungkinannya. Nama lain kehamilan lewat waktu yaitu kehamilan serotinus, *prolonged pregnancy*, *serotinus pregnancy* (Manuaba, 2012).

Istilah lebih bulan, memanjang, lewat waktu (*postdates*) dan *postmatur* sering dipakai bergantian secara bebas untuk mendeskripsikan kehamilan yang telah melebihi durasi yang dianggap diatas batas normal (Cunningham, 2012).

### **2.2.2 Etiologi Kehamilan Serotinus**

Penyebab pasti kehamilan serotinus sampai saat ini belum diketahui. Beberapa teori yang diajukan pada umumnya menyatakan bahwa terjadinya kehamilan serotinus sebagai akibat gangguan terhadap timbulnya persalinan (Prawihardjo, 2012).

Beberapa teori yang diajukan yaitu sebagai berikut:

1. Penurunan progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas *uterus* terhadap oksitosin <sup>(4)</sup>. Apabila kadar progesteron, tidak cepat turun walaupun kehamilan sudah memasuki cukup bulan maka kepekaan *uterus* terhadap oksitosin berkurang (Nugroho, 2012).
2. Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan serotinus memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari *neurohipofisi* ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu penyebab (Prawihardjo, 2012).
3. Dalam teori kortisol untuk dimulainya persalinan adalah janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin (Prawihardjo, 2012).
4. Dalam kasus *insufisiensi* plasenta/adrenal janin, hormon *prekursor* yaitu *isoandrosteron sulfat* dikeluarkan dalam cukup tinggi konversi menjadi estradiol dan secara langsung estriol di plasenta, contoh klinik mengenai defisiensi *prekursor* estrogen adalah *anencefalus* (Nugroho, 2012).

5. 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 serotinus (Prawihardjo, 2012).

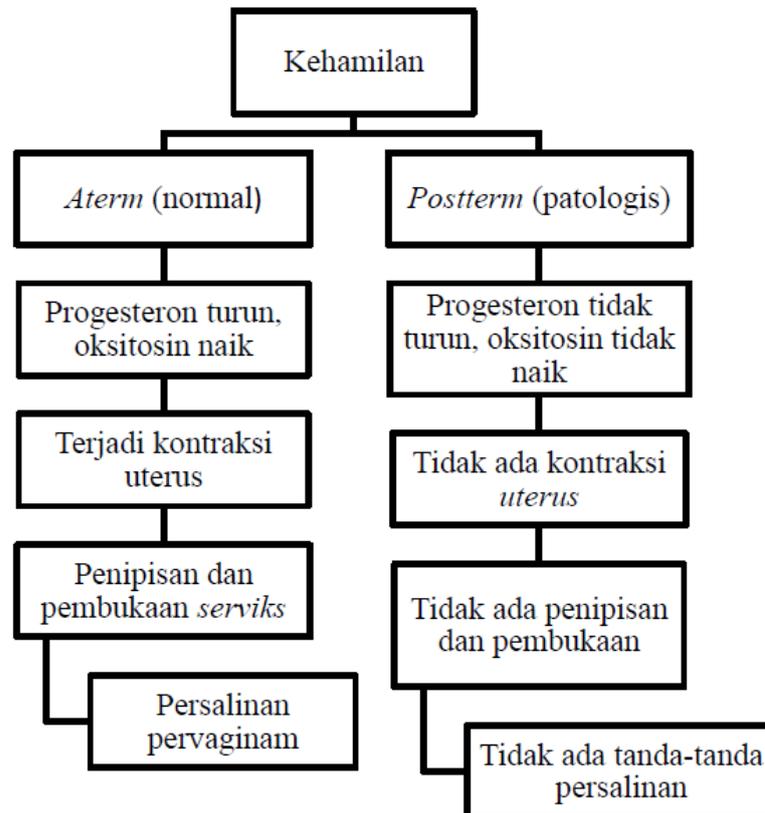
### 2.2.3 Patofisiologi Kehamilan Serotinus

*Serviks* yang akan mengalami persalinan normal secara bertahap akan melunak, menipis, mudah berdilatasi, dan bergerak ke arah anterior mendekati waktu persalinan. *Serviks* pada wanita *multipara* lebih cepat matang dibandingkan *nulipara*, dan pemahaman mengenai *paritas* penting dalam menentukan saat yang tepat untuk melakukan pemeriksaan *serviks* pada kehamilan lanjut (Varney, 2013).

Kehamilan lewat waktu yang disebabkan karena faktor hormonal, kurangnya produksi oksitosin akan menghambat kontraksi otot *uterus* secara alami dan adekuat, sehingga mengurangi respons *serviks* untuk menipis dan membuka. Akibatnya kehamilan bertahan lebih lama dan tidak ada kecenderungan untuk persalinan pervaginam (Varney, 2013).

Kehamilan *Aterm* (normal) Progesteron turun, oksitosin naik  
Terjadi kontraksi uterus Penipisan dan pembukaan *serviks* Persalinan  
pervaginam Serotinus (patologis) Progesteron tidak turun, oksitosin tidak  
naik Tidak ada kontraksi *uterus* Tidak ada penipisan dan pembukaan  
Tidak ada tanda-tanda persalinan

Di bawah ini adalah bagan patofisiologi kehamilan serotinus menurut Varney, dimana tidak terjadinya his karena pengaruh hormon progesteron yang tidak menurun diakhir kehamilan (Varney, 2013).



**Gambar 2.1 Bagan Patofisiologi Kehamilan Serotinus**

Sumber: Varney (2013)

#### 2.2.4 Faktor Predisposisi Kehamilan Serotinus

Beberapa faktor yang diduga sebagai penyebab kehamilan serotinus antara lain:

1. Cacat bawaan (*an encefalus*),
2. Defisiensi *Sulfatase* plasenta,

3. Pemakaian obat yang berpengaruh pula sebagai tokolitik anti prostaglandin (albutamol, progesterin, asam mefenamat dan sebagainya)
4. Tidak diketahui penyebabnya (Nugroho, 2012).

#### **2.2.5 Faktor Risiko Kehamilan Serotinus**

Faktor risiko yang diketahui untuk kehamilan serotinus adalah ibu dengan kehamilan serotinus sebelumnya, dan apabila ibu melahirkan anak perempuan maka anak perempuannya tersebut memiliki risiko dua hingga tiga kali lipat untuk mengalami kehamilan serotinus. *Nulliparitas* dan ibu dengan indeks masa tubuh  $\geq 25$  sebelum kehamilan juga mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kehamilan serotinus (Cunningham, 2012).

#### **2.2.6 Keluhan Subjektif Kehamilan Serotinus**

Keluhan subjektif yang biasa muncul pada ibu bersalin dengan kehamilan serotinus yaitu rasa cemas karena kehamilannya telah melampaui taksiran perkiraan lahir (Prawihardjo, 2012). Gerakan janin yang dirasakan semakin berkurang dan kadang-kadang berhenti sama sekali (Manuaba, 2012).

#### **2.2.7 Tanda Klinis Kehamilan Serotinus**

Kehamilan dapat dinyatakan sebagai kehamilan serotinus bila didapat 3 atau lebih dari 4 kriteria hasil pemeriksaan sebagai berikut:

1. Telah lewat 36 minggu sejak tes kehamilan positif.
2. Telah lewat 32 minggu sejak DJJ pertama terdengar dengan *doppler*.
3. Telah lewat 24 minggu sejak dirasakan gerak janin pertama kali.
4. Telah lewat 22 minggu sejak terdengarnya DJJ pertama kali dengan stetoskop *leannec* (Prawihardjo, 2012).

### 2.2.8 Diagnosis Kehamilan Serotinus

Sering seorang tenaga medis kesulitan untuk menentukan diagnosis kehamilan serotinus karena diagnosis ditegakkan bukan berdasarkan kondisi kehamilan, melainkan umur kehamilan. Diperkirakan sebesar 22% kasus kehamilan serotinus tidak dapat ditegakkan secara pasti (Prawihardjo, 2012).

Prognosis kehamilan serotinus tidak seberapa sulit apabila siklus haid teratur dan haid pertama haid terakhir diketahui pasti. Untuk menilai apakah kehamilan matur atau tidak. Pemeriksaan yang dapat dilakukan, antara lain (Nugroho, 2012):

1. Berat badan ibu turun dan lingkaran perut mengecil air ketuban berkurang.
2. Pemeriksaan dengan USG: dengan pemeriksaan ini *diameter* biparental kepala janin dapat diukur dengan teliti tanpa bahaya.
3. Pemeriksaan sitologik *liquoramnion amnioskopi* dan periksa pHnya dibawah 7.20 dianggap sebagai tanda gawat janin.

4. Pemeriksaan sitologik vagina untuk menentukan *infusiensi* plasenta dinilai berbeda-beda.

### 2.2.9 Pemeriksaan Penunjang Kehamilan Serotinus

Pemeriksaan penunjang apabila dana dan sarana memenuhi antara lain (Nugroho, 2012):

1. Sitologi vagina yaitu dengan indeks *kariopiknotik* meningkat (> 20 %).
2. USG yaitu menilai jumlah dan kekeruhan air ketuban, derajat *maturitas* plasenta, besarnya janin, keadaan janin.
3. Kardiotokografi yaitu menilai kesejahteraan janin dengan *Non Stress test* (NTS) relatif atau tidak, maupun *Contraction Stress Test* (CTS) negatif atau positif.
4. *Amniostropi* yaitu warna air ketuban.

### 2.2.10 Prognosis Kehamilan Serotinus

Mortalitas *perinatal* meningkat setelah usia 42 minggu. Kehamilan serotinus berkaitan dengan kondisi yang disebut dengan *pascamaturitas*, namun tidak pada semua kasus. *Makrosomia* yaitu berat lahir bayi >4000 gram juga terjadi pada 10% kehamilan lebih bulan, dengan 1% bayi memiliki berat 4500 gram atau lebih sehingga mempengaruhi prognosis kehamilan dengan menyebabkan disproporsi sefalopelvik atau *distosia* bahu. *Distress* janin dan sindrom aspirasi mekonium cenderung mempersulit prognosis kehamilan serotinus (Fraser, 2013).

Komplikasi yang terjadi akibat serotus diantaranya:

1. Komplikasi maternal; oligohidramnion, kalsifikasi plasenta, distosia bahu, partus lama dan perdarahan post partum.
2. Komplikasi neonatal; sindrom postmatur, makrosomia, fetal distress, BBLR, asfiksia dan kerusakan otak (Cunningham, 2012).

### **2.2.11 Penanganan Persalinan dengan Kehamilan Serotinus**

Kehamilan serotinus dapat membahayakan janin karena sensitif terhadap rangsangan kontraksi yang menimbulkan *asfiksia* sampai kematian dalam rahim (Manuaba, 2012). Dalam melakukan pengawasan hamil dapat diperkirakan bahwa kehamilan lewat waktu dengan:

1. Anamnesa
  - a. Kehamilan belum lahir setelah melewati waktu 42 minggu
  - b. Gerak janin makin berkurang dan kadang-kadang berhenti sama sekali.

Hasil anamnesa penderita perlu diperhatikan sebagai dasar permulaan.

2. Hasil pemeriksaan klinik
  - a. Berat badan ibu mendatar atau menurun
  - b. Gerak janin menurun (normal janin bergerak dalam 24 jam 10 kali).

3. Hasil pemeriksaan diagnostik

Pada pemeriksaan diagnostik, terdapat dua pemeriksaan, yaitu (Manuaba, 2012):

a. Pemeriksaan USG

Hasil USG pada kehamilan serotinus dapat dilihat:

- 1) Gerakan janin berkurang
- 2) Air ketuban berkurang < 500 cc (*oligohidramnion*)
- 3) terjadi *insufisiensi* plasenta

b. Amnioskopi

Bila ditemukan air ketuban yang banyak dan jernih mungkin keadaan janin masih baik. Sebaliknya air ketuban sedikit dan mengandung mekonium akan mengalami risiko 33% *asfiksia*.

4. Tatalaksana persalinan

Penatalaksanaan pada ibu bersalin dengan kehamilan lewat bulan yaitu (Nugroho, 2012):

- a. Setelah usia kehamilan melebihi 40 minggu yang perlu diperhatikan adalah monitoring janin sebaik-baiknya meliputi djj serta gerakan janin.
- b. Apabila tidak terdapat tanda-tanda *insufisiensi* plasenta, persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat.
- c. Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan *serviks*, apabila sudah matang boleh dilakukan induksi persalinan dengan atau tanpa *amniotomi*.
- d. Ibu harus dirawat di rumah sakit apabila:
  - 1) Terdapat hipertensi, preeklamsia

- 2) Kehamilan ini adalah anak pertama karena *infertilitas*
  - 3) Kehamilan lebih dari 40-42 minggu
- e. Tindakan operasi *sectio caesaria* dapat dipertimbangkan pada kasus *insufisiensi* plasenta dengan keadaan *serviks* belum matang, pembukaan belum lengkap, persalinan lama, gawat janin, *primigravida* tua, kematian janin dalam kandungan, preeklamsia, hipertensi menahun, *infertilitas*, kesalahan letak janin.

Tatalaksana pada ibu bersalin dengan kehamilan serotinus memerlukan pertolongan induksi persalinan atau persalinan anjuran (Manuaba, 2012). Pengawasan saat persalinan induksi sangat penting karena setiap saat dapat terancam gawat janin. Persalinan anjuran bertujuan untuk dapat merangsang otot rahim berkontraksi, sehingga persalinan berlangsung dan membuktikan keseimbangan antara kepala janin dan jalan lahir.

Beberapa penilaian telah ditetapkan agar persalinan anjuran berhasil melalui skor *bishop*:

**Tabel 2.1**

**Sistem Penilaian *Bishop***

| <b>Nilai<br/>Komponen</b>         | <b>0</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
|-----------------------------------|-----------|----------|----------|----------|
| Dilatasi (cm)                     | 0         | 1-2      | 3-4      | >5       |
| Penipisan (%)                     | 0-30      | 40-50    | 60-70    | >80      |
| <i>Stasiun</i> / penurunan kepala | -3        | -2       | -1/0     | +1/+2    |
| Konsistensi                       | Keras     | Sedang   | Lunak    |          |
| Posisi                            | Posterior | Tengah   | Anterior |          |

Pada nilai total *bishop* yang rendah (<5), sebaiknya dilakukan *sectio caesaria* karena induksi persalinan tidak akan berhasil dan akan menambah keadaan gawat janin dalam rahim.

Penatalaksanaan kehamilan serotinus diawali dari umur kehamilan 41 minggu. Bila dipastikan umur kehamilan mencapai 41 minggu, pengelolaan tergantung dari derajat kematangan *serviks*.

- a. Bila *serviks* sudah matang (skor *bishop* >5) dilakukan induksi persalinan. Namun apabila terdapat janin besar lakukan tindakan *sectio caesaria*.
- b. Pada *serviks* yang belum matang (skor *bishop* <5) maka diperlukan pengkajian janin lebih lanjut apabila kehamilan tidak diakhiri.
- c. Kehamilan lebih dari 42 minggu diupayakan diakhiri dengan persalinan anjuran.

Untuk Pengelolaan *intrapartum* dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Pasien tidur miring ke sebelah kiri
- b. Pergunakan pemantauan elektronik jantung janin
- c. Beri oksigen bila ditemukan keadaan jantung yang abnormal
- d. Perhatikan jalannya persalinan
- e. Segera setelah lahir, bayi harus segera diperiksa terhadap kemungkinan *hipoglikemia*, *hipovolemi*, *hipotermi* dan *polisitemi* (Saifuddin, 2014).

### 2.2.12 Komplikasi Maternal dan neonatal Akibat Kehamilan Serotinus

Komplikasi atau masalah yang bisa terjadi pada saat persalinan akibat kehamilan serotinus diantaranya yaitu:

#### 1. Komplikasi maternal

##### b. Partus lama

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, maka janin akan bertambah besar dan tulang tengkorak janin yang telah menjadi lebih keras sehingga lebih sulit untuk dikeluarkan secara normal yang akhirnya bisa menyebabkan partus lama (Cunningham, 2012).

##### c. Distosia bahu

Setelah kelahiran kepala, akan terjadi putaran paksi luar yang menyebabkan kepala berada pada sumbu normal dengan tulang belakang bahu pada umumnya akan berada pada sumbu miring (*oblique*) di bawah ramus pubis. Dorongan pada saat ibu meneran akan menyebabkan bahu depan (*anterior*) berada di bawah pubis, bila bahu gagal untuk mengadakan putaran menyesuaikan dengan sumbu miring dan tetap berada pada posisi anteroposterior, pada bayi yang besar salah satunya karena pertumbuhan janin yang meningkat akibat serotinus maka akan terjadi benturan bahu depan terhadap simfisis sehingga bahu tidak bisa lahir mengikuti kepala (Cunningham, 2012).

d. Perdarahan *postpartum*

Perdarahan *postpartum* umumnya dikarenakan terbukanya pembuluh darah pada rahim akibat plasenta melekat di dinding rahim. Lemahnya plasenta akibat kehamilan serotinus bisa menyebabkan plasenta yang semakin susah dikeluarkan pada saat post partum. Dan juga akibat adanya bayi yang besar yang bisa mengakibatkan robekan jalan lahir secara spontan maupun prosedur episiotomi sehingga perdarahan *postpartum* bisa terjadi (Cunningham, 2012).

e. *Oligohidramnion*

Normal volume cairan amnion bertambah dari 50 ml pada saat usia kehamilan 12 minggu sampai 400 ml pada pertengahan gestasi dan 1000–1500 ml pada saat aterm. Pada kehamilan serotinus karena adanya penurunan fungsi plasenta maka jumlah cairan amnion hanya 100 sampai 200 ml atau kurang (Cunningham, 2012).

f. *Kalsifikasi plasenta*

Fungsi plasenta mencapai puncaknya pada kehamilan 34-36 minggu dan setelah itu terus mengalami penurunan. Dengan adanya kehamilan serotinus maka fungsi plasenta akan semakin berkurang dan terjadi pengapuran pada plasenta (Cunningham, 2012).

## 2. Komplikasi neonatal

### a. *Asfiksia*

Kehamilan yang berlangsung selama 42 minggu atau lebih menyebabkan plasenta terus mengalami penuaan yang pada akhirnya berdampak pada penurunan fungsi plasenta itu sendiri sehingga terjadi bayi kekurangan asupan gizi dan gangguan sirkulasi oksigen dari ibu ke janin (Cunningham, 2012).

### b. BBLR

Apabila plasenta masih dapat berfungsi dengan baik maka berta janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan. Namun bila terjadi perubahan anatomi yang besar pada plasenta, maka bisaterjadi penurunan berat janin. Sesudah umur kehamilan 36 minggu, grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu. Sehingga dengan kejadian serotinus bisa menimbulkan berat janin berkurang yang akhirnya mengalami BBLR (Cunningham, 2012).

### c. *Makrosomia*

Pada kehamilan serotinus apabila keadaan plasenta tidak mengalami insufisiensi maka pertumbuhan janin akan semakin meningkat (Cunningham, 2012).

### d. *Fetal Distress*

Suatu keadaan di mana janin tidak menerima cukup oksigen, sehingga mengalami sesak. Kehamilan yang berlangsung

selama 42 minggu atau lebih menyebabkan plasenta terus mengalami penuaan yang pada akhirnya berdampak pada penurunan fungsi plasenta itu sendiri sehingga terjadi gangguan sirkulasi oksigen dari ibu ke janin. (Cunningham, 2012).