

**GAMBARAN KEJADIAN PERSALINAN PRETERM
BERDASARKAN FAKTOR IBU DAN JANIN
DI RSUD MAJALAYA
TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Menyelesaikan Pendidikan
Program Studi DIII Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

NENG FITRI

NIM : CK.1.1.5.064



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
BANDUNG PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
2018**

LEMBARAN PERSETUJUAN

**JUDUL : GAMBARAN KEJADIAN PERSALINAN PRETERM
BERDASARKAN FAKTOR IBU DAN JANIN DI RSUD
MAJALAYA TAHUN 2017**

NAMA : NENG FITRI

NIM : CK.1.15.064

Bandung, Agustus 2018

Menyetujui

Pembimbing



(Madinatul Munawaroh, S.Pd., M.KM)

Mengetahui,

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



(Dewi Nurlaela Sari, M.keb)

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : GAMBARAN KEJADIAN PERSALINAN PRETEM
BERDASARKAN FAKTOR IBU DAN JANIN DI RSUD
MAJALAYA TAHUN 2017**

NAMA : NENG FITRI

NIM : CK.1.15.064

Telah diujikan pada Agustus 2018
DI STIKes Bhakti Kencana Bandung,
Mengetahui

Penguji I



(Iceu Mulyati, M.Keb)

Penguji II



(Andri, M.Kep)

Mengetahui

Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung



(R. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep)

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya :

Nama : Neng Fitri
NIM : CK.1.15.064
Program Studi : DIII Kebidanan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Gambaran Kejadian Persalinan Preterm
Berdasarkan Faktor Ibu dan Janin di RSUD
Majalaya Tahun 2017

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar ahli madya kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun diperguruan tinggi lain.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat / jiplakan, serta asli dari ide gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benar nya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar saya yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku diperguruan tinggi.

Bandung, Juli 2018

Yang membuat pernyataan



(Neng Fitri)

ABSTRAK

Berdasarkan data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung. Angka Kematian Neonatal adalah 19 per 1.000 Kelahiran hidup. Dari laporan rutin tercatat pada semester pertama 2017 terdapat 10.294 kasus atau 22 kematian bayi per 1.000 kelahiran Proporsi bayi prematur yang meninggal cukup tinggi (32,4%)

Tujuan penelitian ini adalah Untuk mengetahui gambaran Kejadian Persalinan Prematur Berdasarkan Faktor Ibu dan Janin di RSUD Majalaya Tahun 2017.

Persalinan prematur adalah persalinan yang berlangsung antara umur kehamilan 28-36 minggu di hitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) dengan berat janin kurang dari 2500 gram. Mortalitas dan morbiditas neonates pada bayi preterm sangat tinggi.

Desain penelitian ini menggunakan desain *deskriptif*. Populasi dari penelitian ini adalah ibu yang mengalami persalinan prematur di RSUD Majalaya tahun 2017, dengan jumlah sampel 63 orang. sampel yang diambil menggunakan jenis *Total Sampling*. Analisa Data dalam penelitian ini menggunakan analisis Univariat dengan data sekunder dalam bentuk persentase.

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui faktor penyebab persalinan preterm ini hampir seluruh responden yang mengalami persalinan prematur disebabkan oleh faktor ibu 57 orang (90,4%) dan sebagian kecil persalinan preterm disebabkan oleh faktor janin 6 orang (9,6%)

Diharapkan dukungan dari semua pihak baik dari petugas kesehatan ataupun dari keluarga terutama ibu hamil itu sendiri agar dapat menjaga kesehatan ibu dan janinnya baik dengan melakukan penyuluhan, pemeriksaan kehamilan ataupun program-program kesehatan lainnya

Kata Kunci : Persalinan Prematur, Faktor Ibu, Faktor Janin
Kepustakaan : 21 (2010-2017)

ABSTRAK

Based on data obtained from the public health office Office of Bandung Regency. Neonatal Mortality rate is 19 per 1,000 live births. From routine reports recorded in the first half of 2017 there were 10,294 cases or 22 infant deaths per 1,000 births. The proportion of premature babies who died was quite high (32.4%)

The purpose of this study was to determine the description of the incidence of premature labor based on maternal and fetal factors in Majalaya Hospital in 2017.

Premature labor is labor that takes place between 28-36 weeks of gestation calculated from the first day of the last menstrual period (HPHT) with a fetal weight of less than 2500 grams. The mortality and morbidity of neonates in preterm infants is very high.

This research design uses descriptive design. The population of this study were mothers who experienced preterm labor in Majalaya Hospital in 2017, with a total of 63 patients. samples taken using the Total Sampling type. Data Analysis in this study used Univariate analysis with secondary data in the form of percentages.

Based on the results of this study, it was found that the factors causing this preterm labor almost all respondents who experienced preterm labor were due to maternal factors of 57 people (90.4%) and a small portion of preterm labor caused by fetal factors 6 people (9.6%)

It is expected that the support of all parties, both from health workers and from families, especially pregnant women themselves, in order to maintain the health of the mother and fetus both by conducting counseling, prenatal care or other health programs

Keywords: Premature Labor, Maternal Factors, Fetal Factors
Literature: 21 (2010-2017)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmannirrohim...

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul :

“GAMBARAN KEJADIAN PERSALINAN PRETERM BERDASARKAN FAKTOR IBU DAN JANIN DI RSUD MAJALAYA TAHUN 2017”.

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini untuk memenuhi salah satu tugas akhir program studi D-III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.

Namun demikian, penulis menyadari bahwa penyusunan Laporan Tugas Akhir ini jauh dari kata kesempurnaan. Oleh karena itu, segala pendapat, saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak, sangat penulis harapkan. Semoga penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Proses penyusunan proposal penelitian ini tentunya tidak terlepas dari peranan pembimbing dan bantuan semua pihak, oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung
2. Rd. Siti Jundiah, S.kp.,M.kep sebagai ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung
3. Dewi Nurlaelasari, M.Keb sebagai ketua program Studi Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung
4. Madinatul Munawaroh, S.Pd.,MKM. sebagai pembimbing akademik yang telah sabar dan meluangkan waktunya dalam setia bimbingan
5. Staf Rekam Medik RSUD Majalaya yang telah memberi izin untuk penelitian
6. Dosen dan staf pendidikan STIKes Bhakti Kencana Bandung program studi DIII Kebidanan

7. Orang Tua, kaka yang tiada henti memberikan do'a dan selalu memberikan dukungan penuh baik berupa motivasi dan materi
8. Yusup Bahtiar yang selalu setia dan sabar memberikan dukungan serta do'a dalam proses penyusunan laporan tugas akhir ini
9. Annisa Rizkia Arsi dan Laila Fitriani yang selalu memberikan motivasi untuk tetap semangat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini
10. Seluruh rekan-rekan mahasiswi DIII Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu terimakasih atas dukungan dan do'anya

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya, oleh karenanya penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari para pembaca, guna untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak yang menggunakannya.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Bandung, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK	
LEMBAR PERNYATAAN	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Persalinan Prematur	6
2.2 Klasifikasi Prematur	9
2.3 Etiologi Prematur	10
2.4 Dampak Persalinan Prematur	11
2.5 Faktor Penyebab Prematur	12
2.6 Pencegahan Persalinan Prematur	20
2.7 Manajemen Persalinan Prematur	21
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	28
3.1 Desain Penelitian	28
3.2 Variabel Penelitian	28
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	28
3.4 Kerangka Penelitian	29
3.5 Definisi Operasional	32
3.6 Langkah – Langkah Penelitian	33
3.7 Pengolahan Data dan Analisa	33
3.8 Tempat dan Waktu Penelitian	37

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	38
4.1 Faktor Persalinan Preterm	38
4.1.1 Frekuensi Persalinan Preterm Faktor ibu dan Janin	38
4.2 Pembahasan	41
4.2.1 Faktor Persalinan Preterm Ibu	41
4.2.2 Faktor Persalinan Preterm Janin	43
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	50
5.1 Kesimpulan	50
5.2 Saran	50

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan Preterm merupakan masalah dalam bidang kesehatan, karena dapat menyebabkan tingginya angka morbiditas dan mortalitas perinatal. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) AKB 37 per 1000 kelahiran hidup (WHO, 2015). Berdasarkan hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) AKN di Indonesia 19 per 1000 kelahiran hidup, AKB sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2012;Kemenkes, 2013). Diantara seluruh kematian neonatal, 75% terjadi pada minggu pertama kehidupan, dari jumlah kematian tersebut 25-45% terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama kematian neonatus adalah prematuritas dan berat badan lahir rendah, infeksi, asfiksia, trauma persalinan dan abnormalitas kongenital (SDKI, 2012).

Salah satu penyebab persalinan preterm ialah faktor Ibu diantaranya Penyakit berat pada ibu, diabetes mellitus, Preeklamsi/hipertensi, stress, kelainan bentuk uterus, riwayat persalinan preterm, Abortus, inkopetensi serviks dan kelainan imunologi atau resus. Faktor Resiko Lain seperti Sosio Ekonomi (Sarwono,2016)

Adapun Penyebab persalinan preterm dari faktor Janin dan Plasenta diantaranya Perdarahan Trimester awal, perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta), KPD yang akan menyebabkan infeksi, pertumbuhan janin terhambat, cacat bawaan janin, gemeli, polihidramnion. (Sarwono,2016)

Pendekatan obstetrik yang baik terhadap persalinan *preterm* akan memberikan harapan terhadap ketahanan dan kualitas hidup bayi *preterm*. Dibeberapa Negara maju angka kematian *Neonatal* pada persalinan prematur menunjukkan penurunan, yang umumnya disebabkan oleh meningkatnya peranan *neonatal intensive care* dan akses lebih baik dari pelayanan. (Sarwono,2016).

Berdasarkan data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung. Angka Kematian Neonatal adalah 19 per 1.000. Dari laporan rutin tercatat pada semester pertama 2017 terdapat 10.294 kasus atau 22 kematian bayi per 1.000 kelahiran Proporsi bayi prematur yang meninggal cukup tinggi (32,4%) (Dinkes Kabupaten Bandung, 2017)

Jawa Barat menjadi salah satu provinsi yang berkontribusi besar terhadap tingginya Angka Kematian Bayi di Indonesia. Menurut data Laporan Program Kesehatan Anak Provinsi Jawa Barat Tahun 2010-2017, jumlah kematian neonatus yang dilaporkan di Jawa Barat mencapai angka 3.624 dan kematian bayi mencapai 4.650 (Profil Kesehatan Jawa Barat, 2017)

Menurut data berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Bandung tahun 2016, Angka Kematian Neonatal (AKN) di Indonesia sebesar 19 kematian/1000 kelahiran hidup, hal ini disebabkan karena Asfiksia 37 %, Prematuritas 34 %, Sepsis 12 %, Hipotermi 12 %, Ikterus 6 %, Post matur 3 %, dan Kelainan kongenital 1 %. Angka kejadian persalinan preterm di RSUD di Kabupaten Bandung diantaranya terdapat di RSUD Soreang dan juga RSUD Majalaya, yang memiliki data persalinan preterm. Jumlah persalinan prematur di RSUD Soreang pada tahun 2017 adalah sebanyak 52 kasus persalinan preterm, sedangkan di RSUD Majalaya pada tahun 2017 adalah sebanyak 63 kasus preterm (Dinkes Kabupaten Bandung, 2017)

Salah satu penyebab persalinan preterm di RSUD Majalaya disebabkan karena Faktor Ibu dan Janin diantaranya terdapat Faktor Ibu DM, PEB, Riwayat Persalinan Preterm yang Lalu, Ketuban Pecah Dini dan Faktor Janin dengan Gemeli.

Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya merupakan salah satu rumah sakit yang berada di Kabupaten Bandung yang merupakan RSUD Kelas B dengan tupoksi utama memberikan pelayanan kesehatan rujukan di Kabupaten Bandung, dengan memiliki berbagai pelayanan kesehatan termasuk didalamnya terdapat 12 poliklinik spesialis diantaranya adalah poli kandungan yang menyediakan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bersalin. Data Dari Kabupaten Bandung Tahun 2017 Penyebab terbesar dari Angka Kematian Bayi baru lahir adalah gangguan pernafasan yaitu sebesar 37%, disamping prematur sebanyak 34%, jumlah persalinan prematur di

RSUD Majalaya untuk tahun 2017 adalah sebanyak 63 kasus preterm dari total persalinan 1.578 persalinan. (RSUD Majalaya, 2017)

Berdasarkan latar belakang diatas penulis akan melakukan penelitian tentang “Gambaran Kejadian Persalinan Preterm Berdasarkan Faktor Ibu Dan Janin di RSUD Majalaya Tahun 2017”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dapat diambil rumusan masalah sebagai berikut “Gambaran Kejadian Persalinan Preterm Berdasarkan Faktor Ibu Dan Janin di RSUD Majalaya Tahun 2017?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran Kejadian Persalinan Preterm Berdasarkan Faktor Ibu Dan Janin di RSUD Majalaya Tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Gambaran Kejadian Persalinan Preterm Berdasarkan Faktor Ibu di RSUD Majalaya Tahun 2017.
2. Gambaran Kejadian Persalinan Preterm Berdasarkan Jumlah Faktor Janin di RSUD Majalaya Tahun 2017.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber tambahan informasi dan pengetahuan tentang Gambaran Kejadian Persalinan Preterm Berdasarkan Faktor Ibu dan Janin.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi RSUD Majalaya

Memperoleh informasi dan data secara objektif tentang Gambaran Kejadian Persalinan Preterm di Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya tahun 2017.

2. Bagi Peneliti

Mampu mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh dalam masa perkuliahan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan informasi bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian yang berhubungan dengan partus prematur.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan Prematur

2.1.1 Pengertian Preterm

Persalinan prematur adalah persalinan yang berlangsung antara umur kehamilan 28-36 minggu di hitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) dengan berarti janin kurang dari 2500 gram. Usia kehamilan merupakan salah satu hal paling penting bagi kelangsungan hidup janin dan kualitas hidupnya, umumnya kehamilan disebut cukup bulan bila berlangsung antara 37-42 minggu. Persalinan prematur adalah persalinan yang terjadi sebelum janin berusia 36 minggu (Sarwono,2016).

Persalinan Preterm menurut Buku Ilmu kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan tahun 2010, menyebutkan bahwa persalinan preterm mulainya kontraksi uterus yang teratur disertai pendataran (dilatasi cervik serta turunya bayi padawanita hamil dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu berat badan bayi kurang dari 2500 gram 34 minggu.

Bayi prematur ini dapat meninggal saat kelahiran atau mungkin harus membutuhkan pengobatan khusus di perawatan yang intensif karena organ-organ penting seperti paru, hati, usus, dan sebagainya masih belum bekerja dengan baik.

2.1.2 Etiologi dan Faktor Predisposisi

Distensi uterus, KPD/Trauma

Faktor Patogenik Mediator biokimia menyebabkan kontraksi Rahim
(Perubahan serviks)

- a. Aktivasi aksis kelenjar hipotalamus, hipofisis adrenal baik pada ibu/janin (stres)
- b. Imflamasi desidua, korioam nionitis/ sistemik menyebabkan infeksi Asenden traktus genitourinarial/infeksi sistemik.
- c. Perdarahan desidua
- d. Peregangan Uterus patologik
- e. Kelainan Uterus/Serviks. (Sarwono,2016)

Menurut Buku Ilmu kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan tahun 2010, Etiologi persalinan preterem:

1. Ketuban Pecah Dini (KPD)
2. Inkopetensi Cervix
3. Insufisiensi Placenta
4. Overdistensi Uterus (gemeli, bayi besar, polyhidramnion)
5. Perdarahan pada TM III, plasenta previa, vasa previa, abruption placenta
6. Trauma, jatuh, tindakan pembedahan, pukulan keras pada perut.
7. Penyakit Ibu , toksemia, anemia, ginjal.

2.1.3 Kondisi Beresiko Prematur

a. Janin dan Plasenta

Perdarahan Trimester awal, perdarahan antepartum (plasenta previa, solution plasenta), KPD yang akan menyebabkan infeksi, pertumbuhan janin terhambat, cacat bawaan janin, gemeli, polihidramnion. (Sarwono,2016)

b. Ibu

Penyakit berat pada ibu, diabetes mellitus, Preeklamsi/hipertensi, Infeksi saluran kemih, genital Intrauterin, infeksi dengan demam, stress, kelainan bentuk uterus, riwayat persalinan preterem, Abortus, inkopetensi serviks, konsumsi narkotika, trauma perokok berat dan kelainan imunologi atau resus.

c. Faktor Resiko Lain seperti, Sosio Ekonomi, Riwayat IUFD dan Kehamilan Tidak diinginkan/KTD (Sarwono,2016)

2.1.4 Diagnosis Preterem

1. Kontraksi berulang tiap 7-8 menit sekali atau 2-3 kali 10 menit
2. Nyeri bagian punggung bawah (low back poin)
3. Perdarahan bercak
4. Perasaan menekan daerah serviks
5. Terdapat bukaan dan penipisan.
6. Presentasi rendah (Spina isiadika)
7. Selaput ketuban pecah

8. Terjadi pada usia kehamilan 22-37 minggu. (Sarwono Prawirohardjo,2016)

Diagnosis menurut buku Patologi dan Fisiologi Persalinan tahun 2010:

1. Pembukaan cervix 2 cm
2. Perubahan progresif serviks selama observasi.
3. Kontraksi nyeri, teratur interval 10 menit.

2.2 Klasifikasi Prematur

Menurut usia kehamilannya maka prematur dibedakan menjadi beberapa yaitu:

1. Usia kehamilan 32 - 36 minggu disebut persalinan prematur (*Preterm*)
2. Usia kehamilan 28 - 32 minggu persalinan sangat prematur (*Very Preterm*)
3. Usia kehamilan 20 – 27 minggu disebut persalinan ekstrim prematur (*Extremely Preterm*)

Menurut Berat badan lahir, bayi prematur dibagi dalam kelompok:

1. Berat badan bayi 1500 - 2500 gram, disebut dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
2. Berat badan bayi 1000 – 1500 gram disebut bayi dengan Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR)
3. Berat badan bayi < 1000 gram disebut bayi dengan Berat Badan Lahir Ekstrim Rendah (BBLER) (Mochtar, 2010)

2.3 Etiologi

Persalinan prematur merupakan kelainan proses yang multifaktorial. Kombinasi keadaan obstetrik, sosio demografi dan faktor medik yang mempunyai pengaruh terhadap jadinya persalinan prematur. Banyak kasus persalinan prematur sebagai akibat proses patogenik yang merupakan mediator biokimia yang mempunyai dampak terjadinya kontraksi rahim dan perubahan serviks. (Mochtar,2010)

Ada beberapa keadaan medis yang mendorong terjadinya persalinan preterm seperti yang bersifat iatrogenik yaitu indikasi ibu misalnya preeklamsi, eklamsi, korioamnionitis. Infeksi pada ibu yang sedang hamil juga dapat menyebabkan terjadinya persalinan preterm. antara lain infeksi intra uterin, infeksi extra uterin dan infeksi genitalia bawah. Selain dari penyebab tersebut ketuban pecah dini juga merupakan faktor penyebab terjadinya persalinan preterm.

2.3.1 Tanda dan Gejala

1. Kontraksi rahim yang sering dan teratur setiap 15 menit sekali atau < 4 kali kontraksi dalam 1 jam.
2. Kram yang menyebabkan rasa tidak nyaman yang hilang timbul di bagian bawah perut.
3. Nyeri dibawah pinggang yang samar yang tidak dipengaruhi oleh perubahan posisi.
4. Peningkatan atau perubahan mendadak pada cairan vagina (lebih kental, cair dan bernoda darah). (Mochtar,2010)

2.4 Dampak/Akibat Persalinan Prematur

a. Dampak jangka pendek

Komplikasi jangka pendek pada bayi yang lahir preterm selalu dikaitkan dengan pematangan paru janin yang belum sempurna, antara lain Respiratory Distress Syndrome (RDS), Intra Ventricular Haemorrhage (IVH) dan Necrotizing Enterocolitis (NEC)

b. Dampak jangka panjang

Allen dkk (1993), mengemukakan bahwa bayi-bayi yang lahir pada usia hamil 23-24 minggu yang berhasil diselamatkan menunjukkan komplikasi kelainan otak yang cukup berarti (79 % atau lebih). Hack dkk (1994) melakukan pengamatan terhadap 60 anak yang lahir dengan berat 750 gr. sampai dengan usia sekolah ternyata mempunyai masalah dalam hal ketrampilan. 45 % dari bayi – bayi preterm yang hidup memerlukan sarana pendidikan khusus , dimana 21 % mempunyai IQ < 70 dan banyak yang mengalami hambatan pertumbuhan dan daya penglihatan yang dibawah normal.

Sedangkan bayi-bayi preterm yang lahir lebih tua (32-34 minggu) dan mempunyai berat lahir yang lebih besar masih juga mempunyai risiko jangka pendek yang berupa RDS ,bahkan komplikasi jangka pendek ini masih bisa terjadi pada 6% bayi yang lahir dengan usia hamil 35-38 minggu.

2.5 Faktor-Faktor yang Menyebabkan Terjadinya Persalinan Prematur

Beberapa faktor mempunyai andil dalam terjadinya persalinan preterm seperti faktor pada ibu dan faktor pada janin dan plasenta ataupun faktor lain seperti sosioekonomi (Winkjosastro, 2014). Beberapa faktor penyebab akan menambah keadaan preterm antara lain: infeksi saluran kemih, penyakit ibu seperti hipertensi dalam kehamilan, asma, penyakit jantung, kecandung obat, kolestatis, anemia, keadaan yang menyebabkan distensi uterus berlebihan yaitu kehamilan multiple, hidramnion, diabetes, perdarahan antepartum, infeksi umum pada ibu (Rukiyah, 2010)

2.5.1 Faktor Ibu

a. Penyakit Diabetes Militus

Kondisi dan pengobatan medis akan mempengaruhi keadaan kehamilan dan dapat berhubungan atau meningkatkan kejadian persalinan prematur. Penyakit sistemik terutama yang melibatkan system peredaran darah. Oksigenasi atau nutrisi ibu dapat menyebabkan gangguan sirkulasi plasenta yang akan mengurangi nutrisi dan oksigen bagi janin. (Manuaba, I.B. 2008)

Deteksi dini sangat diperlukan agar penderita DM dapat dikelola sebaik-baiknya. Terutama dilakukan pada ibu dengan faktor resiko berupa beberapa kali keguguran, riwayat pernah melahirkan anak mati tanpa sebab, riwayat melahirkan bayi dengan cacat bawaan, melahirkan bayi lebih dari 4000 gr, riwayat PE dan polyhidramnion.

Selama kehamilan kadar darah diatur dengan antidiabetik. Pemeriksaan kadar darah harus dilakukan lebih sering. Pemberian suntikan insulin merupakan salah satu pengobatan bagi penderita penyakit DMG untuk mengontrol kadar gula darahnya. Beberapa jenis obat-obat untuk penderita DM yang dapat dikonsumsi dengan dimakan dan yang beredar di Indonesia hingga saat ini memang tidak seluruhnya boleh diberikan pada ibu hamil, karena dapat menimbulkan efek yang merugikan bagi janin yang dikandung. Misalnya menimbulkan cacat bawaan pada janin. Pada trimester pertama paling sukar dilakukan pengobatan karena adanya mual dan muntah. Pada trimester kedua pengobatan tidak begitu sukar lagi karena tidak perlu perubahan diet dan dosis antidiabetik. Dalam trimester ketiga sering diperlukan lebih banyak antidiabetik karena menurunnya toleransi hidrasi arang

Penatalaksanaan obstetrik Persalinan dilakukan: Pertahankan sampai aterm dan spontan, Induksi persalinan pada minggu 37-38, Primer seksio sesarea.

b. Preeklampsia Berat dan Eklampsia

Preeklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria akibat kehamilan, setelah umur kehamilan 20 minggu. Eklampsia adalah kelainan akut pada preeklampsia dengan timbulnya kejang atau tanpa penurunan kesadaran.

Preeklampsia dan eklampsia merupakan penyakit hipertensi yang tingkatnya berbeda. Gejala yang timbul pada preeklampsia yaitu hipertensi, *oedema* dan disertai proteinuria. Hal ini terjadi karena preeklampsia dapat menyebabkan terjadinya hipoksia kronis pada plasenta, karena mengalami iskemia dan terjadi disfungsi endotel. Kejangnya pembuluh darah arteri yang menuju organ penting dalam tubuh dapat menyebabkan mengecilnya aliran darah yang menuju retroplasenta sehingga mengakibatkan gangguan pertukaran CO₂, O₂ pada janin. Hal ini menyebabkan terjadinya vasospasme dan hipovolemia sehingga janin menjadi hipoksia dan malnutrisi. (Cunningham, F. Gary. 2015)

Hipoksia menyebabkan plasenta mentransfer kortisol dengan kadar yang tinggi ke dalam sirkulasi janin. Konsentrasi kortisol yang tinggi akan mensintesis hormone prostaglandin yang menyebabkan timbulnya kontraksi, perubahan pada serviks dan pecahnya selaput ketuban, sehingga bayi yang terlahir prematur. (Cunningham, F. Gary. 2015)

c. Riwayat Persalinan Preterm

Ibu yang mempunyai riwayat satu kali persalinan prematur sebelumnya akan meningkatkan resiko untuk mendapat persalinan prematur lagi sebesar 2,2 kalinya. Dan bila ia pernah mengalami 3 kali persalinan prematur resikonya meningkat sampai 4,9 kalinya. Penelitian lain mendapatkan kejadian

persalinan prematur 3 kali lipat pada ibu dengan riwayat persalinan prematur. Makin muda usia persalinan pada persalinan prematur terdahulu, makin cepat terjadi prematuritas pada kehamilan berikutnya.(Manuaba, I.B. 2008)

Penatalaksanaan: ditatalaksana dengan antibiotika spektrum luas dosis tinggi. Demam / hiperpireksia ibu yang mungkin terjadi juga harus diobati, karena keadaan hiperpireksia dapat berakibat buruk pada sirkulasi janin.

kontraksi yang berisiko tinggi adalah kontraksi dengan frekuensi lebih dari 3-4 kali per jam. Dalam 48 jam menjelang partus, kontraksi akan meningkat (his) sampai 2-4 kali setiap 10 menit dengan intensitas yang makin kuat, makin lama dan makin sering. Pada kasus dengan kontraksi, dilakukan terapi tokolisis, dengan obat-obatan beta-agonis (misalnya salbutamol, terbutalin), sambil terus mengawasi keadaan ibu dan keadaan janin. Pengobatan diberikan dengan infus, kemudian dapat dilanjutkan dengan obat oral bila pasien dipulangkan. Bila kontraksi hilang, pemberian tokolisis dapat dihentikan. Mochtar, D. 1998. Persalinan Prematur dalam Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi 2ndeds. EGC. Jakarta

Hasil penelitian yang dilakukan Paiembonan Tahun 2013 mengenai faktor resiko kejadian kelahiran preterm di Rumah Sakit Ibu dan anak siti Fatimah makasar menunjukkan bahwa

Riwayat kelahiran preterm dan preeklamsia merupakan faktor resiko kejadian kelahiran preterm, dimana ibu dengan hamil dengan riwayat kelahiran preterm memiliki resiko mengalami persalinan preterm 20 kali lebih tinggi dan ibu hamil dengan preeklamsia memiliki resiko 2 kali lebih tinggi untuk mengalami persalinan prematur.

d. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban secara spontan sebelum usia kehamilan 37 minggu dan sebelum terjadinya proses persalinan.

Kehamilan prematur dengan ketuban pecah dini (*Preterm Prematur Rupture of Membrane, PPRM*) digunakan untuk kondisi pecahnya selaput ketuban yang terjadi secara spontan saat kehamilan kurang dari 37 minggu dan sebelum terjadinya proses persalinan. Hal ini merupakan 2-4% komplikasi dari kehamilan janin tunggal dan merupakan 20% komplikasi dari kehamilan kembar.

Ketuban pecah dini terjadi karena infeksi bakteri dan respon inflamasi yang menyebabkan produksi hormon prostaglandin meningkat, oleh karena iritabilitas uteri yang akan menimbulkan his dan penurunan kolagen pada selaput ketuban.

Komplikasi ketuban pecah dini adalah persalinan prematur, bila tidak ada indikasi ibu dan janin untuk dilahirkan,

ibu dan janin di observasi di ruangan bersalin. Antibiotik diberikan untuk mencegah chorioamnionitis. Denyut jantung janin, kontraksi uterus, pantau untuk mengetahui tanda-tanda persalinan. Akibat ketuban pecah dini dapat terjadi malpresentasi, kompresi tali pusat, oligohidramnion, enterokolitis nekrotikan, kelainan neurologi, hemoragia intraventikular dan sindrom gawat nafas.

Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini Pada Kehamilan Preterm berupa penanganan konservatif, antara lain:

1. Rawat di Rumah Sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu :
 - a. Berikan antibiotik (ampisilin 4x500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari
 - b. Jika umur kehamilan < 32-34 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi
 - c. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan jika memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Sediaan terdiri atas betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama

2 hari atau deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali

- d. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa (-) beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason dan induksi sesudah 24 jam
- f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi
- g. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin)

2.5.2 Faktor Bayi

1. Gemeli

Kehamilan kembar atau kehamilan ganda, bisa disebabkan oleh keturunan gen kembar. Semakin banyak jumlah bayi yang dikandung ibu, semakin cepat persalinan dimulai. Lama kehamilan kembar biasanya 37 minggu dan sekitar 30% bayi kembar lahir prematur. (Cunningham, F. Gary. 2015)

Kehamilan kembar sangat beresiko karena mengalami hiperdistensi uterus, karena rahim yang seharusnya untuk satu bayi harus untuk dua bayi atau lebih. Ini dapat menyebabkan persalinan

prematuur. Selain itu biasanya bayi tersebut berusia lebih kecil dari usia gestasi yang seharusnya, sehingga rentan terhadap komplikasi. Masalah kehamilan kembar meliputi polihidramnion, hipertensi gravidarum, preeklampsi, ketuban pecah dini, plasenta previa dan kelainan presentasi (Cunningham, F. Gary. 2015)

Penatalaksanaan: Untuk memilih metode yang optimal untuk kelahiran presentasi janin-janin itu harus diketahui dengan tepat. Presentasi kepala paling sering terjadi (50% dari semua kombinasi), diikuti dengan kelahiran kepala-bokong, bokong-kepala, bokong-bokong. Untuk presentasi kepala-kepala, persalinan pervaginam diperbolehkan seperti halnya pada presentasi kepala tunggal. Frekuensi DJJ harus dipantau terus menerus selama persalinan.

Setelah kelahiran dari kembar yang pertama, tali pusat dengan segera di klem, yang dikenali sebagai kembar A, dan dipotong. Pemeriksaan dalam kemudian dilakukan untuk menilai presentasi dan stasion kembar kedua. Kalau kembar kedua masih dalam presentasi kepala, persalinan dibiarkan berlanjut. Frekuensi DJJ kedua terus dipantau. Bila kontraksi rahim tidak efektif, oksitosin harus diberikan dalam larutan encer dan persalinan dibiarkan berjalan.

Selang waktu optimal antara kehamilan kembar pertama dan kedua adalah 5-15 menit. Kelahiran kembar kedua setelah 30 menit dapat mengakibatkan insufisiensi uteroplasenta yang dapat mengakibatkan menurunnya aliran darah uteroplasenta yang

diakibatkan oleh berkurangnya volume dalam rahim. Selain itu, selang waktu terlalu lama dapat mengakibatkan perdarahan janin dari kembar kedua sebagai akibat pelepasan plasenta dini. Selang waktu yang lebih lama hanya dapat dibiarkan melalui kembar kedua dengan cermat dipantau. Cunningham, F.G., et al. 2005. *William Obstetrics*. 22nd Edition. Chapter 39. pages 911-43. USA :McGRA-HIL

2.6 Pencegahan Persalinan Preterm

Adapun beberapa langkah untuk mencegah terjadinya persalinan preterm diantaranya:

1. Menghindari kehamilan pada ibu dengan usia terlalu muda (kurang dari 17 tahun)
2. Menghindari jarak kehamilan yang terlalu dekat
3. Selalu rutin memeriksakan kehamilannya (ANC) guna mencegah dan mengantisipasi terjadinya komplikasi pada kehamilan
4. Meningkatkan pola hidup sehat. (Prawirohardjo, 2016)

2.7 Manajemen Persalinan Preterm

Jika diagnosa persalinan prematur telah ditegakkan maka pengelolaan persalinan prematur mencakup, pemberian tokolitik, steroid, antibiotik dan perencanaan persalinan. (Prawirohardjo, 2016)

1. Pemberian Tokolisis

Tujuan dari terapi tokolitik adalah untuk mengurangi kadar mortalitas uterus supaya tersedia lebih banyak waktu untuk pematangan

janin dalam uterus, obat yang dipakai untuk mengurangi mortalitas uterus.

Klasifikasi Tokolitik :

a. Beta sympathomimetics (ritrodin dan salbutamol)

Bekerja merangsang reseptor beta₂ pada otot polos, frekuensi dan kekuatan kontraksi uterus berkurang jika otot relaksasi. Obat ini dapat menghambat persalinan prematur dan memperpanjang masa kehamilan rata-rata 48 jam. Efek sampingnya tremor, malaise, lemas, sesak napas, takikardi (ibu dan janin). Reaksi yang merugikan *oedema* paru, aritemia atau ketoasidosis dan syok anafilatik. (Sarwono,2016)

b. Atosiban

Bentuk modifikasi dari oksitosin, yang bekerja pada reseptor oksitosin dan vasopressin. Diduga sebagai tokolitik pada persalinan prematur dan diberikan secara infuse IV selama 24 jam. Efek samping lebih rendah pada ibu sehingga obat ini digunakan sebagai obat tokolitik. (Sarwono, 2016)

c. Magnesium Sulfat

Mekanisme kerjanya belum jelas mungkin menurunkan asetilkolin untuk mencegah masuknya kalsium pada sel dan ekstrasel. Dapat dipakai sebagai anti kejang pada preeklamsi.

- 1) Dosis awal 4-6 gr IV diberikan 15-30 menit
- 2) Dilanjutkan dengan dosis 2-4 gr/jam selama 24 jam. Efek samping sakit kepala, rasa kering di mulut dan pada penderita gangguan ginjal dapat terjadinya neromuskuler. (Sarwono,2016)

d. Nifedipine

Mekanisme kerja relaksasi otot polos serta melebarkan diameter pembuluh darah. Cara pemberian :

- 1) Dosis awal 10 mg per oral tiap 6 jam, dinaikan sampai 20 mg tiap 4 jam.
- 2) 20-30 mg per oral tiap 4-8 jam.
- 3) Dosis 30 mg per oral diikuti 20 mg per oral 90 menit kemudian efek samping jarang terjadi, seperti odema paru akut.

(Sarwono,2016)

a. Indomethacin

Golongan anti inflamasi yang akan menghambat enzim, sehingga mengurangi metabolisme prostaglandin. Metabolisme hati dan diekresi melalui urine. Dapat diberikan peroral atau peranal. Dosis : 150-300 mg/hari.

- 1) Dosis awal 100-200 mg peranal atau 50-100 mg peroral
- 2) Kemudian dilanjutkan dengan 25-50 mg setiap 4-5 jam.

Kontraindikasi : ibu penderita gangguan ginjal, hati, asma dan alergi. Resiko dapat menyebabkan perdarahan paska persalinan. (Prawirohardjo, 2016)

Pemberian tokolisis perlu dipertimbangkan bila terjadi kontraksi uterus yang regular dengan adanya perubahan serviks, Alasan pemberian tokolisis pada persalinan prematur adalah

- 1) Mencegah mortalitas dan morbiditas pada bayi prematur
- 2) Memberi kesempatan bagi terapi kortikosteroid untuk menstimulasi surfaktan paru janin.
- 3) Memberi kesempatan transfer intrauterin pada fasilitas yang lebih lengkap. Beberapa macam obat yang digunakan sebagai tokolisis adalah:
 - Kalsium antagonis : Nifedipin 10 mg/oral diulang 2-3 kali/jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang. Obat dapat diberikan lagi jika timbul kontraksi berulang
 - Obat - mimetik : seperti terbutalin, ritrodin, isoksuprin dan salbutamol dapat digunakan, tetapi nifedipin mempunyai efek samping lebih kecil
 - Sulfas magnesium dan anti prostaglandin (endometasin) : jarang dipakai karena efek samping pada ibu maupun janin. Untuk menghambat proses persalinan prematur selain pemberian tokolisis, adalah dengan membatasi aktivitas atau tirah baring

e. Pemberian Kortikosteroid

Kortikosteroid diberikan pada ibu hamil dengan resiko tinggi terhadap persalinan prematur. Pemberian steroid dianjurkan pada usia kehamilan 24-34 minggu dan perlu pertimbangan jika diberikan sampai usia 36 minggu. Kortikosteroid berfungsi untuk pematangan paru janin, menurunkan sindrom gawat napas,

kematian neonatal dan perdarahan intraventikuler. Kontra indikasi pemberian kortikosteroid pada infeksi sistemik seperti tuberculosis dan awasi penggunaan pada korioamnionitis.

Macam-macam steroid:

- (1) Betamethason 12-16 mg (3-4 Ampl) IM /Hari selama 2 hari
- (2) Dexametason 5 Mg / IM 4 dosis tiap 6 jam. (Sarwono Prawirohsrdjo, 2013)

Tujuan pemberian terapi kortikosteroid adalah untuk pematangan surfaktan paru janin, menurunkan insidens RDS, mencegah perdarahan intraventrikular, yang akhirnya menurunkan angka kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan pada usia kehamilan kurang dari 35 minggu. Obat yang diberikan adalah deksametason atau betametason. Pemberian steroid ini tidak diulang karena merupakan resiko terjadinya pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2010)

Pemberian siklus tunggal kortikosteroid adalah

- (1) Betametason 2 x 12 mg IM dengan jarak pemberian 24 jam
 - (2) Deksametason 4 x 6 mg IM dengan jarak pemberian 12 jam
- (Manuaba, 2010)

f. Pemberian Antibiotik

Antibiotik adalah obat anti infeksi yang berasal dari kuman, baik semisintesis maupun sintesis. Pemberian antibiotik dapat menurunkan kejadian korioamnionitis dan memperpanjang usia

kehamilan. Macam-macam antibiotik diantaranya Ampisilin sulbactam parenteral dan Penisilin (Manuaba, I.B. 2008)

Antibiotik diberikan pada kasus kehamilan dengan risiko terjadinya infeksi sepertipada kasus KPD. Obat diberikan per oral, yang dianjurkan adalah :

- 1) Eritromisin 3 x500 mg selama 3 hari
- 2) Ampisilin 3 x 500 mg selama 3 hari,atau dapat menggunakan antibiotik lain seperti klindamisin. Tidak dianjurkan pemberian ko-amoksiklaf karena risiko NEC

g. Perencanaan Persalinan

Persalinan prematur harus dipertimbangkan kasus perkusus, untuk kehamilan <37 minggu sebaiknya ibu dirujuk ke tempat yang mempunyai fasilitas *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) dan dokter spesialis.Kehamilan <24 minggu dilahirkan pervaginam, kehamilan 24-37 minggu disesuaikan dengan resiko obstetrik lainnya dan disamakan dengan aturan persalinan prematur *forceps* atau episiotomy elektif. (Manuaba, I.B. 2008)

Bila janin presentasi kepala, maka diperbolehkan partus pervaginam.Seksio sesarea tidak memberi prognosis yang lebih baik bagi bayi, bahkan merugikan ibu.Seksio sesareahnya dilakukan atas indikasi obstetrik pada kehamilan letak

sungsang 30-34 minggu, seksio sesarea dapat dipertimbangkan. Setelah kehamilan lebih dari 34 minggu, persalinan diperbolehkan karena morbiditas dianggap sama dengan kehamilan aterm.

h. Intervensi

Penanganan untuk penghentian persalinan prematur merupakan indikasi bila :

- a. Selaput ketuban utuh
- b. Tidak terdapat kontra indikasi janin maupun ibu
- c. Berat janin 500-2499 gram
- d. Paru-paru janin imatur. (Manuaba, I.B. 2008)

2.7.1 Penatalaksanaan

Ibu hamil yang diidentifikasi memiliki risiko persalinan preterm akibat amnionitis dan yang mengalami gejala persalinan preterm membakat harus ditangani seksama untuk meningkatkan keluaran neonatal. Pada kasus-kasus amnionitis yang tidak mungkin ditangani akspektatif, harus dilakukan intervensi, yaitu dengan :

1. Akselerasi pematangan fungsi paru

- a. Terapi glukokortikoid, misalnya dengan betamethasone 12 mg (IM. 2 kali selang 24 jam. Atau dexamethasone 5mg tiap 12 jam IM sampai 4 dosis

- b. Thyrotropin releasing hormone 400 mg iv, akan meningkatkan kadar tri-iodothyronine yang dapat meningkatkan produksi surfaktan. Suplemen inositol, karena inositol merupakan komponen membran fosfolipid yang berperan dalam pembentukan surfaktan

2. Pemberian Antibiotik

Terapi antibiotik atau yang bisa disebut dengan anti mikroba ialah upaya untuk pencegahan kelahiran dan mencegah terjadinya infeksi baik pada ibu ataupun pada janin, obat yang digunakan adalah terapi ampisilin, amoksilin plus eritrimisin atau placebo selama 7 hari. Pada ibu yang mengalami ketuban pecah diantara usia kehamilan 24 dan 32 Minggu terapi tokolitik dan kortikosteroid tidak diberikan. Ibu yang diberikan terapi anti mikroba dapat mempertahankan kelahiran nya antara 3 sampai 7 hari (Obstetri Williams,2013).

3. Pemberian tokolitik

- a. Nifedipin 10 mg diulang tiap 30 menit, maksimum 40 mg/6 jam. Umumnya hanya diperlukan 20 mg dan dosis perawatan 3 x 10 mg
- b. Golongan beta – mimetic, salbutamol, per infus: 20-50, per oral 4 mg 2-4 kali /hari (maintenance).