

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teoritis**

##### **1. Asfiksia**

###### **a) Pengertian**

Asfiksia pada bayi adalah keadaan bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur. Bayi dengan asfiksia terjadi penurunan kadar oksigen dan meningkatkan karbondioksida yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Manuaba, 2010).

Asfiksia neonatorum ialah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernapas secara spontan dan teratur setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2010).

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi yang baru dilahirkan tidak segera bernafas secara spontan dan teratur setelah dilahirkan. Asfiksia dapat terjadi selama kehamilan atau persalinan (Mochtar, 2010).

##### **2. Etiologi dan Faktor Predisposisi**

Hipoksia janin yang menyebabkan asfiksia neonatorum terjadi karena gangguan pertukaran gas serta transport O<sub>2</sub> dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan O<sub>2</sub> dan dalam menghilangkan CO<sub>2</sub>. Gangguan ini dapat berlangsung secara menahun akibat kondisi atau

kelainan pada ibu dalam kehamilan, atau karena hal-hal yang diderita ibu dalam persalinan. Faktor-faktor yang timbul dalam persalinan bersifat lebih mendadak dan hampir selalu mengakibatkan anoksia atau hipoksia janin dan berakhir dengan asfiksia pada bayi baru lahir.

Adakalanya asfiksia terjadi tanpa didahului gejala dan tanda gawat janin, umumnya hal ini disebabkan oleh prematur, persalinan dengan menggunakan alat (Forsep dan Vakum), distosia bahu, presentasi sungsang, gemelli, kelainan bawaan dan air ketuban yang bercampur mekonium (Mochtar, 2010)

Asfiksia dalam persalinan dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu :

- a. Kekurangan O<sub>2</sub> misalnya pada partus lama, kontraksi uterus yang terus menerus mengganggu sirkulasi darah ke plasenta, tekanan terlalu kuat dari kepala anak pada plasenta, prolaps tali pusat, pemberian obat bius terlalu banyak dan tidak tepat pada waktunya, perdarahan banyak (plasenta previa dan solusio plasenta), disfungsi uri.
- b. Paralisis pusat pernafasan akibat trauma dari luar seperti karena tindakan forsep dan vakum, atau trauma dari dalam seperti akibat dari obat bius.

Asfiksia neonatorum dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

- a) Faktor ibu

Ibu yang menderita Diabetes Mellitus, hipertensi dalam kehamilan, anemia, infeksi maternal, ibu dengan penyakit ginjal, paru, jantung, tiroid atau kelainan neurologi, perdarahan pada Trimester II dan III,

polihidramnion dan oligohidramnion, ketuban pecah dini, korioamnionitis, kehamilan lewat waktu, ibu yang mendapat terapi obat-obatan seperti karbonat magnesium, ibu pengguna obat-obat bius, ibu tanpa ANC yang baik, usia ibu kurang dari 16 tahun atau lebih dari 35 tahun.

b) Faktor janin

Adanya riwayat kematian janin dan neonatus, hidrosepalus fetalis, kehamilan ganda, berat janin tidak sesuai dengan masa kehamilan.

c) Faktor plasenta dan tali pusat

Solusio plasenta, plasenta previa, infark plasenta, infark tali pusat dan penekanan tali pusat.

d) Faktor intrapartum

Kelahiran dengan ekstraksi vakum dan forsep, presentasi sungsang, persalinan presipitatus, partus lama, kala II lama, penggunaan anastesi umum, hiperstimulasi uterus, penggunaan obat-obatan narkotik dalam 4 jam atau kurang sebelum persalinan, perdarahan intrapartum.

Mochtar, (2011) penyebab dari asfiksia neonatorum adalah :

- a. Kekurangan O<sub>2</sub> misalnya pada: partus lama ( CPD, Serviks kaku, dan atonia / inersia uteri ).
- b. Rupture Uteri yang membuat kontraksi terus-menerus mengganggu sirkulasi darah ke plasenta.
- c. Tekanan terlalu kuat dari kepala anak dan plasenta.
- d. Prolapsus, tali pusat akan tertekan antara kepala dan panggul.

- e. Pemberian obat bius terlalu banyak dan tidak tepat pada waktunya.
- f. Perdarahan banyak seperti plasenta previa dan solusio plasenta.
- g. Plasenta sudah tua ( post maturitas, serotinus, atau disfungsi uri ).
- h. Paralisis pusat pernafasan akibat trauma dari luar seperti karena tindakan forseps atau trauma dari dalam seperti akibat obat bius.

Menurut Marmi (2015) Asfiksia disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

a. Faktor Ibu

Faktor Ibu seperti hipoksia ibu dan gangguan aliran darah uterus, pre eklampsia, perdarahan antepartum, partus lama, post matur.

b. Faktor Plasenta

Faktor plasenta merupakan pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas dan kondisi plasenta. Asfiksia janin akan terjadi bila terdapat gangguan mendadak pada plasenta. Misalnya, solusio plasenta dan perdarahan plasenta.

c. Faktor Fetus

Faktor fetus seperti kompresi umbilikus akan mengakibatkan terganggunya aliran darah dalam pembuluh darah umbilikus dan menghambat pertukaran gas antara ibu dan janin, lilitan tali pusat, tali pusat pendek, simpul tali pusat, prolaps tali pusat, bayi prematur, mekonium dalam ketuban dan depresi pusat pernafasan pada bayi baru lahir.

### 3. **Diagnosis**

Asfiksia yang terjadi pada bayi biasanya merupakan kelanjutan dari anoksi atau hipoksia janin. Diagnosis hipoksia janin dapat dibuat dalam persalinan dengan ditemukannya tanda-tanda gawat janin seperti :

a. **Denyut Jantung Janin (DJJ)**

Frekuensi denyut jantung janin yang normal adalah 120 hingga 160 denyutan selama satu menit. Apabila his turun sampai dibawah 100 di luar his lebih-lebih jika frekuensi tidak teratur hal ini merupakan tanda bahaya atau tanda gawat janin. Gawat janin yang terjadi akan menyebabkan bayi lahir dalam keadaan asfiksia.

b. **Mekonium Dalam Air Ketuban**

Mekonium pada presentasi sungsang tidak ada artinya, akan tetapi pada presentase kepala mungkin menunjukkan gangguan oksigenisasi.

c. **Pemeriksaan pH darah janin.**

Dengan menggunakan amnioskop yang dimasukkan lewat serviks dibuat sayatan kecil pada kulit kepala janin dan diambil contoh darah janin jika pH turun dibawah 7,2 hal itu dianggap sebagai tanda bahaya (Sarwono, 2010).

### 4. **Dampak Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir**

Kejadian asfiksia dapat menyebabkan berkurangnya oksigenisasi sel-sel tubuh yang selanjutnya dapat mengakibatkan gangguan fungsi sel yang bisa terjadi sementara dan menetap. Asfiksia juga dapat menyebabkan asidosis respiratorik, dan bila gangguan berlanjut maka akan menyebabkan

metabolismus anerobik proses ini berupa glikolisis glikogen pada tubuh sehingga sumber sumber pada glikogen pada tubuh berkurang terutama dalam jantung dan hati. Pada tingkat lebih lanjut terjadi gangguan kardiovaskuler yang akhirnya dapat berakibat buruk terhadap sel-sel otak yang akhirnya dapat menyebabkan kematian (Sarwono, 2010).

## **5. Penilaian Asfiksia**

Menurut Yanti (2010 dalam Latifa. S, 2015) nilai APGAR bukan hanya dipakai untuk menentukan kapan kita memulai tindakan tetapi lebih banyak kaitannya dalam memantau kondisi bayi dari waktu ke waktu. Nilai APGAR menit pertama untuk menentukan diagnosa (Asfiksia / tidak ).

APGAR score merupakan penilaian terhadap bayi baru lahir, apakah mengalami asfiksia berat, ringan atau tidak mengalami asfiksia. Apgar Skor digunakan untuk menggambarkan kondisi bayi selama beberapa menit pertama kehidupan. Skor dinilai pada menit pertama dan kelima kehidupan. Jika skor dibawah 7 maka penilaian dilakukan setiap 5 menit sampai normal atau sampai 20 menit (Tom dkk, 2009).

Adapun kriteria yang dinilai dalam nilai APGAR adalah :

- 1) Menghitung frekuensi denyut jantung
- 2) Menilai usaha bernafas
- 3) Menilai tonus otot
- 4) Menilai refleks rangsangan
- 5) Menilai warna kulit

Setiap kriteria tersebut diberi angka sehingga mendapatkan nilai 0 – 10, seperti pada tabel berikut ini:

**Tabel 2.1**  
**Nilai APGAR**

Tanda	Nilai		
	0	1	2
Warna kulit	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Denyut nadi	Tidak ada	< 100	>100
Rangsangan	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Banyak bergerak
Tonus otot	Tidak ada	Lemah / tidak	Gerak aktif
Pernapasan	Tidak ada	Lemah / tidak teratur	Bagus, menangis

(Sumber :Mochtar, 2011)

Pemantauan nilai APGAR dilakukan pada menit pertama dan menit ke-5, apabila nilai APGAR pada menit ke-5 kurang dari 7 maka penilaian dilanjutkan setiap 5 menit sampai nilai APGAR mencapai 7. Berdasarkan tabel nilai APGAR diatas, maka klasifikasi nilai APGAR dapat dibagi menjadi (Tom dkk, 2009) :

1). *Vigorous Baby*

Nilai APGAR 7-10, bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa.

2). *Mild Moderate Asphyxia* atau Asfiksia Sedang

Nilai APGAR 4-6, pada pemeriksaan fisik akan terlihat frekuensi jantung lebih dari 100x/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, reflek iritabilitas tidak ada.

### 3). Asfiksia Berat

Nilai APGAR 1-3, pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100x/menit, tonus otot buruk, sianosis berat dan kadang-kadang pucat, reflek iritabilitas tidak ada.

## 6. Mengkaji nilai APGAR

Menurut Mochtar (2011) penanganan bayi asfiksia dengan cara :

1. Jangan dibiarkan bayi kedinginan (balut dengan kain), bersihkan mulut dan jalan napas
2. Lakukan resusitasi (respirasi artifisial) dengan alat yang dimasukkan kedalam mulut untuk mengalirkan O<sub>2</sub> dengan tekanan 12 mmhg. Dapat juga dilakukan mouth to mouth respiration heart massage (massage jantung) atau menekan dan melepaskan dada bayi. Pemberian O<sub>2</sub> harus hati-hati, terutama pada bayi prematur, bisa menyebabkan *lenticular fibrosis* oleh pemberian O<sub>2</sub> dalam konsentrasi lebih dari 35% dan lebih dari 24 jam, sehingga bayi menjadi buta.
3. Gejala perdarahan otak biasanya timbul oada beberapa hari postpartum, jadi kepala dapat direndahkan, supaya lendir yang menyumbat pernapasan dapat keluar.
4. Pemberian coramin, lobelin, sekarang tidak dilakukan lagi.
5. Kalau ada dugaan perdarahan otak berikan injeksi vitamin K 1-2 minggu.
6. Berikan transfusi darah via tali pusat atau pemberian glukosa.

Menurut Saifudin (2009) nilai APGAR tidak dipakai untuk menentukan kapan kita memulai resusitasi atau untuk membuat keputusan mengenai

jalannya resusitasi. Nilai APGAR pada umumnya dilaksanakan pada 1 menit atau 5 menit sesudah bayi lahir. Akan tetapi, penilaian bayi harus dinilai segera sesudah bayi lahir, penilaian untuk melakukan resusitasi semata – mata ditentukan oleh 3 tanda penting, yaitu :

1. Pernafasan
2. Denyut jantung
3. Warna

Walaupun nilai APGAR tidak penting dalam pengambilan keputusan pada awal resusitasi, tetapi dapat menolong dalam upaya penilaian keadaan bayi dan penilaian efektifitas upaya resusitasi. Jadi Nilai APGAR perlu dinilai pada 1 menit dan 5 menit.

## **7. Penanganan Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir**

a) Menurut Sarwono (2010) tindakan resusitasi dalam penanganan asfiksia dengan menggunakan ABC resusitasi yaitu :

- a. Memastikan saluran nafas terbuka
- b. Memulai pernafasan
- c. Mempertahankan sirkulasi (peredaran) darah

Dengan berbagai tahapan resusitasi :

- a. Memastikan saluran nafas terbuka dengan cara meletakkan bayi dalam posisi kepala depleksi : bahu diganjal, menghisap mulut, hidung dan kadang-kadang trakea, bila perlu masukkan pipa endotrakeal untuk memastikan saluran pernafasan terbuka.

- b. Memulai pernafasan dengan cara rangsang taktil pada telapak kaki bayi maupun dengan masase punggung bayi, bila perlu lakukan VTP (Ventilasi Tekanan Positif) dengan menggunakan sungkup dan balon, pipa ET dan balon atau dari mulut ke mulut.
  - c. Mempertahankan sirkulasi darah dengan cara kompresi dada, pengobatan seperti : epinefrin, nalokson hidroklorid, bikarbonas natrikus.
- b) Menurut Mochtar (2010) penanganan asfiksia yaitu :
- a. Jangan dibiarkan bayi kedinginan (balut dengan kain), bersihkan mulut dan jalan nafas.
  - b. Lakukan resusitasi (respirasi artifisialis) dengan alat yang dimasukan kedalam mulut untuk mengalirkan oksigen dengan tekanan 12 mmHg. Dapat juga dilakukan *mouth to mouth respiration*, *hearth message* (masase jantung), ata menekan dan melepas dada bayi. Pemberian oksigen harus hati-hati terutama pada bayi prematur. Bisa menyebabkan *lenticular fibrosis* oelh pemberian oksigen dalam konsentrasi lebih dari 35% dan lebih dari 24 jam, sehingga bayi menjadi buta.
  - c. Gejala perdarahan otak biasanya timbul pada beberapa hari postpartum, jadi kepala dapat direndahkan, supaya lendir yang menyumbat pernafasan dapat keluar.
  - d. Kalau ada dugaan perdarahan otak berikan injeksi vit. K 1- 2 mg.
  - e. Berikan transfusi darah via tali pusat atau pemberian glukosa.

Menurut Hidayat (2009 dalam Latifa. S 2015) penatalaksanaan pada bayi dengan asfiksia neonatorum adalah sebagai berikut :

1. Pemantauan gas darah, denyut nadi, fungsi sistem jantung dan paru dengan melakukan resusitasi, memberikan oksigen yang cukup, serta memantau perfusi jaringan tiap 2 – 4 jam
2. Mempertahankan jalan napas agar tetap baik, sebagai proses oksigenasi cukup agar sirkulasi darah tetap baik.

Cara mengatasi asfiksia sebagai berikut :

Asfiksia ringan APGAR skor (7-10) mengatasinya dengan cara ;

1. Bayi dibungkus dengan kain hangat
2. Bersihkan jalan napas dengan menghisap lendir pada hidung kemudian mulut
3. Bersihkan badan dan tali pusat
4. Lakukan observasi TTV, pantau APGAR skor dan masukan kedalam inkubator

Asfiksia sedang APGAR skor (4-6) mengatasinya dengan cara :

1. Bersihkan jalan napas
2. Bersihkan O<sub>2</sub> 2 liter per menit
3. Rangsang pernapasan dengan menepuk telapak kaki. Apabila belum ada reaksi bantu pernapasan dengan masker (ambubag)
4. Bila bayi mulai bernapas tetapi masih sianosis, berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6 cc dekstroza 40% sebanyak 4 cc

disuntikan melalui vena umbilikus secara perlahan – lahan untuk mencegah intrakranial meningkat.

Asfiksia berat APGAR skor (0-3) mengatasinya dengan cara :

1. Bersihkan jalan napas pompa melalui ambubag
2. Berikan O<sub>2</sub> – 5 Liter per menit
3. Bila tidak berhasil berikan pemasangan ETT (endotracheal tube)
4. Bersihkan jalan napas melalui ETT
5. Apabila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6 cc, selanjutnya dektrosa 40% sebanyak 4 cc.

## **2. Mal presentasi**

### **a) Pengertian**

Mal presentasi adalah semua presentasi janin selain vertex.(Rykiyah, 2010).Presentasi adalah apa yang menjadi bagian terendah dari janin. Dipakai untuk menentukan apa yang menjadi bagian janin terendah dan tiap presentasi terdapat dua macam posisi : kanan kiri, dan [posisi terdapat tiga macam variasi yaitu : depan, lintang, dan belakang (kiri depan, kiri lintang, dan kiri belakang, kanan depan, kanan lintang, dan kana belakang).

Macam-Macam Mal Presentasi

Pada kehamilan aterm atau hampir aterm terdapat bermacam-macam presentasi yaitu:

## 1. Presentasi kepala

Presentasi kepala terdiri atas:

### a. Presentasi belakang kepala

Presentasi belakang kepala adalah dengan petunjuk ubun-ubun kecil di segmen depan, di sebelah kiri depan (kira-kira  $\frac{2}{3}$ , dan di sebelah kanan depan (kira-kira  $\frac{1}{3}$ ). Presentasi belakang kepala adalah posisi yang normal atau normoposisi. Presentasi belakang kepala dengan petunjuk ubun-ubun kecil di belakang dapat di sebelah kiri belakang, kanan belakang, dan dapat pula ubun-ubun kecil terletak melintang baik kanan maupun kiri dan ini adalah posisi yang tidak normal atau malposisi.

Etiologi presentasi belakang kepala, yaitu: sering dijumpai pada panggul antropoid, endroid dan kesempitan midpelvis, letak punggung janin dorso posterior, putar paksi salah satu tidak berlangsung pada : perut gantung, janin kecil atau janin mati, arkus pubis sangat luas, dolichocephali, panggul sempit.

### b. Presentasi puncak kepala

Presentasi puncak kepala adalah bagian terbawah janin yaitu puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah, dan UUB sudah berputar ke depan (Mochtar, 2009). Presentasi puncak kepala di sebut juga presentasi simput

terjadi bila derajat defleksi ringan sehingga ubun-ubun besar merupakan bagian terendah. Pada presentasi puncak kepala, lingkaran kepala yang melalui jalan lahir adalah sirkumferensi frontoosipital dengan titik perputaran yang berada di bawah simfisis adalah gravilla.

Etiologi presentasi puncak kepala menurut statistik hal ini terjadi pada 1 dari seluruh persalinan. Letak defleksi ringan disebabkan oleh : kelainan panggul (panggul picak), kepala bentuknya bundar, anak kecil atau mati, kerusakan dasar panggul. Penyebab lain dari defleksi ringan adalah penyebab keadaan-keadaan memaksa terjadi defleksi kepala atau keadaan yang menghalangi terjadinya fleksi kepala : sering ditemukan pada janin besar atau panggul sempit, multiparitas, perut gantung, anencephalus, tumor leher bagian depan.

c. Presentasi muka

Presentasi muka disebabkan oleh terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin. Yang teraba muka bayi : mulut, hidung, dan pipi. Etiologi presentasi muka adalah panggul sempit, janin besar, kematian intra uterine, multiparitas, perut gantung, janin anencephalus dan tumor dibagian depan. Daggu merupakan titik acuan dari posisi kepala, sehingga ada presentasi muka daggu anterior dan posterior : presentasi muka daggu anterior posisi

mukia fleksi, presentasi muka dagu posterior posisi muka defleksi maksimal.

d. Presentasi dahi

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara fleksi dan defleksi, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Posisi ini biasanya akan berubah menjadi letak muka / letak belakang kepala, kepala memasuki panggul dengan dahi melintang / miring pada waktu putar paksi dalam, dahi memutar ke depan dan berada di bawah arkus pubis, kemudian terjadi fleksi sehingga lahirlah dagu. Etiologi presentasi dahi adalah panggul sempit, janinj besar, multiparitas, kelainan janin (misalnya : anancephalus), kematian janin intra uterine.

e. Presentasi Bokong

Presentasi bokong adalah keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Prawirohardjo, 2010).

Presentasi bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas. Panggul janin merupakan kutub bawah, penunjuknya adalah sacrum, presentasi bokong dengan sacrum janin ada di kuadran kanan depan panggul ibu, dan diameter bitrochanterica janin berada pada diameter obliqua dektra panggul ibu (Hakimi, 2010).

Letak sungsang merupakan letak janin yang memanjang dengan bokong sebagai bagian terendah (Presentasi bokong). Persalinan ssungsang adalah persalinan untuk melahirkan janin yang membujur dalam uterus dengan bokong atau kaki pada bagian bawah dimana bokong atau kaki akan dilahirkan terlebih dahulu dari pada anggota badan lainnya. (Sondakh. 2013 dalam Rahman R. 2016).

#### **b) Etiologi**

Faktor – faktor etiologi presentasi bokong meliputi prematuritas, hydramnon, kehamilan ganda, placenta previa, panggul sempit, hidrosefalus, dan janin besar (Hakimi, 2010). Menurut Mochtar (2010) etiologi letak sungsang adalah panggul sempit, hidrosepalus, anensepalus, placenta previa, hidramnion, multiparitas, prematur, gemeli, kelainan uterus.

Faktor – faktor lain yang memegang peranan dalam terjadinya letak sungsang adalah multiparitas, gemeli, hidamnion, hidrosefalus, placenta previa, panggul sempit (Prawirohardjo, 2010).

#### **c) Jenis presentasi bokong**

Menurut Prawirohardjo (2010) jenis presentasi bokong adalah :

1) Presentasi bokong murni (*frank breech*) (50-70%).

Pada presentasi bokong akibat ekstensi kedua sendi lutut, kedua kaki terangkat ke atas sehingga ujungnya terdapat

setinggi bahu atau kepala janin. Dengan demikian pada pemeriksaan dalam hanya dapat diraba bokong.

2) Presentasi bokong kaki sempurna (*complete breech*)

(5-10%). Pada presentasi bokong kaki sempurna disamping bokong dapat diraba kaki.

3) Presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki

(*incomplete or footling*) (10-30%). Pada presentasi bokong kaki tidak sempurna hanya terdapat satu kaki di samping bokong, sedangkan kaki yang lain terangkat ke atas. Pada presentasi kaki bagian paling rendah adalah satu atau dua kaki.

**d) Menurut Mochtar (2011) Posisi bokong ditentukan oleh sakrum, ada 4 posisi:**

1. Sakrum kiri depan (left sacrum anterior)
2. Sakrum kanan depan (right sacrum anterior)
3. Sakrum kiri belakang (left sacrum posterior)
4. Sakrum kanan belakang (right sacrum posterior)

**e) Diagnosis**

Menurut Prawirohardjo (2010)

- a. Pada pemeriksaan luar dibagian bawah uterus tidak dapat diraba bagian yang keras dan bulat yaitu kepala dan kepala teraba di fundus.

- b. DJJ ditemukan setinggi pusat atau sedikit lebih tinggi daripada umbilicus
- c. Setelah ketuban pecah dapat diraba adanya bokong yang ditandai adanya sacrum, anus (Praworohardjo, 2010).

Menurut Sondakh (2013 dalam Rahman.R 2016) Pergerakan anak teraba ibu diperut bagian bawah, di bawah pusat, dan ibu sering merasa adanya benda keras (kepala) mendesak tulang iga. Pada pemeriksaan palpasi, akan teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri, sedangkan pada bagian atas dari simpisis akan teraba bagian yang kurang bundar dan lunak.

#### **f) Tindakan Pertolongan Persalinan Sungsang**

Menurut (Mochtar, 2010) Tindakan Pertolongan Persalinan Sungsang adalah :

Lakukan periksa dalam untuk menilai besarnya pembukaan, selaput ketuba dan penurunan bokong serta kemungkinan adanya penyulit. Instruksikan pasien agar mengedan dengan benar selama ada his. Pimpin berulang kali hingga bokong turun didasar panggul, lakukan episiotomy saat bokong membuka vulva dan perineum sudah tipis. Melahirkan bayi

##### **a. Cara Bracht**

- 1) Pertolongan dimulai setelah bokong nampak di vulva dengan penampang sekitar 5 cm.

- 2) Suntikkan 5 unit oksitosin i.m dengan tujuan bahwa dengan 1–2 his berikutnya fase cepat dalam persalinan sungsang spontan pervaginam akan terselesaikan.
- 3) Dengan menggunakan tangan yang dilapisi oleh kain setengah basah, bokong janin dipegang sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari penolong berada pada bagian belakang pangkal paha dan empat jari-jari lain berada pada bokong janin
- 4) Pada saat ibu meneran, dilakukan gerakan mengarahkan punggung anak ke perut ibu (gerak hiperlordosis) sampai kedua kaki anak lahir .
- 5) Setelah kaki lahir, pegangan dirubah sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari sekarang berada pada lipatan paha bagian belakang dan ke empat jari-jari berada pada pinggang janin
- 6) Dengan pegangan tersebut, dilakukan gerakan hiperlordosis dilanjutkan (gerak mendekatkan bokong anak pada perut ibu) sedikit kearah kiri atau kearah kanan sesuai dengan posisi punggung anak.
- 7) Gerakan hiperlordosis tersebut terus dilakukan sampai akhirnya lahir mulut-hidung-dahi dan seluruh kepala anak.

- 8) Pada saat melahirkan kepala, asisten melakukan tekanan suprasimfisis searah jalan lahir dengan tujuan untuk mempertahankan posisi fleksi kepala janin
- 9) Setelah anak lahir, perawatan dan pertolongan selanjutnya dilakukan seperti pada persalinan spontan pervaginam pada presentasi belakang kepala.

#### **b. Cara Klasik**

Pengeluaran bahu dan tangan secara klasik dilakukan jika dengan cara bracht bahu dan tangan tidak bisa lahir

Prosedur :

- 1) Segera setelah bokong lahir bokong di cekam dan dilahirkan sehingga bokong dan kaki lahir.
- 2) Tali pusat di kendorkan
- 3) Pegang kaki pada pergelangan kaki dengan satu tangan dan tarik ke atas
- 4) Dengan tangan kiri dan menariknya kearah kanan atas ibu, untuk melahirkan bahu kiri bayi yang berada di belakang, dengan tangan kanan dan menariknya kearah kiri atas ibu untuk melahirkan bahu kanan bayi yang berada di belakang
- 5) Masukkan dua jari tangan (sesuai letak bahu belakang) sejajar dengan lengan bayi untuk melahirkan lengan belakang bayi

- 6) Setelah bahu dan lengan lahir kedua kaki ditarik kearah bawah kontra lateral dari langkah sebelumnya untuk melahirkan bahu dan lengan bayi depan dengan cara yang sama.
- 7) Bila pada tahapan ini sulit lakukan cara muller

**c. Cara Muller**

- 1) Melahirkan bahu depan terlebih dahulu dengan menarik kedua kaki dengan cara yang sama seperti klasik, kearah kontra lateral dari letak bahu depan.
- 2) Setelah bahu dan lengan depan lahir dilanjutkan langkah yang sama untuk melahirkan bahu belakang

**d. Cara Lovset**

(Dilakukan bila ada lengan bayi yang terjungkit di belakang kepala / urchal arm )

- 1) Setelah bokong dan kaki lahir memegang bayi dengan kedua tangan
- 2) Memutar bayi 180 derajat dengan lengan bayi yang terjungkit kearah penunjuk jari tangan yang nurchal
- 3) Memutar kembali 180 derajat kearah berlawanan ke kiri / kanan beberapa kali hingga kedua bahu dan lengan dilahirkan secara klasik / muller.

#### **e. Cara Mauriceau**

Dilakukan bila kepala bayi belum lahir

- 1) Letakkan badan bayi di atas tangan kiri sehingga badan bayi seolah – olah menunggang kuda
- 2) Satu jari dimasukkan dimulut dan dua jari masukkan di maksila
- 3) Tangan kanan memegang / mencekam bahu tengkuk bayi
- 4) Minta seorang asisten menekan fundus uteri
- 5) Bersamaan adanya his asisten menekan fundus uteri, penolong melakukan penarikan ke bawah sesuai arah sumbu jalan lahir dibimbing jari yang dimasukkan untuk menekan dagu / mulut.

#### **g) Komplikasi**

Komplikasi ibu yaitu Perdarahan, Trauma jalan lahir, Infeksi. Komplikasi anak yaitu Sufokasi / aspirasi : Bila sebagian besar tubuh janin sudah lahir, terjadi pengecilan rongga uterus yang menyebabkan gangguan sirkulasi dan menimbulkan anoksia. Keadaan ini merangsang janin untuk bernafas dalam jalan lahir sehingga menyebabkan terjadinya aspirasi. Asfiksia, Selain hal diatas, anoksia juga disebabkan oleh terjepitnya talipusat pada fase cepat. Trauma intrakranial, Fraktur / dislokasi : Fraktur tulang kepala, Fraktur humerus, Fraktur klavikula, Fraktur femur, Dislokasi bahu. Paralisa nervus brachialis yang menyebabkan

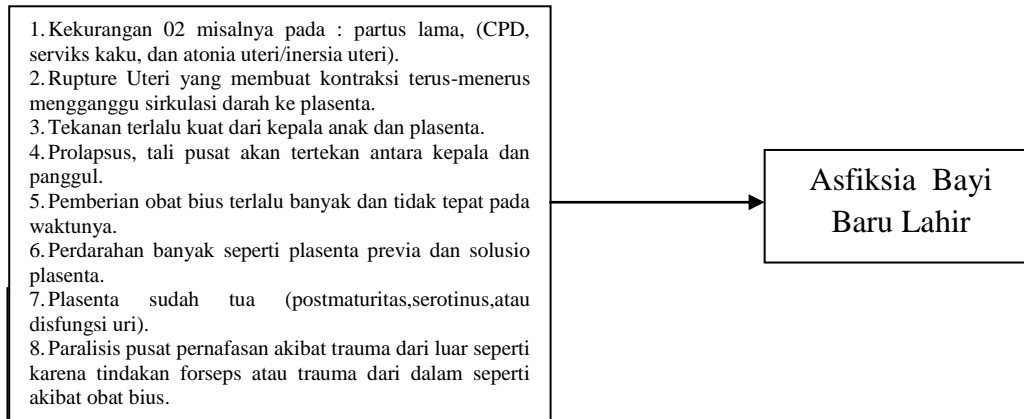
paralisa lengan terjadi akibat tekanan pada pleksus brachialis oleh jari-jari penolong saat melakukan traksi dan juga akibat regangan pada leher saat membebaskan lengan.

## **B. Penelitian terkait**

1. Maryani (2012), Hubungan persalinan letak bokong dengan Kejadian Asfiksia di Rumah Sakit Islam YAKSSI, didapatkan ada hubungan persalinan letak bokong dengan kejadian asfiksia nilai P Value 0,002.
2. Sebastian Jempormase (2013), Hubungan antara Persalinan dengan Kejadian Asfiksia di RSUD Cianjur Tahun 2013. Hasil penelitian menunjukkan dari 364 bayi baru lahir dengan persalinan sungsang mengalami asfiksia sebanyak 84 (33,3 %), P Value = 0,000 yang berarti terdapat hubungan antara persalinan sungsang dengan kejadian asfiksia.
3. Putri Azzahroh (2015), Hubungan Persalinan sungsang dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD. Dr. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2015. Hasil penelitian menunjukkan dari 143 bayi sebanyak 95 (66,4%) mengalami asfiksia, P Value = 0,004 yang berarti ada hubungan persalinan letak sungsang dengan kejadian asfiksia neonatorum.
4. Ryka Juaeriah (2015), Hubungan Persalinan Sungsang dengan Kejadian Asfiksia di Rumah Sakit Dustira Kota Cimahi tahun 2015. Hasil penelitian menunjukkan dari 360 responden, penelitian letak sungsang sebanyak 240 (66,7%), sebagian besar bayi baru lahir mengalami asfiksia 56 (15,6 %), terdapat hubungan yang signifikan antara persalinan letak sungsang dengan kejadian asfiksia , dengan nilai P Value = < 0,05.

### C. Kerangka Teori

Berdasarkan teori di atas, maka kerangka teori sebagai berikut :



**Gambar 2.1**

#### **Kerangka Teori**

Sumber :Mochtar (2010)

### D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah merupakan formulasi atau simplifikasi dari kerangka teori atau teori-teori yang mendukung penelitian tersebut oleh sebab itu kerangka konsep ini terdiri dari variable - variabel serta hubungan variable yang satu dengan yang lain (Notoatmodjo, 2010). digambarkan kerangka konsep penelitian sebagai berikut:

**Gambar 2.2**

#### **Kerangka Konsep**



## **F. Hipotesis**

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. (Notoatmodjo, 2010).

Ha : Ada hubungan Presentasi janin sungsang dalam kehamilاندengan kejadian asfiksia bayi baru lahir