

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. Tinjauan Teori

A. Asfiksia Neonatorum

1. Definisi Asfiksia

Asfiksia neonatorum merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya (Dewi, 2010: 102).

Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi baru lahir yang tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur dalam 1 menit setelah lahir (Mitayani, 2010: 75).

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan kegagalan napas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Perubahan-perubahan pada asfiksia, antara lain hipoksia, hiperkapnia dan asidosis metabolik (Muslihatun, 2010: 183).

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Keadaan ini disertai dengan hipoksia, hiperkapnia dan berakhir dengan asidosis (Hasan, dkk, 2007: 1072).

2. Tanda dan Gejala

a. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)

Pada kasus asfiksia berat, bayi akan mengalami asidosis, sehingga memerlukan perbaikan dan resusitasi aktif dengan segera.

Tanda dan gejala yang muncul pada asfiksia berat adalah sebagai berikut:

- 1) Frekuensi jantung kecil yaitu <40 kali per menit.
- 2) Tidak ada usaha napas
- 3) Tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada.
- 4) Bayi tidak dapat memberikan reaksi jika diberikan rangsangan
- 5) Bayi tampak pucat bahkan sampai berwarna kelabu
- 6) Terjadi kekurangan oksigen yang berlanjut sebelum atau sesudah persalinan.

b. Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)

Pada asfiksia sedang, tanda dan gejala yang muncul adalah sebagai berikut:

- 1) Frekuensi jantung menurun menjadi 60-80 kali per menit
- 2) Usaha napas lambat.
- 3) Tonus otot biasanya dalam keadaan baik
- 4) Bayi masih bisa bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan
- 5) Bayi tampak sianosis

6) Tidak terjadi kekurangan oksigen yang bermakna selama proses persalinan

c. Asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10)

Pada asfiksia ringan, tanda dan gejala yang sering muncul adalah sebagai berikut:

- 1) Takipnea dengan napas lebih dari 60 kali per menit.
- 2) Bayi tampak sianosis
- 3) Adanya retraksi sela iga
- 4) Bayi merintih (grunting)
- 5) Adanya pernapasan cuping hidung
- 6) Bayi kurang aktivitas
- 7) Dari pemeriksaan auskultasi diperoleh hasil ronchi, rales, dan wheezing positif (Dewi, 2010: 102).

Disini peneliti mengakatagorisasikan yaitu katagori tidak asfiksia jika terjadi asfiksia ringan, dan ketagori asfiksia jika terjadi asfiksia sedang dan berat. Dengan alasan pada saat pengolahan data menggunakan sistem komputer untuk mengetahui hasil OR tidak dapat menggunakan tabel 3X2, sehingga penulis menggunakan tabel 2X2 agar hasil OR dapat di ketahui.

3. Faktor Penyebab Asfiksia

A. Faktor janin, kegagalan pernapasan disebabkan oleh beberapa hal berikut.

1) Gangguan sirkulasi dari ibu ke janin, di antaranya disebabkan oleh beberapa hal berikut.

a) Gangguan aliran pada tali pusat, hal ini biasanya berhubungan dengan adanya lilitan tali pusat, simpul pada tali pusat, tekanan yang kuat pada tali pusat, ketuban telah pecah yang menyebabkan tali pusat menumbung, dan kehamilan lebih bulan (*post term*).

b) Adanya pengaruh obat misalnya pada tindakan SC yang menggunakan narkosa

2) Faktor dari ibu selama kehamilan

a) Gangguan his, misalnya karena atonia uteri yang menyebabkan hipertoni

b) Adanya pendarahan pada plasenta previa dan solusio plasenta yang dapat menyebabkan turunnya tekanan darah secara mendadak.

c) Vasokonstriksi arterial pada kasus hipertensi kehamilan dan preeklamsia dan eklamsia

d) Kasus solusio plasenta yang dapat menyebabkan gangguan pertukaran gas (oksigen dan zat asam arang).

1. Menurut Towel (Dewi, 2010: 103) asfiksia bisa disebabkan oleh beberapa faktor, yakni faktor ibu, plasenta, fetus dan neonatus.

a. Ibu

Apabila ibu mengalami hipoksia, maka janin juga akan mengalami hipoksia yang dapat berkelanjutan menjadi asfiksia dan komplikasi lain.

b. Fetus

Pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas dan kondisi darah dalam pembuluh darah umbilicus dan menghambat pertukaran gas antara ibu dan janin.

c. Neonatus

Depresi pusat pernapasan pada bayi baru lahir dapat terjadi karena beberapa hal, yaitu pemakaian anestesi yang berlebihan pada ibu, trauma yang terjadi selama persalinan dan kelainan kongenital pada bayi.

Menurut Muslihatun (2010: 183) faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum adalah sebagai berikut:

a. Faktor ibu

Faktor ibu yang dapat menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum adalah hipoksia ibu, usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, gravida lebih dari 4, sosial ekonomi rendah, penyakit pembuluh darah yang mengganggu pertukaran

dan pengangkutan oksigen antara lain hipertensi, hipotensi, gangguan kontraksi uterus dan lain-lain.

b. Faktor placenta

Faktor plasenta juga dapat menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum, di antaranya adalah plasenta yang tipis, kecil, tidak menempel sempurna, solusio plasenta, plasenta previa.

c. Faktor janin

Faktor janin yang dapat menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum antara lain premature (BBLR), IUGR, gemelli, tali pusat menumbung, kelainan kongenital, dan lain-lain.

d. Faktor persalinan

Faktor persalinan juga turut meningkatkan kejadian asfiksia seperti partus lama serta partus dengan tindakan.

4. Penatalaksanaan Asfiksia

Tindakan yang dapat dilakukan pada bayi asfiksia neonatorum adalah sebagai berikut:

- A. Bersihkan jalan napas dengan mengisap lendir dan kasa steril
- B. Potong tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptic
- C. Segera keringkan tubuh bayi dengan handuk/kain kering yang bersih dan hangat
- D. Nilai status pernapasan. Lakukan hal-hal berikut bila ditemukan tanda-tanda asfiksia.

Segera baringkan dengan kepala bayi sedikit ekstensi dan penolong berdiri di sisi kepala bayi dari sisa air ketuban

- a). Miringkan kepala bayi
- b). Bersihkan mulut dengan kasa yang dibalut pada jari telunjuk
- c.) Isap cairan dari mulut dan hidung

Lanjutkan menilai proses pernapasan. Nilai status pernapasan apabila masih ada tanda asfiksia, caranya dengan menggosok punggung bayi (melakukan rangsangan taktil). Bila tidak ada perubahan segera berikan napas buatan (Dewi, 2010: 104).

Resusitasi dengan langkah mengikuti ABC, yaitu:

- A : Pertahankan jalan napas bebas, jika perlu dengan intubasi endotrakeal.
- B : Bangkitkan napas spontan dengan stimulasi taktil dan tekanan positif menggunakan ambu bag and mask atau lewat pipa endotrakeal.
- C : Pertahankan sirkulasi jika perlu dengan kompresi dada dan obat-obatan. Pada asfiksia ringan berikan bantuan napas dengan oksigen 100% melalui bag and mask selama 15-30 detik. Pada asfiksia berat dapat terjadi syok kardiogenik. Pada keadaan ini diberikan dopamine per infuse 5-20 mg/KgBB/menit. Bila terdapat riwayat pemberian analgesic narkotik pada ibu hamil, berikan

narcan 0,1 mg/KgBB dapat diberikan secara subkutan, intramuscular, intravena atau melalui pipa endotrakeal. (Mitayani, 2010: 76-77).

2. Sedangkan menurut Proverawati & Ismawati (2010: 40-41)

A. Tindakan umum

1) Bersihkan jalan napas

Kepala bayi diletakkan lebih rendah agar lendir mudah mengalir, bila perlu gunakan larinoskop untuk membantu penghisapan lendir dari saluran napas yang lebih dalam. Saluran napas atas dibersihkan dari lendir dan cairan amnion dengan penghisap lendir, tindakan ini dilakukan dengan hati-hati tidak perlu tergesa-gesa atau kasar. Penghisapan yang dilakukan dengan ceroboh akan timbul penyulit seperti: spasme laring, kolap paru, kerusakan sel mukosa jalan napas. Pada asfiksia berat dilakukan resusitasi kardiopulmonal.

2) Rangsang reflek pernapasan.

Dilakukan setelah 20 detik bayi tidak memperlihatkan bernapas dengan cara memukul kedua telapak kaki menekan tanda achilles. Bayi yang tidak memperlihatkan usaha bernapas selama 20 detik setelah lahir dianggap telah menderita depresi pernapasan. Dalam hal ini rangsangan terhadap bayi harus segera dilakukan. Pengaliran O₂ yang

cepat ke dalam mukosa hidung dapat pula merangsang reflek pernapasan yang sensitive dalam mukosa hidung dan faring. Bila cara ini tidak berhasil dapat dilakukan dengan memberikan rangsangan nyeri dengan memukul kedua telapak kaki bayi.

3) Mempertahankan suhu tubuh

Pertahankan suhu tubuh agar bayi tidak kedinginan, karena hal ini akan memperburuk keadaan asfiksia. Bayi baru lahir secara relatif banyak kehilangan panas yang diikuti oleh penurunan suhu tubuh. Penurunan suhu tubuh akan mempertinggi metabolisme sel sehingga kebutuhan oksigen meningkat. Perlu diperhatikan agar bayi mendapat lingkungan yang hangat segera setelah lahir. Jangan biarkan bayi kedinginan (membungkus bayi dengan kain kering dan hangat). Badan bayi harus dalam keadaan kering, jangan memandikan bayi dengan air dingin, gunakan minyak atau *baby oil* untuk membersihkan tubuh bayi. Kepala ditutup dengan kain atau topi kepala yang terbuat dari plastik

B. Tindakan khusus

1) Asfiksia berat

Berikan O₂ dengan tekanan positif dan intermiten melalui pipa endotrakeal dapat dilakukan dengan tiupan udara yang telah diperkaya dengan O₂ tekanan O₂ yang diberikan tidak 30 cm H₂O. bila pernapasan spontan tidak timbul lakukan message

jantung dengan ibu jari yang menekan pertengahan sternum 80-100 kali/menit.

2) Asfiksia sedang/ringan

Pasang relkiek pernapasan (hisap lendir, rangsang nyeri) selama 60 detik. Bila gagal lakukan pernapasan kodok (*frog breathing*) 1-2 menit yaitu: kepala bayi ekstensi maksimal beri O₂ 1-2 l/menit melalui kateter dalam hidung, buka mulut dan hidung serta gerakan dagu ke atas bawah secara teratur 20 x/menit penghisapan cairan lambung untuk mencegah regurgitasi.

B. Kehamilan *Postterm*

1. Pengertian *Postterm*

Kehamilan *postterm* atau kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang telah berlangsung selama 42 minggu (249 hari) atau lebih, pada siklus haid teratur rata-rata 28 hari dan hari pertama haid terakhir diketahui dengan pasti. Diagnosa usia kehamilan lebih dari 24 minggu didapatkan dari perhitungan rumus neagle atau dengan tinggi fundus uteri serial (Nugroho, 2010: 39).

Menurut oxorn (2010: 575) istilah kehamilan post matur atau post term ini di artikan, bahwa kehamilan sudah berlangsung 42 minggu (294 hari) atau lebih.

Kehamilan postmatur adalah kehamilan yang berlangsung 42 minggu atau lebih. Istilah lainnya yaitu serotinus. Menentukan kehamilan postmatur dengan menggunakan rumus neagle di hiting

dari HPHT dan berdasarkan taksiran persalinan (280 hari atau 40 minggu) dari HPHT. Pemeriksaan USG sangat membantu taksiran umur kehamilan dan lebih akurat (Sukrisno, 2010: 224).

2. Penyebab Terjadinya Postterm

Menurut Nugroho (2010: 39) penyebab terjadinya kehamilan lewat bulan pada umumnya tidak diketahui secara pasti, beberapa faktor yang diduga sebagai penyebab, antara lain:

- a) Cacat bawaan encefalus
- b) Defisiensi sulfatase plasenta
- c) Pemakaian obat-obatan yang berpengaruh pula sebagai tokolitik anti prostaglandin: albutamol. Progestin, asam mefenamat dan sebagainya.
- d) Tidak diketahui penyebabnya.

Hal ini juga bisa disebabkan karena :

- 1) Penurunan kadar estrogen pada kehamilan normal pada umumnya tinggi
- 2) Pada kasus insufisiensi plasenta / adrenal janin, hormone prekursor yaitu isoandrosteron sulfat di eskresikan dalam jumlah cukup tinggi konversi menjadi estradiol dan secara langsung estriol di dalam plasenta, contoh klinik mengenai defisiensi prekursor estrogen adalah anensefalus.

- 3) Faktor hormonal yaitu kadar kadar progesterone tidak cepat turun walaupun kehamilantelah cukup bulan, sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang.
- 4) Faktor lain adalah hereditas, karena post matur / serotinus, seiring dijumpai pada suatu keluarga tertentu.

Faktor potensial berupa defisiensi hormone adenokortikotropik (ACTH) pada fetus atau defisiensi enzim sulfatase plasenta, kelainan sistem saraf pusat pada janin seperti pada anansefalus, terdapatnya faktor yang mengganggu ibu maupun anak dan plasenta dengan gambaran klinis: menghilangnya lemak subkutan, kulit kering kriptur, atau retak-retak, pewarnaan mekanium pada kulit, umbilicus dan selaput ketuban, kuku dan rambut panjang, bayi malas.

Komplikasi yang terjadi : kematian janin dalam rahim akibat insufisiensi plasenta karena menuanya plasenta kematian neonatus yang tinggi, asfiksia. Penilaian kesejahteraan janin harus dilakukan seperti: evaluasi cairan amnion dengan amniosentesis atau USG untuk melihat adanya hidramnion, pantau perubahan denyut jantung janin, menentukan scoring dari USG untuk melihat pernafasan janin, tonus, pergerakan fetus dan jumlah cairan amnion (Sukrisna, 2010: 224).

Menurut Manuaba (2010:296) penyebab terjadinya kehamilan post term bahwa menjelang persalinan terdapat

penurunan progesterone, peningkatan oksitosin tubuh, dan reseptor terhadap oksitosin sehingga otot rahim semakin sensitive terhadap rangsangan, karena ketegangan psikologis atau kelainan pada rahim.

Pada kehamilan lewat waktu perlu mendapatkan perhatian dalam penanganan sehingga hasil akhir menuju well born baby dan well health mother. Percobaan pada binatang menunjukkan bahwa penyebab kehamilan serotinus, yang merupakan kombinasi dari faktor ibu dan anak.

Faktor – faktor yang mempengaruhi kehamilan lewat waktu yaitu:

- a) Faktor potensial: adanya defisiensi hormone adenocortikotropik (ACTH) pada fetus atau defisiensi enzim sulfatase plasenta. Kelainan sistem saraf pusat pada janin sangat berperan, misalnya pada keadaan anensefal.
- b) Semua faktor yang mengganggu mulainya persalinan baik faktor ibu, plasenta, maupun anak. kehamilan terlama adalah 1 tahun 24 hari, yang terjadi pada bayi dengan anensefal (Sastrawinata, 2005: 13).

Sedangkan Rahmawati (2011: 72) menjelaskan bahwa penyebab kehamilan lewat waktu adalah kelainan pada janin sehingga tidak ada kontraksi dari janin untuk memulai proses persalinan. Kelainan janin tersebut antara lain anensephalus,

hipoplasia, kelenjar supra renal janin dan janin tidak memiliki kelenjar hipofisa, kelainan pada plasenta yang berupa tali pusat pendek dan kelainan letak kehamilan. Adapun beberapa faktor penyebab kehamilan lewat waktu adalah sebagai berikut:

- b. Kesalahan dalam penanggalan, merupakan penyebab yang paling sering.
- c. Tidak diketahui
- d. Primigravida dan riwayat kehamilan lewat bulan
- e. Defisiensi sulfatase plasenta atau anensefalus, merupakan penyebab yang jarang terjadi
- f. Jenis kelamin janin laki-laki juga merupakan predisposisi
- g. Faktor genetik juga dapat memainkan peran.
- h. Jumlah kehamilan atau eprsalinan sebelumnya
- i. Usia ibu
- j. Ras. Data menunjukkan, ras kulit putih lebih sering mengalami kehamilan lewat waktu ketimbang yang berkulit hitam.
- k. Faktor obstetrik (pemeriksaan kehamilan yang terlambat atau tidak adekuat, kehamilan sebelumnya yang lewat waktu, perdarahan pada trimester pertama kehamilan, cacat bawaan janin.

3. Manifestasi Klinis

- 1) Keadaan klinis yang dapat ditemukan ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subjektif kurang dari 7 kali/20 menit atau

secara objektif engan kardiogram kurang dari 10 kali / 20 menit.

2) Pada bayi akan ditemukan tanda-tanda lewat waktu yang terbagi menjadi:

- a) stadium I : kulit kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas.
- b) Stadium II : seperti stadium I disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) di kulit.
- c) Stadium III : seperti stadium I disertai pewarnaan kekuningan pada kuku , kulit dan tali pusat (Nugroho, 2010 ; 40).

Serotinus atau postdatism adalah istilah yang menggambarkan sindrom dismaturitas yang dapat terjadi pada kehamilan serotinus. Keadaan ini terjadi pada 30% kehamilan serotinus dan 3% kehamilan aterm. Tanda- tanda serotinitas:

- a. Menghilangnya lemak subkutan
- b. Kulit kering, keriput, atau retak-retak.
- c. Pewarnaan mekonium pada kulit pada kulit, umbilicus, dan selaput ketuban.
- d. Kuku dan rambut panjang
- e. Bayi malas.

Komplikasi yang dapat terjadi adalah kematian janin dalam rahim, akibat insufisiensi plasenta karena menuanya plasenta dan kematian neonatus yang tinggi. Asfiksia adalah penyebab utama kematian dan morbiditas neonatus. Pada otopsi neonatus dengan serotinitas di dapat kan tanda-tanda hipoksia termasuk adanya petekie pada pleura dan pericardium serta di dapatkan adanya partikel-partikel mekonium pada paru.

Secara histopatogis, kelainan plasenta yang di temukan adalah klasifikasi edema vili, pseudohierplasi pda sinsitium, degenerasi fibroid pada vili, dan mikro infark plasenta (Sastrawinata, dkk, 2005: 13).

4. Kriteria Diagnosis

Nugroho (2010:41) menjelaskan bahwa prognosis serotinus tidak seberapa sulit apabila siklus haid teratur dari haid pertama haid terakhir di ketahui pasti. Dalam menilai apakah kehamilan matur atau tidak, beberapa pemeriksaan dapat dilakukan:

1. Berat badan ibu turun dan lingkar perut mengecil dan air ketuban berkurang.
2. Pemeriksaan rontgenologik : dengan pemeriksaan ini pada janin matur dapat di temukan pusat osifikasi pada os cuboid, bagian distal femur dan bagian proksimal tibia, diameter biparietal

- kepala 9,8 cm lebi. Keberatan pemeriksaan ini adalah kemungkinan tidak baik sinar roentgen terhadap janin.
3. Pemeriksaan dengan USG : dengan pemeriksaan ini diameter biparental kepala janin dapat di ukur dengan teliti tanpa bahaya.
 4. Pemeriksaan sitologi liquor amnion. Amnioskopi dan periksa Ph nya dibawah 7,20 di anggap sebagai tanda gawat janin
 5. Pemeriksaan sitologik vagina untuk menentukan infusensi plasenta dinilai berbeda-beda.
 6. Rasio lesitin – sfingomielin dengan thin layer chromatography atau dengan shake foam test, aktifitas tromboplastik dalam cairan amnion.

Sedangkan menurut Sastrawinata, dkk (2005: 12-13) penentuan usia kehamilan berdasarkan rumus neagle, di hitung dari hari pertama haid terakhir dan berdasarkan siklus haid (taksiran persalinan adalah 280 hari atau 40 minggu dari hari pertama haid terakhir pada siklus 28 hari atau 266 hari setelah ovulasi. Jadi, untuk menentukan kehamilan serotinus harus diketahui umur kehamilan dengan tepat. Selain dari haid, penentuan umur kehamilan dapat di bantu secara klinis dengan mengevaluasi kembali umur kehamilan dari saat pertama kali ibu datang. Makin awal pemeriksaan kehamilan dilakukan, umur kehamilan mendekati kebenaran, menanyakan kapan terasa pergerakan anak, atau pengukuran fundus uteri secara serial.

5. Pemeriksaan Penunjang

Nugroho (2010: 41) menjelaskan bahwa pemeriksaan penunjang dapat dilakukan bila sarana dan dana memungkinkan:

- a. Sitologi vagina : indeks kariopiknotik meningkat (>20%)
- b. Foto roentgen : melihat inti penulangan terutama pada oskuboid, proximal tibia dan bagian distal femur.
- c. USG :menilai jumlah dan kekeruhan air ketuban, derajat maturitas plasenta, besar nya janin, keadaan janin.
- d. Kardiotokografi : menilai kesejahteraan janin, dengan NST reaktif atau tidak reaktif) maupun CST (negatif atau positif)
- e. Amnioskopi : warna air ketuban
- f. Amniosintesis : pemeriksaan kadar lesitinsfingomelin (>12→ Matur), shakefoam test (buih bertahan > 15 menit → matur), pemeriksaan aktivitas tromboplastin dalam cairan amnion/ ATCA (<45 detik → serotinus), pemeriksaan sitologi sel dalam cairan amnion mengandung lemak (50% ≥ → aterm).
Pemeriksaan USG sangat membantu taksiran umur kehamilan dan lebih akurat bila di lakukan sebelum trimester ke-2.

Sastrawinata, dkk (2005: 13) mengungkapkan bahwa di Indonesia, diagnosis kehamilan serotinus sangat sulit karena kebanyakan ibu tidak mengetahui tanggal haid yang terakhir dengan tepat. Diagnosis yang baik hanya dapat di buat kalau pasien memeriksakan diri sejak permulaan kehamilan.

6. Resiko Kehamilan Postterm

Menurut Rahmawati (2010: 73) resiko kehamilan lewat waktu antara lain adalah gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, sampai kematian janin dalam rahim. Resiko gawat janin dapat terjadi 3 kali dari pada kehamilan aterm. Kulit janin akan menjadi keriput, lemak di bawah kulit menipis bahkan sampai hilang, lama-lama kulit janin dapat mengelupas dan mengering seperti karet perkamen. Rambut dan kuku memanjang dan cairan ketuban berkurang sampai habis. Akibat kekurangan oksigen akan terjadi gawat janin yang menyebabkan janin buang air besar dalam rahim yang akan mewarnai cairan ketuban menjadi hijau pekat. Pada saat janin lahir dapat terjadi aspirasi (cairan terisap ke dalam saluran napas) air ketuban yang dapat menimbulkan kumpulan gejala meconeum aspiration syndrome. Keadaan ini dapat menyebabkan kematian janin. Komplikasi yang dapat mungkin terjadi pada bayi ialah suhu yang tidak stabil, hipoglikemia, polisitemia, dan kelainan neurologik.

Lebih lanjut dijelaskan bahwa kehamilan lewat bulan dapat juga menyebabkan resiko pada ibu, antara lain distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir, janin besar dan moulding (*moulage*) kepala kurang. Sehingga sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, insersi uteri, distosia bahu, dan perdarahan postpartum.

Sedangkan menurut Manuaba, dkk, (2010: 296) permasalahan pada kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO₂ dan O₂ sehingga janin mempunyai risiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurunnya sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin makin lambat, terjadi perubahan metabolisme janin, air ketuban berkurang dan makin kental, sebagian janin bertambah berat, sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan, berkurangnya nutrisi dan O₂ ke janin yang menimbulkan asfiksia dan setiap saat dapat meninggal dalam rahim, saat persalinan janin lebih mudah mengalami asfiksia.

A. Penatalaksanaan

1. Setelah usia kehamilan > 40 minggu yang penting adalah monitoring janin sebaik-baiknya.
2. Apabila tidak ada tanda-tanda insufisiensi plasenta, persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat
3. Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks, kalau sudah matang boleh dilakukan induksi persalinan dengan atau tanpa amniotomi.
4. Bila (a) riwayat kehamilan yang lalu ada kehamilan janin dalam rahim (b) terdapat hipertensi, pre eklamsi dan (c)

kehamilan ini adalah anak pertama karena infertilitas, atau pada kehamilan lebih dari 40-42 minggu, maka ibu dirawat di rumah sakit

5. Tindakan operasi section caserea dapat dipertimbangan pada :

- a. Insufisiensi plasenta dengan keadaan serviks belum matang
- b. Pembukaan yang belum lengkap
- c. Persalinan lama
- d. Terjadi tanda gawat janin
- e. Primigravida tua
- f. Kematian janin dalam kandungan
- g. Pre eklampsia
- h. Hipertensi menahun
- i. Infertilitas
- j. Kesalahan letak janin. (Nugroho, 2010: 43)

Menurut Sukrisno (2010: 225) pengelolaan kehamilan lewat waktu dibagi menjadi ekspektatif dan aktif, yaitu:

- a. Ekspektatif : syarat nya keadaan janin baik dengan dasar 60 % kehamilan akan berakhir dengan persalinan spontan pada usia kehamilan 40-41 minggu dan 80% pada kehamilan 43 minggu.
- b. Aktif : tanpa melihat keadaan serviks induksi harus dilakukan pada fetus yang dimiliki resiko untuk mengalami dismaturitas

atau bila kehamilan mencapai 44 minggu, syaratnya dilakukan pengawasan intrapartum yang lebih ketat. Induksi dilakukan dengan tetesan oksitosin perinfus atau dengan pemakaian preparat prostaglandin.

Sedangkan menurut Oxorn (2010: 578) penatalaksanaan yang dilakukan meliputi:

- a. Monitoring DJA secara cermat amatlah penting
- b. Infuse glukosa harus sudah di berikan
- c. Kalau mungkin, pasien berbaring pada sisinya untuk menghindari hipotensi supinasio (supine hypotension).
- d. Sedasi yang berlebihan dapat membahayakan
- e. Persalinan yang lama berbahaya: section caesarea perlu di pertimbangkan setelah 12 hingga 18 jam.
- f. Gawat janin menuntut kelahiran dengan cara yang paling aman.

Berikut ini penatalaksanaan yang di lakukan jika tidak ada tanda-tanda gawat janin : kehamilan normal.

- a. Induksi persalinan dilakukan bila servik sudah matang dan kepala janin berada dalam posisi yang baik.
- b. kehamilan dibiarkan berlanjut kalau:
 - 1) test untuk kesehatan bayi menunjukkan hasil yang normal.
 - 2) Perkiraan berat janin di bawah 2.500 g
 - 3) Lama kehamilan tidak pasti

4) Servik tidak menguntungkan pada wanita yang muda dan sehat.

Berikut ini penatalaksanaan yang dilakukan jika ada tanda-tanda gawat janin : kehamilan dengan komplikasi, termasuk disini adalah:

- a. Primigravida ber usia lanjut
- b. Pasien toksemia dan diabetes
- c. Retradaksi pertumbuhan intra uterin
- d. Riwayat stillbirth (lahir-mati) atau kematian neonatus yang tidak bisa di jelaskan penyebabnya.
- e. Dystocia pada kehamilan sebelumnya
- f. Erythroblastosis

Pasien-pasien ini jangan melampaui masa aterm.

- a. Servik matang: lakukan induksi
- b. Servik belum matang :
 - 1) Pertimbangan induksi sesudah pemberian oxytosin untuk mematangkan servix.
 - 2) Section caesarea merupakan tindakan terbaik.

Manuaba (2010: 296) menjelaskan bahwa kehamilan lewat waktu memerlukan pertolongan induksi persalinan atau persalinan anjuran. Persalinan induksi tidak banyak menimbulkan penyulit bayi, asalkan dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas yang cukup. Dalam persalinan lewat waktu,

pengawasan saat persalinan induksi sangat penting karena setiap saat dapat terancam gawat janin, yang memerlukan pertolongan segera. Dengan demikian bila bidan menghadapi kehamilan lewat waktu maka merujuk penderita merupakan sikap yang paling tepat. Persalinan anjuran (induksi persalinan) bertujuan untuk dapat merangsang otot rahim berkontraksi, sehingga persalinan berlangsung dan membuktikan ketidakseimbangan antara kepala janin dan jalan lahir. Pengakhiran kehamilan pada kehamilan lewat bulan adalah atas indikasi janin, karena dikhawatirkan terjadi kemunduran fungsi plasenta. Beberapa langkah yang perlu diperhatikan untuk mengakhiri kehamilan pada kehamilan lewat bulan adalah:

- a. Memastikan diagnosis kehamilan lewat bulan, dengan:
 - 1) Riwayat haid : hari pertama hari terakhir
 - 2) Riwayat pemeriksaan antenatal
 - 3) Pemeriksaan USG
 - 4) Pemeriksaan foto roentgen
 - 5) Pemeriksaan cairan amnion.
- b. Pemeriksaan kesejahteraan janin dan keadaan plasenta dapat dilakukan dengan:
 - 1) NST dan CST
 - 2) Denyut jantung janin

- 3) USG: grading plasenta, infark plasenta, keadaan dan jumlah air ketuban
 - 4) Pemeriksaan kadar estriol darah
 - 5) Pemeriksaan human plasenta lactogen.
- c. Skor nilai pelvic menurut bishop :
- Apakah serviks telah matang atau belum matang.

7. Pencegahan Kehamilan Postterm

Pencegahan kehamilan lewat waktu dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur minimal 4 kali selama kehamilan, 1 kali pada trimester pertama (sebelum 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (antara 13-28 minggu) dan 2 kali trimester ketiga (di atas 28 minggu). Bila keadaan memungkinkan pemeriksaan kehamilan dilakukan 1 bulan sekali sampai usia 7 bulan, 2 minggu sekali pada kehamilan 7-8 bulan dan seminggu sekali pada bulan terakhir. Hal ini akan menjamin ibu dan dokter mengetahui dengan benar usia kehamilan dan mencegah terjadinya kehamilan serotinus yang berbahaya (Rahmawati, 2010: 77).

C. Paritas

1. Pengertian Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2006). Menurut Prawirohardjo (2009), paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara.

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (JHPIEGO, 2008). Sedangkan menurut Manuaba (2008), paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm.

2. Klasifikasi Paritas

a) Primipara

Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar (Varney, 2006).

b) Multipara

Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2009).

Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi viabel (hidup) beberapa kali (Manuaba, 2008).

Multigravida adalah wanita yang sudah hamil, dua kali atau lebih (Varney, 2006).

c) Grandemultipara

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2008).

Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati (Rustam, 2005).

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih (Varney, 2006).

3. Hubungan Kehamilan Postterm Dengan Kejadian Asfiksia

- a) Penelitian juga dilakukan oleh Mardiyaningrum (2005) di RSUD Banjarnegara Kabupaten Banjarnegara, dimana pada uji statistik menunjukkan bahwa salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian asfiksia neonatorum adalah kehamilan lewat waktu ($p\text{-value} = 0,042$).
- b) Penelitian juga dilakukan oleh Darmayanti (2010) di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek yang menunjukkan adanya hubungan antara kehamilan lewat waktu dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir ($p\text{-value} = 0,000$).
- c) Penelitian ini juga sesuai dengan teori yang kemukakan oleh Manuaba, dkk, (2010: 296) bahwa permasalahan pada kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO₂ dan O₂ sehingga janin

mempunyai risiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurunnya sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin makin lambat, terjadi perubahan metabolisme janin, air ketuban berkurang dan makin kental, sebagian janin bertambah berat, sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan, berkurangnya nutrisi dan O₂ ke janin yang menimbulkan asfiksia dan setiap saat dapat meninggal dalam rahim, saat persalinan janin lebih mudah mengalami asfiksia.

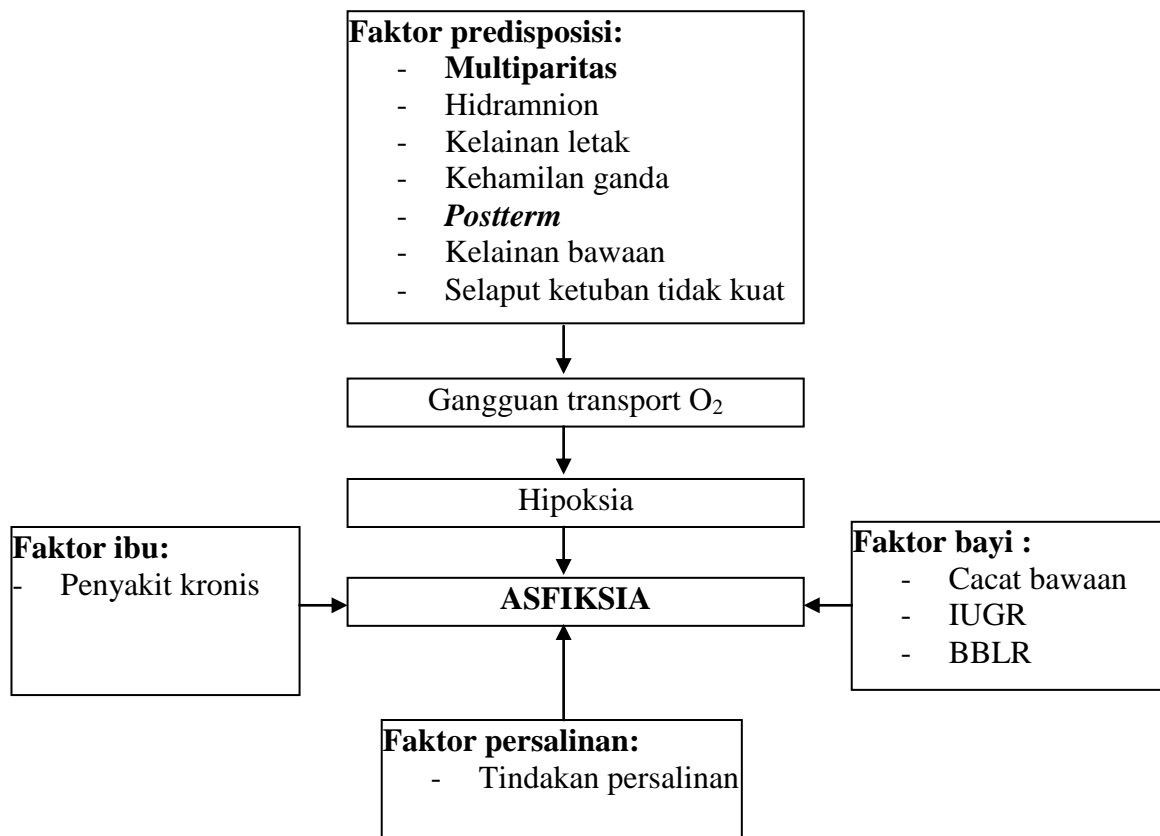
- d) Menurut hasil penelitian Katriningsih tahun 2009 yang berjudul hubungan antara faktor Ibu dengan kejadian *Asfiksia neonatorum* di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali dengan menggunakan uji statistik *Chi Square* menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara *Paritas* dengan *asfiksia neonatorum* dengan signifikansi (p) = 0,004, pada $\alpha < 0,05$.

D. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan kerangka untuk menjawab pertanyaan penelitian. Istilah “teori” di sini menunjuk pada sumber penyusunan kerangka, yang bisa berupa teori yang ada, definisi konsep, atau malah dapat pula dari logika (Sonjaya, 2010). Berdasarkan teori yang telah dikemukakan maka di atas maka dapat digambarkan kerangka teori yaitu sebagai berikut:

Gambar 2. 1

Kerangka teori hubungan kehamilan Postterm dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.



Muslihatun (2010:183),Dewi (2010:103)

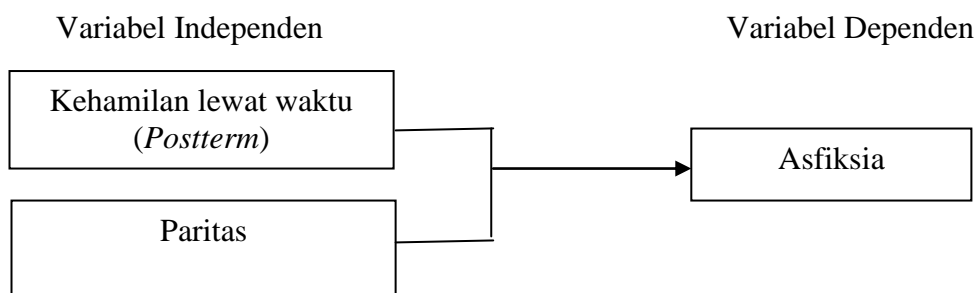
E. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antar konsep-konsep atau variable yang diambil (diukur) melalui penelitian - penelitian yang dilakukan (Notoatmojo, 2005).

Kerangka konsep pada penelitian ini sebagai berikut :

Gambar 2.2

Kerangka konsep hubungan kehamilan postterm dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.



Muslihatun (2010:183),Dewi (2010:103)

F. Hipotesis

Dari kerangka konsep di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ha : Terdapat hubungan antara kehamilan postterm dan paritas dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.