FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN ASFIKSIA NEONATORUM DI RSUD H. ABDUL MANAP KOTA JAMBI

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

NUR SAPUTRI

NIM : 19.10.15401.012

PRODI DIII KEBIDANAN

STIKES KELUARGA BUNDA JAMBI

TAHUN 2022

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan
Penguji Karya Tulis Ilmiah STIKes Keluarga Bunda Jambi

Oleh:

NUR SAPUTRI

NIM : 19.10.15401.012

Pembimbing

Rini Mustikasari Kurnia Pratama,S.SiT., M.Keb
NIDN: 1017039002

Jambi,03 Juni 2022

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Kebidanan

STIKes Keluarga Bunda Jambi

Rosa Riya, SKM,M.Kes

NIDN:1022018701

ii

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipresentasikan dihadapan Tim Penguji
STIKES Keluarga Bunda Jambi.

Oleh :

NUR SAPUTRI

NIM : 19.10.15401.012

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 03 Juni 2022

PENGUJI I	PENGUJI II	PENGUJI III
Rosa Riya,SKM,M.Kes	Silvia Mariana, SKM., M.Kes	Rini Mustikasari KP, S.Si.T, M.Keb
NIDN.1022018701	NIDN. 1013038303	NIDN.1017039002

Jambi,03 juni 2022

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Kebidanan
STIKes Keluarga Bunda Jambi

Rosa Riya, SKM,M.Kes
NIDN :1022018701

iii

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nur Saputri

Nim : 19.10.15401.012

Judul Karya Tulis Ilmiah : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah benar-benar hasil Karya saya sendiri dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak di kemudian hari terbukti dalam Karya tulis ilmiah ini ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan berlaku.

Jambi, 30 Mei 2022

Nur Saputri

HALAMAN RIWAYAT HIDUP

A. Identitas

Nama : Nur Saputri

Tempat dan Tanggal Lahir: Kampung Laut, 12 Agustus 2001

Agama : Islam

Pekerjaan : Mahasiswi

Alamat : Muara Sabak Barat

B. Riwayat Pendidikan

Tahun 2007-2013 : SDN 25/X MENDAHARA ILIR

Tahun 2013-2016 : SMP NEGERI 14 TANJAB TIMUR

Tahun 2016-2019 : SMK NEGERI 1 TJT

Tahun 2019-Sekarang : STIKes KELUARGA BUNDA JAMBI

C. Orang Tua

Nama Ayah : M.Darul

Pekerjaan : Petani

Agama : Islam

Alamat : Muara Sabak Barat

Nama Ibu : Nursida

Pekerjaan : IRT

Agama : Islam

Alamat : Muara Sabak Barat

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Keluarga Bunda Jambi
Program Studi DIII Kebidanan
Karya Tulis Ilmiah, 30 Mei 2022

Nur Saputri

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi
x+49 halaman, 2 Bagan, 7 Tabel

ABSTRAK

Asfiksia neonatorum merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak adapat memasukan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya. penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia salah satunya asfiksia yaitu sebesar 27% yang merupakan penyebab ke-2 kematian bayi baru lahir setelah Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian asfiksia neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

Metode penelitian yang digunakan adalah analitik dengan pendekatan *retrospektif*. Populasi pada penelitian ini adalah semua bayi baru lahir dengan asfiksia neonatorum dengan pada Tahun 2021 sebanyak 117 responden. Teknik pengambilan sampel dengan teknik total sampling yaitu 117 orang. Analisa data menggunakan uji *chi-square.*

Hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan usia ibu (p=0,326) dan partus lama (p=0,144) dengan kejadian asfiksia neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi. Kesimpulan penelitian ini adalah tidak ada hubungan antara usia ibu dan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi. Dengan adanya penelitian ini dapat digunakan sebagai prediksi melalui penapisan dini dari faktor risiko terjadinya asfiksia neonatorum sehingga mortalitas bayi menurun.

Kata Kunci : Usia Ibu, Partus Lama, Asfiksia Neonatorum
Daftar Pustaka : 27 (2011-2020)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah dan segala puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi".

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Silvia Mariana, SKM., M.Kes selaku Ketua STIKes Keluarga Bunda Jambi.
2. Ibu Rosa Riya, SKM, M.Kes Selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan STIKes Keluarga Bunda Jambi.
3. Ibu Rini Mustikasari Kurnia Pratama, S.Si.T, M.Keb selaku pembimbing yang telah banyak memberikan arahan, bimbingan serta dorongan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. Direktur RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi yang telah mengizinkan untuk melakukan pengambilan data awal dan penelitian.
5. Kepada orang tua ayah, ibu, adik dan keluarga, yang tak henti hentinya memberikan kasih saying do'a, dukungan dan semangat.
6. Ibu Dosen STIKes Keluarga Bunda Jambi
7. Teman-teman seperjuangan yang selalu saling berdiskusi dalam perkuliahan.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritikan dan saran penulis harapkan sebagai bahan untuk perbaikan.

Jambi, 30 Mei 2022

Nur Saputri

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
HALAMAN PERYATAAN vi
HALAMAN RIWAYAT HIDUP v
ABSTRAK vi
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI viii
DAFTAR BAGAN ix
DAFTAR TABEL x
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 3
C. Tujuan Penelitian 3
D. Manfaat Penelitian 3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
A. Asfiksia Neonatorum 6
B. Usia Ibu 17
C. Partus Lama 23
D. Kerangka Teori 33
BAB III METODE PENELITIAN
A. Kerangka Konsep 34
B. Definisi Operasional 34
C. Hipotesis 36
D. Desain Penelitian 36
E. Populasi Dan Sampel 36
F. Pengumpulan Data 37
G. Tempat dan Waktu Penelitian 37
H. Pengolahan Data 38
I. Analisa Data 39
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN
A. Hasil Penelitian 40
B. Pembahasan 43
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN
A. Kesimpulan 48
B. Saran 48
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

Nomor Bagan **Halaman**

Bagan 2.1 Kerangka Teori 33
Bagan2.2 Kerangka Konsep 34

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel

Tabel 2.1 Nilai APGAR
Tabel 3.1 Definisi Operasional
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Usia Ibu dengan Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Partus Lama dengan Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi
Tabel 4.4 Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi
Tabel 4.5 Hubungan Partus Lama dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Asfiksia neonatorum merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak adapat memasukan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya (Indradewi *et al*, 2019). Asfiksia neonatorum sangat berhubungan dengan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal (Utami, 2018)

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal salah satu unsur penentu status kesehatan. Pelayanan kesehatan neonatal dimulai sebelum bayi dilahirkan, melalui pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil. Pertumbuhan dan perkembangan bayi periode neonatal merupakan periode yang paling kritis karena dapat menyebabkan kritis karena menyebabkan kesakitan dan kematian bayi. Kematian perinatal terbanyak disebabkan oleh asfiksia. Hal ini dikemukakan baik di lapangan atau dirumah sakit rujukan di Indonesia (Utami, 2018).

Angka kejadian asfiksia di Indonesia masih cukup tinggi apabila di bandingkan dengan negara berkembang lainnya. Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2017, setiap tahun kematian bayi baru lahir dan neonatal di dunia capai 37% dari semua kematian pada anak balita. Sejumlah 8000 bayi baru lahir di dunia meninggal dari penyebab yang tidak dapat dicegah setiap harinya. Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKB sebesar 24 per 1.000 kelahiran hidup. Intervensi-intervensi yang dapat mendukung kelangsungan hidup anak ditujukan untuk dapat menurunkan AKB menjadi 16 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2024. Penyebab

kematian lainnya di antaranya asfiksia, kelainan bawaan, sepsis, tetanus neonatorium, dan lainnya (Profil Kesehatan Inonesia, 2019).

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur. Bayi dengan riwayat gawat janin sebelum lahir, umumnya akan mengalami asfiksia pada saat dilahirkan. Masalah ini erat hubungannya dengan gangguan kesehatan ibu hamil, kelainan tali pusat, atau masalah yang mempengaruhi kesejahteraan bayi selama atau sesudah persalinan (Utami, 2018; Sadanoer dan Tyas, 2020).

Adapun penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia salah satunya asfiksia yaitu sebesar 27% yang merupakan penyebab ke-2 kematian bayi baru lahir setelah Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Adapun penyebab langsung kematian bayi baru lahir 29% disebabkan BBLR, asfiksia (13%), tetanus (10%), masalah pemberian makan (10%), infeksi (6,7 %), gangguan hematologik (5%) dan lain-lainnya (27%) (Astutik dan Ferawati, 2019).

Partus lama menimbulkan efek berbahaya bagi ibu dan janin, beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan. Resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Angka kelahiran dengan tindakan yang tinggi semakin memperburuk bahaya bagi ibu sedangkan bahaya bagi janin semakin lama persalinan semakin tinggi morbiditas dan mortalitas janin dan semakin sering pula terjadi keadaan asfiksia neonatorum. Semakin lama persalinan semakin tinggi morbilitas janin dan sering terjadi asfiksia akibat partus lama. Sekalipun tidak terdapat kerusakan yang nyata, bayi pada partus lama memerlukan perawatan yang khusus. Bahaya partus lama lebih besar lagi apabila kepala bayi macet di perineum untuk waktu yang lama dan tengkorak kepala janin terus terbentur pada panggul ibu (Katiandagho & Kusmiyati, 2015).

Terdapat faktor risiko lain terjadinya asfiksia yaitu usia ibu. sia Ibu pada waktu hamil sangat berpengaruh pada kesiapan ibu sehingga kualitas sumber daya manusia semakin meningkat dan kesiapan untuk menyehatkan generasi penerus dapat terjamin. Kehamilan di usia muda/remaja (dibawah usia 20 tahun) akan mengakibatkan rasa takut terhadap kehamilan dan persalinan, hal ini dikarenakan pada usia tersebut ibu belum siap untuk mempunyai anak dan alat-alat reproduksi ibu belum siap untuk hamil. Begitu juga kehamilan di usia tua (di atas 35 tahun) akan enimbulkan kecemasan terhadap kehamilan dan persalinan serta alat-alat reproduksi ibu terlalu tua untuk hamil (Susanti dan Sari, 2012).

Hasil penelitian yang di lakukan oleh Herianto (2012) menemukan adanya hubungan usia ibu (p-value 0,024) dan berat badan bayi lahir (p-value 0,002) dengan kejadian asfiksia neonatorum. Penelitian yang dilakukan oleh Nyoman dkk (2016) didapatkan beberapa faktor resiko ibu dan bayi terhadap kejadian asfiksia neonatorum antara lain lilitan tali pusat (OR 6,55), anemia pada saat hamil (OR 6,49), partus lama (OR 6,27), BBLR (3,85), umur ibu (OR 3,57) dan hipertensi pada saat kehamilan (OR 2,40).

Angka kematian perinatal di Indonesia sendiri mencapai 26 per 1000 kelahiran. Data yang diperoleh dari RSUD Abdul Manap Kota Jambi, jumlah kasus asfiksia neonatorium tahun 2019 sebanyak 107 kasus, mengalami penurunan ditahun 2020 sebanyak 106 kasus, dan tahun 2021 kasus asfiksia sebanyak 117 kasus. Tingginya angka kematian neonatal di Provinsi Jambi khususnya di Kota Jambi dimana salah satu penyebab kematian neonatal adalah asfiksia neonatorum.

Dari latar belakang di atas saya sebagai peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian asfiksia neonatorum.

B. RUMUSAN MASALAH

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi?”.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui distribusi frekuensi usia ibu di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi
b. Untuk mengetahui distribusi frekuensi partus lama di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.
c. Untuk mengetahui hubungan usia ibu dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.
d. Untuk mengetahui hubungan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoristis

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

2. Manfaat Praktis

   a. Bagi RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

      Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam meningkatkan pelayanan pada ibu hamil untuk menurunkan angka kejadian asfiksia.

   b. Bagi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Keluarga Bunda Jambi

      Dapat dijadikan bahan masukan dan sebagai bahan referensi bagi STIKes Keluarga Bunda Jambi dalam penelitian selanjutnya.

   c. Bagi peneliti

      Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi ahli madya kebidanan di Prodi DIII Kebidanan STIKES Keluarga Bunda Jambi, dan untuk memberi pengalaman yang berharga terkait penelitian.

   d. Bagi peneliti selanjutnya

      Sebagai bahan acuan dan pedoman dalam penelitian selanjutnya dengan topik permasalahan yang sama, tetapi dengan variable dan tempat yang berbeda.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. ASFIKSIA NEONATORUM

1. Definisi

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh karena hipoksia (kekurangan oksigen) janin dalam kandungan yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan atau segera setelah bayi lahir. Hipoksia dapat menghambat adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar rahim ibu (Achadi, 2019). Asfiksia neonatorum merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak adapat memasukan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya (Indradewi *et al*, 2019).

2. Etiologi

Menurut Achadi (2019) menyebutkan faktor resiko asfiksia neonatorum antara lain sebagai berikut:

a. Faktor Risiko Antepartum

1) Primipara.
2) Penyakit pada ibu, seperti demam saat kehamilan, hipertensi dalam kehamilan, anemia, diabetes mellitus, penyakit hati dan ginjal, penyakit kolagen dan pembuluh darah.
3) Perdarahan antepartum.
4) Riwayat kematian neonatus sebelumnya.
5) Penggunaan sedasi, anelgesi atau anastesi.

b. Faktor Risiko Intrapartum.

1) Malpresentasi.

2) Partus lama.

3) Persalinan yang sulit dan traumatic.

4) Mekonium dalam ketuban.

5) Ketuban pecah dini.

6) Induksi persalinan.

7) Prolaps tali pusat.

c. Faktor Risiko Janin.

1) Prematurnitas.

2) Bayi berat lahir rendah (BBLR).

3) Pertumbuhan janin terhambat.

4) Kelainan kongenital.

Faktor-faktor yang dapat menjadi penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir diantaranya adalah faktor ibu, tali pusat dan bayi menurut Departemen Kesehatan RI, (2011) berikut ini:

a. Faktor ibu

1) Preeklampsia dan eklampsia.

2) Pendarahan abnormal (plasenta previa atau solusio plasenta).

3) Partus lama atau partus macet.

4) Demam selama persalinan Infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV).

5) Kehamilan lewat waktu (sesudah 42 minggu kehamilan).

b. Faktor Tali Pusat.

1) Lilitan tali pusat.

2) Tali pusat pendek.

3) Simpul tali pusat.

4) Prolapsus tali pusat.

c. Faktor Bayi.

1) Bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan).

2) Persalinan dengan tindakan (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep).

3) Kelainan bawaan (kongenital).

4) Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan).

Faktor-faktor yang dapat menjadi penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir diantaranya adalah faktor ibu, plasenta, janin dan persalinan menurut Kurniarum (2016) dan Lemone *et al* (2016):

a. Faktor ibu diantaranya karena:

1) Hipoksia pada ibu yang terjadi karena hipoventilasi disebabkan pemberian analgesik atau anastesi yang mengakibatkan hipoksia pada janin.

2) Gangguan aliran darah uterus mengakibatkan zat asam ke plasenta dan ke janin berkurang, yang terjadi pada : hipotensi mendadak (pada ibu dengan pendarahan), hipertensi (pada penyakit eklampsia, toksemia gravidarum), gangguan antara kontraksi uterus (pada hipotermia, hipotonus, tetani uteri).

3) Ibu mengalami anemia, diabetes mellitus, primitua, ketuban pecah dini, infeksi, penyakit jantung, isoimunisasi golongan darah, riwayat lahir mati.

b. Faktor Janin : karena adanya mekonium kental dalam cairan, premature, hidrops fetalis, persalinan ganda atau masalah yang berkenan dengan tali pusat, dan berat badan lahir rendah (BBLR).

c. Faktor Persalinan : karena persalinan yang berlangsung lama, forcep/cunam, section caesarea.

3. Klasifikasi Asfiksia

Berdasarkan nilai APGAR (*Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration*) asfiksia diklasifikasikan menjadi 4 (Dewi, 2014; Masruroh, 2016), yaitu:

a) Asfiksia berat dengan nilai APGAR 0-3.

b) Asfiksia sedang dengan nilai APGAR 4-6.

c) Asfiksia ringan (normal) dengan nilai APGAR 7-10.

Tabel 2.1 Nilai APGAR

APGAR	**Skor**		
	0	**1**	**2**
***Appeareance*/ Warna Kulit**	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
***Pulse*/ Nadi**	Denyut jantung tidak ada	Denyut jantung < 100 x/menit	Denyut jantung > 100 x/menit
***Grimace*/ Respon Reflex**	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah meringis saat distimulasi	Meringis, menarik, batuk atau bersin saat distimulasi
***Activity*/ Tonus Otot**	Lemah, tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
***Respiratory*/ Pernapasan**	Tidak bernapas, pernapasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuat, pernapasan baik

	dan teratur

Sumber: Indradewi *et al*, 2019

4. Diagnosis

Asfiksia yang terjadi pada bayi biasanya merupakan kelanjutan dari anoksia/hipoksia janin. Tiga hal perlu mendapat perhatian yaitu:

a. Denyut jantung janin : frekuensi normal ialah antara 120 dan 160 denyutan semenit. Apabila Frekuensi denyutan turun sampai 100 permenit di luar his dan lebih-lebih jika tidak teratur, hal ini merupakan tanda bahaya.
b. Mekonium pada air ketuban : adanaya mekonium pada presentasi kepala mungkin menunjukan gangguan oksigenasi dan gawat janin, karena terjadi rangsangan nervus X, sehingga peristaltik usus meningkat dan sfingter ani terbuka. Adanya menonium dalam air ketuban pada presentasi kepala dapat merupakan indikasi untuk mengakhiri bila hal ini dapat dilakukan dengan mudah.
c. Pemeriksaan PH darah janin : adanya asidosis menyebabkan turunnya PH. Apabila PH itu turun sampai di bawah 7,2 hal ini dianggap tanda bahaya

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada bayi dengan asfiksia neonatorum menurut Kurniarum (2016) sesuai tingkatan asfiksia antara lain:

a. Asfiksia Ringan APGAR Skor (7-10)
    1) Bayi dibungkus dengan kain hangat.
    2) Bersihkan jalan nafas dengan mengisap lendir ada hidung kemudian mulut.

3) Bersihkan badan dan tali pusat.
4) Lakukan observasi tanda vital, pantau APGAR skor dan masukan ke dalam inkubator.

b. Asfiksia Sedang APGAR Score (4-6), antara lain:
   1) Bersihkan jalan nafas.
   2) Berikan oksigen 2 liter per menit.
   3) Rangsang pernapasan dengan menepuk telapak kaki. Apabila belum ada reaksi, bantu pernapasan dengan masker (ambubag).
   4) Bila bayi sudah mulai bernafas tetapi masih sianosis, berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6 cc. dekstrosa 40% disuntikkan melalui vena umbilicus secara perlahan-lahan untuk mencegah tekanan intrakranial meningkat.
c. Asfiksia Berat APGAR Skor (0-3), antara lain:
   1) Bersihkan jalan nafas sambil pompa melalui ambubag.
   2) Berikan oksigen 4-5 liter per menit.
   3) Bila tidak berhasil, lakukan pemasangan ETT (*endotracheal tube*).
   4) Bersihkan jalan nafas melalui ETT.
   5) Apabila bayi sudah mulai bernapas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6 cc, selanjutnya berikan dekstrosa 40% sebanyak 4cc.

Penatalaksanaan asfiksia pada bayi baru lahir menurut Departemen Kesehatan RI (2011), sebagai berikut:

a. Persiapan Resusitasi Bayi Baru Lahir.

Bidan harus siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap menolong persalinan. Tanpa persiapan kita akan kehilangan waktu yang sangat berharga. Walau hanya beberapa menit bila BBL tidak segera bernapas, bayi dapat menderita kerusakan otak atau meninggal. Persiapan yang diperlukan adalah persiapan keluarga, tempat, alat untuk resusitasi dan persiapan diri (bidan).

1) Persiapan Keluarga.

   Sebelum menolong persalinan, bicarakan dengan keluarga mengenai kemungkinan-kemungkinan yang terjadi pada ibu dan bayi dan persiapan persalinan.

2) Persiapan Tempat

   Resusitasi Persiapan yang diperlukan meliputi ruang bersalin dan tempat resusitasi :

   a) Gunakan ruangan yang hangat dan terang.
   b) Tempat resusitasi hendaknya datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat misalnya meja, dipan atau di atas lantai beralas tikar. Sebaiknya dekat pemancar panas dan tidak berangin (jendela atau pintu yang terbuka).

3) Persiapan Alat Resusitasi.

   a) Kain ke-1: untuk mengeringkan bayi.
   b) Kain ke-2: untuk menyelimuti bayi.
   c) Kain ke-3: untuk ganjal bahu bayi.
   d) Alat pengisap lendir *DeLee* atau bola karet.

e) Alat ventilasi seperti tabung dan sungkup atau balon dan sungkup. (Jika mungkin sungkup dengan bantalan udara untuk bayi cukup bulan dan prematur).

f) Kotak Alat Resusitasi.

g) Sarung Tangan.

h) Jam atau pencatat waktu.

4) Persiapan Diri

Pastikan penolong sudah menggunakan alat pelindung diri untuk melindungi dari kemungkinan infeksi:

a) Memakai alat pelindung diri pada persalinan (celemek plastik, masker, penutup kepala, kaca mata, sepatu tertutup).

b) Lepaskan perhiasan, cincin, jam tangan sebelum cuci tangan.

c) Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau dengan campuran alkohol dan gliserin.

d) Keringkan dengan kain/tisu bersih.

e) Selanjutnya gunakan sarung tangan sebelum menolong persalinan.

b. Keputusan Resusitasi Bayi Baru Lahir

Bidan harus mampu melakukan penilaian untuk mengambil keputusan guna menentukan tindakan resusitasi (Dewi, 2014).

1. Penilaian sebelum bayi lahir

a) Apakah kehamilan cukup bulan?

b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium (warna kehijauan)? Segera setelah bayi lahir (jika bayi cukup bulan):

1) Menilai apakah bayi menangis atau bernafas/tidak megap-megap.

2) Menilai apakah tonus otot bayi baik/bati bergerak aktif?

2. Keputusan memutuskan bayi perlu resusitasi jika:
   a) Bayi tidak cukup bulan dan atau,
   b) Air ketuban bercampur mekonium dan atau,
   c) Bayi megap-megap/tidak bernafas dan atau,
   d) Tonus otot bayi tidak baik atau bayi lemas.

3. Tindakan mulai lakukan resusitasi jika:
   a) Bayi tidak cukup bulan dan atau bayi megapmegap/tidak bernafas dan atau tonus otot bayi tidak baik/bayi lemas.
   b) Air ketuban tercampur mekonium.
   c) Penatalaksanaan Resusutasi Bayi Baru Lahir.
4. Tindakan Resusitasi Bayi Baru Lahir Bila Bayi tidak cukup bulan dan atau tidak bernapas atau bernapas megap-megap dan atau tonus otot tidak baik. Sambil memulai melakukan langkah awal:
   a) Beritahukan ibu dan keluarga, bayi mengalami kesulitan bernafas dan bahwa Anda akan menolongnya.
   b) Mintalah salah seorang keluarga mendampingi Ibu untuk memberi dukungan moral, menjaga ibu dan melaporkan bila ada perdarahan.

Tahap I: Langkah Awal

a. Selimuti bayi dengan kain, wajah, dada dan perut tetap terbuka, potong tali pusat.
b. Pindahkan bayi yang telah diselimuti kain ke-1 ke atas kain ke-2 yang telah digelar di tempat resusitasi.
c. Jaga bayi tetap diselimuti dengan wajah dan dada terbuka dan di bawah pemancar panas.

d. Atur posisi bayi. Baringkan bayi terlentang dengan kepala di dekat penolong. Posisikan kepala bayi pada posisi menghidu yaitu kepala sedikit ekstensi dengan mengganjal bahu.

e. Isap lendir Gunakan alat pengisap lendir *DeLee* atau bola karet pengisap dengan cara sebagai berikut:

   1) Isap lendir mulai dari mulut dulu, kemudian dari hidung.
   2) Lakukan pengisapan saat alat pengisap ditarik keluar, tidak pada waktu memasukkan.
   3) Jangan lakukan pengisapan terlalu dalam (jangan lebih dari 5 cm ke dalam mulut atau karena dapat menyebabkan denyut jantung bayi menjadi lambat atau bayi tiba-tiba berhenti bernapas. Untuk hidung, jangan melewati cuping hidung.

f. Keringkan dan rangsang taktil.

   1) Keringkan bayi dengan kain ke-1 mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan sedikit tekanan.
   2) Rangsang taktil berikut dapat juga dilakukan untuk merangsang BBL mulai bernafas: menepuk/ menyentil telapak kaki, menggosok punggung/ perut/dada/tungkai bayi dengan telapak tangan.
   3) Ganti kain ke-1 yang telah basah dengan kain ke2 yang kering di bawahnya. Selimuti bayi dengan kain kering tersebut, jangan menutupi muka dan dada agar bisa memantau pernapasan bayi.

g. Atur kembali posisi kepala bayi.

h. Lakukan penilaian bayi.

   1) Bila bayi bernapas normal: lakukan asuhan pasca resusitasi.
   2) Bila bayi megap-megap atau tidak bernapas: mulai lakukan ventilasi bayi.

Tahap II: Ventilasi

Ventilasi adalah tahapan tindakan resusitasi untuk memasukkan sejumlah volume udara ke dalam paru dengan tekanan positif untuk membuka alveoli paru agar bayi bisa bernapas spontan dan teratur (Dewi, 2014).

Langkah – langkah ventilasi sebagai berikut:

1. Pasang sungkup dengan menutupi dagu, mulut dan hidung.
2. Ventilasi 2 kali:
    a. Lakukan tiupan/pemompaan dengan tekanan 30 cm air. Tiupan awal tabung dan sungkup atau remasan awal balon dan sungkup penting untuk menguji apakah jalan napas bayi terbuka dan membuka alveoli paru agar bayi bisa mulai bernapas.
    b. Lihat apakah dada bayi mengembang. Bila tidak mengembang: periksa posisi sungkup dan pastikan tidak ada udara yang bocor; periksa posisi kepala, pastikan posisi sudah menghidu; periksa cairan atau lendir di mulut. Bila ada lendir atau cairan lakukan pengisapan; lakukan tiupan 2 kali atau remasan 2 kali dengan tekanan 30 cm air, bila dada mengembang, lakukan tahap berikutnya.
3. Ventilasi 20 kali dalam 30 detik.
    a. Tiup tabung atau remas balon resusitasi sebanyak 20 kali, dalam 30 detik, dengan tekanan 20 cm air sampai bayi mulai bernapas spontan atau menangis.
    b. Pastikan dada mengembang saat dilakukan tiupan atau peremasan, setelah 30 detik lakukan penilaian ulang napas.
    c. Jika bayi mulai bernapas normal/tidak megapmegap dan atau menangis, hentikan ventilasi bertahap, kemudian lakukan asuhan pasca resusitasi.

d. Jika bayi megap-megap/ tidak bernapas, teruskan ventilasi kemudian lakukan penilaian ulang napas.

4. Ventilasi, setiap 30 detik hentikan dan lakukan penilaian ulang napas.
   a. Jika bayi mulai bernapas normal/tidak megapmegap dan atau menangis, hentikan ventilasi bertahap, kemudian lakukan asuhan pasca resusitasi.
   b. Jika bayi megap-megap/ tidak bernapas, teruskan ventilasi 20 kali dalam 30 detik, kemudian lakukan penilaian ulang napas setiap 30 detik.
5. Siapkan rujukan jika bayi belum bernapas spontan sesudah 2 menit resusitasi:
   a. Jelaskan kepada ibu dan keluarga apa yang terjadi.
   b. Mintalah keluarga untuk mempersiapkan rujukan.
   c. Teruskan ventilasi selama mempersiapkan rujukan.
   d. Catat keadaan bayi pada formulir rujukan dan rekam medik persalinan.
6. Lanjutkan ventilasi, nilai ulang napas dan nilai denyut jantung.
   a. Lanjutkan ventilasi 20 kali dalam 30 detik (dengan tekanan 20 cm air).
   b. Setiap 30 detik, hentikan ventilasi, kemudian nilai ulang napas dan nilai denyut jantung.

Tahap III: Asuhan Pasca Resusitasi.

Setelah tindakan resusitasi, diperlukan asuhan pasca resusitasi yang merupakan perawatan intensif selama 2 jam pertama. Asuhan yang diberikan sesuai dengan hasil resusitasi (Dewi, 2014).

B. USIA IBU

Istilah usia diartikan dengan lamanya keberadaan seseorang diukur dalam satuan waktu dipandang dari segi kronologik, individu normal yang memperlihatkan derajat perkembangan anatomis dan fisiologik sama. Usia

adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Sedangkan usia ibu hamil adalah usia ibu yang diperoleh melalui pengisian kuesioner. Penyebab kematian maternal dari faktor reproduksi diantaranya adalah maternal age/usia ibu. Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun.

Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun. Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil harus siap fisik, emosi, psikologi, sosial dan ekonomi.

1. Usia ibu kurang dari 20 tahun.

   Remaja adalah individu antara umur 10-19 tahun. Penyebab utama kematian pada perempuan berumur 15-19 tahun adalah komplikasi kehamilan, persalinan, dan komplikasi keguguran. Kehamilan dini mungkin akan menyebabkan para remaja muda yang sudah menikah merupakan keharusan sosial (karena mereka diharapkan untuk membuktikan kesuburan mereka), tetapi remaja tetap menghadapi risiko-risiko kesehatan sehubungan dengan kehamilan dini dengan tidak memandang status perkawinan mereka. Kehamilan yang terjadi pada sebelum remaja berkembang secara penuh, juga dapat memberikan risiko bermakna pada bayi termasuk cedera pada saat persalinan, berat badan lahir rendah, dan kemungkinan bertahan hidup yang lebih rendah untuk bayi tersebut.

Wanita hamil kurang dari 20 tahun dapat merugikan kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan janin karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Penyulit pada kehamilan remaja (< 20 tahun) lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat antara 20-30 tahun. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stress) psikologi, sosial, ekonomi, sehingga memudahkan terjadinya keguguran. Kehamilan remaja dengan usia di bawah 20 tahun mempunyai risiko:

a. Sering mengalami anemia.
b. Gangguan tumbuh kembang janin.
c. Keguguran, prematuritas, atau BBLR.
d. Gangguan persalinan.
e. Preeklampsi.
f. Perdarahan antepartum.

Para remaja yang hamil di negara-negara berkembang seringkali mencari cara untuk melakukan aborsi. Di negara-negara di mana aborsi adalah ilegal atau dibatasi oleh ketentuan usia, para remaja ini mungkin akan mencari penolong ilegal yang mungkin tidak terampil atau berpraktik di bawah kondisi-kondisi yang tidak bersih. Aborsi yang tidak aman menempati proporsi tinggi dalam kematian ibu di antara para remaja.

2. Usia ibu lebih dari 35 tahun.

Risiko keguguran spontan tampak meningkat dengan bertambahnya usia terutama setelah usia 30 tahun, baik kromosom janin itu normal atau tidak, wanita dengan usia lebih tua, lebih besar kemungkinan keguguran baik janinnya normal atau abnormal. Semakin lanjut usia wanita, semakin tipis

cadangan telur yang ada, indung telur juga semakin kurang peka terhadap rangsangan gonadotropin. Makin lanjut usia wanita, maka risiko terjadi abortus, makin meningkat karena menurunnya kualitas sel telur atau ovum dan meningkatnya risiko kejadian kelainan kromosom.

Pada gravida tua terjadi abnormalitas kromosom janin sebagai salah satu faktor etiologi abortus. Sebagian besar wanita yang berusia di atas 35 tahun mengalami kehamilan yang sehat dan dapat melahirkan bayi yang sehat pula. Tetapi beberapa penelitian menyatakan semakin matang usia ibu dihadapkan pada kemungkinan terjadinya beberapa risiko tertentu, termasuk risiko kehamilan. Para tenaga ahli kesehatan sekarang membantu para wanita hamil yang berusia 30 dan 40an tahun untuk menuju ke kehamilan yang lebih aman.

Ada beberapa teori mengenai risiko kehamilan di usia 35 tahun atau lebih, di antaranya:

1. Wanita pada umumnya memiliki beberapa penurunan dalam hal kesuburan mulai pada awal usia 30 tahun. Hal ini belum tentu berarti pada wanita yang berusia 30 tahunan atau lebih memerlukan waktu lebih lama untuk hamil dibandingkan wanita yang lebih muda usianya. Pengaruh usia terhadap penurunan tingkat kesuburan mungkin saja memang ada hubungan, misalnya mengenai berkurangnya frekuensi ovulasi atau mengarah ke masalah seperti adanya penyakit endometriosis, yang menghambat uterus untuk menangkap sel telur melalui tuba fallopii yang berpengaruh terhadap proses konsepsi.
2. Masalah kesehatan yang kemungkinan dapat terjadi dan berakibat terhadap kehamilan di atas 35 tahun adalah munculnya masalah

kesehatan yang kronis. Usia berapa pun seorang wanita harus mengkonsultasikan diri mengenai kesehatannya ke dokter sebelum berencana untuk hamil. Kunjungan rutin ke dokter sebelum masa kehamilan dapat membantu memastikan apakah seorang wanita berada dalam kondisi fisik yang baik dan memungkinkan sebelum terjadi kehamilan. Kontrol ini merupakan cara yang tepat untuk membicarakan apa saja yang perlu diperhatikan baik pada istri maupun suami termasuk mengenai kehamilan. Kunjungan ini menjadi sangat penting jika seorang wanita memiliki masalah kesehatan yang kronis, seperti menderita penyakit diabetes mellitus atau tekanan darah tinggi. Kondisi ini, merupakan penyebab penting yang biasanya terjadi pada wanita hamil berusia 30-40an tahun dibandingkan pada wanita yang lebih muda, karena dapat membahayakan kehamilan dan pertumbuhan bayinya. Pengawasan kesehatan dengan baik dan penggunaan obat-obatan yang tepat mulai dilakukan sebelum kehamilan dan dilanjutkan selama kehamilan dapat mengurangi risiko kehamilan di usia lebih dari 35 tahun, dan pada sebagian besar kasus dapat menghasilkan kehamilan yang sehat. Para peneliti mengatakan wanita di atas 35 tahun dua kali lebih rawan dibandingkan wanita berusia 20 tahun untuk menderita tekanan darah tinggi dan diabetes pada saat pertama kali kehamilan. Wanita yang hamil pertama kali pada usia di atas 40 tahun memiliki kemungkinan sebanyak 60% menderita takanan darah tinggi dan 4 kali lebih rawan terkena penyakit diabetes selama kehamilan dibandingkan wanita yang berusia 20 tahun. Hal ini membuat pemikiran sangatlah penting ibu yang berusia 35 tahun ke atas mendapatkan perawatan

selama kehamilan lebih dini dan lebih teratur. Dengan diagnosis awal dan terapi yang tepat, kelainan-kelainan tersebut tidak menyebabkan risiko besar baik terhadap ibu maupun bayinya.

3. Risiko terhadap bayi yang lahir pada ibu yang berusia di atas 35 tahun meningkat, yaitu bisa berupa kelainan kromosom pada anak. Kelainan yang paling banyak muncul berupa kelainan *Down Syndrome*, yaitu sebuah kelainan kombinasi dari retardasi mental dan abnormalitas bentuk fisik yang disebabkan oleh kelainan kromosom.
4. Risiko lainnya terjadi keguguran pada ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih. Kemungkinan kejadian pada wanita di usia 35 tahun ke atas lebih banyak dibandingkan pada wanita muda. Peningkatan insiden pada kasus abnormalitas kromosom bisa sama kemungkinannya seperti risiko keguguran.Yang bisa dilakukan untuk mengurangi risiko tersebut sebaiknya wanita berusia 30 atau 40 tahun yang merencanakan untuk hamil harus konsultasikan diri dulu ke dokter. Beri konsentrasi penuh mengenai kehamilan di atas usia 35 tahun, diantaranya:
    a. Rencanakan kehamilan dengan konsultasi ke dokter sebelum pasti untuk kehamilan tersebut. Kondisi kesehatan, obat-obatan dan imunisasi dapat diketahui melalui langkah ini.
    b. Konsumsi multivitamin yang mengandung 400 mikrogram asam folat setiap hari sebelum hamil dan selama bulan pertama kehamilan untuk membantu mencegah gangguan pada saluran tuba.
    c. Konsumsi makanan-makanan yang bernutrisi secara bervariasi, termasuk makanan yang mengandung asam folat, seperti sereal,

produk dari padi, sayuran hijau daun, buah jeruk, dan kacang-kacangan.

d. Mulai kehamilan pada berat badan yang normal atau sehat (tidak terlalu kurus atau terlalu gemuk). Berhenti minum alkohol sebelum dan selama kehamilan.
e. Jangan gunakan obat-obatan, kecuali obat anjuran dari dokter yang mengetahui bahwa si ibu sedang hamil.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Husna (2018) terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir dengan nilai p< 0,05 (0,015).

C. PARTUS LAMA

1. Pengertian

Partus lama merupakan proses kompleks yaitu ketika peristiwa psikologis dan fisiologis saling terkait dan tidak dapat dipisahkan. Sebagian ibu mengalami persalinan yang lebih lama dibandingkan dengan ibu–ibu yang lain. Beberapa persalinan berlangsung lambat karena ukuran janin yang besar dan letaknya yang tidak lazim. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida, dan lebih dari 18 jam pada multigravida. Bila kemajuan persalinan tidak berlangsung baik selama periode itu, situasi tersebut harus segera dinilai, permasalahannya harus dikenali dan diatasi sebelum waktu 24 jam (Mochtar, 2012).

Secara umum, persalinan yang abnormal terjadi apabila terdapat permasalahan disproporsi antara bagian presentasi janin dan jalan lahir. Partus lama juga merupakan perlambatan kecepatan dilatasi serviks atau penurunan janin (Yuni, 2018).

2. Faktor–faktor yang Berhubungan dengan Partus Lama

Partus lama terjadi karena abnormalitas dari dilatasi serviks. Pembukaan serviks berlangsung lambat, karena tidak terjadinya penurunan kepala untuk menekan serviks tersebut. Pada saat yang sama terjadi edema pada serviks sehingga akan lebih sulit terjadi dilatasi serviks, hal ini dapat menyebabkan meningkatnya tindakan sectio secarea (Oxorn & William, 2010).

Beberapa faktor yang berhubungan dengan partus lama antara lain (Oxorn & William, 2010):

a. Disproporsi Sefalopelvik

Merupakan kondisi dimana jika kepala bayi lebih besar dari pelvis, hal ini menjadi penyebab janin kesulitan melewati pelvis. Disproporsi sefalopelvik juga bisa terjadi akibat pelvis sempit dengan ukuran kepala janin normal, atau pelvis normal dengan janin besar, atau kombinasi antara bayi besar dan pelvis sempit.

b. Malpresentasi dan Malposisi

Mal presentasi adalah bagian terendah janin yang berada di segmen bawah rahim bukan belakang kepala. Sedangkan malposisi adalah penunjuk (*presenting part*) tidak berada di anterior. Dalam keadaan normal presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubun-ubun kecil dalam posisi transversal (saat masuk PAP), dan posisi anterior (setelah melewati PAP) dengan presentasi tersebut, kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya. Sikap yang tidak normal akan menimbulkan mal presentasi pada janin dan kesulitan persalinan. Sikap ekstensi ringan akan menjadikan presentasi puncak

kepala (dengan penunjuk ubun-ubun besar), ekstensi sedang menjadikan presentasi dahi (dengan penunjuk sinsiput), dan ekstensi maksimal menjadikan presentasi muka (dengan penunjuk dagu). Apabila janin dalam keadaan malpresentasi dan malposisi maka dapat terjadi persalinan yang lama atau bahkan macet.

c. Kerja uterus yang tidak efisien

Disfungsi uterus mencakup kerja uterus yang tidak terkoordinasikan, inersia uteri, dan ketidakmampuan dilatasi serviks menyebabkan partus menjadi lama dan kemajuan persalinan mungkin terhenti sama sekali. Keadaan ini sering sekali disertai disproporsi dan malpresentasi.

d. Primigraviditas

Pada primigravida lama rata-rata fase laten adalah 8 jam, dengan batas normal sebelah atas pada 20 jam. Sedangkan fase aktif pada primigravida lebih dari 12 jam merupakan keadaan abnormal. Hal yang lebih penting dari fase ini adalah kecepatan dilatasi serviks. Laju yang kurang dari 1,2 cm per jam membuktikan adanya abnormalitas dan harus menimbulkan kewaspadaan dokter yang akan menolong persalinan tersebut.

e. Ketuban pecah dini

Pecahnya ketuban dengan adanya serviks yang matang dan kontraksi yang kuat tidak pernah memperpanjang waktu persalinan, akan tetapi bila kantong ketuban pecah pada saat serviks masih keras,

dan menutup maka sering terjadi periode laten yang lama, hal ini dikarenakan oleh ukuran Pintu Atas Panggul (PAP) yang sempit sehingga berpegaruh terhadap persalinan yaitu pembukaan serviks menjadi lambat dan seringkali tidak lengkap serta menyebabkan kerja uterus tidak efisien. Ketidakmampuan serviks untuk membuka secara lancar dan cepat serta kontraksi rahim yang tidak efisien inilah dapat menyebabkan terjadinya partus lama.

f. Analgesik dan anastesi yang berlebihan dalam fase laten

Kadang-kadang besar gaya yang dihasilkan oleh kontraksi otot abdomen sangat menurun sehingga kelahiran pervaginam spontan tidak terjadi. Analgesik epidural yang berlebihan cenderung mengurangi reflex keinginan untuk mengejan terlebih mengingat saat fase laten keadaan portio masih tebal dengan pembukaan kurang dari 4 cm, hal ini akan menyebabkan portio semakin lama untuk menipis sehingga pembukaan menjadi lebih lamban. Analgesik epidural menurunkan kadar oksitosin alamiah dan merelaksasikan otot dasar pelvis yang normalnya keras, bentuk penghilangan nyeri ini berhubungan dengan penurunan kontraksi dan peningkatan penggunaan oksitosin intravena (IV), epidural meningkatkan insiden malrotasi, persalinan lama dan intervensi yang bersangkutan. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kyo Hoon Park dan kawan–kawan tentang studi komparatif induksi persalinan pada ibu nulipara dengan KPD dibandingkan dengan ibu ketuban utuh dilihat dari lama persalinan dan cara melahirkan menyatakan bahwa persalinan dengan induksi pada wanita nulipara dengan KPD dan pembukaan serviks yang tidak baik

berhubungan dengan lama waktu persalinan di kala II dan beresiko tinggi terhadap persalinan sesar karena persalinan tak maju di bandingkan dengan lama persdalinan dan cara melahirkan pada wanita dengan ketuban utuh (Yuni, 2018).

3. Faktor-Faktor Penyebab Partus Lama

Faktor-faktor penyebab partus lama antara lain (Wahyuningsih, 2010):

a. Kelainan tenaga (*Power*).

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan penyulit pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan dengan tenaga yang kurang dari ibu bersalin, sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. His merupakan kontraksi otot-otot rahim dalam persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu kontraksi yang simetrus, fundus dominan (kekuatan paling tinggi berada pada fundus uteri). Adanya kontraksi diikuti dengan adanya relaksasi dan pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka, hal ini berarti his memiliki peranan penting dalam membantu penurunan kepala janin sehingga tidak terjadi partus lama.

b. Kelainan Janin (*Passanger*)

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin. Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Evy Soviyati menyatakan bahwa terdapat 65,4% ibu mengalami lama persalinan lebih dari 18 jam dengan malposisi sedangkan 60,7% ibu mengalami lama persalinan lebih dari 18 jam mengalami posisi normal. analisis Odd Ratio sebesar 1,2 artinya ibu

yang mengalami malposisi saat bersalin beresiko 1,2 kali lebih besar mengalami partus lama.14 Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi Yuliasari dkk menyatakan bahwa terdapat hubungan antara janin besar dengan kejadian partus lama dengan OR 2,005 yang artinya ibu yang memiliki tafsiran janin besar lebih berisiko 2,005 kali mengalami kejadian partus lama dibandingkan ibu yang tidak memiliki tafsiran janin besar.20 3) Kelainan Jalan Lahir (Passage) Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan yang menyebabkan kemacetan.

4. Dampak Persalinan Lama

Partus lama dapat berakibat buruk baik pada ibu maupun pada bayi. Ibu dan bayi dapat mengalami distress serta meningkan resiko infeksi karena dapat menyebabkan meningkatnya tindakan intervensi serta resiko terjadinya perdarahan post partum dan atonia uteri. Komplikasi dari partus lama yaitu, atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan shock, asfiksia, trauma cerebri, cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi. Beberapa dampak yang dapat terjadi akibat partus lama pada ibu dan janin yaitu:

1) Ruptur Uteri

Bila membran amnion pecah dan cairan amnion mengalir keluar, janin akan didorong ke segmen bawah rahim melalui kontraksi. Bila kontraksi berlanjut, segmen bawa rahim menjadi meregang sehingga menjadi berbahaya karena menipis dan menjadi lebih mudah ruptur. Ruptur uteri lebih sering terjadi pada multipara terutama jika uterus telah melemah karena jaringan parut atau riwayat secsio secarea.

Kejadian ruptur juga dapat menyebabkan perdarahan persalinan yang berakibat fatal jika tidak segera ditangani (saifudin, 2014).

2) Pembentukan Fistula

Jika kepala janin terhambat cukup lama dalam pelvis, maka sebagian kandung kemih, serviks, vagina dan rektum terperangkap diantara kepala janin dan tulang–tulang pelvis dan mendapatkan tekanan yang berlebihan. Hal ini mengakibatkan kerusakan sirkulasi oksigenasi pada jaringan – jaringan ini menjadi tidak adekuat sehingga terjadi nekrosis dalam beberapa hari dan menimbulkan munculnya fistula. Fistula dapat berupa vesikovaginal (diantara kandung kemih dan vagina), vesiko – servikal (diantara kandung kemih dan serviks), dan rekto – vaginal (berada diantara rektum dan vagina), yang dapat menyebabkan terjadinya kebocoran urin atau veses dalam vagina. Fistula umumnya terbentuk setelah kala dua persalinan yang lama dan biasanya terjadi pada nulipara, yaitu terutama pada Negara – negara dengan tingkat kehamilan dengan usia dini.

3) Sepsis Puerperalis

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan bayi pada kasus – kasus persalinan lama terutama karena selaput ketuban pecah dini.

4) Cedera otot-otot dasar panggul

Saat kelahiran bayi, dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan kebawah akibat upaya mengejan ibu. Gaya ini meregangkan dan melebarkan dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomic otot saraf dan jaringan ikat yang akan menimbulkan inkontinensia urin dan prolaps organ panggul.

5) *Caput suksedaneum*

Apabila panggul sempit, sewaktu persalinan sering terjadi kaput suksedaneum yang besar di bagian bawah janin. Caput ini dapat berukuran besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik yang serius.

6) *Molase* kepala janin

Akibat tekanan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura besar, dimana batas median tulang parietal yang berkontak dengan promontorium tumpang tindih dengan tulang disebelahnya, hal yang sama terjadi pada tulang.

7) Kematian janin

Bila persalinan macet atau persalinan lama dibiarkan lebih lama maka akan mengakibatkan kematian janin yang disebabkan karena tekanan berlebihan pada plasenta dan korda umbilicus. Janin yang mati itu akan melunak akibat pembusukan sehingga dapat menyebabkan terjadinya Koagulasi Intravaskuler Diseminata (KID). Hal ini dapat mengakibatkan perdarahan, syok dan kematian pada maternal. Dalam penelitian mengenai hubungan partus lama dengan kejadian post partum dini menyimpulkan bahwa semakin lama proses persalinan maka kemungkinanan untuk terjadi perdarahan post partum dini semakin besar sehingga dapat menyebabkan kegawatdaruratan obstetrik hingga kematian pada janin.

5. Klasifikasi Partus Lama

Partus lama dapat dibagi berdasarkan menjadi tiga kelompok yaitu Oxorn & William, 2010; Mochtar, 2012):

a. Fase laten memanjang

Fase laten memanjang apabila lama fase ini lebih dari 20 jam pada nulipara dan 14 jam pada ibu multipara. Keadaan yang mempengaruhi durasi fase laten antara lain keadaan serviks yang memburuk (misalnya tebal, tidak mengalami pendataran atau tidak membuka), dan persalinan palsu. Diagnosis dapat pula ditentukan dengan menilai pembukaan serviks tidak melewati 4 cm sesudah 8 jam inpartu dengan his yang teratur.

b. Fase aktif memanjang

Menurut Friedman, permulaan fase laten ditandai dengan adanya kontraksi yang menimbulkan nyeri secara regular yang dirasakan oleh ibu. Gejala ini dapat bervariasi menurut masing – masing ibu bersalin. Friedman membagi masalah fase aktif menjadi gangguan protraction (berkepanjangan/ berlarut-larut) dan arrest (macet/tidak maju). Protraksi didefenisikan sebagai kecepatan pembukaan dan penurunan yang lambat yaitu untuk nulipara adalah kecepatan pembukaan kurang dari 1,2 cm/jam atau penurunan kurang dari 1 cm/jam. Untuk multipara kecepatan pembukaan kurang dari 1,5 cm/jam atau penurunan kurang dari2 cm/jam. Arrest didefenisikan sebagai berhentinya secara total pembukaan atau penurunan ditandai dengan tidak adanya perubahan serviks dalam 2 jam (*arrest of dilatation*) dan kemacetan penurunan (*arrest of descent*) sebagai tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam.6 Fase aktif memanjang dapat didiagnosis dengan menilai tanda dan gejala yaitu pembukaan serviks melewati kanan gariswaspada partograf. Hal ini dapat dipertimbangkan adanya inertia uteri jika frekwensi his kurang dari 3 his per 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik,

disproporsi sefalopelvic didiagnosa jika pembukaan serviks dan turunnya bagian janinyang dipresentasi tidak maju, sedangkan his baik. Obstruksi kepala dapat diketahui dengan menilai pembukaan serviks dan turunnya bagian janin tidak maju karena kaput, moulase hebat, edema serviks sedangkan mal presentasi dan malposisi dapat di ketahui presentasi selain vertex dan oksiput anterior.

c. Kala II memanjang

Tahap ini berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Kala II persalinan pada nulipara dibatasi dua jam sedangkan untuk multipara satu jam. Pada ibu dengan paritas tinggi, kontinuitas otot vagina dan perineum sudah meregang, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk mengeluarkan janin.Sebaliknya untuk ibu dengan panggul sempit atau janin besarmaka kala II dapat sangat panjang. Kala II memanjang dapat didiagnosa jika pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengedan, tetapi tidak ada kemajuan penurunan.

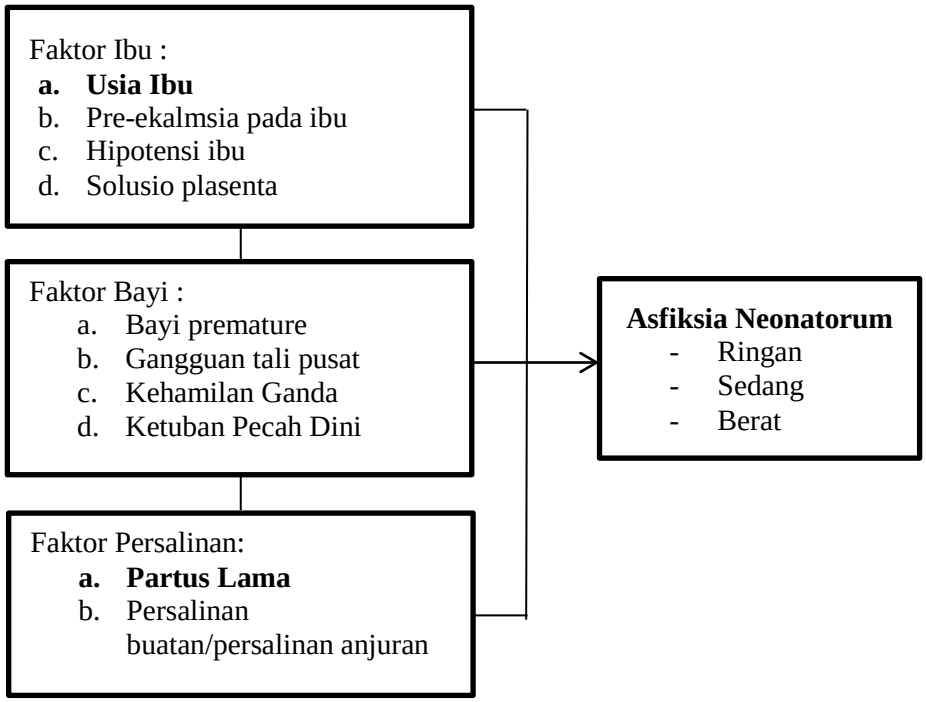
6. Penanganan Partus Lama

Dalam menghadapi persalinan lama dengan penyebab apapun, keadaan ibu yang bersangkutan harus diawasi dengan seksama. Tekanan darah diukur setiap empat jam, bahkan pemeriksaan perlu dilakukan lebih sering apabila ada gejala preeklampsia. Denyut jantung janin dicatat setiap setengah jam dalam kala I dan lebih sering dalam kala II. Kemungkinan dehidrasi dan asidosis harus mendapat perhatian sepenuhnya. Karena persalinan lama selalu ada kemungkinan untuk melakukan tindakan

narcosis. Ibu hendaknya tidak diberi makanan biasa namun diberikan dalam bentuk cairan. Sebaiknya diberikan infuse larutan glukosa 5% dan larutas NaCl isotonik secara intravena berganti – ganti. Untuk mengurangi rasa nyeri dapat ddiberikan petidin 50 mg yang dapat di ulangi, pada permulaan kala I dapat diberikan 10 mg morfin. Pemeriksaan dalam mengandung bahaya infeksi. Apabila persalinan berlangsung 24 jam tanpa kemajuan berarti maka perlu diadakan penilaian seksama tentang keadaan. Apabila ketuban sudah pecah maka, keputusan untuk menyelesaikan persalinan tidak boleh ditunda terlalu lama berhubung mengantisipasi bahaya infeksi. Sebaiknya dalam 24 jam setelah ketuban pecah sudah dapat diambil keputusan apakah perlu dilakukan seksio sesarea dalam waktu singkat atau persalinan dapat dibiarkan berlangsung terus.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Katiandagho & Kusmiyati (2015) terdapat hubungan yang signifikan antara partus lama dengan terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir dengan nilai p< 0,05 (0,001).

D. KERANGKA TEORI



Sumber:
Modifikasi dari Manuaba (2010), Kurniarum (2016), dan Amallia (2020)

Keterangan :

Tulisan Tebal: Variabel yang diteliti

BAB III

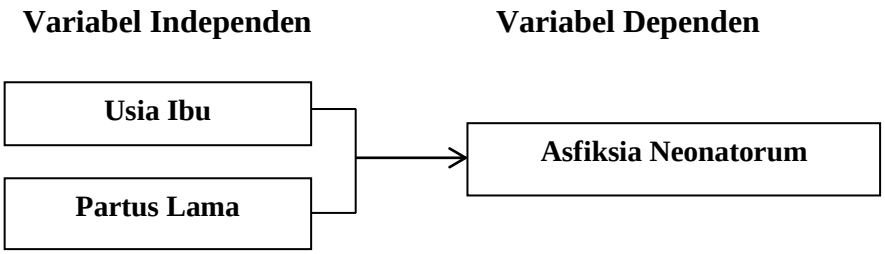
METODOLOGI PENELITIAN

A. KERANGKA KONSEP

Kerangka Konsep adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara konsep- konsep atau variabel- variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012). Kerangka konsep pada penelitian ini sebagai berikut :

Bagan 3.1

Kerangka Konsep Penelitian



B. DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional merupakan variabel yang didefinisikan secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena.

Table 3.1

Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara/ Alat/ Skala/ Hasil Ukur
1	Asfiksia Neonatorum	Keadaan bayi baru lahir yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur, hanya merintih dan megap-megap saat bernapas.	Cara: Analisis catatan rekam medis Alat : Lembar ceklist Skala: Ordinal Hasil Ukur: 0 : Asfiksia neonatorum ringan, apabila nilai APGAR 7—10 1 : Asfiksia neonatorum sedang, apabila nilai APGAR 4—6 2 : Asfiksia neonatorum berat, apabila nilai APGAR 0—3 (Kosim, 2014)
2	Usia Ibu	Keadaan ibu dilihat dari lama waktu hidup sampai dengan saat penelitian dilakukan dengan satuan tahun.	Cara: Analisis catatan rekam medis Alat : Lembar ceklist Skala: Ordinal Hasil Ukur: 0 : Tidak Berisiko, apabila usia ibu 20-35 tahun 1 : Berisiko, apabila usia ibu < 25 tahun atau > 35 tahun (KBBI (2008) dalam Amalia (2020))
3	Partus Lama	Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida, dan lebih dari 18 jam pada multigravida	Cara: Analisis catatan rekam medis Alat : Lembar ceklist Skala: Ordinal Hasil Ukur: 0 : Tidak mengalami partus lama, apabila persalinan tidak lebih dari 24 jam pada primigravida, atau tidak lebih dari 18 jam

	pada multigravida 1 : Mengalami partus lama, apabila persalinan lebih dari 24 jam pada primigravida, atau lebih dari 18 jam pada multigravida (Mochtar, 2012)

C. HIPOTESIS

Ha: Ada hubungan antara usia ibu dan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

Ho: Tidak ada hubungan antara usia ibu dan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

D. DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini bersifat analitik dengan pendekatan *retrospektif*, dimana pengambilan data variabel dependen (usia ibu dan partus lama) menggunakan data yang lalu, kemudian diukur variabel independen (asfiksia neonatorum) untuk mengetahui hubungan antara usia ibu dan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

E. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetakan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi pada penelitian ini adalah semua bayi baru lahir dengan asfiksia neonatorum dengan pada Tahun 2021 sebanyak 117 responden.

2. Sampel

Menurut Notoatmodjo (2012) sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Menggunakan teknik *total sampling;* yaitu teknik pengambilan sampel dimana sampel sama dengan populasi penelitan. Sampel yang diambil dari penelitian ini sebanyak 117 responden.

F. PENGUMPULAN DATA

1. Jenis data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data umum yaitu data yang diperoleh saat penelitian dan data khusus yaitu data yang diperoleh dari RSUD H. Abdul Manap, Kota Jambi.

2. Sumber Data

Sumber data adalah subjek dari mana data diperoleh. Pada penelitian ini data yang digunakan adalah data sekunder yaitu data rekam medik yang diperoleh di RSUD H. Abdul Manap, Kota Jambi.

3. Cara pengumpulan data
   a. Penelitian mengajukan surat izin pengambilan data kepada direktur RSUD H. Abdul Manap, Kota Jambi.
   b. Setelah mendapat izin, mengambil data yang yang dibutuhkan.
   c. Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam lembar pengumpulan data.
   d. Kerahasiaan informasi dijamin oleh peneliti
4. Instrumen Peneliti/ Alat Ukur

Instrument penelitian ini adalah instrument yang digunakan dalam penelitian yaitu daftar ceklis untuk melihat variable yang diteliti.

G. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD H. Abdul Manap, Kota Jambi.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2022.

H. PENGOLAHAN DATA

Setelah data terkumpul, kemudian diolah dengan bantuan komputer yaitu dengan menggunakan program pengolahan data menggunakan perangkat lunak komputer dengan tahapan sebagai berikut:

1. Editing

Melakukan pengecekan terhadap isian lembar ceklist yang telah terkumpul apakah lembar ceklist dan data yang dibutuhkan sudah terkumpul lengkap dan sudah diisi dengan jelas.

2. Coding

Memberikan kode pada setiap kategori untuk semua variabel dengan angka atau kode tertentu sehingga lebih mudah dan sederhana untuk dianalisa. Pemberian kode sebagai berikut:

a. Asfiksia Neonatorum

0 : Bayi normal, apabila nilai APGAR 7—10

1 : Asfiksia neonatorum sedang, apabila nilai APGAR 4—6

2 : Asfiksia neonatorum berat, apabila nilai APGAR 1—3

b. Usia Ibu

0 : Tidak Berisiko, apabila usia ibu 20-35 tahun

1 : Berisiko, apabila usia ibu < 25 tahun atau > 35 tahun

c. Partus Lama

0 : Tidak Mengalami Partus lama

1 : Mengalami Partus Lama

***3. Entry* data**

Memasukkan data yang telah diberi kode ke dalam tabel dan diolah melalui komputer dengan program yang sesuai.

4. Tabulating

Setelah semua kuesioner diedit dan diberi kode serta data telah dimasukkan ke dalam program komputer, kemudian data ditabulasi dan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

5. Cleaning

Setelah data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi kemudian dilakukan pembersihan data sampai data tidak ditemukan lagi kesalahan dan siap untuk dianalisis.

I. ANALISA DATA

1. Analisa Univariat

Tujuan analisa univariat adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variable penelitian. Dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel independen dan variabel dependen yaitu asfiksia neonatorum dan ketuban pecah dini. Penyajian data pada analisis univariat dengan menggunakan tabel dan narasi.

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat risiko antara variabel independent dengan variabel dependent. Uji hipotesis dilakukan dengan

menggunakan rumus *chi-squre*. Batas kemaknaan yang digunakan 0.05 sehingga bila nilai p ≤ 0.05 maka hasil statistik bermakna atau signifikan dan bila nilai p> 0.05 maka hasil stasistik tidak bermakna (Notoatmodjo, 2012).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

Penelitian tentang "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi" disajikan dalam bentuk presentase yang diperoleh dari hasil penelitian menggunakan data sekunder. Hasil penelitian di analisis dengan analisis univariat dan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

1. Analisis Univariat

a. Gambaran Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Asfiksia Neonatorum
Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

No	Asfiksia Neonatorum	F	Presentase (%)
1	Ringan	21	17,9
2	Sedang	72	61,6
3	Berat	24	20,5
Total		117	100

Berdasarkan tabel 4.1 di atas diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden melahirkan bayi dengan asfiksia neonatorum sedang sebanyak 72 responden (61,6%).

b. **Gambaran Usia Ibu Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum**

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Usia Ibu Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum

No	Usia Ibu	F	Presentase (%)
1	Tidak Berisiko	86	73,5
2	Berisiko	31	26,5
Total		117	100

Berdasarkan tabel 4.2 di atas diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden memiliki usia tidak berisiko sebanyak 86 responden (73,5%).

c. **Gambaran Partus Lama Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum**

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Partus Lama Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum

No	Partus Lama	F	Presentase (%)
1	Tidak Mengalami	50	42,7
2	Mengalami	67	57,4
Total		117	100

Berdasarkan tabel 4.3 di atas diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden mengalami partus lama sebanyak 67 responden (57,3%).

2. Analisa Bivariat

a. Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

Pada variabel usia ibu dengan menguji secara statistik untuk mengetahui hubungannya dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi dengan menggunakan uji *Pearson Chi-Square* dengan hasil yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.4
Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

No	Asfiksia Neonatorum	Usia Ibu				Total		P-Value
		Tidak Berisiko		Berisiko				
		F	%	F	%	F	%	
1	Ringan	18	15,4	3	2,6	21	18	0,326
2	Sedang	52	44,4	20	17,1	72	61,5	
3	Berat	16	13,7	8	6,8	24	20,5	
Total		86	73,5	31	26,5	117	100%	

Berdasarkan tabel 4.4 tentang hubungan usia ibu dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi diperoleh hasil bahwa dari 117 responden dengan usia tidak berisiko sebagian besar melahirkan dengan bayi mengalami asfiksia neonatorum sedang sebesar 52 responden (44,4%) dan usia berisiko sebagian besar melahirkan dengan bayi mengalami asfiksia neonatorum sedang sebesar 20 responden (17,1%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Pearson Chi-Square* diperoleh nilai *p-value* 0,326 (p>0,05) dengan demikian dapat disimpulkan

bahwa tidak terdapat hubungan usia ibu dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

b. Hubungan Partus Lama Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

Pada variabel partus lama dengan menguji secara statistik untuk mengetahui hubungannya dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi dengan menggunakan uji *Pearson Chi-Square* dengan hasil yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.5
Hubungan Partus Lama Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jamb

No	Asfiksia Neonatorum	Partus Lama				Total		P-Value
		Tidak Mengalami		Mengalami				
		F	%	F	%	F	%	
1	Ringan	10	8,5	11	9,4	21	17,9	0,144
2	Sedang	34	29,1	38	32,5	72	61,6	
3	Berat	6	5,1	18	15,4	24	20,5	
Total		50	42,7	67	57,3	117	100%	

Berdasarkan tabel 4.5 tentang hubungan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi diperoleh hasil bahwa dari 117 responden dengan responden yang tidak mengalami partus lama sebagian besar melahirkan dengan bayi asfiksia neonatorum sedang sebesar 34 responden (29,1%) dan yang mengalami partus lama sebagian besar melahirkan dengan bayi asfiksia neonatorum sedang sebesar 38 responden (32,5%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Pearson Chi-Square* diperoleh nilai *p-value* 0,144 (*p*>0,05) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi.

B. PEMBAHASAN

1. Hubungan Usia Ibu Dengan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 117 responden dengan usia tidak berisiko sebagian besar melahirkan dengan bayi mengalami asfiksia neonatorum sedang sebesar 52 responden (44,4%) dan usia berisiko sebagian besar melahirkan dengan bayi mengalami asfiksia neonatorum sedang sebesar 20 responden (17,1%). Secara statistik diperoleh bahwa tidak terdapat hubungan usia ibu dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi dengan nilai *p* 0,326. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Amalia dkk (2020) dimana tidak terdapat hubungan usia ibu dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan nilai p 0,557. Usia ibu tidak berisiko juga dapat mengalami asfiksia neonatorum dikarenakan usia ibu tidak secara langsung menyebabkan asfiksia dan terdapat faktor atau komplikasi lain yang mungkin mempengaruhinya (Amalia dkk, 2020). Penelitian ini berbeda dengan yang telah dilakukan oleh Sadanoer dan Tyas (2020) dimana terdapat hubungan yang bermakna antara usia ibu dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan *p-value* 0,004.

Berdasarkan teori yang ada, usia reproduktif adalah usia 20-35 tahun dan risiko terjadinya komplikasi saat kehamilan maupun persalinan sangat rendah. Ibu dengan usia berisiko dengan <20 tahun membuat organ

reproduksi tumbuh dengan keadaan yang belum siap untuk menerima hasil konsepsi sehingga bayi lahir dalam keadaan gawat janin seperti asfiksia neonatorum, sindroma gawat napas dan lain-lain. Sebaliknya, usia ibu>35 tahun terjadi penurunan fungsi organ reproduksi dan membuat plasenta yang mejadi sumber makanan untuk bayi menjadi kurang adekuat sehingga terganggunya transfer nutrisi ke janin (Amalia dkk, 2020).

Usia muda (< 20 tahun) beresiko karena ibu belum siap secara medis (organ reproduksi) maupun secara mental. Usia tua (> 35 tahun), secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan. Keadaan tersebut memberikan predisposisi untuk terjadi perdarahan, plasenta previa, *rupture uteri, solutio plasenta* yang dapat berakhir dengan terjadinya asfiksia bayi baru lahir (Husna, 2018). Sedangkan usia reproduktif merupakan usia yang tidak berisiko yaitu umur 20-35 tahun. Usia tersebut cukup aman untuk kehamilan dan persalinan. Usia reproduktif ini calon bayi terbilang dalam masa aman dalam proses pembentukannya. Kualitas kesuburan juga dalam kondisi puncak dan kesiapan organ reproduksi sangat baik (Amalia dkk, 2020).

Peneliti berasumsi adanya perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian yang lain yang telah dilakukan dapat terjadi akibat keterbatasan penelitian dimana hanya meneliti 2 variabel saja yaitu usia ibu dan partus lama dimana masih terdapat banyaj faktor sebagai faktor risiko terjadinya asfiksia neonatorum, seperti gemelli, anemia, KPD, preeklamsia dan sebagainya.

2. Hubungan Partus Lama Dengan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 117 responden dengan responden yang tidak mengalami partus lama sebagian besar melahirkan dengan bayi asfiksia neonatorum sedang sebesar 34 responden (29,1%) dan yang mengalami partus lama sebagian besar melahirkan dengan bayi asfiksia neonatorum sedang sebesar 38 responden (32,5%). Secara statistik diperoleh bahwa tidak terdapat hubungan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi dengan nilai *p* 0,144. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Irwan dkk (2019) dimana tidak terdapat hubungan antara partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2019 dengan *p-value* 0,914. Penelitian yang dilakukan Herianto (2012) juga didapatkan persalinan lama tidak berhubungan secara statistik dengan kejadian asfiksia neonatorum dan bukan merupakan faktor risiko dengan nilai p 0,634 dan OR 0,78 (0,28-2,20). Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Widiani dkk (2016) bahwa terdapat hubungan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan nilai p 0,012.

Partus lama merupakan satu- atunya komplikasi persalinan yang mengakibatkan begitu banyak morbiditas kronis. Semakin lama proses persalinan, maka semakin tinggi pula morbiditas dan mortalitas janin dan semakin sering terjadi asfiksia akibat partus lama. Partus lama dapat terjadi bila persalinan tidak ditangani dengan baik, sehingga dapat menyebabkan proses persalinan tidak berjalan lancar kemudian lama persalinan lebih lama dari normal. Partus lama akan menyebabkan infeksi, kehabisan tenaga, dehidrasi pada ibu, kadang dapat terjadi pendarahan post partum yang dapat menyebabkan kematian ibu. Partus lama biasanya mengakibatkan gawat

janin, infeksi, cedera, hipoksia atau asfiksia dan kematian bayi (Indradewi dkk, 2019).

Ibu dengan persalinan partus lama mengalami aliran darah ke plasenta menurun sehingga oksigen yang tersedia untuk janin menurun, pada akibatnya dapat menimbulkan asfiksia, terdapat juga yang partus lama tapi tidak mengalami asfiksia dikarenakan pada saat persalinan ibu di imbangi asupan nutrisi yang seimbang sehingga pada saat bersalin ibu tidak mengalami kelelahan sehingga akan mengurangi resiko terjadinya asfiksia. Tindakan *section caesasea* dapat dilakukan untuk mengurangi resiko terjadinya partus lama (Irwan dkk, 2019). Sedangkan yang tidak partus lama dan mengalami asfiksia dikarenakan masih ada faktor lain yang menyebabkan terjadinya asfiksia yaitu faktor ibu seperti hipoksia ibu, usia ibu kurang dari 20 atau lebih dari 35 tahun, paritas, sosial ekonomi rendah, faktor plasenta seperti solusio plasenta, faktor janin seperti premature (Husna, 2018).

Salah satu cara untuk menghindari terjadinya asfiksia neonatorum adalah dengan mencegah terjadinya partus lama. Mencegah terjadinya partus lama dapat menggunakan partograf untuk memantau kondisi ibu dan janin serta kemajuan proses persalinan dan penanganan segera bayi baru lahir. Pemantauan harus selalu dilakukan penolong persalinan, sehingga apabila terjadi kelainan seperti partus lama dapat dideteksi lebih awal dan penatalaksanaannya dapat segera dilakukan. Tindakan lain yang perlu terus dilakukan ialah dengan memberikan penyuluhan khususnya ibu hamil untuk

selalu memeriksakan kehamilannya secara teratur guna mendeteksi secara dini adanya penyulit dalam persalinan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan memberikan kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar responden memiliki usia tidak berisiko melahirkan bayi asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi sebanyak 86 responden (73,5%).
2. Sebagian besar responden mengalami partus lama melahirkan bayi asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi sebanyak 67 responden (57,4%).
3. Tidak terdapat hubungan usia ibu dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi dengan nilai p = 0,326.

4. Tidak terdapat hubungan partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi dengan nilai p = 0,144.

B. Saran

1. Bagi RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi

   Dengan adanya penelitian ini dapat digunakan sebagai prediksi melalui penapisan dini dari faktor risiko terjadinya asfiksia neonatorum sehingga mortalitas bayi menurun.

2. Bagi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Keluarga Bunda Jambi

   Dapat dijadikan bahan masukan dan sebagai bahan referensi bagi mahasiswa atau pengunjung perpustakaan STIKes Keluarga Bunda Jambi dalam penelitian selanjutnya tentang asfiksia neonatorum.

3. Bagi peneliti

   Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi ahli madya di STIKES Keluarga Bunda Jambi, dan untuk memberi pengalaman yang berharga dan meningkatkan wawasan serta pengetahuan terutama tentang asfiksia neonatorum.

4. Bagi peneliti selanjutnya

   Sebagai bahan acuan dan pedoman dalam penelitian selanjutnya dengan topik permasalahan yang sama, tetapi dengan variabel dan tempat yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

Achadi, E. L. 2019. Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia. Rakerkernas 2019, 1–47.

Amalia, S. 2020. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. Diambil dari: Exxelent Midwifery Journal volume, 3 no:2

Amalia dkk. 2020. Hubungan Faktor Ibu dan Neonatus Dengan Kreatinin Serum Pada Asfiksia Neonatorum Di RSUD Ulin Banjarmasin. Homeostasis. Vol.3, No. 1.

Astutik RY, Ferawati N. 2019. Hubungan Bayi Berat Lahir Rendah Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD Dr. Iskak Tulungagung. J Kebidanan Midwiferia.;4(1):1.

Departemen Kesehatan RI. 2011.

Dewi, Vivian Nanny Lia. 2014. Resusitasi Neonatus.Penerbit Salemba Medika, Jakarta.

Herianto. 2012. Faktor Faktor Yang Memengaruhi Terjadinya Asphyxia Neonatorum Di Rumah Sakit Umum St Elisabeth Medan Tahun 2007 – 2012.

Husna, A. 2018. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Asfiksia pada Bayi Baru Lahir (BBL) di Wilayah Kerja Puskesmas Sibreh. Diambil dari: Journal of Healthcare Technology and Medicine Vol. 4 No. 2 Oktober 2018 Universitas Ubudiyah Indonesia e-ISSN : 2615-109X

Indradewi, G. K., Sukamdi, & Pitoyo, A. J. 2019. Determinan Kematian Bayi di Indonesia (Analisis Data SDKI 2017).

Irwan dkk. 2019. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Di RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2019. Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia. Vol.3, No.1.

Katiandagho, N & Kusmiyati. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. Jurnal Ilmiah Bidan:Vol 3, No.2.

Khoiriah, A. 2019. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir. Diambil dari: journal Aisyiyah Medika Volume 4, Nomor 2, Agustus 2019.

Kurniarum, A. 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Lemone, et al. 2016. Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Ed 5 Vol 1. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.

Maryanti, D. 2011. Buku Ajar Neonatus, Bayi, dan Balita. Jakarta: Trans Info Medika

Masruroh, M. 2016. Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Parama Publishing, Yogyakarta.

Nyoman N, Widiani A, Putu D, Kurniati Y, Ayu IG, Windiani T. *Maternal And Infant Risk Factors On The Incidence Of Neonatal Asphyxia In Bali : Case Control Study Faktor Risiko Ibu Dan Bayi Terhadap Kejadian Asfiksia Neonatorum Di Bali : Penelitian Case Control*. Public Heal Med Arch. 2016;4(2):95–100.

Oxorn, Harry & William (2010) Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiolog Persalinan. Yayasan Essentia Medica, Yogyakarta.

Profil Kesehatan Indonesia, 2019.

- Ramadhan, A,BB. (2020). Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Asfiksia Neonatorum Di Rsu Sakinah Lhokseumawe. Diambil dari: Journal of Healthcare Technology and Medicine Vol. 6 No. 1 April 2020 Universitas Ubudiyah Indonesia e-ISSN : 2615- 109X.

Rustam mochtar. 2012. sinopsisi obstetri, EGC, Jakarta.

Sadanoer, Ira Maulina dan Tyas, Dina Ayuning. 2020. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. *Jurnal Bidan Komunitas* Vol. III, No.3. Hal. 93-98.

Saifuddin, Abdul Bahri. 2014. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Susanti, S., Sari, O. 2012. Hubungan Presentasi Bokong dan usia Ibu Dengan Asfiksia Neonatorum Di RS Muhammadiyah Palembang. Jurnal Kesehatan Abdurahman Palembang: Vol.1, No,2.

Utami, Tin; Sukmaningtyas, Wilis; Safitri, Maya. 2020. Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Pada Ibu Preeklamsia Berat. *Menara Medika.* Vol.3, No.1.

Wahyuningsih. 2010. Insidensi Partus Lama pada Primipara dan Multipara di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2009. Skripsi. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Yuni, F & Widy, N. 2018. Asuhan persalinan: konsep persalinan secara komprehensif dalam asuhan kebidanan, Yogyakarta: Pustaka

LEMBAR CEKLIS

NO	INISIAL RESPONDEN	Paritas	UK	USIA IBU	PARTUS LAMA	ASFIKSIA NEONATORUM
1	2	3	4	5	6	7
1	By.NY	1	1	0	1	1
2	By.Y	1	1	0	0	1
3	By.SA	1	1	1	0	1
4	By.L	2	1	0	1	0
5	By.D	1	1	0	1	1
6	By.N	1	1	0	0	1
7	By.F	1	1	0	1	2
8	By.I	2	2	0	1	0
9	By.B	1	1	1	0	1
10	By.K	2	1	0	1	1
11	By.I	2	1	1	0	0
12	By.S	2	1	0	0	0
13	By.S	1	1	0	0	1
14	By.A	1	1	0	1	1
15	By.T	1	1	0	1	1
16	By.M	1	2	0	0	1
17	By.R	1	1	0	1	1
18	By.E	1	2	0	1	1
19	By.HW	2	1	0	1	1
20	By.S	2	1	1	0	1
21	By.SR	1	1	1	0	1
22	By.SN	1	1	1	1	2
23	By.HD	2	1	0	1	1
24	By.RA	1	1	1	0	1
25	By.JM	1	2	0	1	1
26	By.NY	1	1	0	1	1
27	By.MY	1	1	0	0	1
28	By.M	1	1	0	1	1
29	By.N	1	2	1	0	1
30	By.M	2	2	0	1	2
31	By.LS	1	1	1	0	1
32	By.SA	1	1	1	1	1
33	By.RK	1	1	0	0	1
34	By.NV	1	1	0	1	0
35	By.NJ	1	1	0	0	1
36	By.EA	1	2	1	0	2
37	By.J	1	1	0	1	0
38	By.LY	1	2	0	1	1
39	By.H	1	1	0	0	0

40	By.S	1	1	1	0	1
41	By.IR	1	2	0	1	2
42	By.DA	1	1	0	1	0
43	By.BN	1	2	0	1	2
44	By.Y	1	2	1	0	2
45	By.N	1	2	1	1	1
46	By.F	1	2	0	1	1
47	By.DY	1	1	0	1	1
48	By.A	1	2	0	0	1
49	By.HT	1	2	0	1	2
50	By.IA	1	2	0	1	2
51	By.AW	1	1	0	0	1
52	By.RD	1	1	0	0	0
53	By.OB	1	1	0	1	1
54	By.A	2	1	0	1	2
55	By.Y	1	1	1	0	2
56	By.DL	1	1	0	0	1
57	By.R	1	1	1	0	0
58	By.K	1	1	0	1	1
59	By.S	2	1	1	1	1
60	By.W	1	1	0	1	0
61	By.DH	1	1	0	1	0
62	By.RH	2	1	0	0	0
63	By. HN	1	1	0	1	1
64	By.IS	1	2	0	1	2
65	By.D	1	1	0	1	1
66	By.N	1	1	0	0	1
67	By.F	1	1	0	1	2
68	By.I	2	2	0	1	0
69	By.B	1	1	1	0	1
70	By.K	2	1	0	1	1
71	By.I	2	1	1	0	0
72	By.S	2	1	0	0	0
73	By.S	1	1	0	0	1
74	By.A	1	1	0	1	1
75	By.T	1	1	0	1	1
76	By.M	1	2	0	0	1
77	By.R	1	1	0	1	1
78	By.E	1	2	0	1	1
79	By.HW	2	1	0	1	1
80	By.S	2	1	1	0	1
81	By.SR	1	1	1	0	1
82	By.SN	1	1	1	1	2
83	By.HD	2	1	0	1	1

84	By.RA	1	1	1	0	1
85	By.JM	1	2	0	1	1
86	By.NY	1	1	0	1	1
87	By.MY	1	1	0	0	1
88	By.M	1	1	0	1	1
89	By.N	1	2	1	0	1
90	By.M	2	2	0	1	2
91	By.LS	1	1	1	0	1
92	By.SA	1	1	1	1	1
93	By.RK	1	1	0	0	1
94	By.NV	1	1	0	1	0
95	By.NJ	1	1	0	0	1
96	By.EA	1	2	1	0	2
97	By.J	1	1	0	1	0
98	By.LY	1	2	0	1	1
99	By.H	1	1	0	0	0
100	By.S	1	1	1	0	1
101	By.IR	1	2	0	1	2
102	By.DA	1	1	0	1	0
103	By.BN	1	2	0	1	2
104	By.Y	1	2	1	0	2
105	By.N	1	2	1	1	1
106	By.F	1	2	0	1	1
107	By.DY	1	1	0	1	1
108	By.A	1	2	0	0	1
109	By.HT	1	2	0	1	2
110	By.IA	1	2	0	1	2
111	By.AW	1	1	0	0	1
112	By.RD	1	1	0	0	0
113	By.OB	1	1	0	1	1
114	By.A	2	1	0	1	2
115	By.Y	1	1	1	0	2
116	By.DL	1	1	0	0	1
117	By.HT	1	2	0	1	2

Frequencies

Statistics

		Paritas	Umur Kehamilan	Usia Ibu	Partus Lama	Asfiksia Neonatorum
N	Valid	117	117	117	117	117
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.18	1.29	.26	.57	1.03
Median		1.00	1.00	.00	1.00	1.00
Std. Deviation		.385	.456	.443	.497	.622
Minimum		1	1	0	0	0
Maximum		2	2	1	1	2

Frequency Table

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	beresiko	96	82.1	82.1	82.1
	tidak beresiko	21	17.9	17.9	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

Umur Kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aterm	83	70.9	70.9	70.9
	Preterm/Posterm	34	29.1	29.1	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

Usia Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Berisiko	86	73.5	73.5	73.5
	Berisiko	31	26.5	26.5	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

Partus Lama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Mengalami	50	42.7	42.7	42.7
	Mengalami	67	57.3	57.4	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

Asfiksia Neonatorum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ringan	21	17.9	17.9	17.9
	Sedang	72	61.5	61.6	79.5
	Berat	24	20.5	20.5	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Asfiksia Neonatorum * Usia Ibu	117	100.0%	0	0.0%	117	100.0%
Asfiksia Neonatorum * Partus Lama	117	100.0%	0	0.0%	117	100.0%

Asfiksia Neonatorum * Usia Ibu

Crosstab

Count

		Usia Ibu		
		Tidak Berisiko	Berisiko	Total
Asfiksia Neonatorum	Ringan	18	3	21
	Sedang	52	20	72
	Berat	16	8	24
Total		86	31	117

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.244[a]	2	.326
Likelihood Ratio	2.435	2	.296
Linear-by-Linear Association	2.004	1	.157
N of Valid Cases	117		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.56.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Asfiksia Neonatorum (Ringan / Sedang)	[a]

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

Asfiksia Neonatorum * Partus Lama

Crosstab

Count

		Partus Lama		
		Tidak Mengalami	Mengalami	Total
Asfiksia Neonatorum	Ringan	10	11	21
	Sedang	34	38	72
	Berat	6	18	24
Total		50	67	117

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.882[a]	2	.144
Likelihood Ratio	4.070	2	.131
Linear-by-Linear Association	2.516	1	.113
N of Valid Cases	117		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.97.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Asfiksia Neonatorum (Ringan / Sedang)	[a]

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.