HUBUNGAN FAKTOR RISIKO IBU DAN KARAKTERISTIK BAYI BARU LAHIR TERHADAP KEJADIAN ASFIKSIA DI RS BUDI KEMULIAAN JAKARTA PUSAT

SKRIPSI

ROHAYATI

011821055

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS BINAWAN
JAKARTA

2020

HUBUNGAN FAKTOR RISIKO IBU DAN KARAKTERISTIK BAYI BARU LAHIR TERHADAP KEJADIAN ASFIKSIA DI RS BUDI KEMULIAAN JAKARTA PUSAT

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

ROHAYATI

011821055

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS BINAWAN
JAKARTA
2020

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama	: Rohayati
NPM	: 011821055
Tanda tangan	:
Tanggal	:

Jakarta, 12 Agustus 2020



Rohayati

011821055

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Rohayati

NPM : 011821055

Program Studi : Keperawatan B2018

Judul Skripsi : Hubungan Faktor Risiko Ibu Dan Karakteristik Bayi Baru Lahir Terhadap Kejadian Asfiksia Di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat"

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada program studi B2018 Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan. mata ajar *Introduction to Nursing Research* (INR) studi keperawatan Universitas Binawan.

DEWAN PENGUJI.

Pembimbing I : Intan Parulian, SKp., MN .....

Pembimbing II : Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat .....

Penguji : Yuli Utami, S.Kp., MN .....

Ditetapkan di : Jakarta

Pada Tanggal : 12 Agustus 2020

Mengetahui

Ketua Program Studi Keperawatan

Universitas Binawan

Ns. Zuriati, S.Kep., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian yang berjudul "Hubungan Faktor Risiko Ibu Dan Karakteristik Bayi Baru Lahir Terhadap Kejadian Asfiksia Di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat". Proposal penelitian ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan di Universitas Binawan.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga pada penyusunan proposal ini, penuh dengan tantangan. Oleh karena itu, pada kesempatan yang penuh syukur ini saya menghaturkan terimakasih kepada pihak yang turut berkontribusi dalam penyusunan proposal ini;

1. Dr. Ayu Dwi Nindyati, M.Si, Psikolog, selaku PLT Rektor Universitas Binawan
2. Direktur RS Budi Kemuliaan yang telah memberikan ijin penelitian kepada peneliti untuk dapat mengambil data primer sebagai data dasar dalam penyusunan proposal penelitian ini.
3. Ns. Zuriyati SKep., M.Kep., selaku ketua Program Studi Keperawatan Universitas Binawan.
4. Intan Parulian, SKp., MN, selaku pembimbing I.
5. Handayani SKp., Mkep, Sp.Mat., selaku pembimbing II.
6. Ns. Nani Asna Dewi, SKep., M.Kep., selaku koordinator *Nursing Inquary (NI)* Universitas Binawan.
7. Seluruh staff Universitas Binawan yang telah membantu dalam memberikan arahan serta mengurus administrasi ijin penelitian.
8. Seluruh keluarga terkasih yang selalu memberikan dorongan dan menyalurkan kasih setiap harinya kepada penulis selama proses penyusunan proposal.

9. Rekan-rekan mahasiswa seperjuangan program B 2018 Universitas Binawan yang selalu memberikan masukan dan semangat kepada penulis selama menyusun proposal penelitian.
10. Seluruh pihak terkait yang telah membantu sehingga proposal penelitian ini dapat disusun dengan baik.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal ini jauh dari kesempurnaan. Demi terciptanya proses belajar yang berkesinambungan dan berkelanjutan, dengan segala kerendahan hati, penulis menerima segala kritik maupun saran yang membangun. Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat yang baik bagi dunia keperawatan, serta pihak yang berkompeten.

Jakarta, 8 Juli 2020

Penulis



Rohayati

HALAMAN PERNYATAAN MEMBUAT ARTIKEL

TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Binawan, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	: Rohayati
NIM	: 011821055
Program Studi	: S1 Keperawatan
Fakultas	: Keperawatan dan Kebidanan
Jenis Karya	: Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui Universitas Binawan untuk memberikan kepada Univesitas Binawan **Hak Bebas Royaliti Noneksklusif (*Non-exclusive Royally-Free Right*)** atas skripsi saya yang berjudul: "Hubungan Faktor Risiko Ibu Dan Karakteristik Bayi Baru Lahir Terhadap Kejadian Asfiksia Di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat".

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Binawan berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.
Demikian pernyataaan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 14 Juli 2020

Yang Menyatakan,



Rohayati

ABSTRAK

Nama	: ROHAYATI
Program Studi	: S1 Keperawatan
Judul	: Hubungan Faktor Risiko Ibu Dan Karakteristik Bayi Baru Lahir Terhadap Kejadian Asfiksia Di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat
Pembimbing I	: Intan Parulian, SKp., MN
Pembimbing II	: Handayani SKp., Mkep, Sp.Mat.

Organisasi kesehatan dunia menyatakan bahwa setiap tahunnya kira-kira 3% (3,6 juta) dari 120 juta bayi lahir mengalami asfiksia (Depkes RI, 2009). Kejadian asfiksia neonatorum masih menjadi masalah serius di Indonesia. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan faktor risiko ibu dan karakteristik bayi baru lahir terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Jenis penelitian ini bersifat kuantitatif dengan *korelatif* dan pengambilan data dilakukan dengan pendekatan *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang melakukan persalinan di RS Budi Kemuliaan. Sampel dalam penelitian sebanyak 43 pasien terdiri atas 22 pasien asfiksia dan 21 pasien tidak asfiksia. Hasil penelitiannya menunjukan bahwa mayoritas responden: usia 20-35 tahun (69,8%), tidak terjadi preeklampsia/eklampsia (62,8%), partus lama <24 jam (74,4%), usia gestasi aterm (69,8%), paritas primipara (46,5%), berat badan lahir 2500-4000 gram (65,1%), bayi tidak premature (55,8%), persalinan dengan tindakan (90,7%), KPD (65,1%), kejadian asfiksia (51,2%). Setelah dilakukan uji statistik dengan *Chi Squere*, hanya dua variabel yang berhubungan dengan kejadian asfiksia yaitu premature nilai *p-value*: 0,022 <0,05 dengan nilai OR 0,227; ketuban pecah dini *p-value*: 0,033<0,05 dengan nilai *OR* 4,250. Variabel yang tidak berhubungan dengan kejadian asfiksia dengan *p-value* > 0,05: usia ibu, preeklampsia/eklampsia, partus lama, paritas, usia gestasi, berat badan bayi lahir, dan jenis persalinan. Saran: Rumah Sakit mengadakan pelatihan manajemen kegawat daruratan neonatal untuk semua perawat ruangan neonatal.

Kata Kunci: Bayi Baru Lahir, Asfiksia

ABSTRACT

Name	: ROHAYATI
Study Program	: S1 Nursing
Title	: *The Relationship between Mother's Risk Factors and Characteristics of New Born Babies to the Asphyxia Occurrence at Budi Kemuliaan Hospital, Central Jakarta*
Supervisor I	: Intan Parulian, SKp., MN
Advisor II	: Handayani SKp., Mkep, Sp.Mat.

The world health organization states that every year approximately 3% (3.6 million) of the 120 million babies born have asphyxia (Depkes RI, 2009). The incidence of asphyxia neonatorum is still a serious problem in Indonesia. The purpose of this study was to determine the relationship of maternal risk factors and characteristics of newborns to the incidence of asphyxia in Budi Kemuliaan Hospital, Central Jakarta. This type of research is quantitative with correlative and data collection is done by cross sectional approach. The population in this study were all pregnant women who delivered at the Budi Kemuliaan Hospital. The sample in this study were 43 patients consisting of 22 asphyxia patients and 21 non-asphyxia patients. The results showed that the majority of respondents: aged 20-35 years (69.8%), did not occur preeclampsia / eclampsia (62.8%), prolonged labor <24 hours (74.4%), gestational age aterm (69.8 %), primiparous parity (46.5%), birth weight 2500-4000 grams (65.1%), premature babies (55.8%), labor with action (90.7%), KPD (65, 1%), the incidence of asphyxia (51.2%). After conducting statistical tests with Chi Squere, only two variables were associated with the incidence of asphyxia, namely premature p-value: 0.022 with OR 0,227; premature rupture of membranes p-value: 0.033 <0.05 with a value of OR 4,250. *Variables not related to the incidence of asphyxia: maternal age, preeclampsia / eclampsia, prolonged labor, parity, gestational age, body weight babies born, and type of deliver. Suggestion: Hospitals hold neonatal emergency management training for all nonatal room nurses.*

Keywords: Newborns, Asphyxia

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL
HALAMAN JUDUL
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
KATA PENGANTAR iv
HALAMAN PERNYATAAN MEMBUAT ARTIKEL vi
ABSTRAK vii
DAFTAR ISI ix
DAFTAR GAMBAR xi
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR LAMPIRAN xiii
BAB I PENDAHULUAN
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 3
1.3 Tujuan Penelitian 4
1.4 Manfaat Penelitian 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
2.1 Konsep Dasar Asfiksia
2.1.1 Definisi Asfiksia 7
2.1.2 Patofisiologi Asfiksia 8
2.1.3 Etiologi Asfiksia 11
2.1.4 Klasifikasi Asfiksia 35
2.2 Kerangka Teori 37
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN
3.1 Kerangka Penelitian 38
3.2 Variabel Penelitian Dan Definisi Operasional 39
3.3 Hipotesa Penelitian 42
BAB IV METODELOGI PENELITIAN
4.1 Desain Penelitian 43
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian 43
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian 43
4.4 Cara Pengambilan Sampel 45
4.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi 46
4.6 Teknik Pengumpulan Data 46
4.7 Pengolahan data 47
4.8 Etika Penelitian 49
4.10 Analisa Data 50
BAB V HASIL PENELITIAN
5.1 Analisa Univariat 52
5.2 Analisa Bivariat 57
BAB VI PEMBAHASAN
6.1 Interpretasi dan Hasil Penelitian 67
6.2 Keterbatasan Penelitian 102
6.3 Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan, Pendidikan, dan Penelitian 103

Universitas Binawan

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN
7.1 Kesimpulan..... 105
7.2 Saran..... 107
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

Universitas Binawan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Interpretasi Ballard Score 29
Gambar 2.2 Kerangka Teori 37
Gambar 3.1 Kerangka Penelitian 38

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional..... 40
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Usia Ibu Hamil 52
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Preeklampsi/Eklampsia 53
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Partus Lama..... 53
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Usia Gestasi..... 54
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Paritas..... 54
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Berat Badan Bayi Lahir 55
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Bayi Prematur 55
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Jenis Persalinan 56
Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi KPD 56
Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Kejadian Asfiksia 57
Tabel 5.11 Tabel Silang Hubungan Usia Ibu terhadap Kejadian Asfiksia 58
Tabel 5.12 Tabel Silang Hubungan Preeklampsia/Eklampsia terhadap Berat Badan Bayi Baru 59
Tabel 5.13 Tabel Silang Hubungan Partus Lama terhadap Kejadian Asfiksia. 60
Tabel 5.14 Tabel Silang Hubungan Usia Gestasi terhadap Kejadian Asfiksia. 61
Tabel 5.15 Tabel Silang Paritas Ibu terhadap Kejadian Asfiksia 62
Tabel 5.16 Tabel Silang Berat Bayi Lahir terhadap Kejadian Asfiksia 63
Tabel 5.17 Tabel Silang Hubungan Bayi Prematur terhadap Kejadian Asfiksia 64
Tabel 5.18 Tabel Silang Hubungan Jenis Persalinan terhadap Kejadian Asfiksia 65
Tabel 5.19 Tabel Silang Hubungan KPD terhadap Kejadian Asfiksia 66

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Biodata Penulis
Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian
Lampiran 3. Hasil Pengolahan Data (SPSS)
Lampiran 4. Lembar Kuesioner
Lampiran 5. Jadwal Kegiatan Penelitian
Lampiran 6. Lembar Konsul Skripsi Penelitian

Universitas Binawan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asfiksia neonatorum merupakan kegawatdaruratan bayi baru lahir berupa gagal nafas secara spontan dan teratur beberapa saat setelah lahir yang ditandai dengan hipoksemia, hiperkapnia, dan asidosis. Seorang neonatus disebut asfiksia bila terdapat nilai apgar menit kelima dibawah 0-6, adanya asidosis pada darah tali pusat (pH<7), adanya gangguan neurologis (misal: kejang, hipotonia, atau koma), dan adanya gangguan multiorgan misal: gangguan kardiovaskular, gastrointestinal, pulmonal dan renal (Kemenkes, 2015).

Menurut UNICEF (2018 dalam Hospita 2018), angka kematian bayi secara global masih mengkhawatirkan, setiap tahunnya 2,6 juta bayi di seluruh dunia tidak dapat mampu bertahan hidup selama lebih dari 1 bulan. Satu juta diantaranya meninggal saat lahir. Menurut UNICEF, 80% kematian disebabkan oleh: asfiksia, komplikasi saat lahir, atau infeksi seperti pneumonia (Hospita, 2018).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa setiap tahunnya kira-kira 3% (3,6 juta) dari 120 juta bayi lahir mengalami asfiksia, hampir 1 juta dari kelahiran bayi asfiksia ini kemudian meninggal. WHO menyebutkan bahwa asfiksia menempati urutan ke-6 yaitu sebanyak 8% sebagai penyebab kematian anak di seluruh dunia setelah pneumonia, malaria, sepsis neonatorum dan kelahiran prematur.

Diantara bayi yang masih bisa bertahan hidup setelah asfiksia setidaknya satu juta diantaranya hidup dengan morbiditas jangka panjang seperti *cerebral palsy*, retardasi mental, dan gangguan belajar (DepKes RI, 2009). Menurut Vidia dan Pongki (2016), sebagai akibat dari kekurangan perfusi oksigen dan oksigenasi jaringan, akan menimbulkan kerusakan jaringan otak yang irreversible, kerusakan organ tubuh lain, atau kematian. Keadaan bayi yang membahayakan akan memperlihatkan satu atau lebih tanda-tanda klinis : seperti : tonus otot buruk karena kekurangan oksigen pada otak, otot dan organ lain: depresi pernafasan karena otak kekurangan oksigen; bradikardia (penurunan frekuensi jantung) karena kekurangan oksigen pada otot jantung atau sel otak ; tekanan darah rendah karena kekurangan oksigen pada otot jantung, kehilangan darah atau kekurangan aliran darah yang kembali ke plasenta sebelum dan selama proses persalinan; Takipnu (pernafasan cepat) karena kegagalan absorbsi cairan paru-paru dan sianosis karena kekurangan oksigen didalam darah.

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Kasus kematian bayi berdasarkan faktor dari bayi, akibat prematur berkontribusi sebanyak 32 kasus (21,92 %), akibat asfiksia neonatorum berkontribusi sebanyak 46 kasus (31,51 %).

Berdasarkan data rekam medik (RM) RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat pada bulan Januari-Mei 2019 terdapat 1769 bayi lahir di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Dalam periode Januari-Mei 2019 terdapat 5 % bayi baru lahir mengalami asfiksia, di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

asfiksia menempati 3 besar diagnosa utama bayi baru lahir di mana urutan pertama dan kedua adalah bayi dengan diagnosa medis ikterik neonatorum dan berikutnya adalah bayi dengan diagnosa berat bayi lahir rendah (BBLR). Dalam survey awal yang dilakukan tanggal 16-22 Mei 2019 di temukan 3 bayi dengan kasus asfiksia di Ruang Dewi Shinta NICU PERINA RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Dimana bayi dengan kasus asfiksia tersebut mempunyai riwayat: usia ibu rata-rata 25-30 tahun, paritas rata-rata multipara, usia kehamilan rata-rata >37 minggu, dan BB bayi rata-rata > 2500 gram. Oleh karena itu penulis tertarik meneliti "Hubungan faktor risiko ibu dan karakteristik bayi baru lahir terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat".

1.2 Perumusahan Masalah

Upaya yang dilakukan untuk menurunkan angka kejadian asfiksia dengan memberikan pelayanan maternal dan neonatal, termasuk pelayanan persalinan yang lebih baik namun bayi baru lahir masih banyak menderita asfiksia. Menurut WHO 2012, pada kasus asfiksia berat dapat menyebabkan *Hipoksia Iskemik Ensefalopati (HIE),*dan bisa menyebabkan kerusakan neurologis permanen. Asfiksia dapat dicegah dan ditangani, namun terkendala oleh akses ke pelayanan kesehatan, kemampuan tenaga kesehatan, keadaan sosial ekonomi, sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik, terlambatnya deteksi dini kehamilan risiko tinggi dan kesadaran orang tua untuk mencari pertolongan kesehatan. Berdasarkan data rekam medik (RM) RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat masih

tingginya angka kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat, dan asfiksia menempati 3 besar diagnosa utama bayi baru lahir dengan presentase kejadian asfiksia sebanyak 5 % dari angka kelahiran. Penelitian ini melihat "Hubungan faktor risiko ibu dan karakteristik bayi baru lahir terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat?".

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan faktor risiko ibu dan karakteristik bayi baru lahir terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat?

1.3.2 Tujuan Khusus.

1.3.2.1 Mengidentifikasi usia ibu melahirkan di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

1.3.2.2 Mengidentifikasi kejadian preeklampsia/eklampsia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.3 Mengidentifikasi partus lama di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.4 Mengidentifikasi usia gestasi di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.5 Mengidentifikasi paritas di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.6 Mengidentifikasi berat badan bayi di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.7 Mengidentifikasi bayi prematur di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.8 Mengidentifikasi jenis persalinan di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.9 Mengidentifikasi ketuban pecah dini di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.10 Mengidentifikasi kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.11 Menganalisa hubungan usia ibu melahirkan terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

1.3.2.12 Menganalisa hubungan kejadian preeklampsia/eklampsia terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.13 Menganalisa hubungan partus lama terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.14 Menganalisa hubungan usia gestasi terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.15 Menganalisa hubungan paritas terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.16 Menganalisa hubungan berat badan bayi terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.17 Menganalisa hubungan bayi prematur terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.18 Menganalisa hubungan jenis persalinan terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

1.3.2.19 Menganalisa hubungan ketuban pecah dini terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

1.4 Manfaat Penelitian.

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan.

Dapat digunakan sebagai sumber bacaan untuk penelitian selanjutnya atau dijadikan referensi untuk peningkatan kualitas pendidikan ilmu keperawatan

1.4.2 Bagi Rumah Sakit.

Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan dalam upaya peningkatan kompetensi tenaga kesehatan terkait pelayanan maternal dan neonatal serta kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

1.4.3 Bagi Masyarakat.

Dari penelitian ini dapat digunakan sebagai masukkan khususnya keluarga yang sedang hamil lebih memperhatikan kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan sebelum proses persalinan dengan melakukan pemeriksaan rutin kesehatan ibu dan janin.

1.4.4 Bagi Peneliti.

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan keilmuan dan menambah pengalaman peneliti dalam melaksanakan penelitian. Serta dapat dijadikan dasar untuk penelitian selanjutnya seperti pengaruh stabilisasi penanganan kegawatdaruratan maternal terhadap kejadian asfiksia, atau pengaruh kejadian asfiksia terhadap pertumbuhan bayi / anak.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Asfiksia

2.1.1 Definisi Asfiksia

Asfiksia pada bayi baru lahir (BBL) menurut Ikatatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (Prambudi, 2013). Begitu juga WHO (2012) menurut asfiksia neonatorum sebagai kegagalan bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Depkes RI, (2009) mendefinisikan asfiksia sebagai keadaan bayi tidak bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Seringkali bayi yang sebelumnya mengalami gawat janin akan mengalami asfiksia sesudah persalinan. Masalah ini mungkin berkaitan dengan keadaan ibu, tali pusat, atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan.

Menurut *American Academy of Pediatrics* dan *American College of Obstetricians and Gynecologist* (2010), bayi neonatus disebut mengalami asfiksia bila memenuhi kondisi sebagai berikut: nilai Apgar 0-6 menetap lebih dari 5 menit, adanya asidosis pada pemeriksaan darah tali pusat (pH<7,0), terdapat gangguan neurologis, seperti kejang, hipotoni, atau koma, adanya disfungsi multiorgan. Disfungsi multiorgan tersebut dapat memberikan efek jangka panjang terutama pada fungsi neurologis (Sills, 2010).

Asfiksia dapat terjadi selama antepartum, intrapartum, dan postpartum dengan penyebab bisa faktor ibu, faktor bayi, dan faktor plasenta. Beberapa penelitian menyatakan bahwa asfiksia yang terjadi selama antepartum sebanyak 50% kasus, intrapartum 40%, dan sisanya selama postpartum sebanyak 10% (Dilenge *et al*, 2011).

Kondisi patofisiologis yang menyebabkan asfiksia meliputi kurangnya oksigenasi sel, retensi karbondioksida yang berlebihan, dan asidosis metabolik. Kombinasi ketiga peristiwa itu menyebabkan kerusakan sel dan lingkungan biokimia yang tidak cocok dengan kehidupan (Varney, 2009). Akibat-akibat asfiksia akan bertambah buruk apabila penanganan bayi tidak dilakukan secara sempurna. Tindakan yang akan dilakukan pada bayi bertujuan mempertahankan kelangsungan hidupnya dan membatasi gejala-gejala lanjut yang mungkin timbul (Prawirohardjo, 2012).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa asfiksia adalah kegagalan bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir di ikuti dengan nilai Apgar 0-6 menetap lebih dari 5 menit, adanya asidosis pada pemeriksaan darah tali pusat (pH<7,0), dan terdapat gangguan neurologis.

2.1.2 Patofisiologi

Proses kelahiran selalu menimbulkan asfiksia ringan yang bersifat sementara, proses ini dianggap perlu untuk merangsang kemoreseptor pusat pernapasan agar terjadi *primary gasping* yang kemudian berlanjut dengan pernapasan teratur. Sifat asfiksia ini tidak mempunyai pengaruh

buruk karena reaksi adaptasi bayi dapat mengatasinya. Kegagalan pernapasan mengakibatkan gangguan pertukaran oksigen dan karbondioksida sehingga menimbulkan berkurangnya oksigen dan meningkatnya karbondioksida, diikuti dengan asidosis respiratorik. Apabila proses berlanjut maka metabolisme sel akan berlangsung dalam suasana anaerob yang berupa glikolisis glikogen sehingga sumber utama glikogen terutama pada jantung dan hati akan berkurang dan asam organik yang terjadi akan menyebabkan asidosis metabolik. Pada tingkat selanjutnya akan terjadi perubahan kardiovaskular yang disebabkan beberapa keadaan diantaranya (Radityo, 2011):

a. Hilangnya sumber glikogen dalam jantung akan mempengaruhi fungsi jantung
b. Terjadinya asidosis metabolik mengakibatkan menurunnya sel jaringan termasuk otot jantung sehingga menimbulkan kelemahan jantung
c. Pengisian udara alveolus yang kurang adekuat menyebabkan tetap tingginya resistensi pembuluh darah paru, sehingga sirkulasi darah ke paru dan sistem sirkulasi tubuh lain mengalami gangguan.

Sehubungan dengan proses faali tersebut maka fase awal asfiksia ditandai dengan pernapasan cepat dan dalam selama 3 menit (periode hiperpnea) diikuti apneu primer kira-kira 1 menit dimana pada saat ini denyut jantung dan tekanan darah menurun. Kemudian bayi akan mulai bernapas (*gasping*) 8-10 kali permenit selama beberapa menit, *gasping* ini semakin

melemah sehingga akhirnya timbul apneu sekunder. Pada keadaan normal fase-fase ini tidak jelas terlihat karena setelah pembersihan jalan napas bayi maka bayi akan segera bernapas dan menangis kuat (Prawirohardjo, 2012).

Pemakaian sumber glikogen untuk energi dalam metabolisme anaerob menyebabkan dalam waktu singkat tubuh bayi akan menderita hipoglikemia. Pada asfiksia berat menyebabkan kerusakan membran sel terutama sel susunan saraf pusat sehingga mengakibatkan gangguan elektrolit, berakibat menjadi hyperkalemia dan pembengkakan sel. Kerusakan sel otak terjadi setelah asfiksia berlangsung selama 8-15 menit.

Manifestasi dari kerusakan sel otak dapat berupa *ensefalopati hipoksik iskemik* (HIE) yang terjadi setelah 24 jam pertama dengan didapatkan adanya gejala seperti kejang subtle, multifokal, atau fokal klonik. Manifestasi ini dapat muncul sampai hari ketujuh dan untuk penegakan diagnosis diperlukan pemeriksaan penunjang seperti rekaman elektroensefalogram (Radityo, 2011).

Menurun atau terhentinya denyut jantung akibat asfiksia mengakibatkan iskemia. Iskemia akan memberikan akibat yang lebih hebat dari hipoksia karena menyebabkan perfusi jaringan kurang baik sehingga glukosa sebagai sumber energi tidak dapat mencapai jaringan dan hasil metabolisme anaerob tidak dapat dikeluarkan dari jaringan (Varney, 2009).

Iskemia dapat mengakibatkan sumbatan pada pembuluh darah kecil setelah mengalami asfiksia selama 5 menit atau lebih sehingga darah tidak dapat mengalir meskipun tekanan perfusi darah sudah kembali normal. Peristiwa ini mungkin mempunyai peranan penting dalam menentukan kerusakan yang menetap dalam proses asfiksia (Radityo, 2011).

2.1.3 Etiologi

Menurut DepKes RI (2009), faktor-faktor yang dapat menyebabkan asfiksia antara lain:

2.1.3.1 Faktor ibu

Faktor ibu yang dapat menyebabkan asfiksia adalah:

1.) Usia Ibu hamil

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) (2019), usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) sampai dengan sekarang saat ibu melahirkan. Menurut Prawirohardjo (2012), 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 <20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang teradi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali pada usia >30-35 tahun. Pada umur kurang dari 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila

terjadi kehamilan dan persalinan akan mudah mengalami komplikasi. Selain itu, kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal.

Menurut Ekasari (2015), terdapat pengaruh usia ibu (*p-value* = 0,015) terhadap asfiksia bayi pada ibu dengan preeklampsia. Begitu juga penelitian Maringga dan Sari (2017), menunjukan bahwa terdapat hubungan antara usia gestasi terhadap kejadian asfiksia dengan nilai *p-value* = 0,001. Karakteristik dalam penelitian Maringga dan Sari (2017) mayoritas: usia ibu 20-35 tahun (59,7%), paritas multi gravida (58%), riwayat persalinan SC (51,6%), usia gestasi aterm (56,5%), tingkat asfiksia neonatorum sedang (71%).

Menurut Gilang dkk (2015), terdapat hubungan umur ibu (*p-value* = 0,040) dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Tugu Rejo Semarang. Fajariyanti (2017), dalam penelitiannya menunjukan bahwa dari beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian asfiksia neonatorum di RSU PKU Muhammadiyah Bantul hanya faktor usia ibu yang berpengaruh terhadap kejadian asfiksia dengan nilai *p-value* = 0,019. Menurut Gerungan, dkk (2014), salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian afiksia neonatorum di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado adalah usia ibu (*p-value* = 0,030).

2.) Preeklampsia dan eklampsia

Preeklampsia ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester III kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa. (Hanifa Wiknjosastri, 2007).

Faktor Risiko Preeklampsia antara lain: riwayat preeklampsia, primigravida karena pada primigravida pembentukan antibody penghambat (blocking antibodies) belum sempurna sehingga meningkatkan resiko terjadinya preeklampsia, kegemukan, kehamilan ganda, riwayat penyakit tertentu (penyakit tersebut meliputi hipertensi kronik, diabetes, penyakit ginjal atau penyakit degenerate seperti reumatik arthritis atau lupus (Masjoer dkk, 2009).

Eklampsia merupakan kasus akut pada penderita preeklampsia, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan koma (Prawirohardjo, 2012).

Penyebab eklampsia masih belum diketahui secara pasti, salah satu teori yang dikemukakan ialah bahwa eklampsia disebabkan iskemia Rahim dan plasenta (*ischemia uteroplasenta*). Selama kehamilan, uterus memerlukan darah lebih banyak. Pada mola hidatidosa, hidramnion, kehamilan ganda, multipara, pada akhir kehamilan, pada persalinan, juga pada penyakit pembuluh darah, diabetes, dan perdarahan

menyebabkan darah dalam dinding rahim kurang. Maka, keluarlah zat-zat dari plasenta atau decidua yang menyebabkan vasospasmus dan hipertensi (Sujiantini, 2009).

Penelitian Rahmawati (2014), hasil penelitiannya menunjukan bahwa terdapat hubungan antara preeklampsia pada ibu hamil terhadap kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dimana hasil uji statistiknya menunjukan nilai *p-value* = 0,000. Dalam penelitiannya, mayoritas: umur ibu 20-35 tahun (71,7%), tingkat pendidikan ibu SMA (40,6%), pekerjaan ibu wiraswasta (31,9%), paritas multipara (58%), riwayat preeklampsia tidak ada (94,2%), kelahiran bayi matur (94,9%), berat badan bayi lahir ≥2500 gr (94,2%), tingkat preeklampsia berat (63,0%), dan mengalami asfiksia (57,2%).

Menurut Indah dan Apriliana (2016), Preeklampsia mengakibatkan tekanan darah yang tinggi menyebabkan berkurangnya kiriman darah ke plasenta. Hal ini mengurangi suplai oksigen dan makanan bagi bayi. Akibat penurunan darah ke plasenta perkembangan bayi menjadi lambat, dan terjadi hipoksia intrauterin, lebih fatal lagi, penyakit ini bisa menyebabkan lepasnya jaringan plasenta secara tiba-tiba dari uterus sebelum waktunya. Ketidakmampuan bayi setelah dilahirkan untuk bernapas normal karena gangguan pertukaran dan transport oksigen dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan ketersediaan oksigen dan pengeluaran

karbondioksida. Efek hipoksia ini adalah asfiksia. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa preeklampsia dalam kehamilan menyebabkan resiko terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir.

Penelitian Wahyuni & Ismail (2015), menunjukan bahwa preeklampsia / eklampsia pada ibu hamil mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dimana nilai OR: 2,20; 95% CI=1,10-4,4.

Indah & Apriliana (2016) juga menunjukan terdapat hubungan antara preeklampsia/eklampsia dalam kehamilan dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir Indah, S.N., & Apriliana. (2016).

3.) Perdarahan abnormal (*plasenta previa atau solusio plasenta*)

Solutio Plasenta yaitu terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada uterus, dengan umur kehamilan diatas 22 minggu dan berat janin lebih dari 500 gram (Prawirohardjo, 2009).

Utami dan Erika (2010 dalam Herawati 2013) menjelaskan bahwa kejadian asfiksia pada bayi yang lahir dengan *plasenta previa* lebih tinggi daripada bayi yang lahir tanpa kelainan.

Penelitian Herawati (2013), menunjukan bahwa terdapat hubungan antara *solutio previa* terhadap kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dimana hasil uji statistiknya didapatkan nilai *p-value* = 0,000.

Menurut Yanti (2016), Dari hasil uji chi statistik antara hubungan perdarahan antepartum dengan asfiksia neonatorum diperoleh nilai *p-value* = 0,008 dengan nilai OR 3,750. Disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna secara statistik antara perdarahan antepartum dengan kejadian asfiksia neonatorum. Peluang kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dengan ibu perdarahan antepartum sebanyak 3,7 kali.

4.) Partus lama atau partus macet

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam yang dinyatakan lama jika terjadi keterlambatan 2-3 jam di belakang partograf normal (Liu, 2009).

Penelitian Masyita (2012), menunjukan bahwa terdapat hubungan antara partus lama dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dengan nilai *p-value* = 0,010.

Jauhari (2016), juga menunjukan Dalam penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang signifikan dari partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan *p-value* = 0.000 yang berarti lebih kecil dari $\alpha = 0.05$.

Pengaruh persalinan lama dengan asfiksia dapat disebabkan karena kala II lama yang menyebabkan kompresi tali pusat dan kontraksi uterus yang berlangsung lama sehingga transportasi oksigen ke janin berkurang dan mengakibatkan pemenuhan oksigen janin pun berkurang yang

dapat menyebabkan asfiksia pada janin (Sulistyowati dan Ngadiyono, 2014).

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

Penyakit infeksi adalah masalah kesehatan yang disebabkan oleh organisme seperti virus, bakteri, jamur, dan parasit. Keluar masuknya organisme dalam peredaran darah dapat mempengaruhi jumlah leukosit dalam tubuh. Kadar leukosit (sel darah putih) yang terlalu tinggi dapat mengindikasikan adanya infeksi dalam tubuh. Nilai Leukosit normal orang dewasa adalah 3.500-10.500/mL darah (Willy, 2018).

Saat hamil, sistem kekebalan tubuh harus bekerja ekstra karena mendukung imunitas ibu hamil serta bayinya. Begitu juga dengan perubahan hormon yang mempengaruhi saluran kemih dan organ yang berkaitan, yang terdiri dari ginjal, ureter, kandung kemih, urethra. membuat Moms juga rentan terhadap infeksi ragi vagina (*yeast infection*). Jika tak diobati dengan tuntas bisa memicu komplikasi kehamilan, menularkan penyakit pada bayi melalui plasenta, menyebabkan keguguran, berisiko persalinan prematur, bayi cacat lahir hingga kematian (Ros, 2018).

Penelitian Worobay (2010), menunjukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sifilis dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan hasil uji *chi square* = X^2 hitung > X^2 tabel (1616,98>3,84).

6.) Usia gestasi, Kehamilan lewat waktu (sesudah 42 minggu kehamilan).

Menurut Kosim (2010), Klasifikasi berdasarkan masa gestasi atau umur kehamilan adalah Bayi Kurang Bulan (BKB) atau *preterm* dimana bayi dilahirkan dengan masa gestasi < 37 minggu (< 259 hari), Bayi Cukup Bulan (BCB) atau *aterm* yaitu bayi dilahirkan dengan masa gestasi 37- 42 minggu (259-293 hari), dan Bayi Lebih Bulan (BLB) atau *posterm*, bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi > 42 minggu (294 hari).

Penelitian Qodarsih dan Putri (2016), menunjukan ada hubungan antara kehamilan post term dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir di RSUD Dr Soedirman Kebumen dengan keeratan cukup erat. Penelitian Mulia (2014), juga menunjukan ada hubungan yang signifikan kehamilan post term dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dan besar resiko asfiksia 3,571 kali lebih besar pada persalinan post term daripada aterm dengan nilai *p-value* = 0,013. Penelitian Utami (2015), terdapat hubungan yang bermakna antara lama persalinan dengan asfiksia neonatorum dengan nilai *p-value*

0,001. Menurut Gerungan, dkk (2014), salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado adalah usia gestasi (*p-value* = 0,023). Ekasari (2015), menunjukan bahwa terdapat hubungan usia gestasi (*p-value* = 0,015) terhadap asfiksia bayi pada ibu dengan preeklampsia.

Pengukuran gestasi bayi baru lahir dapat menggunakan *Ballard Score*. Sistem penilaian ini dikembangkan oleh Dr. Jeanne L Ballard, MD untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir melalui penilaian neuromuscular dan fisik. Penilaian neuromuskular meliputi postur, square window, arm recoil, sudut popliteal, scarf sign dan heel to ear maneuver. Penilaian fisik yang diamati adalah kulit, lanugo, permukaan plantar, payudara, mata/telinga, dan genitalia.

6.1 Penilaian Maturitas Neuromuskular

a) Postur

Tonus otot tubuh tercermin dalam postur tubuh bayi saat istirahat dan adanya tahanan saat otot diregangkan. Ketika pematangan berlangsung, berangsur-angsur janin mengalami peningkatan tonus fleksor pasif dengan arah sentripetal, dimana ekstremitas bawah sedikit lebih awal dari ekstremitas atas. Pada awal kehamilan hanya pergelangan kaki yang fleksi. Lutut mulai fleksi bersamaan dengan pergelangan tangan. Pinggul mulai

fleksi, kemudian diikuti dengan abduksi siku, lalu fleksi bahu. Pada bayi prematur tonus pasif ekstensor tidak mendapat perlawanan, sedangkan pada bayi yang mendekati matur menunjukkan perlawanan tonus fleksi pasif yang progresif. Untuk mengamati postur, bayi ditempatkan terlentang dan pemeriksa menunggu sampai bayi menjadi tenang pada posisi nyamannya. Jika bayi ditemukan terlentang, dapat dilakukan manipulasi ringan dari ekstremitas dengan memfleksikan jika ekstensi atau sebaliknya. Hal ini akan memungkinkan bayi menemukan posisi dasar kenyamanannya. Fleksi panggul tanpa abduksi memberikan gambaran seperti posisi kaki kodok.

b) Square Window

Fleksibilitas pergelangan tangan dan atau tahanan terhadap peregangan ekstensor memberikan hasil sudut fleksi pada pergelangan tangan. Pemeriksa meluruskan jari-jari bayi dan menekan punggung tangan dekat dengan jari-jari dengan lembut. Hasil sudut antara telapak tangan dan lengan bawah bayi dari preterm hingga post term diperkirakan berturut-turut > 90°, 90°, 60°, 45°, 30°, dan 0°.

c) Arm Recoil

Manuver ini berfokus pada fleksor pasif dari tonus otot biseps dengan mengukur sudut mundur singkat

setelah sendi siku difleksi dan ekstensikan. Arm recoil dilakukan dengan cara evaluasi saat bayi terlentang. Pegang kedua tangan bayi, fleksikan lengan bagian bawah sejauh mungkin dalam 5 detik, lalu rentangkan kedua lengan dan lepaskan. Amati reaksi bayi saat lengan dilepaskan. Skor 0: tangan tetap terentang/ gerakan acak, Skor 1: fleksi parsial 140-180°, Skor 2: fleksi parsial 110-140°, Skor 3: fleksi parsial 90-100°, dan Skor 4: kembali ke fleksi penuh.

d) Popliteal Angle

Manuver ini menilai pematangan tonus fleksor pasif sendi lutut dengan menguji resistensi ekstremitas bawah terhadap ekstensi. Dengan bayi berbaring telentang, dan tanpa popok, paha ditempatkan lembut di perut bayi dengan lutut tertekuk penuh. Setelah bayi rileks dalam posisi ini, pemeriksa memegang kaki satu sisi dengan lembut dengan satu tangan sementara mendukung sisi paha dengan tangan yang lain. Jangan memberikan tekanan pada paha belakang, karena hal ini dapat mengganggu interpretasi. Kaki diekstensikan sampai terdapat resistensi pasti terhadap ekstensi. Ukur sudut yang terbentuk antara paha dan betis di daerah popliteal. Perlu diingat bahwa pemeriksa harus menunggu sampai bayi berhenti menendang secara aktif sebelum melakukan

ekstensi kaki. Posisi Frank Breech pralahir akan mengganggu maneuver ini untuk 24 hingga 48 jam pertama usia karena bayi mengalami kelelahan fleksor berkepanjangan intrauterine. Tes harus diulang setelah pemulihan telah terjadi.

e) *Scarf Sign*

Manuver ini menguji tonus pasif fleksor gelang bahu. Dengan bayi berbaring telentang, pemeriksa mengarahkan kepala bayi ke garis tengah tubuh dan mendorong tangan bayi melalui dada bagian atas dengan satu tangan dan ibu jari dari tangan sisi lain pemeriksa diletakkan pada siku bayi. Siku mungkin perlu diangkat melewati badan, namun kedua bahu harus tetap menempel di permukaan meja dan kepala tetap lurus dan amati posisi siku pada dada bayi dan bandingkan dengan angka pada lembar kerja, yakni, penuh pada tingkat leher (-1); garis aksila kontralateral (0); kontralateral baris puting (1); prosesus xyphoid (2); garis puting ipsilateral (3); dan garis aksila ipsilateral (4).

f) Heel to Ear

Manuver ini menilai tonus pasif otot fleksor pada gelang panggul dengan memberikan fleksi pasif atau tahanan terhadap otot-otot posterior fleksor pinggul. Dengan posisi bayi terlentang lalu pegang kaki bayi

dengan ibu jari dan telunjuk. tarik sedekat mungkin dengan kepala tanpa memaksa. pertahankan panggul pada permukaan meja periksa dan amati jarak antara kaki dan kepala serta tingkat ekstensi lutut (bandingkan dengan angka pada lembar kerja). Penguji mencatat lokasi dimana resistensi signifikan dirasakan. Hasil dicatat sebagai resistensi tumit ketika berada pada atau dekat: telinga (-1); hidung (0); dagu (1); puting baris (2); daerah pusar (3); dan lipatan femoralis (4).

6.2 Penilaian Maturitas Fisik

a) Kulit

Pematangan kulit janin melibatkan pengembangan struktur intrinsiknya bersamaan dengan hilangnya secara bertahap dari lapisan pelindung, yaitu vernix caseosa. Oleh karena itu kulit menebal, mengering dan menjadi keriput dan / atau mengelupas dan dapat timbul ruam selama pematangan janin. Fenomena ini bisa terjadi dengan kecepatan berbeda-beda pada masing-masing janin tergantung pada pada kondisi ibu dan lingkungan intrauterin. Sebelum perkembangan lapisan epidermis dengan stratum corneumnya, kulit agak transparan dan lengket ke jari pemeriksa. Pada usia perkembangan selanjutnya kulit menjadi lebih halus, menebal dan menghasilkan pelumas, yaitu vernix, yang menghilang

menjelang akhir kehamilan, pada keadaan matur dan post matur, janin dapat mengeluarkan mekonium dalam cairan ketuban. Hal ini dapat mempercepat proses pengeringan kulit, menyebabkan mengelupas, pecah-pecah, dehidrasi, sepeti sebuah perkamen.

b) Lanugo

Lanugo adalah rambut halus yang menutupi tubuh fetus. Pada extreme prematurity kulit janin sedikit sekali terdapat lanugo. Lanugo mulai tumbuh pada usia gestasi 24 hingga 25 minggu dan biasanya sangat banyak, terutama di bahu dan punggung atas ketika memasuki minggu ke 28. Lanugo mulai menipis dimulai dari punggung bagian bawah. Daerah yang tidak ditutupi lanugo meluas sejalan dengan maturitasnya dan biasanya yang paling luas terdapat di daerah lumbosakral.

Pada punggung bayi matur biasanya sudah tidak ditutupi lanugo. Variasi jumlah dan lokasi lanugo pada masing-masing usia gestasi tergantung pada genetik, kebangsaan, keadaan hormonal, metabolik, serta pengaruh gizi. Sebagai contoh bayi dari ibu dengan diabetes mempunyai lanugo yang sangat banyak. Pada melakukan skoring pemeriksa hendaknya menilai pada daerah yang mewakili jumlah relatif lanugo bayi yakni pada daerah atas dan bawah dari punggung bayi.

c) Permukaan Plantar

Garis telapak kaki pertama kali muncul pada bagian anterior ini kemungkinan berkaitan dengan posisi bayi ketika di dalam kandungan. Bayi dari ras selain kulit putih mempunyai sedikit garis telapak kaki lebih sedikit saat lahir. Di sisi lain pada bayi kulit hitam dilaporkan terdapat percepatan maturitas neuromuskular sehingga timbulnya garis pada telapak kaki tidak mengalami penurunan. Namun demikian penilaian dengan menggunakan skor Ballard tidak didasarkan atas ras atau etnis tertentu. Bayi very premature dan extremely immature tidak mempunyai garis pada telapak kaki. Untuk membantu menilai maturitas fisik bayi tersebut berdasarkan permukaan plantar maka dipakai ukuran panjang dari ujung jari hingga tumit. Untuk jarak kurang dari 40 mm diberikan skor -2, untuk jarak antara 40 hingga 50 mm diberikan skor -1

d) Payudara

Areola mammae terdiri atas jaringan mammae yang tumbuh akibat stimulasi esterogen ibu dan jaringan lemak yang tergantung dari nutrisi yang diterima janin. Pemeriksa menilai ukuran areola dan menilai ada atau tidaknya bintik-bintik akibat pertumbuhan papilla Montgomery. Kemudian dilakukan palpasi jaringan

mammae di bawah areola dengan ibu jari dan telunjuk untuk mengukur diameternya dalam millimeter.

c) Mata/Telinga

Daun telinga pada fetus mengalami penambahan kartilago seiring perkembangannya menuju matur. Pemeriksaan yang dilakukan terdiri atas palpasi ketebalan kartilago kemudian pemeriksa melipat daun telinga ke arah wajah, kemudian lepaskan dan pemeriksa mengamati kecepatan kembalinya daun telinga ketika dilepaskan ke posisi semulanya. Pemeriksaan Daun Telinga, Pada bayi prematur daun telinga biasanya akan tetap terlipat ketika dilepaskan.

Pemeriksaan mata pada intinya menilai kematangan berdasarkan perkembangan palpebra. Pemeriksa berusaha membuka dan memisahkan palpebra superior dan inferior dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari. Pada bayi extremely premature palpebra akan menempel erat satu sama lain. Dengan bertambahnya maturitas palpebra kemudian bisa dipisahkan walaupun hanya satu sisi dan meningggalkan sisi lainnya tetap pada posisinya. Hasil pemeriksaan pemeriksa kemudian disesuaikan dengan skor dalam tabel.

Perlu diingat bahwa banyak terdapat variasi kematangan palpebra pada individu dengan usia gestasi

yang sama. Hal ini dikarenakan terdapat faktor seperti stress intrauterin dan faktor humoral yang mempengaruhi perkembangan kematangan palpebral.

f) Genital (Pria)

Testis pada fetus mulai turun dari cavum peritoneum ke dalam scrotum kurang lebih pada minggu ke 30 gestasi. Testis kiri turun mendahului testis kanan yakni pada sekitar minggu ke 32. Kedua testis biasanya sudah dapat diraba di canalis inguinalis bagian atas atau bawah pada minggu ke 33 hingga 34 kehamilan. Bersamaan dengan itu, kulit skrotum menjadi lebih tebal dan membentuk rugae. Testis dikatakan telah turun secara penuh apabila terdapat di dalam zona berugae.

Pada nenonatus extremely premature scrotum datar, lembut, dan kadang belum bisa dibedakan jenis kelaminnya. Berbeda halnya pada neonatus matur hingga post matur, scrotum biasanya seperti pendulum dan dapat menyentuh kasur ketika berbaring.

Pada cryptorchidismus scrotum pada sisi yang terkena kosong, hipoplastik, dengan rugae yang lebih sedikit jika dibandingkan sisi yang sehat atau sesuai dengan usia kehamilan yang sama.

g) Genital (Perempuan)

Untuk memeriksa genitalia neonatus perempuan maka neonatus harus diposisikan telentang dengan pinggul abduksi kurang lebih 45o dari garis horisontal. Abduksi yang berlebihan dapat menyebabkan labia minora dan klitoris tampak lebih menonjol sedangkan aduksi menyebabkan keduanya tertutupi oleh labia majora.

Pada neonatus extremely premature labia datar dan klitoris sangat menonjol dan menyerupai penis. Sejalan dengan berkembangnya maturitas fisik, klitoris menjadi tidak begitu menonjol dan labia minora menjadi lebih menonjol. Mendekati usia kehamilan matur labia minora dan klitoris menyusut dan cenderung tertutupi oleh labia majora yang membesar. Labia majora tersusun atas lemak dan ketebalannya bergantung pada nutrisi intrauterin. Nutrisi yang berlebihan dapat menyebabkan labia majora menjadi besar pada awal gestasi. Sebaliknya nutrisi yang kurang menyebabkan labia majora cenderung kecil meskipun pada usia kehamilan matur atau post matur dan labia minora serta klitoris cenderung lebih menonjol.

6.3 Interpretasi Hasil

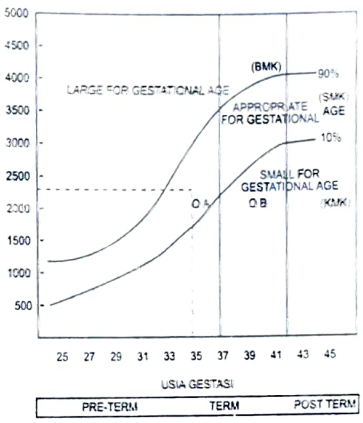
Masing-masing hasil penilaian baik maturitas neuromuskular maupun fisik disesuaikan dengan skor di dalam tabel dan dijumlahkan hasilnya. Interpretasi hasil dapat dilihat pada tabel skor.

Gambar 2.1
Interpretasi Ballard Skore

Budi Kemuliaan

MATURITAS FISIS

	0	1	2	3	4	5
Kulit	Merah, pecah-pecah	Pucat, vena jarang terlihat	Permukaan agak kasar, sedikit pecah-pecah, vena jarang terlihat	Sebagian besar permukaan kasar, vena sedikit terlihat	Kasar, pecah-pecah dan umumnya	
Lanugo	Tidak ada	Banyak	Tipis	Berkurang	Tidak ada	
Garis telapak kaki	Tidak ada	Tipis	Hanya garis transversal anterior	Garis pada 2/3 anterior	Seluruh telapak kaki	
Payudara	Hampir tidak terlihat	Areola datar tidak ada tonjolan	Areola sedikit tonjolan 1-2 mm	Areola menonjol, tonjolan 3-4 mm	Areola tumbuh, tonjolan 5-10 mm	
Telinga	Pina datar, masih terlipat	Pina sedikit lengkung, lunak, tidak cepat	Pina lengkung baik, lunak, tidak cepat	Pina bentuk baik, kaku segera	Kartilago sedikit, kaku	
Genital (laki)	Skrotum kosong tanpa rugae		Testis menurun, sedikit rugae	Testis sudah di skrotum, rugae bagus	Testis tergantung, rugae kasar	
Genital (wanita)	Klitoris dan labia minora prominan		Labia mayora dan minora sama-sama prominan	Labia mayora besar, minora kecil	Klitoris dan labia minora tertutup sama sekali	



NILAI	MINGGU
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Form : 39/FORM/RANAP-YANMED/V/2015
Revisi : 01

RUMAH SAKIT
Budi Kemuliaan

PENILAIAN USIA GESTASI (NEW, BALLARD SCORE)

No. Rekam Medis : _____

Nama _____ Tgl. Lahir : _____ Jenis Kelamin _____ Skor : _____

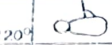
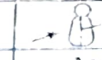
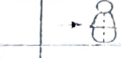
Suku Bangsa _____ Tgl. Pemeriksaan : _____ Tgl. Lahir : _____ Neomuscular : _____

Usia saat diperiksa : _____ Panjang : _____ Physical : _____

Skor Apgar Menit 1 _____ Menit 5 _____ Menit 10 _____ Lingkar kepala _____ Total : _____

Pemeriksa : _____

Neuromuscular maturity

Neuromuscular maturity sign	SCORE -1	0	1	2	3	4	5	Record Score
SIKAP								
JENDELA PERGELANGAN	 >90°	 90°	 60°	 <60°	 30°			
RIKOIL LENGAN		 180°	 140° to 180°	110 to 140°	 90° to 110°	 <90°		
SUDUT POPLITEAL	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 <90°	
TANDA SCARF								
TUMIT KE TELINGA								
							Total neuromuscular maturity score	

Maturity rating

Score	Weeks
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

[illegible]

7.) Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (viable). Jenis paritas bagi ibu yang sudah melahirkan antara lain yaitu: Primipara (ibu yang melahirkan anak pertama), Multipara (ibu yang melahirkan anak kedua dan ketiga), dan Grandemultipara (ibu yang melahirkan anak keempat atau lebih). Pada seorang grande multipara biasanya lebih banyak penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Prawirohardjo, 2012). Paritas yang tinggi memungkinkan terjadinya penyulit kehamilan dan persalinan yang dapat menyebabkan terganggunya transport O2 dari ibu ke janin yang akan menyebabkan asfiksia yang dapat dinilai dari APGAR Score menit pertama setelah lahir (Manuba, 2010).

Penelitian Aisyiah dkk (2016), menunjukan bahwa terdapat hubungan antara paritas (*p-value* = 0,002) dengan kejadian asfiksia neonatorum pada bayi baru lahir di RSUD Cilegon Provinsi Banten. Begitu juga penelitian Gerungan, dkk (2014), terdapat hubungan paritas (*p-value* = 0,036) dengan kejadian afiksia neonatorum di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.

Menurut Ekasari (2015), tidak terdapat pengaruh paritas (*p-value* = 0,149) terhadap asfiksia bayi pada ibu dengan preeklampsia.

2.1.3.2 Faktor Tali Pusat

Faktor Tali Pusat yang dapat menyebabkan asfiksia adalah

1.) Lilitan tali pusat

2.) Tali pusat pendek

3.) Simpul tali pusat, prolapsus tali pusat.

Menurut Katiandagho dkk (2018), terdapat hubungan antara lilitan tali pusat dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Liun Kendage (p-value 0,011). Menurut Windiani (2016), faktor risiko yang bermakna meningkatkan kejadian asfiksia neonatorum adalah salah satunya adalah lilitan tali pusat dengan adjusted OR (AOR)=6,55 (95%CI: 2,34-18,33).

2.1.3.3 Faktor bayi

Faktor bayi yang dapat menyebabkan asfiksia adalah

1.) Berat Badan Bayi Lahir

Berat badan lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu 1 jam pertama setelah lahir (Kosim, 2010). Menurut Gilang dkk (2015), terdapat hubungan berat badan bayi lahir (*p-value* = 0,033) dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Tugu Rejo Semarang. Penelitian Ekasari (2015), terdapat pengaruh berat lahir bayi (*p-value* = 0,001) terhadap asfiksia bayi pada ibu dengan preeklamsia. Menurut Windiani (2016), faktor risiko yang bermakna meningkatkan kejadian asfiksia neonatorum salah satunya

adalah berat badan bayi lahir dengan AOR=3,85 (95%CI: 1,61-9,18).

2.) Bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan)

Menurut Katiandagho dkk (2018), terdapat hubungan antara bayi prematur dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan nilai p-vale 0,000. Begitu juga penelitian Ari (2012), menunjukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan atau bermakna antara prematuritas dengan angka kejadian asfiksia neonatorum, dimana prematuritas akan meningkatkan risiko dua kali lipat untuk terjadinya asfiksia neonatorum dengan nilai p-vale 0,000. Penelitian Kusumaningrum (2019), menunjukan terdapat hubungan antara prematuritas dengan angka kejadian asfiksia neonatorum dengan nilai p-vale 0,019.

3.) Jenis Persalinan (sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, sectio caesarea)

Menurut Fanny (2014), Kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah dari faktor persalinan dengan tindakan yaitu persalinan dengan sectio caesarea.

Penelitian Wijayanti (2017), didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sectio caesarea dengan kejadian asfiksia di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu periode Januari - Juni tahun 2017 yang ditunjukkan dengan nilai nilai X2 hitung = 6,618 ≥ X2 tabel = 3,841. Risiko

asfiksia meningkat dengan bertambahnya persalinan yang menggunakan metode *sectio caesarea*, hal ini berkaitan dengan perubahan fisiologi akibat proses kelahiran. *Sectio caesarea* memicu pengeluaran hormon stress pada ibu yang menjadi kunci pematangan paru – paru bayi yang terisi air atau jika bayi lahir dengan *sectio caesarea* tanpa tanda persalinan maka tidak akan mendapat manfaat bagi pengeluaran cairan paru dan penekanan rongga toraks sehingga mengalami paru – paru basah yang lebih persisten.

Penelitian Novidawasti (2013), ada hubungan antara jenis persalinan dengan tingkat asfiksia neonatorum di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Hasil uji statistik menunjukan nilai p-value 0,044 < 0,05.

4.) Kelainan bawaan (kongenital)

5.) Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan)

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu faktor risiko intrapartum untuk terjadinya asfiksia neonatorum. KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum inpartum, pada pembukaan <4 cm atau pada fase laten (Nugroho, 2011). Menurut penelitian Aisyiah dkk (2016), terdapat hubungan antara ketuban pecah dini (*p-value* = 0,000) dengan kejadian asfiksia neonatorum pada bayi baru lahir di RSUD Cilegon Provinsi Banten. Begitu juga penelitian Gilang dkk (2015), terdapat hubungan Ketuban Pecah Dini (*p-value* =

0,004) dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Tugu Rejo Semarang. perdarahan antepartum (*p-value* = 0,010). Penelitian Rahmawati & Ningsih (2016), terdapat hubungan antara: Ketuban Pecah Dini (*p-value* = 0,000) dengan kejadian asfiksia.

Ketuban pecah dini merupakan salah satu penyulit dalam kehamilan dan persalinan yang berperan dalam meningkatkan kesakitan dan kematian maternal-perinatal yang dapat disebabkan oleh adanya infeksi, yaitu dimana selaput ketuban yang menjadi penghalang masuknya kuman penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan bayinya. ketuban pecah dini memerlukan pengawasan yang ketat dan kerjasama antara keluarga dan penolong (bidan dan dokter) karena dapat menyebabkan bahaya infeksi intra uterine yang mengancam keselamatan ibu dan janinnya. Dengan demikian akan menurunkan atau memperkecil risiko kematian ibu dan bayinya (Manuaba, 2010).

Penelitian Aliyanto dan Putriana (2015), faktor ibu dan janin yang paling dominan dalam kejadian asfiksia adalah air ketuban bercampur meconium dangan nilai *p-value* = 0,000.

2.1.4 Klasifiksi Asfiksia

Secara klinis dapat digunakan skor APGAR pada menit ke-1, 5, dan 10 untuk mendiagnosa dan mengklasifikasikan derajat asfiksia secara cepat (Radityo, 2011). Tabel nilai APGAR dapat diliha pada tabel 2.1.

Klasifikasi asfiksia berdasarkan nilai APGAR (Radityo, 2010):

2.1.4.1 Asfiksia berat dengan nilai APGAR 0-3

2.1.4.2 Asfiksia ringan sedang dengan nilai APGAR 4-6

2.1.4.3 Bayi normal atau sedikit asfiksia dengan nilai APGAR 7-9

2.1.4.4 Bayi normal dengan nilai APGAR 10

Tabel 2.1

APGAR (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration) Skore

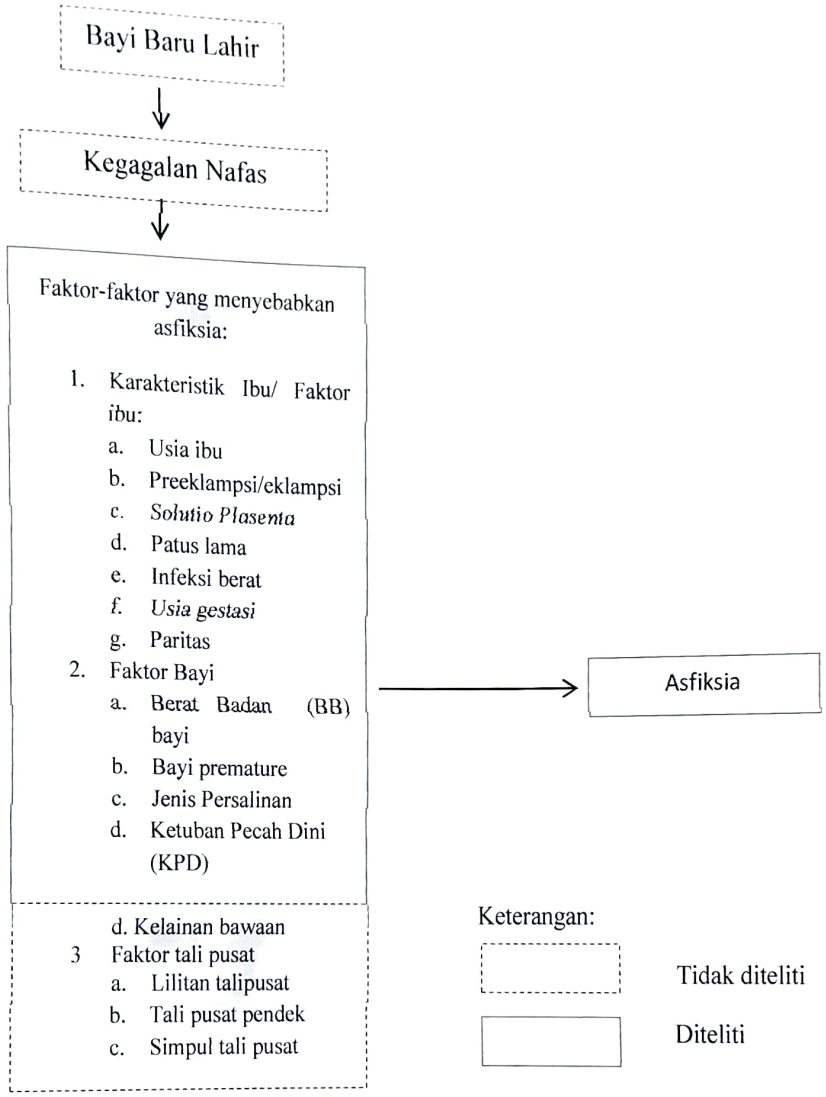
Nilai	0	1	2
Nafas	Tidak ada	Tidak teratur	Teratur
Denyut Jantung	Tidak ada	<100 x/mnt	>100 x/mnt
Warna kulit	Biru atau pucat	Tubuh merah jambu dan kaki, tangan biru	Merah jambu
Gerakan/tonus otot	Tidak ada	Sedikit fleksi	Fleksi
Reflek menangis	Tidak ada	Lemah/lambat	Kuat

Sumber: Radityo (2011).

2.2 Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini terdapat pada gambar 2.2

Gambar 2.2
Kerangka Teori



Sumber: Depkes (2009), Gilang dkk (2015), Rahmawati dan Ningsih (2016), dan Aisyah (2016).

BAB III

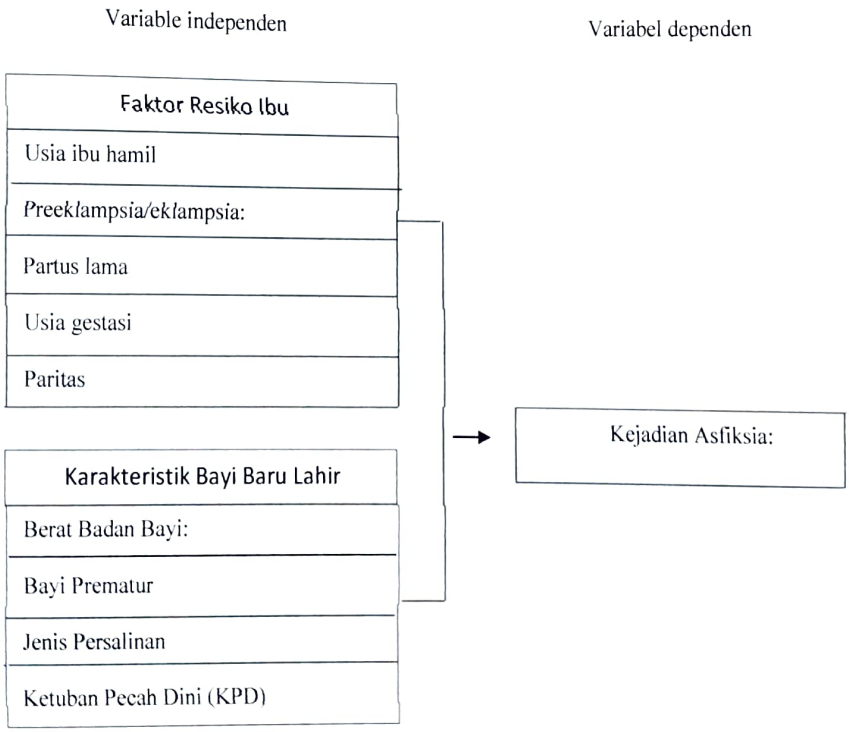
KERANGKA KERJA PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas tentang beberapa konsep yang mendasari penelitian yang dibuat dalam kerangka agar mudah dipahami dalam penelitian dan kerangka kerja penelitian dan definisi yang menggambarkan tentang variabel yang akan ditanyakan kepada responden.

3.1 Kerangka Penelitian

Kerangka penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur dalam penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo,2009). Kerangka penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

Bagan 3.1 Kerangka penelitian



3.2 Variabel Penelitian Dan Definisi Operasional

Variabel penelitian adalah merupakan suatu subjek, atau sifat, atau atribut, atau nilai dari orang, atau kegiatan yang mempunyai bermacam-macam variasi antara satu dengan lainnya yang ditetapkan oleh peneliti dengan tujuan untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Sugiono, 2014).

3.2.1 Variabel Penelitian

a. Variabel dependen adalah variabel yang terkait dengan variabel-variabel yang lain yang berhubungan dengannya. Nilai variabel dependen ditentukan oleh variabel dependen (Sugiono, 2014). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah asfiksia.

b. Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi/ mempunyai hubungan dengan variabel dependen. Variabel independen bisa lebih dari satu (Sugiono, 2014). Variabel independen dalam penelitian ini adalah usia ibu hamil, preeklampsi/eklampsi, partus lama, usia gestasi, paritas, jenis persalinan, berat badan bayi, bayi prematur, KPD.

3.2.2 Definisi Operasional

Menurut Sugiono (2014) definisi operasional adalah penentuan konstrak atau sifat yang akan dipelajari sehingga menjadi variabel yang dapat diukur. Defenisi operasional menjelaskan cara tertentu yang digunakan untuk meneliti dan mengoperasikan konstrak, sehingga memungkinkan bagi peneliti yang lain untuk melakukan replikasi pengukuran dengan cara yang sama untuk mengembangkan cara pengukuran konstrak yang lebih baik.

Tabel 3.2.2

Definisi Operasional

A. Variabel Independen					
NO	Variabel	Defenisi operasinal	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Faktor Resiko Ibu					
1	Usia ibu hamil	Lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) sampai dengan sekarang saat ibu melahirkan.	Status	1. <20 tahun 2. 20-35 tahun. 3. >35 tahun	Ordinal
2	Preeklampsia/ eklampsia	Diagnosis medis pasien yang terdapat pada status pasien.	Status	1. Terjadi 2. Tidak terjadi	Ordinal
3	Partus lama	Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam.	Status	1. > 24 jam 2. < 24jam	Ordinal
4	Usia gestasi	Usia janin dalam kandungan ibu sampai janin dilahirkan dilihat dari HPHT dan hasil USG dalam status.	Status	1. Aterm (37-41 mgg) 2. Preterm (<37 mgg) 3. Post term (>42 mgg)	Ordinal
5	Paritas	Riwayat ibu melahirkan bayi yang dapat hidup	Status	1. Primipara 2. Multipara 3.Grande-multipara	Ordinal
Karakteristik Bayi Baru Lahir					
6	Berat Badan Bayi	Berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu 1 jam pertama setelah lahir	Status	1. <2500 gram 2. 2500-4000 gram 3. >4000 gram	Ordinal

		yang dilihat dalam status.			
7	Bayi Prematur	Bayi yang dilahirkan dengan usia bayi kurang dari 37 minggu dilihat dari *Form Ballard Score*.	*Form Ballard Score*	1. Prematur (< 37 mgg) 2. Tidak *prematur* (>37 mgg)	Ordinal
8	Jenis Persalinan	Proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup.	Status	1. Pervaginam (Spontan/ Sungsang) 2. Dengan Tindakan (Vacum/ Forceps/SC)	Ordinal
9	Ketuban Pecah Dini (KPD)	Pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum inpartum, pada pembukaan <4 cm atau pada fase laten	Status	1. KPD 2. Tidak KPD	Ordinal
B. Variabel dependen					
1	Asfiksia	Kemampuan bayi bernafas secara spontan bayi beberapa saat setelah lahir di ukur menggunakan skor APGAR segera setelah lahir.	Status	Nilai APGAR: 1. Tidak Asfiksia: APGAR 7-10 2. Asfiksia: APGAR 0-6	Ordinal

3.3 Hipotesa Penelitian

Ha: Terdapat hubungan bayi prematur, dan ketuban pecah dini terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

Tidak terdapat hubungan usia ibu, preeklampsia/eklampsia, partus lama, paritas, usia gestasi, berat badan bayi lahir, dan jenis persalinan terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

Universitas Binawan

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menguraikan tentang metode dan cara yang akan digunakan dalam penelitian. Jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah kuantitatif deskriptif *cross sectional* dengan pendekatan retrospektif studi kasus dimana variabel sebab atau risiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur dan dikumpulkan secara simultan, sesaat atau sekali saja dalam satu kali waktu (dalam waktu yang bersamaan), serta pada studi ini tidak ada *follow up* (Setiadi, 2013).

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RS Budi Kemuliaan. Penelitian ini dilakukan selama kurun tiga bulan yaitu bulan April-Juni 2020.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Menurut Arikunto (2013) populasi adalah keseluruhan dari subjek penelitian. Jadi yang dimaksud populasi adalah individu yang memiliki sifat yang sama walaupun prosentase kesamaan itu sedikit, atau dengan kata lain seluruh individu yang akan dijadikan sebagai obyek penelitian. Sedangkan populasi menurut Sugiyono (2011) adalah wilayah generalisasi yang terdiri

atas: objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk mempelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang melakukan persalinan di RS Budi Kemuliaan.

4.3.2 Sampel

Arikunto (2013) berpendapat bahwa sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti. Menurut Sugiyono (2011) sampel adalah bagian atau jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, maka peneliti akan mengambil sampel dari populasi itu. Apa yang dipelajari dari sampel itu, kesimpulannya akan diberlakukan untuk populasi. Sampel penelitian dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang melakukan persalinan di RS Budi Kemuliaan sesuai dengan kriteria yang ditentukan. Rumus sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus beda sampel untuk dua proporsi (Ariawan, 2009).

4.3.3 Jumlah Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus (Ariawan, 2009). Sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus penelitian uji beda 2 proporsi:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}\, p1(1-p1)N + p2(1-p2)}{d^2}$$

Keterangan:

$Z_{1-\alpha/2}$ = harga normal baku sesuai luas area dibawah kurva baku sebesar 1,96.

P1 = 40% (0,40), proporsi bayi asfiksia yang ibunya mengalami preeklampsia (Latifah, 2013)

P2 = 13,3% (0,13), proporsi bayi tidak asfiksia yang ibunya mengalami preeklampsia (Latifah, 2013)

d = limit dari error atau presisi absolut = 0,05

Pengambilan sample dalam penelitian ini menggunakan tabel besar sampel untuk uji hipotesis beda 2 proporsi dengan derajat kemaknaan 10%, kekuatan uji 95% dan uji hipotesis 2 sisi (Ariawan, 2009). Dari tabel sampel untuk uji hipotesis beda 2 proporsi, di dapatkan nilai P1 sebesar 40% (0,40) dan nilai P2 sebesar 13,3% (0,13) dengan demikian jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 43 sampel (Latifah, 2013). 43 pasien tersebut terdiri atas 22 pasien asfiksia dan 21 pasien tidak asfiksia.

4.4 Cara Pengambilan Sampel

Teknik sampling adalah suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada. Peneliti mengambil sampel dengan *purposive sampling*, salah satu teknik sampling *non random sampling* dimana peneliti

menentukan pengambilan sampel dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian (Nursalam, 2009).

4.5 Kriteria Inklusi Dan Eksklusi

4.5.1 Kriteria Inklusi

a. Ibu hamil yang melakukan persalinan di RS Budi Kemuliaan
b. Ibu hamil yang melahirkan bayi dalam keadaan hidup
c. Ibu hamil yang bersedia menjadi responden

4.5.2 Kriteria Eksklusi

a. Ibu hamil yang tidak melakukan persalinan di RS Budi Kemuliaan
b. Ibu hamil yang tidak bersedia menjadi responden
c. Ibu hamil yang mengalami perdarahan dan infeksi.

4.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengambilan pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Sugiyono, 2014). Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang dimulai pada saat proposal penelitian disetujui dan disahkan dosen pembimbing dan koordinator mata ajar. Setelah itu, peneliti segera mengajukan surat permohonan izin untuk melakukan penelitian kepada Direktur RS Budi Kemuliaan. Setelah mendapatkan izin dari pihak yang berwenang, maka peneliti melakukan pendataan untuk pengambilan sampel. Setelah mendapatkan calon responden, peneliti menjelaskan, membantu, dan

menemani responden dalam pengisian kuesioner. Peneliti memeriksa atau mengecek kembali kelengkapan jawaban responden.

4.7 Pengolahan Data

Proses pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan program *Statistical Package for Social Science* (SPSS), adapun beberapa langkah-langkah dalam pengolahan data dengan sistem komputer sebagai berikut:

4.7.1 *Editing*

Editing adalah kegiatan dalam pengecekan atau perbaikan isian formulir atau *kuesioner*. *Editing* (penyuntingan) dilakukan setelah penyebaran kuesioner, peneliti memeriksa kelengkapan dan konsistensi jawaban dari setiap kuesioner yang telah diisi.

4.7.2 *Coding*

Coding atau pengkodean merupakan kegiatan mengubah data berbentuk huruf atau kalimat menjadi data berbentuk angka/bilangan. Tujuannya adalah untuk dapat dipindahkan kedalam sarana penyimpanan dan peneliti lebih mudah menganalisis dan mempercepat proses pemasukan data. Coding dalam pengolahan data ke SPSS mengikuti tabel definisi operasional penelitian pada BAB III dalam penelitian ini.

4.7.3 *Scoring*

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 10 pertanyaan dalam bentuk *checklist*. Pertanyaan pertama tentang usia ibu hamil, usia ibu <20 tahun diberi skor 1, usia ibu 20-35 tahun diberi skor 2, dan usia ibu >35 tahun diberi skor 3. Pertanyaan kedua tentang preklampsia/eklampsia,

preklampsia/eklampsia yang terjadi diberi skor 1, preklampsia/eklampsia yang tidak terjadi diberi skor 2. Pertanyaan ketiga tentang partus lama, partus lama > 24 jam diberi skor 1, partus lama < 24 jam diberi skor 2. Pertanyaan keempat tentang usia gestasi, gestasi aterm diberi skor 1, gestasi preterm diberi skor 2, dan gestasi post term diberi skor 3. Pertanyaan kelima tentang Paritas, primipara diberi skor 1, multipara diberi skor 2, dan grandmultipara diberi skor 3. Pertanyaan keenam tentang Berat Badan Bayi Lahir, BB <2500 gram diberi skor 1, BB 2500-4000 gram diberi skor 2, dan BB >4000 gram diberi skor 3. Pertanyaan ketujuh tentang bayi prematur, bayi prematur diberi skor 1, bayi tidak prematur diberi skor 2. Pertanyaan kedelapan tentang jenis persalinan, jenis persalinan pervaginam diberi skor 1, jenis persalinan dengan tindakan diberi skor 2. Pertanyaan kesembilan tentang Ketuban Pecah Dini, Ketuban Pecah Dini diberi skor 1, Tidak Ketuban Pecah Dini diberi skor 2. Untuk pertanyaan kesepuluh tentang asfiksia diukur dengan menggunakan nilai APGAR, untuk APGAR 0-6 yang diinterpertasikan asfiksia diberi skor 2 dan diberi skor 1 APGAR 7-10 yang diinterpertasikan tidak asfiksia.

4.7.4 Data *entry atau Processing*

Data entry adalah kegiatan memasukkan data yang telah di*coding* dimasukan kedalam sistem pengolahan dengan menggunakan SPSS tipe 16. Untuk variable yang tidak muncul nilai OR-nya maka dilakukan ejeksi fraksi, yaitu merubah variabel yang awalnya 3 pilihan jawaban menjadi 2 pilihan jawaban. Adapun variabel yang dilakukan ejeksi fraksi adalah: usia ibu hamil, usia gestasi, paritas, dan berat badan bayi saat lahir.

4.8 Etika Penelitian

Kode etik penelitian merupakan suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang memperoleh dampak hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Peneliti meminta persetujuan dalam bentuk *informed consent* kepada subjek peneliti serta penjelasan maksud, tujuan, dan manfaat dari penelitian. Subjek penelitian berhak menolak dan keluar dari penelitian sesuai dengan keinginannya. Biaya yang dibutuhkan selama penelitian ditanggung oleh peneliti.

4.8.1 Menjaga Privasi Responden

Dalam melakukan penelitian, peneliti akan menjaga informasi yang didapat dari responden, peneliti akan memperhatikan privasi dari responden.

4.8.2 Menjaga Kerahasiaan Responden

Peneliti akan menjaga kerahasiaan dari informasi yang diperoleh dari responden. Peneliti tidak akan menyampaikan kepada orang lain tentang apapun yang diketahui tentang responden kecuali untuk kepentingan penelitian.

4.8.3 Memberikan Kompensasi

Setelah mendapatkan informasi dari responden maka peneliti juga memenuhi kewajibannya. Kewajiban peneliti bukan sekedar ucapan terima kasih saja kepada responden, namun dapat diwujudkan dalam bentuk penghargaan yang lain, misalnya memberikan sesuatu berupa kenang-kenangan atau apapun sebagai apresiasi peneliti terhadap responden yang telah mengorbankan waktu, pikiran, mungkin tenaga dalam rangka memberikan informasi yang diperlukan peneliti (Notoatmodjo, 2010).

4.9 Analisa Data

4.9.1 Analisa Univariat

Analisa univariat ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Hasil berupa distribusi frekuensi dan porposi rumus yang digunakan untuk pengolahan data univariat dalam bentuk presentasi pada data adalah:

$$\frac{f}{N} \times 100\ \%$$

Keterangan:

f = jumlah atau frekuensi responden

N= Nilai maksimal penelitian atau jumlah responden

4.9.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat merupakan analisis yang digunakan untuk mengetahui kemaknaan antara variabel independen terhadap variabel dependen. Untuk melakukan Analisis bivariat, maka peneliti menggunakan uji Chi Square dengan rumus sebagai berikut: (Swarjana, Statistik Kesehatan, 2016).

$$X^2 = \frac{[\ (fo - fe)^2]}{fe}$$

Keterangan :

X^2 : Nilai Chi Kuadrat

fe : Frekuensi yang di harapkan

fo : Frekuensi yang diperoleh / diamat

Dalam penelitian ini, peneliti menerapkan nilai α sebesar 0.05 yang berarti tingkat keyakinan penelitian ini memiliki kesalahan 5% dan keputusan yang di ambil 95% benar. Perhitungan *Chi Squere* menggunakan software

SPSS. Menurut Dahlan (2013), untuk nilai OR hanya bisa diperoleh pada tabel 2x2, apabila ada tabel 3x2 atau lebih tabel 3x2 menjadi tabel 2x2. Variable 3x2 yang tidak muncul nilai OR-nya maka dilakukan ejeksi fraksi, yaitu merubah variabel yang awalnya 3 pilihan jawaban menjadi 2 pilihan jawaban. Adapun variabel yang dilakukan ejeksi fraksi adalah: usia ibu hamil, usia gestasi, paritas, dan berat badan bayi saat lahir.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Setelah pengambilan data dilakukan dengan pengisian kuesioner, selanjutnya tahapan pengolahan data. Pengolahan data diambil dari 43 pasien yang dirawat di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Selanjutnya data yang telah diambil dilakukan analisis dengan menggunakan program SPSS. Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan April-Juni 2020.

5.1. Analisis Univariat

Analisa univariat dalam penelitian ini akan menggambarkan distribusi frekuensi: usia ibu hamil, preeklampsia/eklampsia, partus lama, usia gestasi, paritas, berat badan bayi, bayi prematur, jenis persalinan, ketuban pecah dini (KPD) di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

5.1.1. Distribusi Frekuensi Usia Ibu Hamil

Distribusi frekuensi usia ibu hamil terdapat pada Tabel 5.1

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Usia Ibu Hamil
di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Usia Ibu Hamil	Frekuensi	Presentase (%)
<20 tahun	3	7,0
20-35 tahun	30	69,8
>35 tahun	10	23,2
Total	43	100,0

Universitas Binawan

Berdasarkan tabel di atas, masih terdapat ibu hamil yang berusia >35 tahun sebanyak 23,2%.

5.1.2. Distribusi Frekuensi Preeklampsia/Eklampsia

Distribusi frekuensi preeklampsia/eklampsia dalam penelitian ini adalah seperti dalam tabel 5.2

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Preeklampsia/Eklampsia
di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Preeklampsia/Eklampsia	Frekuensi	Presentase (%)
Terjadi	16	37,2
Tidak Terjadi	27	62,8
Total	43	100,0

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa kejadian preeklampsia/eklampsia sebanyak 37,2%.

5.1.3. Distribusi Frekuensi Partus Lama

Distribusi frekuensi partus lama dalam penelitian ini adalah seperti dalam tabel 5.3.

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Partus Lama
di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Partus Lama	Frekuensi	Presentase (%)
>24 jam	11	25,6
<24 jam	32	74,4
Total	43	100,0

Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi Partus >24 jam sebanyak 25,6%.

5.1.4. Distribusi Frekuensi Usia Gestasi

Distribusi frekuensi usia gestasi bayi baru lahir dalam penelitian ini adalah seperti dalam tabel 5.4

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Usia Gestasi
di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Usia Gestasi	*Frekuensi*	*Presentase (%)*
Aterm (37-41 minggu)	30	69,7
Preterm (<37 minggu)	11	25,6
Postterm (>42 minggu)	2	4,7
Total	43	100.0

Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi usia gestasi preterm (<37 minggu) sebanyak 25,6%.

5.1.5. Distribusi Frekuensi Paritas

Distribusi frekuensi paritas terdapat pada Tabel 5.5

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Paritas
di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Paritas	Frekuensi	Presentase (%)
Primipara (anak pertama)	20	46,5
Multipara (anak 2-3)	11	25,6
Grandemultipara (anak 4 *atau lebih*)	12	27,9
Total	43	100.0

Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi paritas grandemultipara (anak 4 atau lebih) sebanyak 27,9%.

5.1.6. Distribusi Frekuensi Berat Badan Bayi Saat Lahir

Distribusi frekuensi berat badan bayi saat lahir dalam penelitian ini adalah seperti dalam tabel 5.6

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Berat Badan Bayi Saat Lahir di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

BB Bayi Saat Lahir	Frekuensi	Presentase (%)
<2500 gr	12	27,9
2500-4000 gr	28	65,1
>4000 gr	3	7,0
Total	43	100.0

Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi berat badan bayi saat lahir <2500 gr sebanyak 27,9%.

5.1.7. Distribusi Frekuensi Bayi Prematur

Distribusi frekuensi bayi prematur dalam penelitian ini adalah seperti dalam tabel 5.7

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Bayi Prematur di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Bayi Prematur	Frekuensi	Presentase (%)
Prematur (<37 minggu)	19	44,2
Tidak Prematur (>37 minggu)	24	55,8
Total	*43*	*100,0*

Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi bayi yang mengalami prematur sebanyak 44,2%.

5.1.8. Distribusi Frekuensi Jenis Persalinan

Distribusi jenis persalinan bayi baru lahir dalam penelitian ini adalah seperti dalam tabel 5.8

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Jenis Persalinan
di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Jenis Persalinan	Frekuensi	Presentase (%)
Pervaginam (Spontan/Sungsang)	4	9,3
Dengan tindakan (Vacum/Forceps/SC)	39	90,7
Total	43	100.0

Berdasarkan tabel di atas, distribusi jenis persalinan dengan tindakan sebanyak 90,7%.

5.1.9. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Distribusi frekuensi ketuban pecah dini dalam penelitian ini adalah seperti dalam tabel 5.9

Tabel 5.9
Distribusi Frekuensi Ketuban Pecah Dini (KPD)
di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Ketuban Pecah Dini (KPD)	Frekuensi	Presentase (%)
KPD	28	65,1
Tidak KPD	15	34,9
Total	43	100,0

Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi ketuban pecah dini sebanyak 65,1%.

5.1.10. Distribusi Frekuensi Kejadian Asfiksia

Distribusi frekuensi kejadian asfiksia dalam penelitian ini adalah seperti dalam tabel 5.10

Tabel 5.10
Distribusi Frekuensi Kejadian Asfiksia
di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Partus Lama	Frekuensi	Presentase (%)
Tidak Asfiksia	21	48,8
Asfiksia	22	51,2
Total	43	100,0

Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi kejadian asfiksia sebanyak 51,2%.

5.2. Analisis Bivariat

Analisis Bivariat dilakukan dengan uji *Chi Square* untuk melihat hubungan usia ibu hamil, preeklampsia/eklampsia, partus lama, usia gestasi, paritas, berat badan bayi, bayi prematur, jenis persalinan, ketuban pecah dini (KPD) terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

5.2.1 Tabel Silang Usia Ibu terhadap Kejadian Asfiksia

Hubungan usia ibu terhadap kejadian asfiksia dalam penelitian ini seperti dalam tabel 5.11

Tabel 5.11
Hubungan Usia Ibu terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Usia Ibu	Kejadian Asfiksia				Total	*p-value*	*OR CI 95%*
	Tidak Asfiksia	%	Asfiksia	%			
<20 tahun	1	33,3	2	66,7	100,0%	0,350	3,200 (0,419 - 24,417)
20-35 tahun	18	60,0	12	40,0	100,0%		
>35 tahun	2	20,0	8	80,0	100,0%	0,731	1,600 (0,405 – 6,324)
Total	21	48,8	22	51,2	100,0%		

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki usia 20-35 tahun. Dari responden yang memiliki usia 20-35 tahun, sebanyak 40,0% mengalami asfiksia.

Berdasarkan hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa nilai *p-value* > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara usia ibu hamil dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 3,200 (0,419 - 24,417) untuk usia ibu dengan ejeksi fraksi <20 tahun dan usia ibu >35 tahun. Pada usia ibu <20 tahun beresiko 3,2 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding usia ibu > 35 tahun. Untuk usia ibu dengan ejeksi fraksi 20-35 tahun dan usia ibu >35 tahun, didapatkan nilai *OR* sebesar 1,600 (0,405 – 6,324). Pada usia ibu 20-35

tahun beresiko 1,6 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding usia ibu > 35 tahun.

5.2.2 Tabel Silang Preeklampsia/Eklampsia terhadap Kejadian Asfiksia

Hubungan preeklampsia/eklampsia terhadap kejadian asfiksia dalam penelitian ini seperti dalam tabel 5.12

Tabel 5.12
Hubungan Preeklampsia/Eklampsia terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Preeklampsia / Eklampsi	Kejadian Asfiksia				Total	*p-value*	*OR CI 95%*
	Tidak Asfiksia	%	Asfiksia	%			
Terjadi	10	62,5	6	37,5	100,0%	0,168	2,424 (0,681 - 8,635)
Tidak Terjadi	11	40,7	16	59,3	100,0%		
Total	21	48,8%	22	51,2	100,0%		

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa mayoritas responden tidak terjadi preeklampsia/eklampsia, dimana sebanyak 59,3% mengalami asfiksia.

Berdasarkan hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa *p-value* 0,168 > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara preeklampsia/eklampsia dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 2,424 (0,681- 8,635). Pada ibu yang mengalami preeklampsia/eklampsia beresiko 2,424 lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding ibu yang tidak mengalami preeklampsia/eklampsia.

5.2.3 Tabel Silang Partus Lama terhadap Kejadian Asfiksia

Hubungan partus lama terhadap kejadian asfiksia dalam penelitian ini seperti dalam tabel 5.13

Tabel 5.13
Hubungan Partus Lama terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Partus Lama	Kejadian Asfiksia				Total	*p-value*	*OR CI 95%*
	Tidak Asfiksia	%	Asfiksia	%			
>24 jam	5	45,5	6	54,5	100 %	0,795	0,833 (0,211-3,294)
<24 jam	16	50,0	16	50,0	100 %		
Total	21	48,8	22	51,2	100 %		

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa mayoritas responden partus <24 jam, dimana 50,0% mengalami asfiksia.

Berdasarkan hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa *p-value* 0,795 > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara partus lama dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 0,833 (0,211- 3,294). Pada ibu dengan lama partus >24 jam beresiko 0,833 lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding ibu dengan lama partus <24 jam.

5.2.4 Tabel Silang Usia Gestasi terhadap Kejadian Asfiksia

Hubungan usia gestasi terhadap kejadian asfiksia dalam penelitian ini seperti dalam tabel 5.14.

Tabel 5.14
Hubungan Usia Gestasi terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Usia Gestasi	Kejadian Asfiksia				Total	*p-value*	*OR CI 95%*
	Tidak Asfiksia	%	Asfiksia	%			
Preterm	10	33,3	20	66,7	100,0%	1,000	1,091 (0,61-19,630)
Aterm	10	90,9	1	9,1	100,0%		
Postterm	1	50,0	1	50,0	100,0%		0,800 (0,43-14,886)
Total	21	48,8	22	51,2	100,0%	1,000	

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki usia gestasi preterm. Dari responden yang memiliki usia gestasi preterm, sebanyak 66,7% mengalami asfiksia.

Berdasarkan hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa nilai *p-value* > 0,05, Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara usia gestasi dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 1,091 (0,61- 19,630) untuk usia gestasi ibu dengan ejeksi fraksi Preterm dan post term. Pada usia gestasi ibu preterm beresiko 1,091. kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding usia gestasi ibu post term. Untuk usia gestasi ibu dengan ejeksi fraksi Aterm dan Post term, didapatkan nilai *OR* sebesar 0,800 (0,43-14,886). Pada usia gestasi ibu Aterm beresiko 0,8 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding post term.

5.2.5 Tabel Silang Paritas terhadap Kejadian Asfiksia

Hubungan paritas terhadap kejadian asfiksia dalam penelitian ini seperti dalam tabel 5.15

Tabel 5.15
Hubungan Paritas terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Paritas	Kejadian Asfiksia				Total	*p-value*	*OR CI 95%*
	Tidak Asfiksia	%	Asfiksia	%			
Primipara	9	45,0	11	55,0	100.0%	0,716	0,584 (0,138-2,483)
Multipara	5	45,5	6	54,5	100.0%		
Grandemultipara	7	58,3	5	41,7	100.0%		0,595 (0,114-3,102)
Total	21	48,8	22	51,2	100.0%	0,684	

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki paritas primipara. Dari responden yang memiliki paritas primipara, sebanyak 55,0% mengalami asfiksia.

Berdasarkan hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa nilai *p-value* > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara paritas dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 0,584 (0,138-2,483) untuk paritas dengan ejeksi fraksi primipara dan grandemultipara. Pada paritas primipara beresiko 0,584 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding grandemultipara. Untuk usia ibu dengan ejeksi fraksi multipara dan grandemultipara, didapatkan nilai *OR* sebesar 0,595 (0,114-3,102). Pada paritas multipara beresiko 0,595

kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding paritas grandemulipara.

5.2.6 Tabel Silang Berat Badan Bayi Saat Lahir terhadap Kejadian Asfiksia

Hubungan berat badan bayi saat lahir terhadap kejadian asfiksia dalam penelitian ini seperti dalam tabel 5.16

Tabel 5.16
Hubungan Berat Badan Bayi Saat Lahir terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

BB Bayi	Kejadian Asfiksia				Total	*p-value*	*OR CI 95%*
	Tidak Asfiksia	%	Asfiksia	%			
<2500 gr	5	41,7	7	58,3	100,0 %	0,569	0,357 (0,025-5,109)
2500-4000 gr	14	50,0	14	50,0	100,0 %		
>4000 gr	2	66,7	1	33,3	100,0 %	1,000	0,500 (0,041-6,166)
Total	21	48,8	22	51,2	100,0 %		

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki berat badan bayi saat lahir 2500-4000 gr. Dari responden yang memiliki berat badan bayi saat lahir 2500-4000 gr, sebanyak 50,0% mengalami asfiksia.

Berdasarkan hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa nilai *p-value* > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara berat badan bayi dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 0,357 (0,025-5,109) untuk berat badan bayi lahir dengan

ejeksi fraksi BB bayi lahir <2500 gram dan >4000 gram. Pada BB bayi lahir <2500 gram beresiko 0,357 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding >4000 gram. Untuk BB bayi lahir dengan ejeksi fraksi 2500-4000 gram dan >4000 gram, didapatkan nilai *OR* sebesar 0,500 (0,041-6,166). Pada BB bayi lahir 2500-4000 gram beresiko 0,5 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding >4000 gram.

5.2.7 Tabel Silang Bayi Prematur terhadap Kejadian Asfiksia

Hubungan bayi prematur terhadap kejadian asfiksia dalam penelitian ini seperti dalam tabel 5.17.

Tabel 5.17
Hubungan Bayi Prematur terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Bayi Prematur	Kejadian Asfiksia				Total	*p-value*	*OR CI 95%*
	Tidak Asfiksia	%	Asfiksia	%			
Prematur	8	33,3	16	66,7	100,0 %	*0,022*	0,277 (0,78-0,988)
Tidak Prematur	13	68,4	6	31,6	*100,0 %*		
Total	21	48,8	22	51,2	100,0 %		

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki bayi prematur, dimana sebanyak 66,7% mengalami asfiksia.

Berdasarkan hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa *p-value* 0,022 < 0,05 dengan nilai *OR* sebesar 0,277. Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara bayi prematur dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat, dengan Peluang kejadian bayi prematur terhadap kejadian asfiksia adalah 0,277 kali dibanding bayi tidak premature.

5.2.8 Tabel Silang Jenis Persalinan terhadap Kejadian Asfiksia

Hubungan jenis persalinan terhadap kejadian asfiksia dalam penelitian ini seperti dalam tabel 5.18.

Tabel 5.18
Hubungan Jenis Persalinan terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Jenis Persalinan	Kejadian Asfiksia				Total	*p-value*	*OR CI 95%*
	Tidak Asfiksia	%	Asfiksia	%			
Pervaginam	3	75,0	1	25,0	100,0 %	0,272	1,053 (0,134-8,243)
Dengan Tindakan	18	46,2	21	53,8	100,0 %		
Total	21	48,8	22	51,2	100,0 %		

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa mayoritas responden melakukan persalinan dengan tindakan, dimana sebanyak 53,8% mengalami asfiksia.

Berdasarkan hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa *p-value* 0,272 > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara jenis persalinan dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 1,053 (0,134 – 8,243). Pada persalinan dengan pervaginam beresiko 1,053 lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding persalinan dengan tindakan.

5.2.9 Tabel Silang Ketuban Pecah Dini terhadap Kejadian Asfiksia

Hubungan ketuban pecah dini terhadap kejadian asfiksia dalam penelitian ini seperti dalam tabel 5.19.

Tabel 5.19
Hubungan Ketuban Pecah Dini terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Ketuban Pecah Dini	Kejadian Asfiksia				Total	*p-value*	*OR CI 95%*
	Tidak Asfiksia	%	Asfiksia	%			
KPD	17	60,7	11	39,3	100,0 %	0,033	4,250 (1,077-16,773)
Tidak KPD	4	26,7	11	73,3	100,0 %		
Total	21	48,8	22	51,2	100,0 %		

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa mayoritas responden terjadi KPD, dimana 39,3% mengalami asfiksia.

Berdasarkan hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa *p-value* 0,033 < 0,05 dengan nilai *OR* sebesar 4,250. Nilai *OR* menunjukan bahwa pasien yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) mempunyai peluang asfiksia 4,25 kali lebih besar dibanding pasien yang tidak mengalami KPD.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang telah diperoleh untuk membuktikan hipotesis. Hasil penelitian ini akan dibandingkan dan diperkuat oleh penelitian sebelumnya maupun konsep atau teori yang ada.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelatif dengan jumlah sampel 43 responden. Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan April-Juni 2020.

6.1. Interpretasi dan Hasil Penelitian

6.1.1. Pembahasan Univariat

6.1.1.1 Distribusi Usia Ibu Hamil

Pada tabel 5.1, Ibu hamil dalam penelitian ini terbanyak memiliki usia 20-35 tahun dengan presentase 69,8%.

Menurut Prawirohardjo (2012), 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 <20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang teradi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali pada usia >30-35 tahun.

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Maringga dan Sari (2017) menunjukan bahwa mayoritas: usia ibu 20-35

tahun dengan presentase 59,7%. Penelitian Rahmawati (2014), hasil penelitiannya juga menunjukan umur ibu 20-35 tahun (71,7%). Sejalan dengan hasil penelitian ini, penelitian Gilang, dkk (2015) juga menunjukan mayoritas usia ibu 20-35 tahun dengan presentase 81,2%. Hasil penelitian Wulandari, dkk (2017) juga menunjukan bahwa mayoritas: usia ibu 20-35 tahun dengan presentase 75,9%. Menguatkan hasil penelitian ini, penelitian Darmiati (2019) juga menunjukan bahwa mayoritas: usia ibu 20-35 tahun dengan presentase 75,9%.

Berdasarkan fakta di lapangan bahwa kunjungan pasien *antenatalcare* (ANC) paling banyak didominasi oleh ibu yang berusia 20-35 tahun. Responden mengatakan bahwa mereka selalu memeriksakan kehamilannya sesuai petunjuk dokter/bidan dan responden mengatakan selalu selalu memeriksakan kandungannya apabila ada keluhan yang dirasakan.

Berdasarkan pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa mayoritas ibu hamil mayoritas memiliki usia 20-35 tahun, sehingga penting bagi ibu hamil untuk tetap memeriksakan status kesehatan ibu dan janinnya secara rutin dan saat ada keluhan yang dirasakan.

6.1.1.2 Distribusi Preeklampsia/Eklampsia

Pada tabel 5.2, dapat diketahui bahwa terbanyak tidak mengalami kejadian preeklampsia/eklampsia dengan presentase 62,8%.

Preeklampsia ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester III kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada molahidatidosa (Hanifa Wiknjosastri, 2010).

Faktor Risiko Preeklampsia antara lain: riwayat preeklampsia, primigravida karena pada primigravida pembentukan antibody penghambat (*blocking antibodies*) belum sempurna sehingga meningkatkan resiko terjadinya preeklampsia, kegemukan, kehamilan ganda, riwayat penyakit tertentu (penyakit tersebut meliputi hipertensi kronik, diabetes, penyakit ginjal atau penyakit degenerate seperti reumatik arthritis atau lupus (Masjoer dkk, 2009).

Eklampsia merupakan kasus akut pada penderita preeklampsia, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan koma (Prawirohardjo, 2012). Penyebab eklampsia masih belum diketahui secara pasti, salah satu teori yang dikemukakan ialah bahwa eklampsia disebabkan iskemia Rahim dan plasenta (*ischemia uteroplasenta*). Selama kehamilan, uterus memerlukan darah lebuh banyak. Pada

mola hidatidosa, hidramnion, kehamilan ganda, multipara, pada akhir kehamilan, pada persalinan, juga pada penyakit pembuluh darah, diabetes, dan perdarahan menyebabkan darah dalam dinding rahim kurang. Maka, keluarlah zat-zat dari plasenta atau decidua yang menyebabkan vasospasmus dan hipertensi (Sujiantini, 2009).

Menurut Indah dan Apriliana (2016), Preeklampsia mengakibatkan tekanan darah yang tinggi menyebabkan berkurangnya kiriman darah ke plasenta. Hal ini mengurangi suplai oksigen dan makanan bagi bayi. Akibat penurunan darah ke plasenta perkembangan bayi menjadi lambat, dan terjadi hipoksia intrauterin, lebih fatal lagi, penyakit ini bisa menyebabkan lepasnya jaringan plasenta secara tiba-tiba dari uterus sebelum waktunya. Ketidakmampuan bayi setelah dilahirkan untuk bernapas normal karena gangguan pertukaran dan transport oksigen dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan ketersediaan oksigen dan pengeluaran karbondioksida. Efek hipoksia ini adalah asfiksia. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa preeklampsia dalam kehamilan menyebabkan resiko terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir.

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Rahmawati (2014), hasil penelitiannya menunjukan riwayat preeklamsia tidak ada (94,2%) pada ibu hamil. Begitu juga

penelitian Dhamayanti (2018) yang menunjukan bahwa ibu hamil yang tidak mengalami preeklampsia sebanyak 78,5%. Sejalan dengan hasil penelitian ini, penelitian Sunarsih (2012) juga menunjukan bahwa mayoritas ibu hamil tidak mengalami preeklampsia dengan presentase 72,0%.

Berdasarkan fakta di lapangan bahwa pasien melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan secara teratur, hal ini dibuktikan dengan riwayat pemeriksaan pasien pada status pasien.

6.1.1.3 Distribusi Partus Lama

Pada tabel 5.3 memperlihatkan terbanyak distribusi frekuensi partus < 24 jam sebanyak 74,4%.

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam yang dinyatakan lama jika terjadi keterlambatan 2-3 jam di belakang partograf normal. Sebagian besar partus lama menunjukan pemanjangan kala satu. Salah satu penyebab persalinan lama yaitu karena kontraksi uterus yang abnormal seperti kontraksi uterus yang hipotonik, hipertonik dan kontraksi uterus yang tidak terkoordinasi. Sifat kontraksi yang berubah-ubah menyebabkan pasokan oksigen ke janin tidak adekuat, disamping itu juga meningkatkan kejadian perubahan intracranial yang dapat menyebabkan asfiksia (Liu, 2009).

Mendukung hasil peneitian ini, penelitian Gilang (2015) menunjukan bahwa terbanyak distribusi frekuensi partus partus < 24 jam sebanyak 60,9%. Begitu juga dengan penelitian Handayani (2019) menunjukan bahwa mayoritas ibu hamil partus <24 jam dengan presentase 73,5%. Sejalan dengan hasil penelitian ini, penelitian Krisnawuri (2016), menunjukan bahwa mayoritas ibu hamil partus <24 jam dengan presentase 89,67%.

Penelitian Dewi, dkk (2011) menunjukan bahwa mayoritas ibu hamil partus <24 jam dengan presentase 80,44 %. Begitu juga dengan penelitian Masyita (2012) menunjukan bahwa mayoritas ibu hamil partus <24 jam dengan presentase 54,44%.

Berdasarkan fakta di lapangan bahwa pasien lebih banyak rujukan dari puskesmas, klinik atau rumah sakit yang memerlukan tindakan persalinan dengan segera. Sehingga mayoritas ibu hamil partus <24 jam.

6.1.1.4 Distribusi Usia Gestasi

Pada tabel 5.4, distribusi frekuensi usia gestasi terbanyak dalam penelitian ini memiliki usia gestasi aterm (37-41 minggu) sebanyak 69,8%.

Menurut Kosim (2010), Klasifikasi berdasarkan masa gestasi atau umur kehamilan adalah Bayi Kurang Bulan (BKB) atau *preterm* dimana bayi dilahirkan dengan masa

gestasi < 37 minggu (< 259 hari), Bayi Cukup Bulan (BCB) atau *aterm* yaitu bayi dilahirkan dengan masa gestasi 37- 42 minggu (259-293 hari), dan Bayi Lebih Bulan (BLB) atau *posterm*, bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi > 42 minggu (294 hari).

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Maringga dan Sari (2017) menunjukan bahwa mayoritas usia gestasi ibu aterm dengan presentase 56,5%. Begitu juga penelitian Wulandari, dkk (2017), mayoritas usia gestasi ibu aterm dengan presentase 43,8%. Sejalan dengan hasil penelitian ini, penelitian Dhamayanti (2018) yang menunjukan bahwa mayoritas usia gestasi ibu aterm dengan presentase 83,3%.

Berdasarkan hasil wawancara langsung dengan pasien, pasien mengatakan: "pasien akan datang ke RS saat merasakan sakit perut atau perasaan mulas yang kuat, dan pasien juga mengatakan merasakan kontraksi yang lebih kuat pada usia kehamilan 37 – 41 mgg".

6.1.1.5 Distribusi Paritas

Pada tabel 5.5, distribusi frekuensi paritas terbanyak dalam penelitian ini adalah primipara sebanyak 46,5%.

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (viable). Jenis paritas bagi ibu yang sudah melahirkan antara lain yaitu: Primipara (ibu yang melahirkan anak pertama), Multipara (ibu yang melahirkan

anak kedua dan ketiga), dan Grandemultipara (ibu yang melahirkan anak keempat atau lebih). Pada seorang grande multipara biasanya lebih banyak penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Prawirohardjo, 2012).

Penelitian Gilang, dkk (2010) juga menunjukan frekuensi paritas terbanyak adalah primipara dengan presentase 53,6%. Begitu juga penelitian Wulandari, dkk (2017), mayoritas paritas ibu hamil adalah primipara dengan presentase 48,0%.

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, penelitian Masyita (2012) menunjukan mayoritas paritas ibu hamil adalah multipara dengan presentase 57,92%. Begitu juga penelitian Novidawasti dan Prihatiningsih (2013) menunjukan bahwa dalam penelitiannya mayoritas responden dengan paritas multipara 43,1%.

Berdasarkan fakta di lapangan bahwa pasien yang berkunjung rata-rata karena turun temurun dari keluarga (memiliki riwayat keluarga yang melakukan persalinan di RS Budi Kemuliaan) dan dikarenakan kelahiran anak pertama sehingga responden merasa tidak ingin terjadi masalah saat bayi lahir.

6.1.1.6 Distribusi Berat Badan Bayi Saat Lahir

Pada tabel 5.6, distribusi frekuensi berat badan bayi saat lahir terbanyak adalah 2500-4000 gr sebanyak 65,1%.

Kejadian Berat Badan Lahir Normal atau Lahir Rendah dapat berasal dari faktor ibu, janin dan plasenta. Faktor ibu, diantaranya yaitu preeklampsia-eklampsi, hipertensi, diabetes mellitus, rendahnya asupan nutrisi, umur, paritas, penyakit vaskuler, kehamilan kembar, serta faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR. Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam mencegah bayi lahir dengan berat badan rendah, diantaranya memperbaiki asupan nutrisi pada ibu hamil dan dengan kontrol antenatal secara teratur. Petugas kesehatan memberikan motivasi dan edukasi mengenai pentingnya asupan nutrisi bagi ibu hamil untuk menurunkan angka kejadian BBLR (IDAI, 2010).

Penelitian Rahmawati (2014), hasil penelitiannya menunjukan bahwa berat badan bayi lahir ≥2500 gr (94,2%). Begitu juga dengan penelitian Dharmayanti (2019), hasil penelitianya menunjukan bahwa mayoritas berat badan lahir bayi normal dengan presentase 73,3%. Sejalan dengan hasil penelitian ini, penelitian Gilang, dkk (2015) juga menunjukan berat badan lahir bayi terbanyak adalah berat badan lahir normal (2500-4000 gram) dengan presentase 81,2%.

Penelitian Sunarsih juga menunjukan berat badan lahir bayi terbanyak adalah berat badan lahir normal (2500-4000 gram) dengan presentase 74,1%.

Berdasarkan hasil wawancara langsung, pasien mengatakan "pasien sangat memperhatikan kesehatan dan status gizinya selama kehamilan dengan mengkonsumsi banyak sayur dan buah-buahan.

6.1.1.7 Distribusi Bayi Prematur

Pada tabel 5.7, distribusi frekuensi bayi premature terbanyak bayi yang tidak mengalami prematur sebanyak 55,8%.

Menurut Winkjosastro (2010), Prematur adalah kelahiran yang terjadi sebelum minggu ke-37 atau lebih awal dari hari perkiraan lahir. Kondisi ini terjadi ketika kontraksi rahim mengakibatkan terbukanya leher Rahim (serviks) sehingga membuat janin memasuki jalan lahir. Terjadinya persalinan prematur dapat dipengaruhi oleh empat faktor utama yaitu faktor iatrogenik (indikasi medis pada ibu/janin), faktor maternal, faktor janin, dan faktor perilaku.

Penelitian Rahmawati (2014), hasil penelitiannya menunjukan bahwa kelahiran bayi tidak prematur (94,9%). Begitu juga penelitian Aminah dan Wahyu (2017), hasil penelitiannya juga menunjukan bahwa kelahiran bayi tidak prematur (70,5%).

Berdasarkan fakta di lapangan bahwa pasien lebih banyak rujukan dengan kasus penyulit dalam kehamilan

seperti tekanan darah tinggi, diabetes, infeksi vagina dan rahim, KPD sehingga memicu terjadinya persalinan dini dan bayi prematur.

6.1.1.8 Distribusi Jenis Persalinan

Pada tabel 5.8, distribusi jenis persalinan terbanyak adalah pesalinan dengan tindakan sebanyak 90,7%.

Persalinan SC merupakan salah satu jenis persalinan yang menggunakan obat anastesi. Penggunaan anastesi dapat berpengaruh terhadap terjadinya asfiksia neonatorum.

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Maringga dan Sari (2017) menunjukan bahwa jenis persalinan responden terbanyak dengan SC dengan presentase 51,6%. Begitu juga penelitian Zainudin, dkk (2013), menunjukan bahwa jenis persalinan responden terbanyak dengan SC dengan presentase 57,1%. Sejalan dengan hasil penelitian ini, penelitian Istiqomah (2011), menunjukan bahwa 51,94% persalinan caesarea 51,94%. Begitu juga penelitian Gilang (2015) menunjukan bahwa bahwa bahwa jenis persalinan responden terbanyak dengan SC dengan presentase 89,9%.

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, penelitian Novidawasti dan Prihatiningsih (2013) menunjukan bahwa dalam penelitiannya mayoritas responden melakukan persalinan normal dengan presentase 69,9%, sedangkan persalinan dengan tindakan hanya 30,1%.

Berdasarkan fakta di lapangan bahwa pasien lebih banyak rujukan dengan kasus penyulit dalam kehamilan serta riwayat bekas sectio caesaria pada persalinan sebelumnya, letak sungsang atau lintang sehingga harus dilakukan persalinan dengan tindakan dan segera.

6.1.1.9 Distribusi Ketuban Pecah Dini

Pada tabel 5.9, Berdasarkan tabel di atas, distribusi frekuensi ketuban pecah dini terbanyak mengalami ketuban pecah dini sebanyak 65,1%.

Ketuban pecah dini merupakan salah satu penyulit dalam kehamilan dan persalinan yang berperan dalam meningkatkan kesakitan dan kematian maternal-perinatal yang dapat disebabkan oleh adanya infeksi, yaitu dimana selaput ketuban yang menjadi penghalang masuknya kuman penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan bayinya. ketuban pecah dini memerlukan pengawasan yang ketat dan kerjasama antara keluarga dan penolong (bidan dan dokter) karena dapat menyebabkan bahaya infeksi intra uterine yang mengancam keselamatan ibu dan janinnya. Dengan demikian akan menurunkan atau memperkecil risiko kematian ibu dan bayinya (Manuaba, 2010).

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Gilang, dkk (2015) menunjukan bahwa terbanyak distribusi frekuensi

ketuban pecah dini adalah mengalami ketuban pecah dini sebanyak 56,5%. Begitu juga penelitian Lismiati (2013), menunjukan bahwa responden mengalami ketuban pecah dini sebanyak 72,4%

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, penelitian Dewi dan Herlina (2011) menunjukan bahwa terbanyak distribusi frekuensi ketuban pecah dini adalah tidak mengalami ketuban pecah dini sebanyak 81,55%. Begitu juga dengan penelitian Lestariningsih dan Ertiana (2016), tidak mengalami ketuban pecah dini sebanyak 91,4%.

Berdasarkan fakta di lapangan bahwa kasus KPD merupakan kasus rujukan yang menempati 2 besar kasus rujukan di RS Budi Kemuliaan.

6.1.1.10 Distribusi Kejadian Asfiksia

Pada tabel 5.10, distribusi frekuensi kejadian asfiksia responden terbanyak mengalami asfiksia 51,2%.

Secara klinis dapat digunakan skor APGAR untuk mendiagnosa dan mengklasifikasikan derajat asfiksia secara cepat (Radityo, 2011).

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan, teratur dan adekuat (Snyder & Cloherty, 2012).

Menurut Manuaba (2010), asfiksia neonatorum merupakan kelanjutan dari kegawatan janin atau *fetal distress* intra

uteri. *Fetal distress* adalah keadaan ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen dan nutrisi janin sehingga menimbulkan perubahan metabolisme janin menuju metabolisme anaerob yang di sebabkan oleh banyak hal terutama oleh faktor risiko ibu seperti anemia.

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Maringga dan Sari (2017) menunjukan bahwa mayoritas bayi lahir dengan kejadian asfiksia ringan dengan presentase 71%. Penelitian Rahmawati (2014), hasil penelitiannya juga menunjukan bahwa bayi mengalami asfiksia (57,2%). Sejalan dengan penelitian ini, penelitian Darmiati (2019) juga menunjukan bahwa bayi mengalami asfiksia (48,9%). Menguatkan hasil penelitian ini, penelitian Ulfa dan Sinambela (2019) juga menunjukan bahwa bayi lahir mayoritas mengalami asfiksia (100,0%).

Asfiksia terjadi karena terdapat gangguan pertukaran gas atau pengangkutan oksigen dari ibu ke janin. Gangguan ini dapat timbul pada masa kehamilan, persalinan atau segera setelah lahir. Asfiksia dapat mempengaruhi organ vital lainnya dan dapat mendorong terjadinya infeksi, kerusakan otak atau kematian (Snyder & Cloherty, 2012).

Berdasarkan fakta di lapangan biasanya komplikasi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan asfiksia adalah kasus ibu hamil dengan preeklampsi/eklampsi, placenta

previa, solutio plasenta, gawat janin, partus macet, infeksi pada kehamilan dan KPD sesuai kasus rujukan yang ada di RS Budi Kemuliaan.

6.1.2. PEMBAHASAN BIVARIAT

Pada pembahasan bivariat ini memperlihatkan hasil tabel silang antara usia ibu hamil, preeklampsia/eklampsia, partus lama, usia gestasi, paritas, berat badan bayi, bayi prematur, jenis persalinan, ketuban pecah dini (KPD) terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

6.1.2.1 Tabel Silang Usia Ibu Hamil terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan tabel 5.11, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki usia 20-35 tahun. Dari responden yang memiliki usia 20-35 tahun, sebanyak 40,0% mengalami asfiksia.

Hasil analisa bivariat dalam penelitian ini diketahui bahwa nilai *p-value* > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara usia ibu hamil dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% didapatkan sebesar 3,200 (0,419 - 24,417) untuk usia ibu dengan ejeksi fraksi <20 tahun dan usia ibu >35 tahun. Pada usia ibu <20 tahun beresiko 3,2

kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding usia ibu >35 tahun. Untuk usia ibu dengan ejeksi fraksi 20-35 tahun dan usia ibu >35 tahun, didapatkan nilai *OR* sebesar 1,600 (0,405 – 6,324). Pada usia ibu 20-35 tahun beresiko 1,6 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding usia ibu >35 tahun.

Hasil penelitian ini berbeda dengan teori Prawirohardjo (2012), yang mengatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor penyebab asfiksia pada bayi baru lahir. Resiko asfiksia terjadi pada umur kurang dari 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan mudah mengalami komplikasi. Selain itu, kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal. Reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun.

Menurut Manuaba (2010), usia reproduksi wanita yang baik adalah ketika wanita berusia antara 20-35 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia <20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali pada usia >30-35 tahun. Salah satu penyebab kematian maternal yang meningkat adalah karena asfiksia (Prawirohardjo, 2012).

Sejalan dengan hasil penelitian ini, penelitian yang dilakukan Darmiati (2019) menyatakan bahwa hubungan antara usia ibu hamil dengan kejadian asfiksia dengan nilai p-value 0,235.

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, Menurut Ekasari (2015), terdapat pengaruh usia ibu (*p-value* = 0,015) terhadap asfiksia bayi pada ibu dengan preeklamsia. Begitu juga penelitian Maringga dan Sari (2017), menunjukan bahwa terdapat hubungan antara usia gestasi terhadap kejadian asfiksia dengan nilai *p-value* = 0,001. Karakteristik dalam penelitian Maringga dan Sari (2017) mayoritas: usia ibu 20-35 tahun (59,7%), paritas multi gravida (58%), riwayat persalinan SC (51,6%), usia gestasi aterm (56,5%), tingkat asfiksia neonatorum sedang (71%).

Menurut Gilang dkk (2015), terdapat hubungan umur ibu (*p-value* = 0,040) dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Tugu Rejo Semarang. Fajariyanti (2017), dalam penelitiannya menunjukan bahwa dari beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian asfiksia neonatorum di RSU PKU Muhammadiyah Bantul hanya fakor usia ibu yang berpengaruh terhadap kejadian asfiksia dengan nilai *p-value* = 0,019. Menurut Gerungan, dkk (2014), salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian afiksia neonatorum di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado adalah usia ibu (*p-*

value = 0,030).

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia ibu hamil dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat, dimana usia produktif dalam penelitian ini tidak sejalan dengan kejadian asfiksia yang masih tinggi.

6.1.2.2 Tabel Silang Preeklampsia/Eklampsia terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan tabel 5.12, menunjukan bahwa mayoritas responden tidak terjadi preeklampsia/eklampsia, dimana sebanyak 59,3 % mengalami asfiksia.

Hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa *p-value* 0,168 > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara preeklampsia/eklampsia dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 2,424 (0,681- 8,635). Pada ibu yang mengalami preeklampsia/eklampsia beresiko 2,424 lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding ibu yang tidak mengalami preeklampsia/eklampsia.

Hasil penelitian ini berbeda dengan teori Wiknjosastro (2010), yang menyatakan pada ibu yang mengalami preeklampsia/eklampsia terjadi penurunan aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan gangguan fungsi plasenta

sehingga dapat mengakibatkan asfiksia bayi baru lahir serta gawat janin karena kekurangan oksigen.

Sejalan dengan hasil penelitian ini, penelitian Heriyanti (2010) juga menunjukan tidak ada hubungan antara preeklampsia/eklampsia dengan kejadian asfiksia dengan nilai *p-value* 0,066.

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, Penelitian Rahmawati (2014), hasil penelitiannya menunjukan bahwa terdapat hubungan antara preeklampsia pada ibu hamil terhadap kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dimana hasil uji statistiknya menunjukan nilai *p-value* = 0,000. Penetian Wahyuni & Ismail (2015), menunjukan bahwa preeklampsia/ eklampsia pada ibu hamil mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dimana nilai OR: 2,20; 95% CI=1,10-4,4. Indah & Apriliana (2016) juga menunjukan terdapat hubungan antara preeklampsia/eklampsia dalam kehamilan dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir.

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan preeklampsia/ eklampsia dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Dan kejadian asfiksia juga dapat di pengaruhi oleh faktor lain yaitu kecepatan respon emergensi dan ketrampilan dokter, perawat dan bidan dalam penanganan kegawatdaruratan

maternal (Manuaba, 2010).

6.1.2.3 Tabel Silang Partus Lama terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan Tabel 5.13, menunjukan bahwa mayoritas responden partus <24 jam, dimana 50,0% tidak asfiksia.

Hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa *p-value* 0,795 > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara partus lama dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 0,833 (0,211- 3,294). Pada ibu dengan lama partus >24 jam beresiko 0,833 lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding ibu dengan lama partus <24 jam.

Hasil penelitian ini berbeda dengan teori Sulistyowati dan Ngadiyono, (2014), yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh persalinan lama dengan asfiksia. Pengaruh persalinan lama dengan asfiksia dapat disebabkan karena kala II lama yang menyebabkan kompresi tali pusat dan kontraksi uterus yang berlangsung lama sehingga transportasi oksigen ke janin berkurang dan mengakibatkan pemenuhan oksigen janinpun berkurang yang dapat menyebabkan asfiksia pada janin.

Partus lama dapat mengakibatkan bahaya baik terhadap ibu maupun janin. Resiko cidera yang terus meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan. Semakin lama

persalinan, semakin tinggi morbiditas serta mortalitas janin. Persalinan lama berpengaruh lebih berat untuk janin, mengakibatkan insidensi anoxia, kerusakan otak, asfiksia, dan kematian intrauterine yang lebih tinggi (Oxorn, 2010).

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Nurjayanti, dkk (2016) menunjukan tidak adanya hubungan antara partus lama dengan kejadian asfiksia dengan nilai *p-value* 0,052.

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, Penelitian Masyita (2012), menunjukan bahwa terdapat hubungan antara partus lama dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dengan nilai *p-value* = 0,010. Begitu juga penelitian Jauhari (2016), dalam penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang signifikan dari partus lama dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan *p-value* = 0.000 yang berarti lebih kecil dari α = 0.05. Penelitian Krisnawuri (2017), menunjukan bahwa ibu yang mengalami partus lama memiliki resiko 3,12 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia neonatorum pada bayinya dibanding dengan ibu yang tidak mengalami partus lama.

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan partus lama dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

Setiap persalinan mempunyai risiko baik pada ibu maupun

janin, berupa kesakitan sampai pada risiko kematian. Apabila ibu maupun janin dalam kondisi yang menyebabkan terjadinya penyulit persalinan maka untuk segera menyelamatkan keduanya, perlu segera dilakukan persalinan dengan tindakan, seperti dengan forsep, ekstraksi vakum, atau tindakan perabdominal yaitu secsio caesarea.

6.1.2.4 Tabel Silang Usia Gestasi terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan Tabel 5.14, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki usia gestasi aterm. Dari responden yang memiliki usia gestasi aterm, sebanyak 66,7% mengalami asfiksia.

Hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa nilai *p-value* > 0,05, Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara usia gestasi dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 1,091 (0,61- 19,630) untuk usia gestasi ibu dengan ejeksi fraksi Preterm dan post term. Pada usia gestasi ibu preterm beresiko 1,091. kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding usia gestasi ibu post term. Untuk usia gestasi ibu dengan ejeksi fraksi Aterm dan Post term, didapatkan nilai *OR* sebesar 0,800 (0,43–14,886). Pada usia gestasi ibu Aterm beresiko 0,8 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding post term.

Menurut Wiknjosastro (2010) yang menyatakan bahwa fungsi plasenta mencapai puncaknya pada kehamilan 38 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat dibuktikan dengan menurunnya kadar *estriol* dan *plasental laktrogen*. Selain itu jumlah air ketuban juga berkurang, air ketuban yang berkurang dapat meengakibatkan perubahan abnormal pada jantung janin yang akhirnya mengalami hipoksia dan kadang terjadi aspirasi meconium dan berakhir dengan kelahiran bayi dengan asfiksia.

Sejalan dengan penelitian ini, penelitian Rahma dan mahdinah (2013), menunjukan tidak memiliki hubungan yang signifikan antara usia kehamilan dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUP DR Wahidin Sudiro Husodo Makassar dengan nilai *p-value* 0,239.

Penelitian Qodarsih dan Putri (2016), menunjukan ada hubungan antara kehamilan post term dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir di RSUD Dr Soedirman Kebumen dengan keeratan cukup erat. Penelitian Mulia (2014), juga menunjukan ada hubungan yang signifikan kehamilan post term dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dan besar resiko asfikia 3,571 kali lebih besar pada persalinan post term daripada aterm dengan nilai *p-value* = 0,013. Penelitian Utami (2015), terdapat hubungan

yang bermakna antara lama persalinan dengan asfiksia neonatorum dengan nilai *p-value* 0,001. Menurut Gerungan, dkk (2014), salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian afiksia neonatorum di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado adalah usia gestasi (*p-value* = 0,023). Ekasari (2015), menunjukan bahwa terdapat hubungan usia gestasi (*p-value* = 0,015) terhadap asfiksia bayi pada ibu dengan preeklampsia.

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan usia gestasi dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat, hal ini disebabkan masih terdapat faktor-faktor lain yang dapat menyebabkan bayi lahir dalam kondisi asfiksia seperti infeksi pada kehamilan, KPD, kelainan letak janin, kehamilan ganda, lilitan tali pusat, dll.

6.1.2.5 Tabel Silang Paritas terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan Tabel 5.15, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki paritas primipara. Dari responden yang memiliki paritas primipara, sebanyak 55,0% mengalami asfiksia.

Hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa nilai *p-value* >0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara paritas dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 0,584 (0,138-2,483) untuk paritas dengan ejeksi fraksi primipara dan grandemultipara. Pada paritas primipara beresiko 0,584 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding grandemultipara. Untuk usia ibu dengan ejeksi fraksi multipara dan grandemultipara, didapatkan nilai *OR* sebesar 0,595 (0,114-3,102). Pada paritas multipara beresiko 0,595 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding paritas grandemulipara.

Hasil penelitian ini berbeda dengan teori Manuaba (2010) yang menyatakan paritas merupakan salah satu faktor penyebab asfiksia. Paritas yang tinggi memungkinkan terjadinya penyulit kehamilan dan persalinan yang dapat menyebabkan terganggunya transport O2 dari ibu ke janin yang akan menyebabkan asfiksia yang dapat dinilai dari APGAR Score menit pertama setelah lahir.

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Ekasari (2015) tidak terdapat pengaruh paritas (*p-value* = 0,149) terhadap asfiksia bayi pada ibu hamil. Begitu juga penelitian Gilang, dkk (2015), menunjukan tidak terdapat hubungan paritas (*p-value* = 0,142) terhadap asfiksia bayi pada ibu.

Penelitian ini, juga sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Gilang tahun 2012 yang menunjukkan bahwa secara statistik paritas tidak berhubungan dengan kejadian asfiksia dengan nilai P sebesar 0,142 > 0,05. Hal ini disebabkan kejadian asfiksia dapat terjadi oleh berbagai macam faktor baik dari ibu, janin, maupun plasenta.

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, penelitian Penelitian Aisyiah dkk (2016), menunjukan bahwa terdapat hubungan antara paritas (*p-value* = 0,002) dengan kejadian asfiksia neonatorum pada bayi baru lahir di RSUD Cilegon Provinsi Banten. Begitu juga penelitian Gerungan, dkk (2014), terdapat hubungan paritas (*p-value* = 0,036) dengan kejadian afiksia neonatorum di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.

Dari pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan paritas dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

6.1.2.6 Tabel Silang Berat Badan Bayi Lahir terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan Tabel 5.16, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki berat badan bayi saat lahir 2500-4000gr. Dari responden yang memiliki berat badan bayi saat lahir 2500-4000gr, sebanyak 50,0% mengalami asfiksia.

Hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa nilai *p-*

value > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara berat badan bayi dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 0,357 (0,025-5,109) untuk berat badan bayi lahir dengan ejeksi fraksi BB bayi lahir < 2500 gram dan >4000 gram. Pada BB bayi lahir <2500 gram beresiko 0,357 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding > 4000 gram. Untuk BB bayi lahir dengan ejeksi fraksi 2500 – 4000 gram dan > 4000 gram, didapatkan nilai *OR* sebesar 0,500 (0,041-6,166). Pada BB bayi lahir 2500-4000 gram beresiko 0,5 kali lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding >4000 gram.

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Fajarwati dkk (2015) tidak terdapat hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Ulin Banjarmasin, dengan berdasarkan hasil perhitungan uji *chi-square* dengan tingkat kepercayaan 95% didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,674.

Hasil penelitian ini berbeda dengan teori Prawirohardjo (2012) yang menyatakan berat lahir berkaitan dengan masa gestasi. Semakin rendah masa gestasi dan semakin kecil bayi maka semakin tinggi morbiditas dan mortalitasnya. Prognosis berat badan bayi lahir rendah (BBLR) tergantung

berat ringannya masalah perinatal. Semakin rendah berat bayi lahir, semakin tinggi terjadinya asfiksia dan sindroma pernafasan. Asfiksia atau gagal bernafas secara spontan saat lahir atau beberapa menit setelah lahir sering menimbulkan penyakit berat seperti BBLR. Hal ini disebabkan oleh kekurangan surfaktan (rasio lesitin atau sfingomielin kurang dari 2), pertumbuhan dan perkembangan yang belum sempurna, otot pernafasan yang masih lemah dan tulang iga yang masih melengkung atau *pliable thorax.*

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, Menurut Gilang dkk (2015), terdapat hubungan berat badan bayi lahir (*p-value* = 0,033) dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Tugu Rejo Semarang. Penelitian Ekasari (2015), terdapat pengaruh berat lahir bayi (*p-value* = 0,001) terhadap asfiksia bayi pada ibu dengan preeklampsia. Menurut Windiani (2016), faktor risiko yang bermakna meningkatkan kejadian asfiksia neonatorum salah satunya adalah berat badan bayi lahir dengan AOR=3,85 (95% CI: 1,61-9,18).

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan berat badan bayi lahir dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat, hal tersebut terjadi dikarenakan kemungkinan bahwa berat badan lahir pada sampel penelitian bukanlah satu-satunya faktor risiko

yang mempengaruhi terjadinya asfiksia.

Bayi berat lahir rendah dan bayi berat lahir lebih merupakan masalah penting dalam pengelolaannya karena mempunyai kecenderungan ke arah peningkatan terjadinya infeksi, asfiksia dan hipoglikemia. Akan tetapi, berat badan lahir saja tidak dapat memberi efek secara langsung terhadap terjadinya asfiksia neonatorum, dikarenakan asfiksia adalah kejadian dengan multifaktoral seperti yang telah dikemukakan oleh Manuaba (2010). Dan juga dapat dipengaruhi oleh faktor lain ,yaitu ketrampilan para perawat di ruang NICU serta para bidan yang telah memiliki kompetensi cukup baik dalam penanganan resusitasi bayi baru lahir.

6.1.2.7 Tabel Silang Bayi Prematur terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan Tabel 5.17, menunjukan bahwa mayoritas responden memiliki bayi prematur, dimana sebanyak 66,7% mengalami asfiksia.

Hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa *p-value* 0,022 < 0,05 dengan nilai *OR* sebesar 0,277. Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara bayi prematur dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat, dengan Peluang kejadian bayi prematur terhadap kejadian asfiksia adalah 0,277 kali dibanding bayi tidak premature.

Menurut Winkjosastro (2010), terdapat empat faktor utama yang menjadi etiologi asfiksia neonatorum yaitu faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin, dan faktor proses persalinan. Persalinan premature termasuk faktor janin. Persalinan premature beresiko menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum pada bayi yang dilahirkan karena imunitas organ terutama paru-paru yang menyebabkan kegagalan bernafas spontan pada menit awal kelahiran.

Sejalan dengan penelitian ini, penelitian Wulandari (2017) juga menunjukan terdapat hubungan antara prematur terhadap kejadian asfiksia dengan nilai *p-value* 0,000. Penelitian Aminah dan Wahyu (2017), hasil penelitiannya juga menunjukan bahwa terdapat hubungan antara prematur terhadap kejadian asfiksia dengan nilai *p-value* 0,000.

Menguatkan hasil penelitian ini, Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Sari,dkk (2014) di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran Kabupaten Semarang, menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persalinan prematur dengan kejadian asfiksia bayi baru lahir (OR=2,20;95% CI=1,10-4,41). Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Svenvik et al (2015), juga menyatakan bahwa persalinan prematur < 37 minggu memiliki hubungan dengan nilai apgar score < 7 pada 5 menit pertama dengan nilai p 0.001<0.05. Dan juga penelitian

Mayasari, dkk (2018), menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persalinan prematur dengan kejadian asfiksia bayi baru lahir dengan nilai *p-value* 0,000 dan nilai *r* 0,875.

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan terdapat hubungan bayi prematur dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Dimana semakin rendah masa gestasi dan makin kecil berat bayi baru lahir maka makin tinggi morbiditas dan mortalitasnya sehingga makin tinggi kemungkinan terjadinya asfiksia dan sindroma gangguan pernafasan (Kemenkes RI,2014).

6.1.2.8 Tabel Silang Jenis Persalinan terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan Tabel 5.18, menunjukan bahwa mayoritas responden melakukan persalinan dengan tindakan, dimana sebanyak 53,8% mengalami asfiksia.

Hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa *p-value* 0,272 > 0,05. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan antara jenis persalinan dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* dalam penelitian ini dengan interval kepercayaan 95% sebesar 1,053 (0,134 – 8,243). Pada persalinan dengan pervaginam beresiko 1,053 lebih besar untuk mengalami asfiksia dibanding persalinan dengan tindakan.

Berbeda dengan teori Flora dkk (2014 dalam Maringga dan Sari (2012)), perubahan fisiologi paling umum akibat tindakan anestesia spinal adalah hipotensi. Hipotensi yang terjadi diakibatkan oleh dilatasi vena dan arteri. Hipotensi yang terjadi bila tidak ditangani segera akan menurunkan aliran darah uterus yang berpengaruh terhadap janin sehingga dapat mengakibatkan depresi pada neonatus yang akan berakibat pada asfiksia neonatorum.

Mendukung hasil penelitian ini, penelitian Suryawan (2018) tidak terdapat hubungan antara jenis persalinan dengan asfiksia neonatorum, jenis penelitian yang di gunakan adalah studi observasional analitik dengan metode case control. (P =0,481, OR = 1,429, IK 95% = 0,368 – 5,548)

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, penelitian Wijayanti (2017), didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sectio caesarea dengan kejadian asfiksia di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu periode Januari - Juni tahun 2017 yang ditunjukkan dengan nilai nilai X2 hitung = 6,618 ≥ X2 tabel = 3,841. Risiko asfiksia meningkat dengan bertambahnya persalinan yang menggunakan metode *sectiocaesarea*, hal ini berkaitan dengan perubahan fisiologi akibat proses kelahiran. *Sectiocaesarea* memicu pengeluaran hormon stress pada ibu yang menjadi kunci

pematangan paru – paru bayi yang terisi air atau jika bayi lahir dengan *sectiocaesarea* tanpa tanda persalinan maka tidak akan mendapat manfaat bagi pengeluaran cairan paru dan penekanan rongga toraks sehingga mengalami peru – paru basah yang lebih persisten.

Penelitian Novidawasti (2013), ada hubungan antara jenis persalinan dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Hasil uji statistik menunjukan nilai p-value 0,044 < 0,05. Begitu juga penelitian Novidawasti dan Prihatiningsih (2013) menunjukan bahwa ada hubungan antara jenis persalinan terhadap kejadian asfiksia neonatorum dengan nilai p-value 0,044.

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan jenis persalinan dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.

6.1.2.9 Tabel Silang Ketuban Pecah Dini terhadap Kejadian Asfiksia

Berdasarkan Tabel 5.19, menunjukan bahwa mayoritas responden terjadi KPD, dimana 39,3 % mengalami asfiksia.

Hasil analisa bivariat di atas diketahui bahwa nilai *p-value* 0,033 < 0,05 dengan nilai *OR* sebesar 4,250. Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara ketuban pecah dini (KPD) dengan kejadian asfiksia di RS Budi

Kemuliaan Jakarta Pusat. Nilai *OR* menunjukan bahwa pasien yang mengalami ketuban pecah dini (KPD) mempunyai peluang asfiksia 4,25 kali lebih besar dibanding pasien yang tidak mengalami KPD.

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu faktor risiko intrapartum untuk terjadinya asfiksia neonatorum. KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum inpartum, pada pembukaan <4 cm atau pada fase laten (Nugroho, 2011).

Ketuban pecah dini merupakan salah satu penyulit dalam kehamilan dan persalinan yang berperan dalam meningkatkan kesakitan dan kematian maternal-perinatal yang dapat disebabkan oleh adanya infeksi, yaitu dimana selaput ketuban yang menjadi penghalang masuknya kuman penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan bayinya. ketuban pecah dini memerlukan pengawasan yang ketat dan kerjasama antara keluarga dan penolong (bidan dan dokter) karena dapat menyebabkan bahaya infeksi intra uterine yang mengancam keselamatan ibu dan janinnya. Dengan demikian akan menurunkan atau memperkecil risiko kematian ibu dan bayinya (Manuaba, 2010).

Mendukung penelitian ini, penelitian Aisyiah dkk (2016), terdapat hubungan antara ketuban pecah dini (*p*-

value = 0,000) dengan kejadian asfiksia neonatorum pada bayi baru lahir di RSUD Cilegon Provinsi Banten. Begitu juga penelitian Gilang dkk (2015), terdapat hubungan Ketuban Pecah Dini (*p-value* = 0,004) dengan kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Tugu Rejo Semarang. perdarahan antepartum (*p-value* = 0,010). Penelitian Rahmawati & Ningsih (2016), terdapat hubungan antara: Ketuban Pecah Dini (*p-value* = 0,000) dengan kejadian asfiksia.

Penelitian Aliyanto dan Putriana (2015), faktor ibu dan janin yang paling dominan dalam kejadian asfiksia adalah air ketuban bercampur meconium dangan nilai *p-value* = 0,000. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya oleh Komsiyati (2014) di RSUD Ambarawa bahwa terdapat hubungan antara ketuban pecah dini dengan asfiksia neonatorum, dimana bayi dengan ketuban pecah dini berisiko 2.809 kali lebih besar terkena asfiksia neonatorum dibandingkan bayi yang tidak ketuban pecah dini. Penelitian Aisyiah dkk (2016) juga menunjukan terdapat hubungan antara ketuban pecah dini (*p-value* = 0,000) dengan kejadian asfiksia neonatorum pada bayi baru lahir di RSUD Cilegon Provinsi Banten. Begitu juga penelitian Gilang dkk (2015), terdapat hubungan Ketuban Pecah Dini (*p-value* = 0,004) dengan

kejadian asfiksia neonatorum di RSUD Tugu Rejo Semarang. perdarahan antepartum (*p-value* = 0,010). Penelitian Rahmawati& Ningsih (2016), terdapat hubungan antara: Ketuban Pecah Dini (*p-value* = 0,000) dengan kejadian asfiksia.

Penelitian Aliyanto dan Putriana (2015), faktor ibu dan janin yang paling dominan dalam kejadian asfiksia adalah air ketuban bercampur meconium dangan nilai *p-value* = 0,000.

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan terdapat hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat. Ketuban pecah dini yaitu pecah ketuban 6 jam atau lebih sebelum kelahiran. Komplikasi yang dapat terjadi pada janin dengan ketuban pecah dini yaitu prematuritas, infeksi, malpresentasi dan mortalitas perinatal. Kedua jenis komplikasi tersebut dapat berakibat terjadinya asfiksia. Tempat yang paling sering terinfeksi adalah alat-alat respirasi.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Dalam penyusunan laporan penelitian ini, peneliti mengalami keterbatasan saat pengambilan data penelitian. Terdapat responden yang khawatir saat data pasien akan dijadikan bahan penelitian sehubungan

dengan pasien yang masih belum nyaman dan khawatir dengan bayinya yang sedang dalam perawatan NICU.

6.3. Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan, Pendidikan dan Penelitian

6.3.1 Institusi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini dapat meningkatkan peran perawat sebagai edukator untuk peningkatan kualitas pendidikan ilmu keperawatan. Perawat dapat melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan kesehatan terhadap ibu dan anaknya selama proses kehamilan dan proses persalinan. Sehingga dalam memberikan pendidikan keperawatan, tidak hanya berfokus pada pasien tetapi anggota keluarga dan masyarakat.

6.3.2 Bagi Rumah Sakit.

Hasil penelitian ini menunjukan hasil evaluasi terkait program pengabdian masyarakat yang diperlukan dimasyarakat atau lingkungan sekitar dalam rangka mengurangi angka kematian neonatal. Rumah sakit dapat melakukan pelatihan kegawat daruratan neonatal terhadap semua perawat di ruang neonatal.

6.3.3 Bagi Masyarakat

Perlunya peran anggota keluarga menjaga kesehatan ibu dan anak selama hamil dan proses persalinan dengan cara mendampingi saat melakukan konsultasi dan pemeriksaan kesehatan termasuk proses persalinan.

6.3.4 Peneliti

Penelitian ini dapat menjadikan media belajar penulis untuk menerapkankan konsep penelitian yang didapat dari institusi pendidikan ke dalam realita penelitian. Serta dapat dijadikan dasar untuk penelitian selanjutnya.

Universitas Binawan

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab akhir ini, akan diuraikan kesimpulan dari pembahasan dan saran berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan.

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

7.1.1 Usia ibu melahirkan di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas 20-35 tahun dengan presentase 69,8%.

7.1.2 Kejadian preeklampsia/eklampsia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas tidak terjadi preeklampsia/eklampsia dengan presentase 62,8%.

7.1.3 Partus lama di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas <24 jam dengan presentase 74,4%.

7.1.4 Usia gestasi di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas aterm (37-41 minggu) dengan presentase 69,8%.

7.1.5 Paritas di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas primipara dengan presentase 46,5%.

7.1.6 Berat badan bayi di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas 2500-4000 gram dengan presentase 65,1%.

7.1.7 Bayi lahir di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas tidak prematur dengan presentase 55,8%.

7.1.8 Jenis persalinan di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas dengan tindakan dengan presentase 90,7%.

7.1.9 Ketuban Pecah Dini (KPD) di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas mengalami KPD dengan presentase 65,1%.

7.1.10 Kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat mayoritas asfiksia dengan presentase 51,2%.

7.1.11 Tidak terdapat hubungan usia ibu melahirkan terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat dengan *p-value* > 0,05.

7.1.12 Tidak terdapat hubungan kejadian preeklampsia/eklampsia terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat dengan *p-value* 0,168.

7.1.13 Tidak terdapat hubungan partus lama terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat dengan *p-value* 0,795.

7.1.14 Tidak terdapat hubungan usia gestasi terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat dengan *p-value* > 0,05.

7.1.15 Tidak terdapat hubungan paritas terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat dengan *p-value* > 0,05. .

7.1.16 Tidak terdapat hubungan berat badan bayi lahir terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat dengan *p-value* > *0,05*.

7.1.17 Terdapat hubungan bayi prematur terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat dengan *p-value* 0,022 dan nilai *OR* sebesar 0,277.

7.1.18 Tidak terdapat hubungan jenis persalinan terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat dengan *p-value* 0,272.

7.1.19 Terdapat hubungan ketuban pecah dini terhadap kejadian asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat dengan *p-value* 0,033 dan *nilai OR* sebesar 4,250.

7.2 Saran

7.2.1. Saran Bagi Institusi Pendidikan

Dalam dunia pendidikan, pentingnya penekanan tentang partisipasi keluarga dalam upaya menjaga kesehatan ibu dan bayi. Sehingga objek edukasi kesehatan tidak hanya pada pasien, tetapi keluarga dan masyarakat juga dilibatkan.

7.2.2. Bagi Rumah Sakit

Masih banyaknya angka kejadian asfiksia pada bayi baru lahir, diharapkan manajemen rumah sakit dapat meningkatkan mutu kompetensi tenaga kesehatan dalam pelayanan maternal dan neonatal serta kegawatdaruratan maternal dan neonatal, memberikan promosi kesehatan kepada pasien dan keluarga melalui media telekomunikasi dan edukasi / penkes yang terjadwal di unit, membuat poster terkait tanda-tanda bahaya pada ibu hamil, pentingnya ANC pada ibu hamil dan mengadakan kelas prenatal di poli Kebidanan.

7.2.3. Bagi Masyarakat

Masyarakat menyadari bahwa kehamilan yang tidak dilakukan pemeriksaan rutin dapat membahayakan kesehatan ibu dan anak.

7.2.4. Bagi Peneliti

Peneliti tidak berpuas diri atas hasil penelitian yang telah dilakukan, peneliti hendaknya lebih semangat untuk melakukan penelitian lain dalam upaya mengembangkan keilmuan terkait keperawatan di tempat kerja sehingga dapat memberikan manfaat besar dalam dunia keperawatan. Penelitian ini juga dapat dikembangkan lagi dengan meneliti: faktor-faktor yang berhubungan terhadap angka kejadian asfiksia. Peneliti juga mengharapkan adanya penelitian selanjutnya mengenai pengaruh stabilisasi penanganan kegawatdaruratan maternal terhadap kejadian asfiksia, pengaruh kejadian asfiksia terhadap pertumbuhan bayi / anak.

DAFTAR PUSTAKA

Aisyah, dkk. (2016). Hubungan Paritas, Anemia, dan Ketuban Pecah Dini Dengan Asfiksia Neonatorum Pada Bayi Baru Lahir Di RSUD Cilegon Provinsi Banten. *Jurnal Persada Husada Indonesia.*

Aliyanto, W., & Putri, Y. (2015). Faktor Ibu dan Janin Yang Mempengaruhi Kejadian Asfiksia.

American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). *Guidelines for perinatal care, 6th ed. In: Williams Obstetrics.23 ed.* The Mc GrawHill Companies, Inc.

Aminah., & Wahyu, M.S. (2017). Hubungan Bayi Prematur dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. *Jurnal Obstretika Scientia.*

Ari, S.S. (2012). Hubungan Antara Prematuritas Dengan Angka Kejadian Asfiksia Neonatorum. Tesis: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Arikunto, S. (2013). Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.

Dahlan, S. (2014). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Edisi 6.* Jakarta, Salmba Medika.

Darmiati, N.S.U. (2019). Hubungan Umur Ibu dan Paritas terhadap Kejadian Asfiksia Neonatorumdi RSIA Sitti Khodijah 1 Makasar. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia.*

Depkes, R.I. (2009). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).* Jakarta: depkes RI dan JICA.

Dhamayanti, M. (2018). Hubungan Preeklampsia dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Pada Bayi baru Lahir di RSUD Wonosari Tahun 2017. *Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Yogyakarta.*

Dilenge M.E., Majnemer A., Shevell M.I. (2011). *Long-term developmental outcome of asphyxiated term neonates. J Child Neurol* 16 (11): 781-792.

Ekasari, WU. (2015). Pengaruh Umur Ibu, Paritas, Usia Kehamilan, Dan Berat Lahir Bayi Terhadap Asfiksia Bayi. Universitas Sebelas Maret. *Surakarta: Tesis, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana.*

Fajarriyanti, dkk. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSU PKU Muhammadiyah Bantul. *Unisa Yogyakarta: Digital Library-Ripository.*

Fanny, F. (2015). Sectio Caesaria Sebagai Faktor Resiko Kejadian Asfiksia **Neonatorum. Jurnal Kesehatan.** (file:///C:/Users/Rohayati/Downloads/1474-2066-1-PB.pdf, **diakses pada 14 Oktober 2019 pukul 11:01).**

Gerungan, J.C., dkk. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandau Manado. *JIDAN: Jurnal Ilmiah Bidan.*

Gilang, dkk. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Neonatorum di RSUD Tugurejo Semarang. *Universitas Muhammadiyah Semarang: Jurnal Kedokteran Muhammadiyah.*

Handayani, A.M. (2019). Hubungan Usia Ibu dan Partus Lama Terhadap Kejadian Asfiksia Neonatorum di Rumah Sakit Umum Raden Mattaher Provinsi Jambi. *Sciencia Journal.*

Herawati, R. (2013). Faktor-Faktor Yang Menyebabkan Terjadinya Asfiksia Neonatorum Pada Bayi Baru Lahir Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Rokan Hulu. *Jurnal Maternity and Neonatal Vol. 1, No. 2.*

Heriyanti, O. (2010). Hubungan antara Preeklampsia Berat dengan Asfiksia Perinatal di RSUD DR Moewardi Surakarta. *Universitas Sebelas Maret.*

Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2010). *Buku Ajar Neonatologi*, Edisi Pertama. Jakarta: IDAI.

Indah, S.N., & Apriliana. (2016). Hubungan Antara Preeklamsia Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir. *Medical Journal of Lampung University.*

Istiqomah. (2011). Hubungan antara jenis Persalinan dengan Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir di Rumah Sakit Bakti Rahayu Surabaya. *Repository University of Nahdlatul Ulama Surabaya.*

Jauhari, F.M. (2016). Hubungan Partus Lama Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. H. Aloei Sabooe Gorontalo. *Universitas Negeri Gorontalo: Skripsi.*

Katiandagho, N., dkk (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. *Jurnal Ilmu Kebidanan.*

KBBI, 2016. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). (http://kbbi.web.id/pusat, diakses pada 28 Juli 2019 pukul 11:36).

Kemenkes RI. (2014). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014. Kementrian **Kesehatan RI. (file:///C:/Users/rohayati/Downloads/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf, diakses pada 28 Juli 2019 pukul 11:14).**

Komsiyati. (2014). Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD Ambarawa. ***STIKES Ngudi Waluyo, Jawa Tengah.***

Kosim, M.S., dkk. (2012). *Buku Ajar Neonatologi.* Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.

Krisnawuri, A.J. (2017). Hubungan Partus Lama dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru lahir di Rumah Sakit Umum Bahteramas Sulawesi Tenggara. *Politeknik Kesehatan Kendari.*

Kusumaningrun, R.Y., *et al,* (2019). *Low Birth, Prematurity, and Pre-Ecklampsia* ***as Risk Factors of Neonatal Asphixia. Journal of Maternal and Child Health.*** **(http://thejmch.com/index.php?journal=thejmch&page=article&op=view&path%5B%5D=125&path%5B%5D=124, diakses pada 14 Oktober 2019 pukul 10:50).**

Lestariningsih, Y.Y., & Ertiana, D. (2016). Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD Kabupaen Kediri Tahun 2016. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Kediri.

Lismiati, L. (2013). Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta. *STIKes Aisyiyah Yogyakarta.*

Liu, D.T.Y. (2009). *Manual Persalinan, Cetakan Pertama.*Jakarta: EGC.

Manuaba, I. A, C., *et al.* (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan. Edisi kedua.* Jakarta: EGC.

Maringga, E.G., & Sari, N.I.Y. (2017). Hubungan Usia Gestasi dan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD Kabupaten Kediri. *Jurnal Keperawatan.*

Masyita, D. (2012). Hubungan Persalinan Lama dengan Kejadian Asfiksia Bayi Baru lahir Di RS PKU Muhammadiyah Delangu. Jurnal Keperawatan.

Mayasari, B., dkk. (2018). Hubungan Persalinan Prematur dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di Ruang Bersalin RSU D.R. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto. *Jurnal Nurse and Health.*

Mulia, U.P. (2014). Hubungan Kehamilan Post Term Dengan Kejadian Asfiksia Pada bayi Baru Lahir Di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2013. *STIKes Aisyah: Bantul.*

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta.

Novidawasti, A. (2014). Hubungan Antara Jenis Persalinan Dengan Tingkat Asfiksia Neonatorum Di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2013. (http://digilib.unisayogya.ac.id/889/1/Naskah%20Publikasi.pdf, **diakses pada 14 Oktober 2019 pukul 11:18).**

Nugroho, T. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Nursalam. (2009). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. (Edisi 2).* Jakarta: Salemba Medika.

Oxorn, H., & Forte, W.R. (2010). *Patologi dan Fisiologi Persalinan.* Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica.

Prambudi, R. (2013). *Neonatologi Praktis.* Bandar Lampung: Anugrah Utama Raharja.

Prambudi, R. (2013). *Penyakit pada Neonatus. Cetakan Pertama.* Bandar Lampung: Anugrah Utama Raharja.

Pramono, M.S., & Muzakiroh, U. (2011). Pola kejadian Bayi Berat Lahir Rendah dan Faktor Yang Mempengaruhinya Di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan.*

Prawirohardjo, Sarwono. (2012). *Ilmu Kebidanan.* Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Qodarsih, L., Putri, H.A. (2016). Hubungan Kehamilan Post Tern Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Di RSUD DR Soedirman Kebumen. *Unisa: Digital Library-Ripository.*

Rachmawati, S. (2014). Hubungan Preeklampsia Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan.*

Radityo, S., & Adhie, N. 2011. Asfiksia Neonatorum Sebagai Faktor Resiko Terjadinya Gagal Ginjal Akut. *Universitas Diponegoro: Tesis.* (http://eprints.undip.ac.id/29132/, **diakses pada 28 Juli 2019 pukul 11:31).**

Rahmawati, L., & Ningsih, M.P. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Pada bayi Baru Lahir Di Ruang Medical Record RSUD Pariaman. *Jurnal Ilmiah Kebidanan.*

RM RS Budi Kemuliaan. (2019). Data Rekam Medik Pasien Bayi Baru Lahir. Jakarta Pusat: RS Budi Kemuliaan.

Ros. (2018). 2 Jenis Infeksi Kehamilan yang Bahayakan Janin dan Cara **Mencegahnya.** ***Orami Parenting.*** (https://parenting.orami.co.id/magazine/2-jenis-infeksi-kehamilan-yang-bahayakan-janin-dan-cara-mencegahnya, diakses pada 14 Oktober 2019 pukul 10:12).

Sari, D.M., dkk. (2014). Hubungan Persalinan Prematur Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di Rsud Ungaran.

Setiadi. (2013). *Konsep dan praktek penulisan riset keperawatan (Ed.2).* Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sills J.H. (2010). *Perinatal Asphyxia. In: Gomella T.L., Cunningham M.D., Eyal F.G., Zenk K.E., Neonatology: Management. Procedures, On-Call Problems, Diseases and Drugs. Edisi ke-5.* Newyork: Lange Medical Book/McGraw-Hill Co. 512-523.

Snyder, E.Y., & Cloherty, J.P. (2012). *Perinatal Asphyxia. dalam: Cloherty JP, Stark AR (eds.) Manual of Neonatal Care. 7th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p515- 55.

Sugiyono. (2011) . *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D.* Bandung: CV Alfabeta.

Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D.* Bandung: Alfabeta.

Sulistyowati, E., & Ngadiyono. (2014). Perbandingan Nilai APGAR Pada Bayi Prematur dan Bayi Post Matur Di RSUD Temanggung Tahun 2013. *Jurnal Kebidanan Vol.3 No.6.*

Tahir, R., dkk. (2012). Resiko Faktor Persalinan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di RSUD Sawerigading Kota Palopo. *Jurnal Keperawatan.*

Ulfa, I.M., & Sinambela, D.P. (2019). Hubungan Preeklampsia Berat Pada Ibu Bersalin dengan Asfiksia Neonatorum di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan.*

Utami, R.B. (2015). Resiko Asfiksia Neonatorum Pada Ibu Dengan Ketuban Pecah Dini. *Jurnal Vokasi Kesehatan.*

Varney, Helen. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4.* Jakarta : EGC.

Wahyuni, S. & Ismail, D. (2015). Hubungan Preeklampsia/Eklampsia Dengan Kejadian asfiksia Bayi Baru Lahir Di Rumah Sakit Islam Klaten. Disertasi: ETD Gajah Mada.

Wijayanti, D.T. (2017). Hubungan Sectio Caesarea Dengan Kejadian Asfiksia Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan. Jurnal Ilmiah: J-HESTECH. (file:///C:/Users/Rohayati/Downloads/1066-2994-3-PB.pdf, **diakses pada 14 Oktober 2019 pukul 11:05).**

Wiknjosastro, H. (2010). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi 1. Cet. 12.* Jakarta: Bina Pustaka.

Willy, T. (2018). Penyakit Infeksi.*Hallo dok.* (https://www.alodokter.com/penyakit-infeksi, diakses pada 14 Oktober 2019 pukul 10:16).

Windiani, N.N.A., dkk. (2016). *Maternal and infant Risk Factors Incidence of Neonatal Asphyxia in Bali: Case Control Study. Public Health and Prentive Medicine Archive (PHPMA).*

World Health Organitation. (2012). *Children:mortality reducing.* **(http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en, diakses pada 28 Juli 2019 pukul 11:14).**

Worobay, S. (2010). Hubungan Antara Malaria Pada Ibu Bersalin Dengan Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Di RSUD Serui. *ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga.*

Wulandari, P. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di Ruang Melati RUD Dr. H. Soewondo Kendal. *Journal of Holistic Nursing Science.*

Yanti, J.S. (2016). Hubungan Perdarahan Antepartum Dngan Asfiksia Neonatorum Di RSUD Arifin Achmad Propinsi Riau. *Jurnal Kesehatan Komunitas*.

Zainuddin, Z., dkk. (2013). Hubungan Jenis Persalinan dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUP Prof. D.R. R.D. Kandou Manado. *Jurnal E-Clinic (ECL)*.

BIODATA PENULIS

Nama	: Rohayati
TTL	: Jakarta, 25-12-1976
Jenis Kelamin	: Perempuan
Kewarganegaraan	: Indonesia
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Perawat
Alamat	: Ujung Krawang, RT/RW 004/005, Kel. Pulo Gebang, Kec. Cakung, Jakarta Timur
No Handphone	: 0812-8800-0426
Email	: enengrohayati265@yahoo.co.id

Lembar Persetujuan Responden

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui "Hubungan Faktor Risiko Ibu dan Karakteristik Bayi Baru Lahir Terhadap Kejadian Asfiksia Di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat", peneliti mengharapkan kesediaan saudara menjadi responden dimana penelitian ini tidak memberikan dampak yang membahayakan. Jika saudara bersedia maka peneliti mengharapkan pengisian kuesioner ini dengan keadaan yang sebenarnya. Identitas saudara akan dirahasiakan dan semua informasi yang didapatkan hanya untuk kepentingan penelitian ini. Menandatangani lembar persetujuan artinya saudara bersedia menjadi responden dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Terimakasih atas partisipasinya.

Jakarta, ... 2020

Peneliti

Rohayati

Paraf

Insial Nama Responden

Lembar Kuesioner

Hubungan Faktor Risiko Ibu dan Karakteristik Bayi Baru Lahir Terhadap Kejadian Asfiksia Di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Tanggal :

Inisial Responden :

Nomor Kuesioner :

Petujunjuk Pengisian:

1. Pernyataan berikut ini adalah mengenai data pribadi ibu dan bayi
2. Berilah tanda (V) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan data ibu
3. Kuesioner diisi oleh peneliti berdasarkan jawaban dari responden

Lembar Kuesioner:

No.	Hasil Pemeriksaaan	Hasil Nilai
1	Usia ibu hamil	☐ <20 tahun
		☐ 20-35 tahun
		☐ >35 tahun
2	Preeklampsia/ eklampsia	☐ Terjadi
		☐ Tidak Terjadi
3	Partus Lama	☐ >24 jam
		☐ <24 jam
4	Usia Gestasi	☐ Aterm(37-41 minggu)
		☐ Preterm(<37 minggu)
		☐ Postterm(>42 mingggu)
5	Paritas (Persalinan Anak)	☐ Primipara(anak pertama)
		☐ Multipara(anak 2-3)
		☐ Grandemultipara(anak 4 atau

			lebih)
6	Berat-Badan Bayi Saat lahir	☐	<2500 gr
		☐	2500-4000 gr
		☐	>4000 gr
7	Bayi Prematur	☐	Prematur (<37 minggu)
		☐	Tidak prematur (>37 Minggu
8	Jenis Persalinan	☐	Pervaginam (Spontan/Sungsang)
		☐	Dengan tindakan (Vacum/Forceps/SC)
9	Ketuban Pecah Dini (KPD)	☐	KPD
		☐	Tidak KPD
10	Kejadian Asfiksia	☐	Tidak Asfiksia (APGAR 7-10)
		☐	Asfiksia (APGAR 0-6)

UNIVERSITAS BINAWAN

Jakarta, 17 Maret 2020

No : 104/S-Ext/UBINAWAN.FKK/III/2020
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth,
Direktur
RS Budi Kemuliaan
Di
Tempat

Dengan hormat,

Dengan surat ini dapat kami sampaikan bahwa mahasiswa berikut:
Nama : Rohayati
Semester : VIII
NIM : 011821055

Sedang menyelesaikan tugas akhir Skripsi di Program Studi Keperawatan Universitas Binawan. Sehubungan dengan hal tersebut dan sebagai salah satu proses yang dilalui adalah Pengambilan Data Penelitian dengan judul : **"Hubungan Karakteristik Ibu hamil dan Berat Badan Bayi Baru Lahir Terhadap Kejadian Asfiksia Di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat".**

Melalui surat ini yang bersangkutan mohon kiranya dapat di ijinkan melakukan Pengambilan Data Penelitian di **RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat.**

Demikian surat permohonan ijin ini dibuat, atas ijin dan dukungan kami ucapkan terima kasih.

Fakultas Keperawatan dan Kebidanan
Universitas Binawan

Erika Lubis, S.Kp.,MN
Dekan Fakultas

Tembusan : - Rekam Medis RS Budi Kemuliaan
- Kamar Besalin RS Budi Kemuliaan
- OK RS Budi Kemuliaan

KAMPUS BINAWAN
Jl. Dewi Sartika - Jl. Kalibata Raya Jakarta Timur 13630 INDONESIA
Telp. (62-21) 80880882, Fax (62-21) 80880883
Website : www.binawan.ac.id

RUMAH SAKIT
Budi Kemuliaan
Memuliakan Insan & Generasi yang Akan Datang

Jakarta, 30 April 2020

Nomor : 260/DIN/DIR/RSBK/IV/2020

Kepada Yth,
Ibu. Erika Lubis, S.Kp., MN
Dekan Fakultas
Universitas Binawan
Di
Jakarta Timur

Perihal : Surat Jawaban Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat yang kami terima tertanggal 17 Maret 2020 nomor 104/S-Ext/UBINAWAN.FKK/III/2020 mengenai Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian di Rumah Sakit Budi Kemuliaan telah kami terima.

Pada prinsipnya kami memberikan izin kepada sdr.i Rohayati untuk melakukan pengambilan data dengan judul penelitian "**Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dan Berat Badan Bayi Baru Lahir Terhadap Kejadian Asfiksia di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat".** Dengan ini kami memberitahukan apabila penelitian tersebut telah selesai, diharapkan yang bersangkutan untuk menyampaikan hasil penelitiannya kembali.

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

dr. Fahrul W. Arbi, SpA, MARS
Direktur

UNIVERSITAS BINAWAN

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

NAMA	: Rohayati
NIM	: 011821055
PRODI	: Keperawatan B 2018 Ganjil

Dengan ini mennyatakan sudah membuat surat ijin penelitian dari prodi dan sudah ditandatangani oleh pembimbing pertama dan kaprodi Universitas Binawan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun. Atas perhatian dan kebijaksanaannya saya ucapkan terima kasih

Jakarta, 18 Juni 2020.

Yang membuat pernyataan

(Rohayati)

```
FREQUENCIES VARIABLES=Usia_ibu_hamil Preeklampsia_eklampsia Partus_lama U
sia_gestasi Paritas Berat_badan_bayi Bayi_prematur Jenis_pe
   rsalinan Ketuban_pecah_dini Asfiksia
  /NTILES=4
  /PERCENTILES=100.0
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SUM

  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

```
[DataSet0]
```

Statistics

		Usia Ibu Hamil	Preeklampsia/ Eklampsia	Partus Lama	Usia Gestasi	Paritas	Berat Badan Bayi	Bayi Prematur	Jenis Persalinan	Ketuban Pecah Dini	Asfiksia
N	Valid	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2.16	1.63	1.74	1.35	1.81	1.79	1.56	1.91	1.35	1.5116
Median		2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.0000
Mode		2	2	2	1	1	2	2	2	1	2.00
Std. Deviation		.531	.489	.441	.573	.852	.559	.502	.294	.482	.50578
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
Maximum		3	2	2	3	3	3	2	2	2	2.00
Sum		93	70	75	58	78	77	67	82	58	65.00
Percentiles	25	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.0000
	50	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.0000
	75	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.0000
	100	3.00	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.0000

Frequency Table

Usia Ibu Hamil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20 tahun	3	7.0	7.0	7.0
	20 tahun-35 tahun	30	69.8	69.8	76.7
	>35 tahun	10	23.2	23.2	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Preeklampsia/Eklampsia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Terjadi	16	37.2	37.2	37.2
	Tidak Terjadi	27	62.8	62.8	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Partus Lama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>24 jam	11	25.6	25.6	25.6
	<24 jam	32	74.4	74.4	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Usia Gestasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aterm	30	69.8	69.8	69.8
	Preterm	11	25.6	25.6	95.3
	Post Term	2	4.7	4.7	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primipara	20	46.5	46.5	46.5
	Multipara	11	25.6	25.6	72.1
	Grandemultipara	12	27.9	27.9	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Berat Badan Bayi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<2500 gram	12	27.9	27.9	27.9
	2500-4000 gram	28	65.1	65.1	93.0
	>4000 gram	3	7.0	7.0	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Bayi Prematur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Prematur	19	44.2	44.2	44.2
	Tidak Prematur	24	55.8	55.8	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Jenis Persalinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pervaginam	4	9.3	9.3	9.3
	Tindakan	39	90.7	90.7	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Ketuban Pecah Dini

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak KPD	28	65.1	65.1	65.1
	KPD	15	34.9	34.9	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

Asfiksia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Asfiksia	21	48.8	48.8	48.8
	Asfiksia	22	51.2	51.2	100.0
	Total	43	100.0	100.0	

```
CROSSTABS
  /TABLES=Ketuban_pecah_dini Usia_ibu_hamil Preeklampsia_eklampsia Partus
  lama Usia_gestasi Paritas Berat_badan_bayi Bayi_prematur J
    enis_persalinan BY Asfiksia
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ CC RISK
  /CELLS=COUNT ROW

  /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

[DataSet0]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ketuban Pecah Dini * Asfiksia	43	100.0%	0	.0%	43	100.0%
Usia Ibu Hamil * Asfiksia	43	100.0%	0	.0%	43	100.0%
Preeklampsia/Eklampsia * Asfiksia	43	100.0%	0	.0%	43	100.0%
Partus Lama * Asfiksia	43	100.0%	0	.0%	43	100.0%
Usia Gestasi * Asfiksia	43	100.0%	0	.0%	43	100.0%
*Paritas * Asfiksia*	*43*	*100.0%*	*0*	*.0%*	*43*	*100.0%*
Berat Badan Bayi * Asfiksia	43	100.0%	0	.0%	43	100.0%
Bayi Prematur * Asfiksia	43	100.0%	0	.0%	43	100.0%
Jenis Persalinan * Asfiksia	43	100.0%	0	.0%	43	100.0%

Ketuban Pecah Dini * Asfiksia

Crosstab

			Asfiksia		Total
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	
Ketuban Pecah Dini	Tidak KPD	Count	17	11	28
		% within Ketuban Pecah Dini	60.7%	39.3%	100.0%
	KPD	Count	4	11	15
		% within Ketuban Pecah Dini	26.7%	73.3%	100.0%
Total		Count	21	22	43
		% within Ketuban Pecah Dini	48.8%	51.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.532[a]	1	.033		
Continuity Correction[b]	3.271	1	.070		
Likelihood Ratio	4.669	1	.031		
Fisher's Exact Test				.055	.034
Linear-by-Linear Association	4.426	1	.035		
N of Valid Cases[b]	43				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.309	.033
N of Valid Cases		43	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Ketuban Pecah Dini (Tidak KPD / KPD)	4.250	1.077	16.773
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	2.277	.934	5.547
For cohort Asfiksia = Asfiksia	.536	.308	.931
N of Valid Cases	43		

Usia Ibu Hamil * Asfiksia

Usia ibu hamil * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		
			Tidak asfiksia	*Asfikdis*	*Total*
Usia ibu hamil	<20 tahun	Count	1	2	3
		% within Usia ibu hamil	33.3%	66.7%	100.0%
	20-35 tahun	Count	18	12	30
		% within Usia ibu hamil	60.0%	40.0%	100.0%
	>35 tahun	Count	2	8	10
		% within Usia ibu hamil	20.0%	80.0%	100.0%
Total		Count	21	22	43
		% within Usia ibu hamil	48.8%	51.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.113[a]	2	.078
Likelihood Ratio	5.380	2	.068
Linear-by-Linear Association	1.928	1	.165
N of Valid Cases	43		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.47.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Usia Ibu Hamil (<20 tahun / 20 tahun-35 tahun)	[a]

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

Correlations

			Usia gestasi	Asfiksia
Spearman's rho	Usia gestasi	Correlation Coefficient	1.000	.446**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	43	43
	Asfiksia	Correlation Coefficient	.446**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	43	43

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Preeklampsia/Eklampsia * Asfiksia

Crosstab

			Asfiksia		Total
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	
Preeklampsia /Eklampsia	Terjadi	Count	10	6	16
		% within Preeklampsia/Eklampsia	62.5%	37.5%	100.0%
	Tidak Terjadi	Count	11	16	27
		% within Preeklampsia/Eklampsia	40.7%	59.3%	100.0%
Total		Count	21	22	43
		% within Preeklampsia/Eklampsia	48.8%	51.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.904[a]	1	.168		
Continuity Correction[b]	1.132	1	.287		
Likelihood Ratio	1.919	1	.166		
Fisher's Exact Test				.215	.144
Linear-by-Linear Association	1.859	1	.173		
N of Valid Cases[b]	43				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.81.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.206	.168
N of Valid Cases		43	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Preeklampsia/Eklampsia (Terjadi / Tidak Terjadi)	2.424	.681	8.635
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	1.534	.848	2.774
For cohort Asfiksia = Asfiksia	.633	.312	1.282
N of Valid Cases	43		

Correlations

			Preeklampsia/eklampsia	Asfiksia
Spearman's rho	Preeklampsia/eklampsia	Correlation Coefficient	1.000	.210
		Sig. (2-tailed)	.	*.176*
		N	43	43
	Asfiksia	Correlation Coefficient	.210	1.000
		Sig. (2-tailed)	.176	.
		N	43	43

Partus Lama * Asfiksia

Crosstab

			Asfiksia		Total
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	
Partus Lama	>24 jam	Count	5	6	11
		% within Partus Lama	*45.5%*	*54.5%*	*100.0%*
	<24 jam	Count	16	16	32
		% within Partus Lama	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	21	22	43
		% within Partus Lama	*48.8%*	*51.2%*	*100.0%*

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.068[a]	1	.795		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.068	1	.795		
Fisher's Exact Test				1.000	.536
Linear-by-Linear Association	.066	1	.797		
N of Valid Cases[b]	43				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.37.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.040	.795
N of Valid Cases		43	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Partus Lama (>24 jam / <24 jam)	.833	.211	3.294
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	.909	.436	1.894
For cohort Asfiksia = Asfiksia	1.091	.575	2.071
N of Valid Cases	43		

Correlations

			Partus lama	Asfiksia
Spearman's rho	Partus lama	Correlation Coefficient	1.000	.040
		Sig. (2-tailed)	.	.801
		N	43	43
	Asfiksia	Correlation Coefficient	.040	1.000
		Sig. (2-tailed)	.801	.
		N	43	43

Usia Gestasi * Asfiksia

Usia gestasi * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		Total
			Tidak asfiksia	Asfikdis	
Usia gestasi	Preterm	Count	10	20	30
		% within Usia gestasi	33.3%	66.7%	100.0%
	Aterm	Count	10	1	11
		% within Usia gestasi	90.9%	9.1%	100.0%
	Postterm	Count	1	1	2
		% within Usia gestasi	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	21	22	43
		% within Usia gestasi	48.8%	51.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.679[a]	2	.005
Likelihood Ratio	*11.922*	2	.003
Linear-by-Linear Association	6.204	1	.013
N of Valid Cases	43		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.679[a]	2	.005
Likelihood Ratio	11.922	2	.003
Linear-by-Linear Association	6.204	1	.013

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .98.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.446	.005
N of Valid Cases		43	

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Usia Gestasi (Aterm / Preterm)	[a]

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

Correlations

			Usia gestasi	Asfiksia
Spearman's rho	Usia gestasi	Correlation Coefficient	1.000	.446**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	43	43
	Asfiksia	Correlation Coefficient	-.446**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	43	43

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Paritas * Asfiksia

Crosstab

			Asfiksia		Total
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	
Paritas	Primipara	Count	9	11	20
		% within Paritas	45.0%	55.0%	100.0%
	Multipara	Count	5	6	11
		% within Paritas	45.5%	54.5%	100.0%
	Grandemultipara	Count	7	5	12
		% within Paritas	58.3%	41.7%	100.0%
Total		Count	21	22	43
		% within Paritas	48.8%	51.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.601[a]	2	.740
Likelihood Ratio	.603	2	.740
Linear-by-Linear Association	.466	1	.495
N of Valid Cases	43		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.37.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.117	.740
N of Valid Cases		43	

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Paritas (Primipara / Multipara)	[a]

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

Correlations

			Paritas	Asfiksia
Spearman's rho	Paritas	Correlation Coefficient	1.000	.101
		Sig. (2-tailed)	.	.519
		N	43	43
	Asfiksia	Correlation Coefficient	.101	1.000
		Sig. (2-tailed)	.519	.
		N	43	43

Berat Badan Bayi * Asfiksia

Crosstab

			Asfiksia		
			Tidak Asfiksia	*Asfiksia*	*Total*
Berat Badan Bayi	<2500 gram	Count	5	7	12
		% within Berat Badan Bayi	41.7%	58.3%	100.0%
	2500-4000 gram	Count	14	14	28
		% within Berat Badan Bayi	50.0%	50.0%	100.0%
	>4000 gram	Count	2	1	3
		% within Berat Badan Bayi	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	21	22	43
		% within Berat Badan Bayi	48.8%	51.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.644[a]	2	.725
Likelihood Ratio	.651	2	.722
Linear-by-Linear Association	.580	1	.446
N of Valid Cases	43		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.47.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.121	.725
N of Valid Cases		43	

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Berat Badan Bayi (<2500 gram / 2500-4000 gram)	[a]

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

Correlations

			Berat badan bayi	Asfiksia
Spearman's rho	Berat badan bayi	Correlation Coefficient	1.000	.114
		Sig. (2-tailed)	.	.466
		N	43	43
	Asfiksia	Correlation Coefficient	.114	1.000
		Sig. (2-tailed)	.466	.
		N	43	43

Bayi Prematur * Asfiksia

Bayi prematur * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		
			Tidak asfiksia	Asfiksia	Total
Bayi prematur	Tidak prematur	Count	13	6	19
		% within Bayi prematur	68.4%	31.6%	100.0%
	Prematur	Count	8	16	24
		% within Bayi prematur	33.3%	66.7%	100.0%
Total		Count	21	22	43
		% within Bayi prematur	48.8%	51.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.225[a]	1	.022		
Continuity Correction[b]	3.915	1	.048		
Likelihood Ratio	5.336	1	.021		
Fisher's Exact Test				.033	.023
Linear by Linear Association	5.104	1	.024		
N of Valid Cases[b]	43				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.28.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.329	.022
N of Valid Cases		43	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for Bayi Prematur (Prematur / Tidak Prematur)	.277	.078	.988
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	.505	.243	1.049
For cohort Asfiksia = Asfiksia	1.825	1.001	3.325
N of Valid Cases	43		

Correlations

			Bayi prematur	Asfiksia
Spearman's rho	Bayi premature	Correlation Coefficient	1.000	.349*
		Sig. (2-tailed)	.	.022
		N	43	43
	Asfiksia	Correlation Coefficient	.349*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.022	.
		N	43	43

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Jenis Persalinan * Asfiksia

Jenis persalinan * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		Total
			Tidak asfiksia	Asfiksia	
Jenis persalinan	Pervaginam	Count	3	1	4
		% within Jenis persalinan	75.0%	25.0%	100.0%
	Tindakan	Count	18	21	39
		% within Jenis persalinan	46.2%	53.8%	100.0%
Total		Count	21	22	43
		% within Jenis persalinan	48.8%	51.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.208[a]	1	.272		
Continuity Correction[b]	.329	1	.566		
Likelihood Ratio	1.254	1	.263		
Fisher's Exact Test				.345	.286
Linear-by-Linear Association	1.180	1	.277		
N of Valid Cases[b]	43				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.95.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.165	.272
N of Valid Cases		43	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Persalinan (Pervaginam / Tindakan)	1.053	.134	8.243
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	1.026	.366	2.879
For cohort Asfiksia = Asfiksia	.975	.349	2.722
N of Valid Cases	43		

Correlations

			Jenis persalinan	Asfiksia
Spearman's rho	Jenis persalinan	Correlation Coefficient	1.000	.168

		Sig. (2-tailed)	.	.283
		N	43	43
	Asfiksia	Correlation Coefficient	.168	1.000
		Sig. (2-tailed)	.283	.
		N	43	43

Ejeksi Fraksi Berat badan Bayi Baru Lahir

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Berat Badan Bayi * Asfiksia	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%

Berat Badan Bayi * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	Total
Berat Badan Bayi	<2500 gram	Count	5	7	12
		% within Berat Badan Bayi	41.7%	58.3%	100.0%
	>4000 gram	Count	2	1	3
		% within Berat Badan Bayi	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	7	8	15
		% within Berat Badan Bayi	46.7%	53.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.603[a]	1	.438		
Continuity Correction[b]	.017	1	.897		
Likelihood Ratio	.608	1	.436		
Fisher's Exact Test				.569	.446
Linear-by-Linear Association	.562	1	.453		
N of Valid Cases[b]	15				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.197	.438
N of Valid Cases		15	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Berat Badan Bayi (<2500 gram / >4000 gram)	.357	.025	5.109
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	.625	.220	1.774
For cohort Asfiksia = Asfiksia	1.750	.329	9.298
N of Valid Cases	15		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Berat Badan Bayi * Asfiksia	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

Berat Badan Bayi * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		Total
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	
Berat Badan Bayi	2500-4000 gram	Count	14	14	28
		% within Berat Badan Bayi	50.0%	50.0%	100.0%
	>4000 gram	Count	2	1	3
		% within Berat Badan Bayi	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Count	16	15	31
		% within Berat Badan Bayi	51.6%	48.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.301[a]	1	.583		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.308	1	.579		
Fisher's Exact Test				1.000	.525
Linear-by-Linear Association	.292	1	.589		
N of Valid Cases[b]	31				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.45.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.098	.583
N of Valid Cases		31	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Berat Badan Bayi (2500-4000 gram / >4000 gram)	.500	.041	6.166
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	.750	.311	1.811
For cohort Asfiksia = Asfiksia	1.500	.290	7.753
N of Valid Cases	31		

Ejeksi Fraksi Paritas

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paritas * Asfiksia	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%

Paritas * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	Total
Paritas	Priipara	Count	9	11	20
		% within Paritas	45.0%	55.0%	100.0%
	Grandemultipara	Count	7	5	12
		% within Paritas	58.3%	41.7%	100.0%
Total		Count	16	16	32
		% within Paritas	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.533[a]	1	.465		
Continuity Correction[b]	.133	1	.715		
Likelihood Ratio	.535	1	.464		
Fisher's Exact Test				.716	.358
Linear-by-Linear Association	.517	1	.472		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.128	.465
N of Valid Cases		32	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (Priipara / Grandemultipara)	.584	.138	2.483
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	.771	.391	1.524
For cohort Asfiksia = Asfiksia	1.320	.606	2.874
N of Valid Cases	32		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paritas * Asfiksia	23	100.0%	0	.0%	23	100.0%

Paritas * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		Total
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	
Paritas	Multipara	Count	5	6	11
		% within Paritas	45.5%	54.5%	100.0%
	Grandemultipara	Count	7	5	12
		% within Paritas	58.3%	41.7%	100.0%
Total		Count	12	11	23
		% within Paritas	52.2%	47.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	*df*	Asymp. Sig. (2-*sided*)	Exact Sig. (2-*sided*)	Exact Sig. (1-*sided*)
Pearson Chi-Square	.381[a]	1	.537		
Continuity Correction[b]	.040	1	.842		
Likelihood Ratio	.382	1	.536		
Fisher's Exact Test				.684	.421
Linear-by-Linear Association	.365	1	.546		
N of Valid Cases[b]	23				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.26.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.128	.537
N of Valid Cases		23	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (Multipara / Grandemultipara)	.595	.114	3.102
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	.779	.348	1.743
For cohort Asfiksia = Asfiksia	1.309	.554	3.093
N of Valid Cases	23		

Ejeksi Fraksi Usia Ibu Hamil

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia Ibu * Asfiksia	19	100.0%	0	.0%	19	100.0%

Usia Ibu * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		Total
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	
Usia Ibu	<20 tahun	Count	4	2	6
		% within Usia Ibu	66.7%	33.3%	100.0%
	>35 tahun	Count	5	8	13
		% within Usia Ibu	38.5%	61.5%	100.0%
Total		Count	9	10	19
		% within Usia Ibu	47.4%	52.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.310[a]	1	.252		
Continuity Correction[b]	.423	1	.515		
Likelihood Ratio	1.326	1	.250		
Fisher's Exact Test				.350	.259
Linear-by-Linear Association	1.241	1	.265		
N of Valid Cases[b]	19				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.84.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.254	.252
N of Valid Cases		19	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia Ibu (<20 tahun / >35 tahun)	3.200	.419	24.417
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	1.733	.711	4.223
For cohort Asfiksia = Asfiksia	.542	.161	1.817
N of Valid Cases	19		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		*Missing*		*Total*	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia Ibu * Asfiksia	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Usia Ibu * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	Total
Usia Ibu	20-35 tahun	Count	12	12	24
		% within Usia Ibu	50.0%	50.0%	100.0%
	>35 tahun	Count	5	8	13
		% within Usia Ibu	38.5%	61.5%	100.0%
Total		Count	17	20	37
		% within Usia Ibu	45.9%	54.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.452[a]	1	.501		
Continuity Correction[b]	.107	1	.744		
Likelihood Ratio	.455	1	.500		
Fisher's Exact Test				.731	.373
Linear-by-Linear Association	.440	1	.507		
N of Valid Cases[b]	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.97.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.110	.501
N of Valid Cases		37	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia Ibu (20-35 tahun / >35 tahun)	1.600	.405	6.324
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	1.300	.587	2.880
For cohort Asfiksia = Asfiksia	.812	.452	1.462
N of Valid Cases	37		

Ejeksi Fraksi Usia Gestasi

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia Gestasi * Asfiksia	25	100.0%	0	0%	25	100.0%

Usia Gestasi * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		Total
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	
Usia Gestasi	Preterm	Count	12	11	23
		% within Usia Gestasi	52.2%	47.8%	100.0%
	Postterm	Count	1	1	2
		% within Usia Gestasi	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	13	12	25
		% within Usia Gestasi	52.0%	48.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.003[a]	1	.953		
Continuity Correction[b]	*.000*	*1*	*1.000*		
Likelihood Ratio	.003	1	.953		
Fisher's Exact Test				1.000	.740
Linear-by-Linear Association	.003	1	.954		
N of Valid Cases[b]	25				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .96.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.012	.953
N of Valid Cases		25	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia Gestasi (Preterm / Postterm)	1.091	.061	19.630
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	1.043	.247	4.405
For cohort Asfiksia = Asfiksia	.957	.224	4.078
N of Valid Cases	25		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia Gestasi * Asfiksia	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

Usia Gestasi * Asfiksia Crosstabulation

			Asfiksia		Total
			Tidak Asfiksia	Asfiksia	
Usia Gestasi	Aterm	Count	8	10	18
		% within Usia Gestasi	44.4%	55.6%	100.0%
	Postterm	Count	1	1	2
		% within Usia Gestasi	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	9	11	20
		% within Usia Gestasi	45.0%	55.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.022[a]	1	.881		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.022	1	.881		
Fisher's Exact Test				1.000	.711
Linear-by-Linear Association	.021	1	.884		
N of Valid Cases[b]	20				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .90.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.033	.881
N of Valid Cases		20	

Risk Estimate

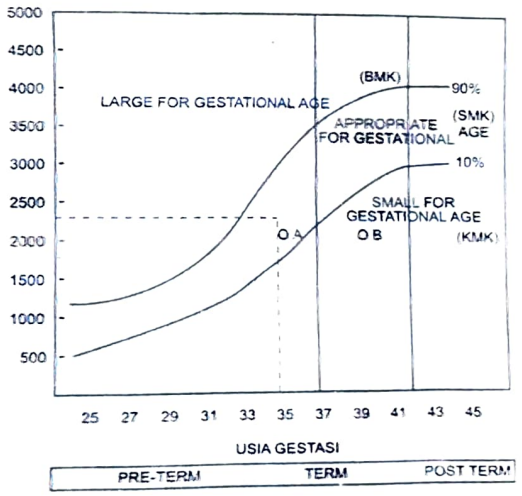
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia Gestasi (Aterm / Postterm)	.800	.043	14.886
For cohort Asfiksia = Tidak Asfiksia	.889	.203	3.901
For cohort Asfiksia = Asfiksia	1.111	.262	4.719
N of Valid Cases	20		

RUMAH SAKIT
Budi Kemuliaan
Memuliakan Insan & Berkasih yang Akan Datang

No. Rekam Medis
Nama Pasien
Umur
Jenis Kelamin

MATURITAS FISIS

	0	1	2	3	4	5
Kulit	Merah gelatin transparan	Licin kemerahan, vena-vena tampak	Pengelupasan supervesial dan/atau ruam sedikit vena	Bercak-bercak pucat dan retak vena jarang	Permukaan retak dalam, vena tidak tampak	Kasar retak-retak dan keriput
Lanugo	Tidak ada	Banyak	Tipis	Bercak-bercak tanpa lanugo	Sebagian besar tanpa lanugo	
Garis telapak kaki	Tidak ada	Tipis	Hanya garis transversal anterior	Garis-garis 2/3 anterior	Seluruh telapak kaki	
payudara	Hampir tidak tampak	Areola datar tidak ada benjolan	Areola sedikit benjolan 1-2 mm	Areola menimbul benjolan 3-4 mm	Areola tumbuh penuh benjolan 5-10 mm	
telinga	Pina datar masih terlipat	Pina sedikit lengkung, lunak, rikoil lambat	Pina lengkung baik, lunak, rikoil cepat	Pina bentuk baik, rikoil segera	Kartilago tebal, kaku	
Genital (laki)	Skrotum kosong tanpa rugae		Testis menurun, sedikit rugae	Testis sudah di skrotum, rugae bagus	Testis tergantung, rugae kasar	
Genital (wanita)	Klitoris dan labia minora prominen		Labia mayora dan minora sama-sama prominan	Labia mayora besar minora kecil	Klitoris dan labia minora tertutup sama sekali	



NILAI	MINGGU
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

LEMBAR KONSULTASI DAN BIMBINGAN

MATA KULIAH *INTRODUCTION to NURSING RESEARCH*

Nama Mahasiswa : Rohayati

Judul Penelitian : Hubungan Usia Ibu, Paritas, Usia Kehamilan, Berat Badan Lahir Bayi terhadap Asfiksia di Ruang Dewi Shinta NICU PERINA RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Nama Pembimbing : **Intan Parulian, SKp. MN**

NO	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN PEMBIMBING
~~15~~ 22/Mei 2019	penentuan judul penelitian	→ lebih fokus kepada kejadian asfiksia dan fenomena RS		Intan P.N.
29/Mei 2019	Bab 1.	Kejadian asfiksia & Latar belakang dipertajam		Intan P.N.
26 Juni 2019	Bab 1	lanjut 1/ Bab 2 dan lainnya.		Intan P.N.
08/08. 2019	Bab 1 s/d Bab 3	Bab 4 dilanjutkan sampel		Intan. P.N.
~~05~~ 15/09 2019	Bab 1 s/d Bab 4	perbaiki sesuai saran, siapkan ppt		Intan P.N.

LEMBAR KONSULTASI DAN BIMBINGAN

MATA KULIAH *INTRODUCTION to NURSING RESEARCH*

Nama Mahasiswa : Rohayati

Judul Penelitian : Hubungan Usia Ibu, Paritas, Usia Kehamilan, Berat Badan Lahir Bayi terhadap Asfiksia di Ruang Dewi Shinta NICU PERINA RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Nama Pembimbing : **Intan Parulian, SKp. MN**

NO	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN PEMBIMBING
23/09 2019	Bab 1 s/d Bab 4	presentasi 4/ INK		Intan

LEMBAR KONSULTASI DAN BIMBINGAN

MATA KULIAH *INTRODUCTION to NURSING RESEARCH*

Nama Mahasiswa : Rohayati

Judul Penelitian : Hubungan Usia Ibu, Paritas, Usia Kehamilan, Berat Badan Lahir Bayi terhadap Asfiksia di Ruang Dewi Shinta NICU PERINA RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Nama Pembimbing : **Intan Parulian, SKp. MN**

Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat

NO	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1. 3/12/2019	Revisi BAB 2 kerangka teori.	membuat kerangka teori dan variabel-variabel faktor resiko Ibu, kondisi bayi baru lahir & asfiksia.	dRf/Rohayati	
2. 17/12/19	Revisi BAB III kerangka Penelitian & definisi operasional	kerangka teori di pisahkan untuk variabel faktor resiko Ibu dan bayi. serta definisi-operasional di sesuaikan.	dRf/Rohayati	
3. 2/1/2020	Revisi BAB I tujuan khusus dan BAB IV penghitungan sampel	BAB I tujuan di sesuaikan dgn kerangka penelitian penghitungan sampel 2 proporsi di jabarkan.	dRf/Rohayati	
4. 13/1/2020	Revisi BAB IV	keterangan jumlah sampel lebih di perjelas.	dRf/Rohayati	
5 15/1/2020	Revisi BAB I s/d BAB IV	- pembenaran penulisan - BAB III kerangka penelitian di sesuaikan lagi - Definisi operasional - Cara pengambilan sampel dgn purposive Sampling	dRf/Rohayati	

LEMBAR KONSULTASI DAN BIMBINGAN

MATA KULIAH *INTRODUCTION to NURSING RESEARCH*

Nama Mahasiswa : Rohayati

Judul Penelitian : Hubungan Usia Ibu, Paritas, Usia Kehamilan, Berat Badan Lahir Bayi terhadap Asfiksia di Ruang Dewi Shinta NICU PERINA RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Nama Pembimbing : **Intan Parulian, SKp. MN**

Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat

NO	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN PEMBIMBING
6. 18/1 2020	revisi BAB III & BAB IV	- definisi operasional - lembar persetujuan responden - lembar kuesioner	Rohayati	
7. 13/6 2020	hasil penelitian & BAB V	- pada analisis univariat ditulis dibawah tabel kejadian yg negatif saja - pada analisis bivariat ditulis dibawah tabel angka yg ting- & mengalami asfiksia.	Rohayati	online (Zoom meeting)
8. 17/6 2020	revisi BAB V	- BAB V disesuaikan dgn BAB II - sertakan nilai r dan tampilkan di table disamping nilai p-value.	Rohayati	online (Zoom meeting)

LEMBAR KONSULTASI DAN BIMBINGAN

MATA KULIAH *INTRODUCTION to NURSING RESEARCH*

Nama Mahasiswa : Rohayati

Judul Penelitian : Hubungan Usia Ibu, Paritas, Usia Kehamilan, Berat Badan Lahir Bayi terhadap Asfiksia di Ruang Dewi Shinta NICU PERINA RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Nama Pembimbing : **Intan Parulian, SKp. MN**

Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat

NO	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN PEMBIMBING
		- lanjutkan bab VI dan bab VII		
9. 21/6 2020	BAB 6 & BAB 7.	lebih diperdalam pembahasan di bab 6.	Rohayah.	online (zoom meeting)
10. 23/6 2020	BAB 6 & BAB 7.	pada setiap akhir pembahasan di buat pernyataan peneliti	Rohayah	online (zoom meeting)
02/7 2020	BAB 1 - 7	persiapan sidang dan pembuatan PPT	Rohayati	online / zoom meeting

MATRIKS KONSULTASI DAN BIMBINGAN
MATA KULIAH NURSING INQUIRY

Nama Mahasiswa : Rohayati

Judul Penelitian : Hubungan Faktor Risiko Ibu Dan Karakteristik Bayi Baru Lahir Terhadap Kejadian Asfiksia Di RS Budi Kemuliaan Jakarta Pusat

Nama Pembimbing 1 : Ns. Intan Parulian, SKp., MN

Nama Pembimbing 2 : Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat

Penguji : Yuli Utami, S.Kp., MN

NO	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	HASIL REVISI	TTD PEMBIMBING/ PENGUJI
1.	BAB I	1. Gunakan data update kejadian asfiksia 2. Data Penelitian pindahkan ke BAB II 3. Perumusan masalah diperbaiki 4. Manfaat penelitian sesuai BAB VII	• Data diperbaiki sesuai arahan (Data asfiksia sebelumya Tahun 2009 di revisi data SDKI 2012). • Tambahkan komplikasi kejadian asfiksia dengan referensi 2016. • Referensi menurut Kosim (2012) dihapus karena membahas BBLR bukan Asfiksia. • Penjelasan fisiologis kehamilan dihapus karena tidak tepat berada di latar belakang. • Data penelitian orang dipindahkan ke BAB II. • Data awal penelitian di RS Budi Kemuliaan dibuat presentase.	Yuli Utami, S.Kp.MN

			• Perbaiki perumusan masalah • Manfaat penelitian cocokan dengan BAB VII	
2	BAB III	BAB III: Definisi Operasional di buat tabel	Defiisi operasional dibuat tabel	Yuli Utami, S.Kp.MN
3	BAB IV	Pengolahan data sesuaikan dengan aplikasi dilapangan	1. Pengolahan data termasuk ejeksi fraksi dimasukan pada variabel : usia ibu hamil, usia gestasi, paritas, dan berat badan bayi lahir. 2. Konsep validitas dan reliabilitas dihilangkan karena tidak melakukan uju kuesioner	Yuli Utami, S.Kp.MN
4	Bab VI	Pada penutup pembahasan masing-masing variabel jangan berupa asumsi, masukan kesimpulan dan citationnya	Buat kesimpulan pada pada akhir pembahasan	Yuli Utami, S.Kp.MN
5	Bab VII	Sesuaikan dengan BAB I	Manfaat penelitian dan kesimpulan sesuaikan BAB I	Yuli Utami, S.Kp.MN