

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR KASUS

a. Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Definisi bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010).

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR>7, reflek-reflek sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta 7 adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010).

2. Klasifikasi Bayi Baru Lahir Normal

Menurut marmi dan rahardjo (2012), klasifikasi bayi baru lahir :

- a. Bayi berat lahir cukup, bayi dengan berat lahir 2500 gram.
- b. Bayi berat lahir rendah, bayi dengan berat lahir 1500-2500 gram.
- c. Bayi berat sangat rendah, bayi dengan berat lahir 1000-1500 gram.
- d. Bayi berat lahir amat sangat rendah, bayi lahir hidup dengan berat badan lahir kurang dari 1000 gram.

b. Asfiksia Neonatorum

1. Definisi

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

Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O₂ dan makin meningkatkan CO₂ yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Manuaba, 2010).

2. Etiologi dan Faktor Predisposisi

Penyebab terjadinya Asfiksia menurut (DepKes RI, 2009) adalah:

a. Faktor Ibu

- 1) Preeklamsia dan eklamsia.
- 2) Perdarahan abnormal (plasenta previa atau plasenta).
- 3) Partus lama atau partus macet.
- 4) Demam selama persalinan.
- 5) Infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV).
- 6) Kehamilan post matur.
- 7) Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.

b. Faktor Bayi

- 1) Bayi Prematur (Sebelum 37 minggu kehamilan).
- 2) Persalinan sulit (letak sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, forsef).
- 3) Kelainan kongenital.
- 4) Air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan).

c. Faktor Tali Pusat

- 1) Lilitan tali pusat.
- 2) Tali pusat pendek.
- 3) Simpul tali pusat.
- 4) Prolapsus tali pusat.

3. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan gawat janin (asfiksia)

Beberapa keadaan pada ibu dapat menyebabkan aliran darah ibu melalui plasenta berkurang, sehingga aliran oksigen kejanin berkurang, akibatnya terjadi gawat janin. (Manuaba, 2010).

a. Gangguan Sirkulasi Menuju Janin

- 1) Gangguan aliran pada tali pusat (lilitan tali pusat, simpul tali pusat, tekanan pada tali pusat, ketuban telah pecah, kehamilan lewat waktu)
- 2) Pengaruh obat, karena narkoba saat persalinan.

b. Faktor Ibu

- 1) Penurunan tekanan darah dapat mendadak (perdarahan pada plasenta previa dan solusio plasenta) Vasokonstriksi arterial (hipertensi pada hamil dan gestosis preeklampsia-eklampsia)
- 2) Gangguan pertukaran nutrisi/O₂ (solusio plasenta)
- 3) Gangguan his

4. Diagnosis

Untuk dapat mendiagnosa gawat janin dapat ditetapkan dengan:

a. Denyut jantung janin

- 1) DJJ meningkat 160 kali permenit tingkat permulaan
- 2) Mungkin jumlah sama dengan normal, tetapi tidak teratur
- 3) Frekuensi denyut menurun <100 kali permenit
- 4) Pengeluaran mekonium pada letak kepala menunjukkan gawat janin. (Manuaba, 2010).

b. Mekonium dalam air ketuban

Pengeluaran mekonium pada letak kepala menunjukkan gawat janin, karena terjadi rangsangan nervus X, sehingga peristaltik usus meningkat dan sfingter ani terbuka (Manuaba, 2010).

c. Pernapasan

Awalnya hanya sedikit nafas. Sedikit napas ini dimaksudkan untuk mengembangkan paru, tetapi bila paru mengembang saat kepala masih dijalan lahir, atau bila paru tidak mengembang karena suatu hal aktivitas singkat ini akan diikuti oleh henti napas.

d. Usia Ibu

Umur ibu pada waktu hamil sangat berpengaruh pada kesiapan ibu sehingga kualitas sumber daya manusia makin meningkat dan kesiapan untuk menyehatkan generasi penerus dapat terjamin. Kehamilan di usia muda/remaja (dibawah usia 20 tahun) akan mengakibatkan rasa takut terhadap kehamilan dan persalinan, hal ini dikarenakan pada usia tersebut ibu mungkin belum siap untuk mempunyai anak dan alat-alat reproduksi ibu belum siap untuk hamil. Begitu juga kehamilan di usia tua (diatas 35 tahun) akan menimbulkan kecemasan terhadap kehamilan dan persalinannya serta alat-alat reproduksi ibu terlalu tua untuk hamil. Umur muda (< 20 tahun) beresiko karena ibu belum siap secara medis (organ reproduksi) maupun secara mental.

Hasil penelitian menunjukan bahwa primiparity merupakan faktor resiko yang mempunyai hubungan yang kuat terhadap mortalitas asfiksia, sedangkan umur tua (>35 tahun), secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan. Keadaan tersebut memberikan predisposisi untuk terjadi perdarahan, plasenta previa, rupture uteri, solutio plasenta yang dapat berakhir dengan terjadinya asfiksia bayi baru lahir.

e. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang telah dilakukan ibu. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman di tinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas lebih dari 4 mempunyai angka kematian maternal yang disebabkan perdarahan pasca persalinan lebih tinggi. Paritas yang rendah (paritas satu), ketidak siapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidak mampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi dalam kehamilan, persalinan dan nifas.

f. Lama persalinan

Menurut tinjauan teori beberapa keadaan pada ibu dapat menyebabkan aliran darah ibu melalui plasenta berkurang, sehingga aliran oksigen kejanin berkurang yang dapat menyebabkan terjadi asfiksia pada bayi baru lahir yaitu partus lama atau partus macet dan persalinan sulit, seperti letak sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vacum dan vorcep . Pada multigravida tahapannya sama namun waktunya lebih cepat untuk setiap fasenya. Kala 1 selesai apabila pembukaan servik telah lengkap, pada multigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (sulistyawati, esti,2010).

5. Tanda dan gejala

a. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)

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

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

- 1) Frekuensi jantung kecil, yaitu <40 per menit.
- 2) Tidak ada usaha napas
- 3) Tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada
- 4) Bayi tampak pucat bahkan sampai berwarna kelabu (Dewi, 2010).

b. Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)

Pada asfiksia sedang, tanda dan gejala yang muncul adalah:

- 1) Frekuensi jantung menurun menjadi 60-80 kali permenit
- 2) Usaha nafas lambat
- 3) Tonus otot biasanya dalam keadaan baik
- 4) Bayi masih bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan
- 5) Bayi tampak siannosis

c. Asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10)

Pada asfiksia ringan, tanda dan gejala yang muncul adalah:

- 1) Bayi tampak sianosis
- 2) Adanya retraksi sela iga
- 3) Bayi merintih
- 4) Adanya pernafasan cuping hidung
- 5) Bayi kurang aktifitas

6. Penilaian Asfikaia Pada Bayi Baru Lahir**a. Penilaian Awal**

Penilaian awal dilakukan pada setiap BBL untuk menentukan apakah tindakan resusitasi harus segera dimulai. Segera setelah lahir, dilakukan penilaian dengan cara petugas bertanya pada dirinya sendiri dan harus menjawab segera dalam waktu singkat.

- 1) Apakah bayi lahir cukup bulan ?
- 2) Apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium?
- 3) Apakah bayi bernafas adekuat atau menangis ?
- 4) Apakah tonus otot baik ?

Bila semua jawaban “Ya”, berarti bayi baik dan tidak memerlukan tindakan resusitasi. Pada bayi ini segera dilakukan asuhan pada bayi normal. Bila salah satu atau lebih jawaban “Tidak”, bayi memerlukan tindakan resusitasi. Segera dimulai dengan langkah awal resusitasi.

7. Hal penting dalam penilaian asfiksia

Aspek yang sangat penting dari resusitasi BBL adalah menilai bayi, menentukan tindakan yang akan dilakukan dan akhirnya melaksanakan tindakan tersebut. Penilaian selanjutnya adalah dasar untuk menentukan kesimpulan dan tindakan berikutnya.

Upaya resusitasi yang efektif dan efisien berlangsung melalui rangkaian tindakan, yaitu penilaian, pengambilan keputusan dan selanjutnya tindakan lanjut. Rangkaian tindakan ini merupakan suatu siklus. Misalnya pada saat-saat anda melakukan rangsangan taktil anda sekaligus menilai pernafasan bayi. Atas dasar penilaian ini anda akan melakukan langkah berikutnya.

Apabila penilaian pernafasan menunjukkan bahwa bayi tidak bernafas atau bahwa pernafasan tidak adekuat, anda sudah menentukan dasar pengambilan kesimpulan untuk tindakan berikutnya, yaitu memberikan ventilasi dengan tekanan positif (VTP). Sebaliknya apabila pernafasannya normal, maka tindakan selanjutnya adalah menilai denyut jantung bayi.

Segera setelah memulai suatu tindakan anda harus menilai dampaknya pada bayi dan membuat kesimpulan untuk tahap berikutnya. Nilai APGAR pada umumnya dilaksanakan pada 1 menit dan 5 menit setelah bayi lahir, akan tetapi penilaian bayi harus dimulai segera setelah bayi lahir. Apabila bayi memerlukan intervensi berdasarkan pernafasan, denyut jantung, atau warna bayi, maka penilaian ini harus dilakukan segera. Intervensi yang harus dilakukan jangan sampai terlambat karena menunggu penilaian APGAR 1 menit. Keterlambatan tindakan sangat membahayakan, terutama pada bayi yang mengalami depresi berat, walaupun nilai APGAR tidak penting.

Dalam pengambilan keputusan pada awal resusitasi, tetapi dapat menolong dalam upaya penilaian keadaan bayi dan penilaian efektivitas upaya resusitasi. Jadi nilai APGAR perlu dinilai dalam 1 menit dan 5 menit. Apabila nilai apgar <7 penilaian tambahan masih diperlukan, yaitu tiap 5 menit sampai 20 menit atau sampai 2 kali penilaian menunjukkan nilai 8 atau lebih.

Penilaian pada bayi yang terkait dengan penatalaksanaan resusitasi, dibuat berdasarkan keadaan klinis. Penilaian awal harus dilakukan pada semua BBL. Penatalaksanaan selanjutnya dilakukan menurut hasil penilaian tersebut. Penilaian berkala setelah setiap langkah resusitasi harus dilakukan setiap 30 detik. Penatalaksanaan dilakukan terus menerus berkesinambungan menurut siklus menilai, menentukan tindakan, melakukan tindakan, kemudian menilai kembali.

a. Tiga point pengkajian klinis

1) Pernapasan

- a) Observasi pergerakan dada dan masukan udara dengan cermat. Lakukan auskultasi jika perlu. Kali adanya pola pernapasan abnormal, seperti pergerakan dada asimetris, napas tersenggal, atau mendengur.
- b) Tentukan apakah pernapasannya adekuat (frekuensi baik dan teratur), tidak adekuat (lambat dan tidak teratur), atau tidak ada sama sekali.

2) Denyut jantung

- a) Kaji frekuensi jantung dengan mengauskultasikan denyut aspek atau merasakan denyutan umbilicus.
- b) Klasifikasikan menjadi >100 atau <100 kali permenit. Angka ini merupakan titik batas yang mengindikasikan ada atau tidaknya hipoksia yang signifikan.

3) Warna

- a) Kaji bibir dan lidah bayi yang dapat berwarna biru atau merah muda. Sianosis perifer (akrosianosis) merupakan hal yang normal pada beberapa jam pertama bahkan hari. Bayi yang pucat mungkin mengalami syok atau anemia berat.
- b) Ketiga observasi ini dikenal sebagai komponen skor APGAR. Dua komponen lainnya adalah tonus dan respons terhadap rangsangan.

b. Pemantauan Janin Saat Bayi Sudah Lahir

- a) Penilaian sekilas sesaat setelah bayi lahir
- b) Sesaat setelah bayi lahir bidan melakukan penilaian sekilas untuk kesejahteraan bayi secara umum. Aspek yang dinilai adalah warna kulit dan tangis bayi, jika warna kulit adalah kemerahan dan bayi dapat menangis spontan, maka ini sudah cukup untuk dijadikan data awal bahwa dalam kondisi baik.

8. Penatalaksanaan Asfiksia

a. Persiapan resusitasi BBL

1) Persiapan tempat resusitasi

Persiapan yang diperlukan meliputi ruang bersalin dan tempat resusitasi:

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

2) **Persiapan alat resusitasi**

Sebelum menolong persalinan, selain menyiapkan alat-alat persalinan juga disiapkan alat-alat resusitasi dalam keadaan siap pakai, yaitu :

- 1) Kain ke-1 untuk mengeringkan bayi
- 2) Kain ke-2 untuk menyelimuti bayi.
- 3) Kain ke-3 untuk ganjal bahu bayi.
- 4) Alat penghisap lender De Lee atau Bola karet.
- 5) Tabung dan sungkup atau balon dan sungkup.
- 6) Kotak alat resusitasi.
- 7) Sarung tangan.
- 8) Jam
- 9) Alat resusitasi
- 10) Sarung tangan.
- 11) Jam atau pencatat waktu

3) **Persiapan Diri**

- 1) Lindungi dari kemungkinan infeksi dengan cara:
- 2) Memakai alat pelindung diri pada persalinan (celemek, masker, penutup kepala, kaca mata dan sepatu tertutup)
- 3) Lepaskan perhiasan, cincin dan jam tangan sebelum mencuci tangan.
- 4) Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau dengan campuran alkohol dan gliseril.
- 5) Keringkan dengan kain atau tisu bersih.
- 6) Selanjutnya gunakan sarung tangan sebelum menolong persalinan.

Langkah Langkah penatalaksanaan

a. Tahap I: Langkah Awal

- a) Letakkan bayi diatas kain yang ada diatas perut ibu
- b) Selimuti bayi dengan kain tersebut, dada dan perut tetap terbuka, potong tali pusat

- c) Pindahkan bayi ke atas kain di tempat resusitasi yang datar, rata, keras, bersih, kering dan hangat.
 - d) Jaga bayi tetap diselimuti dan dibawah pemancar panas.
- 2) Atur posisi bayi
- a) Baringkan bayi terlentang dengan kepala didekat penolong
 - b) Posisikan kepala bayi pada posisi dengan pengganjal bahu, sehingga kepala sedikit ekstensi.
- 3) Isap lender
- a) Isap lendir mulai dari mulut dulu, kemudian hidung
 - b) Lakukan pengisapan saat alat pengisap ditarik keluar, TIDAK pada waktu memasukan.
 - c) Jangan lakukan pengisapan terlalu dalam (jangan lebih dari 5 cm kedalam mulut atau lebih dari 3 cm dalam hidung), hal itu dapat menyebabkan denyut jantung bayi menjadi lambat atau tiba-tiba berhenti bernafas.
- 4) Keringkan dan rangsang bayi
- a) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan sedikit tekanan
 - b) Lakukan rangsangan taktil dengan menepuk atau menyentil telapak kaki bayi atau menggosok punggung, dada, perut, tungkai bayi dengan telapak tangan.
- 5) Atur kembali posisi bayi
- a) Ganti kain yang telah basah dengan kain kering dibawahnya
 - b) Selimuti bayi dengan kain kering tersebut, jangan menutupi muka dan dada, agar bisa memantau pernafasan bayi.
 - c) Atur kembali posisi bayi sehingga kepala sedikit ekstensi.
- 6) Lakukan Evaluasi bayi
- Lakukan penilaian apakah bayi bernafas normal, tidak bernafas atau megap-megap. Bila bayi bernafas normal, lakukan asuhan pasca resusitasi. Tapi bila bayi tidak bernafas normal atau megap- megap, mulai lakukan ventilasi bayi.

b. Tahap II: Ventilasi

Ventilasi adalah tahapan tindakan resusitasi untuk memasukkan sejumlah volume udara ke dalam paru-paru dengan tekanan positif untuk membuka alveoli paru bayi agar bisa bernafas spontan dan teratur.

1) Pasang sungkup

Pasang sungkup dengan menutupi dagu, mulut dan hidung.

2) Ventilasi 2 kali

Lakukan meniupan/pompa dengan tekanan 30 cm air. Tiupan awal tabung-sungkup/pompaan awal balon-sungkup sangat penting untuk membuka alveoli paru agar bayi bisa mulai bernafas dan menguji apakah jalan nafas bayi terbuka.

3) Lihat apakah dada bayi mengembang.

Saat melakukan tiupan atau pompaan perhatikan apakah dada bayi mengembang.

Bila tidak mengembang:

- a) Periksa posisi sungkup dan pastikan tidak ada udara yang bocor.
- b) Periksa posisi kepala, pastikan posisi sudah menghidu.
- c) Periksa cairan atau lendir dimulut. Bila ada lendir atau cairan lakukan penghisapan.
- d) Lakukan tiupan 2 kali dengan tekanan 30 cm air (ulangan), bila dada mengembang, lakukan tahap berikutnya

4) Ventilasi 20 kali dalam 30 detik

- a) Lakukan tiupan dengan tabung dan sungkup atau pemompaan dengan balon dan sungkup sebanyak 20 kali dalam 30 detik dengan tekanan 20 cm air sampai bayi mulai menangis dan bernafas spontan
- b) Pastikan dada mengembang saat dilakukan tiupan atau

- pemompaan, setelah 30 detik lakukan penilaian ulang nafas.
- c) Jika bayi mulai bernafas spontan atau menangis, hentikan ventilasi bertahap
 - d) Lihat dada apakah ada retraksi dinding dada bawah
 - e) Hitung frekuensi nafas permenit
 - f) Jika bernafas >40 per menit dan tidak ada retraksi berat:
 - g) Jangan ventilasi lagi
 - h) Letakkan bayi dengan kontak kulit ke kulit pada dada ibu dan lanjutkan asuhan bayi baru lahir.
 - i) Pantau setiap 15 menit untuk pernafasan dan kehangatan
 - j) Katakana pada ibu bahwa bayinya kemungkinan besar akan membaik.
 - k) Lanjutkan asuhan pasca resusitasi.
 - l) Jika bayi megap-megap atau tidak bernafas, lanjutkan ventilasi
- 5) Ventilasi setiap 30 detik hentikan dan lakukan penilaian ulang nafas.
- a) Lanjutkan ventilasi 20 kali dalam 30 detik (dengan tekanan 20 cm air)
 - b) Hentikan ventilasi setiap 30 detik, lakukan penilaian bayi apakah bernafas, tidak bernafas atau megap-megap:
 - i. Jika bayi sudah mulai bernafas spontan, hentikan ventilasi bertahap dan lakukan asuhan pasca resusitasi
 - ii. Jika bayi megap-megap atau tidak bernafas, teruskan ventilasi 20 kali dalam 30 detik kemudian lakukan penilaian ulang nafas tiap 30 detik.
 - iii. Siapkan rujukan jika bayi belum bernafas spontan sesudah 2 menit resusitasi
 - iv. Lanjutkan ventilasi sambil memeriksa denyut jantung bayi

c. Tahap III: Asuhan Pasca Resusitasi

Setelah tindakan resusitasi, diperlukan asuhan pasca resusitasi yang merupakan perawatan intensif selama 2 jam pertam. Penting sekali pada tahap ini dilakukan BBL dan pemantauan sera intensif serta pencatatan.

- 1) Pemantauan tanda-tanda bahaya pada bayi
 - a) Tidak dapat menyusu
 - b) Kejang
 - c) Mengantuk atau tidak sadar
 - d) Nafas cepat (>60 kali permenit)
 - e) Merintih
 - f) Retraksi dinding dada bawah
 - g) Sianosis sentral
- 2) Pemantauan dan perawatan tali pusat
 - a) Memantau perdarahan tali pusat
 - b) Menjelaskan perawatan tali pusat
- 3) bila nafas bayi dan warna kulit normal, berikan bayi kepada ibunya
 - a) Meletakkan bayi di dada ibu (kulit ke kulit), menyelimuti keduanya
 - b) Membantu ibu untuk menyusui bayi dalam 1 jam pertama
 - c) Menganjurkan ibu untuk mengusap bayinya dengan kasih sayang
- 4) Pencegahan hipotermi
 - a) Membaringkan bayi dalam ruangan $>25^0 C$
 - b) Menunda memandikan bayi sampai dengan 6-24 jam
 - c) Menimbang berat badan terselimuti, kurangi berat selimut, menjaga bayi tetap hangat selama pemeriksaan, buka selimut bayi sebagian-sebagian

c. Sindrom Aspirasi Mekonium

1. Pengertian

Sindrom Aspirasi mekonium adalah terhisapnya cairan amnion yang tercemar mekonium ke dalam paru-paru bayi baru lahir, yang dapat terjadi pada saat intrauterin, persalinan, atau setelah lahir. Sindrom Aspirasi Mekonium pada neonatus merupakan penyakit yang hanya ada pada saluran napas bayi.

Mekonium dalam cairan ketuban merupakan suatu indikasi adanya gangguan pada bayi yang berkaitan dengan masalah intrauterin, berupa kekurangan oksigen (hipoksia). Penyakit ini jarang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu, sebaliknya paling sering terjadi pada kehamilan lebih dari 42 minggu.

Tidak semua bayi yang mengeluarkan mekonium dalam kandungan akan mengalami sindrom aspirasi mekonium. Beberapa bayi tidak mengalami masalah ini dan beberapa lainnya dapat mengalami sindrom aspirasi mekonium mulai dari tingkat ringan sampai sangat serius. Hal ini tergantung dari seberapa parah mekonium menyumbat saluran pernapasan bayi dan berapa lama hal tersebut terjadi. Faktor risiko dari sindrom aspirasi mekonium adalah bayi mengalami kesulitan saat dilahirkan atau bayi mengalami kondisi gawat janin.

2. Penyebab sindrom aspirasi mekonium

Mekonium yang terhirup oleh bayi dapat menghalangi saluran udara dan menyebabkan paru-paru tidak dapat mengembang. Saluran udara tersebut bisa tersumbat sebagian atau seluruhnya. Air ketuban dan mekonium juga bisa menumpuk dalam rongga dada di sekitar paru-paru (pneumotoraks), yang dapat pula menyebabkan radang paru-paru (pneumonitis) dan meningkatkan risiko infeksi paru-paru dan hipertensi pulmonar persisten (persistent pulmonary hypertension of the newborn atau PPHN).

3. Diagnosis sindrom aspirasi mekonium

Diagnosis sindrom aspirasi mekonium umumnya tidak sulit. Riwayat adanya cairan ketuban yang berwarna kehijauan pada ibu hamil sebelum atau selama persalinan berlangsung dapat memberi petunjuk kemungkinan terjadinya sindrom aspirasi mekonium.

Bayi-bayi dengan sindrom aspirasi mekonium biasanya lahir cukup bulan atau lebih bulan. Jarang sekali bayi dengan penyakit ini lahir kurang bulan. Pada pemeriksaan akan didapatkan cairan amnion yang terkontaminasi mekonium. Kulit bayi terlihat terwarnai oleh mekonium bayi tampak mengalami sesak nafas, dan dada bayi tampak membusung.

4. Penatalaksanaan Sindrom Aspirasi Mekonium Pada Saat Proses Persalinan

Sebagian besar kasus sindrom aspirasi mekonium pada bayi baru lahir masih dapat dicegah dengan tindakan yang dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya aspirasi cairan ketuban yang sudah tercemar mekonium.

Sebelum memimpin persalinan, pencegahan dilakukan dengan tindakan amnioinfusion. Sedangkan, jika sedang memimpin persalinan, tindakannya adalah membersihkan rongga mulut dari mekonium, setelah kepala lahir.

a) Penatalaksanaan Sebelum Memimpin Persalinan

Tatalaksana sebelum memimpin persalinan ada dua hal yang perlu dilakukan sebelum mulai persalinan pada ibu hamil yang sudah memperlihatkan air ketuban yang berwarna hijau, yaitu

- fetal monitoring
- amnioinfusion

1) Fetal Monitoring

Karena diketahui bahwa ada hubungan yang kuat antara sindrom aspirasi mekonium dengan keadaan gawat janin, maka keadaan bayi perlu dimonitor jika dijumpai keadaan ketuban bercampur mekonium.

Pemantauan lebih difokuskan untuk menilai ada tidaknya kegawatan yang bakal terjadi. Keuntungan dari pemantauan ini adalah memudahkan untuk memutuskan apakah persalinan tetap dilakukan melalaui pervaginam atau segera diselesaikan melalui bedah cesar.

2) Amnioinfusion

Tindakan lainnya untuk menghindari terjadinya sindrom aspirasi mekonium adalah melakukan tindakan yang dapat mengurangi kekentalan air ketuban yang tercemar mekoneum. Tindakan yang dilakukan adalah pemberian cairan infus ke dalam cairan ketuban (amnioinfusion). Prosedurnya sederhana, yaitu dengan menginfuskan normal salin ke dalam uterus melalui kateter. Amnioinfusion dapat berguna pada kehamilan yang mempunyai komplikasi ketuban tercemar mekoneum karena dapat mengembalikan cairan amnion dan mengencerkan mekoneum. Apabila bayi mengisap mekoneum yang telah encer dengan tindakan amnioinfusion, maka risiko menjadi berkurang dibandingkan dengan mengisap (aspirasi) cairan amnion dengan mekoneum yang masih kental.

b) Penatalaksanaan Pada Saat Persalinan Berlangsung

Selama persalinan berlangsung, bayi belum bernafas. Bayi mulai menarik nafas sejalan dengan tangisan pertama kali. Jika bayi menarik nafas pertama kali, maka jika ada mekonium dalam rongga mulut akan terhisap ke dalam saluran pernafasan. Untuk mencegah tidak terjadinya aspirasi mekonium, maka setelah melahirkan kepala dan sebelum bahu lahir, sesegera mungkin

melakukan pengisapan cairan mekoneum baik yang ada dalam hidung, mulut, maupun trakhea. Jika mulut telah bersih, maka pada saat bayi menangis dan menarik nafas pertama kali, tidak ada mekonium yang akan terhisap ke dalam saluran pernafasan. Dengan demikian, sindrom aspirasi mekoneum tidak terjadi atau walaupun terjadi risikonya minimal.

Pengisapan lendir dari hidung, mulut dan faring posterior sebelum badan lahir menurunkan risiko sindroma aspirasi mekonium. Namun, 20-30% bayi yang tercemar mekonium didapatkan mekonium pada trakhea walaupun sudah dilakukan pengisapan lendir dan tidak ada pernafasan Segera setelah lahir, maka sisa-sisa mekonium yang masih tersisa dalam mulut dan saluran nafas harus segera dihisap ulang. Untuk menghindari resiko berlanjutnya teraspirasi mekoneum, maka sisa mekoneum yang terdapat pada rongga hidung, mulut, atau tenggorokan segera dikeluarkan, dengan menggunakan pengisap (suction). Jika terdapat tanda-tanda distres, mekonium yang telah masuk ke dalam trakhea dikeluarkan melalui trakheal tube. Sebaiknya, dilakukan pengisapan sampai saluran pernafasan yang lebih dalam sampai tidak ada lagi mekonium yang keluar di dalam suction.

Bila bayi tidak memperlihatkan pernafasan spontan atau depresi pernafasan, tonus otot berkurang, dan denyut jantung bayi kurang dari 100 kali per menit, maka sesegera mungkin dilakukan perujukan dengan diikuti pemasangan oksigen yang adekuat antara 50-80 mmHg.

B. KEWENANGAN BIDAN

Menurut menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan bagian kedua, Kewenangan Bidan adalah sebagai berikut:

Pasal 19

(2) Pelayanan kesehatan ibu meliputi pelayanan:

- a. konseling pada masa sebelum hamil;
- b. antenatal pada kehamilan normal;
- c. persalinan normal;
- d. ibu nifas normal;
- e. ibu menyusui; dan
- f. konseling pada masa antara dua kehamilan.

(3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

- a. episiotomi;
- b. pertolongan persalinan normal;
- c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- d. penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f. pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- h. pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- i. penyuluhan dan konseling;
- j. bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pasal 20

(2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak

Bidan berwenang melakukan:

- a. Pelayanan neonatal esensial;
- b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
- c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah;
- d. Dan konseling dan penyuluhan.

(3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2)

huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

(4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:

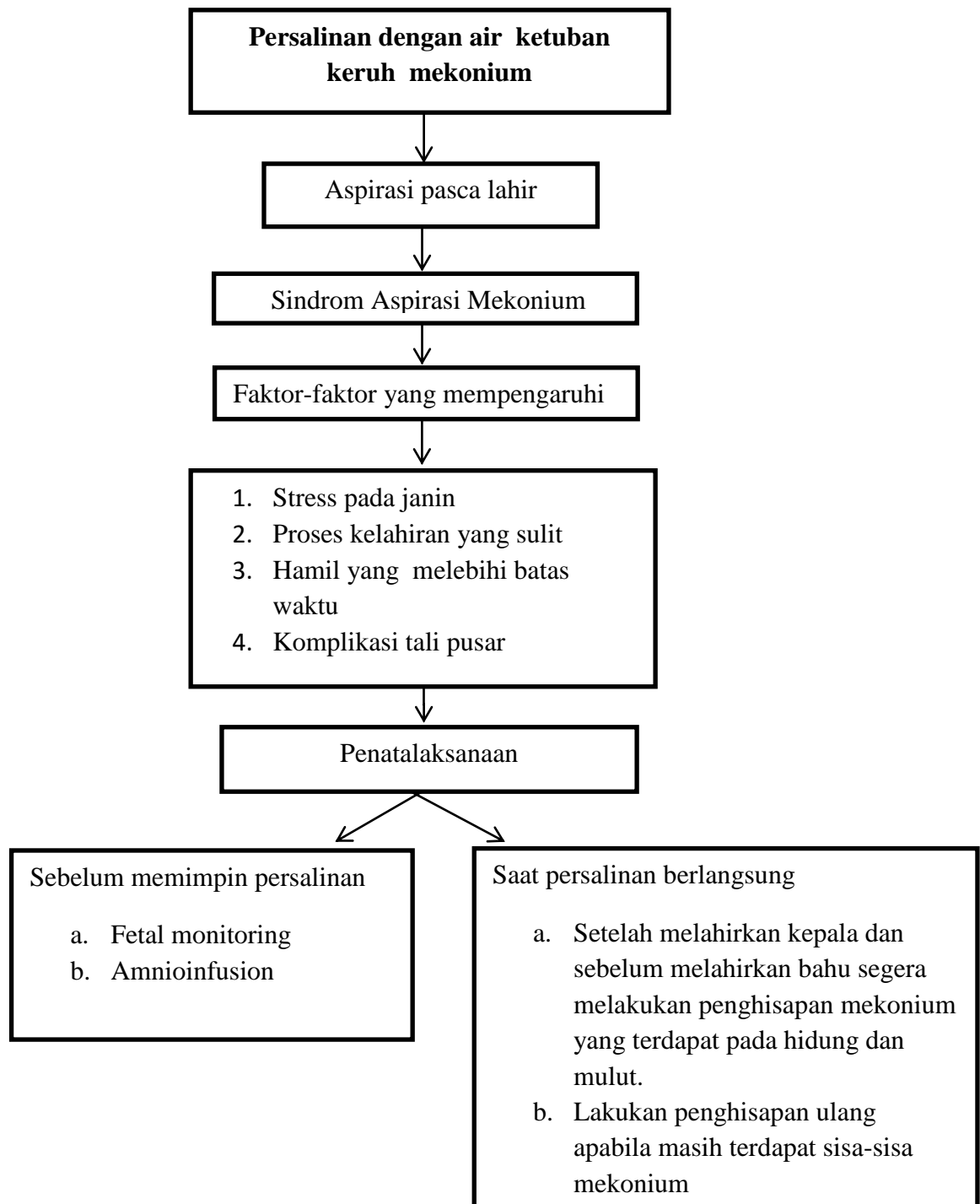
- a. penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
- b. penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
- c. penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir

C. HASIL PENELITIAN TERKAIT

Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis sedikit banyak terinspirasi dan mereferensi dari penelitian-penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan latar belakang masalah pada laporan tugas akhir ini. Berikut ini penelitian terdahulu yang berhubungan dengan laporan tugas akhir ini antara lain :

- 1) Penelitian yang dilakukan oleh Chrisna, 2010 “Asosiasi Tingkat Kekentalan, Adanya Bilirubin Pada Air Ketuban Keruh Dengan Terjadinya Sindrom Aspirasi Mekonium”
Hasil: Air ketuban keruh yang kental berhubungan dengan terjadinya Sindrom Aspirasi Mekonium.
- 2) Penelitian yang dilakukan oleh Arief Setiyo, 2014 “ Asuhan Keperawatan Sindrom Aspirasi Mekonium (SAM)”
Hasil: Air ketuban keruh bercampur mekonium dapat menyebabkan Sindrom Aspirasi Mekonium
- 3) Penelitian yang dilakukan oleh Dewi Wahyu, 2012 ”Asuhan Bayi Baru Lahir Dengan Sindrom Aspirasi Mekonium”
Hasil: Air ketuban yang bercampur mekonium dapat menyebabkan Sindrom Aspirasi Mekonium, asuhan yang diberikan yaitu dapat saat persalinan berlangsung dengan mengencerkan cairan ketuban serta penghisapan lendir pada BBL serta dilakukan pemantauan setelah nya.
- 4) Penelitian yang dilakukan oleh M.Sholeh Kasim, 2009 ”Infeksi Neonatal Akibat Air Ketuban Keruh”
Hasil: Air ketuban keruh dapat menyebabkan Sindrom Aspirasi Mekonium yang dapat berkembang menjadi infeksi neonatal.

D. KERANGKA TEORI



(Journal Infeksi Neonatal Akibat Ketuban Keruh dan Tatalaksana SAM)