



Menilai Luaran Bayi Baru Lahir pada Kehamilan Lewat Bulan (Post-Term Pregnancy)

Ari Iqzar¹, Jeri Indrawan²

¹ Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, Indonesia

² Departemen Ilmu Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh / RSUD Cut Meutia, Aceh Utara, Indonesia

Email: ari.170610065@mhs.unimal.ac.id

Abstrak

Kehamilan lewat bulan (post-term pregnancy) berhubungan erat dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal. Penelitian deskriptif ini bertujuan untuk menilai luaran neonatus yang dilahirkan dari ibu dengan usia kehamilan melewati batas waktu (>40 minggu). Penelitian dilaksanakan di Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pendidikan Islam Shahida, Lodhran, selama periode September 2020 hingga Februari 2021. Sebanyak 100 pasien dengan usia kehamilan >40 minggu yang memenuhi kriteria inklusi dianalisis. Pasien dengan komplikasi medis sistemik, komplikasi kehamilan primer, atau kematian janin intrauterin dieksklusi. Data dianalisis menggunakan SPSS versi 20.0. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pasien berusia 20–25 tahun (39%) dan berstatus multigravida (60%). Angka persalinan sesar darurat sangat tinggi, yaitu mencapai 65%. Sebanyak 64% bayi memerlukan perawatan intensif di Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Komplikasi neonatal yang paling dominan adalah Sindrom Aspirasi Mekonium (SAM) sebesar 67%, diikuti oleh asfiksia (55%) dan sindrom gangguan pernapasan/RDS (49%). Tidak ditemukan kematian janin intrauterin pada sampel penelitian ini. Kesimpulannya, kehamilan tidak boleh dibiarkan melebihi usia 42 minggu, dan induksi persalinan harus dipertimbangkan sebelum mencapai usia kehamilan tersebut guna meminimalkan risiko bahaya pada janin.

Kata kunci: Kehamilan Lewat Bulan, Neonatus, Aspirasi Mekonium, NICU, Sesar Darurat.

Abstract

Post-term pregnancy is strongly associated with an increased risk of perinatal morbidity and mortality. This descriptive study aimed to evaluate neonatal outcomes among post-term pregnancies (>40 weeks). The study was conducted at the Department of Obstetrics and Gynecology, Shahida Islam Teaching Hospital, Lodhran, from September 2020 to February 2021. A total of 100 pregnant women meeting inclusion criteria were enrolled. Patients with medical comorbidities, pregnancy complications, or intrauterine fetal demise were excluded. Data were processed using SPSS 20.0. Results showed that most patients were aged 20–25 years (39%) and were multigravida (60%). The emergency Cesarean section rate was notably high at 65%. Admission to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) was required for 64% of newborns. Meconium Aspiration Syndrome (MAS) was the most frequent complication (67%), followed by birth asphyxia (55%) and Respiratory Distress Syndrome (49%). No fetal deaths were recorded. In conclusion, pregnancies should not be allowed to proceed beyond 42 weeks, and labor induction should be offered prior to 42 weeks to avoid adverse neonatal outcomes.

Keywords: Post-Term Pregnancy, Newborn Outcome, Meconium Aspiration, NICU, Emergency C-Section.

1. PENDAHULUAN

Kehamilan yang telah mencapai atau melebihi usia 42 minggu (294 hari) dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) didefinisikan sebagai kehamilan lewat bulan (post-term/prolonged pregnancy) [1]. Prevalensi kehamilan lewat bulan diperkirakan berkisar antara 3% hingga 12% dari seluruh total kehamilan [2]. Meskipun demikian, insidensi riil mungkin lebih rendah karena sebagian besar kasus

dipicu oleh kesalahan konfirmasi usia kehamilan atau penentuan tanggal HPHT yang kurang akurat [3]. Beberapa faktor risiko yang mendasari antara lain predisposisi genetik, janin berjenis kelamin laki-laki, kehamilan primipara, riwayat kehamilan lewat bulan sebelumnya, obesitas maternal, serta pola konsumsi nutrisi tertentu [4, 5].

Penentuan Hari Perkiraan Lahir (HPL) berdasarkan HPHT sering kali tidak presisi pada wanita dengan siklus haid tidak teratur, perdarahan trimester pertama, atau yang tidak melakukan pemeriksaan hormonal antenatal [6]. Konfirmasi usia kehamilan dengan Ultrasonografi (USG) trimester pertama memberikan reliabilitas yang jauh lebih tinggi dibanding HPHT semata [7].

Dampak kehamilan lewat bulan pada maternal mencakup peningkatan insidensi persalinan lama, persalinan operatif pervaginam (vakum atau forsep), trauma jalan lahir akibat makrosomia, serta peningkatan angka operasi sesar hingga dua kali lipat yang berisiko memicu komplikasi infeksi, perdarahan pascapersalinan, dan penyembuhan luka yang terhambat [8, 9].

Pada janin, penurunan fungsi plasenta pada akhir kehamilan memicu oligohidramnion, henti pertumbuhan janin, trauma persalinan, serta pengeluaran mekonium in utero yang berisiko menyebabkan Sindrom Aspirasi Mekonium (SAM) [10]. Pedoman dari Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) merekomendasikan penawaran induksi persalinan pada usia kehamilan 41 minggu [11]. Bagi pasien yang menolak induksi, pemantauan antenatal ketat berupa Kardiotokografi (CTG) dua kali seminggu serta evaluasi indeks cairan ketuban dengan USG harus dilakukan [12]. Kedalaman kantung cairan ketuban kurang dari 8 cm mengindikasikan adanya ancaman gawat janin intrapartum [12].

2. METODE PENELITIAN

2.1 Desain, Lokasi, dan Waktu Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif yang dilaksanakan di Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Pendidikan Islam Shahida, Lodhran, Pakistan. Penelitian berlangsung selama 6 bulan, yaitu mulai dari September 2020 sampai Februari 2021.

2.2 Populasi dan Sampel

Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil dengan usia kehamilan melebihi 40 minggu. Dengan margin of error 7% dan tingkat kepercayaan (confidence interval) 95%, diperoleh sampel sebanyak 100 pasien:

- Kriteria Inklusi: Pasien hamil dengan usia kehamilan >40 minggu yang memiliki kepastian HPHT atau telah dikonfirmasi melalui USG trimester pertama, serta memiliki riwayat siklus haid teratur.
- Kriteria Eksklusi: Pasien dengan komorbid medis sistemik (seperti hipertensi atau diabetes), kematian janin intrauterin (intrauterine fetal demise), atau komplikasi kehamilan primer lainnya.

2.3 Variabel dan Instrumen Penelitian

Data dikumpulkan melalui informed consent dan pencatatan lembar observasi klinis. Variabel ibu yang dinilai meliputi usia, paritas, pergerakan janin, riwayat kehamilan lewat bulan sebelumnya, pemeriksaan USG, CTG, dan metode persalinan. Variabel luaran neonatus meliputi berat badan lahir, jenis kelamin, skor APGAR, kejadian gawat janin/asfiksia, Sindrom Aspirasi Mekonium (SAM), Respiratory Distress Syndrome (RDS), sepsis neonatal, ikterus, trauma lahir, serta indikasi dan lama rawat di NICU.

2.4 Pengolahan dan Analisis Data

Data diolah dan dianalisis menggunakan perangkat lunak statistik SPSS versi 20.0. Variabel kuantitatif disajikan dalam nilai rata-rata $\pm$ standar deviasi (Mean $\pm$ SD), sedangkan variabel kualitatif/kategorikal disajikan dalam bentuk frekuensi (n) dan persentase (%).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Karakteristik Ibu dan Usia Kehamilan

Sebagian besar responden berada pada kelompok usia reproduksi sehat 20–25 tahun (39%) dan berstatus multigravida (60%). Mayoritas pasien berada pada usia kehamilan 42 minggu (75%).

Tabel 1. Distribusi Kasus Berdasarkan Usia Kehamilan Ibu

Usia Kehamilan	Frekuensi (N)	Persentase (%)
42 Minggu	90	75,0%
43 Minggu	30	25,0%
>43 Minggu	0	0,0%
Total	120	100,0%

3.2 Karakteristik Klinis Janin dan Neonatus

Hasil pemeriksaan Ultrasonografi menunjukkan seluruh janin memiliki letak memanjang (longitudinal). Estimasi berat badan janin terbanyak berkisar antara 3,0–3,5 kg (79%). Denyut jantung janin normal (110–150 kali/menit) ditemukan pada 82% kasus, sedangkan 18% mengalami bradikardia/penurunan denyut jantung janin (<110 kali/menit). Mayoritas bayi berjenis kelamin laki-laki (65%).

Tabel 2. Karakteristik Neonatus, Riwayat Rawat NICU, dan Lama Rawat Inap

Profil Neonatus	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	65	65,0%
Perempuan	35	35,0%
Trauma Akibat Persalinan		
Ya	5	5,0%
Tidak	95	95,0%
Masuk NICU		
Ya	64	64,0%
Tidak	36	36,0%
Lama Rawat Inap		
< 3 Hari	51	51,0%
4–5 Hari	37	37,0%
6–7 Hari	12	12,0%

3.3 Profil Biofisika Janin

Penilaian profil biofisika janin (biophysical profile) pada 100 responden disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Profil Biofisika Janin pada Pasien

Profil Biofisika	Frekuensi (N)	Persentase (%)
6 / 10	10	10,0%
8 / 10	50	50,0%
10 / 10	40	40,0%
Total	100	100,0%

3.4 Metode Persalinan

Metode persalinan yang paling banyak dilakukan adalah operasi sesar darurat, yaitu sebesar 65%.

Tabel 4. Distribusi Jenis Persalinan

Jenis Persalinan	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Operasi Sesar Darurat	65	65,0%
Pervaginam Spontan	20	20,0%
Pervaginam dengan Alat (Vakum/Forsep)	12	12,0%
Operasi Sesar Elektif	3	3,0%
Total	100	100,0%

3.5 Komplikasi Neonatal

Sindrom Aspirasi Mekonium (SAM) merupakan komplikasi neonatal yang paling sering dijumpai pada kehamilan lewat bulan.

Tabel 5. Distribusi Komplikasi Neonatus

Jenis Komplikasi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Sindrom Aspirasi Mekonium (SAM)	67	67,0%
Asfiksia Neonatorum	55	55,0%
Sindrom Gangguan Pernapasan (RDS)	49	49,0%
Penyakit Kuning Neonatus (Ikterus)	8	8,0%
Sepsis Neonatorum	7	7,0%

3.6 Pembahasan

1. Karakteristik Demografi Ibu dan Paritas: Mayoritas pasien pada penelitian ini berada pada rentang usia 20–25 tahun (39%). Hal ini konsisten dengan studi di Oakland yang menunjukkan tingginya proporsi kehamilan lewat bulan pada kelompok usia reproduksi muda [16]. Berbeda dengan literatur umum yang menyebutkan primigravida lebih sering mengalami kehamilan lewat bulan, studi ini menemukan 60% sampel merupakan multigravida. Temuan ini sejalan dengan penelitian Cucco et al. (1989) [18]. Faktor risiko utama kehamilan lewat bulan pada multigravida adalah riwayat kehamilan

lewat bulan pada persalinan sebelumnya [18, 23]. Dalam penelitian ini, 40% pasien mencatatkan riwayat kehamilan lewat bulan terdahulu.

2. Angka Persalinan Sesar Darurat: Tingginya tingkat persalinan sesar darurat (65%) pada penelitian ini dipengaruhi oleh faktor rujukan. Sebagian besar pasien datang ke ruang bersalin tanpa pemeriksaan antenatal (antenatal care) yang rutin dan dalam kondisi serviks yang belum matang (unfavorable cervix). Angka operasi sesar pada kehamilan lewat bulan secara global bervariasi antara 15% hingga 80% [20].

3. Patofisiologi Komplikasi Neonatal: Kehamilan lewat bulan merupakan penyebab utama peningkatan morbiditas janin akibat penurunan fungsi plasenta (insufisiensi plasenta) dan berkurangnya volume cairan amnion (oligohidramnion) [15, 21]. Kondisi ini memicu hipoksia intrauterin, gawat janin, serta peningkatan refleks vagal parasimpatis janin yang menyebabkan pelepasan mekonium ke dalam cairan ketuban [22]. Aspirasi cairan ketuban yang terkontaminasi mekonium memicu obstruksi saluran napas dan pneumonitis kimiawi, yang menjelaskan tingginya angka Sindrom Aspirasi Mekonium (67%), asfiksia (55%), serta kebutuhan perawatan di NICU (64%) pada sampel penelitian [7, 8, 22].

4. KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

1. Kehamilan lewat bulan (>40–42 minggu) berhubungan signifikan dengan peningkatan angka morbiditas neonatal, seperti Sindrom Aspirasi Mekonium (67%), asfiksia (55%), serta perlunya perawatan NICU (64%).
2. Tingkat tindakan operasi sesar darurat sangat tinggi pada kehamilan lewat bulan (65%).
3. Kehamilan tidak boleh dibiarkan berlanjut melebihi usia kehamilan 42 minggu.

4.2 Saran

1. Bagi Praktisi Klinis: Penawaran induksi persalinan secara aktif dianjurkan mulai usia kehamilan 41 minggu hingga sebelum 42 minggu untuk mencegah bahaya komplikasi perinatal [11, 13, 21].
2. Bagi Ibu Hamil: Perlunya konfirmasi usia kehamilan sejak trimester pertama menggunakan USG serta kepatuhan pemeriksaan kehamilan rutin (antenatal care) [3, 7].

DAFTAR PUSTAKA

- Kendig JW. Postterm pregnancy. The Merck Manuals Online Medical Library. 2008.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 146: Management of late-term and postterm pregnancies. Obstet Gynecol. 2014;124(2 Pt 1):390–396.
- Norwitz ER, Snegovskikh V, Caughey AB. Prolonged pregnancy: etiology and management. Clin Obstet Gynecol. 2007;50(2):547–557.
- Bennett KA, Crane JM, O'Shea P, Lacelle MD, Hutchens D, Copel JA. First-trimester ultrasound screening is effective in reducing postterm induction rates: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2004;190(4):1077–1081.

- Kistka ZA, Palomar L, Lee KA, et al. Racial disparity in the frequency of recurrence of postterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(2):131.e1–131.e6.
- Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Prenatal risk indicators of a prolonged pregnancy: the Danish Birth Cohort 1998–2001. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(11):1338–1341.
- Gardosi J, Vanner T, Francis A. Gestational age and induction of labour for prolonged pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(7):792–797.
- Savitz DA, Terry JW Jr, Dole N, Thorp JM Jr, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(6):1660–1666.
- Smith GC. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and postterm in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(3):489–496.
- Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978–1993. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):222–227.
- Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(2):169–173.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Induction of labour: evidence-based clinical guideline No. 9. London: RCOG Press; 2001.
- Dasari P, Niveditta G, Raghavan S. The maximal vertical pocket and amniotic fluid index in predicting fetal distress in prolonged pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;96(2):89–93.
- Treger M, Hallak M, Silberstein T, Friger M, Katz M, Mazor M. Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 weeks? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2002;11(1):50–53.
- Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, Ozdas E, Dilbaz B, Haberal A. Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;120(2):164–169.
- Roach VJ, Rogers MS. Pregnancy outcome beyond 41 weeks gestation. *Int J Gynaecol Obstet.* 1997;59(1):19–24.
- Cleary-Goldman J, Bettes B, Robinson JN, Norwitz E, D'Alton ME, Schulkin J. Postterm pregnancy: practice patterns of contemporary obstetricians and gynecologists. *Am J Perinatol.* 2006;23(1):15–20.
- Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ. Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(6):683.e1–683.e6.

- Cucco C, Osborne MA, Cibils LA. Maternal-fetal outcomes in prolonged pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;161(4):916–920.
- James C, George SS, Gaunekar N, Seshadri L. Management of prolonged pregnancy: a randomized trial of induction and antepartum foetal monitoring. *Natl Med J India.* 2001;14(5):270–273.
- Hannah ME. Postterm pregnancy: should all women have labour induced? A review of the literature. *Fetal Matern Med Rev.* 1993;5(1):3–17.
- Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KÅ. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007;109(3):609–617.
- Caughey AB, Snegovskikh VV, Norwitz ER. Postterm pregnancy: how can we improve outcomes? *Obstet Gynecol Surv.* 2008;63(11):715–724.
- Mogren I, Stenlund H, Högberg U. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int J Epidemiol.* 1999;28(2):253–257.
- Herabutya Y, Prasertsawat PO, Tongyai T, Isarangura Na Ayudhya N. Prolonged pregnancy: the management dilemma. *Int J Gynaecol Obstet.* 1992;37(4):253–258.
- de Miranda E, van der Bom JG, Bonsel GJ, Bleker OP, Rosendaal FR. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomized controlled trial. *BJOG.* 2006;113(4):402–408.