

BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini membahas ada atau tidaknya kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada pengelolaan manajemen asuhan kebidanan pada saat masa persalinan, nifas dan bayi baru lahir pada Ny. A di RSUD Karawang yang dilakukan sejak masa persalinan. Penulis mencoba membandingkan kasus yang telah diamati secara langsung terhadap Ny. A dengan teori yang telah dipelajari.

5.1 Asuhan Intranatal Care

A. KALA I

Penatalaksanaan yang dilakukan oleh penulis pada Ny. A yaitu pemberian antibiotik ceftriaxone 10cc secara IV atas instruksi bidan N, pemeriksaan TTV, pemeriksaan DJJ menggunakan Doppler, lalu Bidan R melakukan pemeriksaan tes lakmus, dan pemeriksaan dalam. Ny. A tidak sempat dilakukan pemeriksaan USG dan CTG, serta pengambilan darah untuk tes Laboratorium.

Berdasarkan SOP RSUD Karawang untuk penatalaksanaan kasus ketuban pecah dini dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan inspekulo, serta pemeriksaan penunjang diantaranya pemeriksaan tes kertas lakmus, pemeriksaan Lab, pemeriksaan USG, serta pemeriksaan CTG.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Prawirohardjo (2014) hal yang sangat perlu untuk diperhatikan pada kasus KPD adalah memastikan diagnosa, menentukan umur kehamilan, evaluasi infeksi terhadap ibu dan janin. Pemeriksaan penunjang menjadi sangat

penting untuk mengetahui hal tersebut agar tidak terjadi morbiditas dan mortalitas pada kasus Menurut asumsi penulis penatalaksanaan kasus ketuban pecah dini pada Ny. A belum sesuai dengan SOP yang tertera, karena pada Ny. A hanya dilakukan pemeriksaan tes kertas lakmus. Padahal pemeriksaan penunjang lainnya sangat penting untuk dilakukan karena untuk mendeteksi adanya infeksi. Hal ini disebabkan karena pada saat akan dilakukan pemeriksaan lanjutan, pembukaan serviks Ny. A sudah lengkap. Bidan dan dokter segera melakukan persiapan persalinan pada Ny. A

1) Kaitan Kehamilan Gemelli dengan Preterm

Dalam kasus ini usia kehamilan Ny. A belum mencapai aterm atau cukup bulan, usia kehamilan Ny.A baru mencapai 35 minggu dan termasuk kategori kurang bulan (preterm)

Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Zakiah. Dkk., 2017 yang berjudul “Perbedaan Kejadian Persalinan Preterm antara Kehamilan Gemelli dan Kehamilan Tunggal di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember” menyatakan bahwa kehamilan gemelli 5 kali lebih berisiko menyebabkan terjadinya persalinan preterm dibandingkan dengan kehamilan tunggal, hal ini terjadi karena kehamilan gemelli dapat menyebabkan terjadinya *overdistensi* , mengakibatkan terjadinya retraksi akibat ketegangan otot uterus makin dini sehingga muncul kontraksi palsu, lalu kontraksi semakin sering dan memicu persalinan prematur.

Berdasarkan data dan teori yang ditemukan, maka dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab persalinan preterm dalam kasus ini kemungkinan besar terjadi akibat kehamilan gemelli

2) **Kaitan Kehamilan Gemeli dengan Ketuban Pecah Dini**

Berdasarkan data sekunder yang diperoleh yaitu Ny. A mengatakan sudah keluar air-air berwarna jernih sejak pukul 17.00 WIB. Awalnya Ny.A dan suami tidak tahu bahwa yang keluar adalah air ketuban, Ny. A mengira bahwa air yang keluar merupakan air kencing biasa karena keluar sedikit demi sedikit serta tidak bisa ditahan

Menurut teori yang dikemukakan oleh Novihandari (2016) salah satu faktor penyebab kejadian KPD yaitu kehamilan gemelli. Pada kehamilan gemeli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim dengan maksimal. Hal ini terjadi karena jumlahnya dan bebannya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

Teori ini juga didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh M. Ridwan dan Herlina (2014) yang berjudul “Hubungan Kehamilan Ganda dan Kelainan Letak Janin dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah” berdasarkan hasil analisis data menunjukkan adanya hubungan antara kehamilan ganda dengan ketuban pecah dini. Hasil analisis menunjukkan nilai OR=4,1 artinya ibu dengan kehamilan ganda memiliki risiko 4 kali lebih terjadi KPD saat bersalin dibanding dengan ibu yang tidak mengalami ketuban pecah dini. Berdasarkan pernyataan diatas maka dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab terjadinya KPD pada Ny. A kemungkinan besar akibat kehamilan gemelli. Selain itu didukung juga oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Suriyati tahun 2010 di RSUD M.Yunus Bengkulu, tentang kehamilan ganda dengan ketuban

pecah dini. Uji statistik menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara kehamilan ganda dengan kejadian ketuban pecah dini dengan hasil analisa didapatkan nilai pvalue 0,03 dan ibu bersalin yang di diagnosa dengan kehamilan ganda dapat menyebabkan kejadian ketuban pecah dini sebesar 5,752 kali lipat dibanding ibu bersalin yang di diagnosa tidak dengan kehamilan ganda.

b. KALA II

Pada pukul 03.09 WIB Ny.A mengeluh mulas yang semakin sering dan kuat serta merasa ingin BAB, dilakukan pemeriksaan dalam yang dilakukan oleh bidan R yang hasilnya portio tidak teraba, pembukaan 10 cm , ketuban negatif, molage tidak ada, hodge 4 dan tidak ada bagian lain yang teraba. Bayi dilahirkan secara pervaginam karena letak dan presentasi masing-masing janin tidak ada kelainan. Pada pukul 03.10 WIB Bidan N dan penulis menyiapkan alat resusitasi untuk tindakan segera apabila terjadi asfiksia pada bayi seperti menyiapkan stetoskop, sungkup wajah untuk bayi, penghisap lendir, alat VTP, dan lampu 60 watt dengan jarak 60cm serta menyiapkan tindakan segera untuk penanganan pada bayi hipotermi seperti menyiapkan suhu inkubator 34-35°C , menyiapkan lampu sorot 40 watt dengan jarak 45 cm. Selanjutnya pada pukul 03.15 mempersiapkan pertolongan persalinan seperti petugas, alat, ruangan dan pasien. Setelah itu, melakukan pertolongan persalinan dengan mengidentifikasi tanda kala II selanjutnya melakukan pertolongan persalinan yang sesuai dengan SOP RSUD Karawang. Pada pukul 03.25 WIB lahir bayi pertama dengan JK: Perempuan, BB: 2130 gram, PB : 43 cm, A/S 5/7. Lalu setelah 15 menit atau pada pukul 03.40 lahir bayi kedua

JK:Perempuan, BB: 1920 gram, PB: 41 cm A/S 5/7.

Pada kasus ini asuhan yang diberikan pada Ny.A sudah sesuai dengan kewenangan bidan yang tercantum dalam Permenkes No 396 tahun 2007 tentang kompetensi bidan selama kehamilan dan persalinan. Kompetensi bidan dalam menolong persalinan gemeli tercantum dalam poin ke-9 pengetahuan dasar kompetensi bidan yaitu pengelolaan dan penatalaksanaan persalinan dengan kehamilan normal dan ganda. Selain itu wewenang bidan dalam penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan diatur oleh Permenkes No 21 tahun 2021 pasal 17 yang berisi mengenai kasus dengan komplikasi kehamilan dan persalinan harus dilakukan di Rumah Sakit yang sesuai dengan kompetensinya. Wewenang bidan dalam membuat keputusan klinik, pencatatan rekam medis asuhan persalinan, persiapan resusitasi bayi baru lahir, dan rujukan kasus komplikasi sudah diatur dalam Permenkes No. 21 tahun 2021 pasal 18 ayat (2),

Menurut asumsi penulis bidan PMB sudah melakukan asuhan yang sesuai dengan kewenangan bidan yaitu dalam membuat keputusan klinik untuk melakukan rujukan, karena bidan tidak berwenang untuk menolong persalinan dengan kasus kegawatdaruratan seperti persalinan preterm, ketuban pecah dini, dan gemelli karena dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas terhadap ibu dan bayi. Bidan di RSUD juga sudah melakukan asuhan yang tepat dan sesuai dengan SOP dalam penanganan kasus kegawatdaruratan serta menjamin persalinan yang bersih dan aman, serta pencatatan rekam medis asuhan persalinan sesuai dengan Permenkes No 21 tahun 2021 pasal 18 ayat (2) poin e dan f.

c. KALA III

Dimulai segera setelah lahirnya bayi kedua sampai lahirnya plasenta. Setelah bayi kedua lahir kemudian penulis memberikan oksitosin yang pertama 10 IU secara IM di 1/3 bagian paha ibu, lalu bidan R memotong tali pusat 5-10 cm dari vulva dan melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) saat uterus berkontraksi, sedangkan tangan kiri di atas suprasimfisis dengan menekan ke arah dorso kranial, tangan kanan tetap meregangkan tali pusat sambil mengamati tanda pelepasan plasenta yang ditandai dengan tali pusat memanjang, uterus globuler, serta semburan darah tiba-tiba. Namun, pada kasus Ny. A plasenta tidak lahir dalam 15 menit pertama serta tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Lalu penulis memberikan oksitosin kedua atas instruksi bidan N sebanyak 10 IU secara drip RL. Setelah 30 menit dan pemberian ulang oksitosin kedua, kemudian dilakukan PTT ulang namun plasenta belum kunjung lahir juga. Selanjutnya bidan R berkolaborasi dengan dokter H dan memberikan advice untuk melakukan manual plasenta.

Menurut prosedur tetap persalinan di RSUD Karawang, pada manajemen aktif kala III pemberian oksitosin dilakukan segera setelah lahir selambat-lambatnya 2 menit setelah bayi lahir (SOP APN RSUD Karawang)

Menurut teori persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi yang terakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, berlangsung tidak lebih dari 30 menit, disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta, peregangan tali pusat terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk

kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan. Tanda-tanda pelepasan plasenta seperti perubahan ukuran dan bentuk uterus, uterus menjadi globuler dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim, tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba (Kurniarum et al., 2016)

Pada kasus Ny.A ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik, yaitu pada kelahiran plasenta yang seharusnya tidak lebih dari 30 menit. Menurut teori Rohani, dkk., (2011) retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Selain itu, menurut asumsi penulis hal ini ada kaitannya dengan kehamilan gemeli yang didukung oleh teori Heryani (2019) yang menyatakan bahwa pada kehamilan kembar perlu di waspadai komplikasi postpartum berupa retensio plasenta, atonia uteri, plasenta rest, perdarahan postpartum, dan infeksi.

Pernyataan tersebut didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Desmansyah (2021) yang berjudul “Hubungan Kehamilan Ganda, Riwayat abortus, Anemia, dengan Kejadian Retensio Plasenta” menyatakan bahwa ibu dengan hamil kembar memiliki kejadian retensio plasenta berpeluang 3,5 kali untuk terjadi retensio plasenta. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Rini (2010) di Metro dengan sampel sebanyak 55 responden diketahui oleh ibu yang melahirkan kembar (47,27%) yang berisiko mengalami kejadian retensio plasenta. Kesimpulannya yaitu lebih dari sebagian ibu bersalin dengan resiko plasenta adalah ibu dengan kehamilan ganda atau gemelli.

Menurut asumsi penulis penatalaksanaan bidan pada kasus retensio plasenta tidak sesuai dengan teori, SOP dan wewenang bidan yang tercantum dalam Standar Pelayanan Kebidanan pada standar 20 tentang penanganan kegawatdaruratan retensio plasenta yang berisi “Bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama, termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan sesuai dengan kebutuhan. Tujuannya adalah mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta” maka dalam hal ini ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik. Sebelum 30 menit plasenta lahir, bidan sudah melakukan manual plasenta pada Ny.A, yang sebenarnya berakibat sangat fatal dapat menyebabkan perdarahan hebat dan infeksi, artinya dalam hal ini bidan tidak mampu mengenali kasus yang terjadi serta penanganan yang tepat.

D. Kala IV

Pada kala IV dilakukan pengecekan laserasi untuk mencegah perdarahan, pada Ny. A ditemukan robekan jalan lahir grade I yaitu pada mukosa vagina, dan kulit perineum. Tetapi, saat itu Penulis melihat bahwa robekan jalan lahir pada Ny.A adalah grade II, karena Penulis melihat adanya robekan pada mukosa vagina, kulit perineum, dan otot perineum.

Dalam kasus ini terdapat kesenjangan diagnosa antara bidan I dan penulis. Selanjutnya pukul 04.15 WIB Bidan I melakukan penjahitan pada robekan jalan lahir dengan teknik simpul. Setelah itu penulis diinstruksikan oleh bidan I untuk memberikan oksitosin sebanyak 1 ampul ke dalam cairan infus RL. Kemudian pada kala IV ini penulis melakukan observasi

ketat selama 2 jam pertama karena Ny. A berpotensi mengalami perdarahan post partum, terhitung setelah kelahiran plasenta yaitu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Hal-hal yang dipantau antaralain seperti TTV, Kontraksi uterus, perdarahan dan keadaan kandung kemih. Kemudian penulis membersihkan dan merapikan ibu, serta mencuci alat dan mendekontaminasi alat dengan larutan klorin 0,5%.

Menurut Permenkes No. 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan terutama yang tercantum dalam pasal 19 ayat (3) poin c dan h.

Pada kasus ini penulis dan bidan sudah melakukan penatalaksanaan sesuai dengan kewenangan bidan, bahwasannya bidan berwenang melakukan penjahitan pada robekan jalan lahir tingkat II serta telah melakukan pemantauan kala IV sesuai dengan teori.

5.2 Postnatal Care

1. KF-1

Pada kasus Ny. A penulis melakukan kunjungan nifas pertama yaitu pada 6 jam setelah persalinan, kunjungan kedua dilakukan pada hari ke-6 pasca persalinan, kunjungan ketiga dilakukan pada hari ke-10, dan kunjungan ketiga dilakukan pada hari ke-34 masa nifas. Didapatkan hasil pengkajian dan pemeriksaan bahwa ibu tidak ada kelainan selama masa nifas, pengeluaran perdarahan normal, involusi uterus normal.

Pada pukul 10.30 WIB 6 jam pasca melahirkan, penulis melakukan pemeriksaan TTV, involusi uteri, kontraksi uterus, perdarahan, luka jahitan dan memberikan obat kepada Ny.A atas

intruksi dokter D yaitu ceftriaxone 2x1 gr IV, Keterolac 3x1 IV, Kalnek 3x1 IV dan Hemobion 1x1 tablet per oral, serta memberikan konseling mengenai pola istirahat dan tidur pada ibu nifas, pola nutrisi, personal hygiene, teknik menyusui, serta informasi tanda bahaya pada masa nifas.

Asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny.A sudah sesuai dengan wewenang bidan yang tercantum dalam Permenkes RI No. 21 tahun 2021 pada pasal 19 ayat (1) dan (2) mengenai pelayanan di fasilitas kesehatan minimal 24 jam setelah persalinan dan dalam kondisi ibu dan bayi yang sudah baik serta tidak ada komplikasi maka dapat dipulangkan.

2. KF-2

Pada kunjungan kedua dilakukan pada hari ke-6 post partum, Ny.A mengatakan pusing karena kurang tidur saat malam hari. Kemudian penulis melakukan pemeriksaan fisik kepada Ny. A didapatkan hasil pemeriksaan abdomen TFU teraba 2 jari atas symphysis, genitalia terlihat pengeluaran lochea sanguinolenta, luka jahitan masih basah dan tidak ada tanda infeksi.

Menurut teori yang dikutip dari Modul Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas (2013) kebutuhan istirahat ibu nifas memerlukan waktu sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari, karena jika ibu nifas kurang istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uteri dan meningkatkan perdarahan, dan dapat menyebabkan depresi serta ketidakmampuan untuk merawat bayinya dan dirinya sendiri.

3. KF-3

Pada kunjungan ketiga dilakukan saat nifas hari ke-10 via chat whatsapp dengan Ny. A dan bidan M, didapatkan hasil data sekunder dari bidan M yaitu dengan hasil pemeriksaan Ny.A tidak ada keluhan,

pemeriksaan abdomen TFU sudah tidak teraba, pengeluaran lochea serosa dan luka jahitan sudah kering serta tidak ada tanda infeksi. Penulis memberikan konseling mengenai personal hygiene, pola istirahat dan tidur, dan perawatan bayi baru lahir.

Menurut asumsi penulis dalam kunjungan ketiga tidak ada kesenjangan dan asuhan serta pemeriksaan yang diberikan dan dilakukan sudah sesuai dengan wewenang bidan.

4. KF-4

Pada kunjungan keempat dilakukan kunjungan nifas hari ke-34, penulis melakukan pemeriksaan fisik pada Ny. A dengan hasil pengeluaran lochea alba dan tidak terdapat tanda infeksi. Penulis melakukan konseling dengan Ny. A mengenai pemilihan alat kontrasepsi yang tepat.

Berdasarkan pernyataan di atas Ny. A selalu diperiksa dan dilakukan kunjungan oleh penulis secara rutin sesuai jadwal dan sesuai dengan kualitas pelayanan masa nifas, hal ini berguna untuk mendeteksi terjadinya komplikasi atau masalah pada masa nifas. Hal ini juga sudah sesuai dengan pernyataan Kemenkes RI (2020) yang menyatakan bahwa kunjungan masa nifas dilakukan sebanyak 4 kali.

5.3 Neonatal Care

A. Penegakan Diagnosa BBLR

Setelah dilakukan pemeriksaan antropometri pada kedua bayi didapatkan hasil pemeriksaan pada bayi pertama, BB : 2130 gram, PB: 43 cm, LILA : 8 cm, LK : 32 cm, lingkar dada : 33 cm. Bayi kedua BB : 1920 gram, PB : 41 cm, LILA : 7 cm, LK: 30 cm, lingkar dada : 31 cm, dan kedua bayi di diagnosa dengan BBLR.

Menurut teori yang dikemukakan oleh Setyarini dan Suprapti (2016) bayi Berat Badan Lahir Rendah adalah bayi baru lahir (BBL) dengan berat badan lahir < 2500 gram. Berdasarkan dari pernyataan tersebut bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, maka dapat disimpulkan kedua bayi Ny. A didiagnosa BBLR.

Menurut asumsi penulis terjadi kesenjangan antara teori dan kasus, karena bayi Ny.A keduanya mengalami berat badan <2500 gram dan bisa didiagnosa berat bayi lahir rendah

B. Kunjungan Neonatal

1. KN-1 dan KN-2

Kunjungan neonatal dilakukan sebanyak 4 kali yaitu pada 6 jam setelah lahir, hari ke enam, hari ke sepuluh, serta hari ke tiga puluh empat. Pada pemeriksaan pertama dilakukan antropometri, TTV, dan pemeriksaan fisik. Kemudian penulis melakukan antisipasi masalah potensial hipotermi pada bayi yaitu melakukan observasi TTV, menyiapkan dan mengatur suhu inkubator 34-35°C, mengganti pakaian bayi, menyiapkan lampu sorot 40 watt dengan jarak 45 cm, menyiapkan oksigen untuk bayi bila terjadi gangguan pernafasan, serta berkolaborasi dengan dokter spesialis anak. Selama 1 hari di ruangan Perinatologi bayi telah mendapatkan vit K 1 mg dan HbO 0,5 mg.

Kunjungan neonatal kedua dilakukan pada hari ke enam setelah lahir, penulis melakukan pemeriksaan fisik, TTV, antropometri serta memberikan penkes mengenai perawatan bayi baru lahir. Pada kunjungan kedua, bayi Ny. A keduanya tampak terlihat kuning di area kepala hingga badan atas. Kemudian penulis menyarankan Ny.A serta suaminya untuk memeriksakan keadaan tersebut ke RSUD

Proklamasi agar diperiksa langsung oleh dokter spesialis anak. Namun, Ny. A tidak berkenan untuk memeriksakan bayinya ke Rumah Sakit. Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari Ny. A bahwa kedua bayinya tidak pernah dibawa keluar untuk dijemur jadi hanya disinari dikamar oleh lampu biasa, selain itu juga bayi Ny. A keduanya diberi susu formula karena Ny. A beralasan bahwa ASI nya sedikit dan takut tidak cukup memenuhi kebutuhan nutrisi pada kedua bayinya.

Mengutip dari Jurnal penelitian yang dilakukan oleh Ida Nursanti (2012) bahwa hasil penelitian yang dilakukan oleh Cremer menunjukkan sinar matahari dengan intensitas cahaya 400-520 nm dapat memberikan laju degradasi bilirubin 3,5 mg/dl/jam.

Selain itu ikterus pada bayi Ny. A juga dapat disebabkan karena masalah pemberian ASI. Menurut hasil penelitian Yanti & Mega (2017) tentang “ Pengaruh Pemberian ASI Awal Terhadap Kejadian Ikterus pada Bayi Baru Lahir 0-7 Hari” menyatakan bahwa kolostrum mengandung sel darah putih dan antibodi yang paling tinggi dari pada ASI sebenarnya, khususnya kandungan immunoglobulin A (IgA) yang membantu melapisi usus bayi yang masih rentan dan mencegah bayi mengalami alergi makanan. Berdasarkan hal tersebut diketahui bahwa kolostrum yang dihisap oleh bayi sedini mungkin akan membentuk antibodi bayi sehingga imunitas bayi lebih kuat terbentuk sehingga bayi dapat terhindar dari berbagai pemaparan virus ataupun bakteri mengingat bayi baru lahir sangat rentan karena harus beradaptasi dengan dunia luar. Mengingat bayi pada saat baru lahir bayi membutuhkan banyak cairan supaya dapat menguras kadar ikterus sisa hasil metabolisme dalam darah yang keluar lewat urin atau feses.

Menurut asumsi penulis upaya bidan dalam promosi ASI eksklusif dapat memberikan dukungan dengan cara memberitahu cara perawatan payudara selama kehamilan dengan tujuan untuk mempersiapkan ibu agar dapat menyusui dengan baik dan memastikan kebersihan payudara, kesiapan puting serta memastikan ASI sudah keluar sebelum bayi lahir. Bidan juga dapat memfasilitasi ibu untuk melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada satu jam pertama setelah bayi lahir, dan melakukan rawat gabung agar bayi bisa terpantau diberi ASI.

3) Kaitan BBLR dengan Kejadian Ikterus Neonatorum

Dalam kasus bayi Ny.A penulis melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan hasil bahwa keduanya tampak kuning di area kepala hingga badan atas.

Berdasarkan jurnal hasil penelitian yang dilakukan oleh Conchita, dkk. (2020) tentang “Hubungan Bayi Berat Lahir Rendah dengan Kejadian Hiperbilirubinemia pada Neonatus di RSUD Wangaya Bali” bahwa hiperbilirubinemia adalah keadaan dimana terjadi peningkatan kadar bilirubin dalam darah > 5 mg/dL yang secara klinis ditandai oleh adanya ikterus pada kulit dan sklera akibat penumpukan bilirubin yang tak terkonjugasi pada jaringan. Keadaan ini disebabkan oleh gabungan peningkatan katabolisme heme dan imaturitas fisiologis, hepar dalam konjugasi dan ekskresi bilirubin. Sekitar 60% dari neonatus > 35 minggu akan mengalami hiperbilirubinemia dan 80% pada neonatus < 35 minggu. Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, BBLR telah diidentifikasi sebagai faktor resiko yang signifikan terhadap kejadian hiperbilirubinemia pada neonatus.

Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dapat menyebabkan komplikasi langsung terhadap bayi baru lahir, salah satunya adalah hiperbilirubinemia dimana prevalensi dan tingkat keparahan hiperbilirubinemia lebih tinggi terjadi pada BBLR.

Menurut asumsi penulis pada kasus bayi Ny. A terdapat beberapa faktor yang menyebabkan kedua bayi Ny. A mengalami ikterus, pertama karena pola aktivitas dan pemenuhan nutrisi juga dari faktor BBLR.

2. KN-3 dan KN-4

Kunjungan ketiga dilakukan pada hari ke-9, berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari Ny. A dan Bidan M bahwa kedua bayi tidak mengalami kelainan dan tidak mengalami keluhan. Selanjutnya pada kunjungan ketiga hari ke-34 dilakukan pemeriksaan yang sama, hanya ditambah anjuran untuk imunisasi BCG dan polio I. Menurut pernyataan dari Kemenkes (2020) waktu kunjungan neonatal yaitu :

- KN 1 : Pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir
- KN 2 : Pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir.
- KN 3 : Pada periode 8 (delapan) hari sampai 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir
- KN 4 : Pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai 42 (empat puluh dua) hari setelah lahir

Berdasarkan pernyataan diatas, bahwasannya kunjungan neonatal dilakukan sebanyak 4 kali dengan pemeriksaan dan penatalaksanaan yang sesuai dengan kualitas kunjungan neonatal, dan hal ini sudah memenuhi peraturan dari Kemenkes .

4) Kaitan BBLR dengan Gemelli, Preterm, dan KPD

Bidan mengatakan kepada keluarga Ny. A bahwa bayinya harus segera dibawa ke ruangan Perinatologi (ruang bayi) karena kedua bayinya mengalami BBLR.

Berdasarkan teori dari jurnal penelitian yang dilakukan oleh Masitoh, Syafrudin, dan Delmaifanis (2014) yang berjudul “Hamil Ganda Penyebab Bermakna Berat Bayi Lahir Rendah” menyatakan bahwa rata-rata berat badan anak kembar lebih rendah jika dibandingkan dengan berat badan anak tunggal. Hal ini bisa terjadi karena lebih sering persalinan kurang bulan yang dapat meningkatkan angka kematian diantara bayi kembar. Walaupun demikian prognosis anak kembar yang lahir kurang bulan lebih baik dibandingkan dengan anak tunggal yang sama beratnya. Kejadian kehamilan kembar monozigotik terjadi kira-kira 1 diantara 250 kehamilan, sedangkan kehamilan ganda dizigotik cenderung meningkat karena penggunaan obat pemicu ovulasi seperti klomifen dan fertilisasi in vitro . hal ini juga sangat sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan sebesar 58,3% adalah responden dengan hamil ganda yang berisiko mengalami kejadian BBLR.

Menurut asumsi penulis kehamilan gemeli memang menjadi faktor penyebab utama dalam kejadian tersebut dan saling berkaitan antara satu sama lain.

5) Kaitan BBLR dengan Kejadian Asfiksia

Pada saat bayi Ny. A lahir, keduanya mengalami asfiksia ringan dengan nilai apgar score 5/7.

Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Reni Yuli dan Nancy Ferawati (2016) yang berjudul “Hubungan BBLR dengan

Kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD dr. Iskak Tulungagung' menunjukkan hasil hampir setengah responden yaitu 46,9% lahir dengan keadaan BBLR. Sedangkan sebagian besar responden yaitu 69,1% dilahirkan pada usia gestasi aterm dan sebagian kecil dari responden yaitu 9,9% dilahirkan pada usia gestasi postterm.

Salah satu risiko gangguan pada sistem pernafasan adalah asfiksia. Bayi BBLR dapat terjadi karena kurang, cukup atau lebih bulan, semuanya berdampak pada proses adaptasi pernafasan waktu lahir sehingga mengalami asfiksia. (Proverawati dan Ismawati 2010)

Hal ini sesuai dengan pendapat Rahmawati dan Ningsih (2016) bahwa bayi yang lahir mengalami BBLR umumnya mengalami asfiksia neonatorum yaitu 77,3% daripada bayi yang lahir dengan berat badan normal. Hal ini dikarenakan bayi yang lahir dengan BB kurang dari 2500 gram biasanya diakibatkan komplikasi kehamilan yang dialami oleh ibu di masa kehamilan seperti anemia, kelahiran prematur dan lain sebagainya. Komplikasi seperti ini yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kejadian asfiksia neonatorum pada bayi diwaktu kelahiran. Berat badan bayi lahir rendah sering dipengaruhi oleh persalinan preterm, sehingga organ dari alat pernafasan belum dalam keadaan terbentuk sempurna. (Wahyuni, 2015)

Menurut asumsi penulis persalinan dan BBLR kemungkinan menjadi faktor utama dalam kejadian asfiksia pada bayi Ny. A, dan dapat disimpulkan bahwa persalinan prematur dapat menyebabkan BBLR . diketahui juga bahwa BBLR sangat rentan terhadap berbagai masalah, salah satunya adalah asfiksia neonatorum. Ketidakmatangan sistem organ menjadi salah satu pemicu utama terjadinya asfiksia neonatorum.