

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 Pembahasan**

##### **A. Asuhan Antenatal Care**

Dari hasil kajian antenatal care didapatkan bahwa ibu selama masa kehamilan memeriksakan kehamilannya sebanyak 10 kali bertempat di PMB. Kunjungan pertama pada usia kehamilan 11 minggu, kunjungan kedua sebanyak 3 kali pada usia kehamilan 15 minggu, 20 minggu dan 24 minggu, kunjungan ketiga pada usia kehamilan 29 minggu dan terakhir pada usia kehamilan 38 minggu. Melakukan imunisasi TT sebanyak dua kali namun ibu memiliki riwayat bayi besar (makrosomia).

Menurut permenkes No 21 Tahun 2021 pasal 13 ayat 3 bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali selama masa kehamilan meliputi:

- a. 1 (satu) kali pada trimester pertama;
- b. (dua) kali pada trimester kedua; dan
- c. (tiga) kali pada trimester ketiga.

Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama, dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan ultrasonografi (USG). Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 3 (tiga) dilakukan perencanaan persalinan, termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan.

Menurut permenkes No 21 Tahun 2021 pasal 13 ayat 7 Pelayanan antenatal sesuai dengan standar meliputi:

- a. pengukuran berat badan dan tinggi badan;
- b. pengukuran tekanan darah;
- c. pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA);
- d. pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- e. penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin;
- f. pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi;
- g. pemberian tablet tambah darah minimal 90 (sembilan puluh) tablet;
- h. tes laboratorium;

- i. tata laksana/penanganan kasus; dan
- j. temu wicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa

Hasil penelitian Azizah Nurdin dkk tahun 2020 hubungan kepatuhan ANC dengan kejadian makrosomia menggunakan uji Chi-Square dengan confidence interval 95% (derajat kemaknaan 0,05) Diperoleh nilai  $p > 0.05$ . Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna secara statistik antara kepatuhan ANC dengan kejadian makrosomia. (Nurdin et al., 2020)

Menurut Susianti (2016) yang menyebutkan bahwa makrosomia terjadi paling banyak disebabkan oleh berat badan ibu yang melebihi normal (obesitas) baik sebelum maupun saat hamil sehingga saat pertumbuhan dan perkembangan janinnya akan mendapatkan asupan gizi atau makanan yang berlebih sehingga berat badan bayi lahir juga akan melebihi batas normal. Selain itu, multiparitas dengan riwayat melahirkan bayi besar juga bisa menjadi faktor resiko terjadinya makrosomia karena secara teori berat badan bayi yang dilahirkan akan selalu meningkat pada kelahiran berikutnya. Keadaan makrosomia juga bisa disebabkan oleh penyakit diabetes yang diderita saat hamil, karena pada saat ibu mengalami diabetes kadar gula darah ibu tinggi dan semua darah secara normal akan mengalir kejanin sehingga dapat digunakan janin dalam perkembangan dan pertumbuhannya. Namun, makrosomia bisa saja dipengaruhi oleh kepatuhan ANC karena salah satu pelayanan ANC adalah konseling masalah gizi ibu hamil sehingga dengan melakukan pemeriksaan ANC ibu hamil dapat mengetahui makanan –makanan yang bergizi dan sesuai dengan kebutuhannya. Pada pemeriksaan ANC penambahan berat badan ibu hamil juga akan dinilai sehingga dapat dilakukan skrining terlebih dahulu terkait berat badan bayi yang dikandung. (Asry, 2018)

Menurut asumsi penulis, ibu sudah memenuhi kunjungan antenatal care sesuai Permenkes No 21 Tahun 2021 yaitu paling sedikit 6 kali selama masa kehamilan sedangkan ibu telah memeriksakan kehamilannya sebanyak 10 kali namun ibu hanya melakukan USG di bidan. Namun terdapat kesenjangan ibu tidak melakukan pemeriksaan protein urine pada kehamilannya yang merupakan diabetes mellitus penyebab terbanyak bayi makrosomia dan ibu tidak memeriksakan antenatal care ke dokter pada trimester pertama dan ketiga untuk mendeteksi dini adanya komplikasi pada kehamilan dan persalinannya dan terdapat kesenjangan bidan melakukan USG yang seharusnya menurut kewenangan bidan tidak diperbolehkan melakukan USG.

Lalu penulis juga berasumsi bahwa antenatal care berkaitan dengan kejadian bayi makrosomia dikarenakan perlunya memantau kenaikan berat badan ibu selama hamil, riwayat diabetes, riwayat bayi makrosomia pada kehamilan sebelumnya, paritas, kehamilan postterm, bayi laki-laki.

## **B. Asuhan Intranatal Care**

### **Kala I**

Berdasarkan hasil observasi lama kala 1 dimulai sejak jam 00.00 WIB klien mengeluh mulas-mulas sejak 23.00 tidak disertai keluar air-air dan lender darah. Pada pengkajian didapatkan hasil tanda vital dalam batas normal, kontraksi  $3 \times 10'45$  adekuat, pemeriksaan dalam yaitu pembukaan 3 cm. jam 04.03, didapatkan hasil tanda-tanda vital dalam batas normal kontraksi  $4 \times 10'45$  adekuat, pemeriksaan dalam 7 cm, Hodge III, station 0 dan dilakukan pemasangan infus. Jam 06.00 mengeluh mulas semakin sering dan ingin meneran dilakukan pemeriksaan ibu pembukaan lengkap dan his  $5 \times 10'50$  adekuat, penurunan Hodge IV.

Kala 1 dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm) proses ini terbagi menjadi 2 fase, yaitu:

1. Fase laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm
2. Fase aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi menjadi 3 fase:
  - a. Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
  - b. Fase dilaktasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
  - c. Pembukaan deselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala 1 berlangsung  $\pm 12$  jam, sedangkan pada multigravida  $\pm 8$  jam.

Menurut hasil penelitian Ishmah Fatriyani tahun 2020 menunjukkan bahwa lama persalinan kala I fase laten pada multigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 60-120 menit sebanyak 103 orang (100%). Sedangkan lama persalinan kala I fase aktif pada multigravida sebagian besar terjadi dalam rentang waktu 45-190 menit sebanyak 63 orang (61,2%).(Fitriyani Ishmah, 2020)

Penulis berasumsi bahwa antara teori dan temuan kasus tidak ada kesenjangan, klien mengalami lama dari fase laten ke fase aktif yaitu 4 jam dalam batas normal dikarenakan multigravida dan diberikannya cairan infus untuk mencegah terjadinya komplikasi yang akan terjadi sehingga meminimalisir kematian ibu dan anak bilamana terjadi komplikasi yang harus ditindak lanjuti dengan segera yang tidak dapat ditangani oleh bidan.

## **Kala II**

Pada pengkajian data subjektif ibu mengeluh mulas yang semakin sering dan sudah ada dorongan untuk mendedan. Pengkajian data objektif di dapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, denyut jantung janin 143x/menit, kontraksi 5x10'50 adekuat dan teratur. Pembukaan dalam sudah pembukaan lengkap (10) cm, keadaan ketuban banyak, porsio tidak teraba, presentasi kepala, denominator ubun-ubun kecil kanan depan, molase 0, turunan bagian terendah Hodge IV. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir.

Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his semakin kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mendedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan membukanya anus. Labia mulai menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin lagi diluar his. Dengan kekuatan his dan mendedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu, melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

Menurut asumsi penulis berdasarkan antara teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan, klien lama persalihan kala II yaitu 44 menit sesuai dengan teori pada multigravida 1 jam dan his semakin kuat 5x10'50. .

Asuhan yang diberikan pada ibu yaitu memberitahu cara mengeran yang benar ketika mulas, memperbolehkan keluarga untuk menemani ibu, memberitahu posisi melahirkan, menyimpan handuk di perut dan kain dibokong beserta underpad, mengecek partus set, memimpin jalannya persalinan,

melakukan penahanan perineum dan bagian atas vulva untuk melahirkan kepala bayi, mengecek lilitan tali pusat, tangan secara biparietal untuk melahirkan bayi depan dan belakang, melakukan sanggah susur dan penilaian bayi sepintas ( warna kulit, menangis atau tidak dan tosus otot).

### **Kala III**

Pada pengkajian data subjektif klien mengeluh merasa lemas. Pada data objektif terdapat hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, tinggi fundus sepusat, tidak ada janin kedua, kontraksi baik, dan kandung kemih kosong, jumlah darah 300 cc dan ada robekan jalan lahir grade II. Asuhan yang diberikan yaitu memberitahu akan dilakukan penyuntikan oksitosin, melakukan suntik oksitosin 1/3 paha atas bagian luar secara intramuscular, melakukan peregangan tali pusat terkendali, bersamaan dengan melihat tanda-tanda pelepasan plasenta (uterus globuler, tali pusat memanjang, dan semburan darah tiba-tiba), masase fundus uteri selama 15 detik, mengecek kelengkapan plasenta dan menilai pengeluaran darah.

Kala III dimulai setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih 30 menit, proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda pelepasan plasenta:

1. Uterus menjadi bundar
2. Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim.
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi semburan darah tiba-tiba

Cara mengeluarkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial.

Tiga langkah utama manajemen aktif kala III yaitu pemberian oksitosin/uterotonika sesegera mungkin, melakukan peregangan tali pusat terkendali, rangasangan taktil pada dinding uterus atau fundus uteri.

Menurut asumsi penulis berdasarkan perbandingan kasus dan teori tidak ada kesenjangan untuk asuhan di kala III.

### **Kala IV**

Pada pengkajian data subjektif ibu mengatakan masih terasa lemas dan sudah lega karena bayinya telah lahir dan terselamatkan, pada pengkajian data objektif didapatkan hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, jumlah pendarahan 70 cc dengan adanya laserasi jalan lahir Grade II aduhan yang diberikan yaitu tidak lupa

diajarkan pada klien cara massase fundus uteri ketika perut klien dirasa lembek agar tidak terjadi pendarahan atau atonia uteri. Selanjutnya memantau klien 2 jam kedepan, dengan 1 jam pertama setiap 15 menit dan 1 jam kedua setiap 30 menit, pemeriksaan yang dilakukan yaitu tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih dan pendarahan

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama pendarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada saat persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah pendarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. jika pendarahan lebih dari 500 cc, maka sudah di anggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Asuhan yang dilakukan yaitu evaluasi uterus, konsistensi dan atonia uteri, pemeriksaan cerviks, vagina dan perineum, pemantauan dan evaluasi lanjut, pemantauan kala IV, perkiraan darah yang hilang, melakukan penjahitan luka episiotomi/laserasi (jika diperlukan).

Menurut penelitian Ferinawati tahun 2020 adanya hubungan antara berat badan bayi lahir dengan kejadian ruptur perineum, dimana berat badan bayi >4000 gram menyebabkan ruptur perineum hal ini dikarenakan kepala bayi yang besar atau kepala yang lebih keras (pada postmaturitas) dapat menyebabkan distosia sehingga seringkali akan menyebabkan ruptur perineum. Semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum karena perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi dengan berat badan bayi yang besar, sehingga pada proses kelahiran bayi dengan berat badan bayi lahir yang besar sering terjadi ruptur. ( & ., 2020)

Menurut asumsi penulis, robekan pada jalan lahir merupakan salah satu komplikasi pada berat bayi lahir makrosomia sehingga menyebabkan robekan jalan lahir grande II dengan menggunakan teknik penjahitan jelujur dan tidak menggunakan lidokain.

### **C. Asuhan Posnatal Care**

Dari hasil kajian postnatal care didapatkan bahwa ibu selama masa nifas memeriksakan sebanyak 4 kali bertempat di PMB dan di Rumah . Kunjungan pertama pada 6 jam setelah lahir, kunjungan kedua pada hari ke 14 setelah lahir, kunjungan ketiga pada hari ke 22 setelah lahir dan kunjungan ke 4 pada hari ke 29 setelah lahir.

#### 1. Asuhan Posnatal Care 6 jam KF 1 (23 februari 2022)

Pada pemeriksaan 6 jam setelah melahirkan, klien mengatakan masih terasa lemas dan kelelahan. Klien sudah makan roti, sudah minum air putih sekitar 600 ml. Pengkajian data objektif hasilnya tanda-tanda vital dalam batas normal, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, jumlah pengeluaran darah  $\pm 30$  cc, tidak ada luka perineum. Asuhan yang diberikan kebutuhan istirahat, kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi, mengingatkan kembali masase fundus uteri ketika terasa lembek, pemberian ASI, dan bahaya nifas.

Adapun komplikasi pada ibu dengan kelahiran bayi makrosomia yaitu laserasi jalan lahir, endometritis pascapartum, trauma perineum dan infeksi masa nifas dan pendarahan postpartum maka dari itu perlu dilakukan pemantauan ketat pada 24 jam pertama setelah lahir dan setelah 24 jam pertama kelahiran.

Berdasarkan temuan peneliti dari salah satu komplikasi yang dialami ibu yaitu laserasi jalan lahir yaitu grade II merupakan penyebab karena bayi lahir besar (makrosomia). Pada setiap kunjungan masa nifas tidak ditemukan komplikasi seperti adanya infeksi pada masa nifas dari 6 jam sampai 40 hari.

Menurut Kemenkes buku KIA revisi 2020, perawatan ibu nifas dimulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan, minimal 4 kali kunjungan nifas, yaitu:

- 1) Kunjungan pertama : 6 - 2 jam setelah persalinan
- 2) Kunjungan kedua : 3 hari – 7 hari setelah persalinan
- 3) Kunjungan ketiga : 8 hari-28 hari setelah persalinan
- 4) Kunjungan keempat: 29 hari sampai 42 hari setelah persalinan (Kementerian KesehatanRI, 2020)

Adapun kunjungan pertama pada masa nifas adalah untuk mencegah perdarahan pasca kehamilan karena atonia uteri, mendeteksi dan mengobati berbagai penyebab kematian, rujuk jika perdarahan berlanjut, memberikan

arahan kepada ibu atau kerabat bagaimana mencegah perdarahan pasca kehamilan karena atonia, menyusui dini ASI eksklusif, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermia, jika pekerja kesehatan membantu persalinan ia harus tetap bersama ibu dan bayi selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi stabil. (Heni, 2018).

Sehingga penulis berasumsi dengan membandingkan kasus dan teori tidak ada kesenjangan, kelelahan dan lemas merupakan hal yang fisiologis setelah melahirkan dan tidak terjadi komplikasi pada 6 jam pertama setelah lahir, untuk asuhan bayi akan dibahas pada asuhan bayi baru lahir.

## 2. Asuhan perinatal Care 4 hari KF 2 (27 Februari 2022)

Pada 4 hari setelah melahirkan, dilakukan pengkajian data subjektif pada klien yaitu klien mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Hasil data objektif didapatkan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah pusat, lochea rubra. Asuhan yang diberikan yaitu kebutuhan istirahat, kebutuhan nutrisi, mengingatkan kembali tanda bahaya nifas dan melakukan kunjungan ulang.

Tujuan dari kunjungan kedua pada masa nifas adalah menjamin involusi uteri berjalan normal uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan yang abnormal, tidak ada bau, survei indikasi demam, janin cukup makanan, cairan, dan istirahat, menjamin bahwa ibu menyusui dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari. (Heni, 2018)

Menurut asumsi penulis, berdasarkan perbandingan antara kasus dan teori tidak ada kesenjangan dan tidak ada komplikasi pada 4 hari setelah lahir dan untuk keadaan luka perineum kering tidak ada tanda-tanda infeksi. Untuk memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi akan dibahas di pembahasan bayi baru lahir.

## 3. Asuhan Posnatal Care 22 hari KF 3 (17 Maret 2022)

Pada hari ke-22 setelah melahirkan, klien mengeluh puting susu tidak menonjol dan payudara kencang karena belum disusukan. Hasil pengkajian data objektif tanda-tanda vital dalam batas normal, fundus tidak teraba, pengeluaran lochea sanguilenta. Asuhan yang diberikan yaitu laktasi dimana klien diberitahu



agar menyusukan payudara sebelah kiri dan kanan atau dengan memompanya dikarenakan puting susu klien tidak menonjol. Kebutuhan nutrisi pun diberitahu agar ibu tetap sehat dengan makan dan makanan bergizi. Selanjutnya mengingatkan kembali tanda bahaya nifas.

Tujuan dari kunjungan ketiga pada masa nifas adalah menjamin involusi uteri berjalan normal uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan yang abnormal, tidak ada bau, survei indikasi demam, cukup makanan, cairan, dan istirahat, menjamin bahwa ibu menyusui dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari. (Heni, 2018).

Menurut asumsi penulis, tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori. Untuk memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi akan dibahas di pembahasan bayi baru lahir. Klien sudah dilakukan breast care atas anjuran dari bidan untuk membantu klien agar puting nya menonjol dan untuk memperlancar ASI.

#### 4. Asuhan Posnatal Care 29 hari KF 4 (14 maret 2022)

Pada 29 hari setelah melahirkan, klien mengatakan payudaranya sudah tidak penuh karena sering di pompa. Klien berencana untuk memakai KB suntik 3 bulan. Hasil pengkajian data objektif didapatkan tanda-tanda vital normal, tinggi fundus uteri tidak teraba. Asuhan yang diberikan yaitu kebersihan dan kenyamanan, kebutuhan nutrisi, istirahat yang cukup, dan mengingatkan ibu tanda bahaya nifas dan konseling KB.

Tujuan dari kunjungan nifas yang keempat adalah untuk mengetahui komplikasi yang mungkin terjadi serta memberikan konseling KB secara dini. (Heni, 2018).

Menurut asumsi penulis, berdasarkan perbandingan antara teori dan kasus tidak ada kesenjangan.

### **D. Asuhan Neonatal Care**

Dari hasil kajian neonatal care didapatkan bahwa ibu memeriksakan bayi sebanyak 4 kali di PMB dan di Rumah. Kunjungan pertama pada 6 jam setelah lahir, kunjungan kedua pada hari ke 14 setelah lahir, kunjungan ketiga padahari ke 22 setelah lahir dan kunjungan ke 4 pada hari ke 29 setelah lahir.

Waktu untuk kunjungan Neonatal menurut tunjung 2012 pelayanan kesehatan neonatal esensial adalah sebagai berikut:

- 1) Sebelum 6 jam: setelah bayi lahir saat bayi stabil
- 2) KN 1: pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir
- 3) KN 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir
- 4) KN3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir. (tunjung 2012)

Penulis berasumsi dengan membandingkan kasus dan teori tidak ada kesenjangan untuk kunjungan Neonatal.

Menurut Nanik dkk Pada umumnya bayi dilahirkan setelah dikandung setelah kurang lebih selama 39 minggu dalam rahim ibu. Berat badan lahir merupakan interaksi antara berbagai faktor melalui suatu proses yang berlangsung selama berada dalam kandungan. Pada waktu lahir bayi mempunyai berat badan sekitar 3 kg dan panjang sekitar 50 cm .Secara umum berat badan bayi yang lahir sekitar 2500 gram sampai dengan 4000 gram.(Ekasari et al., 2018)

Selain berat badan lebih dari 4000 gram pada bayi makrosomia pun sering dijumpai komplikasi pelahiran distosia bahu, cedera pleksus brakialis, cedera tulang, aspirasi mekonium, Asfiksia dan nilai APGAR yang rendah.

Menurut asumsi peneliti tidak ditemukannya komplikasi saat pelahiran bayi, untuk nilai APGAR normal pada menit pertama 9 dan menit ke 5 jumlah APGAR 10.

Berdasarkan hasil penelitian Nanik Asmawati dkk berat bayi normal ada hubungannya dengan kenaikan berat ibu selama hamil hasil uji chi-square diperoleh pvalue  $e0,000$  ( $p < 0,05$ ), artinya lebih kecil dibandingkan dengan nilai alpha ( $0,000 < 0,05$ ) dengan demikian disimpulkan derajat kepercayaan 95% diyakini ada hubungan antara kenaikan berat badan ibu dengan berat badan bay baru lahir di wilayah kerja Puskesmas Seputih Raman pada tahun 2016. hasil uji Odds Rati diperoleh nilai 7,293 (3,763 – 14,137) artinya ibu hamil dengan Kenaikan berat badan tidak normal memiliki peluang 7,293 kali menjadi faktor yang berhubungan dengan berat badan bayi baru lahir.(Ekasari et al., 2018).

Menurut asumsi peneliti, terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana berat bayi 4.500 sedangkan normal berat bayi baru lahir 2500-4000 gram bayi termasuk ke bayi besar atau bayi makrosomia.

#### 1. Asuhan Neonatal Care 6 jam KN 1 (23 Februari 2022)

Pada 6 jam setelah lahir, dilakukan pengkajian data objektif meliputi BB 4500 gram, PB 53 cm, LILA 11 cm, LD 32 cm, LK 33 cm, tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik dalam batas normal, sehingga dapat disimpulkan bahwa bayi dalam keadaan baik. Asuhan yang diberikan suntik vitamin K dan pemberian salep mata, dan imunisasi HB-0.

Lakukan kontak kulit ibu dengan bayi selama paling sedikit 1 jam setelah bayi lahir. Menunda semua asuhan bayi baru lahir normal hingga bayi selesai menyusui setidaknya 1 jam atau lebih bila bayi baru lahir menemukan puting setelah 1 jam. Lanjutkan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata) dan kemudian kembalikan bayi pada ibu untuk menyusui. (Tunjung, 2012)

Menurut asumsi peneliti, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus bayi segera di IMD dan dilakukan penimbangan berat badan, vitamin K, dan salep mata.

Pada 24 jam pertama setelah lahir bayi makrosomia rentan mengalami resiko hipoglikemia dan hipokalsemia. Menurut penelitian Patel P et al menemukan 20% bayi makrosomia dan 18% bayi dengan berat lahir lebih besar dari usia gestasi mengalami hipoglikemia pada 24 jam pertama dan normal kembali saat 48 jam berikutnya. (Parth et al., 2020).

Selain hipoglikemia pada umur >24 jam resiko terjadi ikterus fisiologis dan patologis, yang harus di waspadai yaitu ikterus patologis timbul kuning sampai ke telapak tangan dan kaki. Menurut Opara dkk kejadian ikterus pada bayi DM lebih tinggi bila dibandingkan pada bayi tidak DM, yaitu 57,4%. (Opara et al., 2010)

Menurut asumsi penulis tidak ditemukannya komplikasi pada 6 jam pertama bayi lahir atau 24 jam pertama setelah bayi lahir.

#### 2. Asuhan Neonatal Care 4 hari KN 2 (27 februari 2022)

Pada hari ke 4 setelah bayi lahir, dilakukan pengkajian data subjektif dimana bayi tidur sekitar 2 jam. Pengkajian data objektif pemeriksaan

antropometri, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik hasilnya dalam batas normal. Asuhan yang diberikan yaitu menjaga kebersihan bayi, memberi asi setiap 2 jam sekali, perawatan tali pusat, dan memberitahu tanda bahaya bayi.

Kunjungan neonatus ke-1 (KN 1) dilakukan 6-48 jam setelah lahir: Mempertahankan suhu tubuh bayi, pemeriksaan fisik bayi, jaga kesehatan, pemberian ASI, perawat tali pusat, tanda-tanda bahaya dan memberikan imunisasi Hb-0. (Indahsari, 2018)

Menurut asumsi peneliti tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, bayi diberikan imunisasi HB-0 6 jam setelah lahir dilakukan saat kunjungan pertama yaitu 6 jam setelah lahir sebelum klien akan pulang ke rumah.

Pada hari ke 4 setelah bayi lahir, dilakukan pengkajian data subjektif yaitu bayi menyusu dibantu dengan susu formula dikarenakan putting susu klien tidak menonjol, bayi sudah BAK 2 kali/hari dan BAB 1 kali/hari berwarna hitam konsistensi lunak, lamanya tidur kurang lebih 4 jam. Pengkajian data objektif yaitu antropometri, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik hasilnya dalam batas normal. Asuhan yang diberikan, pemberian ASI, perawatan tali pusat, kebersihan dan kenyamanan bayi, dan tanda bahaya bayi.

Kunjungan neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir: menjaga tali pusat tetap bersih dan kering, menjaga bayi tetap bersih, memeriksa tanda-tanda bahaya (seperti kemungkinan kontaminasi bakteri, ikterus, usus kendur, berat badan rendah), menjaga bayi, menjaga suhu bayi, menasihati ibu dan keluarga untuk memberikan ASI selektif untuk mencegah hipotermia, merawat dan merujuk situasi bila diperlukan. (Indahsari, 2018).

Menurut asumsi penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus dan tidak ditemukan komplikasi seperti: ikterus, infeksi tali pusat.

### 3. Asuhan Neonatal Care 22 hari KN 3 (17 maret 2022)

Pada hari ke 22 setelah bayi lahir, dilakukan pengkajian data subjektif bayi menyusu dibantu dengan susu formula setiap 2 jam sekali, BAK 2 kali/hari dan BAB 1 kali/hari dengan warna kekuningan konsistensi lunak, bayi setiap kali tidur sekitar 2-4 jam. Pengkajian data objektif yaitu antropometri, tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik dalam batas normal. Asuhan yang diberikan yaitu

pemberian ASI setiap 2 jam sekali, kenyamanan dan kebersihan bayi, tanda bahaya pada bayi.

Kunjungan Neonatal ke-3 (KN III) dilakukan dalam kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah bayi lahir: menjaga tali pusat tetap bersih dan kering, menjaga bayi tetap bersih, memeriksa tanda-tanda bahaya (seperti kemungkinan kontaminasi bakteri, ikterus, usus kendur, berat badan rendah), menjaga bayi, menjaga suhu bayi, menasihati ibu dan keluarga untuk memberikan ASI selektif untuk mencegah hipotermia, memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG, penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan. (Indahsari, 2018)

Menurut asumsi penulis, berdasarkan perbandingan antara teori dan kasus tidak ada kesenjangan dan tidak ditemukan komplikasi pada bayi hari ke 22 seperti ikterus.

## **E. Faktor Predisposisi Makrosomia pada Ny. D**

### **1. Usia ibu**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa usia ibu bersalin adalah 38 tahun.

Ibu hamil dengan usia >35 tahun juga memiliki risiko tinggi karena pada usia tersebut organ reproduksi telah mengalami penurunan fungsi, sehingga dapat menyebabkan terjadinya komplikasi pada saat kehamilan dan persalinan. Kehamilan yang termasuk kelompok risiko obstetric yaitu kehamilan yang dipengaruhi 4T, antara lain terlalu tua dengan usia ibu >35 tahun, terlalu muda dengan usia ibu <19 tahun, terlalu sering dengan ibu yang melahirkan >3 kali, dan terlalu dekat dengan jarak melahirkan <2 tahun.

Menurut Sibiyanto (2012) dalam kutipan jurnal Shandra et al. (2016) menyebutkan beberapa resiko kehamilan usia >35 tahun yaitu jumlah sel telur yang tinggal sedikit karena wanita diusia tersebut menjelang usia menopause kesulitan mengalami ovulasi. Sel-sel yang sudah tua mengalami penurunan kemampuan untuk menghasilkan hormon, terutama hormone estrogen dan hormone progesterone. Ketidak seimbangan hormon mengakibatkan rahim tidak dapat menjaga kehamilan sebagaimana seharusnya sehingga kondisi rahim tidak subur dan menjadi relaksasi sehingga Rahim akan menjadi relaksasi sehingga rahim akan menjadi relaksasi sehingga rahim akan menjadi kontaksi dan tidak optimal menyalurkan nutrisi dan oksigen secara

uteroplasenter. Rahim yang tidak dipengaruhi hormone yang seimbang juga dapat mempengaruhi proses implantasi. Faktor penuaan juga akan menghasilkan embrio yang mengalami keulitan untuk melekat di endometrium, hal ini dapat menyebabkan keguguran. (Shandra et al. (2016)

Hasil penelitian 63,3% ibu dengan usia diatas 35 tahun mengalami kehamilan yang beresiko dan 84,9% mengalami persalinan yang beresiko ( Anggraini ,2018). Ibu dengan usia >35 tahun memiliki resiko tinggi karena pada usia tersebut organ reproduksi telah mengalami penurunan fungsi, sehingga dapat menyebabkan terjadinya komplikasi pada saat kehamilan, dan persalinan, misalnya hipertensi dalam kehamilan, persalinan lama karena kontraksi yang tidak adekuat, perdarahan karena otot Rahim tidak berkontraksi dengan baik, kemungkinan terjadinya cacat kongenital pada bayi lebih besar karena kualitas ovum menurun.

Menurut penelitian yang dilakukanoleh Asty Melani tahun 2018, usia mempengaruhi kejadian bayi makrosomia. Penelitian yang dilakukan terhadap 21 kelompok kontrol dan 21 kelompok kasus diperoleh, ibu dengan usia  $\geq 31$  tahun melahirkan bayi makrosomia sebanyak 15 kasus dan 4 yang tidak makrosomia, dan ibu dengan usia  $\leq 31$  tahun terdapat 6 kasus makrosomia dan 17 tidak makrosomia, dengan p 0,002 ( $p < 0,05$ ). (Asty Melani, 2018)

Menurut asumsi penulis, berdasarkan perbandingan teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan usia ibu 38 tahun merupakan resiko tinggi untuk terjadinya komplikasi pada kehamilan dan persalinan, dan bisa menyebabkan bayi makrosomia.

## 2. Berat badan selama hamil

Pada kasus berat badan ibu bersalin sebelum hamil 70 Kg, tinggi ibu 158 cm sehingga IMT ibu 28,04 Kg. Berat badan saat inpartu 83 Kg. berdasarkan IMT ibu bersalin termasuk berat badan berlebih (overweight).

Peningkatan BB pada ibu hamil yang mempunyai BMI normal (19,8 - 26) yang direkomendasikan adalah 1 sampai 2 kg pada trimester pertama dan 0,4 kg per minggu. Keperluan penambahan BB semua ibu hamil tidak sama tetapi harus melihat dari BMI atau IMT sebelum hamil. Penambahan BB selama hamil dan perkembangan janin berhubungan dengan BB dan TB ibu sebelum hamil (BMI/IMT). Cara menghitung IMT adalah BB sebelum hamil

(dalam kg) dibagi TB (dalam meter) pangkat 2, misalnya seorang ibu hamil BB sebelum hamil 50 kg dan TB 150 cm maka IMT adalah  $50/(1,5)^2 = 22,22$  termasuk normal.

Menurut penelitian Akbar Shiddiq pertambahan berat badan ibu hamil terhadap berat bayi lahir maka didapatkan hubungan yang tidak signifikan. Hal itu terjadi karena pertambahan berat badan ibu hamil < 10 kg memiliki rata-rata berat bayi yang lebih besar dibandingkan dengan berat badan ibu hamil 10-12,3 kg, yaitu 3,15 kg berbanding 3,138 kg. Rata-rata berat bayi lahir paling besar terdapat pada pertambahan berat badan ibu >12,3 kg. Hasil ini sedikit lebih kecil dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Mardiah pada tahun 2011, yaitu peningkatan berat badan ibu selama hamil rata-rata 12,3 kg. (Shiddiq et al., 2015)

Menurut penelitian Stelaine Osok dkk tahun 2017 menyebutkan bahwa Kelahiran luaran makrosomia memperlihatkan kasus makrosomia terbanyak pada ibu dengan berat badan 61- 80 kg dengan 97 kasus (65.9%). Banyak faktor yang dapat mengakibatkan makrosomia diantaranya adalah obesitas. Berat badan ibu berpengaruh langsung pada janin, ketika berat badan ibu saat hamil bertambah maka akan mempengaruhi berat badan janin (Osok et al., 2017)

Menurut asumsi penulis ibu termasuk memiliki berat badan ibu hamil yang melahirkan bayi makrosomia. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa berat badan ibu hamil menjadi salah satu faktor resiko meningkatnya kejadian makrosomia.

### 3. Paritas

Pada kasus Ny. D diketahui bahwa ibu bersalin merupakan seorang multigravida.

Paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup. Paritas yang tinggi memungkinkan terjadinya penyulit kehamilan dan persalinan. Ada kecenderungan bahwa berat badan lahir anak kedua dengan seterusnya akan lebih besar dari pada anak pertama. Ibu yang pada kehamilan pertama atau sebelumnya melahirkan bayi makrosomia berpeluang besar melahirkan anak ke-2 dengan kondisi yang sama pada kehamilan berikutnya.

Hal ini sejalan pula dengan penelitian Susianti menunjukkan bahwa dari 16 responden, ibu yang mempunyai riwayat melahirkan bayi makrosomia dan

multipara yang termasuk resiko tinggi berjumlah 6 ibu bersalin (37,5%), dan ibu yang tidak ada riwayat melahirkan bayi makrosomia yang termasuk resiko rendah berjumlah 10 ibu bersalin (62,5%).(Asry, 2018)

Penulis berasumsi bahwa paritas mempengaruhi terhadap berat janin kelahiran bayi makrosomia karena pada kehamilan kedua dan seterusnya cenderung lebih besar dari kehamilan sebelumnya.

#### 4. Riwayat bayi makrosomia

Pada kasus Ny. D diketahui bahwa ibu mempunyai riwayat bayi macrosomia sebelumnya.

Menurut Ai Yeyeh Rukiyah (2015) Penyebab dari makrosomia yaitu bumil punya riwayat melahirkan bayi makrosomia sebelumnya maka beresiko 5-10 kali lebih tinggi untuk kembali melahirkan bayi makrosomia dibandingkan dengan wanita yang belum pernah melahirkan bayi makrosomia karena umumnya berat seorang bayi yang akan lahir berikutnya bertambah sekitar 80 sampai 120 g.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa riwayat bayi makrosomia ada kecenderungan bahwa berat badan anak ketiga dan seterusnya akan lebih besar dari pada anak pertama. Ibu yang pada kehamilan pertama atau sebelumnya melahirkan bayi macrosomia berpeluang besar melahirkan anak ke-2 dengan kondisi yang sama pada kehamilan berikutnya.

Hal ini sejalan pula dengan penelitian Fijri Rachmawati diperoleh nilai  $P=0,033$  ( $p>0,05$ ), yang berarti bahwa secara statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara riwayat melahirkan bayi makrosomia dengan kejadian makrosomia. Dari analisis diperoleh nilai  $OR=2,682$  (95%CI:1,081-6,651), sehingga dapat disimpulkan ibu yang memiliki riwayat melahirkan bayi makrosomia 2,682 kali lebih besar untuk melahirkan bayi makrosomi.(Rachmawati et al., 2021)

Menurut asumsi penulis, berdasarkan perbandingan teori dan kasus tidak ada kesenjangan ibu memiliki riwayat bayi makrosomia yang merupakan faktor predisposisi pada bayi makrosomia. Maka riwayat bayi makrosomia berpengaruh ke kelahiran anak selanjutnya.