

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

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

#### **5.1 Antenatal Care**

##### **A. Kunjungan ANC**

Ibu telah memenuhi standar kuantitas pelayanan antenatal untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan rutin setiap bulan sebanyak 14 kali, 5 kali pada trimester 1, 5 kali pada trimester 2, dan 4 kali pada trimester 3, yaitu 7 kali ke posyandu, 5 kali ke PMB, dan 2 kali ke dokter.

Menurut rekomendasi POGI untuk ANC Standar ANC Kemenkes, yaitu Pemeriksaan ANC minimal 6x : 2x pada trimester 1, pemeriksaan pertama dilakukan di dokter, 1x pada trimester 2, 3x pada trimester 3, dengan 1x pemeriksaan dilakukan oleh dokter untuk merencanakan persalinan (K5) (Pusponegoro, 2021)

Berdasarkan data yang ditemukan dapat disimpulkan bahwa ibu melakukan pemeriksaan ANC secara rutin dan telah memenuhi anjuran dari Kementerian Kesehatan

##### **B. Imunisasi TT**

Ibu mengatakan pada kehamilan yang pertama tepatnya pada tahun 2015 ibu telah di imunisasi TT sebanyak 2 kali, kemudian pada kehamilan yang ke 2 ibu belum sempat diberikan imunisasi TT karena mengalami keguguran di usia kehamilan 8 minggu, dan di kehamilan ini yaitu kehamilan yang ke 3 ibu diberikan imunisasi TT hanya 1 kali pada usia kehamilan 18 minggu.

Berdasarkan PMK no 4 tahun 2019 rentan pemberian imunisasi TT dan jangka waktu perlindungannya, sebagai berikut :

- 1) Dosis pertama (TT1) diberikan secepatnya pada masa kehamilan
- 2) TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1. Lama perlindungan selama tiga tahun
- 3) TT3 diberikan 6 bulan setelah TT2. Lama perlindungan 5 tahun
- 4) TT4 diberikan 1 tahun setelah TT3. Lama perlindungan 10 tahun
- 5) TT5 diberikan 1 tahun setelah TT4, durasi perlindungan 25 tahun atau seumur hidup

Berdasarkan data yang ditemukan dapat disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan praktek, yaitu pada frekuensi pemberian imunisasi TT, seharusnya ibu mendapatkan imunisasi TT 2 kali meskipun ini merupakan kehamilan yang ke 3, karena pada saat hamil yang pertama sudah 5 tahun berlalu, sedangkan perlindungan imunisasi TT 2 adalah 3 tahun, dan pada saat kehamilan yang ke 2 ibu belum diberikan imunisasi TT, maka status imunisasi TT kembali menjadi imunisasi TT 1. Seharusnya status imunisasi TT ini harus di perhatikan dengan tepat, agar kegunaannya efektif, karena imunisasi TT ini penting untuk mendapatkan perlindungan serta mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang dilahirkan.

### **C. Pemeriksaan Laboratorium**

Berdasarkan data sekunder yang diperoleh yaitu ibu dilakukan pemeriksaan laboratorium 1 kali selama hamil yaitu pada trimester 3, pemeriksaan yang dilakukan diantaranya golongan darah, Hb, Protein dan Glukosa urin, Hbsag, sifilis, IMS serta USG.

Berdasarkan PMK no 4 tahun 2019 teori pelayanan laboratorium rutin saat hamil meliputi (Hb, golongan darah, darah malaria, dan serologi) maupun lab khusus/atas indikasi medis (Hb, protein urin, gula darah/reduksi, darah malaria, BTA, sifilis, serologi HIV, USG) pada trimester 1 dan 3, ini sangat mempengaruhi kualitas pelayanan ANC terpadu yaitu dikarena untuk mendeteksi dini bahwa ibu hamil tersebut

mengalami anemia, preeklamsi ringan atau berat, mengalami diabetes melitus, dan lain sebagainya pada saat kehamilan.

Berdasarkan data yang di dapat yaitu adanya kesenjangan antara teori dan data, karena frekuensi pemeriksaan lab tidak sesuai dengan teori dan pemeriksaan laboratorium ibu tidak begitu lengkap seperti teori, sehingga pemeriksaan laboratoriumnya belum sesuai standar ANC terintegrasi, padahal pemeriksaan lab ini berguna untuk mendeteksi ada tidaknya komplikasi pada kehamilan.

## **5.2 Intranatal Care**

### **A. Pola aktivitas sehari-hari yang berkaitan dengan faktor predisposisi terjadinya KPD**

#### **1) Kaitan asap rokok dengan kejadian KPD**

Berdasarkan pola aktivitas sehari-hari, ibu tersebut mengaku selama hamil sering ada didekat suaminya yang sedang merokok, selain itu ibu tinggal dilingkungan padat penduduk yang mayoritas penduduknya memiliki kebiasaan merokok.

Menurut jurnal kesehatan lingkungan Indonesia (2013) bahwa wanita hamil yang terpapar asap rokok seringkali mengalami gangguan selama kehamilan seperti abortus, berat badan lahir rendah, pre eklamsi, abrupcio plasenta dan ketuban pecah dini. Hal ini terjadi karena kandungan tar dalam asap rokok merupakan radikal bebas yang akan merusak komponen molekul utama dari sel tubuh dan dapat mengganggu integritas sel, berkurangnya elastisitas membran, termasuk selaput ketuban sehingga rentan mengalami rupture. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Milnerowicz tahun 2001 di polandia menyebutkan bahwa asap rokok dapat menyebabkan toksisitas sehingga mengganggu aktivasi lapisan membran selaput ketuban (Muntoha, Suhartono N Wahyuningsih, 2013).

Berdasarkan data yang ditemukan, maka dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab KPD pada kasus ini kemungkinan besar terjadi karena asap rokok.

## 2) **Kaitan koitus dengan kejadian KPD**

Ibu mengatakan bahwa telah melakukan hubungan seksual dengan suami kurang lebih selama 30 menit pada jam 23.00 WIB, sebelum kejadian keluar air-air pada malam tersebut.

Menurut teori bahwa tekanan intrauterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, salah satunya hubungan seksual (Novihandari, 2016).

Menurut jurnal penelitian Fadhila, dkk (2018) bahwa Riwayat trauma, riwayat koitus, riwayat KPD sebelumnya, perdarahan pervaginam dan riwayat persalinan prematur dapat mempengaruhi terjadinya KPD dan merupakan faktor risiko dari korioamnionitis. Hasil penelitian Chames dkk mendapatkan trauma pada kehamilan dapat memicu terjadinya KPD dan korioamnionitis. Riwayat koitus yang ditentukan adalah yang dilakukan <72 jam sebelum terjadinya KPD. Berbeda dengan hasil penelitian Naeye dkk yang mendapatkan angka kejadian ketuban pecah dini meningkat dalam jangka waktu 1 minggu setelah koitus. Perbedaan ini kemungkinan karena perbedaan penentuan waktu antara koitus dan terjadinya ketuban pecah dini (Poerwoko *et al.*, 2018)

Berdasarkan pernyataan diatas, maka dapat disimpulkan kemungkinan besar ada kaitan koitus dengan kejadian KPD pada Ny. W

## **B. Kala I**

### 1) **Penegakkan diagnosis**

Ibu mengatakan usia kehamilannya 8 bulan, dan ibu mengalami keluar air-air terus menerus sejak pukul 02.00 WIB tanggal 06 Maret 2022, namun tidak disertai mulas dan tidak ada pengeluaran lendir darah. Lalu siang menjelang sore ibu datang ke PMB, dengan

mendapatkan hasil pemeriksaan dalam ketuban negatif, dan belum adanya pembukaan, kemudian ibu dirujuk dengan diagnosa kehamilan preterm dengan KPD, ibu dirujuk dari PMB ke Puskesmas dan mendapatkan hasil pemeriksaan dalam pembukaan 2, ketuban negatif, dilakukan test lakmus, lakmus merah berubah menjadi warna biru, hal ini menandakan bahwa air- air yang keluar merupakan air ketuban, pada saat itu tepatnya sekitar pukul 15.00 WIB ibu baru merasakan mulas,

Menurut teori, KPD adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu dan setelah 1 jam tetap tidak diikuti dengan proses inpartu yang sebagaimana mestinya.(Arma and Sagita, 2015), sedangkan persalinan prematur merupakan persalinan terlalu dini yang mana terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan sebelum 37 minggu (American College of Obstetrians and Gynecologist, 2016). (Panada Sedianing Drastita *et al.*, 2022)

Berdasarkan data yang ditemukan dapat disimpulkan bahwa memang ibu mengalami kasus ketuban pecah dini (KPD) pada kehamilan preterm yang dimana sudah dijelaskan dalam teori, bahwa KPD itu merupakan pecahnya ketuban sebelum waktunya dan tidak disertai tanda inpartu, dan preterm merupakan usia kehamilan <37 minggu.

## 2) **Penatalaksanaan KPD dengan preterm**

Ibu datang ke ruangan VK RSUD Karawang pada pukul 19.45 WIB, lalu ibu langsung dilakukan USG oleh dokter, kemudian penulis melakukan CTG, dan pemeriksaan fisik lainnya, selang beberapa menit ibu diberikan antibiotik ceftriaxone 10 cc secara IV pada pukul 20.15 WIB, setelah itu diberikan dexametasone 6 mg, secara IV, pada pukul 20.25 WIB.

Berdasarkan teori pemberian kortikosteroid agar tercapainya pematangan paru. Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm KPD telah dilaporkan secara pasti dapat menurunkan kejaidan RDS.

*The National Institutes of Health* (NIH) telah merkomendasikan penggunaan kortikosteroid pada preterm KPD pada kehamilan 30-32 minggu yang tidak ada infeksi intraamnion. Sediaan terdiri atas betametason 2 dosis masing-masing 12 mg im tiap 24 jam atau dexametason 4 dosis masing-masing 6 mg tiap 12 jam (Arma N, Sagita, 2015)

Menurut SOP di RSUD Karawang penatalaksanaan pada KPD dilakukan pemeriksaan penunjang diantaranya : tes lakmus, pemeriksaan laboratorium (untuk mengetahui kadar leukosit apabila >1.500 menunjukkan infeksi), USG (untuk menentukan usia kehamilan, letak janin, plasenta), CTG (untuk mendeteksi ada tidaknya gawat janin)

Menurut SOP di RSUD Karawang penatalaksanaan untuk persalinan preterm yaitu dengan pemberian kortikosteroid dexametasone 6 mg setiap 12 jam, kemudian pemberian antibiotik profilaksis diberikan sampai bayi lahir, dengan obat pilihan salah satunya ceftriaxone 1 mg secara IV setiap 6 jam.

Berdasarkan pernyataan dari kasus dan teori bahwa penatalaksanaan pemberian antibiotik dan kortikostroid yang dilakukan sudah tepat sesuai dengan SOP penatalaksanaan KPD, persalinan preterm di RSUD Karawang dan juga teori, hal ini berguna untuk mencegah komplikasi maternal maupun neonatal.

### **C. Kala II**

Pada pukul 22.15 WIB dilakukan pemeriksaan dalam yang hasilnya portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban negatif, denominator ubun ubun kecil depan, molage tidak ada atau 0, hodge 4, dan tidak ada bagian lain yang teraba, dan terdapat kesulitan pada saat melahirkan kepala dan bahu, pada hal ini diberikan gel pelumas untuk melahirkan kepala dan tarikan disertai dorongan fundus oleh team pada saat melahirkan bahu, menurut bidan dan dokter yang bertugas pada malam itu, ini terjadi karena KPD memanjang selama 20 jam yang

membuat keringnya air ketuban sehingga sulit untuk melahirkan kepala dan bahu.

Menurut Menurut Nugroho. 2012 dalam jurnal Zamilah, dkk.2020, KPD kehamilan preterm dan KPD kehamilan aterm, dibagi menjadi KPD awal yaitu kurang dari 12 jam setelah pecah ketuban dan KPD memanjang yaitu terjadi 12 jam atau lebih setelah pecah ketuban.

Menurut teori apabila ada kesulitan untuk melahirkan bahu maka lakukan manuver-manuver sebagai berikut :

- 1) Manuver McRobert, langkah ini dimulai dengan memposisikan ibu dalam posisi McRobert yaitu ibu terlentang, memfleksikan kedua paha sehingga lutut menjadi sedekat mungkin ke dada dan rotasikan kedua kaki ke arah luar (abduksi)
- 2) Langkah kedua Manuver Massanti, langkah ini akan dilakukan jika langkah pertama gagal. Posisi ibu tetap seperti langkah pertama dan dilakukan penekanan pada daerah suprapubik dan tidak boleh melakukan penekanan di daerah fundus.

Berdasarkan teori yang dikemukakan, bahwa kasus Ny. W ini termasuk KPD memanjang yaitu lebih 12 jam dari pecahnya ketuban, terjadinya kesulitan melahirkan kepala dan bahu disebabkan karena keringnya air ketuban, terdapat kesenjangan pada kasus ini mengenai tindakan yang dilakukan ketika kesulitan melahirkan bahu, seharusnya bidan memposisikan ibu ke ujung brankar persalinan, dan mengatur posisi ibu menjadi posisi litotomi maksimal, dan seharusnya tekanan yang diberikan bukan pada fundus, tetapi pada supra pubis, ini merupakan manuver mc robert dan manuver massanti.

#### **D. Kala III**

##### **Manajemen aktif kala III**

Dimulai segera setelah lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Pada persalinan Ny. W kala III berlangsung kurang lebih 10 menit. Penulis memeriksa ada janin kedua atau tidak dengan memeriksa uterus ibu. Setelah memastikan tidak ada janin kedua dilanjutkan dengan

penyuntikan oxytocin 10 IU secara IM di 1/3 lateral paha kanan ibu, kemudian memotong tali pusat, lalu melakukan IMD pada bayi, setelah itu memindahkan klem tali pusat 5-10 cm dari vulva, dan melakukan peregang tali pusat terkendali (PTT) saat uterus berkontraksi, sedangkan tangan kiri diatas suprasimfisis dengan menekan kearah dorsokranial, tangan kanan tetap meregangkan tali pusat sambil mengamati tanda pelepasan plasenta dan terlihat tanda pelepasan plasenta ditandai dengan tali pusat lebih panjang, uterus terasa globuler serta semburan darah tiba-tiba.

Setelah melakukan PTT, lalu melakukan penilaian tanda-tanda pelepasan plasenta antara lain pada saat tali pusat diregangkan tidak adanya penarikan dari plasenta/tali pusat tidak masuk lagi maka plasenta telah lepas dari implantasinya. Melahirkan plasenta dengan cara menarik ke arah bawah secara perlahan kemudian ke atas hingga plasenta tampak di vulva, lalu memegang plasenta menggunakan kedua tangan, dan putar searah jarum jam untuk mencegah robeknya selaput ketuban. Plasenta lahir pukul 22.45 WIB, kemudian melakukan masase uterus selama 15 detik searah jarum jam. Uterus teraba keras, dan mengecek kelengkapan plasenta, keadaan plasenta lengkap.

Menurut teori kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, berlangsung tidak lebih dari 30 menit, disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta, Peregang Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan. Tanda-tanda pelepasan plasenta: Perubahan ukuran dan bentuk uterus, uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta, sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim, tali pusat memanjang, semburan darah tiba tiba (Kurniarum *et al.*, 2016)

Manajemen aktif kala III terdiri dari 3 langkah, diantaranya: Pemberian oksitosin, Melakukan PTT, dan Masase fundus uteri (Jenny, 2013)

Pada fase pengeluaran uri, ada 3 perasat untuk mengetahui lepasnya uri, antara lain :

- 1) Kustner, dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat di tegangkan maka bila tali pusat masuk (belum lepas), jika diam atau maju (sudah lepas).
- 2) Klein, saat ada his, rahim kita dorong sedikit, bila tali pusat kembali (belum lepas), diam atau turun (sudah lepas)
- 3) Strassman, tegangkan tali pusat dan ketok fundus bila tali pusat bergetar (belum lepas), tidak bergetar (sudah lepas), rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, keluar darah secara tiba-tiba(Herry Rosyati, SST, 2017)

Berdasarkan teori prosedur pemberian oxytocin yang ada, bahwasannya pada kasus ini sudah tepat, yaitu ibu diberikan oxytocin 10 IU segera setelah bayi lahir untuk memancing kontraksi, serta diikuti dengan PTT untuk membantu mempercepat pelepasan plasenta, kala III pada kasus ini terjadi selama 10 menit, hal ini masih termasuk hal yang normal.

#### **E. Kala IV**

Pada saat kala IV dilakukan pengecekan ada tidaknya robekan jalan lahir, ternyata ibu mengalami robekan grade II pada bekas episiotomi saja, tidak ada robekan diarea lain, maka penulis melakukan penjahitan pada robekan jalan lahir dengan teknik simpul, kemudian pada kala IV ini dilakukan pemantauan 2 jam pertama, terhitung setelah kelahiran plasenta, yaitu setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam kedua, hal-hal yang dipantau selama 2 jam itu antara lain: TTV, kontraksi uterus, perdarahan, dan urin.

Menurut Permenkes RI No. 28 Tahun 2017, Pasal 19 ayat (2) dan (3) bahwa kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dijelaskan pada Pasal 19 ayat (3), bidan berwenang melakukan: episiotomi dan pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, memberikan penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan

dengan perujukan, memberikan tablet tambah darah pada ibu hamil, pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, memfasilitasi atau membimbing dalam Inisiasi Menyusu Dini dan promosi ASI eksklusif, memberikan uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum, memberikan penyuluhan dan konseling, memberikan bimbingan pada kelompok ibu hamil, serta berwenang memberikan keterangan hamil dan kelahiran.

Menurut teori dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Tujuh (7) langkah pemantauan yang dilakukan kala IV: kontraksi rahim, perdarahan, kandung kencing, luka jahitannya baik/tidak, uri dan selaput ketuban harus lengkap, keadaan Umum Ibu: tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit, kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri (Kurniarum *et al.*, 2016)

Pada kasus ini penulis telah melakukan penatalaksanaan sesuai dengan kewenangan bidan, bahwasannya bidan berwenang melakukan penjahitan pada robekan jalan lahir grade II, dan telah dilakukan pemantauan kala 4 sesuai dengan teori.

### **5.3 Postnatal Care**

Pada kasus Ny. W data yang didapatkan selama melakukan asuhan pada masa nifas, pasien dalam keadaan baik, tidak ada komplikasi yang terjadi dan ibu sudah dapat beraktivitas dengan normal. Pada masa nifas dilakukan beberapa kunjungan untuk memantau kondisi ibu. Kunjungan dilakukan pada hari ke 1 dengan pemeriksaan meliputi: Pemeriksaan TTV, payudara, kontraksi uterus, perdarahan, luka jahitan, memberikan penkes mengenai pemberian ASI, dan perawatan luka jahitan pada jalan lahir, kemudian dihari ke 2 dilakukan pemeriksaan yang sama, di hari ke 6 dilakukan pemeriksaan TTV, payudara, abdomen, perdarahan, luka jahitan, ekstremitas, memberikan KIE nutrisi, dan mengajarkan senam nifas, pada hari ke 28 dilakukan pemeriksaan yang sama saat pemeriksaan hari ke 6, hanya saja tidak

diajarkan kembali senam nifas, dan pada hari ke 42 dilakukan pemeriksaan TTV, payudara, abdomen, luka jahitan, dan mengingatkan untuk kontrol IUD.

Berdasarkan Kemenkes RI, (2020) kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali, yaitu:

- A. Kunjungan ke-1 (6jam - 2 hari setelah persalinan) : mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia, jika petugas kesehatan menolong persalians berjalannya, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.
- B. Kunjungan ke-2 (3-7 hari setelah persalinan) : memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau: memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat: memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperhatikan tanda-tanda penyulit: memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- C. Kunjungan ke-3 (8-28 hari setelah persalinan), sama seperti pemantauan kunjungan ke-2
- D. Kunjungan ke-4 (9-42 hari setelah persalinan), sama seperti pemantauan kunjungan ke-2 ditambah memberikan konseling untuk KB secara dini (Kemenkes RI, 2020)

Pada pernyataan diatas ibu selalu diperiksa dan dilakukan kunjungan oleh penulis secara rutin sesuai jadwal, dan sesuai dengan kualitas pelayanan masa nifas, hal ini untuk mendeteksi terjadinya komplikasi pada masa nifas, terutama pada Ny. W yang memiliki riwayat persalinan preterm dengan KPD, salah satu dampak yang dapat terjadi adalah infeksi pada masa nifas.

## **5.4 Bayi Baru Lahir Dan Neonatal Care**

### **A. Penegakkan diagnosa BBLR**

Setelah dilakukan pemeriksaan antropometri didapatkan hasil pemeriksaan BB: 2.390, PB: 43 cm, LILA: 9,5, lingkaran kepala: 33 cm, lingkaran dada: 34 cm, dan di diagnosa dengan BBLR

Menurut teori BBLR merupakan bayi baru lahir yang saat dilahirkan memiliki berat badan senilai < 2500 gram tanpa menilai masa gestasi. (Sholeh, 2014).

Berdasarkan pernyataan tersebut, bahwa tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, maka bayi Ny. W merupakan bayi dengan BBLR

### **B. Kaitan terjadinya BBLR dengan KPD dan persalinan preterm**

Bidan menyampaikan kepada ibu dan keluarga bahwa bayinya harus segera dibawa ke ruangan bayi, karena bayinya mengalami berat badan lahir rendah yang disebabkan oleh KPD dengan preterm.

Menurut Proverawati dan Ismawati, (2010), faktor yang dapat menyebabkan BBLR:

- 1) Faktor ibu : penyakit, usia, paritas, riwayat BBLR sebelumnya
- 2) Keadaan sosial ekonomi
- 3) Faktor janin: kelainan kromosom, infeksi janin kronik (inklusi sitomegali, rubella bawaan, gawat janin, dan kehamilan kembar).
- 4) Faktor plasenta: Kelainan plasenta dapat disebabkan oleh hidramnion, plasenta previa, solutio plasenta, sindrom transfusi bayi kembar (sindrom parabiotik), ketuban pecah dini.
- 1) Faktor lingkungan: tempat tinggal di dataran tinggi, terkena radiasi, serta terpapar zat beracun (England, 2014).

Pada kasus ini tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, bahwasannya BBLR berkaitan dengan KPD dan persalinan preterm.

### **C. Kaitan terjadinya fraktur klavikula dengan trauma persalinan**

Alasan ibu dan bayi dipulangkan dari RSUD Karawang dihari yang berbeda yaitu karena bayi pada usia 4 hari didiagnosis berdasarkan hasil rotgen mengalami fraktur klavikula pada lengan kanan, tercatat catatan

dokter mengenai kondisi bayi Ny. W bahwa bayi mengalami fraktur klavikula yang disebabkan trauma saat persalinan, dan akan pulih dengan sendirinya, dengan cara memfiksasi lengan kanan yang terdiagnosis agar dapat membatasi gerak bayi pada lengan kanan tersebut.

Menurut teori, fraktur klavikula adalah patah tulang klavikula pada saat proses persalinan, biasanya karena terjadi kesulitan dalam melahirkan bahu pada kelahiran dengan presentasi kepala dan melahirkan lengan pada presentasi bokong (Dewi, 2010). Salah satu penyebab fraktur klavikula dapat terjadi karena trauma ketika persalinan baik benturan ataupun tarikan yang kuat (Tim Penulis, 2019)

Berdasarkan kasus dan teori diatas bahwa dapat diketahui penyebab fraktur klavikula pada bayi ini ada kaitannya dengan trauma yang berupa tarikan pada saat proses persalinan saat melahirkan bahu.

#### **D. Kualitas dan kuantitas kunjungan neonatal**

Kunjungan neonatus tidak dilakukan bersamaan dengan kunjungan masa nifas, karena ibu dan bayi dipulangkan dari rumah sakit dihari yang berbeda, ibu pada hari ke 2, dan bayi pada hari ke 10, kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 6 kali yaitu pada hari ke 1 dilakukan pemeriksaan: Antropometri, TTV, dan pemeriksaan fisik, pada hari ke 2, 3, 4 dilakukan pemeriksaan yang sama di RSUD, sedangkan hari ke 13 dilakukan pemeriksaan antropometri, TTV, pemeriksaan fisik, memberikan penkes mengenai perawatan BBLR, dan pemenuhan nutrisi, hari ke 28 dilakukan pemeriksaan yang sama, hanya ditambah anjuran untuk imunisasi BCG, dan hari ke 42 dilakukan pemeriksaan antropometri, pemeriksaan fisik, pemberian penkes pemenuhan nutrisi

Menurut Kemenkes RI, (2020) untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus yaitu:

##### 1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1)

Dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir, pemeriksaan meliputi : mempertahankan suhu tubuh bayi, hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu

jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5 Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup, pemeriksaan fisik bayi, gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan, memberikan Imunisasi HB-0

2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke setelah bayi lahir, pemeriksaan yang dilakukan, meliputi : menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering, menjaga kebersihan bayi, pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI, memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan, menjaga keamanan bayi, menjaga suhu tubuh bayi, konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA, penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN-3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir, pemeriksaan meliputi: pemeriksaan fisik, menjaga kebersihan bayi, memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir, memberikan ASI, bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam dalam 2 minggu pasca persalinan, menjaga keamanan bayi, menjaga suhu tubuh bayi, konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA, memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG, penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan (Kemenkes RI, 2020)

Berdasarkan dua pernyataan diatas, bahwasannya kunjungan neonatal dilakukan sebanyak 6 kali dengan pemeriksaan dan

penatalaksanaan sesuai dengan kualitas kunjungan neonatal, hal ini sudah memenuhi peraturan dari Kemenkes.