

BAB III

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. H dilakukan secara berkesinambungan sejak usia kehamilan 38 minggu 4 hari hingga 40 minggu 3 hari melalui kunjungan langsung dan pemantauan daring menggunakan WhatsApp. Pelaksanaan continuity of care tersebut sesuai dengan teori bahwa pelayanan antenatal yang berkesinambungan dapat meningkatkan deteksi dini komplikasi serta memperbaiki luaran ibu dan janin. Menurut pedoman WHO *Antenatal Care Recommendations*, *antenatal care* tidak hanya berfokus pada pemeriksaan fisik, tetapi juga mencakup edukasi, dukungan psikologis, promosi kesehatan, serta persiapan persalinan untuk mencapai pengalaman kehamilan yang positif.⁴⁴

Pada pengkajian pertama tanggal 26 Februari 2026, Ny. H didiagnosis sebagai G2P1AB0AH1 usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan faktor risiko jarak kehamilan lebih dari 10 tahun atau primi sekunder. Berdasarkan teori obstetri, jarak kehamilan yang terlalu panjang termasuk faktor risiko karena dapat meningkatkan kemungkinan komplikasi kehamilan dan persalinan akibat penurunan adaptasi fisiologis reproduksi ibu. Penelitian oleh Ni (2023) menunjukkan bahwa interval kehamilan yang terlalu panjang (≥ 60 bulan) berhubungan dengan peningkatan risiko luaran obstetri yang merugikan, seperti persalinan preterm, berat badan lahir rendah, dan komplikasi kehamilan lainnya. Oleh karena itu, penetapan diagnosis kehamilan risiko tinggi pada Ny. H sudah sesuai dengan *evidence based practice*.⁴⁵

Selain faktor risiko jarak kehamilan yang panjang, usia reproduksi Ny. H yaitu 31 tahun masih termasuk dalam kategori usia reproduksi sehat, yakni 20–35 tahun. Menurut teori obstetri, kehamilan pada rentang usia tersebut memiliki risiko komplikasi lebih rendah dibandingkan usia terlalu

muda maupun usia lebih dari 35 tahun. Hal ini sesuai dengan kondisi Ny. H yang selama masa kehamilan tidak ditemukan komplikasi seperti hipertensi, preeklampsia, anemia, maupun diabetes gestasional. Penelitian oleh Laopaiboon (2014). menyatakan bahwa risiko komplikasi maternal dan neonatal meningkat secara signifikan pada usia ibu ≥ 35 tahun dibandingkan usia reproduksi sehat. Oleh karena itu, meskipun Ny. H termasuk kehamilan risiko tinggi karena jarak kehamilan >10 tahun, faktor usia reproduksi masih mendukung kondisi kehamilan yang relatif baik.⁴⁶

Suami Ny. H adalah perokok, maka kami juga memberikan edukasi mengenai paparan asap rokok pada kehamilan. Merokok selama kehamilan dapat berbahaya terhadap tumbuh kembang janin dalam kandungan. Ibu hamil yang merokok atau terpapar asap rokok akan menimbulkan berbagai komplikasi seperti kelahiran sebelum waktunya (prematur), berat badan lahir kurang, mortalitas perinatal dan gangguan-gangguan perkembangan janin.⁴⁷ Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Yasmineen (2022), mengungkapkan bahwa Ibu yang terpapar asap rokok selama masa kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan berat badan bayi baru lahir yang rendah ($p \text{ value} < 0.001$).⁴⁸ Tindakan yang dilakukan Tn. S dengan tidak merokok di dalam rumah dan area sekitar rumah merupakan sebuah perkembangan yang baik dalam meminimalisir efek rokok pada ibu hamil dan janin. Namun kita tetap perlu memberikan edukasi mengenai efek *thirdhand smoke*, yaitu orang-orang yang mengisap asap ketiga atau sisa-sisa partikel rokok yang mengandung nikotin, tar, dan zat kimia lain yang menempel pada permukaan apa pun, baik di rumah ataupun di mobil. Sisa partikel rokok ini dapat menempel dan menumpuk di baju, mainan, perabotan, langit-langit, dinding, pintu, gorden, karpet, rambut, kulit, dan lain sebagainya. Penumpukan ini dapat bertahan dalam hitungan hari bahkan bulan.

Hasil pemeriksaan fisik dan obstetri selama kehamilan menunjukkan keadaan umum ibu baik, tanda vital dalam batas normal, tidak terdapat edema, serta janin tunggal hidup intrauterin dengan

presentasi kepala dan denyut jantung janin normal. Menurut teori, DJJ normal berada pada rentang 120–160 x/menit sehingga hasil pemeriksaan DJJ Ny. H antara 121–138 x/menit masih termasuk fisiologis. Selain itu, pemeriksaan Hb sebesar 13,4 g/dL menunjukkan ibu tidak mengalami anemia. Kondisi tersebut sesuai teori bahwa kadar Hb ≥ 11 g/dL pada trimester III dikategorikan normal pada ibu hamil. Pemeriksaan antenatal yang dilakukan secara rutin sesuai rekomendasi WHO penting untuk mendeteksi dini komplikasi maternal maupun fetal.⁴⁴

Hasil pemeriksaan LILA Ny. H yaitu 27–28 cm menunjukkan status gizi ibu dalam kategori baik dan tidak mengalami kekurangan energi kronis (KEK). Berdasarkan teori, ibu hamil dikatakan berisiko KEK apabila ukuran LILA $< 23,5$ cm. Status gizi maternal yang baik berperan penting dalam mendukung pertumbuhan janin dan mencegah komplikasi seperti berat badan lahir rendah. Penelitian oleh Sebayang (2012). menunjukkan bahwa status gizi ibu selama kehamilan berhubungan erat dengan luaran neonatal dan risiko BBLR. Dengan demikian, kondisi LILA Ny. H yang normal menjadi salah satu faktor pendukung pertumbuhan janin yang baik selama kehamilan.⁴⁹

Pada pengkajian kedua dan ketiga, ibu mengeluhkan kencang-kencang yang semakin sering, namun kontraksi belum adekuat sebagai tanda persalinan aktif. Berdasarkan teori, kontraksi *Braxton Hicks* pada akhir trimester III dapat dirasakan lebih sering tetapi belum menyebabkan perubahan serviks yang progresif. Kondisi Ny. H sesuai dengan teori tersebut karena meskipun ibu merasakan kontraksi, belum terdapat tanda persalinan aktif maupun penurunan bagian terendah janin ke panggul. Penatalaksanaan berupa edukasi agar ibu tidak panik, pemantauan gerakan janin, istirahat cukup, dan pemahaman tanda persalinan merupakan tindakan yang tepat sesuai standar antenatal care.

Pemeriksaan TFU pada Ny. H menunjukkan peningkatan dari 32 cm menjadi 34 cm seiring bertambahnya usia kehamilan. Hal tersebut menunjukkan pertumbuhan janin yang sesuai dengan usia kehamilan.

Menurut teori, pengukuran TFU merupakan metode sederhana namun efektif untuk memantau pertumbuhan janin selama antenatal care. NICE *guideline* (2021) menyebutkan bahwa pengukuran TFU secara serial dapat digunakan untuk mendeteksi gangguan pertumbuhan janin apabila dilakukan secara rutin dan dicatat dalam grafik pertumbuhan. Pada kasus Ny. H, hasil TFU dan taksiran berat janin yang meningkat secara bertahap menunjukkan tidak adanya hambatan pertumbuhan intrauterin.⁵⁰

Pada usia kehamilan 40 minggu 3 hari, bagian terendah janin masih belum masuk panggul meskipun presentasi kepala sudah baik. Kondisi ini dapat menjadi salah satu faktor predisposisi terjadinya persalinan lama akibat kemungkinan ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu atau adanya malposisi janin yang akhirnya terbukti saat persalinan. Menurut teori obstetri, *engagement* kepala janin pada primigravida umumnya terjadi sebelum persalinan, sedangkan pada multipara dapat terjadi saat persalinan berlangsung. Namun, pada kasus primi sekunder seperti Ny. H, kondisi bagian terendah yang belum masuk panggul hingga usia kehamilan aterm tetap perlu diwaspadai sebagai kemungkinan adanya gangguan mekanik persalinan.

Kepala janin yang belum *engage* pada akhir kehamilan berhubungan dengan peningkatan risiko persalinan lama dan tindakan operatif. Penelitian oleh Debby menemukan bahwa primigravida dengan *fetal head station* tinggi saat menjelang persalinan memiliki risiko lebih besar mengalami persalinan disfunksional dan *sectio caesarea* dibandingkan ibu dengan kepala janin yang sudah *engage*. Kondisi tersebut disebabkan karena kepala janin yang belum masuk panggul dapat menunjukkan adanya malposisi atau hambatan mekanik yang mengganggu penurunan janin selama proses persalinan. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan kasus Ny. H yang mengalami persalinan kala I memanjang dan akhirnya dilakukan *sectio caesarea* karena ditemukan malposisi janin.⁵¹

Selain itu, anjuran pemantauan gerakan janin minimal 10 kali dalam 12 jam yang diberikan kepada Ny. H juga sesuai teori pemantauan

kesejahteraan janin. WHO menyebutkan bahwa ibu hamil perlu diberikan edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan termasuk penurunan gerakan janin sebagai upaya deteksi dini *fetal distress*. Edukasi nutrisi, konsumsi cairan, pengurangan kopi dan teh, serta pemberian suplemen kalsium dan multivitamin juga sesuai rekomendasi WHO bahwa pemenuhan nutrisi selama kehamilan penting untuk mendukung kesehatan ibu dan pertumbuhan janin.⁴⁴

B. Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Ny. H usia 31 tahun G2P1AB0AH1 datang ke IGD Puskesmas Turi pada usia kehamilan 40 minggu 4 hari dengan keluhan kencang-kencang dan pengeluaran lendir darah. Berdasarkan teori, pengeluaran lendir bercampur darah (*bloody show*) merupakan salah satu tanda awal persalinan akibat pembukaan serviks dan pelepasan sumbat lendir serviks. Kontraksi uterus yang dirasakan ibu sejak pukul 04.30 WIB juga menunjukkan adanya proses persalinan fisiologis. Menurut WHO (2018), persalinan dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan perubahan serviks secara progresif. Pada pemeriksaan awal, pembukaan serviks 1 cm dengan kontraksi lemah hingga sedang menunjukkan ibu berada pada kala I fase laten. Kondisi tersebut sesuai teori bahwa fase laten berlangsung sejak awal persalinan hingga pembukaan serviks mencapai 5–6 cm dengan kontraksi yang belum adekuat.⁵²

Selama observasi, kontraksi uterus semakin kuat dan sering, namun pembukaan serviks menetap di 6 cm selama lebih dari 6 jam sehingga ditegakkan diagnosis kala I memanjang atau persalinan tidak maju. Menurut teori WHO dan *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2024), persalinan fase aktif dianggap mengalami hambatan apabila tidak terdapat kemajuan pembukaan serviks setelah mencapai pembukaan ≥ 6 cm meskipun kontraksi adekuat. Kondisi ini disebut *active phase arrest disorder* dan memerlukan evaluasi lebih lanjut terhadap faktor *power*, *passage*, dan *passenger*. Pada kasus Ny. H, pembukaan serviks

menetap selama lebih dari 6 jam menunjukkan adanya gangguan kemajuan persalinan yang sesuai dengan definisi kala I memanjang.⁵³

Penelitian oleh Zhang (2010). menyebutkan bahwa fase aktif persalinan normal umumnya mengalami kemajuan pembukaan serviks secara progresif setelah pembukaan 6 cm. Tidak adanya kemajuan pembukaan dalam waktu lama berkaitan dengan peningkatan risiko persalinan operatif dan komplikasi maternal. Penelitian tersebut mendukung kondisi Ny. H yang mengalami stagnasi pembukaan serviks dan akhirnya memerlukan tindakan *sectio caesarea*.⁵⁴

Pada kasus Ny. H, hasil pemeriksaan lanjutan di rumah sakit menunjukkan adanya malposisi janin. Menurut teori obstetri, malposisi janin seperti oksiput posterior atau oksiput transversal dapat menyebabkan kontraksi menjadi tidak efektif, penurunan kepala janin terhambat, dan pembukaan serviks berlangsung lambat sehingga meningkatkan risiko persalinan lama. Penelitian oleh Ponkey dkk. menunjukkan bahwa malposisi oksiput posterior persisten berhubungan dengan peningkatan kejadian persalinan lama, tindakan operatif, dan *sectio caesarea*. Hal ini sesuai dengan kondisi Ny. H yang mengalami kala I memanjang dan akhirnya dilakukan SC CITO akibat tidak adanya kemajuan persalinan.⁵⁵

Penatalaksanaan yang diberikan di Puskesmas Turi berupa observasi, dukungan psikologis, terapi oksigen, pemasangan infus RL, kateterisasi, dan konsultasi dengan rumah sakit rujukan sudah sesuai dengan prinsip penatalaksanaan persalinan lama. Menurut WHO, ibu dengan persalinan lama memerlukan pemantauan ketat kondisi maternal dan fetal untuk mencegah komplikasi seperti *fetal distress*, infeksi, dehidrasi, dan kelelahan ibu. Dukungan emosional selama persalinan juga terbukti membantu menurunkan kecemasan dan meningkatkan kenyamanan ibu. Penelitian oleh Bohren (2017). menunjukkan bahwa *continuous support during labour* dapat meningkatkan kemungkinan persalinan spontan dan mengurangi intervensi obstetri.⁵⁶

Keputusan rujukan dan tindakan *sectio caesarea* pada Ny. H sudah tepat karena tidak terdapat kemajuan persalinan dan ditemukan malposisi janin. Menurut teori, *sectio caesarea* diindikasikan pada persalinan tidak maju akibat hambatan mekanik atau *fetal malposition* untuk mencegah komplikasi maternal maupun neonatal. *NICE guideline* (2021) menyebutkan bahwa tindakan SC dilakukan apabila persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau berisiko bagi ibu dan janin. Pada kasus ini, keputusan SC CITO membantu mencegah komplikasi lebih lanjut dan bayi lahir dalam kondisi baik.⁵⁷

Bayi lahir cukup bulan dengan berat badan lahir 2850 gram dan skor APGAR 8/9/10, yang menunjukkan penanganan perinatal yang baik. WHO (2017) menyatakan bahwa praktik *Essential Newborn Care* (ENC), termasuk injeksi vitamin K, salep mata, menyusui dini, dan penjagaan suhu tubuh, mampu mengurangi risiko infeksi, hipotermia, dan kematian neonatal.⁵⁸

Bayi termasuk kategori BBLC (Berat Badan Lahir Cukup) dan CB (Cukup Bulan). Penilaian APGAR menunjukkan bahwa bayi mengalami adaptasi pernapasan dan sirkulasi yang baik, meskipun pada menit pertama terdapat tonus otot dan pernapasan yang belum maksimal (nilai 1), namun dengan cepat membaik di menit ke-5 dan ke-10. Penelitian oleh Goyal et al. (2015) menyatakan bahwa nilai APGAR ≥ 7 pada menit ke-5 berhubungan erat dengan penurunan risiko kematian neonatal awal dan asfiksia.⁵⁹ Dengan nilai 9 pada menit ke-5 dan 10 pada menit ke-10, bayi Ny. H dapat dikategorikan sehat dan berhasil beradaptasi dengan lingkungan luar rahim.

C. Asuhan Kebidanan pada Nifas dan Menyusui

Asuhan kebidanan nifas pada Ny. H dilakukan secara berkesinambungan sejak hari pertama *post sectio caesarea* hingga hari ke-37 masa nifas. Masa nifas merupakan periode pemulihan alat reproduksi dan adaptasi fisiologis maupun psikologis ibu setelah persalinan yang berlangsung selama kurang lebih 6 minggu. Pelayanan nifas sangat penting untuk mendeteksi dini komplikasi maternal, mendukung keberhasilan

menyusui, serta memastikan pemulihan ibu berlangsung optimal. Pada kasus Ny. H, pemantauan nifas dilakukan secara rutin sehingga kondisi ibu dapat terpantau dengan baik tanpa komplikasi.⁶⁰

Pada KF-1 hari pertama post sectio caesarea, Ny. H mengeluh pegal dan nyeri pada luka operasi. Keluhan tersebut merupakan kondisi fisiologis pasca pembedahan akibat proses penyembuhan jaringan dan trauma operasi. Menurut teori, nyeri pasca sectio caesarea umumnya terjadi pada 24–48 jam pertama dan dapat memengaruhi mobilisasi, istirahat, serta proses menyusui apabila tidak ditangani dengan baik. Penelitian oleh Karlström (2007). menunjukkan bahwa ibu post sectio caesarea lebih sering mengalami nyeri dan keterbatasan aktivitas dibandingkan persalinan pervaginam. Namun, mobilisasi dini dapat membantu mempercepat pemulihan dan menurunkan risiko komplikasi tromboemboli maupun ileus post operasi. Pada kasus Ny. H, ibu sudah dapat melakukan mobilisasi miring kanan-kiri sehingga menunjukkan proses pemulihan yang baik.⁶¹

Hasil pemeriksaan pada KF-1 menunjukkan TFU 2 jari di bawah pusat dengan kontraksi uterus baik dan lochea rubra dalam batas normal. Kondisi ini sesuai teori involusi uterus normal, dimana setelah persalinan tinggi fundus uteri akan turun sekitar 1–2 cm per hari akibat kontraksi dan retraksi otot uterus. Lochea rubra pada hari pertama nifas juga merupakan kondisi fisiologis berupa pengeluaran darah dan sisa jaringan desidua berwarna merah. Menurut teori, involusi uterus yang baik menjadi indikator penting dalam mencegah perdarahan postpartum dan subinvolusi uterus.⁶²

Pada KF-1 ibu juga sudah menyusui setiap 2 jam dengan produksi ASI lancar. Hal tersebut menunjukkan proses laktasi berjalan baik meskipun ibu menjalani sectio caesarea. Menurut teori, hisapan bayi yang sering akan meningkatkan pelepasan hormon prolaktin dan oksitosin sehingga merangsang produksi dan pengeluaran ASI. Penelitian oleh Prior (2012). menunjukkan bahwa dukungan menyusui dini dan rawat gabung berhubungan dengan keberhasilan ASI eksklusif pada ibu post sectio

caesarea. Kondisi Ny. H yang melakukan rawat gabung dan mendapatkan dukungan keluarga turut mendukung kelancaran produksi ASI.⁶³

Pada KF-2 hari ke-12 post sectio caesarea, kondisi ibu baik tanpa keluhan, luka operasi sudah kering, TFU tidak teraba, dan lochea berubah menjadi serosa berwarna coklat kekuningan. Berdasarkan teori, perubahan lochea dari rubra menjadi serosa menandakan proses penyembuhan uterus berlangsung normal. Tidak terabanya TFU pada minggu kedua nifas juga menunjukkan involusi uterus berjalan baik. Penelitian menyebutkan bahwa involusi uterus normal biasanya selesai pada minggu ke-enam postpartum apabila tidak terdapat infeksi maupun retensi sisa plasenta. Dengan demikian, kondisi Ny. H sesuai dengan teori fisiologi masa nifas normal.

Asupan nutrisi tinggi protein dan cairan yang dianjurkan kepada Ny. H juga sesuai teori bahwa kebutuhan nutrisi ibu nifas meningkat untuk mendukung penyembuhan luka operasi dan produksi ASI. Menurut WHO, ibu menyusui membutuhkan tambahan energi dan cairan untuk mempertahankan kualitas serta kuantitas ASI. Penelitian oleh Bravi (2016). menunjukkan bahwa status nutrisi maternal berhubungan dengan keberhasilan menyusui dan pemulihan postpartum. Oleh karena itu, edukasi nutrisi pada Ny. H merupakan tindakan yang tepat.⁶⁴

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan nifas pada Ny. H telah sesuai dengan teori dan *evidence based practice*. Pemantauan rutin, edukasi menyusui, pemenuhan nutrisi, dukungan psikologis, serta pemantauan luka operasi dan kontrasepsi pasca salin berperan penting dalam mendukung pemulihan ibu secara optimal tanpa komplikasi.

D. Asuhan Kebidanan pada Neonatus

Asuhan kebidanan neonatus pada bayi Ny. H dilakukan secara berkesinambungan sejak hari pertama kelahiran hingga usia 23 hari. Masa neonatus merupakan periode adaptasi awal kehidupan ekstrauterin yang sangat penting karena pada masa ini bayi mengalami perubahan fisiologis besar pada sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi, dan metabolisme.

Pemantauan neonatus secara rutin bertujuan untuk mendeteksi dini komplikasi, mendukung keberhasilan menyusui, serta memastikan pertumbuhan dan perkembangan bayi berlangsung optimal. Pada kasus ini, bayi lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan dan selama kunjungan neonatal menunjukkan kondisi umum baik tanpa komplikasi.⁶⁵

Pada KN-1, bayi lahir dengan berat badan 2850 gram, panjang badan 48,5 cm, dan nilai APGAR 8/9/10. Berdasarkan teori, berat badan lahir normal berada pada rentang 2500–4000 gram sehingga bayi Ny. H termasuk bayi baru lahir normal. Nilai APGAR 8/9/10 menunjukkan adaptasi neonatus berlangsung baik tanpa asfiksia. Menurut *American Academy of Pediatrics* (AAP) dan (ACOG) (2015), skor APGAR 7–10 menggambarkan kondisi neonatus yang baik dan tidak memerlukan resusitasi khusus. Kondisi bayi yang menangis kuat, tonus otot aktif, dan warna kulit kemerahan pada kasus ini sesuai dengan tanda adaptasi neonatal normal.⁶⁶

Pada KN-1 juga didapatkan bayi sudah BAB dan BAK dengan frekuensi normal serta menyusu kuat. Hal ini menunjukkan fungsi gastrointestinal dan eliminasi bayi berjalan baik. Menurut teori, neonatus normal akan mengeluarkan mekonium dalam 24 jam pertama dan BAK dalam 24–48 jam pertama setelah lahir. Selain itu, kemampuan menyusu yang baik menjadi indikator penting keberhasilan adaptasi neurologis dan refleks hisap bayi. Penelitian oleh Edmond menunjukkan bahwa inisiasi dan pemberian ASI dini dapat menurunkan risiko kematian neonatal hingga 16% serta meningkatkan daya tahan tubuh bayi terhadap infeksi.⁶⁷

Hasil pemeriksaan selama kunjungan neonatal menunjukkan tidak terdapat ikterus pada bayi. Menurut teori, ikterus fisiologis biasanya muncul setelah 24 jam kehidupan akibat peningkatan bilirubin indirek, namun apabila muncul dini atau disertai tanda patologis perlu diwaspadai. Tidak ditemukannya ikterus pada bayi Ny. H menunjukkan fungsi metabolisme bilirubin berlangsung baik. Penelitian oleh Slusher (2017), menyebutkan bahwa pemantauan neonatal secara rutin penting untuk mendeteksi

hiperbilirubinemia sejak dini sehingga dapat mencegah komplikasi kernikterus.⁶⁸

Pada KN-2 usia 12 hari, berat badan bayi meningkat menjadi 2930 gram, dan pada KN-3 usia 23 hari meningkat menjadi 3490 gram. Kondisi ini menunjukkan pertumbuhan neonatus berlangsung baik. Menurut teori, bayi baru lahir umumnya mengalami penurunan berat badan fisiologis maksimal 10% pada minggu pertama, kemudian berat badan kembali naik dan mencapai berat lahir pada usia sekitar 10–14 hari. Penelitian oleh Macdonald menunjukkan bahwa pola peningkatan berat badan pada minggu awal kehidupan menjadi indikator penting kecukupan nutrisi dan keberhasilan menyusui. Peningkatan berat badan bayi Ny. H menunjukkan ASI eksklusif yang diberikan sudah adekuat memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.⁶⁹

Penatalaksanaan berupa edukasi menjaga kehangatan bayi juga sesuai teori bahwa neonatus sangat rentan mengalami hipotermia akibat luas permukaan tubuh yang besar dan kemampuan termoregulasi yang belum matang. Menurut WHO, menjaga suhu tubuh neonatus merupakan bagian penting pelayanan neonatal esensial untuk mencegah peningkatan morbiditas dan mortalitas neonatal. Penelitian oleh Lunze (2013) menunjukkan bahwa hipotermia neonatal berhubungan dengan peningkatan risiko infeksi, gangguan metabolik, dan kematian neonatal. Oleh karena itu, edukasi menjaga kehangatan pada bayi Ny. H sudah tepat dilakukan sejak KN-1.⁷⁰

Edukasi mengenai ASI eksklusif selama 6 bulan dan teknik menyusui yang benar juga sesuai dengan rekomendasi WHO dan UNICEF. Menurut teori, ASI mengandung zat gizi, antibodi, dan faktor imunologis yang sangat penting untuk pertumbuhan dan perlindungan bayi dari infeksi. Penelitian Victora (2016). menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas bayi serta meningkatkan perkembangan kognitif anak. Kondisi bayi Ny. H yang

menyusu kuat dan mengalami peningkatan berat badan yang baik menunjukkan keberhasilan praktik ASI eksklusif.⁷¹

Pada KN-3 ibu juga diingatkan mengenai imunisasi BCG saat bayi berusia 1 bulan. Hal ini sesuai dengan program imunisasi nasional untuk memberikan perlindungan terhadap tuberkulosis berat pada bayi. Menurut WHO (2018), imunisasi BCG direkomendasikan diberikan segera setelah lahir atau pada awal kehidupan di negara dengan angka kejadian tuberkulosis tinggi, termasuk Indonesia.⁷²

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan neonatus pada bayi Ny. H telah sesuai dengan teori dan *evidence based practice*. Pemantauan rutin kondisi neonatus, edukasi menyusui, pencegahan hipotermia, perawatan tali pusat, serta pemantauan pertumbuhan bayi berperan penting dalam mempertahankan kondisi bayi tetap sehat selama periode neonatal.

E. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny. H dilakukan pada masa nifas setelah persalinan *sectio caesarea* dengan penggunaan kontrasepsi IUD pasca salin. Pada kunjungan kontrol, ibu menyatakan tidak terdapat keluhan dan hasil pemeriksaan USG menunjukkan posisi IUD berada intrauterin di corpus dalam kondisi baik. Menurut teori, *intrauterine device* (IUD) merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang yang efektif, reversibel, dan aman digunakan pada ibu postpartum termasuk ibu menyusui. IUD postpartum dapat dipasang segera setelah persalinan, termasuk pada tindakan *sectio caesarea*, untuk mencegah kehamilan yang terlalu dekat jaraknya.⁷³

Penelitian oleh Kapp dan Curtis (2009) menunjukkan bahwa penggunaan IUD postpartum merupakan metode kontrasepsi yang efektif dan aman dengan angka keberhasilan tinggi serta tidak memengaruhi produksi ASI. Selain itu, kontrasepsi IUD postpartum berperan penting dalam mencegah kehamilan yang terlalu dekat jaraknya sehingga dapat menurunkan risiko komplikasi maternal dan neonatal pada kehamilan

berikutnya. Kondisi Ny. H yang tetap dapat memberikan ASI eksklusif menunjukkan bahwa penggunaan IUD tidak mengganggu proses laktasi.⁷⁴

Edukasi mengenai pemeriksaan mandiri benang IUD setiap bulan setelah menstruasi juga sesuai dengan teori pemantauan akseptor IUD. Pemeriksaan benang bertujuan mendeteksi dini kemungkinan ekspulsi atau perubahan posisi alat kontrasepsi. Menurut Buku *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (2022), akseptor IUD perlu mengetahui tanda bahaya seperti nyeri abdomen hebat, perdarahan berlebihan, keputihan berbau, atau benang IUD tidak teraba agar segera melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan.⁷⁵