

BAB III

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengkajian

Berdasarkan data subjektif, Ny. FA usia 42 tahun dengan status G4P3A0H3 datang untuk pemeriksaan kehamilan rutin tanpa keluhan. Ibu tidak mengeluhkan nyeri perut, perdarahan pervaginam, maupun pengeluaran cairan dari jalan lahir, serta menyatakan gerakan janin aktif lebih dari 10 kali dalam 12 jam terakhir. Secara teori, tidak adanya keluhan tersebut menunjukkan bahwa kehamilan berada dalam kondisi fisiologis dan tidak mengarah pada tanda bahaya kehamilan trimester III. Gerakan janin yang aktif juga merupakan indikator kesejahteraan janin yang baik. Selain itu, ibu menyampaikan adanya sedikit kecemasan terkait usia yang termasuk risiko tinggi, namun mendapatkan dukungan keluarga yang baik. Kondisi psikologis ini masih dalam batas adaptif, karena dukungan sosial yang adekuat dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil risiko tinggi.²³

Dari aspek objektif, hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis* dan tanda vital dalam batas normal. Hal ini menunjukkan tidak adanya tanda-tanda gangguan hemodinamik maupun infeksi. Status gizi ibu tergolong *overweight* dengan IMT 26,7 kg/m², namun masih dalam batas yang dapat ditoleransi selama kehamilan. Lingkar lengan atas (LILA) 29 cm menunjukkan bahwa ibu tidak mengalami kekurangan energi kronis (KEK). Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri 32 cm yang sesuai dengan usia kehamilan, denyut jantung janin 149 x/menit dalam batas normal (120–160 x/menit), serta tidak ditemukan edema pada ekstremitas.

Ny. FA merupakan ibu hamil usia 42 tahun dengan status G4P3A0H3 pada usia kehamilan 33 minggu 4 hari yang termasuk dalam kategori kehamilan risiko tinggi berdasarkan faktor usia ≥ 35 tahun dan multiparitas. Secara teori, kehamilan pada usia lanjut berhubungan dengan peningkatan risiko komplikasi obstetri seperti hipertensi dalam kehamilan, *preeklamsia*, *diabetes gestasional*, serta peningkatan angka persalinan operatif. Pada kasus ini, meskipun tidak ditemukan keluhan subjektif maupun tanda komplikasi mayor, kondisi ibu tetap dikategorikan berisiko tinggi karena karakteristik dan riwayat obstetric Ny. FA.^{16,17}

Penelitian yang dilakukan oleh (Plos one, 2021) menunjukkan bahwa ibu dengan usia ≥ 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami *preeklamsia*, *diabetes gestasional*, serta peningkatan kejadian persalinan secara *sectio caesarea* dibandingkan dengan ibu usia reproduksi sehat. Selain itu, risiko tersebut akan semakin meningkat pada usia ≥ 40 tahun dan dapat diperberat oleh faktor lain seperti multiparitas dan kondisi janin, termasuk presentasi tidak normal dan taksiran berat janin besar.²⁴

Selain faktor usia, multiparitas pada Ny. FA juga menjadi faktor risiko penting. Secara ilmiah, Multiparitas menyebabkan peregangan uterus yang terjadi secara berulang, sehingga dapat menurunkan elastisitas dan tonus miometrium. Kondisi ini mengakibatkan dinding uterus menjadi kurang optimal dalam mempertahankan posisi janin, sehingga meningkatkan risiko terjadinya malpresentasi seperti presentasi sungsang dan perdarahan *postpartum*.²⁵ Hal ini terbukti pada kasus dimana janin berada dalam presentasi sungsang pada trimester III. Berdasarkan teori, pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu, sebagian besar janin seharusnya sudah berada pada presentasi kepala, sehingga persistensi sungsang mengindikasikan adanya faktor predisposisi seperti multiparitas.

Pada kunjungan kedua tanggal 03 Maret 2026, data subjektif menunjukkan tidak ada keluhan dan ibu menyatakan gerakan janin tetap

aktif serta telah melakukan anjuran sebelumnya seperti posisi *knee chest*. Secara teori, kondisi ini menunjukkan bahwa intervensi konservatif seperti *knee chest* belum memberikan perubahan posisi janin, yang memang dapat terjadi karena keberhasilan metode ini tidak selalu tinggi, terutama pada multipara.

Dari aspek patofisiologi, usia ≥ 35 tahun berkaitan dengan penurunan elastisitas pembuluh darah dan fungsi vaskular yang dapat memengaruhi perfusi uteroplasenta, meskipun pada kasus ini belum menimbulkan manifestasi klinis.²⁶ Sementara itu, multiparitas menyebabkan perubahan struktur miometrium yang berkontribusi terhadap penurunan tonus uterus, sehingga mempermudah terjadinya presentasi sungsang. Pada pemeriksaan laboratorium, kadar hemoglobin ibu sebesar 12,8 g/dL menunjukkan kondisi normal, sehingga tidak terdapat anemia dan kemampuan pengangkutan oksigen dalam darah masih adekuat untuk menunjang kebutuhan ibu dan janin.

Pada kunjungan selanjutnya, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa janin masih dalam presentasi sungsang dengan taksiran berat janin meningkat hingga 4100 gram. Peningkatan ukuran janin ini menunjukkan adanya kecenderungan *makrosomia*, yang secara teori dapat memperberat risiko persalinan terutama jika disertai malpresentasi. Kombinasi antara presentasi sungsang dan *makrosomia* meningkatkan risiko terjadinya disproporsi sefalopelvik, persalinan lama, serta komplikasi pada janin seperti asfiksia dan trauma lahir. Selain itu, tidak masuknya bagian terbawah janin ke pintu atas panggul mengindikasikan bahwa kemungkinan persalinan pervaginam semakin kecil, sehingga diperlukan perencanaan persalinan yang lebih aman melalui tindakan operatif di fasilitas rujukan.

Pada kunjungan selanjutnya, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa janin masih dalam presentasi sungsang dengan taksiran berat janin

mencapai 4100 gram. Kondisi ini mengarah pada *makrosomia*, yang secara teoritis meningkatkan risiko komplikasi persalinan. Janin dengan berat badan besar memiliki keterbatasan ruang untuk melakukan rotasi spontan menjadi presentasi kepala, sehingga cenderung mempertahankan malpresentasi.²⁷

Kombinasi antara *makrosomia*, multiparitas, dan usia ibu ≥ 35 tahun merupakan faktor risiko yang saling memperkuat terhadap terjadinya komplikasi obstetri. *Makrosomia* meningkatkan risiko distosia, terutama pada persalinan sungsang, serta meningkatkan kejadian trauma lahir dan asfiksia neonatorum.²⁷ Di sisi lain, usia maternal lanjut juga berkaitan dengan penurunan fungsi fisiologis serta peningkatan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan. Oleh karena itu, kondisi ini memerlukan kewaspadaan tinggi dalam penatalaksanaan, termasuk pertimbangan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap serta kemungkinan terminasi kehamilan secara operatif sesuai indikasi medis dan standar pelayanan kebidanan.

2. Analisa

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah Ny. FA umur 42 tahun G4P3A0Ah3 hamil usia kehamilan 33 minggu 4 hari dengan kehamilan risiko tinggi usia ≥ 35 tahun, multiparitas, janin tunggal hidup intrauterin, letak memanjang, dan presentasi bokong (sungsang) yang memerlukan asuhan kebidanan trimester III secara komprehensif. Menurut teori, usia reproduksi sehat berada pada rentang 20–35 tahun, sedangkan usia ≥ 35 tahun termasuk berisiko lebih tinggi mengalami komplikasi seperti hipertensi, *preeklamsia*, *diabetes gestasional*, dan persalinan operatif.²⁶ Pada kasus ini ditemukan presentasi bokong, yaitu keadaan dimana bagian terbawah janin adalah bokong, padahal secara teori setelah usia kehamilan >32 minggu sebagian besar janin normalnya berada pada presentasi kepala. Kondisi sungsang pada

trimester III meningkatkan risiko persalinan lama, prolaps tali pusat, trauma lahir, dan asfiksia neonatal.²⁵ Janin tunggal hidup intrauterin dibuktikan dengan gerakan janin aktif dan DJJ normal, sedangkan kadar Hb 12,8 g/dL menunjukkan ibu tidak mengalami anemia. Berdasarkan teori dan kondisi klinis tersebut, Ny. FA termasuk kehamilan trimester III risiko tinggi karena usia maternal lanjut, multiparitas, dan presentasi sungsang, sehingga memerlukan pemantauan ketat, edukasi tanda bahaya, dan persiapan persalinan di fasilitas rujukan.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada masa kehamilan Ny. FA dilakukan secara komprehensif sesuai kondisi kehamilan risiko tinggi yang disebabkan oleh usia maternal lanjut (42 tahun), multiparitas, dan presentasi sungsang. Pada kunjungan awal usia kehamilan 33 minggu 4 hari, dilakukan pemeriksaan menyeluruh meliputi tanda vital, status obstetri melalui palpasi Leopold, TFU, DJJ, serta evaluasi kondisi umum ibu untuk memastikan kesejahteraan maternal dan fetal. Tindakan ini sesuai standar ANC terpadu yang bertujuan mendeteksi dini faktor risiko dan komplikasi. Setelah kondisi ibu dan janin dinyatakan baik, bidan menyampaikan hasil pemeriksaan sekaligus memberikan edukasi bahwa meskipun kondisi stabil, kehamilan termasuk risiko tinggi. Edukasi diberikan mengenai risiko usia ≥ 35 tahun yang secara teori berkaitan dengan peningkatan kejadian hipertensi gestasional, *preeklamsia*, *diabetes gestasional*, dan persalinan operatif, serta risiko multiparitas terhadap kelemahan tonus uterus, malpresentasi, dan perdarahan *postpartum*.²⁸ Presentasi sungsang juga dijelaskan sebagai kondisi abnormal trimester III yang berisiko menyebabkan persalinan sulit, prolaps tali pusat, dan asfiksia neonatorum.²⁵

Penatalaksanaan berupa edukasi risiko kehamilan dilakukan sebagai bagian dari informed choice agar ibu memahami kondisi dan mampu

mengambil keputusan tepat. Anjuran posisi *knee chest* diberikan sebagai upaya noninvasif untuk membantu rotasi spontan janin melalui pengaruh gravitasi, meskipun keberhasilannya bergantung pada usia kehamilan, jumlah air ketuban, dan paritas.²⁹ Pemantauan gerak janin harian dianjurkan karena penurunan gerak janin dapat menjadi indikator awal gangguan kesejahteraan janin. Ibu juga dianjurkan mempertahankan nutrisi seimbang dan konsumsi tablet tambah darah. Secara teori, kebutuhan zat besi meningkat selama kehamilan untuk mendukung peningkatan volume plasma dan pertumbuhan janin, sehingga suplementasi Fe penting untuk mencegah anemia.³⁰

Pada kunjungan kedua usia kehamilan 34 minggu 1 hari, penatalaksanaan difokuskan pada evaluasi kepatuhan ibu terhadap anjuran sebelumnya. Ibu telah rutin melakukan *knee chest* namun presentasi janin masih sungsang, sehingga bidan memperkuat edukasi, melanjutkan pemantauan gerak janin, nutrisi, tablet tambah darah, dan kontrol lanjutan ke rumah sakit. Pada tahap ini juga dilakukan konseling keluarga berencana pasca persalinan, dimana berdasarkan faktor risiko usia dan multiparitas, kontrasepsi mantap (MOW) diperkenalkan sebagai pilihan rasional untuk mencegah kehamilan risiko tinggi berikutnya.³¹

Pada kunjungan ketiga usia kehamilan 37 minggu 6 hari, hasil evaluasi menunjukkan presentasi bokong menetap dengan taksiran berat janin ± 4100 gram suspek *makrosomia*, sehingga peluang persalinan pervaginam semakin berisiko. Penatalaksanaan kemudian berfokus pada persiapan persalinan operatif melalui edukasi indikasi *sectio caesarea*, prosedur tindakan, manfaat, serta keamanan ibu dan janin. Selain itu, dilakukan persiapan komprehensif meliputi kesiapan fisik, kesiapan psikologis, kesiapan biaya, transportasi, donor darah, dan dukungan keluarga. Pendekatan ini sesuai prinsip *birth preparedness and complication readiness* (BPCR), yaitu persiapan persalinan dan

pencegahan komplikasi.³² Secara keseluruhan, penatalaksanaan kehamilan Ny. FA telah sesuai dengan standar pelayanan kebidanan berkelanjutan karena mencakup deteksi dini risiko, edukasi, pemantauan berkala, kolaborasi, rujukan, serta persiapan persalinan aman berbasis faktor risiko maternal dan fetal.

Bidan memberikan dukungan emosional dan motivasi kepada ibu agar lebih tenang dalam menghadapi kehamilan risiko tinggi serta mengurangi kecemasan terkait usia dan kondisi kehamilan. Suami dan keluarga dilibatkan dalam memberikan dukungan selama kehamilan, persiapan persalinan, serta pengambilan keputusan terkait rujukan dan tindakan persalinan. Bidan juga menganjurkan ibu untuk tetap berdoa dan mendekatkan diri kepada Tuhan agar ibu merasa lebih tenang dan siap menghadapi persalinan. Selain itu, bidan menghargai kebiasaan dan budaya keluarga selama tidak membahayakan kesehatan ibu dan janin.

B. Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian

Berdasarkan kasus, Ny. FA menjalani persalinan pada usia kehamilan 38 minggu melalui tindakan *sectio caesarea* (SC) pada tanggal 02 April 2026 pukul 07.30 WIB di RSUD Kharisma Paramedika dengan indikasi presentasi bokong, usia ibu ≥ 35 tahun, multiparitas, serta taksiran berat janin besar. Data subjektif menunjukkan ibu tidak memiliki keluhan dan gerakan janin aktif, namun terdapat kecemasan ringan menjelang tindakan, yang merupakan respons psikologis wajar pada ibu yang akan menjalani operasi. Secara objektif, kondisi ibu dalam batas normal dengan tanda vital stabil, DJJ 144 x/menit, serta tidak terdapat kontraksi uterus. Temuan TFU 41 cm yang lebih besar dari usia kehamilan mendukung adanya suspek *makrosomia*.²⁸ Secara patofisiologi, pada presentasi sungsang, kepala janin yang merupakan bagian terbesar akan lahir terakhir

sehingga meningkatkan risiko terjadinya *head entrapment* yang dapat menyebabkan asfiksia. Risiko ini semakin meningkat pada kondisi *makrosomia* karena ukuran janin yang besar dapat menyebabkan kesulitan dalam proses kelahiran, termasuk disproporsi sefalopelvik. Selain itu, usia ibu ≥ 35 tahun dan multiparitas juga meningkatkan risiko komplikasi persalinan seperti kontraksi uterus yang tidak adekuat dan perdarahan *postpartum*.³³ Oleh karena itu, *sectio caesarea* menjadi pilihan penatalaksanaan yang lebih aman untuk menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi.

2. Analisa

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah Ny. FA usia 42 tahun P4A0Ah4 dengan persalinan usia kehamilan 38 minggu melalui *Sectio caesarea* atas indikasi presentasi bokong (sungsang), multiparitas, usia maternal lanjut, dan suspek *makrosomia*. Secara teori, persalinan pada usia kehamilan 37–42 minggu dikategorikan sebagai persalinan aterm atau cukup bulan. Pada kasus ini, usia kehamilan 38 minggu menunjukkan janin telah mencapai maturitas fisiologis untuk dilahirkan. Namun, ditemukan presentasi bokong, yaitu keadaan dimana bokong atau ekstremitas bawah janin menjadi bagian terbawah jalan lahir, sedangkan secara teori persalinan normal idealnya terjadi pada presentasi belakang kepala (presentasi vertex). Presentasi sungsang meningkatkan risiko persalinan pervaginam seperti prolaps tali pusat, trauma lahir, terjebaknya kepala setelah badan lahir (*head entrapment*), dan asfiksia neonatal.²⁵ Risiko tersebut semakin meningkat pada janin besar (*makrosomia*), yaitu berat lahir ≥ 4000 gram, karena ukuran tubuh janin yang besar dapat menyebabkan kesulitan lahir terutama pada kepala sebagai bagian terbesar.²⁸ Selain itu, usia ibu ≥ 35 tahun dan multiparitas juga meningkatkan risiko komplikasi persalinan seperti inersia uteri,

perdarahan *postpartum*, dan tindakan operatif. Berdasarkan teori obstetri, kombinasi presentasi sungsang dengan suspek janin besar merupakan indikasi kuat untuk dilakukan *Sectio caesarea* demi keselamatan ibu dan janin.²⁸

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan persalinan Ny. FA dilakukan sesuai prinsip penanganan persalinan risiko tinggi dengan indikasi obstetri yang jelas. Menurut teori, persalinan adalah proses pengeluaran janin, plasenta, dan selaput ketuban dari uterus, namun pada kondisi tertentu seperti presentasi sungsang persisten, usia maternal lanjut, multiparitas, dan suspek *makrosomia*, persalinan pervaginam dapat meningkatkan risiko maternal maupun neonatal sehingga diperlukan persalinan operatif melalui *Sectio caesarea*.³⁴ Pada usia kehamilan 38 minggu, kehamilan Ny. FA telah mencapai aterm, sehingga janin secara fisiologis siap dilahirkan. Namun, hasil pemeriksaan menunjukkan presentasi bokong dengan taksiran berat janin besar dan bagian terbawah belum masuk panggul, yang secara teori merupakan faktor yang meningkatkan risiko distosia, prolaps tali pusat, trauma lahir, dan asfiksia bila persalinan dilakukan pervaginam.²⁵ Oleh karena itu, keputusan persalinan *Sectio caesarea* telah sesuai dengan indikasi obstetri untuk menurunkan risiko komplikasi.

Pada fase preoperatif, dilakukan pemeriksaan kondisi umum ibu, pemantauan tanda vital, DJJ, dan evaluasi kesiapan fisik maupun psikologis. Secara teori, persiapan praoperasi meliputi puasa minimal 6 jam untuk mengurangi risiko aspirasi selama anestesi, *Informed Consent*, serta dukungan psikologis untuk menurunkan kecemasan maternal yang dapat memengaruhi respon fisiologis. *Sectio caesarea* dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dengan anestesi spinal. Menurut teori, anestesi spinal sering menjadi pilihan pada SC elektif karena memberikan efek anestesi adekuat, ibu tetap sadar, risiko aspirasi lebih rendah dibanding

anestesi umum, dan memungkinkan kontak awal ibu-bayi lebih cepat. Pemasangan MOW yang dilakukan bersamaan juga sesuai teori karena lebih efektif dan efisien pada ibu multipara usia tinggi yang tidak menginginkan kehamilan lagi. Setelah bayi lahir, dilakukan observasi kondisi maternal termasuk perdarahan, kontraksi uterus, dan pemulihan pasca anestesi. Secara teori, observasi post *Sectio caesarea* penting untuk mendeteksi dini komplikasi seperti perdarahan *postpartum*, infeksi, efek anestesi, dan gangguan involusi uterus. Dengan demikian, penatalaksanaan persalinan Ny. FA telah sesuai teori dan standar pelayanan obstetri karena meliputi persiapan preoperatif, tindakan operatif berdasarkan indikasi medis, serta pemantauan pascaoperasi guna menjamin keselamatan ibu dan bayi.

Bidan memberikan dukungan psikologis kepada ibu sebelum tindakan *sectio caesarea* untuk mengurangi rasa takut dan cemas terhadap prosedur operasi. Suami dan keluarga dilibatkan dalam memberikan dukungan moral serta membantu memenuhi kebutuhan ibu selama proses persalinan dan perawatan. Bidan memberikan kesempatan kepada ibu untuk berdoa sebelum tindakan operasi agar ibu merasa lebih tenang dan nyaman. Selain itu, bidan tetap menghormati budaya dan kebiasaan keluarga yang tidak bertentangan dengan tindakan medis dan keselamatan ibu maupun bayi.

C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Bayi lahir pukul 16.40 WIB dalam kondisi baik, ditandai dengan menangis kuat, gerakan aktif, dan warna kulit kemerahan, serta nilai *Apgar score* yang baik. Hasil pemeriksaan antropometri menunjukkan berat badan lahir 4099 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 34 cm, dan lingkar dada 33 cm. Secara teori, bayi baru lahir normal memiliki panjang

badan 48–52 cm, lingkar kepala 33–35 cm, dan lingkar dada 30–38 cm, sehingga parameter antropometri bayi masih dalam batas fisiologis meskipun berat badan lahir mengindikasikan *makrosomia*.²⁷ Secara teori, bayi dengan *makrosomia* memiliki risiko seperti hipoglikemia, trauma lahir, dan gangguan adaptasi.²⁷ Namun pada kasus ini tidak ditemukan komplikasi sehingga menunjukkan adaptasi neonatal berlangsung optimal.

2. Analisa

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah bayi Ny. FA lahir pada usia kehamilan 38 minggu melalui *Section caesarea* dengan kondisi neonatus cukup bulan dalam keadaan normal. Menurut teori, bayi baru lahir normal adalah bayi usia kehamilan 37–42 minggu dengan tanda segera menangis, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, dan nilai Apgar 7–10. Pada kasus ini, bayi lahir dengan menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan, serta *Apgar score* baik, sehingga menunjukkan adaptasi ekstrauterin berlangsung optimal.¹⁶ Meskipun berat badan lahir 4099 gram, tidak ditemukan komplikasi sehingga masih dalam kondisi fisiologis.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan bayi baru lahir telah sesuai dengan standar pelayanan neonatal, yaitu dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama ± 60 menit, Bayi membutuhkan tata laksana perawatan neonatal esensial. Ibu dan suami diberi tahu hasil pemeriksaan. Bayi diberi salep mata, suntik vitamin K, jaga kehangatan dan diberi imunisasi HB-0 sebelum dipindahkan ke ruang rawat. Ibu diajarkan dan dimotivasi untuk menyusui dengan cara yang benar. Pemberian profilaksis salep mata eritromisin atau tetrasiklin dilakukan untuk mencegah infeksi pada mata setelah melalui jalan lahir terutama pada bayi dengan ibu gonore dan klamidia yang dapat menyebabkan kebutaan pada mata bayi. Injeksi vitamin K1 (*pythomenandione*) dosis 1 mg merupakan upaya pencegahan perdarahan

pada bayi akibat pemotongan tali pusat dan defisiensi vitamin K yang mungkin dialami oleh bayi baru lahir. Pemberian imunisasi HB-0 dilakukan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 untuk mencegah infeksi hepatitis B baik dari luar atau penularan dari ibu ke bayi.³⁵

Setelah persalinan, ibu dalam kondisi *post sectio caesarea* dengan keadaan umum baik dan dilakukan observasi di ruang pemulihan, sementara bayi dirawat dengan sistem rawat gabung. Pendekatan rawat gabung ini sesuai dengan prinsip asuhan sayang ibu dan bayi (*mother and baby friendly care*) karena dapat meningkatkan keberhasilan menyusui, memperkuat bonding, serta mempermudah pemantauan kondisi ibu dan bayi.³⁶ Bidan memberikan dukungan kepada ibu agar percaya diri dalam menyusui dan merawat bayi baru lahir. Keluarga dilibatkan dalam membantu perawatan bayi dan mendukung keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Bidan juga mendukung keluarga dalam memberikan doa dan rasa syukur atas kelahiran bayi. Selain itu, bidan memberikan edukasi terkait praktik budaya perawatan bayi agar tetap aman dan tidak membahayakan kesehatan neonatus.

D. Asuhan Kebidanan Asuhan Nifas

1. Pengkajian

Pada kunjungan nifas hari pertama 03 April 2026, Ny. FA mengeluhkan nyeri pada luka operasi namun sudah mampu duduk dan BAK dengan bantuan pispot, serta mulai menyusui bayi setiap 2 jam meskipun ASI masih sedikit. Secara teori, masa nifas dibagi menjadi tiga tahap yaitu puerperium dini (0–24 jam), puerperium intermediet (1–7 hari), dan puerperium lanjut (hingga 6 minggu). Pada fase awal ini, tubuh ibu mengalami proses involusi uterus, yaitu kembalinya uterus ke ukuran sebelum hamil melalui mekanisme kontraksi dan autolisis serabut otot. Tinggi fundus uteri normalnya berada sekitar 1–2 jari di bawah pusat dalam

24 jam pertama, yang sesuai dengan temuan pada kasus ini.³⁷ *Lochea rubra* yang berwarna merah segar juga merupakan kondisi fisiologis akibat pelepasan sisa jaringan desidua dan darah. Sedangkan produksi ASI yang masih sedikit merupakan fase awal laktogenesis yang didominasi hormon progesteron dan prolaktin.³⁷

Sedangkan nyeri luka operasi merupakan respons inflamasi akibat insisi jaringan makam mahasiswa memberikan edukasi tentang kondisi yang dialami Ny. FA dan menyarankan Ny. FA untuk mengonsumsi makanan tinggi protein agar luka bekas operasi segera kering. Berdasarkan teori status gizi ibu nifas sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka. Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat – zat gizi. Zat gizi ini berfungsi untuk membantu proses metabolisme, pemeliharaan dan pembentukan jaringan baru. Protein merupakan mikronutrien esensial yang berperan penting untuk pemeliharaan dan perbaikan jaringan, serta penipisan jaringan luka dengan mengurangi pembentukan fibroblas dan perkembangan kolagen. Asupan protein yang cukup akan mengoptimalkan laju penyembuhan luka, dengan menghambat respon fibroblastik, pembentukan pembuluh darah baru, dan sintesis kolagen.³⁸

Pada kunjungan nifas hari ke-7 pada 10 April 2026, data subjektif menunjukkan ibu masih merasakan nyeri ringan pada luka operasi saat bergerak, namun sudah mampu beraktivitas dan merawat bayi secara mandiri, serta menyusui dengan ASI yang lancar. Secara teori, kondisi ini termasuk fase puerperium intermediet masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang berlangsung selama kurang lebih 6-8 minggu, namun pada minggu pertama terjadi perbaikan signifikan pada organ reproduksi dan peningkatan produksi ASI yang dikenal sebagai laktogenesis II, yaitu peningkatan produksi ASI akibat penurunan hormon progesteron dan dominasi prolaktin setelah plasenta lahir.³⁷ Data objektif menunjukkan

TFU berada di pertengahan pusat simfisis yang sesuai dengan teori penurunan TFU sekitar 1 cm per hari, serta *Lochea* berubah dari rubra menuju serosa dalam jumlah sedikit tanpa bau.³⁹ Perubahan ini menandakan proses penyembuhan *endometrium* berlangsung normal. Luka operasi dalam kondisi kering tanpa tanda infeksi menunjukkan proses penyembuhan memasuki fase proliferasi, meskipun nyeri ringan masih dapat dirasakan. Kondisi ini menandakan bahwa proses involusi berjalan dengan baik⁴⁰.

Pada kunjungan nifas hari ke 15 pada 17 April 2026, data subjektif menunjukkan ibu sudah tidak merasakan nyeri dan dapat beraktivitas normal serta menyusui secara eksklusif. Secara teori, pada minggu kedua masa nifas, uterus telah mengalami involusi lebih lanjut hingga tidak teraba di atas simfisis pubis.³⁷ Hal ini sesuai dengan hasil pemeriksaan dimana TFU sudah tidak teraba. *Lochea* yang keluar berupa serosa dalam jumlah sedikit tanpa bau menunjukkan proses penyembuhan uterus yang berlanjut menuju fase akhir. Luka operasi yang telah sembuh dengan baik menunjukkan bahwa proses penyembuhan jaringan telah memasuki fase maturase.⁴¹ Dimana jaringan kolagen mulai menguat dan fungsi jaringan kembali mendekati normal.

Pada kunjungan nifas hari ke 42 pada 14 Mei 2026, data subjektif menunjukkan ibu tidak memiliki keluhan, tidak ada nyeri luka operasi, dan sudah mampu beraktivitas normal. Secara teori, periode ini merupakan akhir dari masa nifas puerperium lanjut, dimana seluruh organ reproduksi telah kembali ke kondisi pra kehamilan.³⁷ Ibu juga mengatakan anaknya sudah diberikan imunisasi BCG pada tanggal 06/05/2026. Secara objektif, TFU tidak teraba, *Lochea* sudah tidak ada (alba), serta luka operasi sembuh sempurna tanpa tanda infeksi. Tidak adanya *Lochea* menandakan bahwa proses regenerasi *endometrium* telah selesai. Selain itu, produksi ASI yang

lancar menunjukkan keberhasilan adaptasi hormonal dengan dominasi prolaktin pada ibu menyusui.

Secara keseluruhan, perkembangan masa nifas pada Ny. FA dari hari pertama hingga hari ke-42 menunjukkan proses involusi uterus, perubahan *Lochea*, penyembuhan luka operasi, dan adaptasi laktasi berlangsung secara fisiologis tanpa komplikasi. Asuhan kebidanan yang diberikan telah sesuai dengan standar pelayanan, meliputi pemantauan tanda vital, involusi uterus, *Lochea*, luka operasi, serta edukasi mobilisasi, nutrisi, dan menyusui. Hal ini sejalan dengan pedoman WHO dan Kementerian Kesehatan yang menekankan pentingnya pemantauan masa nifas untuk mencegah komplikasi seperti perdarahan dan infeksi. Dengan demikian, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik, dan asuhan nifas pada kasus ini dapat dinilai optimal serta berbasis *evidence-based practice*.

2. Analisa

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif menunjukkan Ny. FA usia 42 tahun P4A0Ah4 menjalani masa nifas fisiologis post *Sectio caesarea* dengan pemulihan normal. Menurut teori, masa nifas berlangsung selama 6 minggu (42 hari) sejak plasenta lahir hingga organ reproduksi kembali seperti sebelum hamil, ditandai dengan involusi uterus, perubahan *Lochea*, penyembuhan luka, dan adaptasi laktasi.³⁷ Pada hari pertama, TFU 2 jari di bawah pusat, *Lochea* rubra, luka operasi baik, dan ASI mulai keluar menunjukkan involusi uterus normal, karena secara teori *Lochea* rubra terjadi pada 1–3 hari pertama dan TFU turun bertahap setiap hari. Pada hari ke-7, TFU menurun ke pertengahan pusat-simfisis, *Lochea* berubah menuju serosa, luka operasi kering, dan ASI lancar, sesuai teori bahwa *Lochea* serosa muncul pada hari ke-4–10 sebagai tanda pemulihan *endometrium*.⁶ Pada hari ke-15, TFU tidak teraba dan ibu dapat beraktivitas normal, menandakan involusi uterus hampir sempurna. Pada hari ke-42, *Lochea* berhenti dan luka operasi sembuh

sempurna, sesuai teori bahwa akhir masa nifas ditandai kembalinya organ reproduksi ke kondisi pra-kehamilan.³⁷ Asuhan nifas berupa pemantauan involusi uterus, *Lochea*, luka operasi, nutrisi, mobilisasi, dan ASI eksklusif telah sesuai standar, sehingga masa nifas Ny. FA berlangsung normal tanpa komplikasi.

3. Penatalaksanaan

Tata laksana masa nifas pada Ny. FA secara umum telah sesuai dengan standar pelayanan nifas Kementerian Kesehatan RI dan rekomendasi WHO, yaitu dilakukan pemantauan berkesinambungan pada KF I (6–48 jam), KF II (hari ke-7), KF III (hari ke-15), dan KF IV (hari ke-42) untuk menilai involusi uterus, pengeluaran *Lochea*, kondisi luka operasi, keberhasilan laktasi, status psikologis ibu, serta deteksi dini komplikasi *postpartum*.⁴² Pada KF I post *sectio caesarea*, pemantauan tanda vital, kontraksi uterus, TFU, *Lochea* rubra, dan kondisi luka operasi sangat penting karena 24 jam pertama merupakan periode kritis terjadinya perdarahan *postpartum*, infeksi, maupun komplikasi pasca anestesi. Mobilisasi dini yang dianjurkan setelah operasi terbukti secara ilmiah dapat meningkatkan sirkulasi darah, mencegah tromboemboli, mempercepat fungsi gastrointestinal, dan mendukung pemulihan fisik ibu.⁴³ Pemberian nutrisi tinggi protein, cairan cukup, serta tablet tambah darah sesuai kebutuhan ibu *postpartum* juga rasional karena protein berperan dalam regenerasi jaringan luka operasi, sedangkan zat besi membantu mencegah anemia *postpartum* akibat kehilangan darah selama persalinan *sectio caesarea*.³⁸

Dukungan terhadap keberhasilan menyusui pada Ny. FA melalui anjuran menyusui setiap 2–3 jam, rawat gabung, serta edukasi teknik menyusui. Secara fisiologis, hisapan bayi merangsang pelepasan hormon prolaktin untuk produksi ASI dan oksitosin untuk refleks pengeluaran ASI (let down reflex), sehingga semakin sering bayi menyusu maka produksi

ASI semakin optimal.³⁷ Pada kasus ini, ASI mulai keluar sedikit pada hari pertama *postpartum* merupakan kondisi fisiologis berupa kolostrum yang kaya imunoglobulin dan sangat penting bagi imunitas neonatus. Dukungan keluarga yang baik juga menjadi faktor protektif terhadap keberhasilan ASI eksklusif dan penurunan risiko *postpartum* blues.¹¹

Pada KF II dan KF III, evaluasi menunjukkan involusi uterus berjalan normal, *Lochea* berubah dari rubra ke serosa, luka operasi mengering tanpa infeksi, dan ibu mampu beraktivitas mandiri. Hal ini menandakan asuhan kebidanan yang diberikan efektif dan sesuai teori bahwa involusi uterus berlangsung progresif selama 2–6 minggu *postpartum*. Edukasi personal hygiene, perawatan luka operasi, istirahat cukup, dan tanda bahaya nifas seperti perdarahan, demam, nyeri hebat, atau *Lochea* berbau merupakan komponen penting pencegahan infeksi puerperalis, terutama pada ibu post SC yang memiliki risiko infeksi lebih tinggi dibanding persalinan pervaginam. Pada KF IV, kondisi ibu telah kembali fisiologis dengan TFU tidak teraba, *Lochea* berhenti, luka operasi sembuh, dan fungsi maternal optimal.

Pelayanan KB pasca persalinan melalui pemasangan MOW saat *sectio caesarea* juga merupakan keputusan yang tepat secara medis mengingat usia ibu 42 tahun, multiparitas, dan riwayat kehamilan risiko tinggi. Kontrasepsi mantap direkomendasikan pada perempuan dengan paritas cukup dan tidak menginginkan kehamilan lagi karena sangat efektif (>99%) serta tidak memengaruhi produksi ASI.³¹ Dengan demikian, seluruh penatalaksanaan nifas pada Ny. FA menunjukkan kesinambungan asuhan yang komprehensif, preventif, promotif, dan rehabilitatif, serta telah sesuai dengan prinsip *woman centered care*.

Bidan memberikan dukungan emosional untuk membantu ibu beradaptasi pada masa nifas dan mencegah kecemasan maupun *postpartum* blues. Suami dan keluarga dianjurkan membantu ibu dalam perawatan bayi

dan memenuhi kebutuhan ibu selama masa pemulihan. Bidan menganjurkan ibu tetap menjalankan ibadah sesuai kondisi kesehatan untuk meningkatkan ketenangan batin. Selain itu, bidan menghargai kebiasaan masa nifas yang dilakukan keluarga selama tidak berdampak buruk bagi kesehatan ibu.

E. Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Pengkajian

Pada kunjungan neonatus pertama pada 03 April 2026, bayi lahir melalui *sectio caesarea* dengan kondisi langsung menangis kuat, gerakan aktif, dan warna kulit kemerahan, serta nilai *Apgar score* 8 pada menit pertama dan 9 pada menit kelima. Secara teori, nilai *Apgar* 7–10 menunjukkan adaptasi neonatal baik, dimana bayi mampu beradaptasi terhadap perubahan dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin, terutama dalam fungsi respirasi dan sirkulasi. Berat badan lahir 4099 gram mengindikasikan *makrosomia*, yaitu bayi dengan berat lahir ≥ 4000 gram. Bayi *makrosomia* secara teori memiliki risiko seperti hipoglikemia, trauma lahir, dan gangguan pernapasan, namun pada kasus ini tidak ditemukan tanda komplikasi sehingga menunjukkan adaptasi awal berlangsung optimal.²⁸ Penatalaksanaan awal berupa Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama ± 60 menit telah sesuai *evidence-based practice* karena dapat membantu stabilisasi suhu, meningkatkan refleks menyusu, serta memperkuat bonding antara ibu dan bayi. Selain itu, pemberian vitamin K bertujuan mencegah perdarahan akibat defisiensi faktor pembekuan, salep mata untuk pencegahan infeksi oftalmia neonatorum, serta imunisasi Hepatitis B dosis 0 sebagai perlindungan dini terhadap infeksi hepatitis B.⁴⁴

Pada kunjungan neonatus hari ke-7 pada 10 April 2026, kondisi bayi dilaporkan baik tanpa keluhan, menyusu setiap 2–3 jam, serta tali

pusat sudah lepas dan bersih. Secara teori, frekuensi menyusu 8–12 kali per hari merupakan tanda kecukupan asupan ASI. Lepasnya tali pusat pada hari ke-5 hingga ke-7 termasuk dalam batas normal, yang menunjukkan proses pengeringan dan pemisahan jaringan umbilikus berjalan baik.⁴⁵ Tidak adanya tanda infeksi seperti kemerahan, bau, atau sekret pada tali pusat menunjukkan bahwa perawatan tali pusat dilakukan dengan benar, yaitu metode kering tanpa penggunaan bahan tambahan. Kondisi umum bayi yang aktif dan tidak terdapat tanda bahaya seperti demam, ikterus, atau kesulitan menyusu menunjukkan bahwa masa transisi neonatal berlangsung fisiologis.⁴⁶

Pada kunjungan neonatus hari ke 22 pada 17 April 2026, bayi dalam kondisi sehat, aktif, dan menyusu ASI eksklusif tanpa hambatan. Secara teori, periode ini termasuk fase neonatus lanjut (8–28 hari) dimana bayi telah melewati masa adaptasi awal dan mulai menunjukkan pola pertumbuhan yang stabil.⁴⁶ Tidak ditemukannya tanda ikterus patologis maupun infeksi menunjukkan bahwa fungsi hati dan sistem imun bayi berkembang dengan baik. Pemberian ASI eksklusif menjadi faktor penting dalam mendukung imunitas bayi karena mengandung antibodi, enzim, dan faktor pertumbuhan yang dibutuhkan.⁴⁷

Secara keseluruhan, perkembangan neonatus dari lahir hingga usia 22 hari menunjukkan kondisi yang fisiologis dan tanpa komplikasi, meskipun bayi termasuk kategori *makrosomia*. Asuhan yang diberikan telah sesuai standar pelayanan neonatal, meliputi IMD, pemberian profilaksis (vitamin K, salep mata, imunisasi Hb0), perawatan tali pusat, serta dukungan ASI eksklusif. Hal ini sejalan dengan rekomendasi WHO yang menekankan pentingnya perawatan esensial bayi baru lahir (*Essential Newborn Care*) untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas neonatal.⁴⁸ Dengan demikian, tidak terdapat kesenjangan antara

teori dan praktik pada kasus ini, dan asuhan yang diberikan dapat dinilai optimal serta berbasis *evidence-based practice*.

2. Analisa

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif menunjukkan bayi Ny. FA merupakan neonatus fisiologis dengan kondisi normal. Menurut teori, masa neonatus berlangsung dari lahir sampai 28 hari dan merupakan periode adaptasi ekstrauterin, meliputi stabilisasi pernapasan, suhu tubuh, sirkulasi, dan kemampuan menyusu.⁴⁶ Pada hari pertama, bayi aktif, menyusu baik, dan tidak ada tanda bahaya, yang menunjukkan adaptasi neonatal normal. Pada hari ke-7, tali pusat telah lepas dan bersih, sesuai teori bahwa tali pusat normalnya puput pada hari ke-5–7 dengan perawatan kering. Pada hari ke-22, bayi tetap aktif, tumbuh sesuai usia, menyusu ASI eksklusif, serta tidak ditemukan ikterus atau infeksi, yang menandakan pertumbuhan dan perkembangan awal berlangsung fisiologis. Secara teori, ASI eksklusif selama periode neonatus penting untuk nutrisi, imunitas, dan pertumbuhan optimal.⁴⁵

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan neonatus pada bayi Ny. FA telah sesuai dengan standar Pelayanan *Neonatal Esensial* Kementerian Kesehatan dan rekomendasi WHO, yang meliputi kunjungan neonatal lengkap pada KN I (6–48 jam), KN II (hari ke-3–7), dan KN III (hari ke-8–28) dengan fokus pada adaptasi fisiologis, pencegahan infeksi, pemantauan pertumbuhan, keberhasilan menyusu, serta deteksi dini tanda bahaya neonatus. Pada KN I, bayi lahir cukup bulan melalui *sectio caesarea* dengan kondisi umum baik, menangis kuat, aktif, tidak ikterus, dan berhasil melakukan IMD serta rawat gabung.³⁶ Kondisi ini menunjukkan transisi ekstrauterin berjalan optimal meskipun bayi lahir dengan berat badan besar. Secara teori, periode 24 jam pertama merupakan masa kritis adaptasi sistem pernapasan, termoregulasi, metabolik, dan sirkulasi, sehingga pemantauan

suhu, frekuensi napas, kemampuan menyusu, eliminasi, dan tanda bahaya sangat penting.⁴⁵ Anjuran ASI eksklusif setiap 2–3 jam rasional karena kolostrum mengandung antibodi tinggi (IgA), faktor imunologis, serta membantu mencegah hipoglikemia, terutama pada neonatus besar yang memiliki risiko gangguan metabolik lebih tinggi.⁴⁷

Pencegahan hipotermia melalui menjaga kehangatan, kontak kulit dengan ibu, dan rawat gabung juga telah sesuai prinsip essential newborn care, karena neonatus mudah kehilangan panas akibat luas permukaan tubuh yang besar dibanding massa tubuhnya.³⁶ Edukasi perawatan tali pusat secara bersih dan kering tanpa pemberian bahan tradisional sangat penting untuk mencegah omfalitis dan infeksi sistemik. Pada KN II usia 7 hari, kondisi bayi tetap fisiologis dengan tali pusat sudah lepas, tidak ikterus, dan eliminasi baik. Hal ini menunjukkan adaptasi neonatal normal, nutrisi adekuat, serta tidak ada tanda infeksi. Pemantauan lanjutan dan edukasi imunisasi dasar seperti BCG dan pemantauan pertumbuhan di posyandu merupakan bagian promotif-preventif yang penting untuk menunjang tumbuh kembang optimal.⁴⁹

Pada KN III usia 22 hari, bayi tetap dalam kondisi sehat, aktif, menyusu eksklusif, tanda vital dalam batas normal, dan tidak ditemukan masalah klinis. Secara teori, periode neonatal hingga 28 hari merupakan masa risiko tinggi terhadap infeksi, ikterus patologis, dan gangguan pertumbuhan, sehingga keberhasilan mempertahankan kondisi normal hingga usia ini menunjukkan asuhan neonatal berjalan efektif.³⁵ Edukasi berkelanjutan terkait ASI eksklusif 6 bulan, imunisasi rutin, kebersihan lingkungan, dan tanda bahaya neonatus seperti demam, kejang, malas menyusu, sesak, atau kuning merupakan langkah penting dalam *Continuity of Care*. Secara keseluruhan, penatalaksanaan neonatus pada kasus ini telah sesuai standar *evidence-based neonatal care*, komprehensif, preventif, dan mendukung tumbuh kembang bayi.

Bidan memberikan edukasi dan dukungan kepada ibu agar percaya diri dalam merawat neonatus di rumah. Keluarga dilibatkan dalam menjaga kebersihan lingkungan dan mendukung pemberian ASI eksklusif. Bidan juga mendukung keluarga untuk memberikan doa dan rasa syukur atas kesehatan bayi. Selain itu, bidan memberikan edukasi mengenai praktik budaya pada neonatus agar tetap sesuai prinsip kesehatan dan keamanan bayi.

F. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1. Pengkajian

Pada kasus Ny. FA, pemilihan metode kontrasepsi pasca persalinan adalah Metode Operatif Wanita (MOW) yang dilakukan bersamaan dengan tindakan *sectio caesarea*. Berdasarkan data subjektif, ibu menyatakan tidak ingin hamil kembali dan telah berdiskusi serta mendapatkan persetujuan dari suami. Secara teori, pemilihan kontrasepsi harus didasarkan pada prinsip informed choice, yaitu keputusan yang diambil secara sadar setelah mendapatkan informasi lengkap mengenai manfaat, risiko, dan alternatif metode kontrasepsi.²² Hal ini telah terpenuhi pada kasus ini melalui proses konseling dan *Informed Consent* sebelum tindakan.

Dari aspek faktor risiko, Ny. FA termasuk dalam kategori pasangan usia subur dengan risiko tinggi, yaitu usia ≥ 35 tahun dan multiparitas (G4P3). Secara ilmiah, kehamilan pada usia lanjut memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi, seperti hipertensi dalam kehamilan, *diabetes gestasional*, serta peningkatan angka tindakan operatif. Selain itu, multiparitas juga meningkatkan risiko atonia uteri dan perdarahan *postpartum* pada kehamilan berikutnya.²⁶ Oleh karena itu, secara teori, metode kontrasepsi jangka panjang bahkan permanen seperti MOW sangat

dianjurkan pada kondisi ini untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan berisiko tinggi.⁵⁰

Secara patofisiologi, MOW dilakukan melalui prosedur tubektomi, yaitu pemotongan atau pengikatan tuba falopi sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma.⁵¹ Metode ini bersifat permanen dengan efektivitas sangat tinggi lebih dari 99% dan tidak memengaruhi produksi hormon, siklus menstruasi, maupun proses menyusui. Pelaksanaan MOW bersamaan dengan *sectio caesarea* merupakan pendekatan yang rasional karena memanfaatkan tindakan operasi yang sudah dilakukan, sehingga tidak memerlukan prosedur tambahan di kemudian hari dan mengurangi risiko anestesi ulang.⁵¹

Pada kasus ini, penatalaksanaan telah dilakukan sesuai standar, yaitu melalui konseling KB, *Informed Consent*, serta pelaksanaan tindakan MOW oleh tenaga medis kompeten saat operasi SC. Pada kunjungan nifas, ibu tidak mengeluhkan komplikasi terkait tindakan MOW, hanya terdapat nyeri ringan pada luka operasi yang masih dalam batas normal. Hal ini menunjukkan bahwa prosedur berjalan dengan baik tanpa komplikasi seperti infeksi atau perdarahan.

Secara keseluruhan, pemilihan dan pelaksanaan metode kontrasepsi pada Ny. FA telah sesuai dengan prinsip *evidence-based practice* dan standar pelayanan KB. Metode MOW merupakan pilihan yang tepat berdasarkan kondisi medis dan keinginan ibu, serta efektif dalam mencegah kehamilan berisiko tinggi di masa mendatang. Hal ini sejalan dengan pedoman Kementerian Kesehatan yang merekomendasikan kontrasepsi jangka panjang atau permanen pada wanita dengan paritas cukup dan risiko tinggi. Dengan demikian, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik, dan asuhan KB pada kasus ini dapat dinilai optimal.

2. Analisa

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif menunjukkan Ny. FA usia 42 tahun P4A0Ah4 merupakan akseptor baru KB pasca persalinan dengan memilih Metode Operatif Wanita (MOW) yang dilakukan bersamaan dengan *Sectio caesarea*. Menurut teori, akseptor baru KB adalah seseorang yang pertama kali menggunakan metode kontrasepsi setelah mendapatkan konseling dan memilih metode sesuai kondisi kesehatan serta kebutuhan reproduksi.⁵⁰ Pada kasus ini, usia ibu ≥ 35 tahun dan multiparitas (>3) termasuk kehamilan risiko tinggi, sehingga secara teori kontrasepsi permanen merupakan pilihan yang tepat untuk mencegah kehamilan berikutnya yang berpotensi meningkatkan komplikasi maternal. MOW adalah metode kontrasepsi mantap pada wanita melalui pemotongan atau pengikatan tuba falopi sehingga mencegah fertilisasi, dengan efektivitas sangat tinggi ($>99\%$) dan tidak memengaruhi hormon, laktasi, maupun aktivitas seksual.³¹ Pemilihan MOW pada Ny. FA telah sesuai dengan prinsip *informed choice* karena dilakukan setelah konseling, persetujuan ibu dan suami, serta mempertimbangkan bahwa ibu tidak menginginkan kehamilan lagi. Pelaksanaan MOW bersamaan dengan operasi SC juga sesuai teori karena lebih efektif, aman, dan tidak memerlukan prosedur operasi tambahan. Evaluasi pasca tindakan menunjukkan ibu dalam kondisi baik tanpa komplikasi, sehingga Ny. FA dapat dikategorikan sebagai akseptor baru KB MOW yang sesuai indikasi medis dan kebutuhan reproduksi jangka panjang.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KB pada Ny. FA sudah sesuai dengan standar pelayanan KB pasca persalinan dan berbasis evidence. Pemilihan Metode Operatif Wanita (MOW) dilakukan setelah konseling dan *Informed Consent*, menunjukkan keputusan yang sadar. Secara teori, MOW

merupakan kontrasepsi permanen dengan efektivitas >99% yang bekerja dengan menghambat pertemuan ovum dan sperma melalui tindakan pada tuba falopi, serta direkomendasikan pada ibu dengan paritas cukup dan usia ≥ 35 tahun karena kehamilan berikutnya berisiko tinggi.³¹

Pelaksanaan MOW bersamaan dengan *sectio caesarea* merupakan pilihan yang tepat karena lebih efisien dan aman tanpa perlu tindakan operasi ulang. Pada evaluasi pasca tindakan, tidak ditemukan komplikasi sehingga menunjukkan prosedur berjalan optimal. Edukasi tanda bahaya dan kontrol lanjutan juga telah diberikan. Secara keseluruhan, asuhan KB ini tepat, aman, tidak mengganggu laktasi, dan efektif sebagai upaya pencegahan kehamilan berisiko pada Ny. FA.

Bidan memberikan konseling dan dukungan agar ibu merasa yakin dan nyaman dengan metode kontrasepsi yang dipilih. Suami dilibatkan dalam pengambilan keputusan penggunaan kontrasepsi untuk meningkatkan dukungan dan keberhasilan program KB. Bidan menghargai keyakinan ibu dalam memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan nilai dan kepercayaan keluarga. Selain itu, bidan menghormati budaya dan pandangan keluarga terkait penggunaan kontrasepsi selama tidak membahayakan kesehatan ibu.