

BAB III

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Ny. D telah melakukan pemeriksaan rutin di Puskesmas Seyegan dan dokter SpOG 11 kali selama kehamilan. Ibu telah menerima pelayanan minimal selama kehamilan dengan 6 kali pelayanan.⁴⁵

1. Pengkajian

Ibu datang ke Puskesmas Seyegan pada tanggal 4 Maret 2026. Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan kunjungan ini merupakan kunjungan ulang pada kehamilan saat ini. Ny. D berusia 22 tahun dengan status G1P0A0, usia kehamilan 36 minggu 2 hari. Riwayat menstruasi ibu teratur dengan HPHT 13 Juni 2026 dan HPL 20 Maret 2026. Pada siklus haid yang teratur, perhitungan taksiran persalinan dapat menggunakan rumus Naegele, yaitu dengan menambahkan 7 hari pada tanggal HPHT, mengurangi 3 bulan, dan menambahkan 1 tahun. Penentuan usia kehamilan juga dapat dilakukan melalui pemeriksaan USG yang paling akurat pada trimester I karena pada periode ini variasi biologik janin masih paling kecil.³

Gerak janin dirasakan aktif dan dalam 12 jam terakhir lebih dari 10 kali gerakan. Gerak janin merupakan indikator penting kesejahteraan janin. Berkurangnya gerak janin dapat mengindikasikan adanya gangguan pertumbuhan janin, insufisiensi plasenta, maupun perdarahan fetomaternal. Oleh karena itu, pengkajian terhadap frekuensi gerak janin penting dilakukan pada setiap pemeriksaan kehamilan.¹¹

Ibu sudah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 5 kali, dengan TT ke-5 diberikan pada saat pemeriksaan caten. Pencegahan tetanus neonatorum dilakukan dengan pemberian 5 dosis imunisasi TT untuk mencapai kekebalan penuh. Imunisasi TT bertujuan melindungi ibu dan bayi dari risiko tetanus yang dapat meningkat akibat proses persalinan. Ibu yang baru melahirkan dapat terpapar tetanus melalui luka jalan lahir, sementara

bayi dapat terpapar melalui pemotongan tali pusat.⁴⁶ Dengan status TT5, ibu sudah mendapatkan dosis lengkap dan tidak memerlukan tambahan imunisasi lagi.

Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran sebelumnya. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit sistemik baik pada dirinya maupun keluarga. Pengkajian riwayat obstetri penting dilakukan untuk mengetahui faktor risiko penyulit dan komplikasi dari riwayat kehamilan sebelumnya.³

Ibu mengaku sehari-hari makan 3–4 kali dengan porsi sedang, jenis makanan yang dikonsumsi meliputi nasi, sayur, lauk, dan buah, serta tidak ada alergi makanan. Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang seimbang selama kehamilan sangat penting untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta mencegah anemia yang banyak disebabkan oleh defisiensi zat besi dan asam folat akibat ketidakseimbangan asupan gizi.⁴⁶

Ibu mengaku istirahat cukup, sehari-hari melakukan pekerjaan rumah tangga dibantu keluarga, tidak ada kebiasaan merokok, minum alkohol, maupun konsumsi obat-obatan tanpa resep dokter. Gangguan tidur lebih sering terjadi selama kehamilan akibat perubahan hormonal, tekanan uterus pada paru-paru dan kandung kemih, serta kecemasan menghadapi persalinan. Durasi tidur yang pendek (kurang dari 7 jam) pada ibu hamil dikaitkan dengan intoleransi glukosa, peningkatan insiden diabetes gestasional, dan risiko gangguan hipertensi.⁴⁷

Pemeriksaan status gizi berdasarkan IMT menunjukkan hasil 24,9 (berat berlebih). Evaluasi pada trimester III ini menunjukkan kenaikan berat badan sebesar 11,4 kg. Kenaikan berat badan yang direkomendasikan selama kehamilan disesuaikan dengan IMT sebelum hamil; pada ibu dengan IMT overweight (25,0–29,9), rekomendasi kenaikan berat badan adalah 7–11,5 kg, sedangkan pada IMT normal (18,5–24,9), rekomendasinya adalah 11,5–16 kg.⁴⁵ Pemantauan IMT dan kenaikan berat badan secara berkala penting dilakukan karena ibu dengan IMT

berlebih berisiko lebih tinggi mengalami hipertensi gestasional dan preeklampsia.⁴⁸

Pemeriksaan fisik mata tidak menunjukkan tanda anemis. Pada pemeriksaan abdomen, pembesaran tampak memanjang, tidak ada bekas luka dan striae gravidarum. TFU 2 jari di bawah prosesus xifoideus, dengan TFU berdasarkan pengukuran McDonald adalah 31 cm. Letak janin memanjang, punggung di kiri, presentasi kepala, belum masuk panggul (tangan konvergen pada Leopold IV). DJJ 138 kali/menit. Berdasarkan TFU, TBJ diperkirakan 3.100 gram menggunakan rumus Johnson Toshack: $TBJ \text{ (gram)} = (TFU - n) \times 155$, dengan $n = 12$ karena kepala belum masuk panggul.⁴⁶ DJJ dalam batas normal (120–160 kali/menit) dan TFU sesuai usia kehamilan 36–40 minggu berdasarkan McDonald (29–34 cm).

Kepala janin yang belum masuk panggul pada usia kehamilan 36 minggu 2 hari menjadi perhatian klinis. Pada primigravida, kepala janin diharapkan mulai memasuki pintu atas panggul (PAP) sekitar usia kehamilan 36 minggu. Hasil telaah sistematis menunjukkan bahwa prevalensi masuknya kepala janin pada PAP pada usia kehamilan 36 minggu pada primigravida hanya sekitar 4,22%, sehingga kondisi kepala yang belum masuk panggul pada usia tersebut masih dapat dijumpai dan memerlukan pemantauan lebih lanjut.⁴⁹

Asuhan yang diberikan pada kunjungan 4 Maret 2026 meliputi anjuran melakukan jalan kaki dan gerakan squat (jongkok) atau malasana dalam prenatal yoga untuk membantu kepala bayi turun dan masuk ke panggul. Penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil primigravida yang aktif melakukan aktivitas squat/jongkok selama masa antenatal memiliki modified Bishop score yang lebih favorable pada saat masuk persalinan dibandingkan ibu yang tidak melakukan aktivitas tersebut, yang mengindikasikan bahwa kebiasaan squat antenatal berkontribusi terhadap kesiapan serviks dan posisi kepala janin menjelang persalinan.¹⁰ Prenatal yoga juga terbukti bermanfaat dalam mengoptimalkan posisi janin dan

mendukung output persalinan yang lebih baik pada primigravida trimester III.⁵⁰ Ibu dianjurkan memantau gerak janin secara mandiri di rumah, melanjutkan konsumsi tablet Fe dan kalsium, serta diberikan KIE tentang ketidaknyamanan kehamilan trimester III, tanda bahaya, dan persiapan persalinan.

2. Analisa

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah Ny. D usia 22 tahun G1P0A0 hamil usia kehamilan 36 minggu 2 hari normal, janin tunggal hidup intrauterine, letak memanjang, punggung kiri (puki), presentasi kepala, membutuhkan asuhan trimester III.

Ibu berusia 22 tahun, termasuk dalam rentang usia reproduksi sehat. Usia reproduksi yang sehat dan aman untuk hamil adalah antara 20 hingga 35 tahun. Pada usia di bawah 20 tahun, organ reproduksi wanita belum matang sepenuhnya sehingga meningkatkan risiko komplikasi, sedangkan pada usia di atas 35 tahun, kesehatan dan fungsi rahim mulai menurun sehingga komplikasi selama kehamilan dan persalinan cenderung meningkat.³ Dengan demikian, usia Ny. D saat ini berada pada rentang yang aman untuk kehamilan dan persalinan.

Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama Ny. D (G1P0A0) atau primigravida. Kondisi ini merupakan kondisi yang umum dijumpai dan relatif aman bila tidak disertai faktor risiko lain. Pada primigravida, beberapa kondisi fisiologis berbeda dibandingkan multigravida, antara lain tonus uterus yang lebih kuat, proses pembukaan serviks yang cenderung lebih lama, serta kepala janin yang biasanya baru masuk ke panggul mendekati akhir trimester III. Berbagai penyulit kehamilan dan persalinan seperti prematuritas lebih banyak terjadi pada ibu dengan paritas tinggi. Ibu dengan paritas lebih dari 3 mempunyai risiko 3,4 kali lebih besar mengalami perdarahan postpartum dibandingkan ibu dengan paritas 2–3.⁵¹ Dengan paritas 0 saat ini, Ny. D belum termasuk dalam kategori risiko tinggi berdasarkan paritas.

Usia kehamilan Ny. D adalah 36 minggu 2 hari, yang dihitung berdasarkan HPHT 13 Juni 2025, HPL 20 Maret 2026 menggunakan rumus Naegele. Usia kehamilan ini termasuk dalam trimester III (28–40 minggu), menjelang akhir kehamilan aterm (37–42 minggu). Pada usia kehamilan 36 minggu, janin mengalami perkembangan yang hampir sempurna dan siap lahir beberapa minggu ke depan.³

Janin dalam rahim dinyatakan tunggal karena pada pemeriksaan palpasi hanya teraba satu kepala janin dengan DJJ yang normal, menunjukkan janin hidup. Letak janin adalah letak memanjang, di mana sumbu panjang janin sejajar dengan sumbu panjang ibu. Presentasi menunjukkan bagian janin yang berada di bagian terbawah jalan lahir; pada kasus ini presentasi kepala merupakan presentasi yang normal dan paling menguntungkan bagi proses persalinan.¹¹ Kepala janin belum masuk panggul (Leopold IV tangan konvergen) pada usia kehamilan 36 minggu 2 hari. Pada primigravida, masuknya kepala janin ke rongga panggul umumnya terjadi antara usia kehamilan 36–38 minggu, sehingga kondisi ini masih dalam batas yang dapat diantisipasi dengan pemantauan lanjutan.³ Berdasarkan uraian di atas, Ny. D adalah ibu hamil trimester III dengan kondisi normal, tidak ada penyulit pada ibu, dan janin dalam kondisi baik dengan DJJ 138 kali/menit dalam batas normal (120–160 kali/menit). Ibu membutuhkan asuhan trimester III yang mencakup pemantauan kehamilan rutin, edukasi persiapan persalinan, serta anjuran aktivitas fisik untuk membantu penurunan kepala janin ke panggul.

Pada tanggal 11 Maret, analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah Ny. D usia 22 tahun G1P0A0 hamil usia kehamilan 37 minggu 2 hari suspek Disproporsi Kepala Panggul (DKP), janin tunggal hidup intrauterine, letak memanjang, punggung kiri (puki), presentasi kepala, membutuhkan asuhan trimester III. Usia kehamilan saat ini adalah 37 minggu 2 hari, yang sudah memasuki kategori kehamilan aterm (37–42 minggu). Pada usia kehamilan ini, janin dinyatakan cukup bulan dan secara fisiologis siap untuk dilahirkan.³

Kepala janin masih belum masuk panggul (Leopold IV tangan konvergen) pada usia kehamilan 37 minggu 2 hari. Kondisi ini, yang juga sudah tercatat pada kunjungan sebelumnya satu minggu yang lalu, menunjukkan tidak adanya kemajuan penurunan kepala janin meskipun ibu sudah melakukan latihan squat dan jalan kaki sesuai anjuran. Pada primigravida, kepala janin yang tidak kunjung masuk ke panggul mendekati usia kehamilan aterm perlu dievaluasi lebih lanjut untuk menyingkirkan kemungkinan adanya Disproporsi Kepala Panggul (DKP). Disproporsi Kepala Panggul (DKP) atau Cephalopelvic Disproportion (CPD) merupakan kondisi ketidaksesuaian antara ukuran lingkaran panggul ibu dengan ukuran kepala janin, yang menyebabkan janin tidak dapat melewati jalan lahir secara normal.⁴⁶

3. Penatalaksanaan

Ibu diberi tahu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin dalam kondisi baik. Penyampaian hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga merupakan bagian dari asuhan temu wicara yang harus dilakukan pada setiap kunjungan antenatal sesuai dengan pedoman pelayanan antenatal terpadu Kemenkes RI.⁵² Memberikan informasi yang jelas dan akurat kepada ibu tentang kondisi kehamilannya terbukti penting untuk mengajak keluarga aktif dalam memantau kemungkinan tanda bahaya dan hasil pemeriksaan kesejahteraan janin dalam kandungan.⁵³

Dalam pemenuhan asuhan kehamilan trimester III, ibu dianjurkan untuk melakukan latihan jalan kaki dan gerakan squat (jongkok) atau malasana dalam prenatal yoga untuk membantu kepala bayi turun dan masuk ke panggul. Penelitian Siriwardena, Perera, dan Karunasingha (2024) pada ibu primigravida di Colombo South Teaching Hospital, Sri Lanka, menunjukkan bahwa ibu hamil yang aktif melakukan aktivitas squat selama masa antenatal memiliki modified Bishop score yang lebih favorable pada saat masuk persalinan dibandingkan ibu yang tidak melakukan aktivitas tersebut, yang mengindikasikan bahwa kebiasaan

squat antenatal berkontribusi terhadap kesiapan serviks dan posisi kepala janin yang lebih baik menjelang persalinan.¹⁰

Ibu dianjurkan memenuhi kebutuhan nutrisi dengan makan gizi seimbang dan minum yang cukup, kelola stres, serta istirahat cukup. Pemenuhan nutrisi dan cairan penting bagi ibu hamil. Diet gizi seimbang membantu mencegah anemia dan mengurangi risiko komplikasi pada janin. Pemberian makan gizi seimbang juga membantu pencapaian kenaikan berat badan yang ideal selama kehamilan.⁵⁴ Mengingat IMT ibu sebelum hamil berada pada kategori berat berlebih (24,9) dan kenaikan BB selama kehamilan sudah mencapai 11,4 kg, ibu perlu mendapatkan perhatian khusus dalam hal pola makan untuk mencegah kenaikan berat badan yang berlebihan, yang dapat meningkatkan risiko hipertensi gestasional dan memperparah kondisi panggul dalam mengakomodasi janin yang semakin besar.

Ibu dianjurkan memantau gerak janin di rumah secara mandiri. Gerak janin normal adalah 10 kali atau lebih gerakan dalam 12 jam. Pemantauan gerak janin merupakan salah satu cara sederhana dan efektif yang dapat dilakukan ibu sendiri untuk memastikan kesejahteraan janin. Berkurangnya gerak janin dapat mengindikasikan adanya gangguan pertumbuhan janin, insufisiensi plasenta, dan kondisi kegawatan janin lainnya, sehingga segera perlu dilaporkan kepada tenaga kesehatan.¹¹

Ibu diberikan KIE ketidaknyamanan kehamilan trimester III dan tanda bahaya kehamilan. Pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan berperan penting dalam mendorong ibu untuk segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan apabila mengalami tanda-tanda yang membahayakan. Ibu hamil dengan pengetahuan yang baik tentang tanda bahaya kehamilan cenderung memiliki perilaku perawatan kehamilan yang lebih baik. Oleh karena itu, bidan perlu secara aktif memberikan edukasi dan meningkatkan pemahaman ibu tentang tanda bahaya kehamilan pada setiap kunjungan, terutama pada trimester III.

Ibu diberikan dukungan selama kehamilan dan persiapan persalinan. Pemberian dukungan psikologis kepada ibu hamil, termasuk anjuran mengelola stres, merupakan bagian dari pemenuhan kebutuhan psikologis yang penting selama kehamilan. Dukungan dari tenaga kesehatan, suami, dan keluarga terbukti berhubungan dengan kepatuhan ibu melakukan pemeriksaan kehamilan dan tingkat kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan.³

Terapi obat dalam kehamilan: ibu melanjutkan konsumsi Fe dan kalsium (kalk) yang telah diberikan sebelumnya. Suplementasi zat besi membantu peningkatan hemoglobin ibu. Kebutuhan zat besi meningkat selama kehamilan terutama pada trimester II dan III, jumlah yang dapat diserap dari makanan biasanya tidak mencukupi kebutuhan sehingga suplementasi tablet Fe diperlukan.⁵⁵ Kemenkes RI menganjurkan pemberian minimal 90 tablet Fe selama kehamilan. Ibu dianjurkan meminum Fe di malam hari untuk meminimalkan efek samping mual dan meningkatkan penyerapan.⁵²

Kunjungan ulang dianjurkan 1 minggu kemudian atau segera bila ada keluhan atau tanda-tanda persalinan. Keteraturan kunjungan antenatal penting dilakukan agar kondisi ibu dan janin dapat terpantau secara optimal sehingga deteksi dini terhadap komplikasi dapat dilakukan sedini mungkin. Tatalaksana yang diberikan pada Ny. D sudah sesuai dengan pedoman pelayanan antenatal terpadu Kemenkes RI yang mencakup pemeriksaan fisik, tanda vital, evaluasi status gizi, pengukuran TFU, penentuan presentasi dan DJJ, pemberian tablet tambah darah dan kalsium, serta temu wicara.⁵²

Penatalaksanaan pada tanggal 11 Maret 2026, ibu diberi tahu hasil pemeriksaan, termasuk penjelasan mengenai kondisi kepala janin yang masih belum masuk panggul meskipun ibu telah berusaha melakukan latihan squat dan jalan kaki. Penyampaian hasil pemeriksaan secara jujur dan informatif kepada ibu merupakan hak ibu sebagai klien sekaligus bagian dari pelayanan antenatal yang berkualitas.⁵² Penatalaksanaan

selanjutnya adalah kolaborasi dengan dokter umum Puskesmas Seyegan mengenai kondisi Ny. D. Kolaborasi antara bidan dan dokter merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang diatur dalam UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan di mana bidan melakukan kolaborasi dengan dokter dalam penanganan kasus-kasus yang memerlukan intervensi medis di luar kewenangan bidan, termasuk asuhan antenatal terintegrasi dengan kondisi tertentu.⁵⁶ Kolaborasi interprofesional ini penting untuk memastikan ibu mendapatkan penanganan yang tepat dan komprehensif.

Berdasarkan hasil kolaborasi, dokter umum memberikan advis untuk merujuk Ny. D ke dokter spesialis obstetri dan ginekologi (SpOG) dengan suspek DKP (Disproporsi Kepala Panggul). Rujukan ke SpOG diperlukan untuk dilakukan evaluasi panggul yang lebih komprehensif, baik secara klinis (pelvimetri klinis) maupun menggunakan USG, guna mengkonfirmasi atau menyingkirkan diagnosis DKP. DKP memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian seksio sesarea (SC), sehingga konfirmasi diagnosis sejak dini sangat penting untuk perencanaan persalinan yang aman bagi ibu dan janin.⁵⁷

Ibu diingatkan kembali untuk tetap memantau gerak janin secara mandiri di rumah, memperhatikan tanda-tanda persalinan dan tanda bahaya kehamilan, serta segera datang ke fasilitas kesehatan apabila ada keluhan, tanda-tanda persalinan, atau kondisi yang mengkhawatirkan. Penatalaksanaan pada kunjungan 11 Maret 2026 ini mencerminkan prinsip asuhan kebidanan yang berpusat pada ibu (women-centered care), di mana bidan tidak hanya memberikan asuhan rutin, tetapi juga mampu mendeteksi dini risiko, melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, dan merujuk tepat waktu demi keselamatan ibu dan janin.

B. Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL

1. Pengkajian

Ny. D datang ke RS Sakina Idaman tanggal 27 Maret 2026 pukul 08.00 WIB dengan keluhan kenceng-kenceng sejak pukul 07.00 WIB, usia kehamilan 41 minggu 1 hari (melewati HPL 20 Maret 2026). Tanda-tanda

persalinan meliputi kontraksi uterus teratur, pengeluaran lendir darah, dan pengeluaran cairan ketuban dari jalan lahir.¹³ Hasil pemeriksaan dalam belum ada pembukaan. Pemeriksaan USG menunjukkan janin tunggal hidup, presentasi kepala, air ketuban sedikit (oligohidramnion), TBJ 3.000 gram, DJJ 144x/menit. Oligohidramnion pada post date terjadi akibat insufisiensi plasenta yang menurunkan produksi urin janin, prevalensinya mencapai 12–14% setelah usia kehamilan 41 minggu.⁵⁸ Atas indikasi tersebut, dokter menganjurkan induksi persalinan, karena induksi pada kehamilan ≥ 41 minggu dianjurkan untuk mengurangi risiko gawat janin dan kematian perinatal.¹¹

Evaluasi tanggal 28 Maret 2026 pukul 08.00 WIB: ibu mengatakan ketuban pecah dan ingin mengejan seperti BAB. Pemeriksaan dalam didapati pembukaan lengkap 10 cm dan air ketuban berwarna hijau (mekonium). Meconium-Stained Amniotic Fluid (MSAF) pada post date berhubungan dengan risiko sindrom aspirasi mekonium (MAS) dan morbiditas neonatal.⁵⁹ Bayi lahir spontan pukul 08.45 WIB, langsung menangis. Ny. D mengalami robekan jalan lahir dan dilakukan penjahitan. Robekan perineum dialami 85% wanita saat melahirkan, terutama pada persalinan pertama, dan 60–70% membutuhkan penjahitan.⁶⁰

i. Analisa

Analisa pada Ny. D tanggal 27 Maret 2026 adalah Ny. D usia 22 tahun G1P0A0 usia kehamilan 41 minggu 1 hari dengan hamil post date inpartu kala I fase laten. Kehamilan post date adalah kehamilan yang melewati taksiran persalinan atau berlangsung lebih dari 40 minggu 0 hari dihitung dari HPHT.³ Pada kunjungan ini ditemukan oligohidramnion sebagai komplikasi kehamilan post date akibat insufisiensi plasenta yang memerlukan penanganan segera berupa induksi persalinan.⁵⁸

Analisa pada tanggal 28 Maret 2026 pukul 08.00 WIB adalah Ny. D G1P0A0 inpartu kala II dengan air ketuban berwarna hijau (MSAF). Setelah bayi lahir, analisa berubah menjadi P1A0Ah1 dengan robekan jalan lahir. Analisa bayi adalah By. Ny. D lahir spontan usia kehamilan 41

minggu 1 hari, jenis kelamin laki-laki, BB 3.010 gram, neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan.

ii. Penatalaksanaan

Pada tanggal 27 Maret 2026, dokter menganjurkan induksi persalinan dengan obat suppositoria (misoprostol) pukul 09.00 WIB karena usia kehamilan sudah 41 minggu 1 hari disertai oligohidramnion dan belum ada pembukaan. Induksi persalinan dengan misoprostol merupakan salah satu metode yang direkomendasikan untuk pematangan serviks dan stimulasi kontraksi, terutama pada kehamilan post date.¹¹ Selama proses induksi, pemantauan DJJ, kontraksi, dan kemajuan persalinan dilakukan secara berkala untuk memastikan kesejahteraan ibu dan janin.¹³

Pada tanggal 28 Maret 2026 pukul 08.00 WIB, setelah ditemukan pembukaan lengkap 10 cm, ibu dipimpin mengejan oleh bidan. Kala II persalinan berlangsung dengan bayi lahir spontan pukul 08.45 WIB, langsung menangis. Mengingat ditemukannya MSAF, kesiapan resusitasi neonatus harus dipastikan sebelum bayi lahir.⁵⁹

Setelah plasenta lahir, ditemukan robekan jalan lahir dan dilakukan penjahitan. Pada kala IV dilakukan pemantauan ketat setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua, meliputi tekanan darah, nadi, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih, dan perdarahan.¹³

Asuhan bayi baru lahir dilakukan sesuai pedoman: bayi diletakkan di atas perut ibu untuk IMD minimal satu jam, dilanjutkan pemberian salep mata tetrasiklin 1%, injeksi vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri untuk mencegah PDVK, serta imunisasi HB0 di paha kanan diberikan 1–2 jam setelah vitamin K1 untuk mencegah penularan hepatitis B dari ibu ke bayi.²⁰ Ibu dan bayi dipantau selama 24 jam di fasilitas kesehatan sebelum diperbolehkan pulang, karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan.²⁰

C. Asuhan Kebidanan Nifas

1. Pengkajian

Kunjungan nifas pertama dilakukan pada tanggal 4 April 2026 (nifas hari ke-6). Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI lancar, bayi menyusu dengan baik setiap 2 jam sekali, luka jahitan perineum sudah kering, dan lochea berwarna coklat (sanguinolenta). Ibu dibantu suami dan keluarga dalam merawat bayi. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 110/89 mmHg, N 98x/menit, R 20x/menit, S 36,5°C, TFU pertengahan pusat–simfisis, kontraksi keras, konjungtiva merah muda, puting menonjol, tidak ada bendungan ASI, lochea sanguinolenta, luka jahitan kering, masih terdapat edema pada kaki. TFU pertengahan pusat–simfisis pada hari ke-6 sesuai dengan tabel involusi uterus normal, di mana pada 1 minggu pascapersalinan TFU berada di pertengahan pusat–simfisis dengan berat uterus sekitar 500 gram.²⁸

Kunjungan nifas kedua pada tanggal 7 April 2026 (nifas hari ke-9). Ibu mengatakan tidak ada keluhan, lochea masih berwarna coklat (flek), ASI lancar, namun ibu kadang memberikan ASI menggunakan dot. Hasil pemeriksaan KU baik, TD 120/92 mmHg, N 100x/menit, R 20x/menit, S 36°C, TFU sudah tidak teraba, lochea serosa, luka jahitan kering dan baik, tidak ada edema ekstremitas, tidak ada bendungan ASI. TFU yang tidak teraba pada hari ke-9 sesuai dengan teori bahwa dalam 10–12 hari uterus tidak teraba lagi di abdomen karena sudah masuk di bawah simfisis.²⁸ Lochea yang berwarna coklat pada hari ke-6 hingga ke-9 merupakan lochea serosa yang berlangsung pada hari ke 8–14 pascapersalinan.²⁴

Tekanan darah ibu pada kunjungan pertama 110/89 mmHg dan kunjungan kedua 120/92 mmHg. Tekanan darah pascapersalinan seharusnya stabil dan tidak mengalami perubahan bermakna; tekanan darah tinggi pada masa nifas dapat mengindikasikan preeklampsia postpartum apabila mencapai $\geq 140/90$ mmHg.³¹ Nilai tekanan darah Ny. D pada kedua kunjungan belum memenuhi kriteria tersebut, namun komponen diastolik yang mendekati 90 mmHg tetap perlu dipantau pada

kunjungan berikutnya. Edema pada kaki yang masih ditemukan pada hari ke-6 berkaitan dengan mobilisasi cairan ekstrasvaskular yang tersimpan selama kehamilan dan secara bertahap akan menghilang dalam beberapa hari pascapersalinan seiring normalisasi sistem kardiovaskular.²⁸

2. Analisa

Analisa pada kunjungan 4 April 2026 adalah Ny. D usia 22 tahun P1A0Ah1 nifas hari ke-6 normal, membutuhkan asuhan nifas 3–7 hari. Analisa pada kunjungan 7 April 2026 adalah Ny. D usia 22 tahun P1A0Ah1 nifas hari ke-9 normal, membutuhkan asuhan nifas 8–28 hari. Nifas dikatakan normal apabila tidak ditemukan tanda bahaya seperti perdarahan abnormal, infeksi, hipertensi, maupun gangguan psikologis.²³

Berdasarkan data kedua kunjungan, seluruh parameter pemeriksaan menunjukkan proses involusi uterus berjalan baik (TFU sesuai hari nifas), lochea sesuai tahapan fisiologis, luka perineum sudah kering, ASI lancar, tidak ditemukan tanda infeksi maupun perdarahan abnormal, sehingga analisa nifas normal dapat ditegakkan. Kondisi psikologis ibu pada masa ini berada pada fase taking hold, di mana ibu mulai aktif dalam pengasuhan, lebih percaya diri merawat bayi, dan sudah mampu menyusui dengan baik, yang merupakan hal yang normal pada hari ke-6 hingga ke-9 nifas.³³

3. Penatalaksanaan

Pada kunjungan 4 April 2026, penatalaksanaan meliputi penyampaian hasil pemeriksaan kepada ibu; anjuran pemenuhan gizi seimbang khususnya protein yang berperan dalam penyembuhan luka perineum dan mendukung produksi ASI; anjuran menjaga kebersihan genitalia untuk mencegah infeksi pada luka jahitan; serta motivasi untuk menyusui secara on demand minimal 2 jam sekali dengan teknik yang benar. Pemberian ASI eksklusif penting dimulai sejak awal masa nifas karena ASI mengandung sekretori IgA dan zat imun lainnya yang melindungi bayi dari infeksi, serta mendukung proses involusi uterus melalui peningkatan sekresi oksitosin saat menyusui.¹⁵ Ibu juga dianjurkan istirahat cukup dan

mengelola stres, serta diberikan KIE tanda bahaya nifas meliputi perdarahan abnormal, demam, luka yang tidak sembuh, nyeri abdomen, dan tanda infeksi lainnya.²³

Pada kunjungan 7 April 2026, penatalaksanaan difokuskan pada: mendukung pemberian ASI eksklusif secara langsung (direct breastfeeding) dan mengurangi penggunaan dot, karena penggunaan dot dapat menyebabkan nipple confusion yang mengganggu keberhasilan menyusui; menganjurkan pola makan gizi seimbang, kebersihan genitalia, istirahat cukup, dan kelola stres; serta memberikan KIE tanda bahaya nifas. Ibu juga diberikan informasi waktu aman untuk memulai hubungan seksual pascapersalinan, yaitu setelah luka perineum sembuh dan lochea berhenti, yang umumnya setelah 40 hari pascapersalinan.²⁵ Selain itu, konseling awal mengenai kontrasepsi yang sesuai bagi ibu menyusui mulai diberikan, sebagai persiapan penggunaan KB pascapersalinan yang direncanakan pada kunjungan berikutnya.²⁵

D. Asuhan Kebidanan Kebidanan Neonatus

1. Pengkajian

Pada KN2 (hari ke-6), ibu melaporkan bayi tidak ada keluhan. Pola eliminasi, BAK 4–5 kali/hari dan BAB 3 kali/hari. Bayi mendapat ASI eksklusif dengan frekuensi setiap 2 jam sekali. Hasil pemeriksaan berdasarkan catatan buku KIA, tidak ditemukan tanda bahaya seperti napas cepat atau sianosis, tidak ada ikterus, tali pusat belum lepas dan tidak ada tanda infeksi. Data lahir: BB 3.010 gram, PB 51 cm, LK 32 cm.

Pada KN3 (hari ke-9), ibu melaporkan bayi tetap tidak ada keluhan. Bayi masih mendapat ASI saja dengan frekuensi 2 jam sekali atau lebih cepat. Hasil pemeriksaan: BB 3.200 gram, RR 35x/menit, bayi tidak ikterus, tali pusat telah pupus pada tanggal 6 April 2026 (hari ke-9).

Berdasarkan teori, bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37–42 minggu dengan berat badan lahir 2.500–4.000 gram. Ciri-ciri BBL normal meliputi bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, frekuensi napas 40–60x/menit,

frekuensi denyut jantung 120–160x/menit, dan tidak ada cacat bawaan.²⁰ By. Ny. D lahir dengan BB 3.010 gram pada usia kehamilan 41 minggu 1 hari, langsung menangis, dan tanpa kelainan kongenital, sehingga memenuhi kriteria neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan (NCB-SMK). Kunjungan neonatal dilaksanakan sesuai standar, yaitu KN1 (1–3 hari), KN2 (4–7 hari), dan KN3 (8–28 hari), karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama dan selama periode neonatal dini.²⁰

Ibu mengalami kehamilan post date (41 minggu 1 hari) dengan air ketuban berwarna hijau (meconium stained amniotic fluid/MSAF) saat persalinan. Kehamilan post date berisiko menyebabkan sindrom postmaturitas, aspirasi mekonium, dan hipoglikemia pada neonatus.¹¹ Namun pada kasus ini, bayi lahir spontan langsung menangis dan tidak ditemukan tanda-tanda komplikasi pada seluruh kunjungan neonatal, yang menunjukkan keberhasilan adaptasi bayi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin.

2. Analisa

Analisa pada kunjungan 4 April 2026 adalah By. Ny. D umur 6 hari, neonatus normal, membutuhkan asuhan neonatus 3–7 hari. Analisa pada kunjungan 7 April 2026 adalah By. Ny. D umur 9 hari, neonatus normal, membutuhkan asuhan neonatus 8–28 hari.

Analisa ini didasarkan pada klasifikasi neonatus menurut masa gestasi, yaitu neonatus cukup bulan (NCB) karena lahir pada usia kehamilan 37–42 minggu, serta menurut berat lahir yang masuk kategori berat lahir cukup (2.500–4.000 gram).¹³ Tidak ditemukan tanda bahaya seperti ikterus patologis, infeksi tali pusat, sianosis, maupun hipotermia pada kedua kunjungan, sehingga analisa neonatus normal dapat ditegakkan.

Kenaikan berat badan dari 3.010 gram saat lahir menjadi 3.200 gram pada hari ke-9 (naik 190 gram) menunjukkan pola pertumbuhan yang baik setelah fase penurunan berat badan fisiologis pada minggu pertama

kehidupan. Secara teori, bayi baru lahir mengalami penurunan berat badan fisiologis maksimal 10% dari berat lahir pada hari ke 3–4, kemudian akan kembali ke berat lahir pada hari ke-10 hingga ke-14.²⁰ Berat badan By. Ny. D pada hari ke-9 yang sudah melebihi berat lahir mengindikasikan pemberian ASI yang adekuat.

3. Penatalaksanaan

Pada KN2 (hari ke-6), penatalaksanaan motivasi menjaga kehangatan bayi, karena mekanisme termoregulasi neonatus belum sempurna dan hipotermia dapat terjadi jika bayi tidak diselimuti dengan baik.¹³ Konseling perawatan tali pusat dengan prinsip tali pusat dibiarkan kering dan terpapar udara, tidak diberi bahan apapun, dan selalu mencuci tangan sebelum menyentuhnya perawatan yang benar terbukti mencegah infeksi omphalitis.²¹ Motivasi ASI eksklusif karena ASI mengandung antibodi dan zat imun yang melindungi bayi dari infeksi.¹³ KIE tanda bahaya neonatus meliputi bayi merintih, tidak mau menyusu, lemas, diare, muntah, dan sianosis, serta anjuran imunisasi BCG pada usia 1 bulan dan penimbangan BB rutin di posyandu setiap bulan.⁴⁵

Pada KN3 (hari ke-9), tali pusat telah lepas pada hari ke-9, sesuai teori bahwa tali pusat akan mengering dan pupus dalam 7–14 hari dengan perawatan yang benar.²¹ Penatalaksanaan yang diberikan meliputi motivasi pemberian ASI eksklusif dan edukasi cara mempertahankan produksi ASI melalui kelola stres, pemenuhan nutrisi seimbang, dan istirahat cukup, KIE kenaikan berat badan bayi berdasarkan grafik KMS target kenaikan bulan pertama adalah 800 gram dari berat lahir, edukasi cara membaca grafik KMS pada buku KIA, pengulangan KIE tanda bahaya neonatus, anjuran jadwal imunisasi BCG pada tanggal 5 Mei 2026 di Puskesmas Seyegan, serta anjuran penimbangan rutin bulanan di posyandu.⁴⁵

Seluruh penatalaksanaan yang diberikan sesuai dengan pedoman asuhan BBL dan neonatus Kementerian Kesehatan RI. Pemantauan pertumbuhan melalui KMS merupakan upaya deteksi dini gangguan

pertumbuhan, sedangkan imunisasi dasar lengkap merupakan hak setiap bayi untuk mendapatkan perlindungan dari Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I).⁴⁵ Keterlibatan aktif ibu dalam pemberian ASI eksklusif dan pemahaman tanda bahaya menjadi indikator keberhasilan asuhan kebidanan neonatus yang berpusat pada keluarga.

E. Asuhan Kebidanan KB

1. Pengkajian

Pada kunjungan pertama (10 April 2026), ibu dan suami menyatakan masih bingung menentukan jenis kontrasepsi yang akan digunakan. Ibu belum aktif berhubungan seksual, lochea masih keluar flek, dan ibu sedang menyusui. Riwayat kesehatan tidak ditemukan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi: tidak ada riwayat hipertensi, penyakit jantung, hepatitis, kanker, tumor, perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya, maupun infeksi saluran reproduksi.

Pada kunjungan kedua (15 April 2026), ibu melaporkan bahwa ia dan suami telah berembuk dan sepakat memilih IUD sebagai metode kontrasepsi. Ibu masih menyusui, belum mendapat menstruasi pascapersalinan, dan lochea masih kadang keluar flek. Status menyusui eksklusif yang masih berlangsung ini relevan dalam pertimbangan pemilihan kontrasepsi.

Pengkajian yang komprehensif mencakup riwayat obstetri, kesehatan reproduksi, riwayat penyakit sistemik, serta status laktasi merupakan langkah esensial sebelum memberikan metode kontrasepsi. Hal ini penting untuk mengidentifikasi ada tidaknya kondisi medis yang menjadi kontraindikasi penggunaan metode tertentu sesuai kriteria kelayakan medis WHO.³⁵ Pelibatan suami dalam proses konseling dan pengambilan keputusan KB terbukti meningkatkan penerimaan, keberlangsungan penggunaan kontrasepsi, serta kepuasan pasangan.⁶¹

2. Analisa

Analisa pada kunjungan 10 April 2026 adalah Ny. D usia 22 tahun P1A0Ah1, Wanita Usia Subur (WUS) dengan konseling KB. Analisa pada

kunjungan 15 April 2026 adalah Ny. D usia 22 tahun P1A0Ah1, WUS dengan konseling KB IUD.

Ny. D berusia 22 tahun dengan satu anak hidup, termasuk dalam fase menjarangkan kehamilan, yaitu periode usia istri 20–35 tahun yang merupakan waktu paling ideal untuk melahirkan dengan jarak kelahiran yang direkomendasikan 2–4 tahun.³⁴ Pada fase ini, kontrasepsi yang direkomendasikan adalah IUD, suntik, pil, implan, dan kontrasepsi sederhana, dengan prioritas pada metode yang memiliki efektivitas tinggi, reversibilitas baik, dan tidak menghambat produksi ASI.³⁴

Kondisi ibu yang sedang menyusui secara eksklusif merupakan pertimbangan utama dalam pemilihan kontrasepsi. Ibu menyusui yang belum menstruasi dan memberikan ASI eksklusif secara on demand dalam 6 bulan pertama pascapersalinan dapat menggunakan Metode Amenore Laktasi (MAL) sebagai kontrasepsi sementara dengan efektivitas mencapai 98%.⁶² Namun demikian, karena MAL bersifat sementara dan memerlukan syarat ketat, pemilihan metode kontrasepsi jangka panjang yang tidak mengganggu ASI tetap diperlukan.³⁸

Pilihan IUD yang disepakati ibu dan suami tepat ditinjau dari aspek klinis. IUD merupakan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) yang sangat efektif, reversibel, dan tidak mengandung hormon estrogen sehingga aman bagi ibu menyusui karena tidak mempengaruhi produksi dan kualitas ASI.³⁷

3. Penatalaksanaan

Pada kunjungan pertama (10 April 2026), penatalaksanaan difokuskan pada konseling KB yang mencakup penjelasan berbagai metode kontrasepsi yang sesuai untuk ibu menyusui, meliputi cara kerja, efektivitas, keuntungan, efek samping, dan kontraindikasi masing-masing metode. Metode yang diinformasikan antara lain MAL, kondom, pil progestin, suntik progestin, implan, dan IUD.³⁴ Konseling KB yang baik harus bersifat informatif, non-direktif, dan menghormati hak akseptor untuk memilih metode sesuai kebutuhannya.⁶¹

Ibu dimotivasi untuk tetap memberikan ASI eksklusif yang secara bersamaan berfungsi sebagai kontrasepsi sementara melalui MAL. Syarat MAL yang harus dipenuhi meliputi: (1) bayi berusia kurang dari 6 bulan, (2) ibu belum mendapat menstruasi pascapersalinan, dan (3) bayi mendapat ASI eksklusif secara on demand siang dan malam tanpa pemberian makanan/minuman tambahan.⁶² Mengingat syarat-syarat ini bisa berubah sewaktu-waktu, ibu dianjurkan menggunakan kondom secara rutin saat berhubungan sebagai perlindungan tambahan hingga memutuskan metode KB yang definitif.³⁸ Konseling KB yang dimulai sejak masa nifas merupakan momen strategis karena ibu dan suami berada dalam kondisi motivasi tinggi dan interaksi dengan tenaga kesehatan masih intensif.³⁸

Pada kunjungan kedua (15 April 2026), dilakukan konseling pemantapan KB IUD. Materi konseling mencakup penjelasan cara kerja IUD (menghambat motilitas sperma dan mencegah fertilisasi), efektivitas (>99%), keuntungan (tidak mengganggu ASI, jangka panjang 3–10 tahun, reversibel), efek samping yang mungkin timbul (perdarahan lebih banyak dan nyeri pada siklus menstruasi pertama, risiko ekspulsi), serta waktu pemasangan yang direkomendasikan yaitu 6 minggu pascapersalinan.³⁷ Pemasangan IUD direncanakan pada 6 minggu pascapersalinan setelah involusi uterus lengkap, yang bertepatan dengan kunjungan nifas terakhir, agar risiko ekspulsi dan perforasi dapat diminimalkan.³⁸

Seluruh penatalaksanaan KB pada Ny. D telah sesuai dengan pedoman pelayanan KB pascapersalinan Kemenkes RI, yang menekankan pentingnya konseling berbasis kebutuhan klien, pelibatan pasangan, dan pemberian informasi yang lengkap sebagai dasar pengambilan keputusan kontrasepsi yang mandiri dan bertanggung jawab.³⁸