

BAB III

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Pengkajian

Berdasarkan data subjektif, Ny. R mengeluhkan adanya kencengkenceng pada perut yang terjadi secara tidak teratur. Keluhan tersebut merupakan salah satu perubahan fisiologis yang umum terjadi pada kehamilan trimester III, terutama menjelang aterm. Secara fisiologis, uterus memiliki kemampuan kontraktile yang meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan akibat perubahan hormonal dan peningkatan sensitivitas miometrium terhadap oksitosin serta prostaglandin. Kontraksi yang muncul sebelum persalinan sejati dikenal sebagai kontraksi Braxton Hicks atau false labor, yang berfungsi sebagai mekanisme persiapan uterus untuk menghadapi proses persalinan.

Menurut teori yang dikemukakan oleh Cunningham dalam *Williams Obstetrics*, kontraksi Braxton Hicks merupakan kontraksi uterus yang terjadi secara sporadis sejak trimester kedua dan semakin sering dirasakan pada trimester ketiga. Kontraksi ini ditandai dengan frekuensi yang tidak teratur, durasi yang singkat, intensitas yang ringan hingga sedang, tidak semakin kuat dari waktu ke waktu, serta tidak menyebabkan perubahan serviks berupa dilatasi maupun penipisan serviks. Berbeda dengan kontraksi persalinan sejati, kontraksi Braxton Hicks umumnya berkurang setelah istirahat, perubahan posisi tubuh, atau hidrasi yang adekuat.

Pada usia kehamilan 37 minggu 3 hari, Ny. R berada dalam kategori kehamilan aterm awal (*early term*), yaitu rentang usia kehamilan 37 minggu 0 hari hingga 38 minggu 6 hari. Pada periode ini terjadi peningkatan ekspresi reseptor oksitosin pada miometrium, peningkatan pembentukan gap junction antar sel otot uterus, serta peningkatan produksi prostaglandin yang menyebabkan uterus menjadi lebih responsif terhadap rangsangan kontraksi. Meskipun demikian, proses tersebut belum selalu

diikuti dengan aktivasi penuh mekanisme persalinan sehingga ibu dapat merasakan kontraksi yang masih bersifat tidak teratur dan belum efektif untuk membuka serviks.

Penelitian yang dilakukan oleh Niswander dan beberapa kajian fisiologi maternal menunjukkan bahwa kontraksi Braxton Hicks berperan dalam meningkatkan aliran darah ke ruang intervili plasenta, mempertahankan tonus otot uterus, serta mempersiapkan miometrium untuk koordinasi kontraksi yang lebih efektif saat persalinan sebenarnya. Selain itu, kontraksi ini juga membantu proses pematangan serviks secara bertahap melalui perubahan biokimia jaringan ikat serviks menjelang persalinan.

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. R tidak mengeluhkan adanya pengeluaran lendir bercampur darah (*bloody show*), tidak terdapat rembesan maupun pecahnya ketuban, serta kontraksi yang dirasakan tidak teratur dan tidak semakin kuat. Kondisi tersebut sesuai dengan karakteristik kontraksi Braxton Hicks dan belum memenuhi kriteria persalinan sejati. Menurut pedoman praktik kebidanan dan obstetri, tanda utama persalinan sejati meliputi kontraksi yang teratur dengan frekuensi semakin sering, durasi dan intensitas yang meningkat secara progresif, disertai perubahan serviks berupa pendataran dan pembukaan, serta dapat diikuti keluarnya lendir darah atau pecahnya ketuban.

Hasil penelitian yang dipublikasikan dalam jurnal *BMC Pregnancy and Childbirth* juga menunjukkan bahwa sekitar 70–80% ibu hamil trimester akhir mengalami kontraksi Braxton Hicks dengan variasi frekuensi dan intensitas yang berbeda. Kontraksi tersebut merupakan fenomena fisiologis normal dan tidak berhubungan dengan peningkatan risiko persalinan prematur maupun komplikasi kehamilan selama tidak disertai perubahan serviks, perdarahan pervaginam, atau ketuban pecah dini.

Dengan demikian, keluhan kenceng-kenceng yang dialami Ny. R dapat diinterpretasikan sebagai kontraksi Braxton Hicks yang merupakan

bagian dari adaptasi fisiologis menjelang persalinan. Kondisi ini sesuai dengan usia kehamilan aterm, tidak ditemukan tanda bahaya maupun tanda persalinan aktif, sehingga memerlukan edukasi mengenai perbedaan kontraksi palsu dan kontraksi persalinan sejati, anjuran istirahat yang cukup, pemenuhan kebutuhan cairan, serta kewaspadaan terhadap munculnya tanda-tanda persalinan atau komplikasi yang memerlukan pemeriksaan segera.

Pengkajian riwayat kesehatan juga menunjukkan bahwa ibu kandung Ny. R memiliki riwayat penyakit hipertensi. Secara teori, adanya riwayat hipertensi pada keluarga atau faktor genetik merupakan salah satu faktor risiko predisposisi bagi ibu hamil untuk mengalami Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) maupun preeklampsia. Meskipun demikian, hasil pemeriksaan tekanan darah Ny. R saat pengkajian berada dalam batas normal yang sangat baik, yaitu 119/67 mmHg. Hal ini sejalan dengan referensi klinis yang menyatakan bahwa tekanan darah normal selama kehamilan adalah di bawah 120/80 mmHg. Tidak adanya tanda-tanda penyerta yang patologis seperti edema pada ekstremitas maupun keluhan nyeri kepala hebat menunjukkan bahwa faktor risiko genetik tersebut tidak berkembang menjadi gangguan vaskular pada kehamilan Ny. R saat ini. Kendati kondisi pasien terpantau aman, bidan tetap harus melakukan skrining ketat terhadap tekanan darah di setiap kunjungan aterm guna mengantisipasi lonjakan tensi mendadak menjelang persalinan.

Pemeriksaan fisik objektif pada Ny. R menunjukkan status kesehatan maternal dan janin yang optimal, salah satunya dibuktikan melalui ukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) sebesar 29 cm. Pada usia kehamilan 37 minggu, ukuran TFU 29 cm berada dalam batas normal. Berdasarkan perhitungan Rumus Johnson-Toshack untuk kepala janin yang sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP), nilai TFU tersebut menghasilkan estimasi Taksiran Berat Janin (TBJ) sebesar 2.635 gram. Meskipun pengukuran TFU menggunakan pita ukur memiliki variabilitas subjektif, hasil estimasi berat janin ini dinilai aman dan mencerminkan pertumbuhan

janin yang adekuat tanpa tanda-tanda *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) maupun makrosomia. Kesejahteraan janin juga didukung oleh hasil pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ) sebesar 155 kali/menit dengan irama yang teratur. Berdasarkan standar asuhan kebidanan, frekuensi DJJ normal berada pada rentang 120 sampai 160 kali/menit, sehingga angka 155 kali/menit ini mengindikasikan bahwa janin berada dalam kondisi sehat dan tidak mengalami gawat janin (*fetal distress*). Selain itu, hasil palpasi menunjukkan presentasi kepala dan sudah masuk PAP. Pada kehamilan multigravida, kepala janin umumnya baru masuk ke pintu atas panggul menjelang atau saat persalinan dimulai akibat tonus otot perut yang lebih longgar dibanding primigravida. Namun, temuan masuknya kepala janin Ny. R pada minggu ke-37 merupakan indikator positif bahwa tidak ada hambatan jalan lahir seperti panggul sempit atau plasenta previa, sehingga memperbesar peluang persalinan pervaginam yang aman secara mekanis.

Selama masa kehamilannya, Ny. R diketahui rutin mengonsumsi tablet tambah darah, kalsium, dan multivitamin kehamilan secara teratur. Manajemen preventif ini terbukti efektif menjaga kondisi umum ibu tetap baik, yang dibuktikan dengan konjungtiva mata yang berwarna merah muda serta terbebas dari tanda-tanda anemia kehamilan. Penatalaksanaan utama yang harus diberikan oleh bidan untuk mengatasi ketidaknyamanan kontraksi *Braxton Hicks* pada Ny. R meliputi edukasi non-farmakologis. Berdasarkan rekomendasi klinis, ibu dianjurkan untuk mengubah posisi tubuh atau beristirahat dengan berbaring miring ke kiri guna memaksimalkan perfusi oksigen ke janin serta merelaksasi otot miometrium. Ibu juga disarankan untuk meningkatkan hidrasi cairan dengan minum air putih yang cukup karena dehidrasi ringan merupakan salah satu pemicu utama meningkatnya frekuensi kontraksi palsu, di samping melakukan teknik relaksasi dan latihan pernapasan dalam untuk mengelola rasa tidak nyaman. Bidan juga telah memberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) mengenai tanda-tanda persalinan sejati

seperti kontraksi yang semakin lama semakin sering, kuat, dan teratur, serta adanya pengeluaran pervaginam, sekaligus memberikan pemahaman mengenai tanda bahaya kehamilan trimester ketiga. Edukasi ini penting agar pasien dapat secara mandiri membedakan waktu untuk tetap beristirahat di rumah dan waktu untuk segera datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Secara keseluruhan, tidak ditemukan kesenjangan yang berarti antara teori penatalaksanaan kehamilan aterm dengan asuhan kebidanan nyata yang diberikan kepada Ny. R di Puskesmas Patuk 1 karena seluruh tindakan telah memenuhi standar pelayanan prima, bersifat komprehensif, serta berbasis pada kenyamanan dan keselamatan pasien.

2. Analisis

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif, penegakan diagnosis kehamilan pada Ny. R usia 32 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 37 minggu 2 hari dinilai sudah akurat dan sesuai dengan standar asuhan kebidanan. Diagnosis paritas G2P1Ab0Ah1 didasarkan pada riwayat anamnesis yang menyatakan bahwa ini merupakan kehamilan kedua, dengan riwayat satu kali melahirkan bayi hidup, tidak pernah mengalami abortus, dan anak pertama hidup, sedangkan usia kehamilan 37 minggu 2 hari dikonfirmasi melalui perhitungan Rumus Naegele yang valid dari data Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) pasien. Diagnosis ini dikategorikan sebagai kehamilan fisiologis aterm atau cukup bulan karena didukung oleh hasil pemeriksaan tanda vital maternal yang stabil, status klinis ibu yang baik, serta hasil palpasi abdomen yang menunjukkan pertumbuhan janin optimal dan sejahtera tanpa adanya tanda-tanda komplikasi patologis penyerta.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. R berupa pemberian informasi mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik, penjelasan mengenai kontraksi palsu yang masih fisiologis, anjuran pemantauan gerak janin, edukasi tanda-tanda persalinan, serta persiapan fisik menjelang persalinan. Hal ini sesuai teori WHO (2022)

ANC model dan Kemenkes RI (Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu) yang menekankan bahwa asuhan antenatal trimester III tidak hanya berfokus pada pemeriksaan fisik, tetapi juga mencakup edukasi, konseling, serta persiapan persalinan sebagai upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan kesiapan ibu dan deteksi dini komplikasi.

Pemberian edukasi mengenai kontraksi palsu (Braxton Hicks) pada Ny. R sesuai dengan teori Cunningham dalam Williams Obstetrics yang menjelaskan bahwa kontraksi ini merupakan kondisi fisiologis pada akhir kehamilan, bersifat tidak teratur, tidak semakin kuat, dan tidak menyebabkan perubahan serviks. Edukasi ini penting agar ibu dapat membedakan antara kontraksi fisiologis dan tanda persalinan sejati, sehingga dapat mengurangi kecemasan dan mencegah keterlambatan datang ke fasilitas kesehatan saat persalinan benar-benar dimulai. Selain itu, anjuran pemantauan gerak janin minimal 10 kali dalam 12 jam sesuai dengan rekomendasi ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) dan berbagai studi jurnal kebidanan yang menyatakan bahwa fetal movement counting merupakan metode sederhana namun efektif dalam menilai kesejahteraan janin serta deteksi dini hipoksia.

Selanjutnya, edukasi mengenai tanda-tanda persalinan, pola makan bergizi seimbang, konsumsi suplemen kehamilan, serta persiapan fisik seperti berjalan pagi, senam hamil, teknik relaksasi, dan latihan napas juga sesuai dengan evidence-based practice. Literatur menyebutkan bahwa aktivitas fisik ringan pada trimester III dapat membantu optimalisasi posisi janin, meningkatkan kebugaran ibu, serta memperlancar proses persalinan. Dengan demikian, seluruh penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. R sudah sesuai dengan teori dan didukung oleh jurnal ilmiah, karena mencakup aspek promotif, preventif, dan persiapan persalinan secara komprehensif.

B. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian

Pengkajian data subjektif pada Ny. R menunjukkan adanya keluhan kenceng-kenceng yang semakin teratur disertai mulas dan nyeri pinggang yang menjalar ke perut bagian depan. Berdasarkan teori persalinan, gejala-gejala ini merupakan tanda gejala persalinan sejati yang disebabkan oleh aktivitas kontraksi miometrium (his) yang adekuat, di mana terjadi penipisan dan pembukaan serviks seiring bertambahnya kekuatan dan frekuensi kontraksi. Pasien juga mengeluhkan adanya air ketuban yang sudah merembes sejak pukul 19.00 WIB pada usia kehamilan 39 minggu 3 hari. Kondisi ini secara klinis dikategorikan sebagai Ketuban Pecah Dini (KPD) atau *Premature Rupture of Membranes* (PROM) karena pecahnya selaput ketuban terjadi sebelum adanya pembukaan serviks yang adekuat pada fase aktif. Faktor risiko infeksi naik (*ascending infection*) menjadi fokus utama dalam literatur kebidanan ketika selaput ketuban telah pecah, sehingga pemantauan tanda-tanda vital maternal seperti suhu tubuh sangat krusial. Pada pemeriksaan objektif, suhu tubuh Ny. R terpantau normal yaitu 36,7°C, yang menurut teori menunjukkan belum adanya tanda-tanda korioamnionitis atau infeksi intrauterin.

Data objektif melalui pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*) pada tanggal 7 Maret 2026 menunjukkan pembukaan serviks sebesar 2 cm, portio lunak dan tebal, penurunan kepala di Hodge II, serta adanya pengeluaran lendir darah (*bloody show*). Karakteristik pembukaan serviks yang berada di bawah 4 cm ini secara teori menempatkan pasien dalam kala I persalinan fase laten. Pengeluaran lendir darah terjadi akibat pelepasan sumbat mukus (*operculum*) dari kanalis servikalis seiring dengan mendatarnya dan membukanya serviks, disertai robeknya pembuluh darah kapiler di sekitarnya. Penurunan kepala janin di Hodge II bersesuaian dengan teori bidang hodge yang menyatakan bahwa bagian terendah janin telah sejajar dengan garis yang ditarik dari tepi bawah simfisis ke promontorium. Hasil pemantauan Denyut Jantung Janin (DJJ) sebesar 145 kali/menit mengindikasikan kesejahteraan janin yang optimal karena berada dalam rentang fisiologis 120 sampai 160 kali/menit.

Selanjutnya, pada tanggal 8 Maret 2026 pukul 07.05 WIB, terjadi perkembangan klinis di mana Ny. R mengeluhkan dorongan kuat untuk meneran seperti ingin buang air besar. Gejala ini secara fisiologis terjadi akibat kepala janin yang telah mencapai dasar panggul (Hodge IV) sehingga memberikan tekanan mekanis yang kuat pada rektum dan pleksus sakralis. Tekanan ini memicu refleks meneran involunter yang dikenal sebagai Refleks Ferguson. Pengkajian objektif pada fase ini mengonfirmasi pembukaan sudah lengkap (10 cm), perineum menonjol, serta vulva dan anus membuka, yang berdasarkan teori manajemen persalinan menandakan bahwa pasien telah memasuki kala II persalinan.

2. Analisis

Penegakan diagnosis pada awal kedatangan pasien menetapkan bahwa Ny. R G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 39 minggu 3 hari dalam kala I persalinan fase laten dengan janin hidup tunggal intrauterin presentasi belakang kepala. Komponen diagnosis paritas G2P1Ab0Ah1 didasarkan pada riwayat kebidanan pasien yang berada pada kehamilan kedua, pernah melahirkan satu kali bayi hidup cukup bulan, dan tidak memiliki riwayat abortus. Diagnosis usia kehamilan 39 minggu 3 hari dikategorikan sebagai kehamilan fisiologis aterm karena berada dalam rentang usia gestasi 37 sampai 42 minggu, di mana organ-organ janin telah matang secara fungsional untuk hidup di luar rahim. Penetapan fase laten kala I didasarkan pada temuan objektif pembukaan serviks yang baru mencapai 2 cm, yang menurut kurva Friedman dan teori kebidanan modern merupakan periode awal persalinan dengan kemajuan pembukaan yang lambat hingga mencapai diameter 4 cm.

Pada pengkajian lanjutan, diagnosis beralih menjadi kala II persalinan setelah ditemukannya tanda gejala pasti kala II serta pembukaan serviks yang telah lengkap. Setelah proses ekspulsi janin selesai pada pukul 07.25 WIB, diagnosis berlanjut ke kala III untuk pemantauan pelepasan plasenta, dan dilanjutkan ke kala IV untuk pemantauan pascapersalinan. Temuan adanya laserasi perineum derajat II pada kala IV dianalisis

berdasarkan klasifikasi anatomi robekan jalan lahir, di mana robekan derajat II melibatkan mukosa vagina, kulit perineum, serta otot-otot perineum

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada kala I fase laten berfokus pada asuhan sayang ibu dan pemantauan kemajuan persalinan. Pemberian informasi mengenai hasil pemeriksaan serta dukungan psikologis kepada Ny. R bersesuaian dengan konsep asuhan persalinan bersih dan aman yang bertujuan menurunkan produksi hormon katekolamin (adrenalin) akibat stres, yang jika berlebihan dapat menghambat pelepasan oksitosin dan mengganggu kontraksi uterus. Mengajarkan teknik relaksasi dan pengaturan napas dalam saat kontraksi bekerja memblokir impuls nyeri dalam sistem saraf pusat, sekaligus meningkatkan suplai oksigen sirkulasi ke janin. Anjuran mobilisasi ringan dan pemenuhan nutrisi hidrasi selama fase laten didukung oleh studi yang menunjukkan bahwa posisi tegak atau bergerak dapat memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu penurunan kepala janin, sementara asupan nutrisi mencegah kondisi dehidrasi dan ketosis yang dapat menyebabkan kelelahan otot rahim (inersia uteri).

Memasuki kala II persalinan, penatalaksanaan difokuskan pada bimbingan meneran yang efektif dan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan langkah Asuhan Persalinan Normal (APN). Bimbingan meneran dilakukan hanya saat ada his adekuat (4 kali dalam 10 menit selama 45 detik) agar tenaga ibu efisien dan tidak memicu kelelahan maternal atau asfiksia janin. Kelahiran bayi secara spontan pervaginam pada pukul 07.25 WIB segera diikuti dengan penilaian awal fungsional neonatus, di mana hasil bayi menangis kuat, gerakan aktif, dan kulit kemerahan mengonfirmasi adaptasi ekstrauterin yang berjalan baik tanpa asfiksia. Penatalaksanaan dilanjutkan dengan Manajemen Aktif Kala III (MAK III) melalui penyuntikan oksitosin 10 unit secara intramuskular, penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir untuk merangsang kontraksi miometrium yang adekuat guna menjepit pembuluh darah terbuka di bekas implantasi plasenta.

Pada penatalaksanaan kala IV, dilakukan tindakan penjahitan pada laserasi perineum derajat II menggunakan teknik penjahitan yang sesuai prinsip sterilitas untuk mengembalikan anatomi dasar panggul. Observasi kala IV dilakukan secara berkala pada jam pertama dan jam kedua pascapersalinan untuk memantau tanda-tanda vital, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, kandung kemih, dan jumlah perdarahan pervaginam. Tindakan observasi ini sejalan dengan teori pencegahan perdarahan postpartum primer, mengingat sebagian besar komplikasi perdarahan fatal terjadi pada dua jam pertama setelah plasenta lahir akibat atonia uteri.

C. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Pengkajian data subjektif dan objektif pada bayi Ny. R yang lahir secara spontan pervaginam pada tanggal 8 Maret 2026 pukul 07.25 WIB di BPM Dewi menunjukkan parameter adaptasi ekstrauterin yang optimal. Berdasarkan teori, penilaian awal neonatus yang meliputi indikator bayi menangis kuat, gerakan otot aktif, dan warna kulit kemerahan mencerminkan nilai *Apgar Score* yang baik pada menit pertama dan kelima, serta menandakan bahwa bayi tidak mengalami asfiksia neonatorum. Temuan klinis ini didukung oleh hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dalam rentang fisiologis, di mana denyut jantung 122 kali/menit berada dalam batas normal neonatus yaitu 120 sampai 160 kali/menit, dan frekuensi respirasi 44 kali/menit sesuai dengan rentang normal 40 sampai 60 kali/menit. Suhu tubuh bayi yang terpantau 36,8°C menunjukkan efektivitas mekanisme regulasi termal bayi yang berada dalam koridor normotermia. Kondisi ini diperkuat oleh asuhan segera berupa pemotongan tali pusat dan pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) langsung setelah lahir, yang menurut literatur kesehatan berperan penting dalam mencegah hipotermia melalui kontak kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*) antara ibu dan bayi sekaligus merangsang kolonisasi bakteri baik pada saluran pencernaan neonatus.

Pengkajian pada organ eliminasi menunjukkan bahwa bayi sudah dapat Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK) dalam 24 jam pertama. Secara fisiologis, pengeluaran mekonium (feses pertama berwarna hijau kehitaman) dan urin dalam periode ini merupakan indikator penting yang memastikan patensi fungsional dan anatomis dari saluran pencernaan serta sistem perkemihan bayi. Pemeriksaan fisik pada tali pusat menunjukkan kondisi yang masih basah, tidak berbau, dan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan atau pengeluaran nanah pada umbilikus. Pada kunjungan neonatal hari ke-2, pengkajian lanjutan menunjukkan kondisi bayi yang tetap stabil, tidak rewel, menyusu secara aktif, serta memiliki kulit yang tetap kemerahan tanpa adanya tanda ikterus patologis maupun tanda infeksi lokal pada tali pusat.

2. Analisis

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif yang diperoleh sejak kala II persalinan hingga kunjungan neonatal hari ke-2, dapat ditegakkan diagnosis bahwa bayi Ny. R merupakan Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 2 hari yang tumbuh secara fisiologis. Diagnosis neonatus cukup bulan didasarkan pada usia gestasi ibunya saat melahirkan, yaitu 39 minggu 3 hari, yang memenuhi kriteria usia kehamilan aterm antara 37 hingga 42 minggu. Pada usia gestasi ini, organ-organ vital bayi seperti paru-paru dan sistem termoregulasi telah matang secara anatomis untuk menghadapi perubahan lingkungan dari intrauterin ke ekstrauterin. Analisis terhadap kemampuan menyusu bayi yang kuat serta kelancaran proses eliminasi menegaskan bahwa fungsi metabolisme, neurologis, dan motorik oral neonatus berada dalam kondisi sehat. Ketidadaan tanda bahaya seperti kejang, merintih, hipotermia, maupun infeksi tali pusat mengonfirmasi bahwa masa transisi neonatal terlewati tanpa komplikasi, sehingga rencana ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan didukung oleh kesiapan fisik bayi yang optimal.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan asuhan segera pada bayi Ny. R berfokus pada pencegahan komplikasi neonatus yang lazim terjadi, meliputi pencegahan kehilangan panas, infeksi, dan perdarahan. Pemberian salep mata Oxytetrasiklin 0,5% pada kedua mata bayi segera setelah lahir didasarkan sebagai langkah pencegahan (profilaksis) untuk melindungi mata bayi dari infeksi bakteri, terutama penyakit mata menular seperti *oftalmia neonatorum* yang disebabkan oleh bakteri gonore (*Neisseria gonorrhoeae*) atau klamidia (*Chlamydia trachomatis*) saat melewati jalan lahir. Penyuntikan Vitamin K1 sebanyak 1 mg secara intramuskular pada paha kiri anterolateral merupakan implementasi manajemen preventif untuk mencegah *Vitamin K Deficiency Bleeding* (VKDB) atau perdarahan akibat defisiensi vitamin K, mengingat sistem pembekuan darah bayi baru lahir belum matang secara sempurna karena usus belum mampu mensintesis vitamin K secara mandiri. Edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif dan bimbingan teknik menyusui yang benar diberikan untuk memastikan asupan nutrisi dan antibodi (kolostrum) terserap dengan baik oleh bayi.

Memasuki kunjungan neonatal hari ke-2, penatalaksanaan dititikberatkan pada asuhan mandiri oleh orang tua di rumah serta pengenalan dini kegawatdaruratan. Konseling mengenai perawatan tali pusat menggunakan metode kering terbuka selaras dengan rekomendasi klinis modern yang menyatakan bahwa tidak membungkus tali pusat dengan kasa alkohol atau antiseptik dapat mempercepat proses pengeringan dan pelepasan tali pusat secara alami serta meminimalkan risiko infeksi lokal (*omphalitis*). Anjuran pemberian ASI sesering mungkin secara *on demand* (minimal tiap 2 jam sekali) diajarkan guna mencegah terjadinya hipoglikemia dan hiperbilirubinemia fisiologis pada neonatus akibat kurangnya asupan cairan. Selain itu, pemberian edukasi mengenai tanda bahaya neonatus seperti bayi malas menyusui, demam tinggi, sesak napas, muntah terus-menerus, kulit kebiruan (*sianosis*), dan kejang bertujuan untuk meningkatkan kewaspadaan keluarga agar dapat segera melakukan deteksi

dini dan mencari pertolongan medis tepat waktu jika ditemukan penyimpangan tumbuh kembang pada masa neonatus.

D. Asuhan Kebidanan pada Neonatus

1. Pengkajian

Pengkajian data subjektif dan objektif pada kunjungan neonatus pertama tanggal 10 Maret 2026 (usia 2 hari) menunjukkan kondisi bayi yang tidak rewel, menyusui dengan baik, serta pola eliminasi Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK) yang lancar. Manifestasi klinis ini berdasarkan teori adaptasi neonatus menunjukkan fungsi fisiologis sistem gastrointestinal dan renal yang berjalan normal dalam mengekskresikan sisa metabolisme janin. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang meliputi denyut nadi 122 kali/menit, respirasi 44 kali/menit, dan suhu tubuh 36,8°C berada dalam batas normal parameter biologis neonatus. Kondisi tali pusat terpantau masih basah namun tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi lokal seperti bau menyengat, keluarnya cairan purulen, atau kemerahan pada area periumbilikal.

Pada kunjungan neonatus kedua tanggal 15 Maret 2026 (usia 7 hari), pengkajian data objektif menunjukkan perkembangan berupa berat badan bayi mencapai 3300 gram, suhu tubuh stabil 36,5°C, dan warna kulit tidak ikterik. Secara fisiologis, tidak adanya warna kekuningan pada kulit di hari ketujuh menandakan fungsi konjugasi bilirubin oleh hati bayi berjalan adekuat sehingga terhindar dari ikterus neonatorum patologis. Selain itu, kondisi tali pusat dilaporkan sudah lepas sepenuhnya (*puput*). Berdasarkan literatur kebidanan, pelepasan tali pusat secara normal umumnya terjadi dalam waktu 5 sampai 10 hari pascalahir, yang dipengaruhi oleh proses pengeringan alami (*gangren kering*) akibat iskemia jaringan pascapemotongan.

2. Analisis

Diagnosis yang ditegakkan pada kunjungan pertama dan kedua adalah Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan (NCB-SMK) dalam kondisi normal. Dasar penegakan diagnosis cukup bulan merujuk pada usia

gestasi saat lahir yang telah mencapai masa aterm, sementara status sesuai masa kehamilan dikonfirmasi melalui kesesuaian antara berat badan lahir dengan masa gestasi pada kurva pertumbuhan intrauterin. Analisis keberhasilan tumbuh kembang pada hari ketujuh didukung oleh data pelepasan tali pusat yang tepat waktu tanpa adanya komplikasi infeksi (*omphalitis*) serta status nutrisi yang adekuat dari refleks menyusu yang kuat. Ketidadaan tanda bahaya seperti penurunan berat badan yang drastis, letargi, atau demam menandakan bahwa fase transisi kehidupan ekstrauterin bayi terlewati dengan baik tanpa adanya penyimpangan patologis.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan asuhan pada usia 2 hari difokuskan pada upaya promotif dan preventif melalui edukasi pemeliharaan kehangatan tubuh bayi untuk mencegah hipotermia, mengingat rasio luas permukaan tubuh neonatus terhadap berat badannya yang besar membuat mereka rentan kehilangan panas melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi. Perawatan tali pusat dengan metode kering terbuka diterapkan berdasarkan bukti ilmiah epidemiologi yang menunjukkan bahwa membiarkan tali pusat tetap kering tanpa paparan antiseptik atau alkohol justru mempercepat kolonisasi bakteri komensal yang membantu proses pemisahan jaringan mati secara aman sekaligus menurunkan insidensi infeksi tali pusat. Pemberian KIE mengenai tanda bahaya neonatus seperti demam, bayi malas menyusu, sesak napas, muntah, diare, kejang, dan kulit kebiruan (*sianosis*) merupakan langkah penapisan dini agar orang tua mampu mengidentifikasi kegawatdaruratan secara mandiri di rumah.

Pada kunjungan hari ketujuh, penatalaksanaan ditekankan pada pentingnya pemeliharaan kebersihan tangan (*hand hygiene*) sebelum memegang atau menyusui bayi. Tindakan preventif ini sejalan dengan teori pencegahan infeksi nosokomial atau infeksi silang, mengingat sistem imun neonatus pada minggu pertama masih sangat rentan terhadap patogen lingkungan. Edukasi mengenai keberlanjutan pemberian ASI eksklusif secara *on demand* juga terus diperkuat demi memastikan bayi mendapatkan

asupan nutrisi dan antibodi maternal yang optimal guna mendukung grafik pertumbuhan berat badan yang positif.

E. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

1. Pengkajian

Pengkajian masa nifas pada hari pertama tanggal 8 Maret 2026 menunjukkan adanya keluhan subjektif berupa rasa pegal dan nyeri pada luka jahitan perineum. Rasa nyeri ini secara fisiologis timbul akibat kontinuitas jaringan kulit, mukosa, dan otot perineum yang terputus akibat laserasi derajat II saat proses ekspulsi janin, yang kemudian memicu pelepasan mediator inflamasi seperti prostaglandin dan histamin. Data objektif menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 110/74 mmHg dan suhu tubuh 36,6°C, yang mengindikasikan homeostasis sirkulasi darah yang baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi nifas dini. Pemeriksaan involusi uteri menunjukkan kontraksi uterus keras dan Tinggi Fundus Uteri (TFU) berada pada dua jari di bawah pusat, dengan pengeluaran pervaginam berupa *lochea rubra* berwarna merah segar yang berisi darah segar, sisa-sisa selaput ketuban, dan desidua. Kondisi payudara menunjukkan puting susu menonjol dan ASI sudah keluar dengan lancar.

Pada kunjungan hari ke-7 tanggal 15 Maret 2026, pengkajian objektif mencatat kemajuan involusi uterus yang ditandai dengan penurunan TFU hingga berada di pertengahan antara pusat dan simfisis pubis. Pengeluaran pervaginam telah berubah menjadi *lochea serosa* yang berwarna kekuningan atau kecokelatan dalam jumlah sedikit. Luka perineum juga menunjukkan proses penyembuhan yang baik tanpa adanya tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak (*edema*), pengeluaran nanah, atau penolakan jaringan jahitan.

Selanjutnya, pada kunjungan hari ke-33 tanggal 11 April 2026, data menunjukkan bahwa TFU sudah tidak teraba di atas simfisis pubis. Secara teori anatomi, pada minggu keempat hingga keenam pascapersalinan, uterus idealnya telah kembali ke ukuran normal mendekati berat sebelum hamil (sekitar 50-60 gram) dan masuk ke dalam rongga panggul kecil (*pelvis*

minor). Pengeluaran pervaginam telah mencapai tahap *lochea alba* yang berwarna putih transparan hingga keabu-abuan yang didominasi oleh sel epitel dan leukosit, sementara pengeluaran ASI tetap berjalan lancar.

2. Analisis

Diagnosis yang ditegakkan dari rangkaian kunjungan adalah Ny. R usia 32 tahun P2Ab0Ah2 dalam masa nifas fisiologis. Komponen paritas P2Ab0Ah2 didasarkan pada data bahwa pasien telah mengalami dua kali proses persalinan dengan melahirkan dua anak hidup dan tidak pernah mengalami abortus. Kemajuan masa nifas sejak hari ke-1, ke-7, hingga hari ke-33 dikategorikan sebagai nifas fisiologis karena seluruh parameter klinis meliputi proses involusi uteri, perubahan karakteristik *lochea*, penyembuhan luka perineum, hingga proses laktasi berjalan selaras dengan garis waktu teoritis pemulihan anatomis dan fisiologis organ reproduksi pascapersalinan (*puerperium*). Keberhasilan proses laktasi yang konstan tanpa hambatan bendungan ASI dianalisis sebagai dampak positif dari pengosongan payudara secara teratur melalui teknik menyusui yang adekuat.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada fase nifas awal diarahkan pada pemulihan fisik dan edukasi asuhan mandiri. Edukasi mengenai cara pemantauan kontraksi uterus secara mandiri melatih ibu untuk mengenali tanda uterus yang lembek guna mencegah atonia uteri sebagai penyebab utama perdarahan postpartum sekunder. Perawatan luka perineum dan edukasi *personal hygiene* (khususnya cara membersihkan kemaluan dari arah depan ke belakang) diterapkan untuk meminimalkan risiko kontaminasi bakteri feces ke luka jahitan. Mobilisasi dini dianjurkan untuk memperlancar sirkulasi darah, meningkatkan peristaltik usus guna mencegah konstipasi, serta menurunkan risiko tromboembolisme. Dukungan nutrisi tinggi protein dan hidrasi cairan yang cukup dianjurkan guna memenuhi kebutuhan metabolisme basal ibu nifas, mempercepat sintesis jaringan baru pada penyembuhan perineum, serta mendukung volume produksi ASI.

Pada kunjungan hari ke-7, penatalaksanaan diperluas dengan konseling mengenai teknik menyusui yang benar dan perawatan payudara (*breast care*) untuk mencegah komplikasi laktasi seperti puting lecet, engorgement, atau mastitis. Bidan juga memberikan konseling kontrasepsi pascapersalinan secara dini agar pasangan memiliki waktu berdiskusi sebelum masa nifas berakhir.

Pada kunjungan hari ke-33, penatalaksanaan difokuskan pada pemantapan pemberian ASI eksklusif dan pengambilan keputusan keluarga berencana. Hasil konseling mengenai metode kontrasepsi menunjukkan keputusan Ny. R dan suami untuk menggunakan *Intrauterine Device* (IUD). Pilihan ini sangat bersesuaian dengan teori kontrasepsi bagi ibu menyusui, di mana IUD merupakan metode kontrasepsi jangka panjang non-hormonal yang tidak menginterfere atau mengganggu produksi maupun kualitas ASI, sehingga mendukung target ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif selama 6 bulan penuh tanpa risiko kehamilan yang tidak direncanakan dalam jarak dekat.

E. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

1. Pengkajian

Pengkajian data subjektif pada tanggal 11 April 2026 menunjukkan bahwa Ny. R usia 32 tahun P2Ab0Ah2 datang bersama suaminya dengan tujuan melakukan konsultasi mengenai metode kontrasepsi jangka panjang yang sesuai untuk ibu menyusui. Secara teori perkembangan keluarga, pasangan dengan dua anak hidup berada pada fase membatasi kesuburan (*limiting*), di mana jarak antar kehamilan perlu diatur secara ketat atau dihentikan untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak yang ada serta menjaga kesehatan reproduksi maternal. Data riwayat kontrasepsi pasien menunjukkan pengalamannya menggunakan KB suntik 3 bulan dari tahun 2018 hingga 2025 dengan efek samping berupa amenore dan peningkatan berat badan. Manifestasi klinis tersebut bersesuaian dengan teori farmakologi kontrasepsi hormonal progestin, di mana hormon progesteron

sintetis bekerja menekan aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium yang menyebabkan atrofi endometrium serta memicu peningkatan nafsu makan melalui pusat kenyang di otak. Pengkajian psikologis juga menunjukkan adanya dukungan penuh dari suami dan keluarga dalam pemilihan alat kontrasepsi, yang menurut riset sosiologi kesehatan merupakan faktor penguat utama (*reinforcing factor*) dalam keberhasilan dan keberlanjutan penggunaan kontrasepsi pada wanita usia subur.

Data objektif hasil pemeriksaan fisik mengonfirmasi kondisi umum Ny. R dalam keadaan baik dan sehat. Parameter tanda-tanda vital berada dalam batas normal dengan tekanan darah 104/68 mmHg, nadi 89 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,3°C, berat badan 64 kg, dan tinggi badan 156 cm. Pemeriksaan fisik khusus pada payudara tidak menemukan adanya benjolan atau massa abnormal yang mengarah pada keganasan, pemeriksaan abdomen bebas dari massa tumor atau nyeri tekan, serta pemeriksaan ekstremitas negatif terhadap edema maupun varises. Berdasarkan kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi atau *Medical Eligibility Criteria (MEC) for Contraceptive Use* yang diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), ketiadaan kelainan sistemik maupun patologis organ reproduksi pada Ny. R menunjukkan tidak adanya kontraindikasi medis terhadap metode kontrasepsi non-hormonal maupun hormonal.

2. Analisis

Diagnosis yang ditegakkan dari hasil pengkajian adalah Ny. R usia 32 tahun P2Ab0Ah2 calon akseptor Keluarga Berencana dalam kondisi sehat. Komponen paritas P2Ab0Ah2 menegaskan status multiparitas pasien yang telah sukses melewati dua kali proses persalinan. Berdasarkan teori manajemen kontrasepsi, Ny. R dikategorikan sebagai kandidat yang ideal untuk menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) karena usianya yang telah menginjak 32 tahun dengan jumlah anak yang dinilai cukup. Kondisi fisik yang sehat tanpa riwayat penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes melitus, maupun penyakit jantung semakin memperluas

pilihan metode kontrasepsi yang aman untuk digunakan, termasuk alat kontrasepsi dalam rahim yang tidak akan memengaruhi profil metabolik tubuh pasien.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny. R berfokus pada pemberian konseling secara komprehensif menggunakan pendekatan komunikasi interpersonal yang berpusat pada klien. Pemberian informasi mengenai berbagai ragam metode kontrasepsi mulai dari metode jangka pendek seperti pil, suntik, dan kondom, hingga metode jangka panjang seperti implan, IUD, serta kontrasepsi mantap dilakukan untuk memenuhi hak pasien dalam menentukan pilihan (*informed choice*). Edukasi mengenai efektivitas MKJP khususnya IUD (*Intrauterine Device*) dan implan diselaraskan dengan status laktasi Ny. R yang sedang menyusui bayinya secara eksklusif. Menurut teori laktasi, kontrasepsi non-hormonal seperti IUD tembaga (CuT 380A) merupakan pilihan utama untuk ibu menyusui karena mekanisme kerjanya bersifat lokal di dalam kavum uteri dengan menimbulkan reaksi inflamasi steril yang mencegah implantasi sperma, tanpa memengaruhi produksi, volume, maupun kualitas air susu ibu.

Keputusan bersama yang diambil oleh Ny. R dan suaminya untuk memilih KB IUD sebagai metode kontrasepsi jangka panjang ditindaklanjuti dengan pemberian edukasi pra-pemasangan mengenai kelebihan, kekurangan, serta antisipasi efek samping. Penjelasan mengenai efek samping IUD seperti perubahan pola menstruasi berupa bercak darah (*spotting*) atau volume menstruasi yang lebih banyak pada beberapa bulan pertama setelah pemasangan dipaparkan secara ilmiah, di mana kondisi tersebut dijelaskan sebagai bentuk adaptasi endometrium terhadap benda asing di dalam rahim. Bidan juga memberikan edukasi penting mengenai pengenalan tanda bahaya pascapemasangan seperti timbulnya perdarahan yang sangat banyak, nyeri perut bagian bawah yang hebat, pengeluaran keputihan yang berbau busuk, demam tinggi, atau kondisi di mana benang

IUD tidak teraba saat dilakukan kontrol mandiri. Edukasi tanda bahaya ini bertujuan agar akseptor memiliki kesiapsiagaan untuk segera mencari pertolongan medis jika terjadi komplikasi seperti ekspulsi atau infeksi panggul. Langkah akhir asuhan dengan menganjurkan ibu tetap mempertahankan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan serta menjadwalkan kunjungan ulang untuk proses insersi IUD mencerminkan integrasi asuhan yang berkesinambungan antara pelayanan keluarga berencana dan optimalisasi kesehatan neonatal.