

BAB III

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Kehamilan pada Ny. D merupakan kehamilan gemelli pada usia maternal lanjut (*advanced maternal age*) yaitu 36 tahun. Berdasarkan hasil pengkajian, ibu berada pada usia kehamilan 31 minggu dengan kondisi janin gemelli intrauterine dan posisi kedua janin lintang. Kehamilan gemelli termasuk ke dalam kehamilan risiko tinggi karena memiliki kemungkinan komplikasi maternal maupun fetal yang lebih besar dibandingkan kehamilan tunggal. Risiko yang dapat terjadi meliputi anemia, preeklampsia, persalinan prematur, ketuban pecah dini, perdarahan *postpartum*, gangguan pertumbuhan janin, malpresentasi janin, hingga meningkatnya angka persalinan *sectio caesarea*. Kondisi tersebut disebabkan oleh peregangan uterus yang lebih besar, peningkatan kebutuhan metabolisme ibu, serta meningkatnya beban fisiologis selama kehamilan.⁴

Menurut *World Health Organization*, kehamilan gemelli memerlukan pemantauan antenatal yang lebih ketat karena tingginya risiko komplikasi ibu dan bayi. Pemeriksaan ANC rutin sangat penting untuk mendeteksi sedini mungkin adanya gangguan pertumbuhan janin, hipertensi dalam kehamilan, maupun ancaman persalinan prematur. Pada kasus Ny. D, ANC telah dilakukan secara rutin sejak usia kehamilan 5 minggu 3 hari dengan frekuensi trimester I sebanyak 3 kali, trimester II sebanyak 2 kali, dan trimester III sebanyak 2 kali. Hal ini menunjukkan bahwa ibu memiliki kepatuhan yang baik terhadap pemeriksaan kehamilan sehingga kondisi risiko tinggi dapat dipantau lebih optimal.⁵⁵

Selain faktor kehamilan gemelli, usia ibu 36 tahun juga menjadi faktor risiko tersendiri. Kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun dikaitkan dengan peningkatan risiko komplikasi obstetri seperti hipertensi gestasional, diabetes gestasional, plasenta previa, hingga peningkatan

risiko tindakan operatif. Namun pada kasus ini kondisi umum ibu masih baik dengan tekanan darah normal, tidak terdapat anemia berat, dan pemeriksaan laboratorium trimester I dalam batas normal. Hal ini menunjukkan bahwa status kesehatan ibu selama kehamilan cukup baik meskipun tergolong risiko tinggi. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nanda KR (2025), menjelaskan bahwa kehamilan gemelli pada usia maternal lanjut memiliki risiko persalinan prematur dan komplikasi neonatal lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal. Penelitian tersebut juga menekankan pentingnya pemantauan antenatal terpadu dan edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan untuk mencegah keterlambatan penanganan komplikasi.⁶

Pada pemeriksaan Leopold ditemukan posisi kedua janin lintang. Presentasi lintang sering ditemukan pada kehamilan gemelli karena ruang intrauterin menjadi lebih sempit sehingga posisi janin lebih mudah berubah dan tidak stabil. Berdasarkan hasil USG juga ditemukan janin gemelli intrauterin dengan presentasi lintang pada kedua janin. Kondisi ini meningkatkan kemungkinan persalinan melalui *sectio caesarea* karena persalinan pervaginam dengan letak lintang memiliki risiko tinggi terhadap komplikasi seperti prolaps tali pusat, partus macet, dan fetal distress. Oleh karena itu, pemberian rujukan ke rumah sakit dan konsultasi dengan dokter spesialis obstetri dalam kasus ini merupakan tindakan yang tepat sesuai standar pelayanan kebidanan risiko tinggi.⁵⁶

Berdasarkan pengkajian data subjektif yang telah dilakukan, ibu mengeluhkan kesemutan pada tangan dan kaki yang sering terjadi selama trimester III. Kesemutan merupakan salah satu ketidaknyamanan fisiologis yang umum terjadi pada akhir kehamilan akibat penekanan saraf dan pembuluh darah oleh pembesaran uterus serta peningkatan retensi cairan tubuh selama kehamilan. Selain itu pada kehamilan gemelli sendiri, pembesaran uterus terjadi lebih cepat dan lebih besar dibandingkan kehamilan tunggal, sehingga keluhan muskuloskeletal dan sirkulasi perifer lebih sering dirasakan ibu. Berdasarkan keluhan tersebut, edukasi yang

telah diberikan diantaranya mengenai peregangan ringan, perubahan posisi, menghindari posisi terlalu lama, memperbanyak istirahat, serta meningkatkan konsumsi cairan. Penatalaksanaan tersebut telah sesuai dengan teori bahwa penanganan ketidaknyamanan fisiologis kehamilan dilakukan secara nonfarmakologis terlebih dahulu.⁵⁷

Pada kunjungan rumah tanggal 5 Maret 2026, ditemukan adanya edema pada kedua kaki ibu. Edema fisiologis pada trimester III terjadi akibat peningkatan volume plasma, retensi natrium dan cairan, serta tekanan uterus terhadap vena cava inferior yang menghambat aliran balik vena dari ekstremitas bawah. Pada kasus Ny. D, edema yang terjadi masih termasuk fisiologis karena tekanan darah ibu normal, tidak terdapat proteinuria, dan tidak disertai gejala preeklampsia seperti sakit kepala hebat, nyeri ulu hati, maupun pandangan kabur. Penatalaksanaan yang diberikan berupa edukasi istirahat cukup, tidur miring kiri, elevasi kaki, menghindari berdiri terlalu lama, dan membatasi aktivitas berat.⁵⁸

Hal ini sejalan dengan hasil *systemic review* yang dilakukan oleh Mollaelahi dan Shahali (2022) yang menyatakan bahwa edema fisiologis pada ibu hamil trimester III dapat dikurangi melalui berbagai metode nonfarmakologis, seperti elevasi tungkai, istirahat dengan posisi miring ke kiri, pijat kaki, perendaman kaki menggunakan air hangat, serta aktivitas fisik ringan seperti berjalan santai dan latihan pergelangan kaki. Selain itu, menghindari duduk atau berdiri terlalu lama dan melakukan perubahan posisi secara berkala juga membantu memperlancar sirkulasi darah serta mengurangi penumpukan cairan pada ekstremitas bawah. Intervensi tersebut terbukti aman, efektif, dan dapat meningkatkan kenyamanan ibu selama kehamilan.⁵⁹

Asuhan kebidanan juga berfokus pada pemenuhan nutrisi ibu hamil gemelli. Pada kehamilan kembar kebutuhan kalori, protein, zat besi, asam folat, dan kalsium meningkat lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal karena harus mendukung pertumbuhan dua janin sekaligus. Berat badan ibu meningkat dari 47 kg sebelum hamil menjadi 61 kg selama kehamilan,

yang menunjukkan adanya peningkatan berat badan yang cukup baik. Bidan menganjurkan ibu mengonsumsi makanan tinggi protein seperti telur, ikan, ayam, tahu, tempe, susu, serta sayur dan buah yang kaya vitamin dan mineral. Selain itu, ibu juga dianjurkan untuk mencukupi kebutuhan vitamin D dengan mengonsumsi makanan seperti kuning telur, susu, ikan berlemak seperti ikan sarden dan mendapatkan cukup paparan sinar matahari pagi. Hal ini dikarenakan, ibu hamil rentan mengalami efisiensi vitamin D pada tubuhnya yang mengakibatkan risiko terjadinya diabetes gestasional, hipertensi gestasional dan ketuban rembes sebelum waktunya.⁶⁰

Hal ini juga sejalan penelitian yang dilakukan oleh Wierjezka (2022) yang menunjukkan bahwa kehamilan gemelli memerlukan perhatian khusus terhadap pemenuhan nutrisi karena kebutuhan energi, protein, serta mikronutrien seperti zat besi, asam folat, kalsium, dan vitamin D lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal. Kecukupan nutrisi dan kenaikan berat badan yang adekuat selama kehamilan berperan penting dalam menurunkan risiko persalinan prematur, BBLR, anemia, gangguan pertumbuhan janin, dan komplikasi maternal lainnya.⁶¹

Selain edukasi nutrisi, ibu juga diberikan terapi asetosal dosis rendah dan kalsium. Pemberian Aspirin pada Ny. D didasarkan pada kehamilannya saat ini yang merupakan kehamilan ganda, dimana kehamilan ganda sendiri merupakan salah satu faktor risiko terjadinya preeklampsia. Aspirin bekerja dengan membantu memperbaiki perfusi plasenta dan menurunkan risiko hipertensi dalam kehamilan baik kehamilan tunggal ataupun kehamilan ganda. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Horgan, dkk. (2023) yang menyatakan bahwa pemberian aspirin dosis rendah pada ibu hamil dengan faktor risiko tinggi terbukti efektif menurunkan risiko preeklampsia, terutama jika dimulai sebelum usia kehamilan 16 minggu.

Aspirin bekerja dengan memperbaiki perfusi uteroplasenta, mengurangi agregasi trombosit, dan memperbaiki fungsi endotel sehingga

dapat mencegah gangguan pembentukan plasenta. Selain menurunkan kejadian preeklampsia, terapi ini juga berpotensi mengurangi risiko persalinan prematur, restriksi pertumbuhan janin, dan komplikasi perinatal lainnya. Sedangkan suplementasi kalsium bermanfaat membantu mencegah hipertensi gestasional dan mendukung kebutuhan mineral ibu serta janin.⁶²

Selain berfokus pada keluhan fisik ibu, hasil pemeriksaan kehamilan ibu dan kebutuhan nutrisi ibu, pemberian asuhan terhadap keadaan psikologis ibu juga dilakukan oleh bidan. Dukungan psikologis sangat penting karena ibu dengan kehamilan risiko tinggi sering mengalami kecemasan terkait kondisi janin dan proses persalinan. Dalam kasus ini, kondisi psikologis Ny. D telah diperiksa menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dengan hasil tidak ada depresi atau depresi minimal. Hasil ini menunjukkan bahwa kondisi psikologis ibu selama kehamilan berada dalam keadaan baik dan ibu mampu beradaptasi dengan perubahan fisik maupun emosional yang terjadi selama masa kehamilan.⁶³

Menurut Teori Adaptasi Maternal Rubin, ibu hamil yang mampu menerima kehamilan, mempersiapkan peran sebagai ibu, serta mendapatkan dukungan dari keluarga cenderung memiliki kondisi psikologis yang lebih stabil. Selain itu, Teori *Stress and Coping Lazarus* dan Folkman menjelaskan bahwa kemampuan koping yang baik dan dukungan sosial yang memadai dapat menurunkan risiko terjadinya depresi selama kehamilan. Hal ini juga didukung dengan bukti bahwa Ny. D mendapatkan dukungan penuh dari berbagai pihak untuk kehamilannya saat ini.⁶⁴

Pemantauan keadaan ibu tidak hanya dilakukan saat ibu melakukan pemeriksaan di puskesmas ataupun kunjungan rumah, pemantauan secara *daring* melalui *WhatsApp* juga dilakukan untuk mengupdate kondisi kehamilan ibu. Pada tanggal 09 Maret 2026 saat usia kehamilan ibu 33 minggu, ibu mengalami flek darah dan kemudian dirawat di rumah sakit

dengan diagnosis *hemoragic antepartum* disertai dengan ISK bakterial. Perdarahan pada trimester III utamanya pada usia kehamilan yang belum cukup bulan merupakan kondisi yang harus diwaspadai karena dapat mengarah pada ancaman persalinan prematur, plasenta previa, maupun solusio plasenta. Pada kasus ini flek darah telah berhenti setelah mendapatkan perawatan. Bidan kemudian memberikan edukasi agar ibu mengurangi aktivitas berat, memperbanyak istirahat, menghindari hubungan seksual sementara, serta segera memeriksakan diri apabila terjadi perdarahan ulang atau keluar cairan ketuban. Penatalaksanaan ini telah sesuai dengan teori penanganan ancaman persalinan prematur pada trimester III.⁶⁵

Selain itu, ibu mengalami infeksi saluran kemih bakterial yang diduga dipicu oleh kebiasaan menahan BAK. Selama kehamilan terjadi perubahan anatomi dan hormonal pada saluran kemih berupa dilatasi ureter dan stasis urine yang meningkatkan risiko pertumbuhan bakteri. ISK pada kehamilan dapat meningkatkan risiko ketuban pecah dini dan persalinan prematur apabila tidak ditangani dengan baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ansaldi, dkk. (2022) yang menunjukkan bahwa ISK yang tidak ditangani dengan baik dapat meningkatkan risiko persalinan prematur, ketuban pecah dini, bayi berat lahir rendah (BBLR), restriksi pertumbuhan janin, hingga peningkatan morbiditas maternal seperti sepsis dan gangguan ginjal. Oleh karena itu edukasi untuk tidak menahan BAK, memperbanyak minum air putih, dan menjaga kebersihan genetalia sangat penting diberikan kepada ibu.⁶⁶

Setelah dilakukannya pemberian asuhan kehamilan pada Ny. D selama 3 kali pertemuan dan/atau pemantauan, asuhan ini telah sesuai dengan *penerapan continuity of care* baik melalui pemeriksaan di Puskesmas, kunjungan rumah, maupun pemantauan melalui *WhatsApp*. Bidan telah melakukan pengkajian komprehensif, deteksi dini komplikasi, edukasi tanda bahaya, pemantauan kondisi ibu dan janin, pemberian terapi suportif, dukungan psikologis, hingga rujukan ke fasilitas kesehatan

lanjutan. Pendekatan komprehensif dan *continuity of care* yang dilakukan sejak masa kehamilan sangat penting untuk membantu menurunkan risiko komplikasi maternal dan neonatal pada kehamilan gemelli.⁶⁷

Koordinasi dan kolaborasi yang baik antara bidan dan dokter umum di puskesmas serta dokter spesialis di rumah sakit dapat membantu memastikan keberlanjutan asuhan dan tindakan medis yang sangat dibutuhkan sehingga komplikasi dapat dicegah secara optimal. Kolaborasi dengan sesama ahli kesehatan dibidangnya merupakan salah satu tugas bidan yang tertera dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2019 tentang Kesehatan dan KEPMENKES No. 320 Tahun 2020 tentang Standar Kompetensi Bidan yang menjelaskan bahwa bidan dapat memberikan layanan kesehatan baik secara mandiri sesuai kompetensi maupun melalui pelimpahan wewenang dari tenaga medis lainnya seperti dokter, dengan tetap mematuhi kode etik dan standar profesi kebidanan. Dalam pelaksanaannya, apabila bidan menemukan kasus yang diluar kompetensinya, maka bidan harus berperan aktif sebagai bagian dari tim kesehatan yang saling mendukung tugas dan fungsi masing-masing tenaga kesehatan dengan melakukan kolaborasi demi tercapainya pelayanan berkualitas dan keselamatan pasien.^{68,69}

B. Asuhan Kebidanan Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 terjadi pada tanggal 17 Maret 2026 saat usia kehamilan 34 minggu 2 hari. Asuhan tersebut dimulai dengan Ny. D yang datang ke RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan keluhan keluar cairan seperti ketuban dari jalan lahir sejak pukul 22.00 WIB. Ibu juga merasakan kontraksi namun masih jarang dan tidak adekuat. Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah 121/76 mmHg, his 2x10 menit durasi 20 detik, pembukaan serviks 2 cm, serta ketuban telah pecah. Hasil pemeriksaan Leopold dan USG menunjukkan kehamilan gemelli intrauterin dengan presentasi janin I presentasi kepala (preskep) dan janin

II presentasi bokong (presbo). Berdasarkan kondisi tersebut, ibu didiagnosis mengalami ketuban pecah dini (KPD) pada kehamilan gemelli preterm dalam persalinan kala I fase laten.

Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum dimulainya tanda persalinan. Pada kehamilan preterm, kondisi ini disebut *Preterm Premature Rupture of Membrane* (PPROM). Penyebab KPD bersifat multifaktorial, diantaranya infeksi, peregangan uterus berlebihan, kelainan serviks, serta kehamilan ganda. Pada kasus Ny. D, kehamilan gemelli menyebabkan distensi uterus yang berlebihan sehingga meningkatkan tekanan intrauterin dan memicu pecahnya selaput ketuban lebih dini. Hal ini sesuai dengan teori *Cunningham* yang menyatakan bahwa peregangan membran ketuban akibat overdistensi uterus pada kehamilan multipel dapat menyebabkan kelemahan membran amnion dan korion sehingga memicu KPD.⁷⁰

Penelitian terbaru oleh Zhou, dkk. (2021) menjelaskan bahwa kehamilan gemelli memiliki risiko lebih tinggi mengalami PPRM dibandingkan kehamilan tunggal karena peningkatan tekanan intraamnion dan peregangan serviks yang lebih cepat. Pada kasus ini ibu juga mengalami persalinan *preterm* pada usia kehamilan 34 minggu 2 hari. Persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu. Persalinan preterm pada kehamilan gemelli sangat sering terjadi akibat peregangan uterus yang berlebihan dan meningkatnya produksi prostaglandin yang memicu kontraksi uterus. Kontraksi yang dialami ibu masih tidak adekuat dengan his 2x10 menit durasi 20 detik sehingga ibu masih berada pada fase laten kala I persalinan.⁷¹

Berdasarkan hasil pemeriksaan presentasi janin, janin I berada pada presentasi kepala sedangkan janin II presentasi bokong. Presentasi janin sangat menentukan metode persalinan pada kehamilan gemelli. Secara teori, persalinan pervaginam dapat dipertimbangkan apabila janin pertama presentasi kepala dan tidak terdapat komplikasi maternal maupun fetal. Namun pada kasus ini terdapat komplikasi berupa KPD preterm serta janin

kedua presentasi bokong sehingga meningkatkan risiko terjadinya fetal distress, prolaps tali pusat, dan kesulitan ekstraksi janin kedua. Oleh sebab itu dilakukan perencanaan *sectio caesarea emergency*.⁷²

Penatalaksanaan awal yang dilakukan pada Ny. D sudah sesuai dengan teori dan standar pelayanan obstetri. Ibu diberikan dukungan psikologis untuk mengurangi kecemasan selama proses persalinan. Dukungan emosional sangat penting karena kecemasan dapat meningkatkan hormon katekolamin yang menyebabkan kontraksi uterus menjadi tidak efektif. Selain itu pemantauan his, DJJ kedua janin, tanda vital, serta pengeluaran cairan pervaginam dilakukan secara berkala menggunakan partograf untuk mendeteksi komplikasi lebih dini.²⁷

Ibu juga diberikan induksi misoprostol 25 mcg pervaginam sesuai advis dokter. Misoprostol merupakan analog prostaglandin E1 yang digunakan untuk pematangan serviks dan stimulasi kontraksi uterus. Pada kondisi ketuban pecah dini dengan persalinan yang belum adekuat, induksi dapat dipertimbangkan untuk mempercepat terminasi kehamilan guna mengurangi risiko infeksi intrauterin. *Sectio caesarea* pada kasus ini dilakukan pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.30 WIB. Meskipun pembukaan serviks telah lengkap, tindakan SC tetap dipertahankan karena presentasi janin II bokong dan adanya risiko komplikasi neonatal. Hal ini sesuai dengan rekomendasi *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) yang menyatakan bahwa persalinan kehamilan gemelli dengan komplikasi preterm dan malpresentasi membutuhkan pertimbangan SC untuk menurunkan morbiditas neonatal.^{72,73}

Pada proses persalinan, bayi pertama lahir pukul 07.34 WIB dan bayi kedua lahir pukul 07.41 WIB melalui *sectio caesarea*. Kedua bayi lahir dalam kondisi BBLR dan kurang bulan sehingga membutuhkan resusitasi serta perawatan intensif neonatal. Kondisi ini sesuai dengan teori bahwa bayi dari kehamilan gemelli memiliki risiko lebih tinggi mengalami BBLR akibat persalinan prematur dan kompetisi nutrisi intrauterin antar janin.⁷⁴

Selain penatalaksanaan persalinan, pada kasus ini juga dilakukan insersi IUD pasca plasenta setelah proses SC selesai. KB IUD pasca salin merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang yang efektif dan aman digunakan segera setelah persalinan. Pada Ny. D, pemilihan IUD didasarkan pada pengalaman penggunaan sebelumnya tanpa keluhan serta keinginan ibu untuk menjarangkan kehamilan. Menurut WHO (2022), pemasangan IUD *postplacental* memiliki efektivitas tinggi dan aman dilakukan pada ibu post SC apabila tidak terdapat infeksi maupun perdarahan *postpartum*.⁷⁵

Berdasarkan asuhan kebidanan yang telah diberikan saat proses persalinan pada Ny. D, penatalaksanaan yang diberikan telah sesuai dengan teori dan *evidence based practice* terkini. Deteksi dini komplikasi pada kehamilan gemelli, pemantauan ketat selama persalinan, penentuan metode persalinan yang tepat, serta kesiapan tindakan emergensi menjadi faktor penting dalam menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas maternal maupun neonatal. Selain itu, edukasi dan dukungan psikologis kepada ibu juga berperan penting dalam meningkatkan kesiapan ibu menghadapi persalinan risiko tinggi dan masa nifas selanjutnya.

C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Pada kasus ini, bayi pertama Ny. D lahir pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.34 WIB dan bayi kedua lahir pada pukul 07.41 WIB melalui tindakan *sectio caesarea emergency* atas indikasi ketuban pecah dini (KPD), persalinan preterm, serta kehamilan gemelli dengan presentasi janin pertama presentasi kepala (preskep) dan janin kedua presentasi bokong (presbo). Berdasarkan hasil pengkajian, kedua bayi lahir dalam kondisi bayi berat lahir rendah (BBLR) dan kurang bulan sehingga memerlukan tindakan resusitasi neonatus segera setelah lahir, pemasangan *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), serta perawatan intensif di ruang NICU menggunakan inkubator.

Bayi pertama lahir dengan berat badan 2090 gram, panjang badan 43,5 cm, lingkar kepala 29 cm, dan nilai APGAR Score 5/7/8. Bayi kedua lahir dengan berat badan 1825 gram, panjang badan 43 cm, lingkar kepala 29 cm, dan nilai APGAR Score 5/7/8. Nilai APGAR tersebut menunjukkan bahwa pada menit pertama kehidupan kedua bayi mengalami depresi neonatal sedang, namun mengalami perbaikan setelah dilakukan tindakan resusitasi awal dan bantuan napas.⁷⁶

Menurut *World Health Organization* (WHO), bayi berat lahir rendah merupakan bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan. Sementara itu, bayi prematur atau kurang bulan adalah bayi yang lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu. Pada kasus ini, usia kehamilan ibu saat melahirkan adalah 34 minggu 2 hari sehingga kedua bayi termasuk bayi prematur sedang (*moderate preterm*). Kondisi prematuritas dan BBLR pada kasus ini sangat berkaitan dengan faktor maternal berupa kehamilan gemelli dan ketuban pecah dini yang menyebabkan persalinan preterm.⁷¹

Bayi prematur memiliki berbagai masalah adaptasi fisiologis setelah lahir karena organ-organ tubuhnya belum matang sempurna, terutama sistem pernapasan. Pada usia kehamilan 34 minggu, paru-paru bayi belum sepenuhnya matang dan produksi surfaktan masih terbatas. Surfaktan merupakan zat yang diproduksi oleh sel alveoli tipe II yang berfungsi menurunkan tegangan permukaan alveolus agar paru dapat mengembang dengan baik saat bernapas. Kekurangan surfaktan menyebabkan alveoli mudah kolaps sehingga bayi mengalami gangguan napas atau *Respiratory Distress Syndrome* (RDS).⁷⁷

Hal tersebut terlihat pada kedua bayi yang lahir dengan APGAR Score 5 pada menit pertama. Nilai ini menunjukkan adanya gangguan adaptasi awal berupa napas yang belum adekuat, tonus otot lemah, dan kemungkinan sianosis ringan. Oleh sebab itu dilakukan tindakan resusitasi neonatal segera setelah bayi lahir. Menurut pedoman *Neonatal Resuscitation Program* (NRP), resusitasi neonatus dimulai dengan langkah

awal berupa menjaga suhu tubuh bayi, membuka jalan napas, mengeringkan bayi, memberikan stimulasi taktil, dan mengevaluasi pernapasan serta denyut jantung. Pada kasus ini, kedua bayi segera dipindahkan ke meja resusitasi dan dilakukan tindakan awal resusitasi karena bayi prematur dan BBLR memiliki risiko tinggi mengalami depresi napas. Tindakan resusitasi dini yang tepat pada bayi prematur dapat meningkatkan angka survival neonatal dan menurunkan komplikasi neurologis jangka panjang. Penanganan dalam *golden minute* pertama kehidupan sangat menentukan keberhasilan adaptasi bayi baru lahir.³³

Pada kasus ini, setelah dilakukan resusitasi awal kedua bayi kemudian dipasang *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP). CPAP merupakan terapi bantuan napas non invasif yang memberikan tekanan positif kontinu pada saluran napas untuk mempertahankan alveoli tetap terbuka selama proses respirasi. Penggunaan CPAP sangat dianjurkan pada bayi prematur dengan gangguan napas ringan hingga sedang karena dapat membantu meningkatkan oksigenasi tanpa perlu tindakan intubasi invasif. Penggunaan CPAP pada kedua bayi sudah sesuai dengan *evidence based practice* terkini dalam penatalaksanaan bayi prematur. Penelitian oleh Mahmoud, dkk. (2025) menunjukkan bahwa penggunaan CPAP dini pada bayi prematur efektif menurunkan risiko gagal napas berat, mengurangi kebutuhan ventilator mekanik, dan menurunkan kejadian bronkopulmonari displasia.⁷⁸

Selain gangguan napas, bayi prematur dan BBLR juga sangat rentan mengalami hipotermia. Hal ini disebabkan karena bayi memiliki cadangan lemak coklat yang sedikit, kulit tipis, luas permukaan tubuh lebih besar dibanding berat badan, dan kemampuan termoregulasi yang belum matang. Pada kasus ini, kedua bayi segera dimasukkan ke dalam inkubator dan dirawat di NICU untuk menjaga kestabilan suhu tubuh. Hipotermia neonatal merupakan salah satu penyebab utama meningkatnya morbiditas dan mortalitas bayi prematur. Hipotermia dapat menyebabkan hipoglikemia, asidosis metabolik, gangguan napas, hingga kematian

neonatal. Oleh karena itu, pencegahan kehilangan panas menjadi prioritas utama dalam penatalaksanaan bayi BBLR. Menurut penelitian oleh Zebua, dkk. (2024), penggunaan inkubator, *radiant warmer*, dan pembungkusan plastik segera setelah lahir efektif mempertahankan suhu tubuh bayi prematur serta menurunkan risiko hipotermia sedang hingga berat.³¹

Perawatan kedua bayi di NICU juga sangat penting mengingat bayi prematur memiliki risiko komplikasi multisistem. NICU atau *Neonatal Intensive Care Unit* merupakan unit perawatan khusus bagi bayi risiko tinggi yang membutuhkan pemantauan ketat terhadap fungsi pernapasan, suhu tubuh, status nutrisi, kadar gula darah, keseimbangan cairan, dan risiko infeksi. Bayi prematur dan BBLR juga berisiko mengalami gangguan nutrisi karena refleks menghisap dan menelan belum matang sempurna. Pada usia kehamilan 34 minggu, koordinasi antara menghisap, menelan, dan bernapas masih berkembang sehingga bayi mudah lelah saat menyusu. Oleh sebab itu, pemantauan intake nutrisi dan pertumbuhan berat badan menjadi fokus penting selama perawatan neonatal.⁷⁹

Bayi kedua memiliki berat lahir lebih rendah dibandingkan bayi pertama yaitu 1825 gram sehingga risiko komplikasi metabolik dan gangguan pertumbuhan lebih tinggi. Semakin rendah berat lahir bayi maka semakin tinggi risiko terjadinya hipoglikemia, hipotermia, infeksi, dan keterlambatan tumbuh kembang. Bayi BBLR memerlukan pemantauan pertumbuhan yang ketat karena periode neonatal merupakan masa kritis perkembangan otak dan organ vital lainnya. Nutrisi adekuat terutama ASI sangat penting untuk mendukung pertumbuhan optimal bayi prematur.⁷⁹

Selain penatalaksanaan medis, keterlibatan keluarga khususnya ibu dalam proses perawatan bayi prematur juga sangat penting. Edukasi mengenai kondisi bayi, metode kanguru, pemberian ASI, serta tanda bahaya neonatal perlu diberikan sejak awal agar ibu mampu berpartisipasi aktif dalam perawatan bayi setelah kondisi stabil.⁸⁰

D. Asuhan Kebidanan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus yang diberikan pada kedua bayi dilakukan dimulai dengan pelayanan di ruang NICU rumah sakit Panembahan Senopati Bantul. Pada periode 0–6 jam setelah lahir, kedua bayi telah mendapatkan tindakan pencegahan perdarahan melalui injeksi vitamin K1, pemberian salep mata antibiotik untuk mencegah *oftalmia neonatorum*, serta imunisasi Hepatitis B dosis 0 (HB-0) sebagai upaya pencegahan penularan hepatitis B sejak dini. Selain itu, karena kedua bayi lahir prematur dengan APGAR Score 5/7/8 dan mengalami gangguan adaptasi pernapasan, dilakukan pemasangan *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) segera setelah resusitasi dan dipertahankan hingga usia bayi sekitar 48 jam. Hal tersebut sejalan dengan pedoman pelayanan kesehatan neonatal esensial yang dirancang oleh Kemenkes RI, dimana pemberian vitamin K, profilaksis mata, imunisasi HB-0, serta dukungan pernapasan dini menggunakan CPAP merupakan intervensi penting yang terbukti menurunkan morbiditas dan mortalitas neonatal, khususnya pada bayi prematur dan BBLR.²⁷

Asuhan dilanjutkan pada kunjungan neonatal 1 (KN 1) yang masih dilakukan di rumah sakit pada saat bayi mendapatkan perawatan, asuhan yang diberikan meliputi pemantauan kondisi umum dan fungsi vital, Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) dan skrining Penyakit Jantung Bawaan Kritis (PJBK) menggunakan *pulse oximetry*. SHK bertujuan mendeteksi gangguan fungsi tiroid sejak dini agar dapat segera diberikan terapi dan mencegah gangguan pertumbuhan maupun perkembangan neurologis. Sementara itu, skrining PJBK dilakukan untuk mendeteksi kemungkinan kelainan jantung bawaan kritis yang dapat menyebabkan hipoksemia tanpa gejala klinis yang jelas pada masa neonatal awal. Hasil skrining pada kedua bayi menunjukkan hasil normal sehingga tidak ditemukan indikasi kelainan jantung bawaan kritis maupun gangguan metabolik yang memerlukan penanganan khusus.^{81,82}

Selama perawatan di NICU, kondisi pernapasan kedua bayi berangsur membaik sehingga terapi CPAP dihentikan setelah 48 jam dan dilanjutkan dengan pemberian oksigen melalui kanul nasal sejak hari ke-3 hingga hari ke-7 sesuai kebutuhan oksigenasi bayi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Candra (2024) yang menunjukkan bahwa penggunaan CPAP dini yang dilanjutkan dengan terapi oksigen minimal invasif efektif mempertahankan saturasi oksigen, mengurangi risiko gagal napas, serta menurunkan kebutuhan ventilasi mekanik pada bayi prematur.⁸³

Pada Kunjungan Neonatal 2 (KN 2), dilakukan pemantauan identitas bayi melalui gelang identifikasi, evaluasi kondisi tali pusat, serta edukasi kepada keluarga mengenai tanda bahaya neonatus seperti tidak mau menyusu, demam, hipotermia, sesak napas, kejang, muntah berulang, kulit kuning hingga telapak tangan dan kaki, serta kulit tampak pucat atau kebiruan. Hasil pemantauan menunjukkan tali pusat kedua bayi telah puput pada hari ke-5 tanpa tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, atau keluarnya cairan bernanah, yang menandakan proses penyembuhan berlangsung normal. Pemantauan tali pusat, deteksi dini tanda bahaya, serta edukasi keluarga merupakan bagian penting dari pelayanan neonatal berkelanjutan yang bertujuan menurunkan risiko komplikasi, meningkatkan kualitas hidup, dan mendukung tumbuh kembang optimal pada bayi prematur serta BBLR.²⁷

Selanjutnya pelayanan kunjungan neonatal ke-3 dilakukan pada saat bayi berusia 12 hari, dimana kondisi kedua bayi dalam keadaan umum baik, refleks positif, warna kulit kemerahan, tali pusat sudah puput, tidak ada tanda infeksi, bayi menyusu kuat, serta eliminasi BAB dan BAK normal. Hal tersebut menunjukkan proses adaptasi fisiologis neonatus berlangsung baik meskipun kedua bayi lahir prematur dan BBLR. Menurut teori adaptasi neonatus, minggu pertama kehidupan merupakan masa kritis bagi bayi untuk beradaptasi terhadap lingkungan ekstrauterin, meliputi adaptasi suhu tubuh, pernapasan, metabolisme, dan kemampuan menyusu.

Bayi BBLR dan prematur memerlukan pemantauan ketat karena kemampuan adaptasinya belum sebaik bayi cukup bulan.⁸⁴

Pada kasus ini ditemukan adanya penurunan berat badan pada kedua bayi pada usia 12 hari. Bayi I mengalami penurunan berat badan dari 2090 gram menjadi 1950 gram, sedangkan bayi II dari 1825 gram menjadi 1700 gram. Secara teori, penurunan berat badan pada neonatus pada minggu pertama kehidupan merupakan kondisi fisiologis akibat kehilangan cairan ekstraseluler dan adaptasi metabolisme pasca lahir. Penurunan berat badan fisiologis biasanya berkisar 5–10% dari berat lahir. Namun, pada bayi prematur dan BBLR, pemantauan penurunan berat badan menjadi sangat penting karena bayi memiliki cadangan lemak dan glikogen yang terbatas sehingga lebih rentan mengalami gangguan nutrisi dan gagal tumbuh. Pada bayi II, penurunan berat badan perlu mendapatkan perhatian lebih karena berat badannya berada di bawah 2000 gram sehingga risiko hipotermia dan infeksi menjadi lebih tinggi.⁸⁴

Asuhan kebidanan yang diberikan berupa edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif sangat sesuai dengan kebutuhan bayi prematur dan BBLR. ASI merupakan nutrisi terbaik bagi neonatus karena mengandung protein, lemak, karbohidrat, antibodi, enzim, hormon, serta faktor pertumbuhan yang dibutuhkan bayi untuk tumbuh dan berkembang. Pada bayi prematur, kandungan ASI bahkan lebih sesuai dengan kebutuhan metabolik bayi dibandingkan susu formula. Pemberian ASI eksklusif pada bayi prematur dan BBLR dapat meningkatkan pertumbuhan berat badan, meningkatkan maturasi saluran cerna, menurunkan risiko infeksi neonatal, serta meningkatkan perkembangan neurologis bayi. Selain itu, ASI juga mengandung imunoglobulin A (IgA), laktoferin, dan leukosit yang berperan dalam meningkatkan daya tahan tubuh bayi prematur yang sistem imunnya belum matang.⁸⁵

Pada kasus ini, bidan menjelaskan bahwa kebutuhan nutrisi bayi menjadi prioritas utama untuk meningkatkan berat badan bayi. Edukasi ini sangat tepat karena keberhasilan pemberian nutrisi pada bayi BBLR sangat

menentukan prognosis pertumbuhan bayi. Bayi BBLR umumnya membutuhkan frekuensi menyusui lebih sering karena kapasitas lambung masih kecil dan bayi mudah lelah saat menyusui. Oleh sebab itu, dukungan keluarga dan pemantauan menyusui menjadi bagian penting dalam asuhan neonatus.⁷⁹

Evaluasi dan demonstrasi teknik menyusui yang benar juga merupakan intervensi yang sangat penting. Bayi prematur sering mengalami kesulitan koordinasi mengisap, menelan, dan bernapas sehingga teknik menyusui harus diperhatikan agar bayi memperoleh ASI optimal. Bidan mengajarkan posisi menyusui yang benar dengan memastikan tubuh bayi menempel pada tubuh ibu, kepala bayi berada pada posisi lurus, dan sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi. Teknik ini sesuai dengan teori laktasi yang menyebutkan bahwa perlekatan yang baik dapat meningkatkan transfer ASI dan mencegah bayi cepat lelah saat menyusui. Edukasi teknik menyusui secara langsung pada ibu bayi prematur meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif dan mempercepat kenaikan berat badan bayi.⁸⁶

Selain pemenuhan nutrisi, aspek penting lain pada asuhan bayi BBLR adalah menjaga kestabilan suhu tubuh bayi. Pada kasus ini, ibu diberikan edukasi mengenai perawatan bayi kecil dengan menjaga kehangatan tubuh bayi melalui penggunaan bedong, alas hangat, menghindari sumber angin, serta tidak memandikan bayi terlalu pagi atau sore. Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa bayi prematur mudah mengalami hipotermia karena lapisan lemak subkutan masih sedikit, luas permukaan tubuh lebih besar dibandingkan berat badan, dan pusat pengaturan suhu tubuh belum matang. Hipotermia pada neonatus dapat menyebabkan hipoglikemia, gangguan pernapasan, bahkan meningkatkan risiko kematian neonatal.³¹

Edukasi mengenai metode kanguru (*Kangaroo Mother Care/KMC*) juga sangat sesuai dengan evidence based practice terkini pada bayi BBLR dan prematur. Pada kunjungan usia 25 hari, bidan kembali menganjurkan ibu melakukan metode kanguru secara rutin. KMC merupakan metode

perawatan dengan kontak kulit langsung antara ibu dan bayi untuk membantu menjaga kestabilan suhu tubuh bayi, meningkatkan keberhasilan menyusui, mempercepat kenaikan berat badan, dan mempererat bonding attachment ibu dan bayi. KMC efektif meningkatkan suhu tubuh stabil, saturasi oksigen, keberhasilan menyusui, serta menurunkan lama rawat inap pada bayi BBLR dan prematur.⁸⁰

Pada perkembangan usia 25 hari, bayi I mengalami peningkatan berat badan menjadi 2200 gram. Hal ini menunjukkan adanya pertumbuhan yang baik dan keberhasilan pemberian ASI eksklusif serta perawatan di rumah. Sementara itu, bayi II mengalami kenaikan berat badan menjadi 1950 gram, meskipun masih tergolong rendah. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa bayi II masih memerlukan pemantauan pertumbuhan lebih lanjut karena berat badan belum mencapai ≥ 2000 gram. Namun, kenaikan berat badan yang terjadi menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan sudah memberikan hasil positif.⁸⁷

Bidan juga memberikan edukasi mengenai pencegahan infeksi pada neonatus. Bayi prematur dan BBLR memiliki sistem imun yang belum matang sehingga lebih rentan mengalami infeksi. Oleh karena itu ibu dianjurkan menjaga kebersihan tangan sebelum memegang bayi, menjaga kebersihan pakaian bayi, alat menyusui, dan lingkungan sekitar. Edukasi ini sangat penting karena infeksi neonatal masih menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas bayi prematur. Praktik kebersihan yang baik pada perawatan neonatus BBLR berhubungan dengan penurunan kejadian sepsis neonatal dan infeksi nosokomial. Asuhan juga mencakup edukasi mengenai tanda bahaya neonatus seperti bayi tidak mau menyusui, muntah berlebihan, kejang, suhu tubuh terlalu dingin atau panas, sesak napas, serta kulit pucat atau kebiruan. Edukasi ini sangat penting karena bayi prematur dapat mengalami perburukan kondisi secara cepat. Dengan pemahaman tanda bahaya, diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan cepat untuk membawa bayi ke fasilitas kesehatan sehingga komplikasi dapat dicegah lebih awal.²³

Selain itu, bidan memberikan edukasi mengenai imunisasi dasar khususnya imunisasi BCG. Penjelasan bahwa imunisasi BCG dapat diberikan apabila kondisi bayi stabil dan berat badan mencapai ≥ 2000 gram sesuai dengan rekomendasi imunisasi pada bayi BBLR dan prematur. Imunisasi pada bayi prematur tetap penting dilakukan untuk meningkatkan perlindungan terhadap penyakit infeksi, meskipun jadwalnya dapat disesuaikan dengan kondisi klinis bayi.¹⁶

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan pada kedua neonatus telah dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan melalui pemantauan kondisi umum bayi, pemantauan pertumbuhan berat badan, edukasi ASI eksklusif, teknik menyusui, metode kanguru, pencegahan hipotermia, pencegahan infeksi, edukasi tanda bahaya neonatus, hingga edukasi imunisasi. Pendekatan *continuity of care* yang dilakukan sejak bayi lahir hingga usia neonatal akhir membantu mendeteksi masalah secara dini dan meningkatkan kemampuan ibu dalam merawat bayi BBLR dan prematur di rumah. Hasil evaluasi menunjukkan kondisi kedua bayi stabil, refleks baik, tidak ditemukan tanda infeksi maupun komplikasi berat, serta terjadi peningkatan berat badan pada masa neonatal, sehingga asuhan yang diberikan dapat dikatakan efektif dalam mendukung adaptasi dan pertumbuhan neonatus.

E. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

Asuhan kebidanan nifas dan menyusui pada Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 post *sectio caesarea* (SC) *emergency* atas PPRM menunjukkan bahwa proses pemulihan masa nifas berlangsung fisiologis meskipun ibu termasuk dalam kelompok risiko tinggi. Masa nifas merupakan periode dimulai setelah plasenta lahir hingga 6 minggu *postpartum*, dimana tubuh ibu mengalami proses involusi uterus, pemulihan sistem reproduksi, adaptasi hormonal, psikologis, serta proses pembentukan dan pengeluaran ASI. Pada kasus ini, kondisi ibu menjadi perhatian khusus karena persalinan dilakukan secara SC *emergency* pada

kehamilan gemelli prematur yang meningkatkan risiko komplikasi maternal baik secara fisik maupun psikologis.⁸⁸

Pada kunjungan nifas pertama (KF) 1 hari ke-2, kondisi Ny. D menunjukkan proses pemulihan postpartum yang fisiologis. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 116/61 mmHg, nadi 77 kali per menit, suhu 36,0°C, respirasi 18 kali per menit, kontraksi uterus baik, TFU 3 jari di bawah pusat, serta *lochea rubra* dalam batas normal. Tidak ditemukan tanda infeksi pada luka operasi maupun perineum. Kondisi tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa dalam 24-48 jam pertama postpartum uterus akan mengalami kontraksi kuat untuk menghentikan perdarahan pada tempat implantasi plasenta dan memulai proses involusi. Tinggi fundus uteri setelah persalinan normalnya mengalami penurunan sekitar 1-2 cm per hari hingga tidak teraba lagi pada minggu kedua postpartum. Tidak ditemukannya perdarahan berlebihan maupun tanda infeksi menunjukkan bahwa proses involusi berlangsung dengan baik.²⁷

Selain itu, ibu telah mampu melakukan mobilisasi dini dengan berjalan menuju ruang perawatan bayi. Mobilisasi dini merupakan salah satu komponen penting dalam perawatan pasca *sectio caesarea* karena dapat meningkatkan sirkulasi darah, mempercepat penyembuhan luka, mengurangi risiko tromboemboli, memperbaiki fungsi gastrointestinal, serta mempercepat pemulihan fisik ibu. Temuan ini sejalan dengan penelitian oleh Agustin, dkk. (2022) yang menyatakan bahwa mobilisasi dini setelah *sectio caesarea* berhubungan dengan percepatan penyembuhan luka operasi dan penurunan lama rawat inap pasien postpartum.⁸⁹

Pada pengkajian nifas hari ke-5 yaitu pada kunjungan nifas (KF) 2, ibu mengatakan ASI sudah keluar, perdarahan dalam batas normal, namun masih merasakan nyeri pada luka operasi SC. Berdasarkan teori *postpartum* pasca *sectio caesarea*, nyeri luka operasi pada minggu pertama *postpartum* merupakan kondisi fisiologis akibat proses inflamasi dan regenerasi jaringan yang masih berlangsung. Luka insisi abdomen dan

uterus membutuhkan waktu penyembuhan bertahap sehingga rasa nyeri masih dapat dirasakan terutama saat bergerak, tertawa, batuk, maupun perubahan posisi. Pada kasus ini tidak ditemukan tanda infeksi seperti demam, kemerahan, pembengkakan, atau keluarnya cairan bernanah sehingga kondisi ibu masih dalam batas normal.

Asuhan yang diberikan berupa edukasi mengenai mobilisasi dini sangat sesuai dengan teori *evidence based postpartum care*. Mobilisasi dini setelah operasi caesar memiliki manfaat mempercepat penyembuhan luka, meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi risiko tromboemboli, mencegah konstipasi, dan membantu mempercepat involusi uterus. Ibu dianjurkan melakukan mobilisasi bertahap mulai dari miring kanan kiri, duduk perlahan, hingga berjalan ringan. Selain itu, teknik relaksasi napas dalam dan penggunaan bantal untuk menopang luka operasi saat bergerak juga membantu mengurangi nyeri pasca operasi. Rekomendasi ini sesuai dengan pedoman WHO yang menyebutkan bahwa ibu post SC membutuhkan pemantauan intensif terhadap nyeri, infeksi, mobilisasi, dan proses menyusui untuk mencegah komplikasi *postpartum*. Mobilisasi dini pada ibu post *sectio caesarea* terbukti mempercepat pemulihan fisik, menurunkan intensitas nyeri, dan mempercepat kemampuan ibu dalam merawat bayinya.⁹⁰

Pada masa nifas, produksi ASI menjadi salah satu fokus utama asuhan karena bayi lahir prematur dan BBLR sehingga membutuhkan dukungan nutrisi optimal. Ibu mengatakan ASI sudah keluar dan payudara tidak mengalami bendungan maupun puting lecet. Hal ini menunjukkan proses laktogenesis berjalan baik. Secara teori, setelah plasenta lahir akan terjadi penurunan hormon progesteron dan estrogen yang memicu peningkatan hormon prolaktin untuk produksi ASI. Selain itu, stimulasi pengosongan payudara melalui menyusui atau pemerahan ASI akan meningkatkan refleksi prolaktin dan oksitosin sehingga produksi ASI semakin lancar.³⁷

Pada kasus ini, edukasi mengenai pemerahan ASI sangat penting karena bayi masih menjalani perawatan di rumah sakit. Ibu dianjurkan memompa

ASI secara rutin hingga payudara kosong dan menyimpan ASI perah dengan benar sebelum dikirim ke rumah sakit. Penatalaksanaan tersebut sesuai dengan teori manajemen laktasi pada ibu dengan bayi prematur. Bayi prematur dan BBLR sering kali belum memiliki refleks hisap yang optimal sehingga pemberian ASI perah menjadi alternatif terbaik untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. ASI pada ibu bayi prematur memiliki kandungan protein, antibodi, dan faktor imunologis lebih tinggi dibandingkan ASI ibu bayi cukup bulan. ASI prematur terbukti mampu menurunkan risiko *nekrotizing enterocolitis* (NEC), sepsis neonatal, dan meningkatkan pertumbuhan neurologis bayi prematur. Pemberian ASI eksklusif pada bayi prematur dan BBLR secara signifikan meningkatkan kenaikan berat badan dan menurunkan lama perawatan neonatal.^{87,91}

Pada kunjungan nifas hari ke-10 (KF 3), ibu mengeluhkan kurang tidur di malam hari dan sedikit pusing. Secara teori, gangguan tidur pada masa *postpartum* merupakan kondisi yang sangat umum terjadi akibat perubahan hormonal, kelelahan fisik, proses adaptasi terhadap peran baru sebagai ibu, serta kebutuhan menyusui bayi secara berkala. Pada ibu dengan bayi gemelli dan prematur, risiko kelelahan *postpartum* menjadi lebih tinggi karena tuntutan perawatan bayi lebih besar dibandingkan kehamilan tunggal. Keluhan pusing yang dialami ibu kemungkinan berkaitan dengan kurang istirahat dan kelelahan fisik. Tanda vital ibu masih dalam batas normal dan tidak ditemukan tanda anemia maupun komplikasi lain sehingga kondisi masih termasuk fisiologis.

Asuhan berupa anjuran tidur saat bayi tidur, meminta bantuan keluarga, memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi, serta menghindari berdiri mendadak merupakan penatalaksanaan yang sesuai. Dukungan keluarga terutama suami sangat penting dalam membantu proses adaptasi ibu *postpartum*. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosnani, dkk. (2022) yang menjelaskan bahwa kualitas tidur ibu *postpartum* sangat memengaruhi kondisi emosional, produksi ASI, dan keberhasilan adaptasi maternal. Ibu dengan dukungan sosial yang baik

cenderung memiliki risiko lebih rendah mengalami *postpartum* blues maupun depresi *postpartum*.⁹²

Pada kunjungan nifas hari ke-17 dan hari ke-25, proses involusi uterus berlangsung baik ditandai dengan TFU menurun hingga akhirnya tidak teraba, lochea berubah menjadi alba, serta luka operasi tampak kering dan bersih tanpa tanda infeksi. Menurut teori involusi uterus, setelah persalinan ukuran uterus akan berangsur mengecil akibat kontraksi dan autolisis jaringan otot uterus. TFU biasanya sudah tidak teraba di atas simfisis pada akhir minggu kedua *postpartum*. Pengeluaran lochea juga mengalami perubahan bertahap mulai dari lochea rubra, sanguinolenta, serosa, hingga alba. Kondisi lochea alba pada hari ke-17 menunjukkan proses involusi berjalan normal. Tidak ditemukan perdarahan berlebihan, nyeri abdomen hebat, maupun bau tidak sedap sehingga komplikasi seperti subinvolusi maupun infeksi puerperium dapat disingkirkan. Hal ini menunjukkan keberhasilan pemantauan dan edukasi kebersihan personal hygiene yang diberikan kepada ibu.⁹³

Asuhan mengenai nutrisi *postpartum* juga sangat penting pada kasus ini. Ibu post SC dan menyusui membutuhkan kebutuhan energi, protein, zat besi, dan cairan yang lebih tinggi dibandingkan ibu *postpartum* normal. Protein diperlukan untuk proses regenerasi jaringan luka operasi dan produksi ASI. Zat besi penting untuk mencegah anemia *postpartum* akibat kehilangan darah saat persalinan. Kalsium diperlukan untuk menjaga kesehatan tulang ibu selama menyusui. Status nutrisi ibu *postpartum* berhubungan erat dengan kualitas dan kuantitas ASI yang dihasilkan. Asupan protein dan cairan yang cukup membantu meningkatkan produksi ASI terutama pada ibu menyusui bayi prematur.⁸⁵

Selain aspek fisik, dukungan psikologis pada ibu *postpartum* juga sangat penting. Pada kasus ini, ibu mengalami persalinan prematur dengan bayi yang sempat dirawat di rumah sakit sehingga berpotensi mengalami kecemasan dan stres emosional. Akan tetapi, setelah dilakukan pemeriksaan menggunakan skrining EPDS, kondisi psikologis ibu saat ini

dalam keadaan baik tanpa ada tanda depresi. Bidan tentunya tetap memberikan dukungan psikologis agar ibu tetap tenang dan percaya diri dalam menjalani masa nifas dan menyusui. Menurut teori adaptasi maternal Rubin, ibu *postpartum* membutuhkan dukungan emosional untuk membantu proses pencapaian peran sebagai ibu. Dukungan tenaga kesehatan dan keluarga dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam merawat bayi dan mengurangi risiko gangguan psikologis *postpartum*.⁹³

Asuhan yang diberikan juga telah mencakup edukasi tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan *postpartum*, demam tinggi, nyeri abdomen hebat, mastitis, infeksi luka operasi, dan sesak napas. Edukasi ini sangat penting karena ibu post SC memiliki risiko lebih tinggi mengalami infeksi puerperium dibandingkan persalinan normal. Pemantauan secara rutin dan deteksi dini komplikasi *postpartum* merupakan bagian penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu.⁹³

Selain itu, ibu juga diberikan edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif dan teknik menyusui yang benar. Pada ibu dengan bayi kembar, keberhasilan menyusui sering menjadi tantangan karena kebutuhan ASI lebih tinggi. Namun secara fisiologis tubuh ibu mampu memproduksi ASI sesuai kebutuhan bayi apabila pengosongan payudara dilakukan secara rutin. Anjuran menyusui setiap 2 jam secara bergantian antara payudara kanan dan kiri sudah sesuai dengan prinsip manajemen laktasi pada bayi gemelli.⁸⁵

Pada kunjungan nifas keempat (KF 4) hari ke-40, kondisi ibu berada dalam keadaan normal tanpa keluhan. Pengeluaran lochea telah berhenti, luka operasi sembuh sempurna, tidak terdapat masalah pada payudara, dan ibu mampu menyusui kedua bayinya dengan baik. Berdasarkan teori, penghentian lochea dan tidak terabanya uterus pada usia nifas enam minggu menunjukkan bahwa proses involusi telah selesai secara fisiologis. Pada kunjungan ini diberikan edukasi mengenai keberlanjutan ASI eksklusif, keamanan hubungan seksual setelah masa nifas karena telah

menggunakan IUD, serta pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi prematur.²⁷

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan nifas dan menyusui pada Ny. D telah sesuai dengan teori dan *evidence based practice* terkini. Pemantauan kondisi ibu post SC, dukungan laktasi, pemenuhan nutrisi, pencegahan komplikasi, edukasi tanda bahaya, serta dukungan psikologis terbukti membantu proses pemulihan ibu berlangsung optimal. Hasil evaluasi menunjukkan masa nifas berjalan fisiologis tanpa komplikasi, luka operasi sembuh baik, involusi uterus normal, ASI lancar, dan ibu mampu beradaptasi dengan perannya dalam merawat bayi prematur dan BBLR secara baik.

F. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pada kasus Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3, pemasangan kontrasepsi IUD pasca salin dilakukan segera setelah tindakan *sectio caesarea emergency* atas indikasi PPRM. Berdasarkan hasil pengkajian, ibu mengatakan ingin dilakukan pemasangan IUD segera setelah proses persalinan karena sebelumnya pernah menggunakan kontrasepsi IUD pada tahun 2014–2022 tanpa mengalami keluhan ataupun efek samping yang berarti. Pengalaman positif ibu terhadap penggunaan IUD sebelumnya menjadi salah satu faktor yang memengaruhi penerimaan ibu terhadap penggunaan kontrasepsi yang sama pada masa *postpartum*. Selain itu, usia ibu yang sudah memasuki usia reproduksi lanjut serta jumlah anak yang telah dianggap cukup menjadikan metode kontrasepsi jangka panjang sebagai pilihan yang tepat dan rasional.⁹⁴

Kontrasepsi pasca salin merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi karena berperan dalam mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, mengatur jarak kehamilan, serta menurunkan risiko komplikasi maternal dan neonatal akibat kehamilan yang terlalu dekat. Menurut teori, masa nifas merupakan waktu yang strategis untuk pemberian pelayanan keluarga berencana karena ibu masih berada dalam pengawasan tenaga kesehatan dan umumnya lebih siap

menerima konseling mengenai kontrasepsi. Penggunaan kontrasepsi segera setelah persalinan juga membantu mengurangi *unmet need* KB pada ibu *postpartum*.⁹⁵

Pada kasus ini, metode kontrasepsi yang dipilih adalah *Intra Uterine Device* (IUD) pasca salin atau *postpartum IUD insertion*. IUD merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang yang memiliki efektivitas sangat tinggi dengan angka kegagalan kurang dari 1% per tahun. Selain efektif, IUD juga bersifat reversibel, aman digunakan pada ibu menyusui, tidak memengaruhi produksi ASI, tidak memerlukan kepatuhan harian, serta dapat digunakan dalam jangka waktu panjang hingga bertahun-tahun. Pemilihan metode ini sesuai dengan kondisi Ny. D yang membutuhkan kontrasepsi efektif jangka panjang pasca persalinan. Pemasangan IUD pada Ny. D dilakukan segera setelah persalinan melalui *sectio caesarea* atau disebut *intra-caesarean IUD insertion*. Tindakan tersebut sesuai dengan rekomendasi *World Health Organization* yang menyatakan bahwa pemasangan IUD *postpartum*, termasuk segera setelah *sectio caesarea*, aman dilakukan apabila tidak terdapat tanda infeksi intrauterin seperti korioamnionitis maupun perdarahan *postpartum* berat.⁷⁵

Pemberian KIE tidak hanya dilakukan pasca pemasangan, tetapi juga dilakukan pada saat Ny. D melakukan kunjungan nifas di Puskesmas. Pemberian KIE yang dilakukan meliputi edukasi mengenai pentingnya kontrol ulang setelah masa nifas lebih dari 30 hari. Edukasi ini sesuai dengan teori bahwa evaluasi IUD *postpartum* dilakukan ketika involusi uterus sudah hampir sempurna sehingga posisi IUD dapat dinilai lebih optimal. Pemeriksaan ulang bertujuan untuk memastikan tidak terjadi ekspulsi, *displacement*, ataupun komplikasi lain seperti infeksi dan perdarahan abnormal. Ibu dianjurkan melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan seperti puskesmas atau klinik dengan bantuan USG abdomen untuk memastikan letak IUD tetap berada di kavum uteri. Pemberian edukasi mengenai kontrol ulang sangat penting karena salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pemasangan IUD *postpartum* adalah

ekspulsi spontan. Risiko ekspulsi pada pemasangan *postpartum* memang lebih tinggi dibandingkan *interval insertion*, namun keuntungan penggunaan kontrasepsi segera setelah persalinan dinilai lebih besar karena dapat mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Risiko ekspulsi juga dilaporkan lebih rendah pada pemasangan IUD saat *sectio caesarea* dibandingkan persalinan pervaginam.⁵⁴

Pada asuhan ini, bidan tidak hanya memberikan pelayanan kontrasepsi tetapi juga melakukan konseling secara komprehensif mengenai manfaat, kemungkinan efek samping, jadwal kontrol, dan tanda bahaya penggunaan IUD seperti perdarahan banyak, nyeri perut hebat, demam, keputihan berbau, maupun dugaan ekspulsi alat kontrasepsi. Pemberian konseling yang adekuat merupakan bagian penting dalam pelayanan KB karena dapat meningkatkan pengetahuan, kepatuhan kontrol, serta keberlangsungan penggunaan kontrasepsi pada ibu.⁹⁶

Keberhasilan asuhan kebidanan pada kasus Ny. D terlihat dari respon ibu yang memahami penjelasan yang diberikan dan bersedia melakukan kontrol ulang sesuai jadwal. Hal ini menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik dan edukasi yang baik mampu meningkatkan kesiapan ibu dalam menggunakan kontrasepsi jangka panjang pasca persalinan. Dengan demikian, asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny. D telah sesuai dengan teori dan *evidence based practice* terkini mengenai pelayanan KB IUD pasca salin khususnya pada ibu post *sectio caesarea emergency*.