

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. D USIA 36
TAHUN G3P1AB1AH1 USIA KEHAMILAN 31 MINGGU DENGAN
KEHAMILAN GEMELLI DI PUSKESMAS SEWON I BANTUL**



RIVE NURDAMAYANTI

NIM. P71243125053

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2026**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Rive Nurdamayanti

NIM : P71243125053

Tanda tangan:



Tanggal : 04 Juni 2026

HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. D USIA 36
TAHUN G3PIABIAHI USIA KEHAMILAN 31 MINGGU DENGAN
KEHAMILAN GEMELLI DI PUSKESMAS SEWON I BANTUL**

Disusun Oleh:

RIVE NURDAMAYANTI

NIM. P71243125053

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji

Pada tanggal: 4 Juni 2026



Kemenkes
SUSUNAN PENGUJI
Poltekkes Yogyakarta

Pembimbing Akademik

Atik Ismiyati, S.ST., M.Keb
NIP. 198701012019022001
Pembimbing Klinik

Sumirah, SKM., SST., Bdn
NIP. 197201041992032004



Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan


Dr. Hebi Puji Wahyuningsih, S.SiT., M.Keb
NIP. 197511232002122002

KATA PENGANTAR

Segala puji dan Syukur marilah kita panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir *continuity of care* (COC) yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 Usia Kehamilan 31 Minggu dengan Kehamilan Gemelli di Puskesmas Sewon I Bantul”. Tugas akhir ini terwujud atas bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. Iswanto, S.Pd., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
2. Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT, M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
3. Munica Rita Hernayanti, S.SiT, Bdn, M.Kes selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
4. Atik Ismiyati, S.ST., M.Keb selaku Pembimbing Pendidikan.
5. Sumirah, SKM., SST., Bdn selaku Pembimbing Lahan.
6. Orang tua beserta keluarga besar yang menjadi motivator dan tidak henti-hentinya mendoakan serta memberikan dukungan baik secara moral maupun material.
7. Teman-teman yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan laporan *continuity of care* (COC) ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tugas akhir ini memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan sempurnanya tugas akhir ini, sehingga dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Yogyakarta, 26 Februari 2026

Penulis

SINOPSIS

Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. D Usia 36 Tahun G3P1Ab1Ah1
Usia Kehamilan 31 Minggu dengan Kehamilan Gemelli
di Puskesmas Sewon I Bantul

Komplikasi kehamilan dan persalinan masih menjadi penyebab utama kematian ibu, sementara prematuritas dan bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan penyebab terbesar kematian neonatal. Menurut data *World Health Organization* (WHO), angka kematian ibu (AKI) global pada tahun 2023 masih berada di angka 197 per 100.000 kelahiran hidup. Di Indonesia, berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) hasil *Long Form* 2020, AKI mencapai 189 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih sangat jauh dari target *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2030 yaitu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup. Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, berdasarkan data profil kesehatan DIY Tahun 2024, AKI sebesar 77,03 per 100.000 kelahiran hidup dengan penyebab utama gangguan hipertensi, kelainan jantung dan pembuluh darah, serta perdarahan. Sementara itu, di Kabupaten Bantul, AKI tahun 2023 mencapai 84,36 per 100.000 kelahiran hidup. Pada wilayah kerja Puskesmas Sewon I, per bulan Desember 2025 tercatat 1 kasus kematian ibu dan 7 kasus kematian bayi sepanjang tahun 2025. Data tersebut menunjukkan bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan maternal melalui deteksi dini faktor risiko, pelayanan antenatal yang optimal, serta upaya promotif dan preventif masih sangat diperlukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.^{1,2}

Pelayanan kebidanan yang berkesinambungan atau *continuity of care* merupakan salah satu pendekatan penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi. *Continuity of care* merupakan pelayanan kebidanan yang dilakukan secara menyeluruh dan terus-menerus mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, hingga keluarga berencana. Pendekatan ini bertujuan untuk membangun hubungan terapeutik antara bidan dan pasien, meningkatkan deteksi

dini komplikasi, memberikan edukasi kesehatan secara berkelanjutan, serta meningkatkan kepuasan dan keselamatan ibu dan bayi.³

Asuhan kebidanan berkesinambungan ini dilakukan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 dengan kehamilan gemelli mulai dari usia kehamilan 31 minggu. Kehamilan Ny. D termasuk ke dalam kehamilan risiko tinggi, dimana kehamilan gemelli/ganda termasuk ke dalam salah satu jenis kehamilan risiko tinggi, ditambah dengan usia ibu >35 tahun. Selama kehamilan, ibu rutin melakukan pemeriksaan antenatal dan mendapatkan edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan, pemenuhan nutrisi, persiapan persalinan, serta pemantauan kondisi ibu dan janin. Pada usia kehamilan 33 minggu ibu mengalami *Partus Prematurus Imminens* (PPI) dan infeksi saluran kemih (ISK), kemudian pada usia kehamilan 34 minggu 2 hari mengalami ketuban pecah dini (PPROM) sehingga dilakukan terminasi kehamilan yang dilakukan dengan *sectio caesarea emergency*. Bayi lahir kembar dengan berat badan lahir rendah (BBLR), yaitu 2090 gram dan 1825 gram yang kemudian dilakukan perawatan di ruang NICU selama 9 hari.

Pada masa nifas, kondisi ibu berlangsung fisiologis dengan penyembuhan luka operasi yang baik dan produksi ASI lancar. Pemantauan neonatus menunjukkan kedua bayi dalam kondisi stabil dengan fokus asuhan pada pemberian ASI eksklusif, metode kanguru (KMC), pencegahan hipotermia, dan pemantauan pertumbuhan. Sebagai upaya pengaturan jarak kehamilan, ibu memilih kontrasepsi IUD pascapersalinan dan selama masa pemantauan tidak ditemukan keluhan maupun komplikasi.

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
SINOPSIS.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	viii
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Kajian Masalah Kasus.....	7
B. Kajian Teori	23
BAB III PEMBAHASAN.....	90
A. Asuhan Kebidanan Kehamilan.....	90
B. Asuhan Kebidanan Persalinan.....	96
C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	99
D. Asuhan Kebidanan Neonatus	103
E. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui	108
F. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana.....	114
BAB IV PENUTUP	117
A. Kesimpulan	117
B. Saran.....	118
DAFTAR PUSTAKA	119
LAMPIRAN.....	128

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Asuhan Kebidanan Kehamilan	129
Lampiran 2. Asuhan Kebidanan Persalinan	144
Lampiran 3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	146
Lampiran 4. Asuhan Kebidanan Neonatus	148
Lampiran 5. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui	160
Lampiran 6. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana	170
Lampiran 7. <i>Informed Consent</i>	173
Lampiran 8. Surat Keterangan Telah Menyelesaikan COC	174
Lampiran 9. Dokumentasi Pelaksanaan COC	175
Lampiran 10. Referensi Jurnal	177

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang dialami perempuan mulai dari terjadinya konsepsi hingga persalinan. Meskipun sebagian besar kehamilan berlangsung normal, terdapat beberapa kondisi tertentu yang dapat menyebabkan kehamilan menjadi risiko tinggi sehingga memerlukan perhatian dan pemantauan lebih intensif. Salah satu kondisi tersebut adalah kehamilan gemelli atau kehamilan kembar. Kehamilan gemelli merupakan kehamilan dengan dua janin atau lebih yang berkembang di dalam uterus secara bersamaan. Dibandingkan dengan kehamilan tunggal, kehamilan gemelli memiliki risiko komplikasi maternal dan neonatal yang lebih tinggi.⁴

Berdasarkan data global, angka kejadian kehamilan gemelli terus meningkat dalam beberapa dekade terakhir, salah satunya dipengaruhi oleh meningkatnya usia maternal dan penggunaan teknologi reproduksi berbantu. Penelitian yang dilakukan oleh Tagami, dkk. (2026) menyebutkan bahwa kehamilan gemelli memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi obstetri seperti hipertensi dalam kehamilan, preeklampsia, diabetes gestasional, anemia, ketuban pecah dini, dan persalinan prematur dibandingkan kehamilan tunggal. Selain itu, bayi dari kehamilan gemelli memiliki risiko lebih besar lahir dengan berat badan rendah dan membutuhkan perawatan neonatal intensif.⁵

Risiko tersebut semakin meningkat apabila disertai faktor maternal lain seperti usia ibu ≥ 35 tahun. Pada usia maternal lanjut, terjadi peningkatan risiko gangguan vaskular dan metabolik yang dapat menyebabkan komplikasi selama kehamilan. Menurut teori obstetri, ibu hamil usia ≥ 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipertensi, diabetes gestasional, gangguan pertumbuhan janin, persalinan prematur, hingga persalinan *sectio caesarea*. Oleh sebab itu, ibu hamil dengan usia

maternal lanjut dan kehamilan gemelli memerlukan pemantauan antenatal yang lebih ketat untuk mendeteksi komplikasi secara dini, sehingga asuhan kebidanan secara komprehensif dan berkesinambungan perlu untuk diberikan pada ibu untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas kesehatan ibu serta bayi.⁶

Menurut *World Health Organization*, komplikasi kehamilan dan persalinan masih menjadi salah satu penyebab utama kematian perempuan usia reproduksi di dunia. Selain itu, prematuritas dan bayi berat lahir rendah (BBLR) juga menjadi penyebab terbesar kematian neonatal. Berdasarkan data global dari *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2023 angka kematian ibu (AKI) global masih mencapai sekitar 197 per 100.000 kelahiran hidup, dengan sebagian besar kematian terjadi akibat komplikasi kehamilan dan persalinan yang sebenarnya dapat dicegah melalui deteksi dini dan penanganan yang tepat. Hal ini juga terjadi di Indonesia, dimana masalah kesehatan ibu dan bayi masih menjadi perhatian penting dalam pembangunan kesehatan. Di Indonesia, AKI juga masih tergolong tinggi. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) hasil *Long Form* tahun 2020, AKI Indonesia mencapai 189 per 100.000 kelahiran hidup, meskipun telah mengalami penurunan dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1991. Upaya percepatan penurunan angka kematian ibu terus dilakukan melalui berbagai program kesehatan ibu dan anak. Target global dalam *Sustainable Development Goals* menekankan penurunan angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.¹

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta juga merupakan salah satu provinsi yang masih menjadikan AKI sebagai indikator penting dalam evaluasi pelayanan kesehatan ibu. Berdasarkan Profil Kesehatan DIY Tahun 2024, tercatat 25 kasus kematian ibu dari 32.456 kelahiran hidup dengan angka kematian ibu sebesar 77,03 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu tertinggi pada tahun 2024 disebabkan oleh gangguan hipertensi sebanyak 10 kasus, diikuti kelainan jantung dan

pembuluh darah sebanyak 6 kasus serta perdarahan sebanyak 2 kasus. Kondisi tersebut menunjukkan pentingnya deteksi dini faktor risiko selama kehamilan untuk mencegah komplikasi maternal.²

Kabupaten Bantul termasuk wilayah yang turut menyumbang kasus kematian ibu di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Bantul Tahun 2023, capaian angka kematian ibu pada tahun 2023 mencapai 84,36 per 100.000 kelahiran hidup, artinya di Kabupaten Bantul terdapat 9 kasus kematian ibu dari total 10,669 kelahiran hidup. Distribusi kasus kematian ibu di tingkat kecamatan menunjukkan adanya variasi kejadian antar wilayah pelayanan kesehatan. Adapun di wilayah kerja Puskesmas Sewon I yang meliputi dua desa di Kecamatan Sewon yaitu Desa Timbulharjo dan Pendowoharjo, per Desember 2025 tercatat AKI sebanyak 1 kasus dengan AKB sebanyak 7 kasus. dalamtercatat memiliki kasus kematian ibu pada wilayah kerja salah satu puskesmas sehingga memerlukan perhatian dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan maternal. Kondisi ini menunjukkan pentingnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu, khususnya melalui deteksi dini faktor risiko, pelayanan antenatal yang optimal, serta penguatan upaya promotif dan preventif untuk menurunkan angka kematian ibu di Kabupaten Bantul khususnya di wilayah kerja Puskesmas Sewon I.¹

Pelayanan kebidanan yang berkesinambungan atau *continuity of care* merupakan salah satu pendekatan penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi. *Continuity of care* merupakan pelayanan kebidanan yang dilakukan secara menyeluruh dan terus-menerus mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, hingga keluarga berencana. Pendekatan ini bertujuan untuk membangun hubungan terapeutik antara bidan dan pasien, meningkatkan deteksi dini komplikasi, memberikan edukasi kesehatan secara berkelanjutan, serta meningkatkan kepuasan dan keselamatan ibu dan bayi.³

Oleh karena itu, penulis tertarik melakukan “Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia

kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli di Puskesmas Sewon I” sebagai bentuk penerapan *continuity of care* dalam pelayanan kebidanan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, hingga keluarga berencana.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Melaksanakan dan mengimplementasikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*) pada Ny D sesuai dengan pelayanan standar asuhan kebidanan dan pola pikir manajemen kebidanan mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana serta melakukan pendokumentasian dengan metode SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian data secara subjektif dan objektif pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli.
- b. Menentukan analisis kebidanan berupa diagnosis, masalah, dan kebutuhan berdasarkan data subjektif dan objektif serta melakukan penyusunan rencana asuhan kebidanan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli.
- c. Melakukan penatalaksanaan dan evaluasi asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli.
- d. Melakukan dokumentasi berdasarkan kasus yang telah ditetapkan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli.
- e. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata di lapangan dalam asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny. D usia 36

tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan ini adalah pelaksanaan pelayanan kebidanan yang berfokus pada asuhan kebidanan berkesinambungan (*Continuity of Care*) pada klien dimulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan pelayanan KB.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan berpikir kritis mahasiswa kebidanan sebagai pelaksana asuhan kebidanan berkesinambungan serta menambah wawasan bagi pembaca dalam menghadapi kasus-kasus kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Laporan dapat menjadi bahan pustaka untuk pembelajaran pelaksanaan asuhan kebidanan berkesinambungan dengan pendekatan holistik.

b. Bagi Bidan di Puskesmas Sewon I Bantul

Laporan dapat memberikan tambahan informasi maupun bahan masukan pelaksanaan pelayanan di puskesmas terkait asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana secara berkesinambungan.

c. Bagi Klien

Pelaksanaan asuhan oleh mahasiswa dapat menambah pengetahuan serta dukungan pendampingan dan pemantauan masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana.

d. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Pelaksanaan asuhan dapat menambah pengetahuan, keterampilan dan memperbanyak pengalaman bagi mahasiswa dalam menangani kasus masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana secara berkesinambungan dengan pendekatan holistik.

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. 23 Februari 2026 (ANC TM III di Puskesmas)

Pengkajian pada ibu hamil ini dilakukan pada tanggal 23 februari 2026 pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli. Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif, diperoleh bahwa ibu mengeluhkan sering mengalami kesemutan pada tangan dan kaki serta vitamin kehamilan yang telah habis. Kehamilan ini merupakan kehamilan yang diinginkan dan ibu merasa bersyukur atas kehamilan yang sedang dijalani. Ibu menikah satu kali pada usia 23 tahun dan telah menjalani pernikahan selama 13 tahun dengan dukungan keluarga yang baik terhadap kehamilannya. Riwayat menstruasi ibu normal dengan menarche usia 11 tahun, siklus teratur 28 hari, lama menstruasi 6-7 hari, dan tidak terdapat keluhan flour albus maupun dismenore.

Berdasarkan riwayat kehamilan saat ini, ibu rutin melakukan *antenatal care* sejak usia kehamilan 5 minggu 3 hari di puskesmas dengan kunjungan yang sesuai standar pada setiap trimester. Keluhan selama kehamilan meliputi mual muntah pada trimester pertama, kesemutan pada tangan yang terjadi pada trimester kedua hingga trimester ketiga disertai dengan kaki yang kadang bengkak. Pola nutrisi ibu cukup baik dengan konsumsi makanan bergizi seperti nasi, sayur, ayam, tahu, tempe, susu, dan air putih, meskipun asupan cairan masih perlu ditingkatkan. Aktivitas sehari-hari ibu masih melakukan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, mencuci, dan memasak dengan waktu istirahat malam sekitar 6-7 jam. *Personal hygiene* ibu baik, ditunjukkan dengan

kebiasaan mandi dua kali sehari, menjaga kebersihan genetalia, serta penggunaan pakaian dalam berbahan katun yang tidak lembab.

Riwayat obstetri menunjukkan bahwa ibu pernah melahirkan satu kali secara spontan aterm pada tahun 2014 dengan bayi perempuan berat lahir 2950 gram tanpa komplikasi, kemudian mengalami abortus pada tahun 2024. Saat ini ibu menjalani kehamilan ketiga dengan janin gemelli intrauterin. Riwayat kesehatan ibu dan keluarga tidak ditemukan penyakit sistemik seperti hipertensi, diabetes, maupun penyakit menular. Tidak terdapat riwayat keturunan kembar pada keluarga ibu maupun suami. Secara psikologis, ibu memiliki penerimaan yang baik terhadap kehamilan kembarnya dan memahami bahwa kondisi tersebut termasuk kehamilan risiko tinggi sehingga membutuhkan perhatian khusus dan pemantauan lebih ketat.

Berdasarkan data objektif, keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan tekanan darah 97/65 mmHg, MAP 75,66 mmHg, nadi 68 kali/menit, respirasi 21 kali/menit, dan suhu 36°C yang masih dalam batas normal. Pemeriksaan antropometri menunjukkan tinggi badan 155 cm, berat badan sebelum hamil 47 kg dan saat ini 61 kg dengan IMT normal serta LILA 26 cm yang menunjukkan status gizi ibu cukup baik. Pemeriksaan fisik kepala hingga ekstremitas tidak ditemukan kelainan maupun edema patologis. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan perut membesar sesuai usia kehamilan gemelli dengan hasil palpasi Leopold menunjukkan letak janin melintang. Auskultasi denyut jantung janin terdengar pada dua *punctum maximum* dengan frekuensi 145 kali/menit dan 152 kali/menit yang menunjukkan kondisi kedua janin baik. Hasil pemeriksaan USG menunjukkan kehamilan gemelli intrauterin dengan kedua janin aktif, estimasi berat janin

1683 gram dan 1584 gram. Pemeriksaan laboratorium trimester pertama menunjukkan hemoglobin 11,2 g/dL, gula darah sewaktu normal, protein urine negatif, serta pemeriksaan infeksi menular seperti HIV, sifilis, dan hepatitis B negatif.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, Ny. D termasuk dalam kehamilan risiko tinggi karena usia ibu >35 tahun dan kehamilan gemelli. Oleh karena itu, penatalaksanaan asuhan kebidanan yang diberikan meliputi edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan gemelli, anjuran istirahat cukup, mengurangi aktivitas berat, pemenuhan nutrisi tinggi protein dan kalsium, pemantauan gerakan janin, pemberian vitamin kehamilan, dukungan psikologis, serta rujukan ke rumah sakit untuk pemantauan lebih lanjut oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Selain itu, dilakukan pendampingan *continuity of care* mulai dari kehamilan hingga nifas dan keluarga berencana guna mendukung kesehatan ibu dan janin secara optimal.

b. 05 Maret 2026 (Kunjungan Rumah)

Pada kunjungan rumah tanggal 5 Maret 2026 pukul 13.00 WIB, usia kehamilan Ny. D telah memasuki 32 minggu 3 hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan masih mengalami kesemutan pada kedua tangan dan mulai merasakan bengkak pada kedua kaki terutama setelah beraktivitas cukup lama. Ibu mengatakan masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari namun lebih mudah merasa lelah dibandingkan sebelumnya. Ibu juga mengatakan tidak terdapat keluhan lain seperti nyeri kepala, pandangan kabur, nyeri ulu hati, maupun kontraksi yang teratur.

Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 101/66 mmHg, nadi 70 kali per menit, respirasi 21 kali per menit, dan suhu 36°C. Pemeriksaan mata menunjukkan konjungtiva merah muda dan sklera putih sehingga

tidak ditemukan tanda anemia. Pemeriksaan abdomen menunjukkan pembesaran uterus melebar sesuai kehamilan gemelli dengan letak lintang. Pada pemeriksaan ekstremitas ditemukan edema pada kedua kaki namun tidak disertai varises ataupun tanda preeklampsia lainnya.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi penyampaian hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik serta tanda vital masih dalam batas normal. Ibu diberikan KIE mengenai kesemutan pada tangan dan kaki yang merupakan salah satu ketidaknyamanan trimester III. Ibu juga diberikan edukasi mengenai tanda bahaya edema patologis yang mengarah pada preeklampsia seperti bengkak mendadak pada wajah dan tangan, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, dan tekanan darah tinggi. KIE mengenai persiapan persalinan juga diberikan meliputi persiapan biaya, kendaraan, donor darah, perlengkapan ibu dan bayi, serta pendamping persalinan mengingat kehamilan gemelli memiliki kemungkinan persalinan lebih awal. Ibu juga diberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan seperti kontraksi teratur, keluar lendir bercampur darah, nyeri pinggang menjalar ke perut bawah, dan pecahnya ketuban agar ibu dan keluarga mampu mengenali tanda persalinan sejak dini.

c. 17 Maret 2026 (*WhatsApp Chat*)

Pemantauan kehamilan ibu juga dilakukan melalui *WhatsApp Chat* pada tanggal 17 Maret 2026 pukul 17.00 WIB, dimana usia kehamilan Ny. D mencapai 34 minggu 1 hari. Ibu mengatakan pada tanggal 09 Maret 2026 mengalami pengeluaran flek darah disertai prongkol kecil sehingga segera memeriksakan diri ke IGD RSUD Panembahan Senapati. Setelah dilakukan pemeriksaan, ibu menjalani rawat inap selama tiga hari dengan diagnosis *Partus Prematurus Imminens* (PPI) dan ISK bakterial pada usia kehamilan ibu 33 minggu. Ibu mengatakan bahwa selama

perawatan telah mendapatkan terapi dan kondisinya kini membaik. Saat dilakukan pemantauan, ibu mengatakan tidak ada lagi pengeluaran flek darah, tidak terdapat keputihan, dan tidak merasa pusing. Ibu juga mengatakan mengetahui bahwa ISK yang dialaminya kemungkinan dipicu oleh kebiasaan sering menahan pipis selama beraktivitas di rumah.

Berdasarkan kondisi tersebut, ibu diberikan edukasi bahwa kebiasaan menahan BAK dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kemih karena urine yang tertahan terlalu lama dapat mempermudah pertumbuhan bakteri di saluran kemih. Selanjutnya, pemberian KIE mengenai cara mencegah flek darah pada trimester III, KIE mengenai tanda bahaya trimester III seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, pandangan kabur, bengkak pada wajah dan tangan, ketuban pecah dini, demam tinggi, dan gerakan janin berkurang.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir

a. Asuhan Kebidanan Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan kehamilan gemelli, ketuban pecah dini, janin ganda intrauterine presentasi kepala dan presentasi bokong dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul berdasarkan pengkajian tanggal 17 Maret 2026 pukul 23.00 WIB. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan keluar cairan dari jalan lahir sejak pukul 22.00 WIB yang dirasakan bukan air pipis. Ibu juga mengatakan merasakan kenceng-kenceng namun masih jarang dan belum adekuat. Ibu tidak mengeluhkan adanya flek darah maupun pusing. Berdasarkan hasil pemeriksaan di rumah sakit, keadaan umum ibu dalam kondisi baik dengan tekanan darah 121/76 mmHg. Hasil pemeriksaan obstetri melalui palpasi Leopold dan USG menunjukkan kehamilan gemelli intrauterine dengan presentasi

janin pertama kepala (preskep) dan janin kedua bokong (presbo). Pada pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan serviks 2 cm dengan ketuban yang sudah rembes.

Berdasarkan kondisi tersebut bidan melakukan penatalaksanaan berupa pemberian dukungan psikologis kepada ibu agar tetap tenang selama proses persalinan. Pemantauan kemajuan persalinan dilakukan secara berkala meliputi observasi his, denyut jantung janin (DJJ), dan kondisi umum ibu. Selain itu dilakukan pemberian induksi misoprostol 25 mcg setiap 6 jam pervaginam seri pertama sesuai advis dokter untuk membantu proses pematangan serviks dan stimulasi kontraksi uterus. Ibu juga dianjurkan untuk miring ke kiri guna membantu meningkatkan perfusi uteroplasenta dan menjaga oksigenasi janin tetap optimal. Mengingat kondisi kehamilan gemelli dengan presentasi janin pertama kepala dan janin kedua bokong serta adanya ketuban pecah dini pada usia kehamilan preterm, direncanakan tindakan *section caesarea emergency* pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.30 WIB.

Ibu mengatakan bahwa pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.00 WIB dilakukan pemeriksaan dalam ulang dan didapatkan pembukaan serviks sudah lengkap. Namun demikian, walaupun persalinan telah memasuki kala II, ibu tetap dianjurkan melahirkan melalui prosedur *sectio caesarea* karena mempertimbangkan kondisi presentasi janin kedua bokong pada kehamilan gemelli serta risiko komplikasi yang dapat terjadi apabila dilakukan persalinan pervaginam. Setelah kedua bayi berhasil dilahirkan dengan selamat, ibu juga dilakukan pemasangan IUD pasca salin sebagai metode kontrasepsi jangka panjang sesuai dengan rencana KB ibu sebelumnya.

b. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan bayi baru lahir pada By. Ny. D bayi I dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.34 WIB. Bayi lahir dari ibu usia 36 tahun dengan kehamilan gemelli usia kehamilan 34 minggu 2 hari melalui tindakan *sectio caesarea emergency* atas indikasi *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM). Berdasarkan data subjektif dari anamnesis ibu dan buku KIA, ibu mengatakan bayi pertama lahir pada pukul 07.34 WIB dan bayi kedua lahir pada pukul 07.41 WIB. Kedua bayi tersebut segera dilakukan jepit potong tali pusat setelah lahir. Bayi kemudian diserahkan kepada perawat ruang bayi untuk mendapatkan dilakukan resusitasi awal dan asuhan pasca resusitasi yaitu pemasangan *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) untuk membantu mempertahankan fungsi pernapasan dan menjaga oksigenasi tetap adekuat.

Selanjutnya bayi dibawa ke ruang NICU menggunakan inkubator guna menjaga kestabilan suhu tubuh serta mendapatkan pemantauan intensif. Nilai APGAR bayi adalah 5 pada menit pertama, 7 pada menit kelima, dan 8 pada menit kesepuluh yang menunjukkan adanya perbaikan kondisi bayi setelah dilakukan tindakan resusitasi. Bayi pertama lahir dengan berat badan 2090 gram, panjang badan 43,5 cm, dan lingkar kepala 29 cm, adapun bayi kedua lahir dengan berat lahir 1825 gram, panjang badan 43 cm, dan lingkar kepala 29 cm, sehingga kedua bayi tersebut dikategorikan sebagai bayi kurang bulan dengan BBLR.

3. Asuhan Kebidanan Neonatus

a. 20 Maret 2026 (KN 1, usia 48 jam)

Asuhan neonatus untuk kunjungan pertama dilakukan pada sata kedua bayi berusia 48 jam dan sedang dirawat di ruang NICU. Saat ini bayi baru dipasang nasal kanul FiO 25% dengan aliran 2 lpm setelah sebelumnya dipasang CPAP 30%. Pemeriksaan fisik

pada bayi telah dilakukan dan mendapatkan hasil dalam batas normal dan tidak ada kelainan. Riwayat penatalaksanaan pada pelayanan neonatal yang telah diberikan pada usia 0-6 jam atau pada tanggal 18 Maret 2026 meliputi pemberian injeksi vitamin K dan salep mata telah dilakukan pada pukul 08.00 WIB dan dilanjutkan dengan imunisasi HB-0 pada pukul 09.00 WIB. IMD tidak dilakukan karena bayi langsung dirawat di NICU pasca persalinan dan tidak dilakukan rawat gabung.

Selanjutnya, pada kunjungan neonatus (KN) 1 penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya adalah pemberian observasi ketat tanda vital bayi, identifikasi tanda bahaya pada bayi, skrining hipotiroid kongenital (SHK) pertama dan skrining penyakit jantung bawaan (PJB) juga telah dilakukan dengan hasil lulus (normal), KIE pemberian SHK yang kedua yaitu pada tanggal 03 April 2026, perawatan tali pusat, pemberian ASI melalui spuit yang berasal dari ASI yang telah diperah ibu, menjaga kehangatan bayi dan mendokumentasikan setiap asuhan di rekam medis elektronik.

b. 23 Maret 2026 (KN 2, usia 5 hari)

Berdasarkan anamnesa pada ibu serta catatan pada buku KIA, pada usia bayi lima hari, bayi dalam keadaan baik yang saat ini terpasang nasal kanul FiO 25% dengan aliran 2 lpm. Tali pusat telah puput pagi tadi dengan tidak adanya tanda infeksi, BAB (+), BAK (+), refleks aktif, tidak ada tanda ikhterik pada bayi. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya observasi tanda vital bayi, pemberian ASI eksklusif pada bayi melalui gelas ASI dan juga pemberian ASI secara langsung oleh Ny. D, pemberian edukasi mengenai teknik menyusui yang benar pada Ny. D, KIE *kangaroo mother care* (KMC) pada Ny. D dan mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan ke dalam rekam medis elektronik.

c. 30 Maret 2026 (KN 3, usia 13 hari)

Pengkajian neonatus dilakukan pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 14.30 WIB pada bayi kembar Ny. D. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan kedua bayi tidak memiliki keluhan, menyusu kuat, BAB dan BAK normal, serta tidak muntah maupun demam. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum kedua bayi baik. Bayi I memiliki berat badan lahir 2090 gram, panjang badan 43,5 cm, lingkar kepala 29 cm, dan berat badan terakhir 1950 gram. Bayi II memiliki berat badan lahir 1825 gram, panjang badan 43 cm, lingkar kepala 30 cm, dan berat badan terakhir 1700 gram. Pada kedua bayi, kulit tampak kemerahan tanpa ruam, tali pusat sudah puput tanpa tanda infeksi, gerakan ekstremitas aktif, dan refleks neonatal positif. Berdasarkan hasil pengkajian ditegakkan analisis By. Ny. D (Bayi I dan Bayi II) BBLR, kurang bulan, usia 12 hari dalam keadaan normal.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi penyampaian hasil pemeriksaan bahwa kondisi kedua bayi stabil, namun berat badan masih berada di bawah berat badan lahir sehingga pemenuhan nutrisi perlu diperhatikan. Ibu dianjurkan memberikan ASI eksklusif dan dilakukan evaluasi serta edukasi teknik menyusui yang benar agar bayi memperoleh ASI secara optimal. Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai perawatan bayi BBLR dan kurang bulan, terutama menjaga kehangatan tubuh untuk mencegah hipotermia, seperti membedong bayi, menghindari paparan udara dingin, menyediakan lingkungan yang hangat, serta menjemur bayi secara aman pada pagi hari. Ibu juga diberikan KIE mengenai tanda bahaya neonatus, seperti tidak mau menyusu, muntah berlebihan, demam, hipotermia, kejang, serta kulit pucat atau kebiruan, dan dianjurkan segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila tanda tersebut muncul. Pada akhir kunjungan,

ibu dianjurkan melakukan kontrol ulang sesuai jadwal yang telah ditentukan rumah sakit.

d. 12 April 2026 (KN 3, usia 25 hari)

Kunjungan neonatus selanjutnya dilakukan pada tanggal 12 April 2026 pukul 11.00 WIB di rumah pada bayi kembar Ny. D. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan kedua bayi dalam keadaan sehat, tidak muntah, serta BAB dan BAK normal. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum kedua bayi baik. Bayi I memiliki berat badan lahir 2090 gram dengan berat badan terakhir 2200 gram, panjang badan 43,5 cm, dan lingkaran kepala 29 cm. Bayi II memiliki berat badan lahir 1825 gram dengan berat badan terakhir 1950 gram, panjang badan 43 cm, dan lingkaran kepala 30 cm. Pada kedua bayi, kulit tampak kemerahan tanpa ruam, tali pusat sudah puput tanpa tanda infeksi, gerakan aktif, dan refleks neonatal positif. Berdasarkan hasil pengkajian ditegakkan analisis By. Ny. D (Bayi I dan Bayi II) BBLR, kurang bulan, usia 25 hari, dengan Bayi I menunjukkan peningkatan berat badan yang baik dan Bayi II masih memerlukan pemantauan pertumbuhan.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi penyampaian hasil pemeriksaan bahwa kondisi kedua bayi secara umum baik. Ibu dianjurkan tetap memberikan ASI eksklusif untuk mendukung pertumbuhan, meningkatkan daya tahan tubuh, dan memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. Dilakukan kembali edukasi dan demonstrasi teknik menyusui yang benar agar proses menyusui efektif. Ibu juga dianjurkan rutin melakukan metode kanguru (KMC) serta menjaga kehangatan bayi dengan pakaian hangat, topi, kaos kaki, dan menghindari paparan udara dingin. Selain itu, diberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan untuk mencegah infeksi. KIE tentang imunisasi dasar, khususnya imunisasi BCG, juga diberikan dengan

penjelasan bahwa imunisasi dapat diberikan sesuai kondisi bayi dan advis dokter anak. Ibu memahami seluruh penjelasan yang diberikan serta bersedia melakukan kontrol rutin untuk pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan imunisasi bayi.

4. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

a. 20 Maret 2026 (KF 1, hari ke-2)

Asuhan pada kunjungan nifas yang pertama dilakukan pada tanggal 20 Maret 2026. Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan, pengeluaran ASI (+), tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 116/61 mmHg, nadi 77 kali per menit, suhu 36.0°C, respirasi 18 kali per menit, dan saturasi oksigen 99%. Adapun TFU ibu adalah 3 jari bawah pusat dengan kontraksi keras, tidak ada tanda infeksi pada luka jahitan SC, perineum bersih, *lochea rubra*, tidak ada tanda infeksi dan pengeluaran dalam batas normal. Mobilisasi aktif dengan sudah jalan ke ruang bayi. Ibu telah dilakukan pemasangan IUD pasca salin. Adapun terapi yang telah diberikan diantaranya adalah vitamin A 200.000 SI sebanyak 2 kapsul. Adapun penatalaksanaan asuhan yang diberikan diantaranya adalah pemberian KIE mengenai cara perah ASI yang baik dan benar, teknik menyusui dan pemberian ASI eksklusif, pemberian KIE tanda bahaya masa nifas dan observasi mengenai tanda bahaya nifas pada ibu serta melakukan dokumentasi setelah pemberian asuhan dilakukan.

b. 23 Maret 2026 (KF 2, hari ke-5)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 Maret 2026 pukul 17.00 WIB melalui WhatsApp chat pada Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 *post sectio caesarea emergency* atas indikasi *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM). Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan tidak terdapat keluhan berat, ASI sudah keluar lancar, perdarahan nifas dalam batas normal dengan warna merah kecoklatan, namun nyeri pada luka jahitan operasi masih terasa.

Hasil pengkajian objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dan kesadaran compos mentis.

Penatalaksanaan yang diberikan dimulai dengan memberikan ucapan selamat kepada ibu atas kelahiran kedua bayinya serta memberikan dukungan psikologis terkait kondisi bayi yang masih menjalani perawatan di rumah sakit, pemberian KIE mengenai keluhan nyeri luka jahitan operasi yang masih dirasakan pada nifas hari ke-5 sebagai kondisi yang masih fisiologis karena proses penyembuhan jaringan masih berlangsung dan cara mempercepat proses penyembuhan luka jahitan.

Selanjutnya diberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas, edukasi mengenai pemenuhan nutrisi selama masa nifas, dan anjuran konsumsi tablet tambah darah dan kalsium. Edukasi mengenai cara memerah dan menyimpan ASI juga diberikan karena bayi masih dirawat di rumah sakit. Ibu dianjurkan memompa ASI hingga payudara terasa kosong, menyimpan ASI dalam kantong khusus, serta memberi label tanggal pemerahan sebelum dikirim ke rumah sakit.

c. 30 Maret 2026 (KF 3, hari ke-10)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 14.30 WIB melalui kunjungan rumah pada Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 post SC nifas hari ke-10. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan terkadang kurang tidur pada malam hari dan sedikit merasa pusing, namun ASI sudah keluar banyak, perdarahan dalam batas normal, dan luka jahitan hanya sedikit nyeri. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 99/61 mmHg, nadi 68 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, suhu 36,3°C, payudara tanpa bendungan ASI maupun puting lecet, TFU pertengahan pusat-simfisis, luka operasi masih tertutup plester, serta terdapat

edema ringan pada kedua kaki. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut, kondisi ibu termasuk nifas hari ke-10 normal post SC.

Penatalaksanaan dimulai dengan menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan tanda vital masih dalam batas normal, dilanjutkan dengan pemberian KIE mengenai keluhan kurang tidur pada malam hari dan cara mengatasinya, edukasi kebutuhan nutrisi masa nifas kembali diberikan dengan menganjurkan konsumsi makanan tinggi protein dan cairan cukup guna membantu pemulihan tubuh dan memperlancar produksi ASI, KIE mengenai teknik menyusui yang benar dan pentingnya pemberian ASI eksklusif dan edukasi ulang mengenai tanda bahaya masa nifas.

d. 04 April 2026 (KF 3, hari ke-17)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 04 April 2026 pukul 11.00 WIB di Puskesmas pada Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 post SC nifas hari ke-17. Berdasarkan data subjektif, ibu datang untuk kontrol nifas dan mengatakan tidak memiliki keluhan, BAK dan BAB lancar, tidak demam, serta nyeri luka jahitan sudah tidak dirasakan. Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik dengan kesadaran compos mentis, tekanan darah 113/63 mmHg, nadi 68 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, suhu 36,3°C, ASI keluar lancar tanpa bendungan payudara, luka operasi tampak kering dan bersih tanpa tanda infeksi, TFU tiga jari di atas simfisis, serta pengeluaran lochea alba dalam batas normal.

Penatalaksanaan dilakukan dengan menyampaikan kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan dalam batas normal sehingga proses pemulihan nifas berjalan baik. Selanjutnya diberikan KIE mengenai *personal hygiene*, pemberian ASI eksklusif, dukungan psikologis juga diberikan agar ibu tetap tenang dan percaya diri dalam menjalani masa adaptasi merawat bayi kembar. Selanjutnya ibu diberikan tablet tambah darah sebanyak 20 tablet dengan

anjanan diminum satu kali sehari pada malam hari. Ibu juga diinformasikan mengenai jadwal kunjungan nifas berikutnya pada hari ke-35 untuk evaluasi posisi IUD menggunakan USG.

e. 12 April 2026 (KF 3, hari ke-25)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 April 2026 pukul 13.00 WIB melalui kunjungan rumah pada Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 post SC nifas hari ke-25. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan tidak memiliki keluhan, tidak pusing, BAK dan BAB lancar, serta ASI keluar lancar. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 99/61 mmHg, nadi 68 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, suhu 36,3°C, payudara tanpa bendungan maupun lecet, TFU sudah tidak teraba, luka operasi tampak kering dan bersih tanpa tanda infeksi, serta ekstremitas dalam keadaan baik.

Penatalaksanaan dimulai dengan menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan tanda vital dalam batas normal, edukasi frekuensi menyusui pada bayi dan kebutuhan nutrisi bayi, edukasi mengenai pentingnya pemenuhan nutrisi selama masa nifas, dan anjuran untuk tetap kontrol nifas sesuai jadwal di puskesmas untuk memantau kondisi kesehatan ibu serta evaluasi KB pasca persalinan. Dukungan dan motivasi terus diberikan agar ibu tetap semangat menjalani masa nifas dan menyusui kedua bayinya.

f. (KF 4, hari ke-40)

Pada kunjungan nifas hari ke-40, Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 post sectio caesarea emergency atas indikasi PPRM berada dalam kondisi normal. Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan dan telah melakukan kontrol IUD pasca salin pada nifas hari ke-35 dengan hasil posisi IUD baik serta tidak ditemukan tanda ekspulsi. Ibu juga tidak mengalami pengeluaran lokhea, keluhan pada payudara, maupun gangguan menyusui. Hasil

pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis.

Asuhan yang diberikan meliputi edukasi untuk melanjutkan pemberian ASI eksklusif dan menyusui bayi sesering mungkin dengan teknik yang benar. Ibu juga diberikan KIE mengenai keamanan berhubungan seksual setelah masa nifas karena telah menggunakan kontrasepsi IUD, serta edukasi tentang pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi prematur, stimulasi dini, tanda perkembangan normal usia 1 bulan, pentingnya kontrol tumbuh kembang secara rutin, dan pemberian imunisasi dasar sesuai jadwal. Ibu memahami seluruh penjelasan yang diberikan dan seluruh asuhan telah didokumentasikan.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

a. 18 Maret 2026

Pengkajian dilakukan pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.50 WIB di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan ingin dilakukan pemasangan KB IUD segera setelah proses persalinan selesai. Ibu juga mengatakan sebelumnya pernah menggunakan kontrasepsi IUD pada tahun 2014 sampai tahun 2022 tanpa mengalami keluhan maupun efek samping selama penggunaan. Dari hasil pemeriksaan objektif didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut ditegakkan analisis Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 akseptor lama KB IUD *post SC* dan insersi IUD.

Setelah tindakan *sectio caesarea* selesai dan dilakukan pemasangan IUD pasca salin, ibu diberikan konseling dan edukasi mengenai penggunaan KB IUD pasca persalinan. Dijelaskan bahwa IUD merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang yang efektif, aman digunakan pada ibu menyusui, serta dapat membantu menjarangkan kehamilan berikutnya. Karena

pemasangan dilakukan segera setelah persalinan, ibu dianjurkan melakukan kontrol ulang atau evaluasi setelah memasuki masa nifas lebih dari 30 hari, saat ukuran uterus sudah hampir kembali seperti sebelum hamil sehingga posisi IUD dapat dievaluasi dengan lebih optimal.

Ibu juga diberikan penjelasan mengenai kemungkinan terjadinya ekspulsi atau pergeseran IUD pasca pemasangan sehingga penting untuk melakukan pemeriksaan ulang di fasilitas kesehatan seperti puskesmas, klinik, maupun rumah sakit. Evaluasi posisi IUD dapat dilakukan melalui pemeriksaan USG abdomen untuk memastikan alat kontrasepsi masih berada pada posisi yang tepat di dalam kavum uteri. Selain itu, ibu dianjurkan segera memeriksakan diri apabila mengalami keluhan seperti nyeri perut hebat, perdarahan banyak, keputihan berbau, demam, atau apabila benang IUD tidak teraba. Setelah diberikan penjelasan, ibu memahami edukasi yang disampaikan dan bersedia melakukan kontrol ulang sesuai jadwal yang dianjurkan.

b. 04 April 2026

Pada tanggal 04 April 2026 pukul 11.00 WIB, Ny. D melakukan kunjungan di puskesmas. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan tidak memiliki keluhan terkait kontrasepsi yang digunakan saat ini, tidak mengalami keputihan berbau maupun perdarahan yang berlebihan. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, berat badan 57 kg, tekanan darah 113/63 mmHg, nadi 68 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, dan suhu 36,3°C. Pemeriksaan genitalia menunjukkan pengeluaran lochea alba dalam batas normal dan tidak dilakukan pemeriksaan menggunakan spekulum. Berdasarkan hasil pengkajian ditegakkan analisis Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 sebagai akseptor lama KB IUD pasca SC dan insersi IUD.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menyampaikan kepada ibu bahwa kondisi kesehatannya saat ini dalam keadaan baik dan tanda-tanda vital berada dalam batas normal sehingga ibu merasa lega. Selanjutnya diberikan KIE mengenai tanda bahaya penggunaan IUD, seperti nyeri perut hebat, perdarahan banyak, demam, keputihan berbau, atau benang IUD yang tidak teraba, serta dianjurkan segera memeriksakan diri apabila mengalami keluhan tersebut. Ibu juga diedukasi untuk menjaga kebersihan area genetalia guna mencegah infeksi. Selain itu dijelaskan bahwa IUD merupakan metode kontrasepsi jangka panjang yang efektif, aman digunakan selama menyusui, dan tidak memengaruhi produksi maupun kualitas ASI. Ibu memahami seluruh penjelasan yang diberikan. Pada akhir kunjungan, ibu diinformasikan mengenai jadwal kunjungan ulang yang dilakukan bersamaan dengan kunjungan nifas keempat atau pada hari ke-35 pascapersalinan untuk evaluasi posisi IUD melalui pemeriksaan USG. Seluruh asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan.

B. Kajian Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).⁷

Definisi dari masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2002). Kehamilan adalah mulai dari ovulasi sampai partus lamanya 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Pembagian kehamilan dibagi dalam 3 trimester : trimester I, dimulai dari konsepsi sampai tiga bulan (0-12minggu); trimester II, dimulai dari bulan keempat sampai enam bulan (13-28minggu); trimester III dari bulan tujuh sampai Sembilan bulan (29-42minggu).⁸

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender Internasional. Untuk melakukan asuhan antenatal yang baik, diperlukan pengetahuan dan kemampuan untuk mengenali perubahan fisiologi yang terkait dengan proses kehamilan.⁹

Pengenalan dan pemahaman tentang perubahan fisiologi tersebut menjadi modal dasar dalam mengenali kondisi patologi yang dapat mengganggu status kesehatan ibu ataupun bayi yang dikandungnya. Dengan kemampuan tersebut, penolong atau petugas kesehatan dapat mengambil tindakan yang tepat dan perlu untuk memperoleh luaran yang optimal dari kehamilan dan persalinan.¹⁰

b. Fisiologi Kehamilan

1) Pengangkutan ovum ke oviduktus

Pada ovulasi ovum dibedakan ke dalam rongga abdomen tapi langsung diambil oleh oviduktus, ditangkap fimbrie. Fimbrie dilapisi oleh silia yaitu tonjolan-tonjolan halus mirip rambut yang bergetar seperti gelombang ke arah interior oviduktus.¹¹

2) Pengangkutan sperma ke oviduktus

Setelah ditaruh di vagina saat ejakulasi, sperma-sperma tersebut harus berjalan melewati kanalis servikalis, uterus dan kemudian menuju telur di sepertiga atas oviduktus.¹¹

3) Fertilisasi

Untuk membuahi sebuah ovum, sebuah sperma mula-mula harus melewati korona radiata dan zona pelusida. Enzim-enzim akrosom, yang terpajan saat membran akrosom rusak saat sperma berkontak dengan korona radiata, memungkinkan sperma membuat terowongan menembus sawar-sawar protektif tersebut.¹¹

4) Implantasi

Ovum yang sudah dibuahi membelah dengan cepat selama perjalanannya dalam tuba falopii. Bila kelompok sel yang disebut sebagai morula mencapai cavum uteri maka terbentuklah “*inner cell mass*”. Pada stadium Blastosis, *mass* tersebut dibungkus dengan sel trofoblas primitif.¹¹

5) Plasentasi

Villi terdapat di seluruh permukaan blastosis. Dengan demikian membesarnya blastosis, desidua superfisial (desidua kapsularis) akan tertekan dan kehamilan akan semakin mengembang ke arah dalam cavum uteri.¹¹

c. Perubahan Fisiologi pada ibu hamil

Perubahan Fisiologi pada ibu selama masa kehamilan antara lain sebagai berikut.

1) Sistem Reproduksi

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Berat uterus itu normal lebih kurang 30 gram. Pada akhir kehamilan (40 minggu), berat uterus itu menjadi 1.000 gram.¹¹

2) Sistem Darah

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih banyak dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada umur hamil 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25% sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%.¹¹

3) Sistem Pernapasan

Pernafasan Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen (O₂). Disamping itu juga terjadi desakan diafragma, karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.¹¹

4) Sistem Pencernaan

Karena pengaruh estrogen pengeluaran asam lambung meningkat, dapat menyebabkan terjadinya mual dan sakit atau pusing kepala pada pagi hari, yang disebut morning sickness, muntah yang disebut emesis gravidarum, sedangkan muntah yang berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari disebut hiper emesis progesteron juga menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi.¹¹

5) Perubahan Pada Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola papilla mammae, pada pipi (Cloasma gravidarum).¹¹

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala kehamilan diklasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu:

- 1) Tanda dan gejala kehamilan pasti, antara lain:
 - a) Ibu merasakan gerakan kuat bayi di dalam perutnya. Sebagian besar ibu mulai merasakan tendangan bayi pada usia kehamilan lima bulan.
 - b) Bayi dapat dirasakan di dalam Rahim. Semenjak umur kehamilan 6 atau 7 bulan.
 - c) Denyut jantung bayi dapat terdengar. Saat usia kehamilan menginjak bulan ke-5 atau ke-6 denyut jantung bayi terkadang dapat didengar menggunakan instrument yang dibuat untuk mendengarkan, seperti stetoskop atau fetoskop.
 - d) Tes kehamilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil. Tes ini dilakukan dengan perangkat tes kehamilan di rumah atau di laboratorium dengan urine atau darah ibu.⁸
- 2) Tanda dan gejala kehamilan tidak pasti
 - a) Ibu tidak menstruasi
Hal ini seringkali menjadi pertama kehamilan. Jika ini terjadi, ada kemungkinan ibu hamil, tanda sebab berhentinya haid adalah pertanda dibuahnya sel telur oleh sperma. Kemungkinan penyebab tanda lain adalah gizi buruk, masalah emosi, atau menopause (berhenti haid).
 - b) Mual atau ingin muntah
Banyak ibu hamil yang merasakan mual di pagi hari (*morning sickness*), namun ada beberapa ibu yang mual sepanjang hari. Kemungkinan penyebab lain dari mual adalah penyakit atau parasit.
 - c) Payudara menjadi peka
Payudara lebih lunak, sensitif, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri. Hal ini menunjukkan peningkatan produksi hormon estrogen dan progesteron.

d) Ada bercak darah dan kram perut

Adanya bercak darah dan kram perut disebabkan oleh implantasi atau menempelnya embrio ke dinding ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari rahim. Hal ini merupakan keadaan yang normal.

e) Ibu merasa letih dan mengantuk sepanjang hari

Rasa letih dan mengantuk umum dirasakan pada 3 atau 4 bulan pertama kehamilan. Hal ini diakibatkan oleh perubahan hormon dan kerja ginjal, jantung serta paru-paru yang semakin keras untuk ibu dan janin. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah anemia, gizi buruk, masalah emosi dan terlalu banyak bekerja.

f) Sakit kepala

Sakit kepala terjadi karena lelah, mual, dan tegang serta depresi yang disebabkan oleh perubahan hormon tubuh saat hamil. Meningkatnya pasokan darah ke tubuh juga membuat ibu hamil pusing setiap ganti posisi.

g) Ibu sering berkemih

Tanda ini terjadi pada 3 bulan pertama dan 1 hingga 2 bulan terakhir kehamilan. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah stress, infeksi, diabetes, ataupun infeksi saluran kemih.

h) Sembelit

Sembelit dapat disebabkan oleh meningkatnya hormon progesteron. Selain mengendurkan otot Rahim, hormon itu juga mengendurkan otot dinding usus, sehingga memperlambat gerakan usus agar penyerapan nutrisi janin lebih sempurna.

i) Sering meludah

Sering meludah atau hipersalivasi disebabkan oleh perubahan kadar estrogen.

j) Temperatur basal tubuh naik

Temperatur basal adalah suhu yang diambil dari mulut saat bangun pagi. Temperatur ini sedikit meningkat setelah ovulasi dan akan turun ketika mengalami haid.

k) Ngidam

Tidak suka atau tidak ingin makanan tertentu merupakan ciri khas ibu hamil. Penyebabnya adalah perubahan hormon.⁸

3) Tanda dan gejala kehamilan palsu

Pseudocyesis (kehamilan palsu) merupakan keyakinan dimana seorang wanita merasakan dirinya sedang hamil namun sebenarnya ia tidak hamil. Wanita yang mengalami pseudocyesis akan merasakan sebagian besar atau bahkan semua tanda-tanda dan gejala kehamilan. Meskipun penyebab pastinya masih belum diketahui, dokter menduga bahwa faktor psikologislah yang mungkin menjadi penyebab tubuh untuk “berpikir bahwa ia hamil”. Tanda-tanda kehamilan palsu diantaranya:

a) Gangguan menstruasi.

b) Perut bertumbuh.

c) Payudara membesar dan mengencang, perubahan pada puting dan mungkin produksi ASI.

d) Merasakan pergerakan janin.

e) Mual dan muntah.

f) Kenaikan berat badan.⁸

2. Konsep Dasar Kehamilan Risiko Tinggi

a. Definisi Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang kemungkinan dapat menyebabkan terjadinya bahaya atau komplikasi baik terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan ataupun nifas bila dibandingkan dengan

kehamilan persalinan dan nifas normal akibat adanya gangguan/komplikasi kehamilan. Pada kehamilan risiko tinggi terdapat tindakan khusus terhadap ibu dan janin.¹⁰

b. Klasifikasi Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan berisiko terbagi menjadi tiga kriteria yang dituangkan dalam bentuk angka atau skor. Angka bulat yang digunakan dalam penilaian yaitu 2, 4 dan 8 pada setiap variabel dan kemudian dijumlahkan menjadi total skor akhir. Berdasarkan total skor kehamilan berisiko dibedakan menjadi:

1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil berisiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.¹⁰

2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6-10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.¹⁰

3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditangani oleh Dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa KRST merupakan kelompok risiko terbanyak penyebab kematian maternal.¹⁰

c. Pengelompokan faktor risiko tinggi kehamilan

- 1) Faktor risiko tinggi menjelang kehamilan. Faktor genetika yaitu faktor keturunan dan faktor lingkungan yang dipengaruhi oleh pendidikan dan sosial.
- 2) Faktor risiko tinggi yang bekerja selama hamil atau keadaan yang dapat merangsang kehamilan. Kebiasaan ibu seperti merokok, minum minuman alkohol, kecanduan obat dll. Penyakit yang mempengaruhi kehamilan misalnya hipertensi gestasional, toksemia gravidarum.
- 3) Faktor risiko saat persalinan.
- 4) Faktor risiko pada neonatus.⁸

d. Batasan Faktor Risiko

Batasan dalam faktor risiko atau masalah dapat dibagi menjadi tiga yaitu ada potensi gawat obstetri (APGO), ada gawat obstetri (AGO), dan ada gawat darurat obstetri (AGDO). Kelompok faktor risiko ada ibu hamil dikelompokkan menjadi 3 yaitu kelompok I, II, III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat risikonya.¹²

1) Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO)

- a) Kelompok I Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) ada 10 faktor risiko, yaitu:

i) Primi muda

Ibu yang hamil pertama kali pada usia ≤ 16 tahun, dimana pada usia tersebut reproduksi belum siap dalam menerima kehamilan kondisi rahim dan panggul yang masih kecil, akibat dari ini janin mengalami gangguan. Disisi lain mental ibu belum siap menerima kehamilan dan persalinan. Bahaya yang terjadi jika usia terlalu muda yaitu premature, perdarahan antepartum, perdarahan post partum. Hasil penelitian disalah satu Rumah Sakit, ibu hamil yang dikategorikan dalam

primi muda sangat rendah yakni hanya mencapai angka 1,7%.²² Faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi persalinan adalah ibu yang berumur < 20 tahun.⁹

ii) Primi tua

Primi tua adalah wanita yang mencapai usia 35 tahun atau lebih pada saat hamil pertama. Ibu dengan usia ini mudah terjadi penyakit pada organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.¹³

iii) Anak terkecil kurang dari 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu juga masih menyusui. Anak masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya.¹³

iv) Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar dan perdarahan pasca persalinan.¹⁴

v) Grande multi

Ibu yang pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih, hal ini dikarenakan ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti kesehatan terganggu ataupun kekendoran pada dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama dan perdarahan pasca

persalinan. Grande multi para juga dapat menyebabkan solusio plasenta dan plasenta previa.¹⁴

vi) Umur 35 tahun atau lebih

Ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar atau macet, perdarahan setelah bayi lahir.¹⁴

vii) *Intra Uteri Fetal Death* (IUFD)

Dengan tanda-tanda gerakan janin tidak terasa lagi dalam 12 jam, perut dan payudara mengecil, tidak terdengar denyut jantung.

viii) Tinggi badan 145 cm atau kurang

Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional, dalam hal ini ada dua kemungkinan yang terjadi. Pertama, panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar dan kedua panggul ukuran normal tetapi anaknya besar atau kepala besar. Selanjutnya, ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang. Ibu hamil dengan kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah <2500 gram. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan berjalan tidak lancar dan bayi sukar lahir. Kebutuhan pertolongan medis yang diperlukan adalah persalinan operasi sesar.¹⁵

ix) Riwayat Obstetri Buruk (ROB)

Riwayat Obstetrik Buruk dapat terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu meninggal pada umur <7 hari, kehamilan ketiga atau lebih dengan kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran >2 kali dan kehamilan kedua atau lebih dengan kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan 2 kali.¹⁵

x) Persalinan yang lalu dengan tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam dengan bantuan alat, seperti persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam (tindakan dengan cunam/forsep/vakum). Bahaya yang dapat terjadi yaitu robekan atau perlukaan jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan. Selain itu juga terdapat uri manual, yaitu tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan apabila setelah 30 menit uri tidak lahir sendiri dan apabila terjadi perdarahan uri belum juga lahir.¹⁵

xi) Bekas operasi sesar

Ibu hamil pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bahaya pada robekan rahim yaitu kematian janin dan kematian ibu, perdarahan dan infeksi.¹⁵

b) Kelompok II Ada Gawat Obstetrik (AGO) ada 8 faktor risiko

Ada gawat obstetrik (AGO) adalah tanda bahaya pada saat kehamilan yang meliputi penyakit yang menyertai kehamilan ibu, diantaranya sebagai berikut:

i) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi, dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah bahkan murah. Anemia pada kehamilan memberi pengaruh kurang baik, seperti kematian muda, kematian perinatal, prematuritas, dapat terjadi cacat bawaan, cadangan zat besi kurang.¹⁵

ii) Malaria

Bila malaria disertai dengan panas tinggi dan anemia, maka akan mengganggu ibu hamil dan kehamilannya. Bahaya yang dapat terjadi yaitu abortus, *intrauterine fetal death* (IUFD), dan persalinan prematur.¹⁵

iii) Tuberkulosis paru

Tuberkulosis paru tidak secara langsung berpengaruh pada janin, namun tuberkulosis paru berat dapat menurunkan fisik ibu, tenaga, dan air susu ibu (ASI) ikut berkurang. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keguguran, bayi lahir belum cukup umur, dan janin mati dalam kandungan.¹⁵

iv) Payah jantung

Bahaya yang dapat terjadi yaitu payah jantung bertambah berat, kelahiran premature. Penyakit jantung memberi pengaruh tidak baik kepada kehamilan dan janin dalam kandungan. Apabila ibu menderita hipoksia dan sianosis, hasil konsepsi dapat menderita pula dan mati, yang kemudian disusul oleh abortus.¹⁶

v) Diabetes mellitus

Ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang besar, pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu-minggu terakhir dan ditemukan glukosa dalam air seni. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan premature, hidramnion, kelainan bawaan, makrosomia, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan ke-36, kematian bayi perinatal (bayi lahir hidup kemudian mati <7 hari). Selain itu dalam kehamilan diabetes dapat menimbulkan preeklamsia, kelainan letak janin, dan insufisiensi plasenta.¹⁵

vi) *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)*

Bahaya yang dapat terjadi yaitu gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan ibu hamil muda terkena infeksi. Kehamilan memperburuk progresivitas infeksi HIV. Bahaya HIV pada kehamilan adalah pertumbuhan intra uterin terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan risiko premature.¹⁵

vii) Toksoplasmosis

Toksoplasmosis penularan melalui makanan mentah atau kurang masak, yang tercemar kotoran kucing yang terinfeksi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu infeksi pada kehamilan muda menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut menyebabkan kongenital dan hidrosefalus.¹⁵

viii) Preeklamsia ringan

Tanda-tandanya yaitu edema pada tungkai dan muka karena penumpukan cairan disela-sela jaringan tubuh, tekanan darah tinggi, dalam urin terdapat proteinuria, sedikit bengkak pada tungkai bawah atau kaki pada

kehamilan 6 bulan keatas mungkin masih normal karena tungkai banyak digantung atau kekurangan vitamin B1. Bahaya bagi janin dan ibu yaitu menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, dan janin mati dalam kandungan.¹⁵

Selain penyakit-penyakit yang menyertai ibu hamil, kondisi kehamilan juga dapat menjadi faktor, diantaranya adalah:

i) Hamil kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Rahim ibu membesar dan menekan organ dalam dan menyebabkan keluhan-keluhan seperti sesak nafas, edema kedua bibir kemaluan dan tungkai, varises, dan haemorrhoid. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, hidramnion, anemia, persalinan premature, kelainan letak, persalinan sukar, dan perdarahan saat persalinan.¹⁴

ii) Hidramnion atau Hamil kembar air

Hidramnion adalah kehamilan dengan jumlah cairan amnion lebih dari 2 liter, dan biasanya tampak pada trimester III, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, cacat bawaan pada bayi, kelainan letak, persalinan premature, dan perdarahan pasca persalinan.¹⁴

iii) Janin mati dalam rahim atau *intrauterine fetal death* (IUFD)

Keluhan yang dirasakan yaitu tidak terasa gerakan janin, perut terasa mengecil, dan payudara mengecil. Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan pada umur kehamilan 4-5 bulan. Bila Gerakan janin

berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan janin mungkin terancam. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu dengan janin mati dalam rahim yaitu gangguan pembekuan darah ibu, disebabkan dari jaringan-jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu.¹³

iv) Hamil serotinus/hamil lebih bulan

Hamil serotinus adalah ibu dengan usia kehamilan >42 minggu dimana fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah menurun. Dampaknya dapat menyebabkan distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir, janin besar, dan moulding (*moulase*) kepala kurang sehingga sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, insersia uteri, distosia bahu, dan perdarahan pasca persalinan.¹³

v) Letak sungsang

Letak sungsang adalah dimana letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah. Bahaya yang dapat terjadi yaitu bayi lahir dengan gawat napas yang berat dan bayi dapat mati.¹³

vi) Letak lintang

Kelainan letak janin didalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), dimana kepala ada di samping kanan atau kiri dalam rahim ibu. Bayi letak lintang tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa, karena sumbu tubuh janin melintang terhadap sumbu tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak lintang yaitu pada persalinan yang tidak di tangani dengan benar, dapat terjadi robekan rahim. Akibatnya adalah perdarahan yang mengakibatkan anemia berat, infeksi, ibu syok dan dapat menyebabkan kematian ibu dan janin.¹⁴

- c) Kelompok III Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO), ada 2 faktor risiko.

Ada gawat darurat obstetrik adalah adanya ancaman nyawa pada ibu dan bayinya yang terdiri dari:

- i) Perdarahan pada saat kehamilan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan sebelum persalinan atau perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi. Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan janinnya, perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tapi terus menerus, lama kelamaan ibu menderita anemia berat atau sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok dan bayi dapat mengalami kelahiran prematur sampai kematian janin karena asfiksia. Perdarahan dapat terjadi pada plasenta previa dan solusio plasenta. Biasanya disebabkan karena trauma atau kecelakaan dan tekanan darah tinggi atau pre-eklamsia sehingga terjadi perdarahan pada tempat melekat plasenta yang menyebabkan adanya penumpukan darah beku dibelakang plasenta.¹⁵

- ii) Preeklamsia berat dan Eklamsia

Preeklamsia berat terjadi bila ibu dengan preeklamsia ringan tidak dirawat dan ditangani dengan benar. Preeklamsia berat dapat mengakibatkan kejang-kejang atau eklamsia. Bahaya yang dapat terjadi yaitu ibu dapat tidak sadar (koma sampai meninggal).¹⁵

e. Konsep Dasar Kehamilan Ganda (*Gemeli*)

1) Definisi Kehamilan Ganda (*Gemeli*)

Kehamilan *gemeli* yaitu adanya kehadiran dua janin dalam satu kandungan. Faktor yang mempengaruhi terjadinya kehamilan *gemeli* antara lain usia ibu, paritas, riwayat kembar dalam keluarga dan penggunaan terapi reproduksi yang disengaja untuk mendapatkan kehamilan kembar. Pada kehamilan *gemeli* ini juga menyebabkan resiko tingginya kelahiran prematur, pembatasan pertumbuhan janin dalam rahim (IUGR), dan kemungkinan kelainan kongenital.⁵

Pada kehamilan *gemeli* mempunyai dua tipe utama yaitu:

- a) Kembar monozigotik, yaitu satu sel telur yang dibuahi oleh satu sperma, kemudian membelah diri waktu setelah fertilisasi.
- b) Kembar dizigotik, terjadinya dua sel telur yang dibuahi oleh dua sperma yang berbeda, sehingga akan memperpleh hasil pembuahan kombinasi genetik yang berbeda.¹⁷

2) Etiologi Kehamilan Ganda (*Gemeli*)

Kehamilan ganda/kembar/*gemeli* dapat terjadi akibat pembuahan dua oosit oleh dua sperma, menghasilkan kembar dizigotik, atau dari pembuahan satu oosit yang kemudian akan membelah menjadi dua struktur serupa, masing-masing mampu berkembang menjadi individu, menghasilkan kembar monozigotik.¹⁷

Kehamilan dizigotik merupakan mayoritas dan terjadi secara spontan karena peningkatan konsentrasi hormon perangsang folikel (FSH) pada wanita. Oleh karena itu, faktor risiko terjadinya adalah: geografi (lebih sering terjadi di negara-negara dengan iklim yang lebih ringan), etnis (etnis kulit hitam), multiparitas, usia ibu lanjut (hiperstimulasi ovarium karena peningkatan gonadotropin antara usia 35 dan 39 tahun),

kondisi sosial ekonomi rendah, penggunaan kontrasepsi oral, 8 riwayat keluarga (7–15% populasi memiliki gen dominan untuk kehamilan kembar), dan penggunaan teknik reproduksi berbantuan.¹⁸

Kehamilan monozigotik terjadi pada 30% kehamilan kembar dan sebagian besar ditentukan oleh faktor genetik. Fertilisasi in vitro merupakan faktor risiko untuk kehamilan monozigotik, karena prosedur embrio dapat menghasilkan perubahan pada zona pellucida. Berbeda dengan kehamilan dizigotik, yang selalu dikorionik, korionisitas pada kehamilan monozigotik ditentukan oleh waktu pembelahan kedua massa sel. Jika pembelahan terjadi dalam 72 jam pertama setelah fertilisasi, kehamilan bersifat dikorionik dan diamniotik. Jika pembelahan terjadi antara hari ke-4 dan ke-8, kehamilan bersifat monokorionik dan diamniotik. Jika pembelahan terjadi setelah hari kedelapan, kehamilan bersifat monokorionik dan monoamniotik. Sekitar 75% kehamilan monozigotik adalah monokorionik dan, di antara kehamilan monokorionik, sekitar 2% diantaranya adalah monoamniotik.¹⁷

3) Pengaruh Kehamilan Ganda (*Gemeli*)

Pengaruh kehamilan gemeli terhadap ibu dan janin sebagai berikut:

- a) Pada kehamilan kembar biasanya akan terjadi distensi uterus yang berlebihan, dan sering melewati batas normal. Hal ini yang memicu terjadinya kelahiran prematur. Semakin banyak janin yang ada di kandungan semakin pendek pula usia kehamilan pada ibu.
- b) Pada hasil palpasi abdomen akan terasa lebih besar dan terasa dua atau lebih bagian tubuh janin.

- c) Auskultasi akan menunjukkan lebih dari satu denyut jantung pada janin dan perbedaannya bisa lebih dari 10 kali denyut permenit.
 - d) Kebutuhan nutrisi pada kehamilan gemeli ini juga meningkat, apabila ibu mengalami kekurangan gizi bisa berakibat ibu mengalami anemia serta penyakit difisiensi lainnya.
 - e) Janin yang berasal dari kehamilan gemeli cenderung lahir prematur dan sebagian akan memerlukan perawatan intensif neonatal (NICU).
 - f) Bayi kembar yang dilahirkan sebelum usia 35 minggu beresiko mengalami penyakit Membran Hialin (HMD) atau yang biasa disebut dengan distress pernapasan.
 - g) Rentan terjadinya asfiksia saat kelahiran janin dan depresi perinatal yang disebabkan oleh beberapa kondisi seperti prolaps tali pusat, plasenta previa dan ruptur uteri.
 - h) Risiko mengalami *cerebralpalsy* yang lebih tinggi.¹⁹
- 4) Pemeriksaan Antenatal pada Kehamilan Ganda (*Gemeli*)
- Kehamilan ganda dapat digolongkan kehamilan dengan risiko tinggi, oleh karena itu pengawasan ibu hamil ganda dalam pelayanan antenatal adalah sebagai berikut.
- a) Diet ibu hamil ganda
 - i) Memerlukan kalori yang lebih tinggi 300 kal/Kg.
 - ii) Komposisi makanan sebaiknya 5 (lima) sempurna sehingga tumbuh kembang janin menjadi lebih baik.
 - iii) Pemberian vitamin, Fe, dan asam folat perlu mendapat perhatian sehingga tidak menimbulkan cacat jasmani dan juga dapat mencapai IQ yang cukup.
 - iv) Kebutuhan protein dapat diatasi dengan tambahan satu telur setiap hari.²⁰
 - b) Pemeriksaan fisik

- i) Pemeriksaan antenatal dilakukan lebih sering dengan jadwal pada usia kehamilan 0-28 minggu setiap 3-4 minggu, 28-32 minggu setiap dua minggu dan 33-40 minggu setiap satu minggu.
- ii) Pemeriksaan laboratorium dilakukan dengan lengkap saat pertama datang sehingga terdapat gambaran umum. Berdasarkan hasilnya, nasihat diet dan tambahan vitamin atau Fe dan lainnya dapat dijadwalkan. Untuk meningkatkan nilai gizi, maka dengan mudah dapat dianjurkan agar menambah makanan hanya dengan “satu telur” setiap hari.²¹
- c) Pemeriksaan ultrasonografi
 - i) Dilakukan untuk kepastian hamil ganda.
 - ii) Mengikuti tumbuh kembang janin intrauteri sehingga diketahui secara dini kemungkinan komplikasi hamil ganda.
 - iii) Berdasarkan hasilnya, dapat dilakukan sikap untuk dapat mencapai *well born baby* dan *well health mother*.
 - iv) Jika perlu, dilakukan pemeriksaan biofisik profil janin intrauteri.
 - v) Dengan USG, kedudukan masing-masing janin dapat dipastikan. Hanya dengan memperhatikan tinggi fundus uteri, kehamilan ganda mempunyai beberapa diferensial diagnosis, antara lain hidramnion, hamil dengan mola hidatidosa, dan hamil dengan janin makrosomia serta adanya kemungkinan kesalahan mengingat hari pertama menstruasi.²¹

3. Konsep Dasar Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-40 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi pada ibu maupun janin.²²

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan. Pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sampai akhirnya timbul kontraksi kuat secara ritmis sehingga bayi dilahirkan. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.²³

b. Jenis Persalinan

Ada beberapa jenis persalinan diantaranya adalah sebagai berikut.

1) Persalinan normal

Persalinan normal adalah jenis persalinan dimana bayi lahir melalui vagina, tanpa memakai alat bantu, tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi), dan biasanya dalam waktu kurang dari 24 jam. Kekuatan mengejan ibu akan mendorong janin ke bawah masuk ke rongga panggul. Saat kepala janin memasuki ruang panggul, maka posisi kepala sedikit menekuk menyebabkan dagu dekat dengan dada janin. Posisi janin ini akan memudahkan kepala lolos melalui jalan lahir, yang diikuti dengan beberapa gerakan proses persalinan selanjutnya. Setelah kepala janin keluar, bagian tubuh yang lain akan

mengikuti, mulai dari bahu, badan, dan kedua kaki buah hati anda.²³

2) Persalinan dengan vakum

Proses persalinan dengan alat bantu vakum adalah dengan meletakkan alat di kepala janin dan dimungkinkan untuk dilakukan penarikan, tentu dengan sangat hati-hati. Persalinan ini juga disarankan untuk ibu hamil yang mengalami hipertensi. Persalinan vakum bisa dilakukan apabila panggul ibu cukup lebar, ukuran janin tidak terlalu besar, pembukaan sudah sempurna, dan kepala janin sudah masuk ke dalam dasar panggul.²³

3) Persalinan dibantu forsep

Persalinan forsep adalah persalinan yang menggunakan alat bantu yang terbuat dari logam dengan bentuk mirip sendok. Persalinan ini bisa dilakukan pada ibu yang tidak bisa mengejan karena keracunan kehamilan, asma, penyakit jantung atau ibu hamil mengalami darah tinggi. Memang persalinan ini lebih berisiko apabila dibandingkan persalinan dengan bantuan vakum. Namun bisa menjadi alternatif apabila persalinan vakum tidak bisa dilakukan, dan anda tidak ingin melakukan persalinan *sectio caesaria*.²³

4) Persalinan dengan *sectio caesaria*

Persalinan *sectio caesaria* adalah jenis persalinan yang menjadi solusi akhir, apabila proses persalinan normal dan penggunaan alat bantu sudah tidak bisa lagi dilakukan untuk mengeluarkan janin dari dalam kandungan. Persalinan ini adalah dengan cara mengeluarkan janin dengan cara merobek perut dan rahim, sehingga memungkinkan dilakukan pengambilan janin dari robekan tersebut.²³

c. Konsep Dasar Persalinan dengan *Sectio caesarea*

1) Definisi

Istilah *Sectio caesarea* berasal dari bahasa latin *Caedere* yang artinya memotong. *Sectio caesarea* dilakukan bila proses melahirkan normal tidak memungkinkan karena dapat membahayakan jiwa ibu dan anak yang dilahirkan. *Sectio caesarea* adalah mengeluarkan hasil konsepsi melalui pembuatan sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. *Sectio caesarea* secara umum diartikan diartikan sebagai proses pengeluaran janin dengan dilakukannya insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan pada dinding uterus (histerotomi).²⁴

2) Etiologi

Etiologi operasi *sectio caesarea* ada dua, yaitu sebagai berikut:

a) Etiologi yang berasal dari Ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada primigravida (ibu dengan kelahiran pertama kali) dengan kelainan letak, primipara tua (melahirkan bayi hidup untuk pertama kali) disertai kelainan letak, ketidakseimbangan antara kepala janin dan panggul ibu, terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, *solusio placenta* tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsieklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya.²⁵

b) Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu *fetal distress*/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi. kehamilan ganda

atau biasa disebut kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih dalam satu rahim dengan satu atau dua plasenta, adanya bobot badan bayi yang ukurannya lebih dari normal dikatakan normal bila 2.500- 4000 gram bila bobot bayi di atas 4000 gram atau lebih dinamakan bayi besar (*giant baby*).²⁵

3) Patofisiologi *Sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu proses persalinan buatan yang dilakukan melalui pembedahan dengan cara melakukan insisi pada dinding perut dan dinding rahim ibu, dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh, serta janin memiliki bobot badan di atas 500 gram. Jika bobot janin dibawah 500 gram, maka tidak perlu dilakukan tindakan persalinan *sectio caesarea*. Dampak fisiologis yang sering muncul dirasakan oleh pasien pasca *sectio caesarea* ini terutama rasa nyeri akibat dari efek pembedahan tersebut, rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* terjadi akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus, nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke satu bagian jaringan. Jika hal tersebut tidak segera diatasi maka akan menimbulkan efek yang berbahaya dan akan mengganggu proses penyembuhan. Hal ini terjadi karena rasa nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik pada aspek fisik maupun psikis klien, nyeri merupakan bentuk stressor yang dapat menimbulkan berbagai respons, seperti tidak mampu bernafas dengan dalam, gangguan mobilitas, menurunkan nafsu makan, dan mengganggu tidur sehingga menghambat proses penyembuhan. Selain itu, rasa nyeri yang

tidak segera diatasi akan berdampak pada masalah psikologis pasien.²⁶

4) Indikasi

Indikasi ialah syarat yang harus dipenuhi untuk menentukan perlu atau tidaknya tindakan dilakukan. Ada dua faktor yang mempengaruhi indikasi medis dilakukannya *sectio caesarea* yaitu faktor janin dan faktor ibu. Faktor dari janin diantaranya adalah bayi terlalu besar, kelainan letak janin, ancaman gawat janin, janin abnormal, faktor plasenta, kelainan tali pusat, dan bayi kembar. Sedangkan faktor ibu terdiri dari usia, jumlah anak yang dilahirkan, keadaan panggul, penghambat jalan lahir, kelainan kontraksi lahir, ketuban pecah dini (KPD), dan preeklamsia.²⁶

5) Jenis-Jenis Insisi *Sectio caesarea*

Jenis insisi yang sering digunakan pada *sectio caesarea* berdasarkan lokasinya yaitu:

a) Insisi Abdominal

i) Insisi garis tengah sub umbilikal

Pembedahan dengan jenis insisi ini mudah, cepat, dan perdarahan minimal. Bekas luka pada jenis insisi ini kemungkinan tidak terlihat, akan tetapi dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pasca operasi.

ii) Insisi transversal (*Pfannenstiel*)

Insisi jenis ini memuaskan secara kosmetik, menimbulkan luka jahitan dan rasa tidak nyaman lebih sedikit berkurang, memungkinkan mobilitas yang lebih baik. Pada operasi yang berulang, jenis insisi ini sulit dilakukan.²⁴

b) Insisi Uterus

i) *Sectio caesarea* segmen bawah

Insisi transversa ini dibuat pada bagian bawah rahim yang sedang hamil, tepatnya di belakang peritoneum uterovesikal. Keuntungan insisi ini antara lain perdarahan yang ditimbulkan lebih sedikit karena daerah tersebut memiliki pembuluh darah yang lebih sedikit, mencegah penyebaran infeksi ke rongga perut, serta memiliki risiko ruptur yang lebih rendah pada bekas luka insisi. Tetapi terdapat kerugian yang ditimbulkan pada insisi ini diantaranya adalah meningkatkan resiko kerusakan khususnya pada prosedur pengulangan akibat lokasi uterus yang berdekatan dengan kandung kemih, dan meningkatnya kehilangan darah mungkin terjadi akibat perluasan ke sudut lateral atau dibelakang kandung kemih.

ii) *Sectio caesarea* klasik

Lokasi insisi *sectio caesarea* klasik yaitu vertikal di garis tengah uterus. Indikasi yang dilakukan insisi ini diantaranya adalah pada gestasi dini dengan perkembangan buruk pada segmen bawah, perlekatan fibroid yang menghalangi akses ke segmen bawah, posisi janin transversa, plasenta previa anterior, terdapat karsinoma serviks, dan membutuhkan kecepatan penanganan seperti setelah kematian ibu.²⁴

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.²³

b. Klasifikasi

Bayi baru lahir dibagi dalam beberapa klasifikasi, yaitu:

- 1) Bayi baru lahir menurut masa gestasinya
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*) : <37 minggu.
 - b) Cukup bulan (*term infant*) : 37-42 minggu.
 - c) Lebih bulan (*postterm infant*) : 42 minggu atau lebih.
- 2) Bayi baru lahir menurut berat badan lahir
 - a) Berat lahir rendah : <2500 gram.
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram.
 - c) Berat lahir lebih : >4000 gram.
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
 - a) Neonatus cukup/ kurang/ lebih bulan.
 - b) Sesuai/ kecil/ besar ukuran masa kehamilan.
- 4) Bayi baru lahir berdasarkan tahapan
 - a) Umur 0 - 7 hari disebut neonatal dini.
 - b) Umur 8 - 28 hari disebut neonatal lanjut.²⁷

c. Konsep Dasar Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

1) Definisi BBLR

Bayi berat lahir rendah atau (BBLR) merupakan suatu kondisi dimana bayi baru lahir yang berat badannya pada saat dilahirkan kurang dari angka normal yaitu 2500 gram (sampai dengan 2499 gram) atau kurang tanpa memperhatikan usia kehamilan. BBLR merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat memerlukan perhatian lebih di berbagai negara terutama pada negara berkembang seperti Indonesia, dijelaskan bahwa BBLR merupakan bayi yang lahir dengan berat kurang

dari 2500 gr. Bayi dengan berat badan yang rendah merupakan salah satu yang perlu mendapat perhatian yang khusus karena terdapat suatu penyakit maternal dan fetal sebagai faktor yang bisa atau dapat mengurangi terjadinya BBLR, kedua pada bayi dengan BBLR sangat mempunyai terjadinya risiko mortalitas dan juga mordibitas yang cukup tinggi.²⁸

2) Klasifikasi BBLR

Bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan kondisi dimana bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, hal ini dilakukan ketika berat bayi yang ditimbang dalam waktu satu jam pertama setelah dilahirkan. Beberapa cara mengelompokkan bayi dengan BBLR yaitu menurut harapan hidup pada bayi yaitu:

- a) Bayi berat lahir rendah (BBLR) atau bayi dengan berat lahir dengan 1500-2500 gram.
- b) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) atau *Very Low Birth Weight* (ELBW) merupakan bayi dengan berat lahir 1000-1500 gram.
- c) Bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER) atau dengan kata lain *Extremely Low Birth Weight* (ELBW) yaitu bayi dengan berat lahir yang kurang dari 1000 gram.²⁹

Menurut masa gestasinya sendiri dibagi menjadi prematuritas murni yaitu pada masa gestasinya kurang dari waktu 37 minggu dari berat badannya dan dismaturitas, bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya pada masa gestasinya.²⁹

3) Faktor Risiko BBLR

Beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan masalah BBLR yaitu:

- a) Faktor ibu

- i) Usia, persentase kejadian BBLR lebih tinggi terjadi pada ibu yang berumur 35 tahun (30,0%) dibandingkan dengan yang tidak BBLR (14,2%).
- ii) Paritas, ibu grandemultipara (melahirkan anak empat atau lebih) 2,4 kali lebih berisiko untuk melahirkan anak BBLR.
- iii) Gizi Kurang saat hamil menyebabkan persalinan sulit/lama, persalinan sebelum waktunya (prematur), serta perdarahan setelah persalinan.
- iv) Jarak kehamilan, ibu yang memiliki jarak kelahiran <2 tahun berisiko 3,231 kali lebih besar melahirkan anak BBLR di bandingkan dengan ibu yang memiliki jarak kelahiran >2 tahun.
- v) Pola hidup, ibu yang dia terkena paparan asap rokok dan sering mengkonsumsi alkohol dapat menyebabkan hipoksia pada janin dan menurunkan aliran darah umbilikal sehingga pertumbuhan janin akan mengalami gangguan sehingga anak akan lahir dengan BBLR.³⁰

b) Faktor kehamilan

Pada faktor kehamilan yang mempengaruhi yaitu eklampsia/preeklampsia, ketuban pecah dini, perdarahan antepartum, dan umur kehamilan kurang dari 37 minggu.³⁰

c) Faktor janin

Terdiri dari cacat bawaan (kelainan kongenital) dan infeksi dalam rahim.³⁰

4) Manifestasi Klinis

Secara umum, tanda dan gejala pada bayi BBLR yaitu:

- a) Berat badan bayi kurang dari normal dibawah 2500 gram.
- b) Memiliki panjang badan <45 cm, pada lingkar dada <30 cm dan lingkar pada kepala <33 cm.
- c) Ukuran kepala lebih besar dari pada tubuh bayi.

- d) Memiliki rambut lanugo yang masih banyak, adanya jaringan lemak dibagian subkutan tipis atau sedikit.
- e) Tulang rawan dan daun telinga masih belum cukup, sehingga masih elastis dan belum cukup sempurna, bagian tumit mengkilap dan pada bagian telapak kaki masih terasa halus.
- f) Area genetalia masih belum sempurna, pada bayi dengan jenis kelamin perempuan pada bagian labia minora masih belum tertutup oleh labia mayora, sedangkan bayi dengan jenis kelamin laki-laki testis masih belum turun kedalam skrotum, pigmentasi dan rugue pada skrotum masih kurang.
- g) Pergerakan yang dilakukan bayi masih cukup kurang dan lemah, tangis bayi lemah, pernapasan pada bayi juga masih belum cukup teratur, dan masih sering terjadinya apneu.
- h) Pada bayi biasanya suhu tubuh masih mudah untuk berubah bisa menjadi hipotermi, bayi lebih banyak menghabiskan waktunya dengan tidur dari pada terbangun, sehingga hal ini dapat membuat refleks yaitu menghisap dan menelan belum cukup sempurna.²⁹

5) Patofisiologi

Patofisiologi dari berat badan lahir rendah atau BBLR biasanya disebabkan oleh dua faktor utama yaitu kelahiran prematur (usia gestasi <37 minggu), *intrauterine growth restriction* (IUGR), atau kombinasi keduanya. Kelahiran prematur sendiri biasanya disebabkan oleh banyak faktor yang mempunyai kaitan erat atau mempunyai hubungan antara faktor fetus (gawat janin dan kehamilan ganda), faktor plasenta (disfungsi plasenta, plasenta previa, dan solusio plasenta), uterus, dan faktor maternal (preeklampsia, penyakit kronis (ginjal, jantung) dan infeksi). Apabila terjadi suatu gangguan atau

kelainan pada salah satu faktor diatas, maka menimbulkan ketidakmampuan uterus untuk mempertahankan fetus dan kontraksi uterus sebelum waktunya, sehingga terjadilah kelahiran prematur. Pada faktor terjadinya BBLR yang disebabkan oleh IUGR, yang mana memiliki gangguan pada faktor ibu, janin, dan plasenta yang menyebabkan terjadinya gangguan perfusi uterus plasenta dan nutrisi janin. Perfusi yang tidak baik, letak plasenta yang abnormal, hipertensi dalam kehamilan, merokok, kehamilan ganda, infeksi intrauterin (termasuk HIV dan malaria), karakteristik dari maternal, malnutrisi pada ibu, indeks masa tubuh ibu rendah yang dapat menyebabkan terjadinya BBLR.³⁰

Bayi lahir dengan berat badan rendah atau BBLR seringkali mengalami beberapa masalah karena karakteristik organ tubuh bayi yang belum matang sempurna. Fungsi pencernaan pada bayi dengan kondisi BBLR belum sempurna, sehingga dalam penyerapan makanan dan aktivitas 9 otot pencernaan makanan belum sempurna, pengosongan lambung berkurang, serta mudah terjadi regurgitasi isi lambung. Pada sistem pencernaan bayi baru lahir kapasitas lambung hanya sebesar 5–7 ml setiap kali minum. Ukuran lambungnya seukuran kelereng dan dinding lambungnya tidak bisa melar untuk menerima lebih banyak cairan. Maka dari itu, bayi baru lahir hanya membutuhkan nutrisi asi yang mana kandungan dari asi tersebut memiliki kolostrum yang kualitas dan kuantitasnya sangat sempurna untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.³⁰

Air Susu Ibu (ASI) merupakan satu- satunya makanan bagi bayi usia 6 bulan pertama yang mencukupi seluruh unsur kebutuhan bayi. Pada ASI dengan 24 jam pertama mengandung kolostrum yang berguna untuk meningkatkan daya tahan tubuh. Selain itu ASI juga mengandung whey atau

protein utama dari susu yang berbentuk cair lebih banyak dari pada casein (protein utama dari susu yang berbentuk gumpalan) yang mana mempunyai fungsi ASI lebih mudah diserap tubuh bayi, yang mana pada bayi dengan BBLR, organ pencernaan untuk penyerapan belum sempurna sehingga asi ini baik dan mempunyai pengaruh untuk peningkatan berat badan bayi. Nutrisi berupa ASI juga dapat ditoleransi dengan lebih baik, ASI juga mengandung semua kebutuhan nutrisi, termasuk AA, DHA, sphingomyelin, dan sialic acid.³⁰

BBLR pada prematuritas murni bukan hanya berdampak masalah pada fungsi sistem pencernaan namun pada sistem organ lainnya seperti pada fungsi organ vital pada bayi seperti hati, usus, paru, jantung, ginjal, otak, mata dan kulit yang belum sempurna. Terjadinya BBLR bisa menyebabkan permukaan tubuh yang relatif lebih luas, jaringan lemak subkutan yang lebih tipis dan fungsi organ yang belum baik. Permukaan tubuh yang lebih luas menyebabkan penguapan berlebih dan mudah terpapar dengan suhu luar, yang berefek pada bayi yang akan mudah kehilangan cairan dan kehilangan panas yang mengakibatkan terjadinya dehidrasi dan hipotermia. Pada Jaringan subkutan yang tipis bisa menyebabkan terjadinya hipotermia dan malnutrisi akibat dari kekurangan cadangan energi yang akhirnya menimbulkan hipoglikemia. Bayi baru lahir dengan prematuritas muni juga mengalami risiko infeksi yang lebih tinggi akibat daya tahan tubuh yang belum sempurna.³⁰

6) Komplikasi

Ada beberapa komplikasi yang terjadi pada bayi baru lahir rendah atau BBLR yaitu terdapat sindrom aspirasi meconium yang dimana dapat menyebabkan kesulitan bernapas pada bayi, adaapaun bayi mengalami asfiksia neonatrum, terjadinya

hiperbilirubinnemia yaitu bayi dismatur yang mengalami hiperbilirubinnemia, hal ini sangat mungkin disebabkan karena adanya salah satu gangguan pertumbuhan pada organ hati, hipoglikemi simptomatik, terutama yaitu pada bayi berjenis kelamin laki-laki, mengalami penyakit membrane hialin yang biasanya dapat disebabkan karena adanya surfaktan oleh paru-paru yang belum sempurna atau cukup, sehingga terjadinya alveoli kolaps.²⁹

7) Pemeriksaan Penunjang

Bayi baru lahir rendah atau BBLR dapat dilakukan pemeriksaan diagnostic meliputi anamnesis berupa menanyakan usia pada ibu, menanyakan mengenai hari pertama haid terakhir, riwayat persalinan sebelumnya, paritas, menanyakan terkait kenaikan berat badan ibu selama hamil, menanyakan terkait aktivitas, penyakit yang diderita ibu sebelum dan selama hamil, dan mengkonsumsi obat-obatan yang diminum oleh ibu selama hamil. Untuk pemeriksaan fisik berupa mengukur berat badan kurang dari 2500 gram, adanya tanda prematuritas (bila bayi kurang bulan), apakah bayi cukup bulan atau lebih bulan (bila bayi masih kecil untuk masa kehamilan).²⁹

8) Penatalaksanaan BBLR

Berat badan lahir rendah (BBLR) harus cepat mendapatkan penanganan yang tepat dalam mengatasi masalah-masalah yang sedang terjadi pada bayi. Berikut ini penanganan pada bayi dengan BBLR:

a) Mempertahankan suhu tubuh pada bayi

Untuk mempertahankan suhu tubuh pada bayi dalam rentang normal dan dapat mencegah terjadinya hipotermi pada bayi. Pada bayi yang mengalami premature biasanya akan cepat untuk mengalami kehilangan panas dibadan,

sehingga dapat terjadinya hipotermia, karena pada area pusat dalam pengaturan panas dibadan bayi masih belum berfungsi dengan sangat baik. Oleh karena itu biasanya pada bayi dengan premature harus segera dirawat didalam inkubator sehingga panas dibadan dapat menyerupai rahim.³¹

b) Mencegah infeksi dengan ketat

Dalam hal ini penanganan pada bayi BBLR benar-benar harus memperhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi karena bayi masih sangat rentan terhadap suatu infeksi. Penanganan infeksi terhadap bayi yaitu dengan melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh ataupun menggendong bayi.²⁷

c) Pengawasan pada nutrisi dan ASI

Pada reflex menelan pada bayi dengan BBLR masih belum cukup sempurna. Oleh karena itu, biasanya pemberian nutrisi yang harus dilakukan dengan cara berhati-hati. Dalam pengaturan dan pengawasan pada intake nutrisi yaitu untuk menentukan pilihan susu dan cara pemberian serta jadwal pemberian yang sudah sesuai dengan kebutuhan bayi BBLR.³²

d) Penimbangan ketat

Penimbangan pada berat badan bayi harus sering dilakukan secara ketat karena peningkatan pada berat badan merupakan salah satu untuk mengetahui status gizi atau nutrisi pada bayi dan sangat erat kaitannya dengan daya tahan tubuh bayi.³²

e) Pengawasan jalan nafas

Jalan nafas merupakan jalan udara yaitu dengan melalui hidung, faring, trakea, bronchioles, bronchioles respiratorius dan duktus alveolaris setelah itu ke alveoli.

Jika terhambat pada jalan nafas hal itu dapat menimbulkan terjadinya asfiksia, hipoksia dan akhirnya dapat menyebabkan terjadinya kematian pada bayi. Selain ini pada bayi dengan BBLR tidak dapat untuk beradaptasi dengan asfiksia yang sudah terjadi selama dalam proses kelahiran bayi, sehingga bayi lahir dengan asfiksia perinatal.³³

5. Konsep Dasar Neonatus

a. Definisi

Neonatus merupakan bayi yang baru lahir sampai dengan 28 hari pertamanya. Neonatus adalah bayi di awal kelahirannya sedang tumbuh dan harus melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine dan ekstrauterine. Neonatus normal memiliki berat 2.700 sampai 4000 gram, panjang 48-53 cm, lingkar kepala 33-35 cm.³⁴

b. Klasifikasi Neonatus

Pemantauan yang dilakukan pada neonatus berdasarkan jenisnya dibagi menjadi dua yaitu:

1) Neonatus Dini (0-7 hari)

- a) Pemeriksaan kesehatan yang meliputi fisik menyeluruh, termasuk penilaian berat badan, panjang tubuh, dan pemeriksaan organ vital.
- b) Perawatan kulit yaitu pengawasan terhadap masalah kulit seperti *jaundice* (kuning) dan perawatan tali pusat.
- c) Nutrisi dengan melakukan penilaian dan dukungan terkait pemberian ASI atau susu formula. Memantau pola makan dan berat badan bayi.
- d) Imunisasi dengan melakukan vaksin awal yaitu hepatitis B.
- e) Melakukan pemantauan tanda-tanda vital, seperti suhu tubuh dan fungsi pernafasan.

- f) Melakukan pencegahan infeksi dengan memperhatikan terhadap tanda-tanda infeksi dan menjaga kebersihan untuk menjaga dan mencegah terjadinya infeksi.³⁴
- 2) Neonatus lanjut (8-28 hari)
- a) Melakukan pemantauan perkembangan dengan melakukan penilaian perkembangan motorik dan sensorik serta pemantauan pertumbuhan.
 - b) Melanjutkan vaksinasi yang diperlukan sesuai jadwal.
 - c) Melakukan pemeriksaan kesehatan berkala dengan melakukan pemeriksaan rutin untuk mendeteksi potensi masalah kesehatan.
 - d) Pencegahan dan penanganan untuk mengatasi masalah kesehatan pada neonatus.
 - e) Melakukan pendidikan kesehatan orang tua, memberikan informasi kepada orang tua mengenai perawatan bayi, termasuk tanda bahaya dan kapan harus mencari bantuan medis.³⁴
- c. Ciri- ciri Bayi baru lahir/Neonatus normal
- 1) Berat badan 2500- 4000 gram.
 - 2) Panjang badan 48-52 cm.
 - 3) Lingkar dada 30-38 cm.
 - 4) Lingkar kepala 33-35 cm.
 - 5) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
 - 6) Pernafas 40-60 x/menit.
 - 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
 - 8) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
 - 9) Kuku agak panjang dan lemas.
 - 10) Genitalia pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.

- 11) Bayi lahir langsung menangis kuat.
 - 12) Refleks *sucking* (meghisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 13) Refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 14) Refleks *grasping* (menggenggam) sudah baik.
 - 15) Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
 - 16) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.²⁸
- d. Tanda bahaya bayi baru lahir/Neonatus
- Tanda bahaya bayi baru lahir merupakan suatu gejala yang timbul dan dapat mengancam kesehatan bayi baru lahir, bahkan dapat menyebabkan kematian, maka dari itu sudah seharusnya orang tua mengetahui tanda-tanda bahaya bayi baru lahir yang diantaranya adalah:
- 1) Bayi tidak mau menyusu atau muntah.
 - 2) Kejang.
 - 3) Lemah.
 - 4) Sesak nafas.
 - 5) Rewel.
 - 6) Pusing kemerahan.
 - 7) Demam.
 - 8) Suhu tubuh dingin.
 - 9) Mata bernanah.
 - 10) Diare.
 - 11) Bayi kuning.²³

e. Kebutuhan Cairan pada Neonatus

1) Neonatus dini (0-7 hari)

- a) Kebutuhan cairan, pada hari pertama kelahiran sekitar 60-80 ml/kg berat badan perhari, pada hari berikutnya sekitar 100-150 ml/kg berat badan per hari.
- b) Pemberian airan biasanya diperoleh dari ASI atau susu formula atau susu formula jika bayi memerlukan cairan seperti dalam kasus dehidrasi.
- c) Monitoring dengan melakukan pemantauan asupan cairan dan output, termasuk urinasi dan frekuensi BAB sangat penting.³⁵

2) Neonatus Lanjut (8-28 hari)

- a) Kebutuhan cairan sekitar 100-150 ml/kg berat badan per hari, tergantung pada berat badan dan pertumbuhan bayi.
- b) Pemberian cairan umumnya diperoleh melalui ASI atau susu formula jika diperlukan.
- c) Melakukan monitoring dengan memantau tanda-tanda hidrasi yang baik dan menyesuaikan asupan cairan sesuai kebutuhan.³⁵

f. Imunisasi

Imunisasi atau vaksinasi adalah cara sederhana, aman dan efektif untuk melindungi seseorang dari penyakit berbahaya, sebelum bersentuhan dengan agen penyebab penyakit. Sedangkan, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Vaksin mengandung virus atau bakteri yang dimatikan atau dilemahkan, dan tidak menyebabkan penyakit atau membuat seseorang berisiko mengalami komplikasi. Sasaran dalam

pelayanan imunisasi rutin pada bayi adalah sebagai berikut Hepatitis B (usia 0-7 hari), BCG (usia 1 bulan), Polio/IPV (usia 2,3,4 bulan), DPT- Hb-Hib (usia 2,3,4 bulan), Campak (usia 9 bulan), JE (usia 10 bulan), PCV (usia 2,3,12 bulan).³⁶

g. Kebutuhan bayi

Kebutuhan fisik bayi diantaranya sebagai berikut:

1) Kebutuhan nutrisi

Kebutuhan nutrisi untuk bayi 0-28 hari dapat tercukupi hanya dari ASI. ASI merupakan makanan yang terbaik untuk bayi oleh karena dapat memenuhi semua zat gizi yang dibutuhkan bayi sampai usia 6 bulan. Sesuai dengan perkembangan sistem pencernaannya. Oleh karena itu setiap bayi harus memperoleh ASI Eksklusif yang berarti sampai usia 6 bulan hanya di beri ASI saja dikarenakan pencernaan bayi 0-6 bulan belum mampu mencerna makanan padat. Pada 29 hari hingga 5 tahun nutrisi yang di dapatkan balita harus berkaitan dengan vitamin, protein, karbohidrat, mineral, lemak sehingga nutrisi yang dikonsumsi balita dapat memenuhi gizi seimbang bagi balita.³⁴

2) Kebutuhan cairan

Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80% dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60%. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairan melalui ASI. ASI dan MPASI adalah makanan yang dapat memenuhi kebutuhan bagi bayi. Kebutuhan cairan bayi 0-6 bulan sebanyak 700 ml perhari, bayi 7-12 bulan memerlukan cairan 800 ml perhari, balita 1-3 tahun memerlukan 1300 ml perhari, balita 4-5 1700 ml perhari.³⁴

3) Kebutuhan Kebersihan Perorangan

Beberapa kebutuhan kebersihan perorangan untuk balita sebagai berikut.

- a) Memandikan bayi
Tujuan memandikan bayi yaitu untuk menjaga kebersihan, memberikan rasa segar, serta memberikan rangsangan pada kulit. Yang harus diperhatikan pada saat memandikan bayi yaitu mencegah kedinginan, mencegah masuknya air kedalam mulut, hidung dan telinga serta memperhatikan adanya lecet pada area lipatan-lipatan kulit.
- b) Mencuci pakaian bayi
Cara mencuci pakaian bayi yang benar yaitu dengan cara dibilas dengan bersih dan menghindari penggunaan detergen serta pengharum pakaian.
- c) Kebersihan Perorangan
Bersihkan setiap bayi buang air kecil dan air besar, karena kotoran bayi dapat menyebabkan iritasi dan bayi akan terus rewel serta merasa tidak nyaman.³⁵
- 4) Kebutuhan tempat tinggal
Secara keseluruhan neonatus, bayi, balita dan anak prasekolah pada umumnya kebutuhannya sama yaitu suasana yang nyaman, aman dan bersih. Kebersihan rumah merupakan hal yang cukup penting karena dirumah seorang anak dapat berkembang dengan baik sesuai dengan keadaannya.³⁵
- 5) Kebutuhan lingkungan baik
Secara keseluruhan lingkungan baik sangat diperlukan bagi bayi, balita dan anak prasekolah, yaitu terhindar dari pencemaran udara seperti asap rokok, debu dan sampah. Lingkungan yang baik akan membantu pertumbuhan dan perkembangan anak berjalan dengan baik, karena lingkungan yang buruk akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan bayi, balita dan anak prasekolah.³⁵

6. Konsep Dasar Masa Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa terjadinya nifas disebut sebagai *post partum*. Masa tersebut merupakan kondisi di mana seorang perempuan yang telah melalui proses persalinan. Masa nifas secara biologis dinyatakan sebagai kondisi setelah proses persalinan plasenta, dan diakhiri saat kondisi rahim telah kembali semula seperti sediakala sebelum hamil dan persalinan. Masa nifas terjadi dalam rentang waktu enam pekan atau selama 42 hari. Selama masa nifas, terjadi proses pemulihan, di mana ibu akan merasakan banyak perubahan bentuk fisik atau bersifat fisiologis. Masa nifas juga berpotensi memberikan seorang ibu ketidak nyamanan pada awal terjadinya *postpartum*, kondisi tersebut berpeluang terjadi patologis apabila tidak diikuti dengan perawatan yang tepat.³⁷

b. Tahapan masa nifas

Terdapat beberapa tahapan yang akan di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu:

- 1) *Early puerperium*, adalah waktu 0-24 jam pasca persalinan. Ibu telah di perbolehkan untuk berdiri atau jalan.
- 2) *Immediate puerperium*, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan pasca persalinan. Pemulihan menyeluruh terjadi pada alat-alat reproduksi berlangsung selama enam minggu.
- 3) *Late puerperium*, yaitu waktu 1-6 minggu pasca persalinan, yakni waktu yang diperlukan oleh ibu untuk dapat pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.³⁷

c. Adaptasi psikologis masa nifas

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa *post partum*:

- 1) Fase *taking in* (setelah persalinan sampai hari ke dua)
 - a) Perasaan ibu akan berfokus hanya pada dirinya.

- b) Ibu masih pasif dan membutuhkan bantuan orang lain.
- c) Perhatian ibu mulai tertuju pada kecemasan adanya perubahan pada tubuhnya.
- d) Ibu akan mengulangi pengalaman waktu persalinan sebelumnya.
- e) Memerlukan ketenangan saat tidur untuk mengembalikan kondisi tubuh menjadi normal kembali.
- f) Nafsu makan ibu biasanya bertambah dan membutuhkan peningkatan nutrisi.
- g) Kurangnya nafsu makan menunjukkan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung secara normal.³⁷

2) Fase *taking hold* (hari ke-3 sampai 10)

- a) Ibu merasa khawatir pada ketidakmampuannya merawat bayi, dan mulai muncul perasaan sedih (*baby blues*).
- b) Ibu mulai memperhatikan kemampuan untuk berperan sebagai orang tua dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- c) Ibu mulai memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAK, BAB dan daya tahan tubuh.
- d) Ibu mulai berusaha untuk menguasai kemampuan merawat bayi seperti memandikan, menyusui, menggendong, dan mengganti popok.
- e) Ibu cenderung terbuka untuk dapat menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi. Jika ada kemungkinan ibu mengalami depresi *postpartum*, hal tersebut karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
- f) Kemungkinan ibu mengalami depresi *postpartum* karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

g) Wanita pada masa ini sangat sensitif pada ketidakmampuannya, mudah tersinggung, dan lebih menganggap pemberitahuan bidan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita pada kondisi ini dan perlu memberikannya dukungan.³⁷

3) Fase *Letting Go* (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas)

- a) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan juga bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah, dukungan akan dipengaruhi oleh perhatian keluarga.
- b) Ibu sudah mengambil mampu tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.³⁷

d. Adaptasi fisiologis post partum

1) Involusi uterus

Proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram dikatakan involusi. Kondisi tersebut terjadi pada uterus, yakni terjadi involusi atau pengerutan uterus. Proses ini dimulai sesaat setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan ini dapat diketahui saat melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana fundus (tinggi fundus uteri).³⁸

2) Perubahan vagina

Vulva dan vagina menjadi tertekan, serta meregang yang sangat besar selama proses persalinan bayi. Beberapa hari pertama pasca proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.³⁸

3) Perubahan perineum

Segera setelah persalinan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.³⁸

4) Perubahan sistem pencernaan

Pada kondisi ini, biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.³⁸

5) Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, umumnya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.³⁸

6) Perubahan sistem muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsurangsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.³⁸

7) Perubahan sistem kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima *postpartum*.³⁸

8) Perubahan tanda-tanda vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain:

a) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) akibat dari kerja keras waktu persalinan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa.³⁹

b) Nadi

Biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.³⁹

c) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu persalinan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklamsi post partum.³⁹

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada

masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.³⁹

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Kebutuhan nutrisi dan cairan pada ibu nifas sangat dibutuhkan untuk pemulihan pasca melahirkan dan produksi ASI. Adapun nutrisi dan cairan yang dibutuhkan pada ibu nifas yaitu diantaranya:

a) Energi

Ibu nifas membutuhkan energi untuk merawat dan menyusui bayinya. Besarnya penambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu nifas yaitu 700 kkal/hari. Sumber kalori yang diperlukan sebagai sumber dan cadangan energi yaitu contohnya beras, roti, kentang, mie, bihun, kacang kacangan dan lainnya.³⁷

b) Protein

Protein sangat dibutuhkan ibu nifas sebagai pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak. Pada masa nifas, dibutuhkan tambahan protein sebesar 20 g/hari. Protein adalah zat yang tidak bisa disintesis oleh manusia, hanya tumbuhan dan hewan yang dapat mendaur protein berupa nitrogen. Sumber protein dapat diperoleh dalam dua jenis yaitu protein nabati dan protein hewani. Protein nabati terdapat pada kacang kacangan, tahu dan tempe, dll . Sumber protein hewani dapat diperoleh pada daging sapi, daging ayam, telur bebek, telur ayam, udang, ikan, keju, dan lain-lain.³⁷

c) Lemak

Lemak yang dimiliki ibu dapat mempengaruhi besaran produksi ASI. Oleh sebab itu, ibu menyusui membutuhkan asupan lemak yang cukup.³⁷

d) Mineral

Ibu menyusui butuh lebih besar mineral dibandingkan dengan ibu hamil. Diantaranya yaitu: zat kapur untuk pertumbuhan tulang. Fosfor dan kalsium untuk pertumbuhan tulang dan gigi anak. Zat besi berfungsi untuk sirkulasi darah serta penambahan sel darah merah (Hemoglobin). Yodium berfungsi untuk mencegah kelainan mental dan kekerdilan.³⁷

e) Vitamin

Jenis-jenis vitamin yang dibutuhkan pada ibu nifas yaitu vitamin A,B1-B12, Folid Acid, vitamin C,D dan K. masing masing vitamin memiliki fungsinya sendiri yaitu diantaranya vitamin A berperan dalam reproduksi khususnya ibu hamil dan menyusui, Vitamin C berfungsi untuk mensintesis kolagen, absorpsi dan metabolisme besi, mencegah infeksi dan meningkatkan daya tahan terhadap infeksi, dan Vitamin K berfungsi untuk pembekuan darah.³⁷

f) Cairan

Kebutuhan cairan untuk ibu nifas yaitu 3 liter dalam sehari atau setara dengan 8 gelas setiap hari. Air merupakan kebutuhan penting pada ibu nifas, karena didalamnya mengandung molekul-molekul yang dibutuhkan tubuh untuk proses aliran ke jantung.³⁷

2) Ambulasi dan Mobilisasi

Kegiatan dapat dilakukan secara bertahap sehingga ada jeda antara kegiatan dan istirahat. Ibu harus dimobilisasi dalam waktu 2 jam setelah melahirkan. Lakukan secara perlahan dan bertahap. Anda dapat melakukan ini dengan awalnya condong ke kanan atau ke kiri, lalu secara bertahap bangun dan berjalan. Manfaat Mobilisasi dini yaitu:

- a) Memfasilitasi keputihan lokal dan mengurangi infeksi kebidanan.
- b) Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
- c) Mempercepat involusi alat rahim.
- d) Fungsi usus, peredaran darah, paru-paru dan saluran kemih menjadi lebih baik.
- e) Meningkatkan sirkulasi darah dan dengan demikian mempercepat efek ASI dan pembuangan sisa metabolisme.
- f) Bisa mengajari ibu cara merawat bayi.
- g) Mencegah trombosis pada pembuluh darah kaki.³⁷

3) Eliminasi

Buang air kecil harus secepatnya dilakkan oleh ibu sendiri atau dibantu dengan menggunakan pispot apabila ibu nifas masih berada di tempat tidur. Berkemih harus didorong dan dipantau untuk mencegah pengisian kandung kemih yang berlebihan tanpa gejala. Pada ibu nifas sering mengalami kesulitan pada saat berkemih, hal ini disebabkan karena terjadi beberapa perubahan pada sistem genitourinari yang memerlukan waktu penyembuhan lebih lama, dan beberapa perubahan mungkin tidak akan pernah kembali sepenuhnya ke kondisi sebelum hamil. Semakin banyak literatur mengenai penyangga dasar panggul mengimplikasikan persalinan sebagai awal dari berbagai kondisi termasuk inkontinensia urin karena stres, inkontinensia flatus atau feses, prolaps uterus, sistokel, dan rektokel.³⁷

4) *Personal Hygiene*

Pada masa nifas, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi, oleh karena itu kebersihan tubuh sangat penting mencegah terjadinya infeksi. Faktor penyebab terjadinya infeksi nifas diantaranya daya tahan tubuh yang kurang, perawatan nifas yang kurang baik, kurang gizi/mal nutrisi, hygiene yang

kurang baik, serta kelelahan. Faktor penyebab utama terjadinya infeksi pada masa nifas ialah adanya perlukaan pada perineum. Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Ibu harus tetap bersih, segar dan wangi. Merawat perineum dengan baik, selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan kebelakang. Jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.³⁷

5) Istirahat

Istirahat yang cukup sangat dibutuhkan pada ibu nifas, hal ini bertujuan untuk mempercepat pemulihan pasca persalinan. Kurangnya istirahat dapat berakibat diantaranya:

- a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- b) Menghambat proses involusi uterus.
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat dirinya sendiri dan bayinya.³⁷

6) Seksual

Libido dapat menurun setelah melahirkan karena penurunan kadar estrogen. Hal ini mungkin tidak akan kembali lagi selama 1 tahun pascapersalinan, terutama pada wanita yang sedang menyusui. Dianjurkan pada ibu nifas untuk menunggu hingga area perineumnya pulih sebelum melanjutkan aktivitas seksual, dan mungkin diperlukan waktu 4-6 minggu hingga robekan perineumnya benar-benar sembuh. Penyedia layanan kesehatan harus lebih nyaman mendiskusikan perempuan tentang seksualitas selama periode awal pascapersalinan. Atasi kembalinya aktivitas seksual lebih dini dengan kontrasepsi untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan dan berjarak dekat.³⁷

7) Keluarga Berencana

Masa prenatal adalah waktu terbaik untuk membahas kontrasepsi pascapersalinan. Pada remaja dimulai wawancara motivasi, diskusi tentang kontrasepsi reversibel jangka panjang selama kehamilan. Wanita menyusui, modalitas nonhormonal biasanya lebih disukai. *American College of Obstetrics and Gynecologists* (ACOG) merekomendasikan kontrasepsi progestin saja sebagai modalitas kontrasepsi hormonal terbaik untuk wanita menyusui. Ibu menyusui sebaiknya tidak menggunakan alat kontrasepsi kombinasi estrogen-progestin karena dapat mengganggu produksi ASI.³⁷

f. Tanda Bahaya Masa Nifas

- 1) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
- 2) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
- 3) Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung Sakit Kepala yang terus menerus. nyeri epigastrium, atau, masalah penglihatan.
- 4) Pembengkakan pada wajah dan tangan Demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan Payudara yang memerah panas dan/atau sakit.
- 5) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan Rasa sakit. warna merah, kelembutan dan/atau pembengkakan pada kaki.
- 6) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri-sendiri atau bayi.
- 7) Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.⁴⁰

g. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Infeksi setelah persa

linan disebabkan oleh bakteri atau kuman. Infeksi masa nifas ini menjadi penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI).⁴⁰

1) Gambaran klinis infeksi nifas

a) Infeksi Lokal

Pembengkakan luka episiotomi, terjadi penanahan, perubahan warna kulit, pengeluaran lochea bercampur nanah, mobilitasi terbatas karena rasa nyeri, temperatur badan dapat meningkat.

b) Infeksi Umum

Tampak sakit dan lemah, temperatur meningkat, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, pernapasan dapat meningkat dan terasa sesak, kesadaran gelisah sampai menurundan koma, terjadi gangguan involusi uterus, lochea berbau dan bernanah kotor.

2) Faktor Penyebab Infeksi

- a) Persalinan lama, khususnya dengan kasus pecah ketuban terlebih dahulu.
- b) Pecah ketuban sudah lama sebelum persalinan.
- c) Pemeriksaan vagina berulang-ulang selama persalinan, khususnya untuk kasus pecah ketuban.
- d) Teknik aseptik tidak sempurna.
- e) Tidak memperhatikan teknik cuci tangan.
- f) Manipulasi intrauteri (misal eksplorasi uteri, pengeluaran plasenta manual).
- g) Trauma jaringan yang luas atau luka terbuka seperti laseri yang tidak diperbaiki.
- h) Hematoma.
- i) Hemoragia, khususnya jika kehilangan darah lebih dari 1.000 ml.
- j) Pelahiran operatif, terutama kelahiran melalui SC.
- k) Retensi sisa plasenta atau membran janin.

- l) Perawatan perineum tidak memadai.
 - m) Infeksi vagina atau serviks yang tidak ditangani.⁴⁰
- h. Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi

Menyusui adalah ketrampilan yang dipelajari ibu dan bayi, dimana keduanya membutuhkan waktu dan kesabaran untuk pemenuhan nutrisi pada bayi. Menyusui adalah proses pemberian susu pada anak bayi atau anak kecil dengan air susu ibu (ASI) dari payudara ibu.⁴¹

Manfaat ASI bagi bayi diantaranya adalah komposisi sesuai kebutuhan, kalori dari ASI memenuhi kebutuhan bayi sampai usia 6 bulan, ASI mengandung zat antibody, perkembangan psikomototrik lebih cepat, menunjang perkembangan kognitif, menunjang perkembangan penglihatan, memperkuat ikatan batin ibu dan anak, dasar untuk perkembangan emosi yang hangat, dan membentuk sistem pencernaan yang sehat.⁴¹

Sedangkan bagi ibu, ASI memiliki manfaat berupa mencegah perdarahan pasca persalinan dan mempercepat kembalinya rahim ke bentuk semula, ibu yang menyusui dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya kehamilan, pemberian ASI adalah cara terbaik bagi ibu untuk mencurahkan kasih sayang pada buah hatinya serta mengurangi kemungkinan kanker payudara.⁴¹

- i. Teknik Menyusui yang Benar

Teknik Menyusui yang Benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar. Langkah-langkah menyusui yang benar sebagai berikut:

- 1) Cuci tangan yang bersih dengan sabun, sebelum menyusui bersihkan puting susu dan areola dengan kapas DTT, langkah selanjutnya ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.

2) Bayi diletakkan menghadap payudara.

- a) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- b) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- c) Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu, dan yang satu di depan.
- d) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
- e) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- f) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- g) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah, jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
- h) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflex) dengan cara:
 - i) Menyentuh pipi dengan puting susu.
 - ii) Menyentuh sisi mulut bayi.
- i) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi. Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola.

- j) Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang lain.
- k) Cara melepas isapan bayi yaitu:
 - i) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut bayi.
 - ii) Dagunya ditekan ke bawah.
- l) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.
- m) Menyendawakan bayi untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah. Cara menyendawakan bayi, yaitu:
 - i) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau
 - ii) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

Fungsi dari teknik menyusui yang benar yaitu:

- 1) Putting susu tidak lecet.
- 2) Perlekatan menyusu pada bayi kuat.
- 3) Bayi menjadi tenang.
- 4) Tidak terjadi gumoh.

Akibat teknik menyusui yang tidak benar yaitu:

- 1) Putting susu menjadi lecet.
- 2) ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI.
- 3) Bayi enggan menyusu.
- 4) Bayi menjadi kembung.

Apabila bayi telah menyusu dengan benar, maka akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Bayi tampak tenang.

- 2) Badan bayi menempel pada perut ibu.
- 3) Mulut bayi terbuka lebar.
- 4) Dagunya menempel pada payudara ibu.
- 5) Sebagian areola masuk ke dalam mulut bayi, areola bawah lebih banyak masuk.
- 6) Bayi tampak menghisap dengan ritme yang perlahan-lahan.
- 7) Putting susu tidak terasa nyeri.
- 8) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 9) Kepala bayi agak menengadah.⁴¹

j. Posisi Menyusui Yang Benar

Dalam menyusui, terdapat macam posisi menyusui, cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring. Adapun posisi khusus yang berkaitan dengan situasi tertentu, seperti ibu pasca operasi Caesar. Bayi diletakkan di samping kepala ibu dengan posisi kaki di atas. Menyusui bayi kembar dilakukan dengan cara seperti memegang bola bila disusui bersamaan, yaitu di payudara kiri dan kanan. Pada ASI yang memancar (penuh), bayi ditengkurapkan di atas dada ibu, tangan ibu sedikit menahan kepala bayi, sehingga dengan posisi ini bayi tidak tersedak.⁴¹

7. Konsep Dasar KB Pasca Persalinan

a. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1) Definisi Keluarga Berencana

Keluarga berencana (KB) merupakan sebuah upaya yang mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Menurut *World Health Organization* (WHO) KB merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami-istri untuk menghindari kelahiran tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang

diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu kelahiran dalam hubungan dengan umur suami dan istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.⁴²

KB adalah suatu program yang dicanangkan pemerintah dalam upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.⁴³

2) Tujuan Keluarga Berencana

Berdasarkan Undang-Undang RI No. 52 tahun 2009, tujuan keluarga berencana diantaranya adalah sebagai berikut.

- a) Mengatur kehamilan yang diinginkan.
- b) Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak.
- c) Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.
- d) Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek keluarga berencana.
- e) Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.⁴⁴

3) Paradigma baru Keluarga Berencana (KB)

Sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/Kepala BKKBN Nomor 4 Tahun 2025 menegaskan adanya pergeseran mendasar dalam arah kebijakan KB di Indonesia. Keluarga Berencana tidak lagi dipahami semata-mata sebagai upaya pengendalian jumlah kelahiran, tetapi sebagai bagian integral dari pembangunan keluarga dan pengelolaan kependudukan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. KB ditempatkan sebagai instrumen strategis dalam mewujudkan keluarga berkualitas

yang sehat, sejahtera, mandiri, harmonis, dan bertanggung jawab, sekaligus sebagai fondasi penting menuju pencapaian Indonesia Emas 2045.⁴⁵

Dalam paradigma baru ini, KB dan kesehatan reproduksi dipandang sebagai hak asasi manusia yang harus dijamin oleh negara. Setiap individu dan pasangan diberikan kebebasan untuk menentukan kehidupan reproduksinya secara sadar dan bertanggung jawab melalui akses terhadap informasi yang benar, pilihan metode kontrasepsi yang beragam, serta pelayanan yang berkualitas dan berkeadilan. Pendekatan ini menempatkan masyarakat sebagai subjek pembangunan, bukan sekadar objek program.⁴⁵

Selain itu, paradigma baru KB menekankan keterkaitannya dengan pembangunan kependudukan secara menyeluruh. Program KB diarahkan untuk menjaga penduduk tumbuh seimbang dengan mempertahankan tingkat fertilitas ideal, mengurangi kesenjangan antarwilayah, serta mendukung pemanfaatan bonus demografi. KB juga berperan penting dalam pencegahan kehamilan berisiko, penurunan angka kematian ibu dan bayi, serta percepatan penurunan stunting melalui perencanaan kehamilan dan penguatan 1000 Hari Pertama Kehidupan.⁴⁵

Pelaksanaan KB dalam paradigma baru dilakukan melalui pendekatan siklus hidup dan berbasis komunitas, dengan integrasi program pembangunan keluarga, kependudukan, dan lintas sektor di tingkat lokal, seperti melalui Kampung Keluarga Berkualitas. Dengan perubahan peran kelembagaan BKKBN menjadi Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN, paradigma baru KB menegaskan transformasi dari program yang bersifat demografis menjadi kebijakan pembangunan keluarga dan

kependudukan yang berkelanjutan, berbasis data, dan berorientasi pada peningkatan kualitas hidup masyarakat.⁴⁵

4) Sasaran Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) memiliki sasaran yang luas dan meliputi berbagai kelompok dalam masyarakat. Pertama, pasangan usia subur adalah salah satu target utama program KB. Mereka diberikan akses ke informasi, layanan, dan metode kontrasepsi yang beragam untuk membantu mereka mengatur jumlah anak yang diinginkan dan menentukan jarak antara kehamilan. Selain itu, program KB juga memperhatikan kebutuhan khusus perempuan, terutama yang rentan terhadap komplikasi kesehatan akibat kehamilan di usia dini atau pada usia lanjut. Ini termasuk remaja perempuan yang berisiko tinggi mengalami masalah kesehatan karena kehamilan di usia muda dan wanita yang berisiko tinggi mengalami komplikasi kehamilan karena usia lanjut.⁴⁶

Remaja juga menjadi sasaran penting dari program KB. Pemberian informasi, pendidikan, dan layanan yang tepat untuk membantu remaja membuat keputusan yang bijak tentang kesehatan reproduksinya. Melalui pendekatan yang holistik, program KB bertujuan untuk memberdayakan semua individu, terutama perempuan, dengan pengetahuan dan keterampilan yang mereka butuhkan untuk mengelola kesehatan reproduksi secara mandiri. Program KB juga berusaha untuk menciptakan lingkungan yang mendukung bagi mereka yang ingin menggunakan layanan kesehatan reproduksi, termasuk menciptakan kesadaran akan pentingnya perencanaan keluarga dalam masyarakat.⁴⁶

b. Konsep Dasar Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” dan “konsepsi”. Kontra berarti mencegah atau menghindari, sedangkan konsepsi berarti pembuahan atau fertilisasi. Sehingga kontrasepsi dapat disimpulkan memiliki arti yaitu suatu hal yang digunakan untuk mencegah atau menghindari terjadinya pembuahan. Kontrasepsi menjamin hak reproduksi setiap orang dengan membantu pasangan usia subur untuk merencanakan jumlah serta waktu yang tepat untuk memiliki anak, dengan demikian kehamilan yang tidak diinginkan bisa dicegah. Usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan penggunaan kontrasepsi pun ada yang bersifat sementara maupun permanen. Pilihan akan reversibilitas kesuburan ini perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien serta berdasarkan hasil penapisan kelayakan.⁴⁷

Perencanaan kehamilan merupakan hal yang krusial bagi pasangan suami istri. Perlu pertimbangan risiko dan manfaat kesehatan bersama termasuk pertimbangan usia, kesuburan, akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, kondisi ekonomi, dukungan sosial dan preferensi pribadi agar proses kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui dapat berlangsung sehat, aman dan terhindar dari risiko komplikasi. Kebijakan keluarga berencana dilakukan untuk membantu calon dan pasangan suami istri dalam pengambilan keputusan terhadap hak reproduksinya secara bertanggung jawab mengenai usia ideal perkawinan, usia ideal melahirkan, jumlah ideal anak, jarak kelahiran ideal serta penyuluhan Kesehatan reproduksi.⁴⁸

2) Definisi KB Pasca Persalinan (KBPP)

KB pasca persalinan meliputi metode, tempat dan pemberi layanan kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai 6

minggu atau 42 hari masa nifas dengan prinsip pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan tidak mengganggu produksi ASI dan sesuai dengan kondisi ibu. KB Pasca Persalinan atau KBPP diutamakan untuk diberikan setelah ibu melahirkan atau sebelum pulang dari fasilitas pelayanan kesehatan. Secara umum, hampir semua metode kontrasepsi dapat digunakan sebagai metode KB pasca persalinan. Untuk memastikan jarak kehamilan yang sehat dan aman (minimal 2 tahun) maka pasien perlu diberikan informasi dan motivasi untuk menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) sejak ibu melahirkan. Hal ini sesuai dengan indikator keberhasilan KBPP yaitu 100% ibu bersalin di fasilitas kesehatan mendapatkan Konseling KBPP, 70% ibu bersalin menggunakan KBPP dan dari 70% ibu bersalin, 50% diantaranya menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang.⁴⁹

3) Metode Kontrasepsi

Beberapa metode kontrasepsi adalah sebagai berikut:

a) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) meliputi *Intra Uterine Device* atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (IUD/AKDR), Implan, Tubektomi atau Metode Operasi Wanita (MOW), Vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP).⁴⁶

i) *Intra Uterin Device*/Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (IUD/AKDR)

IUD/AKDR merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan kedalam Rahim dan memiliki banyak bentuk bermacam-macam terdiri dari plastik (*polyethylene*), dililit tembaga (Cu), dililit tembaga bercampur perak (Ag) ada juga yang berisi hormon

progesteron pada batangnya. Efektifitas kontrasepsi IUD 99% dengan rasio kegagalan 1-3 kehamilan per 100 wanita pertahun.⁴⁸

ii) Implan

Implan merupakan alat kontrasepsi yang mengandung levonorgetrel dan dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetri silikon dan disusukkan di bawah kulit. Implant sangat efektif karena memiliki tingkat kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan.⁴³

iii) Tubektomi atau Metode Operasi Wanita (MOW)

Tubektomi atau biasa disebut dengan sterilisasi merupakan prosedur yang dapat menghentikan kesuburan dengan menyumbat atau memotong kedua saluran telur dengan cara bedah. Metode kontrasepsi ini bersifat permanen yang hanya diperuntukan bagi yang tidak menginginkan atau tidak boleh memiliki anak lagi karena alasan kesehatan.⁴⁷

iv) Vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP)

Vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP) merupakan istilah dalam ilmu bedah yang terbentuk dari dua kata yaitu vas atau vasa deferensia yang artinya saluran yang menyalurkan sel sperma keluar dari testis dan ektomi atau ektomia artinya pemotongan sebagian. Dengan kata lain vasektomi merupakan pemotongan sebagian (0.5 cm–1 cm) saluran benih sehingga terdapat jarak di antara ujung saluran benih bagian sisi testis dan saluran benih bagian sisi lainnya yang masih tersisa dan pada masing-masing kedua ujung saluran yang tersisa tersebut dilakukan pengikatan sehingga saluran menjadi buntu atau tersumbat.⁴⁷

b) Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP)

Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP) meliputi suntikan, pil dan kondom.⁴⁶

i) Kontrasepsi Suntik

Suntikan KB yaitu suatu cairan berisi zat untuk mencegah kehamilan selama jangka waktu tertentu (antara 1-3 bulan), cairan tersebut merupakan hormon sistesis progesteron. Hormon tersebut akan membuat lendir rahim menjadi kental sehingga sel sperma tidak dapat masuk ke dalam rahim. Zat tersebut juga mencegah keluarnya sel telur (ovulasi) dan membuat uterus (dinding rahim) tidak siap menerima hasil pembuahan. Kontrasepsi suntikan merupakan cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal.⁴⁶

ii) Kontrasepsi Pil

Pil kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi oral yang berfungsi untuk mencegah kehamilan dengan cara mencegah ovulasi, lendir mulut rahim menjadi lebih kental sehingga sperma sulit masuk.⁴⁶

iii)Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan seperti lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan. Alat kontrasepsi kondom mempunyai cara kerja diantaranya mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita, sebagai alat kontrasepsi, sebagai pelindung terhadap infeksi/tranmisi mikro organisme penyebab penyakit menular seksual (PMS). Pemakaian kontrasepsi kondom efektif apabila dipakai secara benar.

Pemakaian kondom yang tidak konsisten membuat tidak efektif. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.⁵⁰

c) Metode Kontrasepsi Sederhana

Kontrasepsi sederhana merupakan cara yang digunakan dalam pencegahan kehamilan secara sederhana, bahkan untuk sekali pemakaian saat melakukan hubungan seksual. Kontrasepsi sederhana dibagi atas dua cara yaitu tanpa menggunakan alat atau obat dan dengan menggunakan alat atau obat. Tanpa alat atau obat meliputi Metode Amenorea Laktasi (MAL), Senggama terputus dan pantang berkala. Dengan alat atau obat meliputi kondom, diafragma atau cap, cream, jelly dan cairan berbusa, tablet berbusa (vagina tablet).⁵¹

c. KB Pasca Salin dengan IUD

1) Definisi IUD

IUD (*Intra Uterine Device*) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang fleksibel dipasang dalam rahim dan merupakan kontrasepsi yang paling ideal untuk ibu pasca persalinan dan menyusui karena tidak menekan produksi ASI. Kontrasepsi IUD merupakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), dan dapat segera digunakan segera setelah persalinan sehingga ibu tidak cepat hamil lagi (minimal 3-5 tahun) dan memiliki waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi ini dapat dilakukan sejak kunjungan kehamilan sampai dengan persalinan, sehingga ibu setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu kontrasepsi.⁵²

IUD merupakan pilihan kontrasepsi pascasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. Kontrasepsi IUD yang dipasang segera setelah persalinan disebut dengan IUD Post Plasenta. IUD Post plasenta adalah pemasangan IUD yang dilakukan 10 menit setelah plasenta lahir pada persalinan normal atau sebelum penjahitan uterus pada tindakan sectio cesaria.⁵²

2) Jenis-Jenis IUD

Jenis-jenis Intra Uterine Device (IUD) adalah sebagai berikut:

a) IUD *CuT-380 A*

Bentuknya kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

b) NOVA T (*Schering*)

IUD yang banyak dipakai di Indonesia dari jenis *unmedicated* adalah *Lippes Loop* dan dari jenis *Medicated* adalah *Cu-T 380 A*, *Multiload 375* dan *Nova-T*.

Ada 3 macam IUD yang biasanya digunakan yaitu *Copper T 380A*, *Multiload Copper 375*, dan IUD dengan *levonorgestrel*. IUD jenis *Copper T 380A* sangat banyak tersedia dan pada program pilihan KB Pasca persalinan, jenis IUD *Copper T 380A* ini paling banyak digunakan karena selain karakteristiknya yang baik, mudah pemasangannya, efektif, harga IUD jenis ini juga lebih terjangkau dibanding dengan jenis IUD yang lain dan ketersediannya melimpah. IUD dengan *levonorgestrel* (misal Mirena) belum terlalu banyak tersedia dan jika tersedia harganya mahal.⁴⁸

3) Mekanisme Kerja IUD

Mekanisme kerja IUD adalah dengan menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri. IUD bekerja

terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. IUD juga memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.⁵²

4) Keuntungan dan Kerugian IUD

Keuntungan menggunakan IUD diantaranya:

- a) Langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan.
- b) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI.
- c) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- d) Pemasangan ada pascapersalinan, kasus perdarahan lebih sedikit dibandingkan dengan pemasangan setelah beberapa hari atau minggu.
- e) Mengurangi angka ketidakpatuhan pasien.
- f) Sebagai kontrasepsi, mempunyai efektivitas yang tinggi.
- g) Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- h) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- i) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti).
- j) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat.
- k) Tidak memengaruhi hubungan seksual.
- l) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil.
- m) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu IUD (CuT-380 A).
- n) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun lebih atau setelah haid terakhir).
- o) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan

p) Mencegah kehamilan ektopik.⁵³

Adapun kerugian dari penggunaan alat kontrasepsi IUD adalah sebagai berikut:

- a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
- b) Haid lebih lama dan banyak.
- c) Perdarahan (spotting antar menstruasi).⁵³
- d) Saat haid lebih sakit.

5) Waktu Pemasangan IUD

IUD pasca plasenta aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi IUD dalam 10 menit setelah pengeluaran plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uteri, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman. Jika 48 jam pasca persalinan telah lewat, insersi IUD ditunda sampai 4 minggu atau lebih pasca persalinan. IUD 4 minggu pasca persalinan aman dengan menggunakan IUD copper T, sedangkan jenis noncopper memerlukan penundaan sampai 6 minggu pasca persalinan.⁵⁴

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 uteroplacenta, 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 coping 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 menyusui. 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 memperlambat 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 menyusu, 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 memerah ASI akan meningkatkan refleksi prolaktin dan oksitosin sehingga produksi ASI semakin lancar.³⁷

Pada kasus ini, edukasi mengenai memerah 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*.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan asuhan kebidanan berkesinambungan yang telah dilakukan mulai dari hamil, persalinan, bayi baru lahir hingga nifas serta keluarga berencana pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli, didapatkan kesimpulan sebagai berikut.

1. Telah dilakukannya pengkajian data secara subjektif dan objektif pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli sehingga penanganan yang diberikan disesuaikan berdasarkan kebutuhan klien dan kewenangan bidan.
2. Telah dilakukannya analisis kebidanan berupa diagnosis, masalah, dan kebutuhan berdasarkan data subjektif dan objektif serta melakukan penyusunan rencana asuhan kebidanan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli.
3. Telah dilakukannya penatalaksanaan dan evaluasi asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli.
4. Telah dilakukannya dokumentasi berdasarkan kasus yang telah ditetapkan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli.
5. Tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dan kasus nyata di lapangan dalam asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan pelaksanaan studi dengan program pendampingan asuhan ibu hamil secara berkesinambungan dapat dipertahankan untuk memberikan pembejalaran pada mahasiswa. Diharapkan juga agar laporan dapat menjadi bahan pustaka untuk pembelajaran mahasiswa dan evaluasi pelaksanaan pendidikan program studi pendidikan profesi terhadap kesesuaian tujuan pembelajaran.

2. Bagi Bidan di Puskesmas Sewon I Bantul

Diharapkan bidan dapat mempertahankan kualitas pelayanan di puskesmas terkait asuhan kebidanan masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana serta program pendampingan ibu hamil. Bidan memantau secara lanjut pada ibu pasca salin di wilayahnya terutama pada ibu dengan risiko pasca persalinan. Bidan dapat memberikan asuhan berkesinambungan yang tepat dan membimbing mahasiswa praktik.

3. Bagi Klien

Diharapkan klien dapat memanfaatkan pengetahuan yang didapatkan serta menambah kepercayaan diri sebagai ibu untuk mampu memberikan perawatan pada bayi dan dirinya sendiri. Keluarga juga dapat memberi dukungan pada ibu serta mampu mendeteksi tanda bahaya pada ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana.

4. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Diharapkan mahasiswa dapat menerapkan keterampilan yang sudah didapatkan selama proses pendampingan masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana secara berkesinambungan dengan pendekatan holistik disesuaikan dengan ilmu-ilmu yang telah dipelajari. Sehingga penanganan yang diberikan disesuaikan berdasarkan kebutuhan klien dan kewenangan bidan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bantul DKK. Laporan Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. Dinas Kesehat Bantul. 2024;53–4.
2. Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2024. Dinas Kesehatan DIY. 2024.
3. Inayah I. Gambaran *Continuity Of Care* Dalam Pelayanan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis Di Puskesmas Selopampang Kabupaten Temanggung. Sinar J Kebidanan. 15 Maret 2023;5(1):15–29. doi:10.30651/sinar.v5i1.17322
4. Stefanescu BI, Adam AM, Constantin GB, Trus C. *Single Fetal Demise in Twin Pregnancy—A Great Concern but Still a Favorable Outcome*. Diseases. 29 April 2021;9(2):33. doi:10.3390/diseases9020033
5. Tagami K, Iwama N, Hamada H, Tomita H, Kumagai N, Wang H, dkk. *Twin pregnancies are risk factors for both early- and late-onset hypertensive disorders of pregnancy: the Japan Environment and Children's study*. Hypertens Res. April 2026;49(4):1170–81. doi:10.1038/s41440-025-02502-7
6. Nanda KR. *Maternal Age and Risk of Pregnancy Complications: A Qualitative Study*. Adv Healthc Res. 23 Mei 2025;3(2):132–47. doi:10.60079/ahr.v3i2.488
7. Susanti, Ulpawati. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Buku Pintar Ibu Hamil [Internet]. 1 ed. Purbalingga: Penerbit CV.Eureka Media Aksara; 2022. Tersedia pada: <https://repository.penerbiteurka.com/publications/358345/asuhan-kebidanan-pada-kehamilan-buku-pintar-ibu-hamil>
8. Nurlina W ode, Yulita C, Hertati D. Asuhan Kebidanan Kehamilan [Internet]. 1 ed. Purbalingga: Penerbit CV. Eureka Media Aksara; 2025. Tersedia pada: <https://repository.penerbiteurka.com/publications/609894/asuhan-kebidanan-kehamilan>
9. Handayani S, Fajri UN, Fitriyani T, Zulfatun N. Asuhan Kebidanan Kehamilan [Internet]. Sukoharjo: Tahta Media Group; 2025. Tersedia pada: <https://tahtamedia.co.id/index.php/issj/article/view/1184>
10. Cholifah S, Rinata E. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan [Internet]. Umsida Press; 2022 [dikutip 20 September 2025]. Tersedia pada: <https://press.umsida.ac.id/index.php/umsidapress/article/view/1317> doi:10.21070/2022/978-623-464-045-8
11. Haninggar RD, Rangkuti NA, Siagian MYNA, Damayanti EAF, Sari PIA, Herawati T, dkk. Konsep Asuhan Kebidanan [Internet]. 1 ed. Vol. xiv; 146 hlm; 16 x 23 cm. Medan: Yayasan Kita Menulis; 2024. Tersedia pada: <https://kitamenulis.id/2024/03/17/konsep-asuhan-kebidanan/>

12. Muh. Rifai H. Nunu, Djemi, Muh. Ali Hi Palanro. Gambaran Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri Pada Pasien Yang Dirujuk Di Rsu Anutapura Palu, Tahun 2018. *Med Alkhairaat J Penelit Kedokt Dan Kesehat*. 31 Desember 2023;5(3):240–7. doi:10.31970/ma.v5i3.157
13. Anggraini DD, Wahyuni S, Fitria R, Amalina N, Darmiati. Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal [Internet]. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi; 2022. Tersedia pada: <https://repository.binawan.ac.id/3468/1/ASUHAN%20KEBIDANAN%20KEGAWATDARURATAN%20%283%29.pdf>
14. Marpaung SH. Asuhan Kebidanan pada Kegawatdaruratan Maternal: Studi Literatur tentang Efektivitas Intervensi Kebidanan. *Barongko J Ilmu Kesehat*. 15 Agustus 2025;4(1):32–43. doi:10.59585/bajik.v4i1.798
15. Sianipar IMG, Fitriani, Mulyani Y. Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal. Jakarta Barat: PT Nuansa Fajar Cemerlang; 2024. (1).
16. Soans S, Mihalyi A, Berlaimont V, Kolhapure S, Dash R, Agrawal A. *Vaccination in preterm and low birth weight infants in India*. *Hum Vaccines Immunother*. 31 Januari 2022;18(1):1–12. doi:10.1080/21645515.2020.1866950
17. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Twin and triplet pregnancy* [Internet]. London: NICE Guideline; 2024. Tersedia pada: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546070/>
18. Selvia Selvia, Sitti Nur Intang, Aisyah Vitariani. Hubungan Antara Umur Dan Paritas Ibu Dengan Kehamilan Gemelly Di Rumah Sakit Umum Daerah Salewangang Maros. *J Ilm Kedokt Dan Kesehat*. 13 April 2023;2(2):117–24. doi:10.55606/klinik.v2i2.1277
19. Mashamba T. *Complications of Multiple Pregnancy: Conception to Delivery*. Dalam: S. Abduljabbar H, editor. *Multiple Pregnancy - New Insights* [Internet]. IntechOpen; 2023 [dikutip 3 Juni 2026]. Tersedia pada: <https://www.intechopen.com/chapters/84066> doi:10.5772/intechopen.107293
20. Wierzejska RE. *Review of Dietary Recommendations for Twin Pregnancy: Does Nutrition Science Keep Up with the Growing Incidence of Multiple Gestations?* *Nutrients*. 8 Maret 2022;14(6):1143. doi:10.3390/nu14061143
21. Heijden SVD, Oostrum NV, Nuland RV, Verheecke M, Lewi L. *Clinical guidance VVOG: Antenatal care for twin pregnancies*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. September 2025;27:100414. doi:10.1016/j.eurox.2025.100414
22. Thornton JM, Ramphul M. *Mechanisms and management of normal labour*. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. Juni 2023;33(6):160–7. doi:10.1016/j.ogrm.2023.03.002
23. Sitepu AB, Yulianti I, Furwasyih D, Yanti. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir [Internet]. Jakarta: Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang; 2024. Tersedia pada: <https://repository.nuansafajar-cemerlang.com/media/publications/586711-buku-ajar-asuhan-kebidanan-persalinan-da-a1cd4c70.pdf>

24. Romero R, Fox KA, Chaemsaitong P, Stone JL, Cetin I, Sanchez-Ramos L, dkk. *Cesarean Delivery: From Surgical Procedure to System of Care*. Am J Obstet Gynecol. Januari 2026;233(6):S23–8. doi:10.1016/j.ajog.2025.10.029
25. VAprianti V, Setia Ningsih S. *Factors Associated With The Occurrence Of Sectio Caesarea Delivery In The Hospital Dr. Agoesdjam Ketapang*, 2022. Int J Health Pharm IJHP. 20 Februari 2024;4(2):248–52. doi:10.51601/ijhp.v4i2.246
26. Devy SR, Diah Indriani, Budi Prasetyo, Hari Basuki Notobroto, Lutfi Agus Salim, Muhammad Ardian Cahya Laksana, dkk. *Determinants of Cesarean Section Decision in Indonesia: A Systematic Review*. J Promkes. 8 Maret 2024;12(1):129–38. doi:10.20473/jpk.V12.I1.2024.129-138
27. Kemenkes RI. *Pedoman Pelayanan Antenatal Persalinan, Nifas, Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Kemenkes RI; 2020.
28. Indryani. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir* [Internet]. Maros: Salnesia; 2024. Tersedia pada: <https://repository.penerbit.salnesia.id/media/publications/568930-asuhan-kebidanan-persalinan-dan-bayi-bar-e64d9aac.pdf>
29. Gemilastari R, Zeffira L, Malik R, Tri Septiana V. *Karakteristik Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Sci J. 1 Januari 2024;3(1):16–26. doi:10.56260/sciena.v3i1.125
30. Rahfiludin MZ, Dharmawan Y. *Risk Factors Associated with Low Birth Weight*. Kesmas Natl Public Health J. 1 November 2018;13(2). doi:10.21109/kesmas.v13i2.1719
31. Zebua JSF, Hanum P, Juleha J, Manalu JY, Junienti J, Hutabarat JJ, dkk. *Pencegahan hipotermia pada bayi berat badan lahir rendah melalui metode kantong plastik*. Haga J Public Health HJPH. 31 Juli 2024;1(3):94–8. doi:10.62290/hjph.v1i3.31
32. Azhar M, Yasin R, Hanif S, Bughio SA, Das JK, Bhutta ZA. *Nutritional Management of Low Birth Weight and Preterm Infants in Low- and Low Middle-Income Countries*. Neonatology. 26 November 2024;1–15. doi:10.1159/000542154
33. Sutjipto FI, Iskandar ATP. *Karakteristik Bayi Baru Lahir dengan Resusitasi Berkaitan dengan Kebutuhan Jenis Alat Bantu Napas Saat Lahir*. Sari Pediatri. 30 Agustus 2022;24(2):83. doi:10.14238/sp24.2.2022.83-90
34. Popang CT, Sulistryowati AN, Hayati U, Wardani Y. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Balita* [Internet]. 1 ed. Malang: CV. Literasi Nusantara Abadi; 2024. 160 hlm. Tersedia pada: <https://repository-penerbitlitnus.co.id/id/eprint/253/1/ASUHAN%20KEBIDANAN%20Neonatus,%20Bayi,%20dan%20Balita.pdf>
35. Nasution N, Endriyani A, Wulandari DT. *Asuhan Kebidanan Bayi, Balita, dan Anak* [Internet]. Medan: Yayasan Kita Menulis; 2023. 236 hlm. Tersedia pada: <https://fkeb.delihusada.ac.id/wp-content/uploads/2024/11/FullBook-Asuhan-Kebidanan-Bayi-Balita-dan-Anak.pdf>

36. Gunardi H. Optimalisasi 1000 Hari Pertama Kehidupan: Nutrisi, Kasih Sayang, Stimulasi, dan Imunisasi Merupakan Langkah Awal Mewujudkan Generasi Penerus yang Unggul. *EJournal Kedokt Indones*. 5 Mei 2021;9(1):1. doi:10.23886/ejki.9.2.1
37. Dewi R, Nurbaety, Pratama RMK, Adriati F. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Dan Menyusui Bagi Mahasiswa Diploma Tiga [Internet]. Jakarta: Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta; 2024. Tersedia pada: <https://repository.nuansafajarcemerlang.com/media/publications/587085-buku-ajar-asuhan-kebidanan-pada-masa-nif-839b63cf.pdf>
38. Chaucan G, Tadi P. *Physiology, Postpartum Changes* [Internet]. India: StatPearls Publishing; 2022. Tersedia pada: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
39. Martin C, Viky M, Rokibullah R, Sofinia H. *The Physiological Changes In The Postpartum Period After Childbirth*. *Asian J Soc Humanit*. 12 Desember 2022;1(03):105–18. doi:10.59888/ajosh.v1i03.19
40. Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui [Internet]. 1 ed. Sidoarjo: UMSIDA PRESS; 2019. Tersedia pada: <https://eprints.triatmamulya.ac.id/1478/1/143.%20Buku%20Ajar%20Mata%20Kuliah%20Asuhan%20Kebidanan%20Nifas%20dan%20Menyusui.pdf>
41. Maryuni. Modul Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui [Internet]. Jakarta: Program Studi Kebidanan Universitas Binawan; 2020. Tersedia pada: <http://repository.binawan.ac.id/1814/1/Modul%20Askeb%20Nifas.pdf>
42. Anggraini D, Niama S, Mardianti, Setianingsih Z, Rosmiarti. Buku Ajar Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana [Internet]. Jakarta Barat: Yapindo Jaya Abadi. Tersedia pada: <https://repository.yapindo.co.id/media/publications/590449-buku-ajar-pelayanan-kesehatan-reproduksi-445b46bf.pdf>
43. Harnani BD, Wahyuni S, Herawati Z, Wulandari Z. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana [Internet]. 1 ed. Sleman: ZAHIR PUBLISHING; 2022. Tersedia pada: <https://repository.um-surabaya.ac.id/id/eprint/8192/1/Buku%20Ajar%20Kesehatan%20Reproduksi%20dan%20Keluarga%20Berencana.pdf>
44. Pemerintah Indonesia. Undang-undang (UU) Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga [Internet]. 52. Oktober 2009. Tersedia pada: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38852/uu-no-52-tahun-2009>
45. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Peraturan Menteri Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga/ Kepala Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2025 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga/ Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2025-2029 [Internet]. 4. Oktober 2025. hlm. BN 2025 (870); 154 hlm. Tersedia pada: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/333977/peraturan-bkkbn-no-4-tahun-2025>

46. Kemenkes RI. Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana [Internet]. 1 ed. Jakarta Selatan: Kemenkes RI; 2021. Tersedia pada: <https://repository.binawan.ac.id/1504/1/BUKU%20KEMENKES%20UPDATE%202.pdf>
47. Kementerian Kesehatan RI. Kurikulum Pelatihan Pelayanan Kontrasepsi Bagi Dokter Dan Bidan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2021. 344 hlm. Tersedia pada: <https://repository.kemkes.go.id/book/810>
48. Indrawati ND, Nurjanah S. Buku Ajar KB Dan Pelayanan Kontrasepsi [Internet]. 1 ed. Semarang: Penerbit Unimus Press; 2022. Tersedia pada: [http://repository.unimus.ac.id/6188/1/BUKU%20AJAR%20KB_NUKE%20 DEVI%20%281%29.pdf#](http://repository.unimus.ac.id/6188/1/BUKU%20AJAR%20KB_NUKE%20DEVI%20%281%29.pdf#)
49. Khikmi F, Machfudloh M, Surani E. Konseling Keluarga Berencana Pasca Persalinan (KBPP) Pada Orang Tua Pemula). Muhammadiyah J Midwifery. 16 Januari 2025;5(1):50–67. doi:10.24853/myjm.5.1.50-67
50. Batubara RA, Antira SA, Manurung M, Handayani FR, Azhar IN, Siregar SH. Faktor Yang Berhubungan Dengan Minat Pada Pria Pasangan Usia Subur Dalam Pemilihanalat Kontrasepsi Kondom Di Kelurahan Aek Sitio Tio Kecamatan Pandan tahun 2022. J Kesehat Ilm Indones Indones Health Sci J. 21 Desember 2023;8(2):168–74. doi:10.51933/health.v8i2.1237
51. Oktarina R. Hubungan Pendidikan dan Pengetahuan Ibu Terhadap Pemilihan Kontrasepsi Sederhana di Poskesdes Gunung Ibul Kota Prabumulih Tahun 2021. Cendekia Med. 30 September 2021;6(2):77–83. doi:10.52235/cendekiamedika.v6i2.91
52. Massay CS, Rivenes Lafontan S, Rogathi JJ, Safari US, Sigalla GN. *Intrauterine Device Use and Perceptions Among Women in Tanzania—A Mixed Methods Study*. SAGE Open Nurs. Januari 2024;10:23779608241305782. doi:10.1177/23779608241305782
53. Wati NPEY, Darmayasa IM. *An Overview of Side Effects on Post-Placental IUD Acceptors by Independent Practice Midwives in Jembrana Regency*. Indones J Obstet Gynecol Sci. 20 Maret 2025;8(1):10. doi:10.24198/obgynia.v8i1.785
54. Sagita W. Hubungan Waktu Pemasangan KB IUD Pascasalin Dengan Kejadian Ekspulsi Di RS X Tahun 2021. J Ilm Bidan. 30 April 2023;7(1):13–9. doi:10.61720/jib.v7i1.350
55. Mustikaningrum N. Deteksi Dini Kehamilan Resiko Tinggi Melalui Pemeriksaan Antenatal Care. J Abdi Med. 9 Juli 2024;4(1):16–23. doi:10.35874/jam.v4i1.1361
56. Eide B, Sande RK, Von Brandis P, Kessler J, Tappert C, Eggebø TM. *Associations between fetal position at delivery and duration of active phase of labor: A historical cohort study*. Acta Obstet Gynecol Scand. September 2024;103(9):1888–97. doi:10.1111/aogs.14929

57. Hardaniyati H, Ariendha DSR, Rohmah S. *Identification Of Physical Insecurity During Third Trimester Pregnancy*. JKM J Kebidanan Malahayati. 29 November 2024;10(11):1111–6. doi:10.33024/jkm.v10i11.18166
58. Rita Agustiningrum, Nurul Azizah. Studi Kasus Edema Fisiologis Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Gempol. Hosp Majapahit J Ilm Kesehat Politek Kesehat Majapahit Mojokerto. 24 November 2024;16(2):127–35. doi:10.55316/hm.v16i2.1051
59. Mollaelahi F, Shahali S. *Non-pharmacological Interventions for the Management of Lower Extremity Edema During Pregnancy: A Narrative Review Study*. Med-Surg Nurs J. 2 Mei 2022;11(1). doi:10.5812/msnj-123284
60. Chen B, Chen Y, Xu Y. *Vitamin D deficiency in pregnant women: Influenced by multiple risk factors and increase the risks of spontaneous abortion and small-for-gestational age*. Medicine (Baltimore). 15 Oktober 2021;100(41):e27505. doi:10.1097/MD.00000000000027505
61. Wierzejska RE. *Review of Dietary Recommendations for Twin Pregnancy: Does Nutrition Science Keep Up with the Growing Incidence of Multiple Gestations?* Nutrients. 8 Maret 2022;14(6):1143. doi:10.3390/nu14061143
62. Horgan R, Hage Diab Y, Waller J, Abuhamad A, Saade G. *Low-dose aspirin therapy for the prevention of preeclampsia: time to reconsider our recommendations?* Am J Obstet Gynecol. Oktober 2023;229(4):410–8. doi:10.1016/j.ajog.2023.04.031
63. Susanti E, Zainiyah Z. *Skrining Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) dan Pencegahan Baby Blues Pada Ibu Post Partum*. J Kreat Pengabdian Kpd Masyarakat. 1 September 2024;7(9):3908–20. doi:10.33024/jkpm.v7i9.15433
64. Wulandari IAP, Kusuma MDS, Sari WT. *Gambaran Strategi Koping dan Tingkat Stres pada Ibu Postpartum*. J Kesehat. 30 Juni 2023;12(1):133–7. doi:10.46815/jk.v12i1.136
65. Rachmad Putra Gofur N, Rp Gofur A, Soesilaningtyas Dr, Nur Rp Gofur R, Martadila Putri H. *Parturition Premature Imminens Management: A Review Article*. Int J Res Publ. 1 Januari 2022;93(1). doi:10.47119/IJRP100931120222756
66. Ansaldi Y, Martinez De Tejada Weber B. *Urinary tract infections in pregnancy*. Clin Microbiol Infect. Oktober 2023;29(10):1249–53. doi:10.1016/j.cmi.2022.08.015
67. Sholikah SM, Nurwulansari F, Aini EN, Wardoyo S, Juan Pramudita J. *The role of continuity of care in high-risk pregnant women in Indonesia*. Eur J Midwifery. 3 Januari 2025;9(January):1–6. doi:10.18332/ejm/195831
68. Djunawan A, Haksama S. *Hubungan Kerjasama, Motivasi, Sikap, dan Kinerja Bidan Dalam Pelayanan Antenatal*. J Adm Kesehat Indones. 1 Januari 2015;3(1):11. doi:10.20473/jaki.v3i1.2015.11-20

69. Pemerintah Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia No. 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan [Internet]. 4. 2019. Tersedia pada: <https://peraturan.bpk.go.id/Download/94989/UU%20Nomor%204%20Tahun%202019.pdf>
70. Díaz DB. *Premature Rupture of Membranes: Associated with Twin Pregnancy*. Biomed J Sci Tech Res. 31 Agustus 2021;38(3). doi:10.26717/BJSTR.2021.38.006161
71. Zhou S, Yang Y, Zhang X, Mu X, Quan Q, Zhong Q, dkk. *Perinatal outcomes of twin pregnancies with preterm premature rupture of the membranes at 24–34 weeks' gestation*. Sci Rep. 3 Desember 2021;11(1):23419. doi:10.1038/s41598-021-02884-x
72. Papier M, Peled T, Bas Lando M, Grisaru-Granovsky S, Sela HY, Rottenstreich M. *Predicting cesarean delivery in twin pregnancies undergoing trial of labor: a multicenter cohort study*. BMC Pregnancy Childbirth. 29 Maret 2026;26(1):503. doi:10.1186/s12884-026-09005-4
73. Coordinator, National Specialized Commission on Maternal Mortality, National Specialized Commission on Fetal Medicine, National Specialized Commission on Childbirth, Puerperium and Abortion Care, National Specialized Commission on Sexual Violence and Pregnancy Interruption Provided for by Law, National Specialized Commission on Antenatal Care, dkk. *Misoprostol use in obstetrics: Number 6 – June 2023*. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. Juni 2023;45(06):356–68. doi:10.1055/s-0043-1770931
74. Santoso HB, Susiarso H, Hidayat D. Pengaruh Faktor Risiko terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Bhayangkara Sartika Asih Bandung. Indones J Obstet Gynecol Sci. 22 November 2023;6(3):397. doi:10.24198/obgynia.v6i3.555
75. Seleem M, Sedik MM, Megahed AMM, Nabil H. *Conventional manual technique of post placental IUD insertion versus intra-cesarean post placental introducer withdrawal IUD insertion technique: a new standardized technique for IUD insertion during cesarean section: a randomized controlled trial*. BMC Pregnancy Childbirth. 26 Juni 2023;23(1):474. doi:10.1186/s12884-023-05777-1
76. Hong J, Crawford K, Jarrett K, Triggs T, Kumar S. *Five-minute Apgar score and risk of neonatal mortality, severe neurological morbidity and severe non-neurological morbidity in term infants – an Australian population-based cohort study*. Lancet Reg Health - West Pac. Maret 2024;44:101011. doi:10.1016/j.lanwpc.2024.101011
77. Liman CN, Retno Putri A, Arumndari R, Suryawan IWB, Suryaningsih PS. *Factors affecting neonatal respiratory distress syndrome at Wangaya General Hospital*. Intisari Sains Medis. 7 Juni 2024;15(2):595–9. doi:10.15562/ism.v15i2.2027
78. Mahmoud HD, Kent SC, Ibrahim FE, Mohamed N, Abdulahi FA, O'Neal MN, dkk. *Optimising neonatal bubble continuous positive airway pressure: A Somaliland quality initiative*. Afr J Prim Health Care Fam Med. 23 April 2025;17(1):a4742. doi:10.4102/phcfm.v17i1.4742

79. American Academy of Pediatrics. *Pediatric Nutrition* [Internet]. 9 ed. Greer FR, Abrams SA, editor. American Academy of Pediatrics; Itasca, IL; 2025 [dikutip 30 Mei 2026]. Tersedia pada: <https://publications.aap.org/aapbooks/book/774/Pediatric-Nutrition> doi:10.1542/9781610027700
80. Akter M, Khandker S, Shaheen M, Mehriban N, Ahmad SA. *Management of preterm low birth weight infants in Dhaka: a comparison between Standard Care and Kangaroo Mother Care*. J Pediatr Neonatal Individ Med. April 2021;10(1):e100111. doi:10.7363/100111
81. Muharis IA, Triani E. Literature Review: Skrining Dan Tatalaksana Hipotiroid Kongenital. J Ilmu Kedokt Dan Kesehat. 1 Februari 2024;11(1):057–64. doi:10.33024/jikk.v11i1.13000
82. Eva Miranda Marwali, Yoel Purnama, Poppy Surwianti Roebiono. Modalitas Deteksi Dini Penyakit Jantung Bawaan di Pelayanan Kesehatan Primer. J Indones Med Assoc. 22 Juni 2021;71(2):100–9. doi:10.47830/jinma-vol.71.2-2021-241
83. Chandra Z. Efektivitas *Early Bubble Continuous Positive Airway Pressure* Sederhana Terhadap Perbaikan *Down Score* Bayi Prematur di Rumah Sakit Umum Daerah Sambas, Kalimantan Barat. Sari Pediatri. 24 Desember 2024;26(4):224. doi:10.14238/sp26.4.2024.224-9
84. Anthony R, McKinlay CJD. *Adaptation for life after birth: a review of neonatal physiology*. Anaesth Intensive Care Med. Januari 2023;24(1):1–9. doi:10.1016/j.mpaic.2022.11.002
85. Maharani M, Khumairoh R. Literature review: Peran bidan terhadap keberhasilan pemberian ASI Eksklusif. J SAGO Gizi Dan Kesehat. 18 Juni 2023;4(2):280. doi:10.30867/gikes.v4i2.1106
86. Aulia Zulfa Umi Arifah, Nopi Nur Khasanah, Herry Susanto. Pengaruh Teknik Pemberian Asi Melalui Direct Breastfeeding dan Cup Feeding Terhadap Saturasi Oksigen pada Bayi Prematur di Ruang Perinatal. Protein J Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan. 28 Februari 2025;3(2):53–62. doi:10.61132/protein.v3i2.1164
87. Indrianto E, Rahmah R. Manfaat pemberian ASI pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). J Sehat Indones JUSINDO. 27 Mei 2025;7(2):974–83. doi:10.59141/.v7i2.153
88. Fitri Setianingsih, Yunita Lestari, Galuh Permatasari, Nurlaila Agustikawati. Pemberian Komunikasi, Informasi Dan Edukasi (KIE) Adaptasi Psikologi Post Partum Sebagai Upaya Pencegahan Postpartum Blues Pada Ibu Nifas Di UPT Puskesmas Kec. Alas Barat. J Kabar Masy. 2 Februari 2024;2(1):128–33. doi:10.54066/jkb.v2i1.1578
89. Agustin I, Putri P, Mulyadi, Endriyani S, Oktaviani L. *Implementation Of Mobilization Support Nursing in Post-Operational Sectio Caesarian Patients With Physical Mobility Disorders*. J Appl Nurs Health. 30 Juni 2022;4(1):76–84. doi:10.55018/janh.v4i1.58

90. Chen Y, Wan J, Zhu Z, Su C, Mei Z. *Embedding evidence of early postoperative off-bed activities and rehabilitation in a real clinical setting in China: an interrupted time-series study*. BMC Nurs. Desember 2022;21(1):98. doi:10.1186/s12912-022-00883-5
91. Wahyuni T, Wardaniah M. *Lactation Management Education For Postpartum Patients At A.M. Parikesit Hospital, Tenggaraong*. J Ilm Pengabd Masy Bid Kesehat Abdigermas. 22 Juni 2025;3(2):67–71. doi:10.58723/abdigermas.v3i2.368
92. Rosnani R, Mediarti D. *Overview of post-partum mother adaptation: A healthy lifestyle needs*. J Plb Nurs Stud. 11 September 2022;1(3):134–8. doi:10.55048/jpns.v1i3.59
93. Nunung Erviany, Ummul Khair, Ummu Kalsum, Syarifah Sahirah, Nur Zaladillah, Hasnia Hasnia, dkk. *Asuhan Kebidanan Post Partum Fisiologi di Puskesmas Takalala*. Corona J Ilmu Kesehat Umum Psikolog Keperawatan Dan Kebidanan. 30 Juni 2024;2(2):293–300. doi:10.61132/corona.v2i2.643
94. Talmac MA, Yuksek SC, Afsar S, Bestel A, Gunay I, Ozdemir I. *How do contraception preferences change over time? Eight years of experience in a tertiary hospital*. Saudi Med J. Januari 2024;45(1):93–7. doi:10.15537/smj.2024.45.1.20230348
95. Sunesni S, Milasari D, Susilawati D. *Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan KB Pasca Persalinan*. J Kesehat Tambusai. 29 Desember 2023;4(4):7083–94. doi:10.31004/jkt.v4i4.22114
96. Pohan RA, Elvina Sari Sinaga, Mila Sari, Rambe KS. *Komunikasi Informasi Dan Edukasi (KIE) Tentang Metode Kontrasepsi Dalam Mengatur Jarak Kehamilan Yang Sehat Di Puskesmas Semula Jadi*. J Pengabd Masy Aufa JPMA. 30 April 2025;7(1). doi:10.51933/jpma.v7i1.1956

LAMPIRAN

Lampiran 1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN PADA NY. D USIA 36
TAHUN G3P1AB1AH1 USIA KEHAMILAN 31 MINGGU
DENGAN KEHAMILAN GEMELLI

Pengkajian Tanggal/Jam: 23 Februari 2026/ 10.00 WIB

Biodata	Ibu	Suami
Nama	: Ny. D	Tn N
Umur	: 36 Tahun	38 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/ Bangsa	: Jawa/ Indonesia	Jawa/ Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Wiraswasta
Alamat Lengkap	: Slanggen Mriyan RT 03 Timbulharjo Sewon Bantul	
No Telp/Hp	: 0896XXXXXXXX	0822XXXXXXXX

DATA SUBJEKTIF

Kunjungan saat ini ☐ Kunjungan Pertama ☒ Kunjungan Ulang

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan merasakan sering kesemutan pada tangan, vitamin kehamilan sudah habis.

2. Riwayat Perkawinan

Kawin 1 kali. Kawin pertama umur 23 tahun. Dengan suami sekarang 13 tahun.

3. Riwayat Menstruasi

Menarche umur 11 tahun. Siklus 28 hari. Teratur. Lama 6-7 hari. Sifat darah: encer. Flour albus: tidak. Bau khas. *Dismenorrhoe*: tidak. Banyak darah 2-3 kali ganti pembalut.

4. Riwayat Kehamilan ini

a. Riwayat ANC

HPMT 21 Juli 2025, HPL 28 April 2026

ANC Sejak umur kehamilan 5 minggu 3 hari. ANC di Puskesmas

Frekuensi: Trimester I 3 kali

Trimester II 2 kali

Trimester III 2 kali

b. Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan 20 minggu.

Pergerakan janin dalam 12 jam terakhir 15 kali.

c. Keluhan yang dirasakan

Trimester I : Mual muntah

Trimester II : Kesemutan

Trimester III : Kesemutan, kaki kadang bengkak

d. Pola Nutrisi	Makan	Minum
Frekuensi	2-3x sehari	> 3-4 gelas per hari
Macam	Nasi, sayur, ayam, tahu, tempe	Air putih, susu
Jumlah	1 porsi makan sedang	1 gelas sedang
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

e. Pola Eliminasi	BAB	BAK
Frekuensi	1-2 kali sehari	3-4 kali sehari
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning jernih
Bau	Khas feses	Khas urine
Konsistensi	Lunak	Cair
Jumlah	Tidak tentu	Tidak tentu

f. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari : Ibu rumah tangga yang melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu, mencuci baju, dan memasak.

Istirahat/Tidur : 6-7 jam malam hari dan 1 jam saat siang hari

Seksualitas : Frekuensi 1x seminggu Keluhan : Tidak ada

g. *Personal Hygiene*

Kebiasaan mandi 2 kali/hari

Kebiasaan membersihkan alat kelamin setelah BAB, BAK dan setiap mandi.

Kebiasaan mengganti pakaian dalam setiap setelah mandi pagi dan sore serta saat merasa tidak nyaman.

Jenis pakaian dalam yang digunakan katun, tidak lembab, dan tidak ketat

h. Imunisasi

TT 1 saat Bayi

TT 4 saat Catin

TT 2 saat Bayi

TT 5 saat Kehamilan Pertama

TT 3 saat Sekolah Dasar

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu: G 3 P 1 Ab 1 Ah 1

Hamil ke	Persalinan							Nifas		
	Tgl lahir	Umur kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi		Jenis kelamin	BB / PB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1	29-01-2014	Aterm	Spontan	Bidan	-	-	P	2950 gr/ 48 cm	Ya	-
2	2024	Abortus								
3	Hamil ini									

6. Riwayat Keluarga Berencana

No	Jenis Alkon	Mulai memakai				Keterangan
		Tgl	Oleh	Tempat	Keluhan	
1	IUD	2014	Bidan	PMB	Tidak ada	Lepas IUD pada 2022

7. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan tidak pernah/sedang menderita penyakit sistemik (Diabetes, Hipertensi, Jantung, TBC, Asam Urat, ISK, HIV/AIDS, Hepatitis).

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan tidak ada keluarga yang pernah/sedang menderita penyakit sistemik (Diabetes, Hipertensi, Jantung, TBC, Asam Urat, ISK, HIV/AIDS, Hepatitis).

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan tidak terdapat keturunan kembar dari keluarga ibu maupun suami.

d. Riwayat Alergi

Makanan : Tidak ada

Obat : Tidak ada

Zat lain : Tidak ada

e. Kebiasaan-kebiasaan

Merokok (Ibu tidak merokok)

Minum jamu-jamuan (ibu tidak minum jamu-jamuan)

Minum-minuman keras (ibu tidak ada kebiasaan minum–minuman keras)

Makanan/minuman pantang (ibu tidak memiliki makanan dan minuman pantang)

Hewan peliharaan (Ibu tidak memiliki hewan peliharaan)

Perubahan pola makan (termasuk nyidam, nafsu makan turun, dan lain-lain) Ibu mengalami perubahan makanan termasuk nyidam

8. Riwayat Psikologi Sosial Spiritual

a. Kehamilan ini ☒ Dinginkan ☐ Tidak diinginkan

b. Pengetahuan ibu tentang kehamillan

Ibu mengetahui tentang kehamilan meski awalnya kurang tau, akan tetapi seiring berjalannya waktu akhirnya sudah memahami dan mengetahui tentang kehamilan.

c. Pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang

Ibu memahami keadaannya saat ini yang sedang hamil dengan janin kembar, sehingga harus ekstra menjaga kesehatannya.

d. Penerimaan ibu terhadap kehamilan saat ini

Ibu menerima dan sangat bersyukur atas kehamilan saat ini.

e. Anggota keluarga yang tinggal satu rumah

Suami dan anak.

f. Tanggapan keluarga (suami/anak sebelumnya/orangtua/mertua) terhadap kehamilan

Suami, anak, dan anggota keluarga lain mendukung kehamilan saat ini dengan baik.

- g. Pengambilan keputusan dalam keluarga
Suami dan istri saling berdiskusi untuk pengambilan keputusan.
 - h. Aktivitas dan interaksi sosial
Ibu masih beraktivitas seperti biasa di rumah dan berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitar dengan baik seperti biasa.
 - i. Mitos/budaya seputar kehamilan di keluarga/tempat tinggal yang dipercaya/diikuti
Ibu mempercayai tradisi seperti mitoni dan 7 bulanan.
9. Persiapan persalinan
- a. Orang yang akan mengantar : Suami
 - b. Kendaraan yang digunakan : Kendaraan pribadi
 - c. Orang yang mendampingi : Suami
 - d. Biaya persalinan : BPJS
 - e. Donor darah (bila diperlukan) : masih direncanakan ibu dan suami
 - f. Tempat rujukan (bila diperlukan) : masih dibicarakan dengan suami
10. Rencana KB yang akan digunakan
- Ibu berencana memakai KB IUD setelah persalinan nantinya.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
- a. Keadaan umum: Baik Kesadaran: Compos Mentis
 - b. Tanda Vital

Tekanan darah	: 97/65 mmHg	MAP: 75.66
Nadi	: 68x/menit	
Pernafasan	: 21x/menit	
Suhu	: 36.0°C	
 - c. TB : 155 cm
 - BB : sebelum hamil 47 kg, BB sekarang 61 kg
 - IMT : 19.56 (normal)
 - LILA : 26 cm

d. Kepala dan leher

Oedem Wajah : Tidak ada

Kloasma gravidarum : -

Mata : Konjungtiva merah muda dan sklera putih bersih

Mulut : Gusi merah muda dan tidak ada pembengkakan

Leher : Tidak ada pembengkakan vena jugularis, kelenjar tiroid dan limfa

e. Payudara

Bentuk : Simetris

Areola mammae : Menghitam

Puting susu : Menonjol

Colostrum : Belum keluar

f. Abdomen

Bentuk : Membuncit dan membesar

Bekas luka : Tidak ada

Striae gravidarum : Ada

Palpasi Leopold I :TFU 3 jari bawah px

Teraba bagian yang teraba datar, keras, tahanan luas seperti papan. Kesimpulan punggung.

Leopold II Letak janin melintang

Perut sebelah kanan atas teraba bagian kurang bulat, lunak, tidak melenting. Kesimpulan bokong janin I.

Perut sebelah kanan teraba bagian bulat keras melenting dan bisa digerakkan. Kesimpulan kepala janin II.

Perut sebelah kiri atas teraba bagian bulat keras melenting dan bisa digerakkan. Kesimpulan kepala janin I.

Perut sebelah kiri bawah teraba bagian-bagian kecil janin. Kesimpulan esktremitas janin II.

Leopold III Teraba bagian keras, datar, panjang. Kesimpulan punggung janin II

Leopold IV Tidak dilakukan pemeriksaan

Osborn Test : Tidak dilakukan pemeriksaan

TFU (Mc Donald) : Tidak dilakukan pemeriksaan

Auskultasi DJJ : *punctum maximum* bagian fundus dan bawah Pusat. Frekuensi 145 kali per menit dan 152 kali per menit

g. Ekstremitas

Oedem : kaki kanan dan kiri tidak ada

Varices : kaki kanan dan kiri tidak ada

Refleks Patela : kaki kanan dan kiri positif

Kuku : kuku tangan dan kaki bersih dan pendek

h. Genetalia Luar (Tidak dilakukan pemeriksaan)

2. Pemeriksaan panggul (normal)

Distansia *spinarum* : 24 cm (23-26 cm)

Distansia *cristarum* : 28 cm (26-29 cm)

Boudelouqe : 19 cm (18-20 cm)

Lingkar panggul : 88 cm (80-90 cm)

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil pemeriksaan USG (23 Februari 2026)

Janin gemelli/ ganda, intra uterine, janin 1 preskep lintang, gerak aktif, EFW 1: 1683 gr, janin 2 lintang, punggung di atas, EFW 2: 1584 gr.

b. Hasil pemeriksaan laboratorium ANC TM I (25 September 2025)

No.	Pemeriksaan	Hasil
	Pemeriksaan Darah	
1.	Hemoglobin	11.2 g/dL
2.	Gula Darah Sewaktu	133 mg/dl
3.	Golongan Darah & Rhesus	O +
4.	HIV <i>Rapid Test</i>	Non reaktif
5.	<i>Syphilis Rapid Test</i>	Negatif
6.	HBsAg <i>Rapid Test</i>	Negatif

7.	Keton	Negatif
	Urinalisa	
1.	Warna/Kekeruhan	Kuning/Jernih
2.	Urobilinogen	Normal
3.	pH	6.5
4.	Protein	Negatif
5.	Reduksi	Negatif
6.	Bilirubin	Negatif
7.	Berat Jenis	Negatif
8.	Nitrit	1.015
9.	Keton	Negatif
10.	<i>Blood</i>	Negatif

- c. Hasil pemeriksaann gigi TM I (25 September 2025)
Gigi 37, 36 NP, gigi 46, 47 *radices torus* sedang OHI-S kotor RB
- d. Hasil pemeriksaan psikologis TM I (25 September 2025)
Hasil skrining EPDS: tidak ada depresi/depresi minimal. Penerimaan kehamilan saat ini (+), dukungan keluarga dan suami (+).
- e. Hasil pemeriksaan gizi TM I (25 September 2025)
Tidak ada keluhan dan permasalahan terkait pemenuhan gizi, edukasi nutrisi selama kehamilan.

ANALISIS

1. Diagnosis Kebidanan
Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli janin intrauterine.
2. Masalah
Faktor risiko usia ibu, faktor risiko kehamilan ibu, permasalahan kaki yang sering kesemutan.
3. Kebutuhan
Asuhan pada ibu hamil dengan risiko tinggi, KIE keluhan ibu, dan pemberian rujukan untuk periksa di rumah sakit.

PENATALAKSANAAN

Tanggal 23 Februari 2026, jam 10.00 WIB

1. Memberitahukan kepada ibu bahwa keadaan umum ibu meliputi tanda vital dan pemeriksaan kehamilannya dalam keadaan baik dan dalam batas normal pada usia kehamilan ibu 31 minggu.

E: ibu merasa tenang dan senang setelah mengetahui hasil pemeriksaan dalam batas normal

2. Menyampaikan KIE mengenai kondisi kehamilan ibu saat ini yang merupakan kehamilan gemelli termasuk ke dalam kehamilan risiko tinggi karena memiliki risiko lebih besar mengalami anemia, persalinan prematur, preeklampsia, ketuban pecah dini, perdarahan *postpartum*, serta gangguan pertumbuhan janin. Menjelaskan pentingnya pemantauan rutin untuk mendeteksi komplikasi sedini mungkin. Sehingga ibu diharapkan untuk dapat lebih memperhatikan kondisi terkait kesehatannya dan kehamilannya dengan baik. Apabila terdapat tanda-tanda bahaya pada kehamilan trimester III dan kehamilan gemelli seperti kontraksi teratur sebelum waktunya, nyeri perut hebat, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, sakit kepala hebat, pandangan kabur, bengkak pada tangan dan wajah, sesak berat, serta gerakan janin berkurang. Ibu dianjurkan segera datang ke IGD rumah sakit.

E: ibu memahami dengan baik dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

3. Menyampaikan KIE kepada ibu mengenai keluhanannya saat ini yaitu kesemutan yang sering terjadi. Kesemutan merupakan salah satu bentuk ketidaknyamanan yang umum terjadi pada trimester tiga, dimana ketidaknyamanan yang umum terjadi pada trimester III khususnya pada kehamilan dengan gemelli diantaranya adalah nyeri punggung, cepat lelah, sesak napas ringan, sulit tidur, sering BAK, perut terasa penuh, serta keluhan kesemutan pada tangan atau kaki akibat penekanan pembuluh darah dan saraf oleh pembesaran uterus serta perubahan sirkulasi selama kehamilan. Ibu dianjurkan mengurangi posisi yang terlalu lama, melakukan peregangan ringan, menggerakkan tangan dan kaki secara berkala, serta beristirahat dengan posisi nyaman. Selain itu, ibu juga dianjurkan untuk minum air putih

minimal 2–3 liter per hari guna mencegah dehidrasi yang dapat memicu kontraksi uterus dan membantu memperlancar sirkulasi darah sehingga keluhan kesemutan dapat berkurang.

E: ibu memahami dengan baik penjelasan yang diberikan.

4. Menganjurkan ibu untuk memperbanyak istirahat, mengurangi aktivitas berat, menghindari berdiri atau berjalan terlalu lama, serta menghindari stres dan kelelahan fisik karena dapat memicu kontraksi prematur pada kehamilan gemelli. Ibu dianjurkan tidur miring ke kiri untuk membantu meningkatkan aliran darah ke plasenta dan mengurangi tekanan pada pembuluh darah besar.

E: Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

5. Memberikan KIE mengenai kebutuhan nutrisi pada kehamilan gemelli yang lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal. Ibu dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi seimbang yang kaya protein seperti telur, ikan, ayam, daging, tahu, tempe, susu, dan kacang-kacangan untuk membantu pertumbuhan kedua janin. Selain itu ibu dianjurkan memperbanyak konsumsi sayur hijau, buah-buahan, makanan tinggi zat besi, asam folat, kalsium, dan vitamin B kompleks yang juga membantu mengurangi keluhan kesemutan selama kehamilan.

E: ibu memahami dengan baik dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

6. Menganjurkan ibu untuk menghitung gerakan janin setiap hari dan segera memeriksakan diri apabila gerakan salah satu atau kedua janin berkurang. Dimana gerakan janin dihitung setiap 12 jam sekali dengan minimal gerakan setiap janinnya adah 12 kali.

E: Ibu memahami cara memantau gerakan janin.

7. Menyampaikan KIE mengenai kondisi kehamilan ibu saat ini yang merupakan kehamilan gemelli termasuk ke dalam kehamilan risiko tinggi karena memiliki risiko lebih besar mengalami anemia, persalinan prematur, preeklampsia, ketuban pecah dini, perdarahan *postpartum*, serta gangguan pertumbuhan janin. Menjelaskan pentingnya pemantauan rutin untuk mendeteksi komplikasi sedini mungkin. Sehingga ibu diharapkan untuk dapat lebih memperhatikan kondisi terkait kesehatannya dan kehamilannya dengan baik. Apabila terdapat tanda-tanda bahaya pada kehamilan trimester III dan kehamilan gemelli

seperti kontraksi teratur sebelum waktunya, nyeri perut hebat, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, sakit kepala hebat, pandangan kabur, bengkak pada tangan dan wajah, sesak berat, serta gerakan janin berkurang. Ibu dianjurkan segera datang ke IGD rumah sakit. Ibu juga diberikan rujukan ke rumah sakit untuk berkonsultasi lebih lanjut dengan dokter spesialis obgyn. E: ibu memahami dengan baik dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan. Ibu bersedia dirujuk di RSUD Panembahan senopati.

8. Memberikan vitamin kehamilan yang habis pada ibu diantaranya adalah asetosal tablet 80 mg/100 mg sejumlah 30 tablet dengan dosis minum 1x1 setelah makan, dan memberikan kalsium tablet 500 mg sejumlah 60 tablet dengan dosis minum 3x1 setelah makan. Ibu dianjurkan minum obat tersebut dengan air putih, tidak dengan teh, susu ataupun kopi.

E: ibu memahami dan bersedia mengikuti anjuran.

9. Memberikan dukungan psikologis kepada ibu agar tetap tenang dan tidak terlalu cemas menghadapi kehamilan gemelli. Menjelaskan bahwa kehamilan kembar dapat berjalan baik apabila ibu rutin kontrol, menjaga kondisi tubuh, dan mematuhi anjuran tenaga kesehatan.

E: Ibu merasa lebih tenang setelah diberikan dukungan.

10. Menyampaikan jadwal kunjungan pada ibu yaitu 2 minggu lagi untuk pemeriksaan laboratorium trimester 3 dan menyerahkan surat rujukan ke rumah sakit kepada ibu.

E: ibu memahami dan bersedia datang kembali.

11. Menyampaikan kepada ibu bahwa akan dilakukan pendampingan bagi ibu mulai dari hamil hingga nifas dan KB. Meminta persetujuan ibu apabila ibu berkenan untuk dilakukan pendampingan.

E: ibu bersedia dilakukan pendampingan dan sudah menandatangani *informed consent*.

12. Melakukan pendokumentasian asuhan yang telah dilakukan ke smart health (E-rekam medis) dengan metode SOAP.

E: Asuhan telah didokumentasikan.

Pembimbing Akademik,



(Atik Ismiyati, SST., M.Keb)



Pembimbing Klinik,

(Sumirah, SKM, SST., Bdn)

Mahasiswa,



(Rive Nurdamayanti)

CATATAN KUNJUNGAN ULANG KEHAMILAN

Tanggal/ Jam/ Tempat	Keterangan
5 Maret 2026/ 13.00/ kunjungan rumah	S: Ibu mengatakan masih terdapat kesemutan pada tangan.
	O: KU: Baik Kesadaran: CM BB: 61 kg TD: 101/66 mmHg N: 70x/menit R: 21x/menit S: 36.0°C Mata: tidak terdapat tanda anemis, konjungtiva merah muda, sklera putih Abdomen: pembesaran tampak melebar, letak lintang Ekstremitas: gerak bebas, tidak ada varises, terdapat oedema di kaki kanan dan kiri
	A: Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 32 minggu 3 hari dengan kehamilan gemelli.
	P: 1. Menyampaikan bahwa ibu hari ini dalam keadaan baik dan dalam batas normal untuk tanda-tanda vitalnya. E: ibu merasa lega. 2. Menyampaikan kepada ibu terkait dengan keluhanannya saat ini yaitu kesemutan pada kedua tangan, hal ini merupakan salah satu ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III. Ibu dianjurkan untuk melakukan peregangan ringan, menggerakkan tangan dan kaki secara berkala, serta beristirahat dengan posisi nyaman. E: ibu memahami anjuran. 3. Menyampaikan kepada ibu terkait bengkak pada kaki ibu. Bengkak pada

	kaki masih termasuk edema fisiologis trimester III yang sering terjadi akibat penekanan pembuluh darah oleh pembesaran uterus dan peningkatan retensi cairan selama kehamilan. Ibu dianjurkan untuk menghindari berdiri terlalu lama, mengurangi aktivitas berat, memperbanyak istirahat dengan posisi kaki lebih tinggi, tidur miring ke kiri, serta menghindari penggunaan pakaian terlalu ketat atau sepatu terlalu sempit atau tinggi. E: ibu memahami dan bersedia mengikuti anjuran. 4. Menyampaikan KIE mengenai pemenuhan nutrisi dan cairan selama trimester III dengan memperbanyak konsumsi makanan bergizi seimbang, buah, sayur, protein, serta minum air putih yang cukup untuk membantu menjaga keseimbangan cairan tubuh. E: ibu memahami penjelasan. 5. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya edema patologis seperti bengkak mendadak pada wajah dan tangan, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, dan tekanan darah tinggi yang dapat mengarah pada preeklampsia. Ibu dianjurkan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalami tanda tersebut. E: ibu memahami penjelasan. 6. Memberikan KIE mengenai persiapan persalinan meliputi persiapan biaya, kendaraan, pendamping persalinan, donor darah, perlengkapan ibu dan bayi, dan dokumen penting. E: ibu memahami penjelasan. 7. Memberikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir bercampur darah, kontraksi yang teratur dan semakin kuat, nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah, serta pecahnya air ketuban. Ibu dianjurkan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila mengalami tanda-tanda tersebut. E: ibu memahami penjelasan. 8. Menganjurkan ibu tetap rutin melakukan ANC dan segera memeriksakan diri apabila terdapat keluhan atau tanda bahaya kehamilan. E: ibu bersedia mengikuti anjuran. 9. Mendokumentasikan asuhan. E: asuhan telah didokumentasikan.
17 Maret 2026/ 17.00/	S: Ibu mengatakan keluar flek darah prongkol kecil pada tanggal 9 Maret 2026 saat usia kehamilan 33 minggu, selanjutnya ibu langsung periksa ke IGD

WhatsApp chat	RSUD Panembahan Senopati. Setelah pemeriksaan, ibu akhirnya dirawat selama 3 hari atas indikasi PPI dan ISK Bakterial. Ibu mengatakan ISK pada ibu disebabkan karena ibu sering menahan pipis. Saat ini pengeluaran flek darah (-), keputihan (-), pusing (-).
	O: KU: Baik Kesadaran: CM
	A: Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 34 minggu 1 hari dengan kehamilan gemelli.
	P: 1. Memberikan KIE kepada ibu agar tidak menahan BAK karena dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kemih (ISK). Ibu dianjurkan segera BAK saat terasa ingin pipis, memperbanyak minum air putih, dan menjaga kebersihan area genetalia agar ISK tidak kambuh kembali. E: ibu memahami dan bersedia mengikuti anjuran. 2. Memberikan KIE kepada ibu mengenai flek darah pada kehamilan trimester III usia 34 minggu agar ibu mengurangi aktivitas berat, memperbanyak istirahat, menghindari hubungan seksual sementara waktu, serta segera memeriksakan diri apabila flek darah bertambah banyak, disertai nyeri perut hebat, atau keluar cairan ketuban. Ibu juga dianjurkan memantau gerakan janin setiap hari dan tidak melakukan aktivitas yang terlalu melelahkan. E: ibu memahami penjelasan dan bersedia mengikuti anjuran. 3. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya trimester III seperti perdarahan pervaginam, nyeri kepala hebat, pandangan kabur, bengkak pada wajah dan tangan, nyeri perut hebat, ketuban pecah dini, gerakan janin berkurang, demam tinggi, serta kontraksi sebelum waktunya. Ibu dianjurkan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut. E: ibu memahami tanda bahaya trimester III yang dijelaskan. 4. Mendokumentasikan asuhan. E: asuhan telah didokumentasikan.

Lampiran 2. Asuhan Kebidanan Persalinan

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. D USIA 36 TAHUN
G3P1AB1AH1 USIA KEHAMILAN 34 MINGGU 2 HARI DENGAN
PRETERM PREMATUR RUPTURE OF MEMBARENES (PPROM), JANIN
GANDA, INTRAUTERINE, PRESKEP DAN PRESBO
(Pengkajian berdasarkan anamnesis pada pasien pada Ny. D)

Tanggal Pengkajian/Jam: 17 Maret 2026/23.00 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan merasakan keluar cairan bukan pipis dari jalan lahir pada pukul 22.00 WIB. Ada kenceng-kenceng namun tidak adekuat dan jarang. Flek darah (-), pusing (-). Berdasarkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan di rumah sakit tekanan darah ibu saat masuk adalah 121/76 mmHg, adapun pemeriksaan Leopold dan USG didapatkan bahwa posisi janin adalah preskep dan presbo. Pada hasil pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 2 cm dengan ketuban yang sudah rembes. Adapun penatalaksanaan yang dilakukan adalah pemberian dukungan psikologis bagi ibu, pemantauan kemajuan persalinan, observasi HIS dan DJJ, dilakukan pemberian induksi misoprostol 25 mcg/6 jam seri 1 pervaginam, telah diberikan pervaginam, anjuran miring ke kiri, rencana SC *emergency* pada 18 Maret 2026 pukul 07.30 WIB.

Ibu mengatakan, pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.00 WIB, setelah dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan ibu telah mencapai pembukaan lengkap, akan tetapi karena presentasi janinnya adalah janin I preskep, janin II presbo maka ibu tetap dianjurkan untuk melahirkan dengan prosedur *section caesarea*. Setelah kedua bayi lahir, ibu dilakukan pemasangan IUD *pasca* salin.

B. Analisis

Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan *Preterm Prematur Rupture Of Membranes* (PPROM), janin ganda, intrauterine, preskep dan presbo.

Pembimbing Akademik,



(Atik Ismiyati, SST., M.Keb)



Pembimbing Klinik,

(Sumirah, SKM, SST., Bdn)

Mahasiswa,



(Rive Nurdamayanti)

Lampiran 3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR PADA BY. NY. D

(BAYI I) BBLR, KURANG BULAN, USIA 0 JAM

(Pengkajian berdasarkan anamnesis dan buku KIA Ny. D)

Tanggal Pengkajian/Jam: 18 Maret 2026/07.34 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan bayi pertama lahir pada pukul 07.34, telah dilakukan jepit potong tali pusat, selanjutnya diserahkan pada perawat dari ruang bayi. Dilakukan resusitasi awal bayi baru lahir pada bayi premature dan bayi kecil dilanjutkan dengan asuhan pasca resusitasi berupa pemasangan CPAP pada bayi. Bayi kemudian dibawa ke ruang bayi menggunakan inkubator dan dilakukan perawatan di ruang NICU. APGAR bayi adalah 5/7/8. Adapun berat lahir bayi adalah 2090 gr, dengan panjang lahir 43,5 cm dan lingkar kepala 29 cm.

B. Analisis

By. Ny. D (Bayi I) BBLR, kurang bulan, usia 0 jam

Pembimbing Akademik,



(Atik Ismiyati, SST., M.Keb)



Pembimbing Klinik,

(Sumirah, SKM, SST., Bdn)

Mahasiswa,



(Rive Nurdamayanti)

ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR PADA BY. NY. D
(BAYI II) BBLR, KURANG BULAN, USIA 0 JAM
(Pengkajian berdasarkan anamnesis dan buku KIA Ny. D)

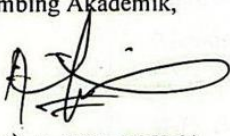
Tanggal Pengkajian/Jam: 18 Maret 2026/07.41 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan bayi kedua lahir pada pukul 07.41, telah dilakukan jepit potong tali pusat, selanjutnya diserahkan pada perawat dari ruang bayi. Dilakukan resusitasi awal bayi baru lahir pada bayi premature dan bayi kecil dilanjutkan dengan asuhan pasca resusitasi berupa pemasangan CPAP pada bayi. Bayi kemudian dibawa ke ruang bayi menggunakan inkubator dan dilakukan perawatan di ruang NICU. APGAR bayi adalah 5/7/8. Adapun berat lahir bayi adalah 1825 gr, dengan panjang lahir 43 cm dan lingkar kepala 29 cm.

B. Analisis

By. Ny. D (Bayi I) BBLR, kurang bulan, usia 0 jam

Pembimbing Akademik,  (Atik Ismiyati, SST., M.Keb)	 (Sumirah, SKM, SST., Bdn)	Mahasiswa,  (Rive Nurdamayanti)
---	--	--

Lampiran 4. Asuhan Kebidanan Neonatus

ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS PADA BY. NY. D (BAYI I) BBLR,
KURANG BULAN, USIA 48 JAM DALAM PERAWATAN
DI RUANG NICU (KN 1)
(Pengkajian berdasarkan anamnesis dan buku KIA Ny. D)

Tanggal Pengkajian/Jam: 20 Maret 2026/07.45 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan bayinya saat ini masih dirawat di NICU. Berdasarkan catatan di buku KIA pada bayi kecil, saat ini bayi baru dipasang nasal kanul FiO 25% dengan aliran 2 lpm setelah sebelumnya dipasang CPAP 30%. Pemeriksaan fisik pada bayi telah dilakukan dan mendapatkan hasil dalam batas normal dan tidak ada kelainan. Riwayat penatalaksanaan pada pelayanan neonatal yang telah diberikan pada usia 0-6 jam atau pada tanggal 18 Maret 2026 meliputi pemberian injeksi vitamin K dan salep mata telah dilakukan pada pukul 08.00 WIB dan dilanjutkan dengan imunisasi HB-0 pada pukul 09.00 WIB. IMD tidak dilakukan karena bayi langsung dirawat di NICU pasca persalinan dan tidak dilakukan rawat gabung.

Selanjutnya, pada kunjungan neonatus (KN) 1 saat ini, penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya adalah pemberian observasi ketat tanda vital bayi, identifikasi tanda bahaya pada bayi, skrining hipotiroid kongenital (SHK) pertama dan skrining penyakit jantung bawaan (PJB) juga telah dilakukan dengan hasil lulus (normal), KIE pemberian SHK yang kedua yaitu pada tanggal 03 April 2026, perawatan tali pusat, pemberian ASI melalui spuit yang berasal dari ASI yang telah diperah ibu, menjaga kehangatan bayi dan mendokumentasikan setiap asuhan di rekam medis elektronik.

C. Analisis

By. Ny. D (Bayi I) BBLR, kurang bulan, usia 48 jam dalam perawatan di ruang NICU.

Pembimbing Akademik,



(Atik Ismiyati, SST., M.Keb)



Pembimbing Klinik,

(Sumirah, SKM, SST., Bdn)

Mahasiswa,



(Rive Nurdamayanti)

CATATAN KUNJUNGAN NEONATUS (KN 2-3) PADA BAYI I (BY. A)

Tanggal/ Jam/ Tempat	Keterangan
23 Maret 2026/08.00 WIB/ Perawatan di ruang NICU (KN 2)	S: Berdasarkan anamnesa pada ibu serta catatan pada buku KIA, pada usia bayi lima hari, bayi dalam keadaan baik yang saat ini terpasang nasal kanul FiO 25% dengan aliran 2 lpm. Tali pusat telah puput pagi tadi dengan tidak adanya tanda infeksi, BAB (+), BAK (+), refleks aktif, tidak ada tanda ikhterik pada bayi. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya observasi tanda vital bayi, pemberian ASI eksklusif pada bayi melalui gelas ASI dan juga pemberian ASI secara langsung oleh Ny. D, pemberian edukasi mengenai teknik menyusui yang benar pada Ny. D, KIE <i>kangaroo mother care</i> (KMC) pada Ny. D dan mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan ke dalam rekam medis elektronik. A: By. Ny. D (Bayi I) BBLR, kurang bulan, usia 5 hari dalam perawatan di ruang NICU.
30 Maret 2026/14.30 WIB/ Kunjungan rumah (KN 3)	S: Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, menetek kuat, BAK dan BAB normal, muntah (-), demam (-). O: KU: Baik BB/PB/LK lahir: 2090 gr/43,5 cm/29 cm BB/PB/LK terakhir pada 27 Maret 2026: 1950 gr/43,5 cm/29 cm Warna kulit: kemerahan, tidak ada ruam, tidak ada tanda ikhterik Tali pusat: sudah puput pada usia bayi 6 hari, tidak ada tanda infeksi Ekstremitas: gerak aktif Refleks (+)

	A: By. Ny. D (Bayi I) BBLR, kurang bulan, usia 12 hari normal.
	P: 1. Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan baik atau normal. E: ibu merasa lega. 2. Memberitahu ibu saat ini berat badan bayi mengalami penurunan dari berat lahirnya, sehingga kebutuhan nutrisi bayi untuk meningkatkan kembali berat badannya menjadi PR bagi ibu dan keluarga. Pemberian nutrisi bagi bayi dianjurkan hanya dengan ASI saja. E: ibu memahami penjelasan. 3. Mengevaluasi cara menyusui ibu dan menjelaskan pada ibu cara menyusui yang benar yaitu menggendong dan pegang kepala bayi dengan satu tangan dan pertahankan posisi payudara ibu dengan tangan ibu yang lain. Lalu dekatkan muka bayi ke payudara ibu. Pastikan tubuh bayi menempel betul dengan tubuh ibu. Biarkan bayi memasukkan areola (seluruh bagian gelap di sekitar puting payudara ibu) ke dalam mulut bayi. Tanda bayi menyusu dengan benar adalah tidak ada bunyi kecap pada bayi. E: ibu mengerti 4. Menyampaikan KIE pada ibu mengenai perawatan bayi kecil diantaranya adalah dengan menjaga kehangatan bayi setiap saat. Bayi kecil rentan terkena hipotermia apabila kehangatannya tidak dijaga dengan baik. Ibu dianjurkan untuk membungkus bayi dengan bedong, tidak meletakkan bayi di dekat sumber angin, meletakkan alas yang hangat di bawah bayi, memandikan bayi tidak terlalu pagi atau terlalu sore. Ibu juga dianjurkan untuk menjemur bayinya tiap pagi selama kurang lebih 15 menit di depan rumah. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 5. Menjelaskan tanda bahaya pada bayi baru lahir dan neonatus diantaranya adalah tidak mau menyusu, muntah berlebihan, menolak menyusu, suhu tubuh terlalu panas atau terlalu dingin, kejang, kulit bayi berwarna pucat atau kebiruan. Apabila bayi mengalami salah satu dari tanda tersebut, ibu dianjurkan untuk langsung membawa bayi ke rumah sakit. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 6. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan kontrol ulang bayi ke RS sesuai

	jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan. E: jadwal kontrol bayi adalah pada tanggal 11 April 2026. 7. Mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan. E: asuhan telah didokumentasikan.
12 April 2026/ 11.00 WIB/ Kunjungan rumah (KN 3)	S: Ibu mengatakan bayi tidak memiliki keluhan, muntah (-), BAK dan BAB normal, pemberian SHK yang kedua telah dilakukan pada 03 April 2026. O: KU: Baik BB/PB/LK lahir 18 Maret 2026: 2090 gr/43,5 cm/29 cm BB/PB/LK terakhir pada 27 Maret 2026: 1950 gr/43,5 cm/29 cm BB/PB/LK terakhir 11 April 2026: 2200 gr/ /43,5 cm/29 cm Warna kulit: kemerahan, tidak ada ruam Tali pusat: sudah puput, tidak ada tanda infeksi Ekstremitas: gerak aktif Refleks (+) A: By. Ny. D (Bayi I) BBLR, kurang bulan, usia 25 hari normal. P: 1. Menyampaikan bahwa saat ini bayi dalam batas normal untuk usia 25 hari pada bayi kecil. E: ibu merasa lega. 2. Memberikan KIE kepada ibu mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa tambahan makanan maupun minuman lain karena ASI mengandung nutrisi lengkap, antibodi, dan faktor imunologis yang sangat penting untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi BBLR dan kurang bulan. E: ibu memahami manfaat ASI eksklusif dan bersedia melanjutkan pemberian ASI. 3. Memberikan KIE dan demonstrasi mengenai teknik menyusui yang benar meliputi posisi ibu yang nyaman, posisi kepala dan tubuh bayi lurus, perut bayi menempel pada perut ibu, mulut bayi membuka lebar, serta sebagian

	besar areola masuk ke mulut bayi agar ASI dapat keluar optimal dan bayi tidak mudah lelah saat menyusui. E: Ibu mampu mempraktikkan teknik menyusui dengan benar. 4. Menganjurkan ibu tetap melakukan metode kanguru (<i>Kangaroo Mother Care/KMC</i>) secara rutin karena metode ini sangat bermanfaat pada bayi BBLR dan kurang bulan untuk membantu menjaga suhu tubuh bayi tetap stabil, meningkatkan kenaikan berat badan, memperlancar pemberian ASI, mempererat <i>bonding attachment</i> ibu dan bayi, serta membantu bayi merasa lebih nyaman dan tenang. E: ibu memahami manfaat metode kanguru 5. Memberikan edukasi kepada ibu mengenai cara menjaga kehangatan bayi di rumah seperti memakaikan pakaian yang nyaman dan hangat, penggunaan topi dan kaos kaki, menghindari paparan udara dingin, serta tidak memandikan bayi terlalu lama agar bayi tidak mengalami hipotermia. Dijelaskan bahwa bayi kurang bulan lebih mudah kehilangan panas tubuh karena lapisan lemak tubuh masih sedikit. E: ibu memahami penjelasan. 6. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan bayi dan lingkungan sekitar seperti mencuci tangan sebelum memegang bayi, menjaga kebersihan pakaian bayi, alat menyusui, dan tempat tidur bayi karena bayi BBLR dan kurang bulan lebih rentan mengalami infeksi akibat sistem imun yang belum matang. E: ibu memahami anjuran. 7. Menyampaikan KIE mengenai pemberian imunisasi dasar pada bayi yaitu imunisasi BCG yang sudah dapat diberikan pada bayi pada usia 28 hari atau 1 bulan. Imunisasi BCG bertujuan untuk mencegah penyakit tuberkulosis (TB) berat seperti meningitis TB dan TB milier. Pada bayi BBLR dan kurang bulan, pemberian imunisasi BCG dapat ditunda sementara hingga kondisi bayi sehat dan berat badan bayi mencapai ≥ 2000 gram atau sesuai dengan advice dokter anak. E: ibu memahami anjuran. 8. Mendokumentasikan asuhan. E: asuhan telah didokumentasikan.
--	--

ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS PADA BY. NY. D (BAYI II) BBLR,
KURANG BULAN, USIA 48 JAM DALAM PERAWATAN
DI RUANG NICU (KN I)

(Pengkajian berdasarkan anamnesis dan buku KIA Ny. D pada tanggal
23 Maret 2026)

Tanggal Pengkajian/Jam: 20 Maret 2026/08.00 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan bayinya saat ini masih dirawat di NICU. Berdasarkan catatan di buku KIA pada bayi kecil, saat ini bayi baru dipasang nasal kanul FiO 25% dengan aliran 2 lpm setelah sebelumnya dipasang CPAP 30%. Pemeriksaan fisik pada bayi telah dilakukan dan mendapatkan hasil dalam batas normal dan tidak ada kelainan. Riwayat penatalaksanaan pada pelayanan neonatal yang telah diberikan pada usia 0-6 jam atau pada tanggal 18 Maret 2026 meliputi pemberian injeksi vitamin K dan salep mata telah dilakukan pada pukul 08.00 WIB dan dilanjutkan dengan imunisasi HB-0 pada pukul 09.00 WIB. IMD tidak dilakukan karena bayi langsung dirawat di NICU pasca persalinan dan tidak dilakukan rawat gabung.

Selanjutnya, pada kunjungan neonatus (KN) 1, saat ini penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya adalah pemberian observasi ketat tanda vital bayi, identifikasi tanda bahaya pada bayi, skrining hipotiroid kongenital (SHK) pertama dan skrining penyakit jantung bawaan (PJB) juga telah dilakukan dengan hasil lulus (normal), KIE pemberian SHK yang kedua yaitu pada tanggal 03 April 2026, perawatan tali pusat, pemberian ASI melalui spuit yang berasal dari ASI yang telah diperah ibu, menjaga kehangatan bayi dan mendokumentasikan setiap asuhan di rekam medis elektronik.

B. Analisis

By. Ny. D (Bayi II) BBLR, kurang bulan, usia 48 jam dalam perawatan di ruang NICU.

Pembimbing Akademik,



(Atik Ismiyati, SST., M.Keb)



Pembimbing Klinik,

(Sumirah, SKM, SST., Bdn)

Mahasiswa,



(Rive Nurdamayanti)

CATATAN KUNJUNGAN NEONATUS (KN 2-3) PADA BAYI II (BAYI E)

Tanggal/ Jam/ Tempat	Keterangan
23 Maret 2026/08.00 WIB/ Perawatan di ruang NICU (KN 2)	S: Berdasarkan anamnesa pada ibu serta catatan pada buku KIA, pada usia bayi lima hari, bayi dalam keadaan baik yang saat ini terpasang nasal kanul FiO 25% dengan aliran 2 lpm. Tali pusat telah puput pagi tadi dengan tidak adanya tanda infeksi, BAB (+), BAK (+), refleks aktif, tidak ada tanda ikhterik pada bayi. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya observasi tanda vital bayi, pemberian ASI eksklusif pada bayi melalui gelas ASI dan juga pemberian ASI secara langsung oleh Ny. D, pemberian edukasi mengenai teknik menyusui yang benar pada Ny. D, KIE <i>kangaroo mother care</i> (KMC) pada Ny. D dan mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan ke dalam rekam medis elektronik. A: By. Ny. D (Bayi I) BBLR, kurang bulan, usia 5 hari dalam perawatan di ruang NICU.
30 Maret 2026/14.30 WIB/ Kunjungan rumah (KN 3)	S: Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, menetek kuat, BAK dan BAB normal, muntah (-), demam (-). O: KU: Baik BB/PB/LK lahir: 1825 gr/43 cm/30 cm BB/PB/LK terakhir pada 27 Maret 2026: 1700 gr/43 cm/30 cm Warna kulit: kemerahan, tidak ada ruam, tidak ada tanda ikhterik Tali pusat: sudah puput pada usia bayi 6 hari, tidak ada tanda infeksi Ekstremitas: gerak aktif Refleks (+)

	A: By. Ny. D (Bayi I) BBLR, kurang bulan, usia 12 hari normal. P: 1. Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan baik atau normal. E: ibu merasa lega. 2. Memberitahu ibu saat ini berat badan bayi mengalami penurunan dari berat lahirnya, sehingga kebutuhan nutrisi bayi untuk meningkatkan kembali berat badannya menjadi PR bagi ibu dan keluarga. Pemberian nutrisi bagi bayi dianjurkan hanya dengan ASI saja. E: ibu memahami penjelasan. 3. Mengevaluasi cara menyusui ibu dan menjelaskan pada ibu cara menyusui yang benar yaitu menggendong dan pegang kepala bayi dengan satu tangan dan pertahankan posisi payudara ibu dengan tangan ibu yang lain. Lalu dekatkan muka bayi ke payudara ibu. Pastikan tubuh bayi menempel betul dengan tubuh ibu. Biarkan bayi memasukkan areola (seluruh bagian gelap di sekitar puting payudara ibu) ke dalam mulut bayi. Tanda bayi menyusu dengan benar adalah tidak ada bunyi kecap pada bayi. E: ibu mengerti. 4. Menyampaikan KIE pada ibu mengenai perawatan bayi kecil diantaranya adalah dengan menjaga kehangatan bayi setiap saat. Bayi kecil rentan terkena hipotermia apabila kehangatannya tidak dijaga dengan baik. Ibu dianjurkan untuk membungkus bayi dengan bedong, tidak meletakkan bayi di dekat sumber angin, meletakkan alas yang hangat di bawah bayi, memandikan bayi tidak terlalu pagi atau terlalu sore. Ibu juga dianjurkan untuk menjemur bayinya tiap pagi selama kurang lebih 15 menit di depan rumah. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 5. Menjelaskan tanda bahaya pada bayi baru lahir dan neonatus diantaranya adalah tidak mau menyusu, muntah berlebihan, menolak menyusu, suhu tubuh terlalu panas atau terlalu dingin, kejang, kulit bayi berwarna pucat atau kebiruan. Apabila bayi mengalami salah satu dari tanda tersebut, ibu dianjurkan untuk langsung membawa bayi ke rumah sakit. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 6. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan kontrol ulang bayi ke RS sesuai
--	--

	jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan. E: jadwal kontrol bayi adalah pada tanggal 11 April 2026. 7. Mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan. E: asuhan telah didokumentasikan.
12 April 2026/ 11.00 WIB/ Kunjungan rumah (KN 3)	S: Ibu mengatakan bayi tidak memiliki keluhan, muntah (-), BAK dan BAB normal, pemberian SHK yang kedua telah dilakukan pada 03 April 2026. O: KU: Baik BB/PB/LK lahir pada 18 Maret 2026: 1825 gr/43 cm/30 cm BB/PB/LK terakhir pada 27 Maret 2026: 1700 gr/43 cm/30 cm BB/PB/LK terakhir pada 11 April 2026: 1950 gr/43 cm/30 cm Warna kulit: kemerahan, tidak ada ruam Tali pusat: sudah puput, tidak ada tanda infeksi Ekstremitas: gerak aktif Refleks (+) A: By. Ny. D (Bayi II) BBLR, kurang bulan, usia 25 hari normal. P: 1. Menyampaikan bahwa saat ini bayi dalam batas normal untuk usia 25 hari pada bayi kecil. E: ibu merasa lega. 2. Memberikan KIE kepada ibu mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa tambahan makanan maupun minuman lain karena ASI mengandung nutrisi lengkap, antibodi, dan faktor imunologis yang sangat penting untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi BBLR dan kurang bulan. E: ibu memahami manfaat ASI eksklusif dan bersedia melanjutkan pemberian ASI. 3. Memberikan KIE dan demonstrasi mengenai teknik menyusui yang benar meliputi posisi ibu yang nyaman, posisi kepala dan tubuh bayi lurus, perut bayi menempel pada perut ibu, mulut bayi membuka lebar, serta sebagian

	besar areola masuk ke mulut bayi agar ASI dapat keluar optimal dan bayi tidak mudah lelah saat menyusui. E: Ibu mampu mempraktikkan teknik menyusui dengan benar. 4. Menganjurkan ibu tetap melakukan metode kanguru (<i>Kangaroo Mother Care/KMC</i>) secara rutin karena metode ini sangat bermanfaat pada bayi BBLR dan kurang bulan untuk membantu menjaga suhu tubuh bayi tetap stabil, meningkatkan kenaikan berat badan, memperlancar pemberian ASI, mempererat <i>bonding attachment</i> ibu dan bayi, serta membantu bayi merasa lebih nyaman dan tenang. E: ibu memahami manfaat metode kanguru 5. Memberikan edukasi kepada ibu mengenai cara menjaga kehangatan bayi di rumah seperti memakaikan pakaian yang nyaman dan hangat, penggunaan topi dan kaos kaki, menghindari paparan udara dingin, serta tidak memandikan bayi terlalu lama agar bayi tidak mengalami hipotermia. Dijelaskan bahwa bayi kurang bulan lebih mudah kehilangan panas tubuh karena lapisan lemak tubuh masih sedikit. E: ibu memahami penjelasan. 6. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan bayi dan lingkungan sekitar seperti mencuci tangan sebelum memegang bayi, menjaga kebersihan pakaian bayi, alat menyusui, dan tempat tidur bayi karena bayi BBLR dan kurang bulan lebih rentan mengalami infeksi akibat sistem imun yang belum matang. E: ibu memahami anjuran. 7. Menyampaikan KIE mengenai pemberian imunisasi dasar pada bayi yaitu imunisasi BCG yang sudah dapat diberikan pada bayi pada usia 28 hari atau 1 bulan. Imunisasi BCG bertujuan untuk mencegah penyakit tuberkulosis (TB) berat seperti meningitis TB dan TB milier. Pada bayi BBLR dan kurang bulan, pemberian imunisasi BCG dapat ditunda sementara hingga kondisi bayi sehat dan berat badan bayi mencapai ≥ 2000 gram atau sesuai dengan advice dokter anak. E: ibu memahami anjuran. 8. Mendokumentasikan asuhan. E: asuhan telah didokumentasikan.
--	--

Lampiran 5. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI PADA NY. D USIA 36
TAHUN P2AB1AH3 *POST SC EMERGENCY* ATAS INDIKASI *PRETERM
PREMATUR RUPTURE OF MEMBARENES* (PPROM) DAN INSERSI IUD
NIFAS HARI KE 2 NORMAL (KF 1)
(Pengkajian melalui anamnesis pada Ny. D)

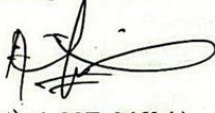
Tanggal pengkajian: 20 Maret 2026/ 08.00 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan, pengeluaran ASI (+), tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 116/61 mmHg, nadi 77 kali per menit, suhu 36.0°C, respirasi 18 kali per menit, dan saturasi oksigen 99%. Adapun TFU ibu adalah 3 jari bawah pusat dengan kontraksi keras, tidak ada tanda infeksi pada luka jahitan SC, perineum bersih, *lochea* rubra, tidak ada tanda infeksi dan pengeluaran dalam batas normal. Mobilisasi aktif dengan sudah jalan ke ruang bayi. Ibu telah dilakukan pemasangan IUD pasca salin. Adapun terapi yang telah diberikan diantaranya adalah vitamin A 200.000 SI sebanyak 2 kapsul. Adapun penatalaksanaan asuhan yang diberikan diantaranya adalah pemberian KIE mengenai cara perah ASI yang baik dan benar, teknik menyusui dan pemberian ASI eksklusif, pemberian KIE tanda bahaya masa nifas dan observasi mengenai tanda bahaya nifas pada ibu serta melakukan dokumentasi setelah pemberian asuhan dilakukan.

B. Analisis

Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 *post sc emergency* atas indikasi *Preterm Prematur Rupture of Membarenes* (PPROM) dan insersi IUD nifas hari ke 2 normal.

Pembimbing Akademik,  (Atik Ismiyati, SST., M.Keb)	 Pembimbing Klinik, Sumirah, SKM, SST., Bdn	Mahasiswa,  (Rive Nurdamayanti)
---	--	--

CATATAN KUNJUNGAN NIFAS (KF 2-4)

Tanggal/ Jam/ Tempat	Keterangan
23 Maret 2026/17.00 WIB WhatsApp Chat (KF 2)	S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat ini, ASI sudah keluar, perdarahan dalam batas normal, nyeri luka jahitan SC masih terasa. Perdarahan berwarna merah kecoklatan dan dalam batas normal.
	O: KU: baik Kesadaran: CM
	A: Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 <i>post SC emergency</i> atas indikasi <i>Preterm Prematur Rupture Of Membranes</i> (PPROM) nifas hari ke-5 normal.
	P: 1. Menyampaikan selamat kepada ibu atas kelahiran bayinya dan memberikan dukungan psikologis pada ibu terkait dengan bayinya yang saat ini masih dirawat di rumah sakit. E: ibu merasa lega karena mendapat dukungan dengan baik. 2. Menjelaskan kepada ibu terkait keluhannya yaitu nyeri pada luka jahitan operasi pada nifas hari ke-5 masih termasuk normal karena proses penyembuhan jaringan masih berlangsung. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi ringan secara bertahap seperti miring kanan-kiri, duduk perlahan, dan berjalan ringan agar mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi pasca operasi. Mengajarkan teknik mengurangi nyeri seperti relaksasi napas dalam, posisi nyaman, serta menopang area luka dengan bantal saat batuk, tertawa, atau bergerak. Ibu juga dianjurkan untuk menjaga kebersihan luka operasi dan memastikan area luka tetap bersih serta kering untuk mencegah infeksi. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 3. Menyampaikan KIE mengenai tanda bahaya pada ibu nifas, diantaranya

	perdarahan banyak (pembalut penuh dalam waktu < 1 jam atau keluar bekuan darah besar), nyeri perut hebat atau perut terasa keras terus-menerus, demam tinggi ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau menggigil, keluar cairan dari jalan lahir yang berbau tidak sedap, payudara bengkak, nyeri hebat, atau terdapat tanda infeksi, sakit kepala berat, pandangan kabur, atau sesak napas, luka jahitan terasa sangat nyeri, bengkak, atau bernanah. Apabila ibu mengalami salah satu tanda tersebut maka ibu dianjurkan untuk segera periksa ke fasyankes terdekat untuk mendapat penanganan lebih lanjut. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 4. Menyampaikan KIE mengenai pemenuhan kebutuhan nutrisi pada ibu nifas. Pada masa nifas tubuh Ibu membutuhkan nutrisi yang cukup untuk memulihkan energi, mempercepat penyembuhan, dan mendukung produksi ASI, sehingga penting untuk makan teratur dengan gizi seimbang seperti protein dari ikan, telur, tahu, tempe, sayur dan buah yang kaya vitamin, serta minum air yang cukup agar tidak lemas dan ASI tetap lancar. Selain itu, protein hewani yang tinggi seperti putih telur, ikan gabus atau prohe lainnya dapat membantu mempercepat penyembuhan luka jahitan pada ibu. Ibu juga dapat tetap melanjutkan konsumsi vitamin kehamilan seperti tablet tambah darah dan kalsium seperti biasa untuk menambah kadar hemoglobin dalam darah ibu dan menjaga kesehatan tulang ibu. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 5. Memberikan KIE mengenai perah ASI pada ibu dapat dilakukan kapan saja sata ibu merasa payudara sudah penuh. Ibu dapat memerah ASI menggunakan pompa ASI. Ibu dianjurkan untuk memompa ASI hingga payudara terasa kosong agar nutrisi dalam ASI tidak tertinggal. Setelahnya, ibu dapat menyimpan ASI ke dalam plastik penyimpanan ASI dan memberikan tanggal perah ASI untuk selanjutnya dikirim ke rumah sakit. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah diberikan. E: asuhan telah didokumentasikan.
--	---

30 Maret 2026/ 14.30 WIB/ Kunjungan Rumah (KF 2)	S: Ibu mengatakan terkadang kurang tidur di malam hari dan sedikit pusing, ASI sudah keluar banyak, perdarahan dalam batas normal, luka jahitan masih sedikit nyeri.
	O: KU: Baik Kesadaran: CM BB: 57 TD: 99/61 mmHg N: 68x/menit R: 20x/menit S: 36.3°C Mata: tidak terdapat tanda anemis, konjungtiva merah muda, sklera putih Payudara: Pengeluaran ASI (+), tidak ada tanda pembengkakan payudara dan puting lecet. Abdomen: TFU pertengahan pusat symphysis, luka jahitan tertutup plaster Ekstremitas: gerak bebas, tidak ada varises, terdapat oedema di kaki kanan dan kiri
	A: Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 <i>post SC emergency</i> atas indikasi <i>Preterm Prematur Rupture Of Membranes</i> (PPROM) hari ke-10 normal.
	P: 1. Menyampaikan hasil pemeriksaan tanda vital ibu pada masa nifas hari ke-10 dalam batas normal. E: ibu merasa lega mengetahui hasilnya. 2. Menyampaikan KIE kepada ibu mengenai keluhanannya yaitu kurang tidur saat malam hari. Pada masa nifas, tubuh masih dalam proses pemulihan sehingga sangat membutuhkan istirahat yang cukup. Ibu dianjurkan untuk tidur sebentar saat bayi tidur, meskipun hanya 20–30 menit, karena tidur singkat ini dapat membantu mengurangi kelelahan. Mintalah bantuan suami atau anggota keluarga untuk menjaga bayi atau mengerjakan pekerjaan rumah agar ibu bisa fokus beristirahat. Jangan lupa untuk makan

	teratur, minum cukup air, dan hindari berdiri terlalu cepat agar tidak pusing. Bila muncul pusing yang memberat, disertai pandangan kabur, sesak, atau perdarahan banyak, ibu dianjurkan untuk segera periksa ke fasilitas kesehatan. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 3. Menyampaikan KIE mengenai pemenuhan kebutuhan nutrisi pada ibu nifas. Pada masa nifas tubuh Ibu membutuhkan nutrisi yang cukup untuk memulihkan energi, mempercepat penyembuhan, dan mendukung produksi ASI, sehingga penting untuk makan teratur dengan gizi seimbang seperti protein dari ikan, telur, tahu, tempe, sayur dan buah yang kaya vitamin, serta minum air yang cukup agar tidak lemas dan ASI tetap lancar. Selain itu, protein hewani yang tinggi seperti putih telur, ikan gabus atau prohe lainnya dapat membantu mempercepat penyembuhan luka jahitan pada ibu. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin setiap 2 jam sekali atau ketika bayi menginginkannya (<i>on demand</i>) dengan teknik menyusui yang benar. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan. Pemberian ASI Eksklusif pada bayi kecil juga dapat mempercepat kenaikan berat badannya. E: Ibu sudah dapat menyusui dengan posisi menyusui yang benar. 5. Menyampaikan KIE mengenai tanda bahaya pada ibu nifas, diantaranya perdarahan banyak (pembalut penuh dalam waktu < 1 jam atau keluar bekuan darah besar), nyeri perut hebat atau perut terasa keras terus-menerus, demam tinggi ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau menggigil, keluar cairan dari jalan lahir yang berbau tidak sedap, payudara bengkak, nyeri hebat, atau terdapat tanda infeksi, sakit kepala berat, pandangan kabur, atau sesak napas, luka jahitan terasa sangat nyeri, bengkak, atau bernanah. Apabila ibu mengalami salah satu tanda tersebut maka ibu dianjurkan untuk segera periksa ke fasyankes terdekat untuk mendapat penanganan lebih lanjut. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 6. Menyampaikan pada ibu untuk tetap kontrol nifas sesuai dengan waktu
--	---

	yang telah ditentukan baik di rumah sakit ataupun puskesmas. E: ibu bersedia datang kontrol. 7. Mendokumentasikan asuhan. E: asuhan telah didokumentasikan.
04 April 2026/ 11.00 WIB/ Kunjungan di Puskesmas (KF 3)	S: Ibu mengatakan ingin kontrol nifas, tidak ada keluhan, BAK BAB lancar, demam (-), nyeri luka jahitan (-). O: KU: Baik Kesadaran: CM BB: 57 kg TD: 113/63 mmHg N: 68x/menit R: 20x/menit S: 36.3°C Mata: tidak terdapat tanda anemis, konjungtiva merah muda, sklera putih Payudara: Pengeluaran ASI (+), tidak ada tanda pembengkakan payudara dan puting lecet. Abdomen: TFU 3 jari atas symphysis, luka jahitan kering, bersih, tidak ada tanda infeksi, tidak tertutup plester. Genitalia: <i>Lochea</i> alba, dbn. Ekstremitas: gerak bebas, tidak ada varises, terdapat oedema di kaki kanan dan kiri Skrining EPDS: tidak ada tanda depresi/depresi minimal A: Ny. D usia 36 tahun P2A1A3 <i>post SC emergency</i> atas indikasi <i>Preterm Prematur Rupture Of Membranes</i> (PPROM) nifas hari ke-17 normal. P: 1. Menyampaikan bahwa ibu hari ini dalam keadaan baik dan dalam batas normal untuk tanda-tanda vitalnya. Selain itu, berdasarkan hasil skrining EPDS ibu dinyatakan tidak ada tanda dan gejala yang mengarah ke depresi, sehingga kondisi psikologis ibu saat ini dalam keadaan baik. E: ibu merasa

	lega. 2. Memberikan KIE bahwa pada nifas hari ke-17 pengeluaran lokhea biasanya mulai berwarna kekuningan atau kecoklatan dan jumlahnya semakin sedikit. Menganjurkan ibu tetap menjaga kebersihan diri terutama area genetalia dan luka operasi agar terhindar dari infeksi. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 3. Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang tinggi protein, zat besi, vitamin, serta cukup cairan untuk membantu pemulihan tubuh dan membantu produksi ASI. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 4. Menyampaikan kepada ibu untuk menyusui pada bayi minimal 2 jam untuk setiap bayinya, dapat bergantian antara payudara kanan kiri masing-masing satu payudara untuk setiap bayinya. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 5. Menganjurkan ibu tetap melakukan mobilisasi ringan dan istirahat cukup agar pemulihan lebih optimal serta mengurangi kelelahan. Ibu juga dianjurkan untuk segera periksa apabila terdapat tanda bahaya seperti perdarahan banyak, demam, nyeri perut hebat, payudara bengkak dan nyeri, lokhea berbau, serta sesak napas. Ibu dianjurkan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalami tanda tersebut. E: ibu memahami anjuran. 6. Memberikan dukungan psikologis kepada ibu agar tetap tenang dan menikmati proses adaptasi sebagai ibu nifas dalam merawat bayi. E: ibu tampak lebih tenang dan percaya diri. 7. Memberikan obat berupa tablet tambah darah pada ibu untuk membantu suplementasi zat besi pada ibu sebanyak 20 tablet dengan anjuran minum 1x1 setelah makan pada malam hari. E: ibu memahami anjurann. 8. Menyampaikan jadwal kunjungan ulang yaitu pada kunjungan nifas ke-4 atau pada hari ke-35 untuk melihat bagaimana keadaan IUD melalui USG. 9. Mendokumentasikan asuhan. E: asuhan telah didokumentasikan.
--	---

12 April 2026/ 13.00/ Kunjungan rumah (KF 3)	S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan, pusing (-), BAK BAB dalam batas normal, pengeluaran ASI (+).
	O: KU: Baik Kesadaran: CM BB: 57 TD: 99/61 mmHg N: 68x/menit R: 20x/menit S: 36.3°C Mata: tidak terdapat tanda anemis, konjungtiva merah muda, sklera putih Payudara: Pengeluaran ASI (+), tidak ada tanda pembengkakan payudara dan puting lecet. Abdomen: TFU tidak teraba, luka jahitan kering, bersih, tidak ada tanda infeksi, tidak tertutup plester Ekstremitas: gerak bebas, tidak ada varises, terdapat oedema di kaki kanan dan kiri
	A: Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 <i>post SC emergency</i> atas indikasi <i>Preterm Prematur Rupture Of Membranes</i> (PPROM) nifas hari ke-25 normal
	P: 1. Menyampaikan hasil pemeriksaan tanda vital ibu pada masa nifas hari ke-25 dalam batas normal. E: ibu merasa lega mengetahui hasilnya. 2. Mengajarkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin setiap 2 jam sekali atau ketika bayi menginginkannya (<i>on demand</i>) dengan teknik menyusui yang benar. Mengajarkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan. Pemberian ASI Eksklusif pada bayi kecil juga dapat mempercepat kenaikan berat badannya. E: Ibu sudah dapat menyusui dengan posisi menyusui yang benar.

	3. Menganjurkan ibu untuk tetap mencukupi kebutuhan nutrisinya. Pada masa nifas tubuh Ibu membutuhkan nutrisi yang cukup untuk memulihkan energi dan mendukung produksi ASI, sehingga penting untuk makan teratur dengan gizi seimbang seperti protein dari ikan, telur, tahu, tempe, sayur dan buah yang kaya vitamin, serta minum air yang cukup agar tidak lemas dan ASI tetap lancar. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 4. Menyampaikan kepada ibu untuk tetap kontrol ke puskesmas sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan sebelumnya. E: ibu bersedia. 5. Mendokumentasikan asuhan. E: asuhan telah didokumentasikan.
27 April 2026/ 17.00 WIB WhatsApp Chat (KF 4)	S: Ibu mengatakan saat ini tidak memiliki keluhan, ibu telah melakukan kontrol di Puskesmas pada nifas hari ke-35 untuk melakukan evaluasi IUD pasca salin dan didapatkan hasil bahwa IUD dalam keadaan baik dan tidak ada tanda ekspulsi. Pengeluaran <i>lochea</i> (-), ASI (-), tidak ada gejala payudara bengkak ataupun puting lecet. O: KU: Baik Kesadaran: Compos mentis A: Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 <i>post SC emergency</i> atas indikasi <i>Preterm Prematur Rupture Of Membranes</i> (PPROM) nifas hari ke-40 normal P: 1. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin setiap 2 jam sekali atau ketika bayi menginginkannya (<i>on demand</i>) dengan teknik menyusui yang benar. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan tanpa menambah minuman ataupun makanan pendamping sebelum bayi berusia 6 bulan. Pemberian ASI Eksklusif pada bayi kecil juga dapat mempercepat kenaikan berat badannya. E: Ibu sudah dapat menyusui dengan posisi menyusui yang benar. 2. Memberikan KIE pada ibu bahwa setelah masa nifas selesai, apabila ibu

	sudah akan melakukan hubungan seksual maka ibu dapat melakukannya tanpa takut kebobolan, hal ini dikarenakan ibu telah memakai kontrasepsi pasca salin yang dapat melindungi ibu dari kehamilan yang tidak diinginkan. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 3. Memberikan KIE pada ibu mengenai pertumbuhan dan perkembangan bayi, mengingat bayi Ny. D keduanya merupakan bayi prematur maka pertumbuhan dan perkembangan bayi perlu dipantau secara rutin meliputi kenaikan berat badan, panjang badan, lingkar kepala, kemampuan menyusui, pola tidur, serta aktivitas bayi sehari-hari. Memberikan KIE mengenai tanda perkembangan normal bayi usia 1 bulan, seperti mampu menatap wajah orang tua, merespons suara, menggerakkan tangan dan kaki secara aktif, menangis kuat, serta menunjukkan refleks-refleks dasar yang masih baik. Perkembangan bayi juga dapat berkembang dengan memberikan stimulasi dini, seperti mengajak bayi berbicara, tersenyum, melakukan kontak mata, memeluk, dan memberikan sentuhan kasih sayang untuk mendukung perkembangan motorik, sensorik, dan emosional bayi. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 4. Mengingatkan ibu untuk melakukan pemantauan tumbuh kembang secara berkala di posyandu, puskesmas, atau fasilitas kesehatan melalui penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan setiap bulan. KIE mengenai jadwal imunisasi dasar pada bayi dan pentingnya pemberian imunisasi pada bayi juga diberikan. E: ibu memahami anjuran yang diberikan. 5. Mendokumentasikan asuhan. E: asuhan telah didokumentasikan.
--	--

Lampiran 6. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA PADA NY. D

USIA 36 TAHUN P2AB1AH3 AKSEPTOR LAMA KB IUD

POST SC EMERGENCY DAN INSERSI IUD

(Pengkajian berdasarkan anamnesis pada Ny. D)

Tanggal Pengkajian/Jam: 18 Maret 2026/07.50 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan ingin dilakukan pemasangan IUD sekalian setelah proses kelahiran bayi. Ibu mengatakan pernah menggunakan IUD sebelumnya yaitu pada tahun 2014-2022 tanpa ada keluhan. Setelah dilakukan pemasangan IUD pasca salin, ibu diberikan KIE mengenai KB pasca salin berupa IUD nantinya dapat dilakukan kontrol atau evaluasi pada saat ibu sudah memasuki nifas di atas hari ke-30, dimana pada saat uterus ibu sudah hampir kembali seperti sebelum hamil, sehingga evaluasi dapat dilakukan pada saat tersebut untuk melihat apakah terjadi ekspulsi pada KB IUD. Ibu dapat memeriksakan IUDnya nanti di fasilitas layanan kesehatan tingkat 1 seperti klinik atau puskesmas untuk dilihat IUDnya melalui USG Abdomen.

B. Analisis

Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 akseptor lama KB IUD *post SC* dan insersi IUD.

Pembimbing Akademik,

(Atik Ismiyati, SST., M.Keb)



Pembimbing Klinik,

(Sumirah, SKM, SST., Bdn)

Mahasiswa,

(Rive Nurdamayanti)

CATATAN PERKEMBANGAN
ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

Tanggal/ Jam/ Tempat	Keterangan
04 April 2026/ 11.00 WIB/ Kunjungan di Puskesmas	S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan tentang kontrasepsi yang digunakan saat ini, keputihan berbau (-), perdarahan banyak (-).
	O: KU: Baik Kesadaran: CM BB: 57 kg TD: 113/63 mmHg N: 68x/menit R: 20x/menit S: 36.3°C Genitalia: <i>Lochea</i> alba, dbn, tidak dilakukan pemeriksaan menggunakan spekulum.
	A: Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 akseptor lama KB IUD <i>post SC</i> dan insersi IUD.
	P: 1. Menyampaikan bahwa ibu hari ini dalam keadaan baik dan dalam batas normal untuk tanda-tanda vitalnya. E: ibu merasa lega. 2. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya penggunaan IUD, seperti nyeri perut hebat, perdarahan banyak, demam, keputihan berbau, atau benang IUD tidak teraba, serta menganjurkan ibu segera memeriksakan diri apabila mengalami keluhan tersebut. Ibu juga dianjurkan untuk tetap menjaga kebersihan diri terutama kebersihan area genitalia guna mencegah terjadinya infeksi. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 3. Menjelaskan bahwa IUD merupakan metode kontrasepsi jangka panjang

	yang efektif, aman digunakan pada ibu menyusui, dan tidak memengaruhi produksi maupun kualitas ASI. E: ibu memahami penjelasan yang diberikan. 4. Menyampaikan jadwal kunjungan ulang untuk pemeriksaan IUD yaitu sekalian dengan kunjungan nifas ke-4 atau pada hari ke-35 untuk melihat bagaimana keadaan IUD melalui USG. 5. Mendokumentasikan asuhan. E: asuhan telah didokumentasikan.
--	--

Lampiran 7. Informed Consent

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dwi Astuti
Tempat/Tanggal Lahir : Gunungkidul / 10-21-89
Alamat : Slanggan Mnyan Rt 03 Timbulharjo

Bersama ini menyatakan kesediaan sebagai subjek dalam praktik *Continuity of Care (COC)* pada mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Bidan T.A. 2023/2024.

Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut:

1. Setiap tindakan yang dipilih bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindarkan kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut di atas sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepahaman antara pasien dan pemberi asuhan untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 05 Maret 2026

Mahasiswa

Nur Nurdanayanti

Klien

Dwi Astuti

Lampiran 8. Surat Keterangan Telah Menyelesaikan COC

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pembimbing Klinik : Sumirah, SKM, SST., Bdn
Instansi : Puskesmas Sewon I Bantul

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Rive Nurdamayanti
NIM : P71243125053
Prodi : Pendidikan Profesi Bidan
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangkapraktik kebidanan holistik *Continuity of Care* (COC).

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 23 Februari 2026 sampai dengan 12 April 2026.

Judul asuhan: Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 Usia Kehamilan 31 Minggu dengan Kehamilan Gemelli di Puskesmas Sewon I Bantul.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

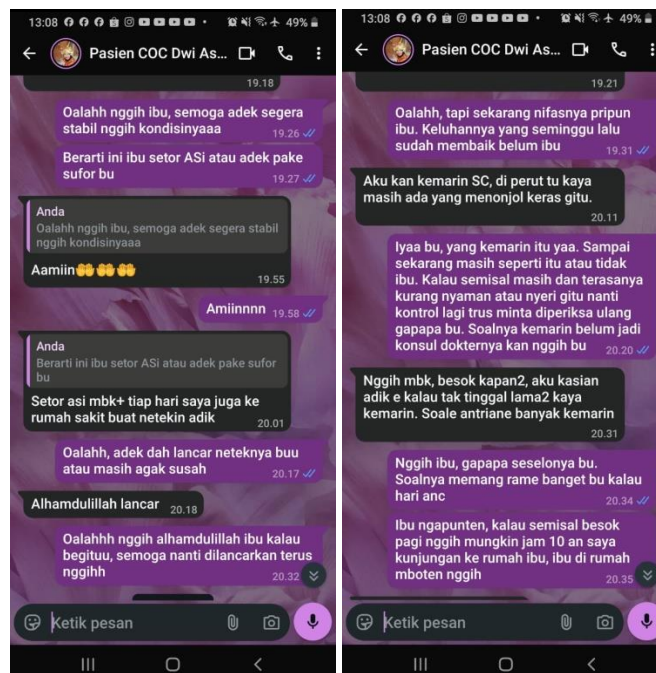
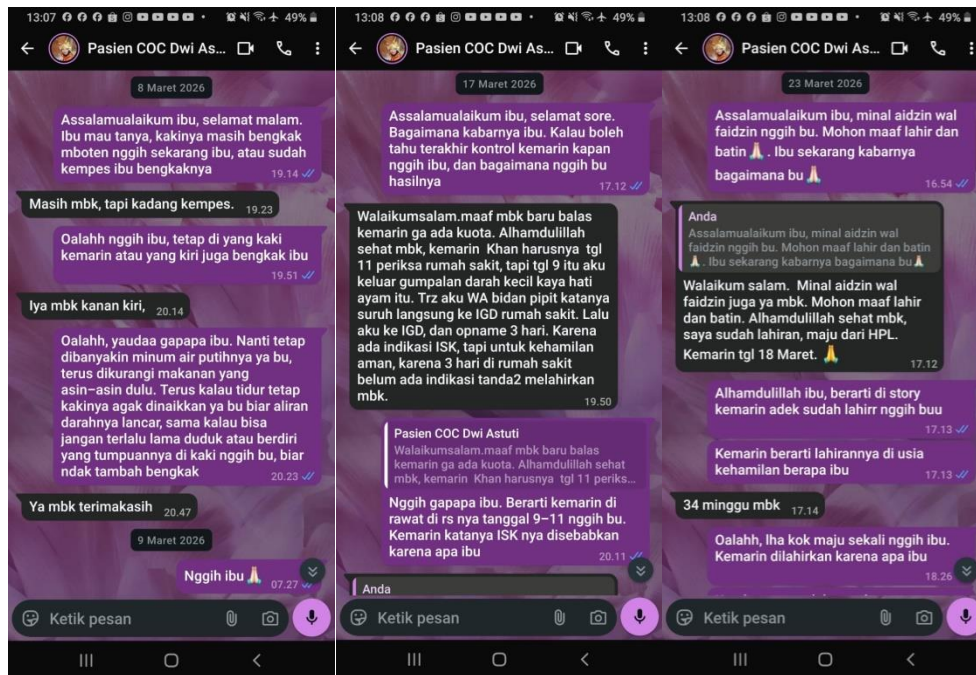
Yogyakarta, 03 Juni 2026

Bidan (Pembimbing Klinik)


Sumirah, SKM., SST., Bdn
NIP. 1972010419920320004

Lampiran 9. Dokumentasi Pelaksanaan COC





Lampiran 10. Referensi Jurnal

Med Surg Nurs J. 2022 February; 11(1):e123284.

<https://doi.org/10.5812/msnj-123284>.

Published online 2022 May 2.

Review Article



Non-pharmacological Interventions for the Management of Lower Extremity Edema During Pregnancy: A Narrative Review Study

Fatemeh Mollaelahi^{1,2} and Shadab Shahali^{1,*}

¹Department of Midwifery and Reproductive Health, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

²Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

*Corresponding author: Department of Midwifery and Reproductive Health, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: shadab.shahali@modares.ac.ir

Received 2022 February 08; Accepted 2022 February 08.

Abstract

Context: The most common cause of bilateral lower extremity edema during pregnancy is venous insufficiency, that is a physiological process. Although it is not a serious complication, it can lead to substantial pain, heaviness, nocturnal cramps, tingling, and numbness. In this regard, foot massage is a prominent non-pharmacological practice among healthcare providers. This study aimed to evaluate non-pharmacological interventions utilized to alleviate the symptoms of lower extremity edema during pregnancy.

Evidence Acquisition: This narrative review included all randomized controlled trials during 2011 - 2021 evaluating the symptoms of lower extremity edema during pregnancy. For literature review, databases including MEDLINE, PubMed, EMBASE, Cochrane, and SID were searched using the following keywords: "management," "pregnancy," "obstetric," "oedema," "edema," "pharmacological treatment", "lower-extremity edema", "late pregnancy", and "non-pharmacological treatment".

Results: In terms of analyzed outcomes, there were substantial differences between the assessed trials. The trials had a high risk of performance and detection bias and were essentially unclear for selection bias. Finally, seven studies were included and analyzed. Compression stockings and external massage appeared to reduce lower extremity edema.

Conclusions: There is not enough evidence for managing physiological lower extremity edema during pregnancy. Further trials with appropriate methodology and analysis of outcome are needed.

Keywords: Pregnancy, Lower-Extremity Edema, Treatment

1. Context

Pregnancy causes anatomic and physiologic changes in the lower extremity, resulting in a variety of symptoms (1, 2). Edema is the accumulation of fluid in intercellular tissue. The interstitial and intravascular fluid are controlled by hydrostatic and the colloid oncotic pressure (COP). Fluid accumulation occurs when local or systemic conditions disrupt the balance (3).

The pressure on the pelvic vein and the inferior vena increases as the uterus grows in size. This causes venous insufficiency and leg edema by raising blood pressure in leg veins (4). Lower extremity edema occurs as a result of increased venous pressure in the legs, lymphatic blockage, and decreased plasma COP (5).

Varney defines gestational edema as the buildup of extra fluid in the tissues without the presence of hypertension or proteinuria (6). The mechanical pressure of gravid uterus on the inferior vena cava and iliac veins might create physiological lower leg edema, which inhibits venous return and also increased body fluids to accumulate in the

tissues. Prostaglandin also induces vascular relaxation and reduces plasma COP, that endorses fluid movement from the vascular to extravascular space (1).

Leg edema is a common condition during pregnancy, limiting pregnant women's activities (1). It can impact about 80% of pregnant women and should not be misinterpreted as an indication of pregnancy-related hypertension or preeclampsia (4). Swelling of lower extremities occurs in 35 to 80% of all normal pregnancies in late pregnancy (7). The study in Lahore, Pakistan (2015) reported a 67% prevalence of edema in pregnant women, with 49% of leg swelling, 33% of sacral edema, and 14% of edema in both areas (8). After long durations of standing and with each subsequent pregnancy, symptoms tend to intensify (9).

Differential diagnoses of physiological lower extremity edema from pathological edema include systemic diseases such as heart failure, liver disease, malnutrition, thyroid disease, localized conditions such as pelvic tumors, infection, trauma and venous thrombosis, and a variety of drugs, all of which increase the risk of lower extremity

Copyright © 2022, Medical - Surgical Nursing Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.



OPEN Perinatal outcomes of twin pregnancies with preterm premature rupture of the membranes at 24–34 weeks' gestation

Shuwei Zhou^{1,3}, Yajun Yang^{1,3}, XiaoYan Zhang¹, Xiaoling Mu², Quan Quan², Qimei Zhong¹, Lingwei Mei¹ & Lan Wang^{1,2,3}

To describe the perinatal outcomes of twin pregnancies with preterm premature rupture of membranes (PPROM) before 34 weeks' gestation and identify factors associated with discharge without severe or moderate-severe neonatal morbidity. This study was conducted as a retrospective analysis of twin pregnancies with PPROM occurring at 24 0/7 to 33 6/7 weeks' gestation. Perinatal outcomes were assessed by gestational age (GA) at PPROM and compared between PPROM and non PPROM twins. Factors associated with discharge without severe or moderate-severe neonatal morbidity were identified using logistic regression analysis. Of the 180 pregnancies (360 fetuses), only 17 (9.4%) women remained pregnant 7 days after PPROM. There were 10 (2.8%) cases of prenatal or neonatal death; 303 (84.2%) and 177 (49.2%) neonates were discharged without severe or moderate-severe morbidity, respectively. As GA at PPROM increased, the adverse obstetric and neonatal outcomes decreased, especially after 32 weeks. There was no significant difference in general neonatal outcomes between PPROM and non PPROM twins. The GA at PPROM and latency period were both significantly associated with discharge without severe or moderate-severe neonatal morbidity. Pregnancy complications and 5-min Apgar score < 7 increased severe neonatal morbidity. As GA at PPROM increased, the risk of adverse perinatal outcomes decreased. GA at PPROM and latency period were significantly associated with discharge without severe or moderate-severe neonatal morbidity.

Preterm premature rupture of membranes (PPROM), defined as membrane rupture before 37 weeks' gestation, accounts for 3% of all pregnancies¹. Fetuses experiencing PPROM face increased risks of maternal-foetal infection, cord prolapse, placental abruption, and intrauterine death². Prematurity, which is the primary neonatal consequence of PPROM, is a major contributor to perinatal morbidity and mortality, and 25–30% of preterm births are attributed to PPROM³. Consequently, the occurrence of neonatal morbidity, such as respiratory distress syndrome (RDS), sepsis, intraventricular haemorrhage (IVH), necrotising enterocolitis (NEC), bronchopulmonary dysplasia (BPD), retinopathy of prematurity (ROP), and even mortality, is increased after PPROM⁴. Expectant management is recommended for pregnant women with PPROM before 34 0/7 weeks' gestation if no maternal or foetal contraindications exist⁵.

The rate of twin pregnancies is gradually increasing because of the widespread use of assisted reproductive technology and ovulation induction. PPROM and preterm birth are more common in twin pregnancies: the incidence of PPROM in twin pregnancies is 7–10% versus only 2–4% for singleton pregnancies⁶. Twin pregnancies are more likely to have a shorter duration from membrane rupture to delivery, a higher risk of earlier delivery, and adverse neonatal outcomes than singleton pregnancies^{6,7}. Previous studies of twin pregnancies with PPROM compared their clinical characteristics and outcomes with those of singleton pregnancies and had small sample

¹Department of Obstetrics, Chongqing Health Center for Women and Children, No. 120 Longshan Road, Chongqing 401120, China. ²Department of Gynecology, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, No. 1, YouYi Road, Chongqing 400016, China. ³These authors contributed equally: Shuwei Zhou and Yajun Yang. [✉]email: 1415465088@qq.com

Karakteristik Bayi Baru Lahir dengan Resusitasi Berkaitan dengan Kebutuhan Jenis Alat Bantu Napas Saat Lahir

R Adhi Teguh Perma I, Fiolita Indranita S

Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta

Latar belakang. Bayi lahir tidak bugar sering mengalami kegagalan adaptasi pernapasan. Kondisi tersebut membutuhkan resusitasi, stabilisasi, yang selanjutnya membutuhkan alat bantu napas bertekanan positif berkelanjutan. Alat bantu napas berfungsi untuk menjaga patensi saluran pernapasan, pertukaran gas di alveoli secara efektif, dan membantu proses humidifikasi.

Tujuan. Penelitian ini diharapkan dapat membantu untuk mempersiapkan berbagai jenis alat bantu napas yang sesuai pada unit-unit perawatan intensif neonatus di rumah sakit.

Metode. Penelitian dilakukan Di RSCM pada periode 2019 sampai dengan 2020, hasil dari penelitian sebanyak 179 (59,8%) bayi lahir membutuhkan resusitasi dan menggunakan alat bantu napas non-invasif, sisanya 121 (40,2%) membutuhkan alat bantu napas invasif.

Hasil. Bayi yang memerlukan alat bantu napas invasif memiliki karakteristik seperti usia gestasi 30,27 ($\pm 3,5$) minggu, berat badan lahir 1200 (415;4430) gram, jenis kelamin laki-laki 66 bayi dan perempuan 55 bayi, skor APGAR usia menit ke-5 5,5 ($\pm 1,7$).

Kesimpulan. Semakin kecil usia gestasi, berat lahir, skor APGAR maka semakin tinggi resiko untuk mendapat alat bantu napas invasif. Dengan demikian, bayi dengan karakteristik di atas harus dilahirkan di fasilitas kesehatan yang memiliki alat bantu napas invasif maupun non-invasif. *Sari Pediatri* 2022;24(2):83-90

Kata kunci: prematur, alat bantu napas, invasif, non-invasif

Characteristics of Newborns with Resuscitation Relating to the Need for Types of Breathing Devices at Birth

R Adhi Teguh Perma I, Fiolita Indranita S

Background. Sometimes newborn babies are fail to adapt their respiratory tract, in that condition sometimes newborn requires resuscitation, stabilization and further care such as requiring a ventilation with continuous positive pressure which effectively to maintain airway patency, exchange gases in the alveoli, and assist in the humidification.

Objective. From this study, that we hope it can help policy makers to prepare various types of ventilation aids that are suitable for neonatal intensive care units or special care nursery rooms in hospitals.

Methods. This research take place At Cipto Mangunkusumo Hospital in the period 2019 to 2020, with outcome 179 (59.8%) babies were born requiring active resuscitation and using non-invasive breathing ventilation, while 121 (40.2%) babies were born requiring invasive breathing ventilation.

Result. From this study each newborn babies that were born requiring ventilation has characteristics, in invasive group have gestational age 30.27 (± 3.5) weeks, birth weight 1200 (415;4430) grams, gender 66 baby boys and 55 baby girls, APGAR score age 5 minute 5.5 (± 1.7).

Conclusion. The smaller the gestational age, birth weight, APGAR score, the higher the risk of getting an invasive breathing apparatus. So that babies with the above characteristics must be born in health facilities that have invasive and non-invasive breathing aids. *Sari Pediatri* 2022;24(2):83-90

Key words: premature, ventilation, invasive, non-invasive

Alamat korespondensi: R. Adhi Teguh Perma, Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo, Jl. Salemba no. 6, Jakarta Pusat. Email: adhipti@gmail.com

Management of preterm low birth weight infants in Dhaka: a comparison between Standard Care and Kangaroo Mother Care

Mousumi Akter¹, Salamat Khandker², Mohammad Shaheen³, Nadira Mehriban², Sk Akhtar Ahmad⁴

¹Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University (BSMMU), Shahbag, Dhaka, Bangladesh

²Department of Public Health, Daffodil International University (DIU), Dhanmondi, Dhaka, Bangladesh

³Government Employee's Hospital, Fulbaria, Dhaka, Bangladesh

⁴Department of Occupational & Environmental Health, Bangladesh University of Health Sciences (BUHS), Mirpur, Dhaka, Bangladesh

Abstract

In Bangladesh, government healthcare facilities are adopting Kangaroo Mother Care (KMC) more extensively for preterm low birth weight (LBW) infants to reduce neonatal deaths in the country. A quasi-experimental study was carried out to compare KMC and Standard Care (SC) outcomes for preterm LBW babies. Data were collected from December 2017 to June 2018. The study focused on the preterm neonates admitted to Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University (BSMMU) Hospital, Dhaka. A total of 25 neonates under KMC and 25 neonates under SC were enrolled from the initial study population. The study revealed that during the length of hospital stay, the incidence of hypothermia (4% in KMC vs. 24% in SC) and hyperthermia (8% in KMC vs. 32% in SC) and clinical late-onset sepsis (36% in KMC vs. 64% in SC) were significantly lower among neonates of KMC. Times to first feed (1.80 ± 0.40 in KMC vs. 2.20 ± 0.42 in SC) and to full enteral feeding (8.32 ± 2.49 in KMC vs. 19.56 ± 6.80 in SC) were also found to be significantly shorter among KMC neonates. Moreover, KMC mothers show adequate breastfeeding more often than in SC group (88% in KMC vs. 64% in SC). On the other hand, a higher proportion of SC neonates compared to KMC neonates were found to have feeding intolerance (56% in SC vs. 8% in KMC), hyperglycaemia

RESEARCH

Open Access



Conventional manual technique of post placental IUD insertion versus intra-cesarean post placental introducer withdrawal IUD insertion technique: a new standardized technique for IUD insertion during cesarean section: a randomized controlled trial

Mostafa Seleem^{1*}, Mona M. Sedik¹, Azza M. M. Megahed¹ and Hala Nabil¹

Abstract

Background Inserting IUDs during cesarean section reduces the need for more manipulation and discomfort. The current conventional manual technique for IUD insertion during cesarean section is not standardized with many modifications and high rates of expulsion, displacement, missed threads, and discontinuation. This study aims to find a standard technique for IUD insertion during cesarean section with the least possible problems, especially displacement and missed threads.

Methods A randomized controlled study was conducted at Kasr Al-Ainy Maternity Hospital, Cairo University, Egypt. The study was performed over 12 months, from September 2020 to September 2021. Two groups of patients were selected; each group included 420 patients with a desire for IUD insertion during cesarean section. Group (A) (Control group) was subjected to a post-placental intrauterine device (Copper T380) during cesarean section using a conventional manual method; Group (B) (Study group): the IUD (Copper T380) was placed at the top of the uterine fundus using a new technique (intra-cesarean post placental introducer withdrawal IUD insertion technique).

Results There was a significant statistical difference between the two groups regarding displacement of the IUDs at the end of puerperium, at 6 months, non-visibility of IUD threads, and continuation of use with p -value < 0.05 . There was no significant statistical difference in the term of duration of surgery.

Conclusion The new technique of post-placental IUD insertion can be the standard technique of intra-cesarean section IUD insertion as it is associated with more favorable outcomes among the included women in the form of lower incidence of IUD displacement, non-visibility of IUD threads, and higher rates of continuation without increasing the duration of surgery as compared with the conventional manual technique.

Trial registration ClinicalTrials.gov ID: NCT05788354, registration date: 28/03/2023 (retrospectively registered).

Keywords Contraceptive device, Cesarean section, Insertion technique, Complications

*Correspondence:

Mostafa Seleem

mostafasaleem@kasralainy.edu.eg

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2023. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.