

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan membahas tentang Manajemen Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (CoC) dimulai dari kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi pada Ny.T 37 tahun G₃P₂A₀ yang dilakukan mulai tanggal 02 Januari 2026 – 08 Juni 2026 di Puskesmas Purwadadi dan TPMB. Disamping itu penulis juga akan membahas kesesuaian serta kesenjangan antara teori dengan asuhan yang diberikan

A. Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Subjektif

Berdasarkan data subjektif, keluhan utama ibu adalah nyeri punggung bawah. Keluhan ini sesuai dengan teori bahwa nyeri punggung merupakan salah satu keluhan yang paling sering dialami ibu hamil, terutama pada trimester III. ACOG menyebutkan bahwa back pain is one of the most common pregnancy problems, particularly in the later months of pregnancy. Keluhan ini biasanya dirasakan sebagai pegal, nyeri, rasa berat, atau ketidaknyamanan pada daerah lumbal, yang dapat bertambah saat berdiri lama, duduk terlalu lama, berjalan, atau membungkuk.

Keluhan nyeri punggung bawah pada Ny. T dapat dijelaskan secara fisiologis karena pada trimester III terjadi pembesaran uterus yang semakin nyata, pergeseran pusat gravitasi tubuh ke depan, peningkatan lordosis lumbal, serta peregangan otot dan ligamen penyangga. Kajian biomekanik kehamilan tahun 2025 menjelaskan bahwa pregnancy-related low back pain bersifat multifaktorial, terutama dipengaruhi oleh perubahan postur, peningkatan beban mekanik, kelemahan relatif otot abdomen, dan perubahan jaringan ikat

selama kehamilan. Dengan demikian, keluhan yang dialami Ny. T masih konsisten dengan ketidaknyamanan kehamilan fisiologis trimester III.

Selain faktor usia kehamilan, usia maternal 37 tahun juga perlu diperhatikan dalam pembahasan karena ibu berada pada kelompok usia reproduksi lanjut. Meskipun pada kasus ini kehamilan dinyatakan fisiologis, usia maternal lebih dari 35 tahun tetap memerlukan kewaspadaan lebih tinggi terhadap risiko obstetri. Namun, karena keluhan yang muncul adalah nyeri punggung bawah tanpa adanya tanda bahaya, maka fokus pembahasan tetap diarahkan pada ketidaknyamanan fisiologis dan upaya peningkatan kenyamanan ibu. Ini sejalan dengan pendekatan ANC yang tidak hanya menilai risiko, tetapi juga menangani masalah umum kehamilan yang memengaruhi kualitas hidup ibu.

2. Objektif

Pada pengkajian objektif, diagnosis kehamilan 38 minggu fisiologis dapat ditegakkan bila keadaan umum ibu baik, tanda vital dalam batas normal, pertumbuhan janin sesuai usia kehamilan, denyut jantung janin normal, tidak ada perdarahan, tidak ada kontraksi teratur, dan tidak terdapat tanda komplikasi seperti preeklamsia, infeksi, atau gangguan pertumbuhan janin. Dengan asumsi hasil pemeriksaan obstetri pada Ny. T menunjukkan kondisi tersebut, maka kehamilan dapat dikategorikan fisiologis dan keluhan nyeri punggung bawah lebih mengarah pada adaptasi normal trimester III.

Secara objektif, ibu hamil dengan nyeri punggung bawah fisiologis sering tidak menunjukkan kelainan sistemik, melainkan ketidaknyamanan muskuloskeletal yang meningkat pada aktivitas tertentu. Informasi NHS juga menjelaskan bahwa keluhan nyeri area punggung bawah dan panggul pada kehamilan sering berkaitan dengan perubahan postur, pergerakan, aktivitas harian, dan ketegangan otot atau sendi di sekitar panggul.

Oleh sebab itu, bila pemeriksaan fisik umum dan obstetri normal, maka nyeri punggung bawah pada kasus ini lebih tepat dikaitkan dengan perubahan fisiologis kehamilan daripada kondisi patologis.

Data objektif yang menunjukkan kehamilan normal sangat penting karena nyeri punggung bawah selama kehamilan harus dibedakan dari nyeri yang berkaitan dengan kondisi serius, misalnya persalinan preterm, infeksi saluran kemih, gangguan neurologis, atau nyeri abdomen yang menjalar. Dalam kasus Ny. T, bila tidak ditemukan tanda bahaya tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa fokus asuhan adalah mengurangi ketidaknyamanan, mempertahankan fungsi ibu, dan mempersiapkan ibu menghadapi persalinan.

3. Analisa data

Berdasarkan data subjektif dan objektif, analisa data pada kasus ini adalah Ny. T usia 37 tahun G3P2A0 hamil 38 minggu fisiologis dengan keluhan nyeri punggung bawah. Analisa ini tepat karena usia kehamilan telah mencapai aterm awal, kondisi kehamilan dalam batas fisiologis, dan masalah utama yang diidentifikasi adalah nyeri punggung bawah sebagai ketidaknyamanan trimester III.

Secara teoritis, nyeri punggung bawah pada kehamilan trimester III termasuk masalah yang umum. ACOG menyebut lebih dari 60% ibu hamil mengalami low back pain. Studi dan review terkini juga menegaskan bahwa pregnancy-related low back pain memiliki dampak nyata terhadap aktivitas sehari-hari, kualitas tidur, fungsi fisik, dan kenyamanan psikologis ibu hamil. Karena itu, walaupun keluhan ini bersifat fisiologis, masalah tersebut tetap penting dianalisis dalam asuhan kebidanan berkelanjutan.

Pada kasus COC, analisa kebidanan tidak hanya berhenti pada penetapan bahwa kehamilan fisiologis, tetapi juga harus melihat bagaimana keluhan tersebut dapat memengaruhi kesiapan persalinan. Nyeri punggung bawah yang tidak ditangani dapat menyebabkan ibu mudah lelah, sulit tidur, cemas, dan kurang nyaman menjelang persalinan. Oleh sebab itu, kebutuhan utama pada kasus ini adalah asuhan suportif dan edukatif yang membantu ibu mengurangi nyeri, memahami perubahan tubuhnya, dan tetap siap secara fisik maupun mental untuk proses persalinan

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada kasus ini tepat bila diarahkan pada edukasi, dukungan, modifikasi aktivitas, dan intervensi nonfarmakologis yang aman. ACOG menyarankan beberapa langkah untuk mengurangi nyeri punggung selama kehamilan, seperti memperbaiki postur tubuh, menghindari berdiri terlalu lama, menggunakan penyangga saat duduk, tidur dengan posisi miring dan menggunakan bantal penyangga, serta melakukan aktivitas fisik yang aman. ACOG juga menyebut olahraga teratur selama kehamilan dapat membantu **reduce back pain** dan menjaga kebugaran ibu hamil.

Pada kasus Ny. T, edukasi mengenai perubahan fisiologis trimester III sangat penting agar ibu memahami bahwa nyeri punggung bawah yang dialami merupakan keluhan yang umum, namun tetap perlu dikelola. Edukasi tentang postur yang benar, posisi tidur miring kiri, menghindari aktivitas berat, kompres hangat, istirahat cukup, dan latihan relaksasi merupakan bentuk penatalaksanaan yang rasional. Pendekatan ini sejalan dengan panduan NHS yang menganjurkan penyesuaian aktivitas, latihan yang aman, dan strategi kenyamanan untuk mengurangi nyeri punggung dan pelvic girdle pain selama kehamilan.

Selain itu, bila keluhan cukup mengganggu, ibu dapat dianjurkan tetap aktif dengan aktivitas ringan atau latihan yang sesuai. Beberapa bukti terbaru menunjukkan intervensi latihan seperti pelvic tilt, pelvic rocking, atau penguatan otot penyangga dapat membantu mengurangi nyeri punggung pada kehamilan. Meskipun intervensi tersebut perlu disesuaikan dengan kondisi ibu, prinsip utamanya adalah mempertahankan mobilitas aman dan mencegah kekakuan otot yang justru dapat memperburuk nyeri.

Dalam konteks COC, penatalaksanaan juga harus mencakup edukasi umum trimester III, seperti pemenuhan nutrisi, istirahat, personal hygiene, persiapan persalinan, dan tanda bahaya kehamilan. Hal ini penting karena pada usia kehamilan 38 minggu ibu sudah mendekati masa persalinan. WHO menekankan bahwa ANC yang baik harus mendukung transisi ke persalinan dan kelahiran yang positif. Jadi, selain menangani nyeri punggung bawah, bidan juga perlu memastikan ibu memahami tanda persalinan, kesiapan tempat persalinan, pendamping, serta kapan harus segera ke fasilitas kesehatan.

Apabila setelah penatalaksanaan ibu merasa lebih tenang, lebih memahami kondisinya, mampu menerapkan posisi yang nyaman, dan keluhan nyeri berkurang, maka asuhan yang diberikan dapat dinilai efektif. Dengan demikian, penatalaksanaan pada kasus ini telah sesuai dengan prinsip asuhan kebidanan berkelanjutan, yaitu tidak hanya memantau normalitas kehamilan, tetapi juga menangani ketidaknyamanan yang muncul agar kualitas hidup ibu tetap baik sampai menjelang persalinan.

B. Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Kala I fase Laten

Pada kasus ini, kala I fase laten ditandai dengan pembukaan serviks 3 cm. Kondisi ini sesuai dengan konsep bahwa fase laten merupakan periode awal

persalinan, ketika serviks mulai mengalami pendataran dan pembukaan, tetapi belum mencapai fase aktif. NICE membedakan fase laten dan fase aktif berdasarkan kemajuan dilatasi serviks dan pola kontraksi, sedangkan ACOG menjelaskan bahwa fase aktif persalinan umumnya mulai pada 6 cm pembukaan serviks, sehingga pembukaan 3 cm pada kasus ini masih tepat dimasukkan ke dalam fase laten.

Secara subjektif, ibu pada fase laten umumnya mulai merasakan his yang teratur namun masih relatif dapat ditoleransi, disertai rasa mulas, nyeri pinggang, dan kecemasan menghadapi persalinan. Fase ini merupakan masa adaptasi ibu terhadap proses persalinan. Dalam konteks asuhan kebidanan, kebutuhan ibu pada fase laten bukan hanya observasi klinis, tetapi juga dukungan emosional, penjelasan mengenai proses persalinan, istirahat, hidrasi, dan pengurangan kecemasan. Pendekatan ini sejalan dengan rekomendasi WHO tentang **positive childbirth experience**, yang menekankan pentingnya kenyamanan, komunikasi, dan pendampingan pada semua tahap persalinan.

Secara objektif, apabila pada kala I fase laten keadaan umum ibu baik, tanda vital dalam batas normal, denyut jantung janin normal, his adekuat, dan tidak ada perdarahan atau tanda bahaya lain, maka kondisi tersebut mendukung bahwa persalinan masih berlangsung fisiologis. Dengan demikian, pembukaan 3 cm pada kasus ini menunjukkan persalinan sudah dimulai, namun ibu masih berada pada tahap awal yang membutuhkan observasi berkelanjutan.

2. Kala I fase aktif

Pada kasus ini, persalinan kemudian berlanjut menjadi kala I fase aktif dengan pembukaan 7 cm. Hal ini sesuai dengan evidence terkini bahwa fase aktif umumnya dimulai sejak pembukaan serviks mencapai 6 cm. ACOG secara tegas menyatakan bahwa dilatasi serviks 6 cm dapat dianggap sebagai ambang awal active labor, sehingga pembukaan 7 cm pada kasus ini menunjukkan kemajuan persalinan yang sudah masuk fase aktif.

Kala I fase aktif ditandai dengan kontraksi yang lebih kuat, lebih sering, lebih lama, dan pembukaan serviks yang progresif. Dalam kasus ini, pembukaan 7 cm mengindikasikan bahwa serviks telah mengalami kemajuan baik dari fase laten menuju fase aktif. NICE menekankan bahwa pada fase aktif, bidan perlu memantau kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu, denyut jantung janin, frekuensi his, serta kondisi ketuban dan penurunan kepala secara sistematis. Pemantauan ini penting untuk memastikan bahwa proses persalinan tetap fisiologis dan untuk mendeteksi dini bila terjadi perlambatan kemajuan.

Analisis pada fase ini adalah bahwa kemajuan dari pembukaan 3 cm ke 7 cm menunjukkan adanya progres persalinan yang adekuat. Tidak adanya keterangan mengenai gawat janin, disfungsi his, atau kondisi maternal yang memburuk semakin memperkuat bahwa kala I fase aktif pada kasus ini berjalan fisiologis. Dalam praktik kebidanan, fase aktif juga merupakan waktu penting untuk memberikan dukungan nyeri nonfarmakologis, posisi nyaman, pemenuhan cairan, eliminasi, dan dukungan pendamping agar ibu tetap mampu beradaptasi dengan intensitas kontraksi yang meningkat

3. Kala II

Kala II pada kasus ini dinyatakan **fisiologis**, yang berarti dimulai setelah pembukaan lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi secara spontan tanpa komplikasi mayor yang dilaporkan. Menurut NICE, kala II berlangsung sejak pembukaan lengkap sampai bayi lahir, dan pada fase aktif ibu biasanya mengalami dorongan meneran aktif atau involunter. ACOG juga membagi kala II menjadi fase penurunan pasif dan fase meneran aktif. Bila proses ini berlangsung dengan kemajuan yang baik, tanpa tanda fetal distress dan tanpa kebutuhan tindakan operatif, maka kala II dapat dinilai fisiologis.

Kesesuaian fisiologis kala II pada kasus ini didukung oleh tidak adanya informasi tentang kala II memanjang, tidak adanya tindakan ekstraksi, dan tidak adanya penyulit intrapartum serius. Artinya, sinkronisasi antara kontraksi uterus, dorongan meneran ibu, penurunan kepala janin, dan elastisitas jalan lahir berlangsung cukup baik untuk memungkinkan persalinan spontan. Asuhan bidan pada fase ini harus berfokus pada pemantauan DJJ, membimbing ibu meneran efektif, menjaga prinsip pencegahan infeksi, dan membantu kelahiran bayi secara aman serta atraumatik sejauh mungkin.

4. Kala III

Kala III pada kasus ini dinyatakan **fisiologis**, yaitu periode sejak bayi lahir sampai plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap tanpa komplikasi yang bermakna. NICE menyebutkan bahwa kala III harus dipantau dengan observasi kondisi umum ibu, jumlah perdarahan, tanda pelepasan plasenta, dan keberhasilan pengeluaran plasenta. Bila plasenta lahir lengkap, uterus berkontraksi baik, dan perdarahan dalam batas normal, maka kala III dinilai berlangsung fisiologis.

Secara klinis, keberhasilan kala III fisiologis menunjukkan kontraksi dan retraksi uterus bekerja baik untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta, sekaligus membantu

mencegah perdarahan postpartum. NICE juga menyoroti pentingnya manajemen aktif kala III untuk menurunkan risiko perdarahan postpartum, meskipun pendekatan dapat disesuaikan dengan kondisi klinis dan pilihan ibu. Dengan tidak adanya keterangan mengenai retensio plasenta atau perdarahan postpartum, maka kala III pada kasus ini dapat dinyatakan berjalan normal.

5. Kala IV

Kala IV pada kasus ini juga dinyatakan **fisiologis**, yaitu dua jam pertama postpartum berlangsung dengan kondisi ibu stabil, uterus berkontraksi baik, dan tidak terdapat komplikasi awal nifas yang bermakna. NICE merekomendasikan pemantauan ketat pada periode ini meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan jumlah perdarahan. Masa ini sangat penting karena merupakan periode rawan perdarahan postpartum primer dan gangguan stabilitas hemodinamik ibu.

Dengan dinyatakannya kala IV fisiologis, dapat dipahami bahwa proses adaptasi awal postpartum berlangsung baik. Tidak adanya tanda syok, atonia uteri, atau perdarahan berlebihan memperlihatkan bahwa tubuh ibu mampu menjalani transisi dari persalinan menuju masa nifas awal secara normal. Hal ini juga menunjukkan bahwa observasi segera postpartum dilakukan dengan baik dan tidak ditemukan keadaan patologis yang memerlukan intervensi lanjutan

Meskipun persalinan secara umum fisiologis, pada kasus ini terdapat **robekan jalan lahir grade II**. Menurut ACOG, laserasi obstetri derajat dua melibatkan mukosa vagina dan otot-otot perineum, tetapi **tidak melibatkan sfingter ani**. Robekan derajat ini termasuk salah satu trauma perineum yang cukup sering terjadi pada persalinan pervaginam spontan. Dengan demikian, keberadaan robekan grade II masih dapat

ditemukan pada persalinan fisiologis, meskipun tetap memerlukan penatalaksanaan yang tepat karena dapat menimbulkan nyeri, ketidaknyamanan, dan gangguan aktivitas ibu pada masa nifas.

Secara analitik, terjadinya robekan grade II dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti elastisitas jaringan perineum, paritas, ukuran janin, kecepatan lahirnya kepala, teknik meneran, dan cara proteksi perineum saat ekspulsi. NICE menelaah berbagai intervensi untuk mengurangi trauma perineum, termasuk dukungan perineum, kompres hangat, dan teknik penanganan kala II, yang menunjukkan bahwa trauma perineum merupakan aspek penting dalam evaluasi mutu persalinan spontan. Pada kasus ini, karena robekan hanya grade II dan tidak disebutkan komplikasi lebih berat, maka kondisi tersebut masih berada dalam spektrum trauma jalan lahir yang umum terjadi dan dapat ditangani dalam asuhan kebidanan dan nifas secara adekuat.

Implikasi dari robekan grade II adalah perlunya perawatan luka perineum, pemantauan perdarahan, penilaian nyeri, pencegahan infeksi, dan edukasi personal hygiene pada masa nifas. Selain itu, keluhan nyeri perineum yang timbul pascapersalinan harus dipandang sebagai masalah yang dapat memengaruhi mobilisasi, duduk, menyusui, istirahat, dan kenyamanan ibu. Karena itu, walaupun persalinan dinilai fisiologis, adanya robekan grade II tetap menjadi bagian penting dalam pembahasan karena berkaitan langsung dengan kualitas pemulihan postpartum ibu.

C. Asuhan Kebidana Nifas

Masa nifas merupakan periode sejak plasenta lahir sampai 42 hari postpartum, yang ditandai oleh proses involusi organ reproduksi, adaptasi laktasi, pemulihan fisik ibu, dan penyesuaian psikologis terhadap peran baru. WHO menegaskan bahwa asuhan

postnatal harus tidak hanya berfokus pada deteksi komplikasi, tetapi juga mendukung positive postnatal experience, yaitu ketika ibu dan bayi memperoleh pemantauan fisik, dukungan emosional, rasa aman, dan intervensi yang responsif terhadap kebutuhan mereka. Di Indonesia, pelayanan nifas dinilai melalui kunjungan berurutan, di antaranya KF1 (6 jam–2 hari), KF2 (3–7 hari), dan KF3 (8–28 hari), sehingga pelaksanaan kunjungan sampai KF3 pada kasus ini sudah sesuai dengan standar pemantauan nifas berkelanjutan.

Pada kasus ini, ibu P3A0 postpartum mengalami luka jahitan laserasi perineum, yang menjadi sumber utama nyeri pada masa nifas awal. Luka perineum merupakan salah satu masalah yang paling sering muncul setelah persalinan pervaginam, terutama bila terdapat robekan jalan lahir atau episiotomi. NICE menyebutkan bahwa faktor risiko nyeri perineum pascapersalinan meliputi robekan perineum, episiotomi, persalinan dengan tindakan, infeksi luka, atau pengalaman persalinan yang dirasakan traumatis. Karena itu, adanya nyeri pada luka jahitan laserasi pada kasus ini sesuai dengan teori dan masih termasuk temuan yang lazim pada nifas, selama tidak disertai tanda infeksi, dehisensi luka, atau perdarahan abnormal.

Pada **KF1**, yaitu dalam rentang 6 jam sampai 6 hari postpartum, fokus utama asuhan adalah menilai stabilitas kondisi ibu, perdarahan, kontraksi uterus, involusi awal, eliminasi, laktasi, dan kondisi perineum. Pada fase ini, nyeri perineum akibat luka jahitan umumnya masih dominan karena jaringan baru saja mengalami trauma dan proses inflamasi akut masih berlangsung. ACOG menekankan bahwa pada masa postpartum awal, pemulihan fisik dari persalinan harus dievaluasi, termasuk adanya nyeri perineum serta bimbingan mengenai pemulihan normal maupun tanda pemulihan yang memanjang. Oleh karena itu, bila pada

KF1 ibu mengeluh nyeri di daerah jahitan tetapi keadaan umum baik, tanda vital stabil, uterus berkontraksi baik, dan perdarahan normal, maka kondisi tersebut mendukung bahwa nifas masih berlangsung fisiologis dengan masalah utama berupa nyeri luka perineum.

Secara patofisiologis, nyeri pada luka jahitan perineum timbul akibat kerusakan jaringan lunak, edema, peradangan lokal, serta stimulasi ujung saraf di area perineum. Nyeri ini dapat menyebabkan ibu sulit duduk, berjalan, berkemih, beristirahat, dan menyusui dengan nyaman. NICE juga menunjukkan bahwa nyeri perineum postpartum dapat berhubungan dengan penurunan kenyamanan dan bahkan dapat berkaitan dengan gejala depresi bila menetap pada minggu-minggu berikutnya. Karena itu, pengkajian nyeri pada KF1 tidak boleh dianggap sepele, tetapi harus diposisikan sebagai bagian penting dari pemulihan postpartum.

Pada KF2, yaitu 3 sampai 7 hari postpartum, evaluasi difokuskan pada perkembangan involusi uterus, perubahan lochea, proses menyusui, kondisi psikologis ibu, serta penyembuhan luka perineum. Pada fase ini seharusnya nyeri mulai berkurang secara bertahap, walaupun pada sebagian ibu keluhan masih cukup mengganggu, terutama saat duduk, bergerak, atau saat perawatan bayi. NICE merekomendasikan agar ibu ditanya secara aktif apakah masih mengalami nyeri atau ketidaknyamanan perineum dan seberapa berat intensitasnya, karena nyeri yang menetap, memburuk, atau disertai tanda infeksi memerlukan evaluasi lebih lanjut. Dengan demikian, pengkajian pada KF2 menjadi sangat penting untuk memastikan bahwa nyeri perineum pada kasus ini masih merupakan bagian dari penyembuhan fisiologis, bukan tanda adanya komplikasi luka.

Pada kunjungan ini, intervensi pijat punggung untuk mengurangi nyeri dapat dibahas sebagai terapi komplementer yang bertujuan meningkatkan relaksasi, menurunkan

ketegangan otot, dan memodulasi persepsi nyeri. Secara mekanisme, pijat punggung atau slow stroke back massage bekerja melalui stimulasi sensorik nonnyeri dan relaksasi neuromuskular, yang dapat membantu mengurangi persepsi nyeri berdasarkan teori gate control. Bukti ilmiah langsung untuk pijat punggung pada nyeri perineum memang masih terbatas, tetapi beberapa studi Indonesia menunjukkan bahwa slow stroke back massage atau massage serupa dapat menurunkan nyeri luka jahitan perineum pada ibu postpartum dan meningkatkan kenyamanan ibu. Karena itu, dalam kasus ini pijat punggung dapat dinilai rasional sebagai intervensi suportif, selama dilakukan dengan teknik yang aman, lembut, dan tetap disertai perawatan luka perineum yang standar.

Selain sebagai intervensi fisik, pijat punggung juga berkontribusi terhadap aspek psikologis ibu. Masa nifas sering disertai kelelahan, gangguan tidur, sensitif emosional, dan stres ringan akibat tuntutan menyusui serta perawatan bayi. Pijatan lembut yang dilakukan secara terapeutik dapat memberikan rasa diperhatikan, memperbaiki relaksasi, dan menurunkan ketegangan emosional. Hal ini sesuai dengan prinsip WHO bahwa pelayanan nifas harus memperhatikan kenyamanan fisik dan kesejahteraan emosional ibu secara bersama-sama. Dengan demikian, penggunaan pijat punggung pada kasus ini tidak hanya relevan untuk nyeri, tetapi juga untuk mendukung pengalaman nifas yang lebih positif.

Pada KF3, yaitu 8 sampai 28 hari postpartum, penilaian diarahkan pada keberlanjutan pemulihan ibu, penyembuhan luka perineum, keberhasilan menyusui, kecukupan istirahat, dan kemampuan ibu beradaptasi dengan peran pengasuhan. Pada tahap ini, nyeri luka jahitan seharusnya berkurang bermakna bila proses penyembuhan berlangsung baik. Jika ibu menunjukkan bahwa nyeri menurun, jahitan tampak membaik, tidak ada tanda infeksi, aktivitas mulai lebih nyaman, dan ibu

mampu merawat bayi dengan lebih baik, maka hal tersebut menunjukkan bahwa asuhan nifas yang diberikan efektif dan proses pemulihan berlangsung fisiologis. Sebaliknya, jika nyeri tetap berat atau luka menunjukkan tanda penyembuhan buruk, maka perlu dipikirkan adanya infeksi, dehisensi luka, atau komplikasi lain.

NICE juga mengingatkan bahwa nyeri perineum yang menetap hingga beberapa minggu postpartum dapat berdampak pada fungsi harian, hubungan psikososial, dan kualitas hidup ibu. Oleh karena itu, kunjungan KF3 berperan penting bukan hanya untuk memastikan involusi uterus dan kondisi umum baik, tetapi juga untuk memastikan bahwa keluhan nyeri perineum benar-benar membaik dan tidak berkembang menjadi masalah jangka lebih panjang. Dalam konteks kasus ini, bila selama KF1 sampai KF3 nyeri menunjukkan perbaikan bertahap setelah edukasi perawatan luka, mobilisasi bertahap, pemantauan kebersihan, dan pemberian pijat punggung, maka dapat dinyatakan bahwa intervensi yang diberikan mendukung pemulihan ibu secara komprehensif.

Penatalaksanaan pada kasus ini tepat bila difokuskan pada beberapa aspek, yaitu pemantauan keadaan umum nifas, observasi luka jahitan, edukasi personal hygiene perineum, anjuran nutrisi dan cairan adekuat, pencegahan konstipasi, manajemen nyeri, dukungan emosional, serta kunjungan nifas berkelanjutan hingga KF3. NICE menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan perineum dengan mandi setiap hari, mengganti pembalut sesering mungkin, dan mencuci tangan sebelum serta sesudah perawatan perineum. ACOG juga menyarankan pendekatan multimodal dalam nyeri postpartum, termasuk penggunaan analgetik sesuai kebutuhan dan intervensi

kenyamanan seperti heating pad untuk area punggung atau leher, yang memperlihatkan bahwa pendekatan nonfarmakologis memang mendapat tempat dalam manajemen nyeri postpartum.

Dalam konteks COC, pemberian pijat punggung dapat dibahas sebagai bagian dari asuhan suportif yang berpusat pada ibu. Walaupun bukti spesifik tingkat tinggi tentang pijat punggung untuk nyeri perineum masih belum kuat, beberapa studi menunjukkan manfaatnya dalam menurunkan nyeri postpartum dan meningkatkan relaksasi. Karena itu, pada kasus ini pijat punggung dapat dinilai sebagai intervensi komplementer yang logis, terutama bila respons ibu menunjukkan rasa lebih nyaman, tubuh lebih rileks, dan skala nyeri berkurang setelah tindakan. Namun, secara ilmiah tetap perlu ditegaskan bahwa pijat punggung **tidak menggantikan** perawatan luka perineum standar, melainkan melengkapinya.

D. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Komponen asuhan bayi baru lahir yaitu pencegahan infeksi, penilaian segera setelah lahir, pencegahan kehilangan panas, asuhan tali pusat, IMD, manajemen laktasi, pencegahan infeksi mata, pemberian imunisasi, pemeriksaan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017).

Pada bayi Ny. T penulis memberikan salep mata sebagai profilaktif yaitu salep mata clorampenikol 1% dan vitamin K1 1 mg yang diberikan secara IM pada sepertiga antereolateral paha kiri bayi dengan dosis 0,5 mg. Setelah 2 jam kemudian disuntikan HB0 secara IM pada sepertiga anterolateral paha kanan bayi Hal ini sesuai dengan teori (JNPK-KR, 2017). Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir,

kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari (Kemenkes RI, 2010).

Pada kunjungan ke I (6 – 48 jam) yaitu pada kunjungan 6 jam keadaan umum bayi baik, menangis kuat, gerak aktif dan sudah mulai menyusui, Reflek rooting +, Reflek sucking +, reflek swallowing +, tidak ada perdarahan tali pusat dan tali pusat bersih / terawat, serta sudah diberikan terapi topical ASI untuk mempercepat pelepasan tali pusat

Kunjungan ke II (3 dan ke 7 hari), yaitu pada hari ke-5 hasil pemantauan bayi dalam keadaan normal, ibu mengatakan Bayinya sehat dan tali pusat sudah lepas pada hari ke 4. bayi tidak ikterus, tidak hipotermi, bayi hanya di beri ASI saja, terdapat kenaikan berat badan, hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa bayi baru lahir hanya diberikan ASI saja, tidak ada tanda-tanda infeksi. Hal ini sesuai dengan teori (Kemenkes RI, 2010).

Penyakit Tetanus Neonatorum adalah penyakit tetanus yang sering terjadi pada neonatus yang disebabkan oleh *Clostridium tetani*, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin/racun dan menyerang saraf pusat, masuk ke tubuh melalui luka. Penyakit ini menginfeksi bayi baru lahir melalui pemotongan tali pusat dengan alat yang tidak steril atau perawatan tali pusat dengan ramuan tradisional yang terkontaminasi. Menurut Saifuddin (2009) perawatan tali pusat yang tidak baik menyebabkan tali pusat lama lepas. Risiko bila tali pusat lama lepas adalah terjadinya infeksi tali pusat dan tetanus neonatorum.

Menurut standar Asuhan Persalinan Normal (APN) tali pusat yang telah dipotong dan diikat, tidak diberi apa-apa. Sebelum metode APN diterapkan, tali pusat dirawat dengan alkohol dan antiseptik lainnya. Ditinjau dari segi evidence based practice, perawatan tali pusat secara tradisional dengan menggunakan ASI berpengaruh untuk pencegahan infeksi dan lama waktu pelepasan tali pusat.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Putri et al. (2017) menyatakan bahwa rata-rata lama pelepasan tali pusat dengan penggunaan topical ASI adalah 5,03 hari, dan rata-rata lama pelepasan tali pusat dengan perawatan kering adalah 6,00 hari. Terdapat perbedaan lama pelepasan tali pusat bayi dengan penggunaan topikal ASI 0,97 hari lebih cepat dibandingkan perawatan kering. Air Susu Ibu (ASI) terbukti mengandung zat-zat bioaktif dan sel-sel yang memiliki fungsi efektif sebagai anti infeksi dan anti inflamasi. Dengan berbagai kandungan zat yang bermanfaat tersebut, ASI dapat dijadikan bahan alternatif untuk perawatan tali pusat. Setelah bayi lahir tali pusat dipotong, kemudian akan terjadi proses kematian jaringan. Disini tali pusat dirawat menggunakan kolostrum/ASI dilakukan dengan cara mengoleskan ASI pada tali pusat bayi baru lahir dan dijaga tetap bersih dan kering agar tidak terjadi infeksi dan mempercepat pelepasan tali pusat dari perut bayi. ASI mengandung protein yang akan berikatan dengan protein tali pusat sehingga sel mengalami kematian secara terprogram dan mempercepat pengeringan jaringan. ASI juga mengandung zat-zat anti infeksi dan anti inflamasi yang berperan dalam melindungi tali pusat bayi dari infeksi dan membantu proses penyembuhan luka sehingga mempercepat pelepasan tali pusat.

E. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pelayanan keluarga berencana pada masa postpartum merupakan bagian penting dari asuhan kebidanan berkelanjutan karena berperan dalam mencegah kehamilan yang terlalu dekat jaraknya, memberi kesempatan pemulihan tubuh ibu, serta mendukung kesehatan ibu dan bayi. WHO menegaskan bahwa kontrasepsi membantu mencegah kehamilan yang tidak

direncanakan dan menurunkan risiko kesehatan maternal, terutama bila digunakan untuk mengatur jarak kehamilan setelah persalinan. Pada ibu menyusui, pemilihan metode kontrasepsi perlu mempertimbangkan keamanan terhadap laktasi, efektivitas, kenyamanan, serta kesesuaian dengan kondisi klinis ibu. Metode kontrasepsi suntik 3 bulan yang mengandung depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) termasuk metode progestin saja yang banyak digunakan pada masa postpartum

Pada kasus ini, ibu P3A0 memilih menjadi akseptor KB suntik 3 bulan dalam keadaan menyusui. Dari sisi subjektif, pilihan ini umumnya dilatarbelakangi oleh keinginan ibu untuk menjarangkan kehamilan, menggunakan metode yang praktis, tidak perlu diingat setiap hari, serta tidak mengganggu hubungan seksual. ACOG menjelaskan bahwa suntik KB mengandung progestin dan bekerja selama 3 bulan per suntikan, sehingga sering dipilih oleh ibu yang menghendaki metode efektif dan praktis. Dalam konteks ibu menyusui, metode ini juga sering lebih diterima karena tidak mengandung estrogen, yang secara umum lebih dibatasi pada periode postpartum awal dibanding metode progestin saja.

Bila pada anamnesis ibu menyatakan masih menyusui aktif, ingin menunda kehamilan, dan menyetujui penggunaan KB suntik 3 bulan setelah mendapatkan konseling, maka hal ini sesuai dengan prinsip pelayanan KB yang berbasis kebutuhan klien. Kebutuhan kontrasepsi postpartum harus dilihat sebagai bagian dari kesinambungan asuhan, karena ovulasi dapat kembali sebelum menstruasi pertama, dan kehamilan dapat terjadi bila kontrasepsi tidak segera direncanakan. Oleh karena itu, keputusan ibu untuk menggunakan suntik 3 bulan saat menyusui merupakan pilihan yang rasional bila didasarkan pada konseling yang tepat.

Pada pengkajian objektif, sebelum pemberian KB suntik 3 bulan, bidan perlu memastikan bahwa ibu berada dalam kondisi postpartum yang stabil, tidak sedang hamil, serta tidak

memiliki kontraindikasi penting terhadap penggunaan DMPA. CDC menegaskan bahwa suntikan DMPA dapat diberikan bila tenaga kesehatan reasonably certain bahwa pasien tidak hamil, dan penilaian ini didasarkan pada kriteria klinis tertentu. Pada ibu postpartum menyusui, penentuan waktu mulai KB suntik juga perlu disesuaikan dengan usia postpartum dan faktor risiko tromboemboli. CDC 2024 menyebutkan bahwa DMPA dapat diberikan kapan saja, termasuk segera postpartum, dengan klasifikasi kelayakan medis yang berbeda menurut waktu postpartum. Untuk ibu menyusui, DMPA dikategorikan MEC 2 bila <30 hari postpartum, MEC 2 bila 30–42 hari postpartum dengan faktor risiko VTE tertentu, dan MEC 1 bila >42 hari postpartum atau 30–42 hari tanpa faktor risiko tersebut.

Dengan demikian, bila pada kasus ini ibu menyusui dalam kondisi umum baik, masa nifas stabil, dan tidak ditemukan kondisi yang menghalangi penggunaan DMPA, maka secara objektif ibu dapat dinilai layak menjadi akseptor KB suntik 3 bulan. Pengkajian objektif juga harus mencakup status laktasi, adanya perdarahan abnormal, riwayat penyakit tertentu, penggunaan obat-obatan, serta waktu terakhir berhubungan seksual tanpa kontrasepsi bila relevan. Hal ini penting agar pemberian kontrasepsi aman, tepat waktu, dan sesuai standar pelayanan KB postpartum

Berdasarkan data subjektif dan objektif, analisa data pada kasus ini dapat dirumuskan sebagai P3A0 akseptor KB suntik 3 bulan menyusui. Analisa ini tepat apabila ibu berada pada masa postpartum, ingin menunda kehamilan, masih menyusui, dan setelah dilakukan penapisan medis dinyatakan memenuhi syarat untuk menggunakan DMPA. KB suntik 3 bulan termasuk kontrasepsi hormonal progestin yang bekerja terutama dengan menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan menipiskan endometrium. NHS dan ACOG sama-

sama menjelaskan bahwa kontrasepsi suntik memiliki efektivitas sangat tinggi bila digunakan tepat waktu, dengan kebutuhan suntik ulang tiap sekitar 13 minggu.

Dalam konteks menyusui, pemilihan KB suntik 3 bulan juga dapat dianalisis sebagai pilihan yang sesuai karena metode progestin saja secara umum kompatibel dengan laktasi. WHO Global Handbook 2022 dan rekomendasi CDC mendukung penggunaan kontrasepsi progestin postpartum pada ibu menyusui dengan pengaturan waktu yang sesuai. Oleh sebab itu, pada kasus ini, pilihan KB suntik 3 bulan dapat dinilai sesuai dengan kebutuhan ibu postpartum yang memerlukan kontrasepsi efektif, praktis, dan tidak mengandung estrogen

Penatalaksanaan pada kasus ini harus diawali dengan konseling KB yang komprehensif, yaitu menjelaskan cara kerja KB suntik 3 bulan, efektivitas, waktu suntik ulang, efek samping yang mungkin terjadi, pengaruh terhadap menyusui, keterbatasan metode, dan kapan ibu perlu kembali ke fasilitas kesehatan. CDC 2024 merekomendasikan agar klien diberi penjelasan bahwa suntikan ulang DMPA dilakukan setiap 13 minggu, dan masih dapat diberikan sampai 15 minggu dari suntikan sebelumnya tanpa perlu kontrasepsi tambahan. Bila lebih dari 15 minggu, perlu penilaian kehamilan dan penggunaan metode cadangan selama 7 hari setelah suntikan.

Konseling juga perlu menekankan bahwa KB suntik 3 bulan tidak melindungi dari infeksi menular seksual, sehingga kondom tetap diperlukan bila ada risiko IMS. Selain itu, ibu harus diberi edukasi mengenai kemungkinan perubahan pola haid, seperti spotting, perdarahan tidak teratur, atau amenore, karena ini merupakan efek samping yang sering terjadi pada DMPA. CDC menjelaskan bahwa perubahan perdarahan ini umum terjadi dan biasanya tidak berbahaya, tetapi dapat memengaruhi kepuasan akseptor bila tidak dijelaskan sejak awal.

Dengan demikian, edukasi sebelum tindakan menjadi bagian penting dari keberhasilan penggunaan KB suntik 3 bulan.

Pada ibu menyusui, penatalaksanaan juga mencakup penjelasan bahwa metode ini secara umum dapat digunakan selama laktasi, tetapi penilaian waktu pemberian tetap penting. CDC menyatakan DMPA dapat diberikan segera postpartum pada ibu menyusui dengan klasifikasi MEC yang sesuai menurut usia postpartum. Karena itu, bila pada kasus ini suntik diberikan setelah penapisan medis yang tepat, maka penatalaksanaan sudah sesuai dengan rekomendasi terkini. Di sisi lain, ibu juga perlu diberi tahu bahwa kembalinya kesuburan setelah menghentikan DMPA dapat tertunda beberapa bulan. Ini penting agar harapan ibu terhadap perencanaan kehamilan berikutnya tetap realistis.

Selain konseling, penatalaksanaan mencakup pencatatan tanggal suntik pertama, penjadwalan ulang kunjungan berikutnya, dan anjuran untuk segera datang bila muncul keluhan seperti perdarahan sangat banyak, nyeri hebat, atau efek samping yang mengganggu. ACOG juga menyoroti bahwa salah satu kekurangan DMPA adalah kemungkinan keterlambatan kembalinya kesuburan dan perubahan kepadatan tulang selama pemakaian, walaupun manfaat kontrasepsinya tetap tinggi dan pemulihan densitas tulang biasanya terjadi setelah penghentian pada banyak pengguna. Karena itu, tindak lanjut dan konseling berkelanjutan tetap penting dalam pelayanan KB suntik.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Asuhan kebidanan pada Ny. T pada masa kehamilan, persalinan, nifas, dan neonatus BBL dilakukan dengan mengumpulkan data subjektif dan objektif, pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, mulai dari anamnesis biodata, keluhan, riwayat kesehatan, dan keterangan tambahan yang berhubungan dengan kondisi klien serta dilakukan pemeriksaan fisik dan penunjang pada pasien untuk membantu dalam penegakan diagnosa.
2. Asuhan kebidanan pada Ny. T masa kehamilan, persalinan, nifas, dan neonatus BBL dengan melakukan analisis data. Pada masa kehamilan berdasarkan data subjektif dan objektif ditemukan ibu mengalami ketidaknyamanan trimester III yaitu nyeri pinggang.
3. Asuhan kebidanan pada Ny. T masa kehamilan, persalinan, nifas, dan neonatus BBL dengan menyusun rencana tindakan dan penatalaksanaan masa kehamilan sesuai kebutuhan pasien yaitu dengan diberikan peuseul effleurage untuk mengurangi nyeri lumbal.
4. Pendokumentasian dalam asuhan pada NY T masa kehamilan, persalinan, nifas, dan neonatus BBL telah dilakukan dalam bentuk SOAP dan lembar observasi persalinan dalam partograf.
5. Asuhan kebidanan pada Ny. T masa kehamilan, persalinan, nifas, dan neonatus BBL ini telah mampu melakukan deteksi dini masalah yang terjadi pada masa kehamilan yaitu keluhan ketidaknyamanan trimester III agar segera tertangani.

B. Saran

1. Bagi Ny. T, diharapkan, bisa menerapkan berbagai terapi yang sudah diberikan dan bisa mentransfer ilmu kepada Ibu Hamil lainnya.
2. Bagi institusi pendidikan, diharapkan dapat meningkatkan mutu pendidikan serta meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga menghasilkan tenaga kesehatan yang lebih profesional dan berkualitas serta dapat bersaing dalam dunia Kesehatan, khususnya di dalam ilmu kebidanan.