

ARTIKEL PENELITIAN

Pemberian Asuhan Kebidanan Komprehensif Sejak Masa Kehamilan Pada Ny. S G₃P₂A₀ di PMB Lismarini

Adriani^{1*}, Lidya Fransisca², Sri Aisyah Hidayati³, Maritje Rombe⁴
¹²³⁴Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al-Su'aibah

*Info Artikel

Submitted: 11 Desember 2025

Revised: 24 Desember 2025

Accepted: 31 Desember 2025

*corresponding author: Adriani

Email: adriani@al-suaibah.ac.id

Abstrak

Angka kematian ibu (AKI) adalah indikator krusial keberhasilan program kesehatan ibu. Penurunan AKI dicapai dengan memastikan akses ibu hamil terhadap layanan kesehatan berkualitas, seperti perawatan antenatal (ANC) standar dan pertolongan persalinan oleh tenaga ahli. Pelayanan ANC yang berkualitas, seperti diuraikan oleh Irawan (2021), ANC sebagai usaha esensial untuk mendeteksi dini risiko dan mencegah komplikasi kehamilan. Untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak, dilakukan asuhan kebidanan komprehensif. Layanan terpadu dan berkesinambungan ini mencakup seluruh siklus yaitu kehamilan, persalinan, nifas, dan perawatan bayi baru lahir. Menkes RI (2020) menyatakan bahwa pendekatan ini diharapkan mampu menurunkan AKI dan angka kematian anak. Metodologi penelitian ini adalah observasi deskriptif berbasis studi kasus, menggunakan pendekatan pendokumentasian SOAP. Studi kasus ini mengkaji asuhan kebidanan pada Ny. S usia 29 tahun, G₃P₂A₀, hamil 42 minggu) di Praktek Mandiri Bidan (PMB) Lismarini. Setelah persalinan, responden dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi, dan responden memilih kondom dengan pertimbangan karena kondom mudah didapatkan dan mudah pemakaiannya. Secara keseluruhan, asuhan komprehensif yang diberikan pada Ny. S menunjukkan hasil pemeriksaan yang normal di semua fase.

Kata kunci : Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir.

Abstract

The maternal mortality rate (MMR) is a crucial indicator of the success of maternal health programs. Reducing MMR is achieved by ensuring pregnant women's access to quality health services, such as standard antenatal care (ANC) and assistance from experts. Quality ANC services, as described by Irawan (2021), are essential for early detection of risks and preventing pregnancy complications. To improve the well-being of mothers and children, comprehensive midwifery care is provided. This integrated and continuous service covers the entire cycle: pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care. The Indonesian Minister of Health (2020) stated that this approach is expected to reduce MMR and child mortality. This research methodology is a descriptive observational case study, using the SOAP documentation approach. This case study examines midwifery care for Mrs. S, 29 years old, G₃P₂A₀, 42 weeks pregnant, at the Lismarini Independent Midwife Practice (PMB). After delivery, respondents were encouraged to use contraception, and respondents chose condoms because they were easily available and easy to use. Overall, the comprehensive examination given to Mrs. S showed normal results in all phases.

Keywords: Pregnant Women, Childbirth, Postpartum, Newborns.

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi fokus utama Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dikarenakan mayoritas kematian yang terjadi selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas sesungguhnya dapat dicegah. Selain itu, AKI juga berfungsi sebagai tolok ukur krusial untuk mengevaluasi derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu, sekaligus menjadi pusat perhatian dalam upaya perbaikan layanan kesehatan maternal secara komprehensif. Target penurunan AKI telah diinkorporasikan ke dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) global. Sasaran spesifik yang ditetapkan adalah mereduksi AKI hingga di bawah 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030, di samping memastikan bahwa tidak ada satu negara pun yang mencatat angka kematian ibu melebihi dua kali lipat rata-rata global¹.

Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2023, jumlah kematian ibu secara global mencapai 260.000 kasus, merepresentasikan Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 8,9%. Penyebab primer kematian ibu mencakup perdarahan obstetrik, gangguan hipertensi selama kehamilan, praktik aborsi yang tidak aman, serta faktor obstetrik tidak langsung seperti penyakit menular¹. Di tingkat regional, data Sekretariat ASEAN² menunjukkan bahwa AKI secara umum masih tinggi, yaitu 235 per 100.000 kelahiran hidup, sementara itu, WHO juga melaporkan bahwa pada tahun 2023, sekitar 4,8 juta anak meninggal sebelum mencapai usia lima tahun. Penyebab utama kematian bayi meliputi kelahiran prematur, asfiksia (gangguan pernapasan saat lahir), infeksi (sepsis dan pneumonia), serta berat badan lahir rendah. Komplikasi kehamilan dan keterbatasan akses layanan kesehatan juga berkontribusi pada angka ini. Mayoritas kematian bayi tersebut sebenarnya dapat dicegah melalui perawatan kehamilan rutin, persalinan yang aman, pemberian ASI eksklusif, dan imunisasi¹.

Angka Kematian Ibu (AKI) didefinisikan sebagai jumlah kematian per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2023, Indonesia mencatat 4.482 kematian ibu, menunjukkan tren peningkatan dari 3.572 kematian pada tahun 2022. Penyebab utama kematian ibu pada tahun 2023 didominasi

oleh hipertensi (412 kasus), perdarahan (360 kasus), dan berbagai komplikasi obstetrik lainnya, termasuk infeksi, komplikasi aborsi, dan manajemen yang tidak terantisipasi³. Untuk Angka Kematian Bayi (AKB), terdapat 34.226 kasus kematian pada anak usia 0–59 bulan di Indonesia pada tahun 2023. Mayoritas (sekitar 80,4% atau 27.530 kasus) terjadi pada periode neonatal (0–28 hari). Angka ini juga meningkat signifikan dibandingkan tahun 2022 (21.447 kasus). Penyebab utama kematian neonatal meliputi gangguan pernapasan, berat badan lahir rendah (BBLR), kelainan bawaan, dan infeksi. Kemenkes RI menyoroti bahwa sebagian besar penyebab kematian (82,8%) masih dikategorikan lain-lain dan belum teridentifikasi secara pasti, mengindikasikan perlunya perbaikan sistem pemantauan dan pencatatan penyebab kematian bayi, terutama pada masa awal kehidupan³.

Upaya percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dilaksanakan dengan menjamin akses universal terhadap pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas. Strategi ini mencakup rangkaian layanan komprehensif: pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas yang memadai, perawatan pascapersalinan bagi ibu dan bayi, manajemen komplikasi melalui perawatan khusus dan sistem rujukan, serta penyediaan layanan keluarga berencana (KB), termasuk KB pascapersalinan³.

Di tingkat regional, data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan (2023) menunjukkan bahwa adanya peningkatan AKI pada tahun 2023, dengan 105 kematian per 100.000 kelahiran hidup, dibandingkan 97 kematian pada tahun 2022. Penyebab utama kematian ibu pada tahun 2023 didominasi oleh hipertensi (21%), perdarahan (18%), kelainan jantung dan pembuluh darah (8%), infeksi (2%), gangguan autoimun (1%), gangguan serebrovaskular (2%), dan faktor-faktor lain yang signifikan (48%)⁴.

Berdasarkan laporan *Maternal Neonatal Death Notification* (MPDN) Provinsi Sumatera Selatan, jumlah kematian bayi baru lahir (neonatal, usia 0–28 hari) pada tahun 2023 adalah 370 kasus. Angka ini mencerminkan penurunan dari 430 kasus pada tahun 2022, dengan angka kematian neonatal (AKN) tercatat sebesar 2,4 per 1.000

kelahiran hidup pada tahun 2023. Penyebab utama kematian neonatal tetap didominasi oleh kondisi berat badan lahir rendah (BBLR) dan asfiksia. Secara spesifik, pada tahun 2022, asfiksia menyebabkan 152 kematian dan BBLR 122 kematian. Penyebab lain termasuk tetanus neonatorum, infeksi, dan kelainan kongenital. Pada tahun 2023, asfiksia menjadi penyebab terbanyak dengan 164 kasus (sekitar 44% dari total kematian neonatal), diikuti oleh penyebab lain seperti tetanus, infeksi, kelainan kongenital, dan gangguan kardiovaskular/ pernapasan. Mayoritas dari 370 kasus kematian yang dilaporkan terjadi pada periode neonatal (0–28 hari). Selain itu, terdapat 294 kasus kematian pada masa post-neonatal (29 hari–11 bulan) dan 22 kasus pada anak balita (12–59 bulan)⁵.

Berdasarkan informasi dari Dinas Kesehatan Kota Palembang, angka kematian ibu (AKI) di daerah ini mengalami kenaikan pada tahun 2023 dengan total 16 kasus, berbeda dengan tahun 2022 yang mencatat hanya 4 kasus. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu di Kota Palembang meliputi perdarahan, masalah jantung dan pembuluh darah, hipertensi, serta faktor lainnya. Kota Palembang tercatat sebagai wilayah dengan tingkat kematian ibu tertinggi di Sumatera Selatan dengan 16 kasus, sementara Kabupaten Empat Lawang mencatatkan angka terendah dengan hanya 1 kasus⁶.

Berdasarkan informasi dari Dinas Kesehatan Kota Palembang, jumlah kematian neonatal (AKN) pada tahun 2023 tercatat sebanyak 104 kasus, menunjukkan kenaikan yang signifikan dibandingkan dengan tahun 2022 yang mencatat hanya 22 kasus. Pada tahun 2022, penyebab utama kematian bayi lebih didominasi oleh berbagai isu kesehatan yang berkaitan dengan kehamilan, proses melahirkan, dan periode setelah melahirkan. Di antara faktor-faktor yang berkontribusi adalah persalinan yang tidak didukung oleh profesional kesehatan, serta kondisi bayi yang rentan terhadap berbagai penyakit seperti diare dan infeksi lainnya. Selain itu, masalah kesehatan pada ibu, termasuk perdarahan dan hipertensi, juga berperan sebagai penyebab tidak langsung kematian bayi. Sementara itu, pada tahun 2023, faktor utama penyebab kematian neonatal di Kota Palembang

meliputi berat badan lahir rendah (BBLR), asfiksia neonatal, infeksi pada bayi baru lahir, serta kelainan bawaan, masalah kardio vaskular, dan gangguan pernapasan⁶.

Data yang diperoleh dari Klinik Mitra Ananda pada tahun 2023 menunjukkan peningkatan jumlah ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC sebanyak 581 orang, serta jumlah ibu bersalin, bayi baru lahir, dan kunjungan nifas mencapai 432 orang, dan 1.606 ibu yang memanfaatkan bantuan alat kontrasepsi, sementara itu pada tahun 2024, terjadi penurunan pada jumlah kunjungan ANC menjadi 578 orang, diikuti dengan jumlah ibu bersalin, bayi baru lahir, dan kunjungan nifas sebanyak 344 orang, serta 1.015 ibu yang menggunakan alat kontrasepsi⁷.

Asuhan kebidanan yang dilakukan secara menyeluruh terhadap Ny. "S" memiliki sasaran untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan meningkatkan kesehatan para ibu melalui program layanan kesehatan yang memastikan semua ibu dapat memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu. Ini mencakup layanan untuk ibu hamil, bantuan kelahiran dari tenaga profesional di fasilitas kesehatan, pemeliharaan pasca melahirkan untuk ibu dan bayi, perawatan khusus serta rujukan jika komplikasi muncul, dan layanan keluarga berencana termasuk pilihan KB setelah melahirkan⁸.

Berdasarkan penjelasan sebelumnya, penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan melaksanakan Pemberian Asuhan Kebidanan Komprehensif Sejak Masa Kehamilan Pada Ny. S G3P2A0 di Klinik Mitra Ananda

Metode

Penelitian ini mengadopsi desain kualitatif melalui pendekatan observasi deskriptif dengan metode studi kasus. Pilihan metode ini dinilai tepat untuk mendalami gambaran holistik asuhan kebidanan yang diberikan kepada subjek tunggal, yaitu Ny. S, seorang *multigravida* (G3P2A0) dengan kondisi kehamilan 42 minggu, janin tunggal hidup, dan presentasi kepala.

Analisis Metodologi Asuhan:

Untuk mendokumentasikan dan menganalisis proses asuhan secara komprehensif, instrumen utama yang digunakan adalah kerangka kerja Tujuh

Langkah Varney yang diintegrasikan ke dalam format SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis/Asesmen, dan Penatalaksanaan). Integrasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap aspek asuhan, mulai dari pengumpulan data subjektif hingga evaluasi tindakan, tercatat secara sistematis dan terperinci.

Analisis Pengumpulan Data:

Pengumpulan data dilakukan secara multipel, mencakup wawancara, observasi mendalam terhadap Buku KIA dan status pasien, serta dokumentasi SOAP itu sendiri. Penggunaan berbagai metode ini berfungsi untuk triangulasi data, sehingga informasi yang diperoleh lebih valid dan kaya konteks. Periode observasi yang berlangsung selama tiga bulan (06 Maret–28 Mei 2025) memungkinkan peneliti untuk memantau perkembangan kasus secara berkesinambungan (*longitudinal*) dan menangkap dinamika asuhan yang diberikan sepanjang waktu tersebut.

Hasil

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Ini adalah kehamilannya Ny “S” yang ketiga. Selama kehamilannya Ny “S” memeriksakan kehamilannya secara teratur. Pada trimester pertama Ny “S” memeriksakan keadaan kehamilannya sebanyak 8 kali yaitu 2 kali bidan dan 1 kali dengan dokter SpOG pada trimester pertama. Pada trimester kedua ANC dilakukan sebanyak 2 kali yang semuanya dilakukan dengan bidan dan pada trimester ketiga sebanyak 3 kali yaitu 2 kali bidan dan 1 kali dengan SpOG. Ny “S” mengatakan bahwa hari pertama haid terakhir (HPHT)nya yaitu 16 Juli 2024 dengan tafsiran persalinan tanggal 23 April 2025. Dari hasil pengukuran LILA pada Ny “S” didapatkan bahwa LILA mencapai 28 cm, Ny “S” juga melakukan beberapa tes laboratorium antara lain pemeriksaan Hb 13,9 gr% dan golongan darah O. Selama pemeriksaan ANC pada Ny. “S” tidak ditemukan penyulit ataupun komplikasi lainnya. Selama Pemeriksaan Kehamilan di trimester 1 dan 2 Ny. “S” mengeluh mual dan pusing, sedangkan pada ANC ke 3 ini Ny. “S” tidak memiliki keluhan, hal ini mungkin terkait dengan pengalaman yang dimiliki pada kehamilan di waktu lalu.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Ny. “S” datang ke Klinik Bersalin pada tanggal 07 Mei 2025 pukul 05.30, ibu datang dengan diantar keluarganya, mengaku sakit perut menjalar ke pinggang sejak malam hari. Gerakan janin dirasakan kuat, dan menurut ibu ketuban belum pecah. Kala satu ibu terjadi kurang lebih 3 jam 20 menit. Kala dua ibu berlangsung selama kurang lebih 20 menit, kala tiga Ny. “S” berlangsung selama 6 menit, karena persalinan berlangsung dengan lancar maka persalinan ini tidak memerlukan penyuntikan oksitosin kedua. Persalinan kala empat pada Ny. “T” dilakukan observasi selama 2 jam postpartum yaitu setiap 15 menit sekali pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke dua.

3. Asuhan Kebidanan Nifas

Pasien melakukan kunjungan nifas sebanyak 3 kali. Pada kunjungan pertama 6 jam post partum tanggal 07 Mei 2025 didapatkan hasil data subjektif Ny. “S” mengeluh perutnya masih terasa mules. Selain itu pada 7 jam post partum, ibu mengatakan keadaan baik, ibu sudah dapat membuang air kecil (BAK), serta ibu sudah melakukan mobilisasi seperti miring kanan dan memiringkan badan ke kiri, responden dapat berjalan ke toilet tetapi masih dibantu orang lain. Kunjungan nifas ke dua dilakukan pada hari ke 7 yaitu pada tanggal 14 Mei 2025 didapatkan hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, nadi 82x/menit, suhu : 36,6°C, RR 22 x/menit TFUT berada pada pertengahan pusat symfisis, jenis lochea sanguinolenta. Pada kunjungan nifas ke 3 hari ke 21 post partum tanggal 28 Mei 2025, hasil pemeriksaan didapatkan keadaan baik, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36°C, putting susu menonjol, tidak lecet, ASI lancar, ibu tetap menyusui bayinya dan tidak memberikan makanan tambahan apapun dikarenakan ibu ingin memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. TFU tidak teraba, lochea alba.

4. Asuhan Kebidanan Bayi Baru lahir

Pada asuhan bayi baru lahir dilakukan 3 kali kunjungan. Bayi Ny. “S” lahir pada tanggal 07 Mei 2025, pukul 09.10 wib, lahir spontan, sehat, tidak ada cacat bawaan, dan jenis kelamin perempuan, berat badan 3700 gram termasuk dalam batas normal karena

menurut literatur yang mengatakan berat bayi lahir normal 2500- 4000 gram. Segera setelah bayi lahir dilakukan penilaian sepiantas yang meliputi penilaian pada warna kulit, tangisan, dan tonus otot, reflex pada bayi sudah terbentuk. Segera setelah bayi lahir dilakukan penilaian sepiantas yang meliputi penilaian pada warna kulit, tangisan, dan tonus otot. Pada kunjungan kedua bayi dalam keadaan baik – baik saja, Nadi 122 x/menit, RR 48 x/menit, S 36,7°C bayi menangis kuat, gerakan aktif, bayi menyusu dengan kuat, daya hisap kuat, tali pusat sudah lepas bayi mendapatkan cukup ASI tanpa makanan tambahan. Pada kunjungan ketiga pada tanggal 14 Mei 2025 hari ke- 7 postpartum, bayi terlihat sehat, bergerak aktif, menangis kuat, kulit kemerahan, bayi semakin kuat untuk menyusu, daya hisap kuat, bayi mendapat cukup ASI tanpa makanan.

Pembahasan

1) Asuhan Kebidanan Kehamilan

Subjek studi kasus, Ny. "S" (29 tahun), dan suaminya (31 tahun), berada dalam rentang usia yang dianggap ideal untuk kehamilan dan persalinan. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan usia 29 tahun tidak berisiko tinggi⁹, serta menetapkan rentang usia terbaik antara 20-35 tahun. Oleh karena itu, dapat disimpulkan tidak terdapat kesenjangan signifikan antara kondisi demografi pasien dan standar teoretis yang berlaku¹⁰.

Ini adalah kehamilan ketiga Ny. "S". Selama kehamilan, pasien telah memeriksakan diri secara teratur: 3 kali pada trimester pertama, 2 kali pada trimester kedua, dan 1 kali pada trimester ketiga (pada saat laporan ini dibuat). Meskipun pada saat observasi awal kunjungan ANC trimester ketiga baru 1 kali, hal ini belum menunjukkan kesenjangan dengan standar minimal 6 kali kunjungan ANC yang ditetapkan (1 kali TM I, 2 kali TM II, dan 3 kali TM III), karena ibu masih memiliki kesempatan untuk melengkapi standar tersebut¹¹. Diharapkan ibu dapat memenuhi target minimal 3 kali kunjungan di trimester ketiga, atau bahkan lebih. Kebutuhan dasar Ny. "S" selama kehamilan teridentifikasi telah terpenuhi dengan baik. Secara spesifik, dari segi nutrisi, pola makan teratur 3 kali sehari dengan menu

seimbang (nasi, sayur, lauk, air putih) telah memenuhi kriteria mengenai peningkatan kebutuhan gizi dan konsumsi makanan seimbang selama kehamilan. Analisis ini menegaskan tidak adanya kesenjangan antara penerapan praktik pemenuhan nutrisi pasien dengan panduan teoretis kesehatan ibu hamil⁹. Kebutuhan istirahat Ny. "S" terpenuhi sesuai standar teoretis. Pasien tidur malam sekitar 7 jam dan tidur siang sekitar 1 jam. Durasi

ini konsisten sesuai dengan rekomendasi yang menyarankan tidur malam minimal 7-8 jam dan tidur siang 1-2 jam, menunjukkan tidak adanya kesenjangan antara praktik dan teori¹². Demikian pula, aspek *personal hygiene* Ny. "S" terkelola dengan baik melalui rutinitas mandi dua kali sehari. Praktik ini krusial karena ibu hamil cenderung lebih banyak berkeringat, dan menjaga kebersihan area lipatan kulit serta genitalia sangat penting untuk mencegah infeksi, sebagaimana diuraikan⁹. Analisis ini menegaskan kepatuhan pasien terhadap panduan kebersihan yang direkomendasikan. Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) yang diterima Ny. "S" di PMB Lismarini Palembang mencakup sebagian besar komponen dalam pelayanan 12 T sesuai panduan Buku KIA¹³. Layanan yang diberikan meliputi pengukuran tinggi dan berat badan, tekanan darah, LILA, tinggi fundus uteri, penentuan letak dan detak jantung janin, pemberian tablet tambah darah, penentuan status imunisasi TT, tatalaksana kasus, temu wicara/konseling, tes laboratorium, dan pemeriksaan USG. Namun, hasil observasi menunjukkan adanya kesenjangan signifikan pada satu komponen, yaitu Skrining Kesehatan Jiwa yang tidak dilakukan di PMB Lismarini Palembang. Kesenjangan dalam implementasi ini disebabkan oleh keterbatasan sumber daya, yang meliputi minimnya pelatihan tenaga kesehatan terkait skrining kesehatan mental dan ketiadaan instrumen atau alat ukur skrining yang memadai di fasilitas tersebut. Hal ini mengindikasikan adanya area perbaikan yang diperlukan dalam penyediaan layanan ANC komprehensif di fasilitas tersebut.

Ny. "S" memiliki berat badan pra-hamil 65 kg dan mencapai 73 kg pada kunjungan ANC terakhir, menghasilkan total kenaikan berat badan sebesar 8 kg. Melalui

perhitungan, didapatkan *Indeks Massa Tubuh* (IMT) awal ibu adalah 26,4 kg/m², yang mengklasifikasikan ibu dalam kategori *overweight* atau obesitas. Analisis kesesuaian data menunjukkan bahwa kenaikan berat badan sebesar 8 kg tersebut masih berada dalam rentang yang direkomendasikan untuk kategori obesitas (7-11,5 kg)⁹. Hal ini mengindikasikan bahwa manajemen berat badan ibu selama kehamilan berjalan sesuai panduan klinis dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dalam aspek ini.

Tinggi badan Ny. "S" adalah 157 cm. Data ini konsisten dengan standar teoretis⁹ yang menetapkan ambang batas risiko panggul sempit pada tinggi badan < 145 cm. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa Ny. "S" tidak memiliki faktor risiko panggul sempit berdasarkan tinggi badan, menunjukkan ketiadaan kesenjangan antara kondisi fisik ibu dan teori yang relevan. Pengukuran tekanan darah dilakukan pada setiap kunjungan ANC. Hasil pengukuran Ny. "S" adalah 110/80 mmHg. Berdasarkan panduan Buku KIA, tekanan darah normal ibu hamil berkisar 120/80 mmHg, dengan batas risiko hipertensi pada 140/90 mmHg atau lebih. Analisis klinis menunjukkan bahwa tekanan darah Ny. "S" yang sebesar 110/80 mmHg berada dalam rentang normal dan aman, meskipun sedikit di bawah nilai rata-rata standar. Kondisi ini memastikan ibu tidak berisiko mengalami hipertensi dalam kehamilan pada saat pemeriksaan. Kesimpulannya, tidak terdapat kesenjangan yang mengkhawatirkan antara kondisi fisiologis ibu dan standar kesehatan maternal yang berlaku¹³.

Hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) Ny. "S" adalah 28 cm. Angka ini menunjukkan bahwa Ny. "S" berada dalam status gizi yang baik. Analisis ini didukung oleh panduan Buku KIA, yang menetapkan ambang batas Kurang Energi Kronik (KEK) pada LILA < 23,5 cm. Karena hasil pengukuran jauh di atas ambang batas tersebut, dapat disimpulkan bahwa Ny. "S" tidak berisiko mengalami KEK, persalinan prematur, anemia, maupun melahirkan bayi BBLR. Hal ini menegaskan tidak adanya kesenjangan antara hasil temuan klinis dan standar teoretis¹³.

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

pada usia kehamilan 33 minggu didapatkan setinggi pertengahan antara pusat (umbilikus) dan *processus xiphoideus* (PX). Temuan ini konsisten dengan teori yang menyatakan lokasi TFU yang sama untuk usia kehamilan tersebut. Kesesuaian ini mengindikasikan pertumbuhan janin yang adekuat dan tidak adanya kesenjangan antara data klinis dan panduan teoretis perkembangan kehamilan. Hasil pemeriksaan menunjukkan letak janin bagian terbawah adalah kepala, dengan Denyut Jantung Janin (DJJ) normal sebesar 136 kali per menit¹⁴. Data ini selaras dengan teori yang menjelaskan bahwa pada trimester III, presentasi kepala adalah normal dan kepala belum masuk panggul¹⁵. Analisis DJJ menunjukkan kondisi janin yang sehat, karena berada dalam rentang normal (120-160 x/menit), menyingkirkan tanda-tanda gawat janin. Secara keseluruhan, tidak terdapat kesenjangan antara hasil pemeriksaan letak dan DJJ dengan parameter kesehatan janin yang direkomendasikan secara teoretis. Ibu mengaku telah mendapatkan imunisasi TT lengkap, tujuan pemberian TT untuk mencegah terjadinya tetanus pada ibu dan bayi sesuai dengan teori¹³. Dilakukan pemberian tablet zat besi (Fe) dengan dosis 1 tablet per hari (1x1) untuk mencegah anemia selama masa kehamilan hingga persalinan. Sesuai dengan pedoman ibu hamil dianjurkan mengonsumsi minimal 90 tablet tambah darah selama kehamilan¹³, dimulai sejak awal kehamilan. Hingga saat ini, Ny. "S" telah mengonsumsi sebanyak 60 tablet, dan sisa 30 tablet akan diberikan pada kunjungan antenatal berikutnya untuk mencapai jumlah yang dianjurkan.

Pada kasus Ny. "S", hasil tes laboratorium menunjukkan kadar Hemoglobin 13,9 g/dl, golongan darah O, serta hasil negatif untuk HIV, HBSAG, dan Sifilis. Hasil ini sejalan dengan panduan yang menetapkan bahwa pemeriksaan laboratorium sederhana minimal meliputi tes HB, golongan darah, pemeriksaan urin, HIV, dan Sifilis untuk mendeteksi kondisi seperti anemia, sifilis, atau diabetes melitus pada ibu hamil¹³. Oleh karena itu, tidak ditemukan perbedaan antara teori dan praktik dalam aspek ini. Tindakan konseling yang diberikan kepada Ny. "S" mencakup informasi seputar masa kehamilan, pola istirahat, dan tanda-tanda bahaya kehamilan. Hal ini juga konsisten dengan teori yang menekankan pentingnya Komunikasi,

Informasi, dan Edukasi (KIE) oleh tenaga kesehatan selama kehamilan¹³. Dengan demikian, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik dalam pelaksanaan konseling.

Selain itu, pemeriksaan kebidanan, khususnya pemeriksaan Leopold saat usia kehamilan Ny. "S" mencapai 33 minggu, memberikan hasil berikut: TFU berada di pertengahan antara pusat dan *processus xiphoideus*, bokong janin teraba di fundus (Leopold I), punggung janin berada di sebelah kanan dan ekstremitas di sebelah kiri perut ibu (Leopold II), bagian terbawah janin adalah kepala yang belum masuk *Pintu Atas Panggul* (PAP) (Leopold III), serta hasil perlimaian 5/5 atau konvergen (Leopold IV). Hasil ini sesuai dengan teori yang menjelaskan fungsi setiap manuver Leopold: Leopold I untuk mengukur TFU dan mengidentifikasi bagian janin di fundus, Leopold II untuk menentukan posisi punggung dan ekstremitas janin, Leopold III untuk menentukan bagian terbawah, dan Leopold IV untuk mengetahui seberapa jauh bagian terbawah janin telah memasuki PAP⁹. Berdasarkan hasil ini, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik pemeriksaan Leopold.

Saat kunjungan *Antenatal Care* (ANC), Ny. "S" menerima edukasi mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan, yang mencakup sakit kepala hebat, mual muntah berlebihan, kehilangan nafsu makan, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, pembengkakan pada tangan, kaki, dan wajah, serta berkurangnya gerakan janin. Informasi yang disampaikan ini konsisten dengan teori, dimana tanda-tanda bahaya kehamilan meliputi perdarahan, sakit kepala parah, penglihatan kabur, pembengkakan wajah dan ekstremitas, ketuban pecah dini, penurunan gerakan janin, dan nyeri perut hebat¹⁶. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik dalam penyampaian materi edukasi mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan pada kasus Ny. "S".

Pada pemeriksaan subjektif kunjungan ANC kedua, Ny. "S" melaporkan keluhan sakit pinggang. Keluhan ini merupakan hal yang fisiologis pada trimester III, sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa peningkatan berat badan janin pada periode ini menyebabkan perubahan fisiologis, salah satunya adalah sakit pinggang. Bidan

merespons keluhan ini dengan memberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), menyarankan ibu untuk berjalan santai di pagi hari dan memperbaiki posisi tidur menjadi miring ke kiri dengan bantal penyangga guna meredakan nyeri¹⁶. Tindakan bidan ini menunjukkan kesesuaian antara teori dan praktik.

Selanjutnya, pada pemeriksaan fisik kunjungan ANC kedua, dilakukan pemeriksaan Leopold yang menghasilkan temuan berikut: tinggi fundus uteri (TFU) terukur 3 jari di bawah *processus xiphoideus* (setara 31 cm menurut metode McDonald), yang sesuai untuk usia kehamilan 34 minggu. Posisi janin normal dengan presentasi kepala, dan bagian terbawah janin belum masuk *Pintu Atas Panggul* (PAP). Taksiran berat janin (TBJ) diperkirakan 2.945 gram, yang masih dalam kisaran normal. Hasil pemeriksaan ini konsisten dengan teori yang menyatakan bahwa TFU normal pada usia kehamilan 34 minggu adalah sekitar 31 cm dan bagian terbawah janin belum selalu memasuki PAP pada usia kehamilan tersebut. Oleh karena itu, tidak ditemukan kesenjangan antara hasil pemeriksaan klinis yang didapatkan dengan teori yang relevan¹⁷.

Pada pemeriksaan subjektif kunjungan ANC ketiga, Ny. "S" mengeluh sering Buang Air Kecil (BAK). Keluhan ini dianggap fisiologis pada trimester III, sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa pembesaran rahim dan tekanan pada kandung kemih menyebabkan frekuensi BAK meningkat. Untuk mengatasi keluhan ini, ibu disarankan untuk mengurangi asupan cairan di malam hari, namun tetap memastikan kecukupan minum di siang hari guna mencegah dehidrasi¹⁶. Pendekatan ini menunjukkan keselarasan antara teori dan praktik.

Selanjutnya, pada pemeriksaan fisik kunjungan ANC ketiga, dilakukan pemeriksaan Leopold dengan hasil sebagai berikut: tinggi fundus uteri (TFU) terukur 3 jari di bawah *processus xiphoideus* (sekitar 32 cm menurut metode McDonald), yang sesuai untuk usia kehamilan 35 minggu lebih. Posisi janin normal dengan presentasi kepala, dan bagian terbawah janin belum memasuki *Pintu Atas Panggul* (PAP). Taksiran berat janin (TBJ) diperkirakan 3.100 gram.

Mengingat kepala janin belum masuk PAP, ibu dianjurkan untuk meningkatkan mobilisasi, seperti berjalan pagi dan

melakukan gerakan jongkok (misalnya saat mengepel lantai), untuk membantu proses masuknya kepala janin ke PAP. Anjuran dan hasil pemeriksaan ini konsisten dengan teori yang menyatakan bahwa TFU normal pada usia kehamilan 35 minggu adalah sekitar 32 cm¹⁷. Secara keseluruhan, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yang dilakukan. Dalam satu penelitian yang dilakukan oleh Adriani dkk didapatkan bahwa status gravida mempengaruhi seorang ibu untuk rutin melakukan pemeriksaan ANC¹⁸.

2) Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada tanggal 07 Mei 2025, pukul 05.30 WIB, Ny. "S" datang ke PMB Lismarini Palembang dengan keluhan sakit perut yang menjalar ke pinggang, disertai gerakan janin yang masih aktif dan terasa. Keluhan ini merupakan salah satu tanda persalinan, sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa tanda persalinan meliputi nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut depan, dengan interval yang semakin pendek dan intensitas yang semakin kuat, yang berpengaruh pada penipisan dan pembukaan serviks¹⁹. Ny. "S" memasuki masa persalinan pada usia kehamilan 42 minggu 1 hari. Usia kehamilan ini masih sesuai dengan definisi persalinan normal yaitu proses pengeluaran janin spontan pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) presentasi belakang kepala, berlangsung kurang dari 18 jam tanpa komplikasi²⁰.

Kala I persalinan Ny. "S" berlangsung secara fisiologis. Ibu mengalami kontraksi 3 kali dalam 10 menit dengan durasi masing-masing sekitar 35 detik. Pembukaan serviks berlangsung progresif, mencapai 10 cm dalam waktu 3 jam. Setelah pembukaan mencapai 4 cm, Ny. "S" memasuki fase aktif persalinan, ditandai dengan kontraksi yang lebih sering dan kuat. Hal ini sejalan dengan teori yang membagi kala I menjadi fase laten (pembukaan kurang dari 4 cm, kontraksi ringan) dan fase aktif (pembukaan lebih dari 4 cm, kontraksi lebih sering dan kuat, dianggap adekuat jika >3 kali/10 menit dengan durasi >40 detik, kecepatan pembukaan minimal 1 cm/jam)¹⁹.

Selama kala I fase aktif, dilakukan pemantauan komprehensif terhadap kondisi ibu, janin, dan kemajuan persalinan. Pemantauan ibu meliputi pemeriksaan nadi

setiap 30 menit, tekanan darah setiap 4 jam, dan suhu tubuh setiap 2 jam. Pemantauan janin dilakukan dengan memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit. Sementara itu, kemajuan persalinan dinilai melalui evaluasi pembukaan serviks dan penurunan kepala janin setiap 4 jam, serta frekuensi kontraksi uterus setiap 30 menit. Prosedur pemantauan ini sesuai dengan teori yang menekankan pentingnya pengamatan kesejahteraan ibu dan janin serta memastikan kemajuan persalinan yang normal selama kala I²¹.

Ny. "S" telah memasuki kala II persalinan, ditandai dengan munculnya dorongan kuat untuk meneran, kontraksi yang semakin sering dan kuat, peningkatan tekanan pada rektum, penonjolan perineum, dan pembukaan vulva. Tanda-tanda ini konsisten dengan teori yang menyebutkan gejala kala II meliputi keinginan kuat meneran, perineum menonjol, vulva membuka, pengeluaran ketuban meningkat, his lebih kuat (setiap 2-3 menit), dan pembukaan serviks lengkap (10 cm)¹⁹. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yang diamati. Pemeriksaan dalam juga memastikan pembukaan serviks lengkap 10 cm, sesuai dengan tanda inpartu kala II, yang mencakup keinginan meneran, peningkatan tekanan rektum/vagina, perineum menonjol, serta pembukaan vulva/sfingter ani²⁰.

Setelah bayi lahir, dilakukan penilaian awal dan perawatan segera. Bayi dikeringkan menggunakan kain kering di atas perut ibu. Tali pusat diikat dan dipotong secara steril. Selanjutnya, dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan menempatkan bayi tengkurap di dada ibu (*skin-to-skin contact*) selama minimal 1 jam, serta menganjurkan ibu untuk memeluk dan mulai menyusui bayinya. Tindakan-tindakan ini mengikuti 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) secara sistematis untuk keselamatan ibu dan bayi²¹.

Langkah berikutnya setelah kelahiran bayi dan memastikan tidak ada janin kedua adalah pemberian suntikan oksitosin 10 unit secara intramuskular (IM) di sepertiga paha atas bagian luar. Hal ini sesuai dengan panduan yang merekomendasikan pemberian oksitosin IM dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, di paha atas bagian distal lateral, setelah melakukan aspirasi²⁰. Durasi kala II persalinan Ny. "S" adalah 20 menit, dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir. Waktu

ini tergolong normal, sesuai dengan teori yang memperkirakan lama kala II pada multipara (ibu yang sudah pernah melahirkan) sekitar ± 20 menit, dan pada primipara sekitar ± 50 menit¹⁹.

Pada kasus Ny. "S", diamati tanda-tanda pelepasan plasenta yang meliputi semburan darah secara tiba-tiba, pemanjangan tali pusat, dan uterus yang teraba membulat (*globuler*). Temuan klinis ini konsisten dengan teori yang menjelaskan bahwa tanda-tanda solusio plasenta mencakup semburan darah mendadak, uterus membulat dan naik ke rongga abdomen, serta tali pusat memanjang¹⁹. Setelah tanda-tanda tersebut muncul, bidan segera melaksanakan manajemen aktif kala III, yang meliputi pemberian suntikan oksitosin 10 unit secara IM di paha kanan luar ibu, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), dan melakukan masase uterus. Prosedur ini sejalan dengan teori bahwa manajemen aktif kala III. Dengan demikian, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yang dilakukan¹⁹.

Pada saat plasenta lahir, dilakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU). Hasilnya menunjukkan fundus uteri berada setinggi pusat (*sepusat*) dengan kontraksi uterus yang baik. Kondisi ini mengindikasikan bahwa uterus berkontraksi secara adekuat dan risiko perdarahan minimal. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa TFU setinggi pusat dan tonus uterus yang keras setelah melahirkan plasenta adalah indikator keberhasilan manajemen aktif kala III dan pencegahan perdarahan postpartum. Jumlah perdarahan yang dialami Ny. "S" tercatat sekitar ± 100 cc. Jumlah ini berada dalam batas normal perdarahan kala III, yaitu berkisar antara 200 hingga 500 ml. Perdarahan yang minimal ini menunjukkan bahwa manajemen kala III berjalan optimal dan risiko perdarahan postpartum rendah. Secara keseluruhan, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik yang diamati¹⁹.

Pemantauan kala IV persalinan Ny. "S" dilakukan selama dua jam penuh setelah melahirkan. Observasi dilaksanakan secara intensif, yaitu setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam kedua. Selama periode pemantauan tersebut, didapatkan hasil pemeriksaan yang stabil dan normal: tinggi fundus uteri (TFU) teraba 2

jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik (keras), jumlah perdarahan sekitar ± 50 cc, kandung kemih dalam kondisi kosong (tidak penuh), dan tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 87x/menit, suhu 36,6°C, dan pernapasan 23x/menit). Prosedur dan hasil observasi ini sepenuhnya sesuai dengan teori, dimana pemantauan ketat sebaiknya dilakukan pada kala IV, meliputi frekuensi observasi (setiap 15 menit di jam pertama dan setiap 30 menit di jam kedua) serta aspek yang diobservasi (tekanan darah, nadi, suhu tubuh, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan)¹⁹.

3) Masa Nifas

Penulis memberikan asuhan masa nifas kepada Ny. "S" dimulai sejak 7 jam setelah persalinan. Waktu pemberian asuhan ini sesuai dengan teori yang mendefinisikan masa nifas dimulai 2 jam pascaplasenta lahir hingga 6 minggu (42 hari). Teori tersebut juga menguraikan jadwal minimal empat kali kunjungan nifas (KF): KF 1 (6 jam-2 hari), KF 2 (3-7 hari), KF 3 (8-28 hari), dan KF 4 (29-42 hari). Kesesuaian ini menunjukkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan praktik²².

Pada masa nifas awal, Ny. "S" mengeluh perutnya masih terasa mulas. Keluhan ini merupakan kondisi fisiologis karena adanya kontraksi uterus yang membantu proses involusi (pengembalian ukuran rahim). Hal ini selaras dengan teori, dimana kontraksi uterus pada masa nifas, terutama dalam 24 jam pertama, dapat menimbulkan rasa nyeri atau mulas, yang umumnya lebih terasa pada ibu multipara²². Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada 7 jam postpartum, tinggi fundus uteri (TFU) Ny. "S" teraba 2 jari di bawah pusat. Proses involusi uterus mulai terjadi segera setelah lahir bayi, dimana TFU setinggi pusat, kemudian akan menurun secara bertahap hingga tidak teraba di atas simfisis pada 2 minggu, dan kembali normal pada 6-8 minggu postpartum. Selanjutnya, Ny. "S" dianjurkan untuk mengonsumsi sayuran hijau dan memperbanyak minum air putih untuk mendukung produksi ASI. Saran ini sesuai dengan teori yang menekankan pentingnya nutrisi dan cairan adekuat bagi ibu nifas, tidak hanya untuk pemulihan fisik tetapi juga untuk produksi ASI yang esensial bagi

pertumbuhan bayi²².

Ibu juga dianjurkan untuk menjaga kebersihan diri. Anjuran ini didasari oleh teori yang menyebutkan bahwa kebersihan diri yang baik dapat mengurangi risiko infeksi dan meningkatkan kenyamanan ibu²². Ibu disarankan mandi teratur minimal dua kali sehari dan menjaga kebersihan pakaian, tempat tidur, serta lingkungan sekitar. Keseluruhan tindakan ini menunjukkan kesesuaian antara teori dan praktik asuhan nifas.

Ny. "S" mengeluh masih merasakan mulas di perutnya, yang merupakan kondisi fisiologis akibat kontraksi uterus dalam proses pemulihan. Ny. "S" juga melaporkan sudah bisa duduk dan berjalan. Keadaan ini sejalan dengan teori yang menganjurkan ibu bersalin untuk secepatnya bangkit dari tempat tidur dan mulai berjalan secara bertahap, idealnya setelah 2 jam pascapersalinan normal²². Kesesuaian ini menunjukkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

Pada 7 hari postpartum, tinggi fundus uteri (TFU) Ny. "S" teraba di pertengahan antara pusat dan simfisis. Temuan ini konsisten dengan teori TFU akan setinggi pertengahan pusat-simfisis pada 1 minggu postpartum²². Seminggu setelah persalinan, Ny. "S" mengganti pembalut sebanyak dua kali sehari, jumlah yang masih dalam batas normal. Perdarahan postpartum dianggap tidak normal jika melebihi 500 cc dalam 24 jam atau jika pembalut penuh lebih dari dua kali dalam satu jam²².

Pada minggu pertama nifas, luka jahitan perineum Ny. "S" (laserasi derajat II) diobservasi tampak mengering tanpa tanda-tanda infeksi (kemerahan berlebih, nyeri tekan hebat, atau cairan abnormal), mengindikasikan proses penyembuhan normal. Bidan sebaiknya menekankan pentingnya evaluasi luka untuk mencegah infeksi dan perdarahan. Ibu juga menerima edukasi perawatan luka perineum yang meliputi menjaga kebersihan area genital setelah BAK/BAB dengan air bersih/hangat, mencuci tangan sebelum/sesudah mengganti pembalut, dan memasang pembalut dari depan ke belakang untuk mencegah kontaminasi dari anus ke vagina²².

Ny. "S" melaporkan tidak mengalami demam tinggi, sembelit, nyeri saat berkemih, payudara bengkak, puting lecet, cairan

berbau dari jalan lahir, perdarahan hebat, sakit kepala parah, atau pembengkakan ekstremitas. Kondisi ini menunjukkan pemulihan tanpa komplikasi²².

Pada minggu pertama nifas, didapatkan hasil observasi lokia berupa *lochea sanguinolenta* (cairan merah kecoklatan) yang berlangsung selama 4-7 hari. Keseluruhan asuhan menunjukkan kesesuaian antara teori dan praktik. Ny. "S" melakukan kunjungan ulang ke PMB Lismarini Palembang tiga minggu setelah persalinan tanpa mengeluhkan adanya masalah kesehatan. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa tinggi fundus uteri (TFU) sudah tidak teraba di atas simfisis. Temuan ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa TFU pada involusi uterus akan menurun secara bertahap dari setinggi pusat saat lahir hingga tidak teraba di atas simfisis pada sekitar dua minggu pascapartum²².

Pada pemeriksaan lokia (cairan nifas), didapatkan hasil *lochea alba* yang berwarna putih pada hari ke-21 postpartum. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa *lochea alba* biasanya berlangsung selama lebih dari 14 hari pascapersalinan dan berwarna putih. Evaluasi luka jahitan perineum (laserasi derajat II) pada kunjungan minggu ketiga menunjukkan luka telah mengering, tanpa tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, nyeri tekan, atau keluarnya cairan abnormal²².

Terakhir, Ny. "S" dianjurkan untuk mulai menggunakan alat kontrasepsi setelah 42 hari pascapersalinan untuk mencegah kehamilan. Jenis kontrasepsi yang dapat dipilih meliputi KB suntik, pil KB, IUD, implan, metode amenore laktasi (MAL), tubektomi, vasektomi, metode kalender, dan pantang berkala. Rekomendasi ini sejalan dengan teori yang menguraikan berbagai metode kontrasepsi pascapersalinan, baik hormonal, non-hormonal, maupun alami. Secara keseluruhan, seluruh hasil pemeriksaan dan intervensi yang diberikan menunjukkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan praktik asuhan kebidanan pada Ny. "S"²².

4) Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. "S" lahir secara spontan pervaginam pada usia kehamilan 42 minggu 1 hari, dalam kondisi sehat, menangis kuat, dengan berat badan 3700 gram dan panjang

badan 47 cm. Hasil pemeriksaan satu jam pertama menunjukkan suhu 36,6°C, frekuensi nadi 120x/menit, dan pernapasan 40x/menit. Data ini sesuai dengan kriteria bayi baru lahir normal menurut teori yaitu lahir spontan pada usia kehamilan 37–42 minggu, berat 2500–4000 gram, nilai Apgar ≥ 7 , dan tanda vital dalam rentang normal²³.

Lingkar kepala bayi saat lahir adalah 35 cm, yang normal berdasarkan teori bahwa kisaran normal lingkar kepala bayi baru lahir adalah 33–35 cm. Penilaian Apgar dilakukan pada menit ke-1, ke-5, dan ke-10 dengan hasil 9/9/10, menunjukkan bayi dalam kondisi baik dan normal, sesuai teori Fitriana et al. (2021) yang menyatakan nilai Apgar ≥ 7 mengindikasikan bayi sehat. Refleks dasar bayi, seperti refleks terkejut (*Moro*), menggenggam (*palmar grasp*), mencari puting (*rooting*), dan menghisap (*sucking*), sudah terbentuk dengan baik sejak lahir²³.

Dalam satu jam pertama setelah lahir, bayi menerima perawatan profilaksis: salep mata kloramfenikol diberikan pada pukul 10.00 WIB untuk mencegah infeksi jalan lahir, dan suntikan vitamin K1 1 mg di paha kiri diberikan pada waktu yang sama untuk mencegah perdarahan. Pada pukul 11.00 WIB, imunisasi Hepatitis B (HBO) 0,5 cc diberikan di paha kanan. Prosedur ini sesuai dengan teori mengenai standar perawatan bayi baru lahir, termasuk pemberian salep mata, vitamin K1, dan imunisasi HBO. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dilakukan saat bayi berusia 1 jam dengan meletakkan bayi di dada ibu²⁰. IMD wajib dilakukan dalam satu jam pertama (*golden hour*) untuk merangsang refleks menyusu alami bayi.

Pemeriksaan anus segera setelah lahir memastikan tidak adanya kelainan kongenital seperti atresia ani. Lubang anus bayi Ny. "S" normal dan telah mengeluarkan mekonium dalam 24 jam pertama, sesuai teori dimana bidan harus melakukan pemeriksaan anus untuk memastikan fungsi saluran cerna normal. Observasi terhadap tanda-tanda bahaya bayi baru lahir—seperti tidak mau menyusu, tali pusat berbau/merah, demam, pernapasan abnormal, kelemahan, tangisan/erangan, atau kulit kuning—dilakukan dan hasilnya menunjukkan bayi dalam keadaan sehat. Hasil ini sesuai dengan teori yang menjabarkan berbagai tanda bahaya pada bayi baru lahir²⁰.

Ibu dan bayi Ny. "S" datang ke PMB

Lismarini Palembang untuk kunjungan ulang tanpa keluhan.

Pada usia 2 hari, tali pusat bayi masih dalam proses pengeringan. Observasi menunjukkan tali pusat bersih, kering sebagian, dan tanpa tanda infeksi (kemerahan, bengkak, atau bau), menandakan perawatan tali pusat dilakukan dengan benar. Hal ini sesuai dengan teori yang menganjurkan tentang prinsip perawatan tali pusat yaitu tali pusat harus tetap kering, bersih, dan terbuka untuk mencegah infeksi dan mempercepat pelepasan alami. Observasi tanda bahaya bayi baru lahir—seperti kesulitan menyusu, tali pusat berbau/merah, demam, pernapasan abnormal, kelemahan, tangisan/erangan, atau kulit kuning—dilakukan, dan bayi didapatkan dalam keadaan sehat²³.

Tali pusat bayi Ny. "S" telah lepas dan kering, menunjukkan bahwa perawatan yang dilakukan sudah baik dan benar. Tujuan perawatan tali pusat adalah menjaganya tetap kering dan bersih untuk mencegah infeksi pada bayi baru lahir. Ibu dan bayi direncanakan untuk kembali satu bulan kemudian untuk jadwal imunisasi rutin. Imunisasi BCG diberikan secara intrakutan pada tanggal 7 Juni 2025 dengan dosis 0,05

cc. Tindakan pemberian imunisasi ini sejalan dengan teori yang menjelaskan bahwa imunisasi dasar bertujuan untuk memberikan kekebalan tubuh aktif terhadap penyakit tertentu dengan memasukkan zat spesifik ke dalam tubuh bayi²³. Secara keseluruhan, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik yang dilakukan dalam asuhan neonatus ini.

Pada kunjungan ke PMB Lismarini Palembang saat bayi berusia 21 hari, ibu dan bayi dalam kondisi sehat tanpa keluhan. Tali pusat bayi telah lepas, dan kondisi bayi secara umum sehat serta menunjukkan tumbuh kembang yang normal. Hal ini konsisten dengan teori yang menyatakan bahwa bayi baru lahir yang normal akan menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan sesuai usia tanpa adanya tanda bahaya atau keluhan, mengindikasikan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik²³. Area bekas tali pusat atau umbilikus bayi Ny. "S" telah sembuh sempurna pada usia 21 hari. Tali pusatnya sudah lepas, dan area tersebut tampak kering, bersih, tanpa tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau cairan abnormal. Kondisi ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa umbilikus yang dirawat bersih dan kering

umumnya sembuh dalam 1–2 minggu setelah tali pusat puput²².

Hasil observasi lebih lanjut menunjukkan bahwa bayi Ny. "S" aktif menyusu, suhu tubuh normal, tidak mengalami muntah berlebihan atau diare, dan memiliki pernapasan yang teratur. Kondisi ini menandakan bayi tidak mengalami tanda bahaya. Penemuan ini sejalan dengan teori yang mengidentifikasi tanda-tanda bahaya pada bayi usia 0-28 hari, seperti keengganan menyusu, demam, kejang, gangguan pernapasan, muntah hijau, diare persisten, lemas, atau infeksi. Keseluruhan temuan ini menunjukkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan praktik asuhan kebidanan²².

Kesimpulan

Asuhan kebidanan secara komprehensif telah diberikan kepada Ny. "S" di PMB Lismarini, mencakup seluruh rangkaian proses reproduksi mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga perawatan bayi baru lahir, berlangsung dari tanggal 06 Maret sampai dengan 28 Mei 2025. Selama pelaksanaan asuhan yang holistik dan berkesinambungan ini, tidak ditemukan adanya komplikasi, penyulit, atau kondisi patologis yang signifikan. Kelancaran proses ini mengindikasikan bahwa seluruh asuhan yang diberikan oleh bidan telah sesuai dengan standar operasional prosedur dan kompetensi profesional yang dipersyaratkan. Menjelang penutupan masa asuhan, bidan memberikan konseling mendalam mengenai pentingnya pengaturan jarak kehamilan melalui penggunaan alat kontrasepsi. Setelah mendapatkan informasi yang memadai, Ny. "S" memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi jenis kondom. Pendekatan pelayanan *continuity of care*, atau asuhan kebidanan komprehensif yang terintegrasi sejak dini kehamilan hingga program keluarga berencana, merupakan strategi penting dalam upaya kesehatan masyarakat untuk menekan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) secara efektif

Saran

Disarankan kepada seluruh tenaga kesehatan, khususnya para bidan yang bertugas di Klinik Mitra Ananda untuk senantiasa menjaga, memelihara, dan terus

meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Upaya ini krusial untuk memastikan standar asuhan yang tinggi dapat dipertahankan secara konsisten pada setiap tahapan, baik pada ibu hamil, bersalin, nifas, maupun pada bayi baru lahir normal.

Daftar Pustaka

1. WHO. 2023. Trends In Maternal Mortality 2000 To 2020: Estimates. Geneva : WHO
2. ASEAN Statistics. (2022). ASEAN Statistical Yearbook 2021. In *ASEAN Statistics* (Vol. 18)
3. Sibuea. F. 2024. Profil Kesehatan Indonesia 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan
4. Dinkes Sumatera selatan. 2023. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan 2023. Dinkes Provinsi Sumatera Selatan
5. Dinkes Sumatera Selatan. 2024. Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan.
6. Dinas Kesehatan Kota Palembang. 2023. Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan
7. Rekam Medis PMB Lismarini. 2025. Palembang : PMB Lismarini
8. Kemenkes RI. (2021). Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana. *Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1(November), 1–286.
9. Walyani. 2023. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta. Pustaka Baru Press
10. Herliani, dkk. 2024. Buku Ajar Asuhan Kehamilan. Yogyakarta.Pustaka Baru Press
11. Sibuea. F. 2022. Profil Kesehatan Indonesia 2021. Jakarta: Kementerian Kesehatan
12. Poerwaningsih,S. 2022. Penerapan Standar Asuhan Kebidanan Pada ibu hamil Fisiologis Trimester I. NTB : Pusat Pengembangan Pendidikan dan Penelitian Indonesia.
13. Buku KIA. 2024. Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta : Kemetrian Kesehatan RI
14. Pratiwi. 2022. Patologi Kehamilan. Yogyakarta. Pustaka Baru Press.
15. Arum dkk. 2023. Generasi Berkualitas. In *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.
16. Susanto dan Fitriana,. 2021. *Asuhan pada kehamilan*.Yogyakarta : Pustaka Baru Press
17. Fauziah, & Kasmianti. 2023. Asuhan Kebidanan Menentukan Umur Kehamilan. In *Angewandte Chemie International*

- Edition, 6(11), 951–952.* Malang, PT.Literasi nusantara abadi grup
18. Adriani. 2023. Hubungan Usia Dan Gravida Terhadap Kunjungan Anc. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan, 13(26)*, 1–10.
<https://doi.org/10.52047/jkp.v13i26.254>
 19. Dyah dkk. 2023. Konsep Asuhan Kebidanan. In *Journal GEEJ* (Vol. 7, Issue 2)
 20. Hidayah, dkk. 2023. Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta. CV Budi Utama.
 21. Fitriana, 2022. Asuhan Persalinan. Yogyakarta. PT. Pustaka Baru
 22. Pratama, 2023. Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui. Yogyakarta. CV. Budi Utama
 23. Sari. 2020. Bayi Baru Lahir Dengan Asfiksia. *Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952.*, Mi, 5–2

