BAB III

TINJAUAN KASUS

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL PADA NY. Y G4P2A1 DI KLINIK UTAMA AL-FAIHA MEDIKA KOTA BANDUNG 2025

2.7 KUNJUNGAN ANC I

No. Reg : 00054502

Hari/Tanggal : Senin, 28/04/2025

Wkt. Pengkajian : 13.00 WIB

Nama Pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Klinik Utama Al-Faiha

A. DATA SUBYEKTIF

1. ANAMNESA

Identitas	Istri	Suami
Nama	Ny. Y	Tn. J
Umur	40 Thn	41 Thn
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	IRT	Satpam

Suku Bangsa	WNI	WNI
Golongan Darah	A	-
Alamat	Jl. Parakan Saat 1/6, Cisaranten Endah	
No.Telp/HP	083861459177	083861459177

Keluhan Utama : Ibu mengatakan ingin memeriksa kehamilannya dan mengeluh sakit perut bagian bawah dan mengeluh lebih HPL

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma , TBC dan penyakit lain yang kronis, yang dapat memperberat atau diperberat oleh keadaan setelah melahirkan, menular ataupun berpotensi menurun, tidak ada alergi.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu rutin memeriksakan kehamilannya di puskesmas, klinik dan dokter setiap bulan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Ibu mulai merasakan pergerakan janin sejak usia kehamilan 16 minggu atau 4 bulan, gerakan janin sekarang masih dirasakan lebih dari 8 kali. Ini adalah kehamilan ke empat. Ibu sudah mendapatkan suntik TT 2 kali. Ibu memeriksa kehamilannya pada usia kehamilan 8 minggu atau 2 bulan pada tanggal 20/09/2024.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang sedang memiliki riwayat penyakit hipertensi, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang menular ataupun berpotensi menurun.

3. Riwayat Menstruasi

Usia Haid : 14 tahun

Siklus : 28 hari, teratur

Lama : 4 Hari

Banyak : Pada hari ke 1 dan 2 haid banyak, 3x ganti pembalut

Keluhan : Tidak ada

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

No.	Hamil	Partus Oleh	Hidup/ Mati	BB/PB	Penyulit	Normal/ Operasi
1.	2004	Dokter	M	500 gr	-	Kuret
2.	2005	Bidan	H	3500 gr / 52 cm	Tidak ada	Normal
3.	2013	Bidan	H	3500 gr / 52 cm	Tidak ada	Normal
4.	Hamil ini					

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

1). HPHT : 19/07/2024

2). TP : 26/04/2025

3). Usia Kehamilan : 40 minggu

4). Kapan awal merasakan gerakan janin : 16 minggu, gerak aktif ± 8 kali/hari.

5). Pergerakan dirasakan dalam 24 jam terakhir : 12.30 WIB, sebentar tapi sering, selama 10 detik.

6). Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

7). Obat yang dikonsumsi : Tablet Fe, 1x1, Kalsium 1x1, Vitamin 1x1, Asam Folat 1x1 (Resep obat dari Dr.Sp.OG)

6. Riwayat ANC

Trimester II		Trimester III			
19/11/2024 PKM	21/01/2025 PKM	25/02/2025 PKM	18/03/2025 PKM	05/04/2025 Klinik	29/04/2025 Klinik
17 minggu	25 minggu	29 minggu	33 minggu	37 minggu	40 minggu
BB : 64 kg	67,7 kg	68,9 kg	71,5 kg	73,7 kg	75, 3
TB : 155 cm	-	-	-	-	-
LL : 23,5 cm	-	-	-	-	-
DJJ : Ballotement, BJA (+)	Ballotement, DJJ 145 x/menit	140 x/menit	140 x/menit	141 x/menit	131 x/menit
TFU : Pertengahan pusat simfisis dan pusat	20 cm	28 cm	30 cm	30 cm	34 cm
TD : 120/80 mmHg	110/80 mmHg	110/60 mmHg	110/70 mmHg	137/79 mmHg	130/70 mmHg
Obat	Tablet Fe	Asam Folat Vitamin	Asam folat, Kalsium	Kalsium	Kalsium
HB Gol. Dar	11,0 gr/dl A				12,9

Sifilis HIV HbsAg GDs	NR NR NR 91				

7. Keluhan-keluhan pada :

   a. Trimester I : Mual-mual, tidak menggangu aktifitas

   b. Trimester II : Tidak ada

   c. Trimester III : Sakit pinggang, sakit perut bagian bawah, tidak mengganggu aktifitas

8. Riwayat Imunisasi TT

   TT 1 : Sudah pernah, tahun 2004 puskesmas

   TT 2 : Sudah pernah, tahun 2004, puskesmas

   TT 3 : Sudah pernah, tahun 2008, puskesmas

   TT 4 : Sudah pernah, tahun 2024, puskesmas

9. Riwayat Kontrasepsi

   Anak :

   1. 2004, AB, 6 bulan atau 24 minggu, M, keluar sendiri, tidak dikuret, Di RS, 500gr,

   2. 18/3/2005, Bidan, H, 3500 gr/52 cm, normal, aterm, 20 thn, suntik 3 bulan, dari tahun 2005, selama 8 tahun

   3. 24/01/2013, Bidan, H, 3500 gr/52 cm, normal, aterm, 12 thn, suntik 3 bulan, dari tahun 2013, selama 2 tahun

10. Pola Kesehatan

Pola	Keterangan	
	Sebelum Hamil	Sesudah Hamil
Nutrisi	Ibu makan 3 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, sayur, daging, buah, air putih ± 8 gelas/hari. Ibu tidak memiliki keluhan dalam pemenuhan nutrisi serta nafsu makan baik.	Pada trimester 3 ini. Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi 1 porsi nasi, daging, sayur, buah, air putih, susu ± 8 gelas. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik.
Eliminasi	BAK : sebanyak 4-5 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 3-4 hari konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.	BAK : 5 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB : sebanyak 1 kali dalam 2 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kecolatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang 2 jam/hari. Ibu tidur pada malam hari 7-8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.	Ibu tidur siang 2 jam/hari. Ibu tidur pada malam hari 7-8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.
Aktivitas	Di rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak dan mengasuh anak, ibu tidak memiliki kegiatan tertentu diluar rumah.	Di rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak dan mengasuh anak, sementara saat di luar rumah ibu tidak memiliki kegiatan tertentu.
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, gosok gigi 2 kali/sehari, keramas 1 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari	Mandi 2 kali/hari, gosok gigi 2 kali/hari, keramas 1 kali/sehari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 3 kali/hari.
Seksualitas	1 kali/minggu dan ibu tidak	1 kali/bulan dan ibu tidak

	memiliki keluhan dalam pola seksualitas	memiliki kelelahan dalam pola seksualitas.

11. Riwayat Ekonomi, Psikososial dan Spititual

a. Ibu mendapatkan dukungan dari suami dan keluarga dalam kehamilannya

b. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami

c. Rencana tempat dan penolong : Klinik Al-faiha/ Bidan

d. Status Perkawinan : Kawin, Usia pada saat menikah 16 tahun (Istri) dan 17 tahun (suami), Berapa kali menikah 1 kali, 20 tahun pernikahan, pada tanggal 8/6/2003

e. Persiapan keuangan untuk bersalin : 3 juta

f. Persiapan perlengkapan bayi : Sudah di persiapkan seperti pernel, popok, topi dan sarung tangan dll.

g. Persiapan jaminan kesehatan : BPJS

h. Persiapan donor darah : Sudah ada dari keluarga

i. Kendaraan : Pribadi motor dan mobil meminjam atau ambulan.

B. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan Umum

a. Kesadaran : Composmetis

b. Keadaan Emosi : Stabil

c. BB sebelum hamil : 63 kg

d. BB sesudah hamil : 75 kg

d. TB : 150 cm

d. Lila : 23,5 cm

e. IMT : 28

2. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

a. Tensi : 120/80 mmHg

b. Nadi : 85 x/menit

c. Respirasi : 20 x/menit

d. Suhu : 36,7°C

3. Pemeriksaan Fisik

1. Rambut dan kepala	Inspeksi : Rambut berwarna hitam, bersih, lurus. Palpasi : Simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak rontok
2. Muka, Mata, Telinga, Hidung	- Inspeksi Muka : Simetris, tidak ada luka. Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Mata : Simetris kanan dan kiri, tidak ada oedema dan pembengkakan, sklera putih tidak kuning dan kemerahan, konjungtiva merah muda tidak pucat, pupil isokor, penglihatan jelas, bola mata gerak aktif, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Telinga : Simetris kanan dan kiri, ukuran normal, warna normal, tidak ada luka, bersih, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu pendengaran Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Hidung : Simetris, tidak ada keluar cairan, tidak ada luka, tidak ada kelainan.

	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
3. Mulut	Inspeksi : Simetris, warna merah muda, tidak ada labioschizis dan palatoschizis, gusi merah muda; tidak ada perdarahan dan kelainan; gigi ada yang berlubang dua bagian gigi gusi atas dan bawah; tidak ada sisa makanan; tonsil normal, lidah merah muda; bersih; tidak ada luka dan perdarahan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan.
4. Leher	Inspeksi : Simetris, gerak aktif Palpasi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada kelenjar tiroid, tidak ada kelenjar limfe, tidak ada kelenjar KGB, tidak ada peningkatan vena jugularis,.
5. Dada	Inspeksi : Simetris, bersih, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Auskultasi : Paru-paru : Tidak ada suara wheezing dan ronchi Jantung : Suara jantung normal, frekuensi 118 x/menit.
6. Payudara	Inspeksi : Simetris kanan dan kiri, bersih, puting susu menonjol, tidak berbau, tidak lecet, areola hitam, tidak ada benjolan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, ukuran payudara normal, tidak ada reaksi dimpling, tidak ada kelenjar.
7. Abdomen	Inspeksi : Simetris, pusar menonjol, tidak ada benjolan, linea nigra terlihat, tidak ada bekas luka jahitan operasi. TFU menurut mc.donald : 32 cm TBJ : 3.000 gr Palpasi untuk mengetahui letak dan presentasi janin menurut Leopold : Leopold I : Di fundus teraba kurang bundar, lunak, tidak

	melenting terkesan seperti bokong. Leopold II : Diperut kanan teraba panjang, keras, datar terkesan seperti punggung. Di sebelah kiri teraba benjolan-benjolan kecil terkesan seperti ekstremitas janin. Leopold III : Di atas simpisis teraba keras, bulat, melenting terkesan seperti kepala. Leopold IV : Belum masuk PAP 5/5, Konvergen Djj : 130 x/menit, reguler Kandung kemih : Kosong
8. Genetalia	Inspeksi : Bersih, tidak ada jamur, tidak ada luka. Palpasi : Labia mayora dan minora tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelenjar bartolin, tidak ada kelenjar skene, tidak ada pengeluaran nanah berdarah.
9. Anus	Inspeksi : Tidak ada haemoroid dan tidak ada kelainan.
10. Ekstremitas Atas dan Bawah	Inspeksi : Simetris kanan dan kiri Palpasi : Jumlah jari 5/5 lengkap, kuku tidak pucat, ektremitas gerak aktif, refleks positif, refleks patela +/+, tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada turgor kulit.

4. Data Penunjang

a. Pemeriksaan Hb : 12,9 gr/dl (20/04/2025)

b. Sifilis/HIV : Non-Reaktif

c. HBSAG : Non-Reaktif

d. USG : 25/2/2025 (Ket : cukup, Letak : kepala, plasenta : corpus anterior)

e. Urine Protein : Tidak dilakukan pemeriksaan

f. Glukosa : 129 gr/dl (20/04/2025)

C. ASSESMENT / ANALISIS

Diagnosa : Ny. Y usia 40 tahun G4P2A1 gravida 40 mgg janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala dengan serotinus

Masalah : Tidak ada

D. PLANNING/PERENCANAAN

1. Melakukan anamnesa kepada ibu.

(Ev : Ibu koperatif dalam hal yang ditanyakan oleh bidan).

2. Melakukan pemeriksaan fisik ibu hamil.

(Ev : Didapatkan dalam batas normal).

3. Menganjurkan ibu untuk istirahat dan nutrisi yang cukup.

(Ev : Ibu mengerti).

4. Memberikan konseling tentang keluhan kehamilannya.

(Ev : Ibu mengetahui).

5. Memberitahu tanda bahaya pada kehamilan.

(Ev : Misalnya perdarahan, pandangan kabur, nyeri ulu hati)

6. Memberitahu ibu untuk memantau gerakan janin minimal 8-10 x sehari.

(Ev : Ibu mengerti).

7. Memberitahu ibu untuk persiapan persalinan.

(Ev : Ibu dan keluarga sudah mempersiapkan).

8. Memberitahu ibu untuk menghitung kontraksi jika ada.

(Ev : Ibu mengerti).

9. Memberitahu ibu untuk segera ke klinik jika ada keluar air-air dari jalan lahir.

(Ev : Ibu mengerti).

10. Memberitahu ibu untuk kunjungan kembali 3 hari kemudian untuk USG 1/5/2025

(Ev : Ibu mengerti dan jika ibu bersedia).

Penatalaksanaan Kunjungan Ibu hamil

Waktu	Penatalaksanaan
13.00 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
13.05 WIB	Melakukan pemeriksaan fisik ibu hamil
13.07 WIB	Menganjurkan ibu untuk istirahat dan nutrisi yang cukup
13.08 WIB	Memberikan konseling tentang keluhan kehamilannya
13.10 WIB	Memberitahu tanda bahaya pada kehamilan.
13.12 WIB	Memberitahu ibu untuk memantau gerakan janin minimal 8-10 x sehari
13.14 WIB	Memberitahu ibu untuk persiapan persalinan
13.16 WIB	Memberitahu ibu untuk menghitung kontraksi jika ada
13.18 WIB	Memberitahu ibu untuk segera ke klinik jika ada keluar air-air dari jalan lahir

PADA NY. Y G4P2A1 DI KLINIK UTAMA AL-FAIHA MEDIKA

KOTA BANDUNG 2025

2.8 KUNJUNGAN ANC II

No. Reg : 00054502

Hari/Tanggal : Sabtu, 03/05/2025

Wkt. Pengkajian : 20.00 WIB

Nama Pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Klinik Utama Al-Faiha

A. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan merasa mules-mules semakin sering, nyeri perut bagian bawah

2. Riwayat ANC

Trimester II		Trimester III			
19/11/2024 PKM	21/01/2025 PKM	25/02/2025 PKM	18/03/2025 PKM	05/04/2025 Klinik	29/04/2025 Klinik
17 minggu	25 minggu	29 minggu	33 minggu	37 minggu	40 minggu
BB : 64 kg	67,7 kg	68,9 kg	71,5 kg	73,7 kg	75, 3
TB : 155 cm	-	-	-	-	-
LL : 23,5 cm	-	-	-	-	-
DJJ : Ballotement, BJA (+)	Ballotement DJJ 145 x/menit	140 x/menit	140 x/menit	141 x/menit	131 x/menit
TFU :	20 cm	28 cm	30 cm	30 cm	34 cm

Pertengahan pusat simfisis dan pusat					
TD : 120/80 mmHg	110/80 mmHg	110/60 mmHg	110/70 mmHg	137/79 mmHg	130/70 mmHg
Obat	Tablet Fe	Asam Folat Vitamin	Asam folat, Kalsium	Kalsium	Kalsium
HB Gol. Dar Sifilis HIV HbsAg GDs	11,0 gr/dl A NR NR NR 91				12,9

a. Riwayat kehamilan sekarang : G4P2A1

b. HPHT : 19/07/2024

c. Tafsiran persalinan : 26/04/2025

d. Usia kehamilan : 41 minggu

e. Gerakan janin pertama : 16 minggu

f. Gerakan janin sekarang : Aktif > 8 x sehari, terakhir jam 19.00 WIB sebentar tapi sering, selama 10 detik

g. Riwayat ANC : 4x di PKM, 1x Klinik, 1x di Dokter selama hamil

h. Riwayat imunisasi : 2 kali (di puskesmas)

i. Obat yang di konsumsi : Ibu mengatakan mengkonsumsi Tablet Fe 1x1, Kalsium

1x1, Vitamin 1x1, Asam Folat 1x1 (Resep obat dari Dr.Sp.OG)

3. Riwayat Menstruasi

Usia Haid : 14 tahun

Siklus : 28 hari, teratur

Lama : 4 Hari

Banyak : Banyak pada hari ke 1 dan 2, 3x ganti pembalut

Keluhan : Tidak ada

3. Riwayat Obstetri

Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No.	Hamil	Partus Oleh	Hidup/ Mati	BB/PB	Penyulit	Normal/ Operasi
1.	2004	Dokter	M	500 gr	-	Kuret
2.	2005	Bidan	H	3500 gr / 52 cm	Tidak ada	Normal
3.	2013	Bidan	H	3500 gr / 52 cm	Tidak ada	Normal
4.	Hamil ini					

5. Riwayat Ginekologi

Tidak ada kelainan

6. Riwayat Kontrasepsi

Anak 1, 2004, AB, 6 bulan atau 24 minggu, M, keluar sendiri, tidak dikuret, Di RS, 500gr.

Anak 2, 18/3/2005, Bidan, H, 3500 gr/52 cm, normal, aterm, 20 thn, suntik 3 bulan, dari tahun 2005, selama 8 tahun.

Anak 3, 24/01/2013, Bidan, H, 3500 gr/52 cm, normal, aterm, 12 thn, suntik 3 bulan, dari tahun 2013, selama 2 tahun.

7. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hepatitis, jantung, ginjal, asma , TBC dan penyakit lain yang kronis, yang dapat memperberat atau diperberat oleh keadaan setelah melahirkan, menular ataupun berpotensi menurun, tidak ada alergi.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu rutin memeriksakan kehamilannya di puskesmas, klinik dan dokter setiap bulan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Ibu mulai merasakan pergerakan janin sejak usia kehamilan 16 minggu atau 4 bulan, gerakan janin sekarang masih dirasakan lebih dari 8 kali. Ini adalah kehamilan ke empat. Ibu sudah mendapatkan suntik TT 2 kali. Ibu memeriksa kehamilannya pada usia kehamilan 8 minggu atau 2 bulan pada tanggal 20/09/2024.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang sedang memiliki riwayat penyakit hipertensi, hepatitis, jantung, ginjal, asma, TBC dan penyakit lain yang menular ataupun berpotensi menurun.

8. Pola Kesehatan

Pola	Keterangan	
	Sebelum Hamil	Sesudah Hamil
Nutrisi	Ibu makan 3 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, sayur, daging, buah, air putih ± 8 gelas/hari. Ibu tidak memiliki keluhan dalam pemenuhan nutrisi serta nafsu makan baik.	Pada trimester 3 ini. Ibu makan 3 kali/hari, dengan porsi 1 porsi nasi, daging, sayur, buah, air putih, susu ± 8 gelas. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan nafsu makan baik.
Eliminasi	BAK : sebanyak 4-5 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB sebanyak 1 kali dalam 3-4 hari konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan.	BAK : 5 kali/hari, konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB : sebanyak 1 kali dalam 2 hari, konsistensi padat lunak, berwarna kecolatan, tidak ada keluhan.
Istirahat	Ibu tidur siang 2 jam/hari. Ibu tidur pada malam hari 7-8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.	Ibu tidur siang 2 jam/hari. Ibu tidur pada malam hari 7-8 jam/hari, tidak ada gangguan pola tidur.
Aktivitas	Di rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak dan mengasuh anak, ibu tidak memiliki kegiatan tertentu diluar rumah.	Di rumah ibu melakukan kegiatan membereskan rumah, memasak dan mengasuh anak, sementara saat di luar rumah ibu tidak memiliki kegiatan tertentu.
Personal Hygiene	Mandi 2 kali/hari, gosok gigi 2 kali/sehari, keramas 1 kali/hari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 2 kali/hari	Mandi 2 kali/hari, gosok gigi 2 kali/hari, keramas 1 kali/sehari, mengganti baju 2 kali/hari, mengganti celana dalam 3 kali/hari.
Seksualitas	1 kali/minggu dan ibu tidak	1 kali/bulan dan ibu tidak

	memiliki keluhan dalam pola seksualitas	memiliki kelelahan dalam pola seksualitas.

9. Riwayat Perkawinan

Menikah 1x, 21 tahun pernikahan

10. Riwayat Psikologi

Ibu sangat senang dengan kehamilannya, keluarga mendukung, pengambilan keputusan dilakukan bersama-sama dengan suami.

11. Rencana Persalinan

Ibu rencana melahirkan di Klinik, penolong Bidan, pendamping persalinan suami, transportasi mobil dan motor, persiapan biaya menggunakan BPJS dan umum, perlengkapan sudah siap.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Emosi : Baik

b. Kesadaran : Composmetis

c. Tanda-tanda vital

TD : 125/80 mmHg

N : 85 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,5 C

2. Pemeriksaan Fisik

1. Rambut dan kepala	Inspeksi : Rambut berwarna hitam, bersih, lurus. Palpasi : Simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan,

	tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak rontok
2. Muka, Mata, Telinga, Hidung	- Inspeksi Muka : Simetris, tidak ada luka. Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Mata : Simetris kanan dan kiri, tidak ada oedema dan pembengkakan, sklera putih tidak kuning dan kemerahan, konjungtiva merah muda tidak pucat, pupil isokor, penglihatan jelas, bola mata gerak aktif, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Telinga : Simetris kanan dan kiri, ukuran normal, warna normal, tidak ada luka, bersih, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu pendengaran Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Hidung : Simetris, tidak ada keluar cairan, tidak ada luka, tidak ada kelainan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
3. Mulut	Inspeksi : Simetris, warna merah muda, tidak ada labioschizis dan palatoschizis, gusi merah muda; tidak ada perdarahan dan kelainan; gigi ada yang berlubang dua bagian gigi gusi atas dan bawah; tidak ada sisa makanan; tonsil normal, lidah merah muda; bersih; tidak ada luka dan perdarahan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan.
4. Leher	Inspeksi : Simetris, gerak aktif

	Palpasi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada kelenjar tiroid, tidak ada kelenjar limfe, tidak ada kelenjar KGB, tidak ada peningkatan vena jugularis,.
5. Dada	Inspeksi : Simetris, bersih, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Auskultasi : Paru-paru : Tidak ada suara wheezing dan ronchi Jantung : Suara jantung normal, frekuensi 118 x/menit.
6. Payudara	Inspeksi : Simetris kanan dan kiri, bersih, puting susu menonjol, tidak berbau, tidak lecet, areola hitam, tidak ada benjolan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, ukuran payudara normal, tidak ada reaksi dimpling, tidak ada kelenjar.
7. Abdomen	Inspeksi : Simetris, pusar menonjol, tidak ada benjolan, linea nigra terlihat, tidak ada bekas luka jahitan operasi. TFU menurut mc.donald : 34 cm TBJ : 3.500 gr Palpasi untuk mengetahui letak dan presentasi janin menurut Leopold : Leopold I : Di fundus teraba kurang bundar, lunak, tidak melenting terkesan seperti bokong. Leopold II : Diperut kanan teraba panjang, keras, datar terkesan seperti punggung. Di sebelah kiri teraba benjolan-benjolan kecil terkesan seperti ekstremitas janin. Leopold III : Di atas simpisis teraba keras, bulat, melenting terkesan seperti kepala. Leopold IV : Sudah masuk PAP 4/5, Divergen

	Kandung kemih : Kosong Djj : 135 x/menit, reguler His : 2 x 10’ 20”
8. Genetalia	Inspeksi : Bersih, tidak ada jamur, tidak ada luka. Palpasi : Labia mayora dan minora tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelenjar bartolin, tidak ada kelenjar skene, tidak ada pengeluaran nanah berdarah. VT : v/v : T.a.k PO : Tebal kaku Pem : 2-3 cm Ket : Utuh Pres : Kepala
9. Anus	Inspeksi : Tidak ada haemoroid dan tidak ada kelainan.
10. Ekstremitas Atas dan Bawah	Inspeksi : Simetris kanan dan kiri Palpasi : Jumlah jari 5/5 lengkap, kuku tidak pucat, ektremitas gerak aktif, refleks positif, refleks patela +/+, tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada turgor kulit.

3. Pemeriksaan penunjang : - Hb : 12.9 gr/dl

- Protein urine : (-)
- Glukosa urine : 129 gr/dl
- Sifilis/HIV : Non Reaktif
- Hbsag : Non Reaktif

C. Assesment / Analisa

G4P2A1 usia kehamilan 41 minggu janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala dengan serotinus

Masalah : Mules-mules semakin sering

D. Planning / Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan.

(Ev : Ibu dan keluarga mengetahui)

2. Melakukan pemeriksaan fisik ibu hamil.

(Ev : Didapatkan dalam batas normal).

3. Melakukan pemeriksaan TTV, BB, LP, TFU, Leopold, BJA, His, dan Pembukaan.

(Ev : Didapatkan dalam batas normal).

4. Memberitahu ibu bahwa ibu akan menuju persalinan.

(Ev : Ibu mengetahui)

5. Memberitahu ibu untuk melengkapi keperluan yang dibutuhkan.

(Ev : Ibu sudah menyiapkan).

6. Memberitahu ibu untuk pulang terlebih dahulu.

(Ev : Ibu mengerti).

7. Memberitahu ibu untuk tidur miring kiri.

(Ev : Ibu mengerti).

8. Menganjurkan ibu untuk istirahat dan nutrisinya tercukupi.

(Ev : Ibu mengerti)

9. Mengajarkan ibu untuk relaksasi nafas dalam jika ada mules.

(Ev : Ibu mengerti).

10. Memberikan konseling tentang keluhan kehamilannya.

(Ev : Ibu mengetahui).

11. Memberitahu ibu untuk menghitung gerakan janin minimal 8x sehari

(Ev : Ibu mengerti).

12. Memberitahu ibu jika mulesnya semakin sering untuk segera datang lagi kembali.

(Ev : Ibu mengerti)

13. Memberitahu ibu untuk segera ke klinik jika ada keluar air-air dari jalan lahir.

(Ev : Ibu mengerti).

Penatalaksanaan kunjungan ibu hamil

Waktu	Penatalaksanaan
20.00 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
20.05 WIB	Melakukan pemeriksaan fisik ibu hamil.
20.10 WIB	Melakukan pemeriksaan TTV, BB, LP, TFU, Leopold, BJA, His, dan Pembukaan
20.12 WIB	Memberitahu ibu bahwa ibu akan menuju persalinan
20.14 WIB	Memberitahu ibu untuk melengkapi keperluan yang dibutuhkan
20.16 WIB	Memberitahu ibu untuk pulang terlebih dahulu
20.18 WIB	Memberitahu ibu untuk tidur miring kiri
20.20 WIB	Menganjurkan ibu untuk istirahat dan nutrisinya tercukupi
20.22 WIB	Mengajarkan ibu untuk relaksasi nafas dalam jika ada mules
20.24 WIB	Memberikan konseling tentang keluhan kehamilannya
20.26 WIB	Memberitahu ibu untuk menghitung gerakan janin minimal 8x sehari
20.28 WIB	Memberitahu ibu jika mulesnya semakin sering untuk segera datang lagi kembali
20.30 WIB	Memberitahu ibu untuk segera ke klinik jika ada keluar air-air dari jalan lahir

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU BERSALIN PADA NY. Y G4P2A1 DI KLINIK UTAMA AL-FAIHA MEDIKA KOTA BANDUNG 2025

2.9 PERSALINAN

No. Reg : 00054502

Hari/Tanggal : Minggu, 04/05/2025

Wkt. Pengkajian : 09.00 WIB

Nama Pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Klinik Utama Al-Faiha

Kala I Fase Laten (09.00 WIB)

A. DATA SUBYEKTIF

Identitas	Istri	Suami
Nama	Ny. Y	Tn. J
Umur	40 thn	41 thn
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	IRT	Satpam
Suku Bangsa	WNI	WNI
Golongan Darah	A	-
Alamat	Jl. Parakan Saat 1/6, Kel. Cisaranten Endah,	

	Kec. Arcamanik, Kota Bandung	
No.Telp/HP	083861459177	083861459177

2. Keluhan utama : Ibu merasa hamil 9 bulan, mengeluh mules-mules dari jam 20.00 WIB, keluar air-air (-), keluar lendir darah (+), gerak janin aktif.

3. Riwayat Obstetri

   a. Riwayat Kehamilan Sekarang : G4P2A1

   b. HPHT : 19/07/2024 > HPHT USG : 03/08/2024

   c. TP : 26/04/2025 > TP USG : 31/04/2025

   d. Usia Kehamilan : 42 minggu

   e. Gerakan Janin : Aktif, ≥ 10 x sehari

   f. Riwayat ANC : 6x di PKM, 1x Klinik, 1x di Dokter Hasil pemeriksaan ibu dan janin normal.

   g. Riwayat Imunisasi TT : 2 kali, di PKM

   h. Obat yang di konsumsi : Tablet Fe 1x1, Kalsium 1x1, Vitamin 1x1, Asam Folat 1x1 (resep obat dari Bidan dan Dr.Sp.OG).

4. Riwayat Ginekologi : Tidak ada kelainan

5. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Yang Lalu

   Ibu mengaku ini adalah kehamilan yang ke empat dan pernah keguguran satu kali

6. Riwayat Kesehatan

a. Diabetes Melitus : Tidak ada

b. Hipertensi : Tidak ada

c. Asma : Tidak ada

d. Jantung : Tidak ada

e. Hepatitis : Tidak ada

f. Tubercolosis : Tidak ada

g. Lain-lain : Ibu tidak memiliki riwayat penyakit menular, kronis dan keturunan.

7. Riwayat KB

- Kehamilan pertama dan anak pertama keguguran, AB Inkomplit, Tidak di KB
- Anak kedua, Di KB 3 bulan selama 8 tahun
- Anak ketiga, Di KB 3 bulan selama 13 tahun

8. Aktivitas Terakhir

a. Nutrisi : Makan terakhir 2 jam yang lalu, makan dengan nasi, ayam, sayur, dengan porsi sedikit. Minum terakhir 1 jam yang lalu dengan air putih.

b. Eliminasi : BAB terakhir kemarin pukul 20.00 WIB, Tidak ada keluhan. BAK terakhir 1 jam yang lalu pukul 08.00 WIB, Tidak ada keluhan.

c. Aktivitas : Ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga, dibantu oleh suami dan anaknya.

d. Istirahat : Ibu tidur malam 7 jam, dan tidur siang 2 jam karena merasa

mulas.

9. Riwayat Psikologis

Ibu dan suami mengaku kehamilan ini adalah kehamilan yang direncanakan. Ibu semangat dan optimis menghadapi persalinan.

10. Riwayat Perkawinan

Ibu mengaku ini adalah pernikahan yang pertama bagi ibu dan suami. Lama pernikahan 21 tahun.

11. Riwayat sosial

Keluarga mendukung kehamilan ini, ibu tinggal di rumah sendiri bersama suami dan anaknya selama hamil dan nifas.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmetis

c. Ekspresi wajah : Meringis menahan mules

2. Pemeriksaan Fisik

- Tensi : 125/80 mmHg
- Nadi : 87 x/menit
- Respirasi : 22 x/menit
- Suhu : 36,6 C

Pemeriksaan Fisik

1. Rambut dan Kepala	Inspeksi : Rambut berwarna hitam, bersih, lurus. Palpasi : Simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak rontok
2. Muka, Mata, Telinga, Hidung	- Inspeksi Muka : Simetris, tidak ada luka. Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Mata : Simetris kanan dan kiri, tidak ada oedema dan pembengkakan, sklera putih tidak kuning dan kemerahan, konjungtiva merah muda tidak pucat, pupil isokor, penglihatan jelas, bola mata gerak aktif, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Telinga : Simetris kanan dan kiri, ukuran normal, warna normal, tidak ada luka, bersih, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu pendengaran Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Hidung : Simetris, tidak ada keluar cairan, tidak ada luka, tidak ada kelainan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
3. Mulut	Inspeksi : Simetris, warna merah muda, tidak ada labioschizis dan palatoschizis, gusi merah muda; tidak ada perdarahan dan kelainan; gigi ada yang berlubang dua bagian gigi gusi atas dan bawah; tidak ada sisa makanan; tonsil normal, lidah merah muda; bersih; tidak ada luka dan perdarahan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan.

4. Leher	Inspeksi : Simetris, gerak aktif Palpasi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada kelenjar tiroid, tidak ada kelenjar limfe, tidak ada kelenjar KGB, tidak ada peningkatan vena jugularis,.
5. Dada	Inspeksi : Simetris, bersih, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Auskultasi : Paru-paru : Tidak ada suara wheezing dan ronchi Jantung : Suara jantung normal, frekuensi 118 x/menit.
6. Payudara	Inspeksi : Simetris kanan dan kiri, bersih, puting susu menonjol, tidak berbau, tidak lecet, areola hitam, tidak ada benjolan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, ukuran payudara normal, tidak ada reaksi dimpling, tidak ada kelenjar,
7. Abdomen	Inspeksi : Simetris, pusar menonjol, tidak ada benjolan, linea nigra terlihat, tidak ada bekas luka jahitan operasi. TFU menurut Mc.Donald : 34 cm TBJ : 3.565 gram Palpasi untuk mengetahui letak dan presentasi janin menurut Leopold : Leopold I : Di fundus teraba kurang bundar, lunak, tidak melenting terkesan seperti bokong. Leopold II : Diperut kanan teraba panjang, keras, datar terkesan seperti punggung. Di sebelah kiri teraba benjolan-benjolan kecil terkesan seperti ekstremitas janin. Leopold III : Di atas simpisis teraba keras, bulat, melenting terkesan seperti kepala. Leopold IV : Sudah masuk PAP 4/5, Divergen

	His : 2 x 10’ 15” Djj : 130 x/menit, reguler Kandung kemih : Kosong
8. Genetalia	Inspeksi : Bersih, tidak ada jamur, tidak ada luka. Palpasi : Labia mayora dan minora tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelenjar bartolin, tidak ada kelenjar skene, tidak ada pengeluaran nanah berdarah. VT : V/v : Tidak ada kelainan Portio : Tebal kaku Pembukaan : 2-3 cm Ketuban : (+) Presentasi : Kepala Posisi : UUK Molase : 0 Penurunan kepala : St -2 Tidak ada bagian kecil yang teraba
9. Anus	Inspeksi : Tidak ada haemoroid dan tidak ada kelainan.
10. Ekstremitas Atas dan Bawah	Inspeksi : Simetris kanan dan kiri Palpasi : Jumlah jari 5/5 lengkap, kuku tidak pucat, ektremitas gerak aktif, refleks positif, refleks patela +/+ tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada turgor kulit.

3. Pemeriksaan Penunjang

- HB : 12,3 gr/dl
- Golongan Darah : A
- HIV : Non Reaktif
- HbsAg : Non Reaktif

- Sifilis :Non Reaktif

C. ASSESMENT / ANALISA

Ny. Y usia 40 tahun G4P2A1 gravida 42 minggu parturient kala I fase laten janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala dengan keadaan ibu dan janin baik.

D. PLANNING / PENATALAKSANAAN

KALA I Jam 09.00 WIB (Tanggal 04/05/2025)

Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa hamil 9 bulan, mengeluh mules-mules dari jam 07.00 WIB yang semakin sering, keluar air-air (-), keluar lendir darah (+), gerak janin aktif.

Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

a. KU : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Ekspresi wajah : Meringis menahan sakit

d. TTV : - TD : 125/80 mmHg - S : 36,5°C

- N : 89x/menit - R : 21x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

1. Rambut dan Kepala	Inspeksi : Rambut berwarna hitam, bersih, lurus. Palpasi : Simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak rontok
2. Muka, Mata,	- Inspeksi Muka : Simetris, tidak ada luka.

Telinga, Hidung	Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Mata : Simetris kanan dan kiri, tidak ada oedema dan pembengkakan, sklera putih tidak kuning dan kemerahan, konjungtiva merah muda tidak pucat, pupil isokor, penglihatan jelas, bola mata gerak aktif, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Telinga : Simetris kanan dan kiri, ukuran normal, warna normal, tidak ada luka, bersih, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu pendengaran Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan. - Inspeksi Hidung : Simetris, tidak ada keluar cairan, tidak ada luka, tidak ada kelainan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
3. Mulut	Inspeksi : Simetris, warna merah muda, tidak ada labioschizis dan palatoschizis, gusi merah muda; tidak ada perdarahan dan kelainan; gigi ada yang berlubang dua bagian gigi gusi atas dan bawah; tidak ada sisa makanan; tonsil normal, lidah merah muda; bersih; tidak ada luka dan perdarahan.

	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan.
4. Leher	Inspeksi : Simetris, gerak aktif Palpasi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada kelenjar tiroid, tidak ada kelenjar limfe, tidak ada KGB, tidak ada peningkatan vena jugularis,.
5. Dada	Inspeksi : Simetris, bersih, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Auskultasi : Paru-paru : Tidak ada suara wheezing dan ronchi Jantung : Suara jantung normal, frekuensi 118 x/menit.
6. Payudara	Inspeksi : Simetris kanan dan kiri, bersih, puting susu menonjol; tidak berbau; tidak lecet, areola hitam, tidak ada benjolan, kolostrum sudah ada. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, ukuran payudara normal, tidak ada reaksi dimpling, tidak ada kelenjar.
7. Abdomen	Inspeksi : Simetris, pusar menonjol, tidak ada benjolan, linea nigra terlihat, tidak ada bekas luka jahitan operasi. TFU menurut Mc.Donald : 34 cm TBJ : 3.565 gram Leopold I : Di fundus teraba kurang bundar, lunak, tidak melenting terkesan seperti bokong.

	Leopold II : Diperut kanan teraba panjang, keras, datar terkesan seperti punggung. Di sebelah kiri teraba benjolan-benjolan kecil terkesan seperti ekstremitas janin. Leopold III : Di atas simpisis teraba keras, bulat, melenting terkesan seperti kepala. Leopold IV : Sudah masuk PAP 4/5, Divergen His : 2 x 10’ 15” Djj : 130 x/menit, reguler Kandung kemih : Kosong
8. Genetalia	Inspeksi : Bersih, tidak ada jamur, tidak ada luka. Palpasi : Labia mayora dan minora tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelenjar bartolin, tidak ada kelenjar skene, tidak ada pengeluaran nanah berdarah. Vulva/vagina : Tidak ada kelainan Portio : Tebal kaku Pembukaan : 2-3 cm Ketuban : (+) Presentasi : Kepala Posisi : UUK Molase : 0 Penurunan kepala : St -2 Tidak ada bagian kecil yang teraba

9. Anus	Inspeksi : Tidak ada haemoroid dan tidak ada kelainan.
10. Ekstremitas Atas dan Bawah	Inspeksi : Simetris kanan dan kiri Palpasi : Jumlah jari 5/5 lengkap, kuku tidak pucat, ektremitas gerak aktif, refleks positif, refleks patela +/+ tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada turgor kulit

3. Assesment / Analisa

Ny. Y usia 40 tahun G4P2A1 gravida 42 minggu parturient kala I fase laten janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala dengan keadaan ibu dan janin baik.

4. Planning / Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan.

(Ev : Didapatkan pemeriksaan dalam batas normal).

2. Menganjurkan ibu untuk mengisi lembar informed consent.

(Ev : Ibu dan keluarga menyetujui)

3. Memberitahu ibu dan keluarga untuk mempersiapkan perlengkapan persalinan.

(Ev : Ibu dan keluarga sudah mempersiapkan).

4. Memindahkan ibu ke ruang observasi atau ruang bersalin.

(Ev : Ibu sudah dipindahkan).

5. Mempersiapkan alat infus untuk di infus.

(Ev : Sudah disiapkan dan sudah di infus).

6.Mempersiapkan partus set, perlengkapan persalinan bayi dan obat-obatan, alat dan bahan untuk menolong persalinan sesuai APN.

(Ev : Sudah disiapkan).

7. Mengajari ibu untuk relaksasi nafas dalam jika ada kontraksi.

(Ev : Ibu mengerti dan akan melakukannya).

8. Menganjurkan ibu untuk miring kiri.

(Ev : Ibu mengerti dan akan melakukannya).

9. Memberitahu ibu untuk memenuhi nutrisinya.

(Ev : Ibu mengerti dan akan melakukannya).

10. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

(Ev : Ibu mengerti dan akan istirahat sejenak).

11. Memberikan dukungan emosional kepada ibu.

(Ev : Ibu merasa senang atas dukungannya).

12. Mengajari ibu bermain gym ball.

(Ev : Sudah diajarkan dan diulangi).

Jam : 13.00 WIB (PD Ulang)	Jam 17.00 WIB (PD Ulang)
PD: v/v : t.a.k	PD : v/v : t.a.k
Po : Tebal kaku	Po : Tebal lunak
Pem : 4-5 cm	Pem : 6 cm
Ket : (+)	Ket : (+)
Pres : Kepala	Pres : Kepala
Penurunan : H II	Penurunan : H II-H III
DJJ : 130 x/menit	DJJ : 132 x/menit
His : 3 x 10’30”	His : 4 x 10’ 30”

Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Kala I

Waktu	Penatalaksanaan
09.02 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
09.04 WIB	Menganjurkan ibu untuk mengisi lembar informed consent
09.06 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga untuk mempersiapkan perlengkapan persalinan
09.08 WIB	Memindahkan ibu ke ruang observasi atau ruang bersalin
09.13 WIB	Mempersiapkan alat infus untuk di infus
09.15 WIB	Mempersiapkan partus set, perlengkapan persalinan bayi dan obat-obatan, alat dan bahan untuk menolong persalinan sesuai APN
09.17 WIB	Mengajari ibu untuk relaksasi nafas dalam jika ada kontraksi
09.20 WIB	Menganjurkan ibu untuk miring kiri
09.23 WIB	Memberitahu ibu untuk memenuhi nutrisinya
09.25 WIB	Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
09.27 WIB	Memberikan dukungan emosional kepada ibu
09.30 WIB	Mengajari ibu bermain gym ball

KALA II Jam 21.00 WIB (Minggu, 04/05/2025)

1. Data Subjektif

Ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin sering serta semakin sakit dan merasakan adanya dorongan untuk mengedan seperti ingin BAB yang tidak dapat ditahan, serta keluar cairan jernih dari jalan lahir disertai lendir bercampur darah pada pukul 21.00 WIB

2. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

a. KU : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Ekspresi wajah : Meringis menahan sakit

d. TTV : - TD : 125/80 mmHg - S : 36,5°C

- N : 89x/menit - R : 21x/menit

e. DJJ : 142 x/menit

f. His : 5 x 10' 45"

2. Pemeriksaan fisik

Sudah terlihat adanya tanda gejala kala II, seperti :

- Doran : dorongan meneran
- Perjol : perineum menonjol
- Vulka : vulva membuka
- Teknus: tekanan pada anus

3. Pemeriksaan Khusus

a. VT 22.00 WIB : -Vulva/Vagina : tidak ada kelainan

- Portio : Tidak teraba
- Pembukaan : 10 cm
- Ketuban : Jernih
- Presentasi : Kepala
- Posisi : Anterior
- Hodge : IV

- Perlimaan : 0/5
- Molase : 0
- Effacement : 100%

3. Assesment / Analisa

Ny. Y usia 35 tahun G4P2A1 inpartu 42 minggu kala II janin tunggal, hidup intrauterine, presentasi kepala dengan serotinus

Masalah : Tidak ada

4. Planning / Penatalaksanaan

1). Melihat tanda dan gejala kala II. Tanda gejala kala II ibu merasakan ada dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, dan melihat kondisi vulva membuka dan perineum menonjol.

Ev : ibu mengatakan merasakan ada dorongan ingin meneran seperti ingin BAB, dan terlihat ada tekanan pada anus, kondisi vulva membuka serta perineum menonjol.

2). Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi lengkap. Mematahkan ampul oksitosin 10 UI dan menempatkan spuit steril ke dalam partus set.

Ev : perlengkapan dan bahan telah disiapkan dan sudah lengkap.

3). Memakai APD lengkap seperti, memakai apron, sarung tangan, sepatu boot, kacamata Dll.

Ev : Penolong telah memakai APD lengkap. Tetapi sepatu boot dan kacamata google tidak dipakai.

4). Memastikan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.

Ev : Telah dilakukan.

5). Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

Ev : Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan.

6). Masukkan oksitoksin ke dalam spuit (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

Ev : Oksitoksin 10 IU telah dimasukkan ke dalam spuit dalam keadaan steril.

7). Melakukan vulva hygine dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

Ev : Telah dilakukan, genetalia ibu sudah bersih.

8). Melakukan periksa dalam (hati-hati) untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.

Ev : didapatkan hasil effacent 100%, pembukaan 10 cm, Ketuban (-) jernih, presentasi kepala, hodge III, tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil samping kepala, UUK kanan depan.

9). Melakukan dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

Ev : Telah dilakukan.

10). Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).

Ev : Auskultasi Djj 142 x/menit.

11). Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

Ev : Ibu memilih posisi miring kiri.

12). Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, dan bantu ibu untuk menentukan posisi yang nyaman).

Ev : Keluarga membantu ibu membenarkan posisi, ibu memilih posisi miring kiri.

13). Melaksanakan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

Ev : Bidan memimpin meneran.

14). Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika selama 60 menit ibu belum merasakan ada dorongan untuk meneran.

Ev : Ibu tetap memilih miring kiri.

15). Meletakkan handuk bersih (untuk menggeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm.

Ev : Telah dilakukan.

16). Meletakkan kain bersih dan kering yang dilipat 1/3 di bawah bokong ibu.

Ev : Telah dilakukan.

17). Membuka partus set dan perhatikan kelengkapan alat dan bahannya kembali.

Ev : Partus set, oksitoksin serta peralatan lainnya telah siap dan dalam keadaan steril.

18). Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

Ev : Kedua tangan sudah menggunakan sarung tangan DTT.

19). Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lainnya menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran perlahan dan bernafas cepat dan dangkal.

Ev : Kepala lahir tidak ada caput succedanum ataupun cepal hematoma.

20). Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahirannya.

Ev : Tidak ada lilitan tali pusat.

21). Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Ev : Telah terjadi putaran paksi luar dengan spontan.

22). Meletakkan kain bersih dan kering yang dilipat 1/3 di bawah bokong ibu Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah ke atas untuk melahirkan bahu belakang.

Ev : Bahu telah lahir dan tidak ada penyulit.

23). Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bayu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

Ev : Bagian lengan telah lahir.

24). Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong tungkai dan kaki, pegang kedua mata kaki (masukkan Telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

Ev : Seluruh bayi telah lahir.

25). Melakukan penilaian bayi baru lahir.

Ev : Jam 22.00 WIB bayi lahir spontan jenis kelamin laki-laki, tangis kuat, gerakan aktif, kulit kemerahan, dan cukup bulan.

26). Mengkeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain bersih dan kering. Dan biar kan bayi di atas perut ibu untuk melakukan IMD.

Ev : Telah dilakukan

Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Kala II

No.	Waktu	Penatalaksanaan
1.	21.00 WIB	Melihat tanda dan gejala kala II. Tanda gejala kala II ibu merasakan ada dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, dan melihat kondisi vulva membuka dan perineum menonjol
2.	21.03 WIB	Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi lengkap.

		Mematahkan ampul oksitosin 10 UI dan menempatkan spuit steril ke dalam partus set
3.	21.06 WIB	Memakai APD lengkap seperti, memakai apron, sarung tangan, sepatu boot, kacamata gogleDll. Tetapi sepatu boot dan kacamata gogle tidak dipakai.
4.	21.09 WIB	Memastikan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering
5.	21.12 WIB	Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6.	21.15 WIB	Masukkan oksitoksin ke dalam spuit (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
7.	21.18 WIB	Melakukan vulva hygine dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
8.	21.21 WIB	Melakukan periksa dalam (hati-hati) untuk memastikan pembukaan sudah lengkap
9.	21.24 WIB	Melakukan dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan
10.	21.27 WIB	Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)
11.	21.35 WIB	Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

12.	21.40 WIB	Melaksanakan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
13.	21.43 WIB	Melaksanakan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
14.	21.45 WIB	Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika selama 60 menit ibu belum merasakan ada dorongan untuk meneran
15.	21.48 WIB	Meletakkan handuk bersih (untuk menggeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm
16.	21.50 WIB	Meletakkan kain bersih dan kering yang dilipat 1/3 di bawah bokong ibu
17.	21.53 WIB	Membuka partus set dan perhatikan kelengkapan alat dan bahannya kembali. Ev : Partus set, oksitoksin serta peralatan lainnya telah siap dan dalam keadaan steril
18.	21.55 WIB	Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
19.	21.56 WIB	Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lainnya menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran perlahan dan bernafas cepat dan dangkal
20.	21.57 WIB	Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahirannya
21.	21.58 WIB	Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
22.	21.59 WIB	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat

		kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah ke atas untuk melahirkan bahu belakang
23.	21.58 WIB	Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bayu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
24.	221.59 WIB	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong tungkai dan kaki, pegang kedua mata kaki (masukkan Telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
25.	22.00 WIB	Melakukan penilaian bayi baru lahir
26.	22.01 WIB	Mengkeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain bersih dan kering. Dan biar kan bayi di atas perut ibu untuk melakukan IMD

Kala III Jam 22.02 (Minggu, 04/05/2025)

1. Data Subjektif

Ibu mengatakan lega karena bayinya sudah lahir dan ibu mengatakan perutnya masih mules.

2. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

   a. Keadaan umum : Baik

   b. Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan Fisik

a. Genetalia

- Tali pusat nampak di depan vulva dan memanjang
- Semburan darah secara spontan
- Uterus globular

b. Abdomen

- Kandung kemih : kosong
- Kontraksi uterus : keras
- TFU : setinggi sepusat
- Penilaian sepintas : Bayi menangis kuat, Gerakan aktif, tonus otot aktif, lebih bulan.

3. Assesment / Analisa

Diagnosa : P3A1 parturient kala III, dengan kontraksi uterus keras

Masalah : Tidak ada

Masalah potensial : Tidak ada

Diagnosa potensial: Tidak ada

Kebutuhan segera : Observasi Postpartum

4. Planning / Penatalaksanaan

27). Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi janin kedua.

Ev : Tidak ada janin kedua.

28). Beritahu ibu bahwa akan di suntik oksitoksin agar uterus berkontraksi dengan baik.

Ev: Ibu kooperatif.

29). Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitoksin 10 unit di paha kanan atau kiri paha ibu bagian luar secara IM. Tetapi oksitosin diberikan di cairan infus secara Intravena (IV) 20 tpm.

Ev : Telah dilakukan.

30). Dalam waktu 2 menit setelah bayi baru lahir, jepit pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorongan isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

Ev : Telah dilakukan.

31). Lakukan pemotongan tali pusat.

Ev : pemotongan tali pusat telah dilakukan dan tidak ada pendarahan.

32). Letakkan bayi agar ada kontak kulit bayi ke kulit ibu.

Ev : Telah dilakukan.

33). Selimuti ibu dan bayi dengan kain dan pasang topi di kepala bayi.

Ev : Telah dilakukan.

34). Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

Ev : Telah dilakukan.

35). Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas symfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

Ev : Telah dilakukan.

36). Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara berhati-hati. Jika plasenta tidak lahir setalah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

Ev : kontraksi baik, tali pusat memanjang dan dilakukan dorso kranial.

37). Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat, dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

Ev : Plasenta terlihat muncul di introigus vagina.

38). Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disiapkan.

E: Plasenta lahir spontan pukul 22.15 WIB.

39). Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembur hingga uterus berkontraksi.

Ev : Fundus teraba keras.

Penatalaksaaan Asuhan Persalinan Kala III

No.	Waktu	Penatalaksanaan
27.	22.03 WIB	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi janin kedua
28.	22.04 WIB	Beritahu ibu bahwa akan di suntik oksitoksin agar uterus berkontraksi dengan baik
3.	22.05 WIB	Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitoksin 10 unit di paha kanan atau kiri paha ibu bagian luar secara IM. Tetapi oksitosin diberikan di cairan infus secara Intravena (IV) 20 tpm
29.	22.06 WIB	Dalam waktu 2 menit setelah bayi baru lahir, jepit pusat

		dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorongan isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
30.	22.07 WIB	Dalam waktu 2 menit setelah bayi baru lahir, jepit pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorongan isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
31.	22.08 WIB	Lakukan pemotongan tali pusat
32.	22.09 WIB	Letakkan bayi agar ada kontak kulit bayi ke kulit ibu
33.	22.10 WIB	Selimuti ibu dan bayi dengan kain dan pasang topi di kepala bayi
34.	22.11 WIB	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35.	22.12 WIB	Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas symfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat
36.	22.13 WIB	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara berhati-hati. Jika plasenta tidak lahir setalah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas
37.	22.14 WIB	Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat, dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)
38.	22.15 WIB	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan

		plasenta pada wadah yang telah disiapkan
39.	22.16 WIB	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan Gerakan melingkar dengan lembur hingga uterus berkontraksi

Kala IV Jam 22.16 WIB (Minggu, 04/05/2025)

1. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa lega dan senang plasenta telah lahir dan masih merasakan mules

2. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. TTV : TD : 120/85 mmHg

N : 80 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,6 °C

d. TFU : 2 jari di bawah pusat

e. Kontraksi uterus : Keras

f. Kandung kemih : Kosong

g. Pendarahan : 200 cc

3. Assesment /Analisa

Diagnosa : P3A1 postpartum kala IV

Masalah : Tidak ada

Masalah potensial : Tidak ada

Diagnosa potensial : Tidak ada

Kebutuhan : - Istirahat yang cukup

- Nutrisi yang cukup

4. Planning / Penatalaksanaan

40). Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum

Ev : Tidak terdapat robekan.

41). Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

Ev : Plasenta lahir spontan pukul 22.15 WIB.

42). Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

Ev : Kontraksi uterus baik, uterus keras.

43). Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.

Ev : Kandung kemih kosong.

44). Mencelupkan sarung tangan pada larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan dan keringkan.

Ev : Telah dilakukan.

45). Mengajarkan ibu cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus.

Ev : Ibu dapat mempraktikkan sendiri cara masase uterus.

46). Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan baik.

Ev : Nadi ibu normal 85 x/menit.

47). Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.

Ev : Pendarahan 200 cc.

48). Memantau keadaan bayi, memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit).

Ev : Respirasi bayi 40 x/menit.

49). Membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh menggunakan air DTT.

Ev : Telah dilakukan.

50). Memastikan ibu merasa nyaman, dan membantu ibu membersihkan ASI serta menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum.

Ev : Keluarga memberikan makan dan minum untuk ibu, dan ibu menyusui bayinya.

51). Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

Ev : Telah dilakukan.

52). Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah medis.

Ev : Telah dilakukan.

53). Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

Ev : Telah dilakukan.

54). Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% dan melepaskan sarung tangan secara terbalik.

Ev : Telah dilakukan.

55). Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan.

Ev : Telah dilakukan.

56). Memakai sarung tangan DTT untuk memberikan vitamin K1 (1mg) intramuskular di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksi infeksi dalam 1 jam pertama.

Ev : Salep mata dan penyuntikan telah diberikan, tidak ada pendarahan.

57). Melakukan pemeriksaan fisik lanjutan, dan memastikan kondisi bayi tetap baik.

Ev : BB 4.000 gram, PB 52 cm, LK 35 cm, LD 33 cm, tidak ada masalah ataupun komplikasi pada bayi.

58). Memberikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Dan letakkan bayi dalam jangkauan ibu.

Ev : Penyuntikan telah dilakukan, tidak ada perdarahan.

59). Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan.

Ev : Telah dilakukan .

60). Melengkapi partograf.

Ev : Telah dilakukan.

Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Kala IV

No.	Waktu	Penatalaksanaan
40.	22.16 WIB	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
41.	22.17 WIB	Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun

		bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus
42.	22.18 WIB	Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi
43.	22.19 WIB	Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi
44.	22.20 WIB	Mencelupkan sarung tangan pada larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan dan keringkan
45.	22.21 WIB	Mengajarkan ibu cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus
46.	22.22 WIB	Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan baik.
47.	22.23 WIB	Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah
48.	22.24 WIB	Memantau keadaan bayi, memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit)
49.	22.25 WIB	Membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh menggunakan air DTT
50.	22.26 WIB	Memastikan ibu merasa nyaman, dan membantu ibu membersihkan ASI serta menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum
51.	22.27 WIB	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
52.	22.28 WIB	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah medis
53.	22.29 WIB	Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
54.	22.30 WIB	Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% dan melepaskan sarung tangan secara terbalik
55.	22.31 WIB	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian

		keringkan
56.	22.32 WIB	Memakai sarung tangan DTT untuk memberikan vitamin K1 (1mg) intramuskular di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksi infeksi dalam 1 jam pertama
57.	22.33 WIB	Melakukan pemeriksaan fisik lanjutan, dan memastikan kondisi bayi tetap baik
58.	22.34 WIB	Memberikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Dan letakkan bayi dalam jangkauan ibu
59.	22.35 WIB	Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan
60.	22.36 WIB	Melengkapi partograf

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA BAYI BARU LAHIR (0 jam)

2.10 BAYI BARU LAHIR

No reg :…….

Hari/Tanggal : Minggu, 04/05/2025

Waktu pengkajian : 22.00 WIB

Nama pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Klinik Utama Al-Faiha

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Bayi

a. Nama bayi : By. Ny. Y

b. Tgl/Hari/Jam lahir : Minggu, 04/05/2025

c. Jenis Kelamin : L

d. BB lahir : 4000 gr

e. PB lahir : 52 cm

2. Identitas Orang Tua

No	Biodata	Ibu	Ayah
1.	Nama	Ny. Y	Tn. J
2.	Umur	39 Thn	41 Thn

3.	Agama	Islam	Islam
4.	Pendidikan	SMA	SMA
5.	Suku Bangsa	WNI	WNI
6.	Pekerjaan	IRT	Satpam
7.	Alamat	Jl. Parakan saat 1/6, Cisaranten Endah	

Keluhan Utama : Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan.

3. Riwayat Kehamilan

Ibu hamil ke 4 usia 40 tahun, ibu hamil 4 kali, pernah melahirkan 2 kali, pernah mengalami keguguran 1 kali, dan jarak usia dari anak ketiga 12 tahun.

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dalam keluarga ibu dan ayah tidak ada yang sedang atau pernah menderita penyakit dengan gejala yang mengarah pada penyakit seperti hipertensi, TBC, DM, hepatitis, jantung, hemofillia, asma, HIV/AIDS, anemia, PMS, keluarga tidak mempunyai riwayat bayi kembar.

5. Riwayat Persalinan Sekarang

a. Penolong Persalinan : Bidan

b. Tempat Persalinan : Klinik Al-faiha

c. Cara Lahir : Spontan/Normal

d. Presentasi : Kepala

e. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya : Tidak ada, Warna jernih

f. Komplikasi Persalinan : Tidak ada

6. Keadaan bayi saat Lahir

No.	Aspek yang Dinilai	0	1	2	Waktu	
					1	5
1.	Frekuensi Denyut Jantung	-	< 100	>100	1	2
2.	Usaha Bernafas	-	Lambat, teratur	Menangis Kuat	2	2
3.	Tonus Otot	Lumpuh	Extremitas Fleksi sedikit	Menangis Bergerak	2	2
4.	Reaksi Terhadap Rangsangan	-	Gerakan Sedikit	Menangis Aktif	2	2
5.	Warna Kulit	Biru atau Pucat	Tubuh kemerahan, Extremitas biru	Seluruh Tubuh kemerahan	2	2
TOTAL					9	10

7. Intake Cairan

a. ASI : Belum diberikan

b. PASI : Tidak ada

c. INFUS : Tidak ada

8. Eliminasi

a. BAK : Ya 1x dengan warna jernih

b. BAB : Ya dengan warna hijau

9. Psikososial

a. Hubungan ibu dengan bayi : Baik

b. Perilaku ibu terhadap bayi : Ibu sangat senang dengan kehadiran putra ke-4 nya.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmetis

c. Tangis Bayi : Kuat

2. Pengukuran antropometri

a. BB : 4000 gr

b. PB : 52 cm

c. LK : 35

d. LD : 34

3. Keadaan Plasenta : Berat 500 gr, Tebal 2 cm, Diameter 16 cm, Tidak ada kelainan

4. Keadaan Tali Pusat : Panjang 50 cm, tidak ada perdarahan, tidak ada infeksi

5. Tindakan Resusitasi :

(a). Langkah Awal : Tidak ada

(b). Ventilasi : Tidak ada

(c). Kompresi Dada : Tidak ada

(d). Intubasi Endotrakea : Tidak ada

(e). Oksigen : Tidak ada

(f). Terapi : Tidak ada

6. Pemeriksaan Fisik

a). Kepala

a. Kepala Ubun-ubun besar : Normal

b. Ubun-ubun kecil : Normal

c. Molase : 0

d. Caput Succedenum : Tidak ada

e. Ceptal Hematom : Tidak ada

f. Ukuran Lingkar Kepala

- C. Cub. Occ Bregmantika : 36 cm

- C. Fronto. Occ : 35 cm

- C. Mento. Occ : 34 cm

b). Mata

a. Bentuk : Simetris

b. Kotoran : Tidak ada

c. Konjungtiva : Tidak pucat

d. Sklera : Tidak kuning

e. Perdarahan : Tidak ada

f. Kelainan : Tidak ada

c). Hidung

a. Bentuk : Simetris

b. Lubang hidung : Ada

c. Pernafasan cuping hidung : Tidak ada

d. Sekret : Tidak ada

e. Kelainan : Tidak ada

d). Bibir dan Mulut

a. Bentuk : Simetris, warna kemerahan

b. Palatum : Tidak ada

c. Lidah : Bersih

d. Gusi : Merah muda

e. Kelainan : Tidak ada

e). Leher

a. Pembengkakan : Tidak ada

b. KGB : Tidak ada pembesaran

c. Kelenjar tiroid : Tidak ada pembengkakan

d. Pergerakan : Aktif

e. Kelainan : Tidak ada

f). Dada

a. Bentuk : Simetris

b. Lingkar dada : 36 cm

c. Tulang rusuk dan sternum : Tidak ada

d. Puting susu : Ada

e. Frekuensi Jantung : 110 x/menit

f. Irama : Reguler

g. Frekuensi Pernafasan : 40 x/menit

h. Wheezing dan Ronchi : Tidak ada kelainan

g). Abdomen

a. Bentuk : Simetris

b. Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : Tidak ada

c. Perdarahan tali pusat : Tidak ada

d. Lembek (pada saat tidak menangis) : Ya

e. Tonjolan : Tidak ada

h). Punggung

a. Spina Bifida : Tidak ada

b. Kelainan : Tidak ada

c. Panggul

- Periksa adanya kelainan dan tanda klik : Tidak ada

i). Genetalia Kelamin Laki-laki

a. Testis dalam Skrotum : Ya

b. Penis berlubang pada ujung penis : Ya

c. Kelainan : Tidak ada kelainan

j). Anus

a. Lubang : Tidak ada

b. Letak : Tidak ada

c. Kelainan : Tidak ada

k). Ektremitas

a. Ektremitas Atas

- Gerakan tangan : Aktif
- Gerakan Bahu : Aktif
- Jari-jari tangan : 5/5 lengkap
- Akrosianosis : Tidak ada

b. Ektremitas Bawah

- Gerakan : Aktif
- Jari-jari kaki : 5/5 lengkap
- Akrosianosis : Tidak ada

l). Kulit

a. Warna kulit : Kemerahan

b. Vernix Caseosa : Ada

c. Tanda lahir : Tidak ada

d. Hyperpigmetasi : Tidak ada

e. Kelainan : Tidak ada

m). Lanugo

Terdapat rambut-rambut halus di area tubuh.

7. Pemeriksaan neurologic (Refleks)

a). Reflek Rooting (+)

Bayi mencari puting pada saat puting susu ibu didekatkan pada pipi bayi.

b). Reklek Sucking (+)

Pada saat puting susu ibu sudah masuk ke dalam mulut, bayi terlihat menghisap.

c). Reflek swalling (+)

Pada saat bayi menghisap puting susu, bayi mampu menelan ASI menandakan tidak ada ASI yang keluar dari mulut bayi.

d). Reflek Morrow (+)

Bayi kaget saat bidan menepuk tangan.

e). Reflek glabella (+)

Pada saat bidan mengusap kedua alis mata bayi, bayi terlihat berkedip.

f). Reflek tonic neck (+)

Pada saat kepala bayi dimiringkan ke kiri, lengan kirinya, meliputi sedangkan lengan kanannya meregang lurus.

g). Reflek palmar grasping (+)

Pada saat jari tangan bidan diletakkan di telapak tangan bayi, menggenggam.

h). Reflek babinsky (+)

Pada saat tangan bidan menyentuh telapak kaki bayi, jempol bayi akan mengarah ke atas dan jari-jari yang lainnya akan menyebar.

i). Reflek Blinking (+)

Reflek yang terjadi ketika bayi berkedip secara tidak sadar ketika ada cahaya.

j). Reflek Walking (+)

Gerakan kaki yang otomatis pada saat di pegang dalam posisi tegak.

k). Reflek Magnet (+)

Reflek yang terjadi pada bayi baru lahir ketika mereka menggenggam jari.

C. ASSESMENT/ANALISIS

Diagnosa : By. Ny. Y usia 0 jam neonatus lebih bulan tidak sesuai masa kehamilan spontan.

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : - Vit k
- ASI
- Menjaga kehangatan

Masalah Potensial : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : - Pemeriksaan Bayi
- Observasi Bayi

D. PLANNING / PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan.

   (Ev : Ibu dan keluarga mengetahui keadaan umum bayi baik, kesadaran stabil, bayi menangis kuat).

2. Melakukan pemeriksaan fisik bayi dan antropometri.

   (Ev : Sudah dilakukan pemeriksaan fisik normal tidak ada kelainan dan antropometri BB : 4000 gr, PB : 52 cm, LK : 35, LD : 34 cm, frekuensi nafas 40 x/menit, frekuensi jantung 110 x/menit dalam batas normal)

3. Menjaga kehangatan bayi di tempat resusitasi.

(Ev : Sudah dilakukan bayi diselimuti kain bersih dan kering, dipakaikan topi).

4. Membersihkan bayi dari darah dengan handuk kering.

   (Ev : Bayi sudah dikeringkan dengan handuk bersih dan kering).

5. Memberikan Vitamin K kepada bayi.

   (Ev : Sudah disuntikkan vitamin k di bagian paha kiri bagian luar dengan dosis 0,5 ml secara IM).

6. Memberikan salep mata kepada bayi.

   (Ev : Bayi sudah diberikan salep mata Erlamycetin chloramphenicol di bagian kanan dan kiri di oleskan dari luar ke dalam mata).

7. Memakaikan baju kepada bayi.

   (Ev : Sudah dipakaikan baju, topi dan selimut).

8. Memindahkan bayi ke rawat inap bersama ibu.

   (Ev : Sudah dipindahkan setelah 1 jam di ruang bersalin).

9. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam, memberikan ASI secara ekslusif sehingga ibu dapat merasakan kepuasan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat di gantikan oleh orang lain.

   (Ev : Ibu mengerti dan mengetahui).

10. Mengajarkan ibu perawatan tali pusat agar tetap kering.

    (Ev : Ibu mengerti dan mengetahui)

9. Memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir seperti bayi kuning dan demam.

(Ev : Ibu mengerti dan mengetahui).

10. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya 6-8 jam setelah persalinan.

    (Ev : Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan ulang berikutnya)

11. Mengobservasi BAB dan BAK pada bayi.

    (Ev : Sedang di observasi).

12. Memandikan bayi setelah 6 jam lahir dan suntik imunisasi HB 0.

    (Ev : Sudah dilakukan).

14. Mendokumentasikan hasil kegiatan

    (Ev : Sudah dilakukan

Penatalaksanaan BBL 0 jam

Waktu	Penatalaksanaan
22.00 WIB	Melakukan pemeriksaan fisik bayi dan antropometri
22.01 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
22.02 WIB	Menjaga kehangatan bayi di tempat resusitasi
22.03 WIB	Membersihkan bayi dari darah dengan handuk kering
22.04 WIB	Memberikan Vitamin K kepada bayi
22.05 WIB	Memberikan salep mata kepada bayi
22.06 WIB	Memakaikan baju kepada bayi
22.07 WIB	Memindahkan bayi ke rawat inap bersama ibu
22.08 WIB	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam, memberikan ASI secara ekslusif sehingga ibu dapat merasakan kepuasan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat di gantikan oleh orang lain
22.09 WIB	Mengajari ibu perawatan tali pusat agar tetap kering
22.10 WIB	Memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir seperti bayi

	kuning dan demam
22.11 WIB	Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya 6-8
22.12 WIB	Mengobservasi BAB dan BAK pada bayi
22.13 WIB	Memandikan bayi setelah 6 jam lahir dan suntik imunisasi HB 0
22.15 WIB	Mendokumentasikan hasil kegiatan

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA BAYI BARU LAHIR KN I NEONATUS (6-48 jam)

2.11 KN I NEONATUS

No reg :…….

Hari/Tanggal : Senin, 05/05/2025

Waktu pengkajian : 07.00 WIB

Nama pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Klinik Utama Al-Faiha

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat tidak ada keluhan.

2. Intake Cairan

a. ASI : Sudah diberikan

b. PASI : Tidak ada

c. INFUS : Tidak ada

3. Eliminasi

a. BAK : Ya 2x dengan warna jernih

b. BAB : Ya 1x dengan warna hijau

4. Psikososial

a. Hubungan ibu dengan bayi : Baik

b. Perilaku ibu terhadap bayi : Ibu sangat senang dengan kehadiran putra ke-4.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmetis

c. Tangis Bayi : Kuat

3. Tanda-tanda Vital

a. Frekuensi Pernafasan : 35 x/menit

b. Frekuensi Jantung : 120 x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

a). Kepala

a. Kepala Ubun-ubun besar : Normal

b. Ubun-ubun kecil : Normal

c. Sutura Molase : 0

d. Caput Succedenum : Tidak ada

e. Ceptal Hematom : Tidak ada

f. Ukuran Lingkar Kepala

- C. Cub. Occ Bregmantika : 36 cm
- C. Fronto. Occ : 35 cm
- C. Mento. Occ : 34 cm

b). Mata

a. Bentuk : Simetris

b. Kotoran : Tidak ada

c. Konjungtiva : Tidak pucat

d. Sklera : Tidak kuning

e. Perdarahan : Tidak ada

f. Kelainan : Tidak ada

c). Hidung

a. Bentuk : Simetris

b. Lubang hidung : Ada

c. Pernafasan cuping hidung : Tidak ada

d. Sekret : Tidak ada

e. Kelainan : Tidak ada

d). Bibir dan Mulut

a. Bentuk : Simetris

b. Palatum : Tidak ada

c. Lidah : Bersih

d. Gusi : Merah muda

e. Kelainan : Tidak ada

e). Leher

a. Pembengkakan : Tidak ada

b. KGB : Tidak ada pembesaran

c. Kelenjar tiroid : Tidak ada pembengkakan

d. Pergerakan : Aktif

e. Kelainan : Tidak ada

f). Dada

a. Bentuk : Simetris

b. Lingkar dada : 36 cm

c. Tulang rusuk dan sternum : Tidak ada

d. Puting susu : Ada

e. Frekuensi Jantung : 110 x/menit

f. Irama : Reguler

g). Abdomen

a. Bentuk : Simetris

b. Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : Tidak ada

c. Perdarahan tali pusat : Tidak ada

d. Lembek (pada saat tidak menangis) : Ya

e. Tonjolan : Tidak ada

h). Punggung

a. Spina Bifida : Tidak ada

b. Kelainan : Tidak ada

c. Panggul

- Periksa adanya kelainan dan tanda klik : Tidak ada

i). Genetalia Kelamin Laki-laki

a. Testis dalam Skrotum : Ya

b. Penis berlubang pada ujung penis : Ya

c. Kelainan : Tidak ada kelainan

j). Anus

a. Lubang : Tidak ada

b. Letak : Tidak ada

c. Kelainan : Tidak ada

k). Ektremitas

a. Ektremitas Atas

- Gerakan tangan : Aktif

- Gerakan Bahu : Aktif

- Jari-jari tangan : 5/5 lengkap

- Akrosianosis : Tidak ada

b. Ektremitas Bawah

- Gerakan : Aktif

- Jari-jari kaki : 5/5 lengkap

- Akrosianosis : Tidak ada

l). Kulit

a. Warna kulit : Kemerahan

b. Vernix Caseosa : Ada

c. Tanda lahir : Tidak ada

d. Hyperpigmetasi : Tidak ada

e. Kelainan : Tidak ada

m). Lanugo

Terdapat rambut-rambut halus di area tubuh.

6. Pemeriksaan neurologic (Refleks)

a). Reflek Rooting (+)

Bayi mencari puting pada saat puting susu ibu didekatkan pada pipi bayi.

b). Reklek Sucking (+)

Pada saat puting susu ibu sudah masuk ke dalam mulut, bayi terlihat menghisap.

c). Reflek swalling (+)

Pada saat bayi menghisap puting susu, bayi mampu menelan ASI menandakan tidak ada ASI yang keluar dari mulut bayi.

d). Reflek Morrow (+)

Bayi kaget saat bidan menepuk tangan.

e). Reflek glabella (+)

Pada saat bidan mengusap kedua alis mata bayi, bayi terlihat berkedip.

f). Reflek tonic neck (+)

Pada saat kepala bayi dimiringkan ke kiri, lengan kirinya, meliputi sedangkan lengan kanannya meregang lurus.

g). Reflek palmar grasping (+)

Pada saat jari tangan bidan diletakkan di telapak tangan bayi, menggenggam.

h). Reflek babinsky (+)

Pada saat tangan bidan menyentuh telapak kaki bayi, jempol bayi akan mengarah ke atas dan jari-jari yang lainnya akan menyebar.

i). Reflek Blinking (+)

Reflek yang terjadi ketika bayi berkedip secara tidak sadar ketika ada cahaya.

j). Reflek Walking (+)

Gerakan kaki yang otomatis pada saat di pegang dalam posisi tegak.

k). Reflek Magnet (+)

Reflek yang terjadi pada bayi baru lahir ketika mereka menggenggam jari.

C. ASSESMENT / ANALISA

Diagnosa : By. Ny. Y usia 6 jam neonatus lebih bulan tidak sesuai masa kehamilan spontan.

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : - Memandikan Bayi

- Hb 0
- ASI
- Menjaga kehangatan

Masalah Potensial : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : - Pemeriksaan Bayi

- Observasi Bayi

D. PLANNING / PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan.

Ev : Ibu mengetahui kondisi bayinya dalam keadaan baik.

2. Menjelaskan kepada ibu mengenai perawatan tali pusat

Ev : Ibu dapat memahami cara perawatan tali pusat

3. Menjelaskan kepada ibu sesering mungkin mengganti popok setelah BAK dan BAB

Ev : Ibu dapat memahaminya

4. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi

Ev : Bayi menggunakan pakaian dan selimut serta topi

5. Menjelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti bayi tidak mau menyusui, kejang, demam dan pusat kemerahan.

Ev : Ibu mengetahui tanda bahaya pada bayi jika bayi mengalami salah satu tanda bahaya ibu membawanya ke fasilitas kesehatan terdekat.

6. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Memberikan ASI secara ekslusif sehingga ibu dapat merasakan kepuasan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain.

Ev : Ibu mengerti dan akan memberikan asi setiap 2 jam sekali dan akan memberikan ASI secara ekslusif.

7. Mengajarkan ibu mengenai teknik menyusui baik dan benar

Ev : Ibu mengerti dan dapat mempraktekannya.

8. Memberitahu dan menjelaskan kepada ibu bahwa bayinya akan dilakukan pemeriksaan SHK dan pengambilan sampelnya melalui tumit bayi pada saat kunjungan selanjutnya 3-7 hari

Ev : Ibu memahami dan bersedia dilakukan pengambilan sampel darah bayinya.

9. Memberitahu ibu bahwa ada kunjungan ke rumah untuk mengecek bayi pada 3-7 hari pasca bersalin

Ev : Ibu mengerti dan bersedia jika bidan ke rumah

10. Mengajarkan ibu teknik memandikan bayi jika belum bisa

Ev : Ibu memahami dan bersedia mempraktekkannya.

12. Mendokumentasikan hasil kegiatan.

Ev : Kegiatan telah didokumentasikan.

Penatalaksanaan KN 1 (6-48 jam)

Waktu	Penatalaksanaan
07.00 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
07.05 WIB	Memberitahu ibu mengenai pemberian HB0 untuk mencegah penyakit hepatitis B atau kanker hati pada bayi
07.02 WIB	Menjelaskan kepada ibu mengenai perawatan tali pusat
07.03 WIB	Menjelaskan kepada ibu sesering mungkin mengganti popok setelah BAK dan BAB
07.04 WIB	Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi
07.05 WIB	Menjelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti bayi tidak mau menyusui, kejang, demam dan pusat kemerahan
07.06 WIB	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Memberikan ASI secara ekslusif sehingga ibu dapat merasakan kepuasan dalam memenuhi

	kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain
07.07 WIB	Mengajarkan ibu mengenai teknik menyusui baik dan benar
07.08 WIB	Memberitahu dan menjelaskan kepada ibu bahwa bayinya akan dilakukan pemeriksaan SHK dan pengambilan sampelnya melalui tumit bayi pada saat kunjungan selanjutnya 3-7 hari
07.09 WIB	Memberitahu ibu bahwa ada kunjungan ke rumah untuk mengecek bayi pada 3-7 hari pasca bersalin
07.10 WIB	Mengajarkan ibu teknik memandikan bayi jika belum bisa
07.11 WIB	Mendokumentasikan hasil kegiatan

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA BAYI BARU LAHIR KN 2 NEONATUS (3-7 hari)

2.12 KN 2 NEONATUS

No reg :…….

Hari/Tanggal : Minggu, 11/05/2025

Waktu pengkajian : 09.00 WIB

Nama pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Home Care

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat tidak ada keluhan.

2. Intake Cairan

a. ASI : Lancar

b. PASI : Tidak ada

c. INFUS : Tidak ada

3. Eliminasi

a. BAK : Ya, 8x sehari, warna jernih

b. BAB : Ya, 5, warna hijau

4. Psikososial

a. Hubungan ibu dengan bayi : Baik

b. Perilaku ibu terhadap bayi : Ibu sangat senang dengan kehadiran putra ke-4 nya.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmetis

2. Pemeriksaan Fisik

a. Ukuran keseluruhan : Normal

b. Kepala, Badan, Ektremitas : Normal

c. Tonus Otot dan Tingkat Aktifitas : Aktif

d. Warna kulit dan Bibir : Kemerahan

e. Tangis Bayi : Kuat

3). Tanda-tanda Vital

a. Pernafasan

- Wheezing : Tidak ada

- Rochi : Tidak ada

- Frekuensi : 40 x/menit

- Irama : Reguler

4). Pemeriksaan Fisik Head to toe

a). Kepala

a. Kepala Ubun-ubun besar : Normal

b. Ubun-ubun kecil : Normal

c. Sutura

- Molase : 0

d. Caput Succedenum : Tidak ada

e. Ceptal Hematom : Tidak ada

f. Ukuran Lingkar Kepala

- C. Cub. Occ Bregmantika : 36 cm

- C. Fronto. Occ : 35 cm

- C. Mento. Occ : 34 cm

b). Mata

a. Bentuk : Simetris

b. Kotoran : Tidak ada

c. Konjungtiva : Tidak pucat

d. Sklera : Tidak kuning

e. Perdarahan : Tidak ada

f. Kelainan : Tidak ada

c). Hidung

a. Bentuk : Simetris

b. Lubang hidung : Ada

c. Pernafasan cuping hidung : Tidak ada

d. Sekret : Tidak ada

e. Kelainan : Tidak ada

d). Bibir dan Mulut

a. Bentuk : Simetris

b. Palatum : Tidak ada

c. Lidah : Bersih

d. Gusi : Merah muda

e. Kelainan : Tidak ada

e). Leher

a. Pembengkakan : Tidak ada

b. KGB : Tidak ada pembesaran

c. Kelenjar tiroid : Tidak ada pembengkakan

d. Pergerakan : Aktif

e. Kelainan : Tidak ada

f). Dada

a. Bentuk : Simetris

b. Lingkar dada : 36 cm

c. Tulang rusuk dan sternum : Tidak ada

d. Puting susu : Ada

e. Frekuensi Jantung : 110 x/menit

f. Irama : Reguler

g). Abdomen

a. Bentuk : Simetris

b. Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : Tidak ada

c. Perdarahan tali pusat : Tidak ada

d. Lembek (pada saat tidak menangis) : Ya

e. Tonjolan : Tidak ada

h). Punggung

a. Spina Bifida : Tidak ada

b. Kelainan : Tidak ada

c. Panggul

- Periksa adanya kelainan dan tanda klik : Tidak ada

i). Genetalia Kelamin Laki-laki

a. Testis dalam Skrotum : Ya

b. Penis berlubang pada ujung penis : Ya

c. Kelainan : Tidak ada kelainan

j). Anus

a. Lubang : Tidak ada

b. Letak : Tidak ada

c. Kelainan : Tidak ada

k). Ektremitas

a. Ektremitas Atas

- Gerakan tangan : Aktif

- Gerakan Bahu : Aktif

- Jari-jari tangan : 5/5 lengkap

- Akrosianosis : Tidak ada

b. Ektremitas Bawah

- Gerakan : Aktif

- Jari-jari kaki : 5/5 lengkap

- Akrosianosis : Tidak ada

l). Kulit

a. Warna kulit : Kemerahan

b. Vernix Caseosa : Ada

c. Tanda lahir : Tidak ada

d. Hyperpigmetasi : Tidak ada

e. Kelainan : Tidak ada

m). Lanugo

Terdapat rambut-rambut halus di area tubuh.

6. Pemeriksaan neurologic (Refleks)

a). Reflek Rooting (+)

Bayi mencari puting pada saat puting susu ibu didekatkan pada pipi bayi.

b). Reklek Sucking (+)

Pada saat puting susu ibu sudah masuk ke dalam mulut, bayi terlihat menghisap

c). Reflek swalling (+)

Pada saat bayi menghisap puting susu, bayi mampu menelan ASI menandakan tidak ada ASI yang keluar dari mulut bayi.

d). Reflek Morrow (+)

Bayi kaget saat bidan menepuk tangan

e). Reflek glabella (+)

Pada saat bidan mengusap kedua alis mata bayi, bayi terlihat berkedip

f). Reflek tonic neck (+)

Pada saat kepala bayi dimiringkan ke kiri, lengan kirinya, meliputi sedangkan lengan kanannya meregang lurus

g). Reflek palmar grasping (+)

Pada saat jari tangan bidan diletakkan di telapak tangan bayi, menggenggam

h). Reflek babinsky (+)

Pada saat tangan bidan menyentuh telapak kaki bayi, jempol bayi akan mengarah ke atas dan jari-jari yang lainnya akan menyebar.

i). Reflek Blinking (+)

Reflek yang terjadi ketika bayi berkedip secara tidak sadar ketika ada cahaya

j). Reflek Walking (+)

Gerakan kaki yang otomatis pada saat di pegang dalam posisi tegak

k). Reflek Magnet (+)

Reflek yang terjadi pada bayi baru lahir ketika mereka menggenggam jari

C. ASSESMENT / ANALISA

Diagnosa : By. Ny. Y usia 7 hari neonatus lebih bulan tidak sesuai masa kehamilan spontan.

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : - ASI

- Menjaga kehangatan

Masalah Potensial : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : - Pemeriksaan Bayi

D. PLANNING / PENATALAKSANAAN

1. Melakukan pemeriksaan fisik kepada bayi dan memberitahu ibu hasil pemeriksaan.

Ev : Ibu mengetahui kondisi bayinya dalam keadaan baik.

2. Menjelaskan kepada ibu mengenai perawatan tali pusat

Ev : Ibu dapat memahami cara perawatan tali pusat

3. Menjelaskan kepada ibu sesering mungkin mengganti popok setelah BAK dan BAB

Ev : Ibu dapat memahaminya

4. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi

Ev : Bayi menggunakan pakaian dan selimut serta topi

5. Menjelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti bayi tidak mau menyusui, kejang, demam dan pusat kemerahan.

Ev : Ibu mengetahui tanda bahaya pada bayi jika bayi mengalami salah satu tanda bahaya ibu membawanya ke faskes terdekat.

6. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Memberikan ASI secara ekslusif sehingga ibu dapat merasakan kepuasan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain.

Ev : Ibu mengerti dan akan memberikan asi setiap 2 jam sekali dan akan memberikan ASI secara ekslusif.

7. Memberitahu ibu bahwa ada kunjungan ke rumah untuk mengecek bayi pada 14-28 hari pasca bersalin

Ev : Ibu mengerti dan bersedia jika bidan ke rumah

8. Mendokumentasikan hasil kegiatan.

Ev : Kegiatan telah didokumentasikan.

Penatalaksanaan KN 2 (3-7 hari neonatus)

Waktu	Penatalaksanaan
09.00 WIB	Melakukan pemeriksaan fisik kepada bayi dan memberitahu ibu hasil pemeriksaan
09.01 WIB	Menjelaskan kepada ibu mengenai perawatan tali pusat
09.02 WIB	Menjelaskan kepada ibu sesering mungkin mengganti popok setelah BAK dan BAB
09.03 WIB	Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi
09.05 WIB	Menjelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti bayi tidak mau menyusui, kejang, demam dan pusat kemerahan
09.10 WIB	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Memberikan ASI secara ekslusif sehingga ibu dapat merasakan kepuasan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang

	lain
09.13 WIB	Memberitahu ibu bahwa ada kunjungan ke rumah untuk mengecek bayi pada 14-28 hari pasca bersalin
09.15 WIB	Mendokumentasikan hasil kegiatan

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA BAYI BARU LAHIR KN 3 NEONATUS (28-42 hari)

2.13 KN 3 NEONATUS

No reg :…….

Hari/Tanggal : Minggu, 0106/2025

Waktu pengkajian : 09.00 WIB

Nama pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Home Care

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan bayinya mengalami pengelupasan kulit dan ruam-ruam merah karena biang keringat, untuk mengurangi keluhannya ibu mengoleskan baby oil kepada bayi

2. Intake Cairan

a. ASI : Lancar

b. PASI : Tidak ada

c. INFUS : Tidak ada

3. Eliminasi

a. BAK : Ya, 8x sehari, warna jernih

b. BAB : Ya, 5x warna hijau

4. Psikososial

a. Hubungan ibu dengan bayi : Baik

b. Perilaku ibu terhadap bayi : Ibu sangat senang dengan kehadiran putra ke-4 nya.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmetis

2. Pemeriksaan Fisik

a. Ukuran keseluruhan : Normal

b. Kepala, Badan, Ektremitas : Normal

c. Tonus Otot dan Tingkat Aktifitas : Aktif

d. Warna kulit dan Bibir : Kemerahan

e. Tangis Bayi : Kuat

3). Tanda-tanda Vital

a. Pernafasan

- Wheezing : Tidak ada

- Rochi : Tidak ada

- Frekuensi : 35 x/menit

- Irama : Reguler

4). Pemeriksaan Fisik Head to toe

a). Kepala

a. Kepala Ubun-ubun besar : Normal

b. Ubun-ubun kecil : Normal

c. Sutura

- Molase : 0

d. Caput Succedenum : Tidak ada

e. Ceptal Hematom : Tidak ada

f. Ukuran Lingkar Kepala

- C. Cub. Occ Bregmantika : 36 cm

- C. Fronto. Occ : 35 cm

- C. Mento. Occ : 34 cm

b). Mata

a. Bentuk : Simetris

b. Kotoran : Tidak ada

c. Konjungtiva : Tidak pucat

d. Sklera : Tidak kuning

e. Perdarahan : Tidak ada

f. Kelainan : Tidak ada

c). Hidung

a. Bentuk : Simetris

b. Lubang hidung : Ada

c. Pernafasan cuping hidung : Tidak ada

d. Sekret : Tidak ada

e. Kelainan : Tidak ada

d). Bibir dan Mulut

a. Bentuk : Simetris

b. Palatum : Tidak ada

c. Lidah : Bersih

d. Gusi : Merah muda

e. Kelainan : Tidak ada

e). Leher

a. Pembengkakan : Tidak ada

b. KGB : Tidak ada pembesaran

c. Kelenjar tiroid : Tidak ada pembengkakan

d. Pergerakan : Aktif

e. Kelainan : Tidak ada

f). Dada

a. Bentuk : Simetris

b. Lingkar dada : 36 cm

c. Tulang rusuk dan sternum : Tidak ada

d. Puting susu : Ada

e. Frekuensi Jantung : 120 x/menit

f. Irama : Reguler

g). Abdomen

a. Bentuk : Simetris

b. Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : Tidak ada

c. Perdarahan tali pusat : Tidak ada

d. Lembek (pada saat tidak menangis) : Ya

e. Tonjolan : Tidak ada

h). Punggung

a. Spina Bifida : Tidak ada

b. Kelainan : Tidak ada

c. Panggul

- Periksa adanya kelainan dan tanda klik : Tidak ada

i). Genetalia Kelamin Laki-laki

a. Testis dalam Skrotum : Ya

b. Penis berlubang pada ujung penis : Ya

c. Kelainan : Tidak ada kelainan

j). Anus

a. Lubang : Tidak ada

b. Letak : Tidak ada

c. Kelainan : Tidak ada

k). Ektremitas

a. Ektremitas Atas

- Gerakan tangan : Aktif

- Gerakan Bahu : Aktif

- Jari-jari tangan : 5/5 lengkap

- Akrosianosis : Tidak ada

b. Ektremitas Bawah

- Gerakan : Aktif

- Jari-jari kaki : 5/5 lengkap

- Akrosianosis : Tidak ada

l). Kulit

a. Warna kulit : Kemerahan

b. Vernix Caseosa : Tidak ada

c. Tanda lahir : Tidak ada

d. Hyperpigmetasi : Tidak ada

e. Kelainan : Tidak ada

m). Lanugo

Terdapat rambut-rambut halus di area tubuh.

6. Pemeriksaan neurologic (Refleks)

a). Reflek Rooting (+)

Bayi mencari puting pada saat puting susu ibu didekatkan pada pipi bayi.

b). Reklek Sucking (+)

Pada saat puting susu ibu sudah masuk ke dalam mulut, bayi terlihat menghisap

c). Reflek swalling (+)

Pada saat bayi menghisap puting susu, bayi mampu menelan ASI menandakan tidak ada ASI yang keluar dari mulut bayi.

d). Reflek Morrow (+)

Bayi kaget saat bidan menepuk tangan

e). Reflek glabella (+)

Pada saat bidan mengusap kedua alis mata bayi, bayi terlihat berkedip

f). Reflek tonic neck (+)

Pada saat kepala bayi dimiringkan ke kiri, lengan kirinya, meliputi sedangkan lengan kanannya meregang lurus

g). Reflek palmar grasping (+)

Pada saat jari tangan bidan diletakkan di telapak tangan bayi, menggenggam

h). Reflek babinsky (+)

Pada saat tangan bidan menyentuh telapak kaki bayi, jempol bayi akan mengarah ke atas dan jari-jari yang lainnya akan menyebar.

i). Reflek Blinking (+)

Reflek yang terjadi ketika bayi berkedip secara tidak sadar ketika ada cahaya

j). Reflek Walking (+)

Gerakan kaki yang otomatis pada saat di pegang dalam posisi tegak

k). Reflek Magnet (+)

Reflek yang terjadi pada bayi baru lahir ketika mereka menggenggam jari

C. ASSESMENT / ANALISA

Diagnosa : By. Ny. Y usia 28 hari neonatus lebih bulan tidak sesuai masa kehamilan spontan.

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : - ASI

- Menjaga kehangatan

Masalah Potensial : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : - Pemeriksaan Bayi

- Konseling

D. PLANNING / PENATALAKSANAAN

1. Melakukan pemeriksaan fisik kepada bayi dan memberitahu ibu hasil pemeriksaan.

Ev : Ibu mengetahui kondisi bayinya dalam keadaan baik.

2. Memberi saran untuk keluhan pada bayinya jika menggunakan baby oil bisa mengurangi keluhannya dilanjutkan.

Ev : Ibu mengerti dan menerima sarannya

2. Menjelaskan kepada ibu sesering mungkin mengganti popok setelah BAK dan BAB

Ev : Ibu dapat memahaminya

3. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi

Ev : Bayi menggunakan pakaian dan selimut serta topi

4. Menjelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti bayi tidak mau menyusui, kejang, demam dan pusat kemerahan.

Ev : Ibu mengetahui tanda bahaya pada bayi jika bayi mengalami salah satu tanda bahaya ibu membawanya ke faskes terdekat.

5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Memberikan ASI secara ekslusif sehingga ibu dapat merasakan

kepuasan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain.

Ev : Ibu mengerti dan akan memberikan asi setiap 2 jam sekali dan akan memberikan ASI secara ekslusif.

6. Memberitahu ibu bahwa ada kunjungan ke rumah untuk mengecek bayi pada 29-42 hari pasca bersalin

Ev : Ibu mengerti dan bersedia jika bidan ke rumah

8. Mendokumentasikan hasil kegiatan.

Ev : Kegiatan telah didokumentasikan.

Penatalaksanaan KN 3 Neonatus (28-42 hari)

Waktu	Penatalaksanaan
09.00 WIB	Melakukan pemeriksaan fisik kepada bayi dan memberitahu ibu hasil pemeriksaan
09.01 WIB	Memberi saran untuk keluhan pada bayinya jika menggunakan baby oil bisa mengurangi keluhannya dilanjutkan
09.02 WIB	Menjelaskan kepada ibu sesering mungkin mengganti popok setelah BAK dan BAB
09.03 WIB	Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi
09.05 WIB	Menjelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti bayi tidak mau menyusui, kejang, demam dan pusat kemerahan
09.10 WIB	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Memberikan ASI secara ekslusif sehingga ibu dapat merasakan kepuasan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain
09.13 WIB	Memberitahu ibu bahwa ada kunjungan ke rumah untuk

	mengecek bayi pada 14-28 hari pasca bersalin
09.15 WIB	Mendokumentasikan hasil kegiatan

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA IBU POST PARTUM KF 1 (6 jam-48 hari)

2.14 KF I POSTPARTUM

No reg :…….

Hari/Tanggal : Senin, 05/05/2025

Waktu Pengkajian : 08.00 WIB

Nama pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Klinik Utama Al-Faiha

A. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan lega atas kelahiran bayinya namun masih sedikit mules, ngilu di area kemaluan dan mules sedikit.

2. Pemenuhan Kebutuhan

a. Nutrisi : Ibu makan baru 1 x Jenis makanan nasi, sayur, daging dengan porsi sedang, minum air putih ±7-8 gelas sehari.

b. Eliminasi : Ibu sudah BAK 4x jernih dan belum BAB.

c. Personal Hygiene : Ibu sudah nyeka badannya, gosok gigi, ganti pembalut, dan mengganti pakaian.

d. Istirahat : Ibu sudah tidur siang selama 2 jam dan tidur malam selama 5 jam.

e. Aktifitas : Ibu sudah bisa miring kanan dan kiri, duduk dan bersandar, berjalan-jalan, jongkok, pergi ke kamar mandi, dan sudah bisa merawat bayinya.

f. Pola Hidup : Ibu tidak merokok, tidak minum alkohol dan tidak konsumsi obat-obatan.

g. Obat yang dikonsumsi : Antibiotik 1x1 per hari, Anti nyeri 1x1 per hari, Vitamin 1x1 per hari.

h. Seksualitas : Belum melakukan hubungan.

i. Respon ibu, suami dan keluarga terhadap kelahirannya : Baik, mendukung saat hamil, melahirkan dan merawat bayi

j. Kegiatan Spiritual : Ibu belum bisa beribadah karena sedang dalam masa nifas.

k. Rencana Kontrasepsi : Ibu ingin KB suntik 3 bulan lagi setelah masa nifas di PKM.

3. Laktasi

Ibu selalu menyusui bayinya dan ASI yang keluar lancar, frekuensi menyusui ±8 x selama 20 menit.

B. DATA OBJEKTIF

1). Keadaan Umum : Baik

2). Kesadaran : Composmetis

3). Ekspresi Wajah : Bahagia

4). Status Emosional : Stabil

5). Tanda-tanda Vital

TD : 125/80 mmHg

N : 85 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,7°C

4). Pemeriksaan Fisik

a. Muka, mata, telinga, hidung :

- Inspeksi Muka : Simetris, tidak ada luka.

Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan.

- Inspeksi Mata : Simetris kanan dan kiri, sklera putih tidak kuning dan kemerahan, konjungtiva merah muda tidak pucat, pupil isokor, penglihatan jelas,

bola mata gerak aktif, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, tidak ada oedema.

- Inspeksi Telinga : Simetris kanan dan kiri, ukuran normal, warna normal, tidak ada luka, bersih, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu pendengaran

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan.

- Inspeksi Hidung : Simetris, tidak ada keluar cairan, tidak ada luka, tidak ada kelainan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

b. Dada

- Inspeksi : Simetris, bersih, tidak ada retraksi dinding dada.
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Auskultasi : Paru-paru : Tidak ada suara wheezing dan ronchi
- Jantung : Suara jantung normal, frekuensi 118 x/menit.

c. Payudara

Inspeksi : Simetris kanan dan kiri, bersih, puting susu menonjol; tidak berbau; tidak lecet, areola hitam, tidak ada benjolan, kolostrum sudah ada.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, ukuran payudara normal, tidak ada reaksi dimpling, tidak ada kelenjar.

d. Abdomen

Inspeksi : Simetris,, tidak ada bekas luka operasi, terdapat linea nigra, tidak ada striae albican dan striae livide. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras dan bundar kandung kemih kosong.

Palpasi : Keras dan kandung kemih kosong.

e. Genetalia

Inspeksi : Terdapat pengeluaran cairan berwarna merah (lochea rubra), Jumlah ganti pembalut 1-2 kali, tidak ada oedema dan varises, tidak ada condiloma akuminata dan matalata, tidak terdapat pembesaran kelenjar skene dan bartholin, tidak ada laserasi, perdarahan 20 cc.

Palpasi : Tidak terdapat pembesaran kelenjar skene dan bartholin

f. Anus

Inspeksi : Tidak ada hemoroid, tidak ada perdarahan dari anus.

g. Ekstremitas

Inspeksi : Simetris kanan dan kiri.

Palpasi : Jumlah jari 5/5 lengkap, kuku tidak pucat, ekstremitas gerak aktif, refleks positif, refleks patela (+/+), tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada turgor kulit.

h. Pengetahuan Ibu Nifas Mengenai Tanda-tanda Bahaya

1). Kelelahan dan Sulit tidur : Tidak

2). Demam : Tidak ada

3). Nyeri atau terasa panas waktu BAK : Ya sedikit

4). Sembelit dan Haemoroid : Tidak ada

5). Sakit kepala terus menerus, nyeri, bengkak : Tidak ada

6). Nyeri Abdomen : Tidak ada

7). Cairan vagina yang berbau busuk : Tidak ada

8). Sangat sakit saat payudara disentuh, pembengkakan,

puting yang pecah-pecah : Tidak ada

9). Kesulitan dalam menyusui : Tidak ada

10). Kesedihan : Tidak ada

11). Merasa kurang mampu merawat bayi : Ibu mampu merawat bayinya

12). Rabun senja : Tidak ada

C. ASSESMENT / ANALISA

Ny. Y usia 40 tahun P3A1 6 jam postpartum dengan keadaan umum ibu baik

D. PLANNING / PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan fisik, TTV dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah pusat, pengeluaran lochea rubra (merah segar) konsistensi cair baunya khas, Kontraksi uterus keras, Kandung kemih kosong, Perdarahan normal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal.

Ev : Ibu dan keluarga mengetahui

2. Memberikan konseling tentang :

- Tanda-tanda bahaya nifas (seperti demam, sakit kepala, perdarahan berlebih pada jalan lahir).
- Konseling tentang nutrisi dan istirahat yang cukup (perbanyak protein).
- Mengajari ibu tentang perawatan payudara.

- Konseling kebersihan area genitalia (sering personal hygien, ganti pembalut).

Ev : Ibu mengerti dan mengetahui tentang bahaya nifas.

3. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap seperti miring kanan dan kiri, duduk, jongkok, berjalan-jalan.

Ev : Ibu mengerti dan akan melakukan.

5. Menjelaskan pada ibu cara menyusui yang benar dengan cara ibu mengeluarkan ASI terlebih dahulu, lalu mengoleskannya ke putingnya dan sampai menyedawakan bayi.

Ev : Ibu memahami cara menyusui yang benar dan cara pemberiannya.

6. Memberitahu ibu mengenai bagaimana cara perawatan tali pusat pada bayi.

Ev : Ibu mengerti dan bersedia untuk mempraktikkannya.

7. Memberikan ibu jadwal kontrol ulang selanjutnya.

Ev : Ibu bersedia untuk datang kembali pada tanggal 11/05/2025.

8). Melakukan pendokumentasian.

Ev : Sudah dilakukan pendokumentasian.

Penatalaksanaan KF 1 Postpartum (6-48 jam)

Waktu	Penatalaksanaan
07.00 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan fisik, TTV dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah pusat, pengeluaran lochea rubra (merah segar) konsistensi cair baunya khas, Kontraksi uterus keras, Kandung kemih kosong, Perdarahan normal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal
07.02 WIB	Memberikan konseling tentang : - Tanda-tanda bahaya nifas (seperti demam, sakit kepala,

	perdarahan berlebih pada jalan lahir). - Konseling tentang nutrisi dan istirahat yang cukup (perbanyak protein). - Mengajari ibu tentang perawatan payudara. - Konseling kebersihan area genitalia (sering personal hygien, ganti pembalut)
07.03 WIB	Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap seperti miring kanan dan kiri, duduk, jongkok, berjalan-jalan
07.04 WIB	Menjelaskan pada ibu cara menyusui yang benar dengan cara ibu mengeluarkan ASI terlebih dahulu, lalu mengoleskannya ke putingnya dan sampai menyedawakan bayi
07.05 WIB	Memberitahu ibu mengenai bagaimana cara perawatan tali pusat pada bayi
07.06 WIB	Memberikan ibu jadwal kontrol ulang selanjutnya
07.07 WIB	Melakukan pendokumentasian

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA IBU POST PARTUM KF 2 (3-7 hari)

2.14 KF 2 POSTPARTUM

No. reg:…….

Hari/Tanggal : Minggu, 11/05/2025

Waktu Pengkajian : 10.00 WIB

Nama pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Klinik Utama Al-Faiha

A. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, namun darah yang keluar masih ada sedikit

2. Pemenuhan Kebutuhan

a. Nutrisi : Ibu makan 3 x sehari, Jenis makanan nasi, sayur, daging dengan porsi sedang, minum air putih ± 7-8 gelas sehari.

b. Eliminasi : BAK 4 x sehari, warna jernih dan BAB 1 x sehari, warna kecoklatan

c. Personal Hygiene : Ibu mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 1x sehari, ganti pembalut 3x sehari, dan mengganti pakaian 2x sehari.

d. Istirahat : Ibu tidur siang selama 2 jam dan tidur malam selama 7 jam.

e. Aktifitas : Ibu melakukan aktifitas biasa seperti menyapu, mengepel, mencuci piring, mencuci baju, miring kanan dan kiri, duduk dan bersandar, berjalan-jalan, jongkok, pergi ke kamar mandi, dan merawat bayinya dan memandikan bayinya.

f. Pola hidup : Ibu tidak merokok, tidak minum alkohol dan tidak konsumsi obat-obatan.

g. Seksualitas : Belum melakukan hubungan.

h. Kegiatan Spiritual : Ibu belum bisa beribadah karena sedang dalam masa nifas.

i. Obat yang dikonsumsi : Antibiotik 2x1 per hari, Anti nyeri 3x1 per hari,

Vitamin 1x1 per hari (sesuai resep dokter dan bidan)

3. Laktasi

Ibu selalu menyusui bayinya dan ASI yang keluar lancar, frekuensi menyusui ± 8-10 x sehari selama 20 menit.

B. DATA OBJEKTIF

1). Keadaan Umum : Baik

2). Kesadaran : Composmetis

3). Ekspresi Wajah : Bahagia

4). Status Emosional : Stabil

5). Tanda-tanda Vital

TD : 118/80 mmHg

N : 85 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,7℃

4). Pemeriksaan Fisik

a. Muka, mata, telinga, hidung :

- Inspeksi Muka : Simetris, tidak ada luka.

Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan.

- Inspeksi Mata : Simetris kanan dan kiri, sklera putih tidak kuning dan kemerahan, konjungtiva merah muda tidak pucat, pupil isokor, penglihatan jelas,

bola mata gerak aktif, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, tidak ada oedema.

- Inspeksi Telinga : Simetris kanan dan kiri, ukuran normal, warna normal, tidak ada luka, bersih, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu pendengaran

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan.

- Inspeksi Hidung : Simetris, tidak ada keluar cairan, tidak ada luka, tidak ada kelainan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

b. Dada

- Inspeksi : Simetris, bersih, tidak ada retraksi dinding dada.

- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : Paru-paru : Tidak ada suara wheezing dan ronchi

Jantung : Suara jantung normal lup dup, frekuensi 118 x/menit.

Perkusi : Jantung : Pekak

Paru-paru : Sonor

c. Payudara

Inspeksi : Simetris kanan dan kiri, bersih, puting susu menonjol, tidak berbau, tidak lecet, areola hitam, tidak ada benjolan, ASI ada

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, ukuran payudara normal, tidak ada reaksi dimpling, tidak ada kelenjar.

d. Abdomen

Inspeksi : Simetris,, tidak ada bekas luka operasi, terdapat linea nigra, tidak ada striae albican dan striae livide. TFU pertengahan pusat dan simfisis, kontraksi uterus teraba keras dan bundar kandung kemih kosong.

Palpasi : Keras dan kandung kemih kosong.

Palpasi : Tidak terdapat pembesaran kelenjar skene dan bartholin

f. Anus

Inspeksi : Tidak ada hemoroid, tidak ada perdarahan dari anus

g. Ekstremitas

Inspeksi : Simetris kanan dan kiri.

Palpasi : Jumlah jari 5/5 lengkap, kuku tidak pucat, ekstremitas gerak aktif, refleks positif, refleks patela (+/+), tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada turgor kulit.

h. Obat yang dikonsumsi : Antibiotik 2x1 per hari, Anti nyeri 3x1 per hari,

Vitamin 1x1 per hari.

C. ASSESMENT / ANALISA

Ny. Y usia 40 tahun P3A1 7 postpartum dengan keadaan umum ibu baik

D. PLANNING / PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, TTV dalam batas normal, TFU pertengahan pusat dan simpisis, pengeluaran lochea sanguinolenta (merah kuning kecoklatan) konsistensi cair baunya khas, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan normal 20 cc.

Ev : Ibu dan keluarga mengetahui

2. Memberikan konseling tentang tanda-tanda bahaya nifas seperti demam, sakit kepala berlebih, perdarahan yang berlebih, pengeluaran cairan yang berbau dari jalan lahir.

Ev : Ibu mengerti dan mengetahu tanda bahaya nifas.

3. Memberitahu ibu untuk menjaga pola nutrisinya seperti perbanyak makanan protein dan bergizi.

Ev : Ibu mengetahui dan akan mengatur pola nutrisinya.

4. Memberitahu ibu untuk selalu menyusui bayinya setiap jam minimal 8-10x sehari.

Ev : Ibu mengerti dan akan melakukannya.

5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup jika lelah bergantian dengan suami.

Ev : Ibu mengerti

6. Menjadwalkan kunjungan nifas selanjutnya pada tanggal 01/06/2025).

Ev : Ibu bersedia jika ada kunjungan kembali.

Penatalaksanaan KF 2 Postpartum (3-7 hari)

Waktu	Penatalaksanaan
10.00 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, TTV dalam batas normal, TFU pertengahan pusat dan simpisis, pengeluaran lochea sanguinolenta (merah kuning kecoklatan) konsistensi cair baunya khas, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan normal 20 cc

10.11 WIB	Memberikan konseling tentang tanda-tanda bahaya nifas seperti demam, sakit kepala berlebih, perdarahan yang berlebih, pengeluaran cairan yang berbau dari jalan lahir
10.12 WIB	Memberitahu ibu untuk menjaga pola nutrisinya seperti perbanyak makanan protein dan bergizi
10.13 WIB	Memberitahu ibu untuk selalu menyusui bayinya setiap jam minimal 8-10x sehari
10.14 WIB	Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup jika lelah bergantian dengan suami
10.15 WIB	Menjadwalkan kunjungan nifas selanjutnya pada tanggal 01/06/2025)

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA IBU POST PARTUM KF 3 (14-28 hari)

2.15 KF 3 POSTPARTUM

No reg :…….

Hari/Tanggal : Minggu, 01/06/2025

Waktu Pengkajian : 09.00 WIB

Nama pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Home Care

A. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu mengatakan pengeluaran darah berwarna kuning kecoklatan.

2. Pemenuhan Kebutuhan

a. Nutrisi : Ibu makan baru 1 x Jenis makanan nasi, sayur, daging dengan porsi sedang, minum air putih ± 7-8 gelas sehari.

b. Eliminasi : Ibu sudah BAK 4x jernih dan belum BAB.

c. Personal Hygiene : Ibu mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 1x sehari, ganti pembalut 3x sehari, dan mengganti pakaian 2x sehari.

d. Istirahat : Ibu tidur siang selama 2 jam dan tidur malam selama 7 jam.

e. Aktifitas : Ibu melakukan aktifitas biasa seperti menyapu, mengepel, mencuci piring, mencuci baju, miring kanan dan kiri, duduk dan bersandar, berjalan-jalan, jongkok, pergi ke kamar mandi, dan merawat bayinya dan memandikan bayinya.

f. Pola hidup : Ibu tidak merokok, tidak minum alkohol dan tidak konsumsi obat-obatan.

g. Seksualitas : Belum melakukan hubungan.

h. Kegiatan Spiritual : Ibu belum bisa beribadah karena sedang dalam masa nifas.

3. Laktasi

Ibu selalu menyusui bayinya dan ASI yang keluar lancar, frekuensi menyusui ± 8-10x selama 20 menit.

B. DATA OBJEKTIF

1). Keadaan Umum : Baik

2). Kesadaran : Composmetis

3). Ekspresi Wajah : Bahagia

4). Status Emosional : Stabil

5). Tanda-tanda Vital

TD : 100/70 mmHg

N : 80 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,6°C

4). Pemeriksaan Fisik

a. Muka, mata, telinga, hidung :

- Inspeksi Muka : Simetris, tidak ada luka.

Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan.

- Inspeksi Mata : Simetris kanan dan kiri, sklera putih tidak kuning dan kemerahan, konjungtiva merah muda tidak pucat, pupil isokor, penglihatan jelas, bola mata gerak aktif, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, tidak ada oedema.

- Inspeksi Telinga : Simetris kanan dan kiri, ukuran normal, warna normal, tidak ada luka, bersih, tidak ada kotoran, tidak ada keluar cairan, tidak menggunakan alat bantu pendengaran

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan.

- Inspeksi Hidung : Simetris, tidak ada keluar cairan, tidak ada luka, tidak ada kelainan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

b. Dada

- Inspeksi : Simetris, bersih, tidak ada retraksi dinding dada.

- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : Paru-paru : Tidak ada suara wheezing dan ronchi

Jantung : Suara jantung normal lup dup, frekuensi 118 x/menit.

Perkusi : Jantung : Pekak

Paru-paru : Sonor

c. Payudara

Inspeksi : Simetris kanan dan kiri, bersih, puting susu menonjol, tidak berbau, tidak lecet, areola hitam, tidak ada benjolan, ASI ada

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, ukuran payudara normal, tidak ada reaksi dimpling, tidak ada kelenjar.

d. Abdomen

Inspeksi : Simetris,, tidak ada bekas luka operasi, terdapat linea nigra, tidak ada striae albican dan striae livide. TFU tidak teraba, kontraksi uterus teraba keras dan bundar kandung kemih kosong.

Palpasi : Keras dan kandung kemih kosong.

e. Genetalia

Inspeksi : Terdapat pengeluaran cairan berwarna kuning kecoklatan (lochea serosa), jumlah ganti pembalut 1-2 kali, tidak ada oedema dan varises, tidak ada condiloma akuminata dan matalata, tidak terdapat pembesaran kelenjar skene dan bartholin, tidak ada laserasi, perdarahan 10 cc.

Palpasi : Tidak terdapat pembesaran kelenjar skene dan bartholin

f. Anus

Inspeksi : Tidak ada hemoroid, tidak ada perdarahan dari anus

g. Ekstremitas

Inspeksi : Simetris kanan dan kiri.

Palpasi : Jumlah jari 5/5 lengkap, kuku tidak pucat, ekstremitas gerak aktif, refleks positif, refleks patela (+/+), tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada turgor kulit.

C. ASSESMENT / ANALISA

Ny. Y usia 40 tahun P3A1 28 hari postpartum dengan keadaan umum ibu baik

D. PLANNING / PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, TTV dalam batas normal, TFU sudah tidak teraba, pengeluaran lochea serosa (kuning kecoklatan) konsistensi cair baunya khas, kontraksi uterus lembek, kandung kemih kosong, perdarahan normal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal.

Ev : Ibu dan keluarga mengetahui

2. Memberikan konseling tentang tanda-tanda bahaya nifas seperti demam, sakit kepala berlebih, perdarahan yang berlebih, pengeluaran cairan yang berbau dari jalan lahir.

Ev : Ibu mengerti dan mengetahu tanda bahaya nifas.

3. Memberitahu ibu untuk menjaga pola nutrisinya seperti perbanyak makanan protein dan bergizi.

Ev : Ibu mengetahui dan akan mengatur pola nutrisinya.

4. Memberitahu ibu untuk selalu menyusui bayinya setiap jam minimal 8-10x sehari.

Ev : Ibu mengerti dan akan melakukannya.

5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup jika lelah bergantian dengan suami.

Ev : Ibu mengerti

6. Menjadwalkan kunjungan nifas selanjutnya pada tanggal 15/06/2025).

Ev : Ibu akan melalukan kunjungan ulang

Penatalaksanaan KF 3 Postpartum (28-42 hari)

Waktu	Penatalaksanaan
09.00 WIB	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan fisik. Dari hasil pemeriksaan fisik, TTV dalam batas normal, TFU sudah tidak teraba, pengeluaran lochea serosa (kuning kecoklatan) konsistensi cair baunya khas, kontraksi uterus lembek, kandung

	kemih kosong, perdarahan normal. Sedangkan bagian anggota fisik lainnya dalam batas normal
09.05 WIB	Memberikan konseling tentang tanda-tanda bahaya nifas seperti demam, sakit kepala berlebih, perdarahan yang berlebih, pengeluaran cairan yang berbau dari jalan lahir
09.05 WIB	Memberitahu ibu untuk menjaga pola nutrisinya seperti perbanyak makanan protein dan bergizi
09.06 WIB	Memberitahu ibu untuk selalu menyusui bayinya setiap jam minimal 8-10x sehari
09.07 WIB	Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup jika lelah bergantian dengan suami
09.08 WIB	Menjadwalkan kunjungan nifas selanjutnya pada tanggal 15/06/2025).

SOAP ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

KELUARGA BERENCANA

2.16 Keluarga Berencana

No reg :…….

Hari/Tanggal :.....

Nama pengkaji : Nisa Nur Fitri Rosdina

Tempat Pengkajian : Di Puskesmas

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan.

2. Riwayat Kontrasepsi

a. Ibu mengatakan setelah kelahiran anak pertama yang keguguran tidak menggunakan KB, setelah 6 bulan melakukan program hamil.

b. Ibu mengatakan setelah kelahiran anak kedua KB suntik 3 bulan pada tahun 2006 selama 8 tahun dan mendapatkan pelayanan KB suntik di Puskesmas, selama ibu menggunakan KB 3 bulan memiliki keluhan berat badan bertambah, dan ibu menggunakan KB atas motivasi diri sendiri.

c. Ibu mengatakan setelah kelahiran anak ketiga KB suntik 3 bulan pada tahun 2014 selama 11 tahun dan mendapatkan pelayanan KB suntik di Puskesmas, selama ibu menggunakan KB 3 bulan memiliki keluhan berat badan bertambah, dan ibu menggunakan KB atas motivasi diri sendiri.

3. Seksualitas : Ibu belum melakukan hubungan seksual karena masih dalam masa nifas.

4. Kebiasaan : Ibu tidak memiliki kebiasaan yang tidak sehat seperti merokok, minum alkohol,

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmetis

c. Tanda-tanda Vital

TD : 110/80 mmHg

N : 85 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,7°C

2. Pemeriksaan Fisik

a. Mata

Inspeksi : Simetris, bersih, tidak ada oedema

b. Dada

Inspeksi : Simetris, bersih, tidak ada kelainan

c. Payudara

Inspeksi : Simetris kanan kiri, bersih, puting susu tidak lecet, puting susu menonjol, aerola hitam, tidak ada reaksi dimpling

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, tidak ada benjolan, tidak ada, ASI keluar

d. Abdomen

Inspeksi : Simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan, tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, TFU sudah tidak teraba, kandung kemih kosong

e. Ektremitas

- Ekstremitas atas

Inspeksi : Simetris, tidak ada luka, tidak benjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedema, jari-jari 5/5 lengkap, kuku tidak pucat

- Ekstremitas Bawah

Inspeksi : Simetris, tidak ada luka, tidak ada benjolan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedema, tidak ada varises, refleks patela (+/+), jari-jari 5/5 lengkap, kuku tidak pucat

C. ASSESMENT / ANALISA

Diagnosa : Ny. Y Usia 40 tahun P4A1 calon akseptor KB suntik 3 bulan

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Masalah : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

D. PLANNING / PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan ibu , pemeriksaan umum yang meliputi keadaan umum baik, kesadaran composmetis, TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 85 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,7°C, hasil pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah.

(Ev : Ibu mengerti kondisinya dalam keadaan normal.

2. Memberikan KIE tentang KB suntik 3 bulan dan menjelaskan efektivitas serta efek samping dari KB suntik

(Ev : Ibu mengetahui tentang semua KB efektivitas dan efek sampingnya).

3. Memotivasi ibu untuk segera ikut program KB.

Ev : Ibu sudah mengerti dan ingin berdiskusi terlebih dahulu dengan suaminya.

4. Ibu rencana KB di puskesmas.

Ev : Ibu berhak untuk memilik pelayanan KB dimana saja

4. Menjadwalkan kunjungan untuk Ber-KB

(Ev : Ibu akan Ber-KB setelah masa nifas).

Penatalaksanaan KB

Waktu	Penatalaksanaan
	Menjelaskan hasil pemeriksaan ibu , pemeriksaan umum yang meliputi keadaan umum baik, kesadaran composmetis, TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 85 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,7°C, hasil pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah
	Memberikan KIE tentang KB suntik 3 bulan dan menjelaskan efektivitas serta efek samping dari KB suntik
	Memotivasi ibu untuk segera ikut program KB
	Ibu rencana KB di puskesmas
	Menjadwalkan kunjungan untuk Ber-KB