# BAB III

# TINJAUAN KASUS

## 1.1 ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF KEHAMILAN I

**No. Reg** 379

**Hari/Tanggal** : kamis, 29 april 2025

**Wkt. Pengkajian** : 17.00 WIB

**Nama Pengkaji** : MELANIE RAHMI SHOLEHAT

**Tempat Pengkajian** : TPMB Bdn. MELATI YULIANDARI S.S.T., M.T.r.Keb

I. SUBYEKTIF

A. ANAMNESA

Identitas

| | Istri | Suami |
|---|---|---|
| Nama | Ny. F | Tn. A |
| Umur | 33 tahun | 35 tahun |
| Agama | Islam | Islam |
| Pendidikan | D3 | D3 |
| Pekerjaan | Ibu rumah tangga | Apoteker |
| Suku Bangsa | Sunda | Sunda |
| Golongan Darah | O | A+ |
| Alamat | Jln. Sirnagalih Gg. H. Gojali NO.62 rt03/rw 09 Sukajadi, Bandung | |
| No.Telp/HP | 0826-2342-051 | |

Keluhan Utama :

Ibu mengatakan kepalanya sedikit pusing

RIWAYAT OBSTETRI

UNIVERSITAS SALI AL-AITAAM
BANDUNG

1. Riwayat Kehamilan Sekarang
   a. G…4….P…3….A…0…
   b. HPHT 22 Juli 2024 TP 29 April 2025 Gravida 40 mg 1 hari
   c. Kapan merasakan Gerakan janin : pada 16 minggu
   d. Pergerakan dirasakan dalam 24jam terakhir: ya, 16.45 WIB lebih dari 11x gerakan
   e. Tanda-tanda bahaya/penyulit : tidak ada
   f. Obat yang dikonsumsi (termasuk jamu) :Tablet Fe 60 mg 2x1 (malam) + kalsium 1200 mg 1x1 (pagi), diberikan oleh bidan melati
   g. Kekhawatiran-kekhawatiran khusus: tidak ada
   h. Obat yang dikonsumsi (termasuk jamu) :Tablet Fe 60 mg 2x1 (malam) + kalsium 1200 mg 1x1 (pagi), diberikan oleh bidan melati
   i. Kekhawatiran-kekhawatiran khusus: tidak ada
2. Imunisasi
   a. Catin : sudah (bidan) Tgl: Ibu lupa
   b. TT1 : sudah (bidan) Tgl: 2014
   c. TT 2 sudah (bidan) Tgl : 2014
3. Riwayat ANC

| Trimester | Tanggal | Anamnesa | Pemeriksaan | Terapi |
|---|---|---|---|---|
| I | 23-09-2024 | Mual dipagi hari, cepat Lelah, nafsu makan turun | TD: 100/70 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,7 C, BB: 49 KG, TFU: belum teraba jelas, djj: belum | Tablet Fe (zat besi) 60 mg 1X1, Vitamin B6 10 mg ,edukasi gizi ibu hamil (makan sedikit tapi |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | terdengar, UK: 9 mg, | sering), anjuran istirahat cukup dan hindari stress, jadwal kunjungan selanjutnya 4 minggu kemudian |
| II | 04-01-2025 | Tidak ada keluhan | TD: 110/27 mmHg, BB: 59, 2 kg, UK: 25 minggu, DJJ: 152x/menit, TFU: 20 cm | Kalsium 1200 mg |
| III | 02-03-2025 | Nyeri punggung | TD: 110/78 mmHg, BB: 61, 4 kg, UK: 32 minggu | USD: Dr.Asri SpoG UK: 31 -32 m, presentasi: melintang, TBJ: 1900 gram, ketuban : cukup, plasenta : |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | dinding atas, DJJ: 140x/menit, JK: laki laki |
| | 24-05-2025 | Keram perut | TD: 99/74 mmHg, UK: 35 mg, TFU: 26 cm, presentasi : kepala, DJJ: 127x/menit | Perlengkapan persalinan, senam hamil, KIE |
| | 06-04-2025 | Tidak ada keluhan | TD: 109/75mmHg, BB: 65,2kg, UK: 36 mg, Hb: 8,1 | USD: Dr.Asri SpoG UK: 36-37 mg, presentasi: kepala, TBJ: 2700 gram, ketuban : cukup, plasenta : dinding atas, DJJ: 140x/menit, JK: tidak terlihat, lilitan : (-) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 15-04-2025 | Kram betis, linu dikemaluan | TD: 99/63 mmHg, BB: 64, 9 kg, UK: 38 mg, DJJ: 124x/menit, presentasi: kepala, TFU: 28 cm | Induksi alami, tanda persalinan |
| | 20-94-2025 | Kontraksi palsu | T:100/71 mmHg, BB: 66 kg, UK: 39 mg, | USG: Presentasi; kepala, TBJ: 2.900 gr, DJJ: 141x/menit, plasenta: dinding atas, ketuban: cukup, lilitam: 9-), JK: L |
| | 29-04-25 | Kontraksi palsu, linu pada tulang kemaluan, panas pinggang | TD: 110/72 mmg, BB: 66,3 kg, UK: ,DJJ: 122x/menit, presentasi: kepala, TFU: 29,5 cm | Dilakukan pemeriksaan dalam (hasil: pembukaan 1 cm, portio: tebal kaku |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 30-04-2025 | Kontraksi, flek | TD: 119/78 mmHg | Persiapan persalinan |

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu :
   a. Kehamilan pertama
      1) Tahun : 2015
      2) Usia kehamilan: 40 minggu
      3) Jenis persalinan : spontan
      4) Penolong: dokter
      5) Penyulit: perinieum kaku
      6) Keadaan nifas: baik
      7) jenis kelamin: perempuan
      8) Berat badan: 2800 gram
      9) Hidup/mati: meninggal usia 3 tahun, menurut ibu karena sakit berat (leukemia), anak sempat menjalani pengobatan.
      10) Kelainan: tidak ada
      11) Riwayat imunisasi: tidak lengkap, ibu lupa detail dan buku KIA hilang
   b. Kehamilan kedua
      1) Tahun : 2020 ( 5 tahun)
      2) Usia kehamilan: 40 minggu
      3) Jenis persalinan : spontan
      4) Penolong: bidan
      5) Penyulit: tidak ada
      6) Keadaan nifas: baik
      7) jenis kelamin: laki-laki
      8) Berat badan: 3200gr
      9) Hidup/mati: hidup
      10) Kelainan: tidak ada

11) Riwayat imunisasi: sudah imunisasi dasar lengkap

c. Kehamilan ketiga

1) Tahun : 2022 (3 tahun)
2) Usia kehamilan: 40 minggu
3) Jenis persalinan: spontan
4) Penolong: dokter
5) Penyulit: tidak ada
6) Keadaan nifas: baik
7) jenis kelamin: laki-laki
8) Berat badan: 3300 gr
9) Hidup/mati: hidup
10) Kelainan: tidak ada
11) Riwayat imunisasi: sudah imunisasi dasar lengkap

d. Kemahilan saat ini: (2025)

B. RIWAYAT KESEHATAN/PENYAKIT YANG DIDERITA SEKARANG DAN DULU

1. Penyakit yang pernah diderita : tidak pernah
2. Penyakit keturunan : tidak ada
3. Tindakan operasi yang pernah dilakukan : tidak pernah
4. Alergi terhadap obat-obatan :tidak ada
5. Lain-lain keluhan/ kelainan :tidak ada

C. DATA PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Respon ibu terhadap kehamilannya : senang
2. Dukungan suami/keluarga : suami mendampingi saat kontrol, memberi dukungan emosional, dan membantu pemenuhan gizi
3. Pengambil Keputusan dalam keluarga : suami
4. Rencana tempat dan penolong melahirkan : TPMB bdn Melati Oleh Bidan Melati

5. Status perkawinan : Menikah
   Usia pada waktu menikah : Istri : 22 tahun, Suami: 24 tahun
   Berapa kali menikah : Istri : 1 kali, Suami : 1 kali
6. Status gizi, kebiasaan/pola makan : IMT dalam batas normal (20,5).makan 3x sekali sehari
7. Pola hidup sehat : ibu memiliki pola hidup sehat. Tidak merokok, tidak mengomsumsi alkohol, cukup istirahat ±7-8 jam/hari, dan rutin aktifitas fisik ringan di rumah
8. Riwayat KB : ibu pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 6 bulan (tahun 2021) atas saran bidan puskesmas, namun dihentikan karena tidak cocok ( tidak haid & badan sakit). Setelah itu menggunakan metode KB pil selama 1 tahun (2022-2023) atas saran suami dan bidan praktik mandiri, lalu dihentikan karena ingin program hamil
9. Beban kerja dan kegiatan sehari-hari : pasien mengatakan aktivitas sehari-hari hanya sebagai ibu rumah tangga, masih mampu mengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak menyapu. Tidak mengeluh kelelahan berlebihan

L. POLA AKTIVITAS SEHARI HARI

| NO | Pola aktivitas | Sebelum hamil | Saat hamil | keterangan |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Nutrisi<br>a. Makan<br>- Frekuensi<br>- Jenis<br>- Porsi<br><br>b. Minum<br>- Jenis<br>- Jumlah | <br><br>3x/hari<br>Karbo+protein<br>1 piring<br>(1piring)<br><br>Air mineral<br>±8 gelas/hari | <br><br>3-5x/hari<br>Karbo+protein<br>1 porsi<br>(1 piring)<br><br>Air mineral<br>±8 gelas/hari | |
| 2 | Eliminasi<br>a. BAB<br>- Frekuensi<br>- Konsistesnsi<br>- warna<br>b. BAK<br>- Frekuensi<br>- Warna | <br><br>1-2x/hari<br>Lembek<br>Kecoklatan<br><br>4-8x/hari<br>Jernih | <br><br>1-2x/hari<br>Padat<br>Kecoklatan<br><br>10-11x/menit<br>Jernih | |
| 3. | pola istrirahat & tidur<br>a. Tidur siang<br>b. Tidur malam | <br>30 menit<br>±8 jam | <br>30- 1 jam/hari<br>±6-7jam/hari | Saat hamil,sering terbangun U/ BAK |
| 4. | Pola hidup<br>a. Perokok<br>b. Alcohol<br>c. NAPZA | <br>Tidak<br>Tidak<br>Tidak | <br>Tidak<br>Tidak<br>Tidak | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5. | Olahraga<br>a. Jenis<br>b. Lama<br>c. Frekuensi | Ibu mengatakan jarang melakukan olahraga | Jalan-jalan kecil<br>1-2 jam<br>1x/hari | |
| 6<br><br><br>7 | Hub seksual<br>- Frekuensi<br>- Keluhan<br>Personal hygiene<br>- Mandi<br>- Keramas<br>- Ganti baju<br>- Gosok gigi<br>Vulva hygiene | <br>2-3x/minggu<br>Tidak ada<br><br>2x/hari<br>2 hari 1 x<br>2 x/hari<br>3x/hari<br>Saat BAK, BAB dan mandi | <br>3x/minggu<br>Tidak ada<br><br>2x/hari<br>2 hari 1x<br>2x/hari<br>3x/hari<br>Saat BAK, BAB dan mandi | |

**II. OBYEKTIF**

A. Keadaan Umum

1. Kesadaran : compos mentis
2. Keadaan Emosi : baik
3. Tanda-tanda Vital: - Tekanan Darah : 110/72 mmhg
   Nadi : 84x/menit
   Suhu : 36,5ºc
   Respirasi :20x/menit

B. Antropometri

1. TB :162 cm
2. BB Sebelum Hamil :51 kg

3. BB Sekarang :66,3 kg
4. LILA : 25 cm
5. Lingkar perut : 86 cm

C. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan
   a. Muka : Cloasma :tidak ada, Oedema : tidak ada
   b. Mata : Konjungtiva : pucat
      Sklera : putih
      Kelainan : tidak ada
   c. Mulut : Bibir : simetris, normal
      Warna : merah muda
      Kelainan : tidak ada
   d. Gusi :Warna : merah muda
      Perdarahan : tidak ada
   e. Gigi : Caries : tidak ada
      Berlubang : tidak ada
2. Leher
   a. KGB : tidak ada pembesaran
   b. Vena Jugularis : tidak ada
   c. Kelenjar Tiroid: tidak ada pembengkakan
3. Dada
   a. Payudara
      1) Bentuk : simetris
      2) Papilla mamae : menonjol
      3) Areola mamae :kecoklatan
      4) Colostrum : ada
      5) Retraksi/Dimpling: tidak ada
      6) Benjolan : tidak ada

4. Punggung : tidak tampak kelainan bentuk, tidak ada luka atau kemerahan dan tidak ada keluhan
5. Abdomen
   a. Striae/Linea : ada
   b. Luka Operasi/ SC : tidak ada
   c. TFU menurut Mc. Donald : 29 cm
   d. Leopold I : Pertengahan antara Prosesus xifoideus, teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)
   e. Leopold II : teraba bagian besar memanjang sebelah kanan ibu (puka)
   f. Leopold III : teraba bagian bulat dan keras (kepala). Sudah Masuk PAP
   g. Leopold IV : Divergen, 2/5
   h. BJA : 122 x/mnt, (Reguler)
   i. Punctum Max : PUKA
6. Extremitas
   a. Atas
      1) Oedema : tidak ada
      2) Ujung Kuku : merah muda
   b. Bawah
      1) Oedema : tidak ada
      2) Ujung Kuku :merah muda
      3) Reflek Patella : +/+
7. Genitalia
   a. Labia Mayora : tidak edema, kebersihan baik
   b. Labia Minora : merah muda, lembab, tidak ada luka atau kelainan.
   c. Uretra : tidak ada kelainan, tidak ada tanda infeksi atau perdarahan dari uretra

d. Pembuluh Skene mengeluarkan darah/nanah :tidak ada

**Vulva/Vagina**

a. Luka/Tukak : tidak ada
b. Varices : tidak ada
c. Cairan/secret :tidak ada
d. Oedema : tidak ada
e. Kondiloma : tidak ada
f. Pembesaran kelenjar Bartolini: tidak ada
g. Anus : Haemoroid : tidak ada

D. Data Penunjang

1. LAB
   a. Hb : 10,2 mg/dl (09-04-2025)
   b. Triple Eliminasi
      1) Sifilis : non-reaktif
      2) HBsAg: non-reaktif
      3) HIV: non-reaktif
2. USG : UK: 38 minggu, pres: kepala, TBJ: 2.900 gram, plasenta : dinding atas, ket: cukup, lilitan : (-), JK: laki-laki (20-04-2025), oleh : Dr.Asri SpoG
3. Urine : tidak dilakukan pemeriksaan
   a. Protein : tidak dilakukan pemeriksaan
   b. Glukosa: tidak dilakukan pemeriksaan

## III. ASSESMENT/ANALISIS

**Diagnosa** :Ny. F usia 33 tahun G4P3A0 gravida 40 minggu 1 hari Janin tunggal hidup intrauterin

**Masalah** : HB rendah

**Kebutuhan** :Tablet tambah darah, edukasi gizi, pemeriksaan HB secara berkala, pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital

**Masalah Potensial:** Perdarahan, anemia berat

**Tindakan Segera :** observasi tanda-tanda vital (TD, Nadi,Suhu, respirasi),pemeriksaan fisik, dan Pemeriksaan kadar Hemoglobin secara berkala.

## IV. PLANNING/PERENCANAAN

| WAKTU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|
| **17.00 WIB** | Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami.<br>**Evaluasi:** Ibu dan suami mengetahui kondisinya |
| **17.05 WIB** | Memberitahu penyebab dan cara mengatasi keluhan yang dirasakan ibu. (bahwa keluhan pusing ibu dan konjungtiva pucat disebabkan kadar H rendah)<br>**Evaluasi:** Ibu mengetahui penyebab dan cara mengatasinya dengan konsumsi makanan tinggi zat besi, minum TTD, dan cukup istirahat. |
| **17.10 WIB** | Mengevaluasi pemahaman ibu tentang tanda-tanda persalinan dan tanda bahaya.<br>**Evaluasi:** Ibu paham dan mengetahui tanda persalinan serta tanda bahaya. |
| **17.15 WIB** | Menganjurkan ibu untuk konsumsi makanan yang bergizi terutama yang tinggi protein<br>**Evaluasi:** ibu bersedia untuk konsumsi makanan yang bergizi terutama yang tinggi protein |
| **17.25 WIB** | Memberikan edukasi dan dukungan emosional kepada ibu.<br>**Evaluasi**: Ibu mengetahui edukasi yang diberikan dan merasa tenang setelah mendapat dukungan emosional |
| **17.30 WIB** | Memberitahu ibu dan keluarga untuk mempersiapkan peralatan persalinan.<br>**Evaluasi:** Ibu dan keluarga mengerti. |

| | |
|---|---|
| **17.33 WIB** | Memberitahu ibu dan keluarga agar segera kembali jika mulas semakin kuat.<br>**Evaluasi**: Ibu dan keluarga mengerti. |
| **17.36 WIB** | Memberitahu ibu untuk datang kembali 1 minggu kemudian, yaitu tanggal 11 Januari 2025.<br>**Evaluasi:** Ibu setuju dan memahami jadwal kunjungan selanjutnya |

UNIVERSITAS SALI AL-AITAAM BANDUNG

## 1.2 ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF KEHAMILAN II

No. Reg 379

Hari/Tanggal :Rabu, 30 april 2025

Waktu. Pengkajian: 18.00 WIB

Tempat pengkajian: TPMB Bdn. MELATI YULIANDARI S.S.T., M.T.r.Keb

I. SUBYEKTIF

A. Anamnesa

Keluhan Utama :

Ibu mengatakan merasa mulas, keluar flek darah, dan kepalanya sudah tidak pusing

II. OBYEKTIF

A. Keadaan Umum

1. Kesadaran : compos mentis
2. Keadaan Emosi : baik
3. Tanda-tanda Vital
   a. Tekanan Darah : 120/80 mmhg
   b. Nadi : 84x/menit
   c. Suhu : 36,8ºc
   d. Respirasi :20x/menit

B. Antropometri

1. TB :162 cm
2. BB Sebelum Hamil :51 kg
3. BB Sekarang :66,3 kg

C. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala : Tidak Ada Nyeri Tekan, Tidak Ada Benjolan
   a. Muka : Cloasma :……tidak ada Oedema : …tidak ada
   b. Mata : Konjungtiva : merah muda

Sklera : putih

Kelainan : tidak ada

c. Mulut : Bibir : simetris, normal

Warna : merah muda

Kelainan : tidak ada

d. Gusi :Warna : merah muda

Perdarahan : tidak ada

e. Gigi : Caries : tidak ada

Berlubang : tidak ada

2. Leher

a. KGB : tidak ada

b. Vena Jugularis : tidak ada pembesaran

c. Kelenjar Tiroid: tidak ada pembengkakan

3. Dada

Payudara

a. Bentuk : simetris

b. Papilla mamae : Menonjol

c. Areola mamae :kecoklatan

d. Colostrum : ada

e. Retraksi/Dimpling : tidak ada

f. Benjolan : tidak ada

4. Abdomen

a. Striae/Linea : ada

b. Luka Operasi/ SC : tidak ada

c. TFU menurut Mc. Donald : 29 cm

d. Leopold I : pertengahan antara Prosesus xifoideus, teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

e. Leopold II : teraba bagian besar memanjang sebelah kanan ibu (puka)

f. Leopold III : teraba bagian bulat dan keras (kepala). Sudah Masuk PAP

g. Leopold IV : Divergen, 2/5

h. BJA : 149 x/mnt, (Reguler)

i. Punctum Max : PUKA

5. Extremitas

a. Atas

1) Oedema : tidak ada

2) Ujung Kuku : merah muda

b. Bawah

1) Oedema : tidak ada

2) Ujung Kuku :merah muda

3) Reflek Patella : +/+

6. Genitalia

a. Labia Mayora : tidak edema, kebersihan baik

b. Labia Minora : merah muda, lembab, tidak ada luka atau kelainan.

c. Uretra : tidak ada kelainan, tidak ada tanda infeksi atau perdarahan dari uretra

d. Pembuluh Skene mengeluarkan darah/nanah :tidak ada

**Vulva/Vagina**

a. Luka/Tukak : tidak ada

b. Varices : tidak ada

c. Cairan/secret : tidak ada

d. Oedema : tidak ada

e. Kondiloma : tidak ada

f. Pembesaran kelenjar Bartolini : tidak ada

g. Anus : Haemoroid : tidak ada

7. Pemeriksaan dalam

1) Vulva/vagina : tidak ada kelainan
2) Portio : tebal lunak
3) Pembukaan : 3 cm
4) Ketuban : utuh
5) Presentasi : kepala
6) Posisi : anterior
7) Hodge II
8) Perlimaan : 3/5
9) Molase : tidak ada
10) Effacemen : 50 %

D. Data Penunjang

1. LAB
   a. Hb : 10,2 mg/dl (09-04-2025)
   b. Triple Eliminasi
      1) Sifilis : non-reaktif
      2) HBsAg: non-reaktif
      3) HIV: non-reaktif
2. USG : UK: 38 minggu, pres: kepala, TBJ: 2.900 gram, plasenta : dinding atas, ket: cukup, lilitan : (-), JK: laki-laki (20-04-2025), oleh : Dr.Asri SpoG
3. Urine : tidak dilakukan pemeriksaan
4. Protein : tidak dilakukan pemeriksaan
5. Glukosa : tidak dilakukan pemeriksaan

III. ASSESMENT/ANALISIS

**Diagnosa** :Ny. F G4P3A0 usia 33 tahun gravida 40 minggu 2 hari Janin tunggal hidup intrauterin, inpartu kala 1 fase aktif dengan pembukaan 2-3 cm.

**Masalah** : tidak ada

**Kebutuhan** :Observasi kemajuan persalinan, edukasi fase persalinan, manajemen nyeri non-farmakologi

**Masalah Potensial:** perdarahan, infeksi

**Tindakan Segera :**Observasi tanda-tanda vital(TD, Nadi,Suhu, respirasi) dan kemajuan pembukaan, observasi kontraksi, dampingan emosional

IV. PLANNING/PERENCANAAN

| WAKTU | Tindakan dan evaluasi |
|---|---|
| 18.00 WIB | Memberitahu hasil pemeriksaan<br>**Evaluasi:** Ibu dan suami mengetahui kondisinya. |
| 18.05 WIB | Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.<br>**Evaluasi:** TTV ibu terpantau dalam batas normal, tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan stabil. |
| 18.10 WIB | Melakukan pemeriksaan kemajuan persalinan.<br>**Evaluasi:** Didapatkan hasil pembukaan 2–3 cm. |
| 18.15 WIB | Memberikan dukungan emosional dan psikologis.<br>**Evaluasi:** Ibu tampak lebih tenang, merasa nyaman karena didampingi dan mendapat dukungan emosional dari keluarga. |
| 18.20 WIB | Memberikan informasi dan edukasi tentang fase aktif persalinan, termasuk tanda-tandanya, sensasi yang dirasakan, serta pentingnya kerja sama dalam proses persalinan.<br>**Evaluasi:** Ibu telah diberi edukasi mengenai fase aktif persalinan, tampak memahami dan mampu menjelaskan kembali tanda-tanda serta proses yang akan dilalui. |

| | |
|---|---|
| 18.30 WIB | Melakukan pemantauan kontraksi uterus. **Evaluasi:** Kontraksi uterus terpantau kuat. |
| 18.35 WIB | Menganjurkan ibu melakukan stimulasi fisik, seperti gymball, berjalan cepat, jongkok, atau squat. **Evaluasi:** Ibu bersedia dan kooperatif melakukan stimulasi fisik. |
| 18.45 WIB | Menyiapkan tempat dan alat untuk persalinan. **Evaluasi:** Peralatan dan tempat persalinan telah disiapkan, sesuai standar dan steril. |
| 18.50 WIB | Melakukan persiapan rujukan apabila terjadi komplikasi seperti tidak ada kemajuan, KPD, atau fetal distress. **Evaluasi:** Tidak ditemukan tanda komplikasi, rujukan belum diperlukan, ibu tetap dalam pemantauan. |
| 18.55 WIB | Melakukan pendokumentasian. **Evaluasi:** Semua tindakan telah dicatat dalam rekam medis. |

## 1.3 ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL

**Asuhan Kebidanan Intranatal**

No. Reg 379

Hari/Tangga : rabu, 30 april 2025

Wkt. Pengkajian :18.30 WIB

I. SUBYEKTIF

A. ANAMNESA

1. Riwayat Kehamilan sekarang

a. Keluhan utama :

Ibu mengeluh kontraksi dan sudah keluar lendir darah.

b. Riwayat haid

1) Menarche : 12 tahun
2) Siklus Haid :28 hari
3) Lamanya : ±5-7 hari
4) Banyaknya :±3 x ganti pembalut/hari
5) Hp Test : (+)
6) Taksiran Partus: 28 April 2025

c. Gerakan Janin

1) Gerakan janin pertama :pada 16 minggu
2) Gerakan dirasakan sekarang : ya, dirasakan

d. Imunisasi

1) TT 1 (Tempat) /tanggal : sudah (Bidan)
2) TT 2 (Tempat) /tanggal : sudah (Bidan)

2. Prenatal Care (PNC)

a. Trimester I : 1 kali, di KLINIK
b. Trimester II : 1 kali, di TPMB bdn. Melati
c. Triester III : 7 kali, di TPMB Bdn. Melati

3. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu

| No | Waktu Persalinan | Usia Kehamilan | Jenis Persalinan | Penolong | Penyulit | Keadaan Nifas | Anak | | | kelainan |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | JK | BB | H/M | |
| 1 | 2015 | 40 minggu | normal | dokter | Perineum kaku | baik | P | 2800 gr | M | Tidak ada |
| 2 | 2020 | 40 minggu | normal | bidan | Tidak ada | baik | L | 3200Gr | H | Tidak ada |
| 3 | 2022 | 40 minggu | normal | bidan | Tidak ada | baik | L | 3300gr | H | Tidak ada |

4. Aktivitas Sehari-hari
   a. Nutrisi dan Hidrasi
      1) Terakhir makan :jam 16.00 WIB
      2) Jenis makananteori : karbo + protein
      3) Alergi makanan : tidak ada
      4) Terakhir minum :baru saja
   b. Istirahat dan tidur
      1) Malam : ±6 jam
      2) Siang :1-2 jam
   c. Personal Hygiene
      1) Mandi :…2 …x/hari
      2) Gosok gigi :…3 …x/hari
   d. Eliminasi
      1) BAB Terakhir : kemarin
      2) Keluhan : tidak ada
      3) BAK terakhir : pukul 18.30
      4) Keluhan : tidak ada
   e. Hub Seksual

1) Kapan Hub Seksual Terakhir : 3 hari yang lalu
2) Keluhan : tidak ada

5. Riwayat Kesehatan
   a. Diabetes Melitus :tidak ada
   b. Hypertensi :tidak ada
   c. Asma :tidak ada
   d. Jantung :tidak ada
   e. Hepatitis :tidak ada
   f. Tubercolosis(TBC):tidak ada
   g. Lain-lain :tidak ada keluhan
6. Kegawat Daruratan
   a. Transportasi :motor
   b. Biaya :-
   c. Donor darah dan Gol darah: O

II. OBYEKTIF

A. Keadaan Umum : baik
   Kesadaran : compos mentis

B. Tanda-Tanda vital
   1. Tensi : 119/78 mmg
   2. Nadi :87x/menit
   3. Respirasi :20 x/menit
   4. Suhu :36,7ºC

C. Pemeriksaan Fisik
   1. Mata
      a. Konjungtiva : merah muda
      b. Sclera :putih
      c. Oedema :tidak ada
   2. Mulut dan Gigi
      a. Lidah : bersih. Merah muda

b. Gigi :putih, bersih

c. Gusi :bersih, merah muda

3. Leher

a. Kelenjar tiroid : tidak ada pembengkakan

b. KGB :tidak ada pembesaran

c. Vena Jugularis : tidak ada

4. Dada

a. Jantung : normal (87x/menit)

b. Irama : reguler

c. Paru-paru : normal

5. Payudara

a. Bentuk : simetris

b. Putting Susu :menonjol

c. Kolostrum : ada

d. Benjolan : tidak ada

6. Abdomen

a. Luka bekas operasi : tidak ada

b. Leopold I : Pertengahan antara prosesus xifoideus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

c. Leopold II :teraba besar memanjang datar disebelah kanan (PUKA)

d. Leopold III : teraba bulat, keras, melenting(kepala)

e. Leopold IV : masuk PAP 2/5

f. His : 3x10`30”

g. Intensitas/Kekuatan: kuat

h. Lama His : 30 detik

i. Frekuensi :3x10`30”

j. DJJ : 145x/menit

7. Extremitas Atas

Oedema : tidak ada

8. Extremitas Bawah
   a. Oedema :tidak ada
   b. Varises :tidak ada
   c. Reflex Patella :+/+
9. Genitalia
   a. Varices :tidak ada
   b. Oedema :tidak ada
   c. Hygiene :kebersihan baik
   d. Lain-lain :tidak ada keluhan/kelainan
10. Anus

    Haemoroid :tidak ada
11. Pemeriksaan Dalam
    a. Vulva/Vagina : tidak ada kelainan
    b. Portio : tipis lunak Posisi : **ante**rior
    c. Pembukaan serviks : 4 cm
    d. Keadaan ketuban : utuh
    e. Presentasi : kepala
    f. Mollage : tidak ada
    g. Bagian lain yang teraba : tidak ada
    h. Turunnya bagian terendah : hodge III, ubun ubun besar
12. Data Penunjang
    a. Darah
       1) Hb : 10,2 mg/dlc (tgl 09-04-2025)
       2) Gol.darah : O
    b. Urine
       1) Glukosa : tidak dilakukan pemeriksaan
       2) Protein :tidak dilakukan pemeriksaan

III. ASSESMENT/ANALISIS

A. **Diagnosa** : Ny. F Usia 33 Tahun G4P3A0 Gravida 40 Minggu 2 Hari Kala I Fase Aktif

B. **Masalah** : tidak ada

C. **Kebutuhan** :pemantauan kemajuan persalinan, dukungan emosional dan psikologis, pemberian nutrisi dan cairan yang cukup

D. **Masalah Potensial** : perdarahan dan ibu kelelahan

E. **Tindakan Segera** : observasi tanda vital dan kemajuan persalinan (his, pembukaan, DJJ)

IV. PLANNING/PERENCANAAN

**CATATAN PERKEMBANGAN**

| WAKTU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|
| 18.30 WIB | Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.<br>**Evaluasi:** Ibu dan keluarga telah diberi informasi mengenai hasil pemeriksaan |
| 18.33 WIB | Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.<br>**Evaluasi:** Pemeriksaan tanda-tanda vital telah dilakukan. Hasil dalam batas normal, TD: 119/78 mmHg, N: 87x/menit, R: 20x/menit, suhu: 36,7ºC. |
| 18.37 WIB | Melakukan pemeriksaan dalam.<br>**Evaluasi:** Pemeriksaan dalam telah dilakukan. Didapatkan pembukaan serviks 4 cm, portio lunak tipis, ketuban teraba utuh, kepala janin station -2. |
| 18.41 WIB | Melakukan pemantauan observasi his setiap 30 menit sekali.<br>**Evaluasi:** Pemantauan his dilakukan berkala. Frekuensi kontraksi semakin sering dan kuat, durasi ±45–60 detik, frekuensi 3–4 kali dalam 10 menit. |

| | |
|---|---|
| 18.45 WIB | Memberikan ibu nutrisi dan hidrasi yang cukup.<br>**Evaluasi:** Ibu telah diberi nutrisi ringan dan cairan, tampak tidak lemas dan mampu mengikuti proses persalinan dengan baik. |
| 18.48 WIB | Memberikan dukungan moral dan spiritual.<br>**Evaluasi:** Ibu tampak tenang dan kooperatif setelah mendapat dukungan moral dan spiritual. Suami dan keluarga mendampingi secara aktif. |
| 18.51 WIB | Melakukan observasi kemajuan persalinan.<br>**Evaluasi:** Kemajuan persalinan diamati terus-menerus.<br>Pembukaan berkembang cepat dari 4 cm menjadi 8 cm dalam waktu ±1 jam. |
| 18.55 WIB | Memberitahu suami dan keluarga untuk menyiapkan perlengkapan persalinan.<br>**Evaluasi:** Suami dan keluarga telah diberitahu dan tampak membantu menyiapkan kebutuhan ibu. |
| 18.57 WIB | Melakukan stimulasi seperti gymball dan jalan cepat.<br>**Evaluasi:** Ibu bersedia melakukan stimulasi fisik seperti berjalan cepat dan menggunakan gymball, yang membantu mempercepat pembukaan. |
| 18.59 WIB | Melakukan pencegahan infeksi sesuai standar.<br>**Evaluasi:** Pencegahan infeksi telah dilakukan sesuai standar prosedur.<br>Menyiapkan alat dan bahan pertolongan persalinan serta obat-obatan esensial sesuai APN. |
| 19.00 WIB | **Evaluasi:** Semua alat, bahan, dan obat-obatan esensial telah disiapkan dan siap digunakan. |

**CATATAN PERKEMBANGAN KALA II**

**PUKUL : 19.00 WIB**

A. **DATA SUBJEKTIF**

1. **Keluhan :** ibu mengatakan mulasnya semakin kuat ingin mengedan dan keluar air dari jalan lahir

B. **DATA OBJEKTIF**

1. **Pemeriksaan umum**
   a. KU : baik
   b. Kesadaran : compos mentis
   c. Ekspresi wajah : meringis menahan sakit
   d. TTV: TD: - ,N: - ,S: - , R: -
   e. DJJ: 153x/menit
   f. His: 5x10'45"

2. **Pemeriksaan fisik**

Tanda gelaja kala II : sudah terlihat adanya dorongan untuk meneran, perineum menonjol, vulva membuka, dan tekanan pada anus

3. **Pemeriksaan khusus**

a. VT : 19.00 WIB

| | | |
|---|---|---|
| 11) | Vulva/vagina | : tidak ada kelainan |
| 12) | Portio | : tidak teraba |
| 13) | Pembukaan | : 10 cm |
| 14) | Ketuban | : jernih |
| 15) | Presentasi | : kepala |
| 16) | Posisi | : anterior |
| 17) | Hodge | 4 |
| 18) | Perlimaan | : 0/5 |
| 19) | Molase | : tidak ada |
| 20) | Effacemen | : 100% |

C. **ASSESMENT/DIAGNOSA**

**Diagnosa** : Ny. F usia 33 tahun inpartu 40 minggu 2 hari kala II janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala

**Masalah** :cemas terhadap proses persalinan dan keselamatan janin

**Masalah potensial :** perdarahan, gawat janin, infeksi

**Kebutuhan segera :**pendampingan dan dukungan emosional saat mengejan, pengawasan ketat terhadap kemajuan persalinan, menyiapkan peralatan persalinan lengkap, tindakan asuhan persalinan normal secara tepat dan aman, dokumentasi

D. **PLANNING/PENATALAKSAAN**

| WAKTU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|
| 19.00 WIB | Melihat tanda dan gejala kala II<br>E: Ibu mengatakan merasakan dorongan ingin BAB, terlihat tekanan pada anus, vulva membuka, perineum menonjol |
| 19.02 WIB | Memastikan perlengkapan, mematahkan ampul oksitosin, spuit steril disiapkan<br>E: Perlengkapan dan bahan lengkap |
| 19.04 WIB | Memakai APD lengkap (apron, sarung tangan, sepatu boot, dll)<br>E: Sudah dipakai lengkap |
| 19.06 WIB | Menyimpan perhiasan, cuci tangan, keringkan<br>E: Telah dilakukan |
| 19.07 WIB | Memakai sarung tangan DTT untuk periksa dalam<br>E: Sarung tangan DTT pada tangan kanan |

| | |
|---|---|
| 19.08 WIB | Memasukkan oksitosin ke dalam spuit dengan steril<br>E: Telah dilakukan |
| 19.09 WIB | Melakukan vulva hygiene<br>E: Genetalia ibu sudah bersih |
| 19.10 WIB | Melakukan periksa dalam<br>E: Pembukaan lengkap, ketuban (-), presentasi kepala, UUK kanan depan |
| 19.12 WIB | Dekontaminasi sarung tangan, cuci tangan<br>E: Telah dilakukan |
| 19.13 WIB | Auskultasi DJJ<br>E: DJJ 145x/menit |
| 19.14 WIB | Memberitahu ibu dan bantu ibu posisi nyaman<br>E: Ibu memilih posisi miring kiri |
| 19.15 WIB | Minta keluarga bantu atur posisi, ibu nyaman<br>E: Dilakukan |
| 19.16tan WIB | Melaksanakan pimpinan meneran<br>E: Bidan memimpin meneran |
| 19.17 WIB | Meletakkan handuk bersih di perut ibu, Meletakkan kain bersih di bawah bokong, membuka partus set, cek kelengkapan, Pakai sarung tangan DTT dua tangan<br>E: dilakukan |
| 19. 18 WIB | melindungi perineum, bantu lahirkan kepala, Periksa lilitan tali pusat (tidak ada), Tunggu rotasi paksi luar, Lahirkan bahu depan dan belakang, Lahirkan lengan, badan, dan kaki<br>E: Bayi lahir spontan, jenis kelamin laki-laki, tangis kuat, aktif |
| 19.19 WIB | Melakukan Penilaian awal bayi |

| | |
|---|---|
| | E: Bayi merah, cukup bulan, aktif |
| 19.20 WIB | mengeringkan bayi (kecuali tangan), ganti handuk, lakukan IMD<br>E: Telah dilakukan |

**CATATAN PERKEMBANGAN KALA III**

**PUKUL ; 19.25 WIB**

**A. DATA SUBJEKTIF**

1. **Keluhan :** Ibu merasa senang setelah bayi lahir dan masih merasakan mulas

**B. DATA OBJEKTIF**

**1. Pemeriksaan umum**

a. KU : baik
b. Kesadaran : compos mentis
c. TTV: TD: 99/79 ,N: 82x/menit ,S:36,7°C , R: 22 x/menit

**2. Pemeriksaan fisik**

a. Genetalia
   1) Tali pusat nampak didepan vulva dan memanjang
   2) Semburan darah secara spontan
   3) Uterus globular
b. Abdomen
   1) Kandung kemih : kosong
   2) Kontraksi uterus : keras
   3) TFU; setinggi pusat

**3. Pemeriksaan khusus**

Penilaian sepintas : bayi nangis, gerakan aktif, tonus otot aktif, cukup bulan

## C. ASSESMENT/DIAGNOSA

Diagnosa : Ny. F usia 33 tahun P4A0 kala III, dengan kontraksi uterus keras

Masalah :tidak ada

Masalah potensial : perdarahan, retensio plasenta

Kebutuhan segera :melahirkan plasenta, melakukan manajemen kala III

## D. PLANNING/PENATALAKSAAN

| WAKTU | TINDAKAN & EVALUASI |
|---|---|
| **19.25 WIB** | Memastikan tidak ada janin kedua.<br>E: Tidak ada janin kedua. |
| **19.26 WIB** | Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin untuk membantu kontraksi uterus.<br>E: Ibu kooperatif. |
| **19.26 WIB** | Menyuntikkan oksitosin 10 IU IM pada 1/3 paha lateral dalam 1 menit setelah bayi lahir.<br>E: Telah dilakukan. |
| **19.27 WIB** | Menjepit tali pusat 3 cm dari pusar bayi, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu), kemudian jepit kembali 2 cm distal dari klem pertama.<br>E: Telah dilakukan. |
| **19.28 WIB** | Melakukan pemotongan tali pusat.<br>E: Pemotongan tali pusat telah dilakukan dan tidak ada perdarahan. |
| **19.29 WIB** | Menempatkan bayi skin-to-skin di atas perut ibu untuk kontak kulit.<br>E: Telah dilakukan. |
| **19.30 WIB** | Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain bersih dan memasang topi bayi. |

| | |
|---|---|
| | E: Telah dilakukan. |
| | Memindahkan klem ke jarak 5–10 cm dari vulva. |
| **19.31 WIB** | E: Telah dilakukan. |
| **19.31 WIB** | Meletakkan satu tangan di atas kain di perut ibu (di atas simfisis), tangan lain menegangkan tali pusat. |
| | E: Telah dilakukan. |
| **19.32 WIB** | Saat uterus berkontraksi, lakukan penegangan tali pusat ke arah bawah sambil mendorong uterus secara dorso-kranial (jika tidak lahir dalam 30–40 detik, tunggu kontraksi berikutnya). |
| | E: Kontraksi baik, tali pusat memanjang dan dilakukan dorso-kranial. |
| **19.33 WIB** | Melakukan penegangan & dorongan dorso-kranial, meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat sesuai arah jalan lahir. |
| | E: Plasenta terlihat muncul di introitus vagina. |
| **19.33 WIB** | MeLahirkan plasenta dengan kedua tangan, putar hingga selaput ketuban terpilin, lalu lahirkan secara perlahan dan tempatkan di wadah yang telah disiapkan. |
| | E: Plasenta lahir spontan pukul 19.33 WIB. |
| **19.34 WIB** | Segera setelah plasenta dan selaput lahir, lakukan masase uterus (dengan gerakan melingkar dan lembut di fundus). |
| | E: Fundus teraba keras. |

**CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV**

**PUKUL : 19.48 WIB**

**A. DATA SUBJEKTIF**

**Keluhan :** ibu mengatakan merasa lega dan senang plasenta telah lahir

**B. DATA OBJEKTIF**

**1. Pemeriksaan umum**

a. KU : baik

b. Kesadaran : compos mentis

c. TTV: TD: 99/79 ,N: 82x/menit ,S:36,7°C , R: 22 x/menit

**2. Pemeriksaan fisik**

a. Genetalia

Perdarahan : ±200 cc

b. Abdomen

1) Kandung kemih : kosong

2) Kontraksi uterus : keras

3) TFU: 1 jari dibawah pusat

-

**C. ASSESMENT/DIAGNOSA**

1. Diagnosa : Ny. F usia 33 tahun P4A0 kala IV, dengan kontraksi uterus keras, K/U ibu baik dan bayi sehat
2. Masalah :tidak ada
3. Masalah potensial : perdarahan
4. Kebutuhan segera : teknik penjahitan

**D. PLANNING/PENATALAKSAAN**

| WAK TU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 19.48 WIB | Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.<br>E: Terdapat robekan perineum derajat II dan telah dilakukan penjahitan (hecting). |
| 19.50 WIB | Memeriksa kedua sisi plasenta, memastikan bagian ibu dan bayi lengkap, serta selaput ketuban utuh. Plasenta dimasukkan ke kantong plastik/tempat khusus.<br>E: Plasenta lahir spontan pukul 19.33 WIB, selaput ketuban lengkap. |
| 19.52 WIB | Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.<br>E: Kontraksi uterus baik, uterus keras. |
| 19.53 WIB | Memastikan kandung kemih kosong, lakukan kateterisasi jika penuh.<br>E: Kandung kemih kosong. |
| 19.55 WIB | Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DTT, dan dikeringkan.<br>E: Telah dilakukan. |
| 19.57 WIB | Mengajarkan ibu cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus.<br>E: Ibu dapat mempraktikkan sendiri cara masase uterus. |
| 19.58 WIB | Memeriksa nadi ibu.<br>E: Nadi ibu normal, 85x/menit. |
| 19.59 WIB | Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah darah yang keluar.<br>E: Perkiraan perdarahan ±200 cc. |
| 20.00 WIB | Memantau keadaan bayi dan memastikan respirasi baik (normal 40–60x/menit).<br>E: Respirasi bayi 42x/menit. |

| | |
|---|---|
| 20.01 WIB | Membersihkan ibu dari darah dan cairan tubuh menggunakan air DTT.<br>E: Telah dilakukan. |
| 20.02 WIB | Memastikan ibu merasa nyaman, membantu membersihkan ASI, dan menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum.<br>E: Keluarga memberikan makan dan minum, ibu menyusui bayinya. |
| 20.03 WIB | Menempatkan peralatan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.<br>E: Telah dilakukan. |
| 20.04 WIB | Membuang bahan terkontaminasi ke tempat sampah medis.<br>E: Telah dilakukan. |
| 20.05 WIB | Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.<br>E: Telah dilakukan. |
| 20.06 WIB | Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% dan melepaskan sarung tangan secara terbalik.<br>E: Telah dilakukan. |
| 20.07 WIB | Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu mengeringkan.<br>E: Telah dilakukan. |
| 20.08 WIB | Menggunakan sarung tangan DTT untuk memberikan vitamin K1 (1 mg IM) di paha kiri lateral bawah dan salep mata (profilaksis infeksi) dalam 1 jam pertama.<br>E: Vitamin K1 dan salep mata telah diberikan, tidak ada perdarahan.<br>Melakukan pemeriksaan fisik lanjutan pada bayi. |

| | |
|---|---|
| 20.10 WIB | E: BB: 3.450 gram, PB: 51 cm, LK: cm, LD: cm, Tidak ada masalah atau komplikasi. |
| 20.12 WIB | Memberikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan lateral bawah, dan meletakkan bayi dalam jangkauan ibu.<br>E: Penyuntikan telah dilakukan, tidak ada perdarahan. |
| 20.13 WIB | Melepas sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir, lalu keringkan.<br>E: Telah dilakukan. |
| 20.15 WIB | Melengkapi partograf.<br>E: Telah dilakukan. |

## 1.4 ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

No reg :379

Hari/Tanggal :Rabu, 30 April 2025

Nama pengkaji:Melanie Rami Sholehat

Tempat Pengkajian : TPmb Bdn. Melati Yuliandari S.St.,M.Td.Keb

I. DATA SUBJEKTIF

A. Identitas Bayi

1. Nama bayi : by. Ny. F
2. Tgl/Hari/Jam lahir : 30 April 2025/Rabu/19.18 WIB
3. Jenis Kelamin : laki- laki
4. BB lahir : 3.450 gr
5. PB lahir :51 cm
6. No. Identitas 379

B. Identitas Orang Tua

| No | Biodata | Ibu | Ayah |
|---|---|---|---|
| 1. | Nama | Ny. F | Tn. A |
| 2. | Umur | 33 Tahun | 35 Tahun |
| 3. | Agama | islam | Islam |
| 4. | Pendidikan | D3 | D3 |
| 5. | Suku Bangsa | sunda | Sunda |
| 6. | Pekerjaan | Ibu rumah tangga | Apoteker |
| 7. | Alamat | Jln, sukagalih, Gg. H. Gojali No.62 rt02/rw09, Sukajadi, Bandung | |

C. Riwayat Persalinan Sekarang

1. Penolong Persalinan : bidan
2. Tempat Persalinan : Pmb Bdn. Melati Yuliandari
3. Cara Lahir : spontan
4. Presentasi : kepala
5. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya : tidak
   Warna : jernih
6. Komplikasi Persalinan : tidak ada

D. Keadaan bayi saat Lahir

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

E. Keadaan Plasenta

1. Berat : 520 gram
2. Tebal : 2 cm
3. Diameter : 21 cm
4. Kelainan : tidak ada

F. Keadaan Tali Pusat

1. Panjang :55 cm
2. Kelainan : tidak ada
3. Perdarahan : tidak ada perdarahan pada insersi tali pusat

G. tindakan resusitasi

1. Langkah Awal :Tidak Ada
2. Ventilasi :Tidak Ada
3. Kompresi Dada :Tidak Ada
4. Intubasi Endotrakeal : Tidak Ada
5. Oksigen :Tidak Ada
6. Terapi : Tidak Ada

H. Intake Cairan

1. ASI : YA, ( IMD)
2. PASI : - Jumlah : - cc Jenis -
3. INFUS : - Jumlah : - cc Jenis -

I. Eliminasi

1. BAK : belum BAK Warna ; -
2. BAB : 1 X Warna :…kehitaman, Konsistensi :…lembek …

J. Istirahat/Tidur

1. Lamanya : -
2. Keadaan waktu tidur : -

K. Psikososial

1. Hubungan ibu dengan bayi : baik

2. Perilaku ibu terhadap bayi : baik

II. DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum
   a. Ukuran keseluruhan ( Panjang badan): 51 cm
   b. Kepala, Badan, Ektremitas : tidak ada kelainan
   c. Tonus Otot dan Tingkat Aktifitas : aktif
   d. Warna kulit dan Bibir : merah muda
   e. Tangis Bayi : kuat
2. Tanda-Tanda Vital
   a. Pernafasan
      1) Wheezing : tidak
      2) Ronchi : tidak
      3) Frekuensi : 55x/menit
   b. Jantung
      1) Frekuensi : 120x/menit
      2) Irama : reguler
   c. Suhu : 36,5ºC
   d. BB : 3.450 gram
   e. PB : 51 cm
3. Kepala
   a. Ubun-ubun besar : datar, lembut, tidak menonjol
   b. Ubun-ubun kecil :tertutup, lembut
   c. Sutura
      Molase : tidak ada
   d. Caput Succedenum : tidak ada
   e. Ceptal Hematom :tidak ada
   f. Ukuran Lingkar Kepala: **33,5 cm**
   g. Kelainan :tidak ada kelainan

4. Mata
   a. Bentuk : bulat, simetris, kedua mata sejajar
   b. Kotoran : tidak ada
   c. Konjungtiva : merah muda
   d. Sklera : putih
   e. Perdarahan :tidak ada
   f. Kelainan :tidak tampak kelainan
5. Telinga
   a. Bentuk : simetris, normal
   b. Daun Telinga : utuh, elastis, tidak ada kelainan
   c. Letak telinga terhadap mata : sejajar
   d. Pengeluaran Cairan : tidak ada
   e. Kelainan : tidak ada
6. Hidung
   a. Bentuk : simetris, normal
   b. Lubang hidung : ada (+/+)
   c. Pernafasan cuping hidung : tidak ada
   d. Sekret : tidak ada
   e. Kelainan : tidak ada kelainan
7. Bibir dan Mulut
   a. Bentuk : normal, simetris, tidak ada celah (sumbing)
   b. Palatum : palatum utuh, tidak ada celah
   c. Lidah : bentuk normal, aktif, warna merah muda
   d. Gusi : merah muda, tidak tampak gigi neonatal
   e. Reflek sucking : (+), ada
   f. Reflek rooting : (+), ada
   g. Kelainan : tidak ada kelainan
8. Leher
   a. Pembengkakan : tidak ada

b. KGB : tidak teraba pembesaran
c. Kelenjar tiroid : tidak teraba
d. Pergerakan :bebas, simetris, tidak ada kelainan pergerakan
e. Kelainan : tidak ada kelainan

9. Dada
   a. Bentuk : dada simetris, tidak ada retraksi
   b. Lingkar dada : 31,5 cm
   c. Tulang rusuk&sternum: datar/rata, simetris, tidak ada kelainan bentuk
   d. Putting susu : dua buah, simetris, tidak ada pembesaran atau pengeluaran cairan
10. Bahu, lengan dan Tangan
   a. Gerakan Normal : ya. Tidak ada kelainan
   b. Jumlah jari : 5/5
   c. Reflek Moro : ada (+)
11. Abdoment
   a. Bentuk : bulat, simetris, tidak membuncit
   b. Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : tidak ada tampak penonjolan saat menangis
   c. Perdarahan tali pusat : tidak ada perdarahan, tali pusat kering
   d. Lembek (pada saat tidak menangis) : lembek saat tidak menangis
   e. Tonjolan: tidak tampak tonjolan abnormal
12. Kelamin Laki-laki
   a. Testis dalam Skrotum : kedua testis teraba dalam skrotum, ukuran simetris
   b. Penis berlubang pada ujung penis ada (+)
13. Keadaan Punggung
   a. Spina Bifida : tidak tampak tanda spina bifida
   b. Kelainan : tidak tampak kelainan

14. Panggul
    a. Periksa adanya kelainan dan tanda klik : tidak
15. Anus
    a. Lubang : ada (+)
    b. Letak : tengah
    c. Kelainan : tidak ada kelainan
16. Ektremitas
    a. Atas
        1) Gerakan tangan : aktif
        2) Jari-jari tangan : 5/5
        3) Akrosianosis : tidak ada
    b. Bawah
        1) Gerakan : aktif
        2) Jari-jari kaki : 5/5
        3) Refleks Babinski : (+), ada
        4) Akrosianosis : tidak ada
17. Kulit
    a. Warna kulit : kemerahan
    b. Vernix Caseosa : sedikit, terdapat di lipatan kulit
    c. Tanda lahir : tidak ada
    d. Hyperpigmetasi : tidak tampak
    e. Lanugo : (+) terdapat rambut halus pada punggung dan bahu
    f. Kelainan : tidak ada kelainan

**III. ASSESMENT/ANALISIS**

**Diagnosa** :By. Ny. F neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan keadaan umum baik

**Masalah** :tidak ada

**Kebutuhan** :menghangatkan bayi, IMD

**Masalah Potensial** : infeksi, kekurangan oksigen

**Tindakan Segera** : lakukan IMD dan pantau pernafasan BJA

## IV. PLANNING/PERENCANAAN

| WAKTU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|
| **20.30 WIB** | Memberitahu Hasil Pemeriksaan<br>Evaluasi : Ibu telah diberitahu hasil pemeriksaan fisik bayi secara lengkap dan dapat memahami kondisi bayinya dengan baik. |
| **20.35 WIB** | Melakukan pemenuhan nutrisi melalui inisiasi menyusu dini (IMD) dan Asi ekslusif<br>**Evaluasi** : Inisiasi menyusu dini (IMD) telah berhasil dilakukan, bayi tampak mampu mengisap dengan baik, dan ibu bersedia memberikan ASI eksklusif. |
| **20.50 WIB** | Mempertahankan kehangatan tubuh bayi (kontak kulit dengan ibu, selimut hangat)<br>**Evaluasi**: Kehangatan tubuh bayi dapat dipertahankan melalui kontak kulit ke kulit dengan ibu dan penggunaan selimut hangat, suhu tubuh bayi stabil (36,5°C). |
| **21.00 WIB** | Meletakkan bayi pada tempat yang datar, hangat, dan bersih<br>**Evaluasi:** Bayi telah diletakkan di tempat yang datar, hangat, dan bersih sesuai standar. |
| **21.00 WIB** | Observasi tanda vital secara berkala<br>**Evaluasi:** Tanda vital bayi telah diobservasi secara berkala |
| **21.30 WIB** | Melakukan pencegahan infeksi : edukasi perawatan tali pusat bersih dan kering<br>**Evaluasi:** Pencegahan infeksi telah dilakukan, ibu sudah diberi |

| | |
|---|---|
| **21.35 WIB** | Memberikan edukasi kesehatan pada ibu : tanda bahaya neonatus (demam, tidak mau menyusu, kejang, napas cepat >60x/menit, dan kulit/bibir tampak biru) dan penting Asi ekslusif<br>**Evaluasi:** Edukasi kesehatan telah diberikan, ibu memahami tanda bahaya pada neonatus dan pentingnya pemberian ASI eksklusif. |
| **21.37 WIB** | Menganjurkan untuk rawat gabung<br>**Evaluasi :** Ibu bersedia melakukan rawat gabung dengan bayinya untuk memperkuat bonding dan memudahkan pemberian ASI. |
| **21.39WIB** | Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan ulang berikutnya saat 6-8 jam setelah persalinan<br>E: ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan berikutnya |
| **21.40 WIB** | Mendokumentasikan hasil kegiatan<br>E : kegiatan telah dicatat dan didokumentasikan dengan lengkap sesuai prosedur |

## 1.5 ASUHAN KEBIDANAN PADA POST PARTUM

**Asuhan Kebidanan pada Ny. F Post Partum 6 jam**

No reg 379

Hari/Tanggal :Rabu, 1 Mei 2025

Nama pengkaji Melanie Rahmi Sholehat

Tempat Pengkajian :TPMB Bdn.Melati Yuliandari S.S.T.M.T.R.Keb

**I. SUBYEKTIF**

A. ANAMNESA

Keluhan Utama : Ibu mengatakan masih merasa linu dengan luka jahitannya.

B. PEMENUHAN NUTRISI

1. Pola makan

   Frekuensi : 1.x/hari, Porsi 1 piring

   Jenis : karbo + protein

   Alergi makanan : tidak ada

   Minum : Jumlah: ± 4 gelas/hari Jenis minuman : Air mineral

2. Personal Hygiene

   a. Mandi - x/hari Gosok Gigi - x/hari

   b. Ganti pembalut: YA, Frekuensi 2x/hari

   c. Vulva Hygiene: jahitan tampak baik, tidak ada bau atau kemerahan, ibu sudah diajarkan vulva hygiene

3. Pola Hidup : Merokok/minum alcohol/obat-obatan: tidak

4. Ambulasi dini : berjalan ringan didampingi, tidak ada keluhan

5. Eliminasi

   a. BAB

      1) Frekuensi :1x/hari

      2) Konsistensi : padat

      3) Warna : kecoklatan

b. BAK

1) Frekuensi :10-11.x/hari

2) Warna : jernih kekuningan

6. Hub Seksual

Frekuensi : -

Keluhan : tidak ada

C. MENYUSUI

1. Frekuensi Menyusui : 8-12x/24 jam
2. Lama menyusui : 10 -15 menit

**II. DATA OBJEKTIF**

A. PEMERIKSAAN UMUM

1. Keadaan Umum : baik
2. Kesadaran : compos mentis
3. Ekspresi wajah : bahagia
4. Status emosional : stabil
5. Keadaan Emosional : baik
6. Tanda-tanda Vital : TD 100/72 mmHg, Nadi 82x/mnt
   Suhu 36,7ºC,Respirasi: 24x/mnt

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Muka

Oedema/Tidak : tidak ada

Mata : - Conjungtiva : merah muda

- Sclera : putih
- Peradangan : tidak ada

2. Dada

- Payudara :- Bentuk : Simetris
  - Putting susu : Menonjol
  - Benjolan : Tidak ada

- Pengeluaran Kolostrum : Ada
- Pembesaran : ada
- Lainnya : tida ada lecet

3. Abdomen
   a. Luka bekas operasi : tidak ada
   b. Tanda infeksi : tidak ada
   c. Tinggi Fundus Uteri : 2 jari dibawah pusat
   d. Kontraksi Uteri : keras
   e. Massa : tidak ada
   f. Konsistensi otot perut : konsistensi otot perut baik/normal
   g. Kandung Kemih : kosong
4. Extremitas
   a. Oedema : tidak ada
   b. Kemerahan pada betis : tidak ada
   c. Varices : tidak ada
   d. Tanda Homman : (-), tidak ditemukan nyeri betis
5. Genitalia
   a. Kebersihan : Baik
   b. Pengeluaran Lochea: Warna: merah Bau: khas, konsistensi: lendir
   c. Perineum :terdapat laserasi perineum grade II, tampak jahitan baik, tidak ada tanda infeksi
   d. Perdarahan :±20 cc
6. anus :

C. PEMERIKSAAN PENUNJANG
1. Darah : Hb : 11,2 gr/dl ( 1 mei 2025)
2. Leukosit : (-)
3. Urine : (-)
4. Lainnya : (-)

## III. ASSESMENT/ANALISA

**Diagnosa** : Ny. F usia 33 tahun P4A0 post partum 6 jam dengan ruptur perineum derajat II

**Dasar** : hasil pemeriksaan

**Masalah** : tidak ada

**Kebutuhan** : observasi tanda vital, dukungan untuk mobilisasi diri dan eliminasi. Edukasi, kebutuhan nutrisi, dukungan emosional

**Masalah Potensial** : infeksi

**Tindakan Segera** : obervasi tanda vital dan kontraksi, evaluasi perdarahan, cek fundus uterus

## IV. PLANNING/PERENCANAAN

| WAKTU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|
| **03.40 WIB** | memberitahu hasil pemeriksaan<br>**Evaluasi:** ibu dan keluarga menegtahui kondisi ibu |
| **03.45 WIB** | melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan penunjang :cek hemoglobin<br>**Evaluasi**: didapatkan TD: 100/72 mmhg, N: 82x/menit, S: 36,7ºC, R: 24x/menit dan didapatkan kadar hemoglobin 11,2 gr/dl |
| **03.50 WIB** | melakukan evaluasi jumlah perdarahan<br>**Evaluasi:** jumlah perdarahan ±50 cc |
| **03.55 WIB** | memeriksa kontraksi dan tinggi fundus uteri ibu<br>**Evaluasi:** didapatkan kontraksi keras dan TFU 2 jari dibawah pusar |
| **04.00 WIB** | memberitahu ibu mengenai cara perawatan payudara<br>**Evaluasi:** ibu bisa dan dapat mempraktikkan |
| **04.05 WIB** | melakukan pijat laktasi pada payudara ibu untuk melancarkan dan merelaxkan ibu |

| | |
|---|---|
| | **Evaluasi:** ibu bersedia dan merasa rileks setela dilakukan pemijatan |
| **04.15 WIB** | menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi<br>**Evaluasi**: ibu bersedia untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi |
| **04.20 WIB** | memberitahu cara perawatan luka jahitan<br>**Evaluasi**; ibu paham mengenai perawatan luka jahitan |
| **04.25 WIB** | memberikan KIE mengenai perawatan bayi<br>**Evaluasi**: ibu paham mengenai perawatan bayi |
| **04.30 WIB** | memberitahu tanda bahaya nifas seperti demam, nyeri hebat, perdarahan berlebihan, atau bau tidak sedap dari jalan lahir<br>**Evaluasi**: ibu mengerti dan bersedia kef askes jika mengalami tanda bahaya |
| **04.35 WIB** | menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein<br>**Evaluasi** : ibu bersedia untuk mengkomsumsi makana tinggi protein |

## 3.5 ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS

**Asuhan Kebidanan Neonatus 6 jam**

**I. SUBJEKTIF**

A. Biodata

Nama pasien : By.Ny F

Nama ibu/ayah : Ny.F/Tn.A

Tanggal lahir : 30 April 2025 pukul 19.18 WIB

Umur : 6 jam

Jenis kelamin : laki-laki

Anak ke 4

B. Keluhan utama

Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan

C. Riwayat kehamilan sekarang

Ibu hamil ke-4 usia 33 tahun, ibu hamil 2 kali, pernah melairkan 1 kali. Tidak pernah keguguran

D. riwayat kesehatan

1) 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, hemofilia, asma, HIV/AIDS, anemia, PMS, keluarga tidak mempunyai Riwayat bayi kembar

E. riwayat persalinan sekarang

1) penolong persalinan : Bidan
2) tempat persalinan : TPMB Bidan Melati Yuliandari
3) cara lahir :spontan
4) presentasi : kepala
5) ketuban : jernih

6) komplikasi persalinan : tidak

F. keadaan bayi saat lahir

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

G. intake cairan

1) ASI : Sudah
2) PASI : belum
3) INFUS : belum

H. Eliminasi

1) BAK : Ya, 1x dengan warna jernih
2) BAB : Ya, 1x dengan warna hijau

I. Psikososial

1) Hubungan bayi dengan ibunya : baik

2) Perilaku ibu terhadap bayinya : ibu sangat senang dengan kehadiran putra ke-3 nya

**II. OBJEKTIF :**

A. Pemeriksaan umum

1. Ukuran Berat badan : 3.625 gram
2. Ukuran panjang badan : 54 cm
3. Ukuran lingkar kepala : 34 cm
4. Ukuran lingkar dada : 33 cm
5. Pemeriksaan APGAR SCORE : 9 – 10

B. Pemeriksaan tanda-tanda vital

1. Laju nafas : 55x/menit
2. Laju jantung : 137x/menit
3. Suhu : 36,7°C

C. Pemeriksaan kepala

1. Ubun-ubun : datar, lunak
2. Sutura : rapat, normal
3. Apakah ada penonjolan / cekungan : Tidak ada penonjolan atau cekungan

D. Telinga

1. Hubungan letak dengan mata : Letak simetris dengan mata
2. Hubungan letak antara telinga : Kedua telinga sejajar, tidak ada kelainan bentuk

E. Mata

1. Tanda – tanda infeksi : Tidak ada tanda infeksi

2. Konjungtiva dan sklera : Konjungtiva merah muda, sklera putih
3. Apakah ada kelainan pada mata : Tidak ditemukan kelainan

F. Hidung dan mulut

1. Kelainan bawaan : Tidak ada kelainan bawaan
2. Refleks menghisap : (+), ada

G. Leher

1. Pembengkakan : Tidak ada pembengkakan
2. Gumpalan : Tidak ditemukan gumpalan

H. Dada

1. Bentuk : Bentuk normal
2. Putting : Puting simetris
3. Bunyi nafas : Bunyi napas vesikuler normal
4. Bunyi jantung : bunyi jantung normal

I. Bahu, lengan dan tangan

1. Gerakan normal : Gerakan aktif dan simetris
2. Jari-jari : 5/5

J. Sistem syaraf :

1. Refleks *Rooting* (+)

   Saat puting didekatkan ke pipi bayi, bayi tampak mencari arah datangnya puting.
2. Refleks *Sucking* (+)

   Saat puting sudah masuk ke dalam mulut bayi, bayi terlihat mengisap puting dengan kuat.
3. Refleks *Swallowing* (+)

   Saat bayi mengisap puting, bayi mampu menelan ASI. Ditandai dengan tidak adanya ASI yang keluar dari mulut bayi.
4. Refleks *Moro* (+)

Saat bidan menepuk atau mengejutkan bayi secara ringan, bayi tampak terkejut dengan melebarkan tangan lalu menariknya kembali.

5. Refleks *Glabella* (+)

   Saat bidan mengetuk perlahan di antara kedua alis (glabella), bayi menunjukkan respons dengan berkedip.

6. Refleks *Tonic Neck* (+)

   Saat kepala bayi dimiringkan ke satu sisi, lengan di sisi tersebut akan melurus, sementara lengan yang berlawanan akan melipat (postur seperti "fencer").

7. Refleks *Palmar Grasping* (+)

   Saat jari bidan diletakkan di telapak tangan bayi, bayi akan menggenggam jari tersebut dengan kuat.

8. Refleks *Babinski* (+)

   Saat telapak kaki bayi digores dari tumit ke arah jari, jari-jari kaki akan membuka lebar.

9. Refleks *Blinking* (+)

   Saat ada rangsangan cahaya terang atau sentuhan ringan di mata, bayi memberikan respons dengan berkedip.

10. Refleks *Walking/Stepping* (+)

    Saat bayi dipegang berdiri dengan telapak kaki menyentuh permukaan datar, bayi akan membuat gerakan seperti berjalan.

11. Refleks *Magne*t (+)

    Saat telapak kaki bayi ditekan perlahan dan dilepaskan, tungkai bayi akan kembali ke posisi semula seolah ditarik magnet.

J. Abdomen

1. Bentuk : normal
2. Penonjolan tali pusat pada saat bayi menangis : Tidak ada penonjolan pada saat menangis

3. Perdarahan tali pusat :tidak ada perdarahan, tidak ada tanda infeksi

K. Kelamin

Laki – laki

1. Testis sudah ada dalam skrotum / belum : sudah
2. Ada lubang di penis atau tidak dan letak : ada, letak normal

L. Tungkai dan kaki :

1. Simetris : Simetris
2. Jumlah jari dan Gerakan : 5/5. Aktif. normal

M. Anus

Ada lubang atau tidak : (+), ada

N. Kulit

1. Verniks : masi terdapat sedikit
2. Warna : kemerahan
3. Tanda lahir : tidak ada

**III. ASSESSMENT**

A. Diagnose : By.Ny. F Neonatus usia 6 jam, cukup bulan, sesuai masa kehamilan, keadaan umum baik, tidak ditemukan kelainan mayor.

B. Masalah: tidak ada

C. Masalah potensial : tidak ada

D. Kebutuhan segera : observasi suhu tubuh, pernafasan, dan warna kulit bayi secara berkala, pemberian ASI, menjaga kehangatan, edukasi Teknik menyusui

## IV. PLANNING

| WAKTU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|
| **04.40 WIB** | Memantau tanda vital secara berkala (suhu, napas, nadi).<br>**Evaluasi:** Tanda vital bayi telah dipantau secara berkala, hasil dalam batas normal (suhu 36,7°C, napas 55x/menit, nadi 137x/menit |
| **04.50 WIB** | Memantau eliminasi pertama (meconium dan BAK).<br>**Evaluasi:** Eliminasi pertama: bayi sudah mengeluarkan mekonium dan BAK dalam 6 jam pertama. |
| **04.55 WIB** | Melakukan edukasi awal kepada ibu mengenai cara menyusui yang benar dan perawatan bayi baru lahir.<br>**Evaluasi:** Ibu telah diberi edukasi awal mengenai cara menyusui yang benar dan cara perawatan bayi baru lahir. Ibu tampak antusias dan mampu mempraktikkan kembali. |
| **05.05 WIB** | Memastikan tali pusat dirawat dengan benar, edukasi perawatan tali pusat.<br>**Evaluasi :** rawatan tali pusat sudah diajarkan kepada ibu, ibu dapat mengulang kembali cara merawat tali pusat dengan benar. |
| **05.10 WIB** | Anjurkan rawat gabung dan kontak kulit ke kulit.<br>**Evaluasi :** Rawat gabung dan kontak kulit ke kulit telah dilakukan dengan baik, ibu dan bayi tampak nyaman. |
| **05.15 WIB** | Observasi refleks-refleks neonatal awal (moro, rooting, menghisap).<br>**Evaluasi :** Refleks neonatal awal seperti moro, rooting, dan menghisap telah muncul dan terpantau baik. |
| **05.20 WIB** | Jadwalkan kunjungan neonatus usia 3 hari dan 7 hari |

| | |
|---|---|
| | **Evaluasi :** Kunjungan neonatus berikutnya telah dijadwalkan pada hari ke-3 dan hari ke-7, ibu sudah diberi informasi dan memahami jadwal tersebut. |

UNIVERSITAS SALI AL-AITAAM
BANDUNG

## 3.6 ASUHAN KEBIDANAN POST PARTUM

**Asuhan Kebidanan Post Partum 7 hari**

No reg 379

Hari/Tanggal :Rabu, 7 mei 2025

Nama pengkaji : Melanie Rahmi Sholehat

Tempat Pengkajian : Pmb Bdn.Melati Yuliandari S.S.T.M.T.R.Keb

I. **SUBYEKTIF**

A. ANAMNESA

Keluhan Utama : Ibu mengatakan masih merasa linu dengan luka jahitannya.

B. DATA PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Respon ibu terhadap kelahirannya : senang
2. Dukungan suami/keluarga :mendukung
3. Kegiatan Spiritual : berdoa dan sholat

C. DATA AKTIFITAS SEHARI-HARI

1. Nutrisi: Ibu sudah mulai makan secara bertahap setelah 6 jam postpartum. Nafsu makan baik. Makanan yang dikonsumsi terdiri dari nasi, lauk hewani (ikan, telur), sayur bening, dan buah potong. Ibu juga minum air putih cukup ±8 gelas per hari. Tidak ada keluhan mual, muntah, atau gangguan pencernaan.
2. Eliminasi: Ibu sudah BAK spontan pasca persalinan, frekuensi normal, tidak ada keluhan nyeri saat BAK. BAB belum dilakukan karena masih dalam 6 jam postpartum, namun tidak ada keluhan kembung atau mulas. Kandung kemih kosong, warna urin jernih, jumlah cukup.
3. Personal Hygiene: Ibu belum mandi karena masih observasi pasca persalinan, namun area genital dibersihkan oleh tenaga kesehatan. Ibu dibantu mengganti pembalut setiap 2–3 jam atau saat penuh. Ibu memahami pentingnya menjaga kebersihan vulva untuk mencegah infeksi.

4. Istirahat: Ibu dapat tidur sebentar setelah persalinan. Meskipun belum tidur nyenyak karena masih dalam masa observasi, ibu mengatakan merasa cukup istirahat. Tidak ada keluhan nyeri hebat yang mengganggu tidur.
5. Aktivitas: Ibu masih tirah baring di tempat tidur selama masa observasi 6 jam postpartum. Aktivitas terbatas dan dibantu tenaga kesehatan saat perlu mengubah posisi. Ibu belum duduk atau berjalan karena masih dalam pemantauan.
6. Laktasi: Ibu telah melakukan inisiasi menyusu dini (IMD) setelah bayi lahir. Produksi ASI mulai keluar, bayi sudah menyusu dengan bantuan bidan. Ibu tidak mengeluh nyeri atau bengkak pada payudara. Ibu antusias menyusui dan memahami manfaat ASI eksklusif.

D. RENCANA MENGGUNAKAN KONTRASEPSI

1. Jenis Kontrasepsi : Pil KB/Minipil
2. Alasan : ibu mengatakan cocok dengan metode KB Pil
3. Kapan : 6 minggu pascapersalinan
4. Tempat Pelayanan : TPMB

E. MENYUSUI

1. Frekuensi Menyusui : ±8-12x/24 jam
2. Lama menyusui : 10 -15 menit

F. PENGETAHUAN IBU NIFAS MENGENAI TANDA-TANDA BAHAYA

1. Kelelahan, Sulit tidur : Ya/**Tidak**
2. Demam: tidak ada.
3. Nyeri atau terasa panas waktu Bak : tidak ada
4. Sembelit, 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, putting yang pecah-pecah: tidak ada
9. Kesulitan dalam menyusui: tidak ada
10. Kesedihan: tidak ada
11. Merasa kurang mampu merawat bayi: tidak ada
12. Rabun senja: tidak ada

## II. DATA OBJEKTIF

A. PEMERIKSAAN UMUM

1. Keadaan Umum : baik
2. Kesadaran : compos mentis
3. Keadaan Emosional : baik
4. Tanda-tanda Vital : TD 97/72 mmHg, Nadi 82x/mnt
   Suhu 36,7ºC,Respirasi: 20x/mnt

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Muka
   Oedema/Tidak : tidak ada
   Mata : - Conjungtiva : merah muda
   - Sclera : putih
   - Peradangan : tidak ada
2. Dada
   - Payudara :- Bentuk : Simetris
   - Putting susu : Menonjol
   - Benjolan : Tidak
   - Pengeluaran Kolostrum : Ada
   - Pembesaran : ada
3. Abdomen
   - Luka bekas operasi : tidak ada

- Tanda infeksi : tidak ada
- Tinggi Fundus Uteri : ½ pusar simfisis
- Kontraksi Uteri : baik
- Massa : tidak ada
- Konsistensi otot perut : konsistensi otot perut baik/normal
- Kandung Kemih : kosong

4. Extremitas
   - Oedema : tidak ada
   - Kemerahan pada betis : tidak ada
   - Varices : tidak ada
   - Tanda Homman : (-), tidak ditemukan nyeri betis
5. Genitalia
   - Kebersihan : Baik
   - Pengeluaran Lochea: Warna: merah, kecoklatan Bau: khas, konsistensi: lendir
   - Perineum : tampak jahitan baik, tidak ada tanda infeksi

C. PEMERIKSAAN PENUNJANG
- Darah : Hb : 11,2 mg/dl Leukosit : (-)
- Urine : (-)
- Lainnya : (-)

## III. ASSESMENT/ANALISA

| | |
|---|---|
| Diagnosa | : Ny. F Usia 33 Tahun P4A0 Post Partum 7 Hari Dengan Keadaan Umum Baik |
| Dasar | : hasil pemeriksaan |
| Masalah | : tidak ada |
| Kebutuhan | : KIE Dan Konseling |
| Masalah Potensial | : risiko infeksi |

Kebutuhan Segera : edukasi perawatan diri dan perineum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemenuhan nutrisi.

**IV. PLANNING/PERENCANAAN**

| WAKTU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|
| **10.00 WIB** | memberitahu hasil pemeriksaan<br>**Evaluasi:** ibu dan keluarga menegtahui kondisi ibu |
| **10.05 WIB** | melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital ibu<br>**Evaluasi**: didapatkan TD: 97/71 mmhg, N: 82x/menit, S: 36,9ºC, R: 22x/menit |
| **10.10 WIB** | menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi<br>**Evaluasi**: ibu bersedia untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi |
| **10.15 WIB** | menganjurkan ibu uintuk tetap konsisten menjaga personal hygiene<br>**Evaluasi :** ibu bersedia untuk tetap konsisten menjaga personal hygiene |
| **10.20 WIB** | menganjurkan ibu untuk makan-makanan tinggi protein untuk penyembuhan luka jahitan<br>**Evaluasi:** ibu mengerti dan bersedia |
| **10.25 WIB** | memberitahu ibu mengenai cara perawatan payudara<br>**Evaluasi:** ibu bisa dan dapat mempraktikkan |
| **10.30 WIB** | menganjurkan ibu cara menyusui, posisi, dan perlekatan yang benar<br>**Evaluasi :** ibu bisa dan dapat mempraktikkan |
| **10.35 WIB** | menganjurkan ibu untuk melakukan senam nifas<br>E: Ibu bersedia |
| **10.40 WIB** | memberikan KIE mengenai perawatan bayi<br>**Evaluasi:** ibu paham mengenai perawatan bayi |

| | |
|---|---|
| **10.45 WIB** | memberitahu cara perawatan luka jahitan<br>**Evaluasi:** ibu paham mengenai perawatan luka jahitan |
| **10.50 WIB** | menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi ringan<br>E: ibu bersedia melakukan aktivitas ringan untuk mempercepat pemulihan |
| **10.55 WIB** | Memberitahu tanda bahaya nifas seperti demam tinggi, perdarahan banyak, bau tidak sedap dari jalan lahir, nyeri perut hebat, atau payudara bengkak disertai demam<br>**Evaluasi** : ibu memahami tanda bahaya bersedia segera ke fasilitas kesehatan bila mengalaminya |

## 3.7 ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS

**Asuhan Kebidanan Neonatus 7 Hari**

Nama Pengkaji : Melanie Rahmi Sholehat

Tanggal Pengkajjian : Rabu, 07 Mei 2025

Tempat Pengkajian : TPMB Bdn. MELATI YULIANDARI S.S.T., M.T.r.Keb

**I. SUBJEKTIF**

A. Biodata

Nama pasien : By.Ny F

Nama ibu/ayah : Ny.F/Tn.A

Tanggal lahir : 30 April 2025 pukul 19.18 WIB

Umur : 6 jam

Jenis kelamin : laki-laki

Anak ke 4

B. Keluhan utama

Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan

C. Riwayat kehamilan sekarang

Ibu hamil ke-4 usia 33 tahun, ibu hamil 2 kali, pernah melairkan 1 kali. Tidak pernah keguguran

D. riwayat kesehatan

2) 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, hemofilia, asma, HIV/AIDS, anemia, PMS, keluarga tidak mempunyai Riwayat bayi kembar

E. riwayat persalinan sekarang

7) penolong persalinan : Bidan

8) tempat persalinan : TPMB Bidan Melati Yuliandari
9) cara lahir :spontan
10) presentasi : kepala
11) ketuban : jernih
12) komplikasi persalinan : tidak

F. keadaan bayi saat lahir

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

G. intake cairan

4) ASI : Sudah
5) PASI : belum
6) INFUS : belum

H. Eliminasi

3) BAK : Ya, ±6x dengan warna jernih
4) BAB : Ya, 1-2 x dengan warna hijau, kecoklatan

I. Psikososial

3) Hubungan bayi dengan ibunya : baik
4) Perilaku ibu terhadap bayinya : ibu sangat senang dengan kehadiran putra ke-3 nya

**II. OBJEKTIF :**

A. Pemeriksaan umum

1. Ukuran Berat badan : 3.625 gram
2. Ukuran panjang badan : 54 cm
3. Ukuran lingkar kepala : 34 cm
4. Ukuran lingkar dada : 33 cm
5. Pemeriksaan APGAR SCORE : 9 – 10

B. Pemeriksaan tanda-tanda vital

1. Laju nafas : 42x/menit
2. Laju jantung : 128x/menit
3. Suhu : 36,8°C

C. Pemeriksaan kepala

1. Ubun-ubun : datar, lunak
2. Sutura : rapat, normal
3. Apakah ada penonjolan / cekungan : Tidak ada penonjolan atau cekungan

D. Telinga

1. Hubungan letak dengan mata : Letak simetris dengan mata
2. Hubungan letak antara telinga : Kedua telinga sejajar, tidak ada kelainan bentuk

E. Mata

1. Tanda – tanda infeksi : Tidak ada tanda infeksi

2. Konjungtiva dan sklera : Konjungtiva merah muda, sklera putih
3. Apakah ada kelainan pada mata : Tidak ditemukan kelainan

F. Hidung dan mulut

1. Kelainan bawaan : Tidak ada kelainan bawaan
2. Refleks menghisap : (+), ada

G. Leher

1. Pembengkakan : Tidak ada pembengkakan
2. Gumpalan : Tidak ditemukan gumpalan

H. Dada

1. Bentuk : Bentuk normal
2. Putting : Puting simetris
3. Bunyi nafas : Bunyi napas vesikuler normal
4. Bunyi jantung : bunyi jantung normal

I. Bahu, lengan dan tangan

1. Gerakan normal : Gerakan aktif dan simetris
2. Jari-jari : 5/5

J. Sistem syaraf :

1. Refleks *Rooting* (+)

   Saat puting didekatkan ke pipi bayi, bayi tampak mencari arah datangnya puting.

1. Refleks *Sucking* (+)

   Saat puting sudah masuk ke dalam mulut bayi, bayi terlihat mengisap puting dengan kuat.

2. Refleks *Swallowing* (+)

   Saat bayi mengisap puting, bayi mampu menelan ASI. Ditandai dengan tidak adanya ASI yang keluar dari mulut bayi.

3. Refleks *Moro* (+)

   Saat bidan menepuk atau mengejutkan bayi secara ringan, bayi tampak terkejut dengan melebarkan tangan lalu menariknya kembali.

4. Refleks *Glabella* (+)

   Saat bidan mengetuk perlahan di antara kedua alis (glabella), bayi menunjukkan respons dengan berkedip.

5. Refleks *Tonic Neck* (+)

   Saat kepala bayi dimiringkan ke satu sisi, lengan di sisi tersebut akan melurus, sementara lengan yang berlawanan akan melipat (postur seperti "fencer").

6. Refleks *Palmar Grasping* (+)

   Saat jari bidan diletakkan di telapak tangan bayi, bayi akan menggenggam jari tersebut dengan kuat.

7. Refleks *Babinski* (+)

   Saat telapak kaki bayi digores dari tumit ke arah jari, jari-jari kaki akan membuka lebar.

8. Refleks *Blinking* (+)

   Saat ada rangsangan cahaya terang atau sentuhan ringan di mata, bayi memberikan respons dengan berkedip.

9. Refleks *Walking/Stepping* (+)

   Saat bayi dipegang berdiri dengan telapak kaki menyentuh permukaan datar, bayi akan membuat gerakan seperti berjalan.

10. Refleks *Magne*t (+)

    Saat telapak kaki bayi ditekan perlahan dan dilepaskan, tungkai bayi akan kembali ke posisi semula seolah ditarik magnet.

K. Abdomen

1. Bentuk :
   a. Penonjolan tali pusat pd saat bayi menangis : Tidak ada penonjolan pada saat menangis
   b. Perdarahan tali pusat :tidak ada perdarahan, tidak ada tanda infeksi

L. Kelamin

1. Laki – laki

a. Testis sudah ada dalam skrotum / belum : sudah
b. Ada lubang di penis atau tidak dan letak : ada, letak normal

M. Tungkai dan kaki :

1. Simetris : Simetris
2. Jumlah jari dan Gerakan : 5/5. Aktif. normal

N. Anus

Ada lubang atau tidak : (+), ada

O. Kulit

1. Verniks : tidak ada
2. Warna : kemerahan
3. Tanda lahir : tidak ada

## III. ASSESSMENT

Diagnose : By.Ny. F Neonatus usia 7 hari, cukup bulan, sesuai usia gestasi, keadaan umum baik, tidak ditemukan kelainan mayor.

Masalah : tidak ada

Masalah potensial : tidak ada

Kebutuhan segera : edukasi perawatan tali pusat, pemantauan berat badan bayi dan frekuensi BAK/BAB.

## IV. PLANNING

| WAKTU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|
| **11.05 WIB** | Melanjutkan pemantauan tanda vital dan frekuensi BAB/BAK<br>- Observasi BB,PB,Suhu,Pernafasan, dan nadi<br>Catat penambahan berat badan sejak lahir<br>- Evaluasi frekuensi BAB/BAK<br>**Evaluasi:** BB dan PB sesuai grafik pertumbuhan udia 7 hari , tanda vital (suhu, nafas, nadi) dalam batas normal, tidak ditemukan keluhan atau gejala mengkhawatirkan. Bayi sudah |

| | |
|---|---|
| | buang air besar dan buang air kecil tanpa ada keluhan atau tanda kelainan lainnya. |
| **11.10 WIB** | menilai dan mendukung keberhasilan menyusui<br>- Observasi frekuensi dan lama menyusu<br>- Evaluasi posisi dan perlekatan menyusui<br>- Berikan konseling ASI ekslusif<br>**Evaluasi;** ibu menyusui setiap 2-3 jam, durasi rata-rata 15-20 menit tiap sesi. Posisi dan perlekatan baik, reflex hisap kuat, ibu memahami pentingnya ASI ekslusif dan ter motivasi untuk melanjutkan |
| **11.20 WIB** | melakukan perawatan tali pusat<br>- Edukasi untuk menjaga kebersihan area pusar<br>**Evaluasi** : area tali pusar kering dan bersih, tidak ada tanda infeksi (kemerahan, bau, pus), ibu mampu menjelaskan cara mmenjaga kebersihan area tali pusar |
| **11.25 WIB** | mencegah infeksi<br>- Edukasi ibu mengenai tanda-tanda infeksi pada tali pusat, mata, dan kulit<br>- Anjurkan kebersihan tangan sebelum menyentuh bayi<br>**Evaluasi**: ibu mencuci tangan sebelum menyentu bayi, tidak ditemukan tanda infeksi pada kulit, mata, atau pusar, edukasi sudah diberikan dan dipahami oleh ibu. |
| **11.30 WIB** | menjaga kehangatan bayi dan menganjurkan kontak kulit dengan ibu jika perlu<br>**Evaluasi:** bayi berpakaian lengkap dan sesuai suhu lingkungan, ibu tahu pentingnya menjaga kehangatan, termasuk kontak kulit ke kulit jika perlu |
| **11.40 WIB** | mengevaluasi reflex bayi |

| | |
|---|---|
| | **Evaluasi:** reflex moro, rooting, mengisap, menggenggam, dan reflek lainnya. ditemukan aktif dan simetris, tidak ditemukan kelainan refleks |
| **11.45 WIB** | melakukan deteksi dini terhadap kelainan bawaan<br>**Evaluasi**: tidak ditemukan kelainan bentuk kepala, mulut,, mata, genetalia, ekstremitas, atau punggung., pekembangan fisik sesuai usia |
| **11.50 WIB** | memberikan edukasi kepada ibu tanda bahaya bayi baru lahir, jadwal imunisasi selanjutnya, perawatan bayi baru lahir dirumah<br>**Evaluasi**: ibu mampu mengulangi kembali tanda baaya neonatus, ibu paham pentignya ASI ekslusif, menjaga kebersia, daan jadwal imunisasi selanjutnya, edukasi tentang perwatan bayi dirumah telah diberikan |
| **11.55 WIB** | menjadwalkan kunjungan berikutnya<br>**Evaluasi**: ibu bersedia untuk kunjungan berikutnya |
| **12.00 WIB** | Memberikan hasil pemeriksaan kepada ibu<br>**Evaluasi** : ibu sudah diberitahu hasil pemeriksaan |

## 3.8 ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

No reg 387

Hari/Tanggal: rabu, 7 mei 2025

Tempat Pengkajian: TPMB Melati Yuliandari S.ST.M.Keb

**I. DATA SUBJEKTIF**

A. Anamnesa

**Keluhan saat ini** : ibu mengatakan tidak memiliki keluhan

B. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Kontrasepsi yang lalu : ibu pernah menggunkakan KB suntik 3 bulan selama 6 bulan (tahun 2021) atas saran bidan puskesmas, namun dihentikan karena tidak cocok ( tidak haid & badan sakit). Setelah itu menggunakan metode KB pil selama 1 tahun (2022-2023) atas saran suami dan bidan praktik mandiri, lalu dihentikan karena ingin program hamil

b. Rencana ikut KB untuk jangka Panjang/pendek : pendek

C. PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI

1) Nutrisi: Ibu makan 3 kali sehari dengan menu yang bervariasi, terdiri dari nasi, lauk hewani (ikan, ayam, telur), sayur, dan buah. Nafsu makan baik.
2) Eliminasi: Ibu tidak mengalami keluhan buang air besar maupun kecil. Frekuensi BAB 1x/hari, BAK ≥6x/hari, lancar dan normal.
3) Personal Hygiene: Ibu menjaga kebersihan diri dengan mandi 2x sehari dan rutin mengganti pakaian dalam. Area genital dibersihkan dengan air bersih setelah BAK/BAB.
4) Istirahat:Ibu tidur 6–8 jam per malam dan dapat tidur siang jika merasa lelah. Tidak ada keluhan gangguan tidur.
5) Aktivitas: Ibu dapat melakukan aktivitas ringan sehari-hari di rumah tanpa keluhan. Belum kembali bekerja karena masih fokus merawat anak.

6) Laktasi: Ibu menyusui bayinya secara eksklusif setiap 2–3 jam. Produksi ASI lancar, tidak ada keluhan nyeri atau bengkak pada payudara.

:

## II. DATA OBJEKTIF

### 1. Pemeriksaan Umum

a) KU: baik
b) Kesadaran : compos mentis
c) TD:107/82 mmHg
d) Nadi : 82x/menit
e) Suhu: 36,4ºC
f) BB: 51 kg

b) TTV :

### 2. Pemeriksaan Fisik

a) Muka
- Oedema/Tidak: tidak ada

b) Mata
- Conjungtiva : merah muda
- Sclera : putih
- Peradangan : tidak ada

c) Dada
- Payudara
  - Bentuk : Simetris
  - Putting susu : Menonjol
  - Benjolan : Tidak Ada
  - Pengeluaran Kolostrum : Ada
  - Pembesaran : ada

d) Abdomen
- Luka bekas operasi : tidak ada
- Tanda infeksi : tidak ada
- Tinggi Fundus Uteri : tidak teraba

- Kontraksi Uteri : baik
- Massa : tidak ada
- Konsistensi otot perut : konsistensi otot perut baik/normal
- Kandung Kemih : kosong

e) Extremitas

- Oedema : tidak ada
- Kemerahan pada betis : tidak ada
- Varices : tidak ada
- Tanda Homman : (-), tidak ditemukan nyeri betis

## 1. ASSESMENT/ANALISA

**Diagnosa** : Ny. F Usia 33 Tahun P4A0 Calon Akseptor KB Pil

**Masalah** : ibu belum mengikuti program KB sampai saat ini

**Masalah Potensial** : tidak ada

**Kebutuhan Segera** : KIE (KB hormonal (pil, suntik, implant) Dan KB non-hormonal (IUD, kondom, MOW/MOP, metode alami)

## 2. PLANNING/PERENCANAAN

| WAKTU | TINDAKAN DAN EVALUASI |
|---|---|
| **12.00 WIB** | Menjelaskan hasil pemeriksaan ibu<br>Pemeriksaan umum meliputi:<br>- Keadaan umum: Baik<br>- Kesadaran: Compos mentis<br>- TD: 107/82 mmHg, N: 82x/menit, R: 22x/menit, S: 36,4ºC<br>Pemeriksaan fisik: Tidak ditemukan masalah<br>**Evaluasi:** Ibu mengerti dengan kondisi tubuhnya yang dalam keadaan normal. |
| **12.10 WIB** | Memberikan KIE tentang metode kontrasepsi (KB) |

| | |
|---|---|
| | Jenis-jenis KB yang dijelaskan:<br>- KB hormonal (pil, suntik, implant)<br>- KB non-hormonal (IUD, kondom, MOW/MOP, metode alami)<br>Disertai penjelasan tentang efektivitas, cara kerja, kelebihan dan efek samping dari masing-masing metode.<br>**Evaluasi:** Ibu memahami seluruh pilihan KB, dan memilih metode KB pil. |
| **12.20 WIB** | Menjelaskan kelebihan, kekurangan, jenis, dan efek samping pil KB<br>Jenis pil KB: Pil kombinasi dan pil progestin saja<br>Kelebihan: Praktis, efektivitas tinggi jika rutin, dapat mengatur siklus haid<br>Kekurangan: Harus diminum setiap hari pada waktu yang sama<br>Efek samping: Mual, bercak perdarahan, sakit kepala, perubahan mood<br>**Evaluasi:** Ibu memahami informasi tersebut dan tidak merasa keberatan memilih pil KB. |
| **12.30 WIB** | Menginformasikan waktu mulai minum pil KB<br>Penjelasan bahwa pil KB dimulai setelah 6 minggu postpartum, terutama bila menyusui maka dianjurkan menggunakan pil progestin saja.<br>**Evaluasi:** Ibu memahami waktu mulai minum pil dan menyatakan kesediaan mengikuti jadwal. |
| **12.35 WIB** | Melibatkan suami dalam pengambilan keputusan KB<br>Mengajak suami berdiskusi dan memberikan informasi mengenai pilihan KB serta manfaatnya.<br>**Evaluasi:** Ibu bersedia berdiskusi dengan suami dan menyatakan suami mendukung pilihan KB pil. |

| | |
|---|---|
| **12.45 WIB** | Menjadwalkan kunjungan ulang pelayanan KB<br>Dijadwalkan pada minggu ke-6 postpartum, yaitu sekitar tanggal 21 Mei 2025 untuk kontrol dan pelayanan lanjutan KB.<br>Evaluasi: Ibu bersedia melakukan kunjungan lanjutan sesuai jadwal. |

UNIVERSITAS SALI AL-AITAAM BANDUNG

UNIVERSITAS SALI AL-AITAAM
BANDUNG