BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Antenatal Care (ANC)

3.1.1 Kunjungan 1 Antenatal care

Pengkajian

Tanggal pengkajian : 10 Mei 2025

Tempat pengkajian : TPMB Bidan Melati Yuliandari

Waktu pengkajian :

Pengkaji : Hasna Mutiara Nurrahmah

I. Data Subjektif

A. Anamnesa

Identitas

	Istri	Suami
Nama	Ny. E	Tn. Y
Umur	35 tahun	35 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Irt	Karyawan swasta
Suku bangsa	Sunda	Sunda
Golongan darah	-	-
Alamat	Kp. Cihalarang 01/02 cimenyan	
No Telp/Hp	0856-5936-6595	-

Keluhan Utama : ibu mengatakan pegal-pegal dan sedikit mulas.

B. Riwayat Obstetri

Riwayat kehamilan sekarang :

1. G4P3A0 HPHT: 13-08-2024 TP: 21-05-2025 Gravida: 36-37 minggu
2. Kapan merasakan Gerakan janin: dirasakan Gerakan janin pada usia kehamilan 13 minggu
3. Pergerakan dirasakan dalam 24 jam terakhir : ya, dirasakan
4. Obat yang dikonsumsi: ASI booster
5. Kekhawatiran khusus : tidak ada

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu:

No	Hamil	partus	Hidup/mati	BB	Penyulit	Normal/operasi
1	2016	Bidan	Hidup	2900	Tidak ada	Normal
2	2018	Bidan	Hidup	2900	Tidak ada	Normal
3	2020	Bidan	Hidup	2900	Tidak ada	Normal
4	Hamil ini					

Riwayat Imunisasi

TT 1: Sudah

TT 2 : Sudah

C. Riwayat Kesehatan yang Diderita Sekarang dan Dulu

1. Riwayat Kesehatan sekarang

   Ibu tidak menderita penyakit apapun

2. Riwayat penyakit dulu

   Ibu tidak pernah menderita penyakit apapun dan tidak mempunyai penyakit keturunan seperti asma, jantung, diabetes, dan hipertensi

3. Riwayat penyakit menular

   Ibu tidak pernah mnderita penyakit menular seperti TBC, HIV, Sifilis dan lain-lain

4. Tindakan operasi yang pernah dilakukan
5. Ibu tidak pernah mempunyai Riwayat operasi
6. Alergiterhadap obat-obatan

   Ibu tidak memiliki Riwayat alergi terhadap obat-obatan

D. Data Psikososial dan Spiritual

1. Respon ibu terhadap kehamilannya : ibu merasa senang atas kehamilannya
2. Dukungan suami/ keluarga : sangat mendukung
3. Pengambilan Keputusan : suami
4. Rencana melahirkan : Bidan
5. Status pernikahan : ibu sudah menikah di usia 20 tahun
6. Riwayat KB : KB IUD (sudah 4 tahun)
7. Beban sehari-hari : mengurus rumah tangga

E. Pola Sehari-hari

1. Sebelum hamil

   a. Nutrisi

      Makan kurang lebih 2x sehari dengan nasi 1 porsi dengan sayur dan lauk untuk minum kurang lebih 1-1,5 liter air putih

   b. Eliminasi

      Bak : kurang lebih 3-4x/hari bebau khas berwarna jernih kekuningan

      Bab: kurang lebih 1x/hari berbau khas bertekstur lembek dan berwarna kuning kecoklatan

   c. Pola istirahat dan tidur

      Tidur siang kurang lebih 30 menit -1 jam

      Tidur malam kurang lebih 7-8 jam

   d. Kebiasaan hidup sehari-hari

      Alcohol, perokok,NAPZA: ibu tidak mengonsumsi

   e. Personal hygiene

      Mandi : 2x/hari

      Gosok gigi: 2x/hari

   f. Pola seksual

      Frekuensi : 2-3x/minggu

2. Sewaktu Hamil

   a. Nutrisi

      Makan 2x/hari I porsi nasi dan ikan

      Minum 1,5-2 liter air putih dan susu

b. Eliminasi

Bab 1x/hari berwarna kecoklatan

Bak 6-7x/hari berwarna jernih kekuningan

c. Pola istirahat

Tidur siang : 1jam

Tidur malam : 5-7 jam

d. Kebiasaan sehari-hari

Alcohol,rokok, NAPZA : ibu tidak pernah mengonsumsi

e. Pola seksual

Frekuensi : tm 1 2-3x/bulan , tm 2 2-3x/bulan, tm 3 1x/minggu.

f. Olahraga

Selama hamil ibu melakukan olahraga ringan seperti jalan kaki dengan durasi waktu kurang lebih 30-I jam dengan frekuensi 3x minggu.

II. Obyektif

A. Keadaan umum

1. Kesadaran : compos mentis
2. Keadaan emosi : stabil
3. Tekanan darah : 125/76 mmHg
4. Nadi : 102x/menit
5. Respirasi : 22x/menit

B. Antropometri

1. TB :160 cm
2. BB sebelum hamil : 75 kilogram
3. BB setelah hamil : 85,7 kilogram

C. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan fisik
   a. Kepala : tidak ada benjolan dan nyeri tekan
   b. Muka : simetris, tidak ada oedema dan tidak ada cloasma
   c. Mata : bentuk simetris konjungtiva merah muda, sklera putih
   d. Hidung : bentuk simetris, tidak ada polip, dan bersih
   e. mulut dan gigi : lidah bersih berwarna kemerahan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi bersih tidak berlubang dan tidaak ada caries
   f. telinga : sejajar dengan mata dan tidak ada kotoran
   g. leher : tidak ada pembesaran dan pembengkakan pada kelenjar tyroid, vena jugularis, dan axilla limfe
   h. payudara : bentuk simetris, areola menghitam,tidak ada benjolan, kolostrum belum ada, putting susu sudah menonjol
   i. abdomen : linea nigra ada,tidak ada bekas operasi

j. ekstremitas atas dan bawah : bentuk simetris bersih, dan tidak ada oedema tidak ada varices

2. Pemeriksaan obstetric

a. Palpasi

Leopold I : Teraba kurang bulat dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : keras datarseperti papan di bagian kiri perut ibu (punggung) dan bagian kanan teraba ekstremitas janin

Leopold III : teraba bulat keras melenting (kepala)

Leopolod IV : divergen (sudah masuk PAP)

b. Aukultasi

Punctum max : positif terdengar di sebelah kiri bagian perut ibu

Frekuensi : 151x/menit

3. Pemeriksaan penunjang

Hanya dilakukan pemeriksaan darah

Hb : 12,2 g/dl

III. Assesment/Analisis

Diagnosa : Ny. E 35 tahun G4P3A0 gravida 36-37 minggu dengan keadaan umum ibu baik

IV. Planing/Perencanaan

1. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan

2. Menganjurkan ibu untuk lebih sering optimalisasi agar kepala janin semakin turun
3. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya trimester III
4. Menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan nutrisi di trimester III
5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
6. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan mengonsumsi obat yang masih ada
7. Memberikan dukungan kepada ibu agar tetap tenang dan siap dalam menghadapi proses persalinan
8. Menjadwalkan Kembali kunjungan di 1 minggu berikutnya atau Ketika terdapat keluhan

   Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang disampaikan dan ibu jauh merasa lebih tenang.

3.1.2 Kunjungan 2 Antenatal Care

pengkajian

Tanggal pengkajian :

Tempat pengkajian : TPMB Bidan Melati Yuliandari

Waktu pengkajian :

Pengkaji : Hasna Mutiara Nurrahmah

A. Data Subjektif

1. Anamnesa

Identitas

	Istri	**Suami**

Nama	Ny.E	Tn. Y
Umur	35 tahun	35 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Irt	Karyawan swasta
Suku	Sunda	Sunda
Golongan darah	-	-
Alamat	Kp. Cihalarang 01/02 cimenyan	
No. telp/hp	0856-5936-6595	-

Keluhan utama : ibu mengatakan ingin kontrol kehamilan dan ibu mengatakan mules semakin sering tapi sebentar-sebentar, dan merasakan pegal pada pinggang.

2. Riwayat Obstetri

Riwayat kehamilan sekarang

1. G4P3A0 HPHT: 13-08-2024 TP: 21-05-2025 Gravida: 38-39 minggu
2. Kapan merasakan Gerakan janin: dirasakan Gerakan janin pada usia kehamilan 13 minggu
3. Pergerakan dirasakan dalam 24 jam terakhir : ya, dirasakan baru saja
4. Obat yang dikonsumsi: ASI booster
5. Kekhawatiran khusus : tidak ada

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No.	Hamil	Partus	Hidup/mati	BB	Penyulit	Normal/sc
1	2016	Bidan	Hidup	2900	Tidak ada	Normal
2	2018	Bidan	Hidup	2900	Tidak ada	Normal
3	2020	Bidan	Hidup	2900	Tidak ada	Normal
4	Hamil ini					

Riwayat Imunisasi

TT 1 (sudah dilakukan)

TT2 (sudah dilakukan)

3. Riwayat Kesehatan Penyakit Yang Diderita Sekaran dan Dulu

1. Riwayat Kesehatan sekarang

   Ibu tidak menderita penyakit apapun

2. Riwayat penyakit dulu

   Ibu tidak pernah menderita penyakit apapun dan tidak mempunyai penyakit keturunan seperti asma, jantung, diabetes, dan hipertensi

3. Riwayat penyakit menular

   Ibu tidak pernah mnderita penyakit menular seperti TBC, HIV, Sifilis dan lain-lain

4. Tindakan operasi yang pernah dilakukan

5. Ibu tidak pernah mempunyai Riwayat operasi

6. Alergiter hadap obat-obatan : ibu tidak memiliki Riwayat alergi terhadap obat-obatan.

4. Data Psikososial dan Spiritul

1. Respon ibu terhadap kehamilannya : ibu merasa senang atas kehamilannya
2. Dukungan suami/ keluarga : sangat mendukung
3. Pengambilan Keputusan : suami
4. Rencana melahirkan : Bidan
5. Status pernikahan : ibu sudah menikah di usia 20 tahun
6. Riwayat KB : KB IUD (sudah 4 tahun)
7. Beban sehari-hari : mengurus rumah tangga

5. Pola Aktivitas Sehari-hari

1. Sebelum hamil

   a. Nutrisi

      Makan kurang lebih 2x sehari dengan nasi 1 porsi dengan sayur dan lauk untuk minum kurang lebih 1-1,5 liter air putih

   b. Eliminasi

      Bak : kurang lebih 3-4x/hari bebau khas berwarna jernih kekuningan

      Bab: kurang lebih 1x/hari berbau khas bertekstur lembek dan berwarna kuning kecoklatan

   c. Pola istirahat dan tidur

Tidur siang kurang lebih 30 menit -1 jam

Tidur malam kurang lebih 7-8 jam

d. Kebiasaan hidup sehari-hari

Alcohol, perokok,NAPZA: ibu tidak mengonsumsi

e. Personal hygiene

Mandi : 2x/hari

Gosok gigi: 2x/hari

f. Pola seksual

frekuensi : 2-3x/minggu

2. Sewaktu Hamil

a. Nutrisi

makan 2x/hari I porsi nasi dan ikan

minum 1,5-2 liter air putih dan susu

b. Eliminasi

Bab 1x/hari berwarna kecoklatan

Bak 6-7x/hari berwarna jernih kekuningan

c. Pola istirahat

Tidur siang : 1jam

Tidur malam : 5-7 jam

d. Kebiasaan sehari-hari

Alcohol,rokok, NAPZA : ibu tidak pernah mengonsumsi

e. Pola seksual

Frekuensi : tm 1 2-3x/bulan , tm 2 2-3x/bulan, tm 3 1x/minggu.

f. Olahraga

Selama hamil ibu melakukan olahraga ringan seperti jalan kaki dengan durasi waktu kurang lebih 30-I jam dengan frekuensi 3x minggu.

B. Objektif

1. Keadaan umum
   a. Kesadaran : compos mentis
   b. Keadaan emosi : stabil
   c. Tekanan darah : 125/76 mmHg
   d. Nadi : 102x/menit
   e. Respirasi : 22x/menit
2. Antropometri
   a. TB :160 cm
   b. BB sebelum hamil : 75 kilogram
   c. BB setelah hamil : 85,7 kilogram
3. Pemeriksaan Fisik
   a. Kepala : tidak ada benjolan dan nyeri tekan
   b. Muka : simetris, tidak ada oedema dan tidak ada cloasma
   c. Mata : bentuk simetris konjungtiva merah muda, sklera putih
   d. Hidung : bentuk simetris, tidak ada polip, dan bersih

e. Mulut dan gigi : lidah bersih berwarna kemerahan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi bersih tidak berlubang dan tidaak ada caries

f. Telinga : sejajar dengan mata dan tidak ada kotoran

g. Leher : tidak ada pembesaran dan pembengkakan pada kelenjar tyroid, vena jugularis, dan axilla limfe

h. Payudara: bentuk simetris, areola menghitam,tidak ada benjolan, kolostrum belum ada, putting susu sudah menonjol

i. Abdomen : linea nigra ada,tidak ada bekas operasi

j. Ekstremitas atas dan bawah : bentuk simetris bersih, dan tidak ada oedema tidak ada varices

k. Pemeriksaan obstetric

- Palpasi

  Leopold I : Teraba kurang bulat dan tidak melenting (bokong)

  Leopold II : Keras datarseperti papan di bagian kiri perut ibu (punggung) dan bagian kanan teraba ekstremitas janin

  Leopold III : teraba bulat keras melenting (kepala)

  Leopolod IV : divergen (sudah masuk PAP)

- Aukultasi

  punctum max : positif terdengar di sebelah kiri bagian perut ibu

Frekuensi : 135x/menit

4. Pemeriksaan penunjang

   Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang

C. Assesment/Analisis

Diagnosa : Ny.E usia 35 tahun G4P3A0 gravida 38-39 minggu dengan keadaan umum baik

D. Planing/Perencanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
2. Memberikan konseling tentang optimalisasi untuk memperluas jalan lahir dengan cara berjalan cepat, dan jongkok pada saat ada kontraksi
3. Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi nanas, durian, kiwi dan kurma untuk merangsang kontraksi
4. Mengajarkan ibu menhitung kontraksi
5. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda persalinan
6. Memberikan dukungan dan semangat agar ibu merasa aman dan tidak khawatir akan proses persalinan
7. Menyarankan ibu/suami untuk datang Kembali apabila sudah dirasakan kontraksi yang semakin kuat dan sudah muncul tanda bahaya dan tanda-tanda persalinan

   Evaluasi : ibu dan suami mengerti dan bersedia melakukan setiap anjuran yang disampaikan.

3.2 Intranatal Care

3.2.1 Catatan Perkembangan Kala 1

Tanggal pengkajian :

Tempat pengkajian : TPMB Bidan Melati Yuliandari

Waktu pengkajian :

Pengkaji : Hasna Mutiara Nurrahmah

A. Data Subjektif

1. Identitas

	Istri	**Suami**
Nama	Ny.E	Tn.Y
Umur	35 tahun a	35 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Irt	Karyawan swasta
Suku	Sunda	Sunda
Golongan darah	-	-
Alamat	Kp.cihalarang 01/02 cimenyan	-
No. telp/Hp	0856-5936-6595	-

2. Keluhan utama : ibu megatakan mules semakin sering dan keluar lendir darah sejak shubuh.

3. Riwayat ginekologi

   G4P3AO HPHT: 13-08-2024 TP: 21-05-2025

4. Riwayat kehamilan sekarang

   Gerakan janin pertama :13minggu

   Merasakan Gerakan janin: ya dirasakan baru saja

Mulai kontraksi kuat : pukul 03.00 WIB

Ketuban : utuh

Keluar lendir : pukul 05.00 WIB

5. Nutrisi dan hidrasi

   Terakhir makan pukul 06.30 1 porsi dan terakhir minum baru saja

6. Eliminasi

   Terakhir BAB : kemarin terakhir BAK: 15 menit yang lalu

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : baik

   Kesadaran : compos mentis

   Tekanan darah : 132/84 mmHg

   Nadi : 89x/menit

   Respirasi : 21x/menit

   Suhu : 36,5 derajat celcius

2. Pemeriksaan fisik

   a. Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

   b. Mulut dan gigi : bersih tidak ada stomatitis tidak berlubang dan warna gusi kemerahan

   c. Leher : tidak ada pembengkakan dan pembesaran

   d. Dada : bunyi jantung normal, irama regular, paru-paru normal

   e. Payudara : simetris, putting susu menojol, kolostrum sudah ada., dan tidak ada benjolan

f. Abdomen : leopold I teraba bulat tidak melenting (bokong) leopold II teraba datar keras seperti papan diarea sebelah kiri ibu (punggung) dan sebelah kanan perut ibu teraba ekstremitas janin, leopold III teraba bulat keras melenting (kepala), leopold IV divergent (sudah masuk PAP), HIS adekuat 4x10”40”, detak jantung janin dalam batas normal 136x/menit kandung kemih kosong.

g. Ekstremitas atas dan bawah : tidak ada oedema tidak ada varices

h. Pemeriksaan dalam : vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 6 ketuban utuh, mollage 0,hodge I-IV (4/5) presentasi kepala.

i. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan

C. Data Analisis

Ny.E G4P3A0 gravida 38-39 minggu kala I fase aktif

D. Perencanaan

1. Memberitahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dalam batas normal
2. Mengajarkan teknik relaksasi pada ibu
3. Mengobservasi kontraksi dan DJJ
4. Melakukan Gerakan optimalisasi untuk kemajuan persalinan

5. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan di sela kontraksi untuk menambah tenaga dan supaya tidak lemas
6. Memberikan dukungan moral dan spiritual kepada ibu
7. Meminta keluarga untuk memberikan semangat kepada ibu
8. Mempersiapkan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan yang dibutuhkan untuk menolong persalinan

   Evaluasi : ibu mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan dan mengikuti anjuran yang diberikan, ibu didampingi suami saat masa persalinan,peralatan sudah disediakan.

3.2.2. Catatan Perkembangan Kala 2

A. **Subjektif**

Keluhan utama : ibu mengatakan mules semakin kuat dan ada dorongn ingin mengedan

B. **Objektif**

DJJ	: 151X/menit
Mollage	: 0
Portio	: tidak teraba
v/v	: tidak ada kelaianan
presentasi	: kepala
HIS	: 5x10” 40”
Ketuban	: jernih
Pembukaan	: 10 (lengkap)

C. **Analiis**

Ny. R usia 35 tahun G4P3A0 gravida 38-39minggu inpartu kala II

D. **Penatalaksanaan**

1. Memastikan adanya tanda gejala kala II sperti adanya dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva vagina membuka
2. Menyiapkan pertolongan persalinan dengan memeriksa kelengkapan peralatan
3. Memakai alat pelindung diri
4. Melepaskan semua perhiasan lalu mencuci tangan di air mengalir dengan sabun
5. Memakai sarung tangan DTT di sebelah kanan untuk memasukan oksitosin kedalam spuitdan meletakan Kembali ke partus set
6. Melakukan pemeriksaan dalam dengan membersihkan vagina terlebih dahulu (didapati pembukaan 10)
7. Mendekontaminasi sarung tangan dan merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan secara terbalik
8. Melakukan pemeriksaan DJJ untuk mengetaui keadaan janin (DJJ dalam batas normal 132x/menit)

9. Membantu ibu mencari posisi yang nyaman
10. Membimbing ibu untuk meneran dengan baik seperti BAB dan mata terbuka saat ada kontraksi
11. Menganjurkan istirahat dan mengisi cairan dan nutrisi disela kontraksi
12. Mendekatkan partus set ke dekat bokong dan membukanya
13. Pakai sarung tangan DTT di kedua tangan
14. Saat kepala bayi sudah membuka 5-6 cm dari vulva pasang handuk atau kain bersih di 1/3 bagian bawah bokong ibu
15. Menganjurkan ibu meneran dengan baik serta nafas lebih cepat saat kepala lahir kemudian periksa apakah ada lilitan atau tidak
16. Setelah kepala lahir tunggu hingga putaran paksi luar dan posisiskan tangan secara biparietal
17. Lakukan sanggah susur pada seluruh tubuh bayi. bayi lahir spontan pukul 10.50
18. Lakukan penilaian selintas pada bayi, bayi menangis kuat kulit kemerahan, bergerak aktif jenis kelamin laki-laki dan dilakukan IMD selama kurang lebih 1 jam
19. Mengecek janin kedua

3.2.3 Catatan Perkembangan Kala 3

A. Subjektif

Keluhan utama : ibu mengatakan masih merasa mules dan lemas namun sedikit lega karena anak keempatnya sudah lahir

B. Objektif

Keadaan umum : baik

Kesadaran : compos mentis

Kandung kemih : kosong

Janin kedua : 0

Genetalia tampak ada semburan darah dan tali pusat memanjang

C. Analisis

Ny. E usia 35 tahun P4A0 inpartu kala III

D. Penatalaksanaan

1. Memberitau ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
2. Melakukan manajemen aktif kala III yitu memberitahu ibu akan dilakukan penyuntikan oksitosin 10 IU di 1/3 paha bagian luar
3. Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta seperti tali pusat memanjang, adanya semburan darah, dan uterus globuler
4. Memindahkan klem 3-5 cm ke depan vulva tangan yang satu lagi memastikan kontraksi dalam kondisi baik

5. Akukan penegangan tali pusat terkendali secara hati-hati dan tangan lain mendorong kearah dorso kranial dan lakukan massase fundus uteri
6. Setelah plasenta tampak di depan vulva putar plasenta searah jarum jam hingga plasenta lahir
7. Plasenta lahir pukul 11.05 WIB
8. Lakukan pemeriksaan plasenta dan simpan di tempat yang telah disediakan
9. Masasse fundus ibu selama 15 detik untuk memastikan kontraksi baik
10. Periksa apakah ada laserasi atau tidak jika ada maka segera lakukan penjahitan (terdapat laserasi derajat 1 dan sudah dilakukan penjahitan)

    Evaluasi : hasil terlampir dalam partograph

3.2.3 Catatan Perkembangan Kala 4

A. Subjektif

Keluhan utama : ibu masih merasa mules

B. Objektif

Keadaan umum	: baik
Kesadaran	: compos mentis
Tekanan darah	: 114/78mmHg
Nadi	: 83x/menit
Respirasi	: 21x/menit
Suhu	: 36,5

Tfu : 1 jari di bawah pusat

Kandung kemih : kosong

Perdarahan : kurang lebih 200cc

Kontraksi : kuat

C. Analisis

Ny.E usia 35 tahun P4A0 inpartu kala IV

D. Penatalaksanaan

1. Memastikan kontraksi dalam keadaan baik dan kandung kemih kosong jika penuh lakukan kateterissi
2. Mendekontaminasikan semua peralatan termasuk sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%
3. Ajarkan ibu massase uterus supaya tetap berkontraksi dengan baik
4. Menghitung nadi ibu
5. Observasi pengeluaran darah
6. Pantau keadaan bayi
7. Bersihkan ibu menggunakan air DTT
8. Dekontaminasi ruangan bersalin dengan klorin 0,5% dan merendam semua peralaan bekas pakai selama 10 menit
9. Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun
10. Pantau ibu selam 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua

11. Deokumnetasikan semua kedalam partograph

3.3 Asuhan Kebidanan Bayi baru lahir

3.3.1 Asuhan kebidanan bayi baru lahir (0-6 jam)

Hari/Tanggal pengkajian : Rabu, 14 mei 2025

Tempat pengkajian : TPMB Bidan Melati yuliandari

Nama Pengkaji : Hasna Mutiara Nurrahmah

A. **Data Subjektif**

1. Identitas bayi

   Nama : By. Ny. E

   Tanggal/Hari/Jam lahir : 14 mei 2025/Rabu/pukul 10.50 WIB

   Jenis kelamin : laki-laki

   PB lahir : 3650 gram

   BB lahir : 52 cm

2. Identitas orang tua

   Nama ibu/ayah : Ny.E/ Tn. Y

   Umur : 35 tahun

   Agama : Islam

   Pendidikan : SMA

   Pekerjaan : IRT/Karyawan swasta

   Alamat : kp. Cihalarang 01/02 cimenyan

   Keluhan : ibu mengatakan tidak ada keluhan

3. Riwayat Persalinan

P4A0, Usia kehamilan 38-39 minggu, penolong Bidan, jenis persalinan Spontan, Tempat persalinan TPMB Bidan Melati Yuliandari, tidak ada penyulit saat persalinan.

4. Keadaaan bayi saat lahir

   Warna kulit : kemerahan

   Gerakan bayi : aktif

   Menangis : kuat

   Apgar score : 9/10

5. Riwayat Kesehatan keluarga

   Ibu dan keluarga tida mempunyai penyakit keturunan seperti asma, diabetes, hipertensi, serta tidak memiliki Riwayat penyakit menular

6. Riwayat psikososial

   Ibu dan keluarga merasa senang dengan kelahiran bayinya

7. Kebutuhan Cairan nutrisi, eliminasi, pola istirahat

   Intake cairan : bayi sudah menyusu ASI dengan baik

   Bayi sudah tidur pulas dan tenang

   Bayi sudah BAB dan BAK

B. **Data Objektif**

1. Keadaan umum : baik

   Kesadaran : compos mentis

   Frekuensi jantung :134x/menit

   Suhu : 36,5

   Respirasi 47x/menit

2. Pemeriksaan fisik

1. Kepala : tidak ada cekungan tidak ada perdarahan, UUB terbuka
2. Wajah : bentuk simetris
3. Mata : bentuk simetris tidak ada kotoran konjungtiva merahmuda, sklera putih, reaksi pupil (+)
4. Hidung : simetris, tidaak ada polip,dan tidak ada kotoran
5. Mulut : bentuk simetris, warna kemerahan, tidak ada labiozkisis dan palatokiziz, refleks sucking rooting swallowing (+)
6. Telinga : sejajar dengan mata , tidak ada cairan dan kotoran
7. Leher : tidak ada pembengkakan dan tidak ada pembesaran
8. Perut : simetris, tidak ada kelaianan, bising usus (+)
9. Dada : simetris, tidak ada bunyi ronchi
10. Punggung : tidak ada kelainan seperti spina bifida
11. Ekstremitas atas dan bawah : jari-jari lengkap 5/5 refleks babainsky, moro, grasping (+)
12. Kulit : kemerahan terdapat lanugo, verniks kaseosa ada di bagian rambut lengan dan sela paha dan selangkangan
13. Genetalia : terdapat testis dalam scrotum, penis berlubang
14. Anus : (+)

C. **Analisis**

BY.NY.E neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 0 jam

D. **Penatalaksanaan**

1. Menjaga kehangatan tubuh bayi
2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan antropometri
3. Menghisap lendir pada bayi
4. Membersihkan dan mengeringkan tubuh bayi
5. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
6. Memberikan VIT k dan salep mata
7. Memantau keadaan umum bayi
8. Menagnjurkan ibu menyusui bayinya 2 jam sekali dalam sehari

   Evaluasi : bayi sudah hangat dan kering serta sudah dilakukan penyuntikan Vit K dan pemberian salep mata ,ibu mengerti dan akan sering menyusui bayinya, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital:

   Nafas : 47x/menit

   Detak jantung : 140x/menit

   Bising usus : + Suhu : 36,5

   Jk : laki-laki

   BB : 3650 gram

   PB : 52cm.

3.3.2 Kunjungan neonatus (3 hari)

Hari/Tanggal pengkajian : Rabu, 14 mei 2025

Tempat pengkajian : TPMB Bidan Melati yuliandari

Nama Pengkaji : Hasna Mutiara Nurrahmah

I. Data Subjektif

A. Identitas bayi

Nama : By. Ny. E

Tanggal/Hari/Jam lahir : 14 mei 2025/Rabu/pukul 10.50 WIB

Jenis kelamin : laki-laki

PB lahir : 3650 gram

BB lahir : 52 cm

B. Identitas orang tua

Nama ibu/ayah : Ny.E/ Tn. Y

Umur : 35 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT/Karyawan swasta

Alamat : kp. Cihalarang 01/02 cimenyan

Keluhan : ibu mengatakan kulit bayinya kekuningan berusia 3 hari

C. Riwayat Persalinan

P4A0, Usia kehamilan 38-39 minggu, penolong Bidan, jenis persalinan Spontan, Tempat persalinan TPMB Bidan Melati Yuliandari, tidak ada penyulit saat persalinan.

D. Keadaaan bayi saat lahir

Warna kulit : kekuningan

Gerakan bayi : aktif

Menangis : kuat

Apgar score : 9/10

E. Riwayat Kesehatan keluarga

Ibu dan keluarga tida mempunyai penyakit keturunan seperti asma, diabetes, hipertensi, serta tidak memiliki Riwayat penyakit menular

F. Riwayat psikososial

Ibu dan keluarga merasa senang dengan kelahiran bayinya

G. Kebutuhan Cairan nutrisi, eliminasi, pola istirahat

Intake cairan : bayi masih susah menyusu

Bayi sudah tidur pulas dan tenang

Bayi sudah BAB dan BAK

8. Riwayat imunisasi : sudah dilakukan penyuntikan imunisasi HB0 pada tanggal 14 mei 2025

II. Data Objektif

A. Keadaan umum : baik

Kesadaran : compos mentis

Frekuensi jantung :134x/menit

Suhu : 36,5

Respirasi 47x/menit

B. Pemeriksaan fisik

1. Kepala tidak ada cekungan tidak ada perdarahan, UUB terbuka
2. Wajah bentuk simetris
3. Mata bentuk simetris tidak ada kotoran konjungtiva merahmuda, sklera putih, reaksi pupil (+)
4. Hidung simetris, tidaak ada polip,dan tidak ada kotoran
5. Mulut bentuk simetris, warna kemerahan, tidak ada labiozkisis dan palatokiziz, refleks sucking rooting swallowing (+)
6. Telinga sejajar dngan mata , tidak ada cairan dan kotoran
7. Leher tidak ada pembengkakan dan tidak ada pembesaran
8. Perut simetris, tidak ada kelaianan, bising usus +
9. Dada simetris, tidak ada bunyi ronchi
10. Punggung tidak ada kelainan seperti spina bifida
11. Ekstremitas atas dan bawah jari-jari lengkap 5/5 refleks babainsky, moro, grasping (+)
12. Kulit kekuningan terdapat lanugo, verniks kaseosa ada di bagian rambut dan sela paha dan selangkangan
13. Genetalia terdapat testis dalam scrotum, penis berlubang

14. Anus +

III. Analisis

BY.NY.E neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 3 hari

IV. Penatalaksanaan

1. Memeberitahu ibu tentang keadaan bayinya
2. Menjelaskan tentang pengertian ikterus fisiologis pada hari ke2 dan ke3 dan tidak disebabkan oleh kelainan apapun, ikterus ini terjadi karena kadar bilirubin dalam darah dan tidak menimbulkan kecacatan pada bayi.
3. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bayi ibu membutuhkan perawatan untuk menghilangkan ikterus pada bayinya dengan cara menjemurnya di bawah sinar matahari di pagi hari dan memberikan ASI sesering mungkin
4. memastikan bayi dalam kondisi yang hangat
5. menganjurkan ibu menyusui bayinya 2 jam sekali atau sesering mungkin agar menhilangkan kuning pada kulitnya
6. mengingatkan ibu untuk menyendawakan bayi setelah menyusui
7. menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan personal hygiene dan segera mengganti dan membersihkan BAB/BAK dan menjaganya agar tetap bersih dan kering

8. menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang apabila bayi ada keluhan

   Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang sudah di sampaikan

3.3.3. Kunjungan neonatus 8 hari

Hari/Tanggal pengkajian : Rabu, 14 mei 2025

Tempat pengkajian : TPMB Bidan Melati yuliandari

Nama Pengkaji : Hasna Mutiara Nurrahmah

I. Data Subjektif

A. Identitas bayi

Nama : By. Ny. E

Tanggal/Hari/Jam lahir : 14 mei 2025/Rabu/pukul 10.50 WIB

Jenis kelamin : laki-laki

PB lahir : 3650 gram

BB lahir : 52 cm

B. Identitas orang tua

Nama ibu/ayah : Ny.E/ Tn. Y

Umur : 35 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT/Karyawan swasta

Alamat : kp. Cihalarang 01/02 cimenyan

C. Riwayat Persalinan

P4A0, Usia kehamilan 38-39 minggu, penolong Bidan, jenis persalinan Spontan, Tempat persalinan TPMB Bidan Melati Yuliandari, tidak ada penyulit saat persalinan.

D. Keadaaan bayi saat lahir

Warna kulit : kemerahan

Gerakan bayi : aktif

Menangis : kuat

Apgar score : 9/10

E. Riwayat Kesehatan keluarga

Ibu dan keluarga tidak mempunyai penyakit keturunan seperti asma, diabetes, hipertensi, serta tidak memiliki Riwayat penyakit menular

F. Riwayat psikososial

Ibu dan keluarga merasa senang dengan kelahiran bayinya

G. Kebutuhan Cairan nutrisi, eliminasi, pola istirahat

Intake cairan : bayi sudah menyusu ASI dengan baik

Bayi sudah tidur pulas dan tenang

Bayi sudah BAB dan BAK

H. Riwayat imunisasi : sudah dilakukan penyuntikan imunisasi HB0 pada tanggal 14 mei 2025

II. Data Objektif

A. Keadaan umum : baik

Kesadaran : compos mentis

Frekuensi jantung :134x/menit

Suhu : 36,5

Respirasi 47x/menit

B. Pemeriksaan fisik

1. Kepala tidak ada cekungan tidak ada perdarahan, UUB terbuka
2. Wajah bentuk simetris
3. Mata bentuk simetris tidak ada kotoran konjungtiva merahmuda, sklera putih, reaksi pupil (+)
4. Hidung simetris, tidaak ada polip,dan tidak ada kotoran
5. Mulut bentuk simetris, warna kemerahan, tidak ada labiozkisis dan palatokiziz, refleks sucking rooting swallowing (+)
6. Telinga sejajar dengan mata , tidak ada cairan dan kotoran
7. Perut simetris, tidak ada kelaianan, bising usus +
8. Dada simetris, tidak ada bunyi ronchi
9. Punggung tidak ada kelainan seperti spina bifida
10. Ekstremitas atas dan bawah jari-jari lengkap 5/5 refleks babainsky, moro, grasping (+)
11. Kulit Kembali merah seperti saat pertama lahir, terdapat lanugo, verniks kaseosa adad di bagian rambut dan sela paha dan selangkangan

12. Genetalia terdapat testis dalam scrotum, penis berlubang
13. Anus : +

III. Analisis

BY.NY.E neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 8 hari

IV. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan dalam batas normal
2. Memastikan bayi dalam kondisi yang hangat dan mengingatkan ibu untuk menyusui bayinya 2 jam sekali dan sesering mungkin agar terhindar dari ikterus patologis
3. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir pada ibu seperti demam, kejang, tali pusat berbau dan tidak mau menyusu, serta menjelaskan tentang perawaan tali pusat dengan selalu menjaga kebersihannya menjaga agar tetap kering tidak boleh lembab.
4. Mengingatkan ibu untuk menyendawakan bayi setelah menyusui
5. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan personal hygiene dan segera mengganti dan membersihkan BAB/BAK dan menjaganya agar tetap bersih dan kering

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang sudah di sampaikan.

3.4 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

3.4.1 Kunjungan Nifas 6 jam

Hari/Tanggal pengkajian : Rabu, 14 mei 2025

Tempat pengkajian : TPMB Bidan Melati yuliandari

Nama Pengkaji : Hasna Mutiara Nurrahmah

I. Data Subjektif

A. Identitas

Nama ibu/ ayah : Ny.E/Tn.Y

Umur : 35 tahun

Agama : islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT/karyawan swasta

Alamat : Kp. Cihalarang 01/02 Cimenyan

B. Keluhan

Ibu mengatakan masih mules

C. Riwayat persalinan sekarang

1. Kala I + 2 Jam
2. Kala II 1 jam bayi lahir spontan
3. Kala III 10 menit plasenta lahir 11.05
4. Kala IV 2 jam tanpa penyulit

D. Riwayat Kesehatan sekarang dan dulu, Riwayat penyakit menular

Ibu tidak mempunyai Riwayat pennyakit turunan dan tidak memiliki Riwayat penyakit lalu dan tidak juga memiliki Riwayat penyakit menular

E. Riwayat psikososial

Ibu dan keluarga Bahagia atas kelahiran bayinya

F. Pola aktivitas dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari

1. Makan : 2x/hari 1 porsi dengan lauk ayam ikan sayur dan telur
2. Minum: 1,5-2 liter/ hari
3. Tidur siang : 1 jam
4. Tidur malam :6-7 jam
5. Vulva hygiene: ibu sering membersihkan area genetalia setaip kali BAK dan mengganti pembalut
6. Pola hidup : ibu tidak pernah mengonsumsi dan memakai alkohol, rokok, maupun obat-obatan terlarang
7. Ambulasi dini : ibu sudah bisa berjalan berjongkok
8. Eliminasi : ibu belum BAB semenjak melahirkan dan BAK 4-5 x/hari

G. Rencana menggunakan kontrasepsi

Ibu masih belum merencanakan kontrasepsi yang akan digunakan

II. Data Objektif

A. Keadaan umum : baik

Kesadaran : compos mentis

Tekanan darah : 123/83 mmHg

Suhu : 36,4

Nadi : 84x/menit

Respirasi : 22x/menit

B. Pemeriksaan fisik

1. Mata : konjungtiva merah muda , sklera putih
2. Ekstremitas atas bawah : simetris tidak ada oedema tidak ada varices dan tidak ada kemerahan
3. Payudara : tidak ada benjolan, putting menonjol, kolostrum suda ada, areola menghitam
4. Abdomen : kontraksi keras tfu 2 jari di bawah pusat kandung kemih kosong, tidak ada luka bekas operasi tidak ada tanda infeksi dan tidak teraba massa.
5. Genetalia : pengeluaran lochea rubra dengan warna merah segar dengan bau yang khas dan ada luka laserasi derajat 1

III. Data Analisis

Ny. E 35 tahun P4A0 post partum 6 jam

IV. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan
2. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi untuk mempercepat proses pemulihan

3. Menganjurkan ibu memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan
4. Menjelaskan kepada ibu tentang perawatan luka jahitan dengan cara cebok menggunakan air dingin
5. Memberitahu ibu agar tidak menahan BAK
6. Memberikan Konseling tentang tanda bahaya pasca persalinan

Evaluasi : ibu mengerti mengetahui dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan

3.4.2 Kunjungan Nifas 3 hari

Hari/Tanggal pengkajian : Rabu, 14 mei 2025

Tempat pengkajian : TPMB Bidan Melati yuliandari

Nama Pengkaji : Hasna Mutiara Nurrahmah

I. Dada Subjektif

A. Identitas

Nama ibu/ ayah : Ny.E/Tn.Y

Umur : 35 tahun

Agama : islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT/karyawan Cihalarang 01/02 Cimenyan

B. Keluhan

Swasta

Alamat : Kp.

Ibu mengatakan masih mules seperti sedang haid dan ibu mengatakan jahitan terlepas

C. Riwayat persalinan sekarang

1. Kala I + 2 Jam
2. Kala II 1 jam bayi lahir spontan
3. Kala III 10 menit plasenta lahir 11.05
4. Kala IV 2 jam tanpa penyulit

D. Riwayat Kesehatan sekarang dan dulu, Riwayat penyakit menular

Ibu tidak mempunyai Riwayat pennyakit turunan dan tidak memiliki Riwayat penyakit lalu dan tidak juga memiliki Riwayat penyakit menular

E. Riwayat psikososial

Ibu an keluarga Bahagia atas kelahiran bayinya

F. Pola aktivitas dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari

1. Makan : 2x/hari 1 porsi dengan lauk ayam ikan sayur dan telur
2. Minum: 1,5-2 liter/ hari
3. Tidur siang : 1 jam
4. Tidur malam :6-7 jam
5. Vulva hygiene: ibu sering membersihkan area genetalia setaip kali BAK dan mengganti pembalut

6. Pola hidup : ibu tidak pernah mengonsumsi dan memakai alkohol, rokok, maupun obat-obatan terlarang
7. Ambulasi dini : ibu sudah bisa berjalan berjongkok
8. Eliminasi : ibu BAB baru 1x pada saat 2 hari setelah dan BAK 4-5 x/hari

G. Rencana menggunakan kontrasepsi

Ibu masih belum merencanakan kontrasepsi yang akan digunakan

II. Data Objektif

1. Mata : konjungtiva merah muda , sklera putih
2. Ekstremitas atas bawah : simetris tidak ada oedema tidak ada varices dan tidak ada kemerahan
3. Payudara : tidak ada benjolan, putting menonjol, kolostrum suda ada, areola menghitam
4. Abdomen : kontraksi keras tfu 2 jari di bawah pusat kandung kemih kosong, tidak ada luka bekas operasi tidak ada tanda infeksi dan tidak teraba massa.
5. Genetalia : pengeluaran lochea rubra dengan warna merah segar dengan bau yang khas dan ada luka laserasi derajat 1 (didapatkan jahitan terlepas)

III. Data Analisis

Ny.E USIA 35 Tahun post partum 3 hari

IV. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
2. Memeriksakan kondisi luka jahitan yang terlepas secara menyeluruh untuk memastikan tidak ada lecet yang menyebabkan infeksi dan perdarahan berlebihan
3. Melakukan pengecekan uterus agar berkontraksi dengan baik, ibu mengatakan perdarahan yang keluar normal seperti sedang haid
4. Menganjurkan ibu memperbanyak makanan yang mengandung

   protein tinggi dan buah dan sayur yang mengandung serat untuk

   mempercepat proses penyembuhan luka jahitan
5. Memberikan konseling tentang pemenuhan kebutuhan istirahat dengan cara mengikuti bayi Ketika tidur
6. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga Kebersihan payudara terutama genetalia dan menghindari mengejan terlalu kuat
7. Memberitahu ibu jadwal kunjungan berikutnya.

   Evaluasi : ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan, didapatkan luka jahitan yang terlepas tetapi luka kecil dan tanpa infeksi

3.4.3. Kunjungan nifas 8 hari

Hari/Tanggal pengkajian : Rabu, 14 mei 2025

Tempat pengkajian : TPMB Bidan Melati yuliandari

Nama Pengkaji : Hasna Mutiara Nurrahmah

I. Data Subjektif

A. Identitas

Nama ibu/ ayah : Ny.E/Tn.Y

Umur : 35 tahun

Agama : islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT/karyawan swasta

Alamat : Kp. Cihalarang 01/02 Cimenyan

B. Keluhan

Ibu mengatakan tidak adaa keluhan

C. Riwayat persalinan sekarang

4. Kala I + 2 Jam
5. Kala II 1 jam bayi lahir spontan
6. Kala III 10 menit plasenta lahir 11.05
7. Kala IV 2 jam tanpa penyulit

D. Riwayat Kesehatan sekarang dan dulu, Riwayat penyakit menular

Ibu tidak mempunyai Riwayat pennyakit turunan dan tidak memiliki Riwayat penyakit lalu dan tidak juga memiliki Riwayat penyakit menular

E. Riwayat psikososial

Ibu dan keluarga Bahagia atas kelahiran bayinya

F. Pola aktivitas dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari

1. Makan : 2x/hari 1 porsi dengan lauk ayam ikan sayur dan telur
2. Minum: 1,5-2 liter/ hari
3. Tidur siang : 1 jam
4. Tidur malam :6-7 jam
5. Vulva hygiene: ibu sering membersihkan area genetalia setaip kali BAK dan mengganti pembalut
6. Pola hidup : ibu tidak pernah mengonsumsi dan memakai alkoho;l, rokok, maupun obat-obatan terlarang
7. Ambulasi dini : ibu sudah bisa berjalan berjongkok
8. Eliminasi : ibu BAB baru 1x pada saat 2 hari setelah dan BAK 4-5 x/hari

G. Rencana menggunakan kontrasepsi

Ibu masih belum merencanakan kontrasepsi yang akan digunakan

II. Data Objektif

1. Mata : konjungtiva merah muda , sklera putih
2. Ekstremitas atas bawah : simetris tidak ada oedema tidak ada varices dan tidak ada kemerahan
3. Payudara : tidak ada benjolan, putting menonjol, kolostrum suda ada, areola menghitam

4. Abdomen : kontraksi keras tfu 2 jari di bawah pusat kandung kemih kosong, tidak ada luka bekas operasi tidak ada tanda infeksi dan tidak teraba massa.
5. Genetalia : pengeluaran lochea serosa dengan warna kuning kecoklatan dengan bau yang khas dan ada luka laserasi derajat 1

III. Data Analisis

Ny.E USIA 35 Tahun post partum 3 hari

IV. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
2. Melakukan pengecekan uterus berkontraksi dengan baik , ibu mengatakan perdarahan yang keluar normal eperti sedang haid
3. Menganjurkan ibu memperbanyak makanan yang mengandung protein tinggi dan buah dan sayur yang mengandung serat
4. Memberikan konseling tentang pemenuhan kebutuhan istirhat dengan cara mengikuti bayi Ketika tidur
5. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga Kebersihan payudara dan genetalia
6. Memberitahu ibu jadwal kunjungan berikutnya.

Evaluasi : ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan

BAB IV

PEMBAHASAN

1. Dalam pengumpulan data pada Ny.E dengan ikterus fisiologis dilaksanakan dengan pengumpulan data subjektif yang diperoleh dari hasil wawancara Dimana ibu mengatakan kulit bayinya kuning pada hari ke 3, data objektif juga diperoleh dari pemeriksaan fisik seperti kulit Nampak kuning.

2. Diagnosa dilakukan dengan pengumpulan data sehingga mendapatkam diagnosa pada By. Ny.E dengan ikterus fisiologis disertai dengan kekurangan nutrisi

3. Diagnose potensial pada kasus ini tidak muncul karena penanganan yang cepat dan tepat

4. Memerlukan Tindakan segera dan kolaborasi dengan bidan senior dalam melakukan penanganan

5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh tentang kondisi saat ini

6. Melaksanakan perencanaan dan penatalaksanaaan dari rencana

4. Asuhan kebidanan bayi baru lahir

Perawatan bayi baru lahir ini sangat penting karena pada hari-hari pertama kehidupannya sangat rentan banyak perubahan yang terjadi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam Rahim keluar Rahim. Pada pukul 10.50 WIB bayi lahir spontan menangis kuat, bergerak aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki, anus (+) lalu

dilakukan pemotongan tali pusat, pasca lahir bayi diberikan kepada ibu untuk dilakukan pemberian ASI dan bayi langsung menunjukan reflek mencari menghisap dan menelan, dalam waktu <1 bayi sudah mendapatkan suntikan Vit K 1mg dibagian paha kiri, buku APN (2014) dan Memberikan salep mata pada jam pertama setelah melahirkan.

Pada kunjungan 6 jam asuhan yang diberikan adalah melakukan pemeriksaan fisik, memberikan konseling kepada ibu tentang cara memandikan bayi, macam-macam imunisasi, perawatan tali pusat dan tanda bahaya bayi baru lahir, menjelaskan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan baik, memberikan asupan nutrisi ASI yang cukup, dan memberikan imunisasi hepatitis b sebelum bayi umur 24 jam.

Pada kunjungan 3 hari asuhan yang diberikan yaitu pemeriksaan fisik, perawatan tali pusat ASI ekslusif dan personal hygiene, dalam pemeriksaan hari ke 3 ibu mengatakan kulit bayi mengalami kuning (ikterus fisiologis) menejelaskan kepada ibu tentang apa aitu ikterus fisiologis, tanda gejala ikterus, penyebab dan penanganan yang tepat pada ikterus ini. Ikterus fisiologis biasanya akan hilang pada minggu pertama selambat-lambatnya 10 hari (prawiroardjo,2016). Perawatan yang dibutuhkan ibu untuk menghilangkan ikterus pada bayi adalah dengan menjemurnya dibawah sinar matahari di pagi hari dan memberikan ASI sesering mungkin.

Pada kunjungan 8 hari dilakukan pemeriksaan untuk melihat pertumbuhan bayi dan nutrisinya (kemenkes,2015) dalam

pemeriksaan ibu mengatakan kuning pada kulit bayi sudah mulai berkurang karena sudah dilakukan perawatan dengan menjemur dan memeberikan ASI sesering mungkin .

Melakukan Asuhan Kebidanan komprehensif pada ny. E dengan ikterus fisiologis di TPMB Bidan Melati Yuliandari kabupaten bandung jawa barat. Dengan membahas permasalahan yang timbul dengan membandingkan teori dengan kasus yang ada di lapangan.

UNIVERSITAS SALI AL-AITAAM BANDUNG