

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 ASUHAN KEHAMILAN

3.1.1 KUNJUNGAN ANTENATAL CARE (ANC) I

No. Reg : xxxx

Hari/Tanggal : Rabu, 07 Mei 2025

Kunjungan ANC : ke-1

Wkt. Pengkajian : 10.17 Wib

Nama Pengkaji : Operni Siska Putri M.Hia

Tempat Pengkajian : TpmB Y

1. Data Subjektif

A. ANAMNESA

Identitas

Nama pasien : Ny. Y Nama Suami : Tn. R

Umur : 21 tahun Umur : 32 tahun

Suku/Bangsa : Sunda Suku/Bangsa : Sunda

Agama : Islam Agama : Islam

Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Wiraswasta

Goldar : B Goldar : B

No Telepon : 08212411004 No Telepon :-

Alamat : Rancabolong Gedebage Rt04/Rw02

Keluhan Utama : Ibu mengatakan hamil 37 minggu 2 hari dengan keluhan tidak ada, ingin memeriksa kandungan dan pemeriksaan keadaan umum.

B. RIWAYAT OBSTETRI

Riwayat Kehamilan Sekarang

G1P0A0

HPHT : 20-08-2024

TP : 27-05-2025

Gravid : 37 minggu 2 hari

Kapan merasakan Gerakan janin : dirasakan gerakan janin pada usia 16 minggu

Pergerakan dirasakan dalam 24 jam terakhir : ya, sering janin dirasakan setiap jam dirasakan setiap jam ± 10 x

Tanda-tanda bahaya/penyulit : Tidak ada

Obat yang dikonsumsi (termasuk jamu) : ibu mengonsumsi Asam folat, Vitamin, Calcium

Kekhawatiran-kekhawatiran khusus : tidak ada

2. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu :

No	Hamil	Partus oleh	Hidup/Mati	BB/PB	Penyulit	Normal/Operasi
1.	Hamil ini					

3.Imunisasi

TT 1: ya, di bidan pada tanggal 20 November 2024

TT 2: Ya, di bidan pada tanggal 20 Desember 2024

TT 3 : Belum dilakukan

TT 4: Belum dilakukan

TT 5: Belum dilakukan

C. RIWAYAT KESEHATAN/PENYAKIT YANG DIDERITA SEKARANG DAN DULU

1. Riwayat kesehatan/penyakit sekarang:

Ibu tidak sedang menderita penyakit apapun

2. Riwayat kesehatan/ penyakit dulu:

Ibu tidak mempunyai penyakit keturunan seperti jantung, asma, diabetes, dan hipertensi.

3. Riwayat kesehatan/penyakit menular

Ibu tidak mempunyai penyakit menular seperti TBC, hepatitis, sifilis dan AIDS.

4. Tindakan operasi yang pernah dilakukan:

Ibu tidak pernah mempunyai riwayat operasi apapun

5. Alergi terhadap obat – obatan :

Ibu tidak mempunyai alergi terhadap obat – obatan

D. DATA PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Respon ibu terhadap kehamilannya : senang, atas kehamilannya
2. Dukungan suami/keluarga : Ya mendukung, selalu Mengantar melakukan pemeriksaa dan selalu support, ibu mendapat dukungan dari suami dan keluarga akan kehamilannya.
3. Pengambil Keputusan dalam keluarga : Suami dan mertua
4. Rencana tempat dan penolong melahirkan : Bidan yuyun
5. Status perkawinan : Menikah
Usia pada waktu menikah : 19 tahun
Berapa kali menikah : 1x
6. Status gizi, kebiasaan/pola makan : baik
7. Pola hidup sehat : ya, baik
8. Riwayat KB : Belum pernah memakai kb
9. Beban kerja dan kegiatan sehari-hari : ringan, kerjaan rumah seperti masak, nyapu

E. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

1) Sebelum hamil

a) Nutrisi

Makan : makan $\pm$ 2 – 3x sehari dengan nasi (1 porsi) sayur lauk pauk)

Minum : $\pm$ 1 – 2 liter air putih perhari

b) Eliminasi

BAK : $\pm$ 5-6 x sehari (berwarna kekuningan, dan berbau khas)

BAB : $\pm$ 1x/hari (konsistensi lembek, berbau khas dan berwarna khas kekuningan).

c) Pola istirahat dan tidur

Istirahat : cukup

Tidur siang : $\pm$ 30 menit – 1 jam

Tidur malam : $\pm$ 7-8 jam

d) Kebiasaan Hidup Sehari-hari

Alkohol/obat : ibu tidak pernah mengonsumsi minum – minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang seperti narkoba / NAPZA.

Jamu : ibu tidak pernah mengonsumsi jamu

Merokok : ibu tidak pernah merokok

e) Personal hygiene

Ganti baju : 2x/hari

Ganti celana dalam : 2-3x/hari

Mandi : $\pm$ 1 - 2x/hari

Keramas : $\pm$ 3 - 4x/ dalam 1 minggu

Gosok gigi : $\pm$ 2-3x/hari

f) Pola seksual : Baik

Frekuensi : $\pm$ 2 – 3 x dalam satu minggu (sesuai dengan kebutuhan)

2) Selama hamil

a) Nutrisi

Makan : makan $\pm$ 2-3x sehari dengan nasi (1 porsi) dan lauk pauk.

Minum : $\pm$ 2 – 2.5 liter air putih dalam sehari.

b) Eliminasi

BAK : $\pm$ 5-6 x/hari (berwarna jernih agak kekuningan dan berbau khas)

BAB : $\pm$ 1x/hari (konsistensi lembek, berbau khas dan berwarna khas kekuningan)

Keterangan : selama kehamilan frekuensi BAK ibu menjadi lebih sering.

a) Pola istirahat dan tidur

Istirahat : cukup

Tidur siang : $\pm 1 - 2$ jam / hari

Tidur malam : $\pm 5-6$ jam / hari

b) Kebiasaan hidup sehari – hari

Alkohol/obat : ibu tidak pernah mengonsumsi minum – minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang seperti narkoba / NAPZA.

Jamu : ibu tidak pernah mengonsumsi jamu

Merokok : ibu tidak pernah merokok

c) Pola seksual : baik

Frekuensi : TM I $\pm 2-3$ x dalam 1 bulan, TM II $\pm 2 - 3$ x dalam 2 bulan, TM III 1 kali dalam 1 minggu (sesuai kebutuhan).

d) Personal hygiene

Ganti baju : $\pm 2x$ /hari

Ganti celana dalam : $\pm 2-3$ x/hari

Mandi : $\pm 1 - 2x$ /hari

Keramas : $\pm 3 - 4x$ dalam 1 minggu

Gosok gigi : $\pm 2-3$ x/hari

A. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

2. Antropometri

Tinggi badan : 160 cm

BB sebelum hamil : 65 kg

BB sekarang : 73 kg

LILA : 25 cm

3. Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 118/73 mmHg

Suhu tubuh : 36,5 c

Denyut nadi : 82x/mnt

Pernafasan : 22x/mnt

4. Pemeriksaan fisik

a) Kepala : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, rambut hitam, dan bersih.

b) Muka ; simetris, tidak ada oedema, dan ada chloasma gravidarum.

c) Mata

a. Bentuk : simetris

b. Konjungtiva : merah muda(tidak anemis)

c. Sklera : putih (tidak ikterik)

d) Hidung

a. Bentuk : simetris

b. Polip : tidak ada

c. Secret : tidak ada

e) Mulut dan gigi

a. Lidah : berwarna merah muda, bersih dan tidak ada stomatitis

b. Gusi : berwarna merah muda, tidak ada epulsi

c. Gigi : tidak ada gigi berlubang dan tidak ada caries

f) Telinga : simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik tidak ada gangguan.

g) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis.

h) Axilla : tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

i) Payudara

a. Bentuk : simetris

b. Areola : areola hyperpigmentasi

c. Benjolan/tumor : tidak ada

d. Kolostrum : belum ada

e. Puting susu : puting susu menonjol

j) Abdomen

a. Linea nigra : ada, di bagian perut warna kehitaman

b. Bekas luka operasi : tidak ada

c. Strie livede : tidak ada garis kebiru atau kemerahan pada kulit

d. Striee albican : tidak ada garis atau gurutan pada kulit yang berwarna merah atau keunguan

k) Ekstremitas atas

a. Bentuk : simetris

b. Oedema : tidak ada

l) Ekstremitas bawah

a. Varises : tidak ada

a. Bentuk : simetris

b. Oedema : tidak ada

1. Pemeriksaan obstetrik

Tfu menurut Mc. Donald : 30 cm

a) Palpasi :

a. Leopold I :

Tinggi fundus uteri berada di antara 3 jari dibawah prosesus xiphoideus (PX), perut bagian atas teraba kurang bulat, lunak dan tidak melenting (bokong).

b. Leopold II:

Bagian perut kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan dan terdapat tahanan (Punggung), perut kiri ibu teraba kosong dan bagian – bagian kecil (Ekstremitas janin).

c. Leopold III:

Bagian perut bawah ibu teraba bulat, keras dan melenting (kepala).

d. Leopold IV:

Divergen atau sudah masuk (PAP) 2/5, hoedg 2

b) Auskultasi

a. Punctum Maximum : positif terdengar

b. Frekuensi : 132 x/menit reguler

c) Perkusi

a. Reflek patella : kanan kiri positif (+/+)

2. Pemeriksaan penunjang

a) Darah

- a. Golongan Darah : B
- b. HB (Haemoglobin) : 12.7 g/dl

b) Urine

- a. Protein urine : trace (03/04/2025)
- b. Glukosa urine : non reaktif (03/04/2025)
- c. Hct : 36 (03/04/2025)
- d. Gula darah sewaktu : 103 (03/04/2025)
- e. Pemeriksaan lainnya : - HIV : non reaktif
- HbsAg : negatif
- Sifilis : negatif

c) USG

- Tanggal kunjungan : - 11/1/2025
- 17/04/2025
-

III. ASSESMENT/ANALISIS

Diagnosa : Ny.Y usia 21 tahun G1P0A0 37 minggu 2 hari
gravidarum, janin tunggal hidup intrauteri, keadaan janin baik

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : kie, -minum air putih banyak – nutrisi dan pola makan yang cukup

Masalah Potensial : tidak ada

Tindakan Segera : konseling

I. PLANNING/PERENCANAAN

1. Memberitaskan hasil pemeriksaan keadaan umum baik ke pada ibu

E:(ibu mengerti dan mengetahuinya).

2. Menganjurkan ibu untuk memenuhi pola makan dan pola istirahat yang cukup

E:(ibu mengerti).

3. Anjurkan ibu untuk melanjutkan konsumsi tablet Fe : Untuk mencegah terjadinya anemia dan perdarahan saat Persalinan

E: (ibu mengerti dan tetap melanjutkan mengonsumsi obat fe)

4. menganjurkan ibu untuk jalan kaki di pagi hari minimal 15-30 menit/hari

E:(ibu mengerti)

5. memberitaukan ibu tanda-tanda bahaya dalam masa kehamilan seperti terjadinya: muntah berlebihan, keluar air-air dari vagina. Keluar darah dari vagina, pusing hebat sampai penglihatan kabur

E:(ibu mengerti)

6. memberitaukan ibu agar selalu memantau Gerakan janinnya

E:(ibu mengerti)

7. menganjurkan ibu untuk melakukan kompres vagina untuk me-elastikan vagina

E:(ibu bersedia)

8. melakukan pemantauan bja pada janin

9. menganjurkan ibu untuk tetap mengikuti senam ibu hamil

E:(ibu mengerti dan terus melakukan senam ibu hamil)

10. memberikan dukungan dan support system kepada ibu

11. Memberitaukan ibu agar memantau mules dan pengeluaran

12. mengingatkan ibu untuk tetap melanjutkan mengonsumsi vitamin yang telah diberikan

E: (ibu mengerti dan tetap melanjutkannya)

13. memberitaukan ibu untuk control ulang 1 minggu kemudian pas di tanggal 14 mei 2025.

E:(ibu mengerti)

14. memberitaukan ibu untuk melakukan pemeriksaan jika ada keluhan

E:(ibu mengerti).

15. Memastikan apakah ibu sudah mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan

E: (Ibu mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan ditandai dengan ibu bisa kembali mengulang informasi yang diberi.

16. Menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene

E : ibu bersedia untuk menjaga personal hygiene

17. Memberikan dukungan psikologis pada ibu agar tetap tenang dan siap dalam menghadapi persalinan nanti.

E : ibu mengerti dan merasa lebih tenang.

3.1.2 KUNJUNGAN ANTENATAL CARE (ANC) II

No. Reg : xxxxx

Hari/Tanggal : Rabu, 14 Mei 2025

Kunjungan ANC : ke 2

Wkt. Pengkajian : 17.49 Wib

Nama Pengkaji : Operni Siska Putri M.Hia

Tempat Pengkajian : Tpm Y

Data Subjektif

Keluhan utama : Ibu mengatakan hamil 38 minggu 2 hari dengan keluhan mules tapi tidak terlalu sering, janin masih gerak aktif(+) tidak ada pendarahan(-) tidak ada air-air (-)

Data Objektif

Pemeriksaan umum

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan Darah : 126/81mmHg
 - b. Suhu : 36,6 c
 - c. Nadi : 89x/mnt
 - d. Pernafasan : 20x/mnt
4. Berat badan sekarang : 73 kg
Berat badan kunjungan I : 71 kg
Kenaikan BB : 2 kg
 - a) Inpeksi
 - 1) Wajah : tidak ada oedema, terdapat cloasma gravidarum
 - 2) Mata
 - a) Bentuk : simetris

- b) Konjungtiva : tidak anemis
- c) Sklera : tidak ikterik
- 3) Hidung : simetris, tidak ada secret
- 4) Telinga : simetris, tidak ada serumen
- 5) Payudara
- a) Bentuk : simetris
- b) Areola : hyperpigmentasi
- c) Benjolan : tidak ada
- d) Kolostrum : belum ada
- e) Putng susu : menonjol
- 6) Abdomen
- a) Linea nigra : ada di bagian perut warna kehitaman
- a) Strie Livide : tidak ada garis kebiruan atau kemerahan pada kulit
- b) Strie albicans : tidak ada garis atau gurutan pada kuli yang berwarna merah atau keunguan
- a) Palpasi
- TFU : 30 cm
- Leopold I : Tinggi fundus uteri berada di antara 3 jari dibawah prosesus xiphoideus (PX), perut bagian atas teraba kurang bulat, lunak dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II :Bagian perut kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan dan terdapat tahanan (Punggung), perut kiri ibu teraba kosong dan bagian – bagian kecil (ekstremitas janin).
- Leopold III : bagian perut bawah ibu teraba bulat, keras dan melenting (kepala janin).
- Leopold IV : divergen atau kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP).
- DJJ : 125x/menit
- b) Ekstremitas atas

1) Bentuk : simetris, tidak ada oedema

2) Oedema : simetris, tidak ada oedema

c) Ekstremitas bawah

1) Bentuk : simetris, tidak ada oedema

2) Oedema : simetris, tidak ada oedema

ASSESSMENT/ANALISIS

Diagnosa : Ny.y usia 21 tahun G1P0A0 38 mg 2 hari gravidarum, janin tunggal hidup intrauterine, keadaan janin baik, presentasi kepala.

PLANNING/PERENCANAAN

1. Memberitaskan hasil pemeriksaan keadaan umum baik ke pada ibu bahwa keadaan ibu dan janin dalam kondisi baik.

Evaluasi : ibu mengerti dan mengetahui keadaan ibu dan janin dalam kondisi baik.

2. Menganjurkan ibu untuk memenuhi pola makan dan pola istirahat yang cukup

E:(ibu mengerti dan akan melakukannya).

3. menganjurkan ibu untuk jalan kaki di pagi hari minimal 15-30 menit/hari

E:(ibu mengerti dan akan melakukan jalan pagi)

4. memberitaskan ibu agar selalu memantau Gerakan janinnya

E: (ibu mengerti)

5. memberitaskan ibu agar tetap memantau mules dan pengeluaran

E:(ibu mengerti)

6. melakukan pemantauan bja pada janin

7. menganjurkan ibu untuk tetap mengikuti senam ibu hamil

E:(ibu mengerti dan terus melakukan senam ibu hamil)

8. memberikan dukungan dan support system kepada ibu
9. mengingatkan ibu untuk tetap melanjutkan mengonsumsi vitamin yang telah diberikan

E:(ibu mengerti dan tetap melanjutkannya)

10. memberitaukan ibu untuk control ulang 3 hari kemudian pas di tanggal 17 Mei 2025

E:(ibu mengerti, dan akan datang kembali)

11. memberitaukan ibu untuk melakukan pemeriksaan jika ada keluhan

E:(ibu mengerti dan akan melakukan pemeriksaan jika ada keluhan)

12. Menjelaskan tentang tanda – tanda persalinan kepada ibu seperti keluar air – air, keluar lendir darah, serta his yang semakin kuat dan kunjungan kembali jika ada keluhan.

E: ibu mengerti dan mengetahui tanda – tanda persalinan dan bersedia datang kembali jika ada keluhan.

13. .Menganjurkan ibu untuk lebih sering jalan – jalan agar penurunan kepala bayi semakin cepat.

E: ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

14. Memberikan dukungan psikologis kepada ibu.

Evaluasi : ibu merasa lebih tenang dan siap menanti persalinannya.

1. Menganjurkan ibu mempersiapkan proses persalinannya seperti tempat persalinan, penolong, pendamping saat persalinan, jaminan kesehatan pakaian ibu dan bayi, kendaraan, pendonor dsb.

3.1.3 KUNJUNGAN ANTENATAL CARE (ANC) III

No. Reg : xxxxx

Hari/Tanggal : Rabu,17 Mei 2025

Kunjungan ANC : ke-3

Wkt. Pengkajian : 09.10 Wib

Nama Pengkaji : Operni Siska Putri M.H

Tempat Pengkajian : Tpmb Y

I.SUBYEKTIF

Keluhan Utama : Ibu mengatakan hamil 39 minggu dengan keluhan mules,sakit perut bagian bawah, janin masih gerak aktif(+) tidak ada pendarahan(-) tidak ada air-air (-)

Data Objektif

Pemeriksaan umum

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan Darah : 127/73 mmHg
 - b. Suhu : 36,0 C
 - c. Nadi : 84x/mnt
 - d. Pernafasan : 21x/mnt
4. Berat badan sekarang : 73 kg

Sebelum Kehamilan BB : 60 kg

Berat badan kunjungan I : 71 kg

Berat badan kunjungan II : 73 kg

Kenaikan BB : 11 kg

a) Inpeksi

1) Wajah : tidak ada oedema, terdapat cloasma gravidarum

2) Mata

a) Bentuk : simetris

- b) Konjungtiva : tidak anemis
 - c) Sklera : tidak ikterik
- 3) Hidung : simetris, tidak ada secret
- 4) Telinga : simetris, tidak ada serumen
- 5) Payudara
 - a) Bentuk : simetris
 - b) Areola : hyperpigmentasi
 - c) Benjolan : tidak ada
 - d) Kolostrum : sudah ada
 - e) Putng susu : menonjol
- 6) Abdomen
 - a) Linea nigra : ada, dibagian perut warna kehitaman
 - b) Strie Livide : tidak ada garis kebiruan atau kemerahan pada kulit
 - c) Strie albicans : tidak ada garis atau gurutan pada kulit yang berwarna merah keungguan
- d) Palpasi
 - TFU : 30 cm
 - Leopold I : Tinggi fundus uteri berada di antara 3 jari dibawah prosesus xiphoideus (PX), perut bagian atas teraba kurang bulat, lunak dan tidak melenting (bokong).
 - Leopold II :Bagian perut kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan dan terdapat tahanan (Punggung), perut kiri ibu teraba kosong dan bagian – bagian kecil (ekstremitas janin).
 - Leopold III : bagian perut bawah ibu teraba bulat, keras dan melenting (kepala janin).
 - Leopold IV : divergen atau kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP) divergen 2/5
 - DJJ : 134x/menit
- e) Ekstremitas atas

1) Bentuk : simetris, tidak ada oedema

2) Oedema : simetris, tidak ada oedema

f) Ekstremitas bawah

1) Bentuk : simetris, tidak ada oedema

2) Oedema : simetris, tidak ada oedema

C. Analisa

Diagnosa : Ny.y usia 21 tahun G1P0A0 39mg gravidarum, janin tunggal hidup intrauterine, keadaan janin baik

D. ASSESMENT/ANALISIS

Masalah : keram bagian perut

Kebutuhan : kie, -minum air putih banyak – nutrisi dan pola makan yang cukup – pemantauan bja dan pemeriksaan kehamilan

Masalah Potensial : tidak ada

Tindakan Segera : konseling, melakukan pemeriksaan

PLANNING/PERENCANAAN

1) Memberitaskan hasil pemeriksaan keadaan umum baik ke pada ibu

E:(ibu mengerti dan mengetahuinya).

2) Memberitaskan ibu bahwa sudah mendekati hari hpl

E:(ibu mengerti) .

3) memberitaskan ibu agar mempersiapkan semuanya peralatan dan pakaian pada bayi

E:(ibu mnegerti)

4) Menjelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

- a. Persiapkan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya.
- b. Rencanakan melahirkan ditolong oleh dokter atau bidan di fasilitas kesehatan.
- c. Siapkan KTP, kartu keluarga, dan kartu Jaminan Kesehatan Nasional serta keperluan ibu dan bayi yang akan dilahirkan.
- d. Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan.
- e. Siapkan lebih dari 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika diperlukan.
- f. Pastikan ibu hamil dan keluarga menyepakati amanat persalinan dalam stiker P4K dan sudah ditempelkan di depan rumah ibu hamil.
- g. Rencanakan ikut KB setelah bersalin.

E: (Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan telah mempersiapkan kebutuhan persalinan).

- 5) Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang jika ada keluhan untuk memantau keadaan ibu dan janin serta jika ada keluhan.

Hasil: Ibu bersedia datang kembali jika ada keluhan

- 6) Memberitaskan ibu tanda-tanda persalinan sudah mendekat adanya: his atau kontraksi semakin sering, keluarnya lendir bercampur darah, nyeri punggung bawah, susah untuk tidur

E: (ibu mengerti)

- 7) memberitaskan ibu keram bagian perut bawah itu adanya perubahan fisik yang wajar karena posisi janin makin turun ke panggul dapat menyebabkan tekanan pada area perut bawah dan panggul dirasakan sebagai kram

E: (ibu mengerti dan memahapi penjelasan dari bidan).

8) Menganjurkan ibu untuk memenuhi pola makan dan pola istirahat yang cukup

E:(ibu mengerti dan akan menjaga pola hidup sehat).

9) menganjurkan ibu untuk jalan kaki di pagi hari minimal 15-30 menit/hari

E:(ibu mengerti dan akan melakukan jalan pagi)

10) memberitaukan ibu agar selalu memantau Gerakan janinnya

E:(ibu mengerti dan selalu memantau)

11) memberitaukan ibu agar tetap memantau mules dan pengeluaran

E:(ibu mengerti, dan akan memantau mules atau pengeluaran)

12) melakukan pemantauan bja pada janin dan pemeriksaan

13) memberikan dukungan dan support system kepada ibu

14) mengingatkan ibu untuk tetap melanjutkan mengonsumsi vitamin yang telah diberikan

E: (ibu mengerti dan tetap lanjutkannya)

15) memberitaukan ibu untuk melakukan pemeriksaan jika ada keluhan

E: (ibu mengerti dan akan melakukan pemeriksaan jika ada keluhan)

16) memberitaukan ibu tanda persalinan nanti seperti mules lebih sering dan teratur, pengen ngeden tidak tertahan, keluarnya lendir tanda darah, nyeri punggung dan panggul.

E:(ibu mengerti dan memahaminya).

17) Memastikan apakah ibu sudah mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan

E: (Ibu mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan ditandai dengan ibu bisa kembali mengulang informasi yang diberikan).

3.2 ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL CARE (INC)

3.2.1 CATATAN PERKEMBANGAN KALA I

No. Reg : xxxxx

Hari/Tanggal : Selasa, 20 Mei 2025

Wkt. Pengkajian : 13.00 wib

Nama Pengkaji : Operni Siska Putri M.H

Tempat Pengkajian : Tpm Y

A. Data subjektif

1) Identitas

Nama Ibu	: Ny. Y	Nama Suami	: Tn. R
Umur	: 21	Umur	: 32
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Goldar	: B	Goldar	: B
Alamat	: Rancabolong, gedebage Rt04/Rw02		

1) Keluhan utama

Ibu datang dan mengeluh mules semakin kuat dan sering dan disertai dengan keluar darah bercampur lendir dari subuh hari.

2) Riwayat ginekologi

- a) G1P0A0
- b) HPHT : 20/08/2024
- c) HPL : 27/05/2025

3) Riwayat kehamilan sekarang

- a) Masalah Selama Hamil : mual muntah pada TM I

- b) Kapan Mulai Kontraksi : Jam 06.00 WIB
- c) Gerakan Janin Terasa Tidak : ibu masih merasakan gerakan janin
- d) Pengeluaran Pervaginam : keluar lendir bercampur darah
- e) Selaput Ketuban : utuh
- 4) Riwayat medis sekarang : Inpartu kala I
- 5) Riwayat medis yang lalu : Tidak Ada
- 6) Kapan terakhir ibu makan dan minum
 - a) Makan : ibu terakhir makan 12.15 WIB
(½ piring nasi)
 - b) Minum : ibu terakhir minum jam 12.45 WIB
(Air putih)
- 1) Kapan terakhir ibu BAB dan BAK
 - a) BAB : ibu terakhir jam 07.13 wib
 - b) BAK : Ibu terakhir BAK 1 jam yang lalu

A. Data objektif

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Status gizi
 - a) Kenaikan berat badan selama hamil : ± 8 kg
 - b) Tinggi badan : 160 cm
 - c) LILA : 25 cm
- 4) Tanda – tanda vital
 - a) Tekanan Darah : 118/88 mmHg
 - b) Suhu : 36 C
 - c) Nadi : 79 x/mnt
 - d) Pernafasan : 23x/mnt
- 5) Pemeriksaan fisik
 - a) Mata
 - Konjungtiva : merah muda
 - Sklera : putih (tidak anemis)

- b) Mulut dan gigi
- Lidah : bersih
 - Gigi : putih, tidak berlubang
 - Gusi : merah muda
- c) Leher
- Kelenjar troid : tidak ada pembesaran
 - KGB : tidak ada pembesaran
 - Vena jugularis : tidak ada pemeasaran
- d) Dada
- Jantng : normal
 - Irama : reguler
 - Paru – paru : normal
- e) Payudara
- Bentuk : simetris
 - Puting susu : menonjol
 - Kolostrum : ada, dengan melakukan palpasi pada payudara
 - Benjolan : tidak ada
- 6) Pemeriksaan abdomen
- a) Leopold I : Tinggi fundus uteri teraba di pertengahan pusat - prosesus xiphoideus, perut bagian atas ibu teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong) TFU : 30 cm.
 - b). Leopold II : perut sebelah kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan serta ada tahanan (punggung janin) dan perut sebelah kiri teraba bagian – bagian kecil janin (ekstremitas janin).
 - c) Leopold III : perut bagian bawah teraba bulat, keras dan melenting (kepala janin)
 - d). Leopold IV : sudah masuk PAP (Divergen)

- TFU : 30 cm.
- DJJ : 143x/menit
- Perlimaan : 1/5
- 1) Kontraksi uterus : 4x 10' 45"
 - 2) Kandung kemih : teraba kosong
 - 3) Pemeriksaan dalam
 - a) Vulva dan vagina : tidak ada kelainan, seperti kemerahan tanda infeksi dan pembengkakan pada vagian
 - b) Pengeluaran pervaginam : lendir bercampur darah
 - c) Portio : tebal lunak
 - d) Pembukaan serviks : 8 cm
 - e) Ketuban : utuh
 - f) Bagian bawah janin : kepala
 - g) Moulage : 0
 - h) Turunnya bagian kepala : hodge 3- IV (1/5)
 - 4) Pemeriksaan penunjang : Tidak dilakukan

ASSESSMENT/ANALISIS

- Diagnosa : Ny.Y usian 21 tahun G1P0A0 parturient Anterm kala -- satu fase aktif dengan keadaan ibu dan janin baik
- Masalah : tidak ada
- Kebutuhan :- Mengajari ibu teknik relaksasi dini
 - Memberikan support kepada ibu
- Masalah Potensial : tidak ada
- Tindakan Segera : mempersiapkan persalinaan

PLANNING/PERENCANAAN

KALA I: Jam 13.00 wib

S:- Ibu mengatakan mules -mules

O: Td:118/88 mmhg

ku:baik

djj:143x/m

N:79x/m

ks:cm

v/v:t.a.k

Rp:21x/m

tfu:31cm

presentasi:kepala

Sh: 36,6'c

His:4x10'45"

pembukaan:8cm

Ket:utuh

Portio:menipis

A: GIP0A0 parturient aterm kala satu fase aktif

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin dalam kondisi baik.
Evaluasi : ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan.
- 2) Mengajarkan kepada ibu teknik relaksasi saat ada kontraksi untuk mengatur pernafasan dengan menghirup udara dari hidung dan dikeluarkan melalui mulut.
Evaluasi : ibu mengerti dan melakukan anjuran sesuai yang diberikan.
- 3) Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi makan dan minum disela – sela kontraksi supaya tidak lemas.
Evaluasi : ibu minum air putih dan teh hangat disela – sela kontraksi.
- 4) Meminta keluarga memberikan dukungan pada ibu dengan mendampingi ibu selama proses persalinan.
Evaluasi : ibu di dampingi suami selama masa persalinan berlangsung.
- 5) mempersiapkan perlengkapan, bahan dan obat – obatan esensial yang dibutuhkan untuk menolong persalinan serta tempat dan alat resusitasi BBL.
Evaluasi : peralatan partus set telah tersedia dalam keadaan steril dan alat resusitasi telah disiapkan.
- 6) Menyiapkan pertolongan persalinan, dengan memastikan kelengkapan bahan dan obat –obatan esensial siap digunakan, mematahkan ampul oksitosin 10 unit.
Evaluasi; alat dan obat seperti oksitosin 10 unit, lidocain 1% , ergometrin, sudah siap digunakan dan telah didekatkan.
- 7) Melepaskan semua perhiasan/aksesoris yang digunakan dan mencuci tangan di air yang mengalir lalu mengeringkannya dengan handuk atau kain bersih.
- 8) Memakai APD lengkap seperti affron, handscoon, masker mulut.

Evaluasi: APD lengkap telah dipakai

Evaluasi : semua perhiasan/aksesoris telah dilepaskan dan sudah mencuci tangan serta mengeringkannya.

- 9) Memakai handscoon DTT disebelah kanan, memasukkan oksitosin 10 IU ke dalam spuit dan meletakkan kembali spuit kedalam partus set.

Evaluasi : handscone sudah dipakai, oksitosin sudah dimasukan ke dalam spuit dan dimasukan kembali kedalam partus set.

- 10) Melakukan pemeriksaan dalam dengan membersihkan terlebih dahulu vagina ibu dari arah depan ke belakang.

Evaluasi : pembukaan lengkap 10 cm.

- 11) Mendekontaminas handscoon / sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai handscoon ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

Evaluasi : sarung tangan telah didekontaminasi.

- 12) Melakukan pemeriksaan DJJ untuk mengetahui keadaan janin.

Hasil : DJJ : janin dalam kondisi normal hasil DJJ 142x/menit.

- 13) Mengobservasi dan memantau kemajuan persalinan seperti his dan DJJ serta keadaan ibu seperti pemeriksaan tanda – tanda vital.

Evaluasi : hasil pemantauan terlampir di partograf.

3.2.2 CATATAN PERKEMBANGAN KALA II

Tanggal pengkajian : 20 Mei 2025

Jam pengkajian : 14.00 WIB

Tempat pengkajian : TPMB Y

Nama pengkaji : Operni Siska P.M.Hia

A. Data subjektif

Keluhan utama : ibu mengatakan mules semakin sering dan ada dorongan untuk mencedan.

B. Data objektif

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Tanda – tanda vital
 - a) Tekanan darah : 125/90 mmHg
 - b) Nadi : 80 x/mnt
 - c) Suhu : 36,5°C
 - d) Pernafasan : 22x/mnt
- 4) Pemeriksaan abdomen
 - a) DJJ : 142x/menit
 - b) Perlimaan : 1/5
 - c) Kontraksi uterus : 5x10'45"
 - d) Kandung kemih : teraba kosong
- 5) Pemeriksaan dalam :
 - a) Pengeluaran pervaginam : lendir bercampur darah
 - b) Portio : tipis lunak
 - c) Pembukaan serviks : 10 cm (lengkap)
 - d) Ketuban : pecah spontan pukul 14.00 wib

jernih.

- e) Bagian bawah janin : kepala
- f) Moulage : 0
- g) Penurunan kepala : Hodge IV (0/5)
- h) V/V : tidak ada kelainan

C. Analisa

Ny. Y usia 21 tahun G1P0A0 39 minggu Inpartu Kala II.

D. Penatalaksanaan

- 1) Memastikan adanya tanda dan gejala kala II seperti adanya dorongan kuat untuk meneran, terdapat tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka.

Evaluasi: telah terlihat tanda gejala yang disebutkan yaitu ibu mempunyai keinginan meneran seperti ingin BAB, tekanan pada anus, perineum menonjol serta vulva dan vagina membuka.

- 2) Memberitahu ibu bahwa keadaan janin baik dan memfasilitasi ibu untuk memilih posisi persalinan dan bersiap akan melakukan pertolongan persalinan normal dan untuk didampingi suami/keluarga.

Evaluasi: ibu memilih posisi bersalin dorsal recumbent.

- 3) Membimbing ibu untuk meneran dengan baik yaitu seperti saat BAB dan mata terbuka pada saat terasa his yang semakin kuat.

Evaluasi: telah dilakukan pimpinan meneran dan ibu melakukan sesuai dengan anjuran yang diberikan.

- 4) Menganjurkan ibu untuk beristirahat disaat tidak ada kontraksi dan memberi asupan hidrasi peroral.

Evaluasi : ibu bersedia meminum air putih dan teh hangat pada di sela – sela kontraksi.

- 5) Saat kepala bayi sudah membuka dengan diameter 5 – 6 cm dari vulva maka pasang handuk atau kain bersih dan kering diatas perut ibu serta melipat kain 1/3 dibawah bokong ibu. .

Evaluasi : handuk / kain telah dipasang dan sudah melipat kain lainnya 1/3.

- 6) Mendekatkan partus set dekat dengan bokong pasien dan membukanya lalu memakai sarung tangan / handscoon DTT dan steril.

Evaluasi : partus set telah didekatkan dan siap digunakan serta sudah memakai sarung tangan.

- 7) Saat kepala bayi sudah membuka sejauh 5 – 6 cm dari vulva maka letakan tangan kanan (dominan) diperineum ibu dengan dilapisi kain yang sudah dilipat 1/3, dan tangann lain di vulva atas tanpa menghalangi jalan untuk bayi keluar. Menganjurkan ibu untuk meneran dengan baik serta bernafas lebih cepat saat kepala lahir, kemudian saat kepala sudah lahir dilanjutkan dengan memeriksa lilitan tali pusat.

Evaluasi : kepala bayi sudah lahir dan tidak terdapat lilitan tali pusat.

- 8) Setelah kepala bayi lahir maka tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar, posisikan tangan biparietal.

Evaluasi : kepala bayi telah melakukan putaran paksi luar dan tangan sudah dalam posisi biparietal untuk menarik keluar kepala serta bahu bayi.

- 9) Lakukan sangga dan susur badan bayi dengan menelusuri tangan, badan, serta kaki bayi dengan menjepit kaki bayi diantara mata kaki.

Evaluasi : sangga dan susur telah dilakukan dan seluruh badan bayi sudah lahir spontan pada pukul 14.18 WIB

- 10) Melakukan penilaian selintas keadaan umum bayi serta mengeringkan, menghisap lendir serta meletakkannya di dada ibu.

Evaluasi : bayi menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot aktif, apgar score 8-9 Bayi sudah dikeringkan dan diletakan di dada ibu.

- 11) Mengecek fundus ibu untuk memastikan tidak ada janin kedua .

Evaluasi : tidak terdapat janin kedua.

- 12) Melakukan dokumentasi persalinan kala II dalam partograf.

Evaluasi: hasil terlampir dalam partograf.

3.2.3 CATATAN PERKEMBANGAN KALA III

Tanggal pengkajian : 20 Mei 2025

Jam pengkajian : 14.25 WIB

Tempat pengkajian : TPMB Y

Nama pengkaji : Operni Siska Putri M.Hia

A. Data subjektif

Keluhan utama : Ibu mengatakan masih terasa mules dan lemas

B. Data objektif

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Tanda – tanda vital
 - a) Tekanan darah : 120/81 mmHg
 - b) Nadi : 87x/menit
 - c) Suhu : 36,5°C
 - d) Pernafasan : 22x/mnt
- 4) Pemeriksaan abdomen
 - a) Kontraksi uterus : bulat dan keras
 - b) TFU : sepusat
 - c) Kandung kemih : teraba kosong
- 5) Inspeksi : uterus globular, tali pusat memanjang dan tampak semburan darah

C. Analisa

Ny. Y usia 21 tahun P1A0 Inpartu Kala III

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga
Evaluasi: ibu dan keluarga mengetahui dalam kondisi baik
- 2) Melakukan manajemen aktif kala III yaitu memberitahu ibu untuk disuntikan oksitosin melalui 1/3 paha bagian luar.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia untuk disuntik.

- 3) Memberikan suntikan oksitosin 10 IU di 1/3 paha luar ibu.

Evaluasi : ibu telah disuntik oksitosin 10 IU secara IM dipaha sebelah kanan.

- 4) Menunggu dan memastikan adanya tanda – tanda dari pelepasan plasenta yaitu uterus menjadi globuler, tali pusat memanjang, serta adanya semburan darah yang keluar.

Evaluasi : telah terdapat tanda – tanda pelepasan plasenta.

- 5) Memindahkan klem sejauh 3 – 5 cm ke depan vulva ibu dan tangan yang lain memegang serta memastikan kontraksi uterus dalam keadaan baik.

Evaluasi : klem telah dipindahkan dan kontraksi uterus kuat.

- 6) Posisikan klem dan tali pusat sejajar dengan lantai atau tempat bersalin untuk bersiap menegangkan tali pusat.

Evaluasi : klem telah dipindahkan.

- 7) Tegangkan dan tarik plasenta secara hati – hati sambil tangan yang lain menahan uterus dan mendorongnya ke arah dorso kranial.

Evaluasi : tindakan telah dilakukan.

- 8) Setelah plasenta sudah berhasil lepas dan tampak di depan vulva maka selanjutnya putar searah jarum jam untuk mengeluarkan plasenta.

Evaluasi : plasenta lahir lengkap pukul 14.25

- 9) Memastikan dan memeriksa kelengkapan plasenta di bagian fetal dan maternal serta menyimpannya didalam tempat khusus..

Evaluasi :seluruh bagian maternal, fetal dan selaput ketuban.

- 10) Masase fundus ibu selama 15 detik untuk memastikan kontraksi uterus dalam keadaan baik.

Evaluasi : telah dilakukan masase selama 15 detik.

- 11) Memeriksa apabila terdapat laserasi atau robekan pada jalan lahir ibu.

Evaluasi : Tidak ada robekan jalan lahir

- 12) Melakukan dokumentasi kala III dalam partograf.

Evaluasi : hasil terlampir dalam partograf.

3.2.4 CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV

Tanggal pengkajian : 20 Mei 2025

Jam pengkajian : 14.30 WIB

Tempat pengkajian : TPMB Y

Nama pengkaji : Operni Siska Putri M.Hia

A. Data subjektif

Keluhan utama : Ibu masih merasa mules dan merasa senang akan kelahiran bayinya.

B. Data objektif

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Tanda – tanda vital
 - a) Tekanan darah : 112/87 mmHg
 - b) Nadi : 84 x/menit
 - c) Suhu : 36,5°C
 - d) Pernafasan : 22x/mnt
- 4) Pemeriksaan abdomen
 - a) Kontraksi uterus : bulat, keras
 - b) TFU : 2 jari dibawah pusat
 - c) Kandung kemih : teraba kosong
- 5) Genetalia : Tidak ada robekan

C. Analisa

Ny. Y usia 21 tahun P1A0 Inpartu kala IV

D. Penatalaksanaan

- 1) Memastikan kontraksi uterus baik dan kandung kemih dalam keadaan kosong dan jika penuh lakukan kateterisasi.

Evaluasi : kontraksi uterus dalam keadaan baik dan kandung kmih kosong.

- 2) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% serta membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi dan mengeringkannya dengan kain bersih.
Evaluasi : tindakan telah dilakukan.
- 3) Mengajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan masase uterus supaya uterus tetap berkontraksi.
Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti serta bersedia melakukan arahan tersebut.
- 4) Menghitung nadi ibu untuk memastikan ibu dalam kondisi baik.
Evaluasi : nadi ibu dalam batas normal 84x/menit.
- 5) Mengevaluasi pengeluaran darah yang keluar.
Evaluasi : pengeluaran darah kurang lebih ± 100 cc.
- 6) Pantau keadaan bayi untuk memastikan bayi tidak ada penyulit dan dalam keadaan baik.
Evaluasi : bayi dalam kondisi baik.
- 7) Membersihkan ibu menggunakan air DTT dengan membersihkan tubuh ibu dari darah, air ketuban, dan cairan lainnya agar ibu merasa nyaman dan mengganti pakaian ibu dengan baju atau kain kering dan bersih.
Evaluasi : ibu telah dibersihkan dan merasa nyaman serta telah dipakaikan pakaian yang nyaman.
- 8) Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan air klorin 0,5% dan membilasnya dengan air bersih serta membuang bahan yang telah terkontaminasi dan telah digunakan serta merendam peralatan yang telah digunakan selama 10 menit.
Evaluasi : telah akukan dekontaminasi alat dan tempat bersalin.
- 9) Cuci tangan dengan air mengalir dan bersih lalu keringkan menggunakan kain atau handuk kering.
Evaluasi : tindakan telah dilakukan.
- 10) Memantau keadaan ibu selama 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua.
Evaluasi : telah dilakukan pemantauan pada ibu.
- 11) Melakukan dokumentasi kala IV dalam partograf.

3.3. ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

3.2.1 BAYI BARU LAHIR 0 JAM

Hari/ Tanggal/ jam pengkajian : Selasa / 20 Mei 2025

Hari/tanggal lahir : Selasa / 20 Mei 2025

Tempat pengkajian : TPMB Y

Nama pengkaji : Operni Siska P.M.Hia

A. Data Subjektif

a. Identitas Bayi

Nama bayi : By. Ny. Y

Usia bayi : 0 jam

Tanggal lahir : 20 Mei 2025

Jam lahir : 14.18 WIB

Jenis kelamin : Laki-laki

Berat badan : 2930 gram

Panjang badan : 49 cm

Lingkar kepala : 33 cm

Lingkar dada : 30 cm

b. Identitas orang tua

Nama Pasien : Ny. Y

Nama Suami : Tn. R

Umur : 21 Tahun

Umur : 32 Tahun

Suku : Sunda

Suku : Sunda

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Rancabolong Gedebage Rt04/Rw02

c. Keluhan utama : Tidak Ada Keluhan

d. Riwayat persalinan

a) Jenis persalinan : Spontan

- b) Usia kehamilan : 39 Minggu
- c) Penolong : Bidan
- d) Tempat persalinan : TPMB Yuyun S.keb
- e) Penyulit pada persalinan : tidak ada penyulit
- f) Faktor lingkungan : Tidak ada
- g) Faktor genetik : Tidak ada
- h) Faktor sosial : Tidak ad

e. Keadaan bayi saat lahir

- a) Warna kulit : Kemerahan
- b) Pergerakan : Bergerak Aktif
- c) Menangis spontan : Menangis Kuat
- d) APGAR Score : 1 menit : 8/ 2 menit:9

f. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu dan keluarga tidak mempunyai penyakit keturunan seperti asma, jantung, diabetes, dan hipertensi serta tidak mempunyai riwayat penyakit menular seksual seperti sifilis, HIV / AIDS.

g. Riwayat psikososial

- a) Respon ibu terhadap kelahirannya : ibu merasa senang dengan kelahiran bayinya.
- b) Dukungan keluarga : keluarga mendukung dan merasa senangan dengan kelahiran bayi.

h. Intake cairan : bayi telah menyusu (ASI) dengan baik.

i. Riwayat istirahat : bayi tidur dengan pulas dan tenang serta bangun untuk menyusu.

j. Riwayat eliminasi : bayi sudah BAB dan BAK

B. Data Objektif

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Tanda – tanda vital :
 - a) Frekuensi jantung : 146x/menit
 - b) Suhu : 36.3°C
 - c) Respirasi : 47x/mnt

c. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

- a. UUB terbuka : Tidak Ada kelainan, Terasa lembut dan rata saat di raba
- b. Cephal hematoma : Tidak Ada penumpukan darah dibawah kulit kepala
- c. Moulage : kepala bulat tidak ada perubahan bentuk kepala bayi saat dilahirkan
- d. Caput Succedaneum : Tidak Ada pembengkakan kulit kepala pada bayi baru lahir yang disebabkan oleh tekanan pada saat persalinan.
- e. Perdarahan intracranial : Tidak ada pendarahan dalam tengkorak, baik dalam otak atau di antara otak dan tengkorak
- f. Penonjolan atau cekungan : Tidak ada

2) Wajah

- 1) Bentuk : Simetris

3) Mata

- 1) Bentuk : Simetris
- 2) Secret : Tidak Ada
- 3) Konjungtiva : Merah Muda
- 4) Sklera : Putih
- 5) Reaksi pupil : Kanan (+)/ Kiri (+)

4) Hidung

- 1) Simetris : Simetris
- 2) Polip : Tidak Ada benjolan bertangkai atau datar seperti jinak yang menyebabkan penyakit ganas (kanker)
- 3) Sekret : Tidak Ada lendir yang muncul pada saluran pernapasan hidung atau feses pada bayi

5) Mulut

- 1) Bentuk : Simetris

- 2) Warna bibir : Merah Muda
- 3) Labioskizis : Tidak Ada bibir sumbing atau belahan pada bibir
- 4) Labiopalatoskizis : Tidak Ada kelainan bawaan lahir bibir sumbing dan celah langit – langit pada bagian mulut
- 5) Reflek sucking : Positif
- 6) Reflek rooting : Positif
- 7) Reflek Swallowing : Positif
- 6) Telinga
- 1) Bentuk : Simetris
- 7) Leher
- 1) Bentuk : Simetris Kanan Kiri
- 2) Reflek tonic neck : + (positif)
- 8) Dada
- 1) Bentuk : Simetris
- 2) Areola mammae : Berwarna Kecoklatan
- 3) Papilla mammae : Menonjol Pada Kedua Puting
- 4) Ronchi : Tidak Adaa Ronchi(bunyi napas yang di sebabkan oleh lendir atau sumbatan di saluran napas bayi)
- 5) Retraksi : Tidak Ada Retraksi atau gangguan pernapasan
- 9) Perut
- 1) Bentuk : Simetris
- 2) Bising Usus : (+)
- 10) Punggung
- 1) Spina bifida : Tidak Ada
- 11) Ekstremitas
- 1) Atas
- a. Bentuk : Simetris
- b. Jumlah Jari : Lengkap 5/5
- c. Reflek Moro : (+) Positif

d. Reflek Grassping : (+) Positif

2) Bawah

a. Bentuk : Simetris

b. Jumlah Jari : Lengkap 5/5

c. Reflek Babinski : (+) Positif

12) Kulit

1) Turgor : turgor kulit bayi dapat kembali dengan cepat

2) Lanugo : ada pada tubuh bayi

3) Verniks Kaseosa : ada pada selangkangan kaki bayi

4) Warna : Kemerahan

13) Genetalia

1) Penis : Berlubang

2) Testi : sudah ada dalam skrotum

3) Pengeluaran : Tidak ada

4) Anus : (+) Berlubang

C. Analisa

By. Ny.Y neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 0 jam

D. Penatalaksanaan

1. Menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan pakaian yang bersih dan kering.
Evaluasi : bayi sudah dalam keadaan hangat.

2. Melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital dan melakukan antropometri pada bayi.

Evaluasi : TTV : laju nafas 47x/menit, detak jantung : 140x/menit, bising usus : (+) suhu : 36,3°C JK : Laki-laki, BB: 2930 gr, PB: 49 cm , LK : 33 cm, LD : 30cm.

3. Memberikan salep mata dan menyuntikan vitamin K pada bayi.

Evaluasi : salep mata tetrasiklin telah diberikan pada mata kanan dan kiri dan vitamin K sudah disuntikkan dengan dosis 0,5 mg pada paha kiri atas secara IM.

4. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar.

Evaluasi : ibu mengerti dan bisa menyusui bayinya dengan benar.

5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 1 – 2 jam dalam sehari.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk menyusui bayinya.

3.4 ASUHAN NEONATUS

3.4.1 KUNJUNGAN KN – I (6 JAM)

Hari/ Tanggal/ jam pengkajian : Selasa / 20 Mei 2025/20.00wib

Hari/tanggal lahir : Selasa / 20 Mei 2025

Kunjungan neonatus : ke-1

Tempat pengkajian : Tpm Y

Nama pengkaji : Operni Siska Putri M.Hia

1. DATA SUBJEKTIF

A. Identitas Bayi

Nama bayi : By. Ny. Y

Usia bayi : 6 jam neonatus

Tanggal lahir : 20 Mei 2025 jam lahir : 14.18 WIB

Jenis kelamin : laki-laki

Berat badan : 2930 gram

Panjang badan : 49 cm

Lingkar kepala : 33 cm

Lingkar dada : 30 cm

B. Identitas orang tua

Nama Pasien : Ny. Y

Nama Suami : Tn. R

Umur : 21 Tahun

Umur : 32 Tahun

Suku : Sunda

Suku : Sunda

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Rancabolong gedebage Rt04/Rw02

Keluhan utama : Tidak Ada Keluhan

C. Riwayat persalinan

- a. Jenis persalinan : Spontan
- b. Masa perinatal : 39 Minggu
- c. Penolong : Bidan
- d. Tempat persalinan : TPMB Y
- e. Penyulit pada persalinan : tidak ada penyulit
- f. Faktor lingkungan : Tidak ada
- g. Faktor genetik : Tidak ada
- h. Faktor sosial : Tidak ada

A. Keadaan bayi saat lahir

- a. Warna kulit : Kemerahan
- b. Pergerakan : Bergerak Aktif
- c. Menangis spontan : Menangis Kuat

B. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu dan keluarga tidak mempunyai penyakit keturunan seperti asma, jantung, diabetes, dan hipertensi serta tidak mempunyai riwayat penyakit menular seksual seperti sifilis, HIV / AIDS.

C. Riwayat psikososial

- a. Respon ibu terhadap kelahirannya : ibu merasa senang dengan kelahiran bayinya.
- b. Dukungan keluarga :keluarga mendukung dan merasa senang dengan kelahiran bayi.

D. Intake cairan : bayi telah menyusu (ASI) dengan baik.

E. Riwayat istirahat : bayi tidur dengan pulas dan tenang serta bangun untuk menyusu 10x dalam 2 jam sekali

F. Riwayat eliminasi : bayi sudah BAB dan BAK

2. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik

2. Tanda – tanda vital :

- a. Frekuensi jantung : 140 x/menit
- b. Suhu : 36°5C
- c. Respirasi : 45x/mnt

a. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

- a. UUB terbuka : Tidak Ada
- b. Cephal hematoma : Tidak Ada
- c. Moulage : Tidak Ada
- d. Caput Succedaneum : Tidak Ada
- e. Perdarahan intracranial: Tidak Ada
- f. Penonjolan atau cekungan : Tidak ada

2) Mata

- a. Secret : Tidak Ada
- b. Konjungtiva : Merah Muda
- c. Sklera : Putih
- d. Reaksi pupil : Kanan (+)/ Kiri (+)

3) Hidung

- a. Simetris : Simetris
- b. Polip : Tidak Ada
- c. Sekret : Tidak Ada

4) Mulut

- a. Bentuk : Simetris
- b. Warna bibir : Merah Muda
- c. Labioskizis : Tidak Ada
- d. Labiopalatoskizis : Tidak Ada
- e. Reflek sucking : (+) Positif
- f. Reflek rooting : (+) Positif
- g. Reflek Swallowing : (+) Positif

5) Telinga

- a. Bentuk : Simetris
- 6) Leher
- a. Bentuk : Simetris Kanan Kiri
- b. Reflek tonic neck : + (positif)
- 7) Dada
- a. Bentuk : Simetris
- b. Areola mammae : Berwarna Kecoklatan
- c. Papilla mammae : Menonjol Pada Kedua Puting
- d. Ronchi : Tidak Adaa Ronchi
- e. Retraksi : Tidak Ada Retraksi
- 8) Abdomen
- a. Bentuk : Simetris
- b. Bising Usus : (+)
- c. Perdarahan tali pusat : tidak ada
- d. Penonjolan tali pusat saat menangis : tidak ada
- 9) Punggung
- a. Spina bifida : Tidak Ada
- 10) Ekstremitas
1. Atas
- a. Bentuk : Simetris
- b. Gerakan : Aktif
- c. Jumlah Jari : Lengkap 5/5
- d. Reflek Moro : (+) Positif
- e. Reflek Grassping : (+) Positif
2. Bawah
- a. Bentuk : Simetris
- b. Gerakan : Aktif
- c. Jumlah Jari : Lengkap 5/5

d. Reflek Babinski : (+) Positif

11) Kulit

- a. Turgor : turgor kulit bayi dapat kembali dengan cepat
- b. Lanugo : ada pada tubuh bayi
- c. Verniks Kaseosa : ada pada selangkangan kaki bayi
- d. Warna : Kemerahan
- e. Tanda lahir : tidak ada

12) Genetalia

- a. Penin : Berlubang
- b. Testis : sudah ada dalam skrotum
- c. Pengeluaran : Tidak ada
- d. Anus : (+) Berlubang

3. ASSESMENT

By. Ny. Y usia 6 jam dengan bayi baru lahir normal

4. PLANNING/PERENCANAAN

1. Menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan pakaian yang bersih dan kering.

Evaluasi : bayi sudah dalam keadaan hangat.

2. Melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital dan melakukan antropometri pada bayi.

Evaluasi : TTV : laju nafas 40x/menit, detak jantung : 140x/menit, bising usus : (+) suhu : 36,5°C JK : Laki-laki, BB: 2930 gr, PB: 49cm , LK : 33 cm, LD : 30cm.

3. Memandikan bayi pada pagi hari
4. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar. memberitaukan kepada ibu cara menyusui bayi dengan teknik yang baik dan benar,yaitu dengan di bersihkan payudara dan putting susu terlebih dahulu pake air hangat dan kassa/handuk kecil bersih di lap.

5. Evaluasi : ibu mengerti dan bisa menyusui bayinya dengan benar. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 1 – 2 jam dalam sehari.
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk menyusui bayinya.
6. memberitaukan ibu agar sesering menyusui bayi 2 jam sekali untuk memenuhi nutrisi pada bayinya.
E:ibu mengerti dan melakukannya
7. memberitaukan ibu tanda tanda bayi kurang asi seperti: menangis terus menerus, tidak mau menyusu, demam,rewel,kuning, panas
E:ibu mengerti
8. memberitaukan ibu agar selalu menjemur bayinya di pagi lamanya 15-30 menit/hari untuk mencegah penyakit kuning dan menambah vitamin pada kekebalan tubuh bayi
E:ibu mengerti dan melakukannya
9. memberitaukan ibu pentingnya pemberian asi bagi bayi 0-6 bulan tanpa di kasih makanan atau susu apapu
E: ibu mengerti
10. Mengajarkan pada ibu dan keluarga tentang perawatan tali pusat yaitu dengan menutupnya dengan kasa dan jangan memberikan bumbu atau rempah – rempah pada tali pusat bayi dann membersihkan tali pisat bayi dengan kapas dan air hangat , jangan sampai tali pusat dalam keadaan kotor karena dapat menyebabkan infeksi yang muncul ngan tanda – tanda seperti bernanh atau timbul bau tidak sedap.
Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti tentang perawatan tali pusat dan mengetahui tanda – tanda infeksi.
11. Memberikan KIE kepada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti adanya demam tinggi, tali pusat infeksi, kejang, lemas dan tidak mau menyusu serta menganjurkan untuk datang ke fasilitas kesehatan jika di dapati tanda – tanda bahaya tersebut pada bayi.
12. memberitaukan ibu untuk melakukan jadwal kunjungan kontrol ulang kn2 pada hari ke 3-7 hari untuk memantau kondisi pada bayi
E:ibu mengerti dan melakukan

3.4.2 KUNJUNGAN NEONATUS II (4 HARI)

Hari/ Tanggal/ jam pengkajian : Sabtu/24 Mei 2025/ 08.50 WIB

Tempat pengkajian : Tpm Y

Kunjungan Neonatus : ke-2

Nama pengkaji : Operni Siska Putri M.Hia

I. DATA SUBJEKTIF

- a. Nama bayi : By. Y
- b. Usia bayi : 4 hari
- c. Keluhan utama : Tidak Ada Keluhan
- d. Intake cairan : Bayi Y. hanya menyusu ASI (tanpa diberikan makanan tambahan) setiap 2 jam sekali dan lamanya menyusu $\pm$ 30 menit.
- e. Riwayat imunisasi : HB 0 diberikan pada tanggal 20 Mei 2025
- f. Riwayat istirahat : Bayi tidur dengan tenang dan pulas.
- g. Riwayat eliminasi : BAK $\pm$ 5 – 6 kali dalam sehari dengan warna jernih, BAB $\pm$ 2 – 3 kali dalam sehari dengan warna kekuningan dan konsistensi lembek. Ganti popok setiap kali bayi BAB dan BAK jika sudah dirasa penuh.

II. DATA OBJEKTIF

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Tanda – tanda vital :
 - a) Frekuensi jantung : 145x/mnt
 - b) Suhu : 36,5°C
 - c) Respirasi : 45x/mnt

III. ASSESMENT

By. Y neonatus cukup bulan, sesuai masa kehamilan usia 4 hari.

A. Penatalaksanaan

- 1) Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan.

Evaluasi : ibu mengerti dan mengetahui bayinya dalam keadaan baik.

- 2) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya minimal setiap 1-2 jam sekali dalam sehari.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia menyusui bayinya.

- 3) Mengingatkan kembali ibu tentang tanda bahaya pada bayi seperti adanya kejang, demam, lemas, tali pusat berbau, dan tidak mau menyusu.

Evaluasi : ibu mengerti dan mengetahui tanda bahaya pada bayi.

- 4) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayi seperti mandi dengan air hangat 2 kali sehari, mengganti popok jika BAB/BAK sudah penuh, dan tetap menjaga kehangatan pada bayi.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan

- 5) Memberitaukan ibu untuk melakukan imunisasi pada bayinya setelah satu bulan kemudian BCG+Polio

E:Ibu mengerti

3.5 ASUHAN KEBIDANAN POST PARTUM

3.5.1 KUNJUNGAN KF – I (6 JAM)

No reg : xxxxx

Hari/Tanggal : Selasa, 20-05-25

Kunjungan nifas : ke-1

Nama pengkaji : Operni Siska P.

Tempat Pengkajian : Tpm Y

Jam pengkajian : 20.00 WIB

A. Data subjektif

1) Identitas

Nama ibu	: Ny. Y	Nama Suami	: Tn. R
Umur	: 21 tahun	Umur	: 32 tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Rancabolong Gedebage Rt04/Rw02		

2) Keluhan utama

Ibu mengatakan tidak tau cara menyusui bayi dengan teknik yang benar dan baik

3) Riwayat persalinan sekarang

- Kala I : $\pm$ 1 jam
- Kala II : $\pm$ 9 menit lahir pada jam 14.18 menit bayi lahir spontan, langsung menangis kuat, tonus otot bergerak aktif, warna kulit kemerahan, JK : laki-laki, apgar score 8/9, BB : 2930 gram PB : 49 cm LK : 33 cm LD: 30cm.

- c. Kala III : $\pm$ 5 menit, plasenta lahir lengkap jam 14.25 WIB
- d. Kala IV : 2 jam dan tidak ada penyulit

4) Riwayat kesehatan/penyakit

- a. Riwayat kesehatan/penyakit sekarang

Ibu tidak sedang menderita penyakit apapun seperti demam, pusing, mual.

- b. Riwayat kesehatan/ penyakit dulu

Ibu tidak ada riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, asma, jantung dan diabetes melitus.

- c. Riwayat kesehatan/penyakit menular

Ibu tidak mempunyai penyakit menular seperti TBC, hepatitis, sifilis dan HIV/AIDS.

- d. Riwayat persalinan dan melahirkan

- a. Paritas : anak ke 1

- b. Umur kehamilan : 39 minggu

- c. Tempat melahirkan : TPMB Y

- d. Tanggal dan tahun/jam melahirkan : 20 mei 2025/14.18 WIB

- e. Jenis kelamin : laki-laki

- f. BB : 2930 gram

- g. PB : 49 cm

- h. Keadaan bayi : baik

- i. Penolong : Bidan

- j. Jenis persalinan : spontan

- k. Robekan/jahitan : tidak ada robekan

- l. Komplikasi persalinan : tidak ada

5) Riwayat psikososial budaya

- a. Respon ibu dan keluarga atas kelahiran bayinya

Ibu dan keluarga merasa senang atas kelahiran bayinya.

- b. Dukungan suami/keluarga

Suami dan keluarga mendukung kehamilan dan kelahiran bayi.

- c. Pengambil keputusan dalam keluarga

Pengambilan keputusan dilakukan oleh suami atas dasar keputusan bersama.

d. Kegiatan spiritual

Ibu biasa melaksanakan sholat setiap harinya.

6) Data aktivitas dan pemenuhan kebutuhan sehari – hari

a. Pola makan dan minum

a) Makan : ibu makan ± 2 x sehari dengan porsi 1 piring dan lauk pauk seperti daging ayam, ikan, sayuran, dan tambahan buah – buahan.

b) ibu tidak mempunyai alergi makanan.

c) Minum : ibu minum air putih $\pm 2 - 2,5$ liter/hari.

b. Istirahat dan tidur : tidur siang : $\pm 30 - 1$ jam/hari.

tidur malam : ± 7 jam/hari.

c. Ganti pembalut : $\pm 3 - 4$ x/hari

d. Vulva hygiene : ibu sering membersihkan area genitalia setiap kali BAK dan ketika mengganti pembalut.

e. Pola hidup : ibu tidak merokok, minum alkohol, dan obat – obatan terlarang.

f. Ambulasi dini : ibu sudah bisa berjalan dan bergerak.

g. Hubungan seksual: ibu belum melakukan hubungan seksual.

h. Eliminasi

a) BAB : ibu belum 1x sejak setelah melahirkan.

Keluhan : tidak ada keluhan yang dirasakan.

b) BAK : BAK ± 3 x/hari dengan warna kekuningan dan berbau khas.

Keluhan : masih merasa linu bekas melahirkan dan jahitan.

7) Rencana menggunakan kontrasepsi

a. Jenis kontrasepsi : ibu masih berencana menggunakan kb suntik 3 bulan

b. Alasan : karena suntik 3 bulan cocok untuk ibu yang sedang menyusui dan tidak mengganggu asi

c. Kapan : setelah 42 hari masa nifas

d. Tempat pelayanan : Tpm

8) Pengetahuan ibu nifas tentang tanda – tanda bahaya

- a) Kelelahan, sulit tidur : tidak ada
- b) Demam : tidak ada
- c) Nyeri atau panas waktu BAK : tidak ada
- d) Sembelit, hemoroid : tidak ada
- e) Sakit kepala terus menerus, nyeri, bengkak : tidak ada
- f) Nyeri abdomen : tidak ada
- g) Cairan vagina berbau busuk : tidak ada
- h) Sangat sakit saat payudara disentuh, pembengkakan, puting yang pecah pecah : tidak ada
- i) Kesulitan dalam menyusui : ibu mengatakan kurangnya pengetahuan tentang menyusui bayinya dengan teknik yang benar dan baik.
- j) Kesedihan : tidak ada
- k) Merasa kurang mampu merawat bayi : tidak ada
- l) Rabun senja : tidak ada

B. Data objektif

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Keadaan emosional : stabil
- 4) Tanda – tanda vital
 - a) Tekanan darah : 128/81 mmHg
 - b) Nadi : 84 x/menit
 - c) Suhu : 36,6°C
 - d) Respirasi : 22x/menit

5) Pemeriksaan fisik

- a) Mata
 - 1) Konjungtiva : merah muda
 - 2) Sklera : putih
- b) Ekstremitas

- 1) Atas : simetris, tidak ada oedema
 - 2) Bawah : simetris, tidak ada oedema
 - 3) Kemerahan pada betis : tidak ada
 - 4) Varices : tidak ada
- c) Payudara
- 1) Pembesaran : ada, karena memproduksi ASI
 - 2) Papila mammae : menonjol
 - 3) Pengeluaran : colostrum
 - 4) Benjolan : tidak ada
- d) Abdomen
- 1) Kontraksi uterus : bulat, keras
 - 2) TFU : 2 jari dibawah pusat
 - 3) Kandung kemih : teraba kosong
 - 4) Luka bekas operasi : tidak ada
 - 5) Tanda infeksi : tidak ada
 - 6) Massa : tidak ada
- e) Genetalia
- 1) Pengeluaran : lochea rubra
 - 2) Warna lochea : merah kehitaman
 - 3) Bau : berbau khas (tidak ada bau busuk)
 - 4) Luka perineum : Tidak ada luka pada perenium
 - 5) Keadaan luka : tidak ada luka pada perenium
 - 6) Tanda radang : tidak ada tanda – tanda peradangan seperti panas dan rasa panas.
 - 7) Pemeriksaan penunjang : tidak dilakukan

C. ASSESMENT/ANALISA

Diagnosa : Ny. Y usia 21 tahun PIA0 postpartum 6 jam dengan keadaan umum ibu baik.

Dasar : Hasil pemeriksaan

Td:128/81mmhg N:84x/m

S:36,6 c R:22x/m

Masalah : masih kebingungan cara menyusui yang baik dan benar

Kebutuhan : - konseling,
- nutrisi yang cukup
- istirahat yang cukup
-mobilisasi dini
-kue tanda- tanda bahaya nifas

Masalah Potensial : -

Tindakan Segera : -mengajari ibu cara menyusui yang baik dan yang benar

-Observasi KU, pendarahan, tfu,

-Dan melakukan pemeriksaan pada bayi

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

Td:1 28/81 mmhg N: 84x/m

R: 22x/m S:36,6 c

Tfu: 2 jari dibawah pusat

Kontaksi uterus: keras

Pendarahan: normal 100cc

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti dan mengetahui kondisi ibu baik.

2. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan mobilisasi untuk mempercepat pemulihan dalam masa postpartum.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

3. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan dengan mandi secara teratur dan mengganti celana dalam jika dirasa sudah kotor dan tidak nyaman.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

4. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda – tanda bahaya postpartum seperti adanya demam tinggi, kesulitan dalam menyusui, lemas, pandangan kabur, dan jika terjadi perdarahan. Jika terdapat tanda bahaya tersebut maka menganjurkan kepada ibu untuk segera datang ke fasilitas kesehatan.

Evaluasi : ibu mengerti dan mengetahui tanda – tanda bahaya postpartum serta bersedia datang ke fasilitas kesehatan jika terdapat tanda – tanda tersebut

5. Memberitahu ibu tentang kunjungan nifas selanjutnya pada hari 3-7 hari kemudian

E: ibu mengerti dan melakukannya

6. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar dan baik

a. Atur posisi ibu agar nyaman dan rileks

b. Keluarkan sedikit ASI dari puting susu kemudian oleskan pada puting susu dan areola

c. Mengajarkan ibu posisi memegang bayi yaitu

1. Kepala dan badan bayi berada pada 1 garis lurus

2. Wajah bayi harus menghadap kepayudara

3. Badan bayi menempel pada badan ibu

4. Topang badan bagian belakang di samping kepala dan bahu

5. Sanggah payudara dengan 4 jari menjaga payudara dan ibu jari memegang payudara bagian atas sehingga berbentuk huruf c

d. Berikan rangsangan pada mulut bayi agar membuka mulut tunggu hingga mulut bayi membuka lebar kemudian arahkan bibir bawah bayi di bawah puting susu sehingga dagu bayi menyentuh payudara ibu. setelah bayi mulai mengisap, payudara tidak perlu dipegang atau ditopang lagi

e. Perhatikan apakah bayi menyusui dengan benar

E : (Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan)

7. memberitaukan ibu untuk sesering mungkin untuk menyusui bayinya

E:ibu sudah di beritaukan dan akan melakukannya

3.5.2 KUNJUNGAN KF – II (4 HARI)

No reg : xxxxx

Hari/Tanggal : Sabtu, 24-mei 2025

Kunjungan nifas : ke-2

Nama pengkaji : Operni Siska P.M.Hia

Tempat Pengkajian : Tpmby

A. Data subjektif

1) Identitas

Nama ibu	: Ny. Y	Nama Suami	: Tn. R
Umur	: 21 tahun	Umur	: 32 tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Rancabolong Gedebage Rt04/Rw02		

2) Keluhan utama : ibu mengatakan tidak ada keluhan

3) Riwayat persalinan sekarang

- Kala I : ± 1 jam
- Kala II : ± 9 menit lahir pukul 14.18 wib bayi lahir spontan, langsung menangis kuat, tonus otot bergerak aktif, warna kulit kemerahan, JK : Laki-laki, apgar score 8/9, BB : 2930 gram PB : 49 cm LK : 33 cm LD: 30 cm.
- Kala III : ± 5 menit, plasenta lahir lengkap jam 14.25 WIB
- Kala IV : 2 jam dan tidak ada penyulit

4) Riwayat kesehatan/penyakit

- Riwayat kesehatan/penyakit sekarang
Ibu tidak sedang menderita penyakit apapun seperti demam, pusing, mual.
- Riwayat kesehatan/ penyakit dulu

Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, asma, jantung dan diabetes melitus.

c. Riwayat kesehatan/penyakit menular

Ibu tidak mempunyai penyakit menular seperti TBC, hepatitis, sifilis dan HIV/AIDS.

d. Riwayat persalinan dan melahirkan

- a) Paritas : anak ke 1
- b) Umur kehamilan : 39 – 40 minggu
- c) Tempat melahirkan : TPMB Y
- d) Tanggal dan tahun/jam melahirkan : 20 mei 2025/14.18 WIB
- e) Jenis kelamin : Laki-laki
- f) BB : 2930 gram
- g) PB : 49 cm
- h) Keadaan bayi : baik
- i) Penolong : Bidan
- j) Jenis persalinan : spontan
- k) Robekan/jahitan: tidak terdapat robekan
- l) Komplikasi persalinan : tidak ada

5) Riwayat psikososial budaya

a. Respon ibu dan keluarga atas kelahiran bayinya

Ibu dan keluarga merasa senang atas kelahiran bayinya.

b. Dukungan suami/keluarga

Suami dan keluarga mendukung kehamilan dan kelahiran bayi.

c. Pengambil keputusan dalam keluarga

Pengambilan keputusan dilakukan oleh suami atas dasar keputusan bersama.

d. Kegiatan spiritual

Ibu biasa melaksanakan sholat dan membaca Al – Quran setiap harinya.

6) Data aktivitas dan pemenuhan kebutuhan sehari – hari

a. Pola makan dan minum

- 1) Makan : ibu makan ± 3 x sehari dengan porsi 1 piring dan lauk pauk seperti daging ayam, ikan, sayuran, dan tambahan buah – buahan.

- 2) Alergi makanan : ibu tidak mempunyai alergi makanan.
- 3) Minum : ibu minum air putih $\pm 2 - 2,5$ liter/hari.
- b. Istirahat dan tidur : tidur siang : $\pm 30 - 1$ jam/hari.
1. tidur malam : ± 7 jam/hari.
- c. Ganti pembalut : $\pm 3 - 4$ x/hari
- d. Vulva hygiene : ibu sering membersihkan area genitalia setiap kali BAK dan ketika mengganti pembalut.
- e. Pola hidup : ibu tidak merokok, minum alkohol, dan obat – obatan terlarang.
- f. Ambulasi dini : ibu sudah bisa berjalan dan bergerak seperti biasa.
- g. Hubungan seksual : ibu belum melakukan hubungan seksual.
- h. Eliminasi
- 1) BAB : ibu sudah BAB tadi pagi jam 06.30 wib
Keluhan : tidak ada keluhan yang dirasakan.
- 2) BAK : BAK $\pm 4-5$ x/hari dengan warna kekuningan dan berbau khas.
Keluhan : tidak ada keluhan
- 7) Rencana menggunakan kontrasepsi
- a. Jenis kontrasepsi : ibu sudah berencana menggunakan kb suntik 3 bulan
- b. Alasan : karena suntik 3 bulan cocok untuk ibu yang sedang menyusui
- c. Kapan : setelah 42 hari masa nifas
- d. Tempat pelayanan : Tpm
- 8) Pengetahuan ibu nifas tentang tanda – tanda bahaya
- a. Kelelahan, sulit tidur : tidak ada
- b. Demam : tidak ada
- c. Nyeri atau panas waktu BAK : tidak ada
- d. Sembelit, hemoroid : tidak ada
- e. Sakit kepala terus menerus, nyeri, bengkak : tidak ada
- f. Nyeri abdomen : tidak ada
- g. Cairan vagina berbau busuk : tidak ada

- h. Sangat sakit saat payudara disentuh, pembengkakan, puting yang pecah pecah
: tidak ada
- i. Kesulitan dalam menyusui : tidak ada
- j. Kesedihan : tidak ada
- k. Merasa kurang mampu merawat bayi : tidak ada
- l. Rabun senja : tidak ada

B. Data objektif

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) Keadaan emosional : stabil
- 4) Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - b. Nadi : 82 0x/menit
 - c. Suhu : 36,5°C
 - d. Respirasi : 21x/menit
- 5) Pemeriksaan fisik
 - a. Mata
 - 1. Konjungtiva : merah muda
 - 2. Sklera : putih
 - b. Ekstremitas
 - 1. Atas : simetris, tidak ada oedema
 - 2. Bawah : simetris, tidak ada oedema
 - 3. Kemerahan pada betis : tidak ada
 - 4. Varices : tidak ada
 - c. Payudara
 - 1. Pembesaran : ada, karena memproduksi ASI
 - 2. Papila mammae : menonjol
 - 3. Pengeluaran : Asi
 - 4. Benjolan : tidak ada
 - d. Abdomen

1. Kontraksi uterus : bulat, keras
2. TFU : 2 jari diatas simfisis
3. Kandung kemih : teraba kosong
4. Luka bekas operasi : tidak ada
5. Tanda infeksi : tidak ada
6. Massa : tidak ada

e. Genetalia

1. Pengeluaran : lochea sanguilenta
2. Warna lochea : merah kecoklatan
3. Bau :berbau khas (tidak ada bau busuk)
4. Luka perineum : Tidak terdapat robekan perenium
5. Keadaan luka : -tidak ada luka pada perenium
6. Tanda radang : tidak ada tanda – tanda peradangan seperti gatal dan rasa panas.

- 6) Pemeriksaan penunjang : tidak dilakukan

C. ASSESMENT

Ny. Y usia 21 tahun postpartum 4 hari dengan keadaan umum ibu baik

D. PLANNING/PENATALAKSANAAN

1. Memberitaukan hasil pemeriksaan keadaan umum pada ibu dan keluarga:

Td:120/80mmhg N: 82x/m R: 21x/m S:36,5 c

Tfu: 2 jari dibawah pusat Kontaksi uterus: keras

Pendarahan: normal

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti dan mengetahui kondisi ibu baik.

2. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan mobilisasi untuk mempercepat pemulihan dalam masa postpartum.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

3. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan dengan mandi secara teratur dan mengganti celana dalam jika dirasa sudah kotor dan tidak nyaman.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

4. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda – tanda bahaya postpartum seperti adanya demam tinggi, kesulitan dalam menyusui, lemas, pandangan kabur, dan jika terjadi perdarahan. Jika terdapat tanda bahaya tersebut maka menganjurkan kepada ibu untuk segera datang ke fasilitas kesehatan.

Evaluasi : ibu mengerti dan mengetahui tanda – tanda bahaya postpartum serta bersedia datang ke fasilitas kesehatan jika terdapat tanda – tanda tersebut.

5. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahatnya dengan baik dengan cara ikut tidur jika bayi sedang tertidur serta bergantian merawat bayi dengan anggota keluarga agar ibu tidak merasa kelelahan.

Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

6. Tetap menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara dengan baik yaitu dengan membersihkan area puting supaya tidak terdapat kotoran.

Evaluasi : ibu mengerti dan sudah melakukan anjuran yang diberikan.

7. memberitaukan ibu untuk sesering mungkin untuk menyusui bayinya

E:ibu sudah di beritaukan dan akan melakukannya

8. memberitaukan ibu agar tetap menjaga kebersihan pada area kemaluannya

E:ibu sudah di beritau dan mengerti

9. memberitaukan ibu jadwal kunjungan kontrol ulang pada hari ke 8-28 hari untuk melakukan pemeriksaan nifas dan memantau keadaan fisik pada ibu

E: ibu mengerti dan akan melakukan kunjungan ulang ke 3

10. Memberikan konsuling kepada ibu tentang kontrasepsi kb dan macam-macam serta efek samping kepada ibu untuk menjarakkan kehamilan.

E: ibu sudah mengerti dengan apa yang sudah dijelaskan tentang alat kontrsepsi ibu berencana memakai suntik 3 bulan setelah 42 hari masa nifas.