BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PERKEMBANGAN KASUS

Antenatal Care Kunjungan Pertama

Hari/Tanggal : 29 april 2025

Wkt. Pengkajian :10.00 wib

Nama Pengkaji : yanti

Tempat Pengkajian :TPMB bidan iyam siti purnama, S.Keb

1. Subjektif

   Anamnesa Identitas

	Istri	Suami
Nama	Ny.Nurul Hindun	Tn.Wawan Setiawan
Umur	30 tahun	33 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	S1	S1
Pekerjaan	Guru	Wiraswasta
Suku Bangsa	Sunda	Sunda
Golongan Darah	B	-
Alamat	Jln nagrog III rt 03/09 kel.pasir jati ujung berung	

Keluhan Utama : Ibu datang ke klinik untuk memeriksakan kehamilannya, ibu mengaku hamil 37 minggu, ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah

A. RIWAYAT OBSTETRI

1. Riwayat Kehamilan Sekarang

   G2P1A0

   HPHT=15 agustus 2025

   TP=08 mei 2025

   Gravida=37 4 hari

   Gerakan janin : Saat usia kehamilan 16 minggu

   Pergerakan : Iya, dirasakan kurang lebi 10x sehari

   Tanda-tanda bahaya/penyulit : Tidak ada komplikasi

   Obat yang dikonsumsi : Trimakal,beneuron vitamin B1,B6,B12),tablet fe,susu fresh milk

   Kekhawatiran-kekhawatiran khusus : Tidak ada kekhawatiran khusus

2. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu :

No	Hamil	Partus oleh	Hidup/Mati	BB/PB	Penyulit	Normal/Operasi
1	2020	Bidan	Hidup	3200	-	Normal

2	Hamil ini					

3. Riwayat ANC di TPMB

Trimester 1	Trimester 2	Trimester 3
29/09/2024 UK : 8 minggu BB : 42 kg TB : 155 cm LL : 24 cm TFU : belum teraba TD : 120/80 mmhg **31/10/2024** UK : 11-12 minggu BB : 43 kg TB : 155 cm	**14/12/2024** UK : 18 minggu BB : 45 kg TB : 155 cm LL : 26 cm DJJ : 150x/menit TFU : 2 jari dibawah pusat Balt : + TD : 100/70 mmhg	**08/03/2025** UK : 30-31 minggu BB : 48 kg TB : 155 cm LL : 27 cm DJJ : 138x/menit TFU : 25 cm Balt : + TD : 120/70 mmhg **23/04/2025** UK : 36-37 minggu BB : 57 kg TB : 155 cm

LL : 25 cm TD : 110/80 mmhg		LL : 27 cm TD : 110/80 mmhg DJJ : 140x/menit TFU : 26 cm **03/05/2025** UK : 37-38 minggu BB : 58 kg TB : 155 cm LL : 27 cm DJJ : 142x/menit TFU : 25 cm TD : 120/80 mmhg

4. Imunisasi

   TT 1= Sudah dilakukan (20-01-2025)

   TT 2= Sudah dilakukan (10-03-2025)

B. RIWAYAT KESEHATAN/PENYAKIT YANG DIDERITA SEKARANG DAN DULU

1. Penyakit yang pernah diderita : Asma diderita dari sebelum kehamilan
2. Penyakit keturunan : Asma

3. Tindakan operasi yang pernah dilakukan : Tidak ada riwayat operasi
4. Alergi terhadap obat-obatan : Tidak ada alergi obat
5. Lain Lain : Tidak ada kelainan

C. DATA PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Respon ibu terhadap kehamilannya : Ibu merasa senang atas kehamilan anaknya
2. Dukungan suami/keluarga : Mendukung
3. Pengambil Keputusan dalam keluarga : Suami
4. Rencana tempat dan penolong melahirkan : TPMB
5. Status perkawinan : Menikah

   Usia pada waktu menikah : 25 tahun

   Berapa kali menikah : Ibu menikah hanya 1x
6. Status gizi, kebiasaan/pola makan

   Ibu mengkonsumsi makanan yang kaya gizi
7. Pola hidup sehat

   Pola hidup sehari hari ibu baik dan sehat
8. Riwayat KB

   Ibu menggunakan kontrasepsi Suntik 3 bulan selama 3 tahun ibu tidak pernah mengganti kontrasepsi apapum
9. Beban kerja dan kegiatan sehari-hari

   Ibu mengajar di sekolah dasar yang berada di daerah ujung berung

D. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

No	Pola Aktifitas	Sebelum Hamil	Sewaktu Hamil

1.	Nutrisi		
	• Makan		
	- Frekuensi	2x/hari	2x/hari
	- Jenis	Nasi+sayur	Nasi+ikan+sayur
	- Porsi	1 porsi	1 porsi
	• Minum		
	- Jenis	Air putih	Air putih
	- Jumlah	-+ 8 gelas	-+ 8-9 gelas
2.	Eliminasi		
	• BAB		
	- Frekuensi	1x/hari	1x/hari
	- Konsistensi	Padat	Padat
	- Warna	Kuning	Kuning
	• BAK		
	- Frekuensi	2-3x/hari	3-4x/hari
	- Warna	Kuning	Kuning
3.	Pola Istirahat&Tidur		
	- Tidur Siang	-+1jam/hari	-+ 2 jam/hari
	- Tidur Malam	-+ 7 jam/hari	-+ 6-7 jam/hari
4.	Pola Hidup		
	- Perokok	Tidak	Tidak
	- Alkohol	Tidak	Tidak
	- NAPZA	Tidak	Tidak
5.	OlahRaga		

	- Jenis	-	Jalan kaki
	- Lama	-	-+ 30 menit
6.	- Frekuensi	-	Setiap sore
	Hub Seksual		
	- Frekuensi	4-5x/mg	2-3x/mg
7.	- Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Personal Hygiene		
	- Mandi	2x/hari	2x/hari
	- Gosok Gigi	2x/hari	2x/hari
	- Vulva Hygiene	bersih	bersih

1. OBYEKTIF

Keadaan Umum

- Kesadaran : Composmetis
- Keadaan Emosi : Baik

Tanda-tanda Vital

- Tekanan Darah : 120/80 mmhg
- Nadi : 82x/menit
- Suhu : 36,7 °C
- Respirasi : 23x/menit

2. Antropometri

TB :155 cm

BB Sebelum Hamil : 42 kg

BB Sekarang : 51,8 kg

IMT : 21,56 kg/m^2

Lila : 27 cm

TFU : 27 cm

3. Pemeriksaan Fisik

Kepala

a. Muka

-Cloasma : tidak ada

-Oedema : tidak ada

b. Mata : Konjungtiva : merah muda

Sklera : putih

Kelainan : tidak ada kelainan

c. Mulut : simetris

Bibir : simetris

Warna : merah kecoklatan

Kelainan : tidak ada kelainan

d. Gusi :Warna : merah

Perdarahan : tidak ada

e. Gigi : Caries : tidak ada

Berlubang : tidak berlubang

Leher

KGB : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

Vena Jugularis : tidak ada pembesaran vena jugularis

Kelenjar Tiroid : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Dada

a. Payudara

- Bentuk : simetris
- Papilla mamae : coklat
- Areola mamae : kecoklatan
- Colostrum : sudah ada
- Retraksi/Dimpling: -
- Benjolan : tidak ada benjololan

Abdomen

- Striae/Linea : tidak ada
- Luka Operasi/ SC : tidak ada
- TFU menurut Mc. Donald : 28 cm
- Leopold I

  teraba agak bulat,tidak melenting,lunak (bokong)
- Leopold II

  teraba bagian besar menjanjang sebelah kiri (kiri)
- Leopold III

  teraba bagian bulat,keras(kepala) sudah masuk PAP
- Leopold IV : divergen
- BJA : 138 x / menit, Reguler
- Punctum Max : 1/3 puki

Extremitas

a. Atas

- Oedema : tidak ada oedema
- Ujung Kuku : tidak ada kelainan

b. Bawah

- Oedema : tidak ada oedema
- Ujung Kuku : tidak ada kelainan
- Reflek Patella : +/+ (kanan dan kiri)

Genitalia

- Labia Mayora : bersih
- Labia Minora : bersih
- Uretra : berlubang
- Pembuluh Skene mengeluarkan darah/nanah : tidak

Vulva/Vagina

- Luka/Tukak : tidak ada
- Varices : tidak ada
- Cairan/secret : tidak ada
- Oedema : tidak ada oedema
- Kondiloma : tidak ada
- Pembesaran kelenjar Bartolini : tidak ada pembesaran kelenjar bartolini
- Anus : Haemoroid : tidak ada

Data Penunjang

a. LAB : Triple Eliminasi (28-02-2025)

-HIV : non reaktiv

-SIFILIS : non reaktiv

-HBSag : non reaktiv

- Hb : 12,2 (26-04-2025)

-

b. USG : tgl 08-04-2025 (ket:cukup, plasenta:corpus anterior)

c. Urine : -

- Protein : -

- Glukosa: -

ASSESMENT/ANALISIS

Diagnosa : Ny nurul usia 30 tahun G2P1A0 Gravida 38 minggu 4 hari, janin tumggal hidup intrauteri

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan : Tidak Ada

Masalah Potensial : Tidak Ada

PLANNING/PERENCANAAN

Nomor	Planing	Evaluasi	waktu
1.	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan	Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan	29 april 2025 09.50 wib
2.	Inform consent kepada ibu bahwa ibu akan dilakukan pemeriksaan	Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan	29 april 2025 10.00 wib
3.	Memeriksa TTV, DJJ, TFU, LEOPOLD	Sudah dilakukan pemeriksaan kepada ibu	10.05 wib
4.	Menganjurkan ibu untuk menjaga personaal hygine	Ibu bersedia menjaga personal hygine	10.10 wib
5.	Memberikan konseling ketidaknyamanan trimester III	ibu mengerti dan mengerti apa saja ketidaknyamanan trimester III	10.10 wib

6.	Memberikan konseling tanda bahaya trimester III	ibu mengerti dan dapat mengulang apa saja tanda bahaya trimester III(perdarahan, sakit kepala hebat, penglihatan kabur, keluar cairan pervaginam, janin kurang bergerak, dan nyeri perut hebat)	10.10 wib
7.	Menganjurkan ibu untuk jalan kaki setiap hari selama -+ 30-1 jam/hari	Ibu sudah melakukannya, jalan kaki setiap pagi dan sore selam 30 menit/30 menit	10.10 wib

8.	Menganjurkan ibu berhubungan seksual dengan suami untuk merangsang kontraksi	Ibu bersedia dan akan melakukannya	10.10 wib
9.	Memberikan konseling persiapan persalinan (perlengkapan ibu dan bayi seperti baju bayi,ibu,rencana tempat bersalin,biaya yang diperlukan dll)	ibu sudah membersiapkan perlengkapan,tempat dan biaya persalinan Memberitahu ibu	10.10 wib
10.	Memberitahu ibu tanda tanda persalinan	ibu mengerti tanda tanda persalinan seperti (keluar lendir bercampur darah,kontraksi yg	10.10 wib

		semakin kuat dan sering dll)	
11.	Mencatat hasil pemeriksaan dibuku KIA		

ANC Kedua

Hari/Tanggal : 06-05-2025

Wkt. Pengkajian :11.00

Nama Pengkaji : Yanti

Tempat Pengkajian : TPMB Bidan Iyam Siti Purnama,S.Keb

SUBYEKTIF

ANAMNESA Identitas

	Istri	Suami
Nama	Ny.Nurul Hindun	Tn.Wawan Setiawan
Umur	30 tahun	33 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	S1	S1

Pekerjaan	Guru	Wiraswasta
Suku Bangsa	Sunda	Sunda
Golongan Darah	B	-
Alamat	Jln nagrog III rt 03/09 kel.pasir jati ujung berung	

Keluhan Utama : Ibu mengatakan nyeri pinggang dan ibu merasa khawatir karena sudah dekat hpl belum ada tanda tanda persalinan

OBYEKTIF

Keadaan Umum

C. Kesadaran : Composmetis

D. Keadaan Emosi : Baik

E. Tanda-tanda Vital

- Tekanan Darah : 120/70 mmHg
- Nadi : 82 x/menit
- Suhu : 36,5 ℃
- IMT : 21,56 kg/m^2
- Lila : 27 cm
- TFU : 27 cm
- BB : 58,8 kg
- TB : 155 cm

- ASSESMENT/ANALISIS

Diagnosa

: Ny nurul usia 30 tahun G2P1A0 Gravida 38 minggu 4 hari, janin tumggal hidup intrauteri

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan : Tidak Ada

PLANING

No	Planning	Evaluasi	Waktu
1.	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan	Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan	11.00 wib
2.	Memberikan inform consent kepada ibu bahwa ibu akan di periksa	Ibu bersedia dilakukan pemeriksaan	11.05 wib
4.	Memeriksa ttv,djj,tfu,leopold, dan pembukaan	sudah dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil ttv ibu normal,djj:130,tfu menurut mc donalds 28 cm, dan pembukaan 1 cm	11.10 wib
5.	Memberikan konseling ketidaknyamanan trimester III	Ibu mengerti dan mengetahui tentang ketidaknyamanan TM III	11.15 wib
6.	Memberikan konseling tanda bahay TM III	ibu mengerti dan dapat mengulang apa saja tanda bahaya trimester	11.16 wib

		III(perdarahan, sakit kepala hebat, penglihatan kabur, keluar cairan pervaginam, janin kurang bergerak, dan nyeri perut hebat)	
7.	Menganjurkan ibu untuk jalan kaki setiap hari selama - + 30-1 jam/hari	Ibu sudah melakukannya, berjalan kaki setiap pagi atau sore	11.17 wib
8.	Menganjurkan ibu berhubungan seksual dengan suami untuk merangsang kontraksi	Ibu mengerti dan sudah melakukannya	11.18 wib

9.	Memberikan konseling persiapan persalinan (perlengkapan ibu dan bayi seperti baju bayi,ibu,rencana tempat bersalin,biaya yang diperlukan dll)	Ibu sudah mempersiapkan semuanya	11.19 wib
10.	Memberitahu ibu tanda persalinan	ibu mengerti tanda tanda persalinan seperti (keluar lendir bercampur darah,kontraksi yg semakin kuat dan sering dll)	11.20 wib
11.	Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu untuk tidak terlalu khawatir berlebih karna sudah mendekati hpl belum	ibu merasa sedikit lega dan akan terus berusaha menjemput kelahiran buah hati	11.20 wib

	ada tanda tanda persalinan,dan tetap menyuruh ikhtiar untuk merangsang kontraksi		
12.	Mencatat hasil pemeriksaan		

Asuhan Kebidanan Intranatal

Wkt. Pengkajian : 08.00 wib

Nama Pengkaji : Yanti

Tempat Pengkajian : TPMB Bidan Iyam Siti Purnama,S.Keb

SUBYEKTIF

ANAMNESA Identitas

	Istri	Suami
Nama	Ny.Nurul Hindun	Tn.Wawan Setiawan
Umur	30 tahun	33 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	S1	S1
Pekerjaan	Guru	Wiraswasta
Suku Bangsa	Sunda	Sunda
Golongan Darah	B	-
Alamat	Jln nagrog III rt 03/09 kel.pasir jati ujung berung	Jln nagrog III rt 03/09 kel.pasir jati ujung berung

Keluhan utama : ibu mengaku hamil 38 mg,merasa mules dari jam 01.00 wib,belum keluar air air,kontraksi sudah semakin kuat dan sering

a. Riwayat haid

- Menarche : 14 tahun
- Siklus Haid : 28 hari

- Lamanya : 7 hari
- Banyaknya : 3x ganti pembalut saat hari pertama dan kedua, 2x ganti pembalut hari ketiga sampai ke 7
- Hp Test : -
- Taksiran Partus : 08-05-2025

b. Gerakan Janin

- Gerakan janin pertama : saat usia kehamilan 16 minggu
- Gerakan dirasakan sekarang : iya dirasakan,-+ 15x sehari

c. Imunisasi

TT 1 (Tempat) /tanggal : Sudah dilakukan (20-01-2025)

TT 2 (Tempat) /tanggal : Sudah dilakukan (10-03-2025)

Antenatal Care (ANC) :

Trimester I :2 kali, di :bpm

Trimester II :2kali, di :bpm

Triester III :4 kali, di :bpm

I. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu

Aktivitas Sehari-hari

No	Waktu Persalinan	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Penyulit	Keadaan Nifas	Anak			kelainan
							JK	BB	H/M	
1	2020	38 minggu	spontan	bidan	-	baik	Laki laki	3200	hidup	T.A.K
2	2025	38 minggu	spontan	bidan	-	baik	Laki laki	2900	hidup	T.A.K

a. Nutrisi dan Hidrasi

Terakhir makan : 20.00 wib

Jenis makanan : nasi+sayur+ikan

Alergi makanan : tidak ada

Terakhir minum : 06.00 wib

b. Istirahat dan tidur

Malam : -+ 6 jam

Siang :-+ 1 jam

c. Personal Hygiene

Mandi : 2x/hari, pagi dan sore hari

Gosok gigi : 3x/hari , pagi, sore, dan malam hari sebelum tidur

d. Eliminasi

BAB Terakhir : kemarin

Keluhan : tidak ada

BAK terakhir : 06.00 wib

Keluhan : tidak ada

e. Hub Seksual

Kapan Hub Seksual Terakhir : 2 hari yang lalu

Keluhan : tidak ada

II. Riwayat Kesehatan

1. Diabetes Melitus : tidak ada
2. Hypertensi : tidak ada
3. Asma : tidak ada
4. Jantung : tidak aa
5. Hepatitis : tidak ada
6. Tubercolosis(TBC): tidak ada
7. Lain-lain :-

III Riwayat Kontrasepsi

1. Jenis : KB Suntik
2. Lamanya : 3 tahun
3. Alasan dibuka : ingin hamil

IV Riwayat Psikososial dan Spiritual

1. Dukungan keluarga : mendukung
2. Pengambilan Keputusan : suami
3. Anak ini direncanakan/tidak : iya,direncanakan
4. Menjalankan ibadah : iya,sholat dan berdoa

V Kegawat Daruratan

1. Transportasi : ada
2. Biaya : 3000.000
3. Donor darah dan Gol darah: -

OBYEKTIF

1. Keadaan Umum : baik

   Kesadaran : composmetis

2. Tanda-Tanda vital

- Tensi : 110/70 mmHg
- Nadi : 82 x/ menit
- Respirasi : 22 x/ menit
- Suhu : 36,7 °C

3. Pemeriksaan Fisik

Mata

Konjungtiva : merah muda

Sclera : putih

Oedema : tidak ada oedema

Mulut dan Gigi

Lidah : bersih

Gigi : bersih/t.a.k

Gusi : merah muda

Leher

Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

KGB : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

Vena Jugularis :tidak ada pembesaran vena jugularis

Dada

Jantung : normal/ t.a.k

Irama : reguler

Paru-paru : normal/t.a.k

Payudara

Bentuk : simetris

Putting Susu : menonjol

Kolostrum : sudah

Benjolan : tidak ada benjolan

Abdomen

Luka bekas operasi : tidak ada

Leopold I : 3 jari diatas pusat,teraba lunak,kurang bundar,tidak melenting (bokong)

Leopold II : bagian kanan ibu teraba menjanggal (puka)

Leopold III : sudah masul PAP

Leopold IV : divergen

His : 5/10'/45"

Intensitas/Kekuatan : sering/kuat

Lama His : 45 detik

Frekuensi : 5/10'/45"

DJJ : 140 x/menit

Extremitas Atas

Oedema : tidak ada oedema

Extremitas Bawah

Oedema : tidak ada oedema

Varises : tidak ada

Reflex Patella : +/+ (kanan dan kiri)

Genitalia

Varices : tidak ada

Oedema : tidak ada

Hygiene : bersih

Lain-lain : -

Anus

Haemoroid : tidak ada

4. Pemeriksaan Dalam
   - Vulva/Vagina : t.a.k
   - Portio : tidak teraba Posisi : ante
   - Pembukaan serviks : 8
   - Keadaan ketuban : (+)
   - Presentasi : kepala
   - Mollage : 0
   - Bagian lain yang teraba : ekstremitas
   - Turunnya bagian terendah : hodge III
5. Data Penunjang
   1. Darah

- Hb : 12,2
- Gol.darah : B

2. Urine
   - Glukosa :84
   - Protein :-

I. ASSESMENT/ANALISIS

- Diagnosa : Ny Nurul usia 30 tahun P2A0,Parturien aterm,fase aktiv,janin tunggal hidup,presentasi kepala dengan keadaan ibu dan bayi sehat
- Masalah : tidak ada
- Kebutuhan : mempersiapkan persalinan
- Masalah Potensial : tidak ada
- Tindakan Segera : menolong persalinan

II. PLANNING/PERENCANAAN

KALA I 06.30 Wib

Tanggal : 07/05/2025

No	Planning	Evaluasi	Waktu
1.	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan	ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan	06.30 wib

2.	Mengajarkan ibu cara mengejan dan Teknik relaksasi	Ibu mengerti yang diajarkan dan bisa mempraktikkan Teknik relaksasi	06.30 wib
3.	Observasi ttv,djj,his,pembukaan	TD : 110/70 mmHg DJJ : I42 His : semakin intens 1 menit sekali	07.00 wib
4.	Memberikan ibu nutrisi yang baik	Ibu sudah mendapatkan nutrisi yang baik	07.20 wib
5.	Menganjurkan ibu miring kiri	Ibu sudah miring kiri	07.20 wib

2. KALA II

Tanggal : 07/05/2025

Pukul : 07.20 wib

a. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan kenceng -kenceng semakin sering serta semakit sakit dan merasakan adanya dorongan untuk mengedan seperti ingin BAB yang tidak dapat ditahan, serta keluar cairan jernih dari jalan lahir disertai lender bercampur darah pada pukul 07.20 wib

b. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

   1) KU : Baik

   2) Kesadaran : composmentis

   3) Ekspresi wajah : meringis menahan sakit

   4) TTV :- TD : 132/79 mmHg - S : 36,5℃

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

   5) DJJ : 145x/menit

   6) His : his semakin intens, 1menit sekali

2. Pemeriksaan fisik

   Sudah terlihat adanya tanda gejala kala II, seperti :

   Doran : dorongan meneran

   Perjol : perineum menonjol

   Vulka : vulva membuka

   Teknus: tekanan pada anus

3. Pemeriksaan Khusus

   1) VT 07.30 WIB :

      - Vulva/Vagina : tidak ada kelainan
      - Portio : tidak teraba
      - Pembukaan : 10 cm
      - Ketuban : jernih
      - Presentasi : kepala
      - Posisi : anterior

- Hodge : 4
- Perlimaan 0/5
- Molase : tidak ada
- Effacement : 100%

c. ASSESMENT / PLANNING

G2P1A0 Usia 30 tahun inpartu 38 minggu 4 hari kala II janin Tunggal hidup intrauteri presentasi kepala

Masalah : tidak ada

Diagnosa potensial : tidak ada

Masalah potensial : tidak ada

i. PENATALAKSANAAN

No	Planning	Evaluasi	Waktu
1.	Melihat tanda dan gejala kala II. Tanda gejala kala II ibu merasakan ada dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, dan melihat kondisi vulva membuka	ibu mengatakan merasakan ada dorongan ingin merenan seprti ingin BAB, dan terlihat ada	07.30 wib

	dan perineum menonjol	tekanan pada anus, kondisi vulva membuka serta perineum menonjol	
2.	Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksaan komplikasi ibu dan bayi lengkap. Mematahkan ampul oksitosin 10 UI dan menempatkan spuit steril ke dalam partus set	perlengkapan dan bahan telah disiapkan dan sudah lengkap	07.35 wib

3.	Memakai APD lengkap seperti, memakai apron, sarung tangan, Sepatu boot Dll.	Penolong telah memakai APD lengkap	07.35 wib
4.	Memastikan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.	Telah dilakukan	07.35 wib
5.	Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.	menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan	07.35 wib

6.	Masukkan oksitoksin ke dalam spuit (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).	oksitoksin 10 IU telah dimasukkan ke dalam spuit dalam keadaan steril.	07.36 wib
7.	Melakukan vulva hygine dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.	Telah dilakukan genetalian ibu sudah bersih	07.37 wib
8.	Melakukan periksa dalam (hati-hati) untuk memastikan pembukaan sudah lengkap	didapatkan hasil effacent 100%, pembukaan ~~o~~-10 cm, Ketuban (-) jernih, presentasi kepala, hodge III,	07.37 wib

		tidak ada molase, tidak teraba bagian kecil samping kepala, UUk kanan depan.	
9.	Melakukan dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan	Telah dilakukan	07.38 wib

10.	Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untyk memastuikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).	auskultasi Djj 145x/menit.	07.39 wib
11.	Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesui dengan keinginannya.	Ibu memilih posisi terlentang	07.40 wib
12	Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada	keluarga membantu ibu membenarkan	

	rasa ingin Meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, dan bantu ibu untuk menentukan posisis yang nyaman).	posisi, ibu memilih posisi miring kiri	07.41 wib
13	Melaksanakan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.	Bidan memimpin meneran	07.42 wib
14.	Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika selama 60 menit ibu belum merasakan ada	Ibu memilih posisi terlentang	07.43 wib

	dorongan untuk meneran		

15.	Meletakkan handuk bersih (untuk mengkeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm.	Telah dilakukan	07.44 wib
16.	Meletakkan kain bersih dan kering yang dilipat 1/3 di bawah bokong ibu.	Telah dilakukan	07.45 wib
17.	Membuka partus set dan perhatikan kelengkapan alat dan bahan nya Kembali.	partus set oksitoksin serta peralatan lainnya telah siap dan dalam keadaan steril.	07.45 wib

18.	Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan	Kedua tangan sudah menggunakan sarung tangan DTT.	07.46 wib
19.	Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lainnya meneahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran perlahan dan bernafas cepaat dangkal	kepala lahir tidak ada caput succedanum ataupun cepal hematoma.	07.47 wib

20.	Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil Tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahirannya.	Tidak ada lilitan tali pusat	07.48 wib
21.	Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan	Telah terjadi putaran paksi luar dengan spontan	07.49 wib

22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saar kontraksi. Dengan lembut Gerakan kepala kea rah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian Gerakan arah keatas untu melahirkan bahu belakang.	Bahu bayi telah lahir dan tidak ada penyulit	07.50 wib
23.	Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bayu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan	Bagian lengan telah lahir	07.51 wib

	memegang lengan dan siku sebelah atas.		
24.	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong tungkai dan kaki, pegang kedua mata kaki (masukkan Telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).	Seluruh bayi telah lahir	07.52 wib
25.	Melakukan penilaian bayi baru lahir	jam 07.58 WIB bayi lahir spontan jenis kelamin laki-laki, tangis kuat, Gerakan aktif,	07.58 wib

		kulit kemerahan, dan cukup bulan.	
26.	Menggeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain bersih dan kering. Dan biar kan bayi di atas perut ibu untuk melakukan IMD.	Telah dilakukan	08.00 wib
27.	Periksa Kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi janin kedua	Tidak ada janin kedua	08.01 wib

28.	Beritahu ibu bahwa akan di suntik oksitoksin agar uterus berkontraksi dengan baik	Ibu kooperatif	08.02 wib
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitoksin 10 unit intramuskuler (IM) di 1/3 paha bagian lateral.	Telah dilakukan	08.03 wib
30.	Dalam waktu 2 menit setelah bayi baru lahir, jepit pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusan bayi. Dorongan isi tali pusat kea rah distal (ibu) dan jepit	Telah dilakukan	08.04 wib

	Kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama		
31.	Lakukan pemotongan tali pusat	pemotongan tali pusat telah dilakukan dan tidak ada pendarahan.	08.05 wib
32.	Letakkan bayi agar ada kontak kulit bayi ke kulit ibu.	Telah dilakukan	08.06 wib
33.	Selimuti ibu dan bayi dengan kain dan pasang topi di kepala bayi.	Telah dilakukan	08.07 wib

2. Kala III

Tanggal 07-05-2025 pukul 08.20 WIB

A. Data Subjektif

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

b. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

   1) Keadaan umum : Baik

   2) Kesadaran : composmentis

2. Pemeriksaan khusus

   1) Genetalia

      Tanda tanda pelepasan plasenta:

      -tali pusat memanjang

      -keluar semburan darah secara tiba tiba

      -uterus membundah

   2) Abdomen

      Kandung kemih : kosong

      Kontraksi uterus : keras

      TFU : setinggi sepusat

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

c. Assesment / Analisa

Diagnosa : P0A1 parturiens kala III, dengan kontraksi uterus keras

Masalah : tidak ada

Masalah potensial : tidak ada

Diagnosa potensial: tidak ada

Kebutuhan segera : tidak ada

d. Planning

No	Planning	Evaluasi	Waktu
34.	Memindahkan klem pada tali pusat hungga berjarak 5-10 cm dari vulva	Telah dilakukan	08.20 wib
35.	Meletakkan satu tangan atas kain pada perut ibu, di tepi atas symfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangakan tali pusat.	Telah dilakukan	08.21 wib

36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusatkerah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kea rah belakang-atas (dorso-kranial) secara berhati-hati. Jika plasentatidak lahir setalah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatss.	kontraksi baik, tali pusat memanjang dan dilakukan dorso kranial	08.22 wib

37.	Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat, dengan arah sejajar lantai dan kemudian kea rah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial	plasenta terlihat muncul di introigus vagina	08.23 wib
38.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putas plasenta hingga	Plasenta lahir spontan pukul 08.35 wib	08.25 wib

	selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disiapkan		
39.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan Gerakan melingkar dengan lembur hingga uterus berkontraksi	Fundus teraba keras	08.26 wib
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum	Tidak terdapat robekan pada perineum	08.27 wib

41.	Memeriksa kedua sisi planseta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.		08.30 wib

3. Kala IV

Tanggal Pengkajian 07/05/2025 pukul : 08.45 WIB

a. Data Subjektif

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

b. Data Objektif

1) Keadaan umum : baik

2) Kesadaran : composmentis

3) TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 85 x/menit

RR : 22 x/menit

S : 36,7 ℃

4) TFU 2 jari dibawah pusat

5) Kontraksi uterus : keras

6) Kandung kemih : kosong

7) Pendarahan: 50 cc

c. Assesment

Diagnosa :P2A0 parturiens kal IV

Masalah : tidak ada

Masalah potensial : tidak ada

Diagnosa potensial : tidak ada

d. Planning

No	Planning	Evaluasi	Waktu
42.	Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi	kontraksi uterus baik, uterus keras	08.45 wib

	perdarahan pervaginam		
43.	Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi	Kandung kemih kosong	08.46 wib
44.	Mencelupkan sarung tangan pada larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan dan keringkan.	Telah dilakukan	08.47 wib
45.	Mengajarkan ibu cara menilai kontraksi dan melakukan masase	Ibu dapat mempraktekkan sendiri massase uterus	08.49 wib

46.	Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan baik	Nadi ibu normal 85x/menit	08.50 wib
47.	Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah	Perdarahan 50 cc	08.51 wib
48.	Memantau keadaan bayi, memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x.menit)	Respirasi bayi 42x/menit	08.52 wib
49.	Membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh menggunakan air DTT	Telah dilakukan	08.53 wib
50.	Memastikan ibu merasa nyaman,dan membantu ibu membersihkan ASI	keluarga memberikan makan dan minum	08.54 wib

	serta menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum	untuk ibu, dan ibu menyusui bayinya	
51.	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.	Telah dilakukan	08.55 wib
52.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah medis.	Telah dilakukan	08.56 wib
53.	Medekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%	Telah dilakukan	08.57 wib
54.	Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan	Telah dilakukan	08.58 wib

	klorin 0,5% dan melepaskan sarung tangan secara terbalik		
55.	Memcuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan	Telah dilakukan	08.59 wib
56	Memakai saeung tangan DTT untuk memberikan vitamin K1 (1mg) itramuskular dipaha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksi infeksi dalam 1 jam pertama	salep mata dan penyuntikan telah diberikan, tidak ada pendarahan	09.00 wib
57.	Melakukan pemeriksaan fisik lanjutan, dan	BB 2900 gram, PB 49 cm, LK 33 cm, LD 32 cm, tidak	09.01 wib

	memastikan kondisi bayi tetap baik	ada masalah ataupun komplikasi pada bayi	
58	Memberikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Dan letakkan bayi dalam jangkauan ibu.	penyuntikan telah dilakukan, tidak ada perdarahan	09.02 wib
59.	Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan	Telah dilakukan	09.03 wib
60.	Melengkapi partograf	Partograf telah dilengkapi	09.05 wib

ASUHAN PADA BBL

Hari/Tanggal : 07-05-2025

Nama pengkaji : Yanti

Waktu Pengkaji : 08.30 wib

Tempat Pengkajian : TPMB Bidan Iyam Siti Purnama,S.Keb

DATA SUBJEKTIF

A. Identitas Bayi

1. Nama bayi : By Ny Nurul
2. Tgl/Hari/Jam lahir : rabu/07-05-2025/07.30
3. Jenis Kelamin : laki laki
4. BB lahir : 2900 gram
5. PB lahir : 49 cm

Anak ke : 2

Identitas Orang Tua

No	Biodata	Ibu	Ayah
1.	Nama	Ny Nurul Hindun	Tn Wawan setiawan
2.	Umur	30 tahun	33 tahun

3.	Agama	Islam	Islam
4.	Pendidikan	S1	S1
5.	Suku Bangsa	Sunda	Sunda
6.	Pekerjaan	Guru	Wiraswasta

Keluhan utama : ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan

B. Riwayat Kehamilan

1. P2A0
2. Usia kehamilan : 38 minggu 4 hari
3. Keluhan saat hamil : Tidah Ada
4. Riwayat Kesehatan : dalam keluarga ibu dan ayah tidak yang sedang atau pernah menderita penyakit dengan gejala yang mengarah pada penyakit seperti hipertensi, TBC, DM, hepatitis, jantung, hemofilia, asma, HIV/AIDS, anemia, PMS, keluarga tidak mempunyai Riwayat bayi kembar
5. Immunisasi TT

   TT 1= Sudah dilakukan (20-01-2025)

   TT 2= Sudah dilakukan (10-03-2025)
6. Faktor penyulit selama kehamilan : Tidak Ada

C. Riwayat Persalinan Sekarang

1. Penolong Persalinan : Bidan
2. Tempat Persalinan : TPMB

3. Cara Lahir : Spontan
4. Presentasi : Kepala
5. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya : Tidak
6. Warna : Jernih
7. Komplikasi persalinan : Tidak ada

D. Keadaan bayi saat Lahir

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

TOTAL		8	9

E. Intake Cairan

1. ASI : iya
2. PASI : - Jumlah :-cc Jenis -
3. INFUS : - Jumlah :-cc Jenis -

F. Eliminasi

1. BAK : sudah Warna ; jernih
2. BAB : belum Warna : - Konsistensi : -

G. Istirahat/Tidur

1. Lamanya : -+ 2jam
2. Keadaan waktu tidur : baik

H. Psikososial

1. Hubungan ibu dengan bayi : baik
2. Perilaku ibu terhadap bayi : ibu sangat senang atas kelahiran putra keduanya

I. DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

a. Ukuran keseluruhan : baik
b. Kepala, Badan, Ektremitas : normal
c. Tonus Otot dan Tingkat Aktifitas : aktiv
d. Warna kulit dan Bibir : merah

e. Tangis Bayi : kuat

2. Tanda-Tanda Vital

a. Pernafasan

- Wheezing : tidak ada
- Ronchi : tidak ada
- Frekuensi : 42x/menit

b. Jantung

- Frekuensi : 135
- Irama : reguler

c. Suhu : 36,5°C

d. BB : 2900 gram

e. PB : 49 cm

3. Kepala

a. Ubun-ubun besar : normal

b. Ubun-ubun kecil : normal

c. Sutura

- Molase : tdak ada

d. Caput Succedenum : ada

e. Ceptal Hematom : tidak ada

f. Ukuran Lingkar Kepala

- C. Cub. Occ Bregmantika : 32 cm
- C. Fronto. Occ : 31 cm

- C. Mento. Occ : 30 cm

g. Kelainan :

4. Mata

a. Bentuk : simetris

b. Kotoran : tidak ada

c. Konjungtiva : merah muda

d. Sklera : putih

e. Perdarahan : tidak ada

f. Kelainan : tidak ada kelainan

5. Telinga

a. Bentuk : simetris

b. Daun Telinga : simetris

c. Letak telinga terhadap mata : sejajar

d. Pengeluaran Cairan : tidak ada

e. Kelainan : tidak ada kelainan

6. Hidung

a. Bentuk : simetris

b. Lubang hidung : ada

c. Pernafasan cuping hidung : tidak ada

d. Sekret : tidak ada

e. Kelainan : tidak ada kelainan

7. Bibir dan Mulut

a. Bentuk : simetris

b. Palatum : tidak ada

c. Lidah : bersih

d. Gusi : bersih

e. Reflek sucking : (+)

f. Reflek rooting : (+)

g. Kelainan : tidak ada kelainan

8. Leher

a. Pembengkakan : tidak ada pembengkakan

b. KGB : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

c. Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

d. Pergerakan : (+)

e. Kelainan : tidak ada kelainan

9. Dada

a. Bentuk : simetris

b. Lingkar dada : 32 cm

c. Tulang rusuk&sternum: tidak ada kelainan

d. Putting susu : ada

10. Bahu, lengan dan Tangan

a. Gerakan Normal : iya

b. Jumlah jari : 5/5 (kakn dan kiri)

c. Reflek Moro : (+)

11. Abdoment

a. Bentuk : simetris

b. Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : tidak

c. Perdarahan tali pusat : tidak

d. Lembek (pada saat tidak menangis) : tidak

e. Tonjolan : tidak

12. Kelamin Laki-laki

a. Testis dalam Skrotum : iya

b. Penis berlubang pada ujung penis : iya

13. Kelamin Perempuan

a. Vagina berlubang : -

b. Uretra berlubang : -

c. Labia mayora menutupi labia minora : -

14. Keadaan Punggung

a. Spina Bifida : tidak ada

b. Kelainan : tidak ada kelainan

15. Panggul

a. Periksa adanya kelainan dan tanda klik : tidak ada

16. Anus

a. Lubang : ada

b. Letak : simetris

c. Kelainan : tidak ada kelainan

17. Ektremitas

a. Atas

- Gerakan tangan : (+)
- Jari-jari tangan : 5/5 (lengkap kanan/kiri)
- Akrosianosis : tidak ada

b. Bawah

- Gerakan : (+)
- Jari-jari kaki : 5/5 (lengkap kanan/kiri)
- Refleks Babinski : (+)
- Akrosianosis : tidak ada

18. Kulit

a. Warna kulit : kemerahan

b. Vernix Caseosa : ada

c. Tanda lahir : tidak ada

d. Hyperpigmetasi : tidak ada

e. Kelainan : tidak ada keluahan

II. ASSESMENT/ANALISIS

Diagnosa : By Ny Nurul usia 0 jam,neonates cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan keadaan baik

Masalah : -

Kebutuhan : pemberian vit k

Masalah Potensial : -

Tindakan Segera : -resusitasi

-pemberian vit k

-pemberian salep mata

I. PLANNING/PERENCANAAN

No.	Planning	Evaluasi	Waktu
1.	melakukan inform consent tindakan apa yang akan di lakukan ke pada bayi	bu mengerti dan bersedia anak nya dilakukan tindakan	08.30 wib
2.	melakukan pemotongan tali pusat	sudah dilakukan pemotongan tali pusat	08.31 wib
3.	.resusitasi pada bayi (membersihkan bayi,mengeringkan bayi,menghisap lender bayi dan menjaga kehangatan bayi	sudah di lakukan resusitasi pada bayi	08.35 wib
4.	melakukan penyuntikan	vit k sudah di berikan	08.57 wib

	vitamin k di paha kiri bayi		
5.	memberikan salep mata pada bayi	sudah diberikan salep mata pada bayi	08.58 wib
6.	melakukan antropometri	sudah dilakukan antropometri yaitu mengukur berat badan bayi,Panjang bayi	08.59 wib
7.	melakukan pemfis bayi	sudah dilakukan pemfis pada bayi dan bayi dalam keadaan bayi	09.00 wib
8.	observasi pada bayi (observasi BAB dan BAK)	bayi sudah BAK 5 menit setelah lahir tapi BAB	09.06 wib
9.	memberikan nutrisi pada bayi (menganjurkan ibu untuk menyusui bayi nya)	bayi sudah di berikan ASI oleh ibu nya	09.07 wib

Post partum 6 jam

Hari/Tanggal : rabu/07-05-2025

Nama pengkaji : Yanti

Waktu Pengkajian : 15.00 wib

Tempat Pengkajian : TPMB Bidan Iyam Siti Purnama,S.Keb

II. SUBYEKTIF

A. ANAMNESA

Identitas Istri:

Nama : Ny Nurul Hindun

Umur : 30 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Guru

Suku Bangsa : Sunda

Golongan Darah : B

Alamat Rumah : Jln nagrog III rt 01/09 kel, pasir kaliki ujung berung

Identitas Suami

Nama : Ny Wawan Setiawan

Umur : 33 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Wiraswasta

Suku Bangsa : Sunda

Golongan Darah : B

Keluhan Utama : Ibu mengeluh masih merasa sedikit mules dan sedikit lemas

B. RIWAYAT KESEHATAN

Riwayat Persalinan dan Kelahiran

- Melahirkan anak ke = Kedua
- Umur Kehamilan = 38 minggu 4 hari
- Tempat Melahirkan = TPMB
- tanggal&Tahun melahirkan&Pukul= rabu/ 07-05-2025 / 08.38 wib
- Jenis Kelamin = Laki Laki
- BB & PB = 2900 gr / 49 cm
- Keadaan Bayi = Baik
- Penolong persalinan = Bidan
- Jenis Persalinan = Spontan
- Indikasi = Tidak ada
- Robekan/Episiotomi = Tidak ada laserasi jalan lahir
- Komplikasi selama kehamilan dan persalinan = tidak ada

C. DATA PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Respon ibu terhadap kelahirannya = Baik

2. Dukungan suami/keluarga = Mendukung

3. Kegiatan Spiritual = Sholat dan Berdoa

D. DATA AKTIFITAS SEHARI-HARI

1. Pola makan : Frekuensi 2x/hari, Porsi : 1 porsi

Jenis : nasi+ayam goreng+sayur

Alergi makanan : tidak ada

Minum : Jumlah : -+ 7 gelas

Jenis minuman : air putih

2. Istirahat dan tidur : Tidur Siang : -+1 jam

Tidur malam : -+ 5-6 jam

3. Personal Hygiene :

- Mandi : ibu belum mandi selama 6 jam, hanya washlap badan saja
- Gosok Gigi : -
- Ganti pembalut Frekuensi : 4 x/hari
- Vulva Hygiene : Bersih

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

5. Ambulasi dini : Ibu sudah bisa berjalan ke kamar mandi

6. Eliminasi

- BAB : Frekuensi : -

Konsistensi : - Warna : -

- BAK : frekuensi : 3-4 x/hari Warna : kuning pekat

7. Hub Seksual : Frekuensi : - Keluhan : -

E. RENCANA MENGGUNAKAN KONTRASEPSI

- Jenis Kontrasepsi : IUD
- Alasan : menjarakkan kehamilan
- Kapan : selesai masa nifas
- Tempat Pelayanan : klinik

F. MENYUSUI

- Frekuensi Menyusui : 10-15x/hari
- Lama menyusui : 20 menit

G. PENGETAHUAN IBU NIFAS MENGENAI TANDA-TANDA BAHAYA

1. Kelelahan, Sulit tidur : iya,ibu kesulitan tidur malam karena bayi nya menangis lapar
2. Demam : tidak ada demam
3. Nyeri atau terasa panas waktu Bak : tidak ada nyeri saat BAK
4. Sembelit, Haemoroid : tidak ada hemaroid
5. Sakit kepala terus menerus, nyeri, bengkak : tidak ada
6. Nyeri Abdomen : ibu mengatakan sedikit nyeri perut bawah
7. Cairan vagina yang berbau busuk : tidak ada pengeluaran cairan berbau busuk
8. Sangat sakit saat payudara disentuh, pembengkakan, putting yang pecah-pecah : tidak
9. Kesulitan dalam menyusui : tidak ada kesulitan
10. Kesedihan : tidak, ibu merasa bahagia
11. Merasa kurang mampu merawat bayi : tidak
12. Rabun senja : ibu tidak memiliki riwayat rabun

III. DATA OBJEKTIF

1) PEMERIKSAAN UMUM

1) Keadaan Umum : baik

2) Kesadaran : composmetis

3) Keadaan Emosional : baik

4) Tanda-tanda Vital : TD : 100/70 mmHg,

Nadi : 82 x/mnt

Suhu : 36,5°C

Respirasi : 22 x/mnt

2) PEMERIKSAAN FISIK

1. Muka

Oedema/Tidak : tidak ada oedema

Mata : - Conjungtiva : merah muda

- Sclera : putih

- Peradangan : tidak ada

2. Dada

- Payudara :- Bentuk : Simetris

- Putting susu: Menonjol

- Benjolan : Tidak ada

- Pengeluaran Kolostrum : Ada

- Pembesaran : tidak ada pembesaran

3. Abdomen

- Luka bekas operasi : tidak ada luka bekas operasi
- Tanda infeksi : tidak ada tanda infeksi
- Tinggi Fundus Uteri : 2 jari dibawah pusat
- Kontraksi Uteri : keras
- Massa : tidak ada masa
- Konsistensi otot perut : baik
- Kandung Kemih : kosong

4. Extremitas
   - Oedema : tidak ada oedema
   - Kemerahan pada betis : tidak ada kemerahan pada betis
   - Varices : tidak ada varices
   - Tanda Homman : tidak ada tanda homman
5. Genitalia
   - Kebersihan : vulva vagina bersih, tidak ada pengeluaran berbau busuk
   - Pengeluaran Lochea: Warna : rubra Bau : khas konsistensi : normal
   - Perineum : tidak ada kelainan

3) PEMERIKSAAN PENUNJANG

- Darah :Hb : 11,2

IV. ASSESMENT/ANALISA

Diagnosa : Ny Nurul usia 30 tahun P2A0 post partum 6 jam

Dasar : hasil pemeriksaan

Masalah : perdarahan sisa plasenta

Kebutuhan : pemantauan ttv,memberikan cairan yang cukup

Masalah Potensial : Anemia

Tindakan Segera : membersihkan sisa plasenta / Evavorasi

V. PLANNING/PERENCANAAN

No.	Planning	Evaluasi	Waktu
1.	memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan	ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan	15.00 wib
2.	melakukan evavorasi/eksmplorasi plasenta	sisa plasenta sudah dibersihkan	15.01 wib
3.	Memasukkan tampon kedalan vagina ibu, untuk menahan perdarahan yang keluar	Tampon sudah dimasukkan dan akan di evaluasi Kembali perdarahan	15.10 wib

4.	melakukan pemantauan ttv,hb dan perdarahan ibu setelah dibersihkan sisa plasenta	TD ibu : 90/60 mmHg HB : 10,2 Setelah diperiksa Kembali 15 menit kemudia perdarahan pada ibu sudah berhenti dan Kembali normal, namun tampon belum dibuka, iibu boleh membuka tampon jika ingin ke kamar mandi	15.25 wib
4.	menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi	ibu sudah mendapat nutrisi dan hidrasi yang cukup	15.30 wib
5.	menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene	ibu bersedia menjaga personal hygiene	15.31 wib
6.	mengajarkan ibu perawatan payudara	ibu mengerti dan dapat mempraktekkan yang diajarkan	15.32 wib

7.	mengajarkan ibu Teknik menyusui yang baik	ibu mengerti dan dapat mempraktekkannya	15.33 wib
8.	mengajarkan ibu peawatan bayi dan plasenta	ibu mengerti yang diajarkan oleh bidan	15.34 wib
9.	memberitahu ibu tanda bahaya nifas	ibu mengerti dan bersedia ke faskes jika terjadi tanda bahaya nifas	15.35 wib
10.	memberikan konseling Pendidikan Kesehatan ASI ekslusif	ibu berkomitmen akan memberikan ASI eksklusif pada bayi sepenuhnya	15.36 wib
11.	memberikan pendidikan Kesehatan keluarga berencana	ibu mengerti dan akan memikirkan KB apa yang akan digunakan	15.37 wib

Hari/Tanggal : Rabu / 14-05-2025

Nama pengkaji : Yanti

Waktu pengkajian : 10.00 wib

Tempat Pengkajian : TPMB Bidan Iyam Siti Purnama,S.Keb

SUBYEKTIF

ANAMNESA

Identitas Istri :

Nama : Ny Nurul Hindun

Umur : 30 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Guru

Suku Bangsa : Sunda

Golongan Darah : B

Alamat Rumah : Jln nagrog III rt 01/09 kel,pasir kaliki ujung bareng

Identitas Suami :

Nama : Tn Wawan Setiawan

Umur : 33 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Wiraswasta

Suku Bangsa : Sunda

Golongan Darah : -

Alamat Rumah : Jln nagrog III rt 01/09 kel,pasir kaliki ujung berung

Keluhan utama : Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan

DATA OBJEKTIF

A. PEMERIKSAAN UMUM

1) Keadaan Umum : baik
2) Kesadaran : composmetis
3) Keadaan Emosional : baik
4) Tanda-tanda Vital : TD : 120/80 mmHg,
   Nadi : 84 x/mnt
   Suhu : 36,7°C,
   Respirasi : 22x/menit
5) Lochea : serosa
6) TFU : tidak teraba

ASSESMENT/ANALISA

Diagnosa : Ny Nurul usia 30 tahun P2A0 post partum 7 hari dengan keadaan baik

Dasar : hasil pemeriksaan

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : -

Masalah Potensial : tidak ada

Tindakan Segera : konseling

Planning/Perencanaan

No.	Planning	Evaluasi	Waktu
1.	memberitahu ibu hasil pemeriksaan	bu mengetahui hasil pemeriksaan	10.00 wib
2.	nform consent kepada ibu bahwa ibu akan di periksa	bu bersedia untuk diperiksa	10.01 wib

3.	Memeriksa TTV, TFU, LOCHEA	TD : 120/80 mmHg TFU : tidak teraba Lochea : Serosa (merah kecoklatan), lochea ibu sudah sedikit pengeluarannya	10.03 wib
4.	menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene	ibu sudah menjaga personal hygiene	10.10 wib
5.	memberitahu ibu cara perawatan payudara	bu mengerti dan bisa mempraktekkannya	10.11 wib
6.	memberitahu ibu tentang perawatan bayi	bu mengerti tentang yang diajarkan	10.12 wib
7.	memberikan Pendidikan Kesehatan tentang ASI eksklusif	bu mengerti dan optimis memberikan ASI eksklusif pada bayinya	10.13 wib
8	menganjurkan ibu untuk menjemur bayi	bu sudah rutin menjemur bayinya setiap pagi hari	11.14 wib

	nya untuk mencegah bayi kuning		
9.	Memberikan konseling KB apa yang akan ibu gunakan	Ibu berencana akan menggunakan KB IUD tapi ibu masih sedikit ragu dan sedang memikirkan matang matang untuk menggunakan KB IUD serta mempersiapkan diri terlebih dahulu	15.15 wib
10	memberitahu ibu tanda bahaya nifas	Ibu mengerti dan bersedia kefaskes jika mengalami tanda bahaya nifas	15.20 wib

Asuhan Neonatus 6 jam

Hari/Tanggal : rabu 07/05/2025

Nama pengkaji : Yanti

Waktu pengkajian : 15.00 wib

Tempat Pengkajian : TPMB Bd Iyam Siti Purnama, S.Keb

I. DATA SUBJEKTIF

a. Identitas Bayi

1. Nama bayi : By.Ny Nurul
2. Tgl/Hari/Jam lahir : Rabu/07 mei 2025/08.38 wib
3. Jenis Kelamin : Laki Laki
4. BB lahir : 2900 gram
5. PB lahir : 49 cm

b. Identitas Orang Tua

No	Biodata	Ibu	Ayah
1.	Nama	Ny Nurul Hindun	Tn Wawan Setiawan
2.	Umur	30 tahun	33 tahun
3.	Agama	Islam	Islam

4.	Pendidikan	SI	SI
5.	Suku Bangsa	Sunda	Sunda
6.	Pekerjaan	Guru	Wiraswasta
7.	Alamat	Jln nagrog III rt 01/09 kel, pasir kaliki ujung berung	

Riwayat Persalinan

1. Jenis Persalinan : Spontan
2. Ditolong Oleh : Bidan
3. Komplikasi : Tidak ada komplikasi

II.OBJEKTIF :

1. **Pemeriksaan umum**

a. Pemeriksaan APGAR SCORE

No	Aspek yang Dinilai	0	1	2	Waktu	
					1	5
1.	Frekuensi Deyut Jantung	-	< 100	>100	2	2
2.	Usaha Bernafas	-	Lambat, teratur	Menangis Kuat	1	2

3.	Tonus Otot	Lumpuh	Extremitas Fleksi sedikit	Menangis Bergerak	2	2
4.	Reaksi Terhadap Rangsangan	-	Gerakan Sedikit	Menangis Aktif	1	1
5.	Warna Kulit	Biru/Pucat	Tubuh kemerahan, Ektremitas biru	Seluruh Tubuh kemerahan	2	2
TOTAL					8	9

b. Ukuran Berat badan : 2900 gram

c. Ukuran panjang badan : 49 cm

d. Ukuran lingkar kepala : 33 cm

e. Ukuran lingkar dada : 32 cm

f.

2. Pemeriksaan tanda-tanda vital

a. Laju nafas : 42x/menit

b. Laju jantung : 130x/menit

c. Suhu : 36,7°C

3. Pemeriksaan kepala

a. Ubun-ubun : normal

b. Sutura

- Molase : tdak ada

  Caput Succedenum : ada

  Ceptal Hematom : tidak ada

  Ukuran Lingkar Kepala : 33 cm

- C. Cub. Occ Bregmantika : 32 cm
- C. Fronto. Occ : 31 cm
- C. Mento. Occ : 30 cm

c. Apakah ada penonjolan / cekungan : tidak ada penonjolan atau cekungan

4. **Telinga**

a. Hubungan letak dengan mata : telingan sejajar dengan mata

b. Hubungan letak antara telinga : telingan kanan dan kiri sejajar

5. Mata

a. Bentuk : simetris

b. Kotoran : tidak ada

c. Konjungtiva : merah muda

d. Sklera : putih

e. Perdarahan : tidak ada

f. Kelainan : tidak ada kelainan

19. Telinga

f. Bentuk : simetris

g. Daun Telinga : simetris

h. Letak telinga terhadap mata : sejajar

i. Pengeluaran Cairan : tidak ada

j. Kelainan : tidak ada kelainan

6. Hidung dan Mulut

a. Kelainan bawaan : tidak ada kelainan

b. Refleks menghisap : (+)

c. Bibir dan Mulut

h. Bentuk : simetris

i. Palatum : tidak ada

j. Lidah : bersih

k. Gusi : bersih

l. Reflek sucking : (+)

m. Reflek rooting : (+)

n. Kelainan : tidak ada kelainan

7. Leher

a. Pembengkakan : tidak ada pembengkakan

b. Gumpalan : tidak ada gumpalan

8. Dada

a. Bentuk : simestris

b. Putting :ada

c. Bunyi nafas : normal

d. Bunyi jantung : normal

9. Bahu, Lengan dan Tangan

a. Gerakan normal : normal

b. Jari-jari : lengkap (5/5 kanan dan kiri)

10. Sistem syaraf/ Refleks moro : (+)

11. Abdomen

Bentuk : simetris

Penonjolan tali pusat : tidak ada penonjolan saat bayi menangis

Perdarahan tali pusat : tidak ada perdarahan tali pusat

12. Kelamin

a. Laki – laki

- Testis sudah ada dalam skrotum Ya / Tidak : iya testis berada dalam skrotum
- Ada lubang di penis Ya/Tidak dan letak : iya, penis berlubang

b. Perempuan

- Vagina dan uretra berlubang Ya/Tidak : -
- Keadaaan labia mayora dan minora : -
-

13. Tungkai dan Kaki

a. Simetris : simetris

b. Jumlah jari dan Gerakan : Gerakan tangan normal dan jumlah jari (5/5 kanan dan kiri)

14. Anus

a. Ada lubang Ya/Tidak :iya anus berlubang

15. Kulit

a. Verniks : ada

b. Warna : putih

c. Tanda lahir : bayi tidak memiliki tanda lahir

d. Warna kulit : kemerahan

e. Hyperpigmetasi : tidak ada

f. Kelainan : tidak ada kelainan

III. ASSESSMENT

Diagnosa : By Ny Nurul usia 6 jam,neonates cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan keadaan bayi baik

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

III. PLANNING/PERENCANAAN

No	Planning	Evaluasi	Waktu
1.	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan	Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan	15.00 wib
2.	Pemantauan TTV bayi	Tanda vital bayi dalam batas normal, suhu	15.05 wib

		tubuh stabil (36,5°C), frekuensi napas dan denyut jantung sesuai usia neonatus	
3.	Memberikan konseling perawatan tali pusat dan tanda tanda infeksi bayi kepada ibu	Tali pusat dalam keadaan bersih dan kering, belum terdapat tanda-tanda infeksi (tidak ada kemerahan, bengkak, atau bau).	15.06 wib
4.	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali	Ibu sudah menyusui bayinya 2 jam sekali	15.06 wib
5.	Pemantauan Eliminasi Catat frekuensi buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB/meconium).Berikan edukasi kepada ibu untuk	bayi sudah BAK dan mengeluarkan mekonium, menunjukkan fungsi ginjal dan	15.07 wib

	mengamati perubahan warna dan frekuensi feses.	pencernaan berjalan baik.	
6.	Deteksi dini neonatal	Tidak ditemukan tanda-tanda bahaya pada bayi, seperti sesak, muntah hijau, kejang, atau hipotermia.	05.08 wib
7.	Dukungan Bonding dan Attachment	Bonding attachment antara ibu dan bayi berjalan baik, ibu tampak senang dan percaya diri dalam merawat bayinya.	05.09 wib
8.	Pencatatan dan dokumentasi	Dokumentasi dan pencatatan dalam buku KIA dan rekam medis telah dilakukan	05.10 wib

		secara lengkap dan tepat waktu.	

NEONATUS KEDUA

Hari/Tanggal : rabu 14/05/2025

Nama pengkaji : Yanti

Waktu pengkajian : 10.00 wib

Tempat Pengkajian : TPMB Bd Iyam Siti Purnama, S.Keb

A. DATA SUBJEKTIF

a. Identitas Bayi

Nama bayi : By.Rizaidan Muhammad Nazwan

Tgl/Hari/Jam lahir : Rabu/07 mei 2025/08.38 wib

Jenis Kelamin : Laki Laki

BB lahir : 2900 gram

PB lahir : 49 cm

b. Identitas Orang Tua

No	Biodata	Ibu	Ayah
1.	Nama	Ny Nurul Hindun	Tn Wawan Setiawan
2.	Umur	30 tahun	33 tahun
3.	Agama	Islam	Islam

4.	Pendidikan	SI	SI
5.	Suku Bangsa	Sunda	Sunda
6.	Pekerjaan	Guru	Wiraswasta

B. Data Objektiv

a. Tanda Vital:

Suhu : 36,7°C

Frekuensi Napas : 40 x/menit

Frekuensi Nadi : 140 x/menit

Warna kulit : Kemerahan merata

Perfusi kapiler : <2 detik

b. Pengukuran Antropometri:

Berat Badan : 3000 gram

Panjang Badan : 49 cm

Lingkar Kepala : 33 cm

Lingkar Dada : 32 cm

Lingkar Lengan : 10 cm

Lingkar Perut: 31 cm

III. ASSESSMENT

Diagnosa : By Rizaidan Muhammad Nazwan, usia 7 hari neonates cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan keadaan bayi baik

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Masalah Potensial : tidak ada

IV. PLANNING/PERENCANAAN

No	Planning	Evaluasi	Waktu
1.	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan	Ibu mengetahui hasil pemeriksaan	10.00 wib
2.	Pemantauan TTV bayi	Tanda vital bayi dalam batas normal, suhu tubuh stabil (36,7°C), frekuensi napas dan denyut jantung sesuai usia neonatus	10.05 wib
3.	Memberikan konseling perawatan tali pusat dan tanda tanda infeksi bayi kepada ibu	Tali pusat sudah puput dan dalam keadaan bersih dan kering, belum terdapat tanda-tanda infeksi (tidak ada kemerahan, bengkak, atau bau).	10.06 wib

4.	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali	Ibu sudah menyusui bayinya setiap 2 jam sekali	10.07 wib
5.	Deteksi dini komplikasi neonatal.	Tidak ditemukan tanda-tanda bahaya pada bayi, seperti sesak, muntah hijau, kejang, atau hipotermia.	10.08 wib
6.	Memberikan konseling imunisasi dasar lengkap dan jadwal imunisasi selanjutnya	Ibu mengerti dan bersedia dating untuk imunisasi selanjutnya	10.09 wib
7.	Mencatat semua hasil pemeriksaan di buku KIA	Hasil pemeriksaan sudah di catat di perkembangan neonatus	10.10 wib

Asuhan Kebidan Keluarga Berencana

Nama Pengkaji : Yanti

Tanggal : 14 mei 2025

Waktu : 10.00 wib

Tempat : Rumah Pasien

1. Data Subjektif

   Keluhan Pasien : Ibu mengatakan masih ragu menggunakan kontrasepsi yang dia pilih

   Riwayat Kontrasepsi

   Ibu mengatakan setelah melahirkan anak pertama ibu menggunakan kontrasepsi KB suntik 3 bulan, ibu tidak pernah mengganti KB jenis lain sampai ibu hamil anak kedua

2. Data Objektif

   Pemeriksa Umum

   Keadaan Umum : Baik

   Kesadaran : Composmetis

   TTV :

   TD : 120/80 mmHg

   N : 84 x/menit

   R : 23 x/menit

S : 36,7 ℃

3. Analisa

Diagnosa : Ny. N P2A0 usia 30 tahun calon aseptor KB IUD

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : KIE KB

4. Planing/Perencanaan

No	Planing	Evaluasi	Waktu
1	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV	Ibu mengetahui hasil pemeriksaan	10.00 wib
2	Memberikan KIE tentang KB : pil, suntik, implant, IUD	Ibu mengerti tentang semua jenis KB, efek samping, keuntungan, kerugian dan efektivitas	10.05 wib
3	Menanyakan kepada ibu KB apa yang akan digunakan	Ibu tertarik menggunakan KB IUD, namun ibu masih memikirkan matang matang tentang KB yang akan digunakan	10.07 wib

		serta akan berdiskusi dengan suami terlebih dahulu	
4	Memberitahu ibu kapan akan melakukan pemasangan KB IUD	Ibu bersedia untuk dating kef askes saat masa nifas nya akan segera berakhir	10.08 wib
5	Melakukan Pendokumentasian	Sudah dilakukan pendokumentasian	10.10 wib