BAB III
METODE DAN LAPORAN KASUS

A. Pendekatan Design Kasus (*case study*)

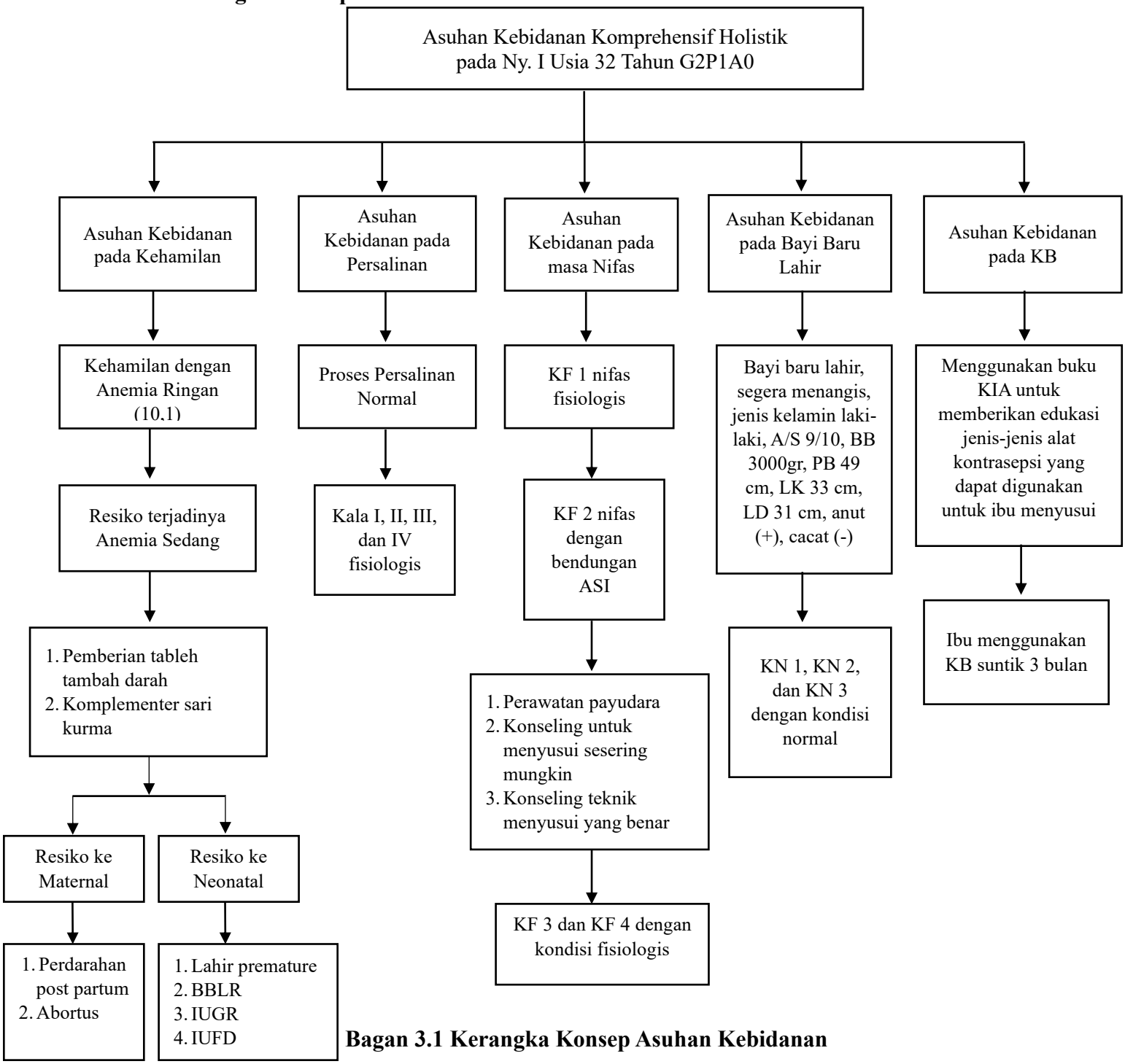
Pendekatan studi kasus pada laporan ini mengacu pada penerapan Manajemen Asuhan Kebidanan tujuh langkah Varney yang terdiri dari pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, penegakan diagnosa, masalah potensial, tindakan segera, menyusun rencana, melaksanakan secara menyeluruh asuhan kebidanan dan melakukan evaluasi, serta di dokumentasi pemantauan kunjungan dalam bentuk SOAP. SOAP merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan Langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan dengan jelas dan logis. Asuhan kebidanan diberikan secara menyeluruh dan berkesinambungan atau di kenal dengan istilah *continuity of care* (COC).

Continuity of care adalah asuhan yang diberikan selama siklus kehidupan dimulai dari *antenatal care* (ANC), *intranatal care* (INC), bayi baru lahir (BBL), *postpartum care* (PNC), neonatus, dan keluarga berencana (KB). *Continuity of care* ini memiliki rmanfaat untuk memantau perkembangan kehamilan, mengontrol kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, mendeteksi secara dini adanya komplikasi yang dapat terjadi selama hamil, mengurangi intervensi ketika bersalin seperti section ceasar sehingga jumlah persalinan normal meningkat (Ismayanty, dkk. 2024).

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Tempat pemeriksaan dan pengambilan kasus dilakukan di PMB Hj. E dan rumah Ny. I di Kelurahan Pacet, Kabupaten Bandung, dan membutuhkan waktu kurang lebih dua bulan, yang dimulai dari tanggal 07 Maret 2024 – 25 Mei 2024.

C. Kerangka Konsep Asuhan



Bagan 3.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan

D. Objek/Partisipan

Partisipan adalah individu yang ikut berperan dalam proses penelitian atau pengambilan suatu kasus, yang kontribusinya adalah sebagai orang yang memberikan informasi atau data kepada peneliti. Partisipan dalam pengambilan kasus ini ada Ny. I usia 32 tahun yang telah bersedia dil akukan pemeriksaan serta diberikan asuhan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan kespro-KB.

E. Etika Studi Kasus/*Informed Consent*

Informed consent merupakan suatu proses komunikasi antara tenaga medis dan pasien tentang kesepakatan sebuah tindakan medis yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada pasien (ada kegiatan penjelasan rinci oleh tenaga kesehatan) dan di akhiri dengan penandatanganan formulir informed consent secara tertulis (Matippanna, 2021). Tujuan-tujuan ini mencakup tujuan hukum untuk melindungi hak-hak pasien, tujuan etis untuk mendukung pengambilan keputusan secara otonom, tujuan administratif untuk menyediakan perawatan kesehatan yang efisien, dan tujuan interpersonal untuk membangun kepercayaan yang diperlukan untuk melanjutkan tindakan

Proses pelaksanaan *informed consent* pada pengambilan kasus ini dilakukan pada tanggal 07 maret 2024 dan telah di tandatangani oleh Ny. I (sebagai klien) sebagai tanda bahwa klien bersedia dilakukan pemeriksaan dan diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan kesehatan reproduksi-KB. Bukti dari hasil dari *informed consent* tersebut terlampir di daftar lampiran.

F. Pendokumentasian SOAP Asuhan Holistik Islami Masa Kehamilan

1. Kunjungan ANC ke 1

Tanggal Pengkajian : Kamis, 07 Maret 2024

Tempat Pengkajian : PMB Hj. E

Pengkaji : Siti Sindi Widiati Robi'ah

S DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

	Klien	**Suami**
Nama	Ny. I	Tn. S
Usia	32 tahun	32 tahun
Agama	Islam	Islam
Suku	Sunda	Sunda
Pendidikan	SMP	SMP
Pekerjaan	IRT	Buruh
Alamat	Kp. Salakaso RT 11 / RW 04	
No Telp	081222720789	

2. Keluhan

   Klien datang untuk memeriksakan kehamilannya dan mengeluh kadang pusing dan mudah lelah

3. Riwayat Pernikahan

	Klien	Suami
Berapa kali menikah	1x	1x
Lama Pernikahan	13 tahun	13 tahun
Usia Pertama kali menikah	19 tahun	19 tahun
Adakah Masalah dalam Pernikahan?	Tidak ada	Tidak ada

4. Riwayat Obstetri

Anak ke	Usia saat ini	Usia hamil	Cara Persalinan	Penolong	BB lahir	TB lahir	Masalah saat bersalin	IMD	ASI Eksklusif
1	8 tahun	aterm	spontan	bidan	4000	50	Tidak ada	Tidak	Ya

5. Riwayat menstruasi

   a. Usia Menarche: 12 tahun

   b. Siklus : 21 hari

c. Lamanya : 7-8 hari
d. Banyaknya : 3-4x mengganti pembalut pada hari ke 1-3 dan 1-2 kali mengganti pembalut pada hari ke 4-7
e. Warna : merah tua pada hari ke 1-2, merah segar pada hari ke 3-4, dan kecoklatan pada hari ke 5-7
f. Dismenorea : pada hari pertama (tidak sampai mengganggu aktivitas)
g. Keputihan : sebelum dan setelah mentruasi berwarna bening
h. HPHT : 05 Juli 2023
i. TP : 12 April 2024

6. Riwayat Kehamilan Saat ini
   a. Frekuensi kunjungan ANC / bulan ke- : 1x/bulan di PMB (jumlah ANC 5x) dan 1x ke Puskesmas untuk melakukan cek laboratorium (total ANC selama hamil 6 kali)
   b. Imunisasi TT : TT1 pada saat catin, TT2 pada saat kehamilan pertama, serta TT3 dilakukan di kehamilan kedua ketika usia kehamilan 4 bulan
   c. Keluhan selama hamil:
      Trimester I: Mual
      Trimester II: tidak ada keluhan
      Trimester III: sakit pinggang, pusing (keluhan dirasakan di awal trimester ke 3)
   d. Terapi yang diberikan jika ada masalah saat ANC:
      Ny. I hanya meminum vitamin yang diberikan bidan, vitamin tersebut berupa tablet tambah darah sejumlah 10 tablet/bulan dari kunjungan pertama sampai ke lima di PMB, serta Ny. I juga mendapatkan tablet tambah darah pada pemeriksaan di Puskesmas sebanyak 10 tablet. Jadi total tablet tambah darah yang di dapatkan Ny. I selama kehamilan adalah 60 tablet.
7. Riwayat KB
   a. Klien menggunakan KB sebelum kehamilan : Ya
   b. Jenis KB : Pil
   c. Lama ber-KB : 5 tahun
   d. Adakah keluhan selama ber-KB : Tidak ada

e. Tindakan yang dilakukan saat ada masalah ber-KB : -

8. Riwayat Kesehatan

   Ny. I mengatakan tidak sedang/pernah menderita penyakit berat atau menurun seperti asma, penyakit jantung, hepatitis, HIV AIDS, dll. Tidak pernah melakukan tindakan operasi, serta selama hamil tidak pertnah menderita penyakit berat

9. Keadaan Psikologis

   Ny. I mengatkan baik keluarga maupun Ny. I sangat bahagia dengan kehamilannya saat ini karena ini merupakan kehamilan yang sangat di tunggu dan di rencanakan. Namun klien merasa sedikit cemas menghadapi proses persalinannya di karenakan jarak dari kehamilan pertamanya lumayan jauh, dan Ny. I selalu berkonsultasi kepada bidan untuk mengurangi kecemasannya.

10. Keadaan Sosial Budaya

    Ny. I mengatakan adat kebiasaan yang masih dilakukan pada Klien hamil adalah acara 4 bulanan dan 7 bulanan serta memakaikan gunting, bawah putih, dan panglai di Klien hamil. Ny. I merupakan orang yang tidak percaya mitos akan tetapi suaminya masih percaya beberapa kebiasaan budaya setempat. Sehingga Ny. I tetap mengikuti beberapa kebiasaan budaya tersebut yang tidak akan membahayakan Ny. I maupun bayinya untuk menghargai suaminya.

11. Keadaan Spiritual

    Ny. I mengatakan bahwa agama sangat penting bagi kehidupan sebagai petunjuk supaya hidup lebih terarah dan untuk mendapat ketenangan, Ny. I selalu melakukan ibadah rutin seperti shalat lima waktu, ngaji, puasa, dan mengikuti kegiatan pengajian mingguan di sekitar rumahnya. Tidak ada kegiatan Ibadah yang dapat mengganggu kehamilannya dan ibu sangat bersyukur dengan kehamilannya.

12. Pola Kebiasaan Sehari-hari

    a. Pola istirahat tidur

       - Tidur siang normalnya 1-2 jam/hari.

         Ny. I mengatakan selalu tidur siang minimal 1 jam/hari

- Tidur malam normalnya 8-10 jam/hari.

  Ny. I mengatakan tidur malam setiap pukul 22.00 – 04.00 WIB (6 jam/ hari)
- Kualitas tidur nyenyak dan tidak terganggu

  Ny. I mengatakan mulai sering terbangun di malam hari dikarenakan sering BAK

b. Pola aktifitas
   - Aktifitas Klien sehari – hari, adakah gangguan mobilisasi atau tidak?

     Ny. I mengatakan aktivitas sehari-harinya adalah melakukan pekerjaan rumah seperti bersih-bersih dan masak

c. Pola eliminasi

   Ny. I mengatakan BAK 7-10x/hari, warna urin jernih dan rutin BAB 1x/hari di pagi hari, konsistensi tidak keras maupun cair, dan berwarna kuning

d. Pola nutrisi

   Ny. I mengatakan makan berat 2-3x/hari, dengan jenis protein daging ayam/telur/tahu tempe, untuk jenis sayuran yang sering di konsumsi Ny. I yaitu kangkung, wortel, lalapan, kol, dll, dan sesekali makan buah, serta untuk melengkapi nutrisinya Ny. I selalu ngemil makanan ringan. Serta minum ±8 gelas/ hari (air teh dan susu), Ny. I mengatakan sering minm teh sesudah makan.

e. Pola personal hygiene

   Ny. I mengatakan mandi 1-2x/hari, mengganti pakaian 2x/hari, keramas 2-3x/minggu, mengganti celana dalam 2-3x/ hari

f. Pola Gaya Hidup

   Ny. I mengatakan tidak mengkonsumsi rokok, jamu, alcohol, maupun obat-obatan terlarang

g. Pola seksualitas

   Ny. I mengatakan pada saat hamil jarang melalukan hubungan seksual dikarenakan Ny. I merasa tidak nyaman, frekuensinya bisa dua minggu-satu bulan sekali

h. Pola rekreasi

Ny. I mengatakan jika suaminya sedang libur kerja sesekali melakukan hiburan dengan pergi ke tempat wisata bersama suami dan anaknya

O OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis/ ~~apatis/ somnolen/ spoor/ commatus *)~~

c. Cara Berjalan : Normal

d. Postur tubuh : Tegap/ ~~Lordosis/ kifosis/ skeliosis *)~~

e. Tanda-tanda Vital

TD : 100/80 mmHg

Nadi : 88x/menit

Suhu : 36, 6 ^{0}C

Respirasi : 21 x/menit

f. Antropometri

BB : 72 Kg

TB : 146 Cm

Lila : 30 Cm

IMT : 30,51 kg/cm^2 (kategori obesitas)

BB sebelum hamil : 65 kg

Kenaikan BB selama hamil: 7 Kg (sesuai)

2. Pemeriksaan Khusus

a. Kepala

kulit kepala bersih, tidak ada nyeri tekan

b. Wajah

Pucat / tidak : tidak pucat

Cloasma gravudarum : Tidak ada

Oedem : Tidak ada

c. Mata

Konjunctiva : sedikit pucat

Sklera : Putih, tidak ikterik

d. Hidung

Secret / polip : Tidak ada.

e. Mulut

Mukosa mulut : Normal, terlihat bersih

Stomatitis : tidak ada

Caries gigi : Tidak ada

Gigi palsu : Tidak ada

Lidah bersih : Lidah tampak bersih

f. Telinga

Serumen : Tidak ada

g. Leher

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada

Peningkatan aliran vena jugularis : Tidak ada

h. Dada & Payudara

Areola mammae : berwarna coklah kehitaman

Putting susu : menonjol pada payudara sebelah kiri, dan pendek pada payudara sebelah kanan

Kolostrum : belum ada pengeluaran ASI

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal, tidak ada bunyi wheezing

Denyut jantung : 88x/menit

Wheezing/ stridor : tidak ada

i. Abdomen :

Bekas Luka SC : Tidak ada

Striae lividae : terdapat sedikit striae lividae pada bagian perut

Linea alba / nigra : terdapat linea nigra

TFU : 30 cm

Leopold I: bagian fundus uteri teraba bulat tidak melenting dan lunak (Bokong)

Leopold II: teraba keras memanjang di sebelah kanan Klien (Punggung Kanan) dan terapa bagian terkecil janin di sebelah kiri Klien

Leopold III: pada bagian terendah janin teraba bulat teraba keras melenting (kepala), dan dapat digoyangkan

Leopold 4 : tidak dilakukan

Perlimaan : kepala bayi belum masuk pintu atas panggul

DJJ : 145x/menit

His : tidak ada

TBJ : 30-12= 18x155=2790 gram

j. Ekstrimitas

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : positif

k. Genitalia

Vulva/ Vagina : normal, bersih

Pengeluaran secret : tidak ada

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan Perineum : tidak ada

l. Anus :

Haemoroid : Tidak dilakukan pemeriksaan (Tidak ada indikasi)

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Panggul : Tidak dilakukan

b. Pemeriksaan Dalam : Tidak dilakukan

c. Pemeriksaan USG : Tidak dilakukan

d. Pemeriksaan Laboratorium : hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 04 maret 2024: 10,1 gr/dl, golongan darah (O+), HIV (Non reaktif), HbsAg (negatif), Sifilis (negatif)

A ASESSMENT

1. Diagnosa (Dx) : G2P1A0 Gravida 35 Minggu Janin Tunggal Hidup Intrauterin dengan anemia ringan
2. Masalah Potensial : anemia sedang
3. Kebutuhan/Tindakan Segera:

P PENATALAKSANAAN

1. Melakukan *informed consent* sebelum melakukan pemeriksaan
2. Memberitahukan klien hasil pemeriksaan bahwa klien mengalami anemia ringan
3. Memberikan konseling kepada klien untuk mengkonsumsi nutrisi yang cukup dan beragam seperti sayur, protein, buah, dll
4. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi zat besi, seperti ati, sayuran hijau, buah delima, kelapa, buah naga, buah papaya, kacang-kacangan, daging merah, dll
   Evaluasi : klien mengerti dan akan mengikuti anjuran bidan
5. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sari kurma 3x/hari dengan dosis 15cc/sekali minum untuk membantu meningkatkan kadar hemoglobin
   Evaluasi: Klien mengerti dan akan mengikuti anjuran bidan
6. Memberitahu klien untuk tidak meminum teh setelah makan maupun setelah minum tablet tambah darah dikarenakan akan menghambat proses penyerapan zat besi di dalam tubuh sehingga akan menyebabkan kadar hemoglobin menjadi rendah
   Evaluasi: klien mengerti dan akan mengikuti anjuran bidan
7. Memberitahu dan menjelaskan kepada klien untuk tidur yang cukup yaitu minimal 8 jam/hari, karena jam tidur yang kurang akan menjadi penyebab dari turunnya kadar hemoglobin dalam darah

Evaluasi: klien mengerti dan akan mengikuti anjuran bidan

8. Memberikan tablet tambah darah (Ferrous Fumarrate 250mg) dengan dosis 1 tablet/hari untuk membantu meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah
   Evaluasi : klien mengerti dan akan meminumnya secara teratur
9. Menjelaskan kepada klien cara melakukan teknik hoffman untuk membantu supaya putting susu Klien lebih menonjol
   Evaluasi: Klien mengarti dan mencoba melakukan gerakan teknik hoffman bersama bidan
10. Memberitahu klien tentang ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III yaitu sering buang air kecil, sakit punggung atas dan bawah, kram pada tungkai, sakit perut bagian bawah, susah buang air besar, kesemutan pada jari, serta susah tidur.
11. Memberitahu klien untuk segera ke fasilitas kesehatan jika ditemukan tanda bahaya kehamilan di trimester III seperti adaya perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak di muka atau tangan, gerakan janin yang berkurang, pengeluaran cairan pervaginam (ketuban), kejang, serta demam tinggi
12. Memberikan dukungan serta meyakinkan kepada Klien bahwa persalinannya bisa Klien hadapi dengan mudah, juga menganjurkan Klien untuk sering berdoa dan berdzikir untuk meminta pertolongan dari Allah SWT
13. Mengajarkan klien gerakan senam hamil di trimester III, untuk membantu melatih pernafasan sebagai salahsatu dari persiapan persalinan
    Evaluasi: klien bersama bidan mencoba melakukan gerakan senam hamil
14. Memberitahu klien untuk melakukan pemerisaan USG ke dokter spesialis kandungan untuk melihat kondisi kesehatan janin secara menyeluruh
15. Memberitahu klien untuk melakukan kunjungan ulang 2 minggu kemudian yaitu tanggal 20 Maret 2024
16. Memimpin klien untuk berdo'a bersama agar diberikan kesembuhan dan perlindungan oleh Allah SWT, dengan membaca do'a:

اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ

Artinya: Ya Allah, Engkau adalah Rabbku, tidak ada ilah yang berhak disembah kecuali Engkau, Engkaulah yang menciptakanku. Aku adalah hamba-Mu. Aku akan setia pada perjanjianku pada-Mu (yaitu aku akan mentauhidkan-Mu) semampuku dan aku yakin akan janji-Mu (berupa surga untukku). Aku berlindung kepada-Mu dari kejelekan yang kuperbuat. Aku mengakui nikmat-Mu kepadaku dan aku mengakui dosaku. Oleh karena itu, ampunilah aku. Sesungguhnya tiada yang mengampuni dosa kecuali Engkau."

Evaluasi: Do'a dibaca bersama klien dengan menggunakan media foto yang di kirim melalui Whatsapp

17. Melakukan pendokumentasian SOAP

2. Kunjungan ANC ke 2

Tanggal Pengkajian : Kamis, 21 Maret 2024

Tempat Pengkajian : PMB Hj. E

Pengkaji : Siti Sindi Widiati Robi'ah

S DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan

Klien datang untuk memeriksakan kehamilannya dan mengeluh masih suka merasa pusing

2. Riwayat Kehamilan Saat ini

a. Frekuensi kunjungan ANC / bulan ke-: 1x/bulan di PMB (jumlah ANC 6x) dan 1x di Puskesmas (total ANC selama hamil 7 kali)

3. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola istirahat tidur

- Tidur siang normalnya 1-2 jam/hari.

  Ny. I mengatakan selalu tidur siang minimal 1 jam/hari
- Tidur malam normalnya 8-10 jam/hari.

Ny. I mengatakan tidur malam setiap pukul 22.00 – 05.00 WIB (7 jam/ hari) tetapi sering bangun di malam hari dikarenakan sering ke kamar mandi untuk buang air kecil

b. Pola aktifitas
   - Aktifitas Klien sehari – hari, adakah gangguan mobilisasi atau tidak?
     Ny. I mengatakan aktivitas sehari-harinya adalah melakukan pekerjaan rumah seperti bersih-bersih, masak, serta mengurus anak

c. Pola eliminasi
   - BAK: normalnya 6–8x/hari, jernih, bau kahs.
     Ny. I mengatakan BAK 7-10x/hari, warna urin jernih
   - BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning
     Ny. I mengatakan selalu BAB di pagi hari, konsistensi tidak keras maupun cair, dan berwarna kuning

d. Pola nutrisi
   - Makan: normalnya 3x/hari dengan menu seimbang (nasi, sayur, lauk pauk, buah).
     Ny. I mengatakan makan berat 2-3x/hari, untuk meelengkapi nutrisinya Ny. I selalu ngemil makanan ringan
   - Minum: normalnya sekitar 8 gelas/hari (teh, susu, air putih).
     Ny. I mengatakan selalu banyak minum air putih ±8 gelas/ hari

e. Pola seksualitas
   - Berapa kali melakukan hubungan seksual selama kehamilan dan adakah keluhan, normalnya boleh dilakukan pada kehamilan trimester II dan awal, trimesterIII
     Ny. I mengatakan pada saat hamil jarang melalukan hubungan seksual dikarenakan Ny. I merasa tidak nyaman

O OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis/ ~~apatis/ somnolen/ spoor/ commatus *)~~

c. Cara Berjalan : Normal

d. Postur tubuh : Tegap/ ~~Lordosis/ kifosis/ skeliosis *)~~

e. Tanda-tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

Nadi : 84x/menit

Suhu : 36, 6 ^{0}C

Respirasi : 20 x/menit

f. Antropometri

BB : 73 Kg

TB : 146 Cm

Lila : 30 Cm

Kenaikan berat badan selama hamil: 8 kg

2. Pemeriksaan Khusus

a. Kepala

kulit kepala bersih, tidak ada nyeri tekan

b. Wajah

Pucat / tidak : tidak pucat

Cloasma gravudarum : Tidak ada

Oedem : Tidak ada

c. Mata

Konjunctiva : sedikit pucat

Sklera : Putih, tidak ikterik

d. Hidung

Secret / polip : Tidak ada.

e. Mulut

Mukosa mulut : Normal, terlihat bersih

Stomatitis : tidak ada

Caries gigi : Tidak ada

Gigi palsu : Tidak ada

Lidah bersih : Lidah tampak bersih

f. Telinga

Serumen : Tidak ada

g. Leher

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada

Peningkatan aliran vena jugularis : Tidak ada

h. Dada & Payudara

Areola mammae : berwarna coklah kehitaman

Putting susu : menonjol pada payudara sebelah kiri, dan sedikit datar pada payudara sebelah kanan

Kolostrum : belum ada pengeluaran ASI

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal, tidak ada bunyi wheezing

Denyut jantung : 84x/menit

Wheezing/ stridor : tidak ada

i. Abdomen :

Bekas Luka SC : Tidak ada

Striae lividae : terdapat sedikit striae lividae pada bagian perut

Linea alba / nigra : terdapat linea nigra

TFU : 31 cm

Leopold I: bagian fundus uteri teraba bulat tidak melenting dan lunak (Bokong)

Leopold II: teraba keras memanjang di sebelah kanan Klien (Punggung Kanan) dan terapa bagian terkecil janin di sebelah kiri Klien

Leopold III: pada bagian terendah janin teraba bulat teraba keras melenting (kepala), dan dapat digoyangkan

Leopold 4 : tidak dilakukan

Perlimaan : kepala bayi belum masuk pintu atas panggul

DJJ : 135x/menit

His : tidak ada

TBJ : 31-12= 19x155= 2945 gram

j. Ekstrimitas

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : positif

k. Genitalia

Vulva/ Vagina : normal, bersih

Pengeluaran secret : tidak ada

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan Perineum : tidak ada

l. Anus :

Haemoroid : Tidak dilakukan pemeriksaan (Tidak ada indikasi)

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Panggul : Tidak dilakukan

b. Pemeriksaan Dalam : Tidak dilakukan

c. Pemeriksaan USG : Tidak dilakukan

d. Pemeriksaan Laboratorium : hasil pemeriksaan HB: 10,4 gr/dl (21 maret 2024)

A ASESSMENT

1. Diagnosa (Dx) : G2P1A0 Gravida 37 Minggu Janin Tunggal Hidup Intrauterine dengan anemia ringan
2. Masalah Potensial : anemia sedang
3. Kebutuhan/Tindakan Segera:

P PENATALAKSANAAN

1. Melakukan *informed consent* sebelum melakukan pemeriksaan

2. Memberitahukan klien hasil pemeriksaan bahwa klien masih mengalami anemia ringan
3. Memberikan konseling kepada klien untuk melanjutkan mengkonsumsi nutrisi yang cukup dan beragam seperti sayur, protein, buah, dll
4. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi zat besi, seperti ati, sayuran hijau, buah delima, kelapa, buah naga, buah papaya, kacang-kacangan, daging merah, dll
5. Melalukan evaluasi serta tetap menganjurkan klien untuk melanjutkan mengkonsumsi sari kurma dengan dosis 3x/hari sebanyak 15cc/sekali minum untuk meningkatkan kadar hemoglobin

   Evaluasi: Klien selalu rutin meminum sari kurma dan akan melanjutkan kebiasaan tersebut
6. Memberitahu dan menjelaskan kepada klien untuk tidur yang cukup yaitu minimal 8 jam/hari, karena jam tidur yang kurang akan menjadi penyebab dari turunnya kadar hemoglobin dalam darah

   Evaluasi: klien mengerti dan akan mengikuti anjuran bidan
7. Melakukan evaluasi serta memberikan tablet tambah darah (Ferrous Fumarrate 250mg) dengan dosis 1 tablet/hari untuk membantu meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah, serta memberitahu klien cara meminum tablet fe yang benar yaitu ketika perut kosong, bisa di 30 menit sebelum makan atau 2 jam setelah makan

   Evaluasi : klien meminum tablet tambah darah dengan teratur (dilihat dari jumlah TTD yang tersisa) serta akan mengikuti anjuran bidan untuk meminum tablet tambah darah di waktu yang tepat
8. Melakukan evaluasi serta menganjurkan Klien untuk tetap melakukan gerakan teknik hoffman untuk mengatasi puting susu yang datar supaya menonjol pada saat proses menyusui

   Evaluasi: Klien bisa melakukan gerakan teknik hoffman
9. Memberikan konseling kepada klien tentang persiapan persalinan (peralatan yang harus dibawa) seperti kartu identitas, kartu jaminan kesehatan beserta persyaratannya, sarung

Klien, baju Klien, pembalut maternity, celana dalam dan bra menyusui, kain pernel, baju bayi, popok bayi, topi bayi, handuk dan selimut bayi, dll.

10. Memberitahu klien untuk menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu dKlientuhkan untuk mengantar ke fasilitas kesehatan
11. Memberitahu Klien tentang tanda-tanda persalinan yaitu ada nya kontraksi yang teratur, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, dan keluarnya air ketuban, serta memberitahu Klien untuk segera ke fasilitas kesehatan jika muncul salah satu tanda-tanda persalinan tersebut

    Evaluasi: Klien mengerti dan akan mengikuti saran bidan
12. Memberitahu klien untuk untuk kunjungan ulang satu minggu kemudian yaitu tanggal 28 Maret 2024
13. Memimpin klien untuk berdo'a bersama agar diberikan kesembuhan dan perlindungan oleh Allah SWT, dengan membaca do'a:

    اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ

    Artinya: Ya Allah, Engkau adalah Rabbku, tidak ada ilah yang berhak disembah kecuali Engkau, Engkaulah yang menciptakanku. Aku adalah hamba-Mu. Aku akan setia pada perjanjianku pada-Mu (yaitu aku akan mentauhidkan-Mu) semampuku dan aku yakin akan janji-Mu (berupa surga untukku). Aku berlindung kepada-Mu dari kejelekan yang kuperbuat. Aku mengakui nikmat-Mu kepadaku dan aku mengakui dosaku. Oleh karena itu, ampunilah aku. Sesungguhnya tiada yang mengampuni dosa kecuali Engkau."

    Evaluasi: Do'a dibaca bersama klien dengan media foto yang di kirim melalui whatsapp
14. Melakukan pendokumentasian SOAP

Bandung, 21 Maret 2024

CI/ Supervisor/ Dosen	**Pengkaji**
Maya Sukmayati, S.ST.,M.KM.,Bdn	**Siti Sindi Widiati Robi'ah**

G. Pendokumentasian SOAP Asuhan Holistik Islami Masa Persalinan

Hari/ Tanggal : Senin/ 15 April 2024

Jam : 18.30 WIB

Tempat Pengkajian : PMB E

Nama Pengkaji : Siti Sindi Widiati Robi'ah

S DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

   Klien datang pukul 18.30 WIB dan mengatakan merasakan mulas yang semakin sering dan kuat, belum ada keinginan untuk meneran, keluar lendir bercampur darah pukul 18.00 WIB, belum keluar air-air, gerakan janin masih dirasa Klien sekitar 5 menit yang lalu

2. Tanda-tanda Persalinan

   His : terasa sejak pukul 07.00 WIB, Frekuensi his: 3x/10 menit, lamanya 35 detik

   Kekuatan his : kuat dan teratur

   Lokasi ketidaknyamanan : dibagian perut sampai pinggang

   Lendir bercampur darah : ada/~~tidak~~

   Air ketuban : utuh (belum pecah)

   Darah : tidak ada

   Masalah-masalah khusus : tidak ada

3. Riwatayat Kehamilan Saat Ini

   a. HPHT : 05 Juli 2023

   b. TP : 12 April 2024

   e. ANC : teratur/~~tidak~~, frekuensi, tempat: 1x/bulan di PMB (jumlah ANC 6x) dan 1x ke Puskesmas untuk melakukan cek laboratorium (total ANC selama hamil 7 kali)

   c. Imunisasi TT : TT1 pada saat sebelum menikah, TT2 pada kehamilan pertama, dan TT3 di kehamilan kedua

d. Kelainan/gangguan: tidak ada
e. Pergerakan janin dalam 24 jam teraktir: ada, terakhir di rasakan 5 menit yang lalu

4. Pola Aktivitas saat ini
   a. Makan dan minum terakhir

      Makan

      Pukul berapa : 16.00 WIB

      Jenis makanan : nasi+daging ayam+sayur wortel

      Minum

      Pukul berapa :17.30 WIB

      Jenis minuman: air putih
   b. BAB terakhir

      Pukul berapa : 06.00 WIB

      Masalah : tidak ada
   c. BAK terakhir:

      Pukul berapa : 17.30 WIB

      Masalah : tidak ada
   d. Istirahat:

      Pukul berapa : 22.00-04.00 WIB (sering bangun karena sering BAK)

      Lamanya : 6 jam
   e. Keluhan lain (jika ada)

      Tidak ada
5. Keadaan Psikologis:

   Ny. I mengatakan sangat senang karena akan segera bersalin, namun Ny. I juga merasa sedikit cemas dikarenakan ada ketakutan akan di jahit atau di rujuk ke rumah sakit
6. Keadaan sosial budaya:

   Ny. I mengatakan kebiasaan dikeluarga jika ada yang melahirkan harus selalu meminum air do'a dari tokoh agama setempat, memakai bawang putih, panglai, dan gunting yang dikaitkan di pakaian Klien. Ny. I masih mengikuti budaya tersebut untuk menghargai keputusan suaminya yang masih sangat percaya dengan kebudayaan setempat

dikarenakan takut terjadi suatu hal yang tidak di inginkan selama proses persalinan terutama yang berhubungan dengan hal gaib.

7. Keadaan Spiritual:

   Ny. I mengatakan bahwa agama sangat penting bagi kehidupan sebagai petunjuk supaya hidup lebih terarah dan untuk mendapat ketenangan, Ny. I selalu melakukan ibadah rutin seperti shalat lima waktu, ngaji, puasa, dan mengikuti kegiatan pengajian mingguan di sekitar rumahnya. Tidak ada kegiatan Ibadah yang dapat mengganggu proses persalinannya dan ibu sangat bersyukur dan terus membaca dzikir serta doa dimudahkan persalinannya.

O DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik
b. Kesadaran : Composmentis/ ~~apatis/ somnolen/ spoor/ commatus *)~~
c. Cara Berjalan : Normal
d. Postur tubuh : Tegap/ ~~Lordosis/ kifosis/ skeliosis *)~~
e. Tanda-tanda Vital
   TD : 120/80 mmHg
   Nadi : 88x/menit
   Suhu : 36, 6 ^{0}C
   Respirasi : 21 x/menit
f. Antropometri
   BB : 73 Kg
   TB : 146 Cm
   Lila : 30 Cm

2. Pemeriksaan Khusus

a. Kepala
   kulit kepala bersih, tidak ada nyeri tekan

b. Wajah

Pucat / tidak : tidak pucat

kloasma gravudarum : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

c. Mata

Konjungtiva : merah muda

Sklera : Putih, tidak ikterik

d. Hidung

Secret / polip : Tidak ada.

e. Mulut

Mukosa mulut : Normal, terlihat bersih

Stomatitis : tidak ada

Caries gigi : Tidak ada

Gigi palsu : Tidak ada

Lidah bersih : Lidah tampak bersih

f. Telinga

Serumen : Tidak ada

g. Leher

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada

Peningkatan aliran vena jugularis : Tidak ada

h. Dada & Payudara

Areola mammae : berwarna coklah kehitaman

Putting susu : menonjol pada payudara sebelah kiri, dan sedikit datar pada payudara sebelah kanan

Kolostrum : belum ada pengeluaran ASI

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal, tidak ada bunyi wheezing

Denyut jantung : 84x/menit

Wheezing/ stridor : tidak ada

i. Abdomen :

Bekas Luka SC : Tidak ada

Striae lividae : terdapat sedikit striae lividae pada bagian perut

Linea alba / nigra : terdapat linea nigra

His : 3x/10 menit, lamanya 35 detik

TFU : 30 cm

Leopold I : bagian fundus uteri teraba bulat tidak melenting dan lunak (Bokong)

Leopold II : teraba keras memanjang di sebelah kanan Klien (Punggung Kanan) dan terapa bagian terkecil janin di sebelah kiri Klien

Leopold III : pada bagian terendah janin teraba bulat teraba keras melenting (kepala), dan tidak dapat digoyangkan (kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul

Leopold 4 : Divergent

Perlimaan : 2/5

DJJ : 140x/menit

TBJ : 30-11= 19x155= 3100 gram

Supra pubic (blass/kandung kemih): kosong

j. Ekstrimitas

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : positif

Kekakuan sendi: tidak ada

k. Genetalia

Inspeksi Vulva/Vagina

- Varices : tidak ada
- Luka : tidak ada

- Kemerahan/peradangan : tidak ada
- Darah lender/air ketuban : terdapat lendir darah tetapi air ketuban tidak keluar
- Jumlah warna : *bloody show* ± 5 cc
- Perineum bekas luka/parut: tidak ada

Pemeriksaan Dalam

- Vulva/ Vagina : tidak ada kelainan
- Pembukaan : 5 cm
- Konsistensi serviks : tebal lunak
- Ketuban : + (utuh)
- Bagian terendah janin : kepala
- Denominator : Ubun-ubun kecil
- Posisi : kiri depan (arah jam 13.00)
- Caput/moulage : tidak ada
- Presentasi Majemuk : tidak ada
- Tali pusat menumbung : tidak ada
- Penurunan bagian terendah:hodge III
- Station : 0

l. Anus

Hemoroid: Tidak ada

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Panggul : Tidak dilakukan
b. Pemeriksaan Dalam : Tidak dilakukan
c. Pemeriksaan USG : Tidak dilakukan
d. Pemeriksaan Laboratorium : Hb 11,2 gr/dl

A ASESSMENT

1. Diagnosa (Dx) : G2P1A0 Parturien Aterm Kala 1 Fase Aktif
2. Masalah Potensial : tidak ada

3. Kebutuhan/Tindakan Segera: tidak ada

P PLANNING

1. Melakukan *informed consent* sebelum melakukan pemeriksaan
2. Memberitahu hasil pemeriksaan pada klien dan keluarga bahwa klien dalam kondisi normal dan sedang dalam masa proses persalinan
1. Melakukan observasi tanda-tanda vital, DJJ, dan kemajuan persalinan, serta pemantauan dengan partograf

   Evaluasi: partograf terlampir
2. Memberikan asuhan pada Klien bersalin kala I fase aktif dengan memenuhi kebutuhan nutrisi, hidrasi, eliminasi, relaksasi, eliminasi, mobilisasi, dan dukungan psikologis

   Evaluasi:
   - Menjaga privasi Klien dengan menutup tirai, tidak menghadirkan orang tanpa setahu Klien, membuka seperlunya.
   - Menganjurkan Klien untuk makan makanan ringan/ minum jika tidak ada his agar tenaga Klien stabil: Klien disarankan minum air sari kurma hangat
   - Membantu Klien mengatasi kecemasannya dengan memberi dukungan dan mengajari Klien cara relaksasi yaitu dengan cara menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkannya melalui mulut secara perlahan saat ada kontraksi.
   - Menganjurkan Klien untuk terus berdoa serta berdzikir meminta pertolongan Allah agar persalinannya di mudahkan dan Klien bisa lebih tenang
   - Melakukan teknik *effleurage* pada Klien untuk membantu mengurangi nyeri pada saat persalinan
   - Menganjurkan Klien untuk miring ke kiri atau posisi yang nyaman
   - Menganjurkan Klien untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan minimal 2 jam.
3. Menyiapkan alat dan bahan habis pakai untuk persalinan, perlengkapan Klien, bayi, serta (APD) penolong.

   Evaluasi:

- Perlengkapan Klien dan bayi telah disiapkan
- Mengecek kelengkapan alat (ampul oksitosin telah dipatahkan, spuit telah dimasukkan ke dalam partus set)
- Bidan memakai alat pelindung diri, mencuci tangan, memakai sarung tangan, memasukkan oksitosin 10 unit ke dalam spuit.

4. Menjaga keadaan lingkungan agar tetap memperhatikan privasi Klien.
   Evaluasi: Klien berada di ruangan bersalin dan yang bisa masuk hanya bidan atau keluarga yang di perbolehkan oleh klien
5. Melakuakan asuhan sayang Klien dengan libatkan keluarga atau suami dalam proses persalinan
   Evaluasi: klien sudah didampingi suami
6. Membantu klien untuk selalu berdoa dan berdzikir selama kala I Persalinan
   Evaluasi: klien membaca do'a Bersama bidan dengan media poster yang di tempel di dinding ruang bersalin, dan do'a yang di baca adalah sebagai berikut:

   حنة ولدت مريم ، مزيم ولدت عيسى ، أخرج أيها المؤلود بقدرة الملك المعبود. اللهم صل على سيدنا محمد سهل ويسر م تعسر

   Haanah waladat maryam, wa maryam waladat 'iisaa, ukhruj ayyuhal mauluudu bi qudratil malikil ma'buud. Allahumma shaali 'alaa sayyidinna muhammaddin sahhil wa yassir maa ta'assar

   Artinya: "Hanah melahirkan Maryam, Maryam melahirkan Isa. Wahai anak yang akan dilahirkan, lahirlah dengan kekuasaan Tuhan Yang Maha Menguasai, Yang Disembah. Ya Allah, semoga rahmat senantiasa tercurah kepada junjungan kami, Nabi Muhammad, gampangkanlah dan mudahkan sesuatu yang sulit."
7. Memberitahu klien tanda gejala kala II persalinan seperti adanya kontraksi yang semakit kuat, Klien merasa ingin meneran, dan merasakan adanya tekanan pada anus
   Evaluasi: Jam 20.30 WIB Klien mengatakan ingin BAB dan dorongan ingin meneran, adanya tekanan anus, perineum menonjol, dan Vulva membuka (+)
8. Mewaspadai kala II persalinan dan tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi pada Klien dan janin

Evaluasi: Jam 20.30 WIB ketuban pecah spontan warna jernih encer tidak ada vernicaseosa, kepala sudah di dasar panggul.

KALA II PERSALINAN

Hari/ Tanggal : Senin, 15 April 2024
Jam : 20.30 WIB
Tempat Pengkajian : PMB Hj. E
Nama Pengkaji : Siti Sindi Widiati Robi'ah

S DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

   Klien mengeluh mulas semakin kuat, ingin seperti BAB (adanya dorongan ingin meneran) dan sudah keluar air-air

O DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum

   Klien tampak kesakitan, kesadaran composmentis, keadaan emosional tampak stabil

2. Pemeriksaan fisik:

   Abdomen:

   DJJ: 140x/menit

   His: 4x10'/45"

   Pemeriksaan Dalam

   1. Vulva/ Vagina : vulva membuka, perineum menonjol
   2. Pembukaan : 10 cm
   3. Konsistensi serviks : tidak teraba
   4. Ketuban : sudah pecah, berwarna jernih
   5. Bagian terendah janin : Kepala
   6. Denominator : Ubun-ubun Kecil
   7. Posisi : depan

8. Caput/moulage : Tidak ada
9. Presentasi Majemuk : Tidak ada
10. Tali pusat menumbung: Tidak ada
11. Penurunan bagian terendah:Hodge IV/Station +3

Anus:

Adanya tekanan pada anus (+)

A ASESSMENT

1. Diagnosa (Dx) : G2P1A0 Parturien Aterm Kala II Persalinan
2. Masalah Potensial : tidak ada
3. Kebutuhan// Tindakan Segera : tidak ada

P PLANNING

1. Memberitahukan Klien dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa klien sudah saatnya melahirkan, keadaan umum dan tanda-tanda vital dalam batas normal.
   Evaluasi: klien bersiap untuk melahirkan.
2. Mempersiapkan alat dan bahan sesuai dengan 60 langkah APN
   Evaluasi: tempat dan instrument telah dipersiapkan, APD (+), Alat Petolongan persalinan (+), Perlengkapan Klien (+), Perlengkapan bayi (+), alat resusitasi (+).
3. Menganjurkan Klien untuk memilih posisi yang nyaman untuk meneran
   Evaluasi: Klien memilih posisi ½ duduk
4. Memimpin persalinan Klien dan mengajarkan Klien cara meneran yang baik yaitu meneran ketika ada kontraksi dan beristirahat di sela-sela kontraksi
   Evaluasi: Klien meneran dengan baik dan dapat mengatur nafas saat tidak ada kontraksi
5. Memberikan dukungan psikologis pada Klien, dan hadirkan pendamping saat bersalin di ruang persaliann
   Evaluasi: Klien di dampingi oleh suami
6. Memberikan Klien asupan/minuman sehat berenergi berasa manis dengan minum sari kurma hangat

Evaluasi: Klien minum di sela-sela kontraksi

7. Memimpin persalinan Klien sesuai langkah APN

   Evaluasi:

   - Pada saat pembukaan lengkap, kepala janin terlihat 4-5 cm membuka vulva, meletakkan kain kering pada perut Klien dan memasang underped di bawah bokong Klien.
   - Membuka partus set dan memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

8. Membantu melahirkan bayi

   Evaluasi:

   - Saat sub occiput tampak dibawah symphisis, tangan kanan melindungi perineum dengan kain dibawah bokong Klien. Sementara tangan kiri menahan puncak kepala bayi agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat.
   - Setelah kepala bayi lahir muka bayi diusap menggunakan kain bersih untuk membersihkan muka bayi, memastikan tidak adanya lilitan tali pusat pada leher janin. kemudian menunggu hingga kepala melakukan putar paksi luar secara spontan.
   - Setelah kepala bayi menghadap kepada Klien, kepala dipegang secara biparietal kemudian ditarik cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan menggerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan.
   - Saat bahu posterior lahir, tangan bawah (posterior) digeser ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut.
   - Saat badan dan lengan lahir tangan kiri bidan menelusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah bayi dengan meyelipkan jari telunjuk tangan kiri diantara lutut bayi. Bayi lahir pukul 21.00 WIB

9. Melakukan penilaian sepintas pada bayi baru lahir untuk memastikan apakah bayi menangis spontan

   Evaluasi:

   Bayi menangis spontan dan kuat, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki

10. Mengeringkan dan Meletakkan bayi di atas perut Klien
    Evaluasi: bayi telah dikeringkan dari cairan air ketuban dan berada di perut Klien
11. Mengecek fundus Klien untuk memastikan tidak ada janin ke dua.
    Evaluasi: tidak ada janin kedua
12. Melakukan klem tali pusat 3 cm dari umbilicus bayi dan dari titik penjepitan, tekan tali pusat dengan 2 cm kemudian dorong. Melakukan penjepitan kedua dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan pertama pada sisi atau mengarah pada Klien. memegang tali pusat diantara kedua klem tersebut dan satu tangan menjadi pelindung dari kulit bayi tangan lain memotong tali pusat.
    Evaluasi: tali pusat bayi telah dipotong
13. Mengganti kain basah dengan kain kering dan bersih kemudian meletakkan bayi dengan posisi tengkurap. Perut bayi menempel pada perut Klien untuk melakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)
    Evaluasi: Bayi di dekap oleh Klien untuk melakukan IMD
14. Melakukan penilaian APGAR *Score* dan timbang BB serta ukur BB bayi.
    Evaluasi: Jam 21.00 WIB bayi lahir hidup spontan letak belakang kepala, A/S 9/10, BB 3000/ PB 49 cm, LK 33 cm, JK laki-laki, anus (+), cacat (-).
15. Membaca Hamdallah dan berdoa pada Allah SWT karena bayi telah lahir.
    Evaluasi: bidan membimbing Klien untuk membaca hamdallah, dan meminta suami klien untuk mendoakan bayinya yang baru lahir, serta mengadzani bayi tersebut di telinganya.

KALA III PERSALINAN

Hari/ Tanggal : Senin, 15 April 2024
Jam : 21.00 WIB
Tempat Pengkajian : PMB Hj. E
Nama Pengkaji : Siti Sindi Widiati Robi'ah

S DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama: Klien merasa lelah dan perutnya masih terasa mules

O DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum

   Klien tampak lelah, kesadaran composmentis, keadaan emosional tampak stabil
2. Tanda gejala kala III:

   Abdomen:

   Tidak ada janin kedua, TFU sepusat, Uterus globuler, Kontraksi uterus baik, Kandung kemih kosong

   Vulva/vagina:

   Tali pusat memanjang dari vagian, adanya semburan darah

A ASESSMENT

1. Diagnosa (Dx) : P2A0 Kala III Persalinan
2. Masalah Potensial : tidak ada
3. Kebutuhan// Tindakan Segera : tidak ada

P PLANNING

1. Memberitahukan Klien dan keluarga hasil pemeriksaan: Klien memasuki kala III atau kala pengeluaran plasenta atau ari-ari.
2. Melakukan manajemen aktif kala III: Menyuntikkan oksitosin 10 IU IM di 1/3 paha kanan atas bagian luar, melakukan peregangan tali pusat terkendali, melahirkan plasenta, serta melakukan massase fundus uteri ± 15 detik/15 kali.

   Evaluasi:
   - Jam 21.01 Oksitosin 10 IU IM disuntikan.
   - Memindahkan klem kedua yang telah dijepit pada waktu kala II pada tali pusat kira-kira 5-10 cm dan vulva.
3. Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta: adanya semburan darah, tali pusat memanjang, dan uterus globuler.

   Evaluasi: tanda-tanda pelepasan plasenta sudah terlihat
4. Melakukan dorso kranial menggunakan tangan kiri dan penegangan tali pusat terkendali

(PTT) menggunakan tangan kanan, Setelah plasenta lepas dan tampak pada vulva kira-kira separuh, kemudian plasenta dipegang dengan kedua tangan dan dilakukan putaran searah jarum jam hingga seluruh plasenta lahir.

Evaluasi: Jam 21.10 WIB plasenta lahir spontan lengkap, kotiledon ± 20 buah, diameter ± 20 cm, berat plasenta ± 500 gram, panjang tali pusat ±45 cm, insersi centralis, selaput utuh.

5. Setelah plasenta lahir, tangan kanan memeriksa plasenta dan tangan kiri melakukan massase perut Ibu ±15 detik/15 kali serta mengajarkan Klien dan keluarga teknik masasse yang benar

   Evaluasi: Klien dan keluarga mengerti cara melakukan massase fundus uteri, serta uterus berkontraksi keras
6. Melakukan evaluasi pengeluaran dan untuk meastikan tidak adanya perdarahan

   Evaluasi: jumlah darah kala III ± 150 cc
7. Membaca Hamdallah dan berdoa pada Allah SWT karena plasenta telah lahir.

   Evaluasi: Bidan membimbing Klien untuk membaca hamdallah dan melanjutkan pemantauan kala IV

KALA IV PERSALINAN

Hari/ Tanggal : Senin, 15 April 2024
Jam : 21.25 WIB
Tempat Pengkajian : PMB Hj. E
Nama Pengkaji : Siti Sindi Widiati Robi'ah

S DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

   Klien merasa lelah dan perutnya masih terasa mules, tetapi Klien merasa senang bayinya telah lahir dengan selamat

O DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum

   Klien tampak lelah, kesadaran komposmentis, keadaan emosional tampak stabil
2. Pemeriksaan fisik:

   Tanda-tanda vital:

   TD: 110/70 mmHg N: 88x/menit

   S: 36,5 ºC R: 20x/menit

   Abdomen:

   TFU 2 jari di bawah pusat, Kontraksi uterus baik (keras), Kandung kemih kosong

   Vulva/vagina:

   Perdarahan ± 30 cc

   Laserasi: tidak terdapat robekan jalan lahir

A ASESSMENT

1. Diagnosa (Dx) : P2A0 Kala IV Persalinan
2. Masalah Potensial : tidak ada
3. Kebutuhan// Tindakan Segera : tidak ada

P PLANNING

1. Memberitahukan Klien dan keluarga hasil pemeriksaan: Klien memasuki waktu pemantauan dan observasi selama 2 jam. Kondisi Klien dalam batas normal
2. Mengecek perineum Klien untuk memastikan ada tidaknya robekan jalan lahir

   Evaluasi: perineum utuh, tidak ada robekan jalan lahir
3. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pengeluaran darah serta melakukan observasi kala IV sesuai partograf yaitu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan

   Evaluasi: hasil observasi kala IV terlampir, Klien dalam kondisi normal.
4. Membersihkan perineum dan tubuh bagian bawah Klien serta mengganti pakaian Klien dengan yang bersih dan kering

Evaluasi: Klien merasa nyaman karena sudah dibersihkan dan sudah mengganti pakaian

5. Membereskan alat dan membuang bahan habis pakai
   Evaluasi: bahan habis pakai dKlienang ke tempat sampah infeksius dan partus set di rendam di air klorin 0,5%
6. Melepas APD dan mencuci tangan setelah melakukan Tindakan
   Evaluasi: bidan telah melepas APD dan Bidan mencuci tangan 6 langkah
7. Memberikan makanan dan minuman sehat tinggi protein tinggi kalori untuk Klien
   Evaluasi: Klien diberikan 1 mangkuk sup ayam+ 1 porsi nasi + minum air putih 1 gelas: makanan Habis.
8. Mengajarkan Klien untuk mobilisasi dini di tempat tidur seperti miring l ke kanan dan ke kiri.
   Evaluasi: Klien mulai mring kanan, miring kiri, serta duduk untuk menyesui banyinya
9. Mengajarkan Klien cara menyusui yang benar yaitu tubuh bayi berdekatan dan mengarah pada Klien, mulut dan dagu bayi berdekatan dengan payudara, areola masuk ke mulut bayi, terlihat bayi melakukan isapan yang lamban dan dalam serta menelan ASI, bayi terlihat tenang, serta Klien tidak merasakan adanya nyeri pada putting susu.
   Evaluasi: Klien mengerti dan dapat melakukan teknik menyusui sesuai dengan ajaran dari bidan
10. Memberikan konseling kepada klien untuk segera memberitahu Bidan jika terdapat tanda bahaya kala IV seperti adanya demam, perdarahan aktif, pusing, lemas luar biasa, serta nyeri panggul atau abdomen yang berlebih.
    Evaluasi: selama kala IV tidak ditemukan tanda bahaya, klien dalam keadaan normal
11. Memberitahu Klien dan keluarga bahwa akan dilakukan kembali pemeriksaan pada saat 6 jam setelah persalinan
12. Memberikan konseling bimbingan doa kala IV pada Klien.
    Evaluasi: Klien Bersama bidan membaca do'a dengan media foto yang di kirim memalui whatsapp. Doa yang diberikan adalah:

اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ

Artinya: Ya Allah, Engkau adalah Rabbku, tidak ada ilah yang berhak disembah kecuali Engkau, Engkaulah yang menciptakanku. Aku adalah hamba-Mu. Aku akan setia pada perjanjianku pada-Mu (yaitu aku akan mentauhidkan-Mu) semampuku dan aku yakin akan janji-Mu (berupa surga untukku). Aku berlindung kepada-Mu dari kejelekan yang kuperbuat. Aku mengakui nikmat-Mu kepadaku dan aku mengakui dosaku. Oleh karena itu, ampunilah aku. Sesungguhnya tiada yang mengampuni dosa kecuali Engkau."

13. Melengkapi pendokumentasian dalam bentuk SOAP

Bandung, 15 April 2024

CI/ Supervisor/ Dosen	**Pengkaji**
Imas Masdinarsyah, S.ST.,M.Tr.Keb.,Bdn	**Siti Sindi Widiati Robi'ah**

H. Pendokumentasian SOAP Asuhan Holistik Islami Masa Nifas

1. Kunjungan Nifas KF 1 (10 jam)

Hari/ Tanggal : Selasa/16/04/2024

Jam : 07.00 WIB

Tempat : PMB Hj. E

Pengkaji : Siti Sindi Widiati Rbi'ah

S DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama:

   Klien melahirkan 10 jam yang lalu, mengeluh masih kadang merasakan mulas dan belum bisa menyusui bayinya

2. Riwayat Obstetri yang lalu

Anak ke	Usia saat ini	Usia hamil	Cara Persalinan	Penolong	BB lahir	TB lahir	Masalah saat bersalin	IMD	ASI Eksklusif
1	8 tahun	Aterm	Spontan	Bidan	4000	50	Tidak ada	Tidak	Ya
2	0 hari (10 jam)	Aterm	Spontan	Bidan	3000	49	Tidak ada	Ya	Ya

3. Riwayat Persalinan saai ini
   a. Tanggal dan Jam : 15/04/2024 jam 21.00 WIB
   b. Robekan jalan lahir : tidak ada
   c. Komplikasi persalinan: tidak ada
   d. Jenis kelamin bayi : laki-laki
   e. BB Bayi saat lahir : 3000 gram
   f. PB Bayi saat lahir : 49 cm
4. Keadaan Psikologis

   Ny. I mengatakan sangat senang karena proses persalinannya berjalan dengan lancar, namun klien masih merasa masih perlu berlajar untuk menyusui anaknya

5. Keadaan Sosial Budaya

   Ny. I mengatakan adat kebiasaan yang masih dilakukan pada masa nifas adalah bahwa setelah melahirkan tidak boleh tidur di siang hari dikarenakan takut darahnya naik ke mata dan Ny. I mengatakan sedikit merasa terganggu dengan adanya kebiasaan tersebut

6. Keadaan Spiritual

   Ny. I mengatakan bahwa agama sangat penting bagi kehidupan sebagai petunjuk supaya hidup lebih terarah dan untuk mendapat ketenangan, Ny. I selalu melakukan ibadah rutin seperti shalat lima waktu, ngaji, puasa, dan mengikuti kegiatan pengajian mingguan di sekitar rumahnya. Tidak ada kegiatan Ibadah yang dapat mengganggu kehamilannya dan ibu sangat bersyukur dengan keadaanya. Karena dengan bersyukur klien bisa merasa lebih dekat dengan Allah SWT.

7. Pola Kebiasaan Sehari-hari

   a. Pola istirahat tidur

      Ny. I mengatakan baru tidur ± 1 jam setelah persalinan

   b. Pola aktifitas

      Ny. I mengatakan setelah persalinan Klien sudah bisa jalan ke kamar mandi sendiri

   c. Pola eliminasi

      - BAK: normalnya 6–8x/hari, jernih, bau kahs.

        Ny. I mengatakan setelah persalinan Klien sudah BAK 3x

      - BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning

        Ny. I mengatakan terakhir BAB pada saat sebelum melahirkan tanggal 15 april 2023 pukul 06.00 WIB dengan konsistensi tidak keras maupun cair, dan berwarna kuning

   d. Pola nutrisi

      Ny. I mengatakan telah makan 2x sejak setelah persalinan dan telah minum ±5 gelas dari setelah persalinan

e. Pola personal hygiene

Ny. I mengatakan setelah persalinan sudah ke kamar mandi sebanyak 2x, untuk membersihkan daerah genetalia

f. Pola seksualitas

Ny. I mengatakan biasa melakukan hubungan seksual 2-3x/minggu, dan rencana melakukam hubungan pasca salin ketika setelah selesai masa nifas

g. Pemberian ASI

Ny. I mengatakan pada saat melahirkan Klien melakukan IMD, dan ASI nya masih sedikit

h. Tanda Bahaya

Ny. I mengatakan tidak ada keluhan seperti pusing, demam, keluar darah banyak, maupun sakit perut hebat

O DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
   a. Keadaan umum : Baik~~/ cukup/ kurang~~ *)
   b. Kesadaran : Composmentis~~/ apatis/ somnolen/ spoor/ commatus*)~~
   c. Cara Berjalan : Klien berjalan dengan normal
   d. Postur tubuh : Tegap/ ~~Lordosis/ kifosis/ skeliosis~~ *)
   e. Tanda-tanda Vital

      Tekanan Darah : 120/80 mmHg

      Suhu : 36.5^{o}C

      Nadi : 80x/menit

      Respirasi : 23x/menit
   f. Antropometri

      BB : 69 kg

      TB : 146 cm

      Lila : 26 cm

2. Pemeriksaan Khusus
   a. Kepala

      Rambut bersih, tidak ada ketombe

   b. Wajah

      Pucat / tidak : tidak pucat

      Cloasma gravudarum : tidak ada

      Oedem : tidak ada oedema

   c. Mata

      Konjunctiva : merah muda

      Sklera : berwarna putih tidak ikterik

      Masalah penglihatan : penglihatan Klien normal dan tidak menggunakan kaca mata

      Oedema palpebral (oedema pada mata): tidak ada oedema

   d. Hidung

      Secret / polip : tidak ada keluar cairan, tidak ada polip

   e. Mulut

      Mukosa mulut : normal, berwarna merah muda dan tidak ada kelainan

      Stomatitis : tidak ada

      Caries gigi : tidak ada

      Gigi palsu : tidak ada

      Lidah : bersih

   f. Telinga

      Bentuk simetris, tidak ada keluar cairan dari telinga, pendengaran jelas

      Serumen : tidak ada

   g. Leher

      Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada

      Pembesaran kelenjar getah bening : tidak ada

      Peningkatan aliran vena jugularis : tidak ada

   h. Dada & Payudara

      Areola mammae : normal, berwarna coklat kehitaman

Putting susu : menonjol baik di payudara sebelah kiri maupun kanan
Kolostrum : sudah keluar
Benjolan : tidak ada
Bunyi nafas : normal
Denyut jantung : 90x/menit
Wheezing/ stridor : tidak ada

i. Abdomen
Bekas Luka SC : tidak ada
TFU : 2 jari di bawah pusat
Kotraksi : keras
Kandung kemih : kosong

j. Ekstremitas
Oedema : tidak ada
Varices : tidak ada
Refleks patella : +

k. Genetalia
Vulva/vagina : tidak ada kelainan
Pengeluaran lochea : rubra
Oedema/varices : tidak ada
Benjolan : tidak ada
Robekan perineum : tidak ada, perineum utuh

l. Anus
Tidak ada kelainan
Haemoroid : tidak ada

3. Pemeriksaan Penunjang
a. Pemeriksaan Panggul : tidak dilakukan
b. Pemeriksaan USG : tidak dilakukan
c. Pemeriksaan Laboratorium : tidak dilakukan

A ANALISA

1. Diagnosa (Dx) **:**P2A0 Post Partum 10 jam
2. Masalah Potensial : tidak ada
3. Kebutuhan Tindakan Segera: Tidak ada

P PENATALAKSANAAN

1. Melakukan *informed consent* sebelum melakukan pemeriksaan
2. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada Klien dan keluarga bahwa secara umum kondisi Klien sehat
3. Menjelaskan pada Klien bahwa rasa mulas yang Klien rasakan merupakan kondisi yang normal karena hal tersebut akibat dari proses involusi uteri atau kembalinya bentuk rahim dan untuk mencegah perdarahan
4. Memastikan uterus Klien berkontraksi dengan baik (keras) serta mengajarkan Klien dan keluarga cara masase uterus

   Evaluasi: uterus berkontraksi keras, Klien dan keluarga mengerti serta bisa melakukan masase uterus sesuai dengan yang diajarkan oleh bidan
5. Memberitahu klien untuk melakukan mobilisisi dini seperti miring kanan dan kiri, duduk, turun dari tempat tidur dan mencoba berjalan ke kamar mandi

   Evaluasi: klien sudah bisa ke kamar mandi tanpa di bantu oleh bidan
6. Memberitahu Klien untuk sering mengosongkan payudara dengan cara menyusui langsung secara sering sesuai dengan permintaan bayi
7. Memastikan Klien sudah bisa menyusui bayinya dengan cara dan posisi yang benar

   Evaluasi: Klien bisa melakukan posisi menyusui dengan benar
8. Memberi dukungan dan motivasi dalam memberikan ASI eksklusif

   Evaluasi: Klien terlihat antusias dan mengatakan akan memberikan ASI eksklusif pada bayinya
9. Memberitahu Klien untuk selalu memenuhi kebutuhan nutrisi dengan mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein, serat, vitamin dan memenuhi kebutuhan cairan dengan perbanyak minum air putih minimal 2-3 liter/hari untuk membentu proses

pemulihan dan proses menyusui

10. Memberitahu klien dan keluarga untuk mencukupi kebutuhan istirahat yaitu 7-8 jam/ hari, dan juga memberikan konseling bahwa kebiasaan Ibu nifas tidak boleh tidur di siang hari merupakan mitos yang tidak harus diikuti
11. Memberitahu Klien cara vulva hygiene yang baik dan benar, dengan melakukan vulva hygiene dari arah depan ke belakang, dan selalu mengeringkan setelah selesai membersihkan daerah kewanitaan
12. Memberitahu klien untuk segera ke fasilitas kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada nifas seperti perdarahan pervaginam dengan jumlah yang banyak, sakit kepala hebat, pengeluaran pervagianam dengan disertau bau menuruk, sakit hebat di perut bagian bawah, pembengkakan di wajah, tangan atau kaki, payudara memerah atau bengkak, hiang nafsu makan dalam waktu yang lama, kejang, merasa sedih dan tidak mampu mengurus bayinya dalam jangka waktu yang lama.
13. Memberikan klien tablet tambah darah (Ferrous Fumarrate 250mg) dengan dosis 1 tablet/hari untuk mencegah terjadinya anemia pada masa nifas

    Evaluasi: klien telah meminum tableh tambah darah sebanyak satu tablet dan akan meminumnya secara teratur
14. Memberikan klien vitamin A sebanyak dua kapsul dengan dosis 200.000 IU (perkapsul warna merah) yang di minum 1 kapsul pada awal masa nifas dan satu kapsul pada 24 jam berikutnya

    Evaluasi: klien telah meminum vitamin A sebanyak satu kapsul
15. Memberitahu Ibu dan keluarga jadwal kunjungan ulang 3 hari kemudian atau jika ada keluhan
16. Melakukan bimbingan do'a untuk meminta kesembuhan

    Evaluasi: doa yang diberikan berupa doa kesehatan badan, Klien membaca do'a Bersama bidan dengan media foto yang di kirim melalui whatsapp. Doa yang doiberikan adalah:

    اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ

    Artinya: Ya Allah, Engkau adalah Rabbku, tidak ada ilah yang berhak disembah kecuali Engkau, Engkaulah yang menciptakanku. Aku adalah hamba-Mu. Aku akan setia pada

perjanjianku pada-Mu (yaitu aku akan mentauhidkan-Mu) semampuku dan aku yakin akan janji-Mu (berupa surga untukku). Aku berlindung kepada-Mu dari kejelekan yang kuperbuat. Aku mengakui nikmat-Mu kepadaku dan aku mengakui dosaku. Oleh karena itu, ampunilah aku. Sesungguhnya tiada yang mengampuni dosa kecuali Engkau."

17. Melakukan mendokumentasian SOAP

Bandung, 16 April 2024

CI/ Supervisor/ Dosen	**Pengkaji**
Maya Sukmayati, S.ST.,M.KM.,Bdn	**Siti Sindi Widiati Robi'ah**

2. Kunjungan Ulang Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas 4 Hari (KF 2)

Hari/tanggal	Jum'at, 19 April 2024		
Tempat	Rumah Ny. I (Kunjungan Rumah)		
Jam	10.00 WIB		
Pengkaji	Siti Sindi Widiati Robi'ah		
Data Subjektif	**Data Objektif**	**Analisa**	**Penatalaksanaan**
1. Keluhan Utama Ny. I mengatakan ASI nya sudah mulai banyak sehingga payudara sering terasa lebih cepat penuh dan teraba keras **2. Pola Kebiasaan** **Pola nutrisi** Ny. I mengatakan sudah makan teratur 3x/hari dengan menu yang lengkap terdiri dari nasi, daging, sayur, dan buah. Serta Ny. I minum 7-8 gelas/hari (teh dan air putih) **Pola istirahat** Ny. I mengatakan tidur siang 1 jam/hari dan tidur malam 5-6 jam dan sering terbangun dikarenakan bayinya sering menyusu **Pola aktifitas** Ny. I mengatakan untuk pekerjaan rumah di bantu oleh suami dan merawat bayinya di bantu oleh kakaknya **Pola eliminasi** Ny. I mengatakan BAB 1x/hari dan BAK 5-6x/hari dan tidak ada keluhan **Pola personal hygiene** Ny. I mengatakan mandi 1-2x sehari dan menganti pembalut 4-5x/hari, ibu juga menjaga kebersihan	**1. Pemeriksaan umum** a. Keadaan umum: baik b. Kesadaran: composmentis c. Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmhg N: 81x/m S: 36,8 ^{0}C R: 22x/menit **2. Pemeriksaan spesifik** a. Mata Konjungtiva: Merah muda Sklera: Putih b. Dada dan payudara • Pengeluaran ASI: sudah ada, payudara teraba keras dan terlihat mengkilat, serta adanya sedikit nyeri pada saat di tekan • Benjolan: tidak ada • Putting susu: menonjol • Bunyi nafas: normal • Denyut jantung:teratur • Wheezing/ stridor: tidak ada c. Abdomen • TFU : pertengahan simfisis dan pusat • Kontraksi: keras • Kandung kemih: kosong • Diastasis rekti: 1 cm (normal) d. Ekstremitas Tidak ada kemerahan, tidak ada oedema, tidak	**1. Diagnosa** : P2A0 Postpartum 4 hari dengan bendungan ASI **2. Masalah potensial:** tidak ada **3. Kebutuhan tindakan segera:** tidak ada	1. Melakukan *informed consent* sebelum melakukan pemeriksaan 2. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada Klien dan keluarga bahwa secara umum kondisi Klien sehat namun terdapat bendungan ASI 3. Memastikan proses involusi uterus berjalan dengan baik Evaluasi: kontraksi uterus keras, TFU pertengahan simfisis dan pusat 4. Memberitahu Klien untuk sering mengosongkan payudara dengan cara menyusui langsung secara sering sesuai dengan permintaan bayi (*on dimand*) atau dengan metode pumping 5. Memastikan Klien sudah bisa menyusui bayinya dengan cara dan posisi yang benar Evaluasi: Klien bisa melakukan posisi menyusui dengan benar 6. Memberitahu dan mengajarkan Klien cara perawatan payudara untuk mencegah terjadinya bendungan ASI pada payudara Klien Evluasi: Klien bersama Bidan mencoba melakukan gerakan perawatan payudara 7. Memberi dukungan dan motivasi dalam memberikan ASI eksklusif Evaluasi : Klien terlihat antusias dan mengatakan akan memberikan ASI eksklusif pada bayinya 8. Memberitahu Klien untuk selalu memenuhi kebutuhan

dirinya **Pola pemberian ASI** Ny. I mengatakan ASI nya sudah banyak sehingga payudaranya sering terasa penuh dan kadang ada rasa nyeri ketika di tekan	ada nyeri tekan (tanda homan negatif) e. Genetalia • Vulva/vagina : tidak ada kelainan dan terlihat bersih • Pengeluarn: lochea sanguilenta • Robekan perineum: tidak ada f. Anus : tidak ada haemoroid **3. Pemeriksaan penunjang** Tidak dilakukan		nutrisi dan cairan untuk membentu proses pemulihan 9. Menjelaskan kepada klien dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan istirahat yaitu 7-8 jam/hari, untuk membantu proses pemulihan 10. Memberitahu klien untuk segera ke fasilitas kesehatan jika terdapat tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan pervaginam dengan jumlah yang banyak, sakit kepala hebat, pengeluaran pervagianam dengan disertai bau menuruk, sakit hebat di perut bagian bawah, pembengkakan di wajah, tangan atau kaki, payudara memerah atau bengkak, hiang nafsu makan dalam waktu yang lama, kejang, merasa sedih dan tidak mampu mengurus bayinya dalam jangka waktu yang lama. 11. Memberitahu Ibu dan keluarga jadwal kunjungan ulang 10 hari kemudian atau jika ada keluhan 12. Melakukan bimbingan do'a untuk meminta kesembuhan Evaluasi: doa yang diberikan berupa doa kesehatan badan, Klien membaca do'a Bersama bidan dengan media foto yang di kirim melalui whatsapp. Doa yang doiberikan adalah: اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ Artinya: Ya Allah, Engkau adalah Rabbku, tidak ada ilah yang berhak disembah kecuali Engkau, Engkaulah yang menciptakanku. Aku adalah hamba-Mu. Aku akan setia pada perjanjianku pada-Mu (yaitu aku akan mentauhidkan-Mu) semampuku dan aku yakin akan janji-Mu (berupa surga untukku). Aku

			berlindung kepada-Mu dari kejelekan yang kuperbuat. Aku mengakui nikmat-Mu kepadaku dan aku mengakui dosaku. Oleh karena itu, ampunilah aku. Sesungguhnya tiada yang mengampuni dosa kecuali Engkau." 13. Melakukan mendokumentasian SOAP

3. Kunjungan Ulang Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas 21 Hari (KF 3)

Hari/tanggal	Senin, 06 Mei 2024		
Tempat	PMB E		
Jam	09.00 WIB		
Pengkaji	Siti Sindi Widiati Robi'ah		
Data Subjektif	**Data Objektif**	**Analisa**	**Penatalaksanaan**
1. Keluhan Utama Ny. I mengatakan tidak ada keluhan **2. Pola Kebiasaan** **Pola nutrisi** Ny. I mengatakan sudah makan teratur 3x/hari dengan menu yang lengkap terdiri dari nasi, daging, sayur, dan buah. Serta Ny. I minum 8-9 gelas/hari (teh dan air putih) **Pola istirahat** Ny. I mengatakan tidur siang 1 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam dan masih sering terbangun untuk menyusui bayinya **Pola aktifitas** Ny. I mengatakan untuk pekerjaan rumah di bantu oleh suami dan sudah bisa merawat bayinya sendiri **Pola eliminasi** Ny. I mengatakan BAB 1x/hari dan BAK 5-6x/hari dan tidak ada	**1. Pemeriksaan umum** a. Keadaan umum: baik b. Kesadaran: composmentis c. Tanda-tanda vital Tekanan darah: 120/70mmhg Nadi : 84x/m Suhu : 36,5 ^{0}C Antropometri BB: : 65 kg TB : 146 cm **2. Pemeriksaan spesifik** a. Mata Konjungtiva: Merah muda Sklera: Putih b. Dada dan payudara • Pengeluaran ASI: sudah ada • Putting susu: menonjol, tidak ada keluhan • Benjolan: tidak ada • Bunyi nafas: normal • Denyut jantung : teratur • Wheezing/	**1. Diagnosa** : P2A0 Post partum 21 hari **2. Masalah potensial:** tidak ada **3. Kebutuhan tindakan segera:** tidak ada	1. Melakukan *informed consent* sebelum melakukan pemeriksaan 2. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada Klien dan keluarga bahwa secara umum, kondisi Klien sehat 3. Memastikan proses involusi uterus berjalan dengan baik Evaluasi:kontrasi dan TFU sudah tidak teraba 4. Memastikan klien tetap memberikan ASI kepada bayinya secara eksklusif Evaluasi : klien mengatakan tidak pernah memberikan minuman atau makanan tambahan apapun selain ASI 5. Memberitahu Klien untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan untuk membentu proses pemulihan 6. Menjelaskan serta mempraktikkan gerakan senam nifas kepada klien untuk membantu proses pemulihan Evaluasi: klien bersama bidan mencoba melakukan gerakan senam nifas 7. Memberikan konseling kepada klien tentang waktu

keluhan **Pola personal hygiene** Ny. I mengatakan mandi 2x sehari dan menganti pentiliner 2-3x/hari, ibu juga menjaga kebersihan dirinya **Pola pemberian ASI** Ny. I mengatakan ASI nya sudah banyak dan sudah bisa menyusui bayinya	stridor: tidak ada c. Abdomen • TFU: tidak teraba • Kontraksi: tidak teraba • Kandung kemih: kosong • Diastasis rekti: 1 cm (normal) d. Ekstremitas Tidak ada kemerahan, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan (tanda homan negatif) e. Genetalia • Vulva/vagina: tidak ada keluhan dan terlihat bersih • Pengeluaran: lochea alba f. Anus : tidak ada haemoroid **3. Pemeriksaan Penunjang** Tidak dilakukan		ber-KB dan jenis-jenis alat kontrasepsi yang bisa di gunakan untuk Ibu menyusui Evaluasi: klien mengerti dan akan mendiskusikan hal tersebut dengan suami 8. Memberitahu klien untuk segera ke fasilitas kesehatan jika terdapat tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan pervaginam dengan jumlah yang banyak, sakit kepala hebat, pengeluaran pervagianam dengan disertai bau menuruk, sakit hebat di perut bagian bawah, pembengkakan di wajah, tangan atau kaki, payudara memerah atau bengkak, hiang nafsu makan dalam waktu yang lama, kejang, merasa sedih dan tidak mampu mengurus bayinya dalam jangka waktu yang lama. 9. Memberitahu Ibu dan keluarga jadwal kunjungan ulang pada tanggal 25 mei 2024 atau jika ada keluhan 10. Melakukan bimbingan do'a untuk meminta kesembuhan Evaluasi: doa yang diberikan berupa doa kesehatan badan, Klien membaca do'a Bersama bidan dengan media foto yang di kirim melalui whatsapp. Doa yang doiberikan adalah: اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ Artinya: Ya Allah, Engkau adalah Rabbku, tidak ada ilah yang berhak disembah kecuali Engkau, Engkaulah yang menciptakanku. Aku adalah hamba-Mu. Aku akan setia pada perjanjianku pada-Mu (yaitu aku akan mentauhidkan-Mu) semampuku dan aku yakin akan janji-Mu (berupa surga

			untukku). Aku berlindung kepada-Mu dari kejelekan yang kuperbuat. Aku mengakui nikmat-Mu kepadaku dan aku mengakui dosaku. Oleh karena itu, ampunilah aku. Sesungguhnya tiada yang mengampuni dosa kecuali Engkau." 11. Melakukan mendokumentasian SOAP

4. Kunjungan Ulang Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas 40 Hari (KF 4)

Hari/tanggal	Sabtu, 25 Mei 2024		
Tempat	PMB Hj. E		
Jam	10.00 WIB		
Pengkaji	Siti Sindi Widiati Robi'ah		
Data Subjektif	**Data Objektif**	**Analisa**	**Penatalaksanaan**
1. Keluhan Utama Ny. I mengatakan tidak ada keluhan dan ingin ber-KB **2. Pola Kebiasaan** **Pola nutrisi** Ny. I mengatakan sudah makan teratur 3x/hari dengan menu yang lengkap terdiri dari nasi, daging, sayur, dan buah. Serta Ny. I minum 8-10 gelas/hari (teh dan air putih) **Pola istirahat** Ny. I mengatakan tidur siang 1 jam/hari dan tidur malam 5-6 jam dan sering terbangun dikarenakan bayinya sering menyusu **Pola aktifitas** Ny. I mengatakan untuk pekerjaan rumah di antu oleh suami dan sudah bisa merawat bayinya secara mandiri **Pola eliminasi** Ny. I mengatakan BAB 1x/hari dan BAK 6-	**1. Pemeriksaan umum** a. Keadaan umum: baik b. Kesadaran: composmentis c. Tanda-tanda vital Tekanan darah: 110/80mmhg Nadi : 81x/m Suhu : 36,4 ^{0}C **2. Pemeriksaan spesifik** a. Mata Konjungtiva: Merah muda Sklera: Putih b. Dada dan payudara • Pengeluaran ASI: sudah ada • Benjolan: tidak ada • Bunyi nafas: normal • Denyut jantung : teratur • Wheezing/ stridor: tidak ada c. Abdomen • TFU: tidak teraba	**1. Diagnosa** : P2A0 Post partum 40 hari **2. Masalah potensial:** tidak ada **3. Kebutuhan tindakan segera:** tidak ada	1. Melakukan *informed consent* sebelum melakukan pemeriksaan 2. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada Klien dan keluarga bahwa secara umum kondisi Klien sehat 3. Memastikan Klien sudah tidak mengalami kesulitan dalam proses menyusui Evaluasi: klien sudah bisa menyusui bayinya dengan benar 4. Meberikan pelayanan KB kepada klien Evaluasi: Klien memilih alat kontrasepsi suntik 3 bulan dan tindakan telah diberikan 5. Memberitahu Ibu dan keluarga untuk segera ke fasilitas kesehatan jika ada keluhan 6. Melakukan bimbingan do'a untuk meminta kesembuhan Evaluasi: doa yang diberikan berupa doa kesehatan badan, Klien membaca do'a Bersama bidan dengan media foto yang di kirim melalui

7x/hari dan tidak ada keluhan **Pola personal hygiene** Ny. I mengatakan mandi 2x sehari, menggati celana dalam 2-3x/hari atau jika terasa basah **Pola pemberian ASI** Ny. I mengatakan ASI nya sudah banyak dan sudah bisa menyusui bayinya, serta tidak ada keluhan yang di rasakan	• Kontraksi: keras • Kandung kemih: kosong d. Ekstremitas Tidak ada kemerahan, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan e. Genetalia • Vulva/vagina : baik • Pengeluaran: lochea alba f. Anus : tidak ada haemoroid **3. Pemeriksaan Penunjang** Tidak dilakukan		whatsapp. Doa yang doiberikan adalah: اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ Artinya: Ya Allah, Engkau adalah Rabbku, tidak ada ilah yang berhak disembah kecuali Engkau, Engkaulah yang menciptakanku. Aku adalah hamba-Mu. Aku akan setia pada perjanjianku pada-Mu (yaitu aku akan mentauhidkan-Mu) semampuku dan aku yakin akan janji-Mu (berupa surga untukku). Aku berlindung kepada-Mu dari kejelekan yang kuperbuat. Aku mengakui nikmat-Mu kepadaku dan aku mengakui dosaku. Oleh karena itu, ampunilah aku. Sesungguhnya tiada yang mengampuni dosa kecuali Engkau." 7. Melakukan mendokumentasian SOAP

I. Pendokumentasian SOAP Asuhan Holistik Islami Masa Bayi Baru Lahir

1. Pemeriksaan Selintas

Hari/Tanggal : 15 April 2024

Tempat Praktik : PMB Hj E

Pengkaji : Siti Sindi Widiati Robi'ah

Waktu Pengkajian : 21.00 WIB

S DATA SUBJEKTIF

Anamnesa

a. Biodata Pasien:

1) (1) Nama bayi : By. Ny. I
2) (2) Tanggal Lahir : 16/04/2024 jam 21.00WIB
3) (3) Usia : 1 jam

b. Keluhan utama

By. Ny. I lahir spontan 1 jam yang lalu belum diberikan Vitamin K dan salep mata, dan imunisasi HB0.

c. Riwayat Kelahiran

Asuhan	Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan
Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	21.00
Salep mata antibiotika profilaksis	Belum diberikan
Suntikan vitamin K1	Belum diberikan
Imunisasi Hepatitis B (HB)	Belum diberikan
Rawat gabung dengan ibu	21.00 (sejak lahir)
Memandikan bayi	Belum dilakukan
Konseling menyusui	Sudah dilakukan sejak 1 jam yg lalu setelah persalinan
Riwayat pemberian susu formula	Tidak ada
Riwayat pemeriksaan tumbuh kembang	Tidak dilakukan

O DATA OBJEKTIF

A. Penilaian Selintas

1. Keadaan Umum : baik

2. Tonus Otot : bergerak aktif
3. Warna kulit : kemerahan
4. Tangis bayi : menangis kuat
5. Denyut jantung : 146 x/menit
6. Suhu : 36,6 0C
7. APGAR skor : 9/10

Jenis kelamin : Laki-laki

B. Pemeriksaan Antropometri

1. Berat badan bayi : 3000 gram
2. Panjang badan bayi: 49 cm
3. Lingkar Kepala : 33
4. Lingkar Dada : 31

A ASESSMENT

1. Diagnosa (Dx): Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 jam
2. Masalah Potensial: Tidak ada
3. Tindakan segera: Tidak ada

P PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil temuan dalam pemeriksaan kepada ibu, bahwa bayi saat ini dalam keadaan baik.

   Evaluasi: ibu terlihat tersenyum dan mengucapkan alhamdulillah
2. Memberitahu ibu bahwa bayi akan diberikan salep mata profilaksis dan vitamin K disuntikkan di paha kiri bayi.

   Evaluasi: ibu menyetujui tindakan pemberian salep mata dan vitamin K
3. Memberikan salep mata profilaksis 0,5% pada bayi dimulai dari ujung mata menuju ke pangkal mata.

   Evaluasi: salep mata diberikan pada pukul 21.00 WIB
4. Memberikan vitamin K 1mg disuntikkan di paha bagian luar bayi sebelah kiri.

Evaluasi: sudah dilakukan penyuntikan secara IM, sebelum penyuntikan dilakukan desinfeksi pada lokasi penyuntikan dengan alkohol swab.

5. Menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan baju bersih dan kering serta memakaikan topi bayi.
   Evaluasi: sudah dilakukan, bayi terlihat nyaman
6. Memberikan bayi kepada ibu untuk di susui dan mengajarkan cara menyusui yang baik dan tanda bayi menyusu dengan benar.
   Evaluasi: ibu mengerti dan dapat melakukannya
7. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin setiap 2 jam sekali, jika bayi tidur dibangunkan untuk di susui.
   Evaluasi: ibu akan melakukan anjuran
8. Memotivasi ibu untuk memberikan ASI Ekslusif (hanya memberi ASI tanpa tambahan makanan apapun) selama 6 bulan pada bayi.
   Evaluasi: ibu mengerti dan akan melakukannya
9. Memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi yaitu kejang, demam, tidak mau menyusu, bayi merintih, mata bernanah, kulit dan mata bayi kuning. Jika terdapat tanda tersebut segera beritahu bidan.
   Evaluasi: ibu mengerti apa yang disampaikan
10. Membimbing ibu untuk mendoakan bayinya.Allahummaj'alhu shohiihan kaamilan, wa'aqilan haadziqon, wa 'aaliman 'amilan
    Artinya: "Ya Allah, jadikanlah ia anak yang sehat s empurna, berakal cerdas, dan berilmu lagi beramal.
    Evaluasi: Ibu membaca dan mengikuti serta akan mengamalkannya.
11. Mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan (SOAP).

2. Pendokumentasian SOAP Asuhan Holistik Islami Masa Bayi Baru Lahir usia 10 jam

Hari/Tanggal : Selasa/16 April 2024

Tempat Praktik : PMB Hj. Elah Muhaeliah, S.Keb

Pengkaji : Siti Sindi Widiati Robi'ah

Waktu Pengkajian : 07.00 WIB

S DATA SUBJEKTIF

A. Biodata Pasien:

1. Nama bayi : By. Ny. I
2. Tanggal Lahir : 15 April 2024
3. Usia : 10 jam

B. Identitas orang tua

	Klien	**Suami**
Nama	Ny. I	Tn. S
Usia	32 tahun	32 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SMP
Pekerjaan	IRT	Buruh
Alamat	Kp. Salakaso RT 11 / RW 04	
No Telp	081222720789	

C. Keluhan utama

Klien mengatakan bayinya lahir tanggal 15 april 2024 pukul 21.00 WIB, sudah BAK 2x dan BAB 1x

D. Riwayat Kesehatan orang tua

1. Apakah Klien dulu pernah menderita penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis maupun penyakit menular seperti batuk darah, hepatitis, HIV AIDS?

   Ny. I mengatakan tidak memiliki penyakit menurut seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis maupun penyakit menular seperti batuk darah, hepatitis,

maupun HIV/AIDS

2. Apakah Klien dulu pernah operasi?

   Ny. I mengatakan tidak pernah melakukan operasi

3. Apakah Klien pernah menderita penyakit lain yang dapat menganggu kehamilan?

   Ny. I mengatakan tidak pernah menderita penyakit berat selama hamil hanya mengalami keluhan-keluhan yang fisiologis

E. Riwayat kehamilan

1. Usia kehamilan : 40 minggu
2. Riwayat ANC : 6x ke PMB, 1x ke puskesmas untuk ANC terpadu
3. Imunisasi TT : TT3
4. Terapi yang diberikan jika ada masalah saat ANC

   Tidak ada, Klien hanya minum vitamin yang diberikan bidan

F. Riwayat persalinan

Anak Ke	**Penolong**	**Tempat**	**Jenis persalinan**	**BB**	**PB**	**Obat-obatan**	**Komplikasi persalinan**
1	Paraji	Rumah	Spontan	4000		Tidak ada	Tidak ada
2	Bidan	PMB Hj. Elah Muhaeliah, S.Keb	Spontan	3000	49	Vitamin K Salep Mata	Tidak ada

G. Riwayat Kelahiran

Asuhan	**Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan**
Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	Ya, pada tanggal 15 April 2024, pukul 21.00 WIB
Salep mata antibiotika profilaksis	Ya, pada tanggal 15 April 2024, pukul 22.00 WIB
Suntikan vitamin K1	Ya, pada tanggal 15 April 2024, pukul 22.00 WIB
Imunisasi Hepatitis B (HB)	Rencana di berikan setelah pemeriksaan fisik
Rawat gabung dengan Klien	Klien dan bayi langsung rawat gabung setelah persalinan
Memandikan bayi	Bayi telah di mandikan 9 jam setelah persalinan
Konseling menyusui	Klien telah diberikan konseling tentang menyusui sejak 2 jam setelah persalinan

Riwayat pemberian susu formula	Tidak pernah diberikan susu formula
Riwayat pemeriksaan tumbuh kembang	Bayi dilakukan pemeriksaan fisik

H. Keadaan bayi baru lahir

BB/ PB lahir : 3000 gram/49cm

APGAR score : 9/10

I. Faktor Lingkungan

Ny. I mengatakan daerah tempat tinggal Klien merupakan daerah perkampungan yang cukup jauh dari jalan utama dan masih merupakan daerah pegunungan, sehingga hal tersebut membantu lingkungannya menjadi bersih tidak terlalu berdebu, berpolusi, maupun gersang, memiliki ventilasi yang cukup, dan selalu dibersihkan setiap hari, berada di daerah yang suhunya tidak terlalu panas maupun dingin, dan mendapatkan pencahayaan yang cukup dari sinar matahari

J. Faktor Genetik

Ny. I mengatakan tidak memiliki/sedang menderita penyakit berat maupun keturunan seperti penyakit jantung, asma, epilepsy, dll. baik dari Klien maupun keluarganya. Tidak memiliki riwayat kelainan bawaan lahir, gangguan jiwa maupun bayi kembar.

K. Faktor Sosial Budaya

Ny. I mengatakan ini merupakan kehamilan kedua yang direncanakan dikarenakan Klien dan suami ingin segera menambah keturunan, keluarga sangat menantikan kelahiran bayinya dikarenakan jarak dari anak pertama ke yang kedua jauh yaitu 8 tahun. Didaerah rumahnya masih ada kebiasaan yang biasa dilakukan pada bayi baru lahir yaitu memakaikan koin pada pusar bayi. Orangtua dan suaminya masih mempercayai sebagian mitos pada bayi baru lahir, contohnya seperti harus menyimpan gunting di dekat tempat tidur bayi untuk menghindari gangguan mistis

L. Keadaan Spiritual

Ny. I mengatakan bahwa Klien dan keluarganya meyakini agama adalah bagian yang sangat penting sebagai pedoman hidup, pengalaman spiritual yang paling berdampak bagi Klien dan suami adalah Ketika selesai beribadah selalu merasakan ketenangan. Ny. I dan suami rutin melalukan ibadah shalat 5 waktu dan mengaji serta mengikuti

pengajian rutin di masjid. Ny. I mengatakan bahwa dalam mengurus bayi suaminya sangat membantu dilihat dari pengalaman anak pertama dan juga pada kelahiran sekarang Klien akan dibantu oleh kakanya dalam hal mengurus bayi dan setiap melakukan perawatan pada bayinya selalu mengucapkan bismillah dengan tujuan agar bayinya selalu di berikan perlindungan oleh Allah SWT

M. Pola kebiasaan sehari-hari

1. Pola istirahat dan tidur anak
   a) Tidur siang normalnya 12 jam/hr :

      Ny. I mengatakan bahwa bayinya sudah tidur ± 4 jam setelah lahiran, sering terbangun karena ingin menyusu atau buang air kecil
2. Pola aktifitas dan anak ada gangguan/tidak:

   Ny. I mengatakan aktivitas bayinya menangis ketika ingin menyusu atau merasa tidak nyaman karena BAK/BAB, menolehkan kepala ke kiri dan kanan sambil membuka mulut Ketika ingin menyusu, serta menggerakan seluruh badan ketika bajunya di buka
3. Pola eliminasi
   a) BAK

      Ny. I mengatakan setelah lahiran bayinya sudah BAK sebanyak 2x
   b) BAB

      Ny. I mengatakan setelah lahiran bayinya sudah BAB 1x dan berwarna hitam
4. Pola nutrisi
   a) Makan (jenis dan frekuensi) : Full ASI setiap 2 jam sekali
   b) Minum (jenis dan frekuensi) : Full ASI setiap 2 jam sekali
5. Pola personal hygiene (Frekuensi mandi, ganti pakaian):

   Bayi telah dimandikan oleh bidan, dan Ny. I mengatakan bahwa bayinya akan dimandikan setiap hari dan dibantu oleh kakaknya

6. Pola gaya hidup

   Ny. I mengatakan suaminya merupakan prokok aktif, namun suaminya sudah mengerti bahwa bayi harus di jauhkan dari asap rokok dengan cara merokok diluar dan selalu mengganti baju setiap akan menggendong bayinya

O DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum
   a) Ukuran keseluruhan: Normal
   b) Kepala, badan, ekstremitas: Normal
   c) Warna kulit dan bibir:
      Warna kulit dan bibir bayi terlihat kemerahan tidak pucat maupun kebiruan
   d) Tangis bayi:
      Bayi menangis kuat
2. Tanda-tanda Vital
   a) Pernafasan : 48x/menit
   b) Denyut jantung : 140x/menit
   c) Suhu : $36,7^0$C
3. Pemeriksaan Antropometri
   a) Berat badan bayi : 3000 gram
   b) Panjang badan bayi : 49 cm

B. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala
   a) Ubun-ubun: Normal, tidak ada cekungan, tidak ada penonjolan
   b) Sutura: Normal, tidak ada penumpukan, tidak ada moulage
   c) Penonjolan/daerah yang mencekung: tidak ada
   d) Caput succadaneum: tidak ada
   e) Lingkar kepala: 33 cm

2. Mata
   a) Bentuk : Simetris
   b) Tanda-tanda infeksi : Tidak ada
   c) Refleks Eyeblink : Ada, mata bayi otomatis menutup dan mengejap ketika diberikan rangsangan
3. Telinga
   a) Bentuk : Simetris
   b) Tanda-tanda infeksi : Tidak ada
   c) Pengeluaran cairan : Tidak ada
4. Hidung dan Mulut
   a) Bibir dan langit-langit : Bentuk normal, tidak ada labioskizis, palatoskizis, maupun labiopalatoskizis
   b) Pernafasan cuping hidung: Tidak ada, bayi bernafas normal
   c) Pengeluaran hidung : tidak ada
   d) Reflek *rooting* :Ada, bayi menoleh saat diberikan rangsangan di daerah pipi
   e) Reflek *Sucking* : Ada, bayi bisa menghisap saat menyusui
   f) Reflek *swallowing* : Ada, bayi bisa menelan saat menyusui
   g) Masalah lain : Tidak ada
5. Leher
   a) Pembengkakan kelenjar : Tidak ada
   b) Gerakan : Normal
   c) Reflek *tonic neck* : Ada, bayi menunjukkan respon ketika di posisikan tengkurap pada saat IMD, bayi memberikan respon dengan mengangkat kepalanya
6. Dada
   a) Bentuk : Simetris
   b) Posisi putting : Putting berada di Tengah-tengah payudara
   c) Bunyi nafas : Normal, tidak ada bunyi *Whizeeng*

d) Bunyi jantung : Normal

e) Lingkar dada : 31 cm

7. Bahu, lengan dan tangan

a) Bentuk : Simetris

b) Jumlah jari : 10, 5 jari di sebelah kanan dan 5 jari di sebelah kiri

c) Gerakan : Aktif

d) Reflek *graps* : Ada, bayi langsung menggenggam ketika di berikan rangsangan pada telapak tangan

8. Sistem saraf

Refleks Moro : Ada, bayi menunjukkan refleks kaget ketika di berikan rangsangan tepukan tangan

9. Perut

a) Bentuk : Simetris

b) Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis: Normal, tali pusat tidak menonjol ketika bayi menangis,

c) Perdarahan pada tali pusat: Tidak ada, keadaan tali pusat bersih dan kering, tidak berbau maupun kemerahan

10. Genatalia

Jenis Kelamin: Laki-laki

a) Tampak pada skrotum dan kedua testis turun kedalam skrotum

b) Lubang uretra : Ada, bayi sudah BAK sebelum 24 jam setelah persalinan

11. Tungkai dan kaki

a) Bentuk : Simetris

b) Jumlah jari : 10 jari, 5 jari di sebelah kanan dan 5 jari di sebelah kiri

c) Gerakan : Aktif

d) Reflek babynski : Ada, terlihat reaksi ekstensi Klien jari ketika diberikan rangsangan dengan menggores permukaan telapak kaki

12. Punggung dan anus
    a) Pembengkakan atau ada cekungan: bentuk normal, tidak ada pembengkakan maupun cekungan, tidak ada spina bifida
    b) Lubang anus : Ada, bayi telah BAB
13. Kulit
    a) Verniks : tidak ada
    b) Warna kulit dan bibir : Kemerahan, tidak ada kebiruan (sianosis)
    c) Tanda lahir : Tidak ada

C. Pemeriksaan Laboratorium : Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium

A ANALISA DATA

1. **Diagnosa (Dx):** By. Ny. I Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 10 jam
2. **Masalah Potensial:** Tidak ada
3. **Tindakan segera:** Tidak ada

P PENATALAKSANAAN

1. Melakukan *inform consent* sebelum melakukan pemeriksaan serta memberitahu bahwa bayinya akan dilakukan pemeriksaan dari kepala sampai ke kaki
2. Memberitahukan hasil temuan dalam pemeriksaan kepada Klien bahwa bayinya dalam keadaan normal
3. Memberikan salep mata dan penyuntikan vitamin K di 1/3 paha kiri atas bagian luar satu jam setelah lahir, serta menjelaskan kepada Klien fungsi dari diberikannya Tindakan tersebut.

   Evaluasi: Klien dan keluarga mengerti penjelasan yang diberikan oleh bidan, salep mata dan vitamin K telah diberikan satu jam setelah bayi lahir yaitu pukul 22.00 WIB
4. Memberikan serta menjelaskan fungsi dan efek samping dari imunisasi HB 0 kepada bayi dengan dosis 0,5 ml di 1/3 paha kanan atas bagian luar

Evaluasi: Klien mengerti penjelasan dari bidan baik fungsi maupun cara penanganan jika muncul efek samping setelah penyuntikan. Imuniassi HB0 telah disuntikan secara IM paha luar sebelah kanan.

5. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi meliputi:
   a. Mengajarkan Klien cara perawatan tali pusat dengan teknik bersih dan kering tanpa memberikan cairan apapun
      Evaluasi: Klien mengerti dan bisa mempraktikkan cara perawatan tali pusat
   b. Mengajarkan Klien cara menjaga kehangatan bayi dengan cara selalu memakaikan pakaian panjang, membedong bayi menggunakan kain pernel, memakaikan topi, menyelimuti tubuh bayi, tempatkan bayi bersama Klien (rawat gabung), serta selalu memeluk bayinya.
   c. Menjelaskan kepada Klien agar menyusui banyinya secara *on dimand* (sesuai permintaan bayi) agar nutrisi bayi tetap terpenuhi
   d. Menjelaskan dan mengajarkan Klien posisi menyusui yang benar
      Evaluasi: Klien mengerti dan bisa mempraktikkan posisi menyusui yang baik dan benar
   e. Menjelaskan dan mengajarkan kepada Klien cara menyendawakan bayinya setiap selesai menyusu
      Evaluasi: Klien mengerti dan dapat mempraktikkan cara menyendawakan bayinya dengan benar
   f. Menjelaskan kepada Klien mengenai pemberian ASI Ekslusif selama 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun termasuk susu formula
      Evaluasi: Klien mengerti dan akan memberikan ASI eksklusif kepada bayinya
6. Memberikan konseling pada Klien mengenai:
   a. Menjelaskan kepada Klien untuk selalu menjaga bayinya agar terhindar dari infeksi yaitu dengan memandikan bayinya setiap hari, dan sering mengganti bajunya ketika basah atau terkena keringat
   b. Menjelaskan kepada Klien mengenai tanda bahaya pada bayi seperti tidak mau menyusu, sulit bernafas, warna kulit kebiruan, diare terus menerus, kejang, dll.

Evaluasi: Klien mengetahui tanda bahaya pada BBL dan akan segera membawa bayinya ke fasilitas Kesehatan jika ada keluhan tersebut

c. Menjelaskan kepada klien untuk bayinya melakukan SHK di Puskesmas pada usia minimal 48 – 72 jam dengan membawa persayaratan kartu identitas

7. Menjadwalkan rencana kunjungan ulang pada tanggal 19 April 2024 atau jika ada keluhan
8. Melakukan bimbingan do'a setelah selesai melakukan pemeriksaan

   Evaluasi: Do'a di baca Bersama-sama dengan membaca do'a

   اَللّٰهُمَّ اجْعَلْهُ صَحِيْحًا كَامِلاً وَ عَاقِلًا حَاذِقًا وَ عَالِمًا عَامِلًا

   Artinya: Ya Allah, jadikanlah ia anak yang sehat sempurna, berakal cerdas, dan berilmu lagi beramal."
9. Mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan

   Evaluasi: asuhan telah di dokumentasikan dalam bentuk SOAP

2. Pendokumentasian SOAP Asuhan Holistik Islami Masa Bayi Baru Lahir usia 4 hari (KN 2)

Hari/tanggal	Jum'at, 19 April 2024		
Jam	11.00 WIB		
Tempat	Rumah Ny. I (Kunjungan rumah)		
Pengkaji	Siti Sindi Widiati Robi'ah		
Data Subjektif	**Data Objektif**	**Analisa**	**Penatalaksanaan**
1. Keluhan Utama Ny. I mengatakan bayinya sesekali gumoh setelah selesai menyusu **2. Pola kebiasaan Sehari-hari** <u>Pola Istirahat</u> • By. Ny. I tidur 12-14 jam/hari <u>Pola aktifitas</u> • Ny. I mengatakan aktivitas bayinya menangis ketika ingin menyusu atau merasa tidak nyaman karena BAK/BAB, menolehkan kepala ke kiri dan kanan sambil membuka mulut Ketika ingin menyusu, serta menggerakan seluruh badan ketika bajunya di buka <u>Pola Eliminasi</u> • BAB: 2-3x/hari, feses berwarna hitam dan konsistensi tidak cair • BAK: 7-8x/hari <u>Pola Nutrisi</u> Bayi menyusu 1-2 jam sekali dan tidak ada tambahan susu formula <u>Personal Hygiene</u> Bayi di mandikan	**A. Pemeriksaan Umum** 1. Keadaan Umum: baik 2. Kesadaran: composmentis 3. Warna kulit dan bibir: normal kemerahan tidak ada pucat maupun biru 4. Tangisan bayi: bayi menangis kuat 5. Tanda-tanda vital BJA: 143x/menit Pernafasan: 45x/m Suhu: 36,5^{0}C 6. Pemeriksaan Antropometri BB: 3000 gram PB: 49 cm **B. Pemeriksaan Fisik** 1. Kepala Ubun-ubun normal, tidak ada cekungan maupun penonjolan, sutura normal tida ada penumpukan/ moulage, LK bayi 33 cm 2. Mata Bentuk simetris, tidak ada tanda infeksi, tidak ada pengeluaran, refleks labirin (+) 3. Telinga Bentuk simetris, tidak ada yanda infeksi, tidak ada pengeluaran 4. Hidung dan Mulut Tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada pengeluaran, hidug terlihat bersih Kondisi mulut bersih, refleks rooting, sucking, dan swallowing positif,	**1. Diagnosa** Neonatus Cukup Bulan SesuaiMasa Kehamilan Usia 4 Hari **2. Masalah potensial:** tidak ada **3. Kebutuhan tindakan segera:** tidak ada	1. Melakukan *inform consent* sebelum melakukan pemeriksaan serta memberitahu bahwa bayinya akan dilakukan pemeriksaan dari kepala sampai ke kaki 2. Memberitahukan hasil temuan dalam pemeriksaan kepada Klien bahwa bayinya dalam keadaan normal 3. Melakukan evaluasi tentang perawatan tali pusat yang telah dilakukan oleh klien Evaluasi: tapi pusat belum lepas, dalam keadaan bersih dan tidak menggunakan kassa 4. Mengingatkan Klien untuk selalu menjaga kehangatan bayi dengan cara selalu memakaikan pakaian panjang, memakaikan topi, menyelimuti tubuh bayi, tempatkan bayi Bersama Klien (rawat gabung), serta selalu memeluk bayinya. 5. Menjelaskan kepada Klien selalu menyusui banyinya sesering mungkin 1-2 jam sekali untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan, serta mencejah terjadinya icterus 6. Menjelaskan kepada klien bahwa gumoh normal terjadi pada bayi, dikarenakan sistem pencernaan bayi yang belum sempurna atau adanya udara yang masuk ketika menyusu 7. Menjelaskan dan mengajarkan Klien posisi menyusui yang benar Evaluasi: klien bisa mempraktikkan cara menyusui yang benar

1-2x/hari (pagi dan sore) dan masih di bantu oleh kakaknya	terlihat saat bayi menyusu 5. Leher Tidak ada pembengkakan kelenjar, gerakan normal, reflek yonic neck (+) terlihat saat kepala bayi diarahkan miring ke kira dan ke kanan terlihat ada respon pada tangan dan kaki 6. Dada Bentuk simetris, bunyi nafas dan jantung normal, tidak ada bunyi whiseeng, tidak ada retraksi dinding dada, lingkar dada 31 cm 7. Bahu, lengan dan tangan Bentuk simetris, gerakan aktif, refleks grasping (+) tangan bayi langsung menggenggam ketika diberi rangsangan 8. Sistem syaraf Refleks morro (+) bayi menunjukkan respon kaget diberikan rangsangan tepuk tangan 9. Perut Bentuk simetris, kodisi tali pusat bersih dan masi sedikit basah (belum puput), tidak ada penonjolan tali pusat ketika bayi menangis, dan tidak ada perdarahan tali pusat 10. Getetalia Terlihat bersih 11. Tungkai dan kaki Gerakan aktif, refleks babynski (+) adanya respon jari menjadi ekstensi ketika diberikan rangsangan dengan menggores permukaan telapak kaki 12. Punggung dan Anus Anus terlihat bersih tidak ada kelainan		8. Menjelaskan dan mengajarkan kepada Klien cara menyendawakan bayinya setiap selesai menyusu untuk mencegah terjadinya gumoh/muntah terlalu banhyak setelah menyusui dan perut kembung Evaluasi: Klien bisa mempraktikkan posisi untuk menyendawakan bayinya 9. Melakukan evaluasi serta mengingatkan klien untuk memberikan ASI Ekslusif selama 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun termasuk susu formula Evaluasi: bayi hanya diberikan ASI tanpa ada makanan atau minuman tambahan 10. Menjelaskan kepada klien untuh segera membawa bayinya ke fasilitas Kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada bayi seperti tidak mau menyusu, sulit bernafas, warna kulit kebiruan, diare terus menerus, kejang, dll. 11. Menjadwalkan rencana kunjungan 10 hari kemudian atau jika ada keluhan 12. Melakukan bimbingan do'a setelah selesai melakukan pemeriksaan Evaluasi: Do'a di baca Bersama-sama dengan menggunakan media foto yang di kirim melalui whatsapp, dan doa yang di baca adalah sebagai berikut: اَللّٰهُمَّ اجْعَلْهُ صَحِيْحًا كَامِلاً وَ عَاقِلًا حَاذِقًا وَ عَالِمًا عَامِلًا Artinya: Ya Allah, jadikanlah ia anak yang sehat sempurna, berakal cerdas, dan berilmu lagi beramal." 13. Mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan dalam bentuk SOAP

	13. Kulit Warna kulit kemerahan, tidak ada tanda-tanda ikterus **C. Pemeriksaan Laboratorium** Tidak dilakukan		

3. Pendokumentasian SOAP Asuhan Holistik Islami Masa Bayi Baru Lahir usia 21 hari (KN 3)

Hari/tanggal	Senin, 06 Mei 2024		
Tempat	Rumah Ny. I		
Jam	10.00 WIB		
Pengkaji	Siti Sindi Widiati Robi'ah		
Data Subjektif	**Data Objektif**	**Analisa**	**Penatalaksanaan**
1. Keluhan Utama Ny. I mengatakan tidak ada keluhan apapun pada bayinya **2. Pola kebiasaan Sehari-hari** <u>Pola Istirahat</u> • By. Ny. I tidur 12-14 jam/hari <u>Pola aktifitas</u> • Ny. I mengatakan aktivitas bayinya menangis ketika ingin menyusu atau merasa tidak nyaman karena BAK/BAB, menolehkan kepala ke kiri dan kanan sambil membuka mulut Ketika ingin menyusu, serta menggerakan seluruh badan ketika bajunya di buka <u>Pola Eliminasi</u> • BAB: 2x/hari dengan konsistensi tidak cair, dan warna feses kekuningan	**A. Pemeriksaan Umum** 1. Keadaan Umum: baik 2. Kesadaran: composmentis 3. Warna kulit dan bibir: normal kemerahan tidak ada pucat maupun biru 4. Tangisan bayi: bayi menangis kuat 5. Tanda-tanda vital BJA: 138x/menit Pernafasan: 48x/m Suhu: 36,7^{0}C 6. Pemeriksaan Antropometri BB: 3500 gram PB: 49 cm **B. Pemeriksaan Fisik** 1. Kepala Kukit kepala bersih tidak terdapat seborhea Ubun-ubun normal, tidak ada cekungan maupun penonjolan, sutura normal tida ada penumpukan/ moulage, 2. Mata Bentuk simetris, tidak ada tanda infeksi, tidak ada pengeluaran, refleks labirin (+) 3. Telinga Bentuk simetris, tidak	**1. Diagnosa** Neonatus Cukup Bulan SesuaiMasa Kehamilan Usia 21 Hari **2. Masalah potensial:** tidak ada **3. Kebutuhan tindakan segera:** tidak ada	1. Melakukan *inform consent* sebelum melakukan pemeriksaan 2. Memberitahukan hasil temuan dalam pemeriksaan kepada Klien bahwa bayinya dalam keadaan normal 3. Mengingatkan Klien untuk selalu menjaga kehangatan bayi dengan cara selalu memakaikan pakaian panjang, memakaikan topi, menyelimuti tubuh bayi, tempatkan bayi Bersama Klien (rawat gabung), serta selalu memeluk bayinya. 4. Menjelaskan kepada Klien selalu menyusui banyinya sesering mungkin 1-2 jam sekali untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan, serta mencejah terjadinya icterus 5. Menjelaskan kepada klien untuh segera membawa bayinya ke fasilitas Kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada bayi seperti tidak mau menyusu, sulit bernafas, warna kulit kebiruan, diare terus menerus, kejang, dll.

• BAK:7-8x/hari Pola Nutrisi Bayi menyusu 1-2 jam sekali dan tidak ada tambahan susu formula Personal Hygiene Bayi di mandikan 1-2x/hari (pagi dan sore) dan Ibu sudah bisa memandikan bayinya sendiri	ada yanda infeksi, tidak ada pengeluaran 4. Hidung dan Mulut Tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada pengeluaran, hidug terlihat bersih Kondisi mulut bersih, refleks rooting, sucking, dan swallowing positif, terlihat saat bayi menyusu 5. Leher Tidak ada pembengkakan kelenjar, gerakan normal, reflek yonic neck (+) terlihat saat kepala bayi diarahkan miring ke kira dan ke kanan terlihat ada respon pada tangan dan kaki 6. Dada Bentuk simetris, bunyi nafas dan jantung normal, tidak ada bunyi whiseeng, tidak ada retraksi dinding dada 7. Bahu, lengan dan tangan Bentuk simetris, gerakan aktif, refleks grasping (+) tangan bayi langsung menggenggam ketika diberi rangsangan 8. Sistem syaraf Refleks morro (+) bayi menunjukkan respon kaget diberikan rangsangan tepuk tangan 9. Perut Bentuk simetris, kodisi tali pusat bersih dan kering (sudah puput di hari ke 7), tidak ada penonjolan tali pusat ketika bayi menangis, dan tidak ada perdarahan tali pusat 10. Getetalia		6. Memberikan konseling pada klien untuk jadwal imunisasi BCG yaitu pada usia satu bulan, dengan membawa buku KIA dan kartu Keluarga 7. Melakukan bimbingan do'a setelah selesai melakukan pemeriksaan Evaluasi: Do'a di baca Bersama-sama dengan menggunakan media foto yang di kirim melalui whatsapp, dan doa yang di baca adalah sebagai berikut: اَللّٰهُمَّ اجْعَلْهُ صَحِيْحًا كَامِلاً وَ عَاقِلًا حَاذِقًا وَ عَالِمًا عَامِلًا Artinya: Ya Allah, jadikanlah ia anak yang sehat sempurna, berakal cerdas, dan berilmu lagi beramal." 8. Mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan dalam bentuk SOAP

	Terlihat bersih 11. Tungkai dan kaki Gerakan aktif, refleks babynski (+) adanya respon jari menjadi ekstensi ketika diberikan rangsangan dengan menggores permukaan telapak kaki 12. Punggung dan Anus Anus terlihat bersih tidak ada kelainan 13. Kulit Warna kulit kemerahan, tidak ada tanda-tanda ikterus **C. Pemeriksaan Laboratorium** Tidak dilakukan		

J. Pendokumentasian SOAP Asuhan Holistik Islami Keluarga Berencana

Tanggal Pengkajian : Sabtu, 25 Mei 2024

Tempat Pengkajian : PMB Hj. E

Pengkaji : Siti Sindi Widiati Robi'ah

S DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan

   Ny. I datang untuk melakukan kontrol ulang pemeriksaan masa nifas, dan berencana untuk menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan

2. Riwayat Obstetri

Anak ke	Usia saat ini	Usia hamil	Cara Persalinan	Penolong	BB lahir	TB lahir	Masalah saat bersalin	IMD	ASI Eksklusif
1	8 tahun	aterm	spontan	bidan	4000	50	Tidak ada	Tidak	Ya
2	40 hari	aterm	spontan	Bidan	3000	49	Tidak ada	Ya	Ya

3. Riwayat Persalinan Saat Ini
   a. Tanggal dan jam : Senin, 15 April 2024 pukul 21.00 WIB
   b. Robekan jalan lahir : tidak ada
   c. Komplikasi persalinan : tidak ada
   d. Jenis kelamin bayi yang dilahirkan: Laki-laki
   e. BB bayi saat lahir : 3000 gram
   f. PB bayi saat lahir : 49 cm
4. Riwayat Kesehatan

   Ny. I mengatakan tidak sedang/pernah menderita penyakit berat atau menurun seperti asma, penyakit jantung, hepatitis, HIV AIDS, dll. Tidak pernah melakukan tindakan operasi, serta selama hamil tidak pertnah menderita penyakit berat
5. Keadaan Psikologis

   Ny. I mengatakan suami sangat mendukung dengan keputusannya untuk ber-KB dan Ny. I juga tidak ada ke khawatiran tentang penggunaan KB ini dikarenakan sebelumnya juga pernah menggunakan jenis kontrasepsi yang sama

6. Keadaan Sosial Budaya

   Ny. I mengatakan bahwa di lingkungaannya tidak ada kebiasaan yang dapat mengganggu yang berhubungan dengan KB

7. Keadaan Spiritual

   Ny. I mengatakan bahwa hidup haru berpegang teguh pada agama sebagai petunjung dan tujuan supaya hidup lebih tenang dan terarah. Ibu melaksanakan kegiatan keagamaan secara rutin seperti : solat, mengaji, mengikuti kegiatan keagamaan disekitar rumah, tidak ada praktik ibadah yang mengganggu kondisinya dan ibu selalu bersyukur akan keadaannya

8. Pola kebiasaan sehari-hari

   a. Pola istirahat

      Ny. I mengatakan tidur malam 6-7 jam/ hari, dan tidur siang 1-2 jam/hari

   b. Pola aktifitas

      Ny. I mengatakan aktivitas sehari-harinya adalah melakukan pekerjaan rumah seperti bersih-bersih dan masak

   c. Pola eliminasi

      BAB : 1kali/hari, dan tidak ada masalah

      BAK : 5-6 kali/hari, dan tidak ada masalah yang di rasakan

   d. Pola nutrisi

      - Makan : 3x/hari, dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, dan sesekali makan buah
      - Minum : 8-9 gelas/hari (air putih dan teh)

   e. Pola personal hygiene

      Ny. I mengatakan mandi 2x/hari, mengganti pakaian 2x/hari, keramas 2-3x/minggu, mengganti selana dalam 2-3x/ hari

   f. Pola gaya hidup

      Ny. I mengatakan tidak mengkonsumsi rokok, jamu, alcohol, maupun obat-obatan terlarang

g. Pola seksualitas

Ny. I mengatakan terakhir hubungan suami istri ketika sedang hamil, dan akan melakukan hubungan kemali setelah ber-KB

h. Pola rekreasi

Ny. I mengatakan hiburan yang biara dilakukan adalah jalan-jalan jika suaminya sedang libur kerja

O Objektif

i. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : baik
b. Kesadaran : composmentis
c. Cara berjalan : Normal
d. Postur tubuh : tegap
e. Tanda-tanda vital
   - Tekanan darah : 120/80mmhg
   - Nadi : 88x/m
   - Suhu : 36,5 ^{0}C
   - Respirasi : 20 kali/menit
f. Antopometri
   - BB : 68 kg
   - Tinggi badan : 146 cm

2. Pemeriksaan Khusus

a. Kepala : kulit kepala bersih, tidak ada nyeri tekan
b. Wajah
   - Pucat/ tidak : tidak pucat
   - Cloasma gravidarum : tidak ada
   - Oedema : tidak ada

c. Mata
   - Konjungtiva : merah muda
   - Sklera : putih
   - Masalah penglihatan : tidak ada

d. Hidung

   Secret/ polip : tidak ada

e. Mulut
   - Mukosa mulut : baik
   - Stomatitis : tidak ada
   - Caries gigi : ada
   - Gigi palsu : tidak ada
   - Lidah : bersih

f. Telinga : bersih, tidak ada pengeluaran

g. Leher
   - Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada
   - Pembesaran kelenjar getah bening : tidak ada
   - Peningkatan aliran vena jugularis : tidak ada

h. Dada dan Payudara
   - Putting : menonjol
   - ASI : banyak
   - Benjolan : tidak ada
   - Bunyi nafas : normal, tidak ada bunyi wheezing
   - Denyut jantung : 88x/menit
   - Wheezing/ stridor : tidak ada

i. Abdomen
   - Ballotement : tidak teraba
   - Kandung kemih: kosong

j. Ekstremitas

Tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan, tiidak ada Varises

3. Pemeriksaan Penunjang: tidak dilakukan

A Analisa

1. Diagnosa : P2A0 Akseptor KB Suntik 3 bulan
2. Masalah potensial : tidak ada
3. Kebutuhan tindakan segera : tidak ada

P Penatalaksanaan

1. Memberitahukan ibu bahwa hasil pemeriksaan dalam keadaan normal
   Evaluasi : ibu bersyukur hasil pemeriksaan dalam keadaan normal
2. Memberitahukan dan menjelaskan kepada ibu mengenai KB suntik 3 bulan berupa pengertian, kelebihan, kelemahan, efek samping dan cara kerjanya
   Evaluasi : ibu mengetahui dan mengerti akan penjelasan bidan
3. Melakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan secara IM di bokong Ibu yaitu musculus ventro gluteal dalam atau 1/3 anatara spina illiaca anterios (SIAS) sampai dengan as coccigeus.
   Evaluasi: Suntikan Kb telah diberikan
4. Memberitahukan ibu jarak KB suntik dengan waktu bersenggama yaitu 7 hari dari penyuntikan
   Evaluasi: ibu mengetahui waktu bersenggama yaitu 7 hari setelah ber-KB
5. Memberitahukan ibu mengenai jadwal kunjungan ulang pada tangal 18 Agustus 2024
   Evaluasi : pasien di berikan kartu KB untuk mencatat jadwal kunjungan
6. Melakukan bimbingan do'a untuk meminta kesembuhan
   Evaluasi: doa yang diberikan berupa doa kesehatan badan, Ibu mengukuti bacaan doa yang diberikan bidan. Doa yang doiberikan adalah:

   اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ

   Artinya: Ya Allah, Engkau adalah Rabbku, tidak ada ilah yang berhak disembah

kecuali Engkau, Engkaulah yang menciptakanku. Aku adalah hamba-Mu. Aku akan setia pada perjanjianku pada-Mu (yaitu aku akan mentauhidkan-Mu) semampuku dan aku yakin akan janji-Mu (berupa surga untukku). Aku berlindung kepada-Mu dari kejelekan yang kuperbuat. Aku mengakui nikmat-Mu kepadaku dan aku mengakui dosaku. Oleh karena itu, ampunilah aku. Sesungguhnya tiada yang mengampuni dosa kecuali Engkau."

7. Mencatat hasil pemerikasaan

   Evaluasi : hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan dalam bentuk SOAP

Bandung, 25 Mei 2024

CI/ Supervisor/ Dosen	**Pengkaji**
Imas Masdinarsyah, S.ST.,M.Tr.Keb.,Bdn	**Siti Sindi Widiati Robi'ah**