BAB III

METODE DAN LAPORAN KASUS

A. Pendekatan Design Studi Kasus Komprehensif Holistic

Jenis penelitian dalam asuhan kebidanan komprehensif holistik adalah jenis penelitian kualitatif karena hasil analisis secara deskriptif berupa kata atau kalimat (Sahir, 2021). Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus, penelitian studi kasus merupakan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif (Ibrahim *et, al.,* 2018).

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Tempat : TPMB Cintia Dewi Abdurachman, S. Keb

Waktu : 31 Agustus 2023 – 04 Desember 2023

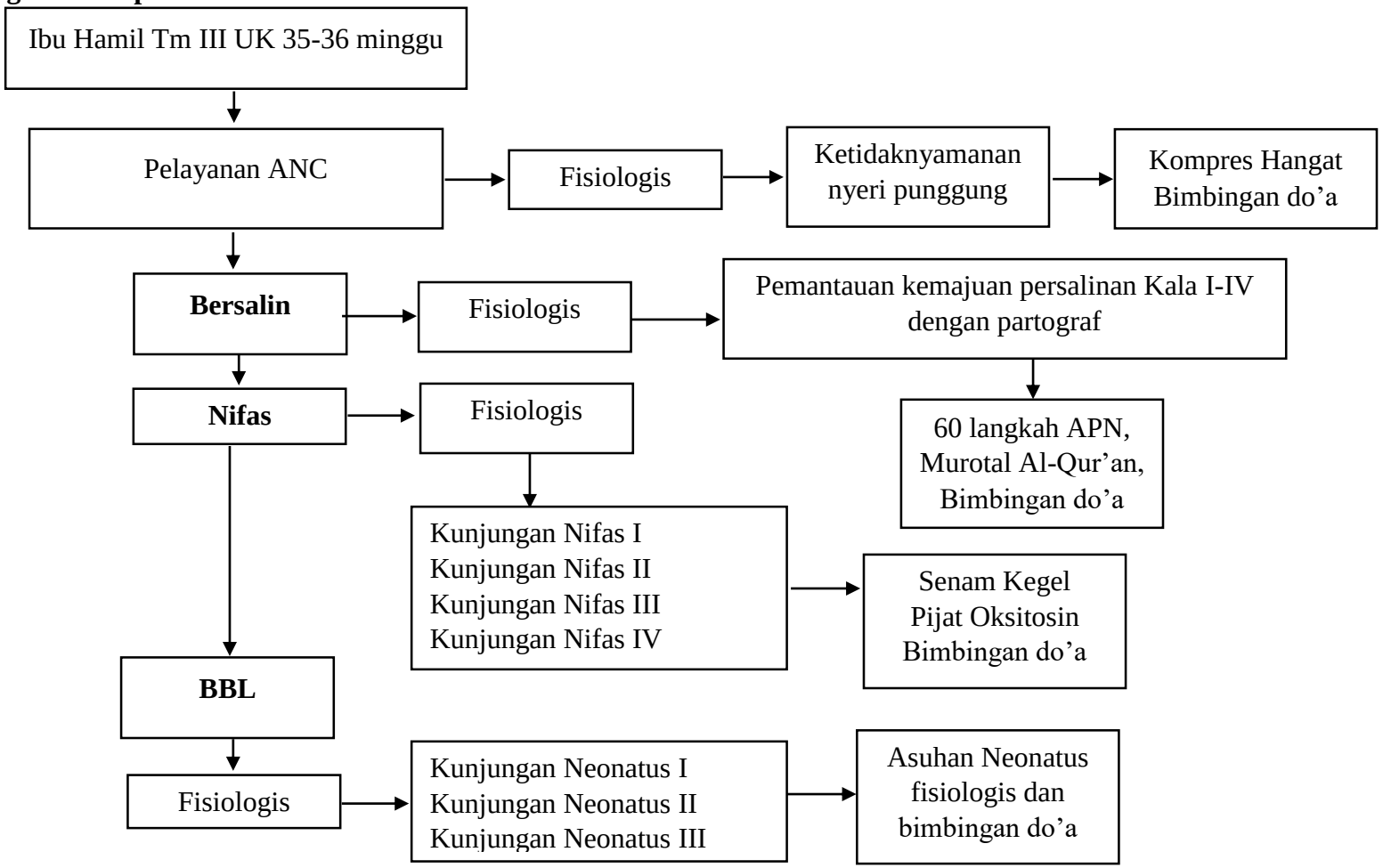
C. Objek/Partisipan

Objek pada penelitian ini adalah seorang ibu hamil $G_1P_0A_0$ gravida 35-36 minggu dengan keadaan umum ibu dan janin baik.

D. Etika Studi Kasus/ *Informerd Consent*

1. *Informerd Consent*
   Lembar informed consent di tanda tangani langsung oleh responden sebelum di tanda tangani dijelaskan kepada responden manfaat dan tujuan asuhan yang diberikan, informasi yang disampaikan jujur dan lengka. Apabila responden menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak subjek.
2. Menjaga kerahasiaan responden
   Sebelum melakukan pengambilan data, peneliti menjelaskan kepada responden bahwa informasi atau hal-hal terkait dengan responden akan dirahasiakan.
3. *Veracity* (Kejujuran)
   Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Responden memiliki otonomi sehingga responden berhak mendapatkan informasi yang ingin diketahui.
4. *Non-Maleficence* (Tidak Merugikan)
   Prinsip ini berarti seorang peneliti dalam melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan ilmu tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada responden.

E. Kerangka Konsep Asuhan Berdasarkan Kasus



Bagan 3.1 Kerangka Konsep

Tabel. 3.1 Riwayat ANC

Tgl	Keluhan	UK	BB	TD	LiLA	TFU	Letak janin, DJJ	Imunisasi	Tablet Fe	Lab	Analisa	Tatalaksana	Konseling
21/2/23	t.a.k	7 mgg	55	90/60	25cm	Belum teraba					$G_1P_0A_0$ gr 7 mg	Asam folat	Kontrol 1 bulan
20/3/23	USG oleh dokter Hasil : Janin tunggal, GS (+), DJJ (+), Plasenta depan, ketuban cukup dan jernih, UK : 11-12 mgg TP : 03-10-2023												
21/3/23	pusing	11 mgg	55,7	110/70		2jr ↑ sym	Balt (+)				$G_1P_0A_0$ gr 7 mg	Asam folat, pct	Kontrol 1 bulan
24/4/23	t.a.k	17-18 mgg	57,4	100/70		Pertengahan pst-sym	Balt (+) 140x/m	TT1	✓		$G_1P_0A_0$ gr 17-18 mg	Fe, Kalk	Kontrol 1 bulan
24/5/23	t.a.k	21-22 mgg	57,2	100/70		1 jr↓pst	Balt (+) 138x/m	TT2	✓		$G_1P_0A_0$ gr 21-22 mg	Fe, Kalk	Kontrol 1 bulan
4/6/23	batuk	23-24 mgg	58,4	120/80		Sepusat	Kep v 145x/m		✓		$G_1P_0A_0$ gr 23-24 mg	Fe, Kalk	Kontrol 1 bulan
4/7/23	t.a.k	26-27 mgg	59	120/80		24cm	Kep v 142x/m		✓		$G_1P_0A_0$ gr 26-27 mg	Fe, Kalk	Kontrol 1 bulan
1/8/23	t.a.k	30 mgg	60	110/80		25cm	Kep v 149x/m		✓		$G_1P_0A_0$ gr 30 mg	Fe, Kalk	Kontrol 2 minggu
15/8/23	Kram perut	33 mgg	63	110/80		27cm	Kep v 135x/m		✓		$G_1P_0A_0$ gr 33 mg	Fe, Kalk	Kontrol 2 minggu
28/8/23	USG oleh dokter hasil : janin tunggal, letak kepala v UK : 31-32 minggu, DJJ (+) puka, plasenta fundus inferior, ketuban cukup-jernih, TBBJ : 1871 gram, TP : 26-10-2023												

31/8/23	Nyeri punggung	35-36 mgg	63	120/80		29cm	Kep ~~V~~ 135x/m		✓		$G_1P_0A_0$ gr 35-36 mg	Fe, Kalk	Kontrol 2 minggu
11/9/23	t.a.k	37-38 mgg	65	120/80		30cm	Kep ~~V~~ 137x/m		✓	Hb : 14,8 gr/Dl, Siflis NR, HbsAg NR, HIV NR protein urine negatif, glokosa urine negatif	$G_1P_0A_0$ gr 37-38 mg	Fe, Kalk	Kontrol 1 minggu
18/9/23	t.a.k	38-39 mgg	65	120/80		32cm	Kep ~~V~~ 140x/m		✓		$G_1P_0A_0$ gr 38-39 mg	Fe, Kalk	Kontrol 1 minggu
25/9/23	t.a.k	39-40 mgg	65	120/80		32cm	Kep ~~V~~ 147x/m		✓		$G_1P_0A_0$ gr 39-40 mg	Fe, Kalk	Kontrol 1 minggu

F. Pendokumentasian SOAP Askeb Holistik Islami Masa Kehamilan

S DATA SUBJEKTIF

1 Biodata : Nama Ibu : Ny. N | Nama Suami Klien : Tn. T
Usia Ibu : 30 tahun | Usia Suami Klien : 34 tahun
Agama : Islam | Agama : Islam
Pendidikan : Sarjana | Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT | Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : RT 03/Rw 08 Babakan | Alamat : RT 03/Rw 08 Babakan
No telp : 08964401xxxx | No telp :-

2 Keluhan Utama : Pasien mengatakan datang untuk kontrol kehamilannya serta mengeluh nyeri punggung hilang timbul sejak memasuki usia kehamilan 9 bulan

3 Riwayat Pernikahan (bagi yang telah menikah) : Klien :
Berapa kali menikah :1x
Lama Pernikahan :3 tahun
Usia Pertama kali menikah : 27 tahun
Adakah Masalah dalam Pernikahan ? tidak ada

Suami Klien:
Berapa kali menikah : 1x
Lama Pernikahan : 3 tahun
Usia Pertama kali menikah : 31 tahun
Adakah Masalah dalam Pernikahan ? 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
Hamil ini									

Riwayat Kehamilan Saat ini :
a. Frekuensi kunjungan ANC : 12x oleh bidan, 2x oleh dokter
b. Imunisasi TT : 2x
c. Keluhan selama hamil Trimester I, II, III : sakit punggung, pusing

d. Terapi yang diberikan jika ada masalah saat ANC : vitamin dan tablet penambah darah

	Riwayat Menstruasi	:	a. Usia Menarche : 13 tahun b. Siklus : 28-30 hari c. Lamanya : 6 hari d. Banyaknya : 2-3x ganti pembalut e. Mau/ warna : merah segar f. Dismenorea : tidak ada g. Keputihan : tidak ada h. HPHT : 24-12-2022
	Riwayat KB	:	Tidak ada riwayat penggunaan kontrasepsi
5	Riwayat Kesehatan	:	Ibu : a. Apakah klien dulu pernah menderita penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis maupun penyakit menular seperti batuk darah, hepatitis, HIV AIDS. ? Tidak ada b. Apakah klien dulu pernah operasi ? Tidak pernah c. Apakah klien pernah menderita penyakit lain yang dapat menganggu kehamilan ? Tidak pernah
			Keluarga : Apakah dalam keluarga klien ada yang menderita penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV AIDS maupun penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis. Adakah riwayat kehamilan kembar ? Tidak ada

6	Keadaan Psikologis :	:	a.	Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi klien saat ini ?	Baik
			b.	Apakah kehamilan ini direncanakan dan diharapkan (*kondisional) ? Beserta alasannya.	Direncanakan
			c.	Apakah ada masalah yang dirasa klien masih belum terselesaikan ?	Tidak ada
7	Keadaan Sosial Budaya :	:	a.	Bagaimanakah adat istiadat di lingkungan sekitar klien ?	Terdapat adat istiadat seperti ibu hamil tidak boleh keluar malam karena akan membahayakan bayinya
			b.	Apakah ibu percaya atau tidak terhadap mitos ? beserta alasannya ?	Tidak percaya karena mitos tidak masuk dilogika
			c.	Adakah kebiasaan buruk dari keluarga dan lingkungan yang menganggu kondisi klien ?	Tidak ada
8	Keadaan Spiritual	:	a.	Apakah arti hidup dan agama bagi klien ?	Hidup adalah pilihan dalam setiap keputusan yang diambil Agama adalah kepercayaan yang harus di anut
			b.	Apakah kehidupan spiritual penting bagi klien ?	Penting

c.	Adakah pengalaman spiritual yang pernah dialami dan berdampak pada diri klien ?	Tidak ada
d.	Bagaimanakah peran agama dalam kehidupan klien sehari-hari ?	Sebagai pedoman dalam kehidupan sehari-hari
e.	Apakah klien sering melaksanakan kegiatan spriritual seperti kajian keagamaan di lingkungan sekitar ?	Sering
f.	Saat kegitan tersebut apakah klien berangkat sendiri atau berkelompok ?	Berkelompok
g.	Seberapa penting kegiatan tersebut bagi klien ?	Penting
h.	Bagaimanakah dukungan dari kelompok terhadap kondisi penyakit klien ?	Mendukung
i.	Bagaimanakah praktik ibadah yang dilakukan klien ? adakah kendala ? Note : Bagi yang beragama Islam : Seperti Sholat, Puasa, Dzakat, Doa dan dzikir ? Mengaji ?	Lancar, pasien dapat menjalankan ibadah puasa, shalat, zakat, dzikir, berdo’a dan mengaji

			j. Apakah dampak yang klien rasakan bagi dirinya setelah menjalankan praktik ibadah tersebut ?	Berdampak positif
			k. Adakah aturan tertentu serta batasan hubungan yang diatur dalam agama yang klien anut selama mendapatkan perawatan ?	Tidak ada
			l. Bagaimankah klien mendapatkan kekuatan untuk menjalani kehamilan atau penyakitnya ?	Dukungan dari keluarga dan orang sekitar
			m. Bisa klien berikan alasan, mengapa tetap bersyukur meskipun dalam keadaan sakit ?	Karena sakit merupakan penggugur dosa
			n. Bagaimana klien mendapatkan kenyamanan saat ketakutan atau mengalami nyeri ?	Istirahat dan di temani oleh suami
9	Pola Kebiasaan Sehari-hari	:	a. Pola istirahat tidur	
			• Tidur siang normalnya 1 – 2 jam/hari.	1-2 jam
			• Tidur malam normalnya 8 – 10 jam/hari.	5-6 jam
			• Kualitas tidur nyenyak dan tidak terganggu	Ada kalanya nyenyak, terkadang tidak

b. Pola aktifitas	
• Aktifitas ibu sehari – hari, adakah gangguan mobilisasi atau tidak.	Tidak ada gangguan mobilisasi
c. Pola eliminasi	
• BAK: normalnya 6 – 8x/hari, jernih, bau kahs.	6-8x/hari, jernih, bau khas
• BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning.	1-2x/hari, lembek, warna kuning
d. Pola nutrisi	
• Makan: normalnya 3x/hari dengan menu seimbang (nasi, sayur, lauk pauk, buah).	3x/hari menu seimbang
• Minum: normalnya sekitar 8 gelas/hari (teh, susu, air putih).	8 gelas/hari, air putih
e. Pola personal hygiene	
• Normalnya mandi 2x/hari, gosok gigi 3x/hari, ganti baju 2x/hari, keramas 2x/minggu, ganti celana dalam 2x/hari, atau jika terasa basah.	mandi 2x/hari, gosok gigi 3x/hari, ganti baju 2x/hari, keramas 2x/minggu, ganti celana dalam 2x/hari, atau jika terasa basah.
f. Pola Gaya Hidup	
• Normalnya ibu bukan perokok aktif/pasif, ibu	ibu bukan perokok aktif/pasif, ibu tidak mengkonsumsi jamu, alkohol, dan NAPZA

tidak mengkonsumsi jamu, alkohol, dan NAPZA	
g. Pola seksualitas	
• Berapa kali melakukan hubungan seksual selama kehamilan dan adakah keluhan, normalnya boleh dilakukan pada kehamilan trimester II dan awal trimester III	sebulan 1x itupun jarang
h. Pola rekreasi	
• Hiburan yang biasanya dilakukan oleh klien.	Jalan-jalan bersama suami di waktu suami libur kerja

O DATA OBJEKTIF

1	Pemeriksaan Umum	:	a. Keadaan umum :	Baik/ ~~cukup/ kurang~~ *)
			b. Kesadaran :	Composmentis
			c. Cara Berjalan :	Normal
			d. Postur tubuh :	Tegap/ ~~Lordosis/ kifosis/ skeliosis~~ *)
			e. Tanda-tanda Vital :	
			TD :	110/ 80 mmHg
			Nadi :	79 x/menit
			Suhu :	36,5 ^{0}C
			Respirasi :	21 x/menit
			f. Antropometri :	
			BB sebelum hamil :	55 kg
			BB :	63 Kg

			TB :	155 Cm
			Lila :	25 Cm
			IMT	22,8 (normal)
2	Pemeriksaan Khusus	:	a. Kepala : normal, tidak ada benjolan, tidak ada kelainan	
			b. Wajah :	
			Pucat / tidak : tidak pucat	
			Cloasma gravudarum : tidak ada	
			Oedem : tidak ada	
			c. Mata :	
			Konjunctiva : tidak anemis	
			Sklera : putih, tidak ikterik	
			d. Hidung :	
			Secret / polip : tidak ada secret dan polip	
			e. Mulut :	
			Mukosa mulut : normal	
			Stomatitis : tidak ada	
			Caries gigi : tidak ada	
			Gigi palsu : tidak ada	
			Lidah bersih : 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 : normal, simetris, warna coklat kehitaman	
			Putting susu : normal, simetris, menonjol	

Kolostrum : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal

Denyut jantung : normal

Wheezing/ stridor : tidak ada

i. Abdomen :

Bekas Luka SC : tidak ada

Striae alba : ada

Striae lividae : ada

Linea alba / nigra : ada

TFU : 29 cm

Leopold 1 : teraba bagian lunak tidak melenting (bokong)

Leopold 2 : kanan : teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)

Kiri : teraba bagian keras, memanjang (punggung)

Leopold 3 : teraba bagian bulat, keras, tidak melenting, tidak bisa di gerakkan (kepala)

Leopold 4 : divergen

Perlimaan : 3/5

DJJ : 140x/m, reguler

His : tidak ada

TBJ : (29-12)x155 = 2.635 gram

j. Punggung :

Bentuk : Normal

Nyeri ketuk CVA : tidak ada

Nyeri tekan : ada di bagian lumbar vertebrae

k. Ekstrimitas :

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : +/+

l. Genitalia :

Vulva/ Vagina : tidak ada kelainan

Pengeluaran secret : tidak ada

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan Perineum : tidak ada

m. Anus :

Haemoroid : tidak ada

3 Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan

A ASESSMENT

1	Diagnosa (Dx)	:	$G_1P_0A_0$ Gravida 35-36 minggu Janin Tunggal Hidup Intrauterine
2	Masalah Potensial	:	Tidak ada
3	Kebutuhan Tindakan Segera	:	Tidak ada

P PENATALAKSANAAN

1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik

Evaluasi : ibu mengetahui kondisinya

2 Memberikan edukasi tentang :

a. Body mekanik yang baik dan benar seperti ketika berdiri tegak lurus, ketika duduk tegak,bersandar kaki tidak menggantung, mengambil barang di bawah tidak nungging tapi jongkok, bangun dari tidur badan miring dan kedua tangan sebagai tumpuan saat mengangkat badan

b. Tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir bercampur darah, mulas kuat, sering teratur, keluar ketuban dari jalan lahir
c. Persiapan persalinan
d. Tanda-tanda bahaya pada ibu hamil trimester III seperti pusing hebat tidak hilang setelah istirahat, kejang, keluar ketuban sebelum waktu persalinan, demam, gerakan bayi berkurang dan perdarahan

Evaluasi : ibu mengerti penjelasan bidan

3 Menganjurkan ibu untuk kompres hangat di punggung untuk mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan

Evaluasi : ibu mengerti dan akan melakukannya

4 Menjadwalkan kunjungan berikutnya 2 minggu atau saat pasien terdapat keluhan

Evaluasi : ibu mengerti akan datang sesuai jadwal kontrol atau saat terdapat keluhan

5 Melakukan bimbingan do'a untuk kesehatan ibu dan janin

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

Evaluasi : Ibu mengikuti do'a yang di bacakan oleh bidan

6 Memberikan th/ tab. Calsium 1x1 dan tab. Fe 1x1

Evaluasi : ibu akan memakan obat yang di berikan oleh bidan sesuai jadwal yang di tentukan

7 Mendokumentasikan asuhan yang di berikan

Evaluasi : asuhan telah di dokumentasikan

G. Pendokumentasian SOAP Askeb Holistik Islami Masa Persalinan

Hari/Tanggal : Rabu, 04 Oktober 2023
Waktu : 08:30 WIB

S DATA SUBJEKTIF

1 Keluhan Utama : Pasien datang pukul 08.30 mengeluh mulas-mulas semakin sering dan kuat, tidak ada keinginan untuk meneran, keluar lendir bercampur darah jam 05.00 WIB.

2	Tanda-Tanda Persalinan	:	His: ada terasa mulas sejak semalam 23.00 WIB Frekuensi His : 4x10 menit, lamanya 40 detik Kekuatan : kuat Lokasi ketidaknyamanan : perut bawah dan punggung Lendir bercampur darah : ada Air ketuban : tidak ada
3	Riwayat Kehamilan Saat ini	:	a. HPHT : 24-12-2022 b. Haid bulan sebelumnya : - c. Siklus Haid : 28 hari d. ANC : teratur/~~tidak~~, frekuensi 14 kali, tempat : Bidan dan dokter e. Imunisasi TT : TT2 f. Kelainan/gangguan : tidak ada g. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : ada, terakhir 10 menit yang lalu
4	Pola aktivitas saat ini :		a. Makan dan minum terakhir Pukul berapa : jam 07.00 Jenis makanan : nasi+lauk+sayur Jenis minuman : air putih b. BAB terakhir Pukul berapa : jam 04.00 Masalah : tidak ada c. BAK terakhir Pukul berapa : 07.30 Masalah : tidak ada d. Istirahat : Pukul berapa : 23.00-03.00 Lamanya : 4 jam

5	Keadaan Psikologis :	:	a. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi perslinan klien saat ini ?	Suami dan kedua keluarga sangat mendukung
			b. Apakah kehamilan merupakan kelamilan yang di rencanakan ?	Direncanakan
			c. Apakah ada masalah yang dirasa klien masih belum terselesaikan ?	Tidak ada
			d. Apa saja tindakan yang sudah dilakukan oleh klien terhadap masalah tersebut ?	-
6	Keadaan Sosial Budaya :	:	a. Bagaimanakah adat istiadat saat persalinan di lingkungan sekitar klien ?	Kebiasaan keluarga jika ada yang melahirkan selalu diberi air minum dalam botol yang diberi do'a oleh ustadz.
			b. Apakah ibu percaya atau tidak terhadap mitos ? beserta alasannya ?	Tidak percaya
			c. Adakah kebiasaan/ masalah lain saat persalinan ang menjadi masalah bagi ibu ?	Tidak ada
7	Keadaan Spiritual	:	a. Adakah pengalaman spiritual yang pernah dialami dan berdampak pada persalinan ibu ?	Tidak ada
			b. praktik ibadah yang dilakukan ibu ? adakah	

kendala ? Note : Bagi yang beragama Islam : Seperti Sholat, Puasa, Dzakat, Doa dan dzikir ? Mengaji	Ibu selalu shalat tepat waktu, mengikuti pengajian seminggu sekali, doa dan dzikir selalu dilakukan setelah shalat,
c. Apakah dampak yang ibu rasakan bagidiri ibu setelah menjalankan praktik ibadah tersebut ?	Ibu lebih tenang dan tidak terlalu khawatir
d. Adakah aturan tertentu serta batasanhubungan yang diatur dalam agama yang ibu anut selama persalinan ?	Tidak ada
e. Bisa ibu berikan alasan, mengapa ibutetap bersyukur meskipun dalam keadaan sakit saat persalinan ?	Karena melahirkan merupakan suatu anugrah dari Allah SWT yang diberikan kepada umatnya.
f. Bagaimana ibu mendapatkan kenyamanan saat ketakutan atau mengalami nyeri ?	Berdoa kepada Allah
g. Apakah praktik keagamaan yang akan ibu rencanakan selama perawatan dirumah/ klinik/ rumah sakit ?	Selalu berdoa dan berdzikir serta mendengarkan tilawah al-quran

O DATA OBJEKTIF

1	Pemeriksaan Umum	:	a.	Keadaan umum :	Baik
			b.	Kesadaran :	Composmentis
			c.	Cara Berjalan :	Normal
			d.	Postur tubuh :	Tegap
			e.	Tanda-tanda Vital :	
				TD :	110/ 80mmHg
				Nadi :	80x/menit
				Suhu :	36,7 ^{0}C
				Respirasi :	20 x/menit
			f.	Antropometri :	
				BB sebelum hamil :	55 kg
				BB :	63 Kg
				TB :	155 Cm
				Lila :	25 Cm
				IMT	22,8 (normal)
2	Pemeriksaan Khusus	:	a.	Kepala : normal, tidak ada benjolan, tidak ada kelainan	
			b.	Wajah :	
				Pucat / tidak : tidak pucat	
				Cloasma gravudarum : tidak ada	
				Oedem : tidak ada	
			c.	Mata :	
				Konjunctiva : tidak anemis	
				Sklera : putih, tidak ikterik	
			d.	Hidung :	
				Secret / polip : tidak ada secret dan polip	
			e.	Mulut :	
				Mukosa mulut : normal	
				Stomatitis : tidak ada	

Caries gigi : tidak ada

Gigi palsu : tidak ada

Lidah bersih : 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 : normal, simetris, warna coklat kehitaman

Putting susu : normal, simetris, menonjol

Kolostrum : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal

Denyut jantung : normal

Wheezing/ stridor : tidak ada

i. Abdomen :

Bekas Luka SC : tidak ada

Striae alba : tidak ada

Striae lividae : tidak ada

Linea alba / nigra : ada

TFU : 32 cm

Leopold 1 : bokong

Leopold 2 : PUKI (punggung kiri)

Leopold 3 : kepala, sudah masuk PAP

Leopold 4 : Divergen

Perlimaan : 2/5

DJJ : 143x/m, regular

His : 4x/10’/40”

TBJ : (32-11)x155 = 3.255 gram

Supra pubic (Blass/kandung kemih) : kosong

j. Ekstrimitas :

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : +/+

Kekakuan sendi : tidak ada

k. Genitalia :

Inspeksi vulva/vagina

Varices : tidak ada

Luka : tidak ada

Kemerahan/peradangan : tidak ada

Darah lender/ air ketuban : ada darah lendir

Jumlah warna : blood show $\pm$ 10 cc

Robekan Perineum : tidak ada

Pemeriksaan Dalam

1) Vulva/ vagina : tak
2) Pembukaan : 8 cm
3) Konsistensi servix : tipis lunak
4) Ketuban : utuh
5) Bagian terendah janin : kepala
6) Denominator : UUK
7) Posisi : kiri depan
8) Caput/Moulage : -/-
9) Presentasi Majemuk : tidak ada
10) Tali pusat menumbung : tidak ada

11) Penurunan bagian terendah : HIII

l. Anus :

Haemoroid : tidak ada

3 Pemeriksaan Penunjang : a. Pemeriksaan Panggul : -

b. Pemeriksaan Dalam : -

c. Pemeriksaan USG : -

d. Pemeriksaan Laboratorium : -

A ASESSMENT

1 Diagnosa (Dx) : $G_1P_0A_0$ Parturien Aterm 40-41 minggu kala 1 fase aktif Janin Tunggal Hidup Intrauterine Normal

2 Masalah Potensial : Tidak ada

3 Kebutuhan Tindakan Segera : -

P PENATALAKSANAAN

1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa klien dalam kondisi normal

Evaluasi : ibu mengetahui keadaannya

2 Melakukan pemantauan melalui partograf

Evaluasi : partograph terlampir.

3 Memberikan asuhan saang ibu pada ibu bersalin kala 1

a. Memberi dukungan emosional.

b. Pendamping anggota persalinan selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.

c. Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara :

- Mengucapkan kata-kata yang membuat ibu semangat dan memuji ibu.
- Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
- Menciptakan rasa kekeluargaan dan rasa aman.

d. Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman (miring kiri dan mengatur nafas apabila

sedang kontraksi.

e. Mendengarkan murotal Al-Qur'an untuk mengurangi kecemasan dan sakit ibu
f. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu
g. Menganjurkan ibu untuk selalu mengosongkan kandung kemih secara rutin.
h. Pencegahan infeksi

Evaluasi : ibu mengerti

3 Menyiapkan perlengkapan ibu, bayi, serta APD penolong
Evaluasi : sudah disiapkan

4 Memberitahukan tanda-tanda persalinan kala II pada Ibu :
- Adanya dorongan ingin meneran, ketika puncak kontraksi
- Adanya adanya tekanan pada anus
- Tampak perineum menonjol
- Tampak vulva membuka

Evaluasi : ibu mengerti

9 Melakukan bimbingan doa untuk ibu selama kala 1 persalinan **حَسْبُنَا اللهُ وَنِعْمَ الْوَكِيْلُ عَلَى اللهِ تَوَكَّلْنَا**
Evaluasi : ibu mengikuti arahan bidan

10 Melakukan observasi untuk menilai tanda-tanda persalinan kala II
Evaluasi : sedang dilakukan

Hari/Tanggal : Rabu/ 04 Oktober 2023
Waktu : 10.00 WIB

S DATA SUBJEKTIF

1 Keluhan Utama : Ibu mengeluh mules semakin kuat, ingin seperti BAB (adanya dorongan ingin meneran)dan sudah keluar air-air (*)

O DATA OBJEKTIF

1 Keadaan : Ibu tampak kesakitan, Kesadaran composmentis

	umum :		Keadaan emosional tampak stabil
2	Tanda gejala kala II	:	Abdomen : DJJ : 145x/menit, regular His : 5x10'/50" Pemeriksaan Dalam 1. Vulva/ vagina : vulva membuka; perineum menonjol, 2. Pembukaan : 10 cm 3. Konsistensi servix : tidak teraba 4. Ketuban : pecah spontan pukul 10.00 WIB 5. Bagian terendah janin : kepala 6. Denominator : UUK 7. Posisi : depan 8. Caput/Moulage :-/- 9. Presentasi Majemuk : tidak ada 10. Tali pusat menumbung : tidak ada 11. Penurunan bagian terendah : Hodge IV/ Stasion +3 Anus : ada tekanan pada anus

A ASESSMENT

1	Diagnosa (Dx)	:	$G_1P_0A_0$ Parturien Aterm 40-41 minggu kala II Janin Tunggal Hidup Intrauterine Normal
2	Masalah Potensial	:	-
3	Kebutuhan Tindakan Segera	:	-

P PENATALAKSANAAN

1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu sudah boleh meneran.

Evaluasi : ibu mengetahui keadaannya

2 Mempersiapkan peralatan persalinan ibu bayi, dan memakai APD
Evaluasi : partograf terlampir.

3 Mengajarkan ibu cara meneran dan memimpin persalinan
Evaluasi : ibu bisa melakukan anjuran bidan

4 Memberikan pilihan posisi persalinan, serta memberikan dukungan semangat dan pendamping persalinan
Evaluasi : ibu didampingi suami

5 Menganjurkan ibu istirahat dan memenuhi kebutuhan nutrisi apabila tidak ada kontraksi
Evaluasi : ibu diberi minum air putih oleh suaminya

5 Memimpin persalinan kala II sesuai langkah APN
Evaluasi : bayi lahir spontan langsung menangis warna kulit kemerahan pukul 10.22 WIB

7 Cek fundus untuk memastikan tidak ada bayi kedua
Evaluasi : tidak ada bayi kedua

8 Melakukan penyuntikan suntik oksitosin 10 IU secara IM di paha Ibu
Evaluasi : sudah dilakukan

9 Lakukan penilaian APGAR Score dan ukur bayi.
Evaluasi : A/S 8/10, Jenis Kelamin Perempuan, BB : 3400 gram, PB : 50 cm, LK : 30, 31, 33 cm, cacat (-)

10 Membaca Hamdallah dan beroda kepada Allah SWT karena bayi telah lahir dengan selamat dan sempurna.
Evaluasi : telah dilakukan.

Hari/Tanggal : Rabu/ 04 Oktober 2023

Waktu : 10.30 WIB

S DATA SUBJEKTIF

1 Keluhan Utama : Ibu merasa lelah dan perutnya masih terasa mules (*)

O DATA OBJEKTIF

1	Keadaanumum :	:	Ibu tampak Lelah, Kesadaran composmentis Keadaan emosional tampak stabil
2	Tanda gejala kala III	:	Abdomen : Tidak ada janin ke-2 TFU sepusat Uterus globuler Kontaksi uterus baik Kandung kemih kosong Vulva/ vagina : Tali pusat memanjang dari vagina, Adanya semburan darah $\pm$ 150 cc

A ASESSMENT

1	Diagnosa (Dx)	:	P_1A_0 Parturient Kala III
2	Masalah Potensial	:	-
3	Kebutuhan Tindakan Segera	:	-

P PENATALAKSANAAN

1 Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Evaluasi : bayi berhasil IMD di menit ke 15

2 Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa bayi sudah lahir, dan ibu memasuki kala III (pengeluaran plasenta)

Evaluasi : ibu mengetahui keadaannya

3 Melakukan manajemen aktif kala III

Evaluasi :

- Menuntikan oksitosin 10 IU melalui IM
- Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dri vulva

- Melakukan PTT dan dorso kranial
- Mengeluarkan plasenta (plasenta lahir pukul 10.30 WIB)
- Memeriksa kelengkapan plasenta, dan melakukan masase
- Periksa kontrasi ibu
- Mengajarkan ibu dan keluarga masase uterus
- Periksa estimasi jumlah darah ± 150 cc
- Membereskan peralatan sesuai tempatnya.

4 Membaca Hamdallah dan beroda kepada Allah SWT karena plasenta telah lahir

Evaluasi : bidan membimbing ibu

Hari/Tanggal : Rabu/ 04 Oktober 2023

Waktu : 10.45 WIB

S DATA SUBJEKTIF

1 Keluhan Utama : Ibu merasa lelah dan perutnya masih terasa mules (*)
Tapi ibu merasa senang bayinya telah lahir dengan selamat

O DATA OBJEKTIF

1 Keadaan umum : : Ibu tampak lelah, Kesadaran composmentis
Keadaan emosional tampak stabil

2 Kala IV : Abdomen :
TFU 1 jari di bawah pusat
Kontaksi uterus baik
Kandung kemih kosong
Vulva/ vagina : Perdarahan ± 50 cc
Laserasi Grade : grade 2

A ASESSMENT

P PENATALAKSANAAN

1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : ibu memasuki waktu pemantauan dan observasi selama 2 jam. Kondisi ibu dalam batas normal
Evaluasi : ibu mengetahui keadaannya

2 Melakukan hecting laserasi grade II menggunakan teknik jelujur dan satu-satu dengan anastesi local lidocain 1%
Evaluasi : bidan telah melakukannya

3 Melakukan observasi kala IV sesuai partograf
Evaluasi : hasil observasi kala IV terlampir. Ibu dalam kondisi normal.

4 Ajarkan ibu cara menyusui anaknya
Evaluasi : ibu mulai bisa menyusui anaknya

5 Menganjurkan ibu untuk makan dan minum yang tinggi kalori karena ibu sudah mengeluarkan tenaga selama proses persalinan
Evaluasi : ibu makan dan minum

6 Mengajarkan ibu untuk mobilisasi sedikit demi sedikit seperti miring kanan kiri dan duduk ditempat tidur
Evaluasi: ibu mau melakukan sedikit demi sedikit

7 Memberikan konseling dan doa untuk kesembuhan ibu selama masa persalinan kala IV
Evaluasi : ibu mengikuti bimbingan bidan

8 Mengajarkan ibu senam kegel untuk mengurangi nyeri akibat jahitan perineum.
Evaluasi : ibu bisa melakukan senam kegel

9 Memberikan konseling tanda bahaya kala IV
Evaluasi : ibu mengerti

1 Diagnosa (Dx) : P_1A_0 Parturient Kala IV

2 Masalah Potensial : -

3 Kebutuhan Tindakan Segera : -

H. Pendokumentasian SOAP Askeb Holistik Islami Masa Pascasalin

Kunjungan Nifas 1

S	**DATA SUBJEKTIF**			
1	Keluhan Utama	:	Pasien mengatakan ada mules dan linu diluka jahitan	
2	Riwayat Persalinan saat ini		a. Tanggal dan jam : Rabu, 4 Oktober 2023 b. Robekan jalan lahir : ada c. Komplikasi Persalinan : tidak ada d. Jenis Kelamin Bayi yang dilahirkan : laki-laki e. BB Bayi saat Lahir : 3400 gram f. PB bayi saat lahir : 50 cm	
3	Keadaan Psikologis	:	a. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi kehamilan klien saat ini ?	Respon keluarga baik
			b. Apakah kehamilan ini direncanakan dan diharapkan ? Beserta alasannya.	Direncanakan
			c. Apakah ada masalah yang dirasa ibumasih belum terselesaikan ?	Tidak ada
			d. Apa saja tindakan yang sudah dilakukan oleh ibu terhadap masalahtersebut ?	Tidak ada
4	Keadaan Sosial Budaya	:	a. Bagaimanakah adat istiadat dilingkungan sekitar ibu ?	Tidak terdapat adat istiadat yang mempengaruhi nifas ibu

			b. Apakah ibu percaya atau tidak terhadap mitos ? beserta alasannya ?	Tidak percaya
			c. Adakah kebiasaan buruk dari keluarga dan lingkungan yang menganggu kehamilan ibu ?	Tidak ada
5	Keadaan Spiritual	:	a. Apakah arti hidup dan agama bagi ibu?	Hidup adalah perjalanan, agama adalah pedoman
			b. Apakah kehidupan spiritual penting bagi ibu ?	Penting
			c. Adakah pengalaman spiritual yang pernah dialami dan berdampak pada diri ibu ?	Tidak ada
			d. Bagaimanakah peran agama dalam kehidupan ibu sehari-hari ?	Agama sebagai pedoman dalam kehidupan sehari-hari
			e. Apakah ibu sering melaksanakan kegiatan spriritual seperti kajian keagamaan di lingkungan sekitar ?	Sering, seminggu 2x
			f. Saat kegitan tersebut apakah ibu berangkat sendiri atau berkelompok ?	Berkelompok
			g. Seberapa penting kegiatan tersebut bagi ibu ?	Sangat penting

		h.	Bagaimanakah dukungan dari kelompok terhadap kondisi ibu ?	Dukungan orang sekitar baik
		i.	Bagaimanakah praktik ibadah yang dilakukan ibu ? adakah kendala ?	Tidak ada, ibu dapat menjalankan ibadah puasa, shalat, dzakat, do'a, dzikir dan mengaji dll
		Note : Bagi yang beragama Islam : Seperti Sholat, Puasa, Dzakat, Doa dan dzikir ? Mengaji ?		
		j.	Apakah dampak yang ibu rasakan bagi diri ibu setelah menjalankan praktik ibadah tersebut ?	Ibu merasa lebih tenang
		k.	Bagaimankah ibu mendapatkan kekuatan untuk menjalani masa nifas ?	Dengan dukungan keluarga dan orang sekitar
		l.	Bisa ibu berikan alasan, mengapa ibu tetap bersyukur meskipun dalam keadaan sakit ?	Karena sakit merupakan penggugur dosa
		m.	Bagaimana ibu mendapatkan kenyamanan saat ketakutan atau mengalami nyeri ?	Berdo'a kepada Allah SWT
6	Pola Aktifitas saat ini	:	a. Pola istirahat tidur	
			• Tidur siang	1 jam
			• Tidur malam	4-5 jam
			• Kualitas tidur	Nyenyak
			b. Pola aktifitas	

• Aktifitas ibu sehari – hari (adakah gangguan mobilisasi atau tidak, apakah sudah bisa mandiri atau dibantu)	Tidak ada
c. Pola eliminasi	
• BAK: normalnya 6 – 8x/hari, jernih, bau khas.	6x/hari warna jernih, bau khas
• BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning.	Bab 1-2x/hari
d. Pola nutrisi	
• Makan:	Makan 3x1 (nasi, sayur, daging dll)
• Minum:	Minum 7-8 gelas/hari (air putih/air teh)
e. Pola personal hygiene	Mandi 2x/hari, gosok gigi 2-3x/hari,
• Mandi, gosok gigi, ganti baju, keramas, ganti celana dalam	gati baju 1-2x/hari, ganti celana dalam setiap setelah mandi
f. Pola Gaya Hidup	Ibu bukan perokok aktif/pasif, tidak
• Apakah ibu perokok aktif/pasif, konsumsi jamu, alkohol, dan NAPZA	mengkonsumsi jamu, alkohol dan NAPZA
g. Pola seksualitas	
• Kapan rencana melakukan hubungan pasca salin	Belum ada rencana
h. Pemberian ASI	

(sudah diberikan atau belum, berapa frekuensinya, berapa lama diberikan, apakah ada masalah saat memberikan ASI)		Sudah diberikan 1 jam setelah lahir selama 1 jam, masih belum mengerti cara menyusui yang baik dan benar
i. Tanda bahaya		
• Apakah ada tanda bahaya masa nifas yang muncul, termasuk kesedihan yang terus menerus		Tidak ada

O DATA

OBJEKTIF

1	Pemeriksaan Umum	:	a. Keadaan umum :	Baik/ ~~cukup/ kurang~~ *)
			b. Kesadaran :	Composmentis
			c. Cara Berjalan :	normal
			d. Postur tubuh :	Tegap
			e. Tanda-tanda Vital :	
			TD :	110/80 mmHg
			Nadi :	88 x/menit
			Suhu :	36,6 ^{0}C
			Respirasi	22 x/menit
			f. Antropometri :	
			BB :	59 Kg
			TB :	155 Cm
2	Pemeriksaan Khusus	:	a. Kepala :	Normal tidak ada kelainan

b. Wajah :

Pucat / tidak : tidak pucat

Cloasma gravidarum : tidak ada

Oedem pada wajah : tidak

Mata :

Konjunctiva : merah

Sklera : tidak ikterik

Masalah Penglihatan : tidak ada

Oedema palpebral (oedema pada mata) : tidak ada

Hidung :

Secret / polip : tidak ada

Mulut :

Mukosa mulut : normal

Stomatitis : tidak ada

Caries gigi : tidak ada

Gigi palsu : tidak ada

Lidah bersih : bersih

Telinga :

Serumen :tidak ada

Leher :

Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada

Pembesaran kelenjar getah bening : tidak ada

Peningkatan aliran vena jugularis : tidak ada

Dada & Payudara :

Areola mammae : normal, kecoklatan

Putting susu : menonjol

Kolostrum : ada

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal

Denyut jantung : normal

Wheezing/ stridor : tidak ada

Abdomen :

Bekas Luka SC : tidak ada

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : kuat

Kandung Kemih : kosong

Diastasis recti : normal

Ekstrimitas :

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : +/+

Genitalia :

Vulva/ Vagina : t.a.k

Pengeluaran lochea : rubra

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan Perineum : luka jahitan tampak baik

l. Anus :

Haemoroid : tidak ada

3 PemeriksaanPenunjang : a. Pemeriksaan Laboratorium : tidak di lakukan

A ANALISA

1	Diagnosa :	P_1 A_0 Postpartum spontan 6 Jam
2	Masalah Potensial :	Tidak ada
3	Kebutuhan Tindakan Segera	Tidak ada

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa kondisi pasien dalam

keadaan baik

(Evaluasi) : pasien dan keluarga mengetahui kondisi ibu

2. Melakukan edukasi kepada pasien tentang mobilisasi pasca bersalin (ibu dianjurkan untuk mobilisasi ringan seperti miring kanan kiri, duduk, jalan)

   (Evaluasi) : pasien dan keluarga mengerti

3. Melakukan edukasi untuk senam kegel untuk mengurangi nyeri jahitan pada ibu (Kencangkan otot panggul seperti sedang menghentikan aliran urine saat buang air kecil dan tahan selama 5 detik)

   (Evaluasi) : pasien mengerti

4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara menyusui yang baik dan benar (Mulut bayi terbuka lebar, bayi menempel betul pada ibu, mulut dan dagu bayi menempel pada payudara, sebagian besar areola mamae tertutup oleh mulut bayi, bayi nampak pelan-pelan menghisap dengan kuat, kuping dan lengan bayi berada pada satu garis

   (Evaluasi) : pasien mengerti

5. Memberitahu tanda-tanda bahaya nifas (perdarahan, demam, nyeri hebat dibagian berut, kejang, sakit kepala hebat, payudara bengkak, sedih terus menerus)

   (Evaluasi) : pasien dan keluarga mengerti

6. Memberikan edukasi pada pasien tentang perawatan luka jahitan (menjaga kebersihan area vagina, cobok menggunakan air bersih, sering mengganti pembalut)

   (Evaluasi) : pasien mengerti

7. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara ekslusif

   (Evaluasi) : pasien mengerti

8. Memberikan tablet Fe 1x1, Tab. Paracetamol 3x1, Tab. Amoxicillin 3x1

   (Evaluasi) : ibu akan meminum obat sesuai anjuran bidan

9. Melakukan bimbingan do'a untuk kesehatan pasien (dicantumkan)

   الَّذِيْ خَلَقَنِيْ فَهُوَ يَهْدِيْنِ والَّذِيْ هُوَ يُطْعِمُنِيْ وَيَسْقِيْنِ وَاِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِيْنِ

   (Evaluasi) : pasien mengikuti do'a yang di bacakan oleh bidan

10. Menjadwalkan kunjungan ulang 7 hari atau jika pasien ada keluhan

(Evaluasi) : pasien akan datang ke bidan sesuai jadwal kontrol atau saat ada keluhan

Kunjungan Nifas 2

S DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama : Pasien mengatakan bahwa ASI yang keluar sedikit khawatir bayinya tidak cukup ASI

O DATA

OBJEKTIF

1	Pemeriksaan Umum	:	a. Keadaan umum :	Baik
			b. Kesadaran :	Composmentis
			c. Cara Berjalan :	normal
			d. Postur tubuh :	Tegap
			e. Tanda-tanda Vital :	
			TD :	100/70 mmHg
			Nadi :	85 x/menit
			Suhu :	36,2 ^{0}C
			Respirasi	22 x/menit
			f. Antropometri :	
			BB :	59 Kg
			TB :	155 Cm
2	Pemeriksaan Khusus		a. Kepala :	Normal tidak ada kelainan
			b. Wajah :	
			Pucat / tidak : tidak pucat	
			Cloasma gravidarum : tidak ada	
			Oedem pada wajah : tidak	

Mata :

Konjunctiva : merah

Sklera : tidak ikterik

Masalah Penglihatan : tidak ada

Oedema palpebral (oedema pada mata) : tidak ada

Dada & Payudara :

Areola mammae : normal, kecoklatan

Putting susu : menonjol

ASI : ada

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal

Denyut jantung : normal

Wheezing/ stridor : tidak ada

Abdomen :

Bekas Luka SC : tidak ada

TFU : pertengahan pusat sympisis

Kontraksi : kuat

Kandung Kemih : kosong

Diastasis recti : normal

Ekstrimitas :

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : +/+

Genitalia :

Vulva/ Vagina : t.a.k

Pengeluaran lochea : sanguinolenta

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan Perineum : luka jahitan tampak baik

Anus :

Haemoroid : tidak ada

3 PemeriksaanPenunjang : a. Pemeriksaan Laboratorium : tidak di lakukan

A ANALISA

1	Diagnosa aktual	P_1 A_0 Postpartum spontan 7 hari
2	Masalah Potensial	Tidak ada
3	Kebutuhan Tindakan Segera	Tidak ada

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa kondisi pasien dalam keadaan baik
   (Evaluasi) : pasien dan keluarga mengetahui kondisi ibu
2. Melakukan pijat oksitosin agar ASI yang keluar semakin banyak
   (Evaluasi) : bidan melakukannya
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi untuk ibu nifas (menganjurkan ibu untuk makan makanan seimbang, karbohidrat, sayur, buah, protein dan minum air putih mininal 2liter)
   (Evaluasi) : pasien mengerti
4. Memberitahu tanda-tanda bahaya nifas perdarahan, demam, nyeri hebat dibagian berut, kejang, sakit kepala hebat, payudara bengkak, sedih terus menerus
   (Evaluasi) : pasien dan keluarga mengerti
5. Menganjurkan pasien untuk melakukan personal hygiene yang baik seperti mengganti pembalut maksimal 4 jam sekali, mengganti celana dalam minimal

3x/hari, mandi 2x sehari

(Evaluasi) : pasien mengerti

6. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara ekslusif

   (Evaluasi) : pasien mengerti

7. Melakukan bimbingan do'a untuk kesehatan pasien

   الَّذِيْ خَلَقَنِيْ فَهُوَ يَهْدِيْنِ والَّذِيْ هُوَ يُطْعِمُنِيْ وَيَسْقِيْنِ وَاِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِيْنِ

   (Evaluasi) : pasien mengikuti do'a yang di bacakan oleh bidan

8. Menjadwalkan kunjungan ulang 2 minggu atau jika pasien ada keluhan

   (Evaluasi) : pasien akan datang ke bidan sesuai jadwal kontrol atau saat ada keluhan

Kunjungan Nifas 3

S DATA SUBJEKTIF

KeluhanUtama : Pasien mengatakan pusing karena sering begadang;

O DATA

OBJEKTIF

1	Pemeriksaan Umum	:	a. Keadaan umum :	Baik/ ~~cukup/ kurang~~ *)
			b. Kesadaran :	Composmentis/ ~~apatis/ somnolen/~~
			c. Cara Berjalan :	normal
			d. Postur tubuh :	Tegap
			e. Tanda-tanda Vital :	
			TD :	90/60 mmHg
			Nadi :	76 x/menit
			Suhu :	36,7 ^{0}C
			Respirasi	20 x/menit

f. Antropometri :

BB : 59 Kg

TB : 155 Cm

2 Pemeriksaan :Khusus a. Kepala : Normal tidak ada kelainan

b. **Wajah :**

Pucat / tidak : tidak pucat

Cloasma gravidarum : tidak ada

Oedem pada wajah : tidak

Mata :

Konjunctiva : merah

Sklera : tidak ikterik

Masalah Penglihatan : tidak ada

Oedema palpebral (oedema pada mata) : tidak ada

Dada & Payudara :

Areola mammae : normal, kecoklatan

Putting susu : menonjol

Kolostrum : ada

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal

Denyut jantung : normal

Wheezing/ stridor : tidak ada

Abdomen :

Bekas Luka SC : tidak ada

TFU : tidak teraba

Kandung Kemih : kosong

Diastasis recti : normal

Ekstrimitas :

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : +/+

Genitalia :

Vulva/ Vagina : t.a.k

Pengeluaran lochea : alba

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan Perineum : luka jahitan tampak baik sudah kering

l. Anus :

Haemoroid : tidak ada

3 Pemeriksaan Penunjang a. Pemeriksaan Laboratorium : tidak di lakukan

A ANALISA

1 Diagnosa aktual : $P_1 A_0$ Postpartum spontan 21 hari

2 Masalah Potensial : Tidak ada

3 Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak ada

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa kondisi pasien dalam keadaan baik
   (Evaluasi) : pasien dan keluarga mengetahui kondisi ibu
2. Melakukan edukasi kepada pasien tentang manajemen istirahat
   (Evaluasi) : pasien dan keluarga mengerti
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi untuk ibu nifas
   (Evaluasi) : pasien mengerti
4. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI ekslusif pada bayinya
   (evaluasi) : ibu mengerti
5. Melakukan bimbingan do'a untuk kesehatan ibu

الَّذِيْ خَلَقَنِيْ فَهُوَ يَهْدِيْنِ والَّذِيْ هُوَ يُطْعِمُنِيْ وَيَسْقِيْنِ وَاِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِيْنِ

(Evaluasi) : ibu membaca do'a yang di ucapkan oleh bidan

6. Menjadwalkan kunjungan ulang pada masa nifas 6 minggu atau saat ibu ada keluhan

   (Evaluasi) : ibu mengerti

Kunjungan Nifas 4

S DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama : Pasien mengatakan tidak ada keluhan

O DATA

OBJEKTIF

1	Pemeriksaan Umum	:	a. Keadaan umum :	Baik/ ~~cukup/ kurang~~ *)
			b. Kesadaran :	Composmentis
			c. Cara Berjalan :	normal
			d. Postur tubuh :	Tegap
			e. Tanda-tanda Vital :	
			TD :	110/80 mmHg
			Nadi :	79 x/menit
			Suhu :	36,5 ^{0}C
			Respirasi	20 x/menit
			f. Antropometri :	
			BB :	59 Kg
			TB :	155 Cm

2 Pemeriksaan Khusus a. Kepala : Normal tidak ada kelainan

b. Wajah :

Pucat / tidak : tidak pucat

Cloasma gravidarum : tidak ada

Oedem pada wajah : tidak

Mata :

Konjunctiva : merah

Sklera : tidak ikterik

Masalah Penglihatan : tidak ada

Oedema palpebral (oedema pada mata) : tidak ada

Dada & Payudara :

Areola mammae : normal, kecoklatan

Putting susu : menonjol

ASI : ada

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal

Denyut jantung : normal

Wheezing/ stridor : tidak ada

Abdomen :

Bekas Luka SC : tidak ada

TFU : tidak teraba

Kandung Kemih : kosong

Diastasis recti : normal

Ekstrimitas :

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : +/+

Genitalia :

Vulva/ Vagina : t.a.k

Pengeluaran lochea : alba

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan Perineum : luka jahitan tampak baik sudah kering

l. Anus :

Haemoroid : tidak ada

3 Pemeriksaan Penunjang : a. Pemeriksaan Laboratorium : tidak di lakukan

A ANALISA

1	Diagnosa aktual	P_1 A_0 Postpartum spontan 6 minggu
2	Masalah Potensial	Tidak ada
3	Kebutuhan Tindakan Segera	Tidak ada

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa kondisi pasien dalam keadaan baik
   (Evaluasi) : pasien dan keluarga mengetahui kondisi ibu
2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi untuk ibu nifas
   (Evaluasi) : pasien mengerti
3. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI ekslusif pada bayinya
   (evaluasi) : ibu mengerti
4. Mejelaskan kepada ibu tentang KB yang diperbolehkan untuk ibu menyusui beserta efek sampingnya
   (Evaluasi) : ibu berencana akan menggunakan KB suntik 3 bulan
5. Melakukan bimbingan do'a untuk kesehatan ibu

الَّذِيْ خَلَقَنِيْ فَهُوَ يَهْدِيْنِ والَّذِيْ هُوَ يُطْعِمُنِيْ وَيَسْقِيْنِ وَاِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِيْنِ

(Evaluasi) : ibu membaca do'a yang di ucapkan oleh bidan

6. Menjadwalkan kunjungan ulang untuk pelayanan kontrasepsi

   (Evaluasi) : ibu mengerti

I. Pendokumentasian SOAP Askeb Holistik Islami Masa Neonatus dan Bayi Baru Lahir

Hari/Tanggal **:** Rabu, 04 Oktober 2023
Tempat Praktik **:** PMB Cintia Dewi Abdurachman, S.Keb
Pengkaji **:** Aulia Nur Ardia
Waktu Pengkajian **:** 16.30 WIB

I. DATA SUBJEKTIF

Anamnesa

a. Biodata Pasien:
   (1) Nama bayi : By. Ny. N/Tn T
   (2) Tanggal Lahir : 04 Oktober 2023
   (3) Usia : 6 jam

b. Identitas orang tua

No	Identitas	Istri	Suami
1	Nama	Ny. N	Tn. T
2	Umur	30 tahun	34 tahun
3	Pekerjaan	IRT	Wiraswasta
4	Agama	Islam	Islam
5	Pendidikan terakhir	Sarjana	SMA
6	Golongan Darah	AB +	O +
7	Alamat	3/8 Babakan	3/8 Babakan

c. **Keluhan utama** :

   Tidak ada

d. **Riwayat Kesehatan orang tua**

(1) Apakah ibu dulu pernah menderita penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, kencingmanis maupun penyakit menular seperti batuk darah, hepatitis, HIV AIDS.?

Tidak pernah

(2) Apakah ibu dulu pernah operasi ? **Tidak pernah**

(3) Apakah ibu pernah menderita penyakit lain yang menganggu kehamilan ?

Tidak pernah

e. **Riwayat kehamilan**

(1) Usia kehamilan : 40-41 minggu

(2) Riwayat ANC : 14 kali

(3) Obat-obatan yang dikonsumsi : vitamin

(4) Imunisasi TT : TT2

(5) Komplikasi/penyakit yang diderita selama hamil : tidak ada

f. **Riwayat Kelahiran**

Asuhan	**Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan**
Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	Rabu, 04 Oktober Pukul 11.00 WIB
Salep mata antibiotika profilaksis	Rabu, 04 Oktober Pukul 12.00 WIB
Suntikan vitamin K1	Rabu, 04 Oktober Pukul 12.00 WIB
Imunisasi Hepatitis B (HB)	Rabu, 04 Oktober Pukul 13.00 WIB
Rawat gabung dengan ibu	Ya, Rabu, 04 Oktober Pukul 10.22 WIB
Memandikan bayi	Belum
Konseling menyusui	Ya, Rabu, 04 Oktober Pukul 16.00 WIB
Riwayat pemberian susu formula	Tidak ada
Riwayat pemeriksaan tumbuh kembang	Belum

g. **Keadaan bayi baru lahir**

BB/ PB lahir : 3400 gram/ 50 cm

APGAR score : 8/10

h. **Faktor Lingkungan**

Tempat tinggal didaerah perkotaan, ventilasi rumah dalam kondisi baik, higinitas rumah baik, suhu udara dilingkungan rumah sedikit panas, pencahayaan rumah baik cahaya matahari dapat masuk ke area rumah

i. **Faktor Genetik**

(1) Riwayat penyakit keturunan : tidak ada

(2) Riwayat penyakit sistemik : tidak ada

(3) Riwayat penyakit menular : tidak ada

(4) Riwayat kelainan kongenital : tidak ada

(5) Riwayat gangguan jiwa : tidak ada

(6) Riwayat bayi kembar : tidak ada

j. **Faktor Sosial Budaya**

By. Ny. N merupakan bayi yang diharapkan kehadirannya, tidak memiliki saudara kandung, pemerimaan keluarga dan masyarakat sangat baik dan di sambut dengan kebahagiaan oleh kedua orang tuanya, keluarga dan masyarakat

k. **Keadaan Spiritual**

(1) Apakah arti hidup dan agama bagi orang tua : hidup perjalanan, agama pedoman

(2) Apakah kehidupan spiritual penting bagi orang tua : sangat penting

(3) Adakah pengalaman spiritual berdampak pada orang tua : tidak ada

(4) Bagaimankah peran agama bagi orang tua dikehidupan : petunjuk

(5) Apakah orang tua sering melaksanakan kegiatan keagamaan : seminggu 2x

(6) Saat kegiatan keagamaan sering sendiri/berkelpompok : kelompok

(7) Seberapa penting kegiatan itu bagi orang tua : sangat penting

(8) Bagaimanakah praktik ibadah orang tua dan anak : orang tua selalu menjalankan ibdaha seperti shalat, zakat, puasa, do'a, dzikir

(*Bagi beragama islam: sholat, puasa, dzakat, doa dan dzikir)

(9) Apakah dampak yang dirasakan ortu setelah beribadah :hati lebih tenang

(10) Adakah alasan agama yang diyakini keluarga dalam perawatan : tidak ada

II. DATA OBJEKTIF

a. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

(1) Ukuran keseluruhan : normal

(2) Kepala, badan, ekstremitas : normal

(3) Warna kulit dan bibir : kemerahan

(4) Tangis bayi : kuat

2. Tanda-tanda Vital

(1) Pernafasan 40 x/menit

(2) Denyut jantung 130 x/menit

(3) Suhu 36,5 ^{0}C

3. Pemeriksaan Antropometri

(1) Berat badan bayi 3400 gram

(2) Panjang badan bayi 50 cm

4. Kepala

(1) Ubun-ubun : normal

(2) Sutura : normal

(3) Penonjolan/daerah yang mencekung : tidak ada

(4) Caput succadaneum : tidak ada

(5) Lingkar kepala : 33cm

5. Mata

(1) Bentuk : simetris

(2) Tanda-tanda infeksi : tidak ada

(3) Refleks Labirin : ada

(4) Refleks Pupil : ada

6. Telinga

(1) Bentuk : simetris

(2) Tanda-tanda infeksi : tidak ada

(3) Pengeluaran cairan : tidak ada

7. Hidung dan Mulut

(1) Bibir dan langit-langit : normal

(2) Pernafasan cuping hidung : tidak ada

(3) Reflek *rooting* : ada

(4) Reflek *Sucking* : ada

(5) Reflek *swallowing* : ada

(6) Masalah lain : tidak ada

8. Leher

(1) Pembengkakan kelenjar : tidak ada

(2) Gerakan : normal

(3) Reflek *tonic neck* : ada

9. Dada

(1) Bentuk : normal, simetris

(2) Posisi putting : simetris

(3) Bunyi nafas : normal

(4) Bunyi jantung : normal

(5) Lingkar dada : 35 cm

10. Bahu, lengan dan tangan

(1) Bentuk : simetris

(2) Jumlah jari : 5/5

(3) Gerakan : normal

(4) Reflek *graps* : ada

11. Sistem saraf

Refleks Moro : ada

12. Perut

(1) Bentuk : datar

(2) Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : tidak ada

(3) Perdarahan pada tali pusat : tidak ada

13. Kelamin perempuan

(1) Labia mayor dan labia minor : normal

(2) Lubang uretra : normal

(3) Lubang vagina : normal

14. Tungkai dan kaki

(1) Bentuk : normal

(2) Jumlah jari : 5/5

(3) Gerakan : normal

(4) Reflek babynski : ada

15. Punggung dan anus

(1) Pembengkakan atau ada cekungan : tidak ada

(2) Lubang anus : ada

16. Kulit
    (1) Verniks : ada
    (2) Warna kulit dan bibir : kemerahan
    (3) Tanda lahir : tidak ada

b. Pemeriksaan Laboratorium : tidak dilakukan

III. ANALISA DATA

a. Diagnosa (Dx)

   By. Ny. N Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 jam

b. Masalah Potensial

   Tidak ada

c. Tindakan segera

   Tidak ada

IV. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi baik

   Evaluasi : ibu mengetahui kondisi bayinya

2. Menjelaskan kepada ibu tentang ASI ekslusif

   Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

3. Menjelaskan kepada ibu tentang cara menjaga kehangatan bayi

   Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

4. Menjelaskan kepada ibu tentang cara perawatan tali pusat

   Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

5. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir

   Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

6. Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya pagi hari 10-15 menit sebelum jam 09.00 WIB

Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

7. Melakukan bimbingan do'a untuk bayi baru lahir

   أُعِيذُكُمَا بِكَلِمَاتِ اللَّهِ التَّامَّةِ، مِنْ كُلِّ شَيْطَانٍ وَهَامَّةٍ، وَمِنْ كُلِّ عَيْنٍ لَامَّةٍ

   Evaluasi : ibu membaca do'a sesuai arahan bidan

8. Melakukan kontrak waktu untu kunjungan selanjutnya hari ke 7

   Evaluasi : ibu bersedia

9. Mengajurkan ibu untuk segera menghubungi bidan jika ada keluhan

   Evaluasi : ibu mengerti dan akan menghubungi bidan jika terdapat keluhan pada bayi

Kunjungan Neonatus II

Hari/Tanggal **:** Selasa, 10 Oktober 2023

Tempat Praktik **:** PMB Cintia Dewi Abdurachman, S.Keb

Pengkaji **:** Aulia Nur Ardia

Waktu Pengkajian **:** 08.00 WIB

I. DATA SUBJEKTIF

Keluhan utama : Tidak ada

II. DATA OBJEKTIF

a. Pemeriksaan Fisik

   1. Keadaan Umum

      (1) Ukuran keseluruhan : normal

      (2) Kepala, badan, ekstremitas : normal

      (3) Warna kulit dan bibir : kemerahan

      (4) Tangis bayi : kuat

   2. Tanda-tanda Vital

      a. Pernafasan 44 x/menit

      b. Denyut jantung 135 x/menit

c. Suhu 36,6 ^{0}C

3. Pemeriksaan Antropometri

(3) Berat badan bayi 3700 gram

(4) Panjang badan bayi 50 cm

4. Kepala

(1) Ubun-ubun : normal

(2) Sutura : normal

(3) Penonjolan/daerah yang mencekung : tidak ada

(4) Caput succadaneum : tidak ada

(5) Lingkar kepala : 33cm

5. Mata

(1) Bentuk : simetris

(2) Tanda-tanda infeksi : tidak ada

(3) Refleks Labirin : ada

(4) Refleks Pupil : ada

6. Telinga

(1) Bentuk : simetris

(2) Tanda-tanda infeksi : tidak ada

(3) Pengeluaran cairan : tidak ada

7. Hidung dan Mulut

(1) Bibir dan langit-langit : normal

(2) Pernafasan cuping hidung : tidak ada

(3) Reflek *rooting* : ada

(4) Reflek *Sucking* : ada

(5) Reflek *swallowing* : ada

(6) Masalah lain : tidak ada

8. Leher

(1) Pembengkakan kelenjar : tidak ada

(2) Gerakan : normal

(3) Reflek *tonic neck* : ada

9. Dada

(1) Bentuk : normal, simetris

(2) Posisi putting : simetris

(3) Bunyi nafas : normal

(4) Bunyi jantung : normal

(5) Lingkar dada : 35 cm

10. Bahu, lengan dan tangan

(1) Bentuk : simetris

(2) Jumlah jari : 5/5

(3) Gerakan : normal

(4) Reflek *graps* : ada

11. Sistem saraf

Refleks Moro : ada

12. Perut

(1) Bentuk : datar

(2) Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : tidak ada

(3) Perdarahan pada tali pusat : tidak ada

13. Kelamin perempuan

(1) Labia mayor dan labia minor : normal

(2) Lubang uretra : normal

(3) Lubang vagina : normal

14. Tungkai dan kaki

(1) Bentuk : normal

(2) Jumlah jari : 5/5

(3) Gerakan : normal

(4) Reflek babynski : ada

15. Punggung dan anus

(1) Pembengkakan atau ada cekungan : tidak ada

(2) Lubang anus : ada

16. Kulit

a. Verniks : ada

b. Warna kulit dan bibir : kemerahan

c. Tanda lahir : tidak ada

b. Pemeriksaan Laboratorium : tidak dilakukan

III. ANALISA DATA

a. Diagnosa : By. Ny. N Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 7 hari

b. Masalah Potensial : Tidak ada

c. Tindakan segera : Tidak ada

VI. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi baik

   Evaluasi : ibu mengetahui kondisi bayinya

2. Memotivasi ibu agar tetap memberikan ASI secara ekslusif

   Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

3. Mengingatkan kembali ibu cara menyusui yang baik dan benar

   Evaluasi : ibu mengerti

4. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir

   Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

5. Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya pagi hari 10-15 menit sebelum jam 09.00 WIB

Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

6. Melakukan bimbingan do'a untuk bayi baru lahir

   أُعِيذُكُمَا بِكَلِمَاتِ اللَّهِ التَّامَّةِ، مِنْ كُلِّ شَيْطَانٍ وَهَامَّةٍ، وَمِنْ كُلِّ عَيْنٍ لَامَّةٍ

   Evaluasi : ibu membaca do'a sesuai arahan bidan

7. Melakukan kontrak waktu untu kunjungan selanjutnya hari ke 14

   Evaluasi : ibu bersedia

8. Mengajurkan ibu untuk segera menghubungi bidan jika ada keluhan

   Evaluasi : ibu mengerti dan akan menghubungi bidan jika terdapat keluhan pada bayi

Kunjungan Neonatus III

Hari/Tanggal **:** Selasa, 17 Oktober 2023
Tempat Praktik **:** Rumah Ny. N
Pengkaji **:** Aulia Nur Ardia
Waktu Pengkajian **:** 09.00 WIB

I. DATA SUBJEKTIF

Keluhan utama : Tidak ada

II. DATA OBJEKTIF

a. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum
   (1) Ukuran keseluruhan : normal
   (2) Kepala, badan, ekstremitas : normal
   (3) Warna kulit dan bibir : kemerahan
   (4) Tangis bayi : kuat

2. Tanda-tanda Vital
   a. Pernafasan 40 x/menit
   b. Denyut jantung 128 x/menit
   c. Suhu 36,6 ^{0}C
3. Pemeriksaan Antropometri
   (5) Berat badan bayi 3900 gram
   (6) Panjang badan bayi 52 cm
4. Kepala
   (1) Ubun-ubun : normal
   (2) Sutura : normal
   (3) Penonjolan/daerah yang mencekung : tidak ada
   (4) Caput succadaneum : tidak ada
   (5) Lingkar kepala : 34cm
5. Mata
   (1) Bentuk : simetris
   (2) Tanda-tanda infeksi : tidak ada
   (3) Refleks Labirin : ada
   (4) Refleks Pupil : ada
6. Telinga
   (1) Bentuk : simetris
   (2) Tanda-tanda infeksi : tidak ada
   (3) Pengeluaran cairan : tidak ada
7. Hidung dan Mulut
   (1) Bibir dan langit-langit : normal
   (2) Pernafasan cuping hidung : tidak ada
   (3) Reflek *rooting* : ada
   (4) Reflek *Sucking* : ada

(5) Reflek *swallowing* : ada

(6) Masalah lain : tidak ada

8. Leher

(1) Pembengkakan kelenjar : tidak ada

(2) Gerakan : normal

(3) Reflek *tonic neck* : ada

9. Dada

(1) Bentuk : normal, simetris

(2) Posisi putting : simetris

(3) Bunyi nafas : normal

(4) Bunyi jantung : normal

(5) Lingkar dada : 36 cm

10. Bahu, lengan dan tangan

(1) Bentuk : simetris

(2) Jumlah jari : 5/5

(3) Gerakan : normal

(4) Reflek *graps* : ada

11. Sistem saraf

Refleks Moro : ada

12. Perut

(1) Bentuk : datar

(2) Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : tidak ada

(3) Perdarahan pada tali pusat : tidak ada

13. Kelamin perempuan

(1) Labia mayor dan labia minor : normal

(2) Lubang uretra : normal

(3) Lubang vagina : normal

14. Tungkai dan kaki

(1) Bentuk : normal

(2) Jumlah jari : 5/5

(3) Gerakan : normal

(4) Reflek babynski : ada

15. Punggung dan anus

(1) Pembengkakan atau ada cekungan : tidak ada

(2) Lubang anus : ada

16. Kulit

a. Verniks : ada

b. Warna kulit dan bibir : kemerahan

c. Tanda lahir : tidak ada

b. Pemeriksaan Laboratorium : tidak dilakukan

III. ANALISA DATA

a. Diagnosa By. Ny. N Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 21 hari

b. Masalah Potensial Tidak ada

c. Tindakan segera Tidak ada

IV. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi baik

   Evaluasi : ibu mengetahui kondisi bayinya

2. Memotivasi ibu agar tetap memberikan ASI secara ekslusif

   Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

3. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir

   Evaluasi : ibu mengerti yang di jelaskan oleh bidan

4. Melakukan bimbingan do’a untuk bayi baru lahir

أُعِيذُكُمَا بِكَلِمَاتِ اللَّهِ التَّامَّةِ، مِنْ كُلِّ شَيْطَانٍ وَهَامَّةٍ، وَمِنْ كُلِّ عَيْنٍ لَامَّةٍ

Evaluasi : ibu membaca do'a sesuai arahan bidan

5. Menjadwalkan untuk imunisasi BCG + Polio 1 (04-11-2023)

   Evaluasi : ibu akan datang sesuai jdwal kontrul untuk imuniasi

6. Mengajurkan ibu untuk segera menghubungi bidan jika ada keluhan

   Evaluasi : ibu mengerti dan akan menghubungi bidan jika terdapat keluhan pada bayi

J. Pendokumentasian SOAP Askeb Holistik Masa Kespro/Keluarga Berencana

S DATA SUBJEKTIF

1 Biodata : Nama Ibu : Ny. N
Usia Ibu : 30 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : Sarjana
Pekerjaan : IRT
Alamat : 3/8 Babakan
No telp : -

Nama Suami : Tn. T
Usia Suami : 34 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Karyawan
Alamat : 3/8 Babakan
No telp :

2 Keluhan Utama : Ibu datang untuk menapatkan pelayanan KB suntik 3 bulan

3 Riwayat Obstetri :

Anak Ke-	Usia Saat ini	Usia Hamil	Cara Persalinan	Penolong	BB Lahir	TB Lahir	Masalah saat bersalin	IMD
1	2 bulan	9 bulan	spontan	Bidan	3400	50	Tidak ada	ya

4 Keadaan Psikologis : a. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kontrasepsi klien saat ini ? Keluarga mendukung dan mengizinkan pasien untuk menggunakan kontrasepsi

			b.	Apakah kb ini direncanakan dan diharapkan ? Beserta alasannya.	Ya, karena ingin menjarangkan kehamilan serta menjaga jarak dari kehamilan sebelumnya
			c.	Apakah ada masalah yang dirasa ibu masih belum terselesaikan ?	Tidak ada
			d.	Apa saja tindakan yang sudah dilakukan oleh ibu terhadap masalah tersebut ?	Tidak ada
5	Keadaan Sosial Budaya :	:	a.	Bagaimanakah adat istiadat di lingkungan sekitar ibu ?	Terdapat adat istiadat namun tidak mepengaruhi terhadap keputusan ibu untuk menggunakan kontrasepsi
			b.	Apakah ibu percaya atau tidak terhadap mitos ? beserta alasannya ?	Tidak percaya
			c.	Adakah kebiasaan buruk dari keluarga dan lingkungan yang menganggu ibu untuk menggunakan kontrasepsi?	Tidak ada
6	Keadaan Spiritual	:	a.	Apakah arti hidup dan agama bagi ibu ?	Hidup adalah perjuangan dan agama adalah petunjuk
			b.	Apakah kehidupan spiritual penting bagi ibu ?	Penting
			c.	Adakah pengalaman spiritual yang pernah dialami dan berdampak pada diri ibu ?	Tidak ada
			d.	Bagaimanakah peran agama dalam kehidupan ibu sehari-hari ?	Sebagai pengingat dalam kebaikan
					Ya

e. Apakah ibu sering melaksanakan kegiatan spriritual seperti kajian keagamaan di lingkungan sekitar ?	Kelompok
f. Saat kegitan tersebut apakah ibu berangkat sendiri atau berkelompok ?	Sangat penting
g. Seberapa penting kegiatan tersebut bagi ibu ?	Baik dan mendukung
h. Bagaimanakah dukungan dari kelompok terhadap kontrasepsi ibu ?	Ibu dapat melaksankan ibadah dengan lancar dan tidak ada
i. Bagaimanakah praktik ibadah yang dilakukan ibu ? adakah kendala ?	kendala
Note : Bagi yang beragama Islam : Seperti Sholat, Puasa, Dzakat, Doa dan dzikir ? Mengaji ?	Hati menjadi tenang
j. Apakah dampak yang ibu rasakan bagi diri ibu setelah menjalankan praktik ibadah tersebut ?	Tidak ada
k. Adakah aturan tertentu serta batasan hubungan yang diatur dalam agama yang ibu anut selama mendapatkan pelayanan kb ?	Dukungan suami dan keluarga
l. Bagaimankah ibu mendapatkan kekuatan untuk mendapatkan pelayanan kb?	Dengan berdzikir dan berdo’a
m. Bagaimana ibu mendapatkan kenyamanan saat ketakutan atau mengalami nyeri ?	

7	Pola Kebiasaan Sehari-hari	:	a. Pola istirahat tidur	
			• Tidur siang normalnya 1 – 2 jam/hari.	1 jam
			• Tidur malam normalnya 8 – 10 jam/hari.	5-6 jam
			• Kualitas tidur nyenyak dan tidak terganggu.	Nyenyak
			b. Pola aktifitas	
			• Aktifitas ibu sehari – hari, adakah gangguan mobilisasi atau tidak.	Mengerjakan pekerjaan rumah tangga
			c. Pola eliminasi	
			• BAK: normalnya 6 – 8x/hari, jernih, bau kahs.	BAK : 6-7x/hari
			• BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning.	1-2x/hari
			d. Pola nutrisi	
			• Makan: normalnya 3x/hari dengan menu seimbang (nasi, sayur, lauk pauk, buah).	Makan 2-3x/hari
			• Minum: normalnya sekitar 8 gelas/hari (teh, susu, air putih).	Minum 8-10 gelas/hari
			e. Pola personal hygiene	
			• Normalnya mandi 2x/hari, gosok gigi 3x/hari, ganti baju 2x/hari, keramas 2x/minggu, ganti celana dalam 2x/hari, atau jika terasa basah.	Mandi 2x, gosok gigi 3-4x, ganti baju 3x, keramas 2x/minggu, ganti elana dalam sering

f. Pola Gaya Hidup

• Normalnya ibu bukan perokok aktif/pasif, ibu tidak mengkonsumsi jamu, alkohol, dan NAPZA	Tidak mengkonsumsi alkohol, NAPZA, jamu, dan bukan perokok aktif/pasif

g. Pola seksualitas

• Berapa kali melakukan hubungan seksual	Seminggu 1-2x

h. Pola rekreasi

• Hiburan yang biasanya dilakukan oleh klien.	Jalan-jalan bersama kelaurga

O DATA OBJEKTIF

1	Pemeriksaan Umum	:	a. Keadaan umum:	Baik/ ~~cukup/ kurang~~ *)
			b. Kesadaran :	Composmentis
			c. Cara Berjalan :	Normal
			d. Postur tubuh :	Tegap/ ~~Lordosis/ kifosis/ skeliosis~~ *)
			e. Tanda-tanda Vital :	
			TD :	110/80 mmHg
			Nadi :	85 x/menit
			Suhu :	36,5 ^{0}C
			Respirasi :	22 x/menit
			f. Antropometri :	
			BB :	58 Kg
			TB :	155 Cm
			Lila :	27 Cm
			IMT	24,1 (normal)

2 Pemeriksaan Khusus : a. Kepala : normal

b. Wajah :

Pucat / tidak : tidak

Cloasma gravudarum : tidak ada

Oedem : tidak ada

c. Mata :

Konjunctiva : tidak anemis

Sklera : normal, tidak ikterik

d. Hidung :

Secret / polip : tidak ada

e. Mulut :

Mukosa mulut : normal

Stomatitis : tidak ada

Caries gigi : tidak ada

Gigi palsu : tidak ada

Lidah bersih : 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 : normal

Putting susu : menonjol

Benjolan : tidak ada

Bunyi nafas : normal

Denyut jantung : normal

Wheezing/ stridor : tidak ada

i. Abdomen :

Bekas Luka SC : tidak ada

Massa/Benjolan : tidak ada

Nyeri Abdomen : tidak ada

Kandung Kemih : kosong

Masalah Lain : tidak ada

j. Ekstrimitas :

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : +/+

k. Genitalia :

Vulva/ Vagina : tidak ada kelainan

Pengeluaran secret : tidak ada

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan Perineum : tidak ada

l. Anus :

Haemoroid : tidak ada

3 Pemeriksaan Penunjang : Tidak ada

A ASESSMENT

1 Diagnosa (Dx) : P_1 A_0 Usia 30 tahun akseptor KB suntik 3 bulan

2 Masalah Potensial : tidak ada

3 Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

P PLANNING

1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa kondisi pasien baik dan bisa dilakukan pemasangan kontasepsi suntik 3 bulan

Evaluasi : ibu mengetahui kondisinya

2 Menjelaskan kepada ibu efek samping yang mungkin terjadi pada penggunaan KB suntik 3 bulan

Evaluasi : ibu mnengerti penjelasan bidan

3 Menyiapkan alat dan bahan yang akan digunakan

Evaluasi : alat dan bahan yang akan di gunakan sudah lengkap

4 Mencuci tangan 6 langkah

Evaluasi : bidan telah melakukannya

5 Menjaga privasi ibu dengan meastikan pintu telah tertutup

Evaluasi : privasi ibu telah terjaga

6 Menyuntikan KB suntik 3 bulan (Depo progesteron) secara IM pada bokong sebelah kiri

Evaluasi : ibu telah di suntik KB 3 bulan pada bokong sebelah kiri secara IM

7 Menjadwalkan kunjungan ulang selanjutnya (27-02-2024) dan dicatat pada kartu KB ibu

Evaluasi : ibu mengerti dan akan datang sesuai jadwal kontrol