# BAB III
# METODE ASUHAN

## A. Pendekatan Design Studi Kasus

Jenis pendekatan yang digunakan adalah studi kasus Dimana mahasiswa berusaha mengetahui proses asuhan kebidanan secara komprehensif berbasis *continunity of care (coc)* dan berkelanjutan dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP pada Ny. H. data yang digunakan dalam pengumpulan data ini yaitu menggunakan data primer dan sekunder melalui wawancara (anamnesis), pemeriksaan fisik pemeriksaan penunjang dan juga observasi (Hamil et al, 2022)

## B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

### 1. Tempat

Lokasi merupakan tempat Dimana pengambilan kasus akan dilakukan asuhan kebidanan holistic care ini dilaksanakan TPMB L Tahun 2024 ayang bertempat di soreang kab. Bandung

### 2. Waktu

Waktu studi kasus adalah tentang waktu yang digunakan penulis untuk mencari kasus. Pelaksanaan asuhan kebidanan holistic care ini pada bulan Februari sampai Mei 2024

### 3. Objek/Partisipan

Subjek studi kasus adalah seorang yang dijadikan sempel untuk dilaksanakan studi kasus. Subjek pada studi kasus yaitu ibu hamil usia kehamilan 34-40 minggu mulai dari kehamilan sampai dengan keluarga berencana

### 4. Etika Studi Kasus/Informed Consent

Etika studi kasus dalam tugas ini adalah :

a. Lembar persetujuan (*Informed consent*)

Lembar persetujuan menjadi pasien (*informed consen*t) diberikan sebelum studi kasus agar pasien mengetahui maksud dan tujuan studi

kasus

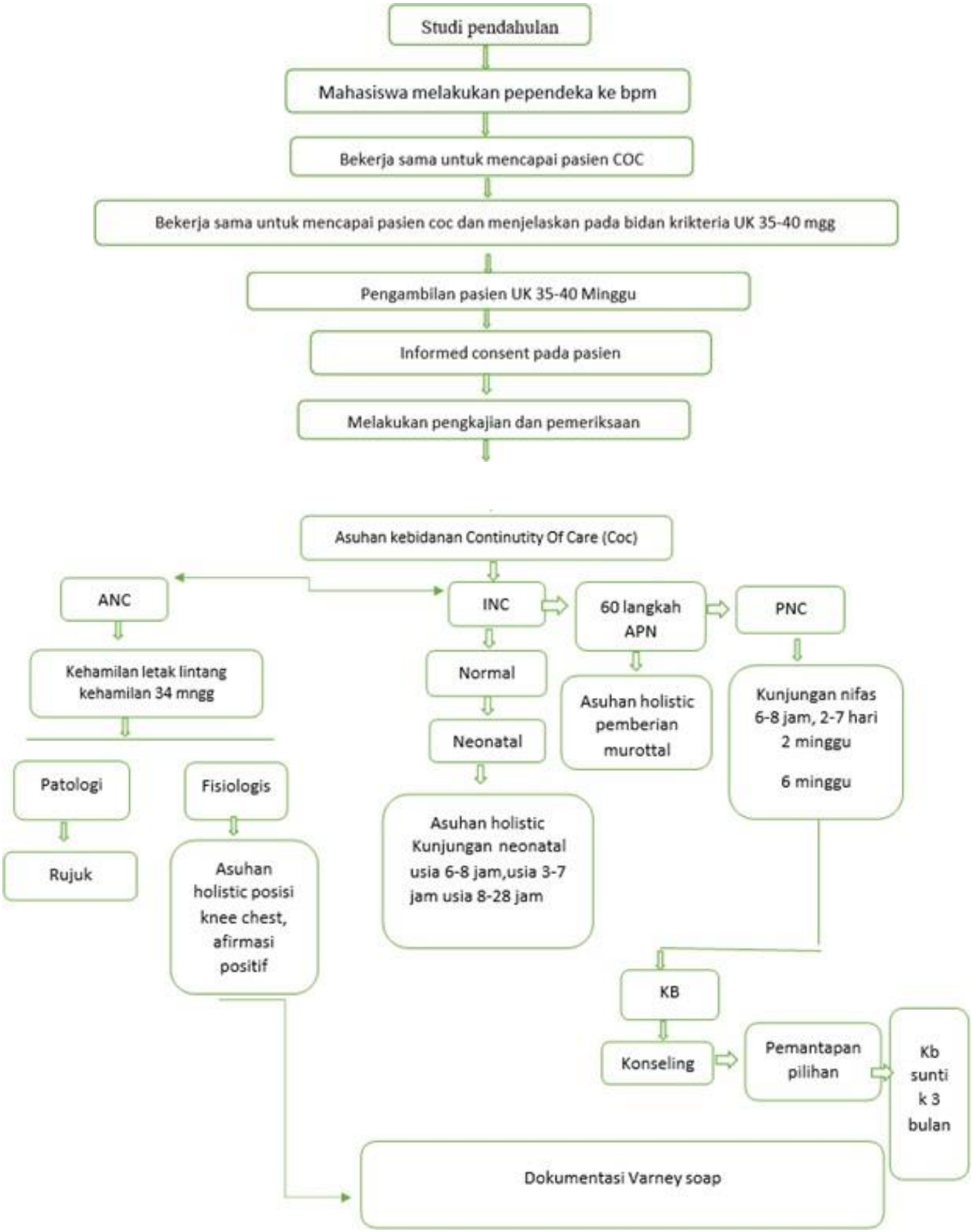
b. Tanpa nama (*anonymity*)

Dalam menjaga kerahasian identitas pasien, penulis tidak mencantumkan nama pasien pada lembar pengumpulan data dan cukup dengan memberikan inisial

c. Kerahasian (*confidential*)

Kerahasian informasi yang telah dikumpulkan dari pasien di jamin oleh penulis

## C. Kerangka Konsep Asuhan Berdasarkan Kasus



1. Asuhan Kebidanan Masa Antenatal (Hari Pertama)

Tanggal pengkajian : 8 maret 2024Waktu pengkajian : 08.00 wib

Tempat pengkajian : TPMB L Pengkaji : Eka Sulastina

a. Data subejktif

1) Biodata

| Identitas | Istri | Suami |
|---|---|---|
| Nama | Ny H | Tn. D |
| Usia | 28 Tahun | 30 Tahun |
| Pendidikan | SMK | SMA |
| Pekerjaan | IRT | Buruh |
| Agama | Islam | Islam |
| Alamat | Kp nangewer 02/02 | |
| No hp | | |

Ibu datang ke TPMB bersama suaminya mengatakan bahwa kehamilan sekarang merasa khawatir karena ibu telah mengetahui posisi bayi didalam kandungannya lintang

2) Riwayat pernikahan

| | Istri | Suami |
|---|---|---|
| Berapa kali menikah | 1 kali | 1 kali |
| Lama pernikahan | 10 tahun | 10 tahun |
| Usia saat menikah | 18 tahun | 20 tahun |
| Masalah dalam pernikahan | Hal hal kecil | Hal hal kecil |

3) Riwayat obsteri

| No | Tahun | Berat Badan | Persalinan | Penolong | Komplikasi |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2015 | 2900 | Normal | Bidan | Tak |
| 2 | 2018 | 3200 | Normal | Bidan | Tak |

4) Riwayat menstruasi

| | |
|---|---|
| Usia menarche | 13 t a h u n |
| Siklus | 29 hari |
| Lamanya | 5-7 hari |
| Banyaknya | 100 c |
| Bau/warna | normal/ merah segar |
| Dismenore | kadang kadang |
| Keputihan | kadang kadang |
| HPHT | 12 07 2023 |
| TP | 18 04 2024 |

5) Riwayat kehamilan saat ini

| | |
|---|---|
| Frekuensi kunjungan ANC / bulan ke | 5 kali pemeriksaan |
| Imunisasi TT | TT2 |
| Keluhan selama hamil | Mual pusing |
| Terapi yang di berikan jika ada masalah | Pemberian vitamin, KIE |

6) Riwayat KB : Kb suntik
7) Riwayat Kesehatan : Ibu dan keluarga mengatakan tidak menderita penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV AIDS maupun penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis.
8) Keadaan psikologis : Ibu dan keluarga sangat senang dengan kehamilan ini menyambut baik kehadiran calon anak ketiga, kehamilan ini diharapkan dan direncanakan
9) Keadaan social budaya : di lingkungan ibu tidak ada adat istiadat
10) Keadaan spiritual : menurut ibu agama itu penting sebagai pegangan hidup
11) Pola kebiasaan sehari hari

| | |
|---|---|
| Pola istirahat | Ibu Tidur malam 8 jam/hari.Tidur siang 1-2 jam/hari |
| Pola aktivitas | Kegaitan ibu ringan |
| Pola eliminasi | BAK 6 – 8x/hari, jernih, BAB 1x/sehari |
| Pola nutrisi | 3x/hari dengan menu seimbang (nasi, sayur, lauk pauk, buah |
| Pola personalgyine | mandi 2x/hari, gosok gigi 3x/hari,ganti baju 2x/hari, keramas 2x/minggu, ganti celana dalam 2x/hari, atau jika terasa basah |
| Pola gaya hidup | ibu bukan perokok aktif/pasif,ibu tidak mengkonsumsi jamu, alcohol dan nafza |
| Pola seksualitas | Masih di lakukan sebulan 2 kali |
| Pola rekreasi | Nonton televisi dan kumpul |

| | |
|---|---|
| | Bersama teman teman |

b. Data obejektif

1) Pemeriksaan umum

| | |
|---|---|
| Keadaan umum | Baik |
| Kesadaran | Comosmentis |
| Cara Berjalan | Tegap |
| Postur tubuh | Tegap |
| Tanda-tanda VitalTD<br>Nadi<br>Suhu Respirasi | 120/80 mmHg82<br>x/menit<br>36,8 $^0$C<br>21 x/menit |
| AntropometriBB<br>TB<br>LilaIMT | 58 Kg<br>153 Cm<br>24,5 Cm<br>25,3 (Normal) |

2) Pemeriksaan khusus

| | |
|---|---|
| Kepala | Normal tidak ada Kelainan |
| Wajah | Tidak pucat diak ada cloasma dan odema |
| Mata | Konjungtiva merah muda sklera putih |
| Hidung | Normal tidak ada cairan |
| Mulut | Normal tidak ada polip |
| Leher | Tidak ada pembesaran kelenjar limfe tiroid, dan tidak ada pembesaran vena jugularis |
| Dada & Payudara | Normal puting susu menonjol pengeluaran ASI sudah ada colostrum |
| Abdomen<br>TFU | <br>28 cm |
| Leopold I Leopold II<br>Leopold III<br>Leopold IV<br>DJJ HIS<br>TBJ | bagian fundus ibu tidak teraba bagian janin/kosong<br>teraba bagian perut kiri ibu kerasa bulat (kepala)<br>teraba bagian kanan lunak (bokong) teraba bagian bawah janin keras memanjang di bagian bawah perut ibu<br>Belum masuk pap<br>132x/menit Belum |

| | |
|---|---|
| | ada2,635 gr |
| Ekstemitas | Tidak ada odema, varices refleks patella + / + |
| Genitalia | Vulva vagina bersih tidak ada cairan tidak ada benjolan |
| Anus | Tidak ada hemoroid |

3) Pemeriksaan penunjang

| | |
|---|---|
| Pemeriksaan Panggul | Tidak dilakukan |
| Pemeriksaan Dalam | Tidak dilakukan |
| Pemeriksaan USG | 2 kali |
| Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 25-12-2023 | Hb 10.2 g/DL Golongn darah OHIV (-) HBsAg (-) |

c. Assessment

1) Diagnosa : G3P2A0 Gravida 34 minggu Dengan Anemia Ringan
2) Masalah potensial : Penyulit persalinan yaitu persalinan letak lintang
3) Kebutuhan Tindakan segera : Bidan menganjurkan ibu untukmelakukan pemeriksaan kepada dr kandungan

d. Planning

1) Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : memberitahu ibu dan keluarga bahwa janin nya dalam keadaan baik. Ev klien mengerti
2) Memberitau ibu untuk konsul Kembali pada dr kandungan untuk melihat posisi dan kondisi janin evaluasi : ibu akan melakukan pemeriksaan kembali dengan dokter kandungan dan sudah ada jadwal untuk USG Kembali pada tanggal 22 maret
3) Memberikan KIE mengenai rasa kawatir yang ibu rasakan, yaitu memberikan afirmasi positif kepada ibu, dan menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga yang ringan seperti teknik sujud (knee chest) 3-4 kali selama 15 menit melakukan aktivitas ringan yang ada dirumah ev: ibu menegrti dan akan melakukannya
4) Memberitaukan tanda bahaya letak lintang pada ibu dapat

menyebabkan ketuban pecah din, persalinan lama ruptur uteri dan infeksi interpartum. Bagi janin dapat menyebabkan prolapsus funiculi atau keadaan dimana tali pusat teraba lebih rendah di bagian terdepan/terendah janin sedangkan ketuban sudah pecah trauma persalinan dan hipoksia. Ev : ibu mengerti

5) Memberitaukan masalah ketidaknyamanan lainnya pada kehamilan trimester 3 dan memberitau cara mengatasinya ev: ibu mengerti
6) memberikan edukasi mengenai persiapan persalinan, dan menyarankan ibu untuk membaca buku KIA agar ibu bisa mengetahui persiapan persalinan ev: ibu mengerti
7) menganjurkan ibu untuk selalu berdoa agar persalinan nya di lancarkan dimanapun tempat persalinannya ibu dan bayi dalam keadaan sehat dan selamat ev: ibu mengikuti anjuran doa dari bidan dan akan membacanya

   khana waladat Maryam wa maryamu waladat ‘iisaa, ukhrujj ayyuhal mauluud biqudratil malikil ma’buud

   Artinya : hanna melahirkan Maryam, Maryam melahirkan isa AS keluarkan lah wahai jabang bayi dengan kekuasaan maha raja yang maha disembah
8) Menganjurkan klien untuk menjaga pola asupan nutrisi dan menjaga asupan cairan yang cukup ev: ibu mengerti
9) Menganjurkan ibu untuk minum FE 90 tablet 1x1 malam , dan menganjurkan ibu untuk datang ke tempat pelayanan Kesehatan apabila ada keluhan yang dirasakan ev: ibu mengerti dan akan melakukannya
10) Menjadwalkan kunjungan ulang 2 minggu sekali atau jika ada keluhan ev: ibu mengerti
11) Melakukan pendokumentasian ev. Dokumentasi terlampir berbentuk SOAP

2. Asuhan Kebidanan Masa Antenatal (Hari ke dua)

Tanggal pengkajian : 22 maret 2024 Waktu pengkajian : 16.30 wib

Tempat pengkajian : TPMB L

a. Data subjektif

1) Keluhan utama

Ibu datang bersama suaminya ke TPMB untuk kontrol ulang, ibu memperlihatkan hasil USG dari dokter dan mengatakan kepada bidan bayi nya sudah dalam posisi normal

b. Data objektif

| | |
|---|---|
| Keadaan umum | Baik |
| Kesadaran | Comosmentis |
| Cara Berjalan | Tegap |
| Postur tubuh | Normal |
| Tanda-tanda Vital<br>TD<br>Nadi<br>Suhu<br>Respirasi | 110/600 mmHg84<br>x/menit<br>36,5 $^{0}$C<br>22 x/menit |
| Abdomen<br>TFU | <br>30cm |
| Leopold I Leopold II<br>Leopold III<br><br><br>Leopold IV<br><br><br><br>DJJ HIS TBJ | Teraba Bulat, Keras,<br>Tidak Melenting<br>(Bokong)<br>Teraba Bagian<br>Keras, Memanjang<br>Seperti Papan Di Sisi<br>Kiri (Puki)<br>Teraba Keras, Bulat,<br>Sudah Masuk<br>Sebagian (Kepala) |

| | |
|---|---|
| | Divergen<br>130x/menit Belum<br>ada 2,713gr |
| Ekstemitas | Tidak ada odema,<br>varices refleks patella<br>+ /<br>+ |
| Genitalia | Vulva vagina bersih<br>tidak ada cairan tidak<br>ada benjolan |
| Anus | Tidak ada hemoroid |
| bb tb | 62Kg<br><br>153 |
| Hasil penunjang | USG janin tunggal<br>hidup, jumlah janin 1<br>placenta normal<br>(fundus), ketuban<br>normal cukup djj (+)<br>TBJ 2713 gram,<br>EDD 18-04-<br>2024, presentasi<br>kepala |

c. Assessment

G3P2A0 Gravida 36 minggu, presentasi kepala

d. Planning

1) Memberitau kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan bayinya dalam kondisi baik Ev: ibu mengetahui keadaan bayiny
2) Bidan memberikan dukungan kepada ibu agar ibu tetap semangat untuk persiapan persalinan menganjurkan ibu untuk selalu berdoa agar di mudah kan saat proses persalinan ibu dan bayi sehat dan

selamat ev: ibu mengerti dan ibu percaya bahwa ibu bisa melahirkan secara normal

3) Memberitau ibu untuk persiapan persalinan seperti tabungan bersalin baju, peralatan ibu dan bayi, anggota keluarga yang akan menemani dan pendonor jika diperlukan ev ibu mengerti

4) Mendokumentasikan asuhan kebidanan dalam buku register ibu hamil ev. Bidan telah mendokumentasikan asuhan dalam bentuk SOAP

3. Asuhan Kebidanan Masa Persalinan

Hari/ Tanggal : Minggu 31 Maret 2024

Tempat praktik : TPMB L

Pengkaji : Eka sulastina

Jam : 05.00wib

a. Data subjektif

1) Keluhan utama

Ibu merasakan mules yang semakin lama semakin sering dan kuat, belum ada keinginan untuk meneran, keluar lendir bercampur darah jam 04.30, air-air dirasa belum pecah, gerakan janin masih dirasa ibu 5 menit yang lalu.

2) Riwayat obsteti

| No | Tahun | Berat Badan | Persalinan | Penolong | Komplikasi |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2015 | 2900 | Normal | Bidan | Tak |
| 2 | 2018 | 3200 | Normal | Bidan | Tak |
| 3 | Hamil Ini | | | | |

3) Riwayat kehamilan sekarang HPHT 12 07 2023

TP 18 04 2024

ANC : 2 minggu yang lalu

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : 15 menit yang

Pengeluaran cairan per vaginam : Keluar lendir bercampur darah jam 04.30 wib

Makan terakhir dan jenis makanan : Sayur nasi lauk pauk, makan

terakhir jam 04.15 wib

BAB dan BAK terakhir : BAB jam 03.00 BAK jam 04. 20 wib

b. Data objektif

1) Pemeriksaan fisik

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 120/80 Mmhg

Suhu : 36,7 0C

Respirasi : 23x/Menit

2) Kepala

Bersih tidak ada ketombe

3) Wajah

Tidak ada odema, cloasma konjungtiva merah muda sklera putih

4) Leher

Tidak ada pembengkakan kenjer tiroid, limfe dan tidak ada peningkatan vena jugularis

5) Payudara

Bentuk simetris tidak ada masa kodisi putting menonjol tidak ada retrasi dipling kolostrum ada

6) Abdomen

Bekas Luka SC : tidak ada TFU : 32 cm

Leopold I : teraba bulat, keras, tidak melenting (bokong)

Leopold II : teraba bagian keras, memanjang seperti papan di sisi kiri ibu (puki). Sisi yang berlawanan teraba bagian kecil janin

Leopold III: teraba keras, bulat, sudah masuk sebagian (kepala)

Leopold IV : Convergen

Perlimaan : 4/5

DJJ : 138x/menit reguler

His : 4 x/5 menit, 45”-50”

TBJ : (32-12)x 155 = 3.100 gram

Kandung kemih : Kosong

7) Ekstremitas

Tidak ada odema varices, reflek patella +

8) Genitalia

Pemeriksaan Dalam Vulva/ vagina : Pembukaan : 8 cm

Konsistensi servix : tipis lunak

Ketuban : utuh

Bagian terendah janin : kepala Denominator : UUK

Posisi : kiri depan

Caput/Moulage : caput (-), Moulage (-)

Presentasi Majemuk : tidak ada

Tali pusat menumbung : tidak ada Penurunan bagian terendah : Hodge III

9) Hemoroid : tidak ada

| | |
|---|---|
| Pemeriksaan Panggul | Tidak dilakukan |
| Pemeriksaan Dalam | Tidak dilakukan |
| Pemeriksaan USG | 3 kali |
| Pemeriksaan Laboratorium | Hb 12.1 g/Dl Golongn darah OHIV (-) HBsAg (-) |

c. Assessment

Diagnosa : G3P2A0 paturient aterm kala I Fase aktif

d. Planning

1) Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dalam batas normal. Ev ibu mengerti

2) Melakukan pemantauan dengan patograf Evaluasi : partograph terlampir

3) Memberikan asuhan pada ibu bersalin kala I fase aktif dengan memenuhi kebutuhan nutrisi, hidrasi, eliminasi, relaksasi, eliminasi, mobilisasi, dan dukungan

a) Evaluasi: Menjaga privasi ibu dengan menutup tirai, tidak menghadirkan orang tanpasetahu, membuka seper

b) Menganjurkan ibu untuk makan makanan ringan/ minum jika

tidak ada his agar tenaga ibu stabil ibu disarankan minum air madu hangat

c) Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri atau posisi yang nyaman

d) Mengecek kelengkapan alat (patahkan ampul oksitosin, masukkanspuit ke partus set.

e) Memakai alat pelindung diri (celemek, sepatu boot, kacamata google

f) mencuci tangan, memakai sarung tangan, memasukkan oksitosin 10unit ke dalam spuit

1) Melibatkan keluarga atau suami dalam proses persalinan Evaluasi : ibu di ibu di temani

2) Memberitahukan tanda-tanda kala II persalinan pada ibu

Evaluasi : Adanya dorongan ingin meneran, ketika puncak kontraksi Adanya adanya tekanan pada anus Tampak perineum menonjol. Tampak vulva membuka

3) Mewaspadai kala II persalinan dan tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadipada ibu dan janin. Evaluasi :dilakukan

**KALA II**

**(Pukul 05.30)**

**1. Data Subjektif**

a. Keluhan utama

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

**2. Data objektif**

Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Baik

Kesadaran: Composmentis

Tanda tanda vital : TD 110/90 mmHg, N 82x/menit R : 23x/menit, S: 36,4□C

DJJ : 140x/menit

HIS : 5x10'/50"

Pemeriksaan dalam

Vulva/ vagina : vulva membuka; perineum menonjol

Pembukaan : 10 cm

Portio : Tidak teraba

Ketuban : Pecah pukul 05.45 wib warna jerih

Bagian terendah janin: Kepala

Denominator : UUK

Posisi : Depan

Caput/Moulage : Tidak ada

Presentasi Majemuk : Tidak ada

Tali pusat menumbung : Tidak ada

Penurunan bagian terendah: Hodge IV/ Station +3

Tanda tanda kala II persalinan : Perineum menonjol dan vulva vagina membuka

**3. Assesment**

G3P2A0 paturient aterm 39 minggu, kala II Janin Tunggal Hidup Intrauterine, Prsentasi kepala

**4. Planning**

a. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dalam batas normal ibu sudah saat nya melahirkan. Ev ibu mengerti
b. Mempersiapkan pertolongan persalinan sesuai dengan protap APN Evaluasi : 60 langkah APN sudah dipersiapkan, APD (+), Alat Petolongan persalinan perlengkapan ibu (+) perlengkapan bayi (+) alat resusitasi +
c. Pimpin persalinan ibu ev. Ibu mengerti
d. Berikan dukungan psikologis pada ibu, dan hadirkan pendamping saat bersalin diruang vk. Ev suami hadir
e. Anjurkan ibu cara meneran yang baik dan efisien dengan mengikuti dorongan alamiah Evaluasi : ibu koofratif

f. Anjurkan ibu posisi yang nyaman untuk meneran ev. ibu memilih posisi ½ duduk dan sesekali miring.
g. Memimpin persalinan ibu sesuai langkah APN ev. Evaluasi : Setelah pembukaan lengkap, kepala janin terlihat 4-5 cm membuka vulva, letakkan handuk kering pada perut ibu, melipat 1/3 bagian dan meletakkannya di bawah bokong ibu
    1) Buka partus set dan memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
    2) Saat sub occiput tampak dibawah symphisis, tangan kanan melindungi perineum dengan di atas lipatan kain dibawah bokong ibu. Sementara tangan kiri menahan puncak kepala bayi agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat
    3) Saat kepala lahir dan mengusap kasa/kain bersih untuk membersihkan muka bayi, kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher bayi (jika ketuban keruh -) kemudian cek adanya lilitan tali pusat pada leher janin. kemudian menunggu hingga kepala melakukan putar paksi luar secara spontan
    4) Kepala bayi menghadap kepada ibu, kepala dipegang secara biparietal kemudian ditarik cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan
    5) Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior), kearah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut
    6) Saat badan dan lengan lahir kemudian tangan kiri menelusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah bayi dengan selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara lutut bayi
    7) Setelah badan bayi lahir seluruhnya, lakukan penilaian dengan cepat apakah bayimenangis spontan dan warna kullitnya. letakkan bayi di atas perut ibu dengan depan kepala lebih rendah, bayi dikeringkan dan dibungkus kecuali bagian tali pusat

8) cek fundus ibu, pastikan tidak ada janin ke dua. Kemudian beri tahu ibu bahwa iaakan disuntik. Injeksikan oksitosin 10 IU secara IM ke 1/3 paha sebelah luar 1 menit setelah bayi lahir
9) Klem tali pusat 3 cm dari umbilicus bayi dan dari titik penjepitan, tekan tali pusat dengan 2 cm kemudian dorong. Isi tali pusat ke arah ibu (agar tidakterpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan kedua dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan pertama pada sisi atau mengarah pada ibu. Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut dan satu tangan menjadi pelindung dari kulit bayi tangan lian memotong tali pusat. Ikat tali pusat dengan tali atau dengan klem tali pusat
10) Ganti handuk basah dengan kain/selimut kering dan bersih. Dan letakkan bayi dengan posisi tengkurap. Perut bayi menempel pada perut ibu. Lakukan IMD
11) Lakukan penilaian APGAR Score dan timbang BB serta ukur BB bayi.Evaluasi : Jam 06. 00 bayi lahir hidup spontan letak belakang kepala, A/S 9/10, BB 3100/PB 50 cm, LK 34 Cm anus (+), cacat –

h. Membaca Hamdallah dan berdoa pada Allah SWT karena bayi telah lahir. Evaluasi : bidan membimbing ibu untuk membaca hamdallah, dan meminta suami klien untuk mendoakan bayinnya yang baru Lahir

**KALA III**

**Pukul 06.45 WIB**

**1. Data subjektif**

a. Keluhan utama

Ibu mengatakan masih merasa mules dan lelah

**2. Data objektif**

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Palpasi abdomen : kontraksi keras (globuler) TFU Sepusat kandung kemih tidak teraba penuh

Tanda tanda pelepasan plasenta

Tali pusat memanjang ada semburan darah

**3. Assesment**

P3A0 Kala III

**4. Planning**

a. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : ibu memasuki kala III atau kala pengeluaran plasenta atau ari ari. Ev. Ibu mengerti

b. Melakukan manajemen aktif kala III : berikan oksitosin 10 IU IM di paha kanan luar atas, lakukan peregangan tali pusat terkendali. Massase fusndu uteri + 15 menit

1) Evaluasi : Jam 06.01 Oksitosin 10 IU IM disuntikan ESO (-)
2) Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu tepat di atas tulang pubis.
3) Menahan uterus pada saat PTT. Setelah ada kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat lalu tangan kiri menekan korpus uteri ke arah dorso kranial
4) Tunggu jika tidak ada kontraksi, lanjutkan PTT jika kontraksi kala II muncul kembali, lakukan PTT hingga plasenta lepas dari tempat implantasinya
5) Setelah plasenta lepas, anjurkan ibu untuk meneran sedikit dan tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah. Kemudian ke atas hingga plasenta tampak pada vulva kira-kira separuh, kemudian pegang dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah jarum jam sehingga selaput plasenta terpilih
6) Tangan kanan memeriksa plasenta dan tangan kiri memasase perut ibu
7) Setelah plasenta lahir, memeriksa kontraksi uterus
8) Masase perut ibu + 15 detik/ 15 kali dan ajarkan ibu serta keluarga teknik masasse Mengukur darah yang dikeluarkan dan bersihkan ibu jumlah darah kala III +150 cc

9) Buang alat-alat bekas pakai dan masukkan dalam larutan klorin 0,5 %
10) Bereskan alat-alat kedalam tempat yang disediakan

c. Lakukan evaluasi Tindakan

Evaluasi : jam 06.07 wib plasenta lahir spontan lengkap, kotiledon + 20 buah, diameter + 20 cm, berat plasenta + 500 gram, panjang tali pusat 45 cm, insersi centralis, selaput utuh. Jumlah perdarahan kala III + 150 cc

d. Membaca Hamdallah dan berdoa pada Allah SWT karena plasenta telah lahir. Evaluasi : bidan membimbing ibu untuk membaca hamdallah dan lanjutkan

**KALA IV**

**(Pukul 07.00 wib)**

**1. Data subjektif**

a. Keluhan utama

Ibu merasa lelah dan perutnya masih terasa mules, Tapi ibu merasa senang bayinya telah lahir dengan selamat

**2. Data objektif**

Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis ,TD

Palpasi abdoment : TFU 2 jari di bawah pusat Uterus globuler Kontaksi uterus baik Kandung kemih kosong

Perineumnya : Utuh (tidak ada robekan)

**3. Asessment**

P3A0 Kala IV

**4. Planning**

a. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : ibu memasuki waktu pemantauan dan observasi selama 2 jam. Kondisi ibu dalam batas

normal

b. Melakukan observasi kala IV sesuai partograf. Evaluasi : hasil observasi kala IV terlampir. Ibu dalam kondisi normal
c. Bersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering. Ev ibu nyaman
d. Periksa kembali TD, suhu, nadi, dan kandung kemih, dan kontraksi ibu danajarakan ibu massase uterus. Evaluasi dilakukan
e. Ajarkan ibu cara menyusui anaknya. Evaluasi ibu mengerti
f. Memberikan makanan dan minuman sehat tinggi protein tinggi kalori untuk ibu Evaluasi : ibu diberikan 1 mangkuk sup buntut + 1 porsi nasi + minum air nabies 1gelas habis. Ev ibu memakannya
g. Ajarkan ibu untuk mobilisasi dini di tempat tidur seperti miring l ke kanan dan kekiri. Evaluasi ibu melakukannya
h. Memberikan konseling kala IV pada ibu.Evaluasi : doa yang diberikan berupa doa kesehatan badan dan doa bayi baru lahir.Ibu dapat mengukuti bacaan doa yang diberikan bidan. Ev doa terlampir
i. Melakukan follow up kondisi ibu 6 jam kemudian Evaluasi : ibu pindah ke ruangan perawatan. Ibu dalam kondisi normal

4. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Post partum 6 jam

Hari tanggal : 31 Maret 2024

Tempat praktik : TPMB Lindawati

Pengkaji : EKA Sulastina

Waktu pengkaji : 13.00/ selesai WIB

a. Data subjektif
   1) Keluhan utama

      Ibu mengatakan tidak ada keluhan
   2) Riwayat persalinan

      Tanggal : 31 maret 2024

      Penolong : Bidan

      Jenis persalinan : Normal

BB/TB : 3100/50 cm

Jenis kelamin: Perempuan

Usia kehamilan : 9 bulan

3) Pola Aktivitas Sehari Hari

a) Nutrisi

Makan : satu jam setelah partus ibu sudah makan dengan porsi cukup banyak dengan menu nasi sayur dan daging, tidak ada masalah

Minum : ibu minum 2 gelas air putih dan teh manis tidak ada masalah

b) Eliminasi

Buang air kecil (BAK) : setelah 2 jam selesai persalinan ibu sudah buang air kecil dan tidak ada masalah Buang air besar (BAB) : Selama pengkajian ibu belum buang air besar

c) Istirahat

Ibu mengatakan istirahat terakhir pada pukul 02.00 wib

d) Mobilisasi

Setelah selesai persalinan ibu sudah bisa miring kanan miring kiri dan 1 jam setelah persalinan ibu sudah mampu berjalan ke kamar mandi di bantu suaminya

e) Pemebrian ASI

Ibu sudah memberikan asi pada bayinya

f) Tanda bahaya pasca salin

Ibu mengatakan tidak ada demam sakit kepala hebat gangguan penglihatan bengkak pada payudara nyeri abdomen yang hebat dan perdarahan

g) Kondisi psikologis

Dukungan suami dan keluarga sangat baik, Kepercayaan ibu dalam merawat bayi, ibu sangat senang atas kealhiran bayinya dan ibu akan merawat bayinya dengan sebaik mungkin dan kepercayaan ibu dalam memberikan ASI sangat baik

b. Data objektif

Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : baik

Kesadaran: composmentis

a) Tanda tanda vital

Tekanan darah : 110/60 mmhg Suhu : $36^0$C

Nadi : 83x/menit

Respirasi : 21x/menit

b) Kepala

Rambut bersih dan tidak rontok wajah tidak ada odema, mata konjungtiva merah muda sklera putih mulut, mukosa bibir warna merah tidak ada caries, tidak ada sariawan tidk ada gigi yang berlubang

c) Leher

Tidak ada pembekakan kelenjar limfe dan tyroid serta tidak ada pebesaran vena jugularis

d) Payudara

Bersih bentuk simetris puting susu ibu menonjol tidak ada massa pengeluaran asi ada berupa colostrum dan ibu mengatakan tidak ada nyeri tekan

e) Abdomen

Tidak ada bekas luka operasi

Tinggi fundus uteri : 2 jari di bawah pusat

Kontraksi uterus : baik, teraba keras

Kandung kemih : kosong

f) Ektremitas

Ektremitas atas : tidak ada odema di ujung jari kaki dan kuku tidak pucat dan kekuatan otot ibu aktif

Ektremitas bawah : tidak ada odema tidak ada varices reflek patela kanan dan kiri positif tidak ada nyeri saat dilakukan homon sign

g) Genitalia

Keadaan bersih, vulva/vagina tidak ada kelainan tidak ada odema lochea rubra jumlahnya 10 cc. Tidak ada pembengkakan di kelenjar bartholin dan kelenjar scene, tidak terdapat masalah lain

h) Anus

Hemoroid : tidak ada

c. Assessment

P3A0 Post Partum 6 jam dengan keadaan umum baik

d. Planning

1) Memberitaukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga Ibu dan keluarga sudah mengetahui bahwa keadaan ibu baik. Ev ibu mengerti
2) Menganjurkan kepada ibu untuk makan dan minum lebih banyak selama masa nifas, agar produksi asi juga semakin banyak. Ibu mengerti dan melakukannya
3) Menganjurkan ibu untuk memberikan asi secara eklusif agar bayi sehat. Ibu mengerti dan akan melaukannya
4) Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan dirinya dan pola istirahat. Ibu mengerti dan akan melakukannya
5) Menganjurkan ibu cara massase uterus agar uterus tetap berkontraksi dengan baik untuk mencegah perdarahan masa nifas, ibu mengerti dan akan melakukannya
6) Menganjurkan ibu dan keluarga bagaimana cara merawatan bayi seperti memandikan, perawatan tali pusat menemur bayi dan perawatan lainnya
7) Menganjarkan ibu agar tetap menjaga kehangatan bayi agar tidak terjadi hipotermi. Ibu mengerti dan akan melakukannya
8) Pendokumentasian. Soap terlampir

5. Post Pertum 3 Hari (Kunjungan Rumah Pertama)

Hari tanggal : Rabu, 3 April 2024

Tempat pratik : Rumah pasien Ny. H

Pengkaji : Eka sulastina

Waktu pengkaji : 08.00 WIB s/d selesai

a. Data subjektif

1) Keluhan utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan

2) Pola aktivitas sehari hari Makan :

Ibu makan 2-3 x/sehari, makanan yang di konsumsi nasi, sayur,tahu, tempe daging ibu makan sehari cukup banyak dan tidak ada makanan yang di pantrang oleh ibu

Minum :

Ibu minum 5-6 gelas/hari, ibu mengatakan minum air putih teh manis dan susu tidak ada masalah lainnya

3) Eliminasi

Buang air besar (BAB) : Ibu mengatakan terakhir BAB tadi pagi dan tidak ada masalah lain

Buang air kecil (BAK ) : Ibu BAK 4-6 kali sehari tidak ada masalah lainnya

4) Istirahat

Malam : 4-5 jam x/ sehari Siang : 1-2 jam x/ sehari

5) Personal hygiene

Mandi : 1-2 kali sehari Ganti pembalut : 2-3 x/sehari

6) Mobilisasi

Ibu mengatakan sudah bisa berjalan secara mandiri dan sedikit seditkit mampu melakukan pekerjaan

7) Pemebrian ASI

Ibu mengatakan pemeberian ASI nya maksimal pada bayinya setiap 3 jam sekali dan tidak ada masalah

8) Tanda tanda bahaya pascasalin

Ibu mengatakan tidak mengalami demam, sakit kepala yang berat gangguan penglihatan myeri abdomen yang hebat perdarahan dan

nyeri saat berkemiH

b. Data objektif

1) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : baik

Kesadaran : Composmetis Tanda tanda vital

Td : 120/70 mmhg

Suhu : 36,8

Nadi : 81x/menit

Respirasi : 22x/menit

a) Payudara

Keadaan bersih, betuk simestris putting susu meonjol tidak ada massa yang abnormal, pengeluaran ASI ada dan ibu mengatakan tidak ada masalah selama menyusui

b) Abdomen

TFU 3 Jari di bawah pusat, kontraksi baik kandung kemih kosong tidak ada luka bekas luka operasi

c) Ektremitas

Tangan : tidak ada odema tidak pucat pada ujung tangan dan jari

Kaki : tidak ada odema tidak ada varices refleks patella kanan dan kiri + tidak ada nyeri saat dilakukan homan sign

d) Genitalia

keadaan bersih, vulva vagina tidak ada kelainan tidak ada odema lochea merah kecoklataan (sanguinolenta) tidak ada luka perineum dan tidak ada masalah lainnya

e) Anus

Tidak ada hemoroid

c. Assesment

P3A0 Postpartum 3 hari dengan keadaan ibu baik

d. Planning

1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu telah mengetahui

bahwa dari hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan baik. Ev ibu mengerti

2) Mengingatkan kepada ibu untuk mengganti pembalut sesering mungkin sebaiknya setiap selesai buang air kecil dan jangan sampai menunggu penuh. Ibu mengerti
3) Melihat dan mengevaluasi teknik menyusui dengan benar yang di lakukan oelh ibu. Ibu mampu menyusui bayinya dengan baik dan benar
4) Mengingatkan kembali pada ibu untuk membrikan ASI secara ekslusif selama 6 bulan tanpa tambahan susu formula atau apapun. Ibu mengerti dan memberikan asi saja selama 6 bulan
5) Memberitau kembali tentang tanda tanda bahaya pada ibu nifas. Ev ibu mengetahuinya
6) kan pada ibu apakah ada yang ingin di tanyakan. Ibu mengerti dan tidak ada yang ingin di tanyakan. Ev penjelasan bidan mudah di pahami
7) Konseling tanda bahaya nifas seperti perdarahan, pusing yang tidak kunjung sembuh, demam, dan tidak nafsu makan. Ev. Ibu mengerti
8) Pendokumetasian

6. Pospatum 27 hari ( Kunjungan rumah ke 2)

Hari tanggal : Selasa 27 April 2024

Tempat praktik : Rumah pasien Ny. H

Waktu pengkajian : 08.00/ selesai

Pengkaji : Eka sulastina

a. Data subjektif

1) Keluhan utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

2) Pola makan

Ibu mengatakan makan sehari 3 kali 1 porsi makan nasi ikan telur dan daging tidak ada pantrangan makan ibu minum air puth 8 gelas sehari

3) pola tidur

Tidur malam 5-6 jam tidur siang 1-2 jam tidak ada masalah

4) Pola eliminasi : BAK 4-5 x/hari BAB 1x/sehari

5) Personal hygine : Ibu mengatakan mandi sehari 2x sehari sudah tidak ada masalah

6) Menyusui : mulai pemberian ASI segera setelah bayi lahir, pengeluaran asi banyak frekuensi 5-6 kali setiap 3 jam sekali

b. Data objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

1) Tanda tanda vital

Td : 110/80 mmhg

Suhu : 36,9 C

Nadi : 83x/menit

Respirasi : 21x/menit

2) Fisik

a) Wajah

Tidak ada odema tidak ada cloasma konjungtiva merah muda sklera putih tidak ada kelainan fungsi penglihatan normal tidak ada kelainan

b) ASI ibu ada banyak tidak ada benjolan abdormal tidak ada retraksi dipling kondisi puting ibu menonjol

c) Abdomen

TFU tidak teraba, kandung kemih kosong kontraksi baik

d) Genitalia

Vulva ibu tidak ada kelainan tidak ada luka laserasi sudah tidak ada lochea

c. Assessment

P1A0 postpartum 27 hari dengan keadaan baik

d. Planning

1) memberitaukan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik. Ibu mengerti keadaan dirinya
2) Menganjurkan ibu untuk istirahat yaitu disaat bayinya tidur ibu pun ikut tidur. Ibu mengerti dan akan melakukannnya
3) Memberikan konseling mengenai KB pascapersalinan. Ibu mengatakan memilih menggunakan KB suntik 3 bulan
4) Mengingatkan ibu untuk memberikan asi ekslusif selama 6 bulan tanpa memberi pendamping makanan apapun. Ibu mengerti apa yang disampaikan oleh bidan
5) Mengingatkan kembali pada ibu bahwa masa nifas akan segera berakhir maka dari itu menyarankan ibu untuk bersuci mandi besar untuk melaksanakan ibadahnya kembali. Ibu mengerti dan akan melakuaknnya
6) Berdoa bersama dengan ibu agar di berikan kesehatan ibu dan bayinya ibu bersedia berdoa
7) “Allahuma afini fi badani allahuma afini fi sam’iallahuma afinni fi bashari la ilaha anta. Artinya: “Yaallah, berikan lah keselamatan pada badan badanku. Yallah berikan lah keselamatan pada penglihatanku yalah aku berlindung kepadamu dari siksa kubur. Tidak ada tuhan yang pantas disembah kecuali engkau
8) Pendokumentasian hasil pemeriksaan dalam bentuk soap
9) Sudah di lakukan.

7. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir (BBL)

Kunjungan neonatus I

Hari/Tanggal : Minggu 31 maret 2024

Tempat Praktik : TPMB Lindawati

Pengkaji : Eka sulastina

Waktu Pengkajian : 07.00/ Selesai

a. Data Subjektif

1) Identitas Orangtua

| Identitas | Istri | Suami |
|---|---|---|
| Nama | Ny. H | Tn. D |
| Umur | 28 tahun | 30 tahun |
| Pekerjaan | IRT | Buruh |
| Agama | ISLAM | Islam |
| Pendidikan terakhir | SMA | SMA |
| Golongan Darah | AB | B |
| Alamat | Nangewer 2/2 | Nangewer 2/2 |
| No.Telp/HP | 08572074xxxxxx | |

2) Keluhan Utama

Ibu mengatkan bayinya tidak ada keluha apa apa

3) Identitas Bayi

Nama bayi : By. H

Tanggal lahir : 31 Maret 2024

Jenis kelamin: Perempuan

BB dan PB : 3100/50 cm

4) Riwayat Kesehatan orangtua

Ibu dan keluarga tidak mempunyai Riwayat penyakit menurun, menahun maupun menular sepeti jantung hipertensi asma malaria DM ginjal dan hepatitis.

5) Riwayat neonatal

Ibu melahrikan bayinya pada usia kehamilan 9 bulan, setelah bayi lahir bayi di letakan di dada ibu untuk dilakukan IMD pergerakan aktif warna kulit kemerahan menangis kuat

6) Faktor lingkungan

Ibu tinggal di perkampungan yang bersih dan nyaman. Seumber air yang di gunakan sehari hari oleh ibu langusng mengalir dari pegunungan. Ibu mempunyai fasilitas pembuangan sampah ibu tidak mempunyai hewan peliharan

b. Data Objektif

1) Keadaan umum : Baik
2) Tanda tanda vital : Laju Jantung : 144x/Menit Laju Nafas 46x/Menit
3) Pemeriksaan Antopometri
   Berat badan bayi : 3100 gram
   Panjang badan bayi : 50 cm
4) Pemeriksaan fisik
   a) Kepala
      Ubun-ubun : datar
      Sutura : tidak ada
      Penonjolan/daerah yang mencekung : tidakada
      Caput succadaneum : tidak ada
      Lingkar kepala : 34 cm
   b) Mata
      Bentuk : simetris
      Tanda-tanda infeksi : tidak ada
      Refleks Labirin : + positif
      Refleks Pupil : + positif
   c) Telinga
      Bentuk : simetris
      Tanda-tanda infeksi : tidak ada
      Pengeluaran cairan : tidak ada
   d) Hidung dan mulut
      Bibir dan langit-langit :ada
      Pernafasan cuping hidung : tidak ada
      Reflek rooting : + positif
      Reflek Sucking : + positif
      Reflek swallowing: + positif …
      Masalah lain : tidak ada
   e) Leher

Pembengkakan kelenjar : tidak ada Gerakan : ada

Reflek tonic neck : + positif

f) Dada

Bentuk : simestris

Posisi putting : menonjol

Bunyi nafas : 46x/menit

Bunyi jantung : 144x/menit

Lingkar dada : 35 cm

g) Bahu lengan dan tangan

Bentuk : normal

Jumlah jari : 5/5

Gerakan : aktif

h) System saraf

Refleks Moro : ada

i) Perut

Bentuk : normal

Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis : tidak ada

Perdarahan pada tali pusat : tidak ada

j) Genitalia

Bentuk simetris labia mayora menutupi labia minora lubang uretra terpisah dengan lubang vagina anus (+) bayi sudah BAB

k) Tungkai dan kaki

Bentuk : normal

Jumlah jari : 5/5

Gerakan : aktif

Reflek babynski : ada

l) Punggung dan anus

Pembengkakan atau ada cekungan: tidak ada

Lubang anus: ada

m) Kulit

Verniks : ada

Warna kulit dan bibir : kemerahan

Tanda lahir : tidak ada

c. Assessment

By. Ny H usia 1 jam Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan keadaan baik

d. Planning

1) Memberitahukan hasil temuan dalam pemeriksaan kepada ibu.
2) Bahwa keadaan bayi baik . evaluasi ibu merasa senang
3) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi meliputi (dijabarkan satu persatu)
4) Mengajarkan ibu cara pijat bayi. (evaluasi ibu mengerti )
5) Memandikan bayi (setelah 8 jam bayi lahir). (evaluasi ibu mengerti dan akan melakukan nya dirumah )
6) Mengajarkan ibu cara menjemur bayi. (evaluasi ibu mengerti ) Mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat. (evaluasi ibu akan melakukan nya dirumah )
7) Mengajarkan ibu cara menjaga kehangatan bayi (cara membedong & metode kanguru). (evaluasi ibu mengerti dan akan melakukannya dirumah) Memperbaiki posisi menyusui ibu. (evaluasi ibu mengerti)
8) Memberikan konseling pada ibu mengenai (dijabarkan satu persatu) Pemberian ASI Ekslusif selama 6 bulan. (evaluasi ibu mnegerti ) Jadwal imunisasi. (evaluasi ibu akan dating ). Tanda bahaya pada bayi. (evaluasi ibu mengerti )
9) Menjadwalkan rencana kunjungan ulang. (evaluasi ibu akan melakukannya)
10) Mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan (SOAP). (evaluasi terlampir)

8. Asuhan Kebidanan Kunjungan Neontus 6 Hari

Hari tanggal : 3 April 2024

Tempat pengkajian : Rumah pasien ny. H

Waktu pengkajian : 08.00 WIB s/d selesai

Pengkaji : Eka sulastina

a. Data Subjektif

1) Keluhan utama

Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan apa apa dan tali pusat sudah lepas pada hari ke 5

b. Data obejektif

1) Keadaan umum : Baik
2) Kesadaran : composmentis
3) Tonus otot tingkat aktivitas : aktif
4) Warna kulit : kemerahan
5) Tangis bayi : menangis kuat
6) Pengukuran Antropometri

Berat badan 3200 gram, Panjang badan 50 cm

7) Tanda tanda vital

Nadi 141x/menit, Respirasi 45x/menit suhu 36,9 C

8) Kepala

Rambut tipis merata ubun ubun datar tidak ada molase tidak ada pembengkakan caput succadenum

9) Mata

Bentuk simetris congjutiva merah muda sklera putih tidak ada tanda tanda infeksi

10) Hidung

Tidak ada pernafasan cuping hidung tidak ada secret

11) Leher

Tidak ada kelainan tidak ada kelenjar

12) Dada

Bentuk simetris, letak putting susu sejajar kiri dan kanan

13) Lengan dan tangan

Bentuk simetris, Gerakan aktif grapsing refleks kanan dan kiri +/+ jari jari tangan lengkap 5/5 +

14) Abdomen

Bentuk seimetris keadaan tali pusat baik belum lepas pada hari ke 5

15) Keadaan bersih labia mayora menutupi labia minora lubang uretra terpisah dengan lubang vagina anus + bayi sudah BAB dan BAK

16) Tungkai dan kaki

gerak aktif jumlah jari 5/5 kanan kiri babysky refleks ada kanan kiri +/+

17) Kulit

Warna kulit kemerahan tidak ada kelainan

c. Assessment

Bayi Ny.H usia 3 hari. Neonatus cukup bulan dengan keadaan baik

d. Planning

1) Memberitaukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga ibu mengetahui bayi ibu dalam keadaan baik
2) Mengjarkan ibu pijat dan dilakukan Ketika akan mandi atau setelah mandi. Ibu mencobanya sendiri dan mengerti yang pengkaji sampaikan
3) Mengajarkan ibu cara memandikan bayi agar ibu dapat melakukannya sendiri tanpa meminta bantuan dari oranglain ibu mengerti dan sudah mencoba untuk bisa memandikan bayinya
4) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan topi bayi dan menganjurkan ibu untuk mendekap bayinya dalam keadaan hangat
5) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan topi bayi dan menganjurkan ibu untuk mendekap bayinya. Bayi dalam keadaan hangat.
6) Menganjurkan nibu untuk tidak memakaikan bedak pada lipatan

lipatan yang ada di bayi seperti leher ketiak dan lipatan yang lainnya agar tidak menyebabkan lecet. Ibu menegrti dan tidak akan melakukannya

7) Menganjurkan kepada ibu untuk selalu menjaga kehangatan pada bayinya ibu mengerti dan sudah melakukannya.
8) Mengingatkan Kembali pada ibu agar bayi di berikan ASI eklsusif selama 6 bulan dan tidak diberikan tambahan makanan apapun ibu mengerti dan sudah melakukannya
9) Melakukan pencegahan infeksi dengan cara mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi sudah dilakukan
10) Konseling tanda bahaya seperti bayi merintih, tidak mau nete, seluruh badan bayi kuning dan bayi demam tinggi. Ibu menegrti
11) Mendokumetasikan semua asuhan pada soap asuhan yang diberikan dokumentasi kan pada soap

9. Asuhan Kebidanan Neonatus 27 Hari

Hari Tanggal

Tempat Pengkajian : Rumah Ny. H

Waktu Pengkajian : 08.00/selesai

Pengkaji : Eka sulastina

a. Data Subjektif

1) Keluhan utama

Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan apa apa

b. Data objektif

1) Keadaan umum

Kepala badan dan ektremitas : simetris tidak ada kelainan

Tonus otot tingkat aktivitas : Aktif

Tangis bayi : menangis kuat

2) Pemeriksaan fisik

a) Pengukuran antropometri

Berat badan 3900 gram, Panjang badan 52 cm

b) Tanda tanda vital

Nadi 139x/menit, respirasi, 43x/menit suhu 36,8C

c) Rambut

rambut tipis merata ubun ubun datar tidak ada molase tidak ada pembengkakan caput succadenum.

d) Mata

Bentuk simetris congjutiva merah muda sklera putih tidak ada tanda tanda infeksi

e) Hidung

Tidak ada pernafasan cuping hidung tidak ada secret

f) Leher

Tidak ada kelainan tidak ada kelenjar Bentuk simetris, letak putting susu sejajar kiri dan kanan

g) Lengan dan bahu

Bentuk simetris, Gerakan aktif grapsing refleks kanan dan kiri +/+ jari jari tangan lengkap 5/5

h) Abdomen

Bentuk seimetris keadaan tali pusat baik tidak ada tanda tanda infeksi tidak ada perdarahan pada tali pusat

i) Tungkai dan kaki

Gerak aktif jumlah jari 5/5 kanan kiri babysky refleks ada kanan kiri +/+

j) Kulit

Warna kulit kemerahan tidak ada kelainan

c. Assessment

Bayi Ny. H Usia 27 hari Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan keadaan baik.

d. Planning

3) Memberitaukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa bayi dalam keadaan baik ibu dan keluarga mengerti

4) Menganjurkan ibu agar selalu menjaga kehangatan bayi. Ibu

mengerti yang bidan sampaikan dan akan melakukannya

5) Memberikan konseling mengenai pijat bayi ibu sudah mulai mencoba untuk melakukan pijat bayi
6) Mengingatkan Kembali kepada ibu tentang tanda tanda bahaya bayi baru lahir dan memeberitaukan kepada ibu agar membawa bayinya ke tempat pelayanan Kesehatan terdekat jika ibu menemukan tanda tanda bahaya seperti ASI sulit ( sulit menghisap atau menghisap lemah) kesulitan bernafas suhu badan terlalu panas > 37,5 atau terlalu hipotermi mata bengkak dan mengeluarkan air kulit wajah dan bayi berwarna kekuningan bayi mengalami gangguan gesrointestinal misalnya tidak BAB selama 3 hari pertama perut bengkak dan tinja hijau tua berlendir atau darah. Ibu dapat mengulangi apa yang dikatakan bidan tentang tanda tanda bahaya bayi dan bersedia akan segera di membawa bayinya ke tempat pelayanan Kesehatan bila ditemukan tanda tanda bahaya tersebut
7) Menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi lengkap pada bayinya. Ibu mengerti dan akan melakukanya
8) Menganjurkan ibu dan keluarga berdoa Bersama sama untuk bayi Ny. H agar menjadi anak yang solehah. Ibu bersedia untuk berdoa Bersama sama “Rabbana hab lana min aj wajina wa duriyatina qurata a’yun waj’alna lil mutaqiina imama”

   Artinya : wahai tuhan kami, anugrahkan lah kepada kami istri istri dan keturunan kami sebagai penyenang hati, dan jadikan lah kami (pemimpin) bagi orang orang yang bertaqwa”
9) Mendokumentasikan semua asuhan pada SOAP seluruh asuhan yang di berikan di dokumetasikan pada SOAP.

10. Asuhan keluarga berencana (KB)

    Hari tanggal : Jumat 11 Mei 2024

    Tempat pengkajian : Rumah Ny. H

    Waktu pengkajian : 09.00 wib

Pengkaji : Eka sulastina

a. Data Subjektif Keluhan utama

Ibu post partum 40 hari mengatakan sudah di kb suntik 3 bulan di TPMB Lindawati pada tanggal 9 Mei 2024 ibu mengatakan untuk saat ini tidak ada keluhan dengan penggunaan KB suntik

b. Data subjektif

Dari hasil pemeriksaan tekanan darah ibu 120/70 mmHg dan berat badannya 60 kg, ibu mengatakan bahwa pemeriksaan yang lainnya dalam batas normal

c. Planning

1) Memberikan konseling mengenai KB suntik 3 bulan yaitu :
2) Tentang KB suntik 3 bulan, efektifitas, kekurangan, dan kelebihan. Ibu mengerti penjelasaan yang bidan berikan
3) Mengingatkan Kembali kepada ibu agar tidak telat untuk suntik ulang. Ibu mengerti
4) Mengajak ibu berdoa Bersama Allahuma afini fi badani allahuma afini fi sam'iallahuma afini fi bashari la ilaha illa anta Artinya " yallah , berikanlah keselamatan pada badanku. Yallah berilah keselamatan ;pada pendengaranku, yallah berilah keselamatan pada penglihatanku. Yallah aku berlindung kepada mu dari siksa kubur tidak ada tuhan yang pantas disembah kecuali engkau"
5) Pendokumentasian. Sudah di lakukan