

BAB III

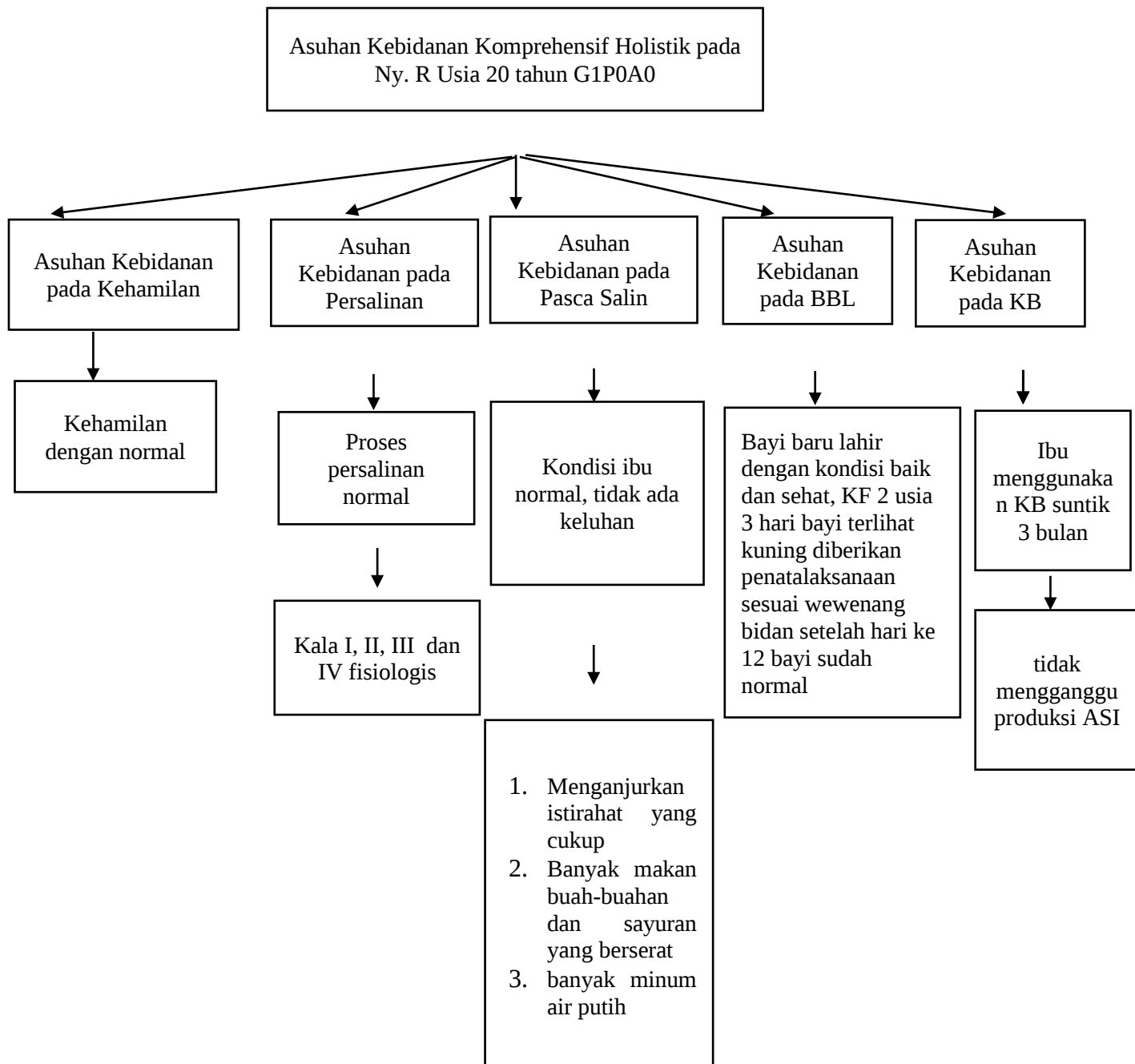
METODE DAN LAPORAN KASUS

3.1 Pendekatan Design Studi Kasus (*Case Study*)

Salah satu jenis laporan studi kasus adalah berupa laporan dengan metode atau pendekatan studi kasus (*Case Study*). Asuhan kebidanan komprehensif ini memusatkan diri secara intensif pada satu obyek tertentu yang mempelajarinya sebagai suatu kasus. Metode studi kasus memungkinkan laporan untuk tetap holistik dan signifikan. Menurut Arikunto (2017) bahwa metode deskriptif adalah pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat. Penelitian deskriptif mempelajari masalah-masalah dalam masyarakat, serta tata cara yang berlaku dalam masyarakat serta situasi-situasi tertentu, termasuk tentang hubungan, kegiatan-kegiatan, sikap-sikap, pandangan-pandangan, serta proses-proses yang sedang berlangsung dan pengaruh-pengaruh dari fenomena.

3.2 Kerangka Konsep Berdasarkan Studi Kasus

Asuhan kebidanan komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan dengan lengkap. Asuhan kebidanan yang komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan yang berkesinambungan, yaitu asuhan kebidanan kehamilan, asuhan kebidanan persalinan, asuhan kebidanan masa nifas, dan asuhan kebidanan bayi baru lahir. Penulis merencanakan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif kepada ibu namun jika dalam pelaksanaan asuhan terjadi hal patologi maka akan dilakukan rujukan. Kerangka konsep berada dibagian bawah ini :



RIWAYAT ANC

Tanggal	Keluhan	U.K (mgg)	BB (kg)	TD (MmHg)	TFU	Letak Janin, DJJ	Analisa	TataLaksana	Konseling
14-07-2023	Tidak ada	32 mgg	72	110/80	26	Kep, 140x/m	G1P0A0 gravida 32 mgg	Fe, Kalk	Kontrol 2 mgg
28-07-2023	Tidak ada	34 mgg	77	110/80	27	Preskep, 145x/m	G1P0A0 gravida 33-34 mgg	Fe, Kalk	Kontrol 2 mgg
18-08-2023	Tidak ada	37 mgg	78	120/80	28	Preskep, 150x/m	G1P0A0 gravida 37 mgg	Fe, Kalk	Kontrol 1 mgg
25-08-23	Nyeri perut bagian bawah	38 mgg	78	110/80	28	Preskep, 148x/m	G1P0A0 gravida 37-38 mgg	Fe, Kalk	Kontrol 1 mgg, USG

3.3 ASUHAN KEBIDANAN ANTENATAL

Nama Pemeriksa : Rohaeni
Hari / tanggal : Jum'at, 18 Agustus 2023
Jam : 10.00 Wib

S DATA SUBJEKTIF

No	Identitas	Istri	Suami
1	Nama	Ny. Riska	Tn. Devi
2	Umur	20 tahun	34 tahun
3	Pekerjaan	IRT	Buruh harian Lepas
4	Agama	Islam	Islam
5	Pendidikan terakhir	SMA	SMA
6	Golongan Darah	-	-
7	Alamat	Babakan Ciparay 4/8	Babakan Ciparay 4/8
8	No.Telp/HP	-	-

- 1 Keluhan Utama : Klien datang ke PMB mau kontrol rutin, tidak ada keluhan ibu sudah melakukan pemeriksaan lab di puskesmas dengan Hasil HB 11,9 gr%, HbSAg NR, HIV : NR, Sifilis : NR, Protein Urine : Negatif, Reduksi : Negatif.

2. Riwayat Pernikahan

Ibu :	Ayah :
Berapa kali menikah : 1x	Berapa kali menikah : 1x
Lama Pernikahan : 1 th	Lama Pernikahan : 1 th
Usia Pertama kali menikah : 19 th	Usia Pertama kali menikah : 33 th
Adakah Masalah dalam Pernikahan : Tidak ada	Adakah Masalah dalam Pernikahan : Tidak ada

3 Riwayat Obstetri

Ana k Ke-	Usia Saat ini	Usia Hamil	Cara Persalinan	Penolong	BB Lahir	TB Lahir	Masalah saat bersalin	IMD	ASI Eksklusif
1	Hamil saat ini								

- Usia Menarche : 13 th
- Siklus : 28-30 hr
- Lamanya : 5-6 hari
- Banyaknya : 1-3 X ganti softex
- Bau/ warna : Bau amis darah normal/warna merah darah
- Dismenorea : kadang-kadang bila 1-2 hr mau menstruasi
- Keputihan : Bila setelah menstruasi
- HPHT : 01-12-2022
- HPL : 08-09-2023

Riwayat Kehamilan Saat ini

- ANC : teratur, 11x ke Bidan, 2x dr kandungan
- Imunisasi TT : 2 kali
- Keluhan selama hamil Trimester I : mengalami pusing dan juga mual muntah terkadang lemas

Riwayat KB

- Ibu menggunakan KB sebelum kehamilan : tidak di KB
- Jenis KB : -
- Lama ber-KB : -
- Adakah keluhan selama ber-KB : -
- Tindakan yang dilakukan saat ada masalah ber-KB : -

- | | | | |
|----|--------------------------------|---|--|
| 6. | Riwayat : Klien :
Kesehatan | Keluarga :

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

b. Apakah dalam keluarga klien ada yang menderita penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV AIDS maupun penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis

c. Apakah klien dulu pernah operasi ?
Klien menyatakan tidak pernah dioperasi

d. Apakah ibu pernah menderita penyakit lain yang dapat mengganggu kehamilan ? | Tidak ada

Tidak ada

Tidak ada

Tidak ada |
|----|--------------------------------|---|--|

7. Riwayat Psikologis

- | | |
|----|--|
| a. | Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi Klien senang dan keluarga juga kehamilan klien saat ini ? |
| b. | Apakah kehamilan ini direncanakan dan diharapkan ? Iya karena ini kehamilan pertama Beserta alasannya. |
| c. | Apakah ada masalah yang dirasa ibu masih belum terselesaikan ? Tidak ada |
| d. | Apa saja tindakan yang sudah dilakukan oleh ibu terhadap Tidak ada |

masalah tersebut ?

8. Keadaan Sosial Budaya

- a. Bagaimanakah adat istiadat di lingkungan sekitar klien ? Tidak ada
- b. Apakah ibu percaya atau tidak terhadap mitos ? beserta alasannya ? Tidak percaya mitos namun kadang ikut kalau masih logis
- c. Adakah kebiasaan buruk dari keluarga dan lingkungan yang mengganggu kondisi klien ? Tidak ada

9. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola istirahat tidur

- 1) Tidur siang normalnya 1 – 2 jam/hari. Kadang tidur 30-40 menit/hari, kadang juga tidak tidur siang
- 2) Tidur malam normalnya 8 – 10 jam/hari. Tidur malam normal antara 8-9 jam dan tidak ada keluhan
- 3) Kualitas tidur nyenyak dan tidak terganggu. Sedikit nyenyak

b. Pola aktifitas

- 1) Aktifitas sehari – hari, adakah gangguan mobilisasi atau tidak. Tidak ada

c. Pola eliminasi

- 2) BAK: normalnya 6 – 8x/hari, jernih, bau kahs. Normal, tidak ada masalah, warna kuning jernih
- 3) BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, BAB normal tiap hari 1x warna kuning.

d. Pola nutrisi

- 4) Makan: normalnya 3x/hari dengan menu seimbang (nasi, 2-3x/hari

sayur, lauk pauk, buah).

- 5) Minum: normalnya sekitar 8 6-8 gelas/hari
gelas/hari (teh, susu, air putih).

e. Pola personal hygiene

- 6) Normalnya mandi 2x/hari, gosok Mandi sehari 1-2 kali, baju 1-2 kali,
gigi 3x/hari, ganti baju 2x/hari, celana dalam 2x/hari atau bila terasa
keramas 2x/minggu, ganti celana basah
dalam 2x/hari, atau jika terasa
basah.

f. Pola Gaya Hidup

- 7) Normalnya ibu bukan perokok Klien tidak merokok, tidak
aktif/pasif, ibu tidak mengkonsumsi jamu, alcohol dan obat
mengkonsumsi jamu, alkohol, obatan.
dan NAPZA

g. Pola seksualitas

- 8) Berapa kali melakukan hubungan
seksual selama kehamilan dan
adakah keluhan, normalnya boleh Selama kehamilan ini hubungan seksual
dilakukan pada kehamilan 1-2 kali dalam jangka satu bulan
trimester II dan awal trimester III

h. Pola rekreasi

- 9) Hiburan yang biasanya dilakukan Liburan satu bulan sekali Bersama
oleh klien. suami dan kadang Bersama keluarga

O DATA OBJEKTIF

1	Pemeriksaan : Umum	Keadaan umum	: Baik
		Kesadaran	: Composmentis
		Cara Berjalan	: Normal
		Postur tubuh	: Tegap
		Tanda-tanda Vital	
		TD	: 120/70 mmHg
		Nadi	: 80 / menit
		Respirasi	: 19 / menit
		Suhu	: 36,5 °C
		Antropometri	
		BB Sebelum Hamil	: 63 Kg
		BB	: 77 Kg
		TB	: 162 Cm
		Lila	: 25 Cm
		IMT	: 29,3
2	Pemeriksaan : Khusus	a. Kepala	: rambut hitam cukup lebat, bersih, tidak ada kelainan
		b. Wajah	
		Pucat / tidak Cloasma gravidarum	: tidak tampak pucat
		Oedem	: Tidak ada
		c. Mata :	
		Konjunctiva	: warna merah muda, tidak ada kelainan
		Sklera	: warna putih, tidak tampak ikterik
		d. Hidung : Secret	: tidak ada kelainan, penciuman
		/ polip	normal, tidak ada lendir ataupun kotoran

- e. Mulut Mukosa mulut : normal. warna merah muda
 - Stomatitis : Tidak ada
 - Caries gigi : tidak ada
 - Gigi palsu : tidak ada
 - Lidah bersih : lidah bersih
- f. Telinga Serumen : Telinga normal tak ada gangguan pendengaran, berisi tidak ada serumen
- g. Leher
 - 1) Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
 - 2) Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada
 - 3) Peningkatan aliran vena jugularis : Tidak ada
- h. Dada & Payudara
 - 4) Areola mammae : normal, warna coklat kehitaman
 - 5) Putting susu : menonjol
 - 6) Kolostrum : belum ada pengeluaran colostrum ka/ki
 - 7) Benjolan : tidak ada benjolan yang mengkhawatirkan
 - 8) Bunyi nafas : normal
 - 9) Denyut jantung : normal, reguler
 - 10) Wheezing/ stridor : -/-
- i. Abdomen
 - 11) Bekas Luka SC : tidak ada
 - 12) Striae alba : Ada
 - 13) Striae lividae : Ada
 - 14) Linea alba / nigra : Ada
 - 15) TBBJ : 1830 gram
- TFU : 30 cm
 - 16) Leopold 1 : teraba bagian keras, bulat dan tidak melenting
 - 17) Leopold 2 : Teraba bagian memanjang sebelah kanan

18) Leopold 3	: Teraba bagian keras, bulat dan melenting, bagian terendah kepala sudah masuk PAP
19) Leopold 4 / perlimaan	: Konvergent, 4/5
20) DJJ	: 143x/m
• Ekstrimitas	
21) Oedem	: Tidak ada
22) Varices	: Tidak ada
23) Refleks Patella	: +/-
• Genitalia	
24) Vulva/ Vagina	: Tidak ada kelaianan
25) Pengeluaran secret	: Tidak ada
26) Oedem/ Varices	: Tidak ada
27) Benjolan	: Tidak ada
• Anus	: tidak ada kelainan
a. Pemeriksaan Penunjang	
28) Pemeriksaan Panggul	: Tidak dilakukan
29) Pemeriksaan Dalam	: Tidak dilakukan
30) Pemeriksaan USG	: Tidak dilakukan
31) Pemeriksaan Lab	: Tidak dilakukan

A ASESSMENT

1	Diagnosa (Dx)	G1P0A0 Gravida 37 minggu janin Tunggal Hidup Intrauterine
2	Masalah Potensial	Tidak ada
3	Kebutuhan Tindakan Segera	Tidak ada

P PLANNING

1. Memberitahukan klien dan keluarga hasil pemeriksaan
Evaluasi : klien dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan
2. Memberikan & menganjurkan ibu minum tablet Fe XXX 1x1, kalsium XXX 1x1
Evaluasi : klien mengerti dan akan meminumnya dengan rutin
3. Mengingatnkan ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada wajah kaki dan tangan, nyeri perut yang hebat, gerakan janin berkurang, keluar cairan pervaginam (darah atau air ketuban)
Evaluasi : klien mengerti dan memahami
4. Memberikan edukasi terkait aktifitas fisik supaya kepala janin turun dan sesuai posisi normal
Evaluasi : klien mengerti dan bersedia melakukan aktifitas fisik yang disarankan
5. Mengingatnkan kembali ibu mengenai P4K (Program Perencanaan Persalinan Pencegahan Kmplikasi) yaitu
Siapa yang akan menolong persalinan : Bidan
Dimana Rencana melahirkan nanti : TPMB Bidan C
Siapa yang mendampingi saat persalinan : suami
Siapa yang menjadi pendonor darah : Keluarga
Alat transfortasi apa yang digunakan : Sepeda Motor
Apakah dana untuk persalinan sudah siap : Sudah
6. Menganjurkan ibu untuk rutin berdo'a dan berzikir memohon kepada Alloh supaya di berikan kesehatan,ketenangan hati dan kelancaran sampai sampai waktu persalinan
**Allaahummahfazh waladii maa daama fii bathnii, wasyfihi
antas syaafii laa syifaa-a illaa syifaa-uka syifaa-an laa yughoodiru saqoman.**
Artinya : “Ya Allah, peliharalah anakku selama berada dalam kandunganku. Dan sehatkanlah dia, karena sesungguhnya

Engkau adalah Dzat yang Maha Menyehatkan tiada kesehatan tanpa kesehatan dari-Mu, kesehatan yang tidak meninggalkan penyakit sedikitpun.

Evaluasi : klien mengerti dan mau melaksanakan Apa yang d sarankan bidan

7. Menyepakati kunjungan ulang 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan

Evaluasi : klien akan melakukan kunjungan ulang sesuai arahan

ASUHAN KEBIDANAN ANTENATAL

Nama Pemeriksa : Rohaeni
Hari / tanggal : Jum'at, 01 September 2023
Jam : 10.00 Wib

S DATA SUBJEKTIF

No	Identitas	Istri	Suami
1	Nama	Ny. Riska	Tn. Devi
2	Umur	20 tahun	34 tahun
3	Pekerjaan	IRT	Buruh harian Lepas
4	Agama	Islam	Islam
5	Pendidikan terakhir	SMA	SMA
6	Golongan Darah	-	-
7	Alamat	Babakan Ciparay 4/8	Babakan Ciparay 4/8
8	No.Telp/HP	-	-

- 1 Keluhan Utama : Klien datang ke PMB mau kontrol rutin, tidak ada keluhan

3. Riwayat Pernikahan

Ibu :	Ayah :
Berapa kali menikah : 1x	Berapa kali menikah : 1x
Lama Pernikahan : 1 th	Lama Pernikahan : 1 th
Usia Pertama kali menikah : 19 th	Usia Pertama kali menikah : 33 th
Adakah Masalah dalam Pernikahan : Tidak ada	Adakah Masalah dalam Pernikahan : Tidak ada

3 Riwayat Obstetri

Ana k Ke-	Usia Saat ini	Usia Hamil	Cara Persalinan	Penolong	BB Lahir	TB Lahir	Masalah saat bersalin	IMD	ASI Eksklusif
1	Hamil saat ini								

b. Usia Menarche : 13 th

j. Siklus : 28-30 hr

k. Lamanya : 5-6 hari

l. Banyaknya : 1-3 X ganti softex

m. Bau/ warna : Bau amis darah normal/warna merah darah

n. Dismenorea : kadang-kadang bila 1-2 hr mau menstruasi

o. Keputihan : Bila setelah menstruasi

p. HPHT : 01-12-2022

q. HPL : 08-09-2023

r. BB sebelum Hamil : 59 kg

Riwayat d. ANC : teratur, 11x ke Bidan, 2x dr kandungan

Kehamilan Saat e. Imunisasi TT : 2 kali

ini f. Keluhan selama hamil Trimester I : mengalami pusing dan juga mual muntah terkadang lemas

Riwayat KB f. Ibu menggunakan KB sebelum kehamilan : tidak di KB

g. Jenis KB : -

h. Lama ber-KB : -

i. Adakah keluhan selama ber-KB : -

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

10. Riwayat : Klien : Keluarga :
- Kesehatan e. 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
- f. Apakah dalam keluarga klien ada yang menderita penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV AIDS maupun penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis Tidak ada
- g. Apakah klien dulu pernah operasi ? Tidak ada
- Klien menyatakan tidak pernah dioperasi
- h. Apakah ibu pernah menderita penyakit lain yang dapat mengganggu kehamilan ? Tidak ada

11. Riwayat Psikologis

- e. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi Klien senang dan keluarga juga kehamilan klien saat ini ?
- f. Apakah kehamilan ini direncanakan dan diharapkan ? Iya karena ini kehamilan pertama Beserta alasannya.
- g. Apakah ada masalah yang dirasa ibu masih belum terselesaikan ? Tidak ada
- h. Apa saja tindakan yang sudah dilakukan oleh ibu terhadap Tidak ada

masalah tersebut ?

12. Keadaan Sosial Budaya

- d. Bagaimanakah adat istiadat di lingkungan sekitar klien ? Tidak ada
- e. Apakah ibu percaya atau tidak terhadap mitos ? beserta alasannya ? Tidak percaya mitos namun kadang ikut kalau masih logis
- f. Adakah kebiasaan buruk dari keluarga dan lingkungan yang mengganggu kondisi klien ? Tidak ada

13. Pola Kebiasaan Sehari-hari

i. Pola istirahat tidur

- 1) Tidur siang normalnya 1 – 2 jam/hari. Kadang tidur 30-40 menit/hari, kadang juga tidak tidur siang
- 2) Tidur malam normalnya 8 – 10 jam/hari. Tidur malam normal antara 8-9 jam dan tidak ada keluhan
- 3) Kualitas tidur nyenyak dan tidak terganggu. Sedikit nyenyak

j. Pola aktifitas

- 1) Aktifitas sehari – hari, adakah gangguan mobilisasi atau tidak. Tidak ada

k. Pola eliminasi

- 1) BAK: normalnya 6 – 8x/hari, jernih, bau kahs. Normal, tidak ada masalah, warna kuning jernih
- 2) BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning. BAB normal tiap hari 1x

l. Pola nutrisi

- 1) Makan: normalnya 3x/hari dengan menu seimbang (nasi, 2-3x/hari

- sayur, lauk pauk, buah).
- 2) Minum: normalnya sekitar 8 6-8 gelas/hari
gelas/hari (teh, susu, air putih).
- m. Pola personal hygiene
- 1) Normalnya mandi 2x/hari, Mandi sehari 1-2 kali, baju 1-2 kali,
gosok gigi 3x/hari, ganti baju celana dalam 2x/hari atau bila terasa
2x/hari, keramas 2x/minggu, basah
ganti celana dalam 2x/hari, atau
jika terasa basah.
- n. Pola Gaya Hidup
- 1) Normalnya ibu bukan perokok Klien tidak merokok, tidak
aktif/pasif, ibu tidak mengkonsumsi jamu, alcohol dan obat
mengkonsumsi jamu, alcohol, obatan.
dan NAPZA
- o. Pola seksualitas
- 1) Berapa kali melakukan
hubungan seksual selama
kehamilan dan adakah Selama kehamilan ini hubungan seksual
keluhan, normalnya boleh 1-2 kali dalam jangka satu bulan
dilakukan pada kehamilan
trimester II dan awal trimester
III
- p. Pola rekreasi
- 1) Hiburan yang biasanya Liburan satu bulan sekali Bersama
dilakukan oleh klien. suami dan kadang Bersama keluarga

O DATA OBJEKTIF

- 1 Pemeriksaan : a. Keadaan umum : Baik
Umum b. Kesadaran : Composmentis
c. Cara Berjalan : Normal
d. Postur tubuh : Tegap
e. Tanda-tanda
Vital TD : 110/70 mmHg
f. Nadi : 80 / menit
Respirasi : 20 / menit
Suhu : 36,5 °C
g. Antropometri
h. BB Sebelum Hamil : 63 Kg
i. BB : 78kg
j. TB : 162 Cm
k. Lila IMT : 25 Cm
: 29,7
- 2 Pemeriksaan : b. Kepala : rambut hitam cukup lebat, bersih,
Khusus tidak ada kelainan
d. Wajah
Pucat / tidak Cloasma : tidak tampak pucat
gravudarum
Oedem : Tidak ada
e. Mata :
Konjunctiva : warna merah muda, tidak ada kelainan
Sklera : warna putih, tidak tampak ikterik
d. Hidung : Secret : tidak ada kelainan, penciuman
/ polip normal, tidak ada lendir ataupun kotoran

- j. Mulut Mukosa mulut : normal. warna merah muda
 Stomatitis : Tidak ada
 Caries gigi : tidak ada
 Gigi palsu : tidak ada
 Lidah bersih : lidah bersih
- k. Telinga Serumen : Telinga normal tak ada gangguan pendengaran, berisi tidak ada serumen
- l. Leher
- 1) Pembesaran : Tidak ada
kelenjar tiroid
 - 2) Pembesaran : Tidak ada
kelenjar getah bening
 - 3) Peningkatan : Tidak ada
aliran vena jugularis
- m. Dada & Payudara
- 1) Areola : normal, warna coklat kehitaman
mammar
 - 2) Putting susu : menonjol
 - 3) Kolostrum : belum ada pengeluaran colostrum ka/ki
 - 4) Benjolan : tidak ada benjolan yang mengkhawatirkan
 - 5) Bunyi nafas : normal
 - 6) Denyut : normal, reguler
jantung
 - 7) Wheezing/ : -/-
stridor
- n. Abdomen
- 1) Bekas Luka : tidak ada
SC
 - 2) Striae alba : Ada
 - 3) Striae lividae : Ada

- | | | |
|-----|-----------------------------|--|
| | 4) Linea alba /
nigra | : Ada |
| | 5) TBBJ | : 1983 gram |
| TFU | | : 32 cm |
| | 6) Leopold 1 | : teraba bagian keras, bulat dan tidak melenting |
| | 7) Leopold 2 | : Teraba bagian memanjang sebelah kanan |
| | 8) Leopold 3 | : Teraba bagian keras, bulat dan melenting, bagian terendah kepala sudah masuk PAP |
| | 9) Leopold 4 /
perlimaan | : Konvergent, 4/5 |
| | 10) DJJ | : 140x/m |
- Ekstrimitas

1) Oedem	: Tidak ada
2) Varices	: Tidak ada
3) Refleks Patella	: +/-
 - Genitalia

1) Vulva/ Vagina	: Tidak ada kelaianan
2) Pengeluaran secret	: Tidak ada
3) Oedem/ Varices	: Tidak ada
4) Benjolan	: Tidak ada
 - Anus : tidak ada kelainan
- b. Pemeriksaan Penunjang
- | | |
|---------------------------|-------------------|
| 1) Pemeriksaan
Panggul | : Tidak dilakukan |
| 2) Pemeriksaan
Dalam | : Tidak dilakukan |
| 3) Pemeriksaan
USG | : Tidak dilakukan |

4) Pemeriksaan
Lab

A ASESSMENT

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| 1 | Diagnosa (Dx) | G1P0A0 Gravida 39-40 minggu janin Tunggal Hidup
Intrauterine |
| 2 | Masalah Potensial | Tidak ada |
| 3 | KebutuhanTindakan
Segera | Tidak ada |

P PLANNING

1. Memberitahukan klien dan keluarga hasil pemeriksaan
Evaluasi : klien dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan
2. Mengingatkan ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada wajah kaki dan tangan, nyeri perut yang hebat, gerakan janin berkurang, keluar cairan pervaginam (darah atau air ketuban)
Evaluasi : klien mengerti dan memahami
3. Memberikan edukasi terkait aktifitas fisik supaya kepala janin turun dan sesuai posisi normal
Evaluasi : klien mengerti dan bersedia melakukan aktifitas fisik yang disarankan
4. Menganjurkan ibu untuk rutin berdo'a dan berzikir memohon kepada Alloh supaya di berikan kesehatan,ketenangan hati dan kelancaran sampai sampai waktu persalinan

Allaahummahfazh waladii maa daama fii bathnii, wasyfihi antas syaafii laa syifaa-a illaa syifaa-uka syifaa-an laa yughoodiru saqoman.

Artinya : “Ya Allah, peliharalah anakku selama berada dalam kandunganku. Dan sehatkanlah dia, karena sesungguhnya Engkau adalah Dzat yang Maha Menyehatkan tiada kesehatan tanpa kesehatan dari-Mu, kesehatan yang tidak meninggalkan penyakit sedikitpun.

Evaluasi : klien mengerti dan mau melaksanakan Apa yang d sarankan bidan

5. Menyepakati kunjungan ulang 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan

Evaluasi : klien akan melakukan kunjungan ulang sesuai arahan

3.4 ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL

Nama Pemeriksa : Rohaeni
 Hari/ Tanggal : Jumat, 08 September 2023
 Jam : 17.00 WIB

S SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama : Ibu merasakan mules-mules sejak jam 09.00 wib, keluar lendir bercampur darah jam 11.00 ibu merasakan mules yang semakin lama semakin sering dan kuat jam 16.30wib, saat sapai di TMPB Bidan C ibu merasa air-air keluar dan ada keinginan untuk meneran, , gerakan janin masih dirasa ibu 5 menit yang lalu
2. Tanda-Tanda Persalinan : His: ada terasa mulas sejak pukul 09.00 WIB
 Frekuensi His : 4x10 menit, lamanya 45 detik
 Kekuatan : kuat
 Lokasi ketidaknyamanan : perut bawah dan punggung
 Pengeluaran Darah Pervaginam : Lendir bercampur darah
 Air ketuban : ada

O

DATA OBJEKTIF

- | | | | |
|---|------------------|---------------------|---|
| 1 | Pemeriksaan Umum | : a. Keadaan umum : | Baik/ eukap /
kurang *) |
| | | b. Kesadaran : | Composmentis/ apatis /
semnolen / spoor /
commatus *) |

c. Cara Berjalan :	Normal
d. Postur tubuh :	Tegap/ Lordosis/ kifosis/ skeliosis *)
e. Tanda-tanda Vital :	
TD :	110/70 mmHg
Nadi :	87 x/menit
Suhu :	36,8 °C
Respirasi	21 x/menit
f. Antropometri :	
BB :	78 Kg
Pemeriksaan Khusus : a. Mata :	162 Cm
Konjunktiva :	
merah, tidak	
anemis Sklera :	
normal, tidak	
ikterik	
b. Dada & Payudara :	
Areola mammae :	
normal, warna	
kehitaman Putting	
susu : menonjol	
Kolostrum : 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 (kepala)

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

ka : teraba bagian memanjang (punggung)

Leopold 3 : teraba bagian keras, bulat, tidak dapat digerakkan (kepala)

Leopold 4 : divergen

Perlimaan : 2/5

DJJ : 143x/m

His : 4x/10'/45"

Supra pubic (Blass/kandung kemih) : Kosong

j. Ekstremitas : Oedem : tidak ada Varices : tidak ada

k. Genitalia :

Inspeksi vulva/vagina

- Varices : tidak ada
- Luka : tidak ada
- Kemerahan/peradangan : tidak ada
- Darah lender/ air ketuban : ketuban ada
- Jumlah warna : 5cc
- Perineum bekas luka/ parut : tidak ada

Pemeriksaan Dalam

- 1) Vulva/ vagina : tidak ada kelainan
 - 2) Pembukaan : 10 cm
 - 3) Konsistensi servix : tidak teraba
 - 4) Ketuban : sisa ketuban warna jernih ketuban pecah spontan jam 17.00wib
 - 5) Bagian terendah janin : kepala
 - 6) Denominator : UUK
 - 7) Caput/Moulage : caput tidak ada, moulage 0
 - 8) Presentasi Majemuk : tidak ada
 - 9) Tali pusat menumbung : tidak ada
 - 10) Penurunan bagian terendah : Hodge III/Station 0
- l. Anus :
- Haemoroid : tidak ada

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

A ASESSMENT

- 1 Diagnosa(Dx) : G1P0A0 Parturien Aterm janin hidup tunggal intaruterine kala II Persalinan
 - 2 Masalah Potensial : Tidak ada
 - 3 Kebutuhan : Tidak ada
- Tindakan Segera

P PLANNING

- 1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : pembukaan sudah lengkap
Evaluasi : pasien siap untuk melahirkan
- 2 Mempersiapkan pertolongan persalinan dengan protap APN
Evaluasi : persiapan protap APN telah di lakukan
- 3 Mengajarkan ibu cara mengadan yang baik dan benar
Evaluasi : pasien mengerti
- 4 Menganjurkan ibu posisi yang nyaman untuk meneran
Evaluasi : ibu memilih posisi ½ duduk
- 5 Menganjurkan ibu untuk relaksasi disela-sela his
Evaluasi : pasien mengatur nafas saat tidak ada his
- 6 Memfasilitasi hidrasi ibu disela-sela his
Evaluasi : pasien di beri teh manis oleh suami di selang his
- 7 Melakukan pemantauan DJJ di sela-sela his
Evaluasi : DJJ dalam batas normal
- 8 Melakukan pimpinan persalinan sesuai langkah APN
Evaluasi : Saat sub occiput tampak dibawah symphysis, tangan kanan melindungi perineum dengan di ataslipatan kain dibawah bokong ibu. Sementara tangan kiri menahan puncak kepala bayi agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat.
- 9 Melakukan pengecekan lilitan tali pusat
Evaluasi : tidak terdapat lilitan tali pusat
- 10 Memegang kepala bayi secara biparietal saat bayi sudah putaran paksi luar
Evaluasi : bidan teah melakukannya
- 11 Menarik kepala bayi kebawah untuk melahirkan bahu atas dan menarik ke atas untuk melahirkan bahu bawah
Evaluasi : bidan telah melakukannya
- 12 Melakukan sangga susur saat mengeluarkan tubuh bayi

Evaluasi : bidan telah melakukannya, bayi lahir spontan hidup segera menangis
pukul 17.48 WIB Jk: laki-laki

- 13 Melakukan penilaian selintas pada bayi dan meletakkan bayi di perut ibu
kemudian bayi di keringan
dan di selimuti oleh kain

Evaluasi : bayi menangis spontan, warna kulit kemerahan dan tonus otot kuat

- 14 Mengucapkan hamdallah dan selamat kepada pasien dan keluarga

Evaluasi : bidan melakukannya

Nama Pemeriksa : Rohaeni
Hari/ Tanggal : Jumat, 08 September 2023
Jam : 17.48

S DATA SUBJEKTIF

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

O DATA OBJEKTIF

- 1 Keadaan umum : : Ibu tampak Lelah, Kesadaran composmentis
Keadaan emosional tampak stabil
- 2 Tanda gejala : Abdomen :
kala III 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 $\pm$ 20cc

A ASESSMENT

- 1 Diagnosa(Dx) : P₁ A₀ Parturient Kala III Persalinan
- 2 Masalah : Tidak ada
Potensial
- 3 Kebutuhan : Tidak ada
Tindakan
Segera

P PLANNING

- 1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa selanjutnya proses pengeluaran Plasenta
Evaluasi : pasien mengerti
- 2 Melakukan Pengecekan janin ke 2
Evaluasi : tidak terdapat janin ke 2
- 3 Memberitahu pasien akan di suntik untuk mengeluarkan plasenta
Evaluasi : pasien telah di suntik oxytosin 10 IU secara IM pada paha kanan
- 4 Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat
Evaluasi : bidan telah melakukannya
- 5 Mengganti handuk basah dengan handuk kering dan bersih kemudian melakukan IMD
Evaluasi : bayi telah di IMD
- 6 Memindahkan klem tali pusat 5 cm depan vulva
Evaluasi : bidan telah melakukannya
- 7 Melakukan PTT dengan menggunakan tangan kanan dan tangan kiri di atas perut ibu dengan posisidorso kranial
Evaluasi : bidan telah melakukannya
- 8 Mengeluarkan plasenta saat berada didepan introitus vagina dengan kedua tangan di letakkan ditempat yang telah di sediakan
Evaluasi : plasenta lahir spontan pukul 17.53 WIB
- 9 Memeriksa kelengkapan plasenta
Evaluasi : plasenta lahir lengkap
- 10 Melakukan massage uterus 15x dan ajarkan ibu serta keluarga
Evaluasi : uterus keras, ibu mengerti

Nama Pemeriksa : Rohaeni
Hari/ Tanggal : Jumat, 08 September 2023
Jam : 17.53 Wib

S DATA SUBJEKTIF

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

O DATA OBJEKTIF

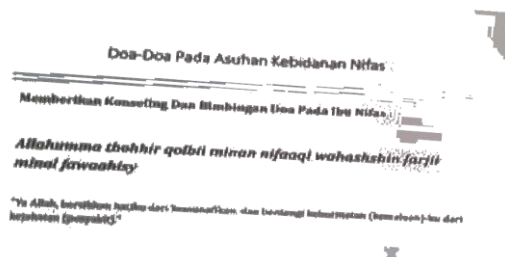
- 1 Keadaan umum : : TD: 110/70 mmHg, N :82x/m, R : 21x/m S: 36.5
Ibu tampak lelah, Kesadaran composmentis
Keadaan emosional tampak stabil
- 2 Tanda gejala kala IV : Abdomen :
TFU 2 jari bawah pusat
Uterus globuler
Kontaksi uterus kuat
Kandung kemih kosong
Vulva/ vagina : Perdarahan $\pm$ 50 cc
Laserasi Grade : 2

A ASESSMENT

- 1 Diagnosa : P₁A₀ parturient Kala IV Persalinan
(Dx)
- 2 Masalah : Tidak ada
Potensial
- 3 Kebutuhan : Tidak ada
Tindakan
Segera

P PLANNING

- 1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa ada luka robek, darah yang keluar normal, dan kondisi pasien baik
Evaluasi : pasien dan keluarga mengetahui kondisinya
- 2 Melakukan penjahitan perineum grade 2
Evaluasi : sudah dilakukan penjahitan tanpa anastesi
- 3 Membersihkan ibu dan mengganti pakaian ibu dengan yang bersih dan kering
Evaluasi : ibu merasa nyaman
- 4 Melakukan Dekontaminasi alat
Evaluasi : semua alat yang kotor telah di rendam pada larutan klorin 0,5%
- 5 Mengajarkan ibu menilai kontraksi uterus dan massase uterus.
Evaluasi : ibu normal, dan paham cara memasase uterus
- 6 Melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga tanda-tanda bahaya kala IV dan cara perawatan luka jahitan yang baik dan benar
Evaluasi : pasien mengerti penjelasan bidan
- 7 Menganjurkan pasien untuk istirahat
Evaluasi : Pasien mengerti
- 8 Melakukan observasi kala IV sesuai partograf
Evaluasi : hasil observasi kala IV setiap 15 menit di jam pertama, 30 menit di jam kedua, partograf terlampir. Ibu dalam kondisi normal.
- 9 Melakukan bimbingan do'a kepada pasien dan keluarga



Evaluasi : pasien dan keluarga mengikuti bimbingan do'a yang di bacakan bidan

3.5 ASUHAN BAYI BARU LAHIR

A. DATA SUBJEKTIF

Anamnesa

a. Biodata Pasien:

- (1) Nama bayi : Bayi Ny. R
(2) Tanggal Lahir : 08-09-2023
(3) Usia : 6 jam

b. Identitas orang tua

No	Identitas	Istri	Suami
1	Nama	Ny. Riska	Tn. Devi
2	Umur	20 tahun	34 tahun
3	Pekerjaan	IRT	Buruh harian Lepas
4	Agama	Islam	Islam
5	Pendidikan terakhir	SMA	SMA
6	Golongan Darah	-	-
7	Alamat	Babakan Ciparay 4/8	Babakan Ciparay 4/8
8	No.Telp/HP	-	-

- c. Keluhan utama : Bayi sudah diberikan suntik vit K, Salep Mata dan Hb0

d. Riwayat Pernikahan Orang Tua

Data	Ayah	Ibu
Berapa kali menikah :	1	1
Lama Pernikahan :	1	1
Usia Pertama kali menikah :	33	19
Adakah Masalah dalam Pernikahan ?	Tidak ada	Tidak ada

e. Riwayat KB Orang Tua

- (1) Ibu menggunakan KB sebelum kehamilan : Tidak ada
- (2) Jenis KB : -
- (3) Lama ber-KB : -
- (4) Keluhan selama ber-KB : -
- (5) Tindakan yang dilakukan saat ada keluhan : -

f. Riwayat Kesehatan orang tua

- (1) Apakah ibu dulu pernah menderita penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis maupun penyakit menular seperti batuk darah, hepatitis, HIV AIDS.? Tidak ada
- (2) Apakah ibu dulu pernah operasi ? Tidak
- (3) Apakah ibu pernah menderita penyakit lain yang dapat mengganggu kehamilan ? Tidak ada

g. Riwayat kehamilan

- (1) Usia kehamilan : 40 minggu
- (2) Riwayat ANC : setiap bulan selama hamil
- (3) Obat-obatan yang dikonsumsi : Fe, Kalk
- (4) Imunisasi TT : 2x
- (5) Komplikasi/penyakit yang diderita selama hamil : Tidak ada

h. Riwayat persalinan

Penolong	Tempat	Jenis persalinan	BB	PB	Obat-obatan	Komplikasi persalinan
Bidan	BPM Cintya	Spontan	3700	50	Vit K, salep mata, Hb0	Tidak ada

i. Riwayat Kelahiran

Asuhan	Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan
Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	setelah bayi lahir
Salep mata antibiotika profilaksis	18.48
Suntikan vitamin K1	18.48
Imunisasi Hepatitis B (HB)	19.48
Rawat gabung dengan ibu	setelah bayi lahir
Memandikan bayi	-
Konseling menyusui	Ya
Riwayat pemberian susu formula	Tidak ada
Riwayat pemeriksaan tumbuh kembang	Tidak ada

j. Keadaan bayi baru lahir

BB/ PB lahir : 3700 gr/ 50 cm

APGAR score : 8/9

k. Faktor Lingkungan

(1) Daerah tempat tinggal : Perumahan

(2) Ventilasi dan higienitas rumah : Baik

(3) Suhu udara & pencahayaan : Baik

l. Faktor Genetik

(1) Riwayat penyakit : Tidak ada

keturunan : Tidak ada

(2) Riwayat penyakit sistemik : Tidak ada

(3) Riwayat penyakit menular

(4) Riwayat kelainan : Tidak ada

kongenital

(5) Riwayat gangguan jiwa : Tidak ada

(6) Riwayat bayi kembar : Tidak ada

m. Faktor Sosial Budaya

(1) Anak yang diharapkan : Ya

(2) Jumlah saudara kandung : Belum ada

(3) Penerimaan keluarga & masyarakat : Sangat menerima

(4) Bagaimanakah adat istiadat sekitar rumah : Tidak ada

(5) Apakah orang tua percaya mitos : Tidak

n. Keadaan Spiritual

(1) Apakah arti hidup dan agama bagi orang tua : Sangat penting

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

(3) Adakah pengalaman spiritual berdampak pada orang tua : Ada

(4) Bagaimanakah peran agama bagi orang tua di kehidupan : Sangat penting

(5) Apakah orang tua sering melaksanakan kegiatan keagamaan: Ya

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

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

(8) Bagaimanakah dukungan sekitar terhadap penyakit anak : Mendukung

(9) Bagaimanakah praktik ibadah orang tua dan anak: Tidak ada hambatan (*Bagi beragama islam: sholat, puasa, dzakat, doa dan dzikir)

(10) Apakah dampak yang dirasakan ortu setelah beribadah : Tenang

(11) Adakah alasan agama yang diyakini klrng dalam perawatan: Menenangkan

(12) Bagaimanakah praktik keagamaan meskipun saat kondisi sakit : Tetap berjalan

(13) Apakah praktek keagamaan yg dipraktikkan selama perawatan: doa

o. Pola kebiasaan sehari-hari

- (1) Pola istirahat dan tidur anak
 - (a) Tidur siang normalnya 1-2 jam/hr : -
 - (b) Tidur malam normalnya 7-8 jam/hr : -
 - (c) Kualitas tidur nyeyak/terganggu : -
- (2) Pola aktifitas ibu dan anak ada gangguan/tidak : Tidak ada
- (3) Pola eliminasi
 - (a) BAK : sudah
 - (b) BAB : belum
- (4) Pola nutrisi
 - (a) Makan (jenis dan frekuensi) : -
 - (b) Minum (jenis dan frekuensi) : ASI
- (5) Pola personal hygiene (Frekuensi mandi, ganti pakaian) : 2-3 jam sekali
- (6) Pola gaya hidup (ibu/keluarga perokok pasif/aktif, konsumsi alcohol,jamu,NAPZA): Tidak ada
- (7) Pola rekreasi (hiburan yang biasa dilakukan klien) : -

II. DATA OBJEKTIF

a. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

- (1) Ukuran keseluruhan : Normal, simetris
- (2) Kepala, badan, ekstremitas : Normal
- (3) Warna kulit dan bibir : Kemerahan, bibir normal
- (4) Tangis bayi : Menangis kuat

2. Tanda-tanda Vital

- (1) Pernafasan 46 x/menit
- (2) Denyut jantung 138 x/menit
- (3) Suhu 36,5°C

3. Pemeriksaan Antropometri
 - (1) Berat badan bayi 3700 gram
 - (2) Panjang badan bayi 50 cm
4. Kepala
 - 1 Ubun-ubun : Fontanel anterior berbentuk berlian.
 - 2 Sutura : sutura menyatu tidak ada molage
 - 3 Penonjolan/daerah yang mencekung : Tidak ada
 - 4 Caput succadaneum : Ada
 - 5 Lingkar kepala : 34 cm
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 : Bebas
 - (3) Reflek *tonic neck* : Ada

9. Dada

- (1) Bentuk : Simetris, bersih
- (2) Posisi putting : Simetris
- (3) Bunyi nafas : vesikuler
- (4) Bunyi jantung : reguler
- (5) Lingkar dada : 32 cm

10. Bahu, lengan dan tangan

- (1) Bentuk : Simetris
- (2) Jumlah jari : Lengkap 10 jari tangan
- (3) Gerakan : Normal
- (4) Reflek *graps* : Ada

11. Sistem saraf

- Refleks Moro : Ada

12. Perut

- (1) Bentuk : soepel
- (2) Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis: Tidak ada
- (3) Perdarahan pada tali pusat : Tidak ada

13. Kelamin

Kelamin laki-laki

- (1) Keadaan testis : Simetris, teraba 2 testis sudah turun
- (2) Lubang penis : Ada

14. Tungkai dan kaki

- (1) Bentuk : Simetris
- (2) Jumlah jari : 10 jari kaki
- (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 ada

III. ANALISA DATA

a. Diagnosa (Dx)

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 6 jam dengan keadaan normal

b. Masalah Potensial : -

c. Tindakan segera : -

IV. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil temuan dalam pemeriksaan kepada ibu.
Evaluasi. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan
2. Menjaga kehangatan bayi
Evaluasi: bayi dipakaian diselimut
3. Membantu bayi menyusui pada ibu
Evaluasi: nampak bayi mengisap puting ibu
4. Melakukan pengkajian neonatus
Evaluasi: dilakukan observasi TTV dan pemeriksaan fisik pada bayi
5. Mengedukasi perawatan bayi baru lahir pada orang tua seperti perawatan tali pusat dengan prinsip bersih kering, memandikan bayi harus setelah 24 jam bayi lahir.

Evaluasi: orang tua bayi mengerti

6. Mengedukasi tanda bahaya bayi baru lahir

Evaluasi: Ibu mengerti

7. Mengedukasi posisi menyusui dan promosi asi eksklusif

Evaluasi: ibu mengerti

8. Melakukan pendokumentasian SOAP

Evaluasi: dokumentasi sudah dilengkapi

PENGKAJIAN KN2

Nama Pemeriksa : Rohaeni
 Tanggal : 11-09-2023
 Jam : 10.00 wib

Subjektif	Objektif	Assesment	planning
Ibu mengatakan anaknya terlihat kuning	BB : 3600 gram PB: 50 cm Suhu :36,5 Nadi: 110x/m Respirasi : 42x/m Warna kulit terlihat kuning di bagian wajah, terlihat pucat tonus otot kuat, Reflek hisap +, BAK +, BAB +	By Ny R Usia 3 hari dengan ikterus fisiologis	- Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga - Menganjurkan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya minimal 2 jam sekali atau Sesuai Kebutuhan Bayi - Menganjurkan Bayi Dalam Waktu 30 Menit Diletakkan Ke Dada Ibunya Selama 30- 60 Menit - Mengajarkan Posisi menyusui yang benar adalah perut bayi menempel dengan perut ibu, kuping dan lengan bayi berada pada satu garis, - Mengajarkan perlekatan saat menyusui yang benar yaitu mulut dan dagu bayi menempel pada payudara, bagian aerola terutama bagian bawah masuk kedalam mulut bayi, bibir bawah bayi memutar keluar(dower) - Mengajarkan ibu perawatan tali pusat - Penkes kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya bayi baru lahir,jika mengalami tanda

			bahaya segera bawa ke fasilitas kesehatan.
--	--	--	---

PENGKAJIAN KN3

Nama Pemeriksa : Rohaeni
 Tanggal : 20-09-2023
 Jam : 10.00 wib

Subjektif	Objektif	Assesment	planning
Ibu mengatakan anaknya tidak ada keluhan	Stase 5 BB : 3900 gram PB: 50 cm Suhu :36,5 Nadi: 110x/m Respirasi : 42x/m Warna kulit terlihat kemerahan, tonus otot kuat, Reflek hisap +, BAK +, BAB +	By Ny R Usia 12 hari	- 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa bayinya sudah tidak kuning lagi - Evaluasi : Ibu mengerti dan senang mengetahui bahwa hasil pemeriksaan bayinya dalam keadaan sehat - 2. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI pada bayinya - Evaluasi : ibu mengerti dan mau berusaha untuk memberikan ASI lebih sering lagi - 3. Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya bayi baru lahir, seperti tidak mau menyusu, lemah, sesak nafas, bayi merintih/menangis terus-menerus, perut kembung, demam tinggi, mata bayi berranah, diare > 3x/hari, kulit dan mata bayi kuning, dan bila terjadi segera membawa anaknya ke fasilitas kesehatan - Evaluasi :Ibu mengerti yang sudah dijelaskan Bidan - 4. Memberitahu ibu untuk menjaga suhu ruangan dan tubuh

			bayi agar tetap hangat, membedong dengan kain kering dan menganjurkan ibu untuk memandikan bayinya dengan menggunakan air hangat, ciptakan suasana yang nyaman Evaluasi : Ibu mengerti yang sudah dijelaskan Bidan - Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG. Evaluasi : ibu mengerti dan akan membawa anaknya untuk imunisasi BCG saat usia sebelum 1 bulan - 5. Mengajak ibu dan suami untuk selalu berdo'a untuk kesehatan anak nya dan memberitahukan aya Al-Qur'an tentang penting nya Asi eksklusif : - Wa auhaenaa ilaa ummi muusaa An ardhihi faidhaakhi A'laihi faalqihi filyammi walaa takhoo fii walaa takzhanii innaa rodduhu ilaika wajaailuu minalmursaliin - Artinnya : Dan kami ilhamkan kepada ibu Musa : “Susuilah Dia, dan apabila kamu khawatir terhadapnya maka jatuhkanlah Dia ke sungai (Nil). Dan janganlah kamu khawatir dan janganlah (pula) bersedih hati, karena sesungguhnya Kami akan
--	--	--	--

			mengembalikannya kepadamu, dan menjadikannya (salah seorang) dari para rasul (QS. Al-Qashash : 7) - Evaluasi ibu mengerti dan akan mengikuti sarannya
--	--	--	---

3.6 ASUHAN KEBIDANAN PNC

Nama Pemeriksa : Rohaeni

Hari/ tanggal: 08-09-2023

Jam: 23.48 WIB

S DATA SUBJEKTIF

Biodata

No	Identitas	Istri	Suami
1	Nama	Ny. Riska	Tn. Devi
2	Umur	20 tahun	34 tahun
3	Pekerjaan	IRT	Buruh harian Lepas
4	Agama	Islam	Islam
5	Pendidikan terakhir	SMA	SMA
6	Golongan Darah	-	-
7	Alamat	Babakan Ciparay 4/8	Babakan Ciparay 4/8
8	No.Telp/HP	-	-

Keluhan : ibu mengatakan masih terasa lemas, senang bayinya sudah

Utama lahir dan merasa ada mules perut bagian bawah serta terasa masih ada keluar darah dari jalan lahir sedikit sedikit

Riwayat

Obstetri :

Anak Ke-	Usia saat ini	Usia hamil	Cara persalinan	Penolong	BB lahir	PB lahir	Masalah saat bersalin	IMD	ASI eksklusif
1	6 jam	9 bln	normal	bidan	3700 gr	50 cm	Tidak ada	iya	-

Riwayat a. HPHT: 01-12-2022

Kehamilan b. Haid bulan sebelumnya: normal

Saat Ini c. Siklus: teratur

- e. Imunisasi TT: Ya
- f. Kelainan/ gangguan: Tidak ada
- g. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir: Aktif

- Pola Aktivitas saat ini:
- a. Makan dan minum terakhir
 - Pukul berapa: 19.00
 - Jenis makanan: nasi
 - Jenis minuman: air putih
 - b. BAB terakhir
 - Pukul berapa: belum
 - Masalah: tidak ada
 - c. BAK terakhir
 - Pukul berapa: 19.00
 - Masalah: tidak ada
 - d. Istirahat:
 - Pukul berapa: Belum
 - Lamanya: Tidak
 - e. Keluhan lain (jika ada)

- Keadaan Psikologis
- a. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi persalinan klien saat ini? : Keluarga mendukung
 - b. Apakah ada masalah klien yang belum diselesaikan? : Tidak ada
 - c. Apa saja tindakan yang sudah dilakukan klien : Tidak ada

terhadap masalah
tersebut?

O DATA OBJEKTIF

- 1 Pemeriksaan : a. Keadaan umum : Baik
Umum
b. Kesadaran : Composmentis
c. Cara Berjalan : Normal
d. Postur tubuh : Tegap
e. Tanda-tanda Vital :
TD : 120/70 mmHg
Nadi : 86 x/menit
Suhu : 36.7 °C
Respirasi: 21 x/menit
f. Antropometri :
BB : 72 Kg
TB : 162 Cm
Lila : 24 Cm
IMT
- 2 Pemeriksaan : a. Kepala : Simetris, bersih,
Khusus tidak ada kelainan
b. Wajah :
Pucat / tidak : Tidak ada pucat
Cloasma gravidarum : Ada
Oedem pada wajah : Tidak ada
c. Mata :
Konjunctiva : Tidak ada tanda anemis
Sklera : Putih tidak ikterik
Masalah Penglihatan : Tidak ada
Oedema palpebral (oedema pada mata) : Tidak ada

- a. Hidung :
Secret / polip : Tidak ada
- b. Mulut :
Mukosa mulut : Tidak ada luka, lesi
Stomatitis : Tidak ada
Caries gigi : Tidak ada
Gigi palsu : Tidak ada
Lidah bersih : Ya
- c. Telinga:
serumen tidak ada fungsi penengaran ibu normal
- d. Leher :
Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada
Peningkatan aliran vena jugularis : Tidak ada
- e. Dada & Payudara :
Areola mammae : normal, warna kehitaman
Putting susu menonjol
Kolostrum : ada
Benjolan : tidak ada
Bunyi nafas : vesikuler
Denyut jantung : normal
Wheezing/ stridor : tidak ada
- f. Abdomen :
Bekas Luka SC : Tidak ada
TFU : 2 jari dibawah pusat
Kontraksi : Baik
Kandung Kemih : Kosong
Diastasis recti : Tidak ada
- g. Ekstrimitas : Oedem : Tidak ada
Varices : Tidak ada
Refleks Patella : -

h. Genitalia :

Vulva/ Vagina : Tidak ada kelainan

Pengeluaran lochea : rubra

Oedem/ Varices : Tidak ada

Benjolan : Tidak ada

Robekan Perineum : ada

a. Anus

Haemoroid : Tidak ada

3 Pemeriksaan : a. Pemeriksaan Laboratorium : Tidak ada.
Penunjang

A ANALISA

1	Diagnosa	P1A0 Postpartum 6 jam
2	Masalah Potensial	Tidak ada
3	Kebutuhan Tindakan	
	Segera	Tidak ada

P PLANNING

- 1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa kondisi ibu normal (Evaluasi) : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan
- 2 Mengajarkan ibu untuk masase fundus uteri untuk merangsang kontraksi, dan menilai perdarahan jika keluar darah banyak segera lapor pada bidan (Evaluasi) : Ibu dapat melakukannya
- 3 Memberitahu ibu tanda bahaya masa nifas (Evaluasi) : Ibu mengerti
- 4 Melakukan promosi asi dan edukasi posisi menyusui (Evaluasi) : ibu memahami
- 5 Menganjurkan ibu untuk makan minum (Evaluasi) : Ibu nampak sedang minum air teh manis
- 6 Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini (Evaluasi) : Ibu mengerti dan sudah melakukannya
- 7 Menganjurkan ibu untuk sesering menyusui bayinya

(Evaluasi) : Ibu mengerti

- 8 Mengedukasi ibu ibu mengenai personal dan vulva hygiene

(Evaluasi) : Ibu mengerti

PENGKAJIAN KF2

Nama Pemeriksa : Rohaeni
 Tanggal : 11-09-2023
 Jam : 10.00 wib

Subjektif	Objektif	Assesment	planning
Ibu mengatakan tidak ada keluhan	K/u Baik Kes: CM TD : 110/70 Suhu :36,7 Nadi: 80x/m Respirasi : 19x/m TFU 3 jari dibawah pusat, Konut : Baik, Perdarahan : Normal, Rubra	P1A0 Postpartum 3 hari Normal	- Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga - Menganjurkan ibu untuk makan – makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayuran dan buah – buahan dan minum sedikitnya 3 liter air setiap hari - Menganjurkan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya - Mengajarkan perawatan Payudara - Meganjurkan ibu untuk menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama putting susu - Menganjurkan ibu dan suami untuk memakai alat kontrasepsi dan menjelaskan kelebihan, kekurangan,

			dan efek sampingnya - Penkes tentang tanda bahaya masa nifas, jika ada tanda bahaya segera ke fasilitas kesehatan
--	--	--	--

PENGKAJIAN KF3

Nama Pemeriksa : Rohaeni
Tanggal : 20-09-2023
Jam : 10.00 wib

Subjektif	Objektif	Assesment	planning
Ibu mengatakan tidak ada keluhan	Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional stabil, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,6°C, wajah tak pucat, konjungtiva merah sklera putih, lochea sanguilenta, tfu	P1A0 Postpartum 12 hari Normal	- Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga - Menganjurkan ibu untuk lebih sering melakukan mobilisasi, agar otot-otot rahim bekerja untuk mengembalikan kebentuk semula. - Memberikan tablet tambah darah - Menganjurkan ibu untuk makan – makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayuran dan buah – buahan dan minum sedikitnya 3 liter air setiap hari

	pertengahan pusat sympisis ASI : ka/ki ada		- Menganjurkan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya - Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk memulihkan kondisinya - Memastikan ibu sudah memilih Kontrasepsi yang akan digunakan, evaluasi : ibu masih memikirkan dan masih berdiskusi dengan suami - Penkes tentang tanda bahaya masa nifas, jika ada tanda bahaya segera ke fasilitas kesehatan - Rujuk ke Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan SHK
--	---	--	---

PENGKAJIAN KF4

Nama Pemeriksa : Rohaeni
 Tanggal : 20-10-2023
 Jam : 10.00 wib

Subjektif	Objektif	Assesment	planning
Ibu mengatakan tidak ada keluhan	Baik Kes: CM TD : 110/80 Suhu :36,5 Nadi: 80x/m Respirasi : 19x/m TFU tidak teraba, Konut : Baik,	P1A0 Postpartum 42 hari Normal	- Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga - Menganjurkan ibu untuk makan – makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayuran dan buah – buahan dan minum sedikitnya 3 liter air setiap hari - Menganjurkan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya - Memastikan ibu sudah memilih kontrasepsi yang akan digunakan oleh ibu (ibu memilih kontrsepsi suntik 3 bulan) - Penkes tentang tanda bahaya masa nifas, jika ada tanda bahaya segera ke fasilitas kesehatan

3.7 ASUHAN KEBIDANAN KB

Nama Pemeriksaan : Rohaeni
Tanggal : 25-10-2023
Jam : 10.00 wib

S DATA SUBJEKTIF

No	Identitas	Istri	Suami
1	Nama	Ny. Riska	Tn. Devi
2	Umur	20 tahun	34 tahun
3	Pekerjaan	IRT	Buruh harian Lepas
4	Agama	Islam	Islam
5	Pendidikan terakhir	SMA	SMA
6	Golongan Darah	-	-
7	Alamat	Babakan Ciparay 4/8	Babakan Ciparay 4/8
8	No.Telp/HP	-	-

1. Keluhan Utama : pada tanggal 25 oktober ibu datang ke PMB ingin ber Kb suntik 3 Bulan,ibu sudah 47 hari setelah melahirkan normal di BPM,Ibu merasa mantap untuk ber KB suntik

2. Riwayat	Ibu :	Suami :
Pernikahan	Berapa kali menikah : 1 kali Lama Pernikahan : 1 thn Usia Pertama kali menikah : 19 thn Adakah Masalah dalam Pernikahan ? tak	Berapa kali menikah : 1 kali Lama Pernikahan : 1 thn Usia Pertama kali menikah : 33 thn Adakah Masalah dalam Pernikahan ? tak

3. Riwayat Obstetri

Anak Ke-	Usia Saat ini	Usia Hamil	Cara Persalinan	Penolong	BB Lahir	TB Lahir	Masalah saat bersalin	IMD	ASI Eksklusif
1	47 hari	9 bln	normal	Bidan	3700 gr	50 cm	tidak	v	v

Riwayat : a. Usia Menarche : 13 thn
 Menstruasi b. Siklus : 30 hari
 c. Lamanya : 6 – 7 hari
 d. Banyaknya : 2 – 3 kali ganti softex
 e. Bau/ warna : Amis/merah darah
 f. Dismenorea : tidak
 g. Keputihan : Tidak ada
 h. HPHT : -

Riwayat : a. Ibu menggunakan KB sebelumnya : tidak
 KB : b. Jenis KB : belum
 c. Lama ber-KB : -
 d. Adakah keluhan selama ber-KB : -
 e. Tindakan yang dilakukan saat ada masalah ber-KB : -

5	Riwayat Kesehatan	: Ibu :	Keluarga :
		a. Apakah ibu dulu pernah menderita penyakit menurun seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis maupun penyakit menular seperti batuk darah, hepatitis, HIV AIDS. ? Tidak pernah	Apakah dalam keluarga ibu ada yang menderita penyakit menular seperti asma, jantung, darah tinggi, kencing manis. Adakah riwayat kehamilan kembar ?
		b. Apakah ibu dulu pernah operasi ? Tidak pernah	Tidak ada
		c. Apakah ibu pernah tidak menderita penyakit lain yang dapat mengganggu kehamilan ?	
6	Keadaan Psikologis :	a. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi klien saatini ?	Ibu dan keluarga ingin ber KB karena ingin fokus merawat bayi nya sampai usia3 thn
		b. Apakah ini direncanakan dan diharapkan ? Beserta alasannya.	Ya,

		c. Apakah ada masalah yang dirasaibuma sih belum terselesaikan ?	Tidak ada
		d. Apa saja tindakan yang sudahdilakukan oleh ibu terhadap masalahtersebut ?	Tidak ada
7	Keadaan Sosial Budaya :	a. Bagaimanakah adat istiadat dilingkungan sekitar ibu ?	Ada sebagian yang masih di laksanakan danada sebagian yang sudah tidak di laksanakan
		b. Apakah ibu percaya atau tidak terhadap mitos ? beserta alasannya	ada sebagian yang percaya dan ada sebagian yang tidak percaya
		c. Adakah kebiasaan buruk dari keluarga dan lingkungan	tidak ada kebisaan buruk yang di lakukan

O DATA

OBJEKTIF

- 1 Pemeriksaan : a. Keadaan umum : Baik
Umum
b. Kesadaran : Composmentis
c. Cara Berjalan : Normal
d. Postur tubuh : Tegap
e. Tanda-tanda Vital :
TD : 120/80 Mmhg
Nadi : 88 x/menit
Suhu : 36.6 °C
f. Antropometri :
BB : 60 Kg
TB : 162 Cm
Lila : 25 Cm
IMT
- 2 Pemeriksaan : a. Kepala : rambut lebat, hitam, ikal, tak ada luka di kulit
Khusus kepala, sedikit kotor karena belum keramas
b. Wajah :
Pucat / tidak : tampak sedikit pucat, karena ibu tiap hari begadang bangun untuk menyusui bayi nya
Cloasma gravidarum : tidak ada
Oedem : tidak ada
c. Mata :
Konjunctiva : merah muda, tampak anemis.
Sklera : berwarna putih
d. Hidung :
Secret / polip : normal, tak ada kelainan
e. Mulut :
Mukosa mulut : normal

- Stomatitis : tidak ada
- Caries gigi : ada di bagian gigi geraham ujung atas dan bawah
- Gigi palsu : tak ada
- Lidah bersih : bersih
- f. Telinga : bentuk simetris,tak ada serumen,pendengaran normal
- g. Leher :
- Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada Pembesaran kelenjar getah bening : tidak ada Peningkatan aliran vena jugularis : tidak ada
- h. Dada & Payudara :
- Areola mammae : tak ada kelainan,berwarna coklat kehitamanPutting susu : menonol,tak ada kelainan,bila sedikit di tekan keluar asi cukup banyak Kolostrum : sudah tidak ada pengeluaran kolostrumBenjolan : tidak ada benjolan
- Bunyi nafas : normal,tidak terdengar stridor maupun wheezingDenyut jantung : normal,reguler
- Wheezing/ stridor : tidak terdengar wheezing / stridor
- i. Abdomen :
- Bekas Luka SC: tidak ada bekas luka operasiMassa/Benjolan : tidak ada
- Nyeri Abdomen : tidak ada
- Kandung Kemih : kosong,arena ibu sudah pipis sebelum dilakukan pemeriksaan Masalah Lain : tidak ada
- j. Ekstrimitas :
- Oedem : tidak ada oedem
- Varices: tidak ada
- varises Refleks
- Patella : + / +

k. Genitalia :

Vulva/ Vagina: tidak ada kelainan, terdapat bekas lukaperinieum yang sudah mengering

Pengeluaran secret : tidak ada

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan Perineum : terdapat bekas jahitan yang sudah mengering

l. Anus : tidak ada kelainan

Haemoroid : tidak ada

3 Pemeriksaan :

Penunjang

- a. Pemeriksaan Panggul : Tidak dilakukan
- b. Pemeriksaan Dalam : Tidak dilakukan
- c. Pemeriksaan USG Tidak dilakukan

A ASESSMENT

1 Diagnosa(Dx) : P1A0 Postpartum 47 hari dengan Akseptor baru KB suntik 3 bulan

2 Masalah Potensial : Tidak ada

Kebutuhan

3 Tindakan : Tidak ada
Segera

P PLANNING

- 1 Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi sehat dan bisa diberikan pelayanan KB suntik 3 bulan
Evaluasi : ibu mengerti dan paham akan apa yang di sampaikan,dan ibu senang karena sesuai dengan keinginan nya untuk ber KB
- 2 Ibu di berikan penjelasan menggunakan ABPK (Alat Bantu Pengambilan Keputusan) terkait semua alat kontrasepsi yang ada,dan ibu di sarankan untuk memilih sendiri KB apa yang di inginkan dan sesuai dengan kondisi ibu pada saat ini
Evaluasi : ibu mengerti dan tetap memilih untuk ber KB suntik 3 bulan dan mau melakukan inform consent dan di tandatangi juga oleh suami nya sebagai saksi dari pihak ibu
- 3 Ibu mendapatk dan pelyanan Kb suntik 3 bulan,sebelum dan sesudah nya di lakukan aseptik untuk mencegah terjainya infeksi akibat dari penyuntikan yang tidak steril
Evaluasi : ibu mengerti dan paham terhadap tindakan yang petugas kerjakan
- 4 Setelah mendapatkan pelayan KB ibu di beri konseling juga tentang tanda bahaya yangdi timbulkan dan bagaimana kita bertindak bila hal yang tidak diharapkan itu terjadi
Evaluasi : ibu mengerti dan jels dengan apa yang ita sampaikan,dan ibu di harap untuk mengulang apa yang tdi kita jelaskan
- 5 Ibu diberi kartu Akseptor KB untuk datang kembali bila ada keluhan atau bila nanti padawaktunya Kb suntik ulang
Evaluasi : ibu mengerti dan mau melaksanakan anjuran yang diberikn oleh petugas
- 6 Ibu mendapatkan tanggal ulangan untuk Kb sutik berikutnya yang di tulis lengkap d KartuKB dan di harapkan ibu jangan lupa datang lagi sesuai tanggal yang sudah di sepakati danjangan sampai hilang Kartu KB nya

Evaluasi : ibu cukup paham dan mau datang kembali bila sudah waktunya untuk KB

ulang lagi dan bila ada keluhan tentang KB nya

- 7 Ibu mendapatkan konseling kembali dan di mohon untuk mengulang kemabali apa yang sudah petugas sampai kan, biar ibu benar-benar paham dan mengerti
- 8 Mengucapkan terima kasih atas pilihan ibu untuk mau Ber kB dan supaya ibu bisa sepenuh hati merawat bayi nya