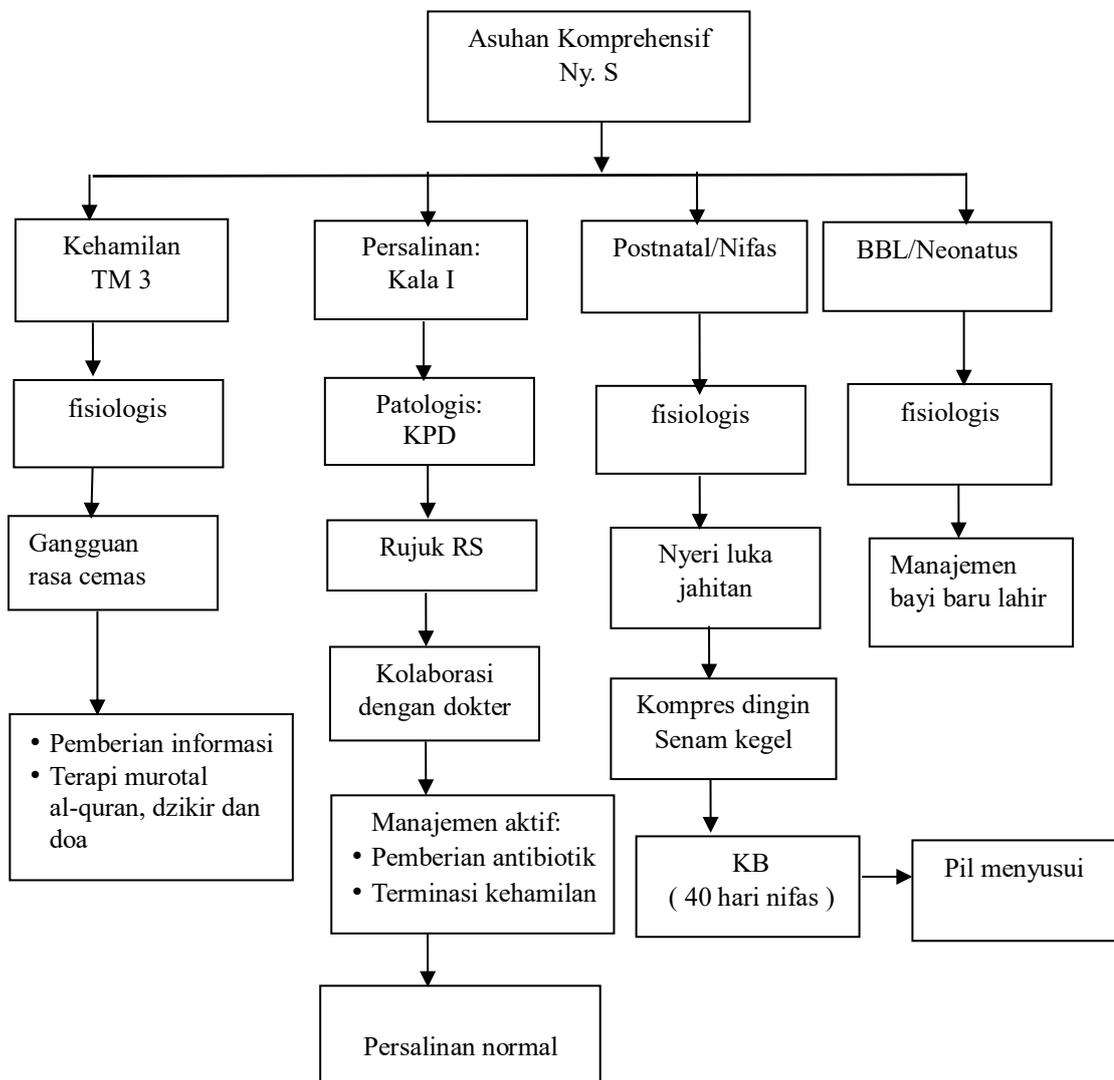


### BAB III METODE ASUHAN

#### A. Pendekatan Design Studi Kasus ( *Case Study* )

Pendekatan design studi kasus ini secara deskriptif yang menggambarkan hasil observasi, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format Asuhan Kebidanan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

#### B. Kerangka Konsep Asuhan



Bagan 4. Kerangka Konsep Asuhan

Kerangka konsep adalah uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan. Berdasarkan kerangka konsep, asuhan komprehensif Ny. S mendapatkan asuhan komprehensif dimulai dari asuhan pada masa kehamilan Trimester 3, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan masa Kesehatan reproduksi-KB dengan kondisi normal. Namun pada periode pemberian asuhan persalinan ditemukan kondisi patologis sehingga dilakukan proses rujukan ke rumah sakit untuk penanganan lebih lanjut.

### **C. Tempat dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus ini dilakukan di TPMB Bidan Cintia, jl. Akipadma kota Bandung yang dilakukan sejak bulan 01 September - 30 Oktober tahun 2023.

### **D. Objek/Partisipan**

Untuk objek atau partisipan dari studi kasus ini adalah Ny.S yang merupakan salah satu pasien yang ANC di TPMB Bidan Cintia.

### **E. Etika Studi Kasus/Informed Consent**

Ruang lingkup etika penelitian adalah (Setiabudy, 2015):

1. *Informed Consent* merupakan lembar informasi yang memuat informasi tentang penelitian kepada calon responden sebelum memutuskan kesediaan/ketidak sediaan menjadi subjek atau responden penelitian.
2. *Anonymity* yaitu penggunaan identitas dari responden dengan menggunakan inisial sehingga terjaga kerahasiaan dari responden.
3. *Confidentially*/kerahasiaan yaitu menjaga kerahasiaan seluruh informasi dari responden meliputi data pribadi ataupun data dari hasil pengisian kuesioner.
4. Kepengarangan (*authorship*) yaitu orang yang namanya patut dimasukkan ke dalam daftar penulis hanyalah mereka yang memberikan *intellectual contribution* yang langsung dan cukup bermakna dalam pelaksanaan penelitian itu.
5. *Plagiarisme* adalah tindakan mengambil ide, tulisan, kata, kalimat, data, gambar, dll, yang merupakan milik orang lain namun menyajikannya sedemikian rupa seolah-olah itu merupakan milik atau ide plagiator tersebut.



		e. Mau/ warna : bau amis warna merah	
		f. Dismenorea : kadang-kadang	
		g. Keputihan : tidak ada	
		h. HPHT : 8 Desember 2022	
Riwayat Kehamilan Saat ini		a. Frekuensi kunjungan ANC / bulan ke- : 10 kunjungan ulang	
		b. Imunisasi TT : T4	
		c. Keluhan selama hamil Trimester I, II, III : mual muntah pada trimester 1	
		d. Terapi yang diberikan jika ada masalah saat ANC : vitamin pada saat mual muntah	
Riwayat KB		Pil selama 8 tahun	
5 Riwayat Kesehatan	: Klien :		Keluarga :
	a.	Klien tidak memiliki riwayat penyakit asma, jantung, darah tinggi, kencing manis, TBC, hepatitis, sifilis, HIV	Tidak ada
	b.	Klien tidak memiliki riwayat operasi	
	c.	Apakah ibu pernah menderita penyakit lain yang dapat mengganggu kehamilan? Tidak ada	
Keadaan Psikologis	: a.	Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi klien saat ini ?	Cemas karena belum ada tanda-tanda persalinan yang teratur
	b.	Apakah kehamilan ini direncanakan dan diharapkan ? beserta alasannya	ya

- |   |                       |  |   |
|---|-----------------------|--|---|
|   |                       | c. Apakah ada masalah yang dirasa klien masih belum terselesaikan ?                    | tidak ada   |
|   |                       | d. Apa saja tindakan yang sudah dilakukan oleh klien terhadap masalah tersebut ?       | banyak berdoa dan jalan kaki                                |
| 7 | Keadaan Sosial Budaya | : a. Bagaimanakah adat istiadat di lingkungan sekitar klien ?                          | Tidak ada   |
|   |                       | b. Apakah ibu percaya atau tidak terhadap mitos ? beserta alasannya ?                  | Tidak   |
|   |                       | c. Adakah kebiasaan buruk dari keluarga dan lingkungan yang mengganggu kondisi klien ? | Tidak ada   |
| 8 | Keadaan Spiritual     | : a. Apakah arti hidup dan agama bagi klien ?  | Ibu mengatakan agama sangat berarti untuk kehidupannya      |
|   |                       | b. Apakah kehidupan spiritual penting bagi klien ?                                     | Ibu mengatakan spiritual sangat penting                     |
|   |                       | c. Adakah pengalaman spiritual yang pernah dialami dan berdampak pada diri klien ?     | tidak ada   |
|   |                       | d. Bagaimanakah peran agama dalam kehidupan klien sehari-hari ?                        | sebagai pembimbing dalam menentukan hal yang baik dan buruk |

- e. Apakah klien sering melaksanakan kegiatan spriritual seperti kajian keagamaan di lingkungan sekitar ? hanya melakukan kegiatan ibadah yang wajib seperti sholat 5 waktu, puasa di bulan Ramadhan
- f. Saat kegiatan tersebut apakah ibu berangkat sendiri atau berkelompok? kadang-kadang shalat berjamaah
- g. Seberapa penting kegiatan tersebut bagi ibu? sebagai kewajiban seorang muslim dan memberikan ketenangan diri
- h. Bagaimanakah dukungan dari kelompok terhadap kondisi penyakit ibu ? suami mendukung dan membantu aktivitas rumah
- i. Bagaimanakah praktik ibadah yang dilakukan klien ? adakah kendala ?  
 Note : Bagi yang beragama Islam :  
 Seperti Sholat, Puasa, Dzakat, Doa dan dzikir ? Mengaji ? hanya melakukan kegiatan ibadah yang wajib seperti sholat 5 waktu, puasa di bulan ramadhan
- j. Apakah dampak yang klien rasakan bagi dirinya setelah menjalankan praktik ibadah tersebut ? membantu menjadi lebih tenang
- k. Adakah aturan tertentu serta batasan hubungan yang diatur dalam agama yang ibu anut selama tidak ada

mendapatkan perawatan

?

- l. Bagaimanakah ibu mendapatkan kekuatan untuk menjalani kehamilan atau penyakitnya? dukungan dari orang tua dan suami
- m. Bisa ibu berikan alasan, mengapa ibu tetap bersyukur meskipun dalam keadaan sakit? rasa sakit adalah suatu pengingat akan kebesaran allah SWT dan mengingatkan kita untuk selalu bersyukur
- n. Bagaimana ibu mendapatkan kenyamanan saat ketakutan atau mengalami nyeri? menikmati rasa tidak nyaman yang diberikan oleh allah SWT
- o. Apakah praktik keagamaan yang akan ibu rencanakan selama perawatan di rumah/klinik/rumah sakit? tidak ada

- 9 Pola Kebiasaan Sehari-hari : a. Pola istirahat tidur
- Tidur siang normalnya 1 – 2 jam/hari. Kadang-kadang 1-2 jam tidur siang
  - Tidur malam normalnya 8 – 10 jam/hari. malam tidurnya dari jam 21.00 - 04.0
  - Kualitas tidur nyenyak dan tidak terganggu. kualitas tidur kadang-kadang terbangun karena ingin BAK dan gerah

- b. Pola aktifitas
- Aktifitas ibu sehari – hari, adakah gangguan mobilisasi atau tidak. Tidak ada
- c. Pola eliminasi
- BAK: normalnya 6 – 8x/hari, jernih, bau khas. Sering BAK hampir 3 jam sekali , jernih
  - BAB: normalnya kurang lebih 1x/hari, konsistensi lembek, warna kuning. BAB rutin 1x/hari, dengan konsistensi lembek
- d. Pola nutrisi
- Makan: normalnya 3x/hari dengan menu seimbang (nasi, sayur, lauk pauk, buah). Makan sehari 3x/hari dengan menu nasi, lauk pauk, sayur, kadang-kadang mengkonsumsi buah-buahan
  - Minum: normalnya sekitar 8 gelas/hari (teh, susu, air putih). 4-5 gelas/hari air putih
- e. Pola personal hygiene
- Normalnya mandi 2x/hari, gosok gigi 3x/hari, ganti baju 2x/hari, keramas 2x/minggu, ganti celana dalam 2x/hari, atau jika terasa basah. Mandi 2x/hari, gosok gigi setiap mandi dan menjelang tidur, keramas 2/3 hari sekali, rajin ganti celana dalam jika basah
- f. Pola Gaya Hidup
- Normalnya ibu bukan perokok aktif/pasif, ibu tidak. Klien tidak merokok tapi suami perokok aktif

mengonsumsi jamu,  
alkohol, dan NAPZA

g. Pola seksualitas

- Berapa kali melakukan hubungan seksual selama kehamilan dan adakah keluhan, normalnya boleh dilakukan pada kehamilan trimester II dan awal trimester III

h. Pola rekreasi

- Hiburan yang biasanya dilakukan oleh klien.

Tidak pernah sejak usia kehamilan 7 bulan  
pertama

**DATA OBJEKTIF**

- 1 Pemeriksaan Umum : a. Keadaan umum : Baik  
b. Kesadaran : Composmentis  
c. Cara Berjalan : Tanpa bantuan alat  
d. Postur tubuh : Tegap  
e. Tanda-Tanda Vital :  
TD : 100/70 mmhg  
Nadi : 88 x/m  
Suhu : 36,5°C  
Pernapasan : 20x/m  
f. Antropometri :  
BB : 86 kg  
TB : 155 cm  
Lila : 35 cm  
IMT : 35,8
- 2 Pemeriksaan Khusus : a. Kepala : simetris, tidak ada benjolan ataupun lesi, rambut bersih, tidak ada ketombe

- b. Wajah : tidak ada edema, tidak pucat, ada cloasma gravidarum
- c. Mata : konjunctiva merah, sclera putih
- d. Hidung : tidak ada pengeluaran cairan dari hidung dan tidak ada polip
- e. Mulut : mukosa vagina merah, tidak ada stomatitis, tidak ada caries, tidak ada gigi palsu, lidahnya bersih
- f. Telinga : tidak ada pengeluaran cairan dari telinga
- g. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran getah bening, dan tidak ada peningkatan aliran vena jugularis
- h. Dada & Payudara :
  - Areola mammae : coklat
  - Putting susu : menonjol
  - Kolostrum : tidak ada
  - Benjolan : tidak ada
  - Bunyi nafas : tidak ada ronchi
  - Denyut jantung : reguler
  - Wheezing/ stridor : tidak ada
- i. Abdomen :
  - Bekas Luka SC : tidak ada
  - Striae alba : ada
  - Striae lividae : tidak ada
  - Linea alba/nigra : ada
  - TFU : 33 cm
  - Leopold 1: teraba bokong
  - Leopold 2: teraba punggung bayi di sebelah kiri
  - Leopold 3: teraba bagian terbawah kepala
  - Leopold 4: divergen, perlimaan : 4/5
  - DJJ: 145 x/m
  - His: tidak ada
  - TBJ: 3255 gram

- j. Ekstremitas :
  - Oedem : tidak ada
  - Varices : tidak ada
  - Refleks Patella : +/+
- k. Genitalia : inspeksi tidak nampak ada benjolan ataupun pengeluaran cairan
- l. Anus : Haemoroid : tidak ada
- 3 Pemeriksaan Penunjang :
  - a. Pemeriksaan Panggul : tidak dilakukan
  - b. Pemeriksaan Dalam : tidak dilakukan
  - c. Pemeriksaan USG : tidak dilakukan
  - d. Pemeriksaan Laboratorium : tanggal 15 agustus 2023 di puskesmas cigondewah Hb: 12,9 gr%, HIV : non reaktif, TPHA : non reaktif, HBSAG : non reaktif

#### **A ASSESSMENT**

- 1 Diagnosa (Dx) : G3P2A0 gravida 38-39 minggu  
Janin tunggal hidup intra uterin normal
- 2 Masalah Potensial : Tidak Ada
- 3 Kebutuhan Tindakan segera : Tidak Ada

#### **P PLANNING**

- 1 Memberitahukan ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa dalam kondisi normal  
Evaluasi : ibu mengerti
- 2 Menginformasikan bahwa usia kehamilannya sudah 39-40 minggu dengan perkiraan lahiran tgl 15 september 2023  
Evaluasi : ibu mengerti
- 3 Menginformasikan kepada ibu mengenai tanda-tanda persalinan  
Evaluasi : ibu mengerti dan berkurang rasa cemasnya
- 4 Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang  
Evaluasi : ibu mengerti

- 5 Mengajarkan ibu untuk selalu menjaga kebutuhan istirahatnya, apalagi kalau malam hari kualitas tidurnya agak terganggu  
Evaluasi : ibu mengerti
- 6 Mengajarkan klien untuk rutin melakukan olahraga secara rutin seperti jalan kaki setiap pagi atau sore  
Evaluasi : ibu akan mencoba merutinkan jalan pagi setiap pagi
- 7 Mengajarkan klien untuk selalu menjaga kebersihan dirinya dan kebersihan daerah genitalianya apalagi sering buang air kecil  
Evaluasi : ibu mengerti
- 8 Mengajarkan klien untuk selalu mengkonsumsi tablet FE yang telah diberikan oleh bidan sebelumnya  
Evaluasi : klien mengerti

- 9 Membimbing ibu membaca doa :

رَبِّ يَسِّرْ وَلَا تَعَسِّرْ فَإِنَّ  
تَيْسِيرَ كُلِّ عَسِيرٍ عَلَيْكَ يَسِيرٌ،  
اللَّهُمَّ تَمِّمْ بِالْخَيْرِ، بِرَحْمَتِكَ يَا أَرْحَمَ الرَّاحِمِينَ.

*rabbi yassir wa laa tu'assir fainna taisiira kulla  
'asiirin 'alaika yasiirun Allaahumms tammim  
bilkhairi birahmatika yaa arhamarraahimiina*

66

Artinya:

Ya Tuhanku, permudahkanlah dan jangan kau sukarkan karena Engkau yang Maha memudahkan, segala yang susah adalah mudah bagi-Mu Ya Allah, rahmat-Mu Ya Arahmar Rahimin

Evaluasi : klien mengikuti membaca doa

- 10 Menginformasikan mengenai tanda-tanda bahaya pada ibu hamil trimester 3 dan persiapan persalinan, salah satunya persiapan apabila harus ke RS  
Evaluasi : klien mengerti
- 11 Menginformasikan jadwal ulang untuk pemeriksaan selanjutnya tanggal 14 september 2023  
Evaluasi : di catat di buku KIA

**2. Dokumentasi Asuhan Persalinan Holistik Pada Ny. S G3P2A0 Parturient 39-40 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini Di TPMB Bidan Cintia**

Pengkaji : Santi Srimulyati Nurjanah

Tanggal pengkajian : 13 September 2023

Jam : 16. 00 WIB

**S DATA SUBJEKTIF**

1 Keluhan utama ibu mengeluh mules-mules disertai keluar lendir sejak pukul 08.00 wib. Keluar air-air disangkal ibu. Gerakan bayi masih dirasakan ibu.

2 Tanda-tanda persalinan :

His : ada , sejak pagi hari Pukul : 08.00 wib

Frekuensi His : 2x/ 10 menit, lamanya 15 detik

Kekuatan His : lemah

Lokasi Ketidaknyamanan : pinggang dan perut bagian bawah

Pengeluaran Darah Pervaginam : belum ada

Lendir bercampur darah : ~~ada~~/tidak(\*)

Air ketuban : ~~ada~~/tidak (\*)

Darah : ~~ada~~/tidak (\*)

Masalah-masalah khusus : tidak ada

Hal yang berhubungan dengan faktor/predisposisi yang dialami : tidak ada

- 3 Pola : a. Makan dan minum terakhir  
 aktivitas Pukul berapa : 12.00 wib  
 saat ini Jenis makanan : nasi, sayur, telur  
 Jenis minuman : air putih
- b. BAB terakhir  
 Pukul berapa : ± 06.00 wib  
 Masalah : tidak ada
- c. BAK terakhir  
 Pukul berapa : ±15.00 wib  
 Masalah : tidak ada
- d. Istirahat :  
 Pukul berapa : 09.00 wib  
 Lamanya :30 menit

Keluhan lain (jika ada) : tidak ada

- 4 Keadaan Psikologis : a. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi persalinan klien saat ini ? Pasien dan keluarga merasa cemas akan proses persalinannya namun ada bahagia juga akan kelahiran calon bayi
- 5 Keadaan Sosial Budaya : a. Bagaimanakah adat istiadat saat persalinan di lingkungan sekitar ibu ? Tidak ada
- 6 Keadaan Spiritual : a. Adakah pengalaman spiritual yang pernah dialami dan berdampak pada persalinan ibu ? Pada saat mendengarkan murotal, selalu berdoa meminta kelancaran persalinannya membantu ibu berkurang rasa cemasnya
- b. Bagaimana ibu mendapatkan kenyamanan dari saat ketakutan atau mengalami nyeri ? suami dan orang terdekat pasien. Tarik nafas dalam, berdzikir, diberi support suami dan orang terdekat
- c. Apakah praktik keagamaan yang akan ibu rencanakan selama perawatan di rumah/ Berencana bersalin secara normal, keadaan klinik/ rumah sakit ? Melakukan dzikir didampingi suami

#### **O DATA OBJEKTIF**

- 1 Pemeriksaan Umum : a. Keadaan umum : Baik  
 b. Kesadaran : Composmentis  
 c. Tanda-Tanda Vital :

TD :	
Nadi :	110/70 mmhg
Suhu :	98 x/m
Pernafasan :	36,5°C
d. Antropometri :	20x/m
BB :	
TB :	86 kg
Lila :	155 cm
IMT :	35 cm
	35,8

- 2 Pemeriksaan Khusus : a. Kepala : simetris, tidak ada benjolan ataupun lesi, rambut bersih, tidak ada ketombe
- b. Wajah : tidak ada edema, tidak pucat, ada cloasma gravidarum
- c. Mata : konjunctiva merah, sclera putih
- d. Dada & Payudara :
- Areola mammae : coklat
  - Putting susu : menonjol
  - Kolostrum : tidak ada
  - Benjolan : tidak ada
  - Bunyi nafas : tidak ada ronchi
  - Denyut jantung : reguler
  - Wheezing/ stridor : tidak ada
- e. Abdomen :
- TFU : 33 cm
  - Leopold 1: teraba bokong
  - Leopold 2: teraba punggung bayi di sebelah kiri
  - Leopold 3: teraba bagian terbawah kepala
  - Leopold 4: divergen
  - Perlimaan : 2/5
  - DJJ: 155 x/m

His: 3x10`/20”

TBJ: 3255 gram

f. Ekstrimitas :

Oedem : tidak ada

Varices : tidak ada

Refleks Patella : +/+

g. Genitalia :

Inspeksi vulva/vagina

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

Pemeriksaan Dalam

- 1) Vulva/ vagina : tidak ada kelainan
- 2) Pembukaan : 3 cm
- 3) Konsistensi servix : tebal lunak
- 4) Ketuban : utuh
- 5) Bagian terendah janin : belakang kepala
- 6) Denominator : Ubun-ubun kecil
- 7) Posisi : Kanan depan
- 8) Caput/Moulage : tidak ada
- 9) Presentasi Majemuk : tidak ada
- 10) Tali pusat menumbung : tidak ada
- 11) Penurunan bagian terendah : station 0

h. Anus : Haemoroid : tidak ada

3 Pemeriksaan : Tidak ada  
Penunjang

## A ASESSMENT

1. Diagnosa (Dx) : G3P2A0 Parturien 39-40 minggu kala I Fase laten  
Janin Tunggal Hidup Intrauterine normal
2. Masalah potensial : tidak ada
3. Kebutuhan segera : tidak ada

## P PLANNING

- 1 Memberitahukan ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa dalam kondisi normal dan sudah memasuki proses persalinan  
Evaluasi : ibu mengerti
- 2 Mengajarkan Teknik relaksasi dengan Tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa sakitnya dan melakukan massage euffleurage  
Evaluasi : ibu mengikuti arahan dari bidan
- 3 Memberikan dukungan psikologis  
Evaluasi : ibu di damping oleh suami dan kakak secara bergantian
- 4 Melakukan observasi tanda-tanda vital, DJJ, kontraksi dan kemajuan persalinan  
Evaluasi : tercatat dalam lembar observasi

No.	Tanggal	Jam	Kegiatan	Keterangan
1.	13 September 2023	16.45	TD: 112/78 mmhg, N: 90 x/m, S: 36,7 <sup>0</sup> C, R: 20x/m, His 3x10'/20'', BJA 147x/m reguler	Ketuban pecah spontan PD : v/v t.a.k portio tebal lunak, pembukaan 3 cm, ketuban (-) sisa jernih, penurunan kepala stasion 0, test lakmus positif
2.		17.45	N 83 x/m, His 3x10'/25'', BJA 150 x/m reguler	
3.		18.45	N 87 x/m, R 20x/ m, His 3x10'/25'', BJA 148 x/m reguler	
4.		19.45	N 88 x/m, His 3x10'/25'', BJA 144 x/m reguler	
5.		20.45	TD 120/ 80, N 85x/m, R 21 x/m, S 36,6 <sup>0</sup> C, His 3x10'/30'', BJA 146 x/m reguler	PD: v/v t.a.k, portio tebal lunak, pembukaan 3 cm, ket (-) penurunan kepala stasion 0

- 5 Membimbing ibu membaca doa :

## Doa Mudah Bersalin

لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنْتُ مِنَ الظَّالِمِينَ

“Tiada Tuhan melainkan Engkau (ya Allah)!  
Maha Suci Engkau, sesungguhnya aku  
adalah daripada orang-orang yang  
menganiaya diri sendiri.”

- Evaluasi : ibu dapat mengikuti membaca doa dan berdzikir
- Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi ternyaman ibu
- 6 Evaluasi : ibu ingin jalan-jalan diselingi duduk apabila sudah lelah
- Menganjurkan ibu untuk makan dan minum untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, mengisi tenaga dan hidrasinya
- 7 Evaluasi : ibu makan nasi, ayam goreng dan habis 1/3 porsi dan minum air putih dan teh manis
- Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK
- 8 Evaluasi : ibu BAK ke kamar mandi
- 9 Menginformasikan mengenai kondisi ibu setelah pemantauan 4 jam dari ketuban pecah bahwa tidak ada kemajuan persalihan
- Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti
- 10 Melakukan informed consent untuk persiapan rujukan ke RS
- Evaluasi : ibu dan keluarga ingin di rujuk ke RS Bandung Kiwari
- 11 Mempersiapkan proses rujukan dengan BAKSOKU
- Evaluasi : ibu dirujuk ke RS dengan didampingi petugas
- 12 Melakukan pendokumentasian dengan SOAP

Tanggal pengkajian : 14 september 2023

Jam : 23. 00 WIB

Register : 091429

### S : DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan semakin mules disertai keluar cairan dari jalan lahir sejak jam 16.45, Gerakan bayi masih dirasakan ibu.

### O : DATA OBJEKTIF

Tanda-Tanda Vital : KU: CM, TD: 117/82 mmhg, N: 89 x/m, S: 36,8<sup>0</sup>C, R: 20x/m

Abdomen : his : 3x10<sup>^</sup>/30” BJA : 145x/m kandung kemih : kosong

Genitalia :

- Vulva/ vagina : tak
- Pembukaan : 4 cm
- Konsistensi servix : tipis lunak
- 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 : stasion 0
- Ketuban : (-) sisa cairan jernih

Pemeriksaan penunjang : NST : kategori 1

**A : ASSESSMENT**

Diagnosa : G3P2A0 parturient 39-40 minggu kala I fase aktif

janin tunggal hidup intra uterine normal

Masalah potensial : infeksi intra uterine

Kebutuhan Tindakan segera : kolaborasi dengan dokter

**P : PLANNING**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan bayi baik  
Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti
2. Melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dengan advis observasi 4 jam sesuai dengan partograf
3. Melakukan pemantauan kala I fase aktif dengan menggunakan partograf  
Evaluasi : partograf terlampir
4. Memenuhi kebutuhan nutrisi, hidrasi ibu  
Evaluasi : ibu tidak mau makan tapi hanya minum teh manis
5. Membimbing ibu untuk berdoa dan berdzikir  
Evaluasi : ibu membaca tasbih, tahmid, takbir dan tahlil
6. Menganjurkan ibu mengambil posisi yang terenyaman  
Evaluasi : ibu lebih memilih miring kiri
7. Memfasilitasi dukungan emosional, Evaluasi : ibu memilih ditemani suami

Tanggal pengkajian : 14 september 2023

Jam : 03. 00 WIB

**S DATA SUBJEKTIF**

- 1 Keluhan : Ibu mengeluh mules semakin kuat, ingin BAB (adanya  
Utama dorongan ingin meneran )

**O DATA OBJEKTIF**

1. Keadaan umum : Ibu tampak kesakitan  
Kesadaran : composmentis  
Keadaan emosional : tampak stabil
2. Tanda gejala kala II: Abdomen : DJJ : 140x/menit, His : 5x10'/50"
3. Pemeriksaan Dalam
  - a. Vulva/ vagina : vulva membuka; perineum menonjol,
  - b. Pembukaan : 10 cm
  - c. Konsistensi servix : tidak teraba
  - d. Ketuban : tidak ada, ssisa cairan jernih
  - e. Bagian terendah janin : kepala
  - f. Denominator : UUK
  - g. Posisi : Depan
  - h. Caput/Moulage : Tidak ada
  - i. Presentasi Majemuk : Tidak ada
  - j. Tali pusat menumbung : Tidak ada
  - k. Penurunan bagian terendah stasion +2
  - b. Adanya tekanan pada anus (+)

**A ASESSMENT**

1. Diagnosa Persalinan : G3P2A0 Parturien 39-40 minggu kala II  
janin Tunggal Hidup Intrauterine normal
2. Masalah potensial : tidak ada
3. Kebutuhan segera : pertolongan persalinan normal

## P PLANNING

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : Ibu sudah saatnya melahirkan. KU dan TTV dalam batas normal.  
Evaluasi : klien bersiap untuk melahirkan.
2. Mempersiapkan pertolongan persalinan sesuai dengan protap APN  
Evaluasi : 60 langkah APN sudah dipersiapkan, APD (+), Alat Petolongan persalinan (+), Perlengkapan ibu (+), Perlengkapan bayi (+), alat resusitasi (+).
3. Pimpin persalinan ibu  
Evaluasi : ibu dipimpin mengedan setiap ada his dan di pantau Denyut jantung bayinya
4. Berikan dukungan psikologis pada ibu, dan hadirkan pendamping saat bersalin di ruang VK  
Evaluasi : dukungan (+), suami hadir menemani klien.
5. Berikan ibu asupan/ minuman sehat berenergi berasa manis teh manis  
Evaluasi : ibu dapat minum di sela-sela his.
6. Anjurkan ibu cara meneran yang baik dan efisien dengan mengikuti dorongan alamiah  
Evaluasi : ibu kooperatif
7. Anjurkan ibu posisi yang nyaman untuk meneran  
Evaluasi : ibu memilih posisi  $\frac{1}{2}$  duduk dan sesekali miring kiri
8. Anjurkan ibu untuk beristirahat/ relaksasi saat tidak ada his  
Evaluasi : ibu dapat mengatur nafas saat tidak ada his
9. Memimpin persalinan ibu sesuai langkah APN  
Evaluasi :
  - Setelah pembukaan lengkap, kepala janin terlihat 4-5 cm membuka vulva, letakkan handuk kering pada perut ibu, melipat  $\frac{1}{3}$  bagian dan meletakkannya di bawah bokong ibu.
  - Buka partus set dan memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
  - Saat sub occiput tampak dibawah symphysis, 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.

#### Tindakan

- 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.
- 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.
- Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior), kearah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut.
- 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.
- Setelah badan bayi lahir seluruhnya, lakukan penilaian dengan cepat apakah bayi menangis spontan dan warna kulitnya. letakkan bayi di atas perut ibu dengan depan kepala lebih rendah, bayi dikeringkan dan dibungkus kecuali bagian tali pusat.
- cek fundus ibu, pastikan tidak ada janin ke dua. Kemudian beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik. Injeksikan oksitosin 10 IU secara IM ke 1/3 paha sebelah luar 1 menit setelah bayi lahir.
- 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.

- Ganti handuk basah dengan kain/selimut kering dan bersih. Dan letakkan bayi dengan posisi tengkurap. Perut bayi menempel pada perut ibu. Lakukan IMD
- Lakukan penilaian APGAR Score dan timbang BB serta ukur BB bayi. Evaluasi : Jam 03.12 bayi lahir hidup spontan letak belakang kepala, A/S 8/10, BB 3250 gr/ PB 51 cm, anus (+), cacat (-).

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

Tanggal Pengkajian : 14 September 2023

Jam : 03.12

### **S DATA SUBJEKTIF**

Keluhan utama : Ibu merasa lelah dan perutnya masih terasa mules

### **O DATA OBJEKTIF**

1. Keadaan umum : Ibu tampak Lelah

Kesadaran : compos mentis

Keadaan emosional : tampak stabil

2. Tanda gejala kala III :

Abdomen : Tidak ada janin ke-2

TFU sepusat

Uterus globuler

Kontraksi uterus baik

Kandung kemih kosong

Vulva/ vagina : Tali pusat memanjang dari vagina, Adanya semburan darah

± 100 cc

### **A ASESSMENT**

Diagnosa (DX) : P3A0 Kala III Persalinan

Masalah potensial : tidak ada

Kebutuhan segera : tidak ada

## P PLANNING

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : ibu memasuki kala III atau kala pengeluaran plasenta atau ari-ari.  
Evaluasi : klien memahaminya
2. Melakukan manajemen aktif kala III : berikan oksitosin 10 IU IM di paha kanan luar atas, lakukan peregangan tali pusat terkendali. Massase fundus uteri  $\pm$  15 menit  
Evaluasi :
  - a. Jam 03.13 Oksitosin 10 IU IM disuntikan
  - b. Pindahkan klem kedua yang telah dijepit pada waktu kala II pada tali pusat kira-kira 5-10 cm dan vulva.
  - c. Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu tepat di atas tulang pubis. Menahan uterus pada saat PTT. Setelah ada kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat lalu tangan kiri menekan korpus uteri ke arah dorso kranial.
  - d. Tunggu jika tidak ada kontraksi, lanjutkan PTT jika kontraksi kala II muncul kembali, lakukan PTT hingga plasenta lepas dari tempat implantasinya.
  - e. 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.
  - f. Tangan kanan memeriksa plasenta dan tangan kiri memasase perut ibu.
  - g. Setelah plasenta lahir, memeriksa kontraksi uterus
  - h. Cek laserasi, tidak terdapat robekan perineum
  - i. Masase perut ibu  $\pm$  15 detik/ 15 kali dan ajarkan ibu serta keluarga teknik masasse .
  - j. Mengukur darah yang dikeluarkan dan bersihkan ibu , jumlah darah kala III  $\pm$  150 cc

- k. Buang alat-alat bekas pakai dan masukkan dalam larutan klorin 0,5 %
- l. Bereskan alat-alat kedalam tempat yang disediakan
3. Lakukan evaluasi tindakan  
Evaluasi : Jam 03. 22 plasenta lahir spontan lengkap, kotiledon  $\pm$  20 buah, diameter  $\pm$  20 cm, berat plasenta  $\pm$  500 gram, panjang tali pusat 45 cm, insersi centralis, selaput utuh. Jumlah perdarahan kala III  $\pm$  150 cc.
4. Membaca Hamdallah dan berdoa pada Allah SWT karena plasenta telah lahir. Evaluasi : bidan membimbing ibu untuk membaca hamdallah dan lanjutkan pemantaua kala IV

Tanggal Pengkajian : 14 september 2023

Jam : 03. 22 WIB

#### **S DATA SUBJEKTIF**

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

#### **O DATA OBJEKTIF**

1. Keadaan umum : Ibu tampak Lelah  
Kesadaran : composmentis  
Keadaan emosional : tampak stabil
2. Tanda Gejala kala IV :  
Abdomen : TFU 2 jari baswah pusat, Uterus globuler, Kontaksi uterus baik, Kandung kemih kosong  
Vulva/ vagina : Perdarahan  $\pm$  50 cc , ada laserasi grade 2

#### **A ASESSMENT**

Diagnosa (DX) : P3A0 Kala IV Persalinan  
Masalah Potensial : tidak ada  
Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

## P PLANNING

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : ibu memasuki waktu pemantauan dan observasi selama 2 jam. Kondisi ibu dalam batasan normal Evaluasi : ibu memahaminya.
2. Melakukan penjahitan perineum  
Evaluasi : dilakukan penjahitan perineum dengan anestesi lidokain dan Teknik satu-satu
3. Melakukan observasi kala IV sesuai partograf  
Evaluasi : hasil observasi kala IV terlampir. Ibu dalam kondisi normal.
4. Bersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering  
Evaluasi : ibu nyaman
5. Periksa kembali TD, suhu, nadi, dan kandung kemih, dan kontraksi ibu dan ajarkan ibu massase uterus.  
Evaluasi : ibu normal, dan paham cara memasase uterus
6. Ajarkan ibu cara menyusui anaknya  
Evaluasi : ibu mulai belajar menyusui anaknya
7. Memberikan makanan dan minuman sehat tinggi protein tinggi kalori untuk ibu  
Evaluasi : ibu diberikan 1 mangkuk sup buntut, 1 porsi nasi, minum air putih 1 gelas. Habis.
8. Ajarkan ibu untuk mobilisasi dini di tempat tidur seperti miring ke kanan dan ke kiri. Evaluasi : ibu mulai mika-miki.
9. Memberikan konseling bimbingan doa kala IV pada ibu.  
Evaluasi : doa yang diberikan berupa doa kesehatan badan dan doa bayi baru lahir. Ibu dapat mengikuti bacaan doa yang diberikan
10. Memberitahukan cara mengurangi rasa nyeri dengan kompres dingin  
Evaluasi : manajemen nyeri dengan kompres dingin dan mempraktikannya
11. Memberikan konseling tanda-tanda bahaya kala IV  
Evaluasi : ibu paham.
12. Melakukan *follow up* kondisi ibu 6 jam kemudian  
Evaluasi : ibu pindah ke ruangan perawatan. Ibu dalam kondisi normal.

### 3. Dokumentasi Asuhan Bayi Baru Lahir Holistik Pada Bayi Ny. S Di TPMB

#### Bidan Cintia

Tanggal pengkajian : 14 september 2023

Waktu Pengkajian : pukul 04.15 WIB

#### I. DATA SUBJEKTIF

Anamnesa

a. Biodata Pasien:

(1) Nama bayi : Bayi Ny. S

(2) Tanggal Lahir : 14 september 2023

(3) Usia : 1 jam

b. Identitas orang tua

No	Identitas	Istri	Suami
1	Nama	Ny. S	Tn. A
2	Umur	33 tahun	35 tahun
3	Pekerjaan	IRT	Swasta
4	Agama	Islam	Islam
5	Pendidikan terakhir	SMP	SMA
6	Golongan Darah	-	-
7	Alamat	Jl. Cigondewah	Jl. Cigondewah
8	No.Telp/HP	-	-

c. Keluhan utama : tidak ada

d. Riwayat Pernikahan Orang Tua

Data	Ayah	Ibu
Berapa kali menikah :	1 kali	1 kali
Lama Pernikahan :	10 tahun	10 tahun
Usia Pertama kali menikah :	20 tahun	25 tahun
Adakah Masalah dalam Pernikahan ?	Tidak ada	Tidak ada

## e. Riwayat KB Orang Tua

- (1) Ibu menggunakan KB sebelum kehamilan : ya
- (2) Jenis KB : pil
- (3) Lama ber-KB :8 tahun
- (4) Keluhan selama ber-KB : tidak ada
- (5) Tindakan yang dilakukan saat ada keluhan : tidak ada

## 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
- (2) Apakah ibu dulu pernah operasi ? tidak pernah
- (3) Apakah ibu pernah menderita penyakit lain yang dapat mengganggu kehamilan ? tidak ada

## g. Riwayat kehamilan

- (1) Usia kehamilan : 39-40 minggu
- (2) Riwayat ANC : 10 kali, di TPMB bidan Cintia
- (3) Obat-obatan yang dikonsumsi : vitamin hamil
- (4) Imunisasi TT : 4 kali
- (5) Komplikasi/penyakit yang diderita selama hamil : tidak ada

## h. Riwayat persalinan Penolong Tempat Jenis persalinan BB PB Obat-obatan Komplikasi persalinan

Penolong	Tempat	Jenis persalinan	BB	PB	Obat-obatan	Komplikasi persalinan
Bidan	RS	Spontan	3250	51	Tidak ada	KPD

## i. Riwayat Kelahiran Asuhan

Asuhan	Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan
Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	ya
Salep mata antibiotika profilaksis	belum
Suntikan vitamin K1	belum

Imunisasi Hepatitis B (HB)	belum
Rawat gabung dengan ibu	ya
Memandikan bayi	belum
Konseling menyusui	belum
Riwayat pemberian susu formula	Tidak ada
Riwayat pemeriksaan tumbuh kembang	Tidak ada

j. Keadaan bayi baru lahir

BB/ PB lahir : 3250 gr/51 cm

APGAR score : 8/10

k. Faktor Lingkungan

- (1) Daerah tempat tinggal : di daerah perkotaan dengan kondisi lingkungan padat namun tertata dengan baik
- (2) Ventilasi dan higinitas rumah : baik, ada jendelanya yang bisa dibuka
- (3) Suhu udara & pencahayaan : baik, sumber Cahaya dari jendela dan lampu

l. Faktor Genetik

- (1) Riwayat penyakit keturunan : tidak ada
- (2) Riwayat penyakit sistemik : tidak ada
- (3) Riwayat penyakit menular : tidak ada
- (4) Riwayat kelainan kongenital : tidak ada
- (5) Riwayat gangguan jiwa : tidak ada
- (6) Riwayat bayi kembar : tidak ada

m. Faktor Sosial Budaya

- (1) Anak yang diharapkan : ya
- (2) Jumlah saudara kandung : satu
- (3) Penerimaan keluarga & masyarakat : baik
- (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 : agama sebagai penunjuk jalan baik dan buruk
- (2) Apakah kehidupan spiritual penting bagi orang tua : iya
- (3) Adakah pengalaman spiritual berdampak pada orang tua : membuat hati tenang dan tenteram
- (4) Bagaimanakah peran agama bagi orang tua di kehidupan : sebagai pembimbing hidup
- (5) Apakah orang tua sering melaksanakan kegiatan keagamaan : ikut pengajian di lingkungan rumah setiap 1 bulan sekali
- (6) Saat kegiatan keagamaan sering sendiri/berkelompok : berkelompok
- (7) Seberapa penting kegiatan itu bagi orang tua : sangat penting sebagai penyeimbang hidup
- (8) Bagaimanakah dukungan sekitar terhadap penyakit anak : mendukung sekali
- (9) Bagaimanakah praktik ibadah orang tua dan anak : (\*Bagi beragama islam: sholat, puasa, dzakat, doa dan dzikir) : baik
- (10) Apakah dampak yang dirasakan ortu setelah beribadah : tenteram
- (11) Adakah alasan agama yang diyakini klg dalam perawatan : tidak ada
- (12) Bagaimanakah praktik keagamaan meskipun saat kondisi sakit : masih bisa melakukan ibadah rutin
- (13) Apakah praktek keagamaan yg dipraktikkan selama perawatan : berdzikir

o. Pola kebiasaan sehari-hari

- (1) Pola istirahat dan tidur anak : belum terkaji
- (2) Pola aktifitas ibu dan anak ada gangguan/tidak : tidak ada
- (3) Pola eliminasi  
BAK : belum  
BAB : belum
- (4) Pola nutrisi  
Makan (jenis dan frekuensi) : ASI

Minum (jenis dan frekuensi) : ASI

(5) Pola personal hygiene (Frekuensi mandi, ganti pakaian) : diganti setiap kotor dan basah

(6) Pola gaya hidup (ibu/keluarga perokok pasif/aktif, konsumsi alkohol, jamu,NAPZA): tidak

(7) Pola rekreasi (hiburan yang biasa dilakukan klien) : jalan-jalan sore

## II. DATA OBJEKTIF

### a. Pemeriksaan Fisik

#### 1. Keadaan Umum

Ukuran keseluruhan : simetris

Kepala, badan, ekstremitas : tidak ada kelaianan

Warna kulit dan bibir : merah muda

Tangis bayi : menangis kuat

#### 2. Tanda-tanda Vital

Pernafasan : 40 x/menit

Denyut jantung : 125 x/menit

Suhu : 36,8 0C

#### 3. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan bayi : 3250 gram

Panjang badan bayi : 51 cm

#### 4. Kepala

Ubun-ubun : tidak ada kelainan

Sutura : teraba

Penonjolan/daerah yang mencekung : tidak ada

Caput succadaneum : tidak ada

Lingkar kepala : 32 cm

#### 5. Mata

Bentuk : simetris tidak ada kelianan

Tanda-tanda infeksi : tidak ada

Refleks Labirin : ada

Refleks Pupil : ada

## 6. Telinga

Bentuk : normal

Tanda-tanda infeksi : tidak ada

Pengeluaran cairan : tidak ada

## 7. Hidung dan Mulut

Bibir dan langit-langit : normal

Pernafasan cuping hidung : tidak ada

Reflek rooting : ada

Reflek Sucking : ada

Reflek swallowing : ada

Masalah lain : tidak ada

## 8. Leher

Pembengkakan kelenjar : tidak ada

Gerakan : normal

Reflek tonic neck : ada

## 9. Dada

Bentuk : normal

Posisi puting : simetris

Bunyi nafas : reguler, tidak ada retrakis

Bunyi jantung : reguler

Lingkar dada : 33 cm

## 10. Bahu, lengan dan tangan

Bentuk : normal dan simetris

Jumlah jari : lengkap

Gerakan : normal

Reflek graps : ada

## 11. Sistem saraf Refleks Moro : ada

## 12. Perut

Bentuk : normal

Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis: tidak ada

Perdarahan pada tali pusat : tidak ada

13. Kelamin Kelamin laki-laki

Keadaan testis : normal

Lubang penis : ada

Kelamin perempuan

14. Tungkai dan kaki

Bentuk : simetris dan normal

Jumlah jari : lengkap

Gerakan : ada

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 : merah muda

(3) Tanda lahir : tidak ada

b. Pemeriksaan Laboratorium : tidak ada

### III. ANALISA DATA

- a. Diagnosa (Dx) : bayi Ny. S BCB, SMK spontan kepala usia 1 jam
- b. Masalah Potensial : hipotermi
- c. Tindakan segera : tidak ada

### IV. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada kepada ibu.  
evaluasi : ibu mengerti dengan informasi yang diberikan
2. Menyuntikan vit. K dan memberikan salep mata tetracyclin  
Evaluasi : suntik vit. K 0,5 mg secara IM dan salep mata tetracyclin
3. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi meliputi
  - a. Mengajarkan ibu cara menjaga kehangatan bayi (cara membedong dan metode kanguru) dan menjaga suhu ruangan tetap hangat  
Evaluasi : ibu bisa melakukan metode kangguru
  - b. Mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat  
Evaluasi : ibu mengerti
  - c. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar

- Evaluasi : ibu bisa menyusui bayinya
4. Memberikan konseling pada ibu mengenai
    - a. Pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan  
Evaluasi : ibu akan memberikan asi eksklusif seperti anak yang pertama
    - b. Tanda bahaya pada bayi.  
Evaluasi : ibu mengerti
  5. Memantau BAB dan BAK  
Evaluasi : bayi sudah BAB dan belum BAK
  6. Mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan.  
Evaluasi : sudah tercatat dalam bentuk SOAP

#### **4. Dokumentasi Asuhan Nifas Holistik Pada Ny. S G3P2A0 Post Partum Di TPMB Bidan Cintia**

Tanggal pengkajian : 14 september 2023

Jam : 10.00 WIB

##### **DATA SUBJEKTIF**

- 1 Keluhan Utama : Ibu mengeluh lelah dan nyeri pada luka jahitan dan terasa mules
- 2 Riwayat : a. Tanggal dan jam : 14 september 2023 jam  
Persalinan saat 03.12  
ini b. Robekan jalan lahir : ada  
c. Komplikasi Persalinan : tidak ada  
d. Jenis Kelamin Bayi yang dilahirkan : laki-laki  
e. BB Bayi saat Lahir : 3250 gr  
f. PB bayi saat lahir : 51 cm
- 3 Keadaan : a. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga  
Psikologis terhadap kondisi klien saat ini ? bahagia akan kelahiran bayinya  
b. Apakah kehamilan ini direncanakan dan diharapkan ? Ya

- c. Apakah ada masalah yang dirasa klien masih belum terselesaikan ? Tidak ada
- d. Apa saja tindakan yang sudah dilakukan oleh klien terhadap masalah tersebut ? tidak ada
- 4 Keadaan Sosial : a. Bagaimanakah adat istiadat di lingkungan Budaya sekitar klien ? tidak ada
- b. Apakah ibu percaya atau tidak terhadap mitos ? beserta alasannya ? tidak
- c. Adakah kebiasaan buruk dari keluarga dan lingkungan yang mengganggu kehamilan ibu ? tidak boleh tidur siang
- 5 Pola Aktivitas : a. Pola istirahat tidur : ibu sudah tidur nyenyak dari jam 06.00-08.00
- b. Pola aktivitas : ibu sudah bisa turun dari tempat tidur, duduk di kursi dan BAK ke kamar mandi
- c. Pola eliminasi :  
BAK : sudah BAK 1 kali semenjak melahirkan  
BAB : terakhir BAB sebelum masuk RS
- d. Pola nutrisi : makan 3-4x/hari, minum 7-8 gelas/hari air putih
- e. Pola personal hygiene : mandi 2x/hari, sikat gigi setiap mandi dan sebelum tidur
- f. Pemberian ASI : sudah diberikan tapi ASI nya belum keluar
- g. Tanda bahaya : tidak ada

## **O DATA OBJEKTIF**

- 1 Pemeriksaan umum :
  - a. Keadaan umum : Baik
  - b. Kesadaran : compos mentis
  - c. Cara Berjalan : tanpa bantuan alat
  - d. Postur tubuh : tegap
  - e. Tanda-tanda Vital :

TD : 120/70 mmHg

Nadi : 89 x/m

Suhu : 36,7 °C

Pernapasan : 20x/m

- 2 Pemeriksaan : a. Kepala : simetris, tidak ada benjolan ataupun Khusus lesi, rambut bersih, tidak ada ketombe
- b. Mata : konjunktiva merah, sclera putih
- c. Dada & Payudara :  
 Areola mammae : coklat  
 Putting susu : menonjol  
 Kolostrum : tidak ada  
 Benjolan : tidak ada
- d. Abdomen :  
 TFU : 2 jari bawah pusat  
 Kontraksi : baik  
 Kandung kemih : kosong  
 Diastasis recti : ada
- e. Genitalia :  
 vulva/vagina : tidak nampak ada varices,  
 ada luka perineum  
 Pengeluaran lochea : rubra  
 Oedem/ Varices : tidak ada  
 Benjolan : tidak ada  
 Robekan perineum : ada

- 3 Pemeriksaan : tidak dilakukan  
 Penunjang

#### A ASSESSMENT

- 1 Diagnosa : P3A0 post partum 6 jam
- 2 Masalah : Tidak ada  
 Potensial
- 3 Kebutuhan : Tidak ada  
 Segera

**A ASESSMENT**

- 1 Diagnosa (Dx) : P1A0 post partum 6 jam
- 2 Masalah : Tidak ada  
Potensial
- 3 Kebutuhan : Tidak ada  
Tindakan segera

**P P PLANNING**

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : ibu dalam kondisi normal  
(Evaluasi) : pasien dan keluarga mengerti
2. Memberikan edukasi nutrisi seimbang yaitu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dengan tinggi kalori dan tinggi protein dan tinggi serat  
(Evaluasi) : ibu makna satu porsi nasi, beserta lauk pauk dan sayur
3. Memberikan edukasi tentang eliminasi, yaitu ibu tidak boleh menahan BAK dan BAB  
(Evaluasi) : ibu sudah BAK
4. Mengajarkan ibu cara perawatan luka perineum ( personal hygiene)  
(Evaluasi) : ibu mengerti
5. Mengajarkan ibu senam kaegel  
Evaluasi : ibu mempraktikan
6. Menganjurkan ibu untuk istirahat  
(Evaluasi) : ibu tidur pada saat bayi tidur
7. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar  
(Evaluasi): ibu bisa menyusui
8. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif  
(Evaluasi) : ibu mengatakan akan memberikan ASI eksklusif
9. Memberikan edukasi tentang tanda-tanda bahaya pada ibu post partum  
(Evaluasi) : ibu mengerti

Tanggal pengkajian : 21 september 202  
 Jam : 09.00

### **S DATA SUBJEKTIF**

- 1 Biodata : Nama Klien : Ny. S Nama Suami : Tn. A  
 Usia Klien : 30 tahun Usia Suami : 35 Tahun
  
- 2 Keluhan : Ibu mengeluh ASI nya sedikit, sehingga di tambah  
 Utama susu formula
- 3 Keadaan : a. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga  
 Psikologis terhadap kondisi klien saat ini ? bahagia akan  
 kelahiran bayinya  
 b. Apakah kehamilan ini direncanakan dan  
 diharapkan ? Ya  
 c. Apakah ada masalah yang dirasa klien masih  
 belum terselesaikan ? Tidak ada  
 d. Apa saja tindakan yang sudah dilakukan oleh  
 klien terhadap masalah tersebut ? tidak ada
  
- 4 Pola aktivitas : a Makan dan minum terakhir  
 saat ini Pukul berapa : jam 07.30  
 Jenis makanan : nasi, sayur bayam dan telur  
 ceplok  
 Jenis minuman : air putih  
 b BAB terakhir : kemarin pagi, tidak ada masalah  
 c BAK terakhir : jam 08.00, tidak ada masalah  
 d Istirahat : pas tidur malam saja  
 e Keluhan lain : tidak ada

### **O DATA OBJEKTIF**

- 1 Pemeriksaan : a Keadaan umum : baik  
 umum b Kesadaran : composmentis  
 c Cara berjalan :tanpa alat bantu  
 d Postur tubuh : tegap

- e. Tanda-tanda vital :
    - TD : 120/80 mmhg
    - Nadi : 87 x/m
    - Suhu : 36,8°C
  - f. Antropometri:
    - BB: 79,4 kg
- 2 Pemeriksaan : a. Kepala : simetris, tidak ada benjolan ataupun Khusus lesi, rambut bersih, tidak ada ketombe
- b. Wajah : tidak ada edema, tidak pucat, ada cloasma gravidarum
  - c. Mata : conjunctiva merah, sclera putih
  - d. Dada & Payudara :
    - Areola mammae : coklat
    - Putting susu : menonjol
    - Kolostrum : ada
    - Benjolan : tidak ada
    - Bunyi nafas : tidak ada ronchi
    - Denyut jantung : reguler
    - Wheezing/ stridor : tidak ada
  - e. Abdomen :
    - TFU : 2 jari atas simpisis
    - Kontraksi : baik
    - Kandung kenih : kosong
    - Diastasis recti : ada
  - f. Ekstremitas :
    - Oedem : tidak ada
    - Varices : tidak ada
    - Refleks Patella : +/+
  - g. Genitalia :
    - vulva/vagina : tidak nampak ada varices, ada luka perineum
    - Pengeluaran lochea : sangiolenta

Oedem/ Varices : tidak ada

Benjolan : tidak ada

Robekan perineum : ada, terawatt

Anus : tidak ada hemoroid

3 Pemeriksaan : Tidak ada  
penunjang

#### **A ASESSMENT**

1 Diagnosa (Dx) : P3A0 post partum 7 hari

2 Masalah : Tidak ada  
Potensial

3 Kebutuhan : Tidak ada  
Tindakan  
segera

#### **P PLANNING**

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa ibu dalam kondisi normal  
(Evaluasi) : pasien dan keluarga mengerti
2. Memberikan edukasi nutrisi seimbang yaitu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dengan tinggi kalori, tinggi protein dan tinggi serat  
(Evaluasi) : ibu mengerti dan akan mengikuti saran dari bidan
3. Memberikan edukasi tentang eliminasi, yaitu ibu tidak boleh menahan BAK dan BAB  
(Evaluasi) : ibu mengerti
4. Mengingatkan ibu untuk menjaga kebersihan daerah genitalnya dan kebersihan dirinya  
(Evaluasi) : ibu mengatakan selalu mengganti pembalutnya 5-6 jam sekali atau apabila sudah terasa tidak nyaman
5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, apabila bayinya tidur bisa ikut tidur pula  
(Evaluasi) : ibu tidur pada saat bayi tidur

6. Memberikan edukasi bahwa ibu harus sesering mungkin menyusui bayinya sehingga produksi ASI nya akan terangsang makin banyak dan hindari stres  
(Evaluasi): ibu akan menghentikan susu formulanya dan akan lebih sering menyusui bayinya
7. Mengingatkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif  
(Evaluasi) : ibu memiliki keinginan untuk memberikan ASI eksklusif seperti anak pertama
8. Mengingatkan Kembali tanda-tanda bahaya pada ibu nifas, apabila ada salah satu keluhan tersebut maka segera periksa Kembali  
(Evaluasi) : ibu mengerti
9. Memberitahukan ibu untuk kontrol kembali pada tanggal 29 september 2023  
(Evaluasi) : tercatat dalam buku KIA

Tanggal pengkajian : 29 september 2023

Jam : 10.00 WIB

**S DATA SUBJEKTIF**

- 1 Biodata : Nama Klien : Ny. S  
Usia Klien : 30 tahun
- 2 Keluhan : Tidak ada  
Utama
- 3 Pola aktivitas : a. Makan dan minum terakhir  
saat ini Pukul berapa : jam 07.30  
Jenis makanan : nasi, sayur bayam dan telur ceplok  
Jenis minuman : air putih  
b. BAB terakhir : kemarin pagi, tidak ada masalah  
c. BAK terakhir : jam 08.00, tidak ada masalah  
d. Istirahat : pas tidur malam saja  
e. Keluhan lain : tidak ada

- 4 Keadaan Psikologis : a. Bagaimanakah respon pasien dan keluarga terhadap kondisi klien saat ini ? bahagia akan kelahiran bayinya  
 b. Apakah kehamilan ini direncanakan dan diharapkan ? Ya  
 c. Apakah ada masalah yang dirasa klien masih belum terselesaikan ? Tidak ada  
 d. Apa saja tindakan yang sudah dilakukan oleh klien terhadap masalah tersebut ? tidak ada
- 5 Pola aktivitas saat ini : a. Makan dan minum terakhir  
 Pukul berapa : jam 07.30  
 Jenis makanan : nasi, sayur bayam dan telur ceplok  
 Jenis minuman : air putih  
 b. BAB terakhir : kemarin pagi, tidak ada masalah  
 c. BAK terakhir : jam 08.00, tidak ada masalah  
 d. Istirahat : pas tidur malam saja  
 e. Keluhan lain : tidak ada

#### O DATA OBJEKTIF

- 1 Pemeriksaan umum : a. Keadaan umum : baik  
 b. Kesadaran : composmentis  
 c. Cara berjalan : tanpa alat bantu  
 d. Postur tubuh : tegap  
 e. Tanda-tanda vital :  
 TD : 140/90 mmhg  
 Nadi : 87 x/m  
 Suhu : 36,8°C

**A ASESSMENT**

- 1 Diagnosa : P3A0 post partum 2 minggu  
(Dx)
- 2 Masalah : Tidak ada  
Potensial
- 3 Kebutuhan : Tidak ada  
Tindakan  
segera

**P PLANNING**

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : bahwa ibu dalam kondisi normal  
(Evaluasi) : pasien dan keluarga mengerti
2. Mengingatnkan Kembali :
  - Gizi seimbang
  - Istirahat yang cukup
  - Personal hygiene
  - ASI eksklusif
  - Tanda-tanda bahaya pada masa nifas
 (Evaluasi) : ibu sudah menerapkan saran dari bidan
3. Menginformasikan kepada ibu untuk perencanaan KB  
(Evaluasi) : ibu berencana menggunakan KB pil
4. Memberitahukan ibu untuk kontrol kembali pada tanggal 3 oktober 2023  
(Evaluasi) : tercatat dalam buku KIA

Pada tanggal 23 oktober 2023 ibu melakukan kontrol 6 minggu sesudah melahirkan ke TPMB Bidan Cintia dan memutuskan untuk ber KB pil dikarenakan riwayat sebelumnya pun ber KB pil dan efektif bisa memberikan jarak selama 8 tahun. Pada kunjungan ini pun ibu menginformasikan bahwa tensinya sudah turun kembali menjadi 120/80 mmhg.