

## **BAB II**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. ASUHAN KEHAMILAN**

##### **ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL TM I NY. A USIA 31 TAHUN G2P1A0 UK 12<sup>+1</sup> MINGGU DI PMB NURKHOTIMAH WANAREJA CILACAP**

Hari/Tanggal : Jumat / 10 November 2023

Tempat pengkajian : PMB Nurkhotimah

Waktu : 16.15 WIB

#### **I. PENGKAJIAN**

##### **A. Data Subjektif**

###### **1. Biodata**

Nama ibu : Ny. "A"	Nama suami : Tn. "R"
Umur : 31 tahun	Umur : 33 tahun
Suku : Jawa	Suku : Jawa
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SD	Pendidikan : SD
Pekerjaan : Buruh	Pekerjaan : Buruh
Alamat : Wanareja RT 4 RW 5 Wanareja	

###### **2. Alasan Kunjungan**

Klien mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.

###### **3. Keluhan Utama**

Klien mengatakan kadang- kadang mual dan kadang- kadang muntah sejak 3 hari yang lalu 2-3 kali sehari, namun tidak mengganggu aktifitas.

###### **4. Riwayat Menstruasi**

Menarche : 13 th.

Siklus : 28-30 hari, teratur

Lama : 5-7 hari

Banyak : 3-4 x ganti pembalut / hari, tidak dismenorea

5. Riwayat kehamilan/persalinan lalu

Anak Ke	Tahun	UK	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Peno long	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Baby	Ibu	BB/PB	Kondisi	Kondisi	Lakta si
1	2010	9 bulan	spontan	Rumah	bidan	Tidak ada	Tidak ada	2900 gr	sehat	baik	ASI Eksklusif
2	Hamil I ni										

6. Riwayat Kehamilan sekarang

a. G P A : G2P1A0

b. HPHT : 14 Agustus 2023 HPL : 21 Mei 2024

c. UK : 12 minggu 1 hari

d. Imunisasi Toxoid Tetanus : sebanyak 4.kali, yaitu:

TT 1 : Bayi

TT 2 : SD

TT 3 : CATIN

TT 4 : Hamil ke 1

e. Kecemasan : ada

f. Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

g. Tanda-tanda persalinan : Tidak ada

7. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Melitus : Tidak ada

Malaria : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Riwayat operasi abdomen : Tidak ada

Myoma uteri : Tidak ada

8. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Melitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : ada keturunan kembar

9. Riwayat KB

Klien pernah menggunakan KB Suntik sejak anak ke 1 sampai tahun 2020 keluhan tidak mens. Kemudian Februari 2020 menggunakan KB Pil 3x, keluhan mual.

10. Riwayat Psikososial dan spiritual

Status perkawinan : Menikah

Lama menikah : 14 tahun

Usia menikah pertama : 17 tahun

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Sangat senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga : bersama-sama

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Puskesmas.

Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RSU Raffa Majenang

Kegiatan beribadah : klien mengatakan beribadah setiap hari dan tidak ada hambatan.

Psikososial ibu terhadap kehamilan saat ini : Ibu mengatakan cemas karena jarak terlalu jauh

11. Activity Daily Living

a. Pola makan & minum :

Frekuensi : 3x sehari

Jenis : nasi, sayur, lauk kadang-kadang buah

Porsi : 1/2 piring, keluhan : mual terkadang muntah

Minum : 6-8 gelas/hr, jenis Air putih

b. Pola istirahat :

Tidur siang : Tidak pernah

Tidur malam : 6-8 jam

c. Pola eliminasi :

BAK : 5-6 x /hari, warna kuning jernih

BAB : 1 x /hari, konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan

d. Personal Hygiene

Mandi : 2x sehari

Ganti pakaian dan pakaian dalam : 3-4x sehari

e. Pola Aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : Melakukan kegiatan ibu rumah tangga dan bekerja sebagai ART.

f. Hubungan sexual

Frekuensi : 2 x / minggu

Keluhan : Tidak ada

g. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minum-minuman keras : Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

## **B. DATA OBJEKTIF :**

1. Pemeriksaan umum  
Keadaan umum : Baik
2. Tanda-tanda vital  
Kesadaran : Composmentis  
Tekanan darah : 129/72 mmHg  
Nadi : 83 x/mnt  
Suhu : 36,4°C  
Respirasi : 20 x/mnt
3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan  
Berat badan sebelum hamil : 54 kg  
Berat badan : 56 kg ( kenaikan BB 2 Kg )

Tinggi badan : 146 cm  
 Lila : 26 cm  
 IMT : 26,3 ( Gemuk )

4. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

- 1) Postur tubuh : Tidak ada kelainan
- 2) Kepala : Messocephal
  - Rambut : Hitam
  - Muka : Tidak oedema, simetris
  - Mata : Bersih
  - Conjungtiva : Merah muda
  - Cloasma : Tidak ada kelainan
  - Oedema : Tidak ada oedema
  - Sclera : Putih
  - Hidung : Tidak ada kelainan, polip : Tidak ada
  - Gigi dan mulut : Tidak ada gigi berlubang, bibir lembab, tidak ada sariawan
- 3) Leher : Tidak ada kelainan
 

Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya pembesaran
- 4) Payudara : Tidak ada kelainan
  - Bentuk simetris : Simetris
  - Keadaan putting susu : Menonjol
  - Aerola mamae : Cokelat kehitaman
  - Colostrum : Belum keluar
- 5) Abdomen : Tidak ada bekas luka / operasi, terdapat striae gravidarum, ballotemen +, TFU 3 jari di atas simpisis
- 6) Ekstremitas
  - a) Tangan Simetris/ tidak : Simetris
  - b) Kaki

Odem pada tungkai bawah : Tidak ada

Varises : Tidak ada

Pergerakan : bebas

Kemerahan pada tungkai : Tidak ada

7) Genitalia

- a) Varises : Tidak ada
- b) Odema : Tidak ada
- c) kelenjar bartolini : Tidak ada pembesaran
- d) Pengeluaran pervaginam : Tidak ada
- e) Keputihan : Tidak ada
- f) Bau : -
- g) Anus : Tidak ada hemoroid

b. Palpasi

Abdomen teraba ballotemen, TFU 3 jari di atas simpisis.

- 5. Pemeriksaan Panggul : Tidak dilakukan
- 6. Pemeriksaan Dalam : Tidak dilakukan
- 7. Pemeriksaan Penunjang : Tanggal 8 November 2023 dari data buku KIA

a. Laboratorium

Hb : 12

Golongan darah : AB

Gula darah : 92

HIV/SYPHILIS/HbSag : NR/NR/NR

b. USG 8 November 2023 di Puskesmas Wanareja I

Ditemukan janin Tunggal hidup intrauterine dengan CRL 5,41 cm G2P1A0 Hamil 12 minggu lebih 2 hari.

## II. INTERPRETASI DATA/DIAGNOSA KEBIDANAN

Diagnosa kebidanan : Ny. A 31 tahun G2P1A0 Hamil 12 minggu 1 hari dengan keadaan ibu dan janin baik.

Masalah : Cemas, khawatir akan kehamilannya saat ini karena jarak kehamilannya 13 tahun dan mual muntah.

Kebutuhan : Beri dukungan untuk mengatasi kecemasan akan kehamilannya dan beri penkes makan sedikit tapi sering.

### **III. DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL**

Tidak ada

### **IV. IDENTIFIKASI TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI**

Tidak ada

### **V. PERENCANAAN (Tanggal : 10 November 2023, Pukul : 16.25 WIB)**

1. Jelaskan hasil pemeriksaan kepada klien dan suami.
2. Lakukan konseling ketidaknyamanan ibu hamil trimester 1
3. Beri dukungan untuk mengatasi kecemasan akan kehamilannya
4. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan dan minuman sedikit demi sedikit tetapi dengan frekuensi yang sering setiap hari
5. Berikan konseling kepada suami terkait dukungan psikologi kepada istri selama proses kehamilan ini
6. Anjurkan klien untuk mengikuti kelas ibu hamil yang diadakan di posyandu wilayah setempat.
7. Beri konseling tentang tanda bahaya kehamilan pada trimester I
8. Berikan Calsifar 1x1 dan vitamin B6 1x1
9. Mengisi Buku KIA dan kartu P4K yang telah diisi dan anjurkan untuk dibawa setiap kontrol kehamilan
10. Atur jadwal kunjungan ulang 4 minggu kemudian tanggal 10 Desember 2023 atau jika ada keluhan.
11. Dokumentasikan hasil tindakan dengan metode 7 langkah varney

### **VI. PELAKSANAAN (Tanggal : 10 November 2023 Pukul : 16.30 WIB)**

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada klien meliputi keadaan mual yang dirasakan, tekanan darah : 129/72 mmHg, Nadi : 83x/mnt , Suhu : 36,4°C, Respirasi : 20 x/mnt, dan kondisi ibu dalam keadaan normal.
2. Melakukan konseling ketidaknyamanan ibu hamil trimester 1 seperti : sering bak, mual muntah, mudah lelah, pusing, payudara terasa nyeri, perubahan mood yang tidak stabil.
3. Memberi dukungan untuk mengatasi kecemasan akan kehamilannya dengan menganjurkan klien untuk tetap tenang menghadapi kehamilannya
4. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan dan minuman sedikit demi sedikit tetapi dengan frekuensi yang sering setiap hari yaitu 5-6x sehari, memilih jenis makanan yang tidak merangsang mual muntah seperti sayuran, buah, lauk, cemilan, minuman hangat. Menghindari makanan yang pedas dan bersantan, makanan yang banyak mengandung rempah dan gas (durian, masakan padang), minuman bersoda
5. Menganjurkan ibu untuk mengikuti kelas ibu hamil yang diadakan di posyandu wilayah setempat
6. Memberikan konseling kepada suami terkait dukungan psikologi kepada istri selama proses kehamilan ini yaitu memberikan edukasi kepada suami untuk menemani dan menjaga ibu baik secara fisik maupun psikologi seperti memahami keadaan kehamilan istri, menjaga mood istri selama kehamilan, siaga mengantar memeriksakan kehamilan istri dan berkonsultasi dengan dokter terkait kehamilan istri, dapat menemani aktifitas istri yang berkaitan dengan kesehatan kehamilannya.
7. Memberi konseling tentang tanda bahaya kehamilan pada trimester I, diantaranya muncul bercak darah dari vagina, nyeri payudara, sembelit, mengidam, sering buang air kecil, mood gampang berubah, morning sickness, perubahan kondisi kulit (bisa lebih kering atau berminyak tergantung hormon). Apabila ibu mengalami salah satu tanda bahaya tersebut harus segera pergi ke tenaga kesehatan

8. Memberikan Calsifar 1x1 dan vitamin B6 1x1 dan menganjurkan untuk rutin meminumnya untuk mengganti kalsium yang hilang selama kehamilan dan mengurangi keluhan mual
9. Mengisi Buku KIA dan kartu P4K serta menganjurkan untuk di bawa setiap kontrol kehamilan
10. Memberikan jadwal kunjungan ulang 4 minggu lagi yaitu 10 Desember 2023 atau jika ada keluhan
11. Mendokumentasikan hasil tindakan dengan metode 7 langkah varney mulai dari pengkajian data subjektif dan objektif, interpretasi data/diagnosa kebidanan, diagnosa potensial, perencanaan, implementasi dan evaluasi

## **VII. EVALUASI (Tanggal : 10 November 2022, Pukul : 16.30 WIB)**

1. Klien mengetahui hasil pemeriksaan dan merasa senang
2. Klien mengerti ketidaknyamanan pada trimester 1 dan mampu memahami ketidaknyamanan yang dirasakanya saat ini merupakan perubahan yang dialami pada wanita di awal kehamilan
3. Klien mengatakan mencoba untuk tenang menghadapi kehamilannya.
4. Klien mengerti jenis makanan dan minuman yang dianjurkan saat ini dan berusaha untuk makan dan minum sedikit-sedikit tetapi sering sesuai anjuran.
5. Klien bersedia mengikuti kelas ibu hamil
6. Suami mengatakan bersedia untuk mengikuti anjuran bidan demi kesehatan ibu dan bayinya.
7. Klien mengerti tentang tanda bahaya kehamilan pada trimester I
8. Ibu diberikan Calsifar sebanyak 10 dan vitamin b6 10 tablet
9. Buku kia sudah diisi.
10. Ibu bersedia untuk kontrol ulang
11. Semua tindakan sudah terdokumentasikan.

**DOKUMENTASI KEBIDANAN PADA IBU HAMIL TM 2**  
**NY. A USIA 31 TAHUN G2P1A0 HAMIL 16 MINGGU 5 HARI**  
**DI PMB NURKHOTIMAH WANAREJA CILACAP**

Tanggal/ jam pengkajian : 10 Desember 2023 / Jam : 09.00 WIB

Tempat : PMB Nurkhotimah Wanareja

Pengkaji : Nurkhotimah

**I. DATA SUBJEKTIF**

1. Klien mengatakan ingin memeriksakan dan mengetahui kondisi kehamilannya.
2. Klien mengatakan sudah tidak mual muntah
3. Klien mengatakan sudah mau makan dan minum lebih banyak daripada sebelumnya.
4. Klien mengatakan berat badanya sudah mulai bertambah

**II. DATA OBJEKTIF**

1. Keadaan umum : baik, kesadaran compositus

2. Tanda-tanda vital sign :

Tekanan darah : 117 / 78 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,4°C

Pernafasan : 19x/menit

3. Berat badan : 58 kg ( Kenaikan BB 2 Kg )

4. Tinggi badan : 146 cm

5. IMT : 27,2 ( Gemuk )

6. Lila : 27 cm

7. HPHT : 14 Agustus 2023

8. Muka : Tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema

9. Mata : Konjunktiva merah muda, sklera putih, tidak ada konjungtivitis

10. Hidung : Tidak ada kelainan , polip: tidak ada

11. Gigi dan mulut : Tidak ada gigi berlubang, bibir lembab, tidak ada sariawan

12. Leher : Tidak ada kelainan

Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya pembesaran

13. Payudara : Tidak ada kelainan

Bentuk simetris : Simetris

Keadaan putting susu : Menonjol

Aerola mamae : Cokelat kehitaman

Colostrum : Belum keluar

14. Abdomen : tidak ada bekas luka / operasi, terdapat strie gravidarum, teraba ballotemen, TFU pertengahan pusat - simpisis, DJJ 135x/menit reguler

15. Ekstremitas

Tangan Simetris /tidak : Simetris

Kaki Odem pada tungkai bawah : Tidak ada

Varises : Tidak ada

Pergerakan : Bebas

Kemerahan pada tungkai : Tidak ada

16. Pemeriksaan dalam : Tidak dilakukan

17. Pemeriksaan penunjang : tidak dilakukan

### III. ASSESSMENT

Ny. A 31 tahun G2P1A0 Hamil 16 minggu 5 hari dengan keadaan ibu dan janin baik

### IV. PLANING

1. Memberitahu klien tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dan janin dalam kondisi yang baik meliputi :
  - a. Tekanan darah : 117/78 mmHg
  - b. Nadi : 80x/menit
  - c. Suhu : 36,4°C
  - d. Pernafasan : 19x/menit

- e. Lila 27 cm
- f. BB naik menjadi 57 kg
- g. Muka : Tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema
- h. Mata : Konjunktiva merah muda, sklera putih, tidak ada konjungtivitis
- i. Hidung : Tidak ada kelainan, polip: tidak ada
- j. Gigi dan mulut : Tidak ada gigi berlubang, bibir lembab, tidak ada sariawan
- k. Leher : Tidak ada kelainan  
Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya pembesaran
- l. Payudara : Tidak ada kelainan
- m. Abdomen : Tidak ada bekas luka / operasi, terdapat strie gravidarum, teraba ballotemen, TFU pertengahan simpisis pusatcm, DJJ 135x/menit reguler
- n. Ekstremitas tangan dan kaki simetris, bebas, tidak ada oedema dan varises
- o. Pemeriksaan penunjang : Hasil USG Tanggal 15 November 2023 di Puskesmas Wanareja I perkembangan janin sesuai dengan umur kehamilan, janin tunggal hidup intra uterin.

Evaluasi : Klien mengerti bahwa kehamilannya dalam kondisi yang normal

2. Mengajurkan klien untuk tetap mengkonsumsi makanan dan minuman yang bergizi seimbang yaitu dengan jenis nasi, sayur, lauk protein nabati dan hewani, buah terutama makanan yang kaya akan zat besi untuk mencegah anemia, kalsium untuk membantu pembentukan tulang gigi janin, serat untuk menjaga kesehatan pencernaan, asam folat untuk mencegah cacat janin

Evaluasi : klien mengatakan mengerti dan bersedia untuk mengikuti anjuran bidan dan dokter

3. Menganjurkan klien jangan berdiri/ duduk terlalu lama untuk tetap menjaga aliran darah tetap lancar dan menghindari kram pada kaki

Evaluasi : klien mengatakan berjanji akan sering mengubah posisi

4. Menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup baik tidur siang maupun malam dan menghindari stres.

Evaluasi : klien mengatakan mengerti untuk cukup tidur dan menerima ketidaknyamanan saat hamil

5. Menganjurkan olah raga ringan dengan berjalan kaki, peregangan otot ringan bertujuan untuk mengurangi kram kaki dan rasa nyeri

Evaluasi : klien mengatakan bersedia untuk olah raga ringan sesuai anjuran

6. Memberikan edukasi terkait hubungan seksual pada masa hamil boleh dilakukan dan relatif aman jika hasil pemeriksaan kehamilan dalam keadaan normal untuk menjaga keharmonisan hubungan suami istri dengan tetap menjaga komunikasi dengan suami.

Evaluasi : klien mengatakan mengerti penjelasan dari bidan

7. Memberikan Afolat 1x1 dan Calsifar 1x1.

Evaluasi : Ibu sudah mendapatkan Afolat dan Calsifar.

8. Menganjurkan klien melakukan kontrol ulang 1 bulan lagi

Evaluasi : klien mengatakan mengerti untuk jadwal kunjungan ulang 1 bulan kemudian atau jika ada keluhan.

9. Melakukan dokumentasi tindakan yang dilakukan dalam bentuk SOAP

Evaluasi : Semua tindakan sudah terdokumentasikan

**CATATAN PERKEMBANGAN PADA IBU HAMIL TM 3**  
**NY. A USIA 31 TAHUN G2P1A0 HAMIL 36<sup>+6</sup> MINGGU**  
**DI PMB NURKHOTIMAH**

Tanggal/ jam pengkajian : 28 April 2024 / Jam : 16.00 WIB

Tempat : PMB Nurkhotimah

Pengkaji : Nurkhotimah

**I. DATA SUBJEKTIF**

1. Klien mengatakan sudah tidak mual muntah dan makan lebih terasa enak.
2. Klien mengatakan sudah dapat makan dan minum dengan porsi lebih banyak daripada sebelumnya.
3. Klien mengatakan berat badanya sudah bertambah
4. Klien mengatakan terkadang merasakan nyeri pada atas symphysis pubis
5. Klien mengatakan lebih sering BAK terutama jika malam hari
6. Klien mengatakan punggung/tulang belakang sering terasa nyeri jika janin sedang bergerak dan kadang-kadang ada mules

**II. DATA OBJEKTIF**

1. Keadaan umum : baik, kesadaran comosmentis

2. Tanda-tanda vital sign :

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,5<sup>0</sup>C

Pernafasan : 19 x/menit

3. Berat badan : 63 kg

4. Tinggi badan : 146 cm

5. Lila : 28 cm

6. HPHT : 14 Agustus 2023

7. Muka : Tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema

8. Mata : Konjunktiva merah muda, sklera putih, tidak ada konjungtivitis

9. Hidung : Tidak ada kelainan , polip: tidak ada

10. Gigi dan mulut : Tidak ada gigi berlubang, bibir lembab, tidak ada sariawan
11. Leher : Tidak ada kelainan  
Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya pembesaran
12. Payudara : Tidak ada kelainan  
Bentuk simetris : Simetris  
Keadaan putting susu : Menonjol  
Aerola mamae : Cokelat kehitaman  
Colostrum : Sudah keluar
13. Abdomen : Tidak ada bekas luka / operasi, terdapat strie gravidarum, TFU 28 cm, DJJ 135x/menit reguler
  1. Leopold I : TFU dipertengahan pusat prosesus xiphideus, teraba lunak, tidak melenting (Bokong).
  2. Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kiri perut ibu (PUKI), teraba bagian kecil disisi kanan perut ibu (ekstremitas janin).
  3. Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).
  4. Leopold IV : Divergen,TFU 28 cm, punctum maksimum 3 jari kiri di bawah pusat, TBJ 2635 gr
14. Ekstremitas  
Tangan Simetris /tidak : Simetris  
Kaki Odem pada tungkai bawah : Tidak ada  
Varises : Tidak ada  
Pergerakan : Bebas  
Kemerahan pada tungkai : Tidak ada
15. Pemeriksaan dalam : Tidak dilakukan
16. Pemeriksaan penunjang : Tidak dilakukan

### III. ASSESSMENT

Ny. A 30 tahun G2P1A0 Hamil 36 minggu 6 hari dengan keadaan ibu dan janin baik

### IV. PLANING

1. Memberitahu klien tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dan janin dalam kondisi yang baik meliputi :
  - a. Nadi : 80x/menit
  - b. Tekanan Darah : 110/70 mmhg
  - c. Suhu : 36,5°C
  - d. Pernafasan : 19x/menit
  - e. Lila naik menjadi 28 cm
  - f. BB naik dari 54 kg menjadi 63 kg
  - g. Muka : Tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema
  - h. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada konjungtivitis
  - i. Hidung : Tidak ada kelainan , polip: tidak ada
  - j. Gigi dan mulut : Tidak ada gigi berlubang, bibir lembab, tidak ada sariawan
  - k. Leher : Tidak ada kelainan
  - a. Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya pembesaran
  - l. Payudara : Tidak ada kelainan
  - m. Abdomen : Tidak ada bekas luka / operasi, terdapat strie gravidarum, TFU 28 cm, DJJ 135x/menit reguler
- Pemeriksaan Palpasi
  1. Leopold I : TFU dipertengahan pusat prosesus xiphideus, teraba lunak, tidak melenting (Bokong).
  2. Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kiri perut ibu (PUKI), teraba bagian kecil disisi kanan perut ibu (ekstremitas janin).

3. Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).
4. Leopold IV : Divergen, TFU 28 cm, punctum maksimum 3 jari kiri di bawah pusat, DJJ 135 x/menit TBJ 2635 gr
- n. Ekstremitas tangan dan kaki simetris, bebas, tidak ada oedema dan varises
- o. Pemeriksaan penunjang : Hasil USG pada tanggal 14 Maret 2024 di Puskesmas Wanareja I usia kehamilan 31 minggu, perkembangan janin sesuai dengan umur kehamilan, janin tunggal intra uterin, TBJ 1500 gram

Evaluasi : Klien mengerti bahwa kehamilannya dalam kondisi yang normal

2. Menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup baik tidur siang maupun malam dan menghindari stres.

Evaluasi : klien mengatakan mengerti untuk cukup tidur dan menerima ketidaknyamanan saat hamil dengan ikhlas agar tidak stres

3. Menganjurkan olah raga ringan dengan berjalan kaki, peregangan otot ringan bertujuan untuk mengurangi kram kaki dan rasa nyeri

Evaluasi : klien mengatakan bersedia untuk olah raga ringan sesuai anjuran

4. Memberikan edukasi terkait hubungan seksual pada masa hamil boleh dilakukan dan relatif aman jika hasil pemeriksaan kehamilan dalam keadaan normal untuk menjaga keharmonisan hubungan suami istri dengan tetap menjaga komunikasi dengan suami.

Evaluasi : klien mengatakan mengerti penjelasan dari bidan

5. Menganjurkan klien melakukan kontrol ulang 1 minggu lagi

Evaluasi : klien mengatakan mengerti untuk jadwal kunjungan ulang 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan.

8. Memberikan Penkes tentang Tanda bahaya kehamilan Trimester 3, yaitu:

- a. Perdarahan

Perdarahan terjadi karena posisi plasenta yang menutupi jalan lahir atau terlepasnya plasenta dari tempatnya sebelum janin lahir

b. Ketuban Pecah Dini

Air ketuban keluar sebelum ada tanda-tanda persalinan.

c. Mual muntah berlebih

Terjadinya mual muntah berlebihan yang dapat mengganggu aktivitas

d. Demam

Demam yang disebabkan karena infeksi

e. Pre eklampsia/ eklampsia (kejang)

Penyakit ini ditandai dengan tekanan darah tinggi, protein urin positif, pandangan mata kabur, nyeri ulu jati dll. Dan dapat menyebabkan kejang (eklampsia)

f. Gerakan janin berkurang

Dapat menyebabkan janin meninggal didalam rahim

Evaluasi : Ibu mengerti tentang pendidikan kesehatan tanda bahaya ibu hamil trimester 3

6. Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan

a. Tempat persalinan yang aman Bidan Praktek Mandiri, Puskesmas, RS, Klinik

b. Tenaga kesehatan penolong persalinan yaitu bidan, dokter umum, dokter obsgin

c. Pendamping persalinan yaitu suami, ibu, atau saudara Perempuan

d. Biaya persalinan apakah dengan biaya sendiri atau dengan jaminan Kesehatan

e. Hal-hal yang harus disiapkan untuk mengantisipasi kemungkinan kegawatdaruratan yaitu uang dan donor darah

f. Mendiskusikan pengambil keputusan dalam keluarga jika terjadi kegawatdaruratan

Evaluasi : Ibu mengerti tentang persiapan persalinan

7. Memberitahu tanda-tanda persalinan dan jika mengalami tanda tersebut segera datang ke tempat persalinan

- a. Keluar lendir bercampur darah
- b. Adanya kontraksi yang lebih kuat, sering, dan teratur
- c. Kadang-kadang keluar air ketuban
- d. Rasa sakit yang menjalar dari perut ke seluruh pinggang

Evaluasi : Ibu paham dan mengerti mengenai tanda-tanda persalinan

8. Memberikan Afolat 1x1 dan Calsifar 1x1

Evaluasi : Ibu sudah mendapatkan Afolat 10 tablet dan Kalk 10 tablet

9. Melakukan dokumentasi tindakan yang dilakukan dalam bentuk SOAP.

Evaluasi : Sudah didokumentasikan

## B. ASUHAN IBU BERSALIN

### DOKUMENTASI IBU BERSALIN

**NY. A UMUR 31 TAHUN G2P1A0 HAMIL 38 MINGGU 5 HARI**

### **DENGAN KALA I FASE AKTIF**

Tanggal Masuk	: 10 Mei 2024	Tgl pengkajian : 10 Mei 2024
Jam Masuk	: 14.30 WIB	Jam Pengkajian : 14.30 WIB
Pengkaji	: Nurkhotimah	

#### I. DATA SUBJEKTIF

##### A. Alasan utama masuk kamar bersalin :

Klien mengatakan merasa kenceng-kenceng sejak tadi pagi jam 08.00 WIB dan nyeri di perut bawah yang menjalar ke pinggang, jam 14.15 WIB keluar air banyak dari jalan lahir.

##### B. Tanda-tanda persalinan :

Kontraksi : Ada, teratur sejak tanggal : 10/05/2024 pukul 08.00 WIB  
 Frekuensi 3 x/10' / 35" kekuatan sedang, Lokasi ketidaknyamanan : Perut bagian bawah menjalar ke pinggang, Pengeluaran pervaginam air ketuban dan lendir bercampur darah melaui vagina

##### C. Riwayat kehamilan sekarang :

G2P1A0

HPHT : 14-8-2023

HPL : 21-5-2024

UK : 38 minggu lebih 5 hari

ANC : Teratur, frekuensi : 7x di : Bidan, posyandu dan Puskesmas

##### D. ACTIVITY DAILY LIVING

- Nutrisi : Makan terakhir jam 13.00 WIB porsi 1 piring, jenis nasi + sayur + lauk, Minum terakhir jam 13.30 WIB, porsi 1 gelas air putih
- Istirahat : Ibu mengatakan tidur tidur jam 22.00 WIB dan bangun jam 04.00 WIB

- c. Eliminasi : Ibu mengatakan BAB terakhir pukul 05.00 WIB, konsentrasi lunak, kecoklatan. BAK terakhir pukul 12.00 WIB warna kuning, jernnih.
- d. Personal hygiene : Ibu mengatakan terakhir mandi pukul 07.00 WIB keramas, gosok gigi, dan ganti pakaian
- e. Aktivitas : Ibu mengatakan dalam sehari-hari beraktivitas melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu, mencuci dan memasak

## E. DATA OBJEKTIF

## 1. Pemeriksaan umum

## 2. Pemeriksaan fisik

## 1) Inspeksi

- a. Muka : Tidak edema, tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih.
- b. Payudara : Bersih, puting menonjol, kolostrum sudah keluar
- c. Abdomen : Tidak ada luka bekas SC
- d. Genitalia : Vulva tidak ada varises, tidak ada edema, tidak ada tanda infeksi, PPV ada lendir bercampur darah, tidak ada pembesaran kelenjar bartolini
- e. Tangan dan kaki : Tidak ada oedema

## 2) Palpasi

Leopold I : Teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

Leopold II : Teraba bagian kecil janin di sebelah kanan, teraba keras seperti papan di sebelah kiri (puki)

Leopold III : Teraba bulat, keras, melenting, tidak bisa digoyangkan (kepala masuk PAP)

Leopold IV : Kepala masuk bagian panggul 2/5 (Divergen) TFU 29 cm TBJ : 2790 gram

Kontraksi : 3x/10'/35"

Kandung kemih : Kosong

## 3) Auskultasi

DJJ : Ada

Frekuensi : 132 x/menit, teratur

*Punctum maximum* : Perut bagian kiri bawah umbilikus

## 4) Pemeriksaan dalam

Atas indikasi : Ada tanda persalinan

Pukul : 14.30 WIB Oleh : Bidan

Vulva / vagina : Ada lendir bercampur darah, ada cairan ketuban

Portio : Mendatar, di anterior

Pembukaan Servik : 4 cm, lunak

Ketuban : (-), jernih

Presentasi Fetus : Belakang Kepala

Penurunan Bagian Terendah : Hodge II

Penyusupan : tidak ada

## 5) Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan

## F. ASSESMENT

Diagnosa Kebidanan : Ny. A usia 31 tahun G2P1A0 usia kehamilan 38 minggu lebih 5 hari inpartu kala 1 fase aktif dengan keadaan ibu ketuban pecah dini dan janin baik

Masalah : Jarak kehamilan jauh, Ketuban pecah jam 14.15 WIB

Diagnosa potensial : Gawat Janin

Kebutuhan segera : Pantau DJJ dan kemajuan persalinan

#### **G. PLANNING ( Tanggal : 10 Mei 2024, Pukul : 14.40 WIB )**

1. Memberitahu klien tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dengan hasil bahwa tanda-tanda vital dalam keadaan normal, keadaan bayi baik dan ibu dalam fase proses persalinan.  
Evaluasi : Ibu paham bahwa dirinya sudah masuk fase persalinan
2. Menjelaskan pada klien tentang persiapan persalinan normal yaitu klien akan dilakukan pemantauan kemajuan persalinan dan kesejahteraan ibu dan janin selama proses persalinan  
Evaluasi : Ibu paham dan mengerti
3. Memberikan dukungan emosional dan semangat kepada klien untuk tetap berjuang selama proses persalinan dan meyakinkan klien bahwa dirinya bisa melewati persalinan dengan lancar  
Evaluasi : Ibu tampak semangat dan tenang
4. Mengajurkan klien untuk tiduran miring ke kiri dengan tujuan memperlancar aliran dan ibu ke janin dan mempercepat penurunan kepala janin sehingga dapat mempercepat proses persalinan  
Evaluasi : Ibu terlihat tiduran miring ke kiri
5. Mengajarkan klien teknik relaksasi dengan nafas panjang dari hidung kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut, diulang kembali ketika klien mengalami kontraksi persalinan  
Evaluasi : Ibu tampak tenang dan rileks ketika ada kontraksi dengan relaksasi nafas
6. Mengajurkan klien untuk makan dan minum untuk membantu mendapatkan tenaga selama proses persalinan  
Evaluasi : Ibu sudah habis makan roti 1 potong dan 1 gelas the manis

7. Mengajurkan keluarga untuk mendampingi klien selama proses persalinan dan memberikan semangat dan dukungan mental pada klien

Evaluasi : Suami dan ibu tampak sedang menemani klien dan memberi dukungan serta semangat

8. Melakukan pemantauan tanda-tanda vital setiap 4 jam sekali, kesejahteraan janin setiap 30 menit sekali, pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali, dalam partografi (terlampir)

- Jam 15.00 WIB : HIS 3x/10'/35", DJJ 138x/menit reguler, nadi 82x/menit reguler
- Jam 15.30 WIB : HIS 3x/10'/35", DJJ 140x/menit reguler, nadi 80x/menit reguler
- Jam 16.00 WIB : HIS 3x/10'/35", DJJ 138x/menit reguler, nadi 84x/menit reguler
- Jam 16.30 WIB : HIS 4x/10'/40", DJJ 140x/menit reguler, nadi 82x/menit reguler
- Jam 17.00 WIB : HIS 4x/10'/45", DJJ 144x/menit reguler, nadi 82x/menit reguler
- Jam 17.30 WIB : HIS 4x/10'/45", DJJ 144x/menit reguler, nadi 82x/menit reguler
- Jam 18.00 WIB : klien mengatakan ingin mengejan, HIS 5x / 10'/45", DJJ 140x/menit reguler, nadi 84x/menit, penurunan kepala janin 0/5 bagian, VT pembukaan lengkap, kepala hodge 3, KK -, sisa AK warna jernih, lendir darah (+).

9. Menyiapkan alat partus dan hecting set, resusitasi set, perlengkapan ibu dan bayi telah siap.

Evaluasi : Alat partus dan hecting set, resusitasi set, perlengkapan ibu dan bayi telah siap

**CATATAN PERKEMBANGAN IBU BERSALIN**  
**NY. A DENGAN KALA II**

**Tanggal : 10 Mei 2024 Jam : 18.00 WIB**

**S : Subjektif**

Klien mengatakan kontraksi rahim semakin sering, terasa ingin BAB dan ada keinginan untuk mengejan

**O : Objektif**

1. KU : baik, kesadaran : compos mentis
2. TD : 122 / 83 mmHg
3. Nadi : 84x/menit
4. Suhu : 36,5°C
5. His 5 x/10'/45", DJJ 146x/menit regular, VT : pembukaan lengkap, kepala hodge 3, kk ( - ), sisa AK warna jernih, lendir darah (+) bertambah banyak, adanya dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva dan anus membuka.

**A : Assesment**

Ny. A usia 31 tahun G2P1A0 usia kehamilan 38 minggu lebih 5 hari inpartu kala 2 dengan keadaan ibu ketuban pecah dini dan janin baik

**P : Planning ( 10 Mei 2024 jam 18.00 WIB )**

1. Memberikan penjelasan tentang kemajuan proses persalinan dan kelahiran kepada klien dan keluarga bahwa dirinya sudah memasuki proses persalinan kala 2 dimana klien boleh megejan saat ada kontraksi  
Evaluasi : klien dan keluarga mengerti dan klien bersedia untuk mengejan saat ada kontraksi
2. Mendekatkan alat yaitu partus set dan hacting set, menyiapkan diri dengan mencuci tangan terlebih dahulu kemudian memakai APD lengkap dari nurse cap, masker, kaca mata, gown, celemek, sepatu boot, lampu sorot  
Evaluasi : alat partus dan bidan telah siap menolong persalinan

3. Membantu klien mengatur posisi yang nyaman untuk bersalin  
Evaluasi : klien nyaman dengan posisi setengah duduk
4. Mengajurkan klien untuk meneran saat ada kontraksi dengan posisi senyaman mungkin saat proses persalinan berlangsung  
Evaluasi : klien mengerti dan bersedia untuk meneran saat ada kontraksi
5. Memberikan rasa aman dan semangat serta dukungan keluarga selama proses persalinan berlangsung dengan memberikan motivasi dan pujian serta memberikan minuman manis agar menambah tenaga klien untuk mengejan  
Evaluasi : klien semangat bersalin dan mau untuk minum sedikit-sedikit
6. Melakukan pemantauan Kontraksi dan DJJ selama proses persalinan  
Evaluasi : His 5x/10'45", DJJ 144x/menit reguler
7. Saat kepala crowning dan terlihat 5-6cm di vulva, membantu kelahiran bayi mulai dari menahan perineum sampai dengan kepala lahir, menunggu putar paksi luar, mengecek adanya lilitan tali pusat dileher, jika lilitannya erat maka jepit tali pusat menggunakan 2 klem dan potong diantaranya, jika tidak ada dilanjutkan melahirkan bahu depan diikuti bahu belakang dan sangga susur untuk melahirkan seluruh badan bayi  
Evaluasi : jam 18.40 WIB bayi lahir spontan, jenis kelamin : Laki-laki, BB : 2800 gram, PB : 48 cm LK/LD 32/31 cm.
8. Melakukan penilaian awal bayi baru lahir.  
Evaluasi : Bayi menangis kuat, warna kulit kemerahan, gerakan aktif.
9. Meletakkan bayi di atas perut ibu agar bayi mencari putting susu sendiri / Inisiasi Menyusu Dini (IMD).  
Evaluasi : bayi berusaha mencari putting susu ibu.

**CATATAN PERKEMBANGAN IBU BERSALIN**  
**NY. A DENGAN KALA III**

**S : Subjektif**

Klien mengatakan senang dengan kelahiran bayinya dan terasa mulas pada perutnya

**O : Objektif**

1. KU : baik, kesadaran compositus
2. TD : 122/83 mmHg
3. Nadi : 84x/menit
4. Respirasi : 20x/menit
5. Suhu : 36,6 0C
6. Tali pusat tampak terlihat menjulur melalui vulva
7. TFU setinggi pusat, ada semburan darah 50 cc, kandung kemih kosong, kontraksi keras
8. Palpasi abdomen tidak ada janin kedua

**A : Assesment**

Ny. A usia 31 tahun P2A0 dalam persalinan kala III dengan keadaan ibu baik

**P : Planning ( 10 Mei 2024 jam : 18.41 WIB )**

1. Menyuntikan oxytocin 10 IU secara IM di 1/3 paha bagian luar.  
 Evaluasi : Oxytocin injeksi 10 IU telah disuntikan IM di 1/3 paha bagian luar.
2. Menjepit tali pusat pada dua tempat lalu memotong dan menjepit menggunakan klem umbilikal.  
 Evaluasi : tali pusat telah dipotong dan diklem menggunakan klem umbilikal
3. Melakukan penegangan tali pusat terkendali jika ada kontraksi, jika tali pusat bertambah panjang maka pindahkan klem 10 cm didepan vulva

sampai dengan terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta dan plasenta tampak didepan vulva segera lahirkan dengan menerima plasenta dan putar searah jarum jam sampai dengan plasenta lahir seluruhnya.

Evaluasi : jam 18.45 WIB plasenta telah lahir spontan dengan lengkap.

4. Melakukan massase uterus dengan tangan kiri selama 15 detik setelah plasenta lahir untuk membantu uterus berkontraksi dan mencegah perdarahan yang diakibatkan oleh atonia uteri dan tangan kanan melakukan pengecekan plasenta menggunakan kassa agar memastikan tidak ada kotiledon atau selaput yang tertinggal.

Evaluasi : uterus berkontraksi dengan baik, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan  $\pm 150$  cc, plasenta lengkap.

5. Melakukan pengecekan ruptur pada vagina dan perineum

Evaluasi : perineum robek grade 2, dilakukan heacting jelujur/satu-satu dengan anestesi lokal , tidak ada perdarahan aktif

6. Menyiapkan *heacting set*.

Evaluasi : *Heacting set* sudah siap

7. Melakukan penjahitan dengan melakukan anestesi lokal dahulu dengan menyuntikan lidokain.

Evaluasi : Sudah dilakukan penjahitan dengan jelujur/satu-satu dengan anestesi lokal.

8. Memastikan kontraksi uterus.

Evaluasi : Kontraksi uterus keras

**CATATAN PERKEMBANGAN IBU BERSALIN**  
**NY. A DENGAN KALA IV**

**S : Subjektif**

Klien mengatakan perutnya masih terasa sedikit mules

**O : Objektif**

1. KU : baik, kesadaran composmentis
2. TD : 110/74 mmHg
3. Nadi : 82x/menit
4. Respirasi : 20x/menit
5. Suhu : 36,6 0C
6. Plasenta lahir jam 18.45 WIB dengan lengkap, TFU 2 jari dibawah pusat
7. Jumlah perdarahan  $\pm 150$  cc

**A : Assesment**

Ny. A usia 31 tahun P2A0 dalam persalinan kala IV dengan keadaan ibu baik

**P : Planning**

1. Melakukan massase uterus untuk menjaga kontraksi uterus tetap baik dan mengajari keluarga untuk mengenali kontraksi uterus yang baik dan kondisi perdarahan.  
 Evaluasi : keluarga melakukan massase uterus dan mengerti kondisi perdarahan yang tidak normal
2. Melakukan pemantauan meliputi tekanan darah, nadi, TFU, kontraksi, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan 30 menit pada jam ke dua  
 Evaluasi : telah dilakukan pemantauan
3. Membantu ibu untuk membersihkan badan menggunakan tisu basah dan mengganti pakaian menggunakan agar klien merasa nyaman setelah bersalin.  
 Evaluasi : klien telah dalam keadaan bersih dan telah diganti pakaianya

### Hasil pemantauan kala IV

Ja m ke	Wakt u	Tekanan darah	Nad i	Suh u	TFU	Kontrak si uterus	Kandun g kemih	PP V
1	19.00	110/70 mmHg	82x	36,5	2 jari bawa h pusat	Keras	Kandung kemih	± 10 cc
	19.15	110/70 mmHg	80x		2 jari bawa h pusat	Keras	Kandung kemih	± 5 cc
	19.30	110/70 mmHg	78x		2 jari bawa h pusat	Keras	Kandung kemih	± 5 cc
	19.45	110/70mmH g	80x		2 jari bawa h pusat	Keras	Kandung kemih	± 5 cc
2	20.15	120/80 mmHg	80x	36,5	2 jari bawa h pusat	Keras	Kandung kemih	± 5 cc
	20.45	120/80 mmHg	80x		2 jari bawa h pusat	Keras	Kandung kemih	± 5 cc

### C. ASUHAN IBU NIFAS

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS**  
**NY. A UMUR 31 TAHUN P2A0 POSTPARTUM 6 JAM**  
**DI PMB NURKHOTIMAH WANAREJA**

Tanggal Masuk	: 10 Mei 2024	Tgl pengkajian	: 11 Mei 2024
Jam Masuk	: 18.45 WIB	Jam Pengkajian	: 01.00 WIB
Pengkaji	: Nurkhotimah		

#### **S : Data Subjektif**

Pasien mengatakan senang dengan kelahiran bayinya, masih merasakan sedikit mules dan sedikit nyeri pada luka jahitan.

#### **O : Data Objektif**

1. Keadaan umum : baik, kesadaran composmentis
2. Tanda-tanda vital sign :
 

Tekanan darah	: 122/83 mmHg
Nadi	: 85x/menit
Suhu	: 36,40C
Pernafasan	: 20x/menit
3. Tinggi badan : 146 cm
4. Lila : 28 cm
5. Muka : tidak pucat, tidak ada oedema
6. Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada konjungtivitis.
7. Hidung : Tidak ada kelainan, polip: tidak ada
8. Gigi dan mulut : Tidak ada gigi berlubang, bibir lembab warna merah muda, tidak ada sariawan
9. Leher : Tidak ada kelainan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
10. Payudara : Tidak ada kelainan
 

Bentuk simetris	: Simetris
Keadaan putting susu	: Menonjol

Aerola mamae : hitam

Colostrum : Sudah keluar

11. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras.

12. Ekstremitas

Tangan Simetris /tidak : simetris

Kaki Odema pada tungkai bawah : tidak ada

Kemerahan pada tungkai kaki : tidak ada

Varises : tidak ada

13. Pemeriksaan dalam : tidak dilakukan

14. Genitalia : PPV 50 cc, Lochea rubra

15. Pemeriksaan penunjang : Tidak dilakukan

#### **A : Assesment**

Ny. A Usia 31 tahun P2A0 post partum 6 jam dengan keadaan ibu baik

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

#### **P : Planning**

1. Memberitahu klien tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dalam keadaan baik meliputi :

a. Tekanan darah : 122/83 mmHg

b. Nadi : 85x/menit

c. Suhu : 36,4°C

d. Pernafasan : 20 x/menit

e. Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada konjungtivitis

f. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras.

g. Ekstremitas

Tangan Simetris /tidak : simetris

Kaki Odema pada tungkai bawah : tidak ada

Kemerahan pada tungkai kaki : tidak ada

Varises : tidak ada

h. Genitalia : ppv 50 cc, Lochea rubra

i. Pemeriksaan penunjang : Tidak dilakukan

2. Memberikan edukasi mengenai nutrisi yang dianjurkan setelah persalinan yaitu makanan yang bergizi seimbang dari mulai nasi, sayur, lauk dan buah, kemudian memperbanyak konsumsi makanan yang dapat membantu mempercepat pengeringan luka jahitan seperti telur, ikan salmon, sayuran hijau, kacang-kacangan, dan sup krim karena jenis makanan tersebut banyak mengandung vitamin A, vitamin B, zink, selenium, vitamin C, vitamin B12, omega 3.

Evaluasi : klien mengatakan mengerti dan bersedia untuk mengkonsumsi jenis makanan tersebut.

3. Memberi KIE mengenai :

a. ASI eksklusif dan menyusui *on demand* yaitu menyusui hanya ASI tanpa tambahan apapun selama 6 bulan berturut-turut dan menyusui segera ketika bayi menunjukkan rasa lapar tanpa melihat waktu.

b. Tanda bahaya masa nifas meliputi keluar darah dari jalan lahir berlebihan (perdarahan postpartum), infeksi nifas dengan tanda-tanda (demam tinggi, nyeri, kemerahan pada luka operasi/payudara mastitis), subinvolusi uteri, peritonitis, darah yang keluar berbau busuk, kejang tiba-tiba.

c. Perawatan diri/ personal hygiene meliputi kebersihan badan dan daerah kewanitaan dengan mengganti pembalut tiap 4 jam atau jika penuh.

Evaluasi : klien mengatakan mengerti hal-hal yang telah dijelaskan bidan.

1) Menganjurkan ibu minum vitamin A dosis 2 x 100.0000 IU, Afolat 1x1, Anastan 3x1 dan Yusimox 3x1.

Evaluasi : Ibu sudah minum obat.

2) Menjadwalkan kunjungan nifas selanjutnya pada tanggal 17 Mei 2024.

Evaluasi : Akan dilakukan kunjungan nifas ke rumah.

3) Melakukan pendokumentasian tindakan yang dilakukan.

Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian.

## **CATATAN PERKEMBANGAN IBU NIFAS**

### **NY. A UMUR 31 TAHUN P2A0 NIFAS HARI KE 7 (KF 2)**

Pengkajian : 17 Mei 2024 Jam 16.00 WIB

## S : Subjektif

Klien mengatakan tidak ada keluhan dan sudah BAB hari ke 3 setelah lahiran (13 Mei 2024)

## O : Objektif

1. KU : baik, kesadaran composmentis
2. TD : 120/80 mmHg
3. Nadi : 82x/menit
4. Respirasi : 20x/menit
5. Suhu : 36,6 0C
6. ASI sudah keluar
7. TFU petengahan pusat simpisis
8. Lochea merah kecoklatan, berlendir
9. Luka jahitan perineum kering

## A : Assessment

Ny. A usia 31 tahun P2A0 nifas hari ke 7 dengan keadaan ibu baik

Masalah : tidak ada

Diagnosa potensial : tidak ada

Rencana Tindakan segera : tidak ada

P : Planning (17 Mei 2024 jam : 16.05 WIB)

Tanggal : 17 Mei 2024 Jam : 16.05 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu  
KU : baik, kesadaran composmentis  
TD : 120/80 mmHg  
Nadi : 82x/menit  
Respirasi : 20x/menit  
Suhu : 36.6 0C

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Menganjurkan ibu untuk mengatur aktivitas antara waktu istirahat dan waktu merawat bayi agar tenaga ibu pulih dan menunjang produksi ASI.

Evaluasi : ibu mengetahui dan bersedia melakukannya.

3. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan keinginan untuk buang air kecil ataupun buang air besar.

Evaluasi : ibu bersedia melakukan anjuran tersebut.

4. Menjadwalkan kunjungan nifas selanjutnya pada tanggal 24 Mei 2024.

Evaluasi : Akan dilakukan kunjungan nifas ke rumah.

5. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : dokumentasi telah dilakukan pada buku KIA

# CATATAN PERKEMBANGAN IBU NIFAS

## NY. A UMUR 31 TAHUN P2A0 NIFAS HARI KE 14 (KF3)

Pengkajian : 24 Mei 2024 Jam 15.30 WIB

## S : Subjektif

Klien mengatakan tidak ada keluhan

## O : Objektif

1. KU : baik, kesadaran composmentis
2. TD : 110/80 mmHg
3. Nadi : 80x/menit
4. Respirasi : 20x/menit
5. Suhu : 36,5 0C
6. ASI lancar, Tidak ada bendungan payudara
7. TFU tidak teraba
8. Lochea putih kekuningan
9. Luka jahitan perineum kering, tidak ada tanda infeksi

## A : Assessment

Ny. A usia 31 tahun P2A0 nifas hari ke 14 dengan keadaan ibu baik

Masalah : tidak ada

Diagnosa potensial : tidak ada

Rencana Tindakan segera : tidak ada

P : Planning ( 24 Mei 2024 jam : 15.35 WIB )

Tanggal : 24 Mei 2024

Jam : 15.35 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu

KU : baik, kesadaran composmentis

TD : 110/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5 °C

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Memberikan penkes tanda bahaya masa nifas meliputi keluar darah dari jalan lahir berlebihan (perdarahan postpartum), infeksi nifas dengan tanda-tanda (demam tinggi, nyeri, kemerahan pada luka operasi/payudara mastitis), subinvolusi uteri, peritonitis, darah yang keluar berbau busuk, kejang tiba-tiba
3. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : dokumentasi telah dilakukan pada buku KIA

**CATATAN PERKEMBANGAN IBU NIFAS**  
**NY. A UMUR 31 TAHUN P2A0 NIFAS HARI KE 32 (KF4)**

**Pengkajian : 12 Juni 2024 Jam 06.30 WIB**

**S : Subjektif**

Klien mengatakan tidak ada keluhan

**O : Objektif**

KU : baik, kesadaran composmentis

TD : 110/70 mmHg

Nadi : 80x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5 0C

ASI lancar, tidak ada bendungan payudara

TFU tidak teraba

Lochea putih bening

Luka jahitan perineum kering, tidak ada tanda infeksi

**A : Assesment**

Ny. A usia 31 tahun P2A0 nifas hari ke 32 dengan keadaan ibu baik

Masalah : tidak ada

Diagnosa potensial : tidak ada

Rencana Tindakan segera : tidak ada

**P : Planning ( 12 Juni 2024 jam : 06.35 WIB )**

Tanggal : 12 Juni 2024

Jam : 06.35 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu

KU : baik, kesadaran composmentis

TD : 110/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5  $^{\circ}$ C

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Memberikan edukasi tentang efektifitas dan efek samping penggunaan KB implant.

Evaluasi : Ibu mengerti penjelasan bidan.

3. Melakukan pendokumentasian

Evaluasi : dokumentasi telah dilakukan pada buku KIA

#### **D. ASUHAN BAYI BARU LAHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR  
BY. NY. A UMUR 13 JAM NEONATUS CUKUP BULAN  
DI PMB NURKHOTIMAH WANAREJA**

Tanggal Masuk : 10 Mei 2024 Tgl pengkajian : 11 Mei 2024  
Jam Masuk : 18.40 WIB Jam Pengkajian : 07.30 WIB  
Pengkaji : Nurkhotimah

## I. Pengkajian

## A. Data Subjektif

## 1. Identitas pasien

Nama Bayi : By.Ny. A

Umur Bayi : 13 Jam

Jenis kelamin : Laki-laki

Tgl/ jam lahir : 10-05-2024 Jam 18.40 WIB

Nama ibu : Ny. "A" Nama suami : Tn. "R"

Umur : 31 tahun Umur : 33 tahun

Suku : Jawa Suku : Jawa

Agama : Islam Agama : Islam

Pendidikan : SD Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Buruh

Alamat : Wanareja RT 4 RW 5 Wanareja

## Riwayat kehamilan Ibu

HPHT : 14

HPI : 21-05-2024

Tanggal Lahir : 10-05-2024

Umur Kehamilan : 38 Minggu

Riwayat Penyakit Ibu selama Kehamilan

Berdasarkan : tidak ada

Pre Eklamsia : tidak ada

Eklamsia : tidak ada

Penyakit Kelamin : tidak ada

Myoma uteri : tidak ada

#### 4. Kebiasaan Waktu Ibu Hamil

Makanan : tidak ada pantangan makanan

Obat-obatan : Tidak pernah

Merokok : Tidak pernah

#### 5. Riwayat Persalinan Sekarang :

Jenis Persalinan : Normal

Ditolong oleh : Bidan

Lama Persalinan : 40 menit

Komplikasi persalinan

1) Ibu : Tidak ada

2) Bayi : Tidak ada

#### 6. Intake

ASI/PASI : Bayi sudah diberi ASI

Frekuensi : setiap bayi menangis lapar

Eliminasi :

1) Miksi : sudah, warna : kuning, frekuensi : 3 x

2) BAB : sudah, warna : kehitaman, frekuensi : 2 x

## B. Objektif

### 1. Riwayat keadaan Bayi Baru Lahir :

Nilai Apgar menit ke 1,5, dan 10

Menit ke 1	Frekuensi jantung	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> < 100	<input checked="" type="checkbox"/> > 100	2
	Usaha bernafas	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Lambat tidak teratur	<input checked="" type="checkbox"/> Menangis kuat	2
	Tonus otot	<input type="checkbox"/> Lumpuh	<input checked="" type="checkbox"/> Eks sedikit fleksi	<input type="checkbox"/> Gerakan aktif	1
	Reflek	<input type="checkbox"/> Tidak bereaksi	<input type="checkbox"/> Gerakan sedikit	<input checked="" type="checkbox"/> Menangis	2
	Warna	<input type="checkbox"/> Biru/pucat	<input checked="" type="checkbox"/> Tubuh kemerahan kaki dan tangan	<input type="checkbox"/> Kemerahan	1

Menit ke 5	Frekuensi jantung	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> < 100	<input checked="" type="checkbox"/> < 100	2
	Usaha bernafas	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Lambat tidak teratur	<input checked="" type="checkbox"/> Menangis kuat	2
	Tonus otot	<input type="checkbox"/> Lumpuh	<input type="checkbox"/> Eks sedikit fleksi	<input checked="" type="checkbox"/> Gerakan aktif	2
	Reflek	<input type="checkbox"/> Tidak bereaksi	<input type="checkbox"/> Gerakan sedikit	<input checked="" type="checkbox"/> Menangis	2
	Warna	<input type="checkbox"/> Biru/pucat	<input checked="" type="checkbox"/> Tubuh kemerahan kaki dan tangan	<input type="checkbox"/> Kemerahan	1
Menit ke 10	Frekuensi jantung	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> < 100	<input checked="" type="checkbox"/> < 100	2
	Usaha bernafas	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Lambat tidak teratur	<input checked="" type="checkbox"/> Menangis kuat	2
	Tonus otot	<input type="checkbox"/> Lumpuh	<input type="checkbox"/> Eks sedikit fleksi	<input checked="" type="checkbox"/> Gerakan aktif	2
	Reflek	<input type="checkbox"/> Tidak bereaksi	<input type="checkbox"/> Gerakan sedikit	<input checked="" type="checkbox"/> Menangis	2
	Warna	<input type="checkbox"/> Biru/pucat	<input type="checkbox"/> Tubuh kemerahan kaki dan tangan	<input checked="" type="checkbox"/> Kemerahan	2

2. Resusitasi :

- a. Penghisapan lender : tidak, Rangsangan : ya
- b. Ambubag : Tidak
- c. Massage jantung : Tidak
- d. Intubasi endutraheal : Tidak
- e. Oksigen : Tidak

3. Keadaan Umum : Baik

4. TTV

- a. Suhu : 36,5 °C
- b. Pernafasan : 45x/ menit
- c. Denyut Nadi : 128x/ menit

5. Antropometri

- a. BB lahir : 2800 gram
- b. PB : 48 cm
- c. Lingkar kepala : 32 cm
- d. Lingkar dada : 31 cm
- e. Lingkar lengan atas : 11 cm

6. Pemeriksaan Fisik secara Sistematis :

- a. Kepala : Tidak ada cepal hematoma dan tidak ada caput succedaneum

- b. Ubun-ubun : Teraba sutera belum menyatu maksimal
- c. Muka : Bersih, tidak ikterik, warna kemerahan
- d. Mata : Simetris, conjungtiva merah muda
- e. Telinga : tidak ada pengeluaran dari telinga
- f. Mulut : Bersih, terdapat palatum, tidak ada sumbing
- g. Hidung : Bersih, tidak ada polip
- h. Leher : Tidak ada benjolan dan pembesaran kelenjar tyroid
- i. Dada : Tidak ada bunyi wheezing, putting susu simetris
- j. Abdomen : tidak ada benjolan, lembek ketika tidak menangis
- k. Tali pusat : Bersih, tidak ada perdarahan tali pusat
- l. Punggung : Tidak ada spina bifida
- m. Ekstremitas : bentuk simetris, gerak aktif, jumlah jari lengkap
- n. Genitalia : tidak ada hipospadia, terdapat 2 testis berada dalam srotum, terdapat lubang diujung penis.
- o. Kulit : kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada tanda lahir
- p. Anus : Ada dan berlubang

#### 7. Reflek

- a. Reflek Moro : Ada
- b. Reflek Rooting : Ada
- c. Reflek Sucking : Ada
- d. Reflek Swallowing : Ada
- e. Reflek walking : Ada
- f. Reflek Graphs/plantar : Ada
- g. Reflek Tonic Neck : Ada

8. Pemeriksaan Penunjang : tidak dilakukan

9. Tahap perkembangan : bayi bisa mencari puting, menghisap, menggenggam.

## II. INTERPRETASI DATA/DIAGNOSA KEBIDANAN

### A. Diagnosa Kebidanan

BBL Ny. A Umur 13 Jam Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan dengan Keadaan baik

Masalah : tidak ada

### B. Data dasar

1. Keadaan Umum : Baik, kesadaran composmentis

2. TTV

Suhu : 36,5 °C

Pernafasan : 50 x/ menit

Denyut Nadi : 128x/ menit

3. Apgar score 8/9/10, Antropometri

a. BB lahir : 2800 gram

b. PB : 48 cm

c. Lingkar kepala : 32 cm

d. Lingkar dada : 31 cm

e. Lingkar lengan atas : 11 cm

## III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

## IV. TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI

Tidak ada

## V. RENCANA TINDAKAN (Tgl 11/05/2024 Jam 07.40 WIB)

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan dan kondisi bayinya saat ini
2. Pastikan bayi menyusu dengan teknik menyusu yang benar
3. Pastikan tali pusat bayi bersih dan kering
4. Observasi miksi dan BAB bayi normal
5. Pastikan tidak ada tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
6. Berikan imunisasi pada bayi
7. Lakukan dokumentasi

**VI. IMPLEMENTASI (Tgl 11/05/2023 Jam 07.50 WIB)**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan kondisi bayinya saat ini dalam keadaan baik yaitu :
  - a. Suhu : 36,5 0C
  - b. Pernafasan : 50x/ menit
  - c. Denyut Nadi : 128x/ menit
  - d. BB sekarang : 2800 gram
  - e. PB : 48 cm
  - f. Lingkar kepala : 32 cm
  - g. Lingkar dada : 31 cm
  - h. Lingkar lengan atas : 11 cm
  - i. Pemeriksaan tubuh secara keseluruhan normal dan lengkap
  - j. Reflek bayi : normal
  - k. Tahap perkembangan : bayi bisa mencari puting, menghisap, menggenggam.
2. Memastikan bayi menyusu dengan teknik menyusu yang benar dengan posisi ibu dan bayi yang benar (body position) yaitu bayi menghadap keperut ibu, perlekatan bayi yang tepat (latch) yaitu pastikan mulut harus terbuka lebar, bukan mengatupkan mulut ke arah dalam atau merapatkan ke arah dalam dan dagu menempel ke payudara, keefektifan hisapan bayi pada payudara (effective sucking).
3. Memastikan tali pusat bayi bersih dan kering, biarkan tali pusat dalam kondisi ditutup dengan kasa steril. Saat memakaikan popok bayi, usahakan tali pusat tidak tertutup popok. Hal ini bertujuan agar tali pusat tidak terkena air seni dan tinja bayi yang dapat menyebabkan infeksi. Biarkan tali pusat terlepas secara alami agar terhindar dari hal-hal yang menyebabkan perdarahan dan infeksi, warna tali pusat akan menjadi cokelat, abu-abu, keunguan, kebiruan, lalu menjadi hitam kemudian terlepas dengan sendirinya.
4. Mengobservasi miksi dan BAB bayi normal.Bayi berkemih sebanyak 4 – 8 kali perhari Pada awalnya volume urine sebanyak 20 -30 ml/hari)

meningkat menjadi 100-200 ml /hari pada akhir minggu pertama. warna urine kuning tua dan berangsur angsur jernih karena intak cairan meningkat. Sedangkan BAB sebanyak 5-6 kali dalam sehari dan akan berkurang pada minggu ke dua. Warna untuk BAB bayi yang diberi ASI akan berubah mulai dari coklat kemudian hijau kekuningan dengan tekstur cair.

5. Memastikan tidak ada tanda-tanda bahaya bayi baru lahir diantaranya susah bernafas, merintih, bayi berwarna biru seluruh tubuh atau kaki dan tangan ataupun demam tinggi.
6. Memberikan imunisasi Hb0 pada bayi 0-7 hari dan untuk jadwal imunisasi selanjutnya bisa di posyandu.
7. Menawarkan kepada ibu untuk dilakukan SHK pada bayinya dengan mengambil darah melalui tumit bayi untuk mendeteksi adanya kelainan kongenital pada bayi.
8. Melakukan dokumentasi

## **VII. EVALUASI (Tgl 11/05/2024 jam 08.00 WIB)**

1. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan dan kondisi bayinya saat ini dalam keadaan baik.
2. Bayi telah menyusu dengan teknik menyusu yang benar.
3. Tali pusat bayi bersih dan kering.
4. Bayi sudah miksi 3x dan sudah BAB 2 x warna kehitaman.
5. Bayi dalam keadaan sehat tidak ada tanda bahaya.
6. Bayi sudah diimunisasi HB0.
7. Ibu tidak berkenan bayinya dilakukan SHK.
8. Sudah didokumentasikan.

**CATATAN ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR 7 HARI**

**A. Subjektif**

Nama bayi : By. Ny. A  
Tanggal/Jam lahir : 17 Mei 2024 / 16.30 WIB  
Jenis kelamin : Laki - laki  
Keluhan : Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan

**B. Obyektif**

Keadaan umum : Baik  
Kesadaran : *Composmentis*  
N : 110 x/menit S : 36,7 °C RR : 48 x/menit  
BB 2800 gr PB 48 cm  
Tali pusat sudah lepas, kering, tidak ada infeksi  
Bayi tidak ikterik  
Bayi menyusu kuat

**C. Assasment**

Diagnosa : By. Ny. A umur 7 hari dengan keadaan baik  
Diagnosa potensial : tidak ada  
Rencana tindakan : tidak ada

**D. Planning**

Tanggal : 17 Mei 2024

a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayinya saat ini dalam keadaan normal

Keadaan umum : baik  
Kesadaran : *composmentis*  
N : 110 x/menit S : 36,7 °C RR : 48 x/menit  
BB 2800 gr PB 48 cm  
Evaluasi : ibu mengerti dengan kondisi bayinya

b. Memberitahu ibu untuk menjaga kehangatan bayinya dengan menggunakan sarung tangan, memakaikan topi lalu dibedong dengan kain bersih dan diletakkan di ruangan yang hangat

Evaluasi : ibu sudah mengerti dan akan menjaga kehangatan bayinya

c. Memberitahu ibu tanda bahaya neonatus yaitu seperti tidak mau menyusu, demam tinggi, sulit bernafas, mata bengkak atau mengeluarkan cairan, bayi merintih atau menangis terus menerus, tali pusat kemerahan dan berbau, kulit dan mata bayi kuning dan feses bayi saat BAB berwarna pucat

Evaluasi : ibu sudah mengerti tentang tanda bahaya neonates.

d. Memberitahu ibu akan dilakukan kunjungan neonatal selanjutnya 8-28 hari.

Evaluasi : ibu mengerti dan akan dilakukan kunjungan neonatal ke rumah.

e. Melakukan pendokumentasi dalam catatan

Evaluasi : sudah dilakukan pendokumentasi

**CATATAN ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR 14 HARI**

**A. Subjektif**

Nama bayi : By. Ny. A  
 Tanggal/Jam lahir : 24 Mei 2024 / 18.40 WIB  
 Jenis kelamin : Laki - laki  
 Keluhan : Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan

**B. Obyektif**

Keadaan umum: Baik  
 Kesadaran: *Composmentis*  
 N : 125 x/menit    S : 36,6 °C    RR : 45 x/menit  
 BB : 2800 gr    PB : 48 cm  
 Tali pusat sudah lepas, kering, tidak ada infeksi  
 Bayi tidak ikterik  
 Bayi menyusu kuat

**C. Assasment**

Diagnosa : By. Ny. A umur 14 hari dengan keadaan baik  
 Diagnose potensial : tidak ada  
 Rencana tindakan : tidak ada

**D. Planning**

Tanggal : 17 Mei 2024  
 a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayinya saat ini dalam keadaan normal  
 Keadaan umum : baik  
 Kesadaran : *composmentis*  
 N : 125 x/menit    S : 36,6 °C    RR : 45 x/menit  
 BB 2800 gr PB 48 cm

Evaluasi : ibu mengerti dengan kondisi bayinya

- b. Memberitahu ibu untuk rutin ke posyandu untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayinya.

Evaluasi : ibu bersedia ke posyandu

- c. Memberikan edukasi imunisasi pada bayi yaitu dalam 1 bulan pertama bayi dianjurkan untuk imunisasi BCG dan polio 1, kemudian dilanjutkan imunisasi selanjutnya dengan jarak waktu 4 minggu.

Evaluasi : ibu berjanji akan akan melakukan imunisasi BCG untuk bayinya

- d. Melakukan pendokumentasian dalam catatan

Evaluasi : sudah dilakukan pendokumentasian

## E. ASUHAN KB

### **DOKUMENTASI KEBIDANAN PADA AKSEPTOR KB IMPLANT NY. A USIA 31 TAHUN P2A0 DI PMB NURKHOTIMAH WANAREJA**

Tanggal/jam : 11 Mei 2024

Tempat : PMB Nurkhotimah

Pengkaji : Nurkhotimah

#### **A. Subjektif**

##### **1. Identitas Pasien**

Nama ibu	: Ny. "A"	Nama suami	: Tn. "R"
Umur	: 31 tahun	Umur	: 33 tahun
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Wanareja RT 4 RW 5 Wanareja		

##### **2. Alasan Kunjungan**

Klien mengatakan habis melahirkan dan ingin pasang KB Implant.

##### **3. Riwayat menstruasi**

Menarche : 13 th

Lama : 6 hari, siklus 30 hari, teratur / tidak,

Banyak 4-5x ganti pembalut / hr, sakit : tidak

HPHT : Lupa

#### 4. Riwayat kehamilan/ persalinan yang lalu

Anak Ke	Tahun	UK	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Ba yi	Ib u	BB/ PB	Kon disi	Kon disi	Lakta si
1	2010	9 bulan	spontan	Rumah	bidan	Tidak ada	Tidak ada	290 0 gr	sehat	baik	ASI Eksklusif
2	Hamil I ni										

#### 5. Riwayat penyakit yang pernah diderita sekarang/ yang lalu:

Jantung : Tidak

Hipertensi : Tidak

Diabetes Melitus: Tidak

Malaria : Tidak

Ginjal : Tidak

Asma : Tidak

HIV/Aids : Tidak

Riwayat operasi dinding abdomen/SC : Tidak

#### 6. Riwayat penyakit keluarga :

Hipertensi : Tidak

Diabetes Melitus: Tidak

Asma : Tidak

Lain-lain : ada riwayat kembar.

**7. Riwayat KB** : Akseptor pernah menggunakan KB Suntik sejak anak ke 1 sampai tahun 2020

**8. Riwayat Sosial Ekonomi** :

- Lama nikah 14 tahun, menikah pertama pada umur 16 tahun
- Respon ibu dan suami terhadap pemakaian alat kontrasepsi : klien dan suami menginginkan KB jangka panjang
- Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami dan istri

**9. Activity Daily Living :**

- Pola makan dan minum :

Frekuensi : 3 kali / sehari

Jenis : Nasi, sayur, lauk dan kadang-kadang buah, porsi 1 piring

Minum : Air putih, 6-8 gelas/hari, air putih

Keluhan / pantangan : Tidak ada

- Pola istirahat

Tidur siang : 1 jam

Tidur malam : 5-6 jam

- Pola elimiasi

BAK : 5-6 kali/hari, warna: kuning jernih

BAB : 1 kali/hari, konsistensi : padat, kekuningan

- Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 kali/hari

- Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : Mengurus rumah tangga

- Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak

Minum-minuman keras : Tidak

Obat terlarang : Tidak

Minum jamu : Tidak

Pola Seksual : Tidak ada keluhan

## B. Data Objektif :

### ❖ Keadaan umum : Baik, kesadaran : Compos Mentis

### ❖ Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 122/85 mmHg

Nadi : 83 x/mnt

Suhu : 36,4°C

RR : 20 x/mnt

### ❖ Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 57 kg

Tinggi badan : 146 cm

### ❖ PEMERIKSAAN FISIK

#### a. Kepala

- Muka : Simetris
- Mata : Simetris Conjungtiva : Tidak anemis, merah muda  
Sclera : Putih
- Hidung : Simetris , Polip: Tidak ada
- Mulut/bibir : Lembab, tidak pucat, tidak ada stomatitis, tidak ada gusi berdarah, tidak ada karang gigi

#### b. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid

#### c. Payudara :

- Bentuk simetris : Ya
- Benjolan abnormal : Tidak ada benjolan
- Putting susu menonjol, ada pengeluaran ASI

#### d. Perut

- Inspeksi : Tidak terdapat bekas luka operasi
- Palpasi : TFU 2 jari di bawah pusat, konut keras

#### e. Ekstremitas

- Atas : Gerakan simetris, Tidak Oedem
- Bawah : Simetris, Tidak ada oedem dan tidak ada varises

f. Genitalia :

- Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar bartolini, tidak tampak varises vagina, perineum ada luka bekas robekan

g. Anus : Tidak ada hemoroid

❖ **Pemeriksaan penunjang**

Tidak ada

**C. ASSESSMENT**

Ny. A usia 31 tahun P2A0 Akseptor KB Implan dengan Kondisi Baik

**D. PLANNING (Tgl 11 Mei 2024, Jam 06.10)**

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada klien bahwa klien dalam keadaan baik, yaitu TD : 122/85 mmHg, N : 83x/mnt, S : 36,4 °C, R : 20x/mnt, kondisi fisik dalam keadaan normal  
Evaluasi : klien mengerti bahwa hasil pemeriksaan dalam batas normal
2. Melakukan penapisan kehamilan pada Ny. A  
Evaluasi : klien habis melahirkan
3. Memberikan konseling tentang pemilihan penggunaan kontrasepsi pada Ny. A  
Evaluasi : klien mengerti tentang penggunaan KB dengan metode implan
4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang kelebihan atau keuntungan menggunakan KB implan yaitu efektivitasnya tinggi hingga 99 % dalam tujuh hari setelah pemasangan implan, metode kontrasepsi jangka panjang yang sangat murah tapi manfaatnya sebanding dengan alat kontrasepsi dalam rahim, Terbukti aman digunakan oleh sebagian besar wanita, efektivitas KB ini bisa mencapai tiga tahun tanpa intervensi lebih lanjut, mudah dihilangkan sehingga memungkinkan kehamilan terjadi secara alami, efektif untuk klien yang sering lupa jadwal konsultasi KB, hubungan seksual lebih aman karena sudah ada kontrasepsi di tubuh, nyaman untuk digunakan, aman digunakan saat menyusui, meredakan *menorrhagia* (haid berlebihan) dan kram haid dalam banyak kasus,

mengurangi risiko penyakit radang panggul, cocok dalam kondisi yang menghalangi penggunaan kontrasepsi hormonal kombinasi, kembalinya kesuburan dengan cepat dalam 21 hari setelah pengangkatan implant, memberi perlindungan terhadap kanker endometrium

Evaluasi : klien mengerti tentang kelebihan atau keuntungan menggunakan KB implant

5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang kekurangan dan kerugian menggunakan KB implant yaitu mengalami peningkatan jerawat setelah penggunaan implant, agar dapat bekerja dengan efektif butuh waktu tujuh hari setelah implant dipasang, haid mungkin tidak teratur atau berhenti sama sekali, memerlukan prosedur kecil untuk memasang dan melepasnya, tidak bisa melindungi dari IMS.

Evaluasi : klien mengerti tentang kekurangan dan kerugian menggunakan KB implant

6. Memberikan pendidikan kesehatan tentang efek Samping dan Bahaya KB implant yaitu Perubahan siklus menstruasi (menjadi teratur atau malah tak teratur, bahkan tidak menstruasi alias amenore), Penurunan gairah seks, Sakit kepala, Perubahan suasana hati dan depresi, Mual atau sakit perut, Nyeri pada payudara, Penambahan berat badan, Sakit perut atau punggung, Peningkatan risiko kista ovarium non-kanker.

Evaluasi : klien mengerti tentang efek Samping dan Bahaya KB implant

7. Memberikan *informed consent* pada klien untuk persetujuan pemilihan KB yang akan digunakan

Evaluasi : klien mantap menggunakan metode KB implant dan menandatangani persetujuan akseptor KB.

8. Mengajurkan klien untuk mencuci lengan bagian kiri

Evaluasi : klien telah mencuci lengan bagian kiri.

9. Mempersiapkan peralatan dan bahan yang diperlukan

Evaluasi : alat dan bahan telah siap

10. Memposisikan klien dan jaga privasi klien

Evaluasi : klien sudah posisi tiduran, sampiran ditutup

11. Melakukan cuci tangan 6 langkah

Evaluasi : cuci tangan 6 langkah sudah dilakukan

12. Melakukan pemasangan implant di lengan kiri klien dengan teknik aseptik yaitu :

- Memakai sarung tangan steril
- Menyiapkan peralatan dan bahan – bahan yang diperlukan
- Mengusap tempat pemasangan dengan larutan antiseptik, gerakkan ke arah luar secara melingkar seluas 8 – 13 cm dan biarkan kering
- Memasang kain penutup (doek) steril di sekeliling lengan pasien
- Memasangkan kapsul implant
- Menyuntikkan anestesi lokal 0,3 – 0,5 cc tepat dibawah kulit (intradermal) pada tempat insisi yang telah ditentukan, sampai kulit sedikit menggelembung
- Meneruskan penusukan jarum ke lapisan dibawah kulit, (subdermal) kurang lebih 4 cm
- Menguji efek anestesinya sebelum melakukan insisi pada kulit
- Membuat insisi dangkal selebar 2 mm dengan jarak 5mm dibawah ujung implan
- Mendorong implan pelan-pelan ke arah insisi hingga ujung implan terlihat
- Menjepit ujung implan dengan klem lengkung dan tarik kearah luar hingga implan keluar, pastikan implan utuh dan tidak terpotong
- Melakukan hal yang sama pada implan kedua
- Memasukkan trokar dan pendorongnya melalui tempat insisi dengan sudut yang tidak terlalu dalam sambil mengungkit kulit
- Memasukkan terus trokar dan pendorongnya sampai batas tanda 1 (pada pangkal trokar ) tepat berada pada luka insisi
- Mengeluarkan pendorong
- Memasukkan kapsul yang pertama ke dalam trokar dengan tangan atau dengan pinset, tадahkan tangan yang lain dibawah kapsul sehingga dapat menangkap kapsul bila jatuh

- Memasukkan kembali pendorong dan tekan kapsul ke arah ujung dari trokar sampai terasa adanya tahanan
- Menahan pendorong ditempatnya dengan satu tangan, dan tarik trokar keluar sampai mencapai pegangan pendorong
- Menarik trokar dan pendorongnya secara bersama – sama sampai batas tanda 2 ( pada ujung trokar ) terlihat pada luka insisi.
- Jangan mengeluarkan trokar dari tempat insisi
- Menahan kapsul yang telah terpasang dengan satu jari dan masukkan kembali trokar serta pendorongnya sampai tanda 1
- Setelah setiap kapsul terpasang, arahkan kembali trokar 15 derajat mengikuti tanda yang telah digambar pada kulit untuk memasang kapsul
- Menghindari kapsul yang telah dipasang mengalami kerusakan akibat tertusuk trokar pada waktu pemasangan kapsul selanjutnya.
- Menggunakan jari telunjuk untuk memegang kapsul yang sudah terpasang sementara memasukkan trokar ke posisi berikutnya
- Jangan menarik ujung trokar dari tempat insisi sampai seluruh kapsul sudah terpasang
- Meraba kapsul untuk memastikan keenam kapsul implant telah terpasang dalam pola kipas
- Meraba daerah insisi untuk memastikan seluruh kapsul berada jauh dari insisi

#### Tindakan pasca pemasangan

- Menekan tempat insisi dengan kasa untuk menghentikan perdarahan
- Mendekatkan ujung – ujung insisi dan tutup dengan band – aid
- Memberi pembalut tekan untuk mencegah perdarahan dan mengurangi memar
- Meletakkan semua peralatan dalam larutan klorin selama sepuluh menit untuk dekontaminasi, pisahkan trokar dari pendorongnya
- Membuang peralatan yang sudah tidak dipakai lagi ke tempatnya (kasa, kapas , sarung tangan, alat suntik sekali pakai )

- Menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin, kemudian buka dan rendam selama sepuluh menit
- Mencuci tangan dengan sabun dan air, kemudian keringkan dengan kain bersih

Evaluasi : Implant telah terpasang di lengan kiri klien

13. Memberi terapi analgetik dan antibiotik pada klien

Evaluasi : klien diberi terapi asam mefenamat 3x1tab dan amoxicillin 3x1tab

14. Mengajurkan klien untuk melakukan kunjungan ulang yaitu 3 hari kemudian atau jika ada keluhan

Evaluasi : klien bersedia melakukan kunjungan ulang 3 hari kemudian atau jika ada keluhan.