

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL PADA NY. W 20 TAHUN G1P0A0 UK 8 MINGGU 6 HARI

I. PENGKAJIAN

1. Data Subyektif

Hari/ Tanggal : Kamis, 5 Oktober 2023

Pukul : 19.30 WIB

Pengkaji : Rofingatun S.Keb

Nama ibu	:	Ny.W	Nama	:	Tn. A
----------	---	------	------	---	-------

Umur	:	20 th	Umur	:	29 th
------	---	-------	------	---	-------

Agama	:	Islam	Agama	:	Islam
-------	---	-------	-------	---	-------

Suku/Bangsa	:	Jawa	Suku/Bangsa	:	Jawa
-------------	---	------	-------------	---	------

Pendidikan	:	SMP	Pendidikan	:	SMK
------------	---	-----	------------	---	-----

Pekerjaan	:	IRT	Pekerjaan	:	Swasta
-----------	---	-----	-----------	---	--------

Alamat	:	Kutawaru Rt 1 Rw 5, Cilacap Tengah			
--------	---	------------------------------------	--	--	--

1) Alasan Kunjungan

Ny. W mengatakan akan memeriksakan kehamilannya yang pertama dan mengatakan ini kunjungan yang pertama

2) Keluhan Utama

Ny. W mengatakan merasakan mual sejak usia kehamilan 1 bulan, 3-4 kali dalam sehari, tetapi tidak mengganggu aktifitas sehari-hari, pernah muntah tapi jarang, mengatakan pusing

3) Riwayat Menstruasi

Menarche	:	14 tahun
----------	---	----------

Siklus	:	28 hari, teratur
--------	---	------------------

Lama	:	6 hari
------	---	--------

Banyak : ± 4-5x ganti pembalut / hari

Dismenorea : Tidak ada

4) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ny.W mengatakan ini merupakan kehamilannya yang pertama , belum pernah melahirkan dan tidak pernah keguguran

5) Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan kehamilan saat ini adalah kehamilan yang pertama, test pack pertama kali dilakukan di rumah pada tanggal 10 September 2023 karena telah mengalami terlambat haid, dan timbul tanda-tanda hamil.

G P A : G1P0A0 UK : 8 minggu 6 hari

HPHT : 2 Agustus 2023 HPL : 9 Mei 2024

Imunisasi Toxoid Tetanus : 2 kali

Kecemasan : Tidak ada

Tanda-tanda bahaya : Tidak Ada

Tanda-tanda persalinan : Tidak Ada

6) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Penyakit yang pernah diderita

- a. Penyakit infeksi : Ny.W mengatakan tidak pernah menderita penyakit infeksi, seperti HIV, TBC, Hepatitis
- b. Penyakit keturunan : Ny.W mengatakan tidak pernah menderita penyakit keturunan seperti asma, DM, Hipertensi
- c. Penyakit yang dioperasi : Ny.W mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang dioperasi seperti: kanker, tumor
- d. Kecelakaan/trauma : Ny.W mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan, seperti laka lantas
- e. Penyakit Organik : Ny.W mengatakan tidak pernah menderita penyakit organik seperti jantung, ginjal

f. Riwayat obat-obatan : Ny.W Mengatakan hanya mengkonsumi obat-obatan yang diberikan oleh bidan

2) Riwayat kesehatan sekarang

- a. Penyakit infeksi : Ny.W mengatakan saat ini tidak sedang menderita penyakit infeksi, seperti HIV, TBC, Hepatitis
- b. Penyakit keturunan : Ny.W mengatakan saat ini tidak sedang menderita penyakit keturunan seperti asma, DM, Hipertensi.
- c. Penyakit yang dioperasi : Ny.W mengatakan saat ini tidak sedang menderita penyakit yang dioperasi seperti: kanker, tumor
- d. Kecelakaan/trauma : Ny.W mengatakan saat ini tidak sedang mengalami kecelakaan.
- e. Penyakit Organik : Ny.W mengatakan saat ini tidak sedang menderita penyakit organik seperti jantung, ginjal

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

- a. Penyakit infeksi : Ny. W mengatakan di dalam keluarganya tidak pernah/tidak sedang menderita penyakit infeksi seperti HIV, TBC, Hepatitis
- b. Penyakit Keturunan : Ny. W mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita sakit keturunan
- c. Penyakit yg dioperasi : Ny. W mengatakan di dalam keluarga tidak pernah/sedang menderita penyakit yang dioperasi seperti kanker, tumor.
- d. Riwayat Gemeli : Ny. W mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat gemeli (kembar)

4). Riwayat penggunaan kontrasepsi

Ny.W mengatakan sebelumnya tidak pernah menggunakan kontrasepsi apapun

7) Riwayat Psikososial

- a. Status perkawinan : Menikah, lama pernikahan : 1 tahun
- b. Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang
- c. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami
- d. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Bidan
- e. Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RSUD Cilacap
- f. Sosial budaya : Ny.W mengatakan percaya dengan adat istiadat setempat
- g. Spiritual : Ny.W mengatakan beribadah setiap hari dan tidak ada hambatan

8) Activity Daily Living

Ny.W mengatakan tidak ada pantang makanan, tidak pernah minum jamu selama hamil, tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan selain dari tenaga kesehatan, tidak pernah minum-minuman keras / merokok selama hamil dan tidak memelihara binatang dirumahnya seperti ayam, burung, kucing, dan lain-lain.

a. Pola makan & minum :

Frekuensi : 3x sehari
 Jenis : sepiring berisi nasi, sayur, lauk protein nabati/hewani dan ditambah buah

Porsi : 3/4 piring, keluhan : terkadang mual
 Minum : 6 gelas/hr, jenis Air putih

Keluhan / pantangan : Tidak Ada

b. Pola istirahat :

Tidur siang : Tidak pernah

Tidur malam : 6-8 jam

Keluhan : Tidak Ada

c. Pola eliminasi :

BAK : 6 x /hari, konsistensi cair , 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

f. Pekerjaan sehari-hari : Mengerjakan pekerjaan rumah tangga, bekerja swasta

g. Keluhan : Tidak Ada

h. Hubungan seksual

Frekuensi : 2-3 x / mgg

Keluhan : Tidak ada

i. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak Ada

Minum-minuman keras: Tidak Ada

Obat terlarang : Tidak Ada

Minum jamu : Tidak Ada

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Tanda-tanda vital

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 110/70 mmHg Nadi : 88 x/mnt

Suhu : 36,1°C Respirasi : 24 x/mnt

2) Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 48 kg (mengalami penurunan 2 kg dari sebelum hamil)

Tinggi badan : 162 cm

Lila : 24 cm IMT : 18,32

3) Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

Postur tubuh : Tidak ada kelainan

Kepala : Messocephal

Rambut : Hitam

Muka : Normal,simetris

Mata : Simeteris, tidak juling, tidak ada secret

Conjungtiva: Konjungtiva merah muda,reflek cahaya normal, tidak ada cloasma, tidak ada oedima, sclera putih

Hidung : Tidak ada kelainan ,Polip: tidak ada polip

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

Leher : Tidak ada kelainan

Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya pembesaran

Payudara : Tidak ada kelainan

Bentuk simetris : Simetris

Keadaan putting susu : Menonjol

Aerola mamae : Cokelat kehitaman

Colostrum : Belum keluar

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum

Inspeksi

Pembesaran uterus sesuai dengan usia kehamilan

Bekas luka / operasi : Tidak ada

b. Palpasi

TFU : teraba tegang, tinggi fundus pertengah simpisis-pusat

c. Auskultasi

DJJ : -

d. Ekstremitas

Tangan Simetris /tidak	: Simetris
Kaki	
Oedem pada tungkai bawah	: Tidak ada oedema
Varises	: Tidak ada varises
Pergerakan	: Tidak ada kelainan
Kemerahan pada tungkai	: Tidak ada kemerahan
1) Genitalia :	
Varises	: Tidak ada varises
Oedem	: Tidak ada odema
Pembesaran kelenjar bartolini	:Tidak ada
Pengeluaran pervaginam	: Tidak ada
Lochea	: Tidak ada Bau : Tidak berbau
Anus	: Tidak dilakukan
5. Pemeriksaan Panggul	: Tidak dilakukan
6. Pemeriksaan Penunjang	: Tanggal 13 September 2023
HB	:15,1 gr %/
HIV	: Non Reaktif
HbsAg	: Non Reaktif
Shipilis	: Non Reaktif
Protein urin	: Negatif

II. INTERPRETASI DATA

a. Diagnosa

Ny. W umur 20 tahun G1 P0 A0, hamil 8 minggu 6 hari, dengan keadaan baik

Data Dasar :

1) Data Subyektif

- a) Ibu mengatakan bernama Ny. dan berumur 20 tahun
- b) Ibu mengatakan ini kehamilannya yang pertama, tidak pernah melahirkan dan tidak pernah mengalami keguguran

- c) Ibu mengatakan hari pertama haid terakhirnya tanggal : 2 Agustus 2024
- d) Ibu mengatakan mengalami keluhan mual, muntah, dan pusing

2) Data Obyektif

a) Keadaan umum : Baik

Tanda-tanda vital Kesadaran : Composmentis
 Tekanan darah : 110/70 mmHg Nadi : 88 x/mnt
 Suhu : 36,1°C Respirasi : 24 x/mnt
 Berat badan: 48 kg (mengalami penurunan 2 kg dari sebelum hamil)

Tinggi badan : 162 cm

Lila : 25 cm

IMT : 18,32

b) Palpasi: : TFU teraba tegang, tinggi fundus pertengah simpisis-pusat

c) Pemeriksaan penujang :

HB : 15,1 gr %/

HIV : Non Reaktif

HbsAg : Non Reaktif

Shipilis : (Negatif)

Protein urin : Neagtif

b. Masalah

Dari hasil pengkajian ditemukan bahwa ibu mengalami keluhan mual dan muntah 3-4 kali dalam sehari, muntah dan pusing

c. Kebutuhan

Memberikan konseling tentang ketidaknyamanan pada ibu hamil TM

III. DIAGNOSA POTENSIAL DAN ANTISIPASI

Diagnosa Potensial : Tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak Ada

V. PERENCANAAN

1. Beritahu ibu tentang keadaannya
2. Berikan KIE tentang cara mengatasi tentang ketidaknyamanan pada ibu hamil TM 1
3. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi
4. Beritahu ibu dan keluarga tentang tanda bahaya masa kehamilan TM 1
5. Konseling P4K meliputi persiapan rencana tempat bersalin, rencana penolong persalinan, rencana pendamping persalinan, rencana kendaraan yang akan digunakan dan rencana pendonor darah jika dibutuhkan
6. Berikan therapi vitamin sesuai dengan kebutuhan
7. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang
8. Lakukan dokumentasi

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu tentang keadaanya saat ini bahwa ibu dan janinnya dalam keadaan baik dengan hasil pemeriksaan TD : 110/70 mmHg, suhu 36,5 ° C, Nadi 82x/m, RR 22x/m, HB 15,1 gr %/ B20 (NR), HbsAg(NR) Shipilis (NR) dl Protein urin (-), reduksi urin (-)
2. Memberikan KIE tentang ketidaknyamanan pada ibu hamil TM 1 yaitu salah satunya adalah mual dan mutah, cara mengurangi keluhan mual dan muntah pada ibu hamil, yaitu dengan cara: konsumsi makanan sedikit tapi sering, hindari makanan yang berbau menyengat, hindari makanan yang pedas, perbanyak minum air putih hangat, hindari minuman seperti kopi, jamu dll

3. Memberitahu ibu dan keluarga tentang tanda bahaya kehamilan TM 1 seperti: Mual dan muntah berlebihan, perdarahan dari jalan lahir ,pusing berlebihan, demam tinggi, keputihan dan gatal, sakit di betis atau bengkak di kaki. Jika ibu mengalami keadaan tersebut, ibu harus segera ketempat pelayanan kesehatan.
4. Menganjurkan ibu agar tetap mengkonsumsi makan –makanan bergizi yaitu yang terdiri dari karbohidrat seperti: nasi, gandum, sagu, kacang-kacangan, protein seperti telur, daging, ikan, tahu, tempe, sayur dan buah-buahan, susu
5. Konseling P4K meliputi persiapan rencana tempat bersalin, rencana penolong persalinan, rencana pendamping persalinan, rencana kendaraan yang akan digunakan dan rencana pendonor darah jika dibutuhkan
6. Memberikan ibu terapi vitamin yaitu tablet Fe 500 mg diganti dengan ferosfat, asam folat 1 mg, dan kalsium 500mg, diminum 1x sehari dengan air putih atau air jeruk, tidak boleh diminum dengan air teh karena mengurangi penyerapan zat besi.untuk tablet FE bisa diminum pada malam hari untuk menghindari efek samping mual
7. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 bulan berikutnya tanggal 2 Desember 2023 atau jika mengalami keluhan

VII. EVALUASI

1. Ibu sudah tahu tentang keadaanya
2. Ibu sudah tau tentang cara mengatasi keluhan mual dan muntah pada ibu hamil
3. Ibu dan keluarga sudah tahu tentang tanda bahaya kehamilan dan bersedia datang ke tenaga kesehatan jika mengalami salah satu tanda tersebut.
4. Ibu bersedia mengkonsumi makanan bergizi
5. Ibu mengerti dan menjawab rencana persalinan dan bersedia menmpel stiker P4K dirumahnya

6. Terapi sudah diberikan, ibu bersedia minum vitamin sesuai anjuran bidan
7. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang

CATATAN PERKEMBANGAN ANC KE 2

NY W USIA 20 TAHUN G1P0A0 UK 19 MINGGU 4 HARI

Tanggal : 22 Desember 2023

Pukul : 19. 30 WIB

Pengkaji : Rofingatun S.Keb

1. DATA SUBJEKTIF

a. Alasan Kunjungan

Ibu ingin memeriksakan kehamilannya

b. Keluhan Utama

Ibu mengeluh batuk sudah 2 hari

c. Riwayat Kehamilan sekarang

G P A : G1 P0 A0

HPHT : 2 Agustus 2023 HPL : 9 Mei 2024

UK : 19 Minggu 4 hari

Gerakan janin : Dirasakan ibu 10x dalam sehari

Kecemasan : Tidak Ada

Tanda-tanda bahaya : Tidak Ada

Tanda-tanda persalinan : Tidak Ada

d. Activity Daily Living

Pola makan & minum : Frekuensi : 3x sehari Jenis :

Nasi,lauk,sayur,protein,Keluhan/pantangan : Tidak ada Porsi : 1 piring

Minum : 6 gelas/hr, jenis Air putih, Keluhan / pantangan : Tidak Ada

Pola istirahat

Tidur siang : 2-3 jam

Tidur malam : 6-8 jam

Keluhan : Tidak Ada

Pola eliminasi :

BAK 6 x /hari, konsistensi cair , warna kuning jernih

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

Personal Hygiene Mandi : 2x sehari

Ganti pakaian dan pakaian dalam : 3-4x sehari

Pola Aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : Menggerjakan pekerjaan rumah tangga

Keluhan :Tidak Ada

Hubungan sexual : 1-2 x / mgg

Kebiasaan hidup

Merokok : Suami tidak merokok

Minum-minuman keras : Tidak Ada

Obat terlarang : Tidak Ada

Minum jamu : Tidak Ada

2. DATA OBJEKTIF :

Pemeriksaan umum :Keadaan umum : Baik

Tanda-tanda vital

- Kesadaran : Composmentis
- Tekanan darah : 114/77 mmHg
- Nadi : 80 x/mnt
- Suhu : 36, °C
- Respirasi : 22 x/mnt

c. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 53 kg (mengalami kenaikan 3 kg dari sebelum hamil)

Tinggi badan : 162 cm

IMT : 20.22

LILA : 24 cm

d. Pemeriksaaan fisik

Inspeksi

Postur tubuh : Tidak ada kelainan Kepala : Messocephal
 Rambut : Hitam Muka : Normal,simetris
 Mata : Simeteris, tidak juling, tidak ada secret
 Conjungtiva : Konjungtiva merah muda,reflek cahaya normal
 Cloasma : Tidak ada cloasma
 Sclera : Sclera putih
 Hidung : Tidak ada kelainan
 Polip : Tidak ada
 Gigi dan mulut : Tidak ada gigi berlubang,mukosa bibir lembab,
 tidak ada sariawan
 Leher : Tidak ada kelainan
 Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya pembesaran
 Payudara : Tidak ada kelainan
 Bentuk simetris : Simetris
 Keadaan putting susu :Menonjol
 Aerola mamae : Cokelat kehitaman
 Colostrum : Belum keluar
 Abdomen :Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae
 gravidarum, linea nigra terlihat jelas

Inspeksi

Pembesaran uterus sesuai dengan usia kehamilan
 Bekas luka / operasi : Tidak ada
 Ekstremitas
 Tangan Simetris /tidak : Simetris
 Kaki Odem pada tungkai bawah : Tidak ada oedema
 Varises : Tidak ada varises
 Pergerakan : Tidak ada kelainan
 Kemerahan pada tungkai : Tidak ada kemerahan
 Genitalia : Tidak dilakukan
 Anus : Tidak dilakukan

Palpasi

- Leopold I : TFU setinggi pusat, teraba ballotement
 TFU : 15 cm
 TBJ : $(15 - 12) \times 155 = 465$ gram
 Kontraksi : Tidak ada kontraksi

Auskultasi

- DJJ : (+) 149x/menit regular
 e. Pemeriksaan Panggul : Tidak dilakukan
 f. Pemeriksaan Dalam : Tidak dilakukan
 g. Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan

3. ASSESSMENT

Diagnosa : Ny. W usia 20 tahun G1P0A0 Hamil 19 minggu 4 hari dengan keadaan ibu dan janin baik

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

4. PLANNING

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu
 TTV: TD: 114/77 mmHg, Nadi: 80x/m Suhu 36 °C, pernafasan: 22x/m, TB: 162 cm, BB: 53 IMT: 22.22 keadaan bayi sehat : DJJ: 149x/m,
 Evaluasi: ibu mengerti tentang keadaan kesehatanya
2. Memberikan KIE mengenai keluhan saat ini (Batuk selama 2 hari
 - a. Memberi tahu pada ibu bahwa batuk merupakan respon tubuh terhadap adanya benda asing, batuk tidak selalu membutuhkan obat, karena bisa diatasi terlebih dahulu dengan minum hangat, perbanyak vitamin bisa dari buah yang mengandung Vit C, seperti jeruk
 - b. Memberi tahu ibu untuk tidak mengkonsumsi obat tanpa pengawasan dokter

- c. Memberi tahu ibu untuk segera kedokter jika batuk belum reda dengan treatment yang sudah danjurkan dan disertai demam
Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia melakukan saran yang diberikan
 - d. Memberikan KIE tentang tanda bahaya trimester kedua seperti perdarahan dari jalan lahir, persalinan prematur, ketuban pecah dini, inkompotensi serviks, pusing, pandangan kabur, bengkak pada wajah, kejang. Jika ibu mengalami salah satu gejala diatas, ibu harus segera ketempat pelayanan kesehatan
Evaluasi: ibu mengerti tentang tanda bahaya trimester kedua
3. Menganjurkan ibu untuk rutin mengikuti kegiatan kelas ibu hamil
Evaluasi : ibu bersedia mengikuti kegiatan kelas ibu hamil
 4. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi yaitu tanggal 22 Januari 2024 atau jika ada keluhan
Evaluasi: ibu bersedia melakukan kunjungan ulang

CATATAN PERKEMBANGAN ANC KE 3
NY W USIA 20 TAHUN G1P0A0 UK 31 MINGGU 2 HARI

Tanggal Pengkajian : 19 Maret 2024

Jam Pengkajian : 20.00 WIB

Pengkaji : Rofingatun

1. DATA SUBJEKTIF

1. Alasan Kunjungan

Ibu mengatakan khawatir dengan kondisi bayinya karena baru saja terpeleset di kamar mandi

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan akhir akhir ini sering kencing

3. Riwayat Kehamilan sekarang

a. G P A : G1 P0 A0

b. HPHT : 2 Agustus 2023 HPL : 9 Mei 2024

c. UK : 31 minggu 2 hari

d. Gerakan janin : 10x dalam sehari

f. Kecemasan : ibu khawatir dengan kondisi bayinya didalam perut karena baru saja ibu terjatuh di kamar mandi

g. Tanda-tanda bahaya : Tidak Ada

h. Tanda-tanda persalinan : Tidak Ada

4. Activity Daily Living

a. Pola makan & minum

Frekuensi : 3x sehari Jenis :

Nasi,lauk,sayur,protein,Keluhan/pantangan : Tidak ada

Porsi : 1 piring

Minum : 6 gelas/hr, jenis Air putih, Keluhan / pantangan : Tidak Ada

b. Pola istirahat :

- Tidur siang : 2-3 jam
 Tidur malam : 6-8 jam
 Keluhan : Tidak Ada
- c. Pola eliminasi :
- BAK 6 x /hari, konsistensi cair , 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 : Menggerjakan pekerjaan rumah tangga
 Keluhan :Tidak Ada
- f. Hubungan sexual : 1 x / mgg
- g. Kebiasaan hidup
- Merokok : Suami merokok
 Minum-minuman keras : Tidak Ada
 Obat terlarang : Tidak Ada
 Minum jamu : Tidak Ada

2. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum
 Keadaan umum : Baik
2. Tanda-tanda vital
 Kesadaran : Composmentis
 Tekanan darah : 109/76 mmHg Nadi : 80 x/mnt
 Suhu : 36,°C Respirasi : 24 x/mnt
 Pengukuran tinggi badan dan berat badan
 Berat badan : 57 kg (mengalami kenaikan 5 kg dari sebelum hamil)
 Tinggi badan : 162 cm LILA : 29 cm

IMT : 21,71

3. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

Postur tubuh : Tidak ada kelainan
 Kepala : Messocephal Rambut : Hitam
 Muka : Normal,simetris
 Mata : Simeteris, tidak juling, tidak ada secret
 Conjungtiva: Konjungtiva merah muda,reflek cahaya normal,
 tidak ada cloasma, tidak ada oedema, sklera putih
 Hidung : Tidak ada kelainan ,polip: Tidak ada polip
 Gigi dan mulut : Tidak ada gigi berlubang,mukosa bibir
 lembab,tidak ada sariawan
 Leher : Tidak ada kelainan
 Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya
 Pembesaran
 Payudara : Tidak ada kelainan
 Bentuk simetris : Simetris
 Keadaan putting susu : Menonjol
 Aerola mamae : Cokelat kehitaman
 Colostrum : Belum keluar
 Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada
 striae gravidarum, linea nigra terlihat jelas

b. Inspeksi

Pembesaran uterus sesuai dengan usia kehamilan
 Bekas luka / operasi : Tidak ada

c. Palpasi

Leopold I : bagian atas teraba bagian bulat lunak, tidak
 melenting yaitu bokong janin , TFU 3 jari di bawah
 proxesusxipoid

Leopold II : perut kiri teraba bagian seperti ada tahanan memanjang yaitu punggung bayi, perut sebelah kanan teraba bagian kecil-kecil bayi yaitu ekstremitas bayi

Leopold III : segmen bawah teraba bagian bulat melenting, yaitu kepala janin, belum masuk panggul

TFU : 27 cm

TBJ : $(27 - 12) \times 155 = 2325$ gram

Kontraksi : Tidak ada kontraksi

4. Auskultasi

DJJ : (+) 134x/menit / regular

5. Ekstremitas

Tangan Simetris /tidak : Simetris

Kaki

Odem pada tungkai bawah : Tidak ada oedema

Varises : Tidak ada varises

Pergerakan : Tidak ada kelainan

Kemerahan pada tungkai : Tidak ada kemerahan

Genitalia : Tidak dilakukan

Anus : Tidak dilakukan

Pemeriksaan Panggul Lingkar Panggul: Tidak dilakukan

6. Pemeriksaan Dalam : Tidak dilakukan

7. Pemeriksaan Penunjang : hasil USG dr. SP.OG: Janin dalam keadaan baik

3. ASESSMENT

Diagnosa :

Ny. W 20 tahun G1P0A0 UK 31 minggu 2 hari dengan keadaan ibu dan janin sehat

Masalah :

Ibu merasa khawatir dengan keadaan janinya

Kebutuhan :

Dukungan psikologis terhadap keadaan ibu saat ini

Menjelaksan kepada ibu hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan

4. PLANING

1. Memberitahu kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
2. Menganjurkan kepada ibu agar istirahat dengan cukup dan lebih berhati hati ketika melakukan aktivitas
3. Menganjurkan kepada ibu untuk memantau tanda tanda bahaya yang mungkin terjadi
4. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan USG ulang untuk memastikan keadaan janin nya

CATATAN PERKEMBANGAN ANC KE 4
NY W USIA 20 TAHUN G1P0A0 UK 35 MINGGU 4 HARI

Tanggal Pengkajian : 17 April 2024
 Jam Pengkajian : 20.00 WIB
 Pengkaji : Rofingatun S.Keb

1. DATA SUBJEKTIF

1. Alasan Kunjungan
Ibu ingin memeriksakan kehamilannya
2. Keluhan Utama
Ibu mengatakan akhir akhir ini sering kencing dan batuk
3. Riwayat Kehamilan sekarang
 - a. G P A : G1 P0 A0
 - b. HPHT : 2 Agustus 2023 HPL : 9 Mei 2024
 - c. UK : 35 minggu 4 hari
 - d. Gerakan janin : 10x dalam sehari
 - e. Kecemasan : Tidak ada
 - f. Tanda-tanda bahaya : Tidak Ada
 - g. Tanda-tanda persalinan : Tidak Ada
4. Activity Daily Living
 - a. Pola makan & minum

Frekuensi : 3x sehari
 Jenis : Nasi,lauk,sayur,protein
 Keluhan/pantangan : Tidak ada
 Porsi : 1 piring
 Minum : 6 gelas/hr, jenis Air putih,
 Keluhan / pantangan : Tidak Ada
 - b. Pola istirahat :

Tidur siang : 2-3 jam
 Tidur malam : 6-8 jam

- Keluhan : Tidak Ada
- c. Pola eliminasi :
- BAK 6 x /hari, konsistensi cair , 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 : Menggerjakan pekerjaan rumah tangga
- Keluhan :Tidak Ada
- f. Hubungan sexual : 1 x / mgg
- g. Kebiasaan hidup
- Merokok : Suami merokok
- Minum-minuman keras : Tidak Ada
- Obat terlarang : Tidak Ada
- Minum jamu : Tidak Ada

2. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum
- Keadaan umum : Baik
2. Tanda-tanda vital
- Kesadaran : Composmentis
- Tekanan darah : 112/75 mmHg
- Nadi : 80 x/mnt
- Suhu : 36, °C
- Respirasi : 24 x/mnt
- Pengukuran tinggi badan dan berat badan
- Berat badan : 60 kg (mengalami kenaikan 12 kg dari sebelum hamil)
- Tinggi badan : 162 cm
- LILA : 30 cm

IMT : 22,8

3. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

Postur tubuh : Tidak ada kelainan
 Kepala : Messocephal
 Rambut : Hitam
 Muka : Normal,simetris
 Mata : Simeteris, tidak juling, tidak ada secret
 Konjungtiva merah muda,reflek cahaya normal,tidak ada cloasma
 Tidak ada oedema, Sclera putih
 Hidung : Tidak ada kelainan ,polip: Tidak ada polip
 Gigi dan mulut : Tidak ada gigi berlubang,mukosa bibir
 lembab,tidak ada sariawan
 Leher : Tidak ada kelainan
 Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya
 Pembesaran
 Payudara : Tidak ada kelainan
 Bentuk simetris : Simetris
 Keadaan putting susu : Menonjol
 Aerola mamae : Cokelat kehitaman
 Colostrum : Belum keluar
 Abdomen :Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada
 striae gravidarum, linea nigra terlihat jelas
 Inspeksi
 Pembesaran uterus sesuai dengan usia kehamilan
 Bekas luka / operasi : Tidak ada

b. Palpasi

Leopold I : bagian atas teraba bagian bulat lunak, tidak
 melenting yaitu bokong janin, TFU 2 jari di bawah processus
 xiphoid

Leopold II : perut kiri teraba bagian seperti ada tahanan memanjang yaitu punggung bayi, perut sebelah kanan teraba bagian kecil-kecil bayi yaitu ekstremitas bayi

Leopold III : segmen bawah teraba bagian bulat melenting, yaitu kepala janin, belum masuk panggul

TFU : 30 cm

TBJ : $(30 - 12) \times 155 = 2790$ gram

Kontraksi : Tidak ada kontraksi

4. Auskultasi

DJJ : (+) 138x/menit / regular

5. Ekstremitas

Tangan Simetris /tidak : Simetris

Kaki

Odem pada tungkai bawah : Tidak ada oedema

Varises : Tidak ada varises

Pergerakan : Tidak ada kelainan

Kemerahan pada tungkai : Tidak ada kemerahan

Genitalia : Tidak dilakukan

Anus : Tidak dilakukan

Pemeriksaan Panggul Lingkar Panggul: Tidak dilakukan

6. Pemeriksaan Dalam : Tidak dilakukan

7. Pemeriksaan Penunjang : hasil USG dr. SP.OG: Janin dalam keadaan baik

3. ASESSMENT

Diagnosa :

Ny. W 20 tahun G1P0A0 UK 35 minggu 4 hari dengan keadaan ibu dan janin sehat

Masalah :

Sering kencing dan batuk

Kebutuhan :

Konseling tentang tanda ketidaknyamaan TM III

4. PLANING

1. Memberitahu kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
2. Melakukan KIE pemantapan P4K, meliputi tempat bersalin, penolong persalinan, pendamping, tranpostasi yang akan digunakan dan calon pendonor darah jika dibutuhkan
3. Menganjurkan kepada ibu untuk memantau tanda tanda bahaya yang mungkin terjadi
4. Melakukan konseling ulang mengenai ketidaknyamanan TM 3 yang sering terjadi seperti nyeri punggung, kontraksi palsu, sering kencing, sembelit
5. Melakukan Kie ulang mengenai tanda tanda persalinan seperti keluar cairan seperti kencing dari jalan lahir, keluar lendir darah dan kontraksi yang teratur
6. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan USG ulang untuk memastikan posisi janin, kondisi plasenta, jumlah air ketuban dll

B. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

NY.W USIA 20 TH G1P0A0 UK 40 MINGGU 2 HARI

Hari/Tanggal: 11 Mei 2024 Pukul: 23.00 WIB

Pengkaji : Rofingatun S.Keb Tempat: PMB Rofingatun S.Keb

I. PENGKAJIAN DATA

a. Data Subjektif

Ibu datang mengatakan sudah merasakan kontraksi sejak pukul 18.00 tanggal 11 Mei 2024, punggung sakit. Belum mengelurakan lendir darah, tidak keluar cairan dari jalan lahir

Riwayat Kehamilan sekarang

G P A : G1 P0 A0

HPHT : 2 Agustus 2023 HPL : 9 Mei 2024

UK : 40 minggu 2 hari

Gerakan janin : Dirasakan ibu 10x dalam sehari

Kecemasan : ibu khawatir dengan kondisi bayinya didalam

b. Data Objektif

Pemeriksaan umum:

KU: baik, Kesadaran: Composmentis

TTV : TD: 123/82 mmHg Nadi: 88x/m Suhu: 36,6 C RR: 24x/m

Pemeriksaan Fisik:

Postur tubuh : Tegak

Kepala

Rambut : Bersih, tidak berketombe

Muka : Bulat Cloasma: Tidak ada, oedema : Tidak ada

Mata : Conjungtiva : Merah muda Sclera : Putih

Hidung : Simetri, polip : tidak ada

Gigi dan mulut : Tidak ada Caries
 Leher : Pemeriksaan kelenjar thyroid : Tidak ada pembesaran kelenjar thiroid
 Payudara
 Bentuk simetris : Simetris
 Keadaan putting susu : Menonjol
 Aerola mamae : Coklat kehitaman
 Colostrum : Sudah mulai keluar
 Abdomen
 Palpasi Abdomen
 TFU : 31 cm
 Bekas luka / operasi : tidak ada luka bekas operasi, kontraski 3 kali/ 10 menit, intensitas 15- 20 detik
 Leopold I : bagian atas teraba bagian bulat lunak, tidak melenting yaitu bokong janin, setinggi processus xiphoid
 Leopold II : teraba perut bagian kiri seperti ada tahanan memanjang yaitu punggung bayi, teraba perut kiri teraba bagian kecil-kecil bayi yaitu ekstremitas bayi
 Leopold III : teraba bagian bulat melenting, yaitu kepala janin, sudah masuk panggul
 Leopold IV : bagian terbawah sudah masuk panggul
 3/5
 DJJ : + (139x/m)
 Kandung Kemih : Kosong
 Genitalia
 Varises : Tidak ada
 Odema : Tidak ada
 Pembesaran kelenjar bartolini : Tidak ada
 Pengeluaran pervaginam : Tidak ada
 Bekas luka / jahitan perineum : Tidak ada
 Anus : Tidak ada hemoroid

Pemeriksa dalam :
 Porsio lunak, tipis, STLD (-), Kulit ketuban (+), air ketuban (-),
 Pembukaan 2, penurunan kepala Hodge 2
 Tangan dan kaki
 Simetris /tidak : Simetris
 Odem pada tungkai bawah: Tidak ada
 Varises : Tidak ada Pergerakan : aktif
 Kemerahan pada tungkai : Tidak ada
 Perkusi : Reflek patella +/
 Pemeriksaan penunjang : 11 Mei 2024
 Pemeriksaan : HB 12,1mg/dL Protein uein : Negatif

II. INTERPRETASI DATA

a. Diagnosa kebidanan

Ny. W 20 tahun G1P2A0 hamil 40 minggu lebih 2 inpartu kala 1 fase laten dengan keadaan ibu dan janin baik

b. Data Subyektif

1. Ibu mengatakan sudah meraskan kontraksi sejak jam 18.00 tanggal 11 Mei 2024
2. Belum mengeluarkan lender dan cairan apapun dari jalan lahir
3. Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama
4. Ibu mengatkan HPHT : 2 Agustus 2023

c. Data Obyktif

KU: baik, Kesadaran: Composmentis
 TTV : TD: 123/82 mmHg Nadi: 84x/m Suhu: 36,5 C RR: 24x/m
 Colostrum : Sudah mulai keluar
 Abdomen
 Bekas luka / operasi : tidak ada luka bekas operasi

Genitalia	: dalam batas normal
Varises	: Tidak ada Odema : Tidak ada
Pembesaran kelenjar bartolini:	Tidak ada
Pengeluaran pervaginam	: Tidak ada
Bekas luka / jahitan perineum:	Tidak ada
Anus	: Tidak ada hemoroid
Pemeriksaan dalam	: Porsio lunak, tipis , lendir darah (-), kulit ketuban (+), air ketuban (-), Pembukaan 2, penurunan kepala Hodge 2
Tangan dan kaki	
Simetris /tidak	: Simetris , Oedema : Tidak ada
Odem pada tungkai bawah	: Tidak ada

III. DIAGNOSA POTENSIAL DAN ANTISIPASI

Diagnosa potensial : Tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. INTERVENSI

1. Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
2. Lakukan inform choise mengenai rencana persalinan yang akan dipilih ibu dan keluarga
3. Beritahu ibu mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan kepada ibu selama proses observasi dan pertolongan persalinan
4. Beritahu pada ibu mengenai kemungkinan kemungkinan yang mungkin terjadi dalam masa observasi dan pertolongan persalinan, seperti halnya terjadi persalinan tidak maju dan lain sebagianya maka akan dilakukan rujukan

5. Lakukan inform consent mengenai pilihan yang sudah tentuan oleh pasien dan keluarga
6. Anjurkan pada ibu jalan jalan dan istirahat jika ibu menginginkan
7. Anjurkan ibu akan dan minum disela sela kontraksi
8. Ajarkan pada ibu teknis relaksasi dengan tarik nafas panjang Ketika sedang kontraksi
9. Anjurkan pada ibu agar tidak menahan ketika terasa ingin kencing atau BAB
10. Siapkan alat dan kelengkapan ibu dan bayi sesuai kebutuhan
11. Beritahu pada ibu mengenai rencana pemeriksaan selanjutnya
12. Dokumentasikan hasil pemeriksaan

VI. IMPLEMENTASI

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
2. Melakukan inform choice mengenai rencana persalinan yang akan dipilih ibu dan keluarga
3. Memberitahu ibu mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan kepada ibu selama proses observasi dan pertolongan persalinan
4. Memberitahu pada ibu mengenai kemungkinan kemungkinan yang mungkin terjadi dalam masa observasi dan pertolongan persalinan, seperti halnya terjadi persalinan tidak maju dan lain sebagianya maka akan dilakukan rujukan
5. Melakukan inform consent mengenai pilihan yang sudah tentuan oleh pasien dan keluarga
6. Mengajurkan pada ibu jalan jalan dan istirahat jika ibu menginginkan
7. Mengajurkan ibu akan dan minum disela sela kontraksi
8. Mengajarkan pada ibu teknis relaksasi dengan tarik nafas panjang Ketika sedang kontraksi
9. Mengajurkan pada ibu agar tidak menahan ketika terasa ingin kencing atau BAB
10. Menyiapkan alat dan kelengkapan ibu dan bayi sesuai kebutuhan

11. Memberitahu pada ibu mengenai rencana pemeriksaan selanjutnya
Dokumentasikan hasil pemeriksaan

I. EVALUASI

1. Ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
2. Keluarga sudah mengerti dan Memahami mengenai pilihan tempat bersalin
3. Ibu mengerti mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan oleh petugas
4. Ibu sudah mengerti mengenai hal hal yang mungkin terjadi selama masa observasi dan pertolongan persalinan yang akan dilakukan
5. Keluarga sudah menegrti dan bersedia melakukan inform concent
6. Ibu mengerti dan bersedia untuk istirahat selama kontraksi belum sering
7. Ibu menegrti dan bersedia makan dan minum disela sela kontraksi
8. Ibu mengerti dan bersedia mencoba teknik relaksasi yang sudah di contohkan
9. Ibu mengerti dan bersedia untuk BAB dan BAK mandiri selama masih mampu
10. Kegiatan sudah didokumentasikan

**CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN PERSALINAN
NY. W USIA 20 TAHUN G1P0A0 INPARTU KALA I FASE AKTIF**

Tanggal Pengkajian / jam : 12-05-2024 / 03.00 wib
 Tempat Pengkajian : Ruag Bersalin PMB Rofingatun S.Keb
 Nama Pengkaji : Bidan Rofingatun

1. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengalami kenceng-kencengnya semakin sering

2. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda – tanda Vital :

TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/m
 Suhu : 36,5°C RR : 18 x/m

2. Pemeriksaan fisik

- a. Abdomen : TFU 32, kontraksi adekuat 3 kali/ 10 menit intensitas 20 detik, kandung kemih kosong, Penurunan kep 2/5 bagian
- b. Genitalia : Porsio lunak tipis, lendir darah +, kulit ketuban +, air ketuban , Pembukaan 5 cm

3. ASESMEN

Diagnosa : Ny. W Usia 20 tahun G1P0A0 Uk 40 minggu 2 hari, inpatu kala I fase aktif dengan keadaan ibu dan janin baik

Masalah : Tiadaka ada

Kebutuhan : Tidak ada

4. PLANING

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti penjelasan yang diberikan
2. Menganjurkan pada ibu untuk duduk di Gymball atau tidur miring kiri
Evaluasi : Ibu mengerti dan ibu bersedia melakukan saran diberikan , ibu ingin duduk di gymball
3. Mengajarkan pada ibu Teknik relaksasi dengan mengatur nafas saat kontraksi
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukanya
4. Menganjurkan pada ibu untuk makan dan minum disela kontraksi
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk makan dan minum disela kontraksi
5. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia untuk melakukanya
6. Memberitahu pada ibu rencana pemeriksaan selanjutnya dilakukan 4 jam
Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
7. Menganjurkan ibu agar segera membebitahu petugas jika ada keluhan
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan
8. Melakukan pemantau kemajuan persalinan

Tabel 1
Pemantaun Kemajuan Persalinan

JAM	TD mm Hg	N x/m enit	S C	RR x/m enit	KK	DJJ x/me nit	KON TRI /10 menit	VT		
								PEN. KEP	PENIP ISAN	Φ cm
03.00	120 /80	80	36,5	18	U	142	3	2	50%	5
03.30						148	3			
04.00						142	3			
04.30						138	3			

05.00						142	3			
05.30						144	3			
06.00						144	3			
06.30						136	3			
07.00	110 /80	82	36,9	20	U	142	4	80%	3	8
07.30						142	4			
08.00						142	4			
08.30						148	4			
09.00	119 /82	82	36,9	20	U	152	4	100%	3	10

9. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

**CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN PERSALINAN
NY. W USIA 20 TAHUN G1P0A0 INPARTU KALA II NORMAL**

Tanggal Pengkajian / jam : 12-05-2024 / 09.00 wib

Tempat Pengkajian : Ruag Bersalin PMB Rofingatun S.Keb

Nama Pengkaji : Bidan Rofingatun

1. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengalami kenceng-kencengnya semakin sering dan merasa ingin mengejan

2. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda – tanda Vital :
 - TD : 119/82 mmHg
 - Nadi : 82 x/m
 - Suhu : 36,9°C
 - RR : 20 x/m

2. Pemeriksaan fisik

- a. Abdomen : TFU 32, kontraksi adekuat 3-4 kali/ 10 menit intensitas 20-25 detik, kandung kemih kosong, penurunan 3/5
- b. Genitalia : lendir darah+, kulit ketuban +, air ketuban+, Penurunan Hodge 3, Pembukaan 10 cm

3. ASESMEN

Diagnosa :

Ny. W usia 20 tahun G1P0A0 Uk 40 minggu 2 hari inpatu kala II dengan keadaan ibu dan janin baik

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

4. PLANING

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti penjelasan yang diberikan
2. Menganjurkan pada ibu untuk miring kiri terlebih dahulu
Evaluasi : Ibu mengerti dan memilih posisi setengah duduk
3. Mengajarkan pada ibu Teknik mengejan saat terdapat kontraksi
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukanya
4. Menganjurkan pada ibu untuk makan dan minum disela kontraksi
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk makan dan minum disela kontraksi
5. Memberitahu ibu teknik relaksasi disela sela kontraksi
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan
6. Memberitahu ibu akan dimulai dipimpin persalinanya, dan meminta ibu agar selalu tenang
7. Melakukan pimpinan meneran saat ada kontraksi/ his
Respon : ibu meneran sesuai intruksi yang diberikan
8. Meletakkan handuk bersih di atas perut ibu
9. Meletakkan kain bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
10. Membuka partus set
11. Memakai sarung tangan DTT (2 tangan)
12. Menolong kelahiran bagi saat kepala sudah croning 5-6 cm di depan vulva, tangan kanan menahan perineum dilapisi kain, dan tangan kiri berada di atas kepala bayi untuk melindungi agar tidak terjadi defleksi
13. Memeriksa lilitan tali pusat
Evaluasi : tidak ada lilitan tali pusat
14. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar
15. Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, lakukan biparental untuk melahirkan bahu depan dan bahu belakang

16. Setelah bahu lahir, pindahkan tangan kanan kebawah untuk menyangga kepala bayi, lengan, dan siku atas bayi
17. Setelah tubuh dan lengan lahir, lakukan penyusuran pada punggung, bokong, tungkai dan kaki, lalu pegang kedua kaki dan bayi lahir seluruhnya
18. Melakukan penilaian selintas pada bayi baru lahir
Evaluasi : Bayi lahir JK Perempuan, menangis kuat, seluruh tubuh kemerahan, gerak aktif
19. Mengeringkan badan bayi dengan handuk kering kecuali telapak tangan, dan mengganti handuk yang sudah basah dengan kain yang bersih dan kering
20. Memeriksa uterus dan memastikan tidak ada janin kedua
Evaluasi : TFU setinggi pusat dan tidak ada tanda janin kedua
21. Menganjurkan ibu agar segera memebritahu petugas jika ada keluhan
Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia melakukan
22. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

**CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN PERSALINAN
NY. W USIA 20 TAHUN G1P0A0 INPARTU KALA III**

Tanggal Pengkajian/ jam : 12-05-2024/ 10.30 wib

Tampat Pengkajian : Ruang Bersalin PMB Rofingatun

Nama Pengkaji : Bidan Rofingatun

1. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules

2. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda – tanda vital :

TD : 120/80 mmHg Nadi : 95 x/m

Suhu : 36,7°C R : 20 x/m

2. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen : kandung kemih kosong, TFU setinggi pusat, janin kedua tidak ada, kontraksi uterus baik

b. Genitalia : tali pusat memanjang menjulur ke depan vulva

3. ASESMEN

Diagnosa :

Ny. "W" P1A0 inpartu kala III dengan keadaan baik

Masalah :

Tidak ada

Kebutuhan :

Tidak ada

4. PLANING

1. Memberitahu ibu akan di suntik oksitosin
Evaluasi : ibu mengatakan iya
2. Menyuntikkan oksitosin 10 unit secara IM di 1/3 paha atas bagian luar
3. Jepit tali pusat bayi dengan jarak 3 cm dari pusat bayi dan mendorong tali pusat ke arah distal dan jepit lagi tali pusat 2 cm dari klem pertama
4. Melakukan pemotongan tali pusat
Meletakkan bayi di atas perut ibu dan melakukan IMD, menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasangkan topi bayi
5. Memindahkan klem pada tali pusat 5 – 10 cm dari vulva
6. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simpisis untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain meregangkan tali pusat
7. Meregangkan tali pusat saat ada kontraksi dan tangan lain melakukan dorsokranial
8. Melakukan peregangan dan dorsokranial sampai ada tanda lepas placenta. Setelah ada tanda lepas placenta minta ibu untuk sedikit meneran sambal menolong meregangkan tali pusat sejajar lantai
9. Setelah placenta terlepas, tegangkan tali pusat kearah bawah dan kemudian keatas mengikuti kurva jalan lahir sambal meneruskan penekanan berlawanan arah pada uterus
10. Saat placenta berada di introitus vagina, tangkap placenta dengan kedua tangan dan putar placenta searah jarum jam sampai placenta lahir seluruhnya
11. Segera setelah placenta dan selaput ketuban lahir lakukan massage uterus selama 15 detik
12. Memeriksa sisi placenta
Evaluasi : Plasenta lahir jam 10. 42 WIB, kesan lengkap, katiledon lengkap, selaput lengkap, panjang tali pusat 50 cm, tebal tali pusat 1,5cm
13. Memeriksa kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum
Evaluasi : tidak ada laserasi pada vagina dan perineum

14. Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik
Evaluasi : kontraksi uterus baik

**CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN PERSALINAN
NY. W USIA 20 TAHUN G1P0A0 INPARTU KALA IV**

Tanggal Pengkajian / jam : 12-05-2024 / 10.42 wib

Tempat Pengkajian : Ruang bersalin PMB Rofingatun

Nama Pengkaji : Bidan Rofingatun

1. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan merasakan lega karena sudah melahirkan dengan selamat dan ari – ari sudah lahir

2. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda – tanda Vital :

TD : 120/80 mmHg	Nadi : 80 x/m
Suhu : 36,5 ⁰ C	RR : 18 x/m

2. Pemeriksaan fisik

- a. Abdomen : TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong
- b. Genitalia : Lochea rubra ±200 cc, tidak ada laserasi jalan lahir

3. ASESMEN

Diagnosa : Ny. "W" P1A0 inpartu kala IV dengan keadaan baik

Masalah :Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

4. PLANING

- 1. Melakukan IMD dan skin to skin minimal 1 jam

Evaluasi : bayi berhasil menyusu dalam waktu 1 jam

2. Mengevaluasi kontraksi uterus perdarahan pervaginam
Evaluasi : kontraksi uterus baik
 3. Mengajarkan ibu dan keluarga melakukan massage uterus
Evaluasi : ibu dapat melakukan massage dengan benar
 4. Mengevaluasi kehilangan darah
Evaluasi : total kehilangan darah ±200 cc
 5. Memeriksa nadi, kandung kemih, tekanan darah, suhu, kontraksi, dan darah yang keluar tiap 15 menit pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada 1 jam kedua setelah bayi lahir
Evaluasi : tercatat dalam partografi
 6. Dekontaminasi alat dengan larutan klorin 0,5%
 7. Membuang bahan yang terkontaminasi
 8. Membersihkan ibu dengan air tissue basah
 9. Memastikan keamanan dan kenyamanan ibu
 10. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
 11. Melepas secara terbalik dan membuang sarung tangan yang kotor ke tempat sampah medis
 12. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
 13. Melengkapi partografi (partografi terlampir)
 14. Menganjurkan ibu untuk meneteksi bayinya minimal 2 jam sekali dan bangunkan bayinya jika tertidur lebih dari 2 jam
- Respon : ibu bersedia

C. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS

NY. W 20 TAHUN P1A0 POST PARTUM 6 JAM

Tanggal kunjungan : 12 Mei 2024

Pukul : 15.30 WIB

Pengkaji : Rofingatun

I. PENGKAJIAN DATA

1. DATA SUBJEKTIF

a. Biodata :

Nama ibu	:	Ny. W	Nama	:	Tn. A
Umur	:	20 th	Umur	:	29 th
Agama	:	Islam	Agama	:	Islam
Suku/Bangsa	:	Jawa	Suku/Bangsa	:	Jawa
Pendidikan	:	SMP	Pendidikan	:	SMK
Pekerjaan	:	IRT	Pekerjaan	:	Swasta
Alamat	:	Jl. Nusapurba Rt 1 Rw 5 Kutawaru, Cilacap Tengah			

b. Keluhan Utama / Alasan Masuk

Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya, bayi sudah dapat menyusu dengan lancar, masih merasa mules

c. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 th Siklus : 28 hari, teratur

Lama : 6-7 hari Banyak : ± 4 x ganti pembalut / hari

dismenorea : Ya

d. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu

Tabel 2.
Riwayat Kelahiran, Persalinan, Nifas yang lalu

Anak Ke	Tgl Lahir/ Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Ba	Ibu	BB/PB	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1	12-05-2024	40 +2 mgg	Normal	PMB	Bidahn	-	-	3700gr /49 cm	Baik	Baik	Lancar

e. Riwayat persalinan

Tanggal / Jam persalinan : 12 Mei 2024/ Jam 10.32 WIB
tempat persalinan : Ruang Bersalin PMB Rofingatun S.Keb

Penolong persalinan : Bidan
Jenis persalinan : Spontan
Komplikasi persalinan : Tidak ada
Keadaan placenta : Lahir lengkap
Tali pusat : Segar
Lama persalinan : 1.5 jam
Jumlah perdarahan : kala I : - kala II : 10 cc kala III : 20 cc kala IV : 50 cc

Bayi

BB : 3700 gram PB : 49 cm Nilai Apgar : 8/9/10
Cacat bawaan : Tidak ada
Masa Gestasi : 40 mg 2 hari

f. Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami

Jantung : Tidak memiliki riwayat penyakit jantung
Hipertensi : Tidak memiliki riwayat penyakit Hipertensi
Diabetes Melitus: Tidak memiliki riwayat penyakit DM

Malaria : Tidak memiliki riwayat penyakit malaria
 Ginjal : Tidak memiliki riwayat penyakit ginjal
 Asma : Tidak memiliki riwayat penyakit asma
 Hepatitis : Tidak memiliki riwayat penyakit hepatitis
 Riwayat operasi abdomen / SC : Sebelum operasi ini, ibu belum pernah operasi SC/Operasi abdomen yang lain.

g. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit hipertensi
 Diabetes Melitus: Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit DM
 Asma : Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit asma

h. Riwayat KB

Ny.W mengatakan sebelumnya belum pernah mengikuti program KB

i. Riwayat Sosial Ekonomi :

Status Perkawinan : Sah Kawin :1 kali
 Lama nikah : 1 tahun, menikah pertama pd umur : 19 Tahun

Respon ibu dan keluarga terhadap kelahiran : Ibu senang karena ini anak yang diharapkan

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami dengan bermusyawarah

Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : Tidak ada

Adaptasi psikososial selama masa nifas : Ibu merasa tenang dan kooperatif

j. Pola kebutuhan sehari hari

Pola makan & minum :

Frekuensi : 3x sehari

Jenis : Nasi, Lauk Sayur dan kadang kadang buah

Minum : 7-8 gelas/hr, jenis : air putih

Keluhan / pantangan : Tidak ada

Pola istirahat :

Tidur siang : 1 jam, tidur malam : 5-8 jam

Keluhan : terbangun untuk menyusui bayinya saat malam hari

Pola eliminasi :

BAK : 5-6 x /hari, konsistensi :Cair , warna : Kuning Jernih

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

Personal Hygiene :

Mandi : 2x sehari

Ganti pakaian dan pakaian dalam : 2-4 x sehari

Mobilisasi : Ibu sudah dapat duduk, berdiri dan berjalan, dan dapat beraktifitas seperti biasa

Aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : Ibu Rumah Tangga

Keluhan : Tidak ada

Menyusui : Ibu sudah menyusui bayinya dengan baik

Keluhan : Tidak ada keluhan

Hubungan sexual : belum melakukan hubungan sexual

Kebiasaan hidup

Merokok: Tidak merokok

Minum-minuman keras: Tidak minum minuman keras

Obat terlarang: Tidak konsumsi obat terlarang

Minum jamu: Tidak minum jamu

2. DATA OBJEKTIF :

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 84 x/mnt

Suhu : 36,7 °C

Respirasi : 22 x/mnt

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : 52 kg

Tinggi badan : 162,5 cm

2. Pemeriksaan fisik

1. Inspeksi

Postur tubuh : Tegak

Kepala

Rambut : Bersih, tidak berketombe

Muka : Lonjong cloasma: tidak ada

oedema : Tidak ada

Mata : Conjungtiva : Merah muda

Sclera :Putih

Hidung : Simetris

polip :tidak ada

Gigi dan mulut :Tidak ada Caries

Leher :Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ada

pembesaran kelenjar thyroid

Payudara

Bentuk simetris : Simetris

Keadaan putting susu : Menonjol

Aerola mamae : Coklat kehitaman

Colostrum : Sudah keluar

Abdomen

Bekas luka / operasi : luka bekas operasi sudah mulai mengering, tidak ada tanda infeksi

Genitalia

Varises : Tidak ada Odema : Tidak ada

Pembesaran kelenjar bartolini : Tidak ada

Pengeluaran pervaginam : Lochea : Rubra

Bau : Khas

Bekas luka / jahitan perineum : Tidak ada Anus : Tidak ada hemoroid

Tangan dan kaki

Simetris /tidak : Simetris

Odem pada tungkai bawah : Tidak ada\

Varises : Tidak ada

Pergerakan : aktif

Kemerahan pada tungkai : Tidak ada

Palapasi Abdomen

TFU : 3 Jari di bawah pusat

Kontraksi uterus : Keras

Kandung Kemih : Kosong

Perkusi : Reflek patella +/-

Pemeriksaan penunjang: tidak dilakukan

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa kebidanan

Ny. W usia 20 tahun P1A0 post partum 6 jam dengan keadaan baik

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

III. DIAGNOSA POTENSIAL ANTISIPASI

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. INTERVENSI

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan dan menjelaskan keadaan ibu:

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 84 x/mnt Suhu : 36,7 °C

Respirasi : 22 x/mnt TFU : 3 jari dibawah pusat

Abdomen : luka bekas jahitan jalan lahir kering, tidak ada tanda infeksi

Genitalia : Pengeluaran pervaginam : ± 10 cc

Hasil Lab : Tidak dilakukan

Ibu dalam keadaan yang sehat, dan tidak ada tanda-tanda infeksi

Evaluasi : Ibu sudah mengerti hasil pemeriksaan

2. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara teratur dengan selang waktu 2-3 jam atau dengan cara *on demand* secara bergantian agar nutrisi bayi dapat tercukupi dan tidak terjadi penampungan ASI yang berlebihan
3. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara ekslusif, yaitu memberikan hanya ASI saja pada bayi selama 6 bulan
4. Menganjurkan ibu untuk menkonsumsi makanan bergizi: makanan yang mengandung tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka jalan lahir
5. Menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene seperti mandi 2 kali sehari, ganti baju setiap hari, ganti pembalut 2-3 kali sehari, rajin cuci tangan
6. Memberikan KIE tentang perawatan BBL meliputi: memandikan bayi, menjaga kehangatan bayi dengan selalu mengganti baju atau popok bayi yang basah, memberikan ASI, merawat tali pusat dengan benar yaitu mengganti kassa steril pembungkus tali pusat setiap hari, dan menggunting kuku bayi

7. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 17 Mei 2024

VI. IMPLEMENTASI DAN EVALUSI

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan menjelaskan keadaan ibu:
 Tekanan darah : 120/80 mmHg
 Nadi : 84 x/mnt Suhu : 36,7 °C
 Respirasi : 22 x/mnt TFU : 3 jari dibawah pusat
 Abdomen : luka bekas jahitan jalan lahir kering, tidak ada tanda infeksi
 Genitalia : Pengeluaran pervaginam : Lokea rubra
 Hasil Lab : Tidak dilakukan
 Ibu dalam keadaan yang sehat, dan tidak ada tanda-tanda infeksi
 Evaluasi : Ibu sudah mengerti hasil pemeriksaan
2. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara teratur dengan selang waktu 2-3 jam atau dengan cara *on demand* secara bergantian agar nutrisi bayi dapat tercukupi dan tidak terjadi penampungan ASI yang berlebihan
 Evaluasi: Ibu bersedia untuk menyusui bayinya secara teratur
3. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara ekslusif, yaitu memberikan hanya ASI saja pada bayi selama 6 bulan
 Evaluasi: Ibu bersedia ibu untuk memberikan ASI secara ekslusif
4. Menganjurkan ibu untuk menkonsumsi makanan bergizi: makanan yang mengandung tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka jalan lahir
 Evaluasi: Ibu bersedia untuk menkonsumsi makanan tinggi protein
5. Menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygine seperti mandi 2 kali sehari, ganti baju setiap hari, ganti pembalut 2-3 kali sehari, rajin cuci tangan
 Evaluasi: Ibu bersedia untuk menjaga personal hygine

6. Memberikan KIE tentang perawatan BBL meliputi: memandikan bayi, menjaga kehangatan bayi dengan selalu mengganti baju atau popok bayi yang basah, memberikan ASI, merawat tali pusat dengan benar yaitu mengganti kassa steril pembungkus tali pusat setiap hari, dan menggunting kuku bayi

Evaluasi: Ibu sudah mengerti tentang perawatan BBL

7. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal

17 Mei 2024

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS KE 2
ASUHAN KEBIDANAN MAS NIFAS PADA NY W HARI KE 6

Tempat pengkajian : Rumah Pasien Ny. W
 Tanggal/waktu pengkajian : 18 Mei 2024/ 15.00 wib
 Nama Pengkaji : Rofingatun S.Keb

1. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan keadaanya sudah lebih nyaman
 Ibu mengatakan ASI nya lancar keluar, bayi kuat menyusu dan ibu selalu menyusui bayinya, tidak ada penyulit dan hanya memberikan ASI saja
 Pasien mengatakan darah dari kemaluannya masih keluar warna merah kecoklatan

2. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : baik, kesadaran: *composmentis*
 Tanda-tanda vital sign
 Tekanan darah : 112/82 mmHg
 Nadi : 84x/menit
 Suhu : 36,5° C
 Respirasi : 22x/menit
 Pemeriksaan kebidanan
 a. Abdomen
 Kontraksi uterus : keras
 TFU : pertengahan pusat-simfisis
 b. Genitalia
 PPV : lochea *Rubra* (merah), tidak berbau
 Perineum : tidak ada luka jahitan

3. ASSESMENT

Diagnosa :

Ny. W 20 tahun P₁A₀ *post partum* 6 hari dengan keadaan ibu baik

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

4. PLANNING

Tanggal: 18 Mei 2024

Jam: 15.30 Wib

1. Memberitahu pasien hasil pemeriksaan

Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis. Vital sign: Td: 112/82 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,5° C, R: 22x/menit. TFU: pertengahan pusat-simfisis, PPV: lochea *sanguiloenta* (merah kecoklatan), tidak berbau.

Perineum: luka jahitan perineum bagus, sudah mulai kering

Hasil: Pasien mengerti dengan hasil pemeriksaan

2. Memberitahu bahwa involusi uteri ibu berjalan dengan baik dan normal. TFU pertengahan pusat- simfisis, uterus berkontraksi dengan baik, tidak ada perdarahan abnormal

Hasil: Pasien senang rahimnya mengecil secara normal

3. Mengingatkan ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang

Hasil: Pasien selalu makan makanan yang bergizi seimbang seperti nasi, ikan lumadang, ayam goring, hati, sayur katuk/kelor, tempe/tahu goring dan buah-buahan.

4. Memberitahu suami dan keluarga agar selalu membantu dan mendukung ibu agar terhindar dari baby blues

Hasil: Pasien mengatakan suami dan keluarga sangat memperhatikan dirinya dan bayinya serta tidak ada kepercayaan yang bertentangan dengan edukasi bidan.

5. Memberikan ibu Penkes tentang perawatan payudara dan posisi menyusui yang benar. Memastikan ibu menyusui bayinya secara bergantian dan mengajarkan posisi yang benar yaitu meletakkan bayi di pangkuan ibu dengan posisi ibu duduk, seluruh daerah hitam (areola) harus masuk kedalam mulut bayi. Pasien harus selalu menjaga kebersihan payudara dengan sering

membersihkan putting dengan kain kassa yang dibaluri minyak kelapa dan bilas dengan air hangat.

Hasil: pasien mengerti dan bisa mempraktikan cara menyusui yang benar dan cara perawatan payudara.

6. Memberikan pasien tablet FE 1x1/hari supaya tidak terjadi anemia dan memberikan ASI pada bayinya secara maksimal, serta memberikan Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) untuk mencegah anemia dan mencegah rabun senja serta kerusakan kornea.

Hasil: Pasien mau meminum tablet FE 1x1/hari secara rutin

7. Menganjurkan pasien kontrol ulang pada tanggal 26 mei 2024 atau jika ada keluhan.

Hasil: Pasien bersedia control ulang pada tanggal mei 2024 atau jika ada keluhan.

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS KE 3
ASUHAN KEBIDANAN MASA NIFAS PADA NY W HARI KE 14

Tempat pengkajian : Rumah Pasien Ny. W
 Tanggal/waktu pengkajian : 26 Mei 2024/ 16.00 wib
 Nama Pengkaji : Rofingatun S.Keb

1. DATA SUBJEKTIF

Pasien mengatakan keadaanya baik dan tidak ada keluhan
 Pasien mengatakan selalu menysusui bayinya dan hanya memberikan ASI saja
 Pasien mengatakan darah yang keluar dari kemaluannya sedikit dan berwarna kekuningan serta tidak bau

2. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : baik, kesadaran: *composmentis*

Tanda-tanda vital sign

Tekanan darah : 105/79 mmHg

Nadi : 82x/menit

Suhu : 36,2° C

Respirasi : 20x/menit

Pemeriksaan kebidanan

a. Abdomen

Kontraksi uterus: keras

TFU : tidak teraba diatas simfisis

b. Genitalia

PPV : lochea *serosa* , tidak berbau

Perineum : normal

3. ASSESSMENT

Diagnosa :

Ny. W 20 tahun P₁A₀ *post partum* 14 hari dengan keadaan ibu baik

Masalah : Tidak

Kebutuhan : Tidak ada

4. PLANNING

Tanggal: 26 Mei 2024

Jam: 16.10 Wib

1. Memberitahu pasien hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu sehat. TD: 105/79 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,2° C, R: 20x/menit. Perineum bagus tidak ada tanda infeksi
2. Memberitahu pasien hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu sehat. TD: 105/79 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,2° C, R: 20x/menit. Perineum bagus tidak ada tanda infeksi.
3. Memberitahu pasien bahwa involusi uteri ibu berjalan normal, TFU tidak teraba diatas simfisis
4. Menganjurkan pasien untuk menjadi akseptor KB dan memberikan konseling macam-macam alat kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi ibu nifas, yaitu MAL, kondom, pil laktasi, suntik 3 bulanan, Implant dan IUD. Kemudian menjelaskan tentang keuntungan dan efek samping dari setiap alat kontrasepsi tersebut
5. Memberikan pasien tablet FE 1x1/hari supaya tidak terjadi anemia dan memberikan ASI pada bayinya secara maksimal.
6. Menganjurkan pasien kontrol ulang pada tanggal 23 Juni 2024 atau jika ada keluhan.

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS KE 4
ASUHAN KEBIDABAB MASA NIFAS PADA NY. W HARI KE 42

Tempat pengkajian : PMB Rofingatun S.Keb

Tanggal/waktu pengkajian : 23 Juni 2024/ 16.00 wib

Nama Pengkaji : Rofingatun S.Keb

1. DATA SUBJEKTIF

Pasien mengatakan keadaanya baik dan tidak ada keluhan

Pasien mengatakan selalu menyusui bayinya dan hanya memberikan ASI saja

Pasien mengatakan sudah tidak ada darah yang keluar dari kemaluannya.

2. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : baik,

Kesadaran: *composmentis*

Emosional : stabil

Tanda-tanda vital sign

Tekanan darah : 122/72 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36° C

Respirasi : 21x/menit

Pemeriksaan kebidanan

a. Abdomen

Kontraksi uterus: keras

TFU : tidak teraba

b. Genitalia

PPV : lochea *Alba* (putih), tidak berbau

Perinum : normal

3. ASSESMENT

Diagnosa :

Ny. W 20 tahun P₁A₀ *post partum* 42 hari dengan keadaan ibu baik.

Masalah :

Tidak ada

Kebutuhan :

Tidak ada

4. PLANNING

Tanggal: 23 Juni 2024

Jam: 16.10 Wib

1. Memberitahu pasien hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu sehat. TD: 122/72 mmHg, N: 80x/menit, S: 36° C, R: 21x/menit. Perineum bagus tidak ada tanda infeksi
2. Memberitahu pasien bahwa rahim sudah kembali ke keadaan sebelum hamil
3. Menanyakan kembali alat kontrasepsi apa yang akan pasien gunakanHasil:
Pasien mengatakan akan menggunakan KB suntik 3 bulan hasil diskusi dengan suami
4. Memberitahu ibu boleh melakukan hubungan seksual setelah nifas selesai yaitu ± 42 hari postpartum
Hasil: ibu paham dengan informasi yang diberikan
5. Memberikan pasien 10 tablet FE 1x1/hari supaya tidak terjadi anemia dan memberikan ASI pada bayinya secara maksimal.
Hasil: Pasien mau meminum tablet FE 1x1/hari secara rutin
6. Mengajurkan ibu kontrol ulang jika ada keluhan
Hasil: Pasien bersedia kontrol ulang jika ada keluhan.

D. Asuhan Kebidanan Pada BBL

ASUHAN KEBIDANAN BBL PADA BAYI NY. W USIA 0 HARI BBL NORMAL

Tanggal pengkajian : 12 Mei 2024

Pukul : 10.32 WIB

Pengkaji : Rofingatun

I. PENGKAJIAN DATA

1. DATA SUBJEKTIF

a. Identitas pasien

Nama Bayi	: BBL Ny. W		
Umur Bayi	: 60 hari		
Tgl/ jam lahir	: 12 Mei 2024/ 10.32 WIB		
Jenis kelamin	: Perempuan		
BB	: 3700 Gram		
PB	: 49 cm		
Nama Ibu	: Ny. W	Nama Ayah	: Tn. A
Umur	: 20 Tahun	Umur	: 31 Tahun
Suku	: Jawa/ Indonesia	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat Rumah	: Jl. Nusapurba Rt 1 Rw 5 Kutawaru, Cilacap Tengah		

b. Riwayat kesehatan

1. Riwayat kehamilan

HPHT : 2 Agustus 2023

HPL : 9 Mei 2024

Tanggal Lahir : 12 Mei 2024

Umur Kehamilan : 40 minggu 2 hari

2. Riwayat Penyakit Kehamilan

Perdarahan : Tidak ada
 Pre Eklamsia : Tidak ada
 Eklamsia : Tidak ada
 Penyakit Kelamin : Tidak ada
 Lain-lain : Tidak ada

3. Kebiasaan Waktu Hamil :

Makanan : Tidak ada pantangan
 Obat-obatan : Tidak
 Merokok : Tidak
 Lain-lain : Tidak ada

c. Riwayat Persalinan Sekarang :

Jenis Persalinan : Spontan
 Ditolong oleh : Bidan
 Lama persalinan :
 Kala I : 12 Jam
 Kala II : 1 jam 32 menit
 Kala III : 10 menit
 Kala IV : 2 jam
 Ketuban pecah : Spontan saat pembukaan hampir lengkap
 Warna : Jernih, bau/tidak : bau khas
 Komplikasi persalinan
 Ibu : Tidak ada
 Bayi : Tidak ada

c. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Intake

ASI/PASI : Bayi belum ada intake cairan

Frekuensi :-

b. Eliminasi

1. Miksi : + , Warna : Kuning jernih, tgl : 12 Mei 2024

pukul : 10.32 WIB

2. Meconium : + Warna : Kehitaman tgl : 12 Mei 2024
pukul : 10.32 WIB

2. DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Bayi Baru Lahir :

Nilai Apgar : 1-5 menit : 8 5-10 menit : 10

Tabel 3
Nilai Apgas Score

	Tanda	0	1	2	Jumlah nilai
Menit ke 1	Frekuensi jantung Usaha bernafas Tonus otot Reflek Warna	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Lumpuh <input type="checkbox"/> Tidak bereaksi <input type="checkbox"/> Biru/pucat	<input type="checkbox"/> $\checkmark < 100$ <input type="checkbox"/> Lambat tidak teratur <input type="checkbox"/> Eks sedikit fleksi <input type="checkbox"/> Gerakan sedikit <input checked="" type="checkbox"/> Tumbuh kemerahan kaki dan tangan	<input type="checkbox"/> $\checkmark < 100$ <input type="checkbox"/> \checkmark Menangis kuat <input type="checkbox"/> \checkmark Gerakan aktif <input type="checkbox"/> \checkmark Menangis <input type="checkbox"/> Kemerahan	8
Menit ke 5	Frekuensi jantung Usaha bernafas Tonus otot Reflek Warna	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Lumpuh <input type="checkbox"/> Tidak bereaksi <input type="checkbox"/> Biru/pucat	<input type="checkbox"/> < 100 <input type="checkbox"/> Lambat tidak teratur <input type="checkbox"/> Eks sedikit fleksi <input type="checkbox"/> Gerakan sedikit <input checked="" type="checkbox"/> Tumbuh kemerahan kaki dan tangan	<input type="checkbox"/> $\checkmark < 100$ <input type="checkbox"/> \checkmark Menangis kuat <input type="checkbox"/> \checkmark Gerakan aktif <input type="checkbox"/> \checkmark Menangis <input checked="" type="checkbox"/> Kemerahan	10

2. Resusitasi :

- a. Penghisapan lender : ya
 - b. Rangsangan : ya
 - c. Ambu : Tidak
 - d. Massage jantung : Tidak
 - e. Intubasi endutraheal : Tidak
 - f. Oksigen : Tidak
 - g. Therapi : Tidak

3. Keadaan Umum : baik

4. TTV

Suhu : 36,7 °C

Pernafasan : 60x/ menit
 Denyut Nadi : 124x/ menit

5. Antropometri

BB sekarang : 3700 gram
 PB : 49 cm
 Lingkar kepala : 32 cm
 Lingkar dada : 34 cm
 Lingkar lengan atas : 10 cm

Pemeriksaan Fisik secara Sistematis :

1. Kepala : Tidak ada cepal hematoma dan caput succedaneum
2. Ubun-ubun : Teraba sutura belum menyatu maksimal
3. Muka : Bersih, tidak ikterik/ warna kemerahan
4. Mata : Conjungtiva merah muda
5. Telinga : Simetris, tidak ada pengeluaran dari telinga
6. Mulut : Bersih, terdapat palatum
7. Hidung : Bersih, tidak ada polip
8. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, serta vena jugularis
9. Dada : Tidak ada bunyi wheezing, putting susu simetris, tidak ada retraksi dinding dada
10. Tali pusat : Bersih, tidak ada tanda infeksi, tampak mengering dan terbungkus kassa steril
11. Punggung : Tidak ada spina bifida
12. Ekstremitas : gerak aktif, jumlah jari lengkap
13. Genitalia : Labia mayora sudah menutupi labia minora
14. Anus : Ada

Reflek

1. Reflek Moro : Ada
2. Reflek Rooting : Ada
3. Reflek walking : Ada
4. Reflek Graphs/plantar : Ada

5. Reflek Sucking	: Ada
6. Reflek Tonic Neck	: Ada
Pemeriksaan Penunjan	:Tidak Dilakukan

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa

Bayi Ny. W Umur 0 hari Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan dengan keadaan baik

Masalah : Tidak ada

Data Subjektif :

Bayi sudah menghisap puting susu ibu,Ibu sangat senang atas kelahiran bayinya

Data Objektif :

Keadaan umum baik, jenis kelamin laki-laki, langsung menangis, warna kulit kemerahan, tonus otot baik dan aktif, mekoneum (+), miksi (-), antropometri : suhu 36,5°C, denyut jantung 124x / menit, pernapasan 60 x / menit, kulit kemerahan, bergerak aktif. BB 3.700 gram, PB 49 cm, lingkar kepala 32 cm. Lingkar dada 34 cm, A/S 8/10

III. DIAGNOSA POTENSIAL DAN ANTISIPASI

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. INTERVENSI

1. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaan yang telah dilakukan terhadap bayinya bahwa bayinya dalam keadaan baik.
2. Jaga kehangatan bayi dengan mengeringkan tubuh bayi kecuali kedua telapak tangan menggunakan kain bersih dan kering, serta memakaikan topi bayi
3. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini berhasil pada menit ke 7, IMD dilakukan hingga 1 jam.

4. Beritahu ibu dan keluarga bahwa bayi akan diberikan injeksi Vit. K yang bertujuan untuk mencegah perdarahan. Dan bayi juga akan diberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata
5. Berikan injeksi Vit. K 1 mg pada $\frac{1}{3}$ paha kiri secara IM. Dan memberikan salep mata oxytetracycline 1% pada kedua mata bayi.
6. Lakukan perawatan tali pusat bayi dan berikan edukasi perawatan tali pusat pada bayi yang benar
7. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin atau secara *on demand* (ibu menyusui bayinya setiap bayi meminta dan tidak berdasarkan jam)
8. Beritahu ibu dan keluarga bayi akan diberikan vaksin HB nol yang bertujuan untuk melindungi bayi dari infeksi virus hepatitis B
9. Berikan vaksin HB nol pada paha kanan bayi secara IM.
10. Berikan edukasi tanda-tanda bahaya bayi baru lahir

VI. IMPLEMENTASI DAN EVALUSI

1. Memberitahu ibu mengenai hasil pemeriksaan yang telah dilakukan terhadap bayinya bahwa bayinya dalam keadaan baik.
2. Menganjurkan ibu Jaga kehangatan bayi dengan mengeringkan tubuh bayi kecuali kedua telapak tangan menggunakan kain bersih dan kering, serta memakaikan topi bayi
3. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini berhasil pada menit ke 7, IMD dilakukan hingga 1 jam.
4. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi akan diberikan injeksi Vit. K yang bertujuan untuk mencegah perdarahan. Dan bayi juga akan diberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata
5. Memberikan injeksi Vit. K 1 mg pada $\frac{1}{3}$ paha kiri secara IM. Dan memberikan salep mata oxytetracycline 1% pada kedua mata bayi.
6. Melakukan perawatan tali pusat bayi dan berikan edukasi perawatan tali pusat pada bayi yang benar

7. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin atau secara *on demand* (ibu menyusui bayinya setiap bayi meminta dan tidak berdasarkan jam)
8. Membertahu ibu dan keluarga bayi akan diberikan vaksin HB nol yang bertujuan untuk melindungi bayi dari infeksi virus hepatitis B
9. Memberitahu vaksin HB nol pada paha kanan bayi secara IM.
10. Memberikan edukasi tanda-tanda bahaya bayi baru lahir

CATATAN PERKEMBANGAN KN II
BAYI Ny. W BBL 7 HARI DENGAN KEADAAN NORMAL

Tgl pengkajian : 17 Mei 2024
 Jam pengkajian : 15.00 WIB
 Pengkaji : Rofingatun S.Keb

1. DATA SUBJEKTIF

Pasien mengatakan bayi diberikan ASI tanpa makanan pendamping
 Pasien mengatakan bayi muncul ruam merah di bagian lipatan-lipatan
 Pasien mengatakan bayinya sering BAB sedikit sedikit

2. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : baik, kesadaran: *composmentis*
2. Tanda-tanda vital : N: 128x/m, RR: 42x/m, S: 36,5°C
3. Pemriksaan Antropometri
 - a. BB : 3700 gram
 - b. PB : 49 cm
 - c. Lingkar kepala: 32 cm
 - d. Lingkar dada : 34 cm
 - e. Lingkar lengan atas: 10 cm
4. Pemeriksaan umum
 - a. Kepala : Tidak ada cepal hematoma dan caput siccus
 - b. Ubun-ubun : Teraba sutura belum menyatu maksimal
 - c. Muka : Bersih, tidak ikterik/ warna kemerahan
 - d. Mata : Simetris, tidak ada pengeluaran dari telinga
 - e. Telinga : Terdapat sedikit secret, conjungtiva merah muda
 - f. Mulut: Bersih, terdapat palatum, tidak ada labioskisis
 - 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 pada daerah lipatan, tidak ada pembengkakan, tidak ada tanda lahir
- p. Anus : Ada dan berlubang

3. ASSESSMENT

Diagnosa : Bayi Ny. W Umur 7 hari Cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan Keadaan baik.

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

4. PLANNING

Tanggal: 17 Mei 2024

Jam: 15.30 Wib

1. Memberitahu pasien hasil pemeriksaan dan kondisi bayinya saat ini dalam keadaan baik yaitu :
 - a. Suhu : 36,5°C
 - b. Pernafasan : 42x/ menit
 - c. Denyut Nadi : 128x/ menit
 - d. BB sekarang : 3600 gram
 - e. PB : 49 cm
 - f. Lingkar kepala : 34 cm
 - g. Lingkar dada : 31 cm
 - h. Lingkar lengan atas : 10 cm
 - i. Pemeriksaan tubuh secara keseluruhan normal dan lengkap. Namun terdapat ruam merah pada daerah lipatan tubuh bayi.

Hasil: Pasien mengerti hasil pemeriksaan bayinya

2. Memberitahu pasien penyebab dan tips mengatasi ruam merah pada bayi

Ruam pada bayi bisa disebabkan oleh banyak faktor. Penyebab paling umum dari munculnya ruam pada kulit bayi adalah infeksi jamur, iritasi kulit, serta penyakit tertentu.

Penanganan ruam yang paling utama adalah dengan menjaga kebersihan dan kelembaban kulit bayi. Pasalnya ruam bisa muncul jika kulit terlalu lembab, sehingga bakteri dan jamur lebih mudah tumbuh dan berkembang biak. Namun pastikan, cara mengatasi ruam pada kulit bayi juga harus disesuaikan dengan penyebabnya. Berikut ini beberapa cara menghilangkan ruam bayi yaitu:

- a Cuci tangan dengan bersih sebelum memegang bayi
Salah satu cara mencegah dan mengatasi ruam pada bayi adalah dengan menjaga kebersihan. Pastikan tangan ibu selalu bersih saat memegang bayi termasuk saat mengganti popok bayi.
- b Ganti popok bayi secara rutin

Ruam popok termasuk salah satu jenis ruam yang paling sering terjadi pada bayi. Untuk mengatasinya, pastikan ibu rutin mengganti popok bayi ketika sudah basah dan terkena pup. Sebelum mengganti popok yang baru, pastikan bayi dibersihkan terlebih dahulu agar tidak menjadi sarang bakteri.

- c Gunakan krim ruam bayi

Jika menemukan ruam merah pada bayi, ibu bisa oleskan menggunakan salep pelembab atau krim ruam yang mengandung zinc oxide pada area yang terkena ruam. Krim ini bisa dibeli di apotik atau jika ibu ragu bisa periksa dulu dengan dokter.

- d Hindari penggunaan bedak

Saat kulit bayi ruam, hindari penggunaan bedak karena dapat memicu iritasi kulit. Hal ini khususnya untuk ruam pada bayi setelah demam, karena penggunaan bedak justru membuat kondisi ruam semakin parah dan keringat semakin tersumbat.

- e Gunakan popok yang lebih besar

Saat bayi mengalami ruam khususnya ruam popok, gunakan popok dengan ukuran lebih besar. Hal ini agar kulit bayi tidak terlalu tertekan yang justru bisa membuat kondisi ruam semakin memburuk karena terlalu lembab.

Hasil: Pasien mengerti penyebab dan tips mengatasi ruam merah pada bayi

3. Memberikan edukasi miksi dan BAB normal bayi meliputi :
 - a. 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 keruh/merah muda dan berangsur.angsur jernih karena intak cairan meningkat.
 - b. Bayi akan BAB sebanyak 5-6 kali dalam sehari dan akan berkurang pada minggu ke dua. Warna BAB bayi yang diberi ASI akan berubah mulai dari coklat kemudian hijau kekuningan dengan tekstur cair.
4. Memberikan edukasi pola istirahat bayi bahwa bayi baru lahir akan membutuhkan waktu tidur kurang lebih 16-20 jam dalam sehari, mengajurkan keluarga untuk memberikan lingkungan yang nyaman pada bayi untuk istirahat, hindari kebisingan.
5. Memberikan edukasi kebersihan kulit bayi meliputi bayi tetap dimandikan dengan air dan sabun sehari 1-2x kemudian menjaga bayi agar tetap kering dan hangat setelah mandi, membersihkan daerah telinga, hidung dan lidah bayi apabila kotor.
6. Memberikan edukasi keamanan pada bayi meliputi tidak boleh meninggalkan bayi dalam keadaan sendirian tanpa ada yang menunggu, tidak boleh memasukan benda apapun kedalam mulut bayi kecuali ASI untuk menghindari agar bayi tidak tersedak.
7. Mengajurkan pasien untuk kontrol ulang pada tanggal 10 Juni 2024 untuk memberikan imunisasi BCG dan Polio I pada bayi Ny. W atau jika ada keluhan

CATATAN PERKEMBANGAN KN III
BAYI Ny. W BBL 28 HARI DENGAN KEADAAN NORMAL

Tgl pengkajian : 10 Juni 2024

Jam pengkajian : 15.00 WIB

Pengkaji : Rofingatun

1. DATA SUBJEKTIF

Pasien mengatakan ingin mengimunisasikan bayinya

Pasien mengatakan bayinya sudah tidak ada ruam kemerahan

2. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : baik, kesadaran: *composmentis*
2. Tanda-tanda vital : N: 120x/m, RR: 40x/m, S: 36,3°C
3. Pemeriksaan Antropometri
 - a. BB : 3900 gram
 - b. PB : 49 cm
 - c. Lingkar kepala: 34 cm
 - d. Lingkar dada : 32 cm
 - e. Lingkar lengan atas: 10 cm
4. Pemeriksaan umum
 - a. Kepala: Tidak ada cepal hematoma dan caput succedaneum
 - b. Ubun-ubun : Teraba sutura belum menyatu maksimal
 - c. Muka : Bersih, tidak ikterik/ warna kemerahan
 - d. Mata : Simetris, tidak ada pengeluaran dari telinga
 - e. Telinga : Terdapat sedikit secret, conjungtiva merah muda
 - f. Mulut : Bersih, terdapat palatum, tidak ada labioskisis
 - 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

1. 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

3. ASSESSMENT

Diagnosa : Bayi Ny. W Umur 28 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan keadaan baik
 Masalah : Tidak ada
 Kebutuhan : Tidak ada

4. PLANNING

Tanggal: 10 Juni 2024

Jam: 15.30 Wib

1. Memberitahu pasien hasil pemeriksaan dan kondisi bayinya saat ini dalam keadaan baik yaitu :
 - a. Suhu : 36,3°C
 - b. Pernafasan : 40x/ menit
 - c. Denyut Nadi : 120x/ menit
 - d. BB sekarang : 3900 gram
 - e. PB : 49 cm
 - f. Lingkar kepala : 34 cm
 - g. Lingkar dada : 32 cm
 - h. Lingkar lengan atas : 10 cm
 - i. Pemeriksaan tubuh secara keseluruhan normal dan lengkap sehingga dapat dilakukan imunisasi BCG dan Polio I

Hasil: Pasien mengerti hasil pemeriksaan bayinya dan senang karena bayi dapat diberikan imunisasi

2. Mempersiapkan vaksin BCG dengan dosis 0,05 cc disuntikan secara *intracutan* (IC) 15° di lengan kanan atas bayi

Hasil: Vaskin sudah disiapkan sesuai dosis

3. Melakukan penyuntikan imunisasi BCG dibawah kulit lengan atas sebelah kanan. Dan fungsi imunisasi BCG adalah untuk mencegah dan mengurangi resiko terjangkit TBC.

Hasil: bayi sudah disuntik vaksin BCG dan ibu paham fungsi imunisasi BCG

4. Melakukan imunisasi polio tetes I sebanyak 2 tetes ke dalam mulut bayi yang berfungsi agar bayi memperoleh kekebalan terhadap penyakit polio (kelumpuhan) yang dapat menyebar melalui infeksi virus.

Hasil: bayi sudah diberikan imunisasi polio

5. Menjelaskan efek samping imunisasi BCG dan Polio

Imunisasi BCG dan Polio tidak menyebabkan demam pada bayi, namun setelah diberikan suntikan BCG bisa menyebabkan rewel karena sakit diarea bekas penyuntikan. Setelah satu bulan penyuntikan biasanya lengan bayi mengalami luka melepuh diarea bekas penyuntikan dan bertahan selama beberapa minggu, untuk itu diharapkan luka tersebut dibiarkan saja sampai kempes dengan sendirinya.

Hasil: Pasien mengerti efek samping imunisasi BCG dan Polio

6. Memberitahu pasien untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 12 Juli 2024 dan membawa bayinya untuk memeriksakan perkembangan, penimbangan, dan imunisasi DPT I dan Polio tetes II atau jika sebelum tanggal 12 Juli 2024 jika ada keluhan

Hasil: Pasien bersedia melakukan kunjungan ulang tanggal 12 Juli 2024 atau saat bayi ada keluhan.

E. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (KB)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA AKSEPTOR BARU
KB SUNTIK DEPO MEDROXYPROGESTERONE ACETATE (DMPA)
NY. W USIA 20 TAHUN DI PMB ROFINGATUN S.KEB**

Tanggal/jam : 23 Juni 2024 / 09.00 WIB

Tempat : PMB Rofingatan S. Keb

Pengkaji : Rofingatun S.Keb

1. DATA SUBJEKTIF

Pasien mengatakan ingin KB suntik 3 bulanan jika suami sudah pulang

Pasien mengatakan nifas sudah selesai

Pasien mengatakan menyusui bayinya secara aktif

2. DATA OBJEKTIF

9. Leher : Tidak ada kelainan
 Pemeriksaan kelenjar tyroid : Tidak ditemukan adanya pembesaran
10. Payudara : Tidak ada kelainan
 Bentuk simetris : Simetris
 Keadaan putting susu : Menonjol
 Aerola mamae : Cokelat kehitaman
 Colostrum : Sudah keluar
11. Abdomen : tidak teraba benjolan

3. ASSESSMENT

Diagnosa :Ny. W usia 20 tahun dengan rencana akseptor KB Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) dengan keadaan baik

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

4. PLANNING

Tanggal/jam : 23 Juni 2024 Jam: 09.15 WIB

1. Memberitahu pasien hasil pemeriksaan

Keadaan umum: baik, kesadaran: komposmentis. Vital sign: Td: 122/72 mmHg, N: 80x/menit, S: 36° C, R: 21x/menit. TB: 157 cm, BB: 48 kg. Pemeriksaan fisik normal, tidak ada kelainan. Sehingga ibu dapat menggunakan KB suntik 3 bulan (DMPA)

Hasil: ibu senang dengan hasil pemeriksaan sehingga dapat melakukan suntik kb 3 bulan

2. Mengajurkan pasien untuk menjadi akseptor KB dan memberikan konseling macam-macam alat kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi ibu nifas, yaitu MAL, kondom, pil laktasi, suntik 3 bulanan, Implant dan IUD. Kemudian menjelaskan tentang keuntungan dan efek samping dari setiap alat kontrasepsi tersebut.

Hasil: ibu paham tentang KB yang boleh untuk ibu menyusui dan ibu bersedia menjadi akseptor KB suntik 3 bulan karena yang lebih praktis

3. Menjelaskan pengertian kb suntik 3 bulan (DMPA)

DMPA merupakan suatu metode kontrasepsi hormonal yang diberikan secara injeksi. Obat ini hanya mengandung progesterone sehingga aman digunakan untuk ibu menyusui

Hasil: ibu paham pengertian KB 3 bulan

4. Menjelaskan tentang keuntungan kb suntik 3 bulan (DMPA): relatif aman untuk ibu menyusui, efektif karena bisa mencegah kehamilan hingga 99% dan bisa menurunkan risiko kanker rahim dan kanker ovarium. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.

Hasil: ibu paham keuntungan KB 3 bulan

5. Menjelaskan tentang kerugian kb suntik 3 bulan (DMPA): Sering ditemukan gangguan haid. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, Hepatitis B, atau Infeksi Virus HIV.

Hasil: ibu paham kerugian KB 3 bulan

6. Efek samping dari KB suntik tiga bulan. Amenore/haid tidak teratur. Perubahan berat badan. Perdarahan/ perdarahan bercak (spotting).

Hasil: ibu paham efek samping KB 3 bulan

7. Memberikan pelayanan KB yang dipilih oleh klien dan memberikan injeksi KB suntik 3 bulan atau 1 ampul DMPA dengan cara penyuntikan *intramuscular* di 1/3 pantat atas

Hasil: ibu sudah disuntik kb DMPA

8. Menginformasikan pada klien untuk datang lagi pada kunjungan berikutnya pada tanggal 22-08-2024 atau bila sewaktu-waktu ada keluhan/ mengalami komplikasi.

Hasil: ibu paham untuk melakukan kunjungan ulang suntik KB pada tanggal 22-08-2024

9. Mendokumentasikan hasil pelayanan KB pada buku KB agar mempunyai data jika sewaktu-waktu dibutuhkan dan sebagai aspek legal serta untuk laporan puskesmas.