

BAB II

TINJAUAN KASUS

1. KEHAMILAN

A. ASUHAN KEHAMILAN TRIMESTER I

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.S UMUR 30

TAHUN G3P2A0 UMUR KEHAMILAN 9 MINGGU 2 HARI DI PMB

ARSIH KECAMATAN PATIMUAN KABUPATEN CILACAP

Hari/tanggal : Kamis, 31 Agustus 2023

Pukul : 16.30 WIB

Tempat : PMB ARSIH

Pengkaji : Arsih S.Keb

I. PENGKAJIAN

1. Data Subjektif

1. Identitas pasien

Penanggung jawab

Nama : Ny. S

Nama : Tn. M

Umur : 30 tahun

Umur : 30 tahun

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : D3

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Tambaksari 7/3

Alamat : Tambaksari 7/3

2. Alasan datang : Ibu mengatakan mau periksa hamil yang ketiga dan tidak pernah keguguran

3. Keluhan utama : Ibu mengatakan mual pada pagi hari

4. Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 tahun

Siklus : 28 hari

Lamanya : 5-7 hari

Banyaknya : 3-4x ganti pembalut , bau : khas

Sifat darah : encer

Disminore : tidak ada

Flour Albus : tidak ada

5. Riwayat perkawinan

a. Status perkawinan : sah

b. Berapa kali menikah : 1 kali

c. Umur menikah : 7 tahun

d. Lama pernikahan : 7 tahun

6. Riwayat kehamilan sekarang :

a. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) : 28 Juni 2023

b. Hari Perkiraan Lahir (HPL) : 4 April 2024

c. *Antenatal Care* (ANC)

Trimester I : 1 kali PMB Arsip vitamin : Bio Mom 1x1

d. Keluhan-keluhan : ibu mengatakan mual pada pagi hari

- e. Obat yang dikonsumsi : Vitamin Bio Mom
- f. Jamu yang diminum : ibu mengatakan tidak pernah minum jamu
- g. Gerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan : Ibu mengatakan belum ada pergerakan janin
- h. Imunisasi TT : TT 5 (6 Juli 2023)

7. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Anak Ke-	Tgl Lahir/Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PBBJK	Kedadaan	Kedadaan	Laktasi
1	6 th	40 mg	spontan	PM B	bidan	-	-	2,9 kg/48 cm/P	baik	Baik	Asi Eksklusif
2	3 th	39 mg	spontan	PMB	Bidan	-	-	3,1kg/48cm/p	baik	Baik	Asi Eksklusif
2	Hamil ini										

8. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB suntik 3 bulan

9. Riwayat Kesehatan

- a Riwayat kesehatan pribadi : ibu mengatakan tidak pernah atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak pernah operasi dan tidak pernah opname
- b Riwayat kesehatan keluarga : ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak ada keturunan kembar atau cacat

10. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi

a. Sebelum hamil

a. Pola makan perhari : 2-3x/hari, banyaknya 1 piring sedang

b. Jenis makanan yang dikonsumsi : nasi, sayur, ikan, tahu, tempe, telur

Minum : 8x/hari, jenis : air putih

c. Makanan pantangan : tidak ada

d. Merokok atau minuman keras : tidak pernah

b. Selama hamil

a. Pola makan perhari : 2-3x/hari, banyaknya 1 piring sedang

b. Jenis makanan yang dikonsumsi : nasi, sayur, ikan, tahu, tempe, telur, buah pisang, papaya, jeruk

Minum : 8x/hari, jenis : air putih, susu

c. Makanan pantangan : tidak ada

d. Merokok atau minuman keras : tidak pernah

b. Pola Eliminasi

1. Sebelum hamil

a) BAK

Frekuensi : 4x/hari

Jumlah	: tidak terkaji
Warna	: kuning jernih
Bau	: khas

b) BAB

Frekuensi	: 1x/hari
Jumlah	: tidak terkaji
Warna	: Kuning
Bau	: Khas

2. Selama hamil

a) BAK

Frekuensi	: 4-5x/hari
Jumlah	: sedang
Warna	: kuning jernih
Bau	: khas

b) BAB

Frekuensi	: 1x/hari
Jumlah	: sedang
Warna	: Kuning coklat kehitaman
Bau	: Khas

c. Pola Istirahat

1. Sebelum hamil

Tidur siang	: 1-2 jam
Tidur malam	: 8 jam

2. Selama hamil

Tidur siang : 1 jam

Tidur malam : 6-7 jam

d. Pola Aktivitas

1. Sebelum hamil

Dirumah : ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga seperti masak, mencuci, mengepel, menyapu

Diluar rumah : ibu mengatakan berkumpul dengan tetangga

2. Selama hamil

Dirumah : ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga seperti masak, mencuci, mengepel, Menyapu

Diluar rumah : ibu mengatakan bergaul dengan tetangga

e. Pola *Personal Hygiene*

1. Sebelum hamil

- a) Kebiasaan membersihkan alat kelamin : setelah BAK, BAB, ketika mandi
- b) Kebiasaan mengganti pakaian dalam : ketika basah atau lembab dan setelah mandi
- c) Jenis bahan pakaian yang dipakai : katun/bahan yang menyerap keringat

2. Selama hamil

- a) Kebiasaan membersihkan alat kelamin : setelah BAK, BAB, ketika mandi

b) Kebiasaan mengganti pakaian dalam : ketika basah atau lembab dan setelah mandi

c) Jenis bahan pakaian yang dipakai : katun/bahan yang menyerap keringat

f. Pola *Seksual*

Pola seksual sebelum hamil : 3x/minggu

Pola seksual selama hamil : 1x/bulan atau tergantung Kebutuhan

11. Riwayat Psikososial spiritual

a. Tanggapan ibu terhadap keadaannya : ibu mengatakan senang dengan kehamilan

b. Tanggapan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : ibu mengatakan ibu dan keluarganya senang dan mendukung kehamilan kehamilan ini

c. *Coping*/pemecahan masalah pada ibu : musyawarah dengan keluarga

d. ketaatan ibu beribadah : ibu menjalankan sholat 5 waktu

12. Riwayat sosial ekonomi

a. Hubungan sosial ibu dengan mertua, orang tua, dan anggota keluarga lain : Baik

b. Penentu pengambil keputusan yang berkaitan dengan pembiayaan : suami

c. Jumlah penghasilan keluarga : Rp. 3.500.000/bulan

d. Yang menanggung biaya persalinan : menggunakan BPJS PBI

13. Pengetahuan ibu tentang kehamilannya

- a. Perubahan fisiologis dan psikologis : ibu mengatakan mengetahui perubahan fisiologis dan psikologis ibu hamil seperti payudara dan perut membesar serta psikologisnya mudah tersinggung
 - b. Tanda bahaya kehamilan : ibu mengatakan sedikit mengetahui tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan, gerakan janin tidak terasa, ketuban pecah, sakit kepala yang hebat
 - c. Persiapan persalinan : ibu mengatakan belum mengetahui persiapan persalinan seperti pakaian ibu dan bayi, biaya, kendaraan, pendamping
 - d. Aktivitas dan istirahat : ibu mengatakan mengetahui aktifitas dan istirahat seperti istirahat yang cukup dan mengurangi aktifitas yang berat contohnya angkat jungjung benda berat
 - e. Gizi ibu hamil : ibu mengatakan mengetahui tentang gizi ibu hamil seperti ibu harus memakan makanan yang bergizi dan banyak protein
 - f. Perencanaan keadaan gawat : ibu mengatakan mengetahui perencanaan keadaan gawat seperti persiapan biaya
 - g. *Personal hygiene* : ibu mengatakan mengetahui tentang *personal hygiene* ibu hamil seperti mandi 2x/hari, membersihkan alat kelamin setiap mandi, setelah BAK dan BAB
14. Data lingkungan tempat tinggal :
- a. Keluarga yang tinggal serumah : keluarga inti
 - b. Hewan peliharaan : ayam
15. Jarak kandang dari rumah : 5 meter
16. Kebersihan kandang : terjaga, dibersihkan setiap 1 minggu sekali

2. Data Objektif

a Pemeriksaan Umum :

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : *composmentis*
- c. Tekanan darah : 120/80 mmHg
- d. Nadi : 83x/menit
- e. Respirasi : 21x/menit
- f. Suhu : 36,5⁰C
- g. Berat badan sebelum hamil : 73 kg
- h. Berat badan sekarang : 73 kg
- i. Tinggi badan : 160 cm
- j. Lingkar lengan atas : 32 cm

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : rambut bersih, tidak berketombe dan tidak rontok
- b. Muka : tidak ada *oedema*, simetris, ada *claosmagravidarum*
- Mata : *Konjungtiva* merah muda, *sclera* putih, *secret* tidak ada
- Hidung : Tidak ada polip, *secret* tidak ada
- Mulut dan gigi : karies tidak ada, stomatitis tidak ada, bibir tidak pecah-pecah, lidah bersih
- Telinga : simetris, tidak ada serumen

- c. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran vena jugularis
- d. Dada : ada pernafasan dada, tidak ada wheezing, respirasi teratur
- e. Abdomen : pembesaran sesuai UK, tidak ada bekas operasi, tidak terdapat linea gravidarum, dan striae gravidarum
- f. Punggung : posisi tulang belakang *lordosis fisiologis*
- g. Genetalia : vulva/vagina bersih, tidak ada varises, tidak ada oedema, tidak ada pengeluaran, tidak ada kondiloma
- h. Anus : tidak ada hemoroid
- i. Ekstremitas atas dan bawah : tidak ada *oedema* pada kaki, tidak ada kekakuan sendi, tidak ada kemerahan, tidak ada varises, tidak ada pucat pada tangan dan kaki, reflek patella positif

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan *Urine*

- Protein : negative
- Gula : tidak dilakukan

b. Pemeriksaan Darah

Hemoglobin : 12,8 gr/dl%

Golongan darah : 0

Vct : non reaktif

II. INTERPRETASI DATA

1. Diagnosa:

Ny. S umur 30 tahun G3 P2 A0 umur kehamilan 9 minggu 2 hari dengan keadaan ibu dan janin baik.

DATA DASAR :

Data Subyektif :

- a. Ibu mengatakan bernama Ny. S berusia 30 tahun
- b. Ibu mengatakan ini kehamilan yang ketiga dan tidak pernah keguguran
- c. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir tanggal 28 juni 2023
- d. Ibu mengatakan mual pada pagi hari
- e. Ibu mengatakan belum, merasakan gerakan janin
- f. Ibu mengatakan merasa lemas dan berat badan tidak mengalami peningkatan saat hamil

Data Obyektif:

- a. Pemeriksaan umum
 - 1) Keadaan umum : Baik
 - 2) Kesadaran : *Composmenthis*
 - 3) Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - 4) Nadi : 83x/menit
 - 5) Respirasi : 21x/menit
 - 6) Suhu : 36,5⁰C
- b. Pemeriksaan *Obstetric*
 - 1) Kepala
 - Muka : tidak pucat, cloasma : tidak ada, oedema : tidak ada

- Mata : tidak oedema, conjungtiva : merah muda, sclera : putih
- Hidung : simetris, bersih, tidak ada secret, tidak ada benjolan,. Polip: tidak ada
- Mulut/ bibir : lidah bersih tidak ada stomatitis, bibir lembab, warna merah muda, gusi tidak berdarah

2) Leher : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

3) Payudara : tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat benjolan

Bentuk simetris : simetris

Keadaan puting susu : menonjol

Aerola mammae : mengalami hiperpigmentasi

Colostrum : belum keluar

c. Perut

Inspeksi

Eksremitas bawah : tidak ada oedema pada kedua kaki

Inspeksi Abdomen : Peraba Ballotement (+) dan TFU 3 jari diatas symfisis

Osborn : tidak dilakukan

tinggi fundus uteri (TFU) *Mc. Donald*

Auskultasi

a. Denyut jantung janin (DJJ) : belum terdengar

b. Frekuensi

c. Pemeriksaan Penunjang

1. Hb : 12,8 gr/dl%

2. Protein : -

3. Goldar : O

2. Masalah : Tidak ada

3. Kebutuhan: Tidak ada

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA/ANTISIPASI

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 31 Agustus 2023

Jam : 16.45 WIB

1. Beritahu Klien hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
2. Beritahu Klien ketidak nyamanan Trimester I dan cara mengurangi keluhannya
3. Beritahu Klien informasi tentang tanda bahaya kehamilan
4. Beri terapi vitamin
5. Anjurkan Klien untuk kunjungan ulang 1 bulan lagi kerumah bidan atau apabila ada keluhan

VI. PELAKSANAAN

Tanggal :31 Agustus 2023

Jam : 16.45 WIB

1. Memberitahu Klien hasil pemeriksaan yang telah dilakukan antara lain keadaan umum baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi : 82x/menit, suhu 36,5 C, respirasi 21x/menit, berat badan 73 kg, tinggi badan 158 cm, lila 32 cm, denyut jantung janin : - (Balt +), usia kehamilan 9 minggu 2 hari
2. Memberitahu Klien ketidaknyamanan pada Trimester I mual (nausea), kelelahan, merasa sangat lelah dan kurang bertenaga, perubahan nafsu makan, dan kepekaan emosional dan cara untuk mengurangi rasa mual pada ibu yaitu
 - a Makan sedikit namun sering
 - b Perbanyak makan cemilan, seperti biskuit ibu hamil atau buah yang mengandung vitamin C (seperti jeruk, mangga, pepaya)
 - c Perbanyak minum air putih minimal 8 gelas per hari
 - d Hindari pemicu mual seperti sikat gigi di pagi hari
3. Memberitahu ibu informasi tentang tanda bahaya kehamilan pada trimester I, diantaranya muncul bercak darah dari vagina, nyeri payudara, sembelit, muntah, 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
4. Memberikan terapi vitamin kepada Klien yaitu tablet Bio mom yang mengandung HDA, Folic acid, Fe, Calcium 30 tablet (1x1 malam)

5. Menganjurkan Klien untuk kunjungan ulang rutin dan sesuai jadwal dengan kunjungan 1 bulan lagi yaitu tanggal 1 Oktober 2023 atau apabila ada keluhan

VII. EVALUASI

Tanggal : 31 Agustus 2023

Jam : 17.00 WIB

1. Klien sudah mengetahui hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dengan ibu dapat menyebutkan TD : 120/80 mmHg, S : 36,5⁰C, TB : 160 cm, BB : 73 kg, balt +, DJJ belum terdengar
2. Klien sudah mengerti tentang ketidaknyamanan Trimester I dan cara mengurangi keluhannya dan bersedia melakukan dirumah
3. Klien sudah paham dan mengerti tentang tanda bahaya kehamilan trimester I
4. Klien sudah diberikan terapi vitamin
5. Klien bersedia untuk melakukan kunjungan ulang rutin sesuai jadwal dengan ibu bersedia berkunjung kembali tanggal 1 Oktober 2023 atau jika ada keluhan

B ASUHAN KEBIDANAN TRIMESTER II

DOKUMENTASI KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

NY. S UMUR 30 TAHUN G3P2A0 UMUR KEHAMILAN 19 MINGGU 6

HARI DI PMB ARSIH

Pengkajian

Hari/tanggal : Sabtu, 11 November 2023

Pukul : 16.00 WIB

Tempat : PMB ARSIH

Pengkaji : Arsih S.Keb

I. DATA SUBJEKTIF

1. Ibu mengatakan ingin periksa kandungan
2. Ibu mengatakan ini kehamilan ketiga dan tidak pernah keguguran
3. Ibu mengatakan HPHT 28 Juni 2023
4. Ibu mengatakan rasa mual saat TM I sudah hilang
5. Ibu mengatakan tidak ada keluhan

II. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : baik, kesadaran composmentis
2. Tanda-tanda vital sign
 - Tekanan darah : 100/70 mmHg
 - Nadi : 80x/menit
 - Suhu : 36,2⁰C
 - Pernafasan : 20x/menit
3. Berat badan : 79 kg

- 4 Tinggi badan : 160 cm
- 5 Lila : 35 cm
6. HPHT : 28 Juni 2023
7. Muka : Tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema
8. Mata : Konjuktiva 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, dan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
12. Payudara : Tidak ada kelainan
- Bentuk simetris : Simetris
- Keadaan puting susu : Menonjol
- Aerola mammae : Cokelat kehitaman
- Colostrum : Belum keluar
13. Abdomen : tidak ada bekas luka / operasi, terdapat striae gravidarum, teraba ballotemen, TFU 19 cm, DJJ 140x/m
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
17. Pemeriksaan penunjang	: USG pada tanggal 25 juli 2023

III. ASSESMENT

Ny. S umur 30 tahun G3 P2 A0 umur kehamilan 19 minggu 6 hari dengan keadaan ibu dan janin baik

IV. PLANNING

- 1 Memberitahu Klien hasil pemeriksaan yang telah dilakukan antara lain keadaan umum baik, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi : 80x/menit, suhu : 36,2⁰C , respirasi 20x/menit, berat badan 79 kg, tinggi badan 158 cm, lila 35 cm, Leopold I : TFU 3 jari dibawah pusat, denyut jantung janin : 140x/m, usia kehamilan 19 mg 6 hari minggu

Hasil : Klien mengerti dan sudah tahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

- 2 Mengingatkan Klien untuk makan-makanan yang mengandung zat besi seperti makanan yang berasal dari hewani yaitu: tiram, hati sapi, hati ayam, udang, sarden, telur, ayam kalkul, dan lain-lain. Makanan yang berasal dari tumbuhan yaitu: kacang kenari, kacang panjang, kacang mete, bayam, kentang, ubi jalar, dan lain-lain.

Hasil : Klien bersedia mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi

- 3 Mengingatkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi meliputi mengonsumsi makan-makanan yang mengandung protein seperti ikan, telur, daging, tahu, tempe dan lain-lain, mengonsumsi makanan yang mengandung serat yaitu buah-buahan dan sayur-sayuran, mengonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat seperti gandum, nasi, singkong, ketela, kentang dan lain-lain

Hasil : Klien mengatakan bersedia mengonsumsi makanan bergizi

- 4 Mengingatkan Klien untuk rutin mengkonsumsi tablet Fe setiap hari, tablet Fe diberikan minimal 90 tablet selama hamil dan diminum satu kali sehari. Tablet Fe diminum menggunakan air putih atau air jeruk agar membantu mempercepat proses penyerapan tablet Fe dalam tubuh, tidak boleh diminum menggunakan air teh atau susu karena dapat menghambat proses penyerapan tablet Fe dalam tubuh

Hasil : Klien mengatakan akan meminum tablet Fe sesuai dengan aturan dan berusaha tidak akan lupa

- 5 Mengingatkan Klien untuk melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi pada tanggal 11 Desember 2023 atau jika ada keluhan

Hasil : Klien mengatakan akan datang kembali pada tanggal yang ditentukan untuk kunjungan ulang atau jika ada keluhan

C ASUHAN KEBIDANAN TRIMESTER III

DOKUMENTASI KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

NY. S UMUR 30 TAHUN G3P2A0 UMUR KEHAMILAN 36 MINGGU

DI PMB ARSIH

Pengkajian

Hari/tanggal : Rabu, 06/03/ 2024

Pukul : 16.10 WIB

Tempat : PMB ARSIH

Pengkaji : Arsih S.Keb

I. Data Subjektif

1. Pasien mengatakan ingin mengetahui kondisi kehamilannya
2. Pasien mengatakan sudah tidak mual muntah
3. Pasien mengatakan perutnya mulai merasakan kenceng-kenceng tetapi tidak sering

II. Data Objektif

- | | | |
|---|-------------------|--------------------------------|
| a | Keadaan umum | : Baik |
| b | Kesadaran | : Composmentis |
| c | Tanda-tanda vital | |
| | Tekanan Darah | : 110/70 mmHg |
| | Nadi | : 81 x/Menit |
| | Suhu | : 36,6 ⁰ C |
| | Pernafasan | : 20 x/menit |
| d | BB saat ini | : 82,5 kg (kenaikan BB 9,5 kg) |
| e | TB | : 160 cm |
| f | LILA | : 37 cm (kategori normal) |
| g | G3P2A0 | |

- h HPHT : 28 Juni 2023 HPL : 4 April 2024
- i Umur Kehamilan : 36 Minggu
- j Muka : Simetris, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedem
- Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda
- k Payudara : Tidak ada kelainan
- Bentuk : simetris
- Keadaan Putting susu : menonjol
- Areola mammae : coklat kehitaman
- Colostrum : belum keluar
- l. Abdomen : Tidak ada nyeri tekan, ada linea nigra, ada linea alba, tidak ada striae gravidarum albican, tidak ada bekas operasi, uterus ballotemen. TFU (Mc D) : 29 cm
- Leopold I : teraba TFU di pertengahan pusat dan px, teraba lunak, bulat, tidak melenting (bokong)
- Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).
- Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, melenting (kepala).
- Leopold IV : Posisi kedua tangan pemeriksa konvergen (belum masuk panggul/BAP)
- TBJ : (TFU Mc Donal -11)x155
- : (29 -11) x 155
- : $18 \times 155 = 2.790$ gram

Pemeriksaan Auskultasi

- DJJ : terdengar (+)
 - Irama : reguler
 - Punctum Maksimum : dibawah pusat, sebelah kanan
 - Frekuensi : 150 kali/ menit
- m. Pemeriksaan laboratorium
- Dilakukan di puskesmas tgl 15/2/2024
- Hasil HB ;12,8 gram/dl, Protein urine: Negatif, Glukosa urine; Negatif

III. ASSESMENT

A Diagnosa Kebidanan

Ny. S umur 30 tahun G3 P2 A0 umur kehamilan 36 minggu dengan keadaan ibu dan janin baik

B Masalah

Tidak ada

C Diagnosa/ Masalah Potensial (bila ada)

Tidak ada

IV. Planning

Tanggal : 06/3/2024 Jam : 16.20 WIB

1. Melakukan pemeriksaan Antenatal care pada ibu serta memberitahu hasil pemeriksaan dengan hasil Tekanan darah : 110/70 mmHg, Nadi : 81 x/mnt , Suhu: 36,6°C , Respirasi : 20 x/mnt, DJJ : 150 x/mnt, ibu dan janin dalam keadaan baik

Evaluasi: ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan nya

2. Memberitahu ibu tentang tanda- tanda persalinan yaitu keluar lendir darah diasertai kontaksi yang lebih lama dan sering, keluar air-air berwarna putih (ketuban), maka ibu dianjurkan untuk segera menuju ke bidan.

Evaluasi : ibu paham dan mengetahui tentang tanda-tanda persalinan

3. Memberikan terapi farmakologi pada ibu hamil

Bio mom 1x1 perhari di malam hari (mengandung Fe, Calcium, Folic acid)

Evaluasi : ibu bersedia untuk minum vitamin

4. Menjelaskan kepada ibu persiapan persalinan meliputi tempat bersalin, penolong persalinan, transportasi, biaya, serta keperluan ibu dan bayi

Evaluasi : ibu sudah menentukan persiapan persalinannya

C. PERSALINAN

A ASUHAN KEBIDANAN KALA I

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN NY.S

G3P2A0 UK 41 MINGGU 5 HARI UMUR 30 TA HUN INPARTU

KALA 1 FASE AKTIF DI PMB ARSIH

Tempat pengambilan data : PMB Arsih

Tanggal/waktu pengkajian : 16 /04/ 2023/ 01.00 WIB

Nama Pengkaji : Arsih,S.keb

I. Data Subjektif

Identitas pasien		Penanggung jawab	
Nama	: Ny. S	Nama	: Tn. M
Umur	: 30 tahun	Umur	: 30 tahun
Suku/Bangsa	:Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	:Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: D3	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Tambaksari 7/3	Alamat	: Tambaksari 7/3

1. Alasan utama masuk kamar bersalin :

Ibu mengatakan hamil ke 3, melahirkan 2x secara spontan normal di bidan ,
kenceng-kenceng sejak sore hari tanggal 16 April 2024 jam 17.00 wib

2. Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 tahun

Siklus :28 hari

Lamanya : 5-7 hari
 Banyaknya : 3-4x ganti pembalut , bau : khas
 Sifat darah : encer
 Disminore : tidak ada
 Flour Albus : tidak ada

3. Tanda-tanda persalinan:

Kontraksi : ada, Sejak tanggal : 16/04/2024 Pukul : 17.00
 Frekuensi : 3x/10'
 Lamanya : 40'' kekuatannya : kuat

Lokasi ketidaknyamanan : perut bagian bawah menjalar ke pinggang

4. Pengeluaran pervaginam.

Darah lendir : ada
 Air Ketuban : ada
 Darah : ada

5. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu

An ak Ke -	Tgl Lahir/ Um ur	UK	Jenis Persal ina n	Tem pat Pers a- linan	Pen o- lon g	Kompli kasi		Bayi		Nifas	
						Bay i	Ib u	PB / BB JK	Kea- daan	Kea- daan	Lakta si
1	6 th	40 mg	sponta n	PM B	bidan	-	-	2,9 kg/ 48 cm/L	baik	baik	Asi eks
2	3 th	39 mg	spontan	PMB	Bidan	-	-	3,1 kg/48/ L	baik	baik	
3	Hamil ini										

6. Riwayat kehamilan sekarang :

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) : 28 Juni 2023
 Hari Perkiraan Lahir : 04 April 2024
 UK : 41 minggu 5 hari
 ANC : teratur , frekuensi : 5X di : Bidan

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir: Ada 10 kali, gerakan aktif,
terakhir terasa jam 01.00 WIB

Obat yang biasa dikonsumsi selama hamil :

Vitamin, Fe, Kalsium

Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

7. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 2 tahun dan tidak ada keluhan

8. Riwayat Kesehatan

- a Riwayat kesehatan pribadi : ibu mengatakan tidak pernah atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak pernah operasi dan tidak pernah opname
- b Riwayat kesehatan keluarga : ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak ada keturunan kembar atau cacat

9. Riwayat Sosial Ekonomi & Psikologi :

- Status Perkawinan : Menikah Kawin : 1 Kali
- Lama nikah : 7 tahun, menikah pertama pada umur : 23 tahun
- Kehamilan ini Direncanakan / Tidak direncanakan : Direncanakan
- Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : Senang
- Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : Suami dan Istri
- Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RSUD Banyumas
- Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : Tidak ada

10. Activity Daily Living :

- a. Pola makan & minum:

Frekuensi : 3x sehari, makan terakhir jam 18.00 wib

Jenis : Nasi, sayur, lauk pauk

Porsi : 1 porsi
Minum : 7 gelas/hr, jenis : air putih, susu dan jus buah
Keluhan / pantangan : Tidak ada

b. Pola istirahat :

tidur siang : 1 jam, tidur malam : 5-6 jam
tidur terakhir : 6 Jam
Keluhan : Sering terbangun untuk buang air kecil

c. Pola eliminasi :

BAK : 6-7x /hari, konsistensi cair, warna : kuning jernih
BAB : 1x /hari, konsistensi padat, warna : kuning kecoklatan, lendir
darah : Ada
BAB terakhir jam : 05.00 wib

d. Personal Hygiene

Mandi : 2 x sehari, terakhir mandi jam 17.00 WIB
Ganti pakaian dan pakaian dalam : 2-3x sehari

e. Aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : Mengurus pekerjaan rumah tangga setelah cuti bekerja
Keluhan : Tidak ada
Hubungan sexual : 1x / mgg, Hubungan sexual terakhir 2 minggu yang lalu

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak
Minum-minuman keras : Tidak
Obat terlarang : Tidak
Minum jamu : Tidak

Data Objektif

1. **Pemeriksaan umum**

- a. Keadaan umum : Baik kesadaran : Compos mentis
b. Tanda-tanda vital
Tekanan darah : 120/80 mmHg

- Nadi : 72 x/mnt
- Suhu : 36,5 C
- Respirasi : 20 x/mnt
- c. Pengukuran tinggi badan dan berat badan
- Berat badan : 83,5 kg (kenaikan BB 9,5 kg)
- Tinggi badan : 160 cm
- LILA : 37 cm
- Umur Kehamilan : 41 Minggu 5 hari
- d. Muka : Simetris, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedem
- Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda
- e. Payudara : Tidak ada kelainan
- Bentuk : simetris
- Keadaan Putting susu : menonjol
- Areola mammae : coklat kehitaman
- Colostrum sudah keluar
- f. Abdomen : Tidak ada nyeri tekan, ada linea nigra, ada linea alba, tidak ada striae gravidarum albican, tidak ada bekas operasi, uterus ballotemen.
- TFU (Mc D) : 31 cm
- Leopold I : TFU 3 jari dibawah px, Teraba lunak, bulat, tidak melenting (bokong)
- Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).
- Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, melenting (kepala). (konvergen)
- TBJ : (TFU Mc Donal -11)x155
- : (31 -11) x 155
- : 20 x155= 3.100 gram
- DJJ : terdengar (+)
- Irama : reguler

Punctum Maksimum: dibawah pusat,sebelah kanan

Frekuensi : 140 Kali/ Menit

Kontraksi : 4x / 10 mnt, lama 45 detik

g. Pemeriksaan dalam

Dinding vagina : licin

Portio : tipis

Pembukaan Servik : 7 cm

Konsistensi : lunak

Ketuban : utuh

Presentasi Fetus : belakang kepala

Posisi : UUK

Penurunan Bagian Terendah : Hodge 3+

h. Genetalia

Varises : Tidak ada

Odema : Tidak ada

Pembesaran kelenjar bartolini : Tidak ada

Pengeluaran pervaginam : Lendir bercampur darah

Bekas luka / jahitan perineum : Tidak Ada

Anus : Tidak ada hemorroid

i. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan

II. ASSESMENT

a Diagnosa Kebidanan

NY. S umur 30 Tahun G3P2A UK 41 Minggu 5 hari inpartu kala 1 fase aktif dengan keadaan ibu baik dan janin baik

b Masalah

-

c Diagnosa/ Masalah Potensial (bila ada)

-

DS :

Ibu mengatakan perutnya mules, nyeri pinggang sakit pada vagina, dan rasa ingin mengejan

DO :

Keadaan umum : Baik, kesadaran : Compos mentis

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 72 x/mnt

Suhu : 36,5 C

Respirasi : 20 x/mnt

Pemeriksaan fisik

Muka : simetris, cloasma (-), oedema (-)

Payudara : bentuk simetris, kedua puting susu menonjol, aerola menghitam, colostrum (+).

DJJ : 140 Kali/ Menit

Dinding vagina : licin

Portio :tipis

PembukaanServik: 7 cm

Konsistensi : lunak

Ketuban : pecah spontan

Presentasi Fetus : belakang kepala

Posisi : UUK

Penurunan Bagian Terendah : Hodge 4

Masalah : Nyeri persalinan

Kebutuhan : Makan dan minum

III.RENCANA ASUHAN (16 April 2024 jam 01.15 wib)

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan
2. Kolaborasi dengan bidan lain
3. Anjurkan ibu untuk miring kiri dan atur napas saat ada kontraksi
4. Anjurkan ibu untuk makan dan minum sebagai tenaga
5. Siapkan alat persalinan
6. Siapkan perlengkapan ibu dan bayi

7. Berikan support mental kepada ibu, dan anjurkan suami untuk mendampingi ibu
8. Observasi kemajuan persalinan
9. Dokumentasi pada catatan rekam medik pasien

IV. PELAKSANAAN (16 Februari 2024, jam 02.30 wib)

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik,

Tekanan darah	: 120/80 mmHg
Nadi	: 75 x/mnt
Suhu	: 36,2 C
Respirasi	: 20 x/mnt
Pembukaan Servik	: 10 cm
DJJ	: 136 Kali/ Menit
2. Menganjurkan ibu untuk berbaring miring ke kiri agar memperlancar peredaran darah ibu, memperlancar sirkulasi oksigen ke bayi dan mempercepat proses penurunan kepala, serta menganjurkan ibu untuk mengatur pernafasannya agar lebih relaks
3. Melakukan kolaborasi pertolongan persalinan empat tangan dengan bidan lain
4. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum untuk menambah tenaga dalam proses persalinan
5. Menyiapkan alat-alat untuk proses persalinan, berupa:
 - a. Sarung tangan yang terdiri dari sarung tangan bersih, sarung tangan steril, dan sarung tangan panjang steril.
 - b. Apron panjang, kaca mata, masker, sepatu boot dan baju APD
 - c. Spuit 3 cc (3 buah), povidon iodine, catgut chromic
 - d. Cairan desinfektan
 - e. Partus set terdiri dari : klem arteri, gunting benang, gunting episiotomi, gunting tali pusat, klem tali pusat, setengah koher, pinset anatomis, pincet chirurgis, kassa steril
 - f. Kain bersih untuk bayi dan handuk

- g. Obat-obatan seperti oxytocin, lidocain, methylergometrin, misoprostol,
 - h. magnesium sulfat, kalsium glukonat, gentamicin tetes mata, vit K, Hb 0
6. Mempersiapkan perlengkapan ibu dan bayi yaitu perlengkapan ibu pakaian ganti, pampres dewasa, kain, perlengkapan bayi :pakaian bayi, sarung tangan dan sarung kaki, bedong, penutup kepala
 7. Memberikan support mental kepada ibu agar ibu lebih tenang dalam menghadapi persalinannya, serta menganjurkan suami untuk mendampingi ibu dalam proses persalinan
 8. Memantau kemajuan persalinan dengan menggunakan partograph
 9. Mendokumentasikan pada catatan rekam medik pasien

V. EVALUASI (16 April 2024, 02.30)

1. Ibu mengerti dan paham dengan hasil pemeriksaan
2. Ibu telah miring kiri dan mengatur napasnya saat ada kontraksi
3. Telah berkolaborasi dengan bidan lain
4. Ibu bersedia makan dan minum
5. Alat untuk proses persalinan telah disiapkan
6. Perlengkapan ibu dan bayi telah disiapkan
7. Telah diberikan support mental pada ibu dan suami bersedia mendampingi
8. Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan pada partograph
9. Telah dilakukan pendokumentasian pada rekam medik pasien

TABEL PEMANTAUAN KEMAJUAN PERSALINAN NY.S

Jam	TD (mm Hg)	Suhu	DJJ (x/ Mnt)	His	Pemb u kaan	PPV	Peny u Supa n kepala	Ketu ban	Penuru nan kepala	Keterang an
01.00	120/ 80	36'2°C	134	4x / 10 , 45''	7 cm	LD	0	Utuh	4/5	
02.30	120/ 80	36'2°C	134	5x / 10 , 45	10 cm	LD	0	Pecah spontan, jernih	5/5	Ibu sudah ingin mengejan, vulva membuka ,anus bolong

B ASUHAN KEBIDANAN KALA II

1. SUBJEKTIF (S)

Ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin sering dan teratur

Ibu mengatakan lendir darah keluar dari jalan lahir semakin banyak

Ibu mengatakan sudah ingin mengejan

2. OBJEKTIF (O)

1. Keadaan umum : baik Kesadaran: composmentis

2. Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah : 120/80 mmHg

b. Nadi : 75x/menit

c. Suhu : 36,2°C

d. Pernapasan : 20x/menit

3. Abdomen

a. His : 4-5x/10 menit, lama 45 detik, kuat, teratur

b. DJJ : 134x/menit, teratur

c. Kandung kemih : kosong

4. Pemeriksaan dalam

a. Dinding vagina : licin

b. Portio : tidak teraba

c. Pembukaan serviks : 10 cm

d. Ketuban : pecah spontan, jernih

e. Presentasi fetus : UUK

f. Posisi : jam 11

g. Penurunan bagian terendah : Hodge IV

3. ASSESMENT (A)

NY. S umur 30 Tahun G3P2A UK 41 Minggu 5 hari inpartu kala 2
dengan keadaan ibu dan janin baik

4. Planning (P)

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. Menganjurkan 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 4-5x/10'/45'', DJJ 140 x/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 03.00 WIB bayi lahir spontan, menangis kuat, warna kulit, pergerakan, Apgar score di menit pertama menggunakan atau sigtuna skor 8/9, jenis kelamin : perempuan. Hasil APGAR Score disajikan dalam tabel di bawah ini.

APGAR SKOR					
SKOR	0	1	2	5 mnt	10 mnt
APPEARANCE (warna kulit)	Sianosis atau biru Pucat	Tubuh bayi merah muda atau kemerah-merahan sedangkan Ektremitas Sianosis	Seluruh tubuh bayi merah muda atau kemerahan	2	2
PULSE (denyut jantung)	Denyut Jantung tidak ada atau tdk Terdengar	Denyut jantung lemah dan < 100 x/m	Denyut jantung kuat dan > 100 x/m	1	1
GREMACE (kepekaan reflek bayi)	Bayi tdk Berespon saat diberi Stimulasi	Bayi meringis, merintih atau menangis lemah saat diberi Stimulasi	Bayi menangis kuat saat diberi stimulasi	2	2
ACTIVITY (tonus otot)	Tidak ada gerakan	Gerakan bayi lemah dan sedikit	Gerakan bayi kuat dan aktif	1	2
RESPIRATION (pernafasan)	Tidak ada pernafasan	Pernafasan lemah dan tdk teratur	Pernafasan bayi baik dan teratu	2	2

C ASUHAN KEBIDANAN KALA III

1. SUBJEKTIF

Klien mengatakan senang dengan kelahiran bayinya tanggal 16 april
2024 jam 03.00 dan terasa mulas pada perutnya

2. OBJEKTIF

1. KU : baik, kesadaran composmentis
2. TD : 110/80 mmHg
3. Nadi : 83x/menit
4. Respirasi : 20x/menit
5. Suhu : 36,7 °C
6. Tali pusat tampak terlihat menjulur melalui vulva
7. TFU setinggi pusat
8. Terlihat ada semburan darah,tali pusat tampak memanjang.
9. Jumlah perdarahan Kala III 150 cc

3. ASSESMENT

NY. S umur 30 Tahun P3A0 inpartu kala III dengan keadaan ibu baik

4. PLANNING (tgl 16 April 2024 jam 03.01 WIB)

1. Meletakkan bayi diatas kain bersih diatas perut ibu, memeriksa adanya janin kedua dengan palpasi abdomen jika tidak ada janin kedua maka lanjutkan menyuntikan oxytocin 10 IU secara IM di 1/3 paha bagian luar.

Evaluasi : tidak terdapat janin kedua dan oxytocin injeksi 10 IU telah disuntikan

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 03.10 WIB plasenta telah lahir 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 150 cc, plasenta lengkap

5. Melakukan pengecekan ruptur pada vagina dan perineum

Evaluasi : perineum utuh tidak terdapat laserasi

D ASUHAN KEBIDANAN KALA IV

1. SUBJEKTIF

Klien mengatakan perutnya masih terasa mulas

Klien mengatakan tidak ada keluhan pusing

2. OBJEKTIF

1. KU : baik, kesadaran composmentis
2. TD : 110/70 mmHg
3. Nadi : 82x/menit
4. Respirasi : 20x/menit
5. Suhu : 36,7 °C
6. Plasenta lahir jam 03.10 WIB dengan lengkap, TFU 2 jari dibawah pusat
7. Jumlah perdarahan 150 cc.

3. ASSESMENT

NY. S umur 30 Tahun P3A0 inpartu kala IV dengan keadaan ibu baik

4. 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 suhu klien tiap jam dalam 2 jam pertama kelahiran
Evaluasi : telah dilakukan pemantauan suhu pada klien setiap jam pada 2 jam pertama kelahiran pada partograf (terlampir)
3. Membantu ibu untuk membersihkan badan dan mengganti pakaian menggunakan air bersih dan sabun agar klien merasa nyaman setelah bersalin.

Evaluasi : klien telah dalam keadaan bersih dan telah diganti pakaiannya

4. Melakukan desenfektan alat persalinan dan APD selama 10 menit dalam larutan klorin 0,5 %, membuang bahan bekas pakai sesuai dengan pemilahan infeksius dan non infeksius

Evaluasi : alat partus telah didesinfektan selama 10 menit menggunakan larutan klorin 0,5 %.

5. 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 menggunakan partograf (terlampir)

3. BAYI

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA BAYI NY. S USIA 6 JAM NEONATUS CUKUP BULAN, SMK, DENGAN DENGAN KEADAAN BAIK

Tempat pengkajian : PMB Arsih
Tanggal/waktu pengkajian : 16 April 2024 / 09.00
Nama pengkaji : Arsih.S.keb

I. Pengumpulan Data

A. Identitas Bayi Dan Orang Tua

Nama Bayi : BBL Ny. S
Umur Bayi : 6 Jam
Tgl/ jam lahir : 16 April 2024 / 03.00 WIB
Jenis kelamin : perempuan
BB : 3050 gram
PB : 49 cm

Identitas pasien

Nama : Ny. S

Umur : 30 tahun

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : D3

Pekerjaan : IRT

Alamat : Tambaksari 7/3

Penanggung jawab

Nama : Tn. M

Umur : 30 tahun

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Tambaksari
7/3

B. ANAMNESA

1. Riwayat kehamilan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) : 28 Juni 2023
Hari Perkiraan Lahir : 16 April 2024
UK : 40 minggu 5 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 : sesuai kebutuhan bumil
Obat-obatan : ibu hanya minum vitamin dari dokter dan bidan
Merokok : ibu tidak merokok
Lain-lain : -

4. Riwayat Persalinan Sekarang

Jenis Persalinan : spontan
Ditolong oleh : bidan
Lama persalinan
Kala I : 1,5 jam
Kala II : 30 menit
Kala III : 10 menit
Kala IV : 2 jam
Ketuban pecah jam 02.30 WIB Spontan
Warna : jernih

Komplikasi persalinan

Ibu : tidak ada

Bayi : tidak ada

Intake

ASI/PASI : ASI

Frekuensi : On Demand

Eliminasi : mixi : +, meco: +

Penggunaan Alat Kontrasepsi: -

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Bayi Baru Lahir :

Nilai Apgar : 1-5 menit : 8/9

5-10 menit : 9/10

APGAR SKOR					
SKOR	0	1	2	5 mnt	10 mnt
APPEARANCE (warna kulit)	Sianosis atau biru Pucat	Tubuh bayi merah muda atau kemerah- merahan sedangkan ekstremitas sianosis	Seluruh tubuh bayi merah muda atau kemerahan	2	2
PULSE (denyut jantung)	Denyut Jantung tidak ada atau tdk Terdengar	Denyut jantung lemah dan < 100 x/m	Denyut jantung kuat dan > 100 x/m	1	1
GREMACE (kepekaan reflek bayi)	Bayi tdk Berespon saat diberi Stimulasi	Bayi meringis, merintih atau menangis lemah saat diberi stimulasi	Bayi menangis kuat saat diberi stimulasi	2	2
ACTIVITY (tonus otot)	Tidak ada gerakan	Gerakan bayi lemah dan sedikit	Gerakan bayi kuat dan aktif	1	2
RESPIRATION (pernafasan)	Tidak ada pernafasan	Pernafasan lemah dan tdk teratur	Pernafasan bayi baik dan teratur	2	2

2. TTV
 - Suhu : 37 C
 - Pernafasan : 45x/menit
 - Denyut Nadi : 120x/menit
3. Antropometri
 - BB sekarang : 3050 gram
 - PB : 49 cm
 - Lingkar kepala : 33 cm
 - Lingkar dada : 32 cm
 - Lingkar lengan atas: 9,5 cm

Pemeriksaan Fisik

secara Sistematis :

1. Kepala : simetris
2. Muka : wajah bayi mungil
3. Mata : simetris kiri dan kanan, pupil mata bereaksi dengan baik, sclera putih dan tidak ikterus. Dan konjungtiva merah muda
4. Telinga : simetris kiri dan kanan kulit tipis
5. Mulut : reflek mengisap kuat, tidak ada lendir, tidak ada kelainan pada palatum, bibir tidak pecah
6. Hidung : simetris, tidak ada lendir, tidak ada polip
7. Leher : tidak ada pembesaran, pembekakan dan nyeri tekan di tandai dengan bayi tidak menangis
8. Dada : simetris kiri dan kanan, gerakan dada sesuai dengan nafas bayi, tidak ada tonjolan dada pada bayi
9. Tali pusat : tonus atas bayi baik, tali pusat baik tidak ada tanda tanda infeksi
10. Punggung : tidak ada tonjolan pada tulang punggung
11. Ekstremitas : pergerakan aktif, jari tangan kiri dan kanan lengkap, kuku belum melewati jari tangan, kaki simetris normal
12. Genetalia : tidak ada kelainan pada genetalia
13. Anus : Anus ada dan tidak ada kelainan pada anus

Reflek

1. Reflek Moro : ada
2. Reflek Rooting : ada
3. Reflek Ealking : ada
4. Reflek Graphs/plantar : ada
5. Reflek Sucking : ada
6. Reflek Tonic Neck : ada

Pemeriksaan Penunjang

Jenis pemeriksaan : Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang

Hasil : -

II. Intrepretasi Data

By. Ny. S 6 jam Neonatus cukup bulan, SMK, dengan keadaan baik.

DS : -

DO :

- Keadaan Umum : baik
- TTV
- Suhu : 37 C
- Pernafasan : 45x/menit
- Denyut Nadi : 120x/menit
- BB sekarang : 3050 gram
- PB : 49 cm
- Lingkar kepala : 33 cm
- Lingkar dada : 32 cm
- Lingkar lengan atas : 9,5 cm

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan :ASI

III. Diagnosa Potensial Dan Antisipasi

Tidak ada

IV. Tindakan Segera

Tidak ada data yang mendukung perlunya tindakan segera.

V. Rencana Tindakan

1. Observasi tanda-tanda vital
2. Anjurkan ibu cara merawat bayi sehari-hari yaitu mengganti popok apabila basah/kotor & memandikan bayi.
3. Anjurkan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya
4. Anjurkan pada ibu cara menyusui yang baik dan benar
5. Menjelaskan kepada ibu bahwa bayi akan dimandikan dan dibekikan imunisasi HB 0
6. Anjurkan ibu untuk membawa bayinya imunisasi sesuai jadwal imunisasi di pelayanan kesepakatan terdekat
7. Lakukan pendokumentasian

VI. Pelaksanaan

1. Mengobservasi tanda-tanda vital
2. Menganjurkan ibu cara merawat bayi sehari-hari yaitu mengganti popok apabila basah/kotor & memandikan bayi.
3. Menganjurkan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya tanda tambahan makanan apapun, dan menyusui kapanpun bayi membutuhkan
4. Menganjurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan gizi seimbang
5. Memandikan bayi dan memberikan imunisasi HB 0
6. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya imunisasi sesuai jadwal imunisasi di pelayanan kesepakatan terdekat

VII. Evaluasi

1. Heart Rate: 120x/menit, pernafasan: 45x/menit, suhu: 37,0 C
2. Ibu sudah tau cara merawat bayi dan bayi sudah di mandikan oleh bidan
3. Ibu selalu memberi ASI pada bayinya kapanpun bayi membutuhkan
4. Ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan
5. Ibu mengetahui dan setuju bayinya diberikan imunisasi Hb 0 dan bersedia membawa bayinya imunisasi sesuai jadwal imunisasi
6. Ibu paham dan mengerti cara menyusui yang benar, dan bayi sudah pintar menyusui.

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA BAYI NY. S USIA 3 HARI
NEONATUS CUKUP BULAN, SMK, DENGAN DENGAN KEADAAN
BAIK

Tempat pengkajian : PMB Arsih
Tanggal/waktu pengkajian : 18 April 2024 / 09.00
Nama pengkaji : Arsih.S.keb

I. Pengumpulan Data

A. Identitas Bayi Dan Orang Tua

Nama Bayi : BBL Ny. S
Umur Bayi : 3 hari
Tgl/ jam lahir : 16 April 2024 / 03.00 WIB
Jenis kelamin : perempuan
BB : 3050 gram
PB : 49 cm

Identitas pasien

Nama : Ny. S
Umur : 30 tahun
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Agama : Islam
Pendidikan : D3
Pekerjaan : IRT
Alamat : Tambaksari 7/3

Penanggung jawab

Nama : Tn. M
Umur : 30 tahun
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Tambaksari
7/3

B. ANAMNESA

1. Riwayat kehamilan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) : 28 Juni 2023
Hari Perkiraan Lahir : 16 April 2024
UK : 40 minggu 5 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 : sesuai kebutuhan bumil
Obat-obatan : ibu hanya minum vitamin dari dokter dan bidan
Merokok : ibu tidak merokok
Lain-lain : -

4. Riwayat Persalinan Sekarang

Jenis Persalinan : spontan
Ditolong oleh : bidan
Lama persalinan
Kala I : 1,5 jam
Kala II : 30 menit
Kala III : 10 menit
Kala IV : 2 jam
Ketuban pecah jam 02.30 WIB Spontan
Warna : jernih

Komplikasi persalinan

Ibu : tidak ada

Bayi : tidak ada

Intake

ASI/PASI : ASI

Frekuensi : On Demand

Eliminasi : mixi : +, meco: +

Penggunaan Alat Kontrasepsi: -

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Bayi Baru Lahir :

Nilai Apgar : 1-5 menit : 8/9

5-10 menit : 9/10

APGAR SKOR					
SKOR	0	1	2	5 mnt	10 mnt
APPEARANCE (warna kulit)	Sianosis atau biru Pucat	Tubuh bayi merah muda atau kemerah- merahan sedangkan ekstremitas sianosis	Seluruh tubuh bayi merah muda atau kemerahan	2	2
PULSE (denyut jantung)	Denyut Jantung tidak ada atau tdk Terdengar	Denyut jantung lemah dan < 100 x/m	Denyut jantung kuat dan > 100 x/m	1	1
GRIMACE (kepekaan reflek bayi)	Bayi tdk Berespon saat diberi Stimulasi	Bayi meringis, merintih atau menangis lemah saat diberi stimulasi	Bayi menangis kuat saat diberi stimulasi	2	2
ACTIVITY (tonus otot)	Tidak ada gerakan	Gerakan bayi lemah dan sedikit	Gerakan bayi kuat dan aktif	1	2
RESPIRATION (pernafasan)	Tidak ada pernafasan	Pernafasan lemah dan tdk teratur	Pernafasan bayi baik dan teratur	2	2

2. TTV
 - Suhu : 37,1 C
 - Pernafasan : 45x/menit
 - Denyut Nadi : 120x/menit
3. Antropometri
 - BB sekarang : 3000 gram
 - PB : 49 cm
 - Lingkar kepala : 33 cm
 - Lingkar dada : 32 cm
 - Lingkar lengan atas: 9,5 cm

Pemeriksaan Fisik

secara Sistematis :

1. Kepala : simetris
2. Muka : wajah bayi mungil
3. Mata : simetris kiri dan kanan, pupil mata bereaksi dengan baik, sclera putih dan tidak ikterus. Dan konjungtiva merah muda
4. Telinga : simetris kiri dan kanan kulit tipis
5. Mulut : reflek mengisap kuat, tidak ada lendir, tidak ada kelainan pada palatum, bibir tidak pecah
6. Hidung : simetris, tidak ada lendir, tidak ada polip
7. Leher : tidak ada pembesaran, pembekakan dan nyeri tekan di tandai dengan bayi tidak menangis
8. Dada : simetris kiri dan kanan, gerakan dada sesuai dengan nafas bayi, tidak ada tonjolan dada pada bayi
9. Tali pusat : tonus atas bayi baik, tali pusat baik tidak ada tanda tanda infeksi
10. Punggung : tidak ada tonjolan pada tulang punggung
11. Ekstremitas : pergerakan aktif, jari tangan kiri dan kanan lengkap, kuku belum melewati jari tangan, kaki simetris normal
12. Genetalia : tidak ada kelainan pada genetalia
13. Anus : Anus ada dan tidak ada kelainan pada anus

Reflek

- 7. Reflek Moro : ada
- 8. Reflek Rooting : ada
- 9. Reflek Ealking : ada
- 10. Reflek Graphs/plantar : ada
- 11. Reflek Sucking : ada
- 12. Reflek Tonic Neck : ada

Pemeriksaan Penunjang

Jenis pemeriksaan : Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang

Hasil : -

II. Intrepretasi Data

By. Ny. S 6 jam Neonatus cukup bulan, SMK, dengan keadaan baik.

DS : -

DO :

- Keadaan Umum : baik

TTV

- Suhu : 37 C
- Pernafasan : 45x/menit
- Denyut Nadi : 120x/menit
- BB sekarang : 3050 gram
- PB : 49 cm
- Lingkar kepala : 33 cm
- Lingkar dada : 32 cm
- Lingkar lengan atas : 9,5 cm

Masalah

Tidak ada

Kebutuhan

Intek ASI

III. Diagnosa Potensial Dan Antisipasi

Tidak ada

IV. Tindakan Segera

Tidak ada data yang mendukung perlunya tindakan segera.

V. Rencana Tindakan

1. Observasi tanda-tanda vital
2. anjurkan ibu cara merawat bayi sehari-hari yaitu mengganti popok apabila basah/kotor & memandikan bayi.
3. anjurkan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya
4. Anjurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan gizi seimbang
- 5 Anjurkan pada ibu cara menyusui yang baik dan benar
6. Anjurkan ibu untuk membawa bayinya imunisasi sesuai jadwal imunisasi di pelayanan kesepakatan terdekat
7. Lakukan pendokumentasian

VI. Pelaksanaan

1. Mengobservasi tanda-tanda vital
2. Menganjurkan ibu cara merawat bayi sehari-hari yaitu mengganti popok apabila basah/kotor & memandikan bayi.
3. Menganjurkan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya tanpa tambahan makanan apapun, dan menyusui kapanpun bayi membutuhkan
4. Menganjurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan gizi seimbang
5. Menganjurkan pada ibu cara menyusui yang baik dan benar
6. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya imunisasi sesuai jadwal imunisasi di pelayanan kesepakatan terdekat

VII. Evaluasi

1. Heart Rate: 120x/menit, pernafasan: 45x/menit, suhu: 37,1 C
2. Ibu sudah tau cara merawat bayi dan bayi sudah di mandikan oleh bidan
3. Ibu selalu memberi ASI pada bayinya kapanpun bayi membutuhkan
4. Ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan
5. Ibu bersedia membawa bayinya imunisasi sesuai jadwal imunisasi
6. Ibu paham dan mengerti cara menyusui yang benar, dan bayi sudah pintar menyusu

4. NIFAS

**ASUHAN KEBIDANAN CONTINUITY OF CARE
NY. S UMUR 30 TAHUN P 3 A 0 NIFAS 6 JAM DI
PMB ARSIH**

Tempat pengkajian : PMB Arsih
Tanggal/waktu pengkajian : 16 April 2024/ 08.30
WIB Nama pengkaji : Arsih ,S.keb

I. PENGKAJIAN

1. Data Subjektif

Identitas pasien		Penanggung jawab	
Nama	: Ny. S	Nama	: Tn. M
Umur	: 30 tahun	Umur	: 30 tahun
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: D3	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Tambaksari 7/3	Alamat	: Tambaksari 7/3

2. Keluhan Utama / Alasan Masuk

Ibu mengatakan masih ada keluhan mules sedikit, keluar darah seperti haid

3. Riwayat Menstruasi

Menarche : 13 tahun
Siklus : 28 hari
Lamanya : 5-7 hari

Banyaknya : 3-4x ganti pembalut , bau : khas

Sifat darah : encer

Disminore : tidak ada

Flour Albus : tidak ada

4. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu

An ak Ke -	Tgl Lahir/ Um ur	UK	Jenis Persali n an	Tem pat Persa - linan	Pen o- lon g	Kompli kasi		Bayi		Nifas	
						Ba yi	Ibu	PB / BB JK	Kea- daan	Kea- daan	Laktas i
1	6 tahun	40 mg	Spon tan	PMB	Bi d a n	-	-	48/2, 9/L	seh at	Sehat	Ya
2	3 tahun	39 mg	spont an	PMB	Bi d a n	-	-	4 8/3 ,1/ L	seh at	sehat	ya

5. Riwayat persalinan

Tanggal / Jam persalinan : 16-04-2024 jam 03.00

Tempat persalinan : PMB Arsih

Penolong persalinan : Bidan

jenis persalinan : Spontan

komplikasi persalinan : tidak ada

Keadaan placenta : Berat plasenta 450

Diameter 20 x 18 x 2 cm

tali pusat : Panjang 50 cm

Lama persalinan :

Kala I : 1,5 jam

Kala II : 30 menit

Kala III : 10 menit

Kala IV : 2 jam

Bayi :

BB sekarang : 3050 gram

PB : 49 cm

Lingkar kepala : 33 cm

Lingkar dada : 32 cm

Lingkar lengan atas : 9,5 cm

Score Apgar : 8/9

Cacat bawaan : tidak ada

Masa Gestasi : 40 minggu 5 hari

6. Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami dan keluarga

- a Riwayat kesehatan pribadi : ibu mengatakan tidak pernah atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak pernah operasi dan tidak pernah opname
- b Riwayat kesehatan keluarga : ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak ada keturunan kembar atau cacat

7. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 2 tahun

8. Riwayat Sosial Ekonomi

Status Perkawinan : Menikah Kawin : 1 Kali

Lama menikah : 7 tahun, menikah pertama pada umur 23 tahun

Kehamilan ini Direncanakan / Tidak direncanakan : Direncanakan

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : Senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : Suami dan Istri

Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RSUD Aghisna Sidareja

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

9. Data Objektif

- a Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis
- Tekanan Darah : 110 /70 mmHg
- Nadi : 76x/mnt
- Suhu : 36,5 °C
- Respirasi : 21 x/mnt
- b Pemeriksaan Fisik
- Payudara
- Putting susu : Menonjol
- Areola mammae : Hiperpigmentasi
- Colostrum/ASI : sudah keluar
- Bentuk : simetris
- Abdomen
- TFU : pertengahan pusat simpisis
- Kandung kemih : Kosong
- Genetalia
- Varises : Tidak ada
- Oedema : Tidak ada
- Pengeluaran pervaginam : Rubra (merah), jumlah : ± 50 cc
- Bau : Khas
- Perineum : Tidak ada luka jahitan
- Anus : tidak ada hemoroid
- Ekstremitas Atas
- Bentuk : Simetris
- Oedema : Tidak oedema
- Pergerakan : aktif
- Ekstremitas Bawah
- Bentuk : Simetris

Odema : Tidak ada
Varises : Tidak ada
Pergerakan : aktif
kemerahan pada tungkai : tidak ada

II. Interpretasi Data

Diagnosa Kebidanan

Ny. S usia 30 tahun P3A0 nifas 6 jam dengan keadaan ibu baik

- Data Subyektif: Ibu mengatakan baru melahirkan 6 jam yang lalu, nyeri pada kelamin saat BAK.
- Data Obyektif: Palpasi yang dilakukan pada abdomen ibu TFU terasa 2 jari di bawah pusat dengan kontraksi keras.
- Inspeksi yang dilakukan pada PPV tampak pengeluaran lochea rubra
- Kesadaran: Composmentis

Pernafasan : 21x/menit

Nadi : 76x/menit

tekanan darah : 110/70 mmHg

Suhu : 36,5 °C

Masalah : Tidak ada

III. DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PLANING

1. Beritahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami.
2. Observasi tanda- tanda vital dan keadaan umum
3. Berikan ibu penkes tentang proses laktasi
4. Berikan ibu penkes tentang kebutuhan nutrisi
5. Beritahu ibu tentang perawatan luka jahitan
6. Berikan ibu penkes tentang kebutuhan istirahat
7. Beritahu ibu tentang tanda bahaya pada masa nifas

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami
2. Mengobservasi tanda-tanda vital dan keadaan umum untuk deteksi dini keadaan patologis yang muncul. Dengan keadaan umum baik, kesadaran composmentis

Tekanan Darah : 110 /70 mmHg

Nadi : 76x/mnt

Suhu : 36,5 °C

Respirasi : 21 x/mnt

3. Menjelaskan kepada ibu bahwa menyusui harus secara eksklusif karena dengan isapan bayi akan merangsang produksi ASI, menghasilkan ASI lebih banyak dan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa tambahan apapun hingga bayi berusia 6 bulan, manajemen laktasi dapat mensukseskan ASI Eksklusif, menambah kekebalan tubuh bayi, ikatan kasih sayang ibu dan anak semakin kuat serta bayi mendapatkan colostrum.
4. Memberikan ibu penkes tentang kebutuhan nutrisi ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang seperti nasi, lauk, pauk, sayur-sayuran, tempe, tahu, telur dan buah untuk memperlancar produksi ASI serta minum air putih yang cukup kurang lebih 8 gelas / hari.
5. Memberikan ibu penkes tentang kebutuhan istirahat yaitu tidur siang 1-2 jam dan malam 7-8 jam karena dapat memberikan kesempatan otot untuk relaksasi setelah mengalami proses operasi hingga pemulihan tenaga serta stamina ibu dapat berlangsung dengan baik.
6. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya pada masa nifas yaitu kontraksi uterus yang lemah yang dapat menyebabkan perdarahan , infeksi pada payudara yang ditandai dengan pembengkakan, puting susu lecet, payudara terasa panas, kemerahan dan keluar nanah, darah dari payudara, perdarahan pervagina lebih dari 500 cc

VII. EVALUASI

1. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan nya
2. Hasil pemeriksaan dalam ibu dalam kondisi normal
3. Ibu paham dan akan menerapkannya

4. Ibu paham dan bersedia untuk menerapkannya
5. Ibu paham dan bersedia melakukannya
6. Ibu paham dan bersedia menerapkannya
7. Ibu paham tentang penjelasan tanda-tanda bahaya pada masa nifas

ASUHAN KEBIDANAN CONTINUITY OF CARE
NY. S UMUR 30 TAHUN P 3 A 0 NIFAS HARI KE
3 DI RUMAH NY. S

Tempat pengkajian : Rumah Ny. S
Tanggal/waktu pengkajian : 18 April 2024/ 09.00
WIB Nama pengkaji : Arsih ,S.keb

I. PENGKAJIAN

1. Data Subjektif

Identitas pasien		Penanggung jawab	
Nama	: Ny. S	Nama	: Tn. M
Umur	: 30 tahun	Umur	: 30 tahun
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: D3	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Tambaksari 7/3	Alamat	: Tambaksari 7/3

2. Keluhan Utama / Alasan Masuk

Ibu mengatakan tidak ada keluhan/ingin mengetahui kondisi ibu dan ingin menggunakan KB Suntik 3 bulan saat nanti selesai nifas

3. Riwayat Menstruasi

Menarche : 13 tahun
Siklus : 28 hari
Lamanya : 5-7 hari
Banyaknya : 3-4x ganti pembalut , bau : khas Sifat
darah : encer

Disminore : tidak ada

Flour Albus : tidak ada

4. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu

An ak Ke -	Tgl Lahir/ Um ur	UK	Jenis Persali n an	Te mpa t Pers a- lina n	Peno- long	Kompli kasi		Bayi		Nifas	
						Ba yi	Ibu	PB/ BB JK	Kea- daan	Kea- daan	Laktasi
1	6 tahun	40 mg	Spont an	PMB	Bidan	-	-	48/2, 9/L	sehat	Sehat	Ya
2	3 tahun	39 mg	spont an	PMB	Bidan	-	-	48 /3,1 /L	sehat	sehat	ya

5. Riwayat persalinan

Tanggal / Jam persalinan : 16-04-2024 jam 03.00

Tempat persalinan : PMB Arsih

Penolong persalinan : Bidan

jenis persalinan : Spontan

komplikasi persalinan : tidak ada

Keadaan placenta : Berat plasenta 450 gr

Diameter 20 x 18 x 2 cm

tali pusat : Panjang 50 cm

Lama persalinan :

Kala I : 1,5 jam

Kala II : 30 menit

Kala III : 10 menit

Kala IV : 2 jam

Bayi :

BB sekarang : 3050 gram

PB : 49 cm

Lingkar kepala : 33 cm
Lingkar dada : 32 cm
Lingkar lengan atas : 9,5
cm Score Apgar : 8/9
Cacat bawaan : tidak ada
Masa Gestasi : 40 minggu 5 hari

6. Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami dan keluarga

- a Riwayat kesehatan pribadi : ibu mengatakan tidak pernah atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak pernah operasi dan tidak pernah opname
- b Riwayat kesehatan keluarga : ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak ada keturunan kembar atau cacat

7. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 2 tahun dan tidak ada keluhan

8. Riwayat Sosial Ekonomi

Status Perkawinan : Menikah Kawin : 1 Kali

Lama menikah : 7 tahun, menikah pertama pada umur 23 tahun

Kehamilan ini Direncanakan / Tidak direncanakan : Direncanakan

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : Senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : Suami dan Istri

Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RSUD Aghisna Sidareja

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

Activity Daily Living (Setelah Nifas)

a. Pola makan & minum

Frekuensi : 3 x sehari
Jenis : Nasi, sayur, lauk, buah, susu
Porsi : 1 porsi
Minum : 8-9 gelas
jenis : air putih dan susu
Keluhan / pantangan : -

b. Pola istirahat

tidur siang : 1-2 jam, tidur malam : 5 jam
Keluhan : tidak ada

c. Pola eliminasi

BAK : 6-7x /hari, konsistensi cair, warna : kuning jernih
BAB : 1x /hari, konsistensi padat, warna : kuning kecoklatan,
lendir darah : Ada
BAB terakhir jam : 05.00 wib
Personal Hygiene Mandi : 2x sehari
Ganti pakaian dan pakaian dalam : 3 sehari

d. Mobilisasi

Ibu sudah melakukan aktivitas sehari hari

e. Aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : menyusui bayi, IRT
Keluhan : tidak ada

f. Menyusui

Keluhan : Sering bangun menyusui bayinya
Hubungan seksual : - x/mgg

g. Kebiasaan hidup

Merokok : ibu mengatakan tidak merokok

Minum-minuman keras: ibu mengatakan tidak minum minuman keras
Obat terlarang : ibu mengatakan tidak konsumsi obat terlarang
Minum jamu : ibu mengatakan tidak minum jamu.

9. Data Objektif

a Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 120 /70 mmHg

Nadi : 75x/mnt

Suhu : 36,6 °C

Respirasi : 21 x/mnt

b Pemeriksaan Fisik

Payudara

Putting susu : Menonjol

Areola mammae : Hiperpigmentasi

Colostrum/ASI : sudah keluar

Bentuk : simetris

Abdomen

TFU : pertengahan pusat simpisis

Kandung kemih : Kosong

Genetalia

Varises : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Pengeluaran pervaginam : Rubra (merah), jumlah : \pm 10 cc

Bau : Khas

Perineum : Tidak ada luka jahitan

Anus : tidak ada hemoroid

Ekstremitas Atas

Bentuk : Simetris

Oedema : Tidak oedema

Pergerakan : aktif

Ekstremitas Bawah

Bentuk : Simetris

Odema : Tidak ada

Varises : Tidak ada

Pergerakan : aktif
kemerahan pada tungkai : tidak ada

II. INTERPRETASI DATA

Diagnosa Kebidanan

Ny. S usia 30 tahun P3A0 nifas 6 jam dengan keadaan ibu baik

- Data Subyektif: Ibu mengatakan baru melahirkan 3 hari yang lalu, masih ada keluhan mules sedikit
- Data Obyektif: Palpasi yang dilakukan pada abdomen ibu TFU terasa di pertengahan pusat dan simfisis dengan kontraksi keras.
- Inspeksi yang dilakukan pada PPV tampak pengeluaran lochea rubra

- Kesadaran: Composmentis

Pernafasan : 20x/menit

Nadi : 75x/menit

tekanan darah : 120/70 mmHg

Suhu : 36,6 °C

Masalah : Tidak ada

III. DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PLANING

1. Beritahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami.
2. Observasi tanda- tanda vital dan keadaan umum
3. Berikan ibu penkes tentang proses laktasi
4. Berikan ibu penkes tentang kebutuhan nutrisi
5. Beritahu ibu tentang perawatan luka jahitan
6. Berikan ibu penkes tentang kebutuhan istirahat
7. Beritahu ibu tentang tanda bahaya pada masa nifas

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami
2. Mengobservasi tanda-tanda vital dan keadaan umum untuk deteksi dini keadaan patologis yang muncul. Dengan keadaan umum baik, kesadaran composmentis
Tekanan Darah : 120 /70 mmHg
Nadi : 75x/mnt
Suhu : 36,6 °C
Respirasi : 21 x/mnt
3. Menjelaskan kepada ibu bahwa menyusui harus secara eksklusif karena dengan isapan bayi akan merangsang produksi ASI, menghasilkan ASI lebih banyak dan ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa tambahan apapun hingga bayi berusia 6 bulan, manajemen laktasi dapat mensukseskan ASI Eksklusif, menambah kekebalan tubuh bayi, ikatan kasih sayang ibu dan anak semakin kuat serta bayi mendapatkan colostrum.
4. Memberikan ibu penkes tentang kebutuhan nutrisi ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang seperti nasi, lauk, pauk, sayur-sayuran, tempe, tahu, telur dan buah untuk memperlancar produksi ASI, SERTA minum air putih yang cukup kurang lebih 8 gelas / hari.
5. Memberikan ibu penkes tentang kebutuhan istirahat yaitu tidur siang 1-2 jam dan malam 7-8 jam karena dapat memberikan kesempatan otot untuk relaksasi setelah mengalami proses operasi hingga pemulihan tenaga serta stamina ibu dapat berlangsung dengan baik.
6. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya pada masa nifas yaitu kontraksi uterus yang lemah yang dapat menyebabkan perdarahan , infeksi pada payudara yang ditandai dengan pembengkakan, puting susu lecet, payudara terasa panas, kemerahan dan keluar nanah, darah dari payudara, perdarahan pervagina lebih dari 500 cc

VIII. EVALUASI

1. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan nya
2. Hasil pemeriksaan dalam ibu dalam kondisi normal
3. Ibu paham dan akan menerapkannya
4. Ibu paham dan bersedia untuk menerapkannya
5. Ibu paham dan bersedia melakukannya
6. Ibu paham dan bersedia menerapkannya
7. Ibu paham tentang penjelasan tanda-tanda bahaya pada masa nifas

5.KELUARGA BERENCANA (KB)

MANAJEMEN KEBIDANAN CONTINUITY OF CARE NY. S UMUR 30 TAHUN P 3 A 0 DENGAN KB SUNTIK 3 BULAN DI PMB ARSIH

Tempat pengkajian : PMB Arsih
Tanggal/waktu pengkajian : 23/05/2024 16.00 WIB
Nama pengkaji : Arsih ,S.keb

PENGKAJIAN

1. Data Subjektif

Identitas pasien		Penanggung jawab	
Nama	: Ny. S	Nama	: Tn. R
Umur	: 30 tahun	Umur	: 30 tahun
Suku/Bangsa	:Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	:Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: D3	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Tambaksari 7/3	Alamat	: Tambaksari 7/3

2. Keluhan Utama / Alasan Masuk

Ibu mengatakan tidak ada keluhan/ingin mengetahui kondisi ibu dan ingin KB Suntik 3 Bulan

3. Riwayat Menstruasi

Menarche : 13 tahun

Siklus : 28 hari

Lamanya : 5-7 hari

Banyaknya : 3-4x ganti pembalut , bau : khas

Sifat darah : encer

Disminore : tidak ada

4. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas yang lalu

An ak Ke -	Tgl Lahir/ Um ur	UK	Jenis Persali n an	Tem pat Pers a- lina n	Peno - long	Kompl ikasi		Bayi		Nifas	
						B a yi	Ibu	PB / BB JK	Kea- daan	Kea- daan	Laktas i
1	6 tahun	40 mg	Spon tan	PMB	Bidan	-	-	48/2, 9/L	seh at	Sehat	Ya
2	3 tahun	39 mg	spont an	PMB	Bidan	-	-	4 8/3 ,1/ L	Se hat	sehat	ya

5. Riwayat persalinan

Tanggal / Jam persalinan : 16-04-2024 jam 03.00

Tempat persalinan :PMB Arsih Penolong

persalinan : Bidan

jenis persalinan : Spontan

komplikasi persalinan : tidak ada

Keadaan placenta : Berat plasenta 450 gr

Diameter 20 x 18 x 2 cm

tali pusat : Panjang 50 cm

Lama persalinan :

Kala I : 1,5 jam

Kala II : 30 menit

Kala III : 10 menit

Kala IV : 2 jam

Bayi :

BB sekarang : 3050 gram

PB : 49 cm
Lingkar kepala : 33 cm
Lingkar dada : 32 cm
Lingkar lengan atas : 9.5
cm Score Apgar : 8/9
Cacat bawaan : tidak ada
Masa Gestasi : 40 minggu 5 hari

6. Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami dan keluarga

- a Riwayat kesehatan pribadi : ibu mengatakan tidak pernah atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak pernah operasi dan tidak pernah opname
- b Riwayat kesehatan keluarga : ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada atau sedang menderita penyakit seperti diabetes militus, hipertensi, ginjal, hepatitis, tuberculosis, tidak ada keturunan kembar atau cacat

7. Riwayat KB

Ibu mengatakan pernah menggunakan KB suntik 3 bulan

8. Riwayat Sosial Ekonomi

Status Perkawinan : Menikah Kawin : 1 Kali

Lama menikah : 7 tahun, menikah pertama pada umur : 23 tahun

Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : Suami dan Istri

Activity Daily Living (Setelah Nifas)

- a. Pola makan & minum
 - Frekuensi : 3 x sehari
 - Jenis : Nasi, sayur, lauk, buah, susu
 - Porsi : 1 porsi

Minum : 8-9 gelas
jenis : air putih dan susu
Keluhan / pantangan : -

b. Pola istirahat

tidur siang : 1-2 jam, tidur malam : 5 jam
Keluhan : tidak ada

a. Pola eliminasi

BAK : 6-7x /hari, konsistensi cair, warna : kuning jernih
BAB : 1x /hari, konsistensi padat, warna : kuning kecoklatan,
lendir darah : Ada
BAB terakhir jam : 05.00 wib
Personal Hygiene Mandi : 2x sehari
Ganti pakaian dan pakaian dalam : 3 sehari

c. Mobilisasi

Ibu sudah melakukan aktivitas sehari hari

d. Aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : menyusui bayi, IRT
Keluhan : tidak ada

e. Menyusui

Keluhan : Sering bangun menyusui bayinya
Hubungan seksual : - x/mgg

f. Kebiasaan hidup

Merokok : ibu mengatakan tidak merokok
Minum-minuman keras: ibu mengatakan tidak minum minuman keras
Obat terlarang : ibu mengatakan tidak konsumsi obat terlarang
Minum jamu : ibu mengatakan tidak minum jamu.

8. Data Objektif

- a Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis
- Tekanan Darah : 110 /70 mmHg
- Nadi : 78x/mnt
- Suhu : 36,4 °C
- Respirasi : 20 x/mnt
- b Pemeriksaan Fisik
- Payudara
- Putting susu : Menonjol
- Areola mammae : Hiperpigmentasi
- Colostrum/ASI : sudah keluar
- Bentuk : simetris
- Abdomen
- TFU : pertengahan pusat simpisis
- Kandung kemih : Kosong
- Genetalia
- Varises : Tidak ada
- Oedema : Tidak ada
- Pengeluaran pervaginam : Rubra (merah), jumlah : ± 10 cc
- Bau : Khas
- Perineum : Tidak ada luka jahitan
- Anus : tidak ada hemoroid
- Ekstremitas Atas
- Bentuk : Simetris
- Oedema : Tidak oedema
- Pergerakan : aktif
- Ekstremitas Bawah
- Bentuk : Simetris

Odema : Tidak ada

Varises : Tidak ada

Pergerakan : aktif

kemerahan pada tungkai :
tidak ada

II. INTERPRETASI DATA

a Diagnosa Kebidanan

Ny. S usia 30 tahun P3A0 dengan KB Suntik Progestin

b Masalah

Tidak ada

III. DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. RENCANA TINDAKAN

1. Beritahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami.
2. Observasi tanda- tanda vital dan keadaan umum
3. Berikan ibu tentang mekanisme KB Suntik 3 bulan
4. Berikan ibu tentang efektifitas dan efek samping KB Suntik 3 Bulan
5. Beritahu ibu tentang efek samping KB Suntik
6. Lakukan Penyuntikan

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami
2. Mengobservasi tanda-tanda vital dan keadaan umum untuk deteksi dini keadaan patologis yang muncul. Dengan keadaan umum baik, kesadaran composmentis

Tekanan Darah : 110 /70 mmHg

Nadi : 78x/mnt

Suhu : 36,4 °C

Respirasi : 20 x/mnt

3. Menjelaskan kepada ibu bahwa suntik 3 bulanan mencegah terjadinya kehamilan seperti kontrasepsi hormonal lainnya ,mekanisme utama adalah mencegah ovulasi dengan membuat lendir servik menjadi kental, membuat endometrium kurang baik untuk implantasi dan mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba fallopi.
4. Menjelaskan pada ibu tentang efektifitas KB Suntik 3 bulan yaitu sangat efektif dapat mencegah kehamilan hingga 99%
5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang kekurangan dan kerugian menggunakan KB suntik yaitu dapat bekerja dengan efektif butuh waktu 7 hari setelah penyuntikan, haid mungkin tidak teratur atau berhenti sama sekali, klien harus mengingat tanggal kembali penyuntikan dan tidak bisa melindungi dari IMS.
6. Memberikan pendidikan kesehatan tentang efek Samping dan Bahaya KB suntik 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.
7. Memberikan informed consent pada klien untuk persetujuan pemilihan KB yang akan digunakan
8. Melakukan penyuntikan KB Suntik dengan cara :
 - a. Pakai sarung tangan steril
 - b. Siapkan peralatan dan bahan – bahan yang diperlukan
 - c. Usap tempat pemasangan dengan larutan antiseptik, gerakkan ke arah luar secara melingkar seluas 8 – 13 cm dan biarkan kering
 - d. Pasang kain penutup (doek) steril di sekeliling lengan pasien
 - e. Mengambil spuit isi dengan obat depo progestin sebanyak 1 ml

- f. Membersihkan tempat yang akan disuntik dengan kapas alcohol (alcohol swab)
 - g. Menyuntikan jarum di bagian sepertiga gluteus maksimus dengan posisi intra muscular dalam.
 - h. Melakukan aspirasi, apabila tidak terdapat darah maka penyuntikan bisa dilakukan secara perlahan.
 - i. Mengangkat jarum suntik dan membersihkan Kembali bagian yang disuntik dengan kapas alcohol (alcohol swab).
 - j. Buang peralatan yang sudah tidak dipakai lagi ke tempatnya (kasa, kapas , sarung tangan, alat suntik sekali pakai)
 - k. Cuci tangan dengan sabun dan air, kemudian keringkan dengan kain bersih
9. Menganjurkan klien untuk melakukan kunjungan ulang yaitu 12 minggu kemudian atau tanggal 16 Agustus 2024.

VII. EVALUASI

- 1. Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaannya
- 2. Ibu mengetahui efektifitas ,efek samping dan kerugian dari KB Suntik 3 bulan
- 3. Ibu sudah menyetujui untuk tidakan suntik KB 3 Bulan
- 4. Ibu paham kapan kontrol ulang
- 5. KB Suntik telah dilakukan