

BAB IV PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN

4.1 Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan

Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan Asuhan kebidanan ibu hamil fisiologis pada Ny. C umur 30 tahun G2P1A0 usia kehamilan 37-38 minggu di PMB Suwartiningsih

4.1.1 Kunjungan 1 Kehamilan

Pengkajian

Hari/Tanggal : Rabu, 20 November 2025

Pukul : 10.00 WIB

Tempat : PMB Suwartiningsih

Pengkaji : Dhian Kusumaningrum

1. DATA SUBJEKTIF

1) Identitas

Nama ibu	: Ny. C	Nama suami	: Tn. I
Umur	: 30 thn		: 32 thn
Pendidikan	: SMP		: SMA
Pekerjaan	: IRT		: Sopir
Bangsa	: Indonesia		: Indonesia
Agama	: Islam		: Islam
Alamat	: Desa Karanganyar		
No HP	: -		

2) Alasan Datang

Ibu mengatakan datang ke RS ingin memeriksakan kehamilannya. Ia mengeluh susah tidur, nyeri punggung, perut kadang terasa tidak nyaman, tetapi bukan kontraksi.

3) Riwayat kesehatan:

a. Riwayat kesehatan sekarang :

Ibu mengatakan bahwa sebelum hamil tidak pernah sakit parah hingga dirawat di rumah sakit.

b. Riwayat kesehatan yang lalu:

Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah sakit hingga mengganggu kehamilannya.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

a. Riwayat penyakit menular pada keluarga

Ibu mengatakan bahwa baik keluarganya maupun keluarga suami tidak ada yang menderita penyakit menular seperti batuk lama lebih dari 3 minggu, malaria, penyakit kuning dan penyakit kelamin.

b. Riwayat penyakit menurun pada keluarga

Ibu mengatakan bahwa dikeluarganya maupun keluarga suami tidak ada yang menderita penyakit menurun.

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan bahwa baik keluarganya maupun keluarga suami tidak ada yang mempunyai keturunan kembar.

5) Riwayat kehamilan sekarang :

- a HPHT : 4-3-2025
- b HPL : 11-12-2025
- c G :2 P: 1
- d Haid bulan sebelumnya : februari 2025
- e Siklus : 28-30 hari
- f ANC :

- a) Trimester I : -
- b) Trimester II :-
- c) Trimester III :2x PMB Suwartiningsih

6) Riwayat USG:

- a) Trimester I : -
- b) Trimester II : -
- c) Trimester III :

7) ImunisasiTT :

- a) TT capeng :
- b) TT selama hamil : TT4 2019 TT 5 (11/9/2025)

8) Keluhan:

- a) Trimester I : : mual muntah
- b) Trimester II : : tidak ada keluhan
- c) Trimester III : : tidak ada keluhan
- d) Pergerakan janin pertama:
- e) Pergerakan janin terakhir :

1. Riwayat kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu :

No	Hamil Ke	Penyulit / Komplikasi	Tgl Lahir/ Umur Anak	Jenis Kelamin Anak	Jenis Persalinan	Penyulit / Komplikasi	Penolong	PB/ BB Lahir	Keadaan anak	Nifas
1.	1	-	6	Laki-laki	normal	-	bidan	3000	hidup	
2.	Hamil ini									

2. Riwayat KB :

Jenis/Sejak	Lama Penggunaan	Keluhan	Alasan Berhenti
KB suntik 3 bulan	2 tabun	-	Ingin hamil lagi

3. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari:

Kebutuhan	Sebelum Hamil	Selama Hamil	Keluhan/ pantangan atau kekhawatiran
Nutrisi : • Makan • Minum1	3x/hari porsi sedang, dengan komposisi nasi,sayur, lauk tempe 1 ptong dan telur 1. Kadang ikan dan daging. minum air 6-8 gelas sehari dan tidak minum susu	4x/hari porsi sedang, nasi, sayur, lauk tempe 2 potong dan ikan 1 dan kadang telur dan daging., buah, 6-8 gelas air putih/hari dan segelas susu serta segelas teh manis.	Tidak ada
Eliminasi : • BAK • BAB	3-4 x/hari, warna kuning jernih, bau khas 1 x/hari, warna kuning,	9-10 x/hari, warna kuning jernih, bau khas 2-3 x/minggu, warna	Sering BAK

	tekstur lembek, bau khas	kehitaman, tekstur lembek, bau khas	
Istirahat	Tidur malam $\pm$ 6-7 jam Tidur siang $\pm$ 1-2 jam	Tidur malam $\pm$ 5-6 jam Tidur siang $\pm$ 1-2 jam	Sering terbangun untuk BAK
Aktifitas	Ibu mengatakan sebagai ibu rumah tangga dan melakukan aktivitas rumah yaitu mencuci, menyapu dan memasak	Ibu mengatakan melakukan aktivitas rumah seperti biasa menyapu dan memasak dan mengurangi aktivitas berat dan kegiatan yang berbahaya dan kadang dibantu suami.	Tidak ada
Personal Hygiene	Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, dan keramas 3x seminggu serta mengganti pakaian setiap selesai mandi	Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, dan keramas 3x seminggu serta mengganti pakaian setiap selesai mandi dan tiap selesai BAK	Sering gantian celana dalam
Rekreasi	1 bulan sekali bersama suami di tempat wisata terdekat	Terkadang Ibu pergi ke pasar dekat dengan rumah	Tidak ada

4. Data Psikologis (perasaan tentang kehamilan ini) :

a. Penerimaan ibu Terhadap Kehamilan

kehamilan ini sudah direncanakan, Ibu mengatakan bahagia dengan kehamilannya saat ini.

b. Penerimaan Keluarga Terhadap Kehamilan.

Ibu mengatakan keluarganya juga bahagia, membantu, memotivasi, dan mendukung kehamilan ibu.

c. Rencana Pengasuhan Anak

Ibu mengatakan bila anaknya lahir nanti akan diasuh dirinya sendiri dibantu suami dan keluarga.

d. Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami

5. Data Sosial-Budaya :

a. Hewan Peliharaan

: -

b. Lingkungan

: Bersih dan tidak ada genangan air

c. Adat-istiadat

: -

6. Data spiritual

: -

7. Pengetahuan ibu

:

Ibu mengetahui kebutuhan pada masa kehamilan

A. PEMERIKSAAN

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

: baik

b. Kesadaran

: composmetis

c. Status emosional

: Normal

- d. Tanda vital :
- 1) Tensi : 117/68 mmhg
 - 2) Nadi : 80 x/menit
 - 3) RR : 20 x/menit
 - 4) S : 36,5°C
- e. Lila : 25 cm
- f. TB : 149 cm
- g. BB saat hamil : 53,9 kg
- h. BB sebelum hamil : 41 kg
- i. Status present
- 1) Kepala :
 - Rambut : bersih, tidak ada benjolan abnormal
 - Muka : Bersih, tidak pucat, tidak odema, tidak tampak Cloasma gravidarum
 - Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak odema
 - Hidung : Bersih, tidak ada polip, tidak ada sekret
 - Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis gingivitis
 - Telinga : Pendengaran baik, tidak ada serumen
 - 2) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran vena jugulari
 - 3) Dada : Normal, tidak ada retraksi intercostae, tidak ada

bunyi tambahan wheezing/ ronchi

- 4) Mammae : putting susu menonjol, tidak ada benjolan
abnormal, tidak ada nyeri tekan, colostrum belum keluar,

- 5) Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, DJJ + 143x/m

Genetalia : Tidak odema, tidak ada varises,
tidak ada warna

kebiruan pada vulva, tidak ada pembesaran pada

kelenjar bartolini

- 6) Ekstremitas

- Atas : Tidak ada odema, simetris, normal
- Bawah : Tidak ada odema dan varises, simetris, normal

2. Pemeriksaan obstetri

- a. Wajah/muka : Tidak tampak kloasma gravidarum, tidak pucat dan tidak oedema.

- b. Mammae : payudara membesar, tampak bersih, tampak hyperpigmentasi pada areolla mammae, puting susu menonjol, tidak ada pengeluaran ASI, dan tidak ada benjolan abnormal.

- c. Abdomen : Tidak ada striae albicans, tidak ada linea nigra, membesar sesuai usia kehamilan, dan tidak ada luka bekas operasi.

- d. Leopold I : TFU pertengahan pusat-prosessusxyphoideus.
Pada fundus teraba bagian bundar, lunak,tidak melenting (bokong) TFU 29 cm
- e. Leopold II : pada bagian kiri perut teraba bagian keras, memanjang seperti papan (punggung janin) pada bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil kecil janin (ekstremitas)
- f. Leopold III : pada bagian bawah perut ibu teraba bagian bundar, keras (kepala), tidak bisa digoyangkan
- g. Leopold IV : kedua ujung jari tangan pemeriksa masih bisa saling bertemu (konvergen).
- h. TBJ : $(29-11) \times 155 = 2790\text{gram}$
- i. Auskultasi :
DJJ : DJJ 143x/menit punctum maximum 2 jari kanan bawah pusat,
Reflek patella : Kaki kanan (+) Kaki kiri (+)
3. Data penunjang
- a. Pemeriksaan penunjang
- b. GOLDA : B
- c. Protein Urine : Negatif
- d. HIV : Non reaktif
- e. Reduksi Urine : Negatif
- f. HBsAg : Non reaktif

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : -

TTV TD : 117/68

S : 36,5

N : 80x/menit

RR : 20x permenit

BB : 53,9

TB : 149

LILA : 25

2. Pemeriksaan Fisik Khusus

Kepala : Rambut bersih, tidak ada benjolan abnormal

Muka : Bersih, tidak pucat, tidak odema, tidak tampak cloasma gravidarum

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak odema

Hidung : Bersih, tidak ada polip, tidak ada sekret

Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis gingivitis

Telinga : Pendengaran baik, tidak ada serumen

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran vena jugularis

Dada : Tidak ada retraksi dada, tidak ada benjolan abdormal

Payudara : Simetris, bersih, terdapat hiperpigmentasi pada areola
mamae, puting susu menonjol, tidak keluar kolostrum,
tidak ada nyeri tekan

Abdomen : Tidak ada striae albicans, tidak ada linea nigra, tidak ada
luka bekas operasi TFU 29 cm

Palpasi :

Leopod I : Teraba besar, bulat, lunak tidak melenting

Leopod II : Perut ibu bagian Kiri teraba bagian memanjang, perut
kanan teraba bagian terkecil

Leopod III : Bagian terbawah teraba bagian besar, keras, melenting,
masih bisa digoyangkan

Leopod IV : Bagian terbawah sudah masuk PAP

Auskultasi : DJJ 143x/menit

Ekstremitas

Atas : Simetris, pergerakan aktif, tidak odema

Bawah : Simetris, pergerakan aktif, tidak odema, tidak terdapat
varises

Perkusi : Reflek Patella (+/+)

C. ANALISA DATA

Ny. "C" Usia 30 tahun G2 P1A0 usia kehamilan 37-38 minggu dengan
kehamilan fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu normal, ibu mengerti tentang kondisinya.
2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi, seperti buah alpukat dan jeruk, sayur bayam, aneka daging, ikan dan susu, ibu mengerti dan bersedia mengkonsumsi makanan yang bergizi.
3. Menganjurkan ibu untuk istirahat dan mengurangi aktivitas yang biasa dilakukan, ibu bersedia untuk melakukan.

4.1.2 Kunjungan 2 Kehamilan

Asuhan Kebidanan Pada Ny. "C" Usia 30 tahun Usia Kandungan 38-39 Minggu

Pengkajian

Hari/Tanggal : 27-11-2025

Pukul : 09.00

Tempat : BPM

PROLOG BINA SEHAT PPNI

Ny. "C" usia 30 tahun G2P1A0, hasil pemeriksaan sebelumnya dalam batas normal. Pada kunjungan sebelumnya ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa. Ibu diberi konseling untuk istirahat cukup dan mengkonsumsi makanan yang bergizi.

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa, hanya ingin memeriksakan kehamilannya

2. Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Sebelum Hamil

Makan : Ibu mengatakan dalam sehari makan sebanyak 3x (nasi, lauk, sayuran)

Minum : Ibu mengatakan dalam sehari minum 6-7 gelas (air mineral)

Saat Hamil

Makan : Ibu mengatakan dalam sehari makan 3-4x (nasi, lauk, sayuran)

Minum : Ibu mengatakan dalam sehari minum air mineral 9-10 gelas dan minum 1 gelas susu di malam hari

b. Pola Eliminasi

Sebelum Hamil

BAB : Ibu mengatakan BAB 1x sehari, warna kuning kecoklatan, bau khas fases, konsistensi lembek

BAK : Ibu mengatakan BAK 6-7x sehari, warna kuning jernih bau khas urine, konsistensi cair

Saat Hamil

BAB : Ibu mengatakan BAB 2x sehari, warna kuning kecoklatan, bau khas fases, konsistensi lembek

BAK : Ibu mengatakan BAK 8-9x sehari, warna kuning jernih bau khas urine, konsistensi cair

c. Pola Istirahat

Sebelum Hamil

Ibu mengatakan tidur siang kurang lebih 2 jam, tidur malam $\pm$ 8 jam

Saat Hamil

Ibu mengatakan tidak tidur siang, tidur malam kurang lebih 7 jam

d. Personal Hygiene

Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 3x sehari, ganti baju 2x sehari, keramas 2-3x/minggu

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70

S : 36,7

N : 80x/menit

RR : 20x permenit

BB : 54,6

TB : 149

LILA : 25

2. Pemeriksaan Fisik Khusus

Muka : Bersih, tidak pucat, tidak odema, tidak tampak cloasma gravidarum

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak

odema

Payudara : Simetris, bersih, terdapat hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol, tidak keluar kolostrum, tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : Tidak ada striae albicans, tidak ada linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, ada kontraksi Braxton Hicks lemah

Ekstremitas

Atas : Simetris, pergerakan aktif, tidak odema

Bawah : Simetris, pergerakan aktif, tidak odema, tidak terdapat varises

Palpasi

Leopod I : Teraba besar, bulat, lunak tidak melenting TFU 30 cm

Leopod II : Perut ibu bagian kiri teraba bagian memanjang, perut kanan teraba bagian terkecil

Leopod III : Bagian terbawah teraba bagian besar, keras, melenting, tidak bisa digoyangkan

Leopod IV : Bagian terbawah sudah masuk PAP

Auskultasi : DJJ 146x/menit

C. ANALISA DATA

Ny. "C" Usia 30 tahun G2PIAO usia 38-39 minggu dengan Kehamilan Fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

G2P1A0 Usia Kandungan 38-39 minggu Fisiologis

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi yang dialami ibu merupakan hal yang normal.
2. Memberikan KIE tanda tanda persalinan
3. Memberikan edukasi tentang persiapan persalinan, ibu mengerti mengenai apa saja yang harus dipersiapkan untuk persalinan.
4. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi telah dilakukan.

4.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

4.2.1 Asuhan Persalinan pada Ny “C” UK 39 Minggu dengan Inpartu Kala I

Fase Aktif di PMB Suwartiningsih

Tanggal : 30-11-2025

Jam : 14.00

Tempat : PMB Suwartiningsih

Prolog

Ny “C” G2P1A0 menyatakan HPHT :4-3-2025, HPL :11-12-2025, terakhir ANC tanggal 27-11-2025 tidak ada keluhan, tanda vital ibu dan bayi dalam batas normal, belum ada tanda persalinan, diberikan KIE tentang tanda persalinan.

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengeluh perutnya terasa kenceng-kenceng sejak pukul 03.00 WIB dan keluar lendir bercampur darah pada pukul 07.00 WIB.

B. DATA OBJEKTIF

Tanda-tanda vital TD : 120/80, S: 36,5, N: 80x/menit, RR: 20x permenit, BB: 54,6, TB: 149 TFU 30 cm, Leopold I TFU 2 jari di bawah PX, bagian

fundus atas perut ibu teraba lunak, kurang bulat, tidak melenting (bokong), Leopold II Bagian kiri perut ibu teraba panjang keras, seperti papan (punggung), bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil-kecil bayi (tangan/kaki), Leopold III Bagian bawah perut ibu sebelah bawah teraba bulat, keras, melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP, Leopold IV divergen, DJJ di sebelah kiri perut ibu 137x/menit reguler, S 36,5 °C, RR 20x his 4x45 detik dalam 10 menit, Genitalia tampak ada lendir bercampur darah, VT pembukaan 8 cm, effacement 80%, Hodge III, Ketuban utuh (U).

C. ANALISA DATA

Ny "C" usia 30 tahun G2P1A0 umur kehamilan 38/39 Minggu tunggal, hidup, presentasi kepala, intrauterin, janin baik, keadaan ibu baik, inpartu kala I fase aktif.

D. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga,
2. Melakukan observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam sekali dan DJJ 30 menit sekali, terobservasi dan dicatat dalam lembar observasi.
3. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri terlebih saat sakit, ibu mengerti dan mau miring kiri saat sakit.
4. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum disela-sela his, Ibu bersedia makan dan minum.
5. Melakukan observasi, Hasil terlampir di partograf.

4.2.2 Asuhan Kebidanan Masa Persalinan Pada Ny “C” G2P1A0 Inpartu

Kala II

PENGKAJIAN

Tanggal : 30/11/2025

Jam : 15.00 WIB

Tempat : PMB Suwartiningsih

A. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan perutnya makin sakit, kenceng-kencengnya semakin sering dan ingin meneran.

B. OBJEKTIF

Kesadaran umum Baik, Kesadaran Composmentis, TD 120/80mmHg, Nadi 90x /menit, Suhu 36,5 °C, Pernafasan 20x /menit, His 5x45 detik setiap 10 menit, Auskultasi DJJ di sebelah kiri perut ibu 132x/menit, Genitalia tampak *blood show*, VT pembukaan 10 cm, effacement 100%, Hodge III, ketuban pecah (J), dan tidak ada molase.

C. ANALISA DATA

Ny “C” G2P1A0 umur kehamilan 38/39 minggu tunggal, hidup, letak kepala, intrauterin, janin baik, keadaan ibu baik, inpartu kala II.

D. PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa sudah waktunya melahirkan, Ibu dan keluarga mengerti penjelasan petugas.

2. Membantu ibu posisi nyaman untuk melahirkan, Ibu memilih posisi setengah duduk.
3. Mempersiapkan kelahiran bayi, alat-alat partus set (2 pasang hanscoen, 1 kateter nelaton, 2 buah klem koher, 1 buah $\frac{1}{2}$ koher, 1 gunting episiotomy, 1 buah gunting tali pusat, kain has secukupnya, pengikat tali pusat) kain dan handuk kering bersih, obat-obatan (oksitosin) sudah siap.
4. Membimbing ibu untuk teknik tiup-tiup pada waktu ada his atau kontraksi, Ibu meniup dengan baik dengan meletakkan dagu di dada
5. Melahirkan kepala sesuai mekanisme persalinan (memegang sisi kepala dengan kedua tangan) kepala janin sudah dilahirkan tanpa penyulit.
6. Melahirkan bahu dan diikuti bayi, bahu dan tubuh bayi lahir tanpa penyulit.

4.2.3 Asuhan Kebidanan Masa Persalinan Pada Ny "C" P1A0 Kala III

PENGKAJIAN

Tanggal : 30- November-2025

Jam : 15.42 WIB

Tempat : PMB Suwartiningsih

A. SUBJEKTIF

Ibu merasakan lega bayinya sudah lahir dengan selamat, dan masih merasakan perutnya mules.

B. OBJEKTIF

Kedadaan umum Baik, Kesadaran Composmentis, TD 100/70 mmHg, Suhu 36,5 °C, Nadi 80 x/menit, Pernapasan 20 x/menit. Bayi telah lahir pada pukul 15.40 WIB, jenis kelamin perempuan, BB ;3000 gram PB: 50 cm APGAR score bayi baru lahir yaitu 8-9 pada menit pertama dan kelima. Kontraksi uterus (+), bulat keras, tali pusat terlihat memanjang, pengeluaran darah tidak lebih dari 500 cc atau ibu tidak pucat.

C. ANALISA DATA

Ny “C” P2A0 Kala III Fisiologis.

D. PENATALAKSANAAN

1. Memastikan adanya bayi kedua atau tidak, tidak ada bayi kedua.
2. Melakukan manajemen aktif kala III
3. Mengecek kelengkapan plasenta, plasenta telah di cek, lahir lengkap utuh, kotiledon $\pm$ 20 buah, panjang tali pusat $\pm$ 45 cm, berat $\pm$ 500 gram.
4. Melakukan massase fundus uteri untuk melihat kontraksi uterus, Massase fundus 15x, kontraksi uterus keras.

4.2.4 Asuhan Kebidanan Masa Persalinan Pada Ny “C” P1001 Kala IV

PENGKAJIAN

Tanggal : 30-November-2025

Jam : 15.55 WIB

Tempat : PMB Suwartiningsih

A. SUBJEKTIF

Ibu mengeluh lelah tetapi senang bayinya sudah lahir dan merasa perut terasa mules.

B. OBJEKTIF

Keadaan umum baik, Kesadaran Composmentis, Plasenta telah lahir, utuh, tidak ada selaput yang tertinggal, Kontraksi uterus (+), membulat, keras, TFU 1 jari di bawah pusat, pengeluaran darah $\pm$ 50 cc, TD 110/70mmHg, Nadi 80x /menit, Suhu: 36,5 °C, Pernafasan 20x /menit.

C. ANALISA DATA

Ny "C" P2A0 dengan inpartu kala IV fisiologis.

D. PENATALAKSANAAN

1. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus, pengeluaran darah, tanda – tanda vital sebanyak 2 – 3 kali selama 15 menit pertama, setiap 15 menit selama 1 jam, setiap 30 menit selama jam kedua, masase uterus dilakukan dengan baik, kontraksi uterus baik.
2. Melakukan pemeriksaan jalan lahir dan perineum, Jalan lahir tidak menunjukkan tanda perdarahan , ada laserasi derajat 1 dan dilakukan penjahitan .
3. Melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaputnya, Plasenta lahir utuh, insersi lateral, jumlah kotiledon 20, selaput utuh.
4. Mengajarkan ibu dan keluarga tentang cara mengecek atau meraba uterus dan masasanya yaitu dengan diputar searah jarum jam hingga

uterus mengeras, Ibu dan keluarga memahami arahan petugas dan bisa melakukan masase uterus.

4.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

4.3.1 Kunjungan 1 (KF 1) Asuhan Kebidanan Pada Ny. "C" Usia 30 tahun

P2A0 6 Jam Post Partum Dengan Nifas Fisiologis Di PMB

Ny.Suwartingsih

Pengkajian

Hari/Tanggal : 30/11/2025

Pukul : 21.40 WIB

Tempat : PMB Suwartiningsih

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan Asi belum keluar

2. Riwayat Obsetri

No	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Penolong
1	39 Minggu	Fisiologi	PMB	Bidan

3. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 4-3-2025

HPL : 11-12-2025

TM 1 : ibu mengalami mual, ibu periksa ke bidan 2 kali dan di beri

vitamin ibu hamil. BB awal Ibu 44,6 kg berat badan naik menjadi 45 kg.

TM 2 : ibu tidak ada keluhan. Ibu periksa ke bidan 2 kali dan diberi tablet tambah darah, B6 dan kalk. Ibu juga dianjurkan untuk periksa USG ke Dokter. BB ibu naik dari 44,8 kg menjadi 49,6 kg.

TM 3 : Ibu tidak ada keluhan. BB Ibu naik dari 49,6kg menjadi 54,6 kg. Ibu periksa ke bidan 2 kali mendapat obat tambah darah, B6 dan kalk.

4. Riwayat persalinan sekarang

Ibu melahirkan dengan spontan di PMB Suwartiningsih Bayi lahir tanggal 30 November 2025 dengan berat 3000 gram. Berjenis kelamin perempuan, PB 50 cm, Apgar skor 8-9, langsung menangis gerak aktif

5. Riwayat Menstruasi

Haid

Menarche : 12 Tahun

Siklus : 28 Hari

Lama : 6-7 hari

Banyak : Hari 1-2 : 2-3 pembalut/ hari.

Hari 3-7 : 2 pembalut/hari

Bau : Khas

Warna : Merah segar

Dismenorrhea : Tidak

Flour Albus : Tidak

6. Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit, menurun, menular dan menahun seperti asma, hipertensi, TBC, DM, jantung, HIV/AIDS. Ibu tidak mempunyai alergi terhadap makanan atau obat-obatan tertentu.

7. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dikeluarganya tidak memiliki riwayat penyakit menurun, menular dan menahun seperti asma, hipertensi, TBC, DM, jantung, HIV/AIDS.

8. Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 1 kali setelah melahirkan, dengan porsi sedang dan minum air putih dan teh manis

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan sudah BAK, warna kuning jernih sebanyak 1 kali setelah melahirkan, dan BAB 1x

c. Pola Istirahat

Ibu mengatakan tidur setelah melahirkan dan menyusui bayinya.

d. Personal Hygiene

Ibu sudah bisa mandi secara mandiri sejak 2 jam postpartum, ibu sudah gosok gigi 1 kali, ibu sudah mengganti pembalut 2 kali, ibu mengatakan pengeluaran darah berwarna merah (lochea rubra)

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70 mmHg

S : 36,5°C

N : 88 x/menit

RR : 20 x/menit

2. Pemeriksaan Fisik Khusus

Muka : Bersih, tidak odema, tidak pucat.

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda (+/+), sklera putih (+/+), palpebra tidak oedem (-/-).

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada peninggian vena jugularis.

Dada : Simetris, tidak ada penarikan intercostae berlebihan.

Payudara : Bersih, puting susu menonjol, ASI belum keluar, tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : tidak ada luka SC, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras

Genetalia : bersih, tidak odema, tidak ada varises, lochea warna merah segar (rubra), terdapat luka jahitan perineum

Anus : Bersih tidak hemoroid

Ekstremitas : Atas dan bawah pergerakan aktif, tidak odema, tidak oedem

C. ANALISA DATA

Ny. "C" Usia 30 tahun P2A0 6 jam post partum fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

6 jam Post Partum Dengan Nifas Fisiologis

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi yang dialami ibu merupakan hal yang normal.
2. Memberikan KIE tentang *personal hygiene* dan perawatan luka perineum agar membersihkan luka dengan sabun, lalu membasuh hingga bersih dan mengeringkan dengan kassa hingga kering kemudian menutup dengan kassa steril, mengganti pembalut sebelu penuh.
3. Asi belum keluar ibu tidak perlu cemas biasanya Asi keluar selama 2-5 hari pertama, akan keluar cairan bening hingga kekuningan yg disebut Kolostrum, melakukan kontak kulit antara ibu dan bayi dan Mengajarkan ibu tentang perawatan payudara dengan cara melakukan pengurutan pada payudara dan mengompres kedua puting susu dengan kapas yang telah dibasahi dengan minyak selama lima menit agar kotoran disekitar puting mudah terangkat, ibu mengerti dan bersedia untuk melakukannya.
4. Mengajarkan ibu tentang tehnik menyusui yang benar
5. Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas
6. Menganjurkan ibu jika ada keluhan segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu mengerti
7. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi telah dilakukan.

**4.3.2 Kunjungan 2 (KF 2) Asuhan Kebidanan Pada Ny. “C” Usia 30 tahun
P20A0 Dengan 5 Hari Post Partum Fisiologis Di Rumah Ny.”C” Dsn
Karanganyar**

Hari/Tanggal : 4-12-2025

Jam : 14.30 WIB

A. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan luka jahitan masih belum kering dan sedikit nyeri

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. TTV : TD : 110/70 mmHg

S : 36,7 °C

N : 80 x/menit

RR : 20 x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

Muka : Bersih, tidak odema, tidak pucat.

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda (+/+), sklera putih (+/+),
palpebra tidak oedem (-/-).

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada peninggian
vena jugularis.

Dada : Simetris, tidak ada penarikan intercostae berlebihan.

Payudara : Bersih, puting susu menonjol, ASI keluar (+/+), tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : Bersih, tidak terdapat luka bekas SC, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras

Genetalia : Bersih, tidak odema, tidak ada varises, lochea warna merah kecoklatan (serosa), terdapat luka jahitan perineum masih belum kering benar

Anus : Bersih tidak hemoroid

Ekstremitas : Atas dan bawah pergerakan aktif, tidak odema, tidak oedem

C. ANALISA

Ny. "C" usia 30 tahun P2A0 5 hari post partum fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

5 hari post partum fisiologis

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa kemungkinan ibu mengalami konstipasi.
2. Menganjurkan ibu untuk banyak mengkonsumsi air putih minimal 2 liter sehari dan makanan bergizi seimbang.
3. Mengajarkan ibu cara menyusui yang baik benar yaitu dengan memasukkan seluruh areola mammae ke dalam mulut bayi, posisi bayi menghadap ibu dan hidung tidak tertutup payudara ibu, dan sebaiknya ibu menyusui selama 10-15 menit.

4. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan, dokumentasi sudah dilakukan.

4.3.3 Kunjungan 3 (KF3) Asuhan Kebidanan Pada Ny. “C” Usia 30 tahun P2A0 Dengan 20 hari Post Partum Fisiologis Di Rumah Ny.”C” Desa Karanganyar

Tanggal : 20-12-2025

Jam : 09.30 WIB

PROLOG

Hasil asuhan nifas kunjungan II ibu mengatakan terdapat jahitan perineum belum kering dan masih nyeri, TFU sudah tidak teraba, kontraksi uterus baik, pemeriksaan fisik dalam batas normal, ibu diberikan KIE personal hygiene, perawatan luka perineum, dan menyusui.

A. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama: Ibu mengatakan luka jahitan sudah sembuh pada hari ke-8

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
 - a. Keadaan umum : Baik
 - b. Kesadaran : Composmentis
 - c. TTV :
 - TD : 110/70 mmHg
 - N : 84 x/menit
 - RR : 20 x/menit

S : 36,5 °C

2. Pemeriksaan fisik

Payudara : ASI lancar (+/+), puting susu menonjol dan tidak lecet (+/+)

Abdomen : teraba keras, TFU sudah tidak teraba Genitalia : perdarahan

nifas warna kekuningan (lochea alba), luka perineum sudah kering

Ekstremitas: kaki dan tangan tidak bengkak

C. ANALISA

Ny. "C" usia 30 tahun P2A0 20 hari Post Partum Fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Menganjurkan ibu untuk banyak mengkonsumsi air putih minimal 2 liter sehari, dengan minum air putih yang banyak akan membantu melunakkan feses sehingga ibu dapat BAB lebih mudah.
2. Mengingatkan pada ibu untuk menyusui bayinya dengan rutin 2 jam sekali, ibu mengerti
3. Memberitahu ibu untuk istirahat dengan cukup, ibu mengerti

4.3.4 Kunjungan 4 (KF 4)

4.3.5 Asuhan Kebidanan Pada Ny."C"Usia 30 tahun P2A0 Dengan 39 Hari

Post Partum Fisiologis Di Rumah Ny."C" Desa Karanganyar

Tanggal : 8-1-2026

Jam : 10:00 WIB

PROLOG

Hasil kunjungan III ibu sudah tidak mengeluh apa-apa pada 20 hari postpartum, luka jahitan sudah kering, TFU tidak teraba, ASI lancar, loche serosa, sudah diberikan intervensi untuk mengkonsumsi makanan bergizi.

A. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama : ibu mengatakan sudah sehat, tidak ada keluhan apa-apa

2. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV :

TD : 110/70 mmHg

N : 84 x/menit

RR : 20 x/menit

S : 36,5 °C

3. Pemeriksaan fisik

Payudara : ASI lancar (+/+), puting susu menonjol dan tidak lecet (+/+)

Abdomen : teraba keras, TFU sudah tidak teraba

Genitalia : perdarahan nifas warna putih kekuningan (lochea alba), luka perineum sudah kering

Ekstremitas: kaki dan tangan tidak bengkak

B. ANALISA

Ny. “C” P2A0 39 hari post partum dengan nifas fisiologis

C. PENATALAKSANAAN

1. Memberikan KIE pada ibu tentang perawatan payudara dengan membersihkan puting dengan lembut hingga bersih, membiarkan puting kering dengan sendirinya tanpa perlu dilap, sering-mengganti bantalan payudara (BRA), setiap selesai menyusui, oleskan beberapa tetes ASI pada puting Anda dan biarkan hingga kering, ASI melembapkan dan melindungi puting dari infeksi, selalu memegang payudara dengan tangan yang bersih, ibu mengerti
2. Mengingatkan kembali tanda bahaya pada ibu nifas, ibu mengerti
3. Mengingatkan kembali ibu untuk istirahat dengan cukup, ibu mengerti
4. Mengajarkan ibu untuk menyusui secara eksklusif, tanpa memberikan makanan tambahan yang lain pada bayi.
5. Menjelaskan pada ibu tentang macam-macam KB, siapa yang boleh dan tidak boleh menggunakan, efek samping, ibu mengerti
6. Memberitahu ibu jika ada keluhan apapun segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu mengerti

4.4 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

4.4.1 Kunjungan Neonatus 1 (KN 1)

Asuhan Kebidanan Pada Ny “C” Usia 6 jam Dengan Neonatus Fisiologis di PMB Suwartiningsih

Tanggal : 30 November 2025

Jam : 21.40 WIB

A. DATA SUBYEKTIF (S)

1. Identitas Bayi

Nama bayi : By,Ny “C”

TTL/ umur : 30 November 2025/ 6 jam

Jenis Kelamin : Perempuan

2. Identitas Orang tua

Nama Ibu : Ny. “C”

Nama Suami : Tn. “I”

Umur : 30 tahun

Umur : 32 tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Pendidikan : SMP

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Sopir

Alamat : Desa Karanganyar

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya saat ini

4. Riwayat persalinan

By.Ny”C” adalah anak kedua, lahir pada tanggal 30 November 2025

pukul 15.40 WIB, lahir secara normal di tolong oleh Bidan dengan BB :

3000 gram, PB: 50 cm LK 34 cm, Jenis kelamin perempuan, langsung

menangis, gerak aktif

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan tidak ada keluarganya yang menderita penyakit seperti penyakit hepatitis, penyakit asma, jantung, DM, tumor atau kanker.

6. Riwayat Neonatal

- a. Riwayat prenatal : TM 1 ibu mengalami mual, ibu periksa ke bidan 2 kali dan di beri vitamin ibu hamil, status imunisasi TT ibu lengkap, TM 2 ibu tidak ada keluhan. Ibu periksa ke bidan 2 kali dan diberi tablet tambah darah, B6 dan kalk. Ibu juga dianjurkan untuk periksa USG ke Dokter. TM 3 tidak ada keluhan. Ibu periksa ke bidan 2 kali mendapat obat tambah darah, B6 dan kalk.
- b. Riwayat natal : UK 38/39 minggu (aterm, jenis kelamin bayi perempuan, BB: 3000 gram, panjang : 50 cm, bayi langsung menangis, Apgar Skor 8-9
- c. Riwayat post natal : bayi minum ASI, bayi sudah diimunisasi HB0 disuntik vitamin K

7. Pola nutrisi

Bayi diberikan ASI setiap 2 jam sekali atau setiap bayi menangis (on demand)

8. Pola eliminasi

Bayi sering BAK berwarna kuning jernih dan BAB 3x dalam sehari

9. Pola Istirahat

Bayi sebagian besar waktunya digunakan untuk tidur

A. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentsi

TTV N : 130 x/menit

S : 36,8°C

RR : 30 x/menit

BB Lahir : 3000 gram

PB : 50 cm

LK : 34 cm

LD : 35 cm

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bersih, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada molase,
tidak ada caput suksedanium

Mata : Bersih, simetris, konjungtiva merah muda (+/+), sklera
putih (+/+), palpebra tidak odema (-/-)

Hidung : Bersih, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung

Telinga : Bersih, simetris, tidak ada serumen

Mulut : Bersih, bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak labioskisis
dan labio palatosikis

Leher : Bersih, tidak ada bullneck

Dada : Bersih, tidak ada bunyi ronchi dan wezing

Abdomen : Bersih, tali pusat masih basah, terdapat klem tali pusat,

tertutup kasa steril, dan tidak ada tanda-tanda infeksi

Genetalia : Bersih, labia mayora sudah menutup labia minora

Anus : Bersih, tidak terdapat atresia ani

Ekstremitas

Atas : Turgor kulit elastis, pergerakan aktif, tidak terdapat .
polidaktil dan sindaktili

Bawah : Turgor kulit elastis, pergerakan aktif, tidak terdapat
pidaktili dan sindaktili

3. Pemeriksaan reflek

- a. Reflek Moro : (+) Mengejutkan bayi dengan cara menepuk tangan didekat bayi, bayi terkejut menggerakkan tangan dan kaki.
- b. Reflek Glabella: (+) Memberikan sentuhan di dahi antara kedua alis mata bayi, bayi mengerutkan dahi
- c. Reflek *Rooting* : (+) Memberikan sentuhan dibagian pinggir pipinya, bayi dapat menoleh ke arah sentuhan
- d. Reflek *Sucking* : (+) Memberikan ASI pada bayi, bayi dapat menghisap puting susu ibu
- e. Reflek *Swallowing* : (+) Bayi dapat menelan dengan baik
- f. Reflek *Tonicneck* : (+) Saat kepala bayi dihadapkan ke kanan/kiri, kepala bayi dapat kembali ke posisi semula
- g. Reflek *Palmar Graps* : (+) Memberikan sentuhan pada telapak tangan bayi, jari-jari tangan bayi menggenggam

- h. Reflek Babinski : (+) Memberikan sentuhan pada telapak kaki bayi, jari bayi dapat melekuk erat

B. ANALISA DATA

By. Ny “C” usia 6 jam dengan neonatus fisiologis

C. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil dari pemeriksaan bahwa bayi dalam keadaan baik.
2. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya dengan cara membedong bayi agar suhu tubuh bayi tetap hangat.
3. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayinya.
4. Memberi tahu ibu untuk melakukan perawatan tali pusat dengan mengganti kasa setiap basah agar selalu dalam keadaan kering, serta tidak membubuhkan apapun pada tali pusat.
5. Memberitahu ibu pentingnya memberikan ASI sesering mungkin atau pada saat bayi haus.
6. Menganjurkan ibu untuk kontrol atau ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada bayinya, Ibu mengerti
7. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi sudah dilakukan

4.4.2 Kunjungan 2 (KN 2)

4.4.3 Asuhan Kebidanan Pada By. Ny “C” Usia 5 Hari Dengan Neonatus

Fisiologis Di Rumah Ny.”C” Desa Karanganyar

Pengkajian

Hari/Tanggal : 4 Desember 2025
 Pukul : 14.30 WIB
 Tempat : Rumah Ny.C
 Pengkajian : Dhian Kusumaningrum

PROLOG

By.Ny “C” lahir tanggal 30 November 2025 pukul 15.40 WIB, jenis kelamin perempuan, BB : 3000 gram PB : 50 cm LK 33 cm. Pada kunjungan sebelumnya hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, By. Ny“C” tidak ada keluhan, tali pusat belum kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada kunjungan sebelumnya ibu sudah diberikan HE mengenai menjaga kebersihan bayi, menjaga bayi tetap hangat, menyusui bayi sesering mungkin dan cara perawatan tali pusat.

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa

2. Pola nutrisi

Bayi diberikan ASI setiap 2 jam sekali atau setiap bayi menangis (on demand)

3. Pola eliminasi

Bayi sering BAK berwarna kuning jernih dan BAB 4x dalam sehari

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentsi

TTV N : 130x/menit

S : 36,8°C

RR : 30 x/menit

BB : 3080 gram

2. Pemeriksaan khusus

Mata : Bersih, simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema

Abdomen : Bersih, tali pusat terbungkus kasa steril sudah hampir kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, kulit kemerahan, tidak ada tanda ikterus

Punggung : tidak ikterus

Genitalia : Tidak ada secret

Anus : Tidak ada diare

Ekstremitas

Atas : Tidak odema, pergerakan aktif, tidak ikterus

Bawah : Tidak odema, pergerakan aktif, tidak ikterus

C. ANALISA DATA

By. Ny“C” usia 5 hari dengan neonatus fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil dari pemeriksaan bahwa bayi dalam keadaan baik, Ibu mengerti dan bersyukur keadaan bayinya baik.

2. Memberitahu ibu mengenai perawatan pada bayi seperti cara memandikan bayi dan setiap bayi BAB atau BAK agar segera membersihkan dan mengganti popok atau pampers.
3. Memberikan HE pada ibu untuk memberikan ASI saja pada bayinya tanpa memberikan makanan tambahan apapun.
4. Menganjurkan ibu untuk kontrol atau ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada bayinya, Ibu mengerti
5. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi sudah dilakukan

4.4.4 Kunjungan Neonatus 3 (KN 3)

4.4.5 Asuhan Kebidanan Pada By. Ny“C” Usia `20 Hari Dengan Neonatus Fisiologis Di Rumah Ny.”C” Desa Karanganyar

Pengkajian

Hari/Tanggal : 20-12-2025

Pukul : 09.30 WIB

Tempat : Rumah Ny. C

PROLOG

Pada kunjungan sebelumnya hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, By.Ny”C” tidak ada keluhan, tali pusat sudah lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada kunjungan sebelumnya ibu diberikan HE mengenai cara perawatan bayi dan pemberian ASI.

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan apa-apa

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV N : 130 x/menit

S : 36,8 °C

RR : 30 x/menit

BB:3255 gram

2. Pemeriksaan khusus

Mata : Bersih, simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema

Payudara : Teraba keras, ASI lancar (+/+), puting susu menonjol dan tidak lecet (+/+)

Abdomen : Bersih, tali pusat sudah lepas pada hari ke 7, tidak ada ikterus

Anus : tidak ada diare

Ekstremitas

Atas : Tidak odema, pergerakan aktif, tidak ikterus

Bawah : Tidak odema, pergerakan aktif, tidak ikterus

C. ANALISA DATA

By.Ny "C" usia 20 hari dengan neonatus fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil dari pemeriksaan bahwa bayi dalam keadaan baik.
2. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayi hingga usia 6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan apapun.
3. Menganjurkan ibu untuk datang ke PMB untuk mengimunisasikan bayinya yaitu imunisasi BCG sebelum tanggal 30 Desember 2025
4. Menganjurkan ibu untuk kontrol atau ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada bayinya, Ibu mengerti
5. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi sudah dilakukan

4.4.6 Kunjungan Neonatus 4 (KN 4)

4.4.7 Asuhan Kebidanan Pada By. Ny."C" Usia `39 Hari Dengan Neonatus Fisiologis Di Rumah Ny."C" Desa Karanganyar

Pengkajian

Hari/Tanggal : 08-01-2026

Pukul : 09.30 WIB

Tempat : Rumah Ny. C

PROLOG

Pada kunjungan sebelumnya hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, By.Ny"C" tidak ada keluhan, tali pusat sudah lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada kunjungan sebelumnya ibu diberikan HE mengenai cara perawatan bayi dan pemberian ASI.

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan apa-apa

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV N : 130 x/menit

S : 36,8 °C

RR : 30 x/menit

2. Pemeriksaan khusus

Mata : Bersih, simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema

Payudara : Teraba keras, ASI lancar (+/+), puting susu menonjol dan tidak lecet (+/+)

Abdomen : Bersih, tali pusat sudah lepas pada hari ke 7, tidak ada ikterus

Anus : tidak ada diare

Ekstremitas

Atas : Tidak odema, pergerakan aktif, tidak ikterus

Bawah : Tidak odema, pergerakan aktif, tidak ikterus

b. ANALISA DATA

By.Ny "C" usia 39 hari dengan neonatus fisiologis

c. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil dari pemeriksaan bahwa bayi dalam keadaan baik, Ibu mengerti dan bersyukur keadaan bayinya baik.
2. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayi hingga usia 6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan apapun.
3. Menganjurkan ibu untuk datang ke PMB untuk mengimunisasikan bayinya yaitu imunisasi BCG sebelum tanggal 30 Desember 2025
4. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan.

4.5 Asuhan Kebidanan Pada Ny "C" usia 30 tahun Akseptor KB suntik 3 bulan di PMB Suwartiningsih Desa Karanganyar

Pengkajian

Hari/tanggal : 11-11-2025

Pukul : 10.10 WIB

Tempat : PMB Suwartiningsih

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan dan ibu mengatakan bahwa keputusannya sudah didukung dan disetujui oleh suaminya

2. Riwayat Kontrasepsi Yang Lalu

Ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi KB suntik 3 bulan

3. Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak sedang atau tidak pernah menderita penyakit menular seperti HIV/AIDS, Hepatitis TBC dan ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti asma, jantung, dan diabetes

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit menular, menurun, dan menahun seperti DM, hipertensi, asma, TBC, maupun HIV/AIDS.

5. Riwayat haid

Ibu mengatakan haid pertama usia 13 tahun, siklus 28 hari, lama 7 hari, banyaknya 2 kali ganti pembalut, bau anyir khas, warna merah pada hari pertama sampai ketiga, warna kecoklatan pada hari keempat sampai ketujuh, dismenore hari ke 1-2, dan tidak mengalami keputihan

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/80 mmHg

C. ANALISA DATA

N : 88 x/menit

S : 36,7°C

RR : 20 x/menit

BB : 54 Kg

Ny. "C" umur 30 tahun dengan akseptor KB suntik 3 bulan

D. PENATALAKSANAAN

1. Menanyakan kepada ibu alasan ibu memilih kontrasepsi suntik kb 3 bulan, ibu mengatakan ingin fokus menyusui bayinya
2. Menjelaskan kepada ibu keuntungan dan kerugian menggunakan KB suntik 3 bulan.
3. Melakukan pendokumentasian, dokumentasi telah dilakukan



4.6 Pembahasan Asuhan Kebidanan

4.6.1 Asuhan Kehamilan

Pada tanggal 20 November 2025, Ny. "C" melakukan kunjungan ANC di PMB Suwartiningsih pada usia kehamilan 37-38 minggu tidak ada keluhan. Melakukan kunjungan ANC di PMB Suwartiningsih. Kunjungan I dan II tidak ditemukan masalah. Hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal. Penulis memberikan KIE tentang tanda persalinan. Standar pelayanan antenatal care yang ditetapkan dalam standar pelayanan 14 T yaitu: timbang dan ukur tinggi badan, tekanan darah, tinggi fundus uteri, tetanus toxoid, tablet Fe, tes PMS, temu wicara, pemeriksaan hemoglobin, perawatan payudara, senam hamil, pemeriksaan protein urine atas indikasi, pemeriksaan glukosa urine atas indikasi, pemberian terapi kapsul yodium, pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis (Yulizawati, 2024).

Penulis sudah melakukan standar asuhan tanyakan dan menyapa ibu dengan ramah, tinggi badan dan berat badan ditimbang dengan hasil TB 149 cm dan berat badan 53,9 kg. Penulis sudah melakukan pemeriksaan daerah muka dan leher dan hasil pemeriksaan normal, ibu tidak mengalami pembengkakan di muka dan tidak ada peninggian vena jugularis externa maupun pembesaran kelenjar tiroid. Penulis juga tidak menemukan kelainan pada jari dan edema tungkai. Pelayanan yang tidak diberikan oleh penulis karena keterbatasan kondisi di lapangan adalah tekan titik (*accupressure*) peningkatan ASI, periksa laboratorium (protein dan glukosa urin), sediaan vagina dan VDRL (PMS) sesuai indikasi, terapi dan

pencegahan penyakit lainnya sesuai indikasi (gondok, malaria dll) karena Ny. “C” tidak ada indikasi mengalami penyakit lain, tingkatkan kesegaran jasmani (*accupressure*) dan senam hamil.

Setiap kali periksa kehamilan tekanan darah Ny. “C” adalah 110/70 sampai dengan 120/80mmHg. Tekanan darah ibu hamil harus dalam batas normal (Antara 100/70 sampai 120/80mmHg) apabila terjadi kenaikan tekanan darah (hipertensi) atau penurunan tekanan darah (hipotensi), hal tersebut perlu diwaspadai karena dapat berdampak buruk bagi ibu dan janin apabila tidak ditangani secara dini (Romauli, 2023). Tekanan darah sangat penting untuk diperiksa karena berhubungan dengan terjadinya preeklampsia yang dapat berakibat kejang pada ibu dan menyebabkan terjadinya gawat janin. Tekanan darah ibu dalam batas normal untuk ibu hamil sehingga tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori. Hasil pengukuran LILA Ny. “C” adalah 25 cm. Mengetahui ukuran lingkaran atas penting bagi ibu hamil. Pengukuran LILA dilakukan untuk mengetahui status gizi dan apakah seseorang mengalami atau berisiko KEK atau tidak. Tidak seperti berat badan yang dapat berubah dalam waktu yang cepat, ukuran LILA seseorang membutuhkan waktu yang lama untuk berubah. Karena itu LILA digunakan untuk mengukur status gizi masa lampau. Hasil pengukuran LILA Ny. “C” menunjukkan bahwa klien tidak berisiko KEK dan memberikan KIE untuk mengonsumsi makanan bergizi, seperti nasi, lauk, dan sayur.

Pada saat kunjungan ANC didapatkan Tinggi Fundus Uteri pada Ny. “C” adalah 29 cm saat UK 37-38 minggu dan UK 38-39 minggu. Pengukuran tinggi fundus uteri dengan teknik Mc Donald adalah cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan alat ukur panjang mulai dari tepi atas simfisis pubis sampai fundus uteri atau sebaliknya (Yulizawati, Aldina, et al., 2022).

Tinggi fundus uteri merupakan salah satu indikator pada proses kehamilan yang diukur saat kontrol kehamilan oleh dokter atau bidan. Pengukuran ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui perkiraan ukuran tubuh bayi, kecepatan perkembangan janin. Kekurangan dan kelebihan tinggi fundus uteri, bisa menandakan adanya gangguan tertentu pada kehamilan. Hasil pengukuran TFU Ny. “C” dalam batas normal sehingga tidak ada kesenjangan antara fakta dengan teori.

4.6.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada tanggal 30-11-2025, Ny “C” G2P1A0 menyatakan HPHT :4-3-2025, HPL :11-12-2025, terakhir ANC tanggal 27-11-2025 tidak ada keluhan, tanda vital ibu dan bayi dalam batas normal, belum ada tanda persalinan, diberikan KIE tentang tanda persalinan. Ibu mengeluh perutnya terasa kenceng-kenceng sejak pukul 03.00 WIB dan keluar lendir bercampur darah pada pukul 07.00 WIB. Tanda-tanda vital TD : 120/80, S: 36,5, N: 80x/menit, RR: 20x permenit, BB: 54,6, TB: 149 TFU 30 cm, Leopold I TFU 2 jari di bawah PX, bagian fundus atas perut ibu teraba lunak, kurang bulat, tidak melenting (bokong), Leopold II Bagian kiri

perut ibu teraba panjang keras, seperti papan (punggung), bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil-kecil bayi (tangan/kaki), Leopold III Bagian bawah perut ibu sebelah bawah teraba bulat, keras, melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP, Leopold IV divergen, DJJ di sebelah kiri perut ibu 143x/menit reguler, S 36,5 °C, RR 20x his 4x45 detik dalam 10 menit, Genitalia tampak ada lendir bercampur darah, VT pembukaan 8 cm, effacement 80%, Hodge III, Ketuban utuh (U). Tanda-tanda inpartu diantaranya adalah adanya rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur. Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada (Ningsih, 2022).

Ibu mengatakan perutnya makin sakit, kenceng-kencengnya semakin sering dan ingin meneran. Kesadaran umum Baik, Kesadaran Composmentis, TD 110/70mmHg, Nadi 90x /menit, Suhu 36,5 °C, Pernafasan 20x /menit, His 5x45 detik setiap 10 menit, Auskultasi DJJ di sebelah kiri perut ibu 132x/menit, Genitalia tampak *blood show*, VT pembukaan 10 cm, effacement 100%, Hodge III, ketuban pecah (J), dan tidak ada molase. Ny “C” G2P1A0 umur kehamilan 38/39 minggu tunggal, hidup, letak kepala, intrauterin, janin baik, keadaan ibu baik, inpartu kala II. Hal ini menunjukkan bahwa kala II klien berlangsung normal meskipun lebih cepat dari teori kelahiran plasenta yang normalnya berjalan 5-30 menit.

Setelah dilakukan pemotongan tali pusat bayi diletakkan di dada ibu dengan posisi tengkurap untuk IMD. Pada bayi Ny “C” yang dilakukan IMD selama 30 menit. IMD dilakukan pada 1 jam pertama setelah lahir (Asuhan, 2024). Hal ini menunjukkan bahwa IMD telah dilakukan sesuai dengan teori tersebut sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta Kala IV pada Ny “C” terdapat robekan di jalan lahir derajat I dan sudah dijahit sepanjang 3 cm. Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, pengeluaran lochea rubra, kandung kemih kosong. Pengawasan post partum dilakukan selama 2 jam post partum yaitu untuk memantau perdarahan, TTV, kontraksi, TFU, dan kandung kemih, pada 1 jam pertama pemantauan dilakukan setiap 15 menit sekali, pada 1 jam berikutnya dilakukan setiap 30 menit sekali (Helen Varney, 2023). Penulis sudah melakukan penjahitan pada perineum ibu dan melakukan observasi sesuai standar asuhan kala IV, sehingga tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Observasi Kala IV pada Ny “C” yaitu TTV batas normal 110/70mmHg, suhu 36,5°C, Tinggi fundus uteri setelah plasenta lahir 1 jari dibawah pusat, kontraksi baik, konsistensi keras, kandung kemih kosong, lochea rubra, pengeluaran darah selama proses persalinan yaitu pada kala II $\pm$ 20 cc, kala III $\pm$ 30 cc, kala IV $\pm$ 180 cc, jumlah pengeluaran darah yang dialami yaitu $\pm$ 30 cc. Teori mengeluh perkiraan pengeluaran darah normal < 500 cc bila pengeluaran darah = 500 cc yaitu pengeluaran darah abnormal atau hemoragik post partum (Irfana dkk., 2022). Pengeluaran

darah pada kasus Ny “C” masih dalam batas normal dan tidak ada kesenjangan dengan teori. Persalinan pada Ny “C” kala I, kala II, kala III, dan kala IV tidak ada komplikasi.

4.6.3 Asuhan Kebidanan Nifas

Asuhan kebidanan nifas dilakukan sebanyak 4 kali yaitu kunjungan I pada 6 jam postpartum, kunjungan II pada 5 hari postpartum, kunjungan III pada 20 hari postpartum, dan kunjungan 4 pada 39 hari postpartum. Hasil asuhan kunjungan I ibu mengeluh belum bisa BAB, TFU 3 jari di bawah pusat, pemeriksaan fisik dalam batas normal kontraksi uterus baik, peneliti menganjurkan untuk minum 12 gelas dan makanan bergizi seimbang. Hasil asuhan kunjungan II ibu tidak mengeluh apa-apa, TFU di pertengahan simfisis pusat, pemeriksaan fisik dalam batas normal. Hasil asuhan kunjungan III ibu sudah tidak ada keluhan, TFU sudah tidak teraba, pemeriksaan fisik dalam batas normal. Hasil kunjungan IV lochea sudah tidak keluar, pemeriksaan fisik dalam batas normal.

Nyeri yang dialami ibu nifas pada luka jahitan perineum merupakan hal yang wajar akibat adanya perlukaan karena masih 1-5 hari, dimana penyembuhan luka membutuhkan waktu 7-14 hari untuk bisa sembuh total, sehingga apa yang dirasakan ibu adalah nyeri fisiologis. Konstipasi dapat disebabkan karena ibu merasa takut akan luka jahitan pada perineum terbuka jika ibu mengejan saat BAB sehingga menyebabkan ibu menahan BAB hingga mengalami konstipasi. Hal ini dapat diatasi dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang, minum air putih yang

banyak dan menjaga kebersihan luka yang sudah diberikan oleh penulis saat memberikan asuhan.

Kunjungan III pada 20 hari postpartum, dan kunjungan IV pada 39 hari postpartum ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa, ASI keluar lancar, puting susu tidak lecet, ekstremitas tidak oedem, pemeriksaan fisik dalam batas normal. Kunjungan II, 1-2 minggu postpartum adalah menilai adanya tanda-tanda demam,

infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik. Kunjungan III, 4-6 minggu postpartum adalah menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik (Kurniati et al., 2021).

Kunjungan nifas pada Ny “C” dilakukan kunjungan 6 jam postpartum, 5 hari, 20 hari, dan 39 hari. Hasil dari kunjungan I dan II ditemukan masalah nyerijahitan perineum dan sudah diatasi dengan pemberian KIE tentang perawatan perineum, begitu juga dengan masalah tidur. Kunjungan hari ke-14 sampai 42 postpartum tidak ditemukan masalah atau komplikasi apapun, sehingga hasil tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, yang artinya ibu dalam kondisi sehat tanpa ada masalah dan komplikasi. Hal ini dikarenakan ibu selalu bersikap kooperatif dengan apa yang selalu diberikan dan dianjurkan oleh peneliti dalam setiap kunjungan pada masa nifas.

4.6.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan neonatus dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan, kunjungan I pada usia 6 jam, kunjungan II pada usia 5 hari, dan kunjungan III pada usia 20 hari. Hasil asuhan kunjungan I tidak ada keluhan, pemeriksaan fisik dalam batas normal, reflex baik, menyusu lancar, tidak icterus. Hasil kunjungan I, II, dan III ibu tidak mengeluhkan kondisi bayi, pemeriksaan fisik dalam batas normal.

Kunjungan II, 5 hari hasil pemantauan keadaan bayi dalam batas normal tidak ditemukan masalah atau komplikasi keadaan bayi baik, vit K dan Hb 0 sudah diberikan. By. Ny“C” tidak ada keluhan, tali pusat terbungkus kasa dan belum lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada kunjungan sebelumnya ibu diberikan HE mengenai cara perawatan bayi dan pemberian ASI. Menurut (Wijaya et al., 2023) bahwa Kunjungan II dilakukan dengan menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering, menjaga kebersihan bayi, pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI, menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayi secara *on demand*, menjaga keamanan bayi, menjaga suhu tubuh bayi, konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi, dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA, penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan. Hal ini menunjukkan bahwa asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan

teori yang ada sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.

Kunjungan III, usia 20 hari. Hasil pemantauan keadaan bayi dalam keadaan sehat tidak ada keluhan. Penulis mengingatkan kembali untuk memberikan ASI eksklusif, membawa ke Posyandu untuk mendapatkan imunisasi lengkap. Menurut Kemenkes RI (2022) bahwa Kunjungan I, II, dan III dilakukan dengan memeriksa tanda-tanda vital bayi, memastikan tidak diare, ikterus, status pemberian vitamin K dan imunisasi hepatitis B, BCG, dan Polio. Hal ini menunjukkan bahwa asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan teori yang ada sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta

4.6.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan. Hasil pemeriksaan fisik ibu dalam batas normal dan merupakan indikasi untuk menggunakan KB jenis apapun karena ibu tidak mempunyai riwayat penyakit diabetes, hipertensi, varises, dan lain-lain yang merupakan kontraindikasi beberapa metode KB. Ibu memutuskan untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.

Suntik 3 bulan merupakan metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap tiga bulan. KB suntik merupakan metode kontrasepsi efektif yaitu metode yang dalam penggunaannya mempunyai efektifitas atau tingkat kelangsungan pemakaian relatif lebih tinggi.