

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas pengkajian umum dan khusus, diagnose, serta penatalaksanaan yang sesuai dengan wewenang Bidan sesuai dengan teori yang ada. Bersumber dari kunjungan Kehamilan, Persalinan, Masa Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana.

4.1 Hasil Asuhan Kebidanan

4.1.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan

A. Asuhan Kehamilan 1

**Asuhan Kebidanan Pada Ny. "L" Usia 33 Tahun G2P1A0 Usia Kandungan
36 Minggu Di Desa Tempeh Tengah Kecamatan Tempeh Kabupaten
Lumajang**

Pengkajian

Hari/Tanggal : Senin, 10 November 2025

Pukul : 09.00 WIB

Tempat : TPMB Maria Ulfa

Pengkajian : Erlis Nur Aisyah

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama Ibu : Ny. "L"

Nama Suami : Tn. N

Umur : 33 tahun

Umur : 35 tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Desa Tempeh kidul

Alamat : Desa Tempeh kidul

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan sering lemas dan lesu

3. Status Perkawinan

Pernikahan ke : 1(satu)

Umur Nikah : 27 tahun

Lama Nikah : 5 tahun

4. Riwayat Kebidanan

a. Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Siklus : 28 hari

Lamanya : 7 hari

Banyaknya : 2-3x ganti pembalut

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang Lalu

No	Hamil Ke	Penyulit/ Komplikasi	Tgl Lahir/ Umur Anak	Jenis Kelamin Anak	Jenis Persalinan	Penolong	PB/ BB Lahir	Keadaan anak	Nifas
1.	1	Tidak ada	19-04-2020	Perempuan	Spontan	Bidan	52/ 3100	Sehat	Asi
2.		Hamil Ini							

5. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan bahwa tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, Hepatitis, dan ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti diabetes, asma.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu menegaskan keluarga suami istri tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, hepatitis, dan ibu menegaskan keluarga suami istri tidak mempunyai riwayat penyakit genetik seperti diabetes, asma. Ibu juga menjelaskan dikeluarga tidak ada keturunan kembar.

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 28 - 02- 2025

TP : 07 - 12- 2025

UK : 36 Minggu

Kunjungan ANC

a. Trimester I : 2 kali periksa ke bidan dan 1 kali periksa ke puskesmas

Keluhan : Mual dan pusing

b. Trimester II : 1 kali periksa ke bidan dan 1 kali periksa ke dokter

Keluhan : sering pusing

c. Trimester III : 3 kali periksa ke bidan dan 1 kali periksa ke dokter

Keluhan : Sering BAK

Gerak janin pertama kali dirasakan : 21 minggu

7. Riwayat Imunisasi TT :

a) TT capeng : April 2020

b) TT selama hamil : TM 1

8. Riwayat kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu :

N o.	Tgl, bln, th partus	Umur kehamilan			Jenis persalina n	Penolon g		Anak BB lahir			Keadaan anak sekarang				Menyu sui		kom plika si
		Ab ort us	Pre mat ure	Ater m		N ak es	No n-nak es	JK			Hidup			Me nin ggal	y a	tid ak	
								L k	P r	B B	N or mal	c a c at	Usi a				
1.	19-04-2020			39 ming gu	Spo ntan	N ak es			P R	3 1	N or mal		5 Tah un		Y a		Tida k
2.	Hamil ini																

9. Riwayat KB : Menggunakan kb suntik 1 bulan

Jenis/Sejak	Lama Penggunaan	Keluhan	Alasan Berhenti
Suntik 1 bulan	3 tahun	Tidak ada	Program hamil

10. Pola 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 7-8 gelas (air mineral)

Saat Hamil

Makan : Ibu mengatakan dalam sehari makan 2-3x (nasi, lauk, sayuran) karena terkadang mual

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

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 1x 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 1jam tidur siang, tidur malam $\pm$ 7 jam

d. Personal Hygiene

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

11. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan bahwa kehamilan ini direncanakan, status perkawinan sah, pemegang keputusan dalam keluarga adalah musyawarah.

B. DATA OBJEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

Kedadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/60 mmHg

S : 36, 8°C

N : 90x/menit

RR : 20x/menit

TB : 158 cm

LILA : 30 cm

BB Saat hamil : 63 kg

BB Sebelum hamil : 53 kg

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

Kepala : Rambut bersih, tidak ada benjolan abnormal

Muka : Bersih, ttampak pucat, tidak odema, terdapat cloasma gravidarum

Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak odema

Hidung : Bersih, tidak ada polip, tidak ada sekret

Mulut : Bersih, bibir agak pucat

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 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

Palpasi : TFU 31cm

Leopod I : Teraba besar, bulat, lunak tidak melenting (bokong)

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

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

Leopod IV : Bagian terbawah belum masuk PAP

Auskultasi : DJJ 140x/menit

Ekstremitas

Atas : Simetris, pergerakan aktif, tidak odema

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

Perkusi : Reflek Patella (+/+)

3) Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : 30-4-2025

Golda : B

HbsAg : NR

HIV : NNR

Sifilis : NR

HB : 9,3 gr/dL (Anemia ringan)

Urine

Albumin : Negatif

Reduksi : Negatif

C. ANALISA DATA

Ny. "L" Usia 33 tahun G2P1A0 Usia Kandungan 36 Minggu Dengan kehamilan fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberikan informasi kepada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa kondisi janin dalam keadaan sehat, ibu mengerti tentang penjelasan dari bidan
2. Menjelaskan bahwa dirinya mengalami anemia ringan, ibu mengerti kondisi kesehatannya
3. Menganjurkan ibu untuk istirahat dan mengurangi aktivitas yang biasa dilakukan, ibu bersedia untuk melakukan.
4. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi kacang hijau (sari kacang hijau) sesering mungkin, karena kacang hijau mengandung zinc dan besi yang dapat membantu membangun keseimbangan dan mengatasi Anemia.

5. Menganjurkan ibu untuk tidak minum teh dan kopi, karena teh dan kopi dapat menyebabkan tablet Fe sulit diserap tubuh



4.1.2 Kunjungan 2 Kehamilan

**Asuhan Kebidanan Pada Ny. “L” Usia 33 Tahun G2P1A0 Usia Kandungan
37 Minggu Di Desa Tempeh Tengah Kecamatan Tempeh Kabupaten
Lumajang**

Pengkajian

Hari/Tanggal : Jum’at, 28 November 2025

Pukul : 09.00 WIB

Tempat : TPMB Maria Ulfa

Pengkajian : Erlis Nur Aisyah

PROLOG

Ny. “L” usia 33 tahun G2P1A0, hasil pemeriksaan sebelumnya dalam batas normal. Pada kunjungan sebelumnya ibu mengatakan sering lemas. Ibu diberi konseling untuk istirahat cukup dan mengkonsumsi makanan yang bergizi.

A. DATA SUBJEKTIF

1) Keluhan Utama

Ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng dan nyeri punggung

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 jus buah naga di pagi hari dan 1 gelas jus jambu biji 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 : 110/60 mmHg

S : 36, 2°C

N : 90x/menit

RR : 20x/menit

BB : 63 kg

TB : 158 cm

LILA : 30 cm

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

Muka : Bersih, tidak tampak pucat, tidak odema, terdapat 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

Ekstremitas

Atas : Simetris, pergerakan aktif, tidak odema

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

3) Palpasi

Leopod I : Teraba besar, bulat, lunak tidak melenting

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

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

Leopod IV : Bagian terbawah belum masuk PAP

Auskultasi : DJJ 140x/menit

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan tanggal 30-04-2025

HB : 11, 0 gr/dL

Urine

Albumin : Negatif

Reduksi : Negatif

E. ANALISA DATA

Ny. "L" Usia 33 tahun G2P1A0 Usia Kandungan 38 Minggu Dengan Kehamilan fisiologis

C. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi yang dialami ibu merupakan hal yang normal, ibu mengerti tentang kondisinya dan merasa bersyukur karena dalam keadaan normal.
2. Melakukan kompres hangat di bagian punggung yang terasa nyeri selama 10 menit, ibu mengerti dan bersedia melakukan kompres hangat pada punggungnya yang nyeri
3. Melakukan relaksasi nafas dalam dengan cara menarik nafas perlahan dari hidung dan mengeluarkan dari mulut secara perlahan untuk mengurangi nyeri saat perut terasa kenceng-kenceng, ibu memahami penjelasan Bidan
4. Memberikan KIE tanda tanda persalinan
 - a. Rasa sakit atau mules yang datang secara teratur, sekitar 10 menit atau lebih sering
 - b. Keluarnya lendir bercampur darah yang keluar dari jalan lahir
 - c. Rasa ingin buang air besar (BAB)ibu mengerti penjelasan mengenai tanda tanda persalinan
5. Memberikan edukasi tentang persiapan persalinan, ibu mengerti mengenai apa saja yang harus dipersiapkan untuk persalinan.
6. Menganjurkan ibu untuk mendatangi tenaga kesehatan apabila ada keluhan atau muncul tanda-tanda persalinan, Ibu mengerti dan bersedia mendatangi tenaga kesehatan apa bila terjadi sesuatu.
7. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi telah dilakukan.

4.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

4.2.1 Asuhan Persalinan Pada Ny. "L" Usia 33 Tahun G2P1A0 Usia Kandungan 39 Minggu dengan Inpartu Kala I Fase Laten Di Desa Tempeh Tengah Kecamatan Tempeh Kabupaten Lumajang

Tanggal : 03-12-2025

Jam : 06.30 WIB

Tempat : TPMB Maria Ulfa

Prolog

Ny "L" G2P1A0 menyatakan HPHT 28-02-2025, HPL 07-12-2025, melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 1 kali di Dokter spesialis kandungan dan 3 kali di Bidan pada trimester III. ANC terakhir tanggal 28-11-2025 mengeluh perutnya kenceng-kenceng dan nyeri punggung, tanda vital ibu dan bayi dalam batas normal.

A. DATA SUBJEKTIF

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

B. DATA OBJEKTIF

Tanda-tanda vital

TD : 110/60mmHg

N : 82x /menit

S : 36,5° C

RR : 20x /menit

TFU : 32 cm,

- Leopold I : TFU 2 jari di bawah PX, bagian fundus kanan perut ibu teraba lunak, kurang bulat, tidak melenting (bokong),
- Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba panjang, keras, seperti papan (punggung), bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil bayi (tangan/kaki),
- Leopold III : Bagian bawah perut ibu sebelah kanan teraba bulat, keras, melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP
- Leopold IV : Divergent, DJJ di sebelah kanan perut ibu 140x/menit reguler, his 3x35 detik dalam 10 menit, Genitalia tampak ada lendir bercampur darah, VT pembukaan 3 cm, effacement 50%, Hodge I+, Ketuban +.

C. ANALISA DATA

Ny "L" usia 33 tahun G2P1A0 umur kehamilan 39 Minggu tunggal, hidup, presentasi kepala, intrauterin, janin baik, keadaan ibu baik, inpartu kala I fase laten.

D. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, Ibu dan keluarga mengerti penjelasan petugas.
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. Mengajarkan Ibu teknik relaksasi saat ada kontraksi yaitu dengan menarik nafas panjang melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut, Ibu mengerti dan kooperatif.
5. Memberikan dukungan dan semangat agar Ibu tidak cemas dalam menghadapi proses persalinan, Ibu merasa lebih tenang menjelang persalinan.
6. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum disela-sela his, Ibu bersedia makan dan minum.
7. Mempersiapkan perlengkapan ibu dan bayi oleh keluarga, sudah dipersiapkan.
8. Mempersiapkan keperluan ibu seperti baju, kain panjang/jarik, pembalut, celana dalam, dan keperluan bayi seperti baju, popok, sarung tangan, bedong, topi, Keperluan ibu dan bayi sudah disiapkan.
9. Melakukan observasi, Hasil terlampir di partograf.

4.2.2 Asuhan Persalinan Pada Ny. “L” Usia 33 Tahun G2P1A0 Usia Kandungan 39 Minggu dengan Inpartu Kala I Aktif Laten Di Desa Tempeh Tengah Kecamatan Tempeh Kabupaten Lumajang

1. Catatan perkembangan 1

PENGKAJIAN

Tanggal : 03-12-2026
 Jam : 12. 00 WIB
 Tempat : TPMB Maria Ulfa
 Oleh : Erlis Nur Aisyah

A. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan perutnya makin sakit, kenceng-kencengnya semakin kuat dan mengeluarkan darah bercampur lendir.

B. OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 110/70mmHg

Suhu : 36,8⁰ C

Nadi : 80 x/ menit

RR : 20 x/menit

Pemeriksaan fisik

a. Palpasi

Abdomen

Leopold I : TFU 32 cm, pada fundus teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong)

Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba panjang, keras, seperti papan (punggung), bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil bayi (tangan/kaki)

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

Leopold IV : Divergen, penurunan kepala 1/5 bagian

TBJ : $(32 - 11) \times 155 = 3255$ gram

Kontraksi Uterus : 4x10 menit selama 40 detik

b. Auskultasi

DJJ : positif 145 x/menit / teratur

Pemeriksaan Dalam

c. Vaginal toucher :

Tanggal : 03 Desember 2025

Jam : 12.00 WIB

Hasil : ϕ 8 cm, eff 75%, Kepala, UUK Kadep, H II, molase 0,
Ketuban negatif (J) Bloodslym Positif (+).

C. ANALISA DATA

Ny "L" G2P1A0 umur kehamilan 39 minggu tunggal, hidup, letak kepala, intrauterin, janin baik, keadaan ibu baik, inpartu kala I Fase aktif.

D. PENATALAKSANAAN

- 1) Menjelaskan pada Ibu tentang keadaan ibu dan janin bahwa keadaan ibu dan janin dalam keadaan baik dan DJJ janin normal. Ibu mengerti dengan penjelasan bidan
- 2) Memberitahukan kepada ibu tindakan yang akan dilakukan. Ibu memahami dan bersedia
- 3) Mengajarkan ibu teknik meneran yang benar. Ibu memahami dan bersedia mempraktikkannya.
- 4) Mengajarkan ibu teknik relaksasi saat kontraksi. Ibu memahami dan mau

- 5) mempraktikkannya.
 - 6) Memberikan dukungan dan semangat agar ibu tidak cemas dalam menghadapi proses persalinan. Ibu merasa sedikit tenang.
 - 7) Menganjurkan keluarga untuk member makan dan minum di saat tidak kontraksi. Keluarga bersedia.
 - 8) Menganjurkan ibu untuk berbaring miring ke kiri. Ibu bersedia
- Melakukan tindakan sesuai APN kala1
- a. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala Dua.
 - b. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan
 - c. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan airmengalir
 - d. Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
 - e. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik dengan memakai sarung tangan DTT atau steril
 - f. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanyadengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
 - g. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan sudah lengkap.
 - h. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%,

- i. kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- j. Mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- k. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi. Hasil terlampir

2. Catatan perkembangan pada kala II

Tanggal pengkajian : 03 Desember 2025

Jam pengkajian : 13.00 WIB

Tempat : TPMB Maria ulfa

Oleh : Erlis Nur Aisyah

A. Subjektif

Ibu mengatakan perutnya semakin mules dan ingin meneran seperti ingin buang air besar.

B. Objektif

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Pemeriksaan Dalam : ϕ 10 cm, effacement 100%, ketuban (-) jernih, molase 0, hodge IV, presentasi kepala.

C. Analisa

Ny. "L" G2P1A0 UK 39 minggu Inpartu kala II.

D. Penatalaksanaan

a) Melakukan asuhan persalinan normal kala II.

1. Memberitahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.

2. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran
 3. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
- b) Mengajarkan ibu teknik relaksasi yang benar. Ibu bersedia mengikuti instruksi.
1. Mengajarkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran.
 2. Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu
 3. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
 4. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat & bahan.
 5. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
 6. Melindungi perineum ketika kepala sudah terlihat 5-6 cm di depan vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Mengajarkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
 7. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat & ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
 8. Menunggu kepala bayi melakukan paksi luar secara spontan
 9. Memegang kepala bayi secara biparental, mengajarkan ibu untuk meneran saat kontraksi

10. Menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah Menggunakan tangan atas untuk menelusuri & memegang lengan dan siku sebelah atas.
11. Melakukan sangga susur.
12. Jam 13.30 WIB lahirlah seluruh badan bayi.
13. Melakukan penilaian selintas. Bayi lahir normal, Jenis kelamin: laki-laki, bayi menangis kuat gerak aktif.
14. Mengeringkan tubuh bayi
15. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
16. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
17. Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral
18. Melakukan penjepitan tali pusat
19. Memotong dan megikat tali pusat
20. Metakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. IMD berhasil pada menit ke 30.
21. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

4.2.3 Asuhan Kebidanan Masa Persalinan Pada Ny “L” P20002 Kala III

PENGKAJIAN

Tanggal : 03 Desember 2025

Jam : 13.30 WIB

Tempat : TPMB Maria ulfa

Oleh : Erlis Nur Aisyah

I. SUBJEKTIF

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

II. OBJEKTIF

Keadaan umum Baik, Kesadaran Composmentis, TD 110/70 mmHg, Suhu 36,5⁰ C, Nadi 84x/menit, Pernapasan 20x/menit. Bayi telah lahir pada pukul 13.30 WIB, jenis kelamin perempuan, APGAR score bayi baru lahir yaitu 7-8 pada menit pertama dan kelima. Kontraksi uterus (+), bulat keras, tali pusat terlihat memanjang, pengeluaran darah tidak lebih dari 500 cc atau ibu tidak tampak pucat.

III. ANALISA DATA

Ny “L” P20002 Kala III Fisiologis.

IV. PENATALAKSANAAN

1. Memastikan adanya bayi kedua atau tidak, tidak ada bayi kedua.
2. Melakukan manajemen aktif kala III
 - a. Injeksi oksitosin 10 unit secara intramuscular

- b. Mengecek adanya tanda-tanda pelepasan plasenta lalu melakukan peregangan tali pusat terkendali, uterus globuler, semburan darah tiba-tiba dan tali pusat memanjang.
 - c. Melakukan massase fundus uteri untuk melihat kontraksi uterus, Plasenta lahir jam 13.35 WIB.
3. Mengecek kelengkapan plasenta, plasenta telah di cek, lahir lengkap utuh, kotiledon ± 20 buah, panjang tali pusat ± 45 cm, berat ± 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 “L” P20002 Kala IV

PENGKAJIAN

Tanggal : 03 Desember 2025

Jam : 13.45 WIB

Tempat : TPMB Maria Ulfa

Oleh : Erlis Nur Aisyah

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 2 jari di bawah pusat, pengeluaran darah ± 50 cc, TD 110/70mmHg, Nadi 80x /menit, Suhu: 36, 5° C, Pernafasan 20x /menit.

C. ANALISA DATA

Ny “L” P20002 kala IV fisiologis keadaan umum cukup, keadaan bayi sehat.

D. PENATALAKSANAAN

1. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus, pengeluaran darah, tanda – tanda vital sebanyak 2 – 3 kali selama 10 menit pertama, setiap 15 menit selama 1 jam, setiap 20 – 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, tidak ada laserasi.
3. Melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaputnya, Plasenta lahir utuh, insersi lateral, jumlah kotiledon 2, selaput utuh.
4. Mengajarkan ibu dan keluarga tentang cara mengecek atau meraba uterus dan masasennya yaitu dengan diputar searah jarum jam hingga uterus mengeras, Ibu dan keluarga memahami arahan petugas dan bisa melakukan masase uterus.
5. Mengevaluasi jumlah darah yang hilang, Darah yang keluar $\pm$ 1 pembalut penuh.
6. Memantau pengeluaran lochea, Pengeluaran Lochea rubra terpantau.
7. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong (tidak dengan kateterisasi), Tidak ada pengembungan kandung kemih.

4.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

4.3.1 Kunjungan 1 (KF 1)

**Asuhan Kebidanan Pada Ny. “L” Usia 33 tahun P20002 6 Jam Post Partum
Dengan Nifas Fisiologis Di Tempeh Lumajang**

Pengkajian

Hari/Tanggal : 03 Desember 2025

Pukul : 19.45 WIB

Tempat : TPMB Maria Ulfa

Pengkajian : Erlis Nur Aisyah

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan perutnya mules

2. Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan: melahirkan tanggal 03 Desember 2025 jam 13.30 WIB, apgar skor 7-8, BB: 3200 gram, PB: 51 cm, jenis kelamin perempuan.

3. 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 (lokhea rubra)

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV TD : 110/60 mmHg
 S : 36,2°C
 N : 88x/menit
 RR : 20x/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, Colostrum keluar kekuningan (+/+), tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : tidak ada luka SC, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras

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

Anus : Bersih tidak hemoroid

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

C. ANALISA DATA

Ny. "L" Usia 33 tahun P20002 6 jam Post Partum Dengan Nifas Fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi yang dialami ibu merupakan hal yang normal, ibu mengerti tentang kondisinya dan merasa bersyukur karena dalam keadaan normal.
2. Mengajarkan ibu untuk melakukan hubungan antar bayi dan ibu dengan cara menyusui sendiri, memeluk bayi, menggendong bayi, mengelus bayi, dan mencium bayinya.
3. Mengajarkan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya, ibu bersedia untuk sesering mungkin menyusui bayinya
4. 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

5. disekitar puting mudah terangkat, ibu mengerti dan bersedia untuk melakukannya.
6. Mengajarkan ibu tentang tehnik menyusui yang benar
 - a. Upayakan berada pada posisi yang nyaman mungkin saat menyusui
 - b. Payudara dalam keadaan bersih
 - c. Lebih efektif jika posisi duduk
 - d. Usahakan perut bayi menempel pada perut ibu
 - e. Sendawakan bayi setiap selesai menyusu
 - f. Menyusui minimal setiap 2 jam sekali atau setiap bayi meminta
7. Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas

Perdarahan pervagina : pengeluaran pervagina yang berbau busuk, nyeri pada perut bagian bawah, nyeri ulu hati, padangan mata kabur, pusing kepala berat, bengkak pada wajah dan jari-jari tangan, demam, payudara yang merah panas dan sakit, kehilangan nafsu makan dalam jangka waktu yang lama, merasa sedih, mudah marah atau tidak mampu mengasuh bayi atau dirinya sendiri, ibu mengerti atas apa yang sudah dijelaskan
8. Menganjurkan ibu jika ada keluhan segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu mengerti
9. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi telah dilakukan.

4.3.2 Kunjungan 2 (KF 2)

Asuhan Kebidanan Pada Ny. “L” Usia 33 tahun P20002 4 Hari Post Partum Dengan Nifas Fisiologis Di Tempeh Kecamatan Tempeh Kabupaten Lumajang

Pengkajian

Hari/Tanggal : 07 Desember 2026

Pukul : 08.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. L

Pengkajian : Erlis nur aisyah

PROLOG

Ny. “L” usia 33 tahun P002, hasil pemeriksaan sebelumnya dalam batas normal. Pada kunjungan sebelumnya ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa selain mules, pengeluaran ASI lancar. Ibu sudah diberi konseling untuk teknik menyusui yang benar, cara perawatan payudara.

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan kurang tidur dan badanya terasa lelah .

2. Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 2x sehari dengan porsi sedang (nasi, lauk, sayur) dan mengatakan banyak minum air putih .

Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAK 5-6x sehari, warna kuning jernih dan BAB 1x sehari warna kuning kecoklatan.

b. Pola Istirahat

Ibu mengatakan tidak tidur siang. Tidur malam 5-6 jam, dan terbangun saat bayinya menangis.

b. Personal Hygiene

Ibu mengatakan mandi 2x sehari, keramas 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, ganti pembalut 3x sehari atau jika terasa penuh, pengeluaran darah merah kecoklatan (lockhea sanguiolenta)

B. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV TD : 110/60 mmHg
 S : 36,2°C
 N : 88x/menit
 RR : 20x/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 lancar (+/+), tidak ada benjolan abnormal.
- Abdomen : tidak terdapat luka SC, TFU 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras
- Genetalia : bersih, tidak odema, tidak ada varises, lochea warna merah kecoklatan (sanguinolenta), tidak terdapat luka jahitan perineum
- Anus : Bersih tidak hemoroid
- Ekstremitas : Atas dan bawah pergerakan aktif, tidak odema, tidak oedem

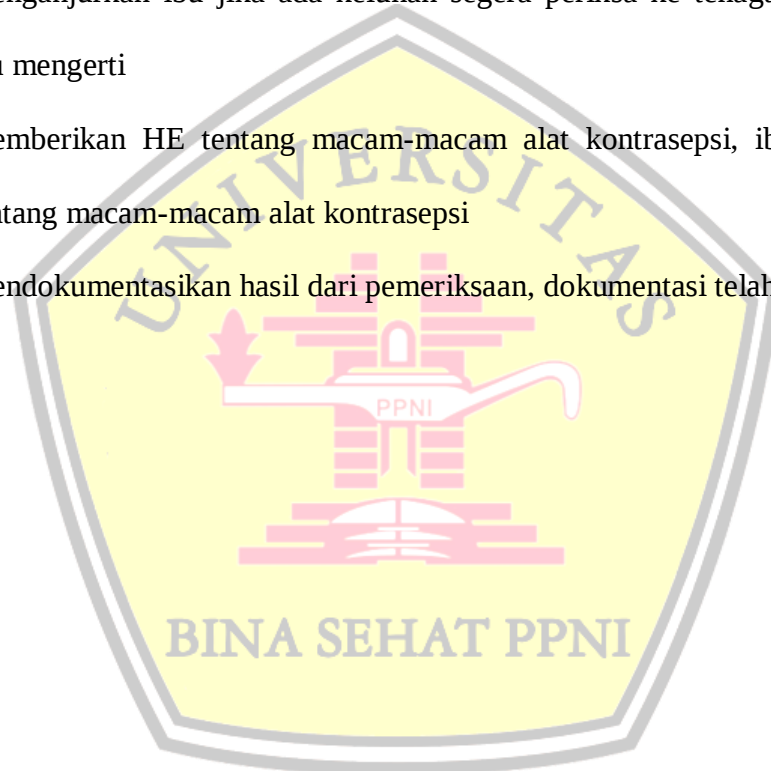
C. ANALISA DATA

Ny. "L" Umur 33 tahun P2002 Hari Post Partum Dengan Nifas Fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi yang dialami ibu merupakan hal yang normal, ibu mengerti tentang kondisinya dan merasa bersyukur karena dalam keadaan normal.
2. Memberikan HE pada ibu mengenai pentingnya beristirahat yang cukup, ibu mengerti dan bersedia beristirahat dengan cukup terutama pada saat siang hari.

3. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi, atau memperbanyak protein, ibu mengerti dan bersedia mengkonsumsi makanan yang bergizi.
4. Mereview tentang penjelasan yang diberikan pada kunjungan lalu, Ibu dapat menjelaskan kembali tentang ASI, nutrisi pada ibu nifas, dan tanda bahaya pada ibu nifas
5. Menganjurkan ibu jika ada keluhan segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu mengerti
6. Memberikan HE tentang macam-macam alat kontrasepsi, ibu mengerti tentang macam-macam alat kontrasepsi
7. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi telah dilakukan.



4.3.3 Kunjungan 3 (KF 3)

**Asuhan Kebidanan Pada Ny. "L" Usia 33 tahun P2002 32 Hari Post Partum
Dengan Nifas Fisiologis Di Tempeh Kecamatan Tempeh Kabupaten
Lumajang**

Pengkajian

Hari/Tanggal : 04-01-2026

Pukul : 09.00 WIB

Tempat : TPMB Maria Ulfa

Pengkajian : Erlis Nur Aisyah

PROLOG

Ny "L" "usia 33 tahun P2002 hasil pemeriksaan sebelumnya dalam batas normal, hasil kunjungan sebelumnya Ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa.

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa

2. Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 3-4x sehari dengan porsi sedang (nasi, lauk, sayur) dan banyak minum air putih

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAK 6-7x sehari, warna kuning jernih dan BAB 1x sehari warna kuning kecoklatan

1. Menganjurkan ibu jika ada keluhan segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu mengerti
2. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi telah dilakukan.

Pola Istirahat

Ibu mengatakan tidur siang 2-3 jam, tidur malam 6-7 jam, dan terbangun saat memberikan ASI pada bayinya

c. Personal Hygine

Ibu mengatakan mandi 2x sehari, keramas 3x seminggu, gosok gigi 3x sehari, ibu mengatakan terdapat pengeluaran berwarna putih

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80mmHg

S : 36,5°C

N : 88x/menit

RR : 20x/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 lancar (+/+), tidak ada benjolan abnormal.
Abdomen	: Tidak terdapat luka bekas SC, TFU sudah tidak teraba
Genetalia	: bersih, tidak odema, tidak ada varises, lochea warna putih (alba), tidak terdapat luka jahitan perineum
Anus	: Bersih tidak hemoroid
Ekstremitas	: Atas dan bawah pergerakan aktif, tidak odema

C. ANALISA DATA

Ny. "L" 33 tahun P2002 24 Hari Post Partum Dengan Nifas Fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

- Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi yang dialami ibu merupakan hal yang normal, ibu mengerti tentang kondisinya dan merasa bersyukur karena dalam keadaan normal.

4. Mengingatkan ibu untuk tetap mencukupi nutrisi selama nifas seperti mengkonsumsi makanan yang bergizi serta tidak terek makan, ibu bersedia untuk mencukupi kebutuhan nutrisi.
5. Memberi motivasi pada ibu untuk tetap semangat menyusui bayinya, ibu mengerti dan bersedia untuk menyusui bayinya.



4.3.4 Kunjungan 4 (KF 4)

Asuhan Kebidanan Pada Ny. "L" Usia 33 tahun P2002 39 Hari Post Partum

Dengan Nifas Fisiologis Di Tempeh Kecamatan Tempeh Kabupaten

Lumajang

Pengkajian

Hari/Tanggal : 10-01-2026

Pukul : 09.00 WIB

Tempat : TPMB Maria Ulfa

Pengkajian : Erlis Nur Aisyah

PROLOG

Ny "L" "usia 33 tahun P2002 hasil pemeriksaan sebelumnya dalam batas normal, hasil kunjungan sebelumnya Ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa.

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apa-apa

2. Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Ibu mengatakan makan 3-4x sehari dengan porsi sedang (nasi, lauk, sayur) dan banyak minum air putih

b. Pola Eliminasi

Ibu mengatakan BAK 6-7x sehari, warna kuning jernih dan BAB 1x sehari warna kuning kecoklatan

c. Pola Istirahat

Ibu mengatakan tidur siang 2-3 jam, tidur malam 6-7 jam, dan terbangun saat memberikan ASI pada bayinya

d. Personal Hygiene

Ibu mengatakan mandi 2x sehari, keramas 3x seminggu, gosok gigi 3x sehari, ibu mengatakan terdapat pengeluaran berwarna putih

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80mmHg

S : 36,5°C

N : 88x/menit

RR : 20x/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 lancar (+/+), tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : Tidak terdapat luka bekas SC, TFU sudah tidak teraba

Genetalia : bersih, tidak odema, tidak ada varises, lochea warna putih (alba), tidak terdapat luka jahitan perineum

Anus : Bersih tidak hemoroid

Ekstremitas : Atas dan bawah pergerakan aktif, tidak odema

C. ANALISA DATA

Ny. "L" 33 tahun P2002 39 Hari Post Partum Dengan Nifas Fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

6. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi yang dialami ibu merupakan hal yang normal, ibu mengerti tentang kondisinya dan merasa bersyukur karena dalam keadaan normal.
7. Mengingatkan ibu untuk tetap mencukupi nutrisi selama nifas seperti mengkonsumsi makanan yang bergizi serta tidak terek makan, ibu bersedia untuk mencukupi kebutuhan nutrisi.
8. Memberi motivasi pada ibu untuk tetap semangat menyusui bayinya, ibu mengerti dan bersedia untuk menyusui bayinya.
9. Menganjurkan ibu jika ada keluhan segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu mengerti
10. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi telah dilakukan.

4.4 Asuhan Kebidanan Neonatus

4.4.1 Kunjungan 1 (KN 1)

Asuhan Kebidanan Pada By. “L” Usia 6 Jam Dengan Neonatus Fisiologis

Di Tempeh Kecamatan Tempeh Kabupaten Lumajang

Pengkajian

Hari/Tanggal : 03 Desember 2026

Pukul : 19.45 WIB

Tempat : TPMB Maria Ulfa

Pengkajian : Erli Nur Aisyah

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Bayi

Nama Bayi : By.Ny“L”
 Tanggal/jam lahir : 03 Desember 2025 /13.30 WIB
 Umur : 6 jam
 Jenis kelamin : Perempuan

2. Identitas Orangtua

Nama Ibu : Ny. “L”	Nama Suami : Tn. N
Umur : 33 tahun	Umur : 25 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Swasta
Alamat : Dusun Tempeh kidul	Alamat : Dusun Tempeh kidul

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya saat ini

4. Riwayat persalinan

By.”L” adalah anak kedua, lahir pada tanggal 03 Desember 2025 pukul 13.30 WIB, lahir secara normal tolong oleh Bidan dengan BB : 3200 gram, PB: 51 cm LK 34cm, 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 : ibu mengatakan periksa ke Bidan 2 kali dan ke Dokter 1x selama kehamilan trimester I, periksa 1x ke Bidan dan 1x ke Dokter pada Trimester II dan ibu melakukan ANC 4x pada trimester III yaitu 3x ke Bidan dan 1x ke Dokter, keluhan pada saat ANC adalah pusing, mudah lelah, batuk, pilek, kenceng-keceng dan nyeri punggung.
- b. Riwayat natal : UK 39 minggu (aterm, jenis kelamin bayi perempuan, BB: 3200 gram, panjang : 51cm, bayi langsung menangis, Apgar Skor 7-8.
- c. Riwayat post natal : bayi minum ASI, bayi sudah diimunisasi HB₀ dan disuntik vitamin K

7. Pola nutrisi

Bayi diberikan ASI setiap 2 jam sekali atau setiap bayi menangis

8. Pola eliminasi

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

9. Pola Istirahat

Bayi sebagian besar waktunya digunakan untuk tidur

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Kadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV N : 130x/menit

S : 36,8°C

RR : 30x/menit

BB Lahir : 3200 gram

PB : 51 cm

LK : 34 cm

LD : 32 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 mengernytkan 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 jari bayi dapat melekuk erat

C. ANALISA DATA

By. Ny “L” usia 6 jam 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 untuk tetap menjaga kehangatan bayinya dengan cara membedong bayi agar suhu tubuh bayi tetap hangat, Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
3. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayinya, Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
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, Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
5. Memberitahu ibu pentingnya memberikan ASI sesering mungkin atau pada saat bayi haus, ibu mengerti dan bersedia untuk memberikan ASI sesering mungkin atau pada saat bayi haus.

6. Mengajukan 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)

Asuhan Kebidanan Pada By. “L” Usia 4 Hari Dengan Neonatus Fisiologis Dengan Nifas Fisiologis Di Tempeh Lumajang

Pengkajian

Hari/Tanggal : 07 Desember 2025

Pukul : 08.00 WIB

Tempat : Rumah Ny.L

Pengkajian : Erlis Nur Aisyah

PROLOG

By. “L” lahir tanggal 03 Desember 2025 pukul 13.30 WIB, jenis kelamin perempuan, BB : 3200 gram PB : 51 cm LK 34 cm. Pada kunjungan sebelumnya hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, By. “L” tidak ada keluhan, tali pusat sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada kunjungan sebelumnya bayi 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

3. Pola eliminasi

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

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
TTV N : 130x/menit
S : 36,8°C
RR : 30x/menit
BB : 3310 gram

2. Pemeriksaan khusus

Mata : Bersih, simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, palpebra tidak odema
Abdomen : Bersih, tali pusat terbungkus kasa steril, sudah mulai mengering, tidak ada tanda-tanda infeksi, kulit kemerahan
Genitalia : Tidak ada secret
Anus : Tidak ada diare
Ekstremitas
Atas : Tidak odema, pergerakan aktif
Bawah : Tidak odema, pergerakan aktif

C. ANALISA DATA

By. "L" usia 4 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 Diapers, ibu mengerti dan bersedia melakukannya
3. Memberikan HE pada ibu untuk memberikan ASI saja pada bayinya tanpa memberikan makanan tambahan apapun, ibu mengerti dan bersedia untuk memberikan ASI.
4. Mengajukan ibu untuk kontrol atau ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada bayinya, Ibu mengerti
5. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi sudah dilakukan

4.4.3 Kunjungan 3 (KN 3)

Asuhan Kebidanan Pada By. “L” Usia 32 Hari Dengan Neonatus Fisiologis Dengan Nifas Fisiologis Di Tempeh Lumajang

Pengkajian

Hari/Tanggal : 04 Januari 2025

Pukul : 09.00 WIB

Tempat : TpmB Maria Ulfa

Pengkajian : Erlis Nur Aisyah

PROLOG

Pada kunjungan sebelumnya hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, By.”A” tidak ada keluhan, 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, tali pusat sudah lepas pada hari ke-6

2. Pola nutrisi

Bayi diberikan ASI setiap 2 jam sekali atau setiap bayi menangis

3. Pola eliminasi

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

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

Abdomen : Bersih, tali pusat sudah lepas

Anus : tidak ada diare

Ekstremitas

Atas : Tidak odema, pergerakan aktif

Bawah : Tidak odema, pergerakan aktif

C. ANALISA DATA

By. “A” usia 32 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 cara bagaimana mengatasi gumoh, yaitu yang pertama dengan cara gendong dan dagu di sandarkan ke bahu ibu, yang kedua tengkurapkan bayi, Ibu mengerti dan bersedia melakukannya
3. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayi hingga usia 6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan apapun, ibu mengerti dan bersedia untuk memberikan ASI.
4. Menganjurkan ibu untuk kontrol atau ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada bayinya, Ibu mengerti
5. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi sudah dilakukan

4.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

Pengkajian

Hari/tanggal : 10 Januari 2025

Pukul : 09.00 WIB

Tempat : TpmB Maria Ulfa

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 Kesehatan Ibu**Riwayat Kontrasepsi Yang Lalu**

Ibu mengatakan menggunakan suntik 3 bulan setelah mempunyai anak pertama

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 12 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 : 120/80 mmHg

N : 88 x/menit

S : 36,7°C

RR : 20 x/menit

C. ANALISA DATA

Ny.L umur 33 tahun dengan akseptor Baru 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. Keuntungannya : tidak mengganggu ASI, tidak mengganggu hubungan seksual, efektivitas tinggi. Kelemahan : dapat menyebabkan efek samping yang bersifat individual berupa gangguan siklus menstruasi, kenaikan berat badan, peningkatan tekanan darah, jerawat, sangat tergantung pada tenaga kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, kembalinya kesuburan terjadi dalam waktu yang cukup lama bisa sampai 3 bulan setelah penghentian KB, Ibu sudah mengerti dan memahami tentang keuntungan dan kerugian dari KB suntik 3 bulan.
3. Memberikan Kb suntik 3 bulan secara Intramuscular ,ibu telah mendapatkan suntikan KB Triclofem

4. Menjadwalkan kunjungan ulang pada tanggal 24-3-2025, ibu mengerti dan bersedia mengunjungi Bidan saat tanggal yang dijadwalkan
5. Melakukan pendokumentasian, dokumentasi telah dilakukan

