

BAB IV

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan

Asuhan Kebidanan Pada Ny. “D” Usia 23 tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 33 Minggu di UPTD Puskesmas Dawarblandong Mojokerto

Pengkajian

Hari/Tanggal : 10 Desember 2025

Pukul : 11.00 WIB

Tempat : UPTD Puskesmas Dawarblandong Mojokerto

Pengkaji : Chintya Bella Vernanda

1. DATA SUBJEKTIF

1) Identitas

Nama ibu	: Ny. D	Nama suami	: Tn. M
Umur	: 23 thn		: 26 thn
Pendidikan	: SMA		: SMA
Pekerjaan	: IRT		: Wiraswasta
Bangsa	: Indonesia		: Indonesia
Agama	: Islam		: Islam
Alamat	: Sidobungah		
No HP	: -		

2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, hanya ingin memeriksakan kehamilannya

3) Riwayat Kebidanan

Menstruasi

Menarche : 13 thn

Siklus : 28 hari

Lama : 6-7 hari

Jumlah : 50cc/softex, 2-4 softex /hari

Warna : merah

Keluhan: tdk ada

4) Riwayat Perkawinan

Pernikahan ke : 1

Umur Nikah : 20 tahun

Lama Nikah : 2 tahun

5) Riwayat kesehatan:

a. Riwayat kesehatan sekarang :

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menurun dan menahun. Ibu mengatakan tidak ada alergi obat atau makanan

b. Riwayat kesehatan yang lalu:

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular seperti hepatitis, TBC, dan HIV/AIDS. Ibu juga mengatakan tidak mempunyai penyakit menurun seperti asma, hipertensi, DM.

c. Riwayat kesehatan keluarga :

Ibu mengatakan bahwa memiliki riwayat hipertensi dari ibunya , ibu mengatakan keluarga tidak pernah menderita penyakit menular seperti hepatitis, TBC dan HIV/AIDS. Ibu juga mengatakan keluarga tidak mempunyai penyakit menurun seperti asma, dan tidak menderita penyakit kronik seperti jantung, gagal ginjal dan tidak ada keturunan KEK pada saat hamil.

6) Riwayat kehamilan sekarang :

Ibu mengatakan pada trimester 1 mengalami mual dan muntah.

a) ANC :

- a) Trimester I : 04-04-2025 oleh Bidan
- b) Trimester II : 24-08-2025 oleh Bidan
- c) Trimester III : 23-11-2025 oleh Bidan

7) Riwayat USG:

- a) Trimester I : 04-04-2025 / 03-05-2025
- b) Trimester II : -
- c) Trimester III : 23-09-2025 / 11-11-2025

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. Pola Nutrisi :

1) Sebelum hamil : makan 3x sehari, minum 4-5 gelas

Pola makan dalam sehari : pagi, siang, dan malam

Jenis makanan : nasi satu piring, lauk, dan sayur

2) Setelah hamil : makan 3x sehari, minum 4-5 gelas

Pola makan dalam sehari : pagi, siang, dan malam

Jenis makanan : nasi satu piring, lauk, dan sayur

2. Pola Eliminasi:

1) Sebelum hamil

BAK : 2-3 x sehari

BAB : 1x sehari

2) Saat hamil

BAK : 8-10 x sehari

BAB : 1x sehari

3. Pola Aktifitas

Ibu mengatakan saat ini beraktivitas seperti biasanya dirumah seperti mengurus anak, menyapu lantai.

4. Pola istirahat dan tidur:

Tidur siang : 2 jam

Tidur malam : 7-8 jam

5. Kontrasepsi yang pernah digunakan

Belum pernah KB.

A. PEMERIKSAAN UMUM

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmetis
- c. Pemeriksaan Antropometri:
 - 1) Tensi : 100/60 mmhg
 - 2) Nadi : 80 x/menit
 - 3) RR : 20 x/menit
 - 4) S : 36 °C
- d. Lila : 24 cm
- e. TB : 157 cm
- f. BB saat hamil : 57 kg
- g. BB sebelum hamil : 50 kg

2. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala :

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

Cloasma gravidarum

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

Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis gingivitis

Dada : Normal, tidak ada retraksi intercostae, tidak ada bunyi tambahan wheezing/ ronchi

- Payudara : Simetris, puting susu menonjol, kolostrum belum keluar
- Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi
- a. Leopold I : TFU pertengahan pusat-prosessxyphoideus.
Pada fundus teraba bagian bundar, lunak,tidak melenting (bokong).)
- b. Leopold II : pada bagian kanan perut teraba bagian keras, memanjang seperti papan (punggung janin)
pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil kecil janin (ekstremitas)
- c. Leopold III : pada bagian bawah perut ibu teraba bagian bundar, keras (kepala), masih bisa digoyangkan .
- d. Leopold IV : kedua ujung jari tangan pemeriksa masih bisa saling bertemu (konvergen).
- e. TBJ : $(27-11) \times 155 = 2.480$ gram
- f. Auskultasi :
- DJJ : DJJ 140x/menit punctum maximum 2 jari kanan bawah pusat, fleksi
- Reflek patella : Kaki kanan (+) Kaki kiri (+)
- Genetalia : Tidak odema, tidak ada varises, tidak ada warna kebiruan pada vulva, tidak ada pembesaran pada kelenjar bartolini

Ekstremitas

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

3. Data penunjang

- a. Pemeriksaan penunjang
- b. Golongan Darah : A
- c. HB : 11,3 g/dl
- d. Protein Urine : Negatif
- e. HIV : Non reaktif
- f. Reduksi Urine : Negatif
- g. HBsAg : Non reaktif

B. ANALISA DATA

Ny. “D” Usia 23 tahun G1P0A0 usia kehamilan 36 minggu fisiologis

C. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu normal, ibu mengerti tentang kondisinya.
2. Memberitahukan kepada ibu untuk menjaga asupan nutrisi dan hidrasi dengan cara makan minum cukup air untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan, ibu memahami dan bersedia melakukannya
3. Memberikan dukungan psikologis kepada ibu untuk tidak cemas dengan kondisinya karena ibu belum mempersiapkan persalinannya, ibu merasa sedikit tenang setelah mendapat dukungan .
4. Memberikan tablet fe 1x1, dan persiapan persalinan, ibu memahami.

5. Memberitahukan kepada ibu tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng semakin kuat dan sering, keluar lendir bercampur darah, pecahnya air ketuban, dan nyeri perut dan punggung bawah, ibu mengerti
6. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang apa bila mengalami keluhan, ibu mengerti dan bersedia untuk kontrol apa bila mengalami keluhan
7. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi telah dilakukan.

4.1.2 Catatan Laporan Persalinan

Pelaksanaan persalinan pada Ny. "D" usia 23 tahun, G1P0A0 dengan usia kehamilan 36 minggu dilaksanakan pada tanggal 27 Desember 2025 di UPTD Puskesmas Dawarblandong Mojokerto. Pada saat datang, ibu mengeluhkan perut terasa kencang-kencang sejak pukul 05.00 WIB disertai keluarnya lendir bercampur darah sejak pukul 06.00 WIB. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 82 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, dan suhu 36,5°C. Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri 30 cm, presentasi kepala, punggung berada di sisi kanan, denyut jantung janin 152 kali/menit, kepala telah masuk pintu atas panggul, pembukaan serviks 6 cm dengan penipisan serviks 75%, ketuban masih utuh, dan penurunan kepala pada Hodge II. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut, ibu didiagnosis inpartu kala I fase aktif dengan kondisi ibu dan janin baik.

Selama kala I dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf, observasi tanda-tanda vital ibu, denyut jantung

janin, kontraksi uterus, serta pemberian asuhan berupa dukungan emosional, edukasi teknik relaksasi dan teknik pernapasan, anjuran posisi miring kiri, pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan, serta persiapan perlengkapan persalinan ibu dan bayi. Ibu dapat mengikuti seluruh anjuran dengan baik sehingga kondisi ibu dan janin tetap stabil hingga memasuki kala II.

Pada kala II, ibu mengeluhkan kontraksi yang semakin kuat dan muncul dorongan untuk meneran. Pemeriksaan menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap (10 cm), penipisan serviks 100%, presentasi kepala, ketuban masih utuh, his sebanyak 5 kali dalam 10 menit dengan durasi 50 detik, serta keadaan umum ibu dan janin dalam kondisi baik. Persalinan berlangsung secara spontan pervaginam dengan posisi ibu setengah duduk. Bayi lahir spontan sesuai mekanisme persalinan tanpa penyulit, berjenis kelamin laki-laki, segera menangis kuat, warna kulit kemerahan, kemudian dilakukan penundaan pemotongan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), dan bayi dijaga kehangatannya.

Kala III berlangsung fisiologis. Setelah bayi lahir dilakukan Manajemen Aktif Kala III (MAK III), meliputi pemberian oksitosin 10 IU secara intramuskular, penegangan tali pusat terkendali, dan masase uterus. Plasenta lahir lengkap tanpa penyulit dengan perdarahan sekitar 100 ml. Hasil pemeriksaan menunjukkan uterus berkontraksi dengan baik, fundus uteri setinggi pusat, kandung kemih kosong, dan kondisi ibu tetap stabil.

Pada kala IV dilakukan observasi selama dua jam pertama pascapersalinan. Ibu mengeluhkan nyeri pada luka jahitan, namun keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 122/80 mmHg, nadi 80 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,5°C, uterus berkontraksi baik, fundus uteri dua jari di bawah pusat, dan lochea rubra dalam batas normal. Pemeriksaan plasenta menunjukkan plasenta dan selaput ketuban lengkap serta utuh. Estimasi jumlah perdarahan sekitar 150 ml. Bayi dalam kondisi baik dengan frekuensi napas 50–52 kali/menit dan suhu tubuh 36,5°C. Selanjutnya diberikan edukasi mengenai perawatan luka perineum, cara melakukan masase uterus, pemberian ASI, pemenuhan nutrisi dan istirahat, serta dilakukan pendokumentasian pada partograf. Ibu dan bayi dipindahkan ke ruang perawatan dalam kondisi stabil.

4.1.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

4.1.3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ny. “D” Usia 23 tahun P1A0 6 Jam Post Partum Dengan Nifas Fisiologis Di UPTD Puskesmas Dawarblandong

Pengkajian

Hari/Tanggal : 28 Desember 2025

Pukul : 09.00 WIB

Tempat : UPTD Puskesmas Dawarblandong

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan perutnya mules

2. Riwayat Persalinan : Normal

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 : 110/70 mmHg

S : 36,2°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 2 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. "D" Usia 23 tahun P1A0 6 jam post partum 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 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, ibu mengerti

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
 - 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 3 jam sekali atau setiap bayi meminta (on demand)

5. 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, oayudara 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

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

4.1.3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ny. “D” Usia 23 tahun P1A0 Dengan 5 Hari Post Partum Fisiologis Di Rumah Ny.”D” Sidobungah

Hari/Tanggal : 01 Januari 2026

Jam : 16.00 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 : 110/80 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 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras

Genetalia : Bersih, tidak odema, tidak ada varises, lochea warna merah kecoklatan (sanguinolenta), 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. "D" usia 23 tahun P1A0 5 hari post partum dengan nifas fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa kemungkinan ibu mengalami konstipasi (ibu dan keluarga mengerti penjelasan petugas kesehatan).
2. Menganjurkan ibu untuk banyak mengkonsumsi air putih minimal 2 liter sehari dan makanan bergizi seimbang (ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran bidan)
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 (ibu mengerti dan bisa melakukan dengan baik).
4. Memberikan HE pada ibu tentang tanda bahaya masa nifas yaitu perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak di wajah, tangan dan kaki atau sakit kepala dan kejang, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak, merah disertai rasa sakit, murung, sedih dan menangis tanpa sebab (Ibu memahami tanda bahaya nifas dan dapat mengulang informasi yang diberikan)
5. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan, dokumentasi sudah dilakukan.

4.1.3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ny. "D" Usia 23 tahun P1A0 Dengan 14 hari

Post Partum Fisiologis Di Rumah Ny."D" Dsn. Sidobungah

Tanggal : 10 Januari 2026

Jam : 10.00 WIB

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 : 120/80 mmHg
 - N : 84 x/menit
 - RR : 20 x/menit
 - S : 36,3 °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 serosa), luka perineum sudah kering

Ekstremitas: kaki dan tangan tidak bengkak

C. ANALISA

Ny. "D" P1A0 14 hari Post Partum dengan Nifas Fisiologis

D. PENATALAKSANAAN

1. Menganjurkan ibu untuk banyak mengonsumsi air putih minimal 2 liter sehari, dengan minum air putih, ibu mengerti dan bersedia banyak minum air putih
2. Menganjurkan ibu makan makanan yang banyak mengandung serat seperti sayur-sayuran hijau, buah-buahan seperti pisang, papaya, karena serat akan melunakkan feses sehingga ibu bisa BAB dengan lancar (ibu mengerti dan bersedia mengonsumsi makanan berserat) Mengingatkan kembali tentang tanda bahaya nifas, ibu mengerti
3. Menganjurkan ibu untuk periksa ke Bidan untuk mendapatkan pengobatan agar ibu bisa BAB, ibu mengerti
4. Mengingatkan pada ibu untuk menyusui bayinya dengan rutin 2 jam sekali, ibu mengerti
5. Memberitahu ibu untuk istirahat dengan cukup, ibu mengerti

4.1.3.4 Asuhan Kebidanan Pada Ny."D"Usia 23 tahun P1A0 Dengan 30 Hari

Post Partum Fisiologis Di Rumah Ny."D" Dsn Sidobungah

Tanggal : 01 Februari 2026

Jam : 09:00 WIB

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 : 120/80 mmHg

N : 84 x/menit

RR : 20 x/menit

S : 36,3 °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. "D" P1A0 30 hari post partum 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 tentang menyusui yang benar dengan mengupayakan berada pada posisi yang nyaman mungkin saat menyusui, payudara dalam keadaan bersih, lebih efektif jika posisi duduk, usahakan perut bayi menempel pada perut ibu, sendawakan bayi setiap selesai menyusui, menyusui minimal setiap 3 jam sekali atau setiap bayi meminta, ibu mengerti dan bersedia melakukan
5. Mengajarkan ibu untuk menyusui secara eksklusif, tanpa memberikan makanan tambahan yang lain pada bayi, ibu mengerti dan bersedia melakukan
6. Menjelaskan pada ibu tentang macam-macam KB, siapa yang boleh dan tidak boleh menggunakan, efek samping, ibu mengerti
7. Memberitahu ibu jika ada keluhan apapun segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu mengerti

4.1.4 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

4.1.4.1 Asuhan Kebidanan Pada By “Ny.D” Dengan Neonatus Fisiologis Di UPTD Puskesmas dawarblandong

Tanggal : 28 Desember 2025

Jam : 09.00 WIB

A. DATA SUBYEKTIF (S)

1. Identitas Bayi

Nama bayi : By “NyD”

TTL/ umur : 27 Desember 2025

Jenis Kelamin : Laki-laki

2. Identitas Orang tua

Nama Ibu : Ny. “D”

Nama Suami : Tn. “M”

Umur : 23 tahun

Umur : 26 tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Pendidikan : SD

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Sidobungah

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya saat ini

4. Riwayat persalinan

By.”NyD” adalah anak Pertama, lahir pada tanggal 27 Desember 2025 pukul 16.00 WIB, lahir secara normal di tolong oleh Bidan dengan BB : 3.700 gram, PB: 51 cm LK 35 cm, Jenis kelamin laki-laki, 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 37 minggu (aterm, jenis kelamin bayi laki-laki, BB: 3.700 gram, panjang : 51 cm, bayi langsung menangis, Apgar Skor 7-8,.
- 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 : 3.700 gram

 PB : 51 cm

 LK : 35 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 : Bayi terkejut dengan menggesekkan kaki ketika di tepuk.
- b. Reflek Glabella: Bayi mengerutkan dahi ketika sentuhan di dahi antara kedua alis mata bayi.
- c. Reflek *Rooting* : Bayi menoleh ke arah sentuhan dibagian pinggir pipinya.
- 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

B. ANALISA DATA

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

C. 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. Menganjurkan ibu untuk kontrol atau ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada bayinya, Ibu mengerti
7. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi sudah dilakukan

4.1.4.2 Asuhan Kebidanan Pada By. “NyD” Usia 5 Hari Dengan Neonatus Fisiologis Di Rumah Ny.”D” Dsn Sidobungah

Pengkajian

Hari/Tanggal : 01 januari 2026

Pukul : 16.00 WIB

Tempat : Rumah Ny.D

Pengkajian : Chintya Bella Vernanda

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 : 3700 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. “NyD” 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, 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. Menganjurkan ibu untuk kontrol atau ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada bayinya, Ibu mengerti

5. Mendokumentasikan hasil dari pemeriksaan, dokumentasi sudah dilakukan

4.1.4.3 Asuhan Kebidanan Pada By. “NyD” Usia `14 Hari Dengan Neonatus Fisiologis Di Rumah Ny.”D” Dsn Sidobungah

Pengkajian

Hari/Tanggal : 10 januari 2026

Pukul : 10.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. D

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

Abdomen : Bersih, tali pusat sudah lepas pada hari ke 8, 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. “NyD” usia 14 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. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayi hingga usia 6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan apapun, ibu mengerti dan bersedia untuk memberikan ASI.
3. Menganjurkan ibu untuk datang ke PMB untuk mengimunisasikan bayinya yaitu imunisasi BCG sebelum tanggal 28 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

4.1.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

Pengkajian

Hari/tanggal : 16 Februari 2026

Pukul : 16.00 WIB

Tempat : PMB Ny.Suharmini

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 tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya

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 : 120/80 mmHg

N : 88 x/menit

S : 36,7°C

RR : 20 x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

- a) Wajah : bersih, tidak pucat (-) oedema
- b) Mata : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik
- c) Mulut : caries tidak ada, stomatitis tidak ada
- d) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- e) Dada : simetris tidak ada retraksi
- f) Payudara : simetris, puting susu menonjol, asi sudah tidak keluar, tidak keras
- g) Palpasi abdomen : tidak ada bekas luka operasi, TFU sudah tidak teraba
- h) Genetalia : tidak dilakukan

C. ANALISA DATA

Ny. "D" umur 23 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. 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.
3. Melakukan pendokumentasian, dokumentasi telah dilakukan

4.2 Pembahasan

Dalam studi kasus ini penulis akan membahas tentang asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir yang dilaksanakan dari usia kehamilan Trimester III yaitu 36 minggu. Pada BAB ini yang berisi mengenai suatu pembahas kasus yang diambil, penulis akan coba membahas dengan membandingkan antara teori dengan fakta dilapangan. Untuk lebih sistematis maka penulis membuat pembahasan dengan mengacu pada pendekatan Asuhan Kebidanan, menyimpulkan data, menganalisa data dan melakukan penatalaksanaan asuhan sesuai dengan Asuhan Kebidanan.

4.2.1 Asuhan Kehamilan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 10 Desember 2025 di UPTD Puskesmas Dawarblandong Mojokerto, diperoleh data bahwa Ny. D berusia 23 tahun dengan status obstetri G1P0A0 dan usia kehamilan 36 minggu berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) tanggal 1 April 2025 serta Hari Perkiraan Lahir (HPL) tanggal 8 Januari 2026. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama dan ibu melakukan pemeriksaan antenatal secara rutin selama kehamilan.

Hasil pemeriksaan Leopold menunjukkan tinggi fundus uteri berada di pertengahan pusat dan processus xiphoideus, bagian fundus teraba bokong, punggung janin berada di sisi kanan ibu, bagian terbawah adalah kepala yang masih dapat digoyangkan, serta pada pemeriksaan Leopold IV kedua tangan pemeriksa masih konvergen. Denyut jantung janin terdengar jelas dengan frekuensi 140 kali per menit pada punctum maksimum dua jari di kanan bawah pusat. Taksiran berat janin berdasarkan rumus Johnson diperoleh sekitar 2.480 gram.

Berdasarkan seluruh data subjektif dan objektif tersebut, ditegakkan analisis bahwa Ny. D usia 23 tahun dengan kehamilan pertama usia kehamilan 36 minggu dalam kondisi fisiologis. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi penyampaian hasil pemeriksaan kepada ibu, edukasi mengenai pemenuhan nutrisi dan hidrasi, pemberian dukungan psikologis dalam menghadapi persalinan, pemberian tablet Fe, konseling mengenai

tanda-tanda persalinan, anjuran melakukan kunjungan ulang apabila terdapat keluhan, serta pendokumentasian hasil asuhan kebidanan.

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua berlangsung 15 minggu, dan trimester 3 13 minggu (Asiva Noor Rachmayani, 2020).

Berdasarkan hal diatas kadar hemoglobin Ny “D” masih dalam batas normal. Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan yang ada di lapangan. Sesuai data yang diperoleh dari pemeriksaan pasien, hasil pemeriksaan urine albumin Ny “D” adalah negatif. hal ini fisiologis karena pada ibu hamil sebaiknya urine albumin hasilnya negatif, karena jika hasilnya positif dapat menjadi masalah pada kesehatan seperti bisa menyebabkan terjadinya preeklamsia yang akan menyebabkan kejang pada masa kehamilan, perdarahan pada masa nifas, BBLR, bahkan bisa menyebabkan kematian pada ibu. Menurut Roumauli (2021), pemeriksaan urine albumin normal bila hasilnya negatife (urine tidak keruh). Berdasarkan hal diatas pemeriksaan urine Ny “D” sudah dilakukan di laboratorium di Puskesmas Dawarblandong. Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan yang terjadi di lapangan. Sesuai data yang di peroleh dari pemeriksaan pasien hasil pemeriksaan urine reduksi Ny “D”

adalah negatif. hal ini fisiologis karena hasil dari pemeriksaan urine reduksi sebaiknya negative. Tujuan dari pemeriksaan ini untuk mendiagnostik apakah ibu mengalami positif kenaikan gula darah atau tidak didalam urine, karena jika dalam pemeriksaan ditemukan hasil positif maka bisa terjadi bayi besar atau makrosomi, yang akan menimbulkan berbagai masalah saat persalinan, seperti perdarahan saat persalinan karena robekan jalan lahir.

4.2.2 Asuhan Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. "D" usia 23 tahun G1P0A0 dengan usia kehamilan 36 minggu telah dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan berlangsung secara fisiologis. Saat ibu datang ke UPTD Puskesmas Dawarblandong, ibu mengeluhkan kontraksi yang semakin sering disertai pengeluaran lendir bercampur darah. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 82 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, suhu 36,5°C, denyut jantung janin 152 kali/menit, pembukaan serviks 6 cm, penipisan serviks 75%, ketuban utuh, presentasi kepala, dan kepala telah masuk pintu atas panggul. Berdasarkan hasil tersebut, ibu didiagnosis inpartu kala I fase aktif dengan kondisi ibu dan janin baik.

Menurut teori, kala I fase aktif ditandai dengan pembukaan serviks mulai 6 cm hingga pembukaan lengkap, kontraksi semakin kuat dan teratur, serta terjadi penurunan bagian terbawah janin. Pada fase ini dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf, observasi tanda-tanda vital ibu, denyut jantung janin, kontraksi uterus, serta pemberian dukungan emosional,

edukasi teknik relaksasi, pemenuhan nutrisi dan cairan, serta persiapan persalinan. Asuhan yang diberikan kepada Ny. "D" telah sesuai dengan teori karena seluruh tindakan dilakukan untuk mempertahankan kondisi ibu dan janin tetap baik serta mendukung kemajuan persalinan.

Pada kala II, ibu merasakan dorongan kuat untuk meneran dan hasil pemeriksaan menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap (10 cm). Persalinan berlangsung spontan pervaginam dengan presentasi kepala tanpa komplikasi. Bayi lahir dalam keadaan menangis kuat, warna kulit kemerahan, kemudian dilakukan penundaan pemotongan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), serta menjaga kehangatan bayi. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa persalinan normal merupakan proses lahirnya janin secara spontan melalui jalan lahir dengan presentasi belakang kepala tanpa penyulit, serta segera dilakukan asuhan bayi baru lahir esensial berupa IMD, pencegahan hipotermia, dan penilaian kondisi bayi.

Pada kala III dilakukan Manajemen Aktif Kala III (MAK III) yang meliputi pemberian oksitosin 10 IU intramuskular, penegangan tali pusat terkendali, dan masase uterus. Plasenta lahir lengkap dengan perdarahan sekitar 100 ml serta uterus berkontraksi dengan baik. Menurut teori, MAK III merupakan tindakan yang direkomendasikan untuk mempercepat pelepasan plasenta dan menurunkan risiko perdarahan postpartum. Jumlah perdarahan kurang dari 500 ml masih termasuk batas fisiologis sehingga tidak ditemukan penyimpangan antara teori dan praktik pada kasus ini.

Selama kala IV dilakukan observasi keadaan umum ibu, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, perdarahan, dan tanda-tanda vital selama dua jam pertama setelah persalinan. Hasil observasi menunjukkan keadaan umum ibu baik, uterus berkontraksi baik, fundus uteri dua jari di bawah pusat, lochea rubra dalam batas normal, serta estimasi perdarahan sekitar 150 ml. Ibu mengeluhkan nyeri pada luka jahitan sehingga diberikan edukasi mengenai perawatan luka perineum, cara melakukan masase uterus, pemberian ASI, dan pemenuhan nutrisi. Bayi juga berada dalam kondisi baik dengan pernapasan dan suhu tubuh normal. Temuan tersebut sesuai dengan teori bahwa pemantauan kala IV bertujuan mendeteksi secara dini perdarahan postpartum maupun komplikasi lain sehingga kondisi ibu tetap stabil.

Berdasarkan hasil pembahasan, tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik pada asuhan persalinan Ny. "D". Seluruh tahapan persalinan mulai kala I, kala II, kala III, hingga kala IV berlangsung fisiologis. Asuhan yang diberikan telah sesuai dengan standar pelayanan kebidanan, sehingga ibu dan bayi berada dalam kondisi baik setelah persalinan.

4.2.3 Asuhan Nifas

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 28 Desember 2025 pukul 09.00 WIB di UPTD Puskesmas Dawarblandong, diperoleh data bahwa Ny. D berusia 23 tahun dengan status P1A0, enam jam postpartum, dalam masa nifas fisiologis. Ibu melahirkan secara spontan pada tanggal 27 Desember 2025 dengan bayi laki-laki, berat badan lahir 3.700 gram, panjang badan 51

cm, lingkar kepala 35 cm, dan nilai Apgar Score 7–8. Bayi lahir segera menangis dan bergerak aktif.

Hasil pemeriksaan umum menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda-tanda vital berada dalam batas normal, yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,2°C, nadi 88 kali per menit, dan frekuensi napas 20 kali per menit.

Berdasarkan hasil pengkajian subjektif dan objektif tersebut, ditegakkan analisis bahwa Ny. D usia 23 tahun P1A0 enam jam postpartum dengan nifas fisiologis.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi penyampaian hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi masa nifas yang dialami masih dalam batas normal, pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai personal hygiene serta perawatan luka perineum, edukasi mengenai proses pengeluaran ASI dan kolostrum, pengajaran perawatan payudara untuk membantu memperlancar produksi ASI, edukasi mengenai teknik menyusui yang benar, pemberian KIE mengenai tanda bahaya masa nifas, anjuran segera memeriksakan diri apabila muncul keluhan atau tanda bahaya, serta pendokumentasian seluruh hasil pemeriksaan dan tindakan yang telah dilakukan.

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Rochmawati, 2020). Menurut (Pasaribu et al., 2020) Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan

untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi, pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu dengan diberikannya asuhan pada ibu nifas, merujuk ibu apabila terjadi komplikasi, peningkatan hubungan yang baik antara ibu dan anak. Proses menyusui berlangsung lancar, ibu tidak ada kesulitan dalam proses menyusui. ASI lancar karena ibu tidak terek makanan dan ibu makan-makanan yang bergizi. Ibu ingin tetap memberikan ASI Eksklusif tanpa memberikan susu formula selama 6 bulan. Proses menyusui sangat bermanfaat bagi ibu karena menurunkan resiko terkena kanker payudara, mencegah pendarahan dan mempercepat proses involusi (Wijaya et al., 2023). Pada masa nifas dilakukan empat kali kunjungan yaitu 6 jam post partum, 5 hari post partum, 14 hari post partum dan 30 hari post partum.

Dalam setiap kunjungan dilakukan asuhan yang berbeda setiap kunjungannya. Selama pemantauan masa nifas didapatkan hasil keadaan umum dan tanda-tanda vital ibu dalam keadaan normal. Proses involusi yang terjadi pada Ny."D" berjalan normal, TFU pada 5 hari post partum normal yaitu sudah tidak teraba lagi, ASI tidak lancar, lochea sanguinolenta, luka jahitan sudah mulai mengering, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, untuk bayi tidak ada penyulit, bayi selalu di beri ASI dan tambahan sufor tanpa diberikan makanan tambahan, Bayi sudah BAK dan BAB, bayi tidak terlihat kuning karena ibu rajin menjemur bayi pada pagi hari, tali pusat sudah terlepas dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada pusat bayi dan berat badan bayi pada saat di kontrol hari ke tiga yaitu 3700 gram dan berat badan

lahir bayi 4400 gram ada peningkatan berat badan bayi. Menurut Wulandari, 2023 Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana TFU nya. Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram. Pada kunjungan 2 minggu yang dilakukan pada Ny."D" tidak ada keluhan, TFU sudah tidak teraba, tidak terlihat ada pengeluaran darah atau lokhea, luka jahitan sudah kering sempurna dan tidak ada penyulit yang dirasakan ibu. Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Maka dapat disimpulkan bahwa masa nifas Ny."D" berlangsung normal. Ibu dan keluarga sangat kooperatif dalam menerima asuhan yang telah diberikan, dan ibu bisa menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan sehingga proses pengambilan data dan pemberian asuhan berjalan dengan lancar.

4.2.4 Asuhan Neonatus

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 28 Desember 2025 pukul 09.00 WIB di UPTD Puskesmas Dawarblandong, diperoleh data bahwa By. Ny. D merupakan neonatus usia 6 jam, berjenis kelamin laki-laki, lahir pada tanggal 27 Desember 2025 melalui persalinan normal yang ditolong oleh bidan. Bayi lahir dengan berat badan 3.700 gram, panjang badan 51 cm, lingkar kepala 35 cm, segera menangis setelah lahir, dan bergerak aktif.

Riwayat natal menunjukkan bayi lahir pada usia kehamilan aterm dengan presentasi kepala, berat badan lahir 3.700 gram, panjang badan 51 cm,

Apgar Score 7–8, segera menangis, dan tidak memerlukan tindakan resusitasi. Riwayat postnatal menunjukkan bayi telah mendapatkan injeksi vitamin K, imunisasi Hepatitis B dosis 0 (HB0), serta diberikan ASI.

Pola nutrisi bayi menunjukkan bahwa bayi mendapatkan ASI setiap dua jam atau sesuai kebutuhan (on demand). Pola eliminasi menunjukkan bayi telah buang air kecil dengan warna kuning jernih serta buang air besar sebanyak tiga kali dalam sehari. Sebagian besar waktu bayi digunakan untuk tidur.

Pemeriksaan refleks neurologis menunjukkan seluruh refleks fisiologis bayi dalam keadaan positif, yaitu refleks Moro, glabella, rooting, sucking, swallowing, tonic neck, palmar grasp, dan Babinski. Hasil tersebut menunjukkan fungsi neurologis neonatus dalam batas normal.

Berdasarkan hasil pengkajian subjektif dan objektif tersebut ditegakkan analisis bahwa By. Ny. D usia 6 jam merupakan neonatus fisiologis.

Menurut (Sthepani Sari Hidayat & Susanti Susanti, 2024) Bayi Baru Lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat. Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir setelah persalinan adalah membersihkan jalan napas, memotong tali pusat, mengeringkan dan menjaga kehangatan, melakukan IMD, menjaga kebersihan, mencegah infeksi mata, menyuntikkan Vit K, menimbang berat badan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan diketahui bahwa N : 130 x/menit S : 36,8°C RR: 30 x/menit BB Lahir : 3.700 gram PB : 51 cm LK : 35 cm LD :

25 cm. Pada hasil asuhan yang dilakukan oleh peneliti diketahui bahwa BB By Ny “D” termasuk normal yaitu 3.700. hal ini sesuai dengan teori bahwa BB bayi normal antara 2.500-4000 gram. Berdasarkan hasil pemeriksaan reflek pada bayi Ny “D” semuanya positif dan tidak mengalami gangguan pada refleknya. Menurut Indrayani, 2022 pada bayi baru lahir ukuran lingkaran kepala normal adalah 30 cm, akan bertambah 2 cm setiap bulan pada usia 0-3 bulan, pada usia 4-6 bulan akan bertambah 1 cm perbulan, dan pada usia 6-12 bulan pertambahan 0,5 cm perbulan. Hasil pemeriksaan pada kunjungan pertama dan kedua yaitu 34 cm adalah normal dan tidak ditemukan masalah pada pengukuran lingkaran kepala pada bayi Ny “D”. Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan yang terjadi di lapangan.

4.2.5 Asuhan KB

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 16 Februari 2026 pukul 16.00 WIB di PMB Ny. Suharmini, diperoleh data bahwa Ny. D berusia 23 tahun datang untuk mendapatkan pelayanan keluarga berencana. Pada anamnesis, ibu mengatakan ingin menggunakan kontrasepsi suntik tiga bulan karena ingin menunda kehamilan dan tetap fokus memberikan ASI kepada bayinya. Ibu juga menyampaikan bahwa keputusan menggunakan kontrasepsi telah didiskusikan dan mendapat persetujuan dari suami.

Hasil pemeriksaan umum menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital berada dalam batas normal, yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 kali per menit, suhu tubuh 36,7°C, dan frekuensi napas 20 kali per menit.

Berdasarkan hasil pengkajian subjektif dan objektif tersebut, ditegaskan analisis bahwa Ny. D usia 23 tahun merupakan calon akseptor kontrasepsi suntik tiga bulan.

Pada asuhan keluarga berencana didapatkan data bahwa ibu ingin menggunakan KB suntik 3 bulan. Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Mandasari, 2023). Menurut (BKKBN, 2023) Tujuan umum: Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk. Menurut (Indrawati & Nurjanah, 2022), Kontrasepsi adalah pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan, upaya itu dapat bersifat sementara dan dapat pula bersifat permanen.

Berdasarkan asuhan KB yang diberikan pada Ny.”D”, di dapatkan hasil bahwa Ny.”D” menentukan pilihannya terhadap KB Suntik 3 bulan hal ini dikemukakan setelah diberikan konseling mengenai KB. Saat ini ibu tetap memberikan ASI Eksklusif karena dengan memberikan ASI Eksklusif dapat menunda kehamilan ini terjadi peningkatan hormon prolaktin (hormon

pembentuk ASI) menyebabkan penurunan hormon lain seperti LH dan estrogen yang diperlukan untuk pemeliharaan siklus menstruasi.

