

BAB III

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN ANC 1

Tanggal/jam masuk : 18/2/2021/ 11.00 WIB

Tempat : BPM SUTAMI,SST

I. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas

Nama ibu : Ny. I

Nama Suami : Tn . A

Umur : 38 th

Umur : 40 th

Agama : islam

Agama : Ialam

Pendidikan: SMU

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan wiraswasta

Alamat : Ds Gabel Kauman

Alamat : Ds Gabel

Kauman

No. Telp : 083845xxxxxx

No.Tel :083845xxxxxx

b. Keluhan

Ibu mengatakan akhir-akhir ini sering kencing pada malam hari

c. Alasan Kunjungan

Ibu ingin memeriksakan kehamilannya

d. Riwayat Menstruasi

HPHT : 19/05/2020

HPL : 26/02/2021

Lama : 7 hari

Banyaknya : 3-4x ganti pembalut

Siklus : 30 hari

Teratur/tidak : Teratur
 Disminorea : 3 hari diawal menstruasi
 Flour Albus : Tidak ada
 Jumlah : Tidak ada
 Warna/Bau : Tidak ada

e. Riwayat Obstetric

Kehamilan ke	Tahun	Lahir hidup/mati	Lahir aterm/preterm/posterem	Lahir seponan/SC	Tempat bersalin	Kondisi anak	Komplikasi saat persalinan	BB&PB
I	2012	Hidup	Aterm	seponan	Bidan	sehat	Tdk ada	3,000 49
II	Abortus	Uk 22 minggu						
III	H	A	M	I	L	I	N	I

f. Riwayat Kehamilan Sekarang

ANC TM I : Berapa Kali : 2X
 Keluhan : Mual
 Terapi/HE : Kalk 500 1x1 mg, Vit B6 25 mg 3x1/makan sedikit tapi sering
 TM II : Berapa Kali : 4X
 Keluhan : Tidak ada
 Terapi/HE : fe 500 mg 1x1, kalk 500mg 1x1/ menungging, istirahat
 TM III : Berapa Kali : 3x
 Keluhan : Sering Kencing
 Terapi/HE : fe 500 mg 1x1, kalk 500 mg 1x1/ jalan- jalan pagi,
 PpTest (jika dilakukan) tanggal : 20-6-20

Imunisasi TT : T5

Pergerakan janin pertama kali : Usia kehamilan 18 minggu

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : ≥ 10 kali

g. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelum hamil belum menggunakan alat kontrasepsi apapun, dan ibu berencana akan menggunakan alat kontrasepsi IUD setelah melahirkan.

h. Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

Ibu mengatakan tidak sedang menderita maupun memiliki riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS, Hepatitis, Menahun seperti Jantung, Ginjal, Menurun seperti Hipertensi, DM, Asma.

i. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak sedang menderita maupun memiliki penyakit menular seperti HIV/AIDS, Hepatitis, Menahun seperti paru, Jantung, Ginjal Menurun seperti Hipertensi, DM, Asma, maupun riwayat gemelli

j. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola nutrisi

Sebelum hamil :

a) Makan

Ibu makan 3x sehari, menggunakan nasi, sayur, lauk dan ibu kadang makan buah, 1 porsi piring habis.

b) Minum

Ibu minum 6-8 gelas/hari dengan jenis air putih, teh setiap pagi dan 1 gelas kopi

Saat hamil :

a) Makan

Ibu makan 3x sehari, menggunakan nasi, sayur, lauk, dan ibu juga makan buah-buahan, 1 porsi piring habis kandang tidak.

b) Minum

Ibu minum 8-10 gelas/hari dengan jenis air putih, teh setiap pagi dan 1 gelas susu.

2. Pola eliminasi

Sebelum hamil :

a) BAK

Ibu BAK 3-4 x/hari, warna kuning bau khas urin

b) BAB

Ibu BAB 1-2x/hari, tekstur lunak, bau khas feses

Saat hamil :

a) BAK

Ibu BAK 5-7 x/hari, warna kuning, kecoklatan, bau khas urin

b) BAB

Ibu BAB 1x/hari tekstur lunak, bau khas feses

3. Pola istirahat

Sebelum hamil :

a) Siang

Ibu tidur 1-2 jam/hari

b) Malam

Ibu tidur 6-7 jam/hari

Saat hamil :

a) Siang

Ibu tidur 1-2 jam/hari

b) Malam

Ibu tidur 4-5 jam/hari

4. Pola aktivitas

Sebelum hamil : Ibu melakukan aktivitas ibu rumah tangga seperti mencuci, menyapu, mengepel, memasak, dan lain sebagainya.

Saat hamil : ibu melakukan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga seperti mencuci, menyapu, mengepel memasak dan lain-lain dengan bantuan orang lain

5. Pola hygiene

Sebelum hamil :

- a) Mandi : 2x sehari
- b) Sikat gigi : 3x sehari
- c) Kramas : 3-4x/minggu
- d) Ganti baju : 2x ganti baju

Saat hamil :

- a) Mandi : 2x sehari
- b) Sikat gigi : 3x sehari
- c) Kramas : 2x sehari
- d) Ganti baju : 3x sehari

6. Pola seksual

Sebelum hamil :

- a) Jumlah pasangan : 1
- b) Pola hubungan : 3-4 x dalam seminggu sebelum melakukan pptes

Saat hamil :

- a) Jumlah pasangan : 1
- b) Pola hubungan : 2x dalam seminggu setelah memasuki TM II

7. Pola kebiasaan

Ibu mengatakan memiliki kebiasaan mengkonsumsi jamu, tidak mengkonsumsi alcohol, maupun obat-obat terlarang.

k. Riwayat Psikososial dan Budaya

1. Menikah : 10 th
2. Usia pertama menikah : istri :28th
suami : 30th
3. Kehamilan direncanakan : direncanakan
4. Jumlah keluarga yang tinggal serumah : 3 orang
5. Kepercayaan berhubungan dengan kehamilan : 7 bulanan
dan 3 bulanan

II. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum : baik
2. Kesadaran : composmetis
3. Tanda-tanda vital
 - a) Tensi : 120/80 mmHg
 - b) Suhu : 80x/menit
 - c) Nadi : 36,6 °C
 - d) Respirasi : 20x/menit
4. Berat badan sekarang : 74 kg
5. Berat badan sebelum hamil : 55 kg
6. TB : 155 cm
7. LILA : 29,5 cm

b. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala
Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada masa abnormal
2. Rambut
Warna hitam, tidak rontok, tidak berketombe
3. Mata
Simetris, sklera berwarna putih, konjungtiva merah muda,
refleks pupil kanan dan kiri ishokor, tidak ada sekret
4. Muka

Simetris, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema

5. Hidung

Simetris, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, tidak ada sekret

6. Mulut

Simetris, tidak pucat, gigi bersih, tidak ada karies, tidak ada gigi berlubang, lidah bersih, tidak ada pembesaran tonsil

7. Telinga

Simetris, tidak ada serumen, refleks pendengaran telinga kanan dan kiri baik, tidak ada nyeri tekan

8. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis

9. Dada

a) Payudara

Simetris, bersih, puting susu menonjol, ada hiperpigmentasi pada areolla dan papilla, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa abnormal, kolostrum belum keluar

b) Paru-paru

Tidak ada reteraksi dinding dada, tidak ada ronkhi, tidak ada whezig, pola nafas teratur

c) Jantung

Denyut jantung teratur, bunyi lupdup, tidak ada kelainan galap

10. Abdomen

a) Leopold

1. Leopold I

TFU 3 jari dibawah prosesus xyphoideus
Bagian fundus teraba bulat, lunak tidak dapat digoyangkan (bokong)

2. Leopold II

Bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin (ekstermitas) dan bagian kiri perut ibu teraba lebar seperti papan, keras (punggung)

3. Leopold III

Bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting (kepala)

4. Leopold IV

Belum masuk PAP (Konvergen)

b) Mc Donald : 33 cm

c) TBJ : TFU (dalam cm) $-n \times 155$
 $(33-11) \times 155 = 3,410 \text{ gr}$

d) DJJ : 127x/menit

11. Genetalia

Bersih, tidak ada pengeluaran pervaginam, tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan kelenjar bartholini

12. Anus

Tidak da hemoroid

13. Ekstermitas

Warna kuku jari tidak pucat, gerak bebas, tidak ada oedema pada tangan atau kaki, tidak ada varises pada kaki, refleks patella kanan dan kiri positif

c. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan dalam (VT)

Tidak dilakukan

2. Pelvimetri kliniks

Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan panggul luar

Tidak dilakukan

4. Pemeriksaan laboratorium 25/01/21 Puskesmas Sumoroto

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	9,9 g/dl	12-16 g/dl
Gol. Darah	A	-
HBSaG	Negatif	Negatif
HIV	NR	NR
Gula Darah	95	75-150

5. Pemeriksaan penunjang lainnya

KSPR : 2 (skor awal ibu hamil)

4 (terlalu tua hamil ≥ 35 tahun)

4 (pernah gagal kehamilannya)

III. ANALISIS

Diagnose : G₃P₁₀₀₀₁₁ UK 39 minggu 3 hari

Masalah : Sering BAK

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 18-02-20

Jam : 11.00 WIB

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan
2. Jelaskan kepada ibu bahwa masalah yang dialami ibu merupakan hal yang fisiologis pada kehamilan
3. Anjurkan ibu untuk mengurangi minum pada malam hari
4. Anjurkan ibu untuk mengurangi minuman yang berkafein
5. Anjurkan ibu untuk minum 8 gelas perhari pada siang hari
6. Anjurkan ibu untuk tidak menahan kencing
7. Anjurkan ibu tidak mengonsumsi jamu pada saat hamil

8. Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi miring atau posisi terlentang dengan menambah bantal pada bagian punggung ibu
9. Beri ibu KIE ketidaknyamanan pada kehamilan TM III
10. Beri ibu KIE tentang persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan
11. Berikan ibu vitamin alinamin 2x2 kolaborasi dengan bidan
12. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang sewaktu-waktu jika ada keluhan
13. Lakukan dokumentasi

V. IMPLEMENTASI

Tanggal : 18-02-20

Jam : 11.00 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu yang meliputi :

Tensi : 120/80 mmHg

Suhu : 36,6 oC

Nadi : 80x/menit

Respirasi : 36,6 oC

Berat badan sekarang : 20x/menit

TBJ : 74 kg

DJJ : 33-11=22 x155 = 3,410 gr

2. Menjelaskan kepada ibu bahwa masalah yang dialami ibu merupakan hal yang fisiologis pada kehamilan, pada TM III biasanya akan terjadi penekanan pada kandung kemih yang akan mengakibatkan ibu menjadi kencing tiap hari, dan biasanya ini hal yang fisiologis
3. Menganjurkan ibu untuk mengurangi minum pada malam hari, agar ibu tidak kencing terus menerus
4. Menganjurkan ibu untuk mengurangi minuman yang berkafein seperti the, kopi dan lain-lain

5. Menganjurkan ibu untuk minum 8 gelas perhari pada siang hari, agar ibu dan bayi tidak terjadi dehidrasi
6. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan kencing, agar tidak terjadi ayang-ayanen
7. Menganjurkan ibu untuk tidak mengkonsumsi jamu saat hamil, dikarenakan akan mengakibatkan air ketuban menjadi keruh
8. Menganjurkan ibu untuk tidur dengan posisi miring atau posisi terlentang dengan menambah bantal pada bagian punggung ibu
9. Memberi ibu KIE ketidaknyamanan pada kehamilan TM III
10. Memberi ibu KIE tentang persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan
11. Memberikan ibu vitamin alinamin 2x2 kolaborasi dengan bidan
12. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang sewaktu-waktu jika ada keluhan
13. Melakukan dokumentasi

VI. EVALUASI

Tanggal : 18-02-20

Jam : 11.00 WIB

1. Ibu faham dan menerima hasil pemeriksaan
2. Ibu faham dengan penjelasan bidan dan nampak lebih tenang
3. Ibu bersedia menerima anjuran bidan
4. Ibu bersedia menerima anjuran bidan
5. Ibu akan melakukan yang telah dianjurkan oleh bidan
6. Ibu akan kencing saat ibu merasakn ingin kencing
7. Ibu bersedia untuk tidak mengkonsumsi jamu saat hamil
8. Ibu faham dan mampu mengulangi penjelasan bidan tentang ketidaknyamanan pada TM III
9. Ibu faham dan mampu mengulangi penjelasan tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan

10. Terapi vitamin alinamin 2x2 kolaborasi dengan bidan telah diberikan
11. Ibu bersedia datang lagi jika sewaktu-waktu terjadi keluhan
12. Dokumentasi telah dilakukan



3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

I. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas

Nama ibu	: Ny I	Nama Suami	: Tn A
Umur	: 38 Th	Umur	: 40 Th
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	:
wiraswasta			
Alamat	: Ds Gabel Kauman	Alamat	: Ds Gabel Kauman
No. Telp	: 083845xxxxxx	No. Telp	:
083845xxxxxx			

b. Keluhan

Ibu mengatakan perutnya kencang-kencang sejak sore pukul 17.00 WIB dan mengeluarkan lendir darah.

c. Alasan Kunjungan

Ibu ingin memeriksakan kehamilannya

d. Riwayat Menstruasi

HPHT	: 20-03-2020
HPL	: 27-02-2021
Lama	: 7 hari
Banyaknya	: 3-4x ganti pembalut
Siklus	: 30 hari
Teratur/tidak	: teratur
Dismenorrhoe	: 3 hari awal menstruasi
Flour Albus	: tidak ada
Jumlah	: tidak ada
Warna/bau	: tidak ada

e. Riwayat Obstetric

Kehamilan ke	Tahun	Lahir hidup/mati	Lahir aterm/preterm/posterem	Lahir spontan/S C	Tempat bersalin	Kondisi anak	Komplikasi saat kehamilan	BB&PB
I	2012	Hidup	aterm	Spontan	Bidan	sehat	taa	3000 49
II	aborts	UK22 Mgg						
III	H	A	M	I	L	I	N	I

f. Riwayat Kehamilan Sekarang

1. ANC
 - TM I Berapa kali : 2x
Keluhan : mual
Terapi/HE : kalk 500 1x1 mg, vit B6 25 mg 3x1/ makan sedikit tapi sering
 - TM II Berapa kali : 4x
Keluhan : tidak ada
Terapi/HE : Fe 500 mg 1x1, kalk 500 mg 1x1/ menungging istahat dan pola nutrisi
 - TM III Berapa Kali : 3x
Keluhan : sering kencing
Terapi/HE : Fe 500 mg 1x1, kalk 500mg1x1/ jalan-jaln pagi, kurangi minuman yang manis
2. PPtest (jika dilakukan) : 20-06-2020
3. Imunisasi TT : 5x lengkap

4. Pergerakan janin pertama kali : Ibu merasakan gerakan bayi pada usia 20 mgg

5. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : 10x dalam 24 jam

g. Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun dan ibu berencana akan menggunakan alat kontrasepsi IUD setelah melahirkan

h. Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

Ibu mengatakan tidak sedang menderita maupun memiliki riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS, Hepatitis. Menahun seperti paru, Jantung, Ginjal maupun menurun seperti Hipertensi, DM, Asma

i. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak sedang menderita maupun memiliki penyakit menular seperti HIV/AIDS, Hepatitis. Menahun seperti paru, Jantung, Ginjal menurun seperti Hipertensi, DM, Asma maupun riwayat gemelli.

j. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola nutrisi

Sebelum hamil

a) Makan

Ibu makan 3x sehari menggunakan nasi, sayur lauk dan kadang ibu juga makan buah-buahan, 1 piring habis

b) Minum

Ibu minum 6-8 gelas/hari dengan jenis air putih, setiap pagi teh, dan 1 porsi kopi

Saat hamil

a) Makan

Ibu makan 3x sehari menggunakan nasi, sayur, lauk dan kadang ibu juga makan buah-buahan yang tidak dilarang, 1 piring habis/kadang tidak habis

b) Minum

Ibu minum 8-10 gelas/hari dengan jenis air putih, setiap pagi teh dan 1 gelas susu

2. Pola eliminasi

Sebelum hamil

a) BAK

Ibu BAK 3-4x/hari warna kuning bau khas urine

b) BAB

Ibu BAB 1-2x/hari tekstur lunak bau khas feses

Saat hamil

a) BAK

Ibu BAK 5-8x/hari warna kuning kecoklatan bau khas urine

b) BAB

Ibu BAB 1x/hari tekstur lunak bau khas feses

3. Pola istirahat

Sebelum hamil

a) Siang

Ibu tidur 1-2 jam/hari

b) Malam

Ibu tidur 6-7 jam/hari

Saat hamil

a) Siang

Ibu tidur 1-2 jam/hari

b) Malam

Ibu tidur 5-7 jam/hari

4. Pola aktivitas

Ibu melakukan aktivitasnya ibu rumah tangga seperti mencuci, menyapu, mengepel, memasak dan lain sebagainya

5. Personal hygiene

Sebelum hamil

- a) Mandi : 2x sehari
- b) Sikat gigi : 3x sehari
- c) Kramas : 2 hari sekali
- d) Ganti baju : 2x sehari

Saat hamil

- a) Mandi : 2x sehari
- b) Sikat gigi : 3x sehari
- c) Kramas : 2 hari sekali
- d) Ganti baju : 3x sehari

6. Pola aktivitas seksual

Sebelum hamil

- a) Jumlah pasangan : 1
- b) Pola hubungan : 3-4 dalam seminggu sebelum pptest

Saat hamil

- a) Jumlah pasangan : 1
- b) Pola hubungan : 2-3 dalam seminggu setelah

TM III

7. Pola kebiasaan

Ibu mengatakan tidak merokok, tidak mengkonsumsi jamu alcohol maupun obat terlarang.

k. Riwayat Psikososial dan Budaya

- 1. Menikah : 1x sah

2. Usia pernikahan : istri 28 tahun suami 30 tahun
3. Lama menikah : 10 tahun
4. Kehamilan ini direncanakan : direncanakan
5. Jumlah keluarga yang tinggal serumah : 6 orang
6. Kepercayaan berhubungan dengan kehamilan : 3 bulanan
7 bulanan

II. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum : baik
2. Kesadaran : composmetis
3. Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - b) Nadi : 80x/menit
 - c) Suhu : 36,6C
 - d) Ressorpirasi : 20x/menit
4. Berat badan sekarang : 75kg
5. Berat badan sebelum hamil : 55kg
6. TB : 155 cm
7. LILA ; 29,5

b. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala
Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada masa abnormal
2. Rambut
Warna hitam, tidak rontok, tidak berketombe
3. Muka
Simetris, tidak ada cloasma gravidarum, tidak oedema
4. Mata
Simetris, sclera berwarna putih, konjungtiva merah muda, refleks pupil kanan dan kiri isshokor, tidak ada sekret

5. Hidung

Simetris tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, tidak ada sekret

6. Mulut

Simetris, tidak pucat, gigi bersih, tidak ada karies, tidak ada gigi berlubang, lidah bersih, tidak ada pembesaran tonsil

7. Telinga

Simetris, tidak ada serumen, refleks pendengaran telinga kanan dan kiri baik

8. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis

9. Dada

a) Payudara

Simetris, bersih, puting susu menonjol, ada hiperpigmentasi pada areolla dan papilla, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa abnormal, kolostrum belum keluar

b) Paru-paru

Tidak ada reteraksi dinding dada, tidak ada ronkhi, tidak ada wheezing, pola nafas teratur

c) Jantung

Denyut jantung teratur, bunyi lupdup, tidak ada kelainan gelap

10. Abdomen

Tidak ada luka bekas operasi ada linea alba, ada straiæ gravidarum livide

a) Leopold

1. Leopold I
TFU 3 jari dibawah prosesus xyphoideus, bagian fundus teraba bulat, lunak (bokong)
2. Leopold II
Bagian kanan ibu teraba bagian terkecil janin (ekstermitas) dan bagian kiri perut ibu teraba lebar seperti papan, keras (punggung)
3. Leopold III
Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala)
4. Leopold IV
Sudah masuk PAP (divergen) 4/5

- b) Mc Donald : 32 cm
- c) TBJ : $32-11=21 \times 155=3,255$ gr
- d) DJJ : 145x/menit
- e) His : 3x dalam 10 menit lamanya 30 detik

11. Genetalia

Bersih, tidak ada oedema, tidak ada pembengkakan kelenjar bartholini, ada pengeluaran lendir dari pervaginam.

12. Anus

Tidak ada hemoroid

13. Ekstermitas

Warna kuku jari tidak pucat, gerak bebas, tidak ada oedema pada kaki dan tangan, tidak ada varises pada kaki refleksi patella kanan kiri baik.

c. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan dalam (VT)

v/v tidak oedema, keluar darah dan bercampur lendir, pembukaan Ø5 cm, ketuban +, presentase kepala, denominator UUK, effacement 50% Hodge I, tidak teraba bagian terkecil janin (tangan/tali pusat).

2. Pelvimetri klinis

Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan panggul luar

Tidak dilakukan

4. Pemeriksaan laboratorium

Tidak dilakukan

5. Pemeriksaan penunjang lainnya

Tidak dilakukan

III. ANALISIS

Diagnose : G₃P₁₀₀₀₁₁ Inpartu kala I fase aktif

Masalah : pengeluaran lendir darah

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 18-02-21

Jam : 23.10 WIB

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik
2. Ajarkan ibu untuk mengatur nafasnya saat merasakan kontraksi
3. Anjurkan ibu untuk beristirahat agar tenaganya pulih saat akan melakukan persalinan
4. Anjurkan ibu untuk berkemih apabila ibu ingin berkemih
5. Anjurkan ibu untuk makan dan minum agar ibu mempunyai tenaga saat mengejan

6. Lakukan observasi TTV dan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau jika ada indikasi, memeriksa DJJ dan kontraksi uterus setiap 30 menit sekali untuk mendeteksi adanya kelainan pada ibu dan janin dan untuk mengetahui kemajuan persalinan hasil terlampir pada patograf
7. Berikan posisi sesuai dengan keinginan ibu

V. IMPLEMENTASI

Tanggal : 18-02- 2021

Jam : 23.10

1. Memberi ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik
2. Menganjurkan ibu untuk mengatur nafasnya saat merasakan kontraksi
3. Menganjurkan ibu untuk beristirahat agar tenaganya pulih saat akan melakukan persalinan
4. Menganjurkan ibu untuk berkemih apabila ibu ingin berkemih
5. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum agar saat mengejan kuat
6. Melakukan observasi TTV dan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau jika ada indikasi, memeriksa DJJ dan kontraksi uterus setiap 30 menit sekali untuk mendeteksi adanya kelainan pada ibu dan janin dan untuk mengetahui kemajuan persalinan hasil terlampir pada patograf
7. Memberikan posisi sesuai dengan keinginan ibu, posisi miring ke kiri

VI. EVALUASI

Tanggal : 18-02-21

Jam : 23.10

1. Ibu mengerti dan senang mengetahuinya

2. Ibu faham dan akan melakukannya dengan benar
3. Ibu akan melakukannya yang telah dianjurkan oleh bidan
4. Ibu mengerti yang telah dijelaskan bidan
5. Ibu akan makan dan minum biar tenaga kuat
6. Telah dilakukannya observasi
7. Ibu miring kiri

VII. KALA II

Tanggal : 19/02/21

Jam : 03.00

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan rasanya seperti ingin meneran dan mulesnya semakin sering

2. Data Obyektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmetis

TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36C

RR : 20x/menit

HIS : 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik

DJJ : 145x/menit, frekuensi teratur, puntum

maksimum 3 jari kiri bawah pusat

Genetalia : Pembukaan Ø10 cm, ketuban +, presentase kepala, denominator UUK, effacement 100%

Hodge IV, tidak teraba bagian terkecil janin (tangan/tali pusat), keluar darah dan bercampur lendir

3. Analisa Data

G₃P₁₀₀₁₁ UK 39 minggu 3 hari Inpartu Kala II

4. Penatalaksanaan

1. Melihat adanya tanda gejala kala 2
2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.
8. Menghisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik
9. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

10. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
11. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).
12. Memberitahu ibu bahwa pembukaannya sudah lengkap
13. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu meneran.
14. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
15. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman
16. Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
17. Meletakkan kain yang bersih 1/3 bagian dibawah bokong ibu
18. Membuka partus set
19. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
20. Saat kepalabayi membuka vulva dengan diameter 5-6cm, lindungi perineum dengan 1 tangan yang dilapisi kain
21. Memeriksa adanya lilitan tali pusat
22. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar spontan
23. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparetal menganjurkan ibu ntuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menarik kearah bawah dab kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan

kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior

24. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan kanan ke bawah kepala dan bahu (sangga), sementara tangan kiri menahan lengan dan siku sebelah atas selama proses kelahiran bayi (susur)

25. Tangan atas selanjutnya menyusuri punggung, bokong, dan tungkai dan kaki bayi

26. Menilai bayi dengan cepat kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya

27. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala bayi kecuali bagian pusat

28. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi dalam uterus

29. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik .

VIII. KALA III

Tanggal : 19/02/2021

Jam : 03.30

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan perutnya mules

2. Data Obyektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmetis

TTV : TD : 120/80mmHg

N : 80x/menit

S : 36C

RR ; 20x/menit

Abdomen : TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong

Genetalia : Terdapat tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu tali pusat memanjang, terdapat semburan darah yang mendadak dan singkat

3. Analisa Data

G₃P₁₀₀₁₁ Inpartu Kala III Fisiologis

4. Penatalaksanaan

1. Dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi memberikan suntikan oksitosin 10 unit 1/3 paha bagian luar kanan
2. Setelah 30 menit pasca persalinan jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi
3. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
4. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke bayi
5. Pindahkan klem tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva
6. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu ditepi atas simpisis untuk mendeteksi, sedangkan tangan lain memegang tali pusat
7. Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat ke arah bahu sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah drosol kranial secara berhati-hati
8. Lakukan penegangan dan dorongan drosol kranial minta ibu untuk meneran dan sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir
9. Jika plasenta kelihatan diintroitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan dan putar searah jarum jam

10. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir melakukan mamase uterus meletakkan tangan kiri pada fundus dan melakukan mamase
11. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.

IX. KALA IV

Tanggal : 19/02/21

Jam : 04.00

1. Data Subyektif

Ibu lega karena bayi dan plasenta sudah lahir, ibu merasa lelah, lapar, dan haus

2. Data Obyektif

- a. Pemeriksaan umum :
- b. Kesadaran : Composmetis
- c. TTV : TD : 120/80 mmHg
N : 80x/menit
S : 36C
R : 20x/menit
- d. TFU : 2 jari di bawah pusat
- e. Kandung Kemih : kosong
- f. Perdarahan : 150 cc
- g. Genetalia : Terdapat luka laserasi medial derajat II (mukosa vagina, kulit perineum dan otot perineum)

3. Analisa Data

P30011 Inpartu Kala IV fisiologis

4. Penatalaksanaan

1. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami pendarahan aktif.

2. Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik , mengevaluasi pendarahan pervagimnam
3. Memastikan kandung kemih kosong
4. Mengajarkan ibu dan keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
5. Mengevaluasi kehangatan darah
6. Memeriksa TTV dan kandung kemih
7. Melakukan IMD dan pantau bayi
8. Menempakkan semua peralatan pada larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi
9. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke alam tempat sampah yang sesuai
10. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi
11. Memastikan ibu nyaman
12. Melakukan dekontaminasi tempat persalinan dan clemek dengan larutan kloron 0,5% dan membilas dengan iar bersih
13. Mendekontaminasikan sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke larutan klorin 0,5 %
14. Mencuci kedua tangan dengan menggunakan sabun dan air yang mengalir
15. Setelah IMD menggunakan sarung tangan
16. Lakukan asuhan bayi baru lahir normal
17. Satu jam setelah pemberian vit k, berikan suntikan imunisasi hepqtitis
18. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam lautan klorin 0,5%
19. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir
20. Melengkapi patograf

3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas (6 jam post partum)

I. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas

Nama ibu	: Ny I	Nama suami	: Tn A
Umur	: 38 tahun	Umur	: 40 tahun
Agama	: islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: wiraswata
Alamat	: Ds Gabel Kauman	Alamat	: Ds gabel Kauman
No. Telp	: 083845xxxxxx	No Tlp	: 083845xxxxxx

b. Keluhan

Ibu mengatakan nyeri pada bekas luka jahitan

c. Riwayat Kehamilan, persalinan, nifas sekarang

Kehamilan	: TMI	Berapa kali	: 2X
		keluhan	: Mual Muntah
		terapi/HE	: asam folat 1x1
			(sedikit makan
			tapi
			sering)

TM II	Berpakali	: 2x
	Keluhan	: nyeri pada

punggung

Terapi/HE	: asam folat 1x1,
	Fe 1x1 (anjurkan
	ibu untuk
	rileksasi)

TM III	Berapa kali	: 2x
	Keluhan	: sering kencing
	Terapi/HE	: asam folat 1x1,
		alinamin 2x2

(anjurkan ibu
untuk kencing
sebelum tidur)

Imunisasi TT : 5X lengkap

Persalinan tanggal/jam : 19 febuari 2021/ 04.00
WIB

Bayi lahir UK : 39 minggu 3 hari

Jenis persalinan : Spontan

Penolong : Bidan

Tempat : BPM

Ketuban : Keruh

Penyulit : Tidak ada

Penggunaan obat selama persalinan :

Oksitosin, Lidokain

BBL jenis kelamin : P

Berat badan : 3200 gr

Panjang badan : 49 cm

Lingkar Kepala : 33 cm

AS : 9-10

Nifas Perdarahan : ±150 cc

Kontraksi uterus : Baik

TFU : 3 jari dibawah pusat

Laktasi : ASI Eksklusif

Infeksi : Tidak ada

d. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelumnya tidak menggunakan KB apapun, dan berencana akan menggunakan KB IUD setelah melahirkan.

e. Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, asma, DM, ginjal, hepatitis TCB, IMS, dan penyakit kelainan darah

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi asma, DM, ginjal, hepatitis, TBC, IMS, penyakit kelainan darah dan riwayat gemeli

g. Pola Fungsi Kesehatan

Pola Nutrisi (Nafsu makan) : makan 2-3x sehari (nasi, sayur, lauk pauk) 1 porsi sedang habis

Pola eliminasi (BAB & BAK) : BAB : Belum BAB
BAK : 4X sehari, kuning jernih bau khas

Pola Istirahat : Siang 2 jam
Malam 6 jam

Pola Aktivitas : Ibu berbaring pada kasur, berjalan-jalan ke kamar mandi

Pola Aktvitas seksual : 1 pasangan belum melakukan

h. Riwayat Psikososial dan Budaya

Menikah : 1x Sah

Usia pertama menikah :

Lama menikah : 10 tahun

Respon terhadap kelahiran bayi : Bahagia

Jumlah keluarga yang tinggal serumah : 6 orang

Kepercayaan berhubungan dengan kelahiran bayi :

Brokohan

II. DATA OBYEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmetis

Tanda-Tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 85x/menit

Suhu : 36,4 C

RR : 20x/menit

Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

1. Rambut : warna hitam, bersih, tidak ada ketombe
2. Muka : Tidak ada oedema, tidak ada cloasmagruvidarum, tidak pucat
3. Mata : Bentuk simetris, sclera putih, konjungtiva merah muda
4. Hidung ; tidak ada sekret, tidak ada polip
5. Mulut : bibir lembab, tidak ada gigi karies, tidak ada stomatitis
6. Telinga : berbentuk simetris, tidak ada serumen

b. Leher

Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

c. Dada

Payudara bersih, berbentuk simetris, puting susu menonjol, tidak ada benjolan, kolostrum sudah keluar, tidak ada wheezing, ronkhi, retraksi dada normal

d. Abdomen

Luka bekas SC : Tidak ada

TFU : 2 jari dibawah pusat

UC : Keras

Kandung Kemih : Kosong

e. Genetalia

Terdapat luka robekan derajat 2 media lateralis, terdapat lochea rubra, terdapat nyeri tekan pada daerah sekitar luka, lochea tidak berbau busuk, keadaan luka masih basah, tidak ada oedema

f. Anus

Tidak ada Hemoroid

g. Ekstermitas

Warna kuku jari tidak pucat, tidak ada oedema. Tidak ada varises

Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan

III. ANALISIS

Diagnosa : P20012 2 jam post partum

Masalah : nyeri luka jahitan

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 19/05/21

Jam : 10.30

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan
2. Anjurkan ibu untuk rileksasi
3. Anjurkan ibu untuk mengatur posisinya senyaman mungkin
4. Anjurkan ibu untuk memeriksa kontraksi uterus dan pengeluaran lochea setiap hari
5. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihannya pada area genetalia
6. Anjurkan pada ibu untuk makan-makanan yang mengandung tinggi protein
7. Ajarin ibu untuk menyusui anaknya setiap 2 jam sekali, dan sendawakan setelah menyusui agar bayi tidak gumoh
8. Ajarin ibu cara menyusui yang benar
9. Anjurkan ibu untuk kunjungan ukang lagi setelah 7 hari atau jika ada keluhan

10. Lakukan dokumentasi tindakan pada buku register

V. IMPLEMENTASI

Tanggal : 19/02/21

Jam : 10.30

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 88x/menit

Suhu : 36,4

RR : 20x/menit

2. Mengajarkan ibu untuk rileksasi

Dengan cara menarik nafas dari hidung dan mengeluarkan lewat mulut

3. Mengajarkan ibu untuk mengatur posisinya senyaman mungkin, agar nyeri berkurang seperti duduk atau berbaring.

4. Mengajarkan ibu untuk memeriksa kontraksi uterus dan pengeluaran lochea setiap hari, seperti warna dan baunya

5. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan pada area kewanitaannya, agar luka tetap bersih kering dan tiak terjadi infeksi

6. Mengajarkan pada ibu untuk makan-makanan ynag mengandung tinggib protein, agar luka bekas jahitannya kering

7. Mengajarin ibu untuk menyusui anaknya setiap 2 jam sekali, dan sendawakan setelah menyusui agar bayi tidak gumoh

8. Mengajarin ibu cara menyusui yang benar, agar bayi nyaman dan putting ibu tidak lecet

9. Mengajarkan ibu untuk kunjungan ukang lagi setelah 7 hari atau jika ada keluhan

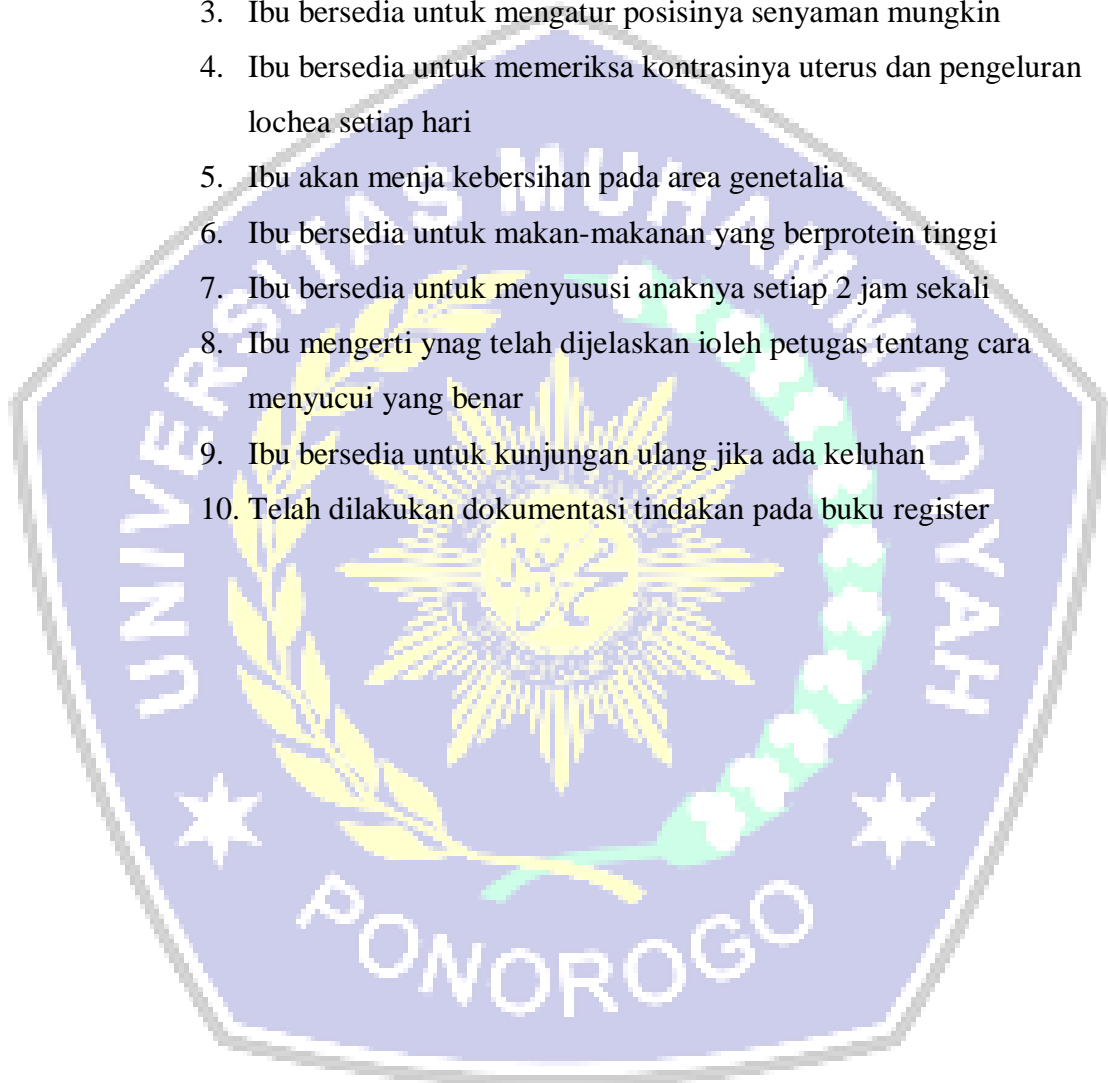
10. Melakukan dokumentasi tindakan pada buku register

VI. EVALUASI

Tanggal : 19/02/21

Jam : 10.30

1. Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya
2. Ibu bersia untuk melkukan rileksasi
3. Ibu bersedia untuk mengatur posisinya senyaman mungkin
4. Ibu bersedia untuk memeriksa kontrasinya uterus dan pengeluaran lochea setiap hari
5. Ibu akan menja kebersihan pada area genetalia
6. Ibu bersedia untuk makan-makanan yang berprotein tinggi
7. Ibu bersedia untuk menyusui anaknya setiap 2 jam sekali
8. Ibu mengerti ynag telah dijelaskan ioleh petugas tentang cara menyucui yang benar
9. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang jika ada keluhan
10. Telah dilakukan dokumentasi tindakan pada buku register



3.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas (hari ke 14)

I. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas

Nama ibu	: Ny I	Nama suami	: Tn A
Umur	: 38 tahun	Umur	: 40 tahun
Agama	: islam	Agama	: islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: wiraswasata
Alamat	: Ds Gabel Kauman	Alamat	: Ds Gabel Kauman
No Tlp	: 083845xxxxxx	No Tlp	: 083845xxxxxx

b. Keluhan

Ibu mengatakan pada puting susunya lecet sejak kemarin sore

c. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas sekarang

Kehamilan	TM I	Berapa kali	: 2x
		Keluhan	: mual
		Terapi/HE	: kalk 500mg 1x1, vit b6 25mg 3x1/ makan sedikit tapi sering
	TM II	Berapa kali	: 4x
		Keluhan	: tidak ada
		Terapi/HE	: fe 500mg 1x1, kalk 500mg 1x1/menungging, istirahat
	TM III	Berapa kali	: 3x
		Keluhan	: serimh kencing
		Terapi/HE	: fe 500mg 1x1, kalk 500mg 1x1/jalan-jalan pagi, kurangi minum manis
		Imunisasi	: 5x lengkap
Persalinan	tanggal/jam		: 12/02/21 (03.30)
	Bayi UK		: 39+3 mgg
	Jenis persalinan		: spontan
	Penolong		: Bidan
	Tempat		: BPM

Ketuban : keruh
Penyulit : tidak ada
Penggunaan obat saat persalinan : oksitosin

lidokain

BBL jenis kelamin : perempuan
Berat badan : 3200 gr
Panjang badan : 49cm
Lingkar kepala : 33 cm
AS : 9-10

Nifas perdarahan : ±100 cc
Kontraksi : baik
TFU : 2 jari dibawah pusat
Laktasi : ASI eksklusif
Infeksi : tidak ada

d. Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB apapun dan berencana akan menggunakan KB IUD setelah persalinan

e. Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

Ibu mengatakan tidak memiliki penyakit jantung, hipertensi, asma, DM, hepatitis, TBC, hipertensi, dan penyakit kelainan darah

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak memiliki penyakit jantung, hipertensi, asma, DM, hepatitis, TBC, hepatitis, penyakit kelainan darah dan riwayat gemely

g. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola nutrisi

Sebelum sakit : 3x sehari (nasi, lauk, sayur) 1 porsi habis,
minum 6 gelas air putih dan 1 gelas teh

Saat sakit : 3x sehari (nasi, sayur, lauk) 1 porsi habis,
minum 8 gelas air putih dan 1 gelas susu

2. Pola eliminasi

Sebelum sakit : BAB : 2x sehari, lunak, berbau khas, warna kecoklatan

BAK ; 4-5x sehari, kuning jernih, berbau khas

Saat sakit : BAB : 1x sehari, lunak berbau khas, warna kuning kecolatan

BAK : 5x sehari, kuning jernih, berbau khas

3. Pola istirahat

Sebelum sakit : siang 2 jam

Malam 7 jam
Saat sakit ; Siang 1 jam
Malam 5 jam

4. Pola aktivitas

Sebelum sakit : ibu melakukan aktivitasnya sendirian, seperti memasak, menyapu, mengepel, dll

Saat sakit : ibu melakukan aktivitasnya dengan bantuan keluarganya/orang lain

5. Pola aktivitas seksual

Sebelum sakit : 1 pasangan 2-3x seminggu

Saat sakit : 1 pasangan belum melakukan setelah melahirkan

h. Riwayat Psikososial dan Budaya

Menikah : 1x sah

Usia pertama menikah :

Lama menikah : 10 tahun

Respon terhadap kelahiran bayi : Bahagia

Jumlah keluarga yang tinggal serumah : 6 orang

Kepercayaan berhubungan dengan kelahiran bayi : Brokohan

II. DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmetis

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadai : 88x/menit

Suhu : 36,5C

RR : 20x/menit

b. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

1. Rambut

Hitam, tidak rontok, bersih

2. Muka

Tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum, tidak pucat

3. Mata

Simetris, seklera putih, konjungtiva merah muda

4. Hidung

Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada sekret dan tidak ada polip

5. Mulut

Bibir lembab, tidak pucat tidak terdapat gigi karies, tidak ada stomatitis

6. Telinga

Simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan

b. Leher

Tidak ada bengkakan vena jugularis, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

c. Dada

Berbentuk simetris, payudara bersih, puting susu menonjol, puting susu kiri lecet, tidak ada benjolan, asi lancar, tidak ada suara tambahan wheezing dan ronkhi, retraksi dinding dada normal

d. Abdomen

Luka bekas SC : Tidak ada
TFU : 2 jari di bawah pusat
UC : keras
Kandung Kemih : kosong

e. Genetalia

Ada luka bekas episiotomy mulai mengering, lochea seroosa, tidak berbau, tidak ada oedema

f. Anus

Tidak ada hemoroid

g. Ekstermitas

Tangan : warna kuku jari merah muda, tidak ada oedema
Kaki : tidak ada oedema, tidak ada varises, reflek patella baik

c. Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan

III. ANALISIS

Diagnose : P20012 post partum 14 hari

Masalah : puting susu lecet

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 2/3/21

Jam : 10.00

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan
2. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi
3. Beritahu ibu untuk mengoleskan madu pada area puting yang lecet
4. Anjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI pada anaknya dengan puting susu yang tidak lecet
5. Beritahu ibu untuk mengganti bantalan payudara setiap habis menyusui
6. Hindari membersihkan bagian puting susu dengan sabun, karena akan membuat kulit menjadi kering
7. Ajarin ibu cara merawat payudara yang benar
8. Beritahu ibu untuk menggunakan bra yang berbahan katun agar sirkulasi udara berjalan dengan lancar
9. Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering
10. Lakukan dokumentasi pada buku register pasien

V. IMPLEMENTASI

Tanggal : 2/3/21

Jam : 10.00

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan yang meliputi :
Tekanan darah : 110/70 mmHg
Nadi : 88x/menit
Suhu : 36,5C
RR : 20x/menit
2. Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi, Agar ASInya lancar
3. Memberitahu ibu untuk mengoleskan madu pada area puting yang lecet, Guna untuk mengurangi rasa sakit pada puting yang lecet
4. Menganjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI pada anaknya dengan puting susu yang tidak lecet, Agar anaknya mendapatkan ASI Eksklusif dari ibunya

5. Memberitahu ibu untuk mengganti bantalan payudara setiap habis menyusui, Agar bayi merasa nyaman
6. Menghindari membersihkan bagian puting susu dengan sabun, karena akan membuat kulit menjadi kering
7. Mengajari ibu cara merawat payudara yang benar, Agar puting ibu tidak lecet dan lancar pada ASInya
8. Memberitahu ibu untuk menggunakan bra yang berbahan katun agar sirkulasi udara berjalan dengan lancar
9. Mengeluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering agar puting tidak lecet
10. Melakukan dokumentasi pada buku register pasien

VI. EVALUASI

Tanggal : 2/3/21

Jam : 10.00

1. ibu mengerti perkembangannya sekarang
2. ibu akan memakan makanan bergizi agar ASI nya lancar
3. ibu akan mengoleskan madu pada payudaranya yang lecet agar sedikit lembab
4. ibu kan tetap memberikan ASI kepada anaknya dengan payudara yang tidak sakit
5. ibu akan mengganti bantalan payudara setelah menyusui
6. ibu akan menghindari pembersihan area payudara dengan menggunakan sabun
7. ibu faham yang telah dijelaskan tentang cara merawat payudara yang benar
8. ibu kan menggunakan bra yang berbahan katun
9. ibu kan mengeluarkan sedikit ASI dan dioleskan pada puting
10. sudah dilakukan dokumentasi

3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir (6 jam post partum)

I. DATA SUBJEKTIF

a. Identitas

1. Identitas bayi

Nama : By Ny I
Jenis kelamin : Perempuan
Tanggal lahir/jam : 19/02/21 (03.30)
Usia bayi : 0 hari
Anak Ke : 4

2. Identitas orang tua

Nama ibu	: Ny I	Nama Suami	: Tn A
Umur	: 38 tahun	Umur	: 40 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: wiraswasta
Alamat	: Ds Gabel Kauman	Alamat	: Ds GabelKauman
No. Tlp	: 083845xxxxxx	No Tlp	: 085845xxxxxx

b. Keluhan

Ibu mengatakan anaknya memuntahkan semua yang diminumkan (gumoh)

c. Riwayat kehamilan, persalinan

Kehamilan : Keluhan : mual muntah

Terapi/HE : kalak 500mg 1x1, vit b6 25mg
3x1/sedikit makan tapi sering

Kunjungan ANC : 9x

Penyakit yng diderita saat hamil : demam, batuk

Persalinan : tanggal/jam : 19/02/21 (03.30)

Bayi lahir UK : 39+3 mgg

Jenis persalinan :spontan

Penolong ` : bidan

Tempat : BPM

Ketuban : keruh

Penyulit : tidak ada

Penggunaan obat saat persalinan : Oksitosin lidokain

d. Riwayat kesehtan

1. Bayi

Tidak memiliki penyakit congenital

2. Ibu

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hepatitis B, TBC,DM asma, hipertensi, penyakit jantung, dan ginjal

3. Keluarga

Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hepatitis B, TBC, DM asma, hipertensi, penyakit jantung, dam ginjal

e. Riwayat pesiko sosial

Riwayat pernikahan orang tua :

Klehiran anak : direncanakan

Kepercayaan berhubungan dengan kelahiran/kesehatan bayi :
brokohan

II. DATA OBJEKTIF

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmetis

Tanda-tanda vital

Nadi : 140x/menit

Suhu : 36,7 C

RR : 60X/menit

BB : 3200 gr
PB : 49cm
LK : 33cm
LD : 35 cm
Apgar Skor : 9-10

b. Pemeriksaan fisik

1. Kulit

Kemerahan, lanurgo ada, vernic masih ada

2. Kepala

Simetris, tidak ada caput suksedaneum, tidak ada cefal hematoma, ubun-ubun berdekatan

3. Mata

Bersih, tidak ada nanah, bengkak, perdarahan subkonjungtiva tidak ada

4. Telinga

Simetris, tulang rawan terbentuk

5. Hidung

Simetris, pernafasan cuing hidung ada

6. Mulut

Tidak ada labiopalatosksis

7. Leher

Tidak ada trauma leher, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar vena jugularis

8. Dada

Simetris, puting susu menonjol, reteraksi dinding dada normal, tidak da wheezing dan ronkhi

9. Abdomen

Tidak ada perdarahan/infeksi tali pusat, bising usu normal

10. Punggung

Tidak ada spina bifida

11. Genetalia

Labia minor menutupi labia mayor

12. Anus

ada

13. Ekstermitas

Tangan : simetris, jari tangan lengkap, ada garis telapak tangan

Kaki : simetris, jumlah jari kaki lengkap, garis telapak kaki ada

c. Data fungsional kesehatan

Eliminasi : BAB/BAK -/-

Nutrisi :ASI eksklusif

d. Pemeriksaan reflex

Refleks Moro : Baik

Refleks Rooting : Baik

Refleks Sucking : Baikn

Refleks Swallowing : Baik

Refleks Graphs/plantar : Baik

Refleks Babinski : Baik

Refleks Tonic neck : Baik

e. Pemeriksaan penunjang lainnya

Tidak dilakukan

III. ANALISIS

Diagnosis : NCBSMK usia 0 hari

Masalah : gumoh

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 19/02/21

Jam : 11.00

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan anaknya
2. Anjurkan ibu untuk menyendawakan anaknya setelah menyusui
3. Posisikan kepala bayi lebih tegak saat menyusui
4. Anjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi
5. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand
6. Anjurkan ibu untuk mengganti kasa bayi
7. Anjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayi
8. Anjurkan ibu untuk menjemur anaknya pada pagi hari
9. Klaborasi dengan asesmen bidan
10. Dokumentasikan tindakan dibuku rekam medis

V. IMPLEMENTASI

Tanggal : 19/02/21

Jam : 11.00

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan anaknya, yang meliputi:

Nadi : 140x/menit

Suhu : 36,7 C

RR : 60X/menit

BB : 3200 gr

PB : 49cm

LK : 33cm

LD : 35 cm

Apgar Skor : 9-10

2. Mengajarkan ibu untuk menyendawakan anaknya setelah menyusui agar tidak terjadi gumoh
3. Memposisikan kepala bayi lebih tegak saat menyusui agar bayi nyaman
4. Mengajarkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi, agar bayi tetap hangat dan tidak terjadi hipotermi
5. Mengajarkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand tiap 2 jam sekali, guna untuk memberi nutrisi bayi
6. Mengajarkan ibu untuk mengganti kasa bayi, agar tidak terjadi infeksi pada tali pusat
7. Mengajarkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayi, agar bayi nyaman dan bersihkan area tali pusat guna untuk mencegah infeksi
8. Mengajarkan ibu untuk menjemur anaknya pada pagi hari, agar anak tidak terjadi ikterus atau kuning
9. Berkolaborasi dengan asesmen bidan dalam pemberian obat Vit K
Imunisasi Hepatitis
10. Mendokumentasi tindakan dibuku rekam medis

VI. EVALUASI

Tanggal : 19/2/21

Jam : 11.00

1. Ibu mengerti hasil perkembangannya anaknya
2. Ibu mengerti yang di jelaskan bidan
3. Ibu akan melakukannya agar anaknya nyaman
4. Ibu akan tetap menjaga kehangatan anaknya
5. Ibu akan menyusui setiap 2 jam sekali
6. Ibu akan mengganti kasa
7. Ibun akan menjaga kebersihan bayi

8. Ibu akan menjemur anaknya biar tidak kuning
9. Ibu mengerti yang diberikan bidan
10. Telah dilakukan pendokumentasian di buku rekam medis

3.5 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus (kunjungan hari ke 14)

I. DATA SUBYEKTIF

a. Identitas

1. Identitas bayi

Nama bayi : By Ny I

Jenis kelamin : Perempuan

Tanggal lahir/jam : 19/02/21

Usia bayi : 14 hari

Anak ke : 4

2. Identitas orang tua

Nama ibu : Ny I Nama suami : Tn A

Umur : 38 tahun Umur : 40 tahun

Agama : Islam Agama : islam

Pendidikan : SMU Pendidikan : SMU

Pekerjaan : IRT Pekerjaan : wiraswasta

Alamat : Ds Gabel Kauman Alamat : Ds Gabel

No. Tlp : 083345xxxxxx No Tlp 083345xxxxxx

b. Keluhan

Ibu mengatakan tali pusat anaknya tidak kunjung kering, dan berbau busuk

c. Riwayat kehamilan, persalinan

Kehamilan : Keluhan : mual muntah
Terapi/HE : kalk 500mg 1x1 vit b6 25mg 1x1/
sedikit makan tapi sering
Kunjungan ANC : 9x
Penyakit yang diderita : demam, batuk
Persalinan Tanggal/jam : 19/02/21 (03.30)
Bayi lahir UK : 39+3 mgg
Jenis persalinan : spontan
Penolong : bidan
Tempat : BPM
Ketuban : Keruh
Penyulit : tidak ada
Penggunaan obat selama persalinan : oksitosin dan lidokain

d. Riwayat kesehatan

1. Bayi

Tidak memiliki penyakit congenital

2. Ibu

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hepatitis B, TBC, DM, asma, hipertensi penyakit jantung, ginjal, dan IMS

3. Keluarga

Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hepatitis B, TBC, DM, asma, hipertensi penyakit jantung, ginjal, dan IMS

e. Riwayat psikososial dan budaya

Riwayat pernikahan orang tua : 1x sah

Kelahiran anak : direncanakan

Kepercayaan berhubungan dengan kelahiran/kesehatan bayi :
brokohon

II. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik
Kesadaran : composmetis
Tanda-tanda vital :
Nadi : 140x/m
Suhu : 36,5C
RR : 50 x/m
PB : 50
LK : 34
LD : 36

2. Pemeriksaan fisik

a. Kulit

Kemerahan, lanurgo ada

b. Kepala

Simeetris, caput suksedaneum tidak ada, sefal hematoma tidak ada,

c. Mata

Bersih, tidak ada nanah, tidak ada bengkak, tidak ada kelainan

d. Telinga

Simetris, tulang rawan terbentuk

e. Hidung

Tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung

f. Mulut

Tidak ada labiopalatoksis, lembab, lidah bersih

g. Leher

Tidak ada trauma leher, tidak ada pembengkakan vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid

h. Dada

Simetris, putting susu menonjol, retraksi dinding dada normal, tidak ada whezing, dan tidak ada ronkhi

i. Abdomen

Ada infeksi tali pusat, bising usus normal

j. Punggung

Tidak ada spina bifida

k. Genetalia

Labia mayor menutupi labia minora

l. Anus

ada

m. Ekstermitas

Tangan : simetris, jumlah jari-jarinya lengkap, garis telapak tangan ada

Kaki : simetris, jumlah jari-jarinya lengkap, garis telapak kaki ada

3. Data fungsional

Eliminasi : BAB/BAK 3-4x sehari/4-5x sehari

Nutrisi : ASI Eksklusif

4. Pemeriksaan reflex

Refleks moro : Baik

Refleks rooting : Baik

Refleks sucking : Baik

Refleks swallowing : Baik

Refleks graphs/plantar : Baik

Refleks Babinski : Baik

Refleks tonic neck : Baik

5. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan

III. ANALISIS

Diagnosis : NCBSMK usia 14 hari dengan tali pusat berbau

Masalah : infeksi tali pusat

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 3/3/21

Jam : 13.30

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaannya anaknya
2. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tali pusat
3. Anjurkan ibu untuk menyusui anaknya setiap 2 jam sekali
4. Anjurkan ibu untuk menjemur anaknya agar kulitnya tidak kuning
5. Anjurkan ibu untuk mengganti kasanya setiap setelah mandi
6. Biarkan terbuka
7. Hindari penggunaan antiseptic ataupun bedak disekitar tali pusat
8. Beritahu ibu untuk menjaga tali pusat agar tetap kering
9. Beritahu ibu tali pusat akan lepas sendiri
10. Dokumentasikan dibuku register pasien

V. IMPLEMENTASI

Tanggal : 3/3/21

Jam : 13.30

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaannya anaknya, meliputi :

Nadi : 140x/m

Suhu : 36,5C

RR : 50 x/m

PB : 50

LK : 34

LD : 36

2. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tali pusat, agar tidak terjadi infeksi pada tali pusat anaknya
3. Menganjurkan ibu untuk menyusui anaknya setiap 2 jam sekali, agar nutrisi anak terpenuhi

4. Menganjurkan ibu untuk menjemur anaknya agar kulitnya tidak kuning dan mendapat vitamin D
5. Menganjurkan ibu itu mengganti kasanya setiap setelah mandi, agar infeksiya berkurang dan tidak berbau busuk
6. Memberitahu ibu untuk tali pusatnya terbuka biar cepat kering
7. Menghindari penggunaan antiseptic ataupun bedak disekitar tali pusat, agar tali pusat tetap kering
8. Memberitahu ibu untuk menjaga tali pusat agar tetap kering, dengan cara membukanya saat dirumah, ganti kasa jika terkena air
9. Memberitahu ibu tali pusat akan lepas sendiri, agar ibu tidak panic jik asi plasenta belun kunjungm lepas
10. Mendokumentasikan dibuku register pasien

VI. EVALUASI

Tanggal : 3/3/21

Jam : 13.30

1. Ibu mengerti tentang keadaan anaknya
2. Ibuk akan memberisihkan tali pusat anaknya menggunakan air bersih
3. Ibu akan menyusui anaknya tiap 2 jam sekali
4. Ibu akan menjemur anaknya tiap pagi
5. Ibu akan mengganti kasa anaknya
6. Ibu akan membuka saat malam
7. Ibu akan menghindari penggunaan bedak
8. Ibu akan menjaga tali pusatnya agar tetap kering
9. Ibu faham yang telah dijelaskan oleh bidan
10. Telah dilakukan pendokumentasian dibuku register



3.6 Asuhan Kebidnanan Pada KB (post plasenta)

I. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas

Nama Ibu : Ny I

Umur : 38 tahun

Agama : islam

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : IRT

Nama Suami : Tn A

Umur : 40 tahun

Agama : islam

Pendidikan : SMU

Pekerjaan wiraswasta

Alamat :Ds Gabel Kauman Alamat :Ds Gabel
Kauma
No. Telp : 083845xxxxxx No. Telp :
083845xxxxxx

2. Keluhan

Ibu ingin menggunakan alat kontrasepsi Kb IUD

3. Alasan kunjungan ulang

Tidak ada

4. Riwayat mentruasi

Menarch : 13 tahun Dismenorea : iya
Lama : 7 hari flour albus : tidak ada
Banyaknya : 3-4x ganti pembalut jumlah : tidak ada
Sirklus : 30 hari warna/bau : tidak ada
Teratur/tidak : teratur HPHT : 20-03-
2020

5. Riwayat KB

Ibu mengatakna sebelumnya tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun, dan Ibu berencana akan menggunakan kontrasepsi IUD setelah melahirkan

6. Riwayat kesehatan

Penyakit yang sedang diderita tidak ada

Penyakit yang pernah diderita : ibu mengatakan pernah menderita sakit diare

Riwayat kesehatan keluarga : ibu mengatakan keluarganya tidak memiliki penyakit yang menurun dan menahun

7. Pola fungsi kesehatan

Pola hubungan seksual : 2x seminggu

Pola kebiasaan sehari-hari yang merugikan : ibu tidak memiliki kebiasaan yang merugikan

8. Riwayat psikososial dan budaya

Menikah : 1x sah
Usia pertama menikah :
Lama menikah : 11 Thn
Perencanaan kehamilan : direncanakan

II. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan umum

- a. Kesadaran : composmetis
- b. Tanda-tanda vital
 - Tekanan darah : 110/80mmHg
 - Nadi : 98x/m
 - Suhu : 36C
 - RR : 18x/m
- c. BB sebelum KB : 74kg
- d. BB sekarang : 76kg
- e. TB : 155cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah
Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada oedema, mukosa bibir lembab, tidak ada cuping hidung
- b. Leher
Tidak ada bendungn vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- c. Dada
payudara simetris, putting susu menonjol, tidak ada benjolan, tidak ada cairan abdormal, tidak ada usara wheezing dan ronkhi
- d. Abdomen
Tidak ada pembesaran Rahim, tidak ada nyeri tekan, tidak ada tanda-tanda kehamilan

e. Genitalia

tidak ada pembengkakan kelenjar bartolini, ada luka bekas episiotomy, bersih

f. Ekstermitas

Warna kuku jari merah muda, tidak ada varises pada kaki, reflek patella baik

3. Pemeriksaan penunjang

Tidak ada

III. ANALISIS

Diagnosa : Ny I Usia 38 tahun P30011 dengan akseptor KB IUD Post

Plasenta

Masalah : tidak ada

IV. PERENCANAAN

Tanggal : 19/02/21

Jam : 04.00

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
2. Beritahu ibu tentang keuntungan dan kekurangan menggunakan KB IUD
3. Beritahu ibu tentang efek samping penggunaan IUD
4. Beritahu ibu tentang waktu penggunaan Kb IUD
5. Beritahu ibu tentang keefektifitas prnggunaan Kb IUD
6. Lakukan infomed consent
7. Beritahu ibu tentang cara pemasangan
8. Beritahu ibu jika ada benang jangan ditarik, dikarenakan itu benang IUD
9. Beritahu ibu untuk jadwal kontrol
10. Lakukan pendokumentasian pada buku register Kb

V. IMPLEMENTASI

Tanggal : 19/02/21

Jam : 04.00

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan meliputi :

Tekanan darah : 110/80mmHg

Nadi : 98x/m

Suhu : 36C

RR : 18x/m

BB sebelum KB : 74kg

BB sekarang : 76kg

TB : 155cm

2. Memberitahu ibu tentang keuntungan dan kekurangan menggunakan KB IUD

Keuntungannya : lebih praktis, karena bisa mencegah kehamilannya jangka panjang, harganya relatif terjangkau, aman untuk ibu menyusui, tidak meningkatkan berat badan.

Kekurangannya : kram, bercak antara periode menstruasi, periode menstruasi tidak teratur, IUD tidak melindungi dari PMS,.

3. Memberitahu ibu tentang efek samping penggunaan IUD, Darah menstruasi lebih banyak dibanding biasanya. Timbul kram perut baik saat menstruasi atau tidak. Menimbulkan flek di awal pemasangan, mual dan perut tidak nyaman
4. Memberitahu ibu tentang waktu penggunaan Kb IUD, yang digunakan ibu berjanka 10 tahun jika ingin mempunyai anak lagi melepaskan IUD nya terlebih dahulu.
5. Memberitahu ibu tentang keefektifitas prnggunaan Kb IUD
6. Melakukan infomed consent, dilakukan untuk syarat bahwa ibu setuju menggunakan alat kontasepsi ini
7. Memberitahu ibu tentang cara pemasangan kb pasca persalinan, segera pasca persalinan dalam waktu lebih dari 10 menit sampai 48 jam pascapersalinan.

8. Memberitahu ibu jika ada benang jangan ditarik, dikarenakan itu benang IUD
9. Memberitahu ibu untuk jadwal kontrol,yaitu: pertama, 1 bulan pasca pemasangan, 3 bulan selanjutnya, setiap 6 bulan berikutnya, 1 tahun sekali, akan tetapi jika ibu terjadi perdarahan banyak terasa kram pada abdomen,
10. Melakukan pendokumentasian pada buku register Kb

VI. EVALUASI

Tanggal : 19/2/21

Jam : 04.00

1. Ibu mengerti kondisinya sekarang
2. Ibu mengerti yang telah dijelaskan mengenai kekurangan dan kelebihan IUD
3. Ibu mengerti efeksamping pemakaian IUD
4. Ibu mengerti jangka penggunaan IUD
5. Ibu faham yang telah dijelaskan
6. Ibu telah melakukan persetujuan dalam tindakan pemasangan IUD
7. Ibu mengerti yang telah dijelaskan tentang pemasangannya
8. Ibu mengerti yang dijelaskan bidan dan tidak akan mnarik jika ada benang
9. Ibu akan kontrol sesuai dengan jadwal yang telah diberikan
10. Telah dilakukan pendokumentasian pada buku register pasien