

BAB IV

ASUHAN KEBIDANAN SECARA *CONTINUITY OF CARE*

A. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

Hari/tanggal Pengkajian : Rabu, 13 Mei 2026
Waktu Pengkajian : 13.00 WIB
Tempat Pengkajian : Puskesmas Sambongpari
Nama Pengkaji : Neng Ulia Rosidah

IDENTITAS

Nama	: Ny.A	Nama Suami	: Tn.M
Umur	: 26 tahun	Umur	: 30 tahun
Suku	:Sunda	Suku	: Sunda
Agama	:Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Sambongjaya		
Golongan Darah	: B+		

1 DATA SUBJEKTIF

Ny.A datang ke Puskesmas mengeluh sering buang air kecil ± 10 kali perhari terutama pada malam hari sehingga ibu sering terbangun di tengah malam. Riwayat menstruasi, menarche usia 14 tahun, lama menstruasi 5-6 hari, siklus menstruasi 28 hari dan banyaknya menstruasi 2-3 kali ganti pembalut serta tidak ada keluhan saat menstruasi. HPHT : 16-

08-2025, TP 23-05-2026, pergerakan janin aktif. Riwayat kehamilan , ini merupakan kehamilan yang pertama, tidak pernah keguguran, pemeriksaan kehamilan rutin setiap bulan ke bidan, USG ke Dokter sudah 2 kali, USG terakhir hasil normal, status imunisasi TT-2. Riwayat pernikahan, Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan yang pertama bagi ibu dan suaminya dan menikah sudah 2 tahun. Tidak ada bahaya/ penyulit pada kehamilan dan ibu mengatakan sedikit khawatir dengan keluhan yang dirasakan. Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama sehingga ibu belum tau bagaimana saja persiapan untuk persalinan. Riwayat kontrasepsi, belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Riwayat penyakit ibu mengatakan tidak mempunyai penyakit berat, menular, menurun dan menahun seperti (Hipertensi, DM, Malaria, Hepatitis, sifilis, HIV/AIDS dll). suami dan keluarga mendukung terhadap kehamilan ini, pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami. Gaya Hidup yang mempengaruhi Kesehatan tidak ada yang mempengaruhi kesehatan ibu namun suami perokok aktif. Pola nutrisi, makan 3 kali sehari tidak ada keluhan dan pantangan, minum 8-9 gelas sehari. Eliminasi BAB 1^x/hari, BAK 10^x/hari setelah usia masuk trimester 3 dan paling sering BAK di malam hari. Pola istirahat, tidur malam 6-7 jam/hari, tidur siang 1 jam sehari. Personal hygiene, mandi 2 kali sehari, ganti celana dalam 2-3 kali sehari, keramas 3x dalam seminggu. Pola aktivitas ibu saat mengerjakan pekerjaan rumah sehari-hari. Pola hubungan seksual

1-2 kali/minggu, tidak ada keluhan. Tempat atau petugas yang diinginkan untuk persalinan yaitu di Puskesmas Sambongpari.

2 DATA OBJEKTIF

Keadaan umum baik, kesadaran : composmentis, keadaan emosional stabil. TB: 146 cm, BB: 55,8 kg, LILA: 22 cm, LP: 102, IMT: 25.1 cm. TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/menit, R: 20 x/menit, S: 36,7° C.

Pemeriksaan Fisik

Kepala	: Keadaan rambut bersih tidak rontok, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
Mata	: Simetris, konjungtiva merah muda tidak ada tanda anemis, sklera tidak ikterik, reaksi pupil terhadap cahaya normal tidak ada nyeri tekan.
Telinga	: Telinga Simetris, tidak ada serumen, tidak ada lesi atau benjolan pada telinga, nilai fungsi pendengaran baik
Hidung	: Septum hidung ditengah, tidak ada secret, tidak ada ada nyeri tekan, fungsi pernapasan baik
Mulut	: Tidak sianosis, bibir tidak pecah-pecah, gigi tidak caries, tidak ada pembengkakan, tidak bau mulut tidak ada nyeri tekan, fungsi pengecapan baik

Leher	: Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid maupun kelenjar getah bening, tidak ada nyeri tekan
Dada	: Simetris, tidak ada pembesaran abnormal, ronki (-), wheezing (-)
Jantung	Bunyi jantung reguler, murmur (-)
Payudara	: Simetris, tidak ada benjolan, tidak nyeri tekan, belum ada pengeluaran ASI
Abdomen	: Tidak ada bekas operasi tidak ada linea nigra
TFU <i>Mc Donald</i>	: 30 cm
Leopold I	: TFU 3 jari dibawah px, di fundus teraba lunak, kurang bulat, tidak melenting
Leopold II	: Bagian kiri perut ibu teraba panjang seperti papan sedangkan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil janin (PUKI)
Leopold III	: bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting, bagian terendah sudah masuk PAP 2/5
Leopold IV	: Divergen
DJJ	: 142x/menit (reguler)
TTBJ (Rumus Lohanson)	: 2.945 gram
Genitalia	: Tidak di lakukan karena pasien tidak ada keluhan di bagian genitalia selain keluhan sering BAK

Esktermitas : Jumlah jari lengkap, Tidak ada kelainan, tidak ada keterhambatan gerak

Refleks Fatela : kanan dan kiri (+/+), tidak ada kelainan

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium terakhir tanggal 02 Mei 2026

Hasil : Protein (Negatif)

Pemeriksaan USG terakhir tanggal 04 Mei 2026

Hasil : Janin tunggal hidup, Kepala dibawah, insersio plasenta di fundus, cairan ketuban cukup, TBBJ 2.846 gram, JK : Laki-laki, G1P0A0 H 38 minggu.

3 ANALISA DATA

Ny. A umur 26 tahun G1P0A0 Hamil 38-39 minggu dengan ketidaknyamanan sering Buang Air Kecil (BAK)

4 PENATALAKSANAAN

- 1) Membina hubungan baik dengan Ny. A. Hubungan terjalin baik
- 2) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada Ny. A bahwa hasil Pemeriksaan secara umum baik, namun status nutrisi perlu di tingkatkan lagi karena terdapat hasil pemeriksaan LILA 22 cm. Ny. A telah mengetahui hasil pemeriksaannya dan akan memperbaiki pola nutrisinya
- 3) Memberikan KIE mengenai tanda bahaya dan ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III. Ibu sudah mengerti bahwa keluhan yang

dirasakan oleh ibu saat ini merupakan ketidaknyamanan fisiologis pada ibu hamil trimester III

- 4) Menginformasikan kepada ibu untuk mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur dan BAK terlebih dahulu sebelum tidur agar istirahat ibu tidak terganggu. Ibu akan mencoba melakukannya untuk perbaikan ketidaknyamanan ibu
- 5) Memberikan KIE mengenai persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan pada Ny. A dengan menggunakan alat bantu Buku KIA. Ibu merasa lega karena sudah mengetahui persiapan apa saja untuk persalinan dan waspada terhadap tanda-tanda persalinan.
- 6) Memberikan KIE mengenai Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan menjelaskan dampaknya terhadap bayi. Ibu mengetahui bahwa LILA nya kurang dari batas normal yaitu normalnya LILA 23,5 cm.
- 7) Memberikan KIE terkait dengan nutrisi seimbang dengan peningkatan asupan gizi dan konsumsi protein. Ibu mengerti dan akan mencoba memperbaiki asupan nutri dengan lebih banyak konsumsi protein.
- 8) Memberikan KIE mengenai intervensi non-farmakologis dan menjelaskan manfaat senam kegel yaitu untuk melatih otot-otot dasar panggul yang membantu mendukung kandung kemih, rahim dan usus besar. Ini dapat membantu mengurangi frekuensi dorongan untuk berkemih dan mengurangi risiko inkontensia urin yang sering terjadi selama dan setelah kehamilan. Ibu mengerti mengenai intervensi yang diberikan

- 9) Memperkenalkan dan menganjurkan kepada ibu untuk mendownload aplikasi “Kehamilan Per Minggu” serta menjelaskan manfaatnya yaitu untuk mengtreking Latihan kegel dan menjelaskan tata cara penggunaannya. Ibu dapat mendownload aplikasi “Kehamilan Per Minggu” dan ibu bisa mengerti serta dapat menggunakan fitur pada aplikasi tersebut.
- 10) Memberitahukan kepada ibu untuk melakukan senam kegel secara rutin yaitu 2 kali sehari dengan durasi 5-10 menit/sesi. Ibu bersedia melakukannya di rumah dengan bantuan media video youtube dan aplikasi kehamilan perminggu
- 11) Meminta izin kepada ibu untuk mendemonstrasikan senam kegel untuk mempermudah ibu dalam melakukan secara mandiri di rumah. Ibu memberikan izin dan bersedia mengikuti senam kegel dan ibu dapat melakukannya dengan baik
- 12) Melakukan Pendokumentasian. Sudah terdokumentasikan dalam bentuk SOAP.

B. Asuhan Kebidanan Persalinan

Hari/tanggal Pengkajian : Sabtu, 23 Mei 2026

Waktu Pengkajian : 08.40 WIB

Tempat Pengkajian : Puskesmas Sambongpari

Pengkaji : Neng Ulia Rosidah

1 DATA SUBJEKTIF

Ibu datang bersama keluarga pukul 08.30 dan ibu mengatakan mulesnya sering serta terasa ingin BAB. Mules yang sering sudah dirasakan dari malam sekitar pukul 19.00 WIB disertai keluar lendir campur darah, belum ada pengeluaran air dari jalan lahir. Gerakan janin ada, Makan terakhir pukul 06.00 minum terakhir di mobil saat menuju ke Puskesmas. Belum BAB, Istirahat semalam kurang karena mules yang dirasakan sudah sering. Ibu percaya diri akan melahirkan dengan lancar dan selamat.

2 DATA OBJEKTIF

Keadaa Umum sakit sedang, kesadaran composmentis, keadaan Emosional stabil. TB : 146 cm, BB: 56 kg, LILA: 22 cm, LP: 103, IMT: 26,3 TD: 110/80 mmHg N : 82x/menit, R: 23x/menit, Suhu: 36,7°C

Pemeriksaan Fisik

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik

Abdomen :

TFU (*Mc Donald*) : 33 cm

Leopold I = Fundus teraba bagian lunak kurang melenting, kurang bulat

Leopold II = Bagian kiri teraba bagian keras memanjang, bagian kanan teraba bagian kecil janin

Leopold III = Bagian terbawah teraba bulat, keras dan melenting sudah masuk PAP, penurunan kepala 0/5

Leopold IV = Divergen

DJJ : 145x/m (reguler)

HIS : 4x10x25"

TBBJ

(Rumus lohnsen) : 3.410 gram

PD : v/t v/v tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm ketuban (-) cairan ketuban jernih, hodge IV, UUK kiri depan, tidak maulage, 0/5 anus tertekan, perineum tampak menonjol dan vulva membuka.

3 ANALISA DATA

Ny. A 26 tahun G1P0A0 hamil 40 minggu inpartu kala II fisiologis

4 PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah pembukaan lengkap dan ketuban pecah pukul 09.00 WIB. Ibu dan keluarga mengetahui hasilnya
- 2) Memakai perlindungan diri. Sudah terpakai
- 3) Memasukan oksitosin kedalam spuit dengan memakai sarung tangan sebelah. Oksitosin sudah dalam spuit

- 4) Mempersiapkan posisi ibu. Posisi litotomi
- 5) Memimpin ibu untuk meneran dan memeriksa DJJ saat tidak ada His. Ibu dapat mengikuti dan sudah dilakukan pemeriksaan DJJ 145x/menit (reguler)
- 6) Memberikan terapi nonfarmakologis berupa teknik relaksasi pernapasan dalam untuk membantu menurunkan rasa nyeri persalinan. Ibu mampu melakukan teknik relaksasi pernapasan dalam dengan baik dan tampak lebih tenang saat kontraksi berlangsung.
- 7) Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minum pada saat tidak ada his. Ibu minum sedikit-sedikit
- 8) Saat kepala bayi membuka vulva 5-6 cm, memasang handuk diatas perut ibu, memasang alas bokong, membuka partus set dan memakai sarung tangan steril. Sudah dilakukan semuanya sudah siap
- 9) Memotivasi ibu dan memberikan pujian pada ibu saat meneran. Ibu mendedan saat ada his
- 10) Membantu melahirkan kepala, bahu dan badan bayi. Jam 09.21 WIB bayi lahir hidup spontan, menangis kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki.

CATATAN PERKEMBANGAN KALA III (JAM 09.36 WIB)

- S** : Ibu mengatakan masih merasa sedikit mules
- O** : Keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, keadaan emosional stabil, kontraksi uterus baik, uterus membulat,

perdarahan $\pm$ 250 ml, tali pusat tampak didepan vulva dan bertambah panjang.

A : Ny.A inpartu kala III fisiologis

P :

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu. Ibu mengetahui hasilnya
- 2) Memastikan tidak ada bayi kedua, bayi tunggal. Bayi tunggal hidup
- 3) Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik. Oksitosin di suntikan di 1/3 paha bagian distal lateral
- 4) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. Sudah dilakukan pemindahan klem tali pusat
- 5) Menegangkan tali pusat sambil melakukan dorso kranial saat kontraksi. Sudah dilakukan penegangan tali pusat
- 6) Membantu melahirkan plasenta setelah ada tanda tanda pelepasan plasenta. Plasenta lahir spontan jam 09.36 WIB
- 7) Melakukan masase uterus. Sudah dilakukan masase selama 15 kali/15 detik

CATATAN PERKEMBANGAN KALA IV (JAM 09.46 WIB)

S : Ibu mengatakan sedikit lelah tapi ibu merasa lega karena bayinya telah lahir dengan selamat

O : Keadan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, keadan emosional stabil. TD : 110/80 mmHg, N : 85 x/ menit, R : 24 x/ menit, S : 36,7°C, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, perdarahan $\pm$ 50 ml.

A : Ny.A umur 26 tahun P1A0 inpartu kala IV dengan laserasi perineum grade II

P :

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu. Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya
- 2) Melakukan pengecekan plasenta. Plasenta lengkap
- 3) Melakukan pengecekan robekan perineum. Terdapat robekan perineum derajat 2
- 4) Melakukan penjahitan perineum, bagian dalam menggunakan jelujur dan bagian luar dengan subkutikuler. Penjahitan perineum sudah dilakukan
- 5) Mengobservasi keadaan umum, TTV, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Hasil terlampir dalam partograf
- 6) Mengajarkan ibu cara melakukan masase. ibu mencoba melakukan masase
- 7) Merendam alat-alat kedalam larutan klorin 0.5%. Sudah dilakukan selama 10 menit

- 8) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi. Sudah dibuang pada tong sampah sesuai jenisnya
- 9) Membersihkan ibu dengan air DTT dan memastikan ibu merasa nyaman. Sudah dilakukan dan ibu merasa lebih nyaman
- 10) Mendekontaminasi tempat persalinan. Sudah terdekontaminasi
- 11) Mencuci tangan. Melakukan cuci tangan 7 langkah
- 12) Melengkapi partograf. Hasil terlampir.

C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL)

Hari/tanggal Pengkajian : Sabtu, 23 Mei 2026
 Waktu Pengkajian : 09.21 WIB
 Tempat Pengkajian : Puskesmas Sambongpari
 Nama Pengkaji : Neng Ulia Rosidah

Identitas Bayi

Nama : Bayi Ny.A
 Usia : 0-1 jam
 Tanggal/jam lahir : 23 Mei 2026 / 09.21 WIB
 Jenis Kelamin : Laki-laki

JAM 09. 21 WIB

S : -

O : Bayi lahir spontan, menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik

A : BBL 0 jam fisiologis

P :

- 1) Mengeringkan dan menghangatkan bayi. Sudah dikeringkan dan terjaga kehangatannya
- 2) Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat. Sudah dilakukan
- 3) Melakukan perawatan tali pusat terbuka untuk menjaga kebersihan tali pusat dan mencegah infeksi. Perawatan tali pusat terbuka telah dilakukan
- 4) Melakukan IMD. IMD sudah dilakukan selama 1 jam keberhasilan bayi menghisap puting pada jam 09.51 WIB
- 5) Menyelimuti bayi dengan kain hangat, memasang topi di kepala bayi. Bayi sudah terjaga kehangatannya.

JAM 10. 21 WIB

S : Bayi lahir tanggal 23 Mei 2026 pukul 09.21 WIB. Bayi lahir spontan, menangis kuat, pergerakan aktif, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, jenis kelamin Laki-laki.

O : Keadaan Umum Baik, BB : 2.800 gram, PB: 45 cm, LK: 30 cm, LD: 32 cm, P: 120x/menit, R: 32x/menit, S: 36,7°C.

Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bentuk simetris, rambut hitam, ubun-ubun datar dan berdenyut, maulage (-), caput succedaneum (-), cepal haematom (-), refleks glabella (+)

Muka	: Tidak ada kelainan
Mata	Letak simetris, bentuk normal, sclera (-), konjungtiva merah muda, sclera putih, Refleks eyeblink/ glabella (+)
Hidung	: Bersih, tidak ada kelainan
Telinga	: Bentuk simetris, bersih, tidak mengeluarkan cairan
Mulut	Bibir, lidah dan palatum tidak ada kelainan, refleks rooting (+), refleks sucking (+), refleks swallowing (+)
Leher	: Pergerakan (+), tidak ada pembengkakan, refleks tonik neck (+)
Dada	: Bentuk simetris, bunyi jantung regular, suara nafas bersih
Ekstermitas Atas	: Bentuk simetris, pergerakan aktif, jari-jari lengkap, refleks babinsky (+), refleks plantar (+)
Punggung	: Tidak ada kelainan, refleks galant (+), spina bifida (-)
Kulit	: Warna kulit kemerahan, hemangioma (-), mongolian spot (-)
Eliminasi	: BAB (+), BAK (+)

A : By. Ny.A umur 1 jam fisiologis

P :

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga mengetahui hasilnya
- 2) Memberikan suntik Vit K dan menjelaskan manfaatnya kepada ibu dan keluarga. Vit K disuntikkan di 1/3 paha kiri

- 3) Menjaga kehangatan bayi. Bayi sudah terjaga kehangatannya
- 4) Memberikan salep mata dan menjelaskan manfaatnya kepada ibu dan keluarga. Sudah diberikan di mata bagian kanan dan kiri
- 5) Memberikan bayi pada ibu untuk di susui dan menjelaskan manfaat ASI eksklusif. Bayi disusui oleh ibu menggunakan ASI eksklusif
- 6) Memberitahu ibu dan keluarga 1 jam kemudian akan diberikan suntik HB 0 dan menjelaskan manfaat bagi bayi. HB 0 akan diberikan pada jam 10.21 WIB.

D. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

KF 1 (1 Hari Postpartum)

Hari/tanggal Pengkajian : Minggu, 24 Mei 2026

Waktu Pengkajian : 16.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien

Nama Pengkaji : Neng Ulia Rosidah

1 DATA SUBJEKTIF

Ny. A umur 26 tahun P1A0 mengatakan melahirkan normal 1 hari yang lalu di Puskesmas Sambongpari. Ibu mengatakan tubuh masih sedikit lelah namun sudah lebih nyaman dibanding setelah persalinan. Ibu mengatakan ASI belum keluar banyak dan masih sedikit sehingga merasa

khawatir kebutuhan bayi belum tercukupi. Ibu sudah BAK spontan dan sudah BAB setelah persalinan. Pola makan ibu 3 kali/hari dengan porsi kecil dan minum cukup 8 gelas sehari. Ibu mendapat dukungan dari suami dan keluarga, tidak ada pantangan makanan selama proses setelah melahirkan.

2 DATA OBJEKTIF

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, emosional stabil.

BB: 53 kg, TB: 146 cm, LILA: 22 cm, LP: 92, IMT: 24,9. TD: 110/80 mmHg, N: 82 x/menit, R: 22 x/menit, S: 36,7°C.

Pemeriksaan Fisik:

Mata konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik, Payudara simetris, puting menonjol, kolostrum mulai keluar sedikit, abdomen tidak terdapat bekas operasi, TFU setinggi pusat / 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, uterus keras, kandung kemih kosong, lochea rubra, perineum terdapat laserasi derajat II, luka jahitan baik, tidak ada tanda infeksi, Ekstermitas atas dan ekstermitas bawah simetris kiri kanan, tidak ada oedema, fungsi pergerakan baik, jumlah jari lengkap. Anus tidak ada hemoroid. Refleks fatela +/+.

3 ANALISA DATA

Ny. A umur 26 tahun P1A0 postpartum fisiologis 1 hari dengan pengeluaran ASI belum optimal.

4 PENATALAKSANAAN

- 1) Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Hubungan baik terjalin
- 2) Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan normal dan stabil. Ibu memahami hasil pemeriksaan
- 3) Memberikan dukungan dan motivasi kepada ibu untuk menyusui sesering mungkin (*on demand*) guna membantu meningkatkan produksi ASI dan memperkuat bonding ibu-bayi. Ibu bersedia menyusui lebih sering untuk meningkatkan ASI
- 4) Memberikan KIE tentang teknik menyusui dan posisi perlekatan yang benar, seperti posisi *cradle hold* atau *football hold*. Ibu mengerti dan mencoba kembali mempraktekannya
- 5) Menjelaskan bahwa ASI pertama (kolostrum) memang keluar sedikit namun cukup untuk kebutuhan bayi. Ibu lebih tenang dan memahami kondisi ASI awal
- 6) Menganjurkan makan tinggi protein, minum cukup dan istirahat saat bayi tidur. Ibu bersedia mengikuti anjuran dengan makan tinggi protein minum ± 8 gelas/hari dan istirahat cukup
- 7) Mengevaluasi kemampuan mobilisasi ibu dan menganjurkan ibu tetap melakukan mobilisasi secara bertahap untuk mempercepat pemulihan. Ibu mengatakan sudah dapat berjalan namun sedikit ngilu dengan luka jahitan

- 8) Memberikan edukasi tanda bahaya masa nifas (perdarahan banyak, demam, nyeri hebat, lochea berbau dan pusing berat). Ibu mampu mengulang kembali tanda bahaya pada masa nifas
- 9) Melakukan pendokumentasian. Sudah terdokumentasikan dalam bentuk SOAP.

CATATAN PERKEMBANGAN KF2 (7 Hari Postpartum)

Hari/tanggal Pengkajian : Sabtu, 30 Mei 2026

Waktu Pengkajian : 10.00 WIB

Tempat Pengkajian : Puskesmas Sambongpari

Nama Pengkaji : Neng Ulia Rosidah

1 DATA SUBJEKTIF

Ny.A datang ke Puskesmas bersama bayinya mengatakan ingin kontrol nifas 7 hari. Ibu mengatakan pengeluaran ASI masih belum optimal, namun sudah lebih banyak dibandingkan hari-hari awal setelah persalinan. Bayi mendapatkan ASI, namun sesekali masih diberikan susu formula karena ibu merasa produksi ASI belum mencukupi kebutuhan bayi. Ibu mengatakan tidak terdapat keluhan demam, perdarahan berlebih, nyeri hebat, maupun keluhan lain selama masa nifas. Pola nutrisi makan 3x/hari, minum ± 8 gelas/hari. Pola eliminasi BAB rutin 1x/hari, BAK ± 5 x/hari. Pola istirahat siang ± 1 jam tapi tidak menentu karena menyusui dan malam

±7 jam. Aktivitas sehari-hari mengurus bayinya dan pekerjaan rumah dibantu oleh suami. Ibu mengatakan belum menggunakan KB.

2 DATA OBJEKTIF

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. TB : 146 cm, BB: 53,2 kg, LILA: 22 cm, LP: 90, IMT: 25,3. TD: 100/80 mmHg, N: 81 x/menit, R: 20 x/menit, S: 36,7° C.

Pemeriksaan Fisik :

Mata simteris kiri kanan, konjungtiva merah muda, sklera putih tidak ikterik. Leher tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid, limfe maupun vena jugularis. Dada simetris, tidak ada nyeri tekan, fungsi pernapasan reguler. Payudara simetris kiri kanan, puting menonjol, tidak ada nyeri tekan, pengeluaran ASI belum optimal. Abdomen tidak ada bekas luka operasi, TFU pertengahan pusat dan simpisis, kandung kemih kosong. Perineum terdapat bekas laserasi derajat II, luka jahitan tampak kering, tidak ada tanda infeksi (kemerahan, bengkak, pus), proses penyembuhan luka baik, lochea serosa, tidak berbau. Ekstermitas atas dan ekstermitas bawah simetris kiri kanan, tidak ada oedema, fungsi pergerakan baik, jumlah jari lengkap. Anus tidak ada hemoroid. Refleks fatela +/+.

3 ANALISA DATA

Ny.A umur 26 tahun P1A0 7 hari postpartum fisiologis

4 PENATALAKSANAAN

- 1) Membina hubungan baik dengan ibu. Hubungan baik terjalin
- 2) Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dalam keadaan normal. Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya yaitu dalam keadaan baik
- 3) Memberikan motivasi dan dukungan emosional kepada ibu untuk proses menyusui. Ibu merasa termotivasi untuk tetap menyusui bayinya
- 4) Mengingatkan ibu tanda bahaya masa nifas. Ibu mengerti dan mengetahui tanda bahaya masa nifas yaitu seperti perdarahan banyak, demam, lochea berbau dan pusing
- 5) Mengingatkan kembali terkait dengan cara menyusui yang tepat. Ibu mengerti dan mencoba melakukannya dengan beberapa cara menyusui sesuai anjuran seperti posisi *cradle hold* atau *football hold*
- 6) Melakukan evaluasi proses penyembuhan luka jahitan perineum dan memberikan edukasi perawatan luka perineum, meliputi menjaga area perineum tetap bersih dan kering, mengganti pembalut secara teratur, membersihkan area genital dari depan ke belakang setelah BAK/BAB serta menganjurkan ibu segera memeriksakan diri apabila muncul tanda infeksi seperti nyeri hebat, bengkak, keluar cairan atau bau tidak sedap pada luka jahitan. Ibu mengetahui cara menjaga kebersihan area perineum, memahami cara perawatan luka jahitan serta mampu menyebutkan tanda infeksi pada luka perineum.

7) Melakukan *informed consent* untuk memberikan asuhan komplementer dengan pemberian pijat oksitosin dan aromaterapi lavender untuk melancarkan ASI. Ibu menyetujui untuk dilakukan pijat oksitosin dan aromaterapi lavender

8) Memberikan KIE terkait dengan tata cara melakukan pijat oksitosin dan penggunaan aromaterapi lavender serta memberikan video pijat oksitosin kepada ibu untuk di praktekan dirumah bersama suami.

Pijat Oksitosin : Diberikan SOP pijat oksitosin dan lakukan secara rutin setiap 2 kali sehari selama 15 menit.

Aromaterapi Lavender (Cara penggunaannya) :

- a. Teteskan 3-5 tetes minyak esensial lavender pada air hangat atau diffuser
- b. Hirup uapnya selama 10-15 menit
- c. Lakukan : 1-2 kali sehari

Ibu mengerti dan akan melakukan nya dirumah dibantu dengan suami karena ibu memiliki aromaterapi lavender dan diffuser

9) Mengingatkan kepada ibu jika ada keluhan pada ibu maupun bayi untuk periksa ke fasilitas kesehatan terdekat. Ibu mengerti dan akan melakukannya

10) Melakukan pendokumentasian. Sudah terdokumentasikan dalam bentuk SOAP.

CATATAN PERKEMBANGAN KF3 (9 Hari Postpartum)

Hari/tanggal Pengkajian : Senin, 01 Juni 2026

Waktu Pengkajian : 09.00 WIB

Tempat Pengkajian : Puskesmas Sambongpari

Nama Pengkaji : Neng Ulia Rosidah

1 DATA SUBJEKTIF

Ny. A datang ke Puskesmas bersama bayinya untuk melakukan kunjungan nifas hari ke-9. Ibu mengatakan pengeluaran ASI sudah lancar dan banyak serta bayi menyusui sesuai kebutuhan. Ibu mengatakan tidak mengalami keluhan selama masa nifas seperti demam, perdarahan berlebih, nyeri hebat, ataupun keluhan lainnya.

Pola nutrisi ibu baik, dengan frekuensi makan 3 kali sehari dan minum ± 8 gelas per hari. Pola eliminasi BAB rutin 1 kali sehari dan BAK ± 5 kali sehari. Pola istirahat ibu siang hari sekitar ± 1 jam dan malam hari ± 7 jam, namun sering terbangun pada malam hari untuk menyusui bayinya.

2 DATA OBJEKTIF

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, keadaan emosional stabil. TB : 146 cm, BB: 53,5 kg, LILA: 22 cm, LP: 91, IMT: 24,9. TD: 110/80 mmHg, N: 80x/menit, R: 20 x/menit, S: 36,6° C.

Pemeriksaan Fisik :

Mata simteris kiri kanan, konjungtiva merah muda, sklera putih tidak ikterik. Leher tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid, limpe maupun vena jugularis. Dada simetris, tidak ada nyeri tekan, fungsi pernapasan reguler. Payudara simetris kiri kanan, puting menonjol, tidak ada nyeri tekan, pengeluaran ASI lancar dan banyak . Abdomen tidak ada bekas luka operasi, TFU sudah tidak teraba, kandung kemih kosong. Perineum terdapat bekas laserasi derajat II, luka jahitan tampak kering, tidak ada tanda infeksi (kemerahan, bengkak, pus), proses penyembuhan luka baik, lokhea serosa, tidak berbau. Ekstermitas atas dan ekstermitas bawah simetris kiri kanan, tidak ada oedema, fungsi pergerakan baik, jumlah jari lengkap. Anus tidak ada hemoroid. Refleks fatela +/+.

3 ANALISA DATA

Ny.A umur 26 tahun P1A0 9 hari postpartum fisiologis

4 PENATALAKSANAAN

- 1) Membina hubungan baik dengan ibu. Hubungan baik terjalin
- 2) Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dalam keadaan normal. Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya

- 3) Memberikan motivasi dan dukungan emosional kepada ibu untuk proses menyusui. Ibu merasa termotivasi untuk tetap menyusui bayinya
- 4) Mengingatkan kembali kepada ibu tanda bahaya masa nifas. Ibu mengerti dan mengetahui tanda bahayanya
- 5) Melakukan evaluasi proses penyembuhan luka jahitan perineum serta memberikan edukasi perawatan perineum meliputi menjaga area perineum tetap bersih dan kering, mengganti pembalut secara teratur, membersihkan area genital dari depan ke belakang setelah BAK/BAB, serta mengenali tanda infeksi pada luka jahitan. Ibu memahami cara perawatan luka perineum dan mampu menyebutkan tanda infeksi pada luka jahitan.
- 6) Memberikan edukasi mengenai pemenuhan nutrisi ibu nifas dengan menganjurkan konsumsi makanan bergizi seimbang, tinggi protein, memperbanyak konsumsi cairan, serta istirahat cukup untuk membantu pemulihan dan produksi ASI. Ibu memahami pentingnya nutrisi dan istirahat selama masa nifas.
- 7) Mengingatkan kepada ibu jika ada keluhan pada ibu maupun bayi untuk periksa ke fasilitas kesehatan terdekat. Ibu mengerti dan akan melakukannya
- 8) Melakukan pendokumentasian. Sudah terdokumentasikan dalam bentuk SOAP

E. Asuhan Kebidanan Neonatus

KN 1 (1 Hari)

Hari/tanggal Pengkajian : Minggu, 24 Mei 2026

Waktu Pengkajian : 16.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien

Nama Pengkaji : Neng Ulia Rosidah

S : -

O : Keadaan umum baik, bayi tampak aktif, menangis kuat, warna kulit kemerahan. BB: 2.800 gram, PB: 45 cm, S: 36,7°C, N: 136 x/menit, RR: 42 x/menit.

Pemeriksaan fisik :

kepala bentuk simetris, tidak ada caput, tidak ada cephal hematoma, mata bentuk simetris, tidak ikhterik, tidak anemis. Hidung simetris, tidak ada cuping hidung. Telinga bentuk simetris, tidak ada pengeluaran cairan abnormal. Mulut bentuk simetris, bibir tidak sianosis, tidak ada *labioshiziz* dan *labiopalatoshiziz*. Leher tidak ada pembengkakan vena jugularis, dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada. Abdomen bentuk bulat, tidak ada kelainan kongenital, tali pusat bersih, tidak ada perdarahan. Genitalia normal, Skrotum turun, anus tidak atresia ani. Punggung normal tidak ada kelainan tulang belakang, warna kulit kemerahan, tidak terdapat bercak mongol. Extremitas normal, jumlah jari tangan

dan kaki lengkap, tidak terdapat fraktur. *Refleks rooting (+)*, *sucking (+)*, *refleks grasp (+)*, *refleks moro (+)*, *babinsky (+)*.

A : Bayi Ny. A Usia 1 Hari Fisiologis

P :

- 1) Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Hubungan baik terjalin
- 2) Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi normal. Ibu mengetahui kondisi bayi yaitu dalam keadaan baik
- 3) Mengobservasi suhu tubuh, pernapasan, aktivitas dan refleks bayi. Kondisi bayi stabil
- 4) Menganjurkan ibu menyusui sesering mungkin secara *on demand*. Ibu bersedia menyusui lebih sering dengan minimal 2 jam sekali
- 5) Memberikan edukasi menjaga kehangatan bayi (topi, pakaian, bedong secukupnya). Ibu memahami untuk menjaga kehangatan bayinya
- 6) Melakukan *informed consent* untuk memberikan asuhan komplementer berupa perawatan tali pusat terbuka pada bayi dan menjelaskan tujuannya yaitu untuk mencegah terjadinya infeksi dan mempercepat pelepasan tali pusat. Ibu menyetujui dilakukan perawatan tali pusat terbuka
- 7) Memberikan KIE terkait perawatan tali pusat terbuka, yaitu menjaga tali pusat tetap bersih dan kering, membiarkan tali

pusat terbuka tanpa diberikan kasa maupun antiseptik, melipat popok di bawah tali pusat, serta menghindari pemberian bahan apapun pada tali pusat. Ibu memahami cara melakukan perawatan tali pusat terbuka di rumah

- 8) Menjelaskan tanda infeksi tali pusat seperti kemerahan pada sekitar pangkal tali pusat, keluar cairan berbau, bengkak atau demam pada bayi. Ibu mampu menyebutkan kembali tanda infeksi tali pusat
- 9) Melakukan pendokumentasian. Sudah terdokumentasikan dalam bentuk SOAP

CATATAN PERKEMBANGAN KN 2 (7 Hari)

Hari/tanggal Pengkajian : Sabtu, 30 Mei 2026

Waktu Pengkajian : 16.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien

Nama Pengkaji : Neng Ulia Rosidah

S : -

O : Keadaan umum baik, bayi aktif. BB: 2.850 gram S: 36,6°C, N: 136x/menit, RR: 40 x/menit.

Pemeriksaan fisik :

Kepala bentuk simetris, tidak ada caput, tidak ada cephal hematoma, mata bentuk simetris, tidak ikhterik, tidak anemis. Hidung simetris, tidak ada cuping hidung. Telinga bentuk simetris,

tidak ada pengeluaran cairan abnormal. Mulut bentuk simetris, bibir tidak sianosis, tidak ada *labioshizis* dan *labiopalatoshizis*. Leher tidak ada pembengkakan vena jugularis, dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada. Abdomen bentuk bulat, tidak ada kelainan kongenital, tali pusat bersih, tidak ada perdarahan. Genitalia normal, Skrotum turun, anus tidak atresia ani. Punggung normal tidak ada kelainan tulang belakang, warna kulit kemerahan, tidak terdapat bercak mongol. Ektremitas normal, jumlah jari tangan dan kaki lengkap, tidak terdapat fraktur. *Refleks rooting (+)*, *sucking (+)*, *refleks grasp (+)*, *refleks moro (+)*, *babinsky (+)*.

A : By. Ny. A usia 7 hari fisiologis

P :

- 1) Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Hubungan baik terjalin
- 2) Menjelaskan hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan normal. Ibu memahami kondisi bayi yaitu dalam keadaan baik
- 3) Mengevaluasi pola menyusui, frekuensi BAK/BAB dan tanda kecukupan ASI. Bayi aktif dan eliminasi lancar
- 4) Memberikan edukasi menyusui sesering mungkin dan memperbaiki perlekatan menyusui. Ibu memahami bahwa bayinya harus di susui sesering mungkin minimal 2 jam sekali

- 5) Melakukan evaluasi kondisi tali pusat dan hasil penerapan perawatan tali pusat terbuka yang telah dilakukan ibu di rumah.
Ibu melakukan perawatan secara mandiri di rumah sesuai anjuran dengan hasil : tali pusat tampak kering/mulai puput, tidak terdapat tanda infeksi
- 6) Memberikan edukasi tanda bahaya bayi seperti demam, kuning hingga telapak kaki, malas menyusu, sesak napas atau kejang.
Ibu mampu menyebutkan kembali tanda bahaya pada bayi
- 7) Menganjurkan kunjungan ulang sesuai jadwal atau ketika ada tanda bahaya pada bayi. Ibu bersedia kontrol kembali jika ada tanda bahaya pada bayinya
- 8) Melakukan pendokumentasian. Sudah terdokumentasikan dalam bentuk SOAP

CATATAN PERKEMBANGAN KN 3 (9 Hari)

Hari/tanggal Pengkajian : Senin, 01 Juni 2026

Waktu Pengkajian : 16.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien

Nama Pengkaji : Neng Ulia Rosidah

S : Ibu mengatakan bayi menyusu kuat dan sering sesuai kebutuhan.
BAB dan BAK lancar. Ibu mengatakan muncul bintik-bintik/ruam kemerahan pada area wajah dan badan bayi sejak kemarin. Ibu

mengatakan bayi tidak demam, tidak rewel berlebihan, tidak sesak napas dan tetap aktif menyusu.

O : Keadaan umum baik, bayi aktif. BB: 3.000gram S: 36,7°C, N: 134 x/menit, RR: 40 x/menit.

Pemeriksaan fisik :

Pemeriksaan fisik: kepala simetris, tidak terdapat caput succedaneum maupun cephal hematoma. Mata simetris, tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis. Hidung simetris, tidak terdapat cuping hidung. Telinga simetris, tidak terdapat pengeluaran cairan abnormal. Mulut simetris, bibir tidak sianosis, tidak terdapat *labioskizis* maupun *labiopalatoskizis*. Leher tidak ada pembengkakan. Dada simetris, tidak terdapat retraksi dinding dada. Abdomen bulat, tidak terdapat kelainan kongenital, tali pusat bersih dan kering, tidak terdapat tanda infeksi maupun perdarahan. Genitalia normal, skrotum sudah turun, anus tidak atresia ani. Punggung normal, tidak terdapat kelainan tulang belakang. Kulit tampak ruam/bintik kemerahan pada area wajah dan badan, tidak disertai pustula, tidak tampak tanda infeksi, warna kulit kemerahan. Ekstremitas normal, jumlah jari lengkap, tidak terdapat fraktur. *Refleks rooting (+)*, *sucking (+)*, *refleks grasp (+)*, *refleks moro (+)*, *babinsky (+)*.

A : By. Ny. A usia 9 hari fisiologis

P :

- 1) Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Hubungan baik terjalin
- 2) Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa bayi dalam keadaan normal. Ibu memahami kondisi bayi bahwa ruam pada bayinya masi dalam batas normal
- 3) Memberikan edukasi terkait perawatan kulit bayi dengan menjaga kebersihan kulit, menggunakan pakaian yang menyerap keringat, menghindari penggunaan bedak atau produk berlebihan pada kulit bayi dan menjaga kulit tetap kering. Ibu memahami cara merawat kulit bayi untuk perbaikan ruam pada bayinya
- 4) Mengingatkan kembali tanda bahaya pada bayi seperti demam, ruam semakin meluas, muncul nanah, bayi malas menyusu, sesak napas, kuning hingga telapak kaki atau kejang. Ibu mampu menyebutkan kembali tanda bahaya pada bayi.
- 5) Menganjurkan kunjungan ulang atau segera ke fasilitas kesehatan apabila ruam bertambah banyak atau muncul keluhan lain. Ibu bersedia melakukan kontrol bila terdapat keluhan.
- 6) Melakukan pendokumentasian. Sudah terdokumentasikan dalam bentuk SOAP