

BAB IV
ASUHAN KEBIDANAN CONTINUITY OF CARE (COC)

A. Asuhan Kehamilan (ANC)

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN PADA NY. E USIA 32 TAHUN
G3P2A0 HAMIL 39-40 FISIOLOGIS DI PUSKESMAS SUKARAME
TAHUN 2026

Tanggal Pengkajian : Rabu 20 Mei 2026
Waktu Pengkajian : 08.30 WIB
Tempat Pengkajian : PONED Sukarame
Pengkaji : Sumber Wigati

I. DATA SUBJEKTIF

Identitas Klien		Identitas Suami
Nama	: Ny. E	Ny. I
Umur	: 32 tahun	32 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Wiraswasta
Alamat	: Kp. Babakan anyar rt020/rw002 Ds. Sukarame Kec.Sukarame Kabupaten Tasikmalaya	

a. Keluhan Utama

Ibu datang ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya, ibu mengatakan mulai terasa mules sejak tadi subuh jam 04.00 wib.

b. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan menarche pada usia 13 tahun, lama menstruasi 7 hari, siklus teratur setiap 28–30 hari, datang bulan 2–3 kali ganti pembalut. HPHT 10-08-2025, HPL 17-05-2026.

c. Riwayat Kehamilan, Persalinan Nifas yang lalu

Tahun	Jenis persalinan	Usia persalinan	Penolong persalinan	JK Bayi	Penyulit
2016	Spontan	Aterm	Bidan	Perempuan	Tidak Ada
2021	Spontan	Aterm	Bidan	Perempuan	Tidak Ada
2026	HAMIL INI	-	-	-	-

d. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu rutin periksa ke bidan dan ke dokter spesialis kandungan, Ibu sudah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 4x.

e. Riwayat KB

Ibu pernah menggunakan jenis kontrasepsi Kb suntik 3 bulan selama 5 tahun, sejak tahun 2016-2019 dan sejak tahun 2021- 2023 dan tidak pernah ada keluhan apapun selama menggunakan jenis Kb suntik 3 bulan.

f. Riwayat Penyakit dan Alergi

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit menular, menurun, maupun menahun, serta tidak memiliki alergi obat dan makanan.

g. Pola Nutrisi

ibu makan 3 kali/hari dengan menu bervariasi nasi, daging, telur, ikan, ayam, sayuran, tempe, tahu, buah dan lainnya, minum 6-7 gelas/hari.

h. Pola eliminasi

BAK 8-9 kali/hari berwarna kuning berbau khas, dan BAB rutin 1 kali/hari dengan konsistensi lunak tanpa penyulit.

i. Pola istirahat

Tidur kurang lebih 6-7 jam saat malam hari dan 1 jam pada saat siang hari.

j. Pola aktivitas

Mengerjakan pekerjaan rumah dibantu oleh keluarga. Ibu tidak memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol, minum jamu-jamuan dan tidak ada pantangan makanan.

k. Riwayat sosial Ekonomi

Ini merupakan kehamilan dan persalinan yang direncanakan, ibu mendapatkan dukungan penuh atas kehamilan dan persalinannya, baik dari keluarga besar suami maupun dari keluarga besarnya, ibu tinggal dilingkungan yang saling mendukung, anak kandungnya pun sangat sayang kepada calon adik yang sedang dikandungnya, suami selalu membantu dalam pekerjaan rumah tangga, ibu merasa bahagia dengan pernikahan dan kehamilannya ini, dan suami selalu memberi nafkah lahir dan bathin dengan baik.

II. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : baik,

2. kesadaran : Composmentis,

3. Antropometri

BB sebelum hamil : 48 kg

BB sekarang : 59 kg,

TB : 158 cm,

Kenaikan BB : 11 kg

IMT : 24.8

LILA : 25,5 cm,

4. Tanda- tanda vital

TD : 110/80 mmHg

Nadi : 84x/menit,

R : 19x/menit

Suhu : 36,3 °C.

5. Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada kelainan dan tidak ada nyeri tekan.

Wajah : Bentuk Simetris, tidak ada cloasma gravidarum, oedema, dan tidak pucat.

Mata : Letak Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.

Mulut : Bentuk Simetris, tidak stomatitis, ada karies gigi, dan ada 2 gigi berlubang.

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis.

Dada : Simetris tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan, bunyi paru normal tidak ada wheezing/ronchi, suara jantung normal,

Payudara : Simetris, tidak ada retraksi dan dimpling, areola hitam puting menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, colostrum (+/+).

Abomen : Tidak ada bekas luka operasi, tidak terdapat striae gravidarum dan linea nigra.

Palpasi

Leopold I : TFU 3 jari dibawah *processus xypodeus*, dibagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting.

Leopold II : Teraba bagian keras memanjang disebelah kiri perut ibu, dan teraba bagian-bagian kecil disebelah kanan perut ibu.

Leopold III : Dibagian perut bawah ibu teraba keras, bulat, melenting, sudah masuk PAP.

Leopold IV : Divergen, Penurunan kepala : 4/5

TFU : 31 cm

TBBJ : 3100 gr

DJJ : 148 x/menit, regular

Genetalia : Tidak dilakukan.

Anus : Tidak ada hemoroid.

Ekstremitas atas : Normal, kuku tidak pucat, tidak oedema.

Ekstremitas bawah : Normal, tidak ada oedema, tidak ada varises, refleks patella+, kuku tidak pucat.

6. Pemeriksaan Penunjang Tanggal 5 Januari 2026

HB	: 14 gr/dl
Gol. Darah	: O / Rhesus+
HIV	: Non Reaktif
Syphilis	: Non Reaktif
HbSAg	: Non Reaktif
HbSAg	: Non Reaktif
GDS	: 91 mg/dl

III. ANALISA DATA

Ny. E Usia 32 tahun G3P2A0 hamil 39-40 minggu fisiologis.

IV. PENATALAKSANAAN

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Evaluasi : respon ibu baik
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu. Evaluasi: ibu mengetahui hasil pemeriksaan
3. Melakukan informed consent asuhan yang akan diberikan. Evaluasi: ibu bersedia
4. Memberikan KIE mengenai pijat Endorphine. Evaluasi : ibu mengerti
5. Memberikan asuhan komplementer berupa pijat Endorphine untuk membantu mempercepat proses persalinan ibu, mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan. Evaluasi : ibu mengerti dan bersedia, His menjadi lebih sering dan lebih kuat, ibu menjadi lebih relaks dan bisa mengendalikan rasa mulesnya.
6. Melakukan observasi kemajuan persalinan dalam partograf. Evaluasi : hasil terlampir dalam partograf.
7. Menyiapkan partuset dan tempat persalinan. Evaluasi : partuset dan tempat persalinan sudah siap.
8. Menyiapkan meja resusitasi dan persiapan perlengkapan bayi lahir. Evaluasi : Meja resusitasi dan perlengkapan bayi sudah di siapkan.

9. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum. Evaluasi : ibu makan roti dan minum air diantara kontraksi.
10. Melakukan pendokumentasian SOAP. Evaluasi : SOAP terlampir.

B. Asuhan Persalinan (INC)

PENGKAJIAN KALA I FASE AKTIF

ASUHAN KEBIDANAN PAD Ny. E USIA 32 TAHUN G3P2A0 HAMIL 39-40
MINGGU INPARTU KALA I FASE AKTIF FISIOLOGIS

Tanggal Pengkajian : 25 Mei 2026
Waktu Pengkajian : 18.30 WIB
Tempat Pengkajian : PONED Puskesmas Sukarame
Pengkaji : Sumber Wigati

DATA SUBJEKTIF

Identitas Klien		Identitas Suami
Nama	: Ny. E	Ny. I
Umur	: 32 tahun	32 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Wiraswasta
Alamat	: Kp. Babakan anyar rt020/rw002 Ds. Sukarame Kec.Sukarame Kabupaten Tasikmalaya	

Keluhan Utama

Merasa mulas-mulas teratur menjalar dari perut bagian bawah ke pinggang sejak jam 04.00 WIB disertai keluar lendir. Pada jam 18.30 WIB.

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik
Kesadaran : *Composmentis*
Keadaan emosional : Stabil
Antropometri : TD : 110/80 mmHg, S: 36 °C, N: 84x/menit, R 22 x/menit

Abdomen :

Leopold I : Setinggi 3 Jari dibawah prosessus xifoideus. Bagian *Fundus* teraba bulat, lunak, tidak keras dan tidak melenting (bokong),

Leopold II : Bagian perut sebelah kiri teraba keras, panjang seperti papan (punggung janin), sedangkan perut bagian kanan teraba bagian terkecil janin (*Ekstremitas*)

Leopold III : Bagian bawah janin teraba bulat, keras dan melenting (Kepala)

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP 4/5 bagian (*convergen*)

Kontraksi *uterus* : 3 x 10' 40" TFU : 31cm

Pemeriksaan dalam : *Vulva/vagina* Tidak ada kelainan, portio tipis lembek, Pembukaan 4 cm, Ketuban *Positif* (utuh), *Presentasi* Belakang kepala, ubun- ubun kecil kanan depan, penurunan kepala 4/5 bagian (*convergen*) Hodge I, tidak ada moulase

ANALISA DATA

Ny. E usia 32 tahun G3P2A0 hamiln 39-40 minggu *inpartu* kala I persalinan fase Aktif fisiologis.

PENETALAKSANAAN (*implementasi*)

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah dalam proses persalinan dengan keadaan janin baik

Hasil : Ibu dan keluarga merespon baik hasil pemeriksaan

2. Mengobservasi tanda-tanda vital, dan VT setiap 4 jam, (kecuali HIS,BJF dan nadi setiap 30 menit)

Hasil : Terlampir dilembar patograf

3. Mengajarkan ibu teknik *relaksasi* dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, ibu menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

Hasil : Ibu dapat mempraktekkan pengaturan nafas saat adanya kontraksi dorongan baik

4. Mengajarkan ibu untuk berbaring miring ke kiri dengan kaki kiri di luruskan dan kaki kanan ditekuk dan jalan-jalan kecil.

Hasil : ibu mengikuti anjuran dari bidan dan langsung melakukannya.

5. Mengajarkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan.

Hasil : Ibu mengosongkan kandung kemihnya setiap ingin BAK

6. Mengajarkan dan bantu ibu untuk makan dan minum disela-sela kontraksi.

Hasil : Ibu minum air putih setengah gelas dan makan roti sedikit

7. Mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk menolong persalinan serta tempat penerangan dan lingkungan BBL.

Hasil : Peralatan *partus* telah tersedia dalam keadaan steril dan juga alat resusitasi bayi baru lahir

8. Melakukan pijat Endorphine sebagai salah satu asuhan women center care (WCC) pada lumbal ibu.

Hasil: ibu merasa nyaman dan kontraksi bertambah kuat

9. Melakukan dokumentasi hasil pemantauan kala I fase aktif dalam partograf

Hasil : Terlampir dalam partograf

10. Menjelaskan adanya tanda dan gejala kala II yaitu adanya dorongan ingin meneran dan tekanan pada anus.

Hasil : Tidak ada tanda gejala kala II

11. Melakukan obserfasi kemajuan persalinan

Hasil : terlampir dalam partograf.

ASUHAN PERSALINAN KALA II

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. E USIA 32 TAHUN
G3P2A0 HAMIL 39-40 MINGGU INPARTU KALA II FISIOLOGIS DI UPTD
PUSKESMAS SUKARAME TAHUN 2025

Tanggal Pengkajian : 25 Mei 2025
Waktu Pengkajian : 20.30 WIB
Tempat Pengkajian : Poned Sukarame
Pengkaji : Sumber Wigati

I. DATA SUBJEKTIF

Identitas Klien		Identitas Suami
Nama	: Ny. E	Ny. I
Umur	: 32 tahun	32 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Wiraswasta
Alamat	: Kp. Babakan anyar rt020/rw002 Ds. Sukarame Kec.Sukarame Kabupaten Tasikmalaya	

Keluhan Utama :

Ibu datang mengatakan mulesnya semakin sering dan lebih kuat, serta ada dorongan yang kuat untuk meneran, dan keluar banyak cairan dari jalan lahir.

II. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Sakit sedang
2. kesadaran : Composmentis
3. Antropometri

BB sebelum hamil	: 48 kg	BB sekarang	: 59 kg,
TB	: 158 cm,	Kenaikan BB	: 11 kg
IMT	: 24.8	LILA	: 25,5 cm,

4. Tanda- tanda vital

TD : 120/90 mmHg Nadi : 89x/menit,

R : 18 x/menit Suhu : 36,8 °C.

DJJ :148 x/menit, regular

His : 4 x 10' x 40-45"

Genetalia : tidak ada oedema, varises, pembesaran kelejar scene.

VT : Vu/va T.a.k Portio tidak teraba, pendataran 100
%, pembukaan : Lengkap, selaput ketuban sudah
pecah, presentasi kepala, penuruna Hodge 3, UUK
Kanan depan, tidak ada moulage.

III. ANALISA DATA

Ny. E Usia 32 tahun G3P2A0 hamil 39-40 minggu Inpartu kala II fisiologis.

IV. PENATALAKSANAAN

1. Membina hubungan baik dengan ibu. Evaluasi : respon ibu baik
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu. Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan
3. Memberikan Afirmasi positif agar ibu lebih kuat dan semangat dalam menjalani proses persalinan ini. Evaluasi : ibu mengerti dan merasa lebih kuat serta bersemangat ketika kontraksinya datang semakin sering dan semakin kuat.
4. Menganjurkan ibu untuk mengatur pernafasan dan tidur dengan posisi miring kiri, sambil menunggu penurunan kepala janin. Evaluasi : Klien mengikuti anjuran.
5. Menganjurkan klien makan dan minum untuk persiapan tenaga. Evaluasi : Klien mengikuti anjuran.
6. Memberikan asuhan pijat endorphine. Evaluasi : Kontraksi semakin kuat
7. Melakukan observasi kemajuan persalinan dalam partograf. Evaluasi : hasil terlampir dalm partograf.
8. Melakukan pendokumentasian SOAP. Evaluasi : hasil terlampir.

Catatan Perkembangan Persalinan (INC)

Tempat : PONED PKM SUKARAME

Pengkaji : SUMBER WIGATI

Pukul : 21.30

Data Subjektif : Ibu mengatakan ingin meneran, dan mulesnya semakin kuat.

Data Objektif : Ku : sakit sedang, Kes : Composmentis

His : 5 x 10'x 45-50", bjf : 155 x/m, Vu/Va : T.a.k Portio tidak teraba, pembukaan lengkap, ketuban pecah spontan, kepala Hodge 4, penurunan Kepala 5/5, UUK kanan depan, tidak ada moulage, Kepala tampak di introitus Vagina.

Analisa : Ny. E usia 32 tahun G3P2A0 Hamil 38-39 mgg Inpartu kala II
Fisiologis

Penatalaksanaan :

- 1) Menginformasikan hasil Px kepada ibu dan keluarga.
Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti
- 2) Menyiapkan posisi meneran yang nyaman bagi ibu.
Evaluasi : ibu sudah merasa nyaman dengan posisinya.
- 3) Mengajarkan ibu cara meneran yang baik dan benar.
Evaluasi : ibu mengetahui dan mengikuti arahan.
- 4) Memimpin persalinan ibu ketika ada kontraksi yang kuat.
Evaluasi : ibu mengikuti arahan ketika dipimpin untuk meneran.
- 5) Menganjurkan ibu Kaman dan minum disela-sela kontraksi ibu.
Evaluasi : Ibu makan roti dan minum teh manis.
- 6) Melakukan cek BJF disela-sela kontraksi ibu.
Evaluasi : BJF baik 148x/menit
- 7) Melakukan pertolongan persalinan sesuai standar 60 Langkah APN (Asuhan Persalinan Normal)
Evaluasi : ibu dipimpin persalinannya sesuai prosedur.

(**PUKUL 21.45 WIB** BAYI LAHIR SPONTAN TUNGGAL HIDUP MENANGIS KUAT, TONUS OTOT KUAT, WARNA KULIT KEMERAHAN)

8) Memeriksa kembali fundus Uteri. Evaluasi : Tidak ada bayi ke 2.

9) Memfasilitasi IMD kepada ibu dan bayi.

Evaluasi : IMD sudah dilakukan. (21.45wib- 22.45wib)

10) Mendokumentasikan hasil penatakasanaan kedalam SOAP dan Partograf.

Evaluasi : hasil terlampir

PENGKAJIAN KALA III PERSALINAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.Y 39 TAHUN P3A0 INPARTU KALA I II
PERSALINAN FISILOGIS

Tanggal pengkajian : 25 Mei 2026

Waktu pengkajian : 22.00 WIB

Tempat pengkajian : Poned Puskesmas Sukarame

Nama Pengkaji : Sumber Wigati

DATA SUBYEKTIF

Perut masih terasa mulas – mulas

DATA OBYEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

Abdomen : Kandung kemih kosong, uterus membundar setinggi pusa

Genetalia : Tampak semburan darah tiba-tiba, tali pusat Memanjang, fundus membundar

ANALISIS DATA

Ny. E usia 32 tahun P3A0 *inpartu* kala III persalinan fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Melakukan *palpasi abdominal* untuk memastikan janin tunggal Hasil : Janin tunggal
2. Menginformasikan kepada ibu bahwa ibu berada dalam kala III persalinan yaitu fase pengeluaran placenta (ibu mengerti)
Jam 22.00 Melakukan manajemen aktif kala III :
3. Menyuntikan *oksitosin* 10 U IM 1/3 paha luar *musculus deltioideus* dengan tindakan aspirasi terlebih dahulu sebelum *oxcytocin* disuntikan.
Hasil : aspirasi tidak ada darah lalu *Oksitosin* disuntika.
4. Melakukan penengangan tali pusat terkendali dan membantu melahirkan plasenta dengan menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, dan meletakkan tangan kiri diatas kain pada perut ibu sambil melakukan penekanan uterus dengan hati-hati kearah dorsokranial (telah dilakukan)
5. Setelah placenta tampak didepan vulva, putar placenta searah untuk membantu kelahiran placenta (telah dilakukan)
Hasil : Jam 22.00 WIB *plasenta* lahir spontan, berat $\pm$ 500 gram, panjang tali pusat $\pm$ 30 cm *insersi* tali pusat *centralis*, pengeluaran darah $\pm$ menghabiskan 1 *underpads*
6. Melakukan *massage uterus* selama 15 detik Hasil : Kontraksi *Uterus* baik
7. Memeriksa adanya *laserasi* jalan lahir dengan membersihkan sisa darah di vagina menggunakan kassa steril.
Hasil : *Laserasi* derajat 2.
8. Memeriksa *plasenta* dengan menekan *kotiledon* menggunakan kain kassa.
Hasil : *Kotiledon* lengkap dan selaput ketuban utuh.
9. Memberi informasi kepada ibu tentang KB IUD CUT 280A pasca salin
Hasil: ibu memahami dan bersedia untuk pemasangan IUD post placenta.
10. *Mengobservasi* keadaan umum dan perdarahan
Hasil : Keadaan umum ibu baik dan perdarahan normal $\pm$ 150 cc

PENGKAJIAN KALA IV PERSALINAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.Y 39 TAHUN P3A0 INPARTU

KALA IV PERSALINAN FISIOLOGIS

Tanggal Pengkajian : Senin, 26 Mei 2026
Waktu : 22.15 WIB
Tempat Pengkajian : Poned Puskesmas Sukarame
Nama Pengkaji : Sumber Wigati

DATA SUBYEKTIF

Ibu merasa lelah, tapi senang karena bayinya sudah lahir.

DATA OBYEKTIF

Keadaan umum : Baik
Kesadaran : *Composmentis*
Tanda-tanda vital
Tekanan darah : 110/70 mmHg
Pernafasan : 20 x/menit
Nadi : 80 x/menit
Suhu : 36,5 °C
Abdomen : TFU setinggi pusat, uterus membesar berkontraksi,
kandung kemih kosong
Genitalia : *Vulva* dan *vagina* tidak ada kelainan, ada luka *laserasi*
derajat 2, perdarahan ± 200cc

ANALISIS DATA

Ny. E usia 32 tahun P3A0 *inpartu* kala IV persalinan fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Mengobservasi keadaan umum dan memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan. Hasil : Keadaan umum ibu baik
2. Mengobservasi kontraksi *uterus* dan tanda-tanda perdarahan
Hasil : Kontraksi *uterus* baik dan tidak ada tanda-tanda perdarahan
3. Mengajarkan ibu dan keluarga cara *massage* agar merangsang kontraksi *uterus* Hasil : Ibu dan keluarga mengerti dan dapat melakukannya serta kontraksi baik
4. Membersihkan ibu dan mengganti pakaian yang kotor dengan yang bersih dan kering. Hasil : Ibu merasa nyaman
5. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya setelah melahirkan seperti perdarahan yang berlebihan, syok, demam tinggi dan tidak ada kontraksi pada *uterus*/kontraksi lembek.
Hasil : Ibu dan keluarga mengerti penjelasan yang diberikan
6. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum untuk memulihkan tenaga ibu.
Hasil : Ibu makan 3-5 sendok nasi dan minum satu gelas teh hangat
7. Menganjurkan ibu untuk istirahat. Hasil : Ibu mau istirahat
8. Melakukan pengawasan 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua. Hasil : Partograf terlampir
9. Membereskan dan merendam alat-alat dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Hasil : Alat sudah direndam
10. Melakukan dokumentasi dan melengkapi partograf
Hasil : Partograf terlampir

C. Asuhan Masa Nifas (PNC)

ASUHAN KEBIDANAN MASA NIFAS PADA NY. E USIA 32 TAHUN
P3A0 POST PARTUM 12 JAM DENGAN RETENSIO URINE
DI PUSKESMAS SUKARAME TAHUN 2025

Tanggal Pengkajian : 26 Mei 2026

Waktu Pengkajian : 03.45 WIB

Tempat Pengkajian : PONED SUKARAME

Pengkaji : Sumber Wigati

I. DATA SUBJEKTIF

	Identitas Klien	Identitas Suami
Nama	: Ny. E	Ny. I
Umur	: 32 tahun	32 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: Tidak bekerja	IRT
Alamat	: Kp. Babakan anyar rt020/rw002 Ds. Sukarame Kec.Sukarame Kabupaten Tasikmalaya	

Keluhan

Ibu masih merasakan mules dan lemas setelah bersalin, dan Ibu mengeluh ingin BAK serta sakit perut bagian bawah, tetapi belum bias BAK setelah bersalin.

II. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

kesadaran : composmentis

Tanda Vital:

TD: 120/80, N: 81x/m, S: 35,80C, R: 20x/m.

Pemeriksaan fisik

(1) Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.

(2) Leher : Simetris, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid
dan vena Jugularis

- (3) Payudara : Simetris, kedua payudara tidak bengkak, tidak terdapat warna kemerahan, puting susu menonjol, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, Colostrum sudah keluar. (+/+).
- (4) Abdomen : tidak terdapat luka bekas operasi, TFU sepusat, kontraksi uterus kuat, blas penuh, ada nyeri tekan abdomen bagian bawah, diastasis recti 1 jari.
- (5) Genetalia : tidak ada kelainan, lochea Rubra, berwarna merah kehitaman, terpasang catheter.
- (6) Ekstremitas atas: tidak ada kelainan, tidak anemis, tidak ada oedema.
- (7) Ekstremitas bawah : tidak ada kelainan, tidak anemis, tidak ada oedema dan tidak ada varises.

III. ANALISA DATA

Ny. E usia 32 Tahun P3A0 Postpartum 12 Jam dengan Retensio Urine.

IV. PENATALAKSANAAN

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
Evaluasi : Terjalin hubungan yang baik dengan ibu dan keluarga.
2. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan.
Evaluasi : ibu mengetahui kondisinya.
3. Menganjurkan ibu untuk BAK spontan.
Evaluasi : Ibu tidak bisa BAK spontan.
4. Menganjurkan ibu untuk banyak minum air putih 3-4 Liter /24 jam
Evaluasi : Ibu mau menuruti anjuran.
5. Mengajarkan ibu senam kegel, dan menganjurkan untuk sering melakukan senam kegel.
Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui, serta mau mengikuti anjuran.
6. Melakukan kateterisasi
Evaluasi : Urine residu 1000cc (dibuang).

7. Konsul dr. Puskesmas, hasil advice :
 - 1) Observasi sampai 12 jam postpartum
 - 2) Jika residu urine >200cc Blader training
 - 3) lakukan management blader training (pemasangan dower catheter 1x 24 jam)
 - 4) Buka tutup catheter setiap 4 atau 6 jam
 - 5) herapy Misoprostol 3x200mg p.o
 - 6) therapy Amoxsilin 3x500mg p.o
 - 7) therapy Paracetamol 3x500mg p.o
 - 8) kontrol setelah 24 jam blader training (27 mei 2026)
8. Memberikan edukasi tentang perawatan masa nifas, perawatan luka perineum, pola istirahat, kebutuhan nutrisi, tanda bahaya masa nifas, dan perawatan personal hygiene masa nifas.
Evaluasi : Ibu mengerti
9. Memberikan edukasi tentang perawatan bayi baru lahir, tanda bahaya bayi baru lahir dan pentingnya pemberian ASI.
Evaluasi : Ibu mengerti
10. Melibatkan keluarga terutama suami dalam memberikan dukungan dan pendampingan kepada ibu. Orang tua dan keluarga terdekat bersedia mendampingi ibu.
11. Melakukan follow up/kunjungan ulang untuk memantau kondisi kesehatan ibu dan bayinya.
Evaluasi : Ibu bersedia untuk home visite.
12. Menyepakati bersama ibu mengenai kunjungan selanjutnya untuk SHK bayinya, dan memfollow up keberhasilan blader trainingnya pada tanggal 27 Mei 2026.
Evaluasi: bu bersedia melakukan kunjungan selanjutnya.
13. Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.
Evaluasi : telah dilakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP

**ASUHAN KEBIDANAN MASA NIFAS KF1 PADA NY. E USIA 32
TAHUN P3A0 POSTPARTUM 2 HARI DI PUSKESMAS
KAHURIPAN TAHUN 2025**

Tanggal Pengkajian : 27 Mei 2026
Waktu Pengkajian : 10.00 WIB
Tempat Pengkajian : Poned Sukarame
Pengkaji : Sumber Wigati

	Identitas Klien	Identitas Suami
Nama	: Ny. E	Ny. I
Umur	: 32 tahun	32 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	IRT
Alamat	: Kp. Babakan anyar rt020/rw002 Ds. Sukarame Kec.Sukarame Kabupaten Tasikmalaya	

I. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan saat ini kondisinya baik, ASI sudah keluar tetapi ibu masih menggunakan selang catheter dan ingin control untuk melepas catheter sesuai anjuran.

II. DATA OBJEKTIF

- a. Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis
- b. Tanda Vital : TD: 120/80, N: 81x/m, S: 35,80C, R: 20x/m
- c. Pemeriksaan fisik
 - 1) Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.
 - 2) Leher : Simetris, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid dan vena Jugularis
 - 3) Payudara : Simetris, kedua payudara tidak bengkak, tidak

terdapat warna kemerahan, puting susu menonjol, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, asi sudah keluar ASI (+/+).

- 4) Abdomen : tidak terdapat luka bekas operasi, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat, diastasis recti 1 jari sempit.
- 5) Genetalia : tidak ada kelainan, lochea Rubra, darah berwarna merah pekat, terdapat luka laserasi perineum grade 2, luka bersih dan kering, tidak ada tanda infeksi, terpasang katreter.
- 6) Ekstremitas atas : bawah tidak ada kelainan, tidak anemis, tidak ada oedema.

Ekstremitas bawah : bawah tidak ada kelainan, tidak anemis, tidak ada oedema dan tidak ada varises.

III. ANALISA DATA

NY. E Usia 32 tahun P3A0 Postpartum 2 hari dengan retensio urine

IV. PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan. ibu mengetahui kondisinya.
- 2) Melakukan pendekatan terapeutik dan membina hubungan saling percaya dengan ibu. Ibu merasa lebih nyaman
- 3) Mengevaluasi ibu tentang perawatan masa nifas, perawatan luka perineum, pola istirahat, kebutuhan nutrisi, tanda bahaya masa nifas, dan perawatan personal hygiene masa nifas. Evaluasi : Ibu mengerti dan sudah melaksanakannya.
- 4) Mengevaluasi ibu tentang perawatan bayi baru lahir, tanda bahaya bayi baru lahir dan pentingnya pemberian ASI. Evaluasi : Ibu mengerti tentang perawatan, tanda bahaya dan pentingnya asi bagi bayi baru lahir.
- 5) Melepas selang catheter dan mengobservasi residu ibu. Evaluasi : Residu <200cc Blader training berhasil.
- 6) Rencana Melakukan follow up/kunjungan ulang untuk memantau keadaan kondisi masa nifas ibu. Evaluasi : ibu Menyepakati

bersama mengenai kunjungan selanjutnya tanggal 1 Juni 2026.

- 7) Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP. telah dilakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP

**ASUHAN KEBIDANAN MASA NIFAS KF2 PADA NY. E USIA 32
TAHUN P3A0 POSTPARTUM 7 HARI DI PUSKESMAS
KAHURIPAN TAHUN 2025**

Tanggal Pengkajian : 1 Juni 2026
Waktu Pengkajian : 10.00 WIB
Tempat Pengkajian : Rumah Klien
Pengkaji : Sumber Wigati

	Identitas Klien	Identitas Suami
Nama	: Ny. E	Ny. I
Umur	: 32 tahun	32 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	IRT
Alamat	: Kp. Babakan anyar rt020/rw002 Ds. Sukarame Kec.Sukarame Kabupaten Tasikmalaya	

I DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan saat ini kondisinya baik, ASI semakin banyak, dan BAK lancar, namun masih linu pada bagian perut bagian bawah, dan perut masih kembung.

II DATA OBJEKTIF

- a. Keadaan umum : baik
- b. kesadaran : composmentis
- c. Tanda Vital : TD: 120/80, N: 81x/m, S: 35,80C, R: 20x/m
- d. Pemeriksaan fisik
 - 1) Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.
 - 2) Leher : Simetris, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tiroid dan vena Jugularis
 - 3) Payudara : Simetris, kedua payudara tidak bengkak, tidak terdapat warna kemerahan, puting susu menonjol, tidak ada

benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, asi sudah keluar ASI (+/+).

- 4) Abdomen : tidak terdapat luka bekas operasi, TFU Pertengahan pusat symphysis, kontraksi uterus kuat, diastasis recti 1 jari sempit.
- 5) Genetalia : tidak ada kelainan, lochea Rubra, darah berwarna merah pekat, terdapat luka laserasi perineum grade 2, luka bersih dan kering, tidak ada tanda infeksi, terpasang katreter.
- 6) Ekstremitas atas : bawah tidak ada kelainan, tidak anemis, tidak ada oedema.

Ekstremitas bawah : bawah tidak ada kelainan, tidak anemis, tidak ada oedema dan tidak ada varises.

III ANALISA DATA

NY. E Usia 32 tahun P3A0 Postpartum 7 hari fisiologis.

IV PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan. Evaluasi : ibu mengetahui kondisinya.
- 2) Mengevaluasi ibu tentang perawatan masa nifas, perawatan luka perineum, pola istirahat, kebutuhan nutrisi, tanda bahaya masa nifas, dan perawatan personal hygiene masa nifas. Evaluasi : Ibu mengerti dan sudah melaksanakannya.
- 3) Mengevaluasi ibu tentang perawatan bayi baru lahir, tanda bahaya bayi baru lahir dan pentingnya pemberian ASI. Evaluasi : Ibu mengerti tentang perawatan, tanda bahaya dan pentingnya asi bagi bayi baru lahir.
- 4) Menganjurkan ibu minum air putih yang banyak 3-4 L/24 jam dan banyak makan-makanan yang bergizi seimbang. Evaluasi : Ibu bersedia.
- 5) Mengajarkan ibu senam nifas, dan menganjurkan ibu rutin melakukan senam nifas guna mengurangi keluhan sakit perut dan kembung yang dialaminya. Evaluasi : Ibu menjadi tau senam nifas dan mau mengikuti anjuran.

- 6) Rencana Melakukan follow up/kunjungan ulang untuk memantau keadaan kondisi masa nifas ibu. Evaluasi : ibu Menyepakati bersama mengenai kunjungan KF3 selanjutnya tanggal 22 Juni 2026.
- 7) Konseling Kb menggunakan ABPK. Evaluasi :ibu mengerti dan akan memilih.
- 8) Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP. telah dilakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

D. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir (Neonatus)

ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS PADA BAYI NY. E USIA 0 JAM FISIOLOGIS

Tanggal Pengkajian : 26 Mei 2026

Waktu Pengkajian : 21.45 WIB

Tempat Pengkajian : PONED PKM Sukarama

Nama Pengkaji : Sumber Wigati

Identitas Bayi

Nama : By. Ny. E
Umur : 0 jam
Tanggal Lahir : 25 Mei 2026

Identitas Orang Tua

Nama : Ny. E
Umur : 32 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat :kp.Babakan Anyar
RT020/RW Ds. Sukarama Kec. Sukarama

I. DATA SUBJEKTIF

-

II. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum baik, langsung menangis, kulit kemerahan, tonus otot kuat, APGAR 9/10, jenis kelamin perempuan.

III. ANALISA DATA

Bayi Ny. E Usia 0 Jam Fisiologis

IV. PENATALAKSANAAN

1. Melakukan perawatan BBL menghangatkan mengeringkan merangsang taktil dan menilai kondisi bayi. Evaluasi: perawatan BBL telah dilakukan bayi menangis kuat kulit kemerahan tonus otot kuat.
2. Memfasilitas IMD. Evaluasi: IMD dilakukan.

3. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat Evaluasi: Sudah dilakukan.
4. Memfasilitasi pemeriksaan selanjutnya yaitu 1 jam kemudian

Catatan Perkembangan Waktu 22.45 WIB

S: Bayi lahir tanggal 25/05/2026 jam 21.45 WIB secara spontan, menangis kuat. Dilakukan IMD selama 1 jam. Sudah BAB dan BAK 20 menit setelah lahir.

O:

1. Keadaan Umum : Baik
Tonus Otot : Kuat, Menangis : Kuat, Warna Kulit : Kemerahan
2. Antropometri : BB 3000 gram, PB 50 Cm, LK 33 cm, LD 32 cm, LILA 10 cm.
3. Tanda-tanda Vital : N 128×/menit, RR 45×/menit, S 36,6°C

A: Bayi Ny. E Usia 1 Jam Fisiologis

P:

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti
2. Meyuntikkan Neo K 1 mg (0,5 mL) secara IM di 1/3 paha luar sebelah kiri, salep mata tetracyclin 1% pada kedua mata untuk mencegah infeksi pada mata.
Evaluasi: Neo K dan salep mata telah di berikan
3. Menjaga bayi agar tetap hangat dengan menyelimuti bayi dan menutup kepalanya.
Evaluasi: bayi tidak hipotermi, suhu bayi dalam batas normal.
4. Memberikan bayi pada ibu untuk disusui sesering mungkin (*on demand*).
Evaluasi: Bayi mau menyusu dengan baik dan tampak tenang setelah menyusu.

5. Membantu ibu untuk memposisikan menyusui dengan benar.
Evaluasi: Ibu bisa dengan baik menyusui, ASI terserap dengan baik oleh bayi.
6. Memberikan edukasi tentang ASI eksklusif.
Evaluasi: Ibu memahami pentingnya pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dan berkomitmen untuk melaksanakannya.

Catatan Perkembangan Waktu 23.45 WIB

S: -

O:

1. Keadaan Umum : Baik
Tonus Otot : Kuat, Menangis : Kuat, Warna Kulit : Kemerahan
2. Tanda-tanda Vital : N 130×/menit, RR 42×/menit, S 36,6°C
- 3.
4. Pemeriksaan Fisik :
 - a. Kepala: Bulat, ubun-ubun anterior datar, ubun-ubun posterior
Antropometri : BB : 3000gram PB : 50 cm LK : 32 cm,
LD : 30 cm LP : 31 cm Lila : 10 cm
sudah menutup, tidak ada caput, tidak ada cephalhematoma.
 - b. Wajah: Simetris, tidak ada kelainan bawaan.
 - c. Mata: Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, refleks pupil +/+.
 - d. Hidung: Simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada gerakan cuping hidung.
 - e. Telinga: Simetris, bentuk normal, tidak ada sekret, respons suara baik.
 - f. Mulut: Simetris, mukosa lembab, tidak ada labiopalatoskisis, Rooting (+), Sucking (+), Swallowing (+).
 - g. Leher: Simetris, tidak ada pembengkakan.
 - h. Dada/Payudara: Simetris, tidak ada retraksi, suara napas normal, tidak ada murmur jantung, frekuensi jantung.

- i. Abdomen: Simetris, tidak ada distensi, tali pusat bersih, belum lepas, tidak ada tanda infeksi, bising usus normal.
- j. Genetalia: Lubang vagina (+), labia mayora menutupi labia minora, tidak ada kelainan, uretra (+), BAK (+).
- k. Anus: Ada lubang, BAB (+).
- l. Ekstremitas Atas & Bawah: Simetris, gerakan aktif, tonus otot baik, jari tangan dan kaki lengkap. Moro (+), Grasp (+), Tonic Neck (+), Stepping (+), Babinski (+), Galant (+)
- m. Kulit: Kemerahan, hangat, turgor baik, tidak ada ruam atau kelainan.

A: Bayi Ny. M Usia 2 Jam Fisiologis

P:

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti
2. vaksin HB-0 secara IM di 1/3 paha luar sebelah kanan.
Evaluasi: Vaksin HB-0 telah diberikan, bayi tidak menunjukkan reaksi alergi atau efek samping.
3. Menjaga bayi agar tetap hangat dengan menyelimuti bayi dan menutup kepalanya.
Evaluasi: Bayi tidak hipotermi, suhu tubuh dalam batas normal.
4. Memberikan edukasi tentang perawatan tali pusat, meliputi cara menjaga kebersihan, tidak membubuhkan bahan apapun, menjaga agar tetap kering dan bersih.
Evaluasi: Ibu dapat mengulangi kembali cara perawatan tali pusat dengan benar dan berkomitmen untuk menjaga kebersihan tali pusat bayi di rumah.

ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS PADA BAYI NY. E USIA 12 JAM FISIOLOGIS

I. DATA SUBJEKTIF

Bayi lahir tanggal 25 Mei 2026 pukul 21.45 WIB di Poned Sukarama. Bayi lahir dengan berat badan lahir 3000 gram, panjang badan 49 cm, langsung menangis dan di IMD kan. Bayi sudah mendapatkan salep mata, injection Vitamin K, imunisasi Hb0, dan telah dilakukan pemeriksaan. Ibu mengatakan bayinya sudah menyusu kuat dan sehat. Bayi selalu dibangunkan setiap 1-2 jam untuk diberikan ASI. BAK sudah 4-5x, BAB sudah 2x.

II. DATA OBJEKTIF

a. Keadaan umum : baik

b. Tanda Vital :

N : 140x/’

R : 242x/

S : 36,7 C

Pemeriksaan fisik :

1. Mata : simetris, bersih, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik.

2. Mulut : bibir simetris, bersih, tidak labioskizis, tidak labiopalatoskizis, refleks rooting (+), refleks sucking (+), refleks swallowing (+).

3. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, reflek tonic neck (+)

4. Abdomen : tali pusat kering, bersih, tidak ada tanda tanda infeksi

5. Ekstremitas Atas : gerak aktif, tidak sidaktili dan polidaktili, refleks grasping (+).

6. Ekstremitas Bawah : gerak aktif, tidak sidaktili dan polidaktili, refleks Babinski (+), reflex moro (+).

7. Genetalia : Lubang vagina (+), labia mayora menutupi labia minora, tidak ada kelainan, uretra (+), BAK (+).
8. Anus : anus berlubang, tidak ada kelainan, BAB (+).
9. Kulit : warna kulit bayi kemerahan, tidak ikterus.

III. ANALISA DATA

Bayi Ny. E usia 12 jam Fisiologis.

IV. PENATALAKSANAAN

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui.
- b. Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk menjaga kehangatan dan personal hygiene bayi.
Evaluasi : Ibu dan keluarga bersedia.
- c. Memberikn KIE teknik menyusui dan menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand dan memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan.
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran.
- d. Memberikan KIE cara perawatan tali pusat. Evaluasi : Ibu menegrti
- e. Memberikan KIE tanda bahaya bayi baru lahir.
Evaluasi : Ibu mengetahui tanda bahaya pada bayi baru lahir.
- f. Memberitahu ibu untuk control dan dam membawa bayinya ke PKM 2 hari mendatang untuk dilakukan pemeriksaan Skrining hypertiroid Kongenital.
Evaluasi : Ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran.
- g. Memberitahu ibu tentang imunisasi yang harus diberikan pada bayi. Ibu mengerti tentang imunisasi untuk bayinya.
- h. Menganjurkan ibu untuk rutin imunisasi bayinya serta mengikuti posyandu setiap bulan. Ibu bersedia melakukan anjuran.
- i. Melakukan pendokumentasian. Evaluasi : sudah dilakukan.

ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS KN 1 PADA BAYI NY. E

USIA 2 HARI FISIOLOGIS

Tanggal Pengkajian : 27 Mei 2026
Waktu Pengkajian : 10.00 WIB
Tempat Pengkajian : Poned PKM Sukarame
Nama Pengkaji : Sumber Wigati

I. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan bayinya sehat, menangis kuat, bergerak aktif, dan bayi menyusui dengan sering. Bayi BAK 6-8 kali, BAB 2-3 kali sehari.

II. OBJEKTIF

Keadaan umum : baik
Tanda Vital : N : 140x/' R : 42x/' S : 36,7C
Antropometri : BB : 3300gram PB : 50 cm
Pemeriksaan fisik :
a. Mata : simetris, bersih, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik.
b. Mulut : bibir simetris, bersih, tidak labioskizis, tidak labiopalatoskizis, refleks rooting (+), refleks sucking (+), refleks swallowing (+).
c. Abdomen : tali pusat kering, bersih, tidak ada tanda tanda infeksi
d. Ekstremitas
Atas : gerak aktif, tidak sidaktili dan polidaktili, refleks grasping (+).
Bawah : gerak aktif, tidak sidaktili dan polidaktili, refleks babinski
e. Genetalia : normal, penis terbentuk baik, lubang uretra berada di ujung penis, testis sudah turun ke skrotum bilateral, skrotum

tampak normal, tidak, BAK (+).

- f. Anus : anus berlubang, tidak ada kelainan, BAB (+).
- g. Kulit : warna kulit bayi kemerahan, tidak ikterus.

III. ASSESMENT

By. Ny. E usia 2 hari Fisiologis

IV. PLANNING

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan sehat. Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan merasa tenang
2. Memberikan pujian dan dukung kepada ibu untuk tetap memberikan ASI Eksklusif dan menyusui secara on the mand, jelaskan kembali manfaat ASI Eksklusif. Evaluasi : Ibu merasa senang, dan mau mengikuti anjuran.
3. Memfasilitasi bayi ibu untuk SHK (Skrining Hiper Thyroid Kongenital). Evaluasi : Ibu bersedia bayinya menerima tindakan SHK, dan SHK sudah dilakukan.
4. Mengingatkan ibu mengenai jadwal imunisasi yang harus diberikan kepada bayi terutama untuk 1 bulan kedepan yaitu BCG dan Polio 1. Evaluasi : Ibu ngerti dan akan melakukan imunisasi ke posyandu
5. Mengingatkan ibu kembali tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir dan beritahu ibu untuk segera memeriksakan bayinya apabila terdapat tanda bahaya pada bayi nya. Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti.
6. Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan tali pusat dengan teknik topical ASI untuk mempercepat pelepasan talipusat. Evaluasi : Ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran.
7. Melakukan pendokumentasian.

ASUHAN KEBIDANAN KN 2 PADA BAYI NY. E

USIA 7 HARI FISIOLOGIS

Tanggal Pengkajian : 1 Mei 2026
Waktu Pengkajian : 10.00 WIB
Tempat Pengkajian : Rumah pasien
Nama Pengkaji : Sumber Wigati

I. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan bayinya sehat, menangis kuat, bergerak aktif, dan menyusu dengan sering. Bayi BAK 6-8 kali, BAB 2-3 kali sehari.

II. OBJEKTIF

Keadaan umum : baik
Tanda Vital : N : 140x/' R : 42x/' S : 36,7C
Antropometri : BB : 3300gram PB : 50 cm
Pemeriksaan fisik :
c. Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik
d. Mulut : bibir simetris, bersih, tidak labioskizis, tidak labiopalatoskizis, refleks rooting (+), refleks sucking (+), refleks swallowing (+).
e. Abdomen : tali pusat (-), pusar kering, bersih, tidak ada tanda tanda infeksi.
f. Ekstremitas
Atas : gerak aktif, tidak sidaktili dan polidaktili, refleks grasping (+).
Bawah : gerak aktif, tidak sidaktili dan polidaktili, refleks babinski
g. Genetalia : normal, lubang vagina(+), labia mayora menutupi labia minora, lubang uretra (+).
h. Anus : anus berlubang, tidak ada kelainan, BAB (+).
i. Kulit : warna kulit bayi kemerahan, tidak ikterus.

III. ASSESMENT

By. Ny. E usia 7 hari Fisiologis

IV. PLANNING

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan sehat. Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan merasa tenang
2. Memberikan pujian dan dukung kepada ibu untuk tetap memberikan ASI Eksklusif, jelaskan kembali manfaat ASI Eksklusif. Evaluasi : Ibu merasa senang
3. Mengingatkan ibu mengenai jadwal imunisasi yang harus diberikan kepada bayi ketika berusia 1 bulan yaitu BCG dan Polio 1. Evaluasi : Ibu ngerti dan akan melakukan imunisasi ke posyandu
4. Memberitahu ibu untuk segera memeriksakan bayinya apabila terdapat tanda bahaya pada bayi. Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti.
5. KIE mengenai Topikal ASI pada bayi, Evaluasi : ibu mengetahui dan akan mengikuti anjuran.
6. Melakukan pendokumentasian.

E. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

ASUHAN KEBIDANAN KB PADA NY. E 32 TAHUN P3A0 POST

PARTUM 7 HARI DENGAN KONSELING KB

MENGGUNAKAN ABPK

Hari/ Tanggal : 01-06-2026
Waktu : 10.00 WIB
Tempat : Rumah Klien
Pengkaji : Sumber Wigati

1. SUBJEKTIF

Ibu ingin mengetahui berbagai macam alat kontrasepsi yang aman setelah melahirkan, tanpa mengganggu proses menyusui, tetapi tidak mau menggunakan KB yang dipasang di tubuh ibu, ibu tidak pernah memiliki riwayat penyakit obstetric.

2. OBJEKTIF

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, emosional stabil.
BB 60,2 kg, TD : 110/80 mmHg, N : 85x /m, R : 20 x /m, S : 36,7°C.
Payudara Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, ASI kanan kiri ada. Abdomen tidak ada luka bekas operasi, TFU tidak teraba. Ekstremitas atas simetris, tidak ada oedema. Ekstremitas bawah tidak ada oedema dan tidak ada varises.

3. ANALISA DATA

Ny. A 32 Tahun P3A0 Post Partum 7 hari

4. PENATALAKSANAAN

- a. Melakukan konseling KB pasca persalinan menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK). Evaluasi : Ibu mengerti
- b. Menjelaskan kepada ibu mengenai pilihan metode kontrasepsi pasca persalinan, meliputi manfaat, cara kerja, waktu penggunaan, kelebihan, dan keterbatasan masing-masing metode. Evaluasi: Ibu memilih Alat kontrasepsi suntik 3 bulan

- c. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk bertanya dan menyampaikan pendapat terkait pemilihan metode kontrasepsi. Evaluasi: Ibu merasa sudah cukup jelas dan tidak ada pertanyaan
- d. Menanyakan kepada ibu mengenai kesiapan dan rencana waktu untuk mendapatkan suntik KB sesuai pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan.
- e. Mengevaluasi pemahaman ibu terhadap konseling KB yang telah diberikan. Evaluasi: Ibu mengatakan setelah selesai masa nifas 42 hari
- f. Melakukan Pendokumentasian. Evaluasi : Hasil terlampir