

BAB III
METODE LAPORAN ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN

A. Rancangan Laporan

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN (ANC)
PADA NY.R USIA 30 TAHUN G1POA0 USIA KEHAMILAN 35 MINGGU 1 HARI
DI TPMB BDN DEDEH DANURYATI, S.Tr.KEB
KABUPATEN CIAMIS

Tanggal Pengkajian :	13 April 2026	Pukul :	16.20 WIB
Tempat Pengkajian :	TPMB	No RM :	074/ANC/IV.2026
Pengkaji	: Raini Hania Beyhonari		

A. Subjektif

1. Identitas

Nama	: Ny. R	Nama Suami	: Tn. A
Umur	: 30 tahun	Umur	: 32 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Kary. Swasta
Alamat	: Buniseuri		

2. Keluhan

Keluhan Utama : Ibu mengatakan ingin melakukan pemeriksaan rutin dan melakukan persiapan persalinan

3. Riwayat Menstruasi

Menarche	: pertama kali datang bulan umur 15 tahun
Berapa lama menstruasi	: 5-7 hari dalam sebulan
Siklus menstruasi	: 28-30 hari siklus datang bulan
Berapa kali ganti pembalut	: 5-7 kali sehari
Keluhan selama menstruasi	: Biasanya sering nyeri haid di 2 hari pertama

4. Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan bahwa ini adalah pernikahan pertama dan kehamilan pertamanya.

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

Keluhan Utama : Ibu mengatakan telat datang bulan
Tanda bahaya dan Penyulit : tidak ada, hanya ingin memastikan
HPHT : 11 Agustus 2025
HPL : 18 Mei 2026
Taksiran Usia Kehamilan : 35 minggu 1 hari
Gerakan Janin : Belum terasa ada gerakan
Riwayat Vaksinasi TT : TT1 27 Oktober 2025
Riwayat Pemeriksaan Kehamilan : Kunjungan ke 6
Vitamin atau Obat yang dikonsumsi : Tablet Fe dan Kalsium

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Ibu mengatakan bahwa ini adalah kehamilan anak pertamanya yang sudah dinantikan cukup lama (5 tahun)

7. Riwayat Ginekologi

a. Penyakit Ginekologi : tidak ada
b. Salpingektomi : tidak ada
c. Perawatan Infertil : tidak ada
d. Riwayat Operasi : tidak ada

8. Riwayat Penyakit

Kardiovaskular/Jantung : tidak ada
Hipertensi : tidak ada
Diabetes : tidak ada
TBC : tidak ada
Malaria : tidak ada
Kelainan Ginjal : tidak ada
HIV/AIDS : tidak ada
IMS (Gonorrhea,Sipilis,DII) : tidak ada
Anemia sel Sabit : tidak ada
Alergi : Alergi Seafood
Psikosis Peurperalis : tidak ada

9. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat Kehamilan Kembar : tidak ada
Riwayat Penyakit Berat : tidak ada

10. Riwayat Seksual

Ibu mengatakan tidak pernah melakukan hubungan seksual sebelum menikah, dan hanya melakukan hubungan seksual dengan suaminya. Begitupun sebaliknya.

11. Riwayat Kontrasepsi

Riwayat Penggunaan KB : Ibu mengatakan menggunakan metode alamiah laktasi

Alasan Berhenti berKB : Karena menantikan kehamilannya

12. Riwayat Psikososial

Status Perkawinan : Kawin

Respon Ibu dan Keluarga terhadap Kehamilan : Keluarga sangat senang

Dukungan Keluarga : Keluarga sangat mendukung

Pengambilan keputusan dalam Keluarga : Suami

Rencana Tempat Persalinan : Masih mempertimbangkan

Budaya yang diyakini selama Kehamilan : Tidak ada

13. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Nutrisi : Makan sehari 2-3x dengan menu lengkap, sesekali nyemil
Sehari minum 2 liter

Eliminasi : BAK sering tergantung aktivitas, BAB sehari 1-2x dipagi hari

Aktivitas : Kegiatan mengajar seperti biasa, diselingi main sesekali

Personal Hygiene : Mandi sehari 2 atau 3 kali jika dirasa tidak nyaman

Hubungan Sex : Seminggu kadang 1 sampai 2 kali dilakukan

Beban Kerja : Tidak terlalu banyak kegiatan berat atau tekanan

Istirahat dan Tidur : Jarang tidur siang, tidur malah 7-8 jam sehari

14. Riwayat Penggunaan Obat-Obatan dan Bahan Lain (Kebiasaan Hidup Sehat

Ibu mengatakan sering mengkonsumsi obat pereda sakit

B. Data Objektif

1. Keadaan Umum : Baik

2. Kesadaran : Compos Mentis

3. Tanda-Tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

Nadi : 82x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5 derajat celcius

4. Berat Badan Sekarang : 65 kg
 Berat Badan Sebelum Hamil : 55 kg
 Berat Badan Selama Hamil : BB sudah naik 10 kg
 Tinggi Badan : 157 cm
 LiLA : 25 cm IMT : 22,4 (IMT Normal)

5. Pemeriksaan Fisik :

- a. Kepala : Tidak terdapat benjolan, rambut bersih dan rontok dalam keadaan normal
- b. Muka : Tidak ada oedema pada wajah ataupun cloasma gravidarum
- c. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda
- d. Hidung : Hidung simetris, tidak ada polip ataupun secret
- e. Telinga : Pendengaran baik, tidak terdapat serumen menumpuk
- f. Mulut : Tidak ada stomatitis, ada pembengkakan di sekitar mukosa bibir, pembengkakan pada gusi, terdapat karies gigi.
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe atau kelenjar thiroid
- h. Dada
 - Paru-Paru : Tidak ada tanda tanda retraksi
 - Jantung : Detak jantung normal
 - Payudara : Bentuk payudara bulat, ukuran simetris, kondisi kulit baik, putting menonjol, tidak ada dimpling atau retraksi, tidak teraba masa ataupun pembesaran kelenjar limfe. Belum ada pengeluaran ASI
- i. Abdomen : Ukuran dan bentuk abdomen normal, tidak ada bekas luka operasi, terdapat linea nigra.

Palpasi Abdomen

- a) TFU : 32 cm
- b) Leopold I : teraba bagian lunak, bunda dan tidak melenting
- c) Leopold II : PUKA , teraba bagian kecil dan keras melenting dibagian kanan
- d) Leopold III : Presentasi kepala
- e) Leopold IV : Divergen, kepala sudah masuk PAP
- f) DJJ : 140x/menit
- g) Kontraksi : Masih jarang dirasakan
- h) TBF : 3100 gram
- j. Anogenital : (jika terdapat indikasi)
- k. Ekstremitas

- a) Ekstremitas Atas : tidak ada oedema pada tangan, kuku jari merah muda
- b) Ekstremitas Bawah : tidak ada oedema pada kaki, kuku jari pada kaki merah

muda, tidak ada varises dan nyeri otot pada betis, reflek patella (+)

I. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Darah

- a) Pemeriksaan Hb : 12,0 gr/dL
- b) Pemeriksaan HIV/AIDS : Non Reaktif
- c) Pemeriksaan HbsAg : Non Reaktif

m. Pemeriksaan Urine

- a) Glukosa Urine : Negatif
- b) Protein Urine : Negatif

- n. Imunisasi TT : TT 1 (27 Oktober 2025)
TT 2 (27 November 2025)

C. Analisa

Ny.R usia 30 tahun G1P0A0 UK 35 minggu 1 hari fisiologis

D. Penatalaksanaan

1. Melakukan Informed consent untuk tindakan yang akan dilakukan. Ibu dan suami menyetujuinya.
2. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, hasil pemeriksaan baik dan normal dengan hasil : TD 110/70 mmHg ; Nadi 82x/menit ; R 20x/menit ; Suhu 36,5 derajat celcius ; pemeriksaan palpasi abdomen DJJ normal, posisi janin sudah baik dan sudah mulai masuk panggul atas. Ibu dan suami mengetahuinya dan senang.
3. Melakukan pemeriksaan Darah dan Urine, hasil pemeriksaan Hb 12.0 gr/dL ; Glukosa Urine (-) ; Protein Urine (-) ; HIV/AIDS (NR); HbsAg (NR). Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya.
4. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya pada Kehamilan TM III dan tanda-tanda persalinan. Ibu dan suami mengetahuinya dan mampu menjelaskan ulang apa yang telah dijelaskan.
5. Memberikan KIE mengenai pemantauan gerakan janin minimal 10 kali dalam kurun waktu 2-12 jam dalam sehari, bila kurang dari itu maka segera periksakan. Ibu dan suaminya mengerti dan memahaminya.

6. Memberitahukan barang dan kebutuhan untuk persalinan yang harus disiapkan oleh ibu menjelang proses persalinannya. Ibu sudah mempersiapkannya.
7. Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dan mengikuti senam/yoga hamil untuk mempersiapkan persalinan yang optimal dan nyaman bagi ibu. Ibu mengerti dan akan mengikuti yoga hamil.
8. Anjurkan ibu untuk melakukan pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi ibu dan janin menjelang persalinan, Ibu dan suami mengerti dan akan mengoptimalkan kebutuhan nutrisi pada ibu.
9. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan dalam bentuk SOAP
10. Menjadwalkan kunjungan ulang berikutnya, dan segera melakukan pemeriksaan apabila ada tanda bahaya yang dikeluhkan.

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN KUNJUNGAN ULANG

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN (ANC)

PADA NY.R USIA 30 TAHUN G1P0A0 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU 6 HARI

DI TPMB BDN DEDEH DANURYATI, S.Tr.KEB

KABUPATEN CIAMIS

Tanggal Pengkajian : 08 Mei 2026

Pukul : 09.20 WIB

Tempat Pengkajian : TPMB

No RM : 074/ANC/IV.2026

Pengkaji : Raini Hania Beyhonari

A. Subjektif

1. Identitas

Nama : Ny. R

Nama Suami : Tn. A

Umur : 30 tahun

Umur : 32 tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Suku : Sunda

Suku : Sunda

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Kary. Swasta

Alamat : Buniseuri

2. Keluhan

Keluhan Utama : Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya karena merasa mules terus menerus sejak malam, sekitar jam 22.00 WIB. Dan keluar lendir bercampur darah tadi sekitar jam 07.00 WIB.

3. Riwayat Menstruasi

Menarche : pertama kali datang bulan umur 15 tahun

Berapa lama menstruasi : 5-7 hari dalam sebulan

Siklus menstruasi : 28-30 hari siklus datang bulan

Berapa kali ganti pembalut : 5-7 kali sehari

Keluhan selama menstruasi : Biasanya sering nyeri haid di 2 hari pertama

4. Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan bahwa ini adalah pernikahan pertama dan kehamilan pertamanya.

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

Keluhan Utama : Ibu mengatakan telat datang bulan
Tanda bahaya dan Penyulit : tidak ada, hanya ingin memastikan
HPHT : 11 Agustus 2025
HPL : 18 Mei 2026
Taksiran Usia Kehamilan : 35 minggu 1 hari
Gerakan Janin : Belum terasa ada gerakan
Riwayat Vaksinasi TT : TT1 27 Oktober 2025,
TT2 27 November 2025
Riwayat Pemeriksaan Kehamilan : Kunjungan ke 7
Vitamin atau Obat yang dikonsumsi : Tablet Fe dan Kalsium

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Ibu mengatakan bahwa ini adalah kehamilan anak pertamanya yang sudah
dinantikan cukup lama (5 tahun)

7. Riwayat Ginekologi

e. Penyakit Ginekologi : tidak ada
f. Salpingektomi : tidak ada
g. Perawatan Infertil : tidak ada
h. Riwayat Operasi : tidak ada

8. Riwayat Penyakit

Kardiovaskular/Jantung : tidak ada
Hipertensi : tidak ada
Diabetes : tidak ada
TBC : tidak ada
Malaria : tidak ada
Kelainan Ginjal : tidak ada
HIV/AIDS : tidak ada
IMS (Gonorrhea,Sipilis,DII) : tidak ada
Anemia sel Sabit : tidak ada
Alergi : Alergi Seafood
Psikosis Peurperalis : tidak ada

9. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat Kehamilan Kembar : tidak ada
Riwayat Penyakit Berat : tidak ada

10. Riwayat Seksual

Ibu mengatakan tidak pernah melakukan hubungan seksual sebelum menikah, dan hanya melakukan hubungan seksual dengan suaminya. Begitupun sebaliknya.

11. Riwayat Kontrasepsi

Riwayat Penggunaan KB : Ibu mengatakan menggunakan metode alamiah laktasi
Alasan Berhenti berKB : Karena menantikan kehamilannya

12. Riwayat Psikososial

Status Perkawinan : Kawin
Respon Ibu dan Keluarga terhadap Kehamilan : Keluarga sangat senang
Dukungan Keluarga : Keluarga sangat mendukung
Pengambilan keputusan dalam Keluarga : Suami
Rencana Tempat Persalinan : Masih mempertimbangkan
Budaya yang diyakini selama Kehamilan : Tidak ada

13. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Nutrisi : Makan sehari 2-3x dengan menu lengkap, sesekali nyemil
Sehari minum 2 liter
Eliminasi : BAK sering tergantung aktivitas, BAB sehari 1-2x dipagi hari
Aktivitas : Kegiatan mengajar seperti biasa, diselingi main sesekali
Personal Hygiene : Mandi sehari 2 atau 3 kali jika dirasa tidak nyaman
Hubungan Sex : Seminggu kadang 1 sampai 2 kali dilakukan
Beban Kerja : Tidak terlalu banyak kegiatan berat atau tekanan
Istirahat dan Tidur : Jarang tidur siang, tidur malah 7-8 jam sehari

14. Riwayat Penggunaan Obat-Obatan dan Bahan Lain

Ibu mengatakan sering mengkonsumsi obat pereda sakit sebelum hamil

B. Data Objektif

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Tanda-Tanda Vital
 - TD : 110/70 mmHg
 - Nadi : 82x/menit
 - Respirasi : 20x/menit
 - Suhu : 36,5 derajat celcius
4. Berat Badan Sekarang : 68 kg
 - BB Sebelum Hamil : 55 kg

Berat Badan Selama Hamil : BB sudah naik 14 kg
 Tinggi Badan : 157 cm
 LiLA : 25 cm IMT : 22,4 (IMT Normal)

5. Pemeriksaan Fisik :

- a. Kepala : Tidak terdapat benjolan, rambut bersih dan rontok dalam keadaan normal
- b. Muka : Tidak ada oedema pada wajah ataupun cloasma gravidarum
- c. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda
- d. Hidung : Hidung simetris, tidak ada polip ataupun secret
- e. Telinga : Pendengaran baik, tidak terdapat serumen menumpuk
- f. Mulut : Tidak ada stomatitis, ada pembengkakan di sekitar mukosa bibir, pembengkakan pada gusi, terdapat karies gigi.
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe atau kelenjar thiroid
- h. Dada
 - Paru-Paru : Tidak ada tanda tanda retraksi
 - Jantung : Detak jantung normal
 - Payudara : Bentuk payudara bulat, ukuran simetris, kondisi kulit baik, putting menonjol, tidak ada dimpling atau retraksi, tidak teraba masa ataupun pembesaran kelenjar limfe. Belum ada pengeluaran ASI
- i. Abdomen : Ukuran dan bentuk abdomen normal, tidak ada bekas luka operasi, terdapat linea nigra.

Palpasi Abdomen

- a) TFU : 33 cm
- b) Leopold I : teraba bagian lunak, bunda dan tidak melenting
- c) Leopold II : PUKA , teraba bagian kecil dan keras melenting dibagian kanan
- d) Leopold III : Presentasi kepala
- e) Leopold IV : Divergen, 3/5 bagian kepala sudah masuk PAP
- f) DJJ : 140x/menit
- g) Kontraksi : Masih jarang dirasakan
- h) TBF : 3100 gram
- j. Anogenital : -
- k. Pemeriksaan Dalam : v/v taa, portio lunak tipis, pembukaan 5 cm, ketuban utuh, presentasi kepala Hodge III, Bloodslime (+)
- l. Ekstremitas
 - a) Ekstremitas Atas : tidak ada oedema pada tangan, kuku jari merah muda

b) Ekstremitas Bawah : tidak ada oedema pada kaki, kuku jari pada kaki merah

muda, tidak ada varises dan nyeri otot pada betis,
reflek patella (+)

m. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Darah

- a) Pemeriksaan Hb : 12,0 gr/dL
- b) Pemeriksaan HIV/AIDS : Non Reaktif
- c) Pemeriksaan HbsAg : Non Reaktif

n. Pemeriksaan Urine

- a) Glukosa Urine : Negatif
- b) Protein Urine : Negatif

- o. Imunisasi TT : TT 1 (27 Oktober 2025)
TT 2 (27 November 2025)

C. Analisa

Ny.R usia 30 tahun G1P0A0 UK 38 minggu 8 hari inpartu kala 1 fase aktif Fisiologis

D. Penatalaksanaan

1. Melakukan Informed consent untuk tindakan yang akan dilakukan. Ibu dan suami menyetujuinya.
2. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, hasil pemeriksaan baik dan normal dengan hasil : TD 110/70 mmHg ; Nadi 82x/menit ; R 20x/menit ; Suhu 36,5 derajat celcius ; pemeriksaan telah dilakukan dengan hasil pemeriksaan dalam ibu sudah memasuki fase aktif kala 1 persalinan. Ibu dan suami mengetahuinya.
3. Melakukan pemeriksaan Darah dan Urine, hasil pemeriksaan Hb 12.0 gr/dL ; Glukosa Urine (-) ; Protein Urine (-) ; HIV/AIDS (NR); HbsAg (NR). Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya.
4. Memberikan KIE mengenai tanda pasti persalinan dan persiapan apa saja yang harus di sediakan untuk proses persalinan. Ibu dan suami sudah mempersiapkannya.
5. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan makan dan minum selama proses persalinan, Ibu dan suami mengerti dan mengetahuinya.
6. Memberikan KIE mengenai mobilisasi selama proses persalinan akan membantu dalam mempercepat pergerakan janin juga pelebaran otot, ibu memahaminya dan bersedia untuk berjalan-jalan selagi mules berkurang.

7. Mengajarkan ibu teknik pernafasan dalam proses persalinan saat kontraksi datang untuk mengurangi rasa nyeri. Meminta bapak untuk memberikan kompres hangat untuk ibu dibagian punggung untuk meredakan rasa nyeri. Ibu dan suami memahami dan akan melakukannya.
8. Memberitahu ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB, Ibu mengerti dan mengetahuinya.
9. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan dalam bentuk SOAP dan lembar partograf.
10. Menjadwalkan kunjungan ulang berikutnya, dan segera melakukan pemeriksaan apabila ada tanda bahaya yang dikeluhkan.

ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN (INC)

NY.R USIA 30 TAHUN G1POA0 PARTURIEN ATERM KALA 1 FASE AKTIF

FISIOLOGIS

DI TPMB BDN DEDEH DANURYATI, S.Tr.KEB

KABUPATEN CIAMIS

Tanggal Pengkajian : 08 Mei 2026

Pukul : 09.20 WIB

Tempat Pengkajian : TPMB

No RM : 074/ANC/IV.2026

Pengkaji : Raini Hania Beyhonari

A. Subjektif

1. Identitas

Nama	: Ny. R	Nama Suami	: Tn. A
Umur	: 30 tahun	Umur	: 32 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Kary. Swasta
Alamat	: Buniseuri		

1. Keluhan Utama

Ibu menyatakan hamil 9 bulan, sudah pernah keguguran dua kali, dan melahirkan secara normal 1 kali,merasa mulas-mulas mulai sering sejak pukul 22.00 WIB, sudah keluar lendir bercampur darah sejak pukul 07.00 WIB

2. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan pertama kali mendapat menstruasi pada usia 13 tahun, siklus 28 hari teratur, lamanya 6 hari, konsistensi darah cair, ganti pembalut 3x sehari, tidak ada keluhan saat menstruasi

3. Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan menikah 1 kali baik bagi ibu maupun bagi suami, usia pertama menikah 27 tahun bagi ibu dan 28 tahun bagi suami, lamanya pernikahan 7 tahun.

4. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan merasa hamil 9 bulan, ini merupakan kehamilan anak ke 1 dan tidak pernah mengalami keguguran sebelumnya

5. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan organ reproduksi, seperti Kista Ovarium, Ca Cerviks, Mioma, Mola Hidatidosa dan penyakit menular seksual lainnya.

6. Riwayat Penyakit

Ibu mengatakan tidak mempunyai penyakit yang dapat memperberat dan diperberat oleh kehamilannya, seperti Diabetes Melitus, Asma, Hipertensi, Jantung dan penyakit lainnya.

7. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan keluarga tidak menderita penyakit keturunan dan penyakit menular.

8. Riwayat Seksual

Ibu mengatakan frekuensi melakukan hubungan seksual selama hamil tidak teratur, posisi disesuaikan, tidak ada keluhan dalam melakukan hubungan seksual selama hamil.

9. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi, rencana KB yang akan digunakan setelah melahirkan adalah KB IUD.

10. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan merasa senang terhadap kehamilannya. Ibu tinggal dengan suami, keluarga sangat mendukung terhadap kehamilannya. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami. Rencana persalinan di rumah sakit dan di tolong oleh bidan. Ibu merasa cemas karena akan melahirkan dan ingin didampingi oleh suami

11. Riwayat Nutrisi

Terakhir makan jam 06.00 WIB dengan bubur ayam dan minum air gula merah
Terakhir minum air putih 08.30 WIB sekitar 500 ml

12. Riwayat aktifitas

Ibu mengatakan aktifitas sehari – harinya sebagai karyawan swasta, beban kerja sedang. Pola istirahat cukup dan teratur, tidur siang $\pm$ 1 jam dan tidur malam $\pm$ 6 jam.

13. Riwayat Eliminasi

BAB : terakhir BAB tadi jam 05.00 WIB
BAK : terakhir BAK jam 06.30 WIB

14. Riwayat Penggunaan Obat-Obatan

Ibu mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, tidak mengonsumsi obat-obatan warung, ibu juga tidak mengonsumsi jamu-jamuan selama hamil. Suami perokok namun jarang ketika mengetahui istrinya hamil, tidak minum-minuman keras, tidak mengonsumsi obat – obatan terlarang.

15. Budaya yang diyakini saat persalinan

Ibu mengatakan tidak memiliki keyakinan budaya lain selain yang dianjurkan oleh orangtua

A. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos mentis
3. Tanda-tanda vital
 - a. TD : 110/80 mmHg
 - b. Nadi : 64x/menit

	c.	Respirasi	:	20x/menit
	d.	Suhu	:	37C
4.	Antropometri			
	a.	Berat badan sekarang	:	65 kg
	b.	Berat Badan sebelum hamil	:	55 cm
	c.	Kenaikan BB selama hamil	:	10 kg
	d.	Tinggi Badan	:	155 cm
	e.	LILA	:	25 cm
5.	Pemeriksaan Fisik			
	Kepala			
	1	Rambut	:	Warna Hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak adhesi
	2	Muka	:	Tidak oedema, tidak pucat dan tidak ada chloasma gravidarum
	3	Mata	:	Konjungtiva tidak pucat, sclera tidak kuning
	4	Hidung	:	Tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pengeluaran cairan
	5	Telinga	:	Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri nyeri tekan, tidak ada pengeluaran cairan, kebersihan terjaga dan fungsi pendengarannya baik
	6	Mulut	:	Bibir lembab, warna merah muda, tidak stomatitis . ada caries gigi, gigi tidak berlubang dan tidak ada gigi palsu
	7	Leher	:	Tidak ada pembesaran kelenjar limfe, kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis dan reflex menelan baik
	Dada			
		Paru-paru	:	Pergerakan nafas regular, bunyi pernapasan vesikuler
		Jantung	:	Bunyi jantung lupdup, irama jantung dan frekuensi jantung teratur
		Payudara	:	Bentuk dan ukuran simetris, puting susu menonjol, kolostrum sudah ada, tidak ada benjolan abnormal,tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar axiller, tidak ada retraksi/dimpling.
	Abdomen		:	Tidak ada luka bekas operasi/SC, terdapat striae gravidarum, terdapat linea alba, tidak ada benjolan abnormal dan tidak ada nyeri tekan.
	Palpasi Abdomen		:	Tidak ada luka bekas operasi
		TFU	:	32 cm
		Leopold I	:	Teraba bulat, lunak dan tidak melenting, yaitu bokong.
		Leopold II	:	Teraba keras dan memanjang disebelah Kanan, yaitu punggung.Teraba bagian-bagian terkecil janin disebelah Kiri.
		Leopold III	:	Teraba bulat, keras dan melenting, yaitu kepala, presentasi kepala, kepala sudahmasuk Pintu Atas Panggul (PAP).
		Leopold IV	:	Divergent, 3/5 bagian
		DJJ	:	150 x/menit, reguler
		Kontraksi	:	Frekuensi 4 kali dalam 10 menit selama 35 detik
		TBF	:	$(34-11) \times 155 = 3.565$

Anogenital

Vagina	:	Tidak ada lesi, tidak varises, tidak ada pembengkakan kelenjar bartholine/skene
Portio	:	Teraba Tipis dan Lunak
Pembukaan	:	5 cm
Serviks		
Ketuban		Utuh
Presentasi janin		Kepala
Denominator		Umbilikus – umbilikus kecil kanan anterior
Moulage		0
Penurunan		Hodge III tidak teraba bagian terkecil janin
Anus		Tidak ada hemoroid

Ekstremitas

Atas		Terdapat oedema, tidak ada keputihan pada kuku, turgor kulit kurang baik
bawah		Terdapat oedema, tidak ada keputihan pada kuku, turgor kulit kurang baik, tidak ada varises, dan refleks patella positif.

6. Pemeriksaan Penunjang

Hb	:	12 gr/dl
Protein urin	:	negative
Glukosa urin	:	negative

B. Analisa Data

Diagnosa Kebidanan	Ny. R umur 30 tahun parturien aterm kala 1 fase aktif fisiologis.
--------------------	---

C. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga → ibu dan keluarga mengetahui ibu dan bayi dalam kondisi baik
2. Memberitahu ibu dan keluarga agar mempersiapkan kebutuhan untuk ibu dan bayi → keluarga sudah mempersiapkan kelengkapan ibu dan bayi untuk persalinan
Mengajarkan ibu teknik nafas dalam saat terjadi mulas → ibu mempraktikkan saat terjadi kontraksi
3. Melakukan observasi kala I : Tekanan darah dan pembukaan setiap 4 jam sekali, kontraksi dan DJJ 1 jam sekali jika masih fase laten, apabila sudah memasuki fase aktif setiap 30 menit sekali. → hasil lembar observasi terlampir
4. Mengajarkan ibu posisi up right seperti jongkok, berdiri, menungging, duduk, untuk mempercepat penurunan kepala ke dasar panggul dan mengurangi nyeri persalinan → ibu mencoba berbagai posisi tegak tersebut berganti-ganti
4. Melakukan Pendokumentasian → SOAP

CATATAN KEMAJUAN PERSALINAN

Jam 13.20 WIB

Pengkaji : Raini Hania Beyhonari

Subjektif	:	- Ibu mengatakan mules semakin sering dirasakan - Terasa ada tekanan di anus
Objektif	:	TD 110/70 mmHg Nadi 72x/menit Respirasi 22x/menit; Suhu 37,3 C Kontraksi 4 kali 10'50" DJJ 145x/' PD : v/v taa portio tipis lunak; ketuban utuh;

	pembukaan 9 cm; penurunan HIII+, UUK kanan depan; moulase 0
Analisa Data	Ny. R umur 30 tahun G1P0A0 parturien aterm kala 1 fase aktif fisiologis.
Penatalaksanaan	1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga →ibu dan keluarga mengetahui 2. Melakukan persiapan persalinan →alat,bahan,dan lingkungan sudah siap untuk menolong persalinan 3. Menganjurkan ibu untuk menarik nafas saat terjadi kontraksi →ibu mempraktikan 4. Beritahukan suami untuk memberikan dukungan atau support kepada ibu dengan mengelus dn mengusap bokong ibu 5. Melanjutkan posisi up right pada ibu → ibu sudah tidak kuat ingin tidur di bed saja 6. Memberi hidrasi dan intake yang cukup →ibu makan biskuit dan minum air putih 7. Mengobservasi kemajuan persalinan, serta keadaan ibu dan janin →hasil dituliskan dalam partograf
Jam 14.20 WIB	
Pengkaji : Raini Hania Beyhonari	
Subjektif	Ibu mengatakan sudah ada dorongan meneran,tekanan di anus makin meningkat dan terasa ada cairan yang keluar dari jalan lahir
Objektif	TD 110/70 mmHg, Nadi:76x/menit, Respirasi: 28 x/menit, Suhu : 36,5°C Kontraksi 5x10'50'' DJJ 148x/menit PD: V/V tak, portio tidak teraba, selaput ketubah pecah sisa cairan jernih, pembukaan lengkap , penurunan HIV,UUK depan,molase 0
Analisa Data	Ny. R umur 30 tahun G1P0A0 parturien aterm kala II persalinan
Penatalaksanaan	1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga →ibu dan keluarga mengetahui 2. Melakukan bimbingan meneran→ibu meneran disaat ada kontraksi 3. Menganjurkan ibu untuk beristirahat saat kontraksi menurun→ibu mempraktikan 4. Memberi support dan motivasi pada ibu →ibu nampak kesakitan 5. Memberikan pilihan untuk posisi meneran →ibu memilih posisi setengah duduk dengan ditemani suami serta suami membantu dalam mengatur pola nafa sibu 6. Terdapat perineum kaku meregang putih, dilakukan episiotomy mediolateral untuk melebarkan jalan lahir 7. Melakukan pertolongan persalinan→ jam 15.00 WIB bayi lahir spontan, menangis kuat, BB 3100 gram TB 50 cm, LK lak-laki, dilakukan

pemotongan tali pusat setelah 5 menit menghentikan denyutan di talipusat, dan melakukan IMD dengan skin to skin dengan ibu

Jam 15.05 WIB

Pengkaji : Raini Hania Beyhonari

Subjektif	Ibu merasa bahagia atas kelahiran bayinya, ibu merasakan mules dan masih ingin meneran
Objektif	TD 110/80 mmHg, Nadi:83x/menit, Respirasi: 22 x/menit, Suhu : 36,5°C TFU setinggi pusat Kontraksi baik, uterus globuler terdapat pengeluaran darah Terlihat tali pusat dijalan lahir Pendarahan ±150 cc
Analisa Data	Ny. R umur 30 tahun inpartu P1A0 Kala III fisiologis
Penatalaksanaan	1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga →ibu dan keluarga mengetahui 2. Melakukan penyuntikan oksitosin→jam 15.05 oksitosin disuntikan 3. Terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta. 4. Melakukan PTT → plasenta lahir jam 15.15 spontan lengkap 5. Melakukan massase fundus→kontraksi uterus baik

Jam 15.35 WIB

Pengkaji : Raini Hania Beyhonari

Subjektif	Ibu mengatakan merasa lelah
Objektif	TD 110/80 mmHg, Nadi:83x/menit, Respirasi: 22 x/menit, Suhu : 36,5°C TFU 1 jari dibawah pusat Kontraksi baik, uterus keras Kandung kemih kosong Pendarahan ±150 cc
Analisa Data	Ny. R umur 30 tahun inpartu P1A0 Kala III fisiologis
Penatalaksanaan	1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga →ibu dan keluarga mengetahui 2. Melakukan pengecekan laserasi jalan lahir →terdapat luka laserasi grade 2 jalan lahir 3. Melakukan penjahitan laserasi dengan anastesi sesuai SOP→ ibu merasa kesakitan 4. Melakukan observasi TTV,TFU, Perdarahan dan kandung kemih→ hasil observasi ditulis dalam partograf

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (NEONATUS) UMUR 2 JAM FISIOLOGIS

DI TPMB DEDEH DANURYATI,S.TR.KEB

Tanggal Pengkajian : 08 Mei 2026
Jam : 17.20 WIB
Tempat Pengkajian : TPMB
Nama Mahasiswa : Raini Hania Beyhonari

I Data Subjektif

A Identitas

1 Identitas Pasien

a Nama Orang Tua : Bayi Ny. R
b Umur Bayi : BBL 2 jam
c Tanggal Lahir/jam : 08 Mei 2026 / 15.00 WIB
d Jenis Kelamin : Laki-laki

2 Identitas penanggungjawab

a Nama Ayah/Ibu : Ny. R
b Umur ayah/ibu : 30 tahun
c Agama : Islam
d Suku/Bangsa : Sunda
e Pendidikan : SMA
f Pekerjaan : IRT
g Alamat : Cipaku

B Alasan datang/Kunjungan : Melakukan asuhan BBL setelah 1 jam IMD

C Riwayat Kesehatan

1 Riwayat Kesehatan Intranatal

a Tanggal Lahir : 08 Mei 2026
b Tempat : TPMB
c Penolong : Bidan
d Jenis Persalinan : Spontan
e Lama Persalinan : ± 8 jam
f Ketuban Pecah : Spontan, ketuban jernih
g Penyulit : Tidak ada
h Penggunaan obat-obatan : Tidak ada

2 Riwayat Post Natal

a Usaha nafas dengan bantuan/tanpa bantuan : Bayi bernafas normal tanpa bantuan
b Penilaian awal : Menangis, tonus otot kuat
c APGAR SCORE : 9/10
d Kebutuhan resusitasi : Tidak
e Trauma Lahir : Tidak ada, persalinan berjalan lancar

II Data Objektif

A Pemeriksaan Umum

1 Keadaan Umum : Baik
2 Kesadaran : Compos mentis
3 Tanda-Tanda Vital
Denyut Jantung : 130 x/menit
Suhu : 36,5C
Respirasi : 36 x/menit

4	Antropometri	
a	Berat badan	: 3100 gram
b	Panjang Badan	: 50 cm
c	Lingkar Kepala	: 33 cm
d	Lingkar dada	: 31 cm
e	Lingkar lengan	: 11 cm
B	Pemeriksaan Fisik	
1	Kepala	
a	Ubun-Ubun	: UUB UUK normal tidak cembung dan tidak cekung
b	Sutura, Moulase	: Sutura normal, tidak ada moulage
c	Caput Suksedaneum	: Tidak ada
2	Muka	: Tidak pucat
3	Mata	: Simetris, sclera putih, kongjungtiva merah muda, tidak ada secret, tidak ada juling
4	Hidung	: Simetris, tidak ada secret, tidak ada cuping hidung
5	Telinga	: Simetris sejajar dengan ujung mata, tidak ada secret
6	Mulut	: Bentuk bibir simetris,
a	Bibir/palatum	: warna bibir merah muda, palatum ada
b	Pemeriksaan bibir sumbing	: Tidak ada sumbing
7	Leher	: Terdapat pergerakan, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid,
8	Dada	
a	Bentuk	: Bentuk dada simetris, tidka ada restraksi dinding dada
b	Putting Susu	: Ada
c	Bunyi Nafas	: Normal
d	Bunyi Jantung	: Normal
9	Bahu Lengan dan Tangan	: Normal
10	Abdomen	
a	Bentuk	: Bentuk datar
b	Penonjolan sekitar tali pusat	: Tali pusat basah
c	Perdarahan tali pusat	: Ya, merah segar, sedikit
d	Benjolan	: Tidak ada
11	Genitalia/alat Kelamin	:
a	Laki-laki	
	Testis berada dalam skrotum	: Ya
	Penis berlubang dan ujungnya penis	: Ya
12	Ekstremitas atas	: Tangan normal
13	Ekstremitas bawah	: Tungkai normal
14	Kulit	
a	Verniks	: Ada
b	Warna	: Kemerahan setelah 2 jam lahir
c	Pembengkakan	: Tidak ada
d	Tanda-tanda lahir	: Tidak ada
15	Refleks Fisiologis	
a	Refleks Moro	: Normal (+)
b	Refleks sucking	: Normal (+)
c	Refleks Grasping	: Normal (+)

- | | | | | |
|----|---|-----------------------|---|-----------------------------|
| | d | Refleks Tonik Neck | : | Normal (+) |
| 16 | | Pemeriksaan Penunjang | | |
| | a | Darah | : | 13 gram% |
| | b | R/O Foto | : | Belum dilakukan |
| | c | Urin | : | Tidak dilakukan pemeriksaan |
- III Analisa Data Bayi Baru Lahir 2 jam fisiologis
- IV Penatalaksanaan
- 1 Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan pada bayi nya, dengan hasil TTV normal, refleks bayi baik, bayi mengenal puting ibu dengan baik. Ibu mengetahuinya
 - 2 Memberitahukan ibu bahwa bayinya akan diberikan profilaksis berupa salep mata dan pencegahan perdarahan berupa injeksi Vitamin K secara IM di paha bayi. Ibu dan suami mengizinkannya.
 - 3 Memberikan ibu KIE mengenai pencegahan hipotermi pada bayi dan perawatan bayi baru lahir dengan benar untuk mencegah terjadinya kegawatdaruratan pada bayi. Ibu dan suaminya mengetahui hal yang dijelaskan.
 - 4 Memberitahukan cara tanda bahaya pada BBL dan cara perawatan Tali pusat bayi untuk mencegah infeksi. Ibu dan suami mengetahui dan mengerti akan hal tersebut
 - 5 Memberitahukan ibu cara posisi menyusui yang baik dengan posisi perlekatan yang tepat, ibu bersedia menyusui bayinya dan belajar dengan posisi dan perlekatan yang tepat.
 - 6 Melakukan pemantauan selama 4 jam kedepan dan melakukan pendokumentasian SOAP atas tindakan yang telah dilakukan.

ASUHAN KEBIDANAN PADA POSTPARTUM DAN MENYUSUI (KN-1)

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS (PNC)

NY. R UMUR 30 TAHUN P1A1 16 JAM POSTPARTUM FISIOLOGIS

Tanggal Pengkajian : 09 Mei 2026
Jam : 06.20 WIB
Tempat Pengkajian : TPM Bidan Dedeh Danuryati,S.Tr.Keb
Nama Mahasiswa : Raini Hania Beyhonari

I Data Subjektif

A Identitas

1 Identitas Pasien

a Nama Pasien : Ny. R
b Umur : 30 tahun
c Pendidikan : SMA
d Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

2 Identitas penanggungjawab

a Nama Suami : Tn. A
b Umur : 32 tahun
c Agama : Islam
d Suku/Bangsa : Sunda
e Pendidikan : SMA
f Pekerjaan : Karyawan swasta
g Alamat : Cipaku

B Alasan datang/Kunjungan : Pemantauan berkala masa nifas pada 16 jam postpartum.

C Status Kesehatan

Riwayat Kesehatan Maternal

1 Keluhan : Ibu mengatakan sudah membaik dan senang atas kelahiran bayinya.
2 Riwayat Ambulasi : Ibu mengatakan sudah bisa BAK ke kamar mandi dan bisa tidur nyenyak semalam
3 Pola Sehari-hari : Lancar, dan tidak ada pantangan.
a Inteks : Makan 3x sehari dan minum 2-3 liter dalam sehari
b Outteks : BAK lancar, masih belum bisa BAB karena takut dengan luka jahitan

II Data Objektif

A Pemeriksaan Umum

1 Keadaan Umum : Baik
2 Kesadaran : Compos mentis
3 Tanda-Tanda Vital
Tekanan Darah (TD) : 100/70 mmHg
Suhu : 36,2°C
Respirasi : 20 x/menit
Nadi (Pulse) : 78x/menit

B Pemeriksaan Fisik		
1	Kepala	: Tidak ada benjolan, rambut bersih
2	Muka	: Sedikit pucat, tidak ada oedema
3	Mata	: Konjungtiva sedikit pucat, sclera mata berwarna putih
4	Hidung	: Simetris, tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman baik
5	Telinga	: Simetris sejajar dengan ujung mata, tidak ada secret
6	Mulut	: Bibir cukup lembap, tidak ada stomatitis, tidak ada karies pada gigi.
7	Leher	: Tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening ataupun kelenjar tiroid, TVJ : Normal, tidak ada peningkatan
8	Dada	
	a Bentuk	: Bentuk dada simetris, tampak payudara membengkak, Kolostrum sudah keluar
	b Putting Susu	: Menonjol
	c Produksi ASI	: Ada
	Warna	: Bening ke kuningan
9	Bahu Lengan dan Tangan	: Normal, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe.
10	Pemeriksaan Abdomen	
	a Pemeriksaan Inspeksi	: Bentuk simetris, terdapat striae, tidak ada bekas luka.
	b Pemeriksaan Palpasi	: TFU : 2 jari dibawah pusat. Kondisi uterus teraba keras, kandung kemih kosong, tidak ada diastasi rekti.
	c Pemeriksaan Perkusi	: Perut tidak ada nyeri tekan ataupun kembung.
	d Pemeriksaan Auskultasi	: Bising usus normal
11	Genitalia dan Anus	:
	1 Keadaan	: Baik
	Vulva dan Vagina	: Baik, tidak ada keluhan
	Pembengkakan pada genitalia	: Tidak ada
	Varises vagina	: Tidak ada
	Kelenjar Bartholini dan Skene	: Baik, tidak ada pembengkakan ataupun nyeri tekan.
	2 Perineum	: Terdapat laserasi derajat 2 dengan episiotomy. Luka jahitan baik.
	Pengeluaran Lochea	: Normal, pengeluaran lochea rubra.
	3 Anus (Kanalisis analis)	: ada hemoroid
13	Ekstremitas bawah	: Tidak ada oedema pada tungkai kaki, tidak ada tromboflebitis.
III Analisa Data		: Ny. R umur 30 tahun P1A0 16 jam postpartum dengan fisiologis

IV Penatalaksanaan

- 1 Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, bahwa kondisinya saat ini dalam

keadaan normal dan baik

Evaluasi : ibu,suami dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan.

- 2 Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya post partum (seperti demam, pusing, payudara bengkak, perdarahan yang banyak dan berbau,dll).

Evaluasi : ibu mengerti tentang tanda-tanda bahaya post partum dan ibu mampu menyebutkan kembali dan mengatakan akan segera ke petugas kesehatan jika mendapat tanda bahaya tersebut.

- 3 Memberikan ibu KIE mengenai cara menyusui yang benar dengan perlekatan yang tepat

Evaluasi : Ibu mengetahuinya dan mampu memposisikan bayi dengan tepat dan benar

- 4 Menjelaskan pada ibu cara perawatan luka jahitan dengan baik agar mencegah terjadinya infeksi. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga dan merawat kebersihan alat kelamin setiap hari yaitu dengan cara membasuh daerah kemaluan dari arah depan kebelakang dengan menggunakan sabun, kemudian di bilas dengan air bersih dan di keringkan dengan handuk setiap habis BAB dan BAK.

Evaluasi :ibu mengerti dengan apa yang di jelaskan oleh bidan dan ibu akan melakukan apa yang di anjurkan oleh bidan.

- 5 Mengajarkn teknik menyusui yang baik dan benar yaitu : keluarkan ASI sedikit oleskan pada putting susu untuk melebabkan putting agar tidak lecet,kemudian tempelkan putting susu pada pipi bayi,biarkan bayi mencari putting dan memasukkan seluruh putting sampai di daerah hitam/areola di sekitar putting, kalo sudah kenyang bayi akan melepaskannya sendiri.

Evaluasi : ibu mengerti dan bisa mempraktekannya serta bayi bisa menyusui dengan kuat.

- 6 Menganjurkan ibu untuk tidur/istirahat yang cukup, tidurlah pada saat bayi tidur serta menganjurkan suami atau keluarga untuk bergantian menjaga bayinya agar ibu bisa istirahat yang cukup.

Evaluasi : ibu menegrti dengan apa yang di jelaskan oleh bidan dan ibu mau melakukan anjuran tersebut.

- 7 Memberikan tablet penambah darah dan vitamin pada ibu serta menganjurkan ibu untuk selalu meminumnya.

Evaluasi : tablet penambah darah dan vitamin telah di berikan da ibu bersedia meminumnya.mendapat tanda bahaya tersebut.

- 8 Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan ke rumah (KN-2) pada hari ke 3 setelah ibu pulang.

Evaluasi : ibu mengerti dengan apa yang di ajarkan, ibu akan kontrol jika terdapat tanda-tanda bahaya pada ibu maupun pada bayinya.

- 9 Melakukan pendokumentasian hasil asuhan dalam bentuk SOAP.

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (KUNJUNGAN NEONATUS KE 1)

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (NEONATUS) UMUR 16 JAM FISIOLOGIS

DI TPMB DEDEH DANURYATI,S.TR.KEB

Tanggal Pengkajian : 09 Mei 2026
Jam : 06.20 WIB
Tempat Pengkajian : TPMB
Nama Mahasiswa : Raini Hania Beyhonari

I Data Subjektif

A Identitas

1 Identitas Pasien

a Nama : Bayi Ny. R
b Umur Bayi : BBL 16 jam
c Tanggal Lahir/jam : 08 Mei 2026 / 15.00 WIB
d Jenis Kelamin : Laki-laki

2 Identitas penanggungjawab

a Nama Ayah/Ibu : Ny. R
b Umur ayah/ibu : 30 tahun
c Agama : Islam
d Suku/Bangsa : Sunda
e Pendidikan : SMA
f Pekerjaan : IRT
g Alamat : Cipaku

B Alasan datang/Kunjungan

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayi nya.

C Riwayat Kesehatan

1 Riwayat Kesehatan Intranatal

a Tanggal Lahir : 08 Mei 2026
b Tempat : TPMB
c Penolong : Bidan
d Jenis Persalinan : Spontan
e Lama Persalinan : ± 8 jam
f Ketuban Pecah : Spontan, ketuban jernih
g Penyulit : Tidak ada
h Penggunaan obat-obatan : Tidak ada

2 Riwayat Post Natal

a Usaha nafas dengan bantuan/tanpa bantuan : Bayi bernafas normal tanpa bantuan
b Penilaian awal : Menangis, tonus otot kuat
c APGAR SCORE : 9/10
d Kebutuhan resusitasi : Tidak
e Trauma Lahir : Tidak ada, persalinan berjalan lancar

II Data Objektif

A Pemeriksaan Umum

1 Keadaan Umum : Baik
2 Kesadaran : Compos mentis
3 Tanda-Tanda Vital
Denyut Jantung : 130 x/menit
Suhu : 36,5C
Respirasi : 36 x/menit
4 Antropometri

	a Berat badan	: 3100 gram
	b Panjang Badan	: 48 cm
	c Lingkar Kepala	: 33 cm
	d Lingkar dada	: 31 cm
	e Lingkar lengan	: 11 cm
B	Pemeriksaan Fisik	
1	Kepala	
	a Ubun-Ubun	: UUB UUK normal tidak cembung dan tidak cekung
	b Sutura, Moulase	: Sutura normal, tidak ada moulage
	c Caput Suksedaneum	: Tidak ada
2	Muka	: Tidak pucat
3	Mata	: Simetris, sclera putih, kongjungtiva merah muda, tidak ada secret, tidak ada juling
4	Hidung	: Simetris, tidak ada secret, tidak ada cuping hidung
5	Telinga	: Simetris sejajar dengan ujung mata, tidak ada secret
6	Mulut	: Bentuk bibir simteris,
	a Bibir/palatum	: warna bibir merah muda, palatum ada
	b Pemeriksaan bibir sumbing	: Tidak ada sumbing
7	Leher	: Terdapat pergerakan, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid,
8	Dada	
	a Bentuk	: Bentuk dada simetris, tidka ada restraksi dinding dada
	b Putting Susu	: Ada
	c Bunyi Nafas	: Normal
	d Bunyi Jantung	: Normal
9	Bahu Lengan dan Tangan	: Normal
10	Abdomen	
	a Bentuk	: Bentuk datar
	b Penonjolan sekitar tali pusat	: Tali pusat basah
	c Perdarahan tali pusat	: Ya, merah segar, sedikit
	d Benjolan	: Tidak ada
11	Genitalia/alat Kelamin	:
	a Laki-laki	
	Testis berada dalam skrotum	: Ya
	Penis berlubang dan ujungnya penis	: Ya
12	Ekstremitas atas	: Tangan normal
13	Ekstremitas bawah	: Tungkai normal
14	Kulit	
	a Verniks	: Ada
	b Warna	: Kemerahan setelah 2 jam lahir
	c Pembengkakan	: Tidak ada
	d Tanda-tanda lahir	: Tidak ada
15	Refleks Fisiologis	
	a Refleks Moro	: Normal (+)
	b Refleks sucking	: Normal (+)
	c Refleks Grasping	: Normal (+)

- | | | | | |
|----|---|-----------------------|---|-----------------------------|
| | d | Refleks Tonik Neck | : | Normal (+) |
| 16 | | Pemeriksaan Penunjang | | |
| | a | Darah | : | 13 gram/% |
| | b | R/O Foto | : | Belum dilakukan |
| | c | Urin | : | Tidak dilakukan pemeriksaan |
- III Analisa Data Bayi Ny.R Neonatus umur 16 jam fisiologis
- IV Penatalaksanaan
- 1 Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan pada bayi nya, dengan hasil TTV normal, refleks bayi baik, bayi mengenal puting ibu dengan baik. Ibu mengetahuinya
 - 2 Memberitahukan ibu bahwa bayinya akan di mandikan sebelum pulang ke rumah, dan diberikan imunisasi HB-0. Orangtua bayi mengetahui dan mengizinkannya.
 - 3 Memberikan ibu KIE mengenai pencegahan hipotermi pada bayi dan perawatan bayi baru lahir dengan benar untuk mencegah terjadinya kegawatdaruratan pada bayi. Ibu dan suaminya mengetahui hal yang dijelaskan.
 - 4 Memberitahukan cara tanda bahaya pada BBL dan cara perawatan Tali pusat bayi untuk mencegah infeksi. Ibu dan suami mengetahui dan mengerti dapat melakukan hal tersebut secara mandiri
 - 5 Memastikan ibu mampu secara mandiri menyusui bayinya dengan perlekatan dan posisi yang tepat. Ibu mampu menyusui bayi nya dengan baik dan posisi yang tepat
 - 6 Menganjurkan ibu/bapak untuk menjemur bayinya dipagi hari. Ibu mengerti
 - 7 Melakukan pendokumentasian SOAP atas tindakan yang telah dilakukan.

ASUHAN KEBIDANAN PADA POSTPARTUM DAN MENYUSUI (KN-2)

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS (PNC)

NY. R UMUR 30 TAHUN PARITAS P1A0 4 HARI POSTPARTUM FISIOLOGIS

Tanggal Pengkajian : 12 Mei 2026
Jam : 08.20 WIB
Tempat Pengkajian : Kunjungan Rumah
Nama Mahasiswa : Raini Hania Beyhonari

- I Data Subjektif
- A Identitas
- 1 Identitas Pasien
- a Nama Pasien : Ny. R
 - b Umur : 30 tahun
 - c Pendidikan : SMA
 - d Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 2 Identitas penanggungjawab
- a Nama Suami : Tn. A
 - b Umur : 32 tahun
 - c Agama : Islam
 - d Suku/Bangsa : Sunda
 - e Pendidikan : SMA
 - f Pekerjaan : Karyawan swasta
 - g Alamat : Cipaku
- B Alasan datang/Kunjungan : Kunjungan rumah (KN 2) sebagai pemantauan masa nifas di hari ke 4
- C Status Kesehatan
- Riwayat Kesehatan Maternal
- 1 Keluhan : Ibu mengatakan sudah membaik dan merasa sakit pada bagian luka jahitannya.
- 2 Riwayat Ambulasi : Ibu sudah bisa melakukan aktifitas seperti memandikan bayinya.
- 3 Pola Sehari-hari
- a Inteks : Lancar, dan tidak ada pantangan.
Makan 3x sehari dan minum 2-3 liter dalam sehari
 - b Outteks : BAK lancar dan sudah bisa BAB
- II Data Objektif
- A Pemeriksaan Umum
- 1 Keadaan Umum : Baik
- 2 Kesadaran : Compos mentis
- 3 Tanda-Tanda Vital
- Tekanan Darah (TD) : 110/70 mmHg
 - Suhu : 36,2°C
 - Respirasi : 20 x/menit
 - Nadi (Pulse) : 78x/menit
- B Pemeriksaan Fisik
- 1 Kepala : Tidak ada benjolan, rambut bersih
- 2 Muka : Sedikit pucat, tidak ada oedema
- 3 Mata : Konjungtiva sedikit pucat, sclera

4	Hidung	: mata berwarna putih : Simetris, tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman baik
5	Telinga	: Simetris sejajar dengan ujung mata, tidak ada secret
6	Mulut	: Bibir cukup lembap, tidak ada stomatitis, tidak ada karies pada gigi.
7	Leher	: Tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening ataupun kelenjar tiroid, TVJ : Normal, tidak ada peningkatan
8	Dada	
	a Bentuk	: Bentuk dada simetris, tampak payudara membesar
	b Putting Susu	: Menonjol
	c Produksi ASI	: Cukup
	Warna	: Putih
9	Bahu Lengan dan Tangan	: Normal, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe.
10	Pemeriksaan Abdomen	
	a Pemeriksaan Inspeksi	: Bentuk simetris, terdapat striae, tidak ada bekas luka.
	b Pemeriksaan Palpasi	: TFU : 2 jari dibawah pusat. Kondisi uterus teraba keras, kandung kemih kosong, tidak ada diastasi rekti.
	c Pemeriksaan Perkusi	: Perut tidak ada nyeri tekan ataupun kembung.
	d Pemeriksaan Auskultasi	: Bising usus normal
11	Genitalia dan Anus	:
	1 Keadaan	: Baik
	Vulva dan Vagina	: Baik, tidak ada keluhan
	Pembengkakan pada genitalia	: Tidak ada
	Varises vagina	: Tidak ada
	Kelenjar Bartholini dan Skene	: Baik, tidak ada pembengkakan ataupun nyeri tekan.
	2 Perineum	: Luka jahitan mulai mengering dan tidak ada tanda-tanda infeksi
	Pengeluaran Lochea	: Normal, pengeluaran lochea rubra.
	3 Anus (Kanalisis analis)	: ada hemoroid
13	Ekstremitas bawah	: Tidak ada oedema pada tungkai kaki, tidak ada tromboflebitis.
III	Analisa Data	: Ny.R umur 30 tahun P1A0 4 hari postpartum fisiologis

IV Penatalaksanaan

- 1 Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, bahwa kondisinya saat ini dalam keadaan normal dan baik
Evaluasi : ibu, suami dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan.
- 2 Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya post partum (seperti demam, pusing, payudara bengkak, perdarahan yang banyak dan berbau, dll).

Evaluasi : ibu mengerti tentang tanda-tanda bahaya post partum dan ibu mampu menyebutkan kembali dan mengatakan akan segera ke petugas kesehatan jika mendapat tanda bahaya tersebut.

- 3 Menjelaskan pada ibu mengenai pijat laktasi yang berguna untuk membuka saluran ASI dan meningkatkan produksi ASI.

Evaluasi : Ibu mengetahuinya dan ingin melakukan pijat laktasi.

- 4 Melakukan informed consent atas tindakan yang akan dilakukan yaitu pemijatan laktasi dengan teknik relaksasi oksitosin.

Evaluasi : Ibu menyetujuinya dan sangat senang mendapatkan pemijatan laktasi

- 5 Mengajarkn teknik menyusui yang baik dan benar yaitu : keluarkan ASI sedikit oleskan pada puting susu untuk melebabkan puting agar tidak lecet,kemudian tempelkan puting susu pada pipi bayi,biarkan bayi mencari puting dan memasukkan seluruh puting sampai di daerah hitam/areola di sekitar puting, kalo sudah kenyang bayi akan melepaskannya sendiri.

Evaluasi : ibu mengerti dan bisa mempraktekannya serta bayi bisa menyusui dengan kuat.

- 6 Menjelaskan pada ibu cara perawatan luka jahitan dengan baik agar mencegah terjadinya infeksi. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga dan merawat kebersihan alat kelamin setiap hari yaitu dengan cara membasuh daerah kemaluan dari arah depan kebelakang dengan menggunakan sabun, kemudian di bilas dengan air bersih dan di keringkan dengan handuk setiap habis BAB dan BAK.

Evaluasi :ibu mengerti dengan apa yang di jelaskan oleh bidan dan ibu akan melakukan apa yang di anjurkan oleh bidan.

- 7 Menganjurkan ibu untuk tidur/istirahat yang cukup, tidurlah pada saat bayi tidur serta menganjurkan suami atau keluarga untuk bergantian menjaga bayinya agar ibu bisa istirahat yang cukup.

Evaluasi : ibu menegrti dengan apa yang di jelaskan oleh bidan dan ibu mau melakukan anjuran tersebut.

- 8 Memberikan tablet penambah darah dan vitamin pada ibu serta menganjurkan ibu untuk selalu meminumnya.

Evaluasi : tablet penambah darah dan vitamin telah di berikan da ibu bersedia meminumnya.mendapat tanda bahaya tersebut.

- 9 Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan ke rumah (KN-3) pada hari ke 10 setelah ibu pulang.

Evaluasi : ibu mengerti dengan apa yang di ajarkan, ibu akan kontrol jika terdapat tanda-tanda bahaya pada ibu maupun pada bayinya.

10 Melakukan pendokumentasian hasil asuhan dalam bentuk SOAP.

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (KUNJUNGAN NEONATUS KE 2)

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (NEONATUS) UMUR 4 HARI FISIOLOGIS

DI TPMB DEDEH DANURYATI,S.TR.KEB

Tanggal Pengkajian : 12 Mei 2026
Jam : 08.20 WIB
Tempat Pengkajian : Kunjungan Rumah
Nama Mahasiswa : Raini Hania Beyhonari

I Data Subjektif

A Identitas

1 Identitas Pasien

a Nama : Bayi Ny. R
b Umur Bayi : BBL 4 hari fisiologis
c Tanggal Lahir/jam : 08 Mei 2026 / 15.00 WIB
d Jenis Kelamin : Laki-laki

2 Identitas penanggungjawab

a Nama Ayah/Ibu : Ny. R
b Umur ayah/ibu : 30 tahun
c Agama : Islam
d Suku/Bangsa : Sunda
e Pendidikan : SMA
f Pekerjaan : IRT
g Alamat : Cipaku

B Alasan datang/Kunjungan

Ibu mengatakan bayi nya seperti bingung puting

C Riwayat Kesehatan

1 Riwayat Kesehatan Intranatal

a Tanggal Lahir : 08 Mei 2026
b Tempat : TPMB
c Penolong : Bidan
d Jenis Persalinan : Spontan
e Lama Persalinan : ± 8 jam
f Ketuban Pecah : Spontan, ketuban jernih
g Penyulit : Tidak ada
h Penggunaan obat-obatan : Tidak ada

2 Riwayat Post Natal

a Usaha nafas dengan bantuan/tanpa bantuan : Bayi bernafas normal tanpa bantuan
b Penilaian awal : Menangis, tonus otot kuat
c APGAR SCORE : 9/10
d Kebutuhan resusitasi : Tidak
e Trauma Lahir : Tidak ada, persalinan berjalan lancar

II Data Objektif

A Pemeriksaan Umum

1 Keadaan Umum : Baik
2 Kesadaran : Compos mentis
3 Tanda-Tanda Vital
Denyut Jantung : 130 x/menit
Suhu : 36,5C
Respirasi : 36 x/menit

4	Antropometri	
a	Berat badan	: 3100 gram
b	Panjang Badan	: 48 cm
c	Lingkar Kepala	: 33 cm
d	Lingkar dada	: 31 cm
e	Lingkar lengan	: 11 cm
B	Pemeriksaan Fisik	
1	Kepala	
a	Ubun-Ubun	: UUB UUK normal tidak cembung dan tidak cekung
b	Sutura, Moulase	: Sutura normal, tidak ada moulage
c	Caput Suksedaneum	: Tidak ada
2	Muka	: Tidak pucat
3	Mata	: Simetris, sclera putih, kongjungtiva merah muda, tidak ada secret, tidak ada juling
4	Hidung	: Simetris, tidak ada secret, tidak ada cuping hidung
5	Telinga	: Simetris sejajar dengan ujung mata, tidak ada secret
6	Mulut	: Bentuk bibir simetris,
a	Bibir/palatum	: warna bibir merah muda, palatum ada
b	Pemeriksaan bibir sumbing	: Tidak ada sumbing
7	Leher	: Terdapat pergerakan, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid,
8	Dada	
a	Bentuk	: Bentuk dada simetris, tidka ada restraksi dinding dada
b	Putting Susu	: Ada
c	Bunyi Nafas	: Normal
d	Bunyi Jantung	: Normal
9	Bahu Lengan dan Tangan	: Normal
10	Abdomen	
a	Bentuk	: Bentuk datar
b	Penonjolan sekitar tali pusat	: Tali pusat basah
c	Perdarahan tali pusat	: Tidak ada perdarahan, tali pusat sudah mulai mengering
d	Benjolan	: Tidak ada
11	Genitalia/alat Kelamin	:
a	Laki-laki	
	Testis berada dalam skrotum	: Ya
	Penis berlubang dan ujungnya penis	: Ya
12	Ekstremitas atas	: Tangan normal
13	Ekstremitas bawah	: Tungkai normal
14	Kulit	
a	Verniks	: Ada
b	Warna	: Kemerahan setelah 2 jam lahir
c	Pembengkakan	: Tidak ada
d	Tanda-tanda lahir	: Tidak ada
15	Refleks Fisiologis	
a	Refleks Moro	: Normal (+)

- | | | | | |
|--|---|--------------------|---|------------|
| | b | Refleks sucking | : | Normal (+) |
| | c | Refleks Grasping | : | Normal (+) |
| | d | Refleks Tonik Neck | : | Normal (+) |
- 16 Pemeriksaan Penunjang
- | | | | | |
|--|---|----------|---|-----------------------------|
| | a | Darah | : | 13 gram/% |
| | b | R/O Foto | : | Belum dilakukan |
| | c | Urin | : | Tidak dilakukan pemeriksaan |
- III Analisa Data Bayi Baru Lahir 4 hari fisiologis
- IV Penatalaksanaan
- 1 Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan pada bayi nya, dengan hasil TTV normal, refleks bayi baik, bayi mengenal puting ibu dengan baik. Ibu mengetahuinya
 - 2 Memberikan ibu KIE mengenai manfaat menjemur bayi di waktu yang tepat seperti dari pukul 08.00-09.30 WIB , bisa membantu mencegah terjadinya bayi kuning (pemecahan bilirubin dalam tubuh bayi secara berlebih). Ibu mengerti dan akan melakukannya.
 - 3 Memberikan ibu dan keluarga KIE mengenai proses adaptasi bayi dan bahaya overstimulasi yang mengakibatkan bayi bisa mengalami stress dan kelelahan sehingga bisa menjadi malas menyusui. Ibu dan Keluarga mengetahuinya.
 - 4 Mengajarkan ibu untuk tetap menyusui bayinya dengan sabar dengan posisi yang tepat dan nyaman bagi ibu, sehingga bayi dapat merasa aman berada didelap ibu. Ibu mengerti dan akan mencobanya.
 - 5 Memastikan ibu mampu secara mandiri menyusui bayinya dengan perlekatan dan posisi yang tepat. Ibu mampu menyusui bayi nya dengan baik dan posisi yang tepat
 - 6 Memberitahukan cara tanda bahaya pada BBL dan cara perawatan Tali pusat bayi untuk mencegah infeksi. Ibu dan suami mengetahui dan mengerti dapat melakukan hal tersebut secara mandiri
 - 7 Mengajarkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan secara fisik dan psikologis pada ibu, sehingga bayi bisa merasa aman dan nyaman selama masa beradaptasinya dan terhindar dari kelelahan berlebih. Ibu, suami dan keluarga mengerti dan memahaminya.
 - 8 Melakukan pendokumentasian SOAP atas tindakan yang telah dilakukan.

ASUHAN KEBIDANAN PADA POSTPARTUM DAN MENYUSUI (KN-3)

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS (PNC)

NY. R UMUR 30 TAHUN P1A0 10 HARI POSTPARTUM FISIOLOGIS

Tanggal Pengkajian : 20 Mei 2026
Jam : 08.20 WIB
Tempat Pengkajian : Kunjungan Rumah
Nama Mahasiswa : Raini Hania Beyhonari

I Data Subjektif

A Identitas

1 Identitas Pasien

a Nama Pasien : Ny. R
b Umur : 30 tahun
c Pendidikan : SMA
d Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

2 Identitas penanggungjawab

a Nama Suami : Tn. A
b Umur : 32 tahun
c Agama : Islam
d Suku/Bangsa : Sunda
e Pendidikan : SMA
f Pekerjaan : Karyawan swasta
g Alamat : Cipaku

B Alasan datang/Kunjungan : Pemantauan berkala masa nifas pada 10 hari postpartum (KN-3)

C Status Kesehatan

Riwayat Kesehatan Maternal

1 Keluhan : Ibu mengatakan sudah lebih segar, hanya masih ada sedikit terasa sakit dibagian luka jahitan

2 Riwayat Ambulasi : Ibu sudah bisa melakukan aktifitas seperti memandikan bayinya, dan memasak, berjalan-jalan ke depan rumah untuk berjemur.

3 Pola Sehari-hari : Lancar, dan tidak ada pantangan.

a Inteks : Makan 3x sehari dan minum 2-3 liter dalam sehari

b Outteks : BAK dan BAB Lancar

II Data Objektif

A Pemeriksaan Umum

1 Keadaan Umum : Baik
2 Kesadaran : Compos mentis
3 Tanda-Tanda Vital
Tekanan Darah (TD) : 120/70 mmHg
Suhu : 36,2°C
Respirasi : 20 x/menit
Nadi (Pulse) : 78x/menit

B Pemeriksaan Fisik

1 Kepala : Tidak ada benjolan, rambut

		bersih
2	Muka	: Sedikit pucat, tidak ada oedema
3	Mata	: Konjungtiva sedikit pucat, sclera mata berwarna putih
4	Hidung	: Simetris, tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman baik
5	Telinga	: Simetris sejajar dengan ujung mata, tidak ada secret
6	Mulut	: Bibir cukup lembap, tidak ada stomatitis, tidak ada karies pada gigi.
7	Leher	: Tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening ataupun kelenjar thiroid, TVJ : Normal, tidak ada peningkatan
8	Dada	
	a Bentuk	: Bentuk dada simetris, tampak payudara membesar
	b Putting Susu	: Menonjol
	c Produksi ASI	: Cukup
	Warna	: Putih
9	Bahu Lengan dan Tangan	: Normal, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe.
10	Pemeriksaan Abdomen	
	a Pemeriksaan Inspeksi	: Bentuk simetris, terdapat striae, tidak ada bekas luka.
	b Pemeriksaan Palpasi	: TFU : TFU tidak teraba. Tidak ada tanda-tanda diastasi rekti
	c Pemeriksaan Perkusi	: Perut tidak ada nyeri tekan ataupun kembung.
	d Pemeriksaan Auskultasi	: Bising usus normal
11	Genitalia dan Anus	:
	1 Keadaan	: Baik
	Vulva dan Vagina	: Baik, tidak ada keluhan
	Pembengkakan pada genitalia	: Tidak ada
	Varises vagina	: Tidak ada
	Kelenjar Bartholini dan Skene	: Baik, tidak ada pembengkakan ataupun nyeri tekan.
	2 Perineum	: Luka jahitan sudah mulai menutup dengan baik dan kering
	Pengeluaran Lochea	: Normal, pengeluaran lochea sanguelenta
	3 Anus (Kanalisis analis)	: Tidak ada hemoroid
13	Ekstremitas bawah	: Tidak ada oedema pada tungkai kaki, tidak ada trombhoplebitis.
III	Analisa Data	: Ny.R umur 30 tahun P1A0 10 hari postpartum fisiologis
IV	Penatalaksanaan	
1	Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, bahwa kondisinya saat ini dalam keadaan normal dan baik	
	Evaluasi : ibu,suami dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan.	

- 2 Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya post partum (seperti demam, pusing, payudara bengkak, perdarahan yang banyak dan berbau,dll).
Evaluasi : ibu mengerti tentang tanda-tanda bahaya post partum dan ibu mampu menyebutkan kembali dan mengatakan akan segera ke petugas kesehatan jika mendapat tanda bahaya tersebut.
- 3 Menjelaskan pada ibu cara perawatan luka jahitan dengan baik agar mencegah terjadinya infeksi. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga dan merawat kebersihan alat kelamin setiap hari yaitu dengan cara membasuh daerah kemaluan dari arah depan kebelakang dengan menggunakan sabun, kemudian di bilas dengan air bersih dan di keringkan dengan handuk setiap habis BAB dan BAK.
Evaluasi :ibu mengerti dengan apa yang di jelaskan oleh bidan dan ibu akan melakukan apa yang di anjurkan oleh bidan.
- 4 Mengajarkn teknik menyusui yang baik dan benar yaitu : keluarkan ASI sedikit oleskan pada putting susu untuk melebarkan putting agar tidak lecet,kemudian tempelkan putting susu pada pipi bayi,biarkan bayi mencari putting dan memasukkan seluruh putting sampai di daerah hitam/areola di sekitar putting, kalo sudah kenyang bayi akan melepaskannya sendiri.
Evaluasi : ibu mengerti dan bisa mempraktekannya serta bayi bisa menyusui dengan kuat.
- 5 Menganjurkan ibu untuk tidur/istirahat yang cukup, tidurlah pada saat bayi tidur serta menganjurkan suami atau keluarga untuk bergantian menjaga bayinya agar ibu bisa istirahat yang cukup.
Evaluasi : ibu menegrti dengan apa yang di jelaskan oleh bidan dan ibu mau melakukan anjuran tersebut.
- 6 Memberikan KIE pada ibu mengenai rencana kontrasepsi yang akan digunakan setelah menyusui. Menjelaskan jenis-jenis KB dan kegunaannya pada ibu
Evaluasi : Ibu akan mempertimbangkan dan berdiskusi dengan suami mengenai rencana penggunaan alat kontrasepsi.
- 7 Memberitahu ibu bahwa untuk kontrol selanjutnya bisa ibu lakukan ke TPMB bersamaan untuk merencanakan penggunaan alat kontrasepsi setelahnya .
Evaluasi : ibu mengerti dengan apa yang di ajarkan, ibu akan kontrol jika terdapat tanda-tanda bahaya pada ibu maupun pada bayinya.
- 8 Melakukan pendokumentasian hasil asuhan dalam bentuk SOAP.

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (KUNJUNGAN NEONATUS KE 3)

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (NEONATUS) UMUR 10 HARI

FISIOLOGIS

DI TPMB DEDEH DANURYATI,S.TR.KEB

Tanggal Pengkajian : 20 Mei 2026
Jam : 08.20 WIB
Tempat Pengkajian : Kunjungan Rumah
Nama Mahasiswa : Raini Hania Beyhonari

I Data Subjektif

A Identitas

1 Identitas Pasien

a Nama : Bayi Ny. R
b Umur Bayi : BBL 10 hari fisiologis
c Tanggal Lahir/jam : 08 Mei 2026 / 15.00 WIB
d Jenis Kelamin : Laki-laki

2 Identitas penanggungjawab

a Nama Ayah/Ibu : Ny. R
b Umur ayah/ibu : 30 tahun
c Agama : Islam
d Suku/Bangsa : Sunda
e Pendidikan : SMA
f Pekerjaan : IRT
g Alamat : Cipaku

B Alasan datang/Kunjungan

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayi nya.

C Riwayat Kesehatan

1 Riwayat Kesehatan Intranatal

a Tanggal Lahir : 08 Mei 2026
b Tempat : TPMB
c Penolong : Bidan
d Jenis Persalinan : Spontan
e Lama Persalinan : ± 8 jam
f Ketuban Pecah : Spontan, ketuban jernih
g Penyulit : Tidak ada
h Penggunaan obat-obatan : Tidak ada

2 Riwayat Post Natal

a Usaha nafas dengan bantuan/tanpa bantuan : Bayi bernafas normal tanpa bantuan
b Penilaian awal : Menangis, tonus otot kuat
c APGAR SCORE : 9/10
d Kebutuhan resusitasi : Tidak
e Trauma Lahir : Tidak ada, persalinan berjalan lancar

II Data Objektif

A Pemeriksaan Umum

1 Keadaan Umum : Baik
2 Kesadaran : Compos mentis
3 Tanda-Tanda Vital
Denyut Jantung : 130 x/menit
Suhu : 36,5C

	Respirasi	: 36 x/menit
4	Antropometri	
	a Berat badan	: 3100 gram
	b Panjang Badan	: 48 cm
	c Lingkar Kepala	: 33 cm
	d Lingkar dada	: 31 cm
	e Lingkar lengan	: 11 cm
B	Pemeriksaan Fisik	
1	Kepala	
	a Ubun-Ubun	: UUB UUK normal tidak cembung dan tidak cekung
	b Sutura, Moulase	: Sutura normal, tidak ada moulage
	c Caput Suksedaneum	: Tidak ada
2	Muka	: Tidak pucat
3	Mata	: Simetris, sclera putih, kongjungtiva merah muda, tidak ada secret, tidak ada juling
4	Hidung	: Simetris, tidak ada secret, tidak ada cuping hidung
5	Telinga	: Simetris sejajar dengan ujung mata, tidak ada secret
6	Mulut	: Bentuk bibir simetris,
	a Bibir/palatum	: warna bibir merah muda, palatum ada
	b Pemeriksaan bibir sumbing	: Tidak ada sumbing
7	Leher	: Terdapat pergerakan, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid,
8	Dada	
	a Bentuk	: Bentuk dada simetris, tidka ada restraksi dinding dada
	b Putting Susu	: Ada
	c Bunyi Nafas	: Normal
	d Bunyi Jantung	: Normal
9	Bahu Lengan dan Tangan	: Normal
10	Abdomen	
	a Bentuk	: Bentuk datar
	b Penonjolan sekitar tali pusat	: Tali pusat basah
	c Perdarahan tali pusat	: Tidak, tali pusat sudah kering dan sudah lepas.
	d Benjolan	: Tidak ada
11	Genitalia/alat Kelamin	:
	a Laki-laki	
	Testis berada dalam skrotum	: Ya
	Penis berlubang dan ujungnya penis	: Ya
12	Ekstremitas atas	: Tangan normal
13	Ekstremitas bawah	: Tungkai normal
14	Kulit	
	a Verniks	: Ada
	b Warna	: Kemerahan setelah 2 jam lahir
	c Pembengkakan	: Tidak ada
	d Tanda-tanda lahir	: Tidak ada
15	Refleks Fisiologis	

- | | | | | |
|--|---|--------------------|---|------------|
| | a | Refleks Moro | : | Normal (+) |
| | b | Refleks sucking | : | Normal (+) |
| | c | Refleks Grasping | : | Normal (+) |
| | d | Refleks Tonik Neck | : | Normal (+) |
- 16 Pemeriksaan Penunjang
- | | | | | |
|--|---|----------|---|-----------------------------|
| | a | Darah | : | 13 gram/% |
| | b | R/O Foto | : | Belum dilakukan |
| | c | Urin | : | Tidak dilakukan pemeriksaan |
- III Analisa Data Bayi Baru Lahir 10 hari fisiologis
- IV Penatalaksanaan
- 1 Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan pada bayi nya, dengan hasil TTV normal, refleks bayi baik, bayi mengenal puting ibu dengan baik. Ibu mengetahuinya
 - 2 Memberitahukan ibu bahwa bayinya akan di mandikan sebelum pulang ke rumah, orangtua bayi mengetahui dan mengizinkannya.
 - 3 Memberikan ibu KIE mengenai pencegahan hipotermi pada bayi dan perawatan bayi baru lahir dengan benar untuk mencegah terjadinya kegawatdaruratan pada bayi. Ibu dan suaminya mengetahui hal yang dijelaskan.
 - 4 Memberitahukan cara tanda bahaya pada BBL dan menjelaskan pada orangtua bayi mengenai penggunaan kain bedong atau gurita agar tidak terlalu menyakiti bayi. Ibu dan suami mengetahui dan mengerti dapat melakukan hal tersebut secara mandiri
 - 5 Memastikan ibu mampu secara mandiri menyusui bayinya dengan perlekatan dan posisi yang tepat. Ibu mampu menyusui bayi nya dengan baik dan posisi yang tepat
 - 6 Melakukan pendokumentasian SOAP atas tindakan yang telah dilakukan.

B. Tempat dan Waktu Laporan

Pengkajian dan pemberian Asuhan Kebidanan Berkelanjutan ini berlangsung di TPMB Bidan Dedeh Danuryati, S.Tr.Keb yang bertempat di Kecamatan Cipaku, Kabupaten Ciamis. Berlangsung mulai dari Tanggal 13 April sampai dengan 20 Mei 2026.

C. Subjek Laporan

Subjek dalam laporan asuhan kebidanan berkelanjutan ini adalah salah satu klien yang melakukan asuhan di TPMB Bidan Dedeh Danuryati, S.Tr.Keb.

Merupakan kehamilan primipara yang bersedia mendapatkan pendampingan dan mendapatkan asuhan selama masa kehamilan, persalinan, nifas, asuhan BBL dan KB.

D. Jenis Data

Data yang diperoleh dalam pembuatan laporan ini menggunakan pengumpulan data primer dan data sekunder, yang mana :

1. Data Primer : Data yang diambil langsung dengan melakukan pemeriksaan asuhan yang diberikan pada klien selama masa asuhan, baik itu dalam kunjungan ANC, INC dan lainnya.
2. Data Sekunder : yaitu data yang diperoleh berdasarkan buku catatan pemeriksaan klien yang dilakukan diluar pmb, seperti saat melakukan pemeriksaan ke Puskesmas ataupun ke Dokter Spesialis Kandungan.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas BBL dan KB ini menggunakan metode dekriptif dengan menggunakan metode pengumpulan data yaitu melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, studi dokumentasi dan studi daftar pustaka. Data penelitian ini menggunakan data primer buku KIA.

F. Etika Studi Kasus

Menyusun studi kasus asuhan kebidanan berkelanjutan (Continuity of Care) melibatkan interaksi jangka panjang dengan pasien. Oleh karena itu, prinsip etika menjadi sangat krusial karena Anda tidak hanya mengambil data medis, tetapi juga masuk ke dalam ruang privasi kehidupan pasien. Berikut adalah prinsip-prinsip etika utama yang harus diterapkan dalam studi kasus tersebut:

1. Informed Consent (Persetujuan Setelah Penjelasan)
2. Anonymity & Confidentiality (Anonimitas & Kerahasiaan)
3. Beneficence (Berbuat Baik) & Non-Maleficence (Tidak Merugikan)
4. Justice (Keadilan)