

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny A didapatkan berdasarkan sumber buku KIA, identitas ibu adalah sebagai berikut:

| | | | |
|---------------|---|---------------|---|
| Nama Ibu | : Ny A | Nama Suami | : Tn W |
| Umur | : 19 tahun | Umur | : 21 tahun |
| Suku/Bangsa | : Sunda | Suku/Bangsa | : Sunda |
| Agama | : Islam | Agama | : Islam |
| Pendidikan | : SMP | Pendidikan | : SMK |
| Pekerjaan | : IRT | Pekerjaan | : BHL |
| Alamat Rumah | : Mekarjaya, Krajan, Rawamerta, Karawang | Alamat Rumah | : Mekarjaya, Krajan, Rawamerta, Karawang |
| Alamat Kantor | : - | Alamat Kantor | : - |
| Telepon | : 08384369xxxx | Telepon | : 081xxxxxxx |

Berdasarkan analisis asuhan kebidanan pada kehamilan yang bersumber dari buku KIA, didapatkan Kehamilan Ny A merupakan kehamilan pertama, belum pernah keguguran, Ny A menikah dengan suami sekarang pada 11 Mei 2025, menyadari dirinya hamil saat bulan Juli karena terasa perut membesar dan ada yang bergerak-gerak di perutnya, Ny A melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 8 kali dengan rincian 2 kali di Trimester II, dan 6 kali di trimester III. Ny A melakukan kunjungan kehamilan pertama kali pada Trimester II akhir Juli saat usia

kehamilan 25 minggu di bidan, kemudian usia kehamilan 27-28 minggu melakukan USG di Puskesmas, pada trimester III Ny A melakukan kunjungan ANC sebanyak 6 kali di bidan dan Puskesmas dengan jarak hampir 2 minggu sekali. Pemeriksaan laboratorium (triple eliminasi) pada Ny A dilakukan pada kunjungan ke-3 usia kehamilan 30 minggu (Trimester III) di Puskesmas, dengan hasil triple eliminiasi negative, GDS normal, Hb ibu 12,1 gr/dl.

Selama kehamilan Ny A mendapatkan tablet tambah darah < 90 tablet, pada kehamilan trimester kedua ibu pernah mengalami gatal di vulva dan sudah teratasi dengan sering mengganti celana dalam saat terasa basah. Ny A mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali pada 31 Juli 2025 dan 5 september 2025, dan tidak mendapatkan screening pemeriksaan jiwa selama kehamilan.

3.2 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

I. PENGUMPULAN DATA DASAR

A. IDENTITAS/BIODATA

| | | |
|----------------|---|--|
| Nama Mahasiswa | : | Ari Antini |
| NPM | : | 25277745053 |
| Tempat Praktik | : | TPMB Rahayu Dwikhanti |
| Pembimbing | : | 1. Bdn. Jenny Anna Siauta, SST., M.Keb 2. Bdn Rahayu Dwikhanti, SST., M.Keb |
| Tanggal Masuk | : | 11 November 2025, Pukul 06.20 WIB |
| No. Register | : | |

B. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan utama:

Seorang perempuan datang ditemani ibunya mengatakan mengeluh mulas-mules teratur mules dirasakan di perut menjalar ke pinggang sejak pukul 02.00 WIB, dan keluar lendir bercampur darah sejak pukul 04.30 WIB, gerakan janin masih dirasakan.

2. Riwayat Menstruasi :

- a. HPHT : 11 Februari 2025
- b. TP : 18 November 2025

3. Riwayat Kesehatan :

- a. Riwayat penyakit menular dalam keluarga : Tidak ada
- b. Riwayat penyakit keturunan dalam keluarga : Tidak ada yang menderita hipertensi, jantung, DM, hepatitis, ginjal, TBC, dll

4. Perilaku kesehatan :

- a. Penggunaan alkohol / obat sejenisnya : Tidak ada
- b. Obat/jamu yang sering digunakan : Tidak ada
- c. Rokok, makan sirih : Tidak pernah
- d. Irigasi vagina : Tidak pernah

5. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas KB yang lalu

| No | Tahun Lahir | Tempat Bersalin | UK | Jenis Persalinan | Penolong | Penyulit Kehamilan/Persalinan | JK | BB | PB |
|----|--------------------|-----------------|----|------------------|----------|-------------------------------|----|----|----|
| 1. | Hamil anak pertama | | | | | | | | |

6. Riwayat Hamil Ini:

- a. Pemeriksaan pertama kali pada kehamilan : 20 minggu
- b. Tempat periksa hamil : Bidan dan Puskesmas

- c. Frekwensi selama hamil : 8 kali (TM 2 = 2 kali, TM 3 = 6 kali)
- d. Immunisasi TT2 tgl : 24 Agustus 2025
- e. Keluhan mual dan muntah : Tidak ada
- f. Keluhan pusing : Tidak ada
- g. Muntah : Tidak ada
- h. Oedem : Tidak ada
- i. Nyeri perut : Tidak ada
- j. Penglihatan kabur : Tidak ada
- k. Gerakan janin pertama kali : 4 bulan
- l. Rasa gatal vulva dan vagina : Pernah di awal juli
- m. Gerakan Janin sekarang : Jarang, kurang lebih 4 kali sejak terasa mules

7. Aktifitas sehari-sehari

a. Diet/makan

- Makan sehari-hari : 3 x/hari, terakhir makan jam 9 malam 1 porsi piring kecil, jenis makanan nasi sayur dan tempe goreng
- Ngidam : Tidak ada
- Pantangan terhadap makanan : Tidak ada

b. Pola eliminasi

- BAK : 10x/24 jam Warna : Kuning jernih
- BAB : 1x/24 jam Konsistensi/warna : Lembek/kuning

c. Pola istirahat dan tidur

- Siang : 3 jam

- malam : 4 jam

8. Riwayat Sosial

- a. Apakah kehamilan ini direncanakan : Tidak
- b. Jenis kelamin yang diharapkan : Tidak ada
- c. Status perkawinan : Menikah, 11 Mei 2025
- d. Usia perkawinan : 6 bulan
- e. Kegiatan spiritual : Jarang sholat, tidak ikut pengajian

C.DATA OBYEKTIF

a. Pemeriksaan Umum

- 1. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis
- 2. TB : 161 cm
- 3. BB sebelum hamil : 54 kg
- 4. BB saat ini : 67 kg
- 5. Tanda-tanda vital
 - Tekanan darah : 110/70 mmHg
 - Nadi : 85x/menit
 - Pernafasan : 23x/menit
 - Suhu : 36,8° C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1. Wajah :
 - Simetris : ya / ~~tidak~~
 - Warna : Sawo matang
 - Oedema : ~~ya~~/ tidak

- Kloasma : ~~ya~~/ tidak

2. Mata :

- Simetris : ya / ~~tidak~~

- Conjunctiva : merah / ~~pucat~~

- Sklera : putih / ~~kuning / adanya pembuluh darah~~

- Kelainan : Tidak ada

3. Payudara :

- Simetris : ya / ~~tidak~~

- Puting : ~~masuk / datar / menonjol~~

- Areola : Menghitam

- Benjolan : Tidak ada

- Kolostrum : Ada / ~~tidak ada~~

- Kebersihan : Bersih

4. Abdomen

Inspeksi :

- Pembesaran perut : Sesuai UK / ~~tidak sesuai UK~~

- Bekas operasi : ~~Ada~~ / tidak ada

- Striae : Tidak ada

- Linea : Tidak ada

Palpasi :

- Kontraksi uterus : Ada

- TFU Mc. Donald : 33 cm

- Leopold I : TFU teraba pertengahan px dan pusat. Fundus teraba satu bagian kurang bulat, lunak dan tidak melenting

- Leopold II : Kiri teraba satu bagian keras memanjang seperti papan. Kanan teraba bagian-bagian kecil janin
- Leopold III : Bagian bawah teraba satu bagian keras. Tidak bisa digoyangkan. Sudah masuk PAP/ ~~belum~~
- Leopold IV : ~~konvergen / sejajar /~~ divergen.
- Perlimaan : 2/5
- TBF : $33 - 11 \times 155 = 3.410$ gram

Auskultasi :

- DJJ : 140x/menit
- Rithme : teratur / ~~tidak teratur~~
- Frekuensi : /menit
- Tempat : kiri bawah

Kontraksi:

Frekuensi : 4x/10 menit

Durasi 45 detik

Interval : 1 menit

5. Anogenital :

Inspeksi :

Vulva & vagina

- Varices : ~~ada~~ / tidak
- Kemerahan : ~~ada~~ / tidak
- Luka : ~~ada~~ / tidak
- Oedema : ~~ada~~ / tidak

- Perineum (luka parut) : ~~ada~~ / tidak

6. Periksa Dalam Pukul : 06:20 WIB

- Vulva/ vagina : Tidak ada kelainan
- Portio : Tipis lunak
- Pembukaan : 9 cm
- Selaput ketuban : Utuh
- Presentasi : Belakang kepala
- Penunjuk : UUK kiri depan
- Penurunan : Kepala Hodge III +
- Molase : 0

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal: 07 November 2025

1. Darah :

- a. Hb : 11,8 gr%
- b. Gol. Darah : A Rhesus : Tidak diperiksa

2. Urine :

- a. Protein : negatif / + / ++ / +++ / ++++
- b. Glukosa : negatif / + / ++ / +++ / ++++

3. Pemeriksaan penunjang lain : Tidak dilakukan

II. INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Ny. A usia 19 tahun G1P0A0 usia kehamilan aterm inpartu kala 1 fase aktif. Janin Tunggal hidup intrauterine, presentasi belakang kepala

Dasar : Ibu mengatakan ini adalah kehamilan pertama, belum pernah

keguguran sebelumnya, HPHT ibu 11 Februari 2025, Taksiran Persalinan 18-11-2025, ada kontraksi, PD pembukaan 9 cm, Leopold bagian terbawah kepala, dan hasil pemeriksaan dalam denominator UUK, DJJ 140x/menit

Masalah : Cemas menghadapi persalinan

Kebutuhan : Memberikan dukungan psikologis, asuhan persalinan

III. ANTISIPASI MASALAH/MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

1. Mandiri : Tidak ada

2. Kolaborasi : Tidak ada

3. Rujukan : Tidak ada

V. PERENCANAAN

1. Beritahu hasil pemeriksaan
2. Jalin hubungan yang baik dengan klien
3. Lakukan informed consent
4. Penuhi asupan nutrisi
5. Pendamping persalinan
6. Ajarkan ibu Teknik relaksasi
7. Lakukan pemantauan persalinan

VI. PELAKSANAAN

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada klien, bahwa keadaan ibu dan janin baik, saat ini ibu masuk kala 1 fase aktif dengan pembukaan 9 cm
2. Menciptakan hubungan yang nyaman dengan klien agar klien merasa nyaman menjalani kala I persalinan
3. Memberikan lembar persetujuan yang harus diisi untuk pelaksanaan tindakan selama proses kelahiran
4. Memenuhi kebutuhan gizi ibu dengan memastikan asupan makanan dan minuman yang cukup. Saat tidak ada kontraksi, ibu disarankan untuk mengonsumsi air putih/teh manis
5. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk didampingi oleh ibu dan anggota keluarga selama proses melahirkan
6. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan metode pernapasan, dan counter pressure untuk membantu meredakan nyeri dan memberikan kenyamanan
7. Melakukan pemantauan kesejahteraan ibu kontraksi, nadi, suhu, tekanan darah dan kesejahteraan janin dengan pemeriksaan DJJ, penurunan kepala dengan partograf

VII. EVALUASI

1. Ibu dan keluarga mengerti penjelasan yang diberikan bidan
2. Ibu merasa nyaman
3. Lembar Persetujuan telah diberikan dan ditandatangani oleh pihak keluarga

4. Ibu diberikan minum dan menghabiskan setengah gelas, di antara kontraksi
5. Ibu dan adik mendampingi klien di ruang persalinan.
6. Ibu telah melakukan teknik pernapasan dalam, dan merasa lebih nyaman saat kontraksi
7. Kemajuan persalinan sudah di catat di partograf

CATATAN PERKEMBANGAN PADA PERSALINAN

Tabel 3. 1 Perkembangan Pada Persalinan

| Waktu | Subjective | Objective | Asesment | Planning |
|---|--|---|---|--|
| 11 Nopem ber 2025 pukul 07.00 WIB | Ibu mengatakan keluar cairan banyak dari jalan lahir, mulesnya semakin sering, kuat dan teratur, serta ada dorongan ingin meneran. | Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV : Nadi 83x/m, P 22 x/mnt, Suhu 36,6, RR 22x/m, HIS 5x/10'/45", DJJ 148x/m, regular, terdapat tanda-tanda gejala kala II : ada dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan anus membuka, terdapat lendir bercampur darah. Pemeriksaan dalam : portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan jernih, presentasi belakang kepala, posisi UUK depan, moulage 0, penurunan H-IV, tidak teraba bagian lain | Ny. A usia 19 tahun G1P0A0 gravida aterm dengan inpartu kala II. Janin Hidup Tunggal Intrauterin presentasi belakang kepala Masalah : Tidak Ada Kebutuhan : Asuhan Persalinan | 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik, pembukaan sudah lengkap dan ibu disarankan mengedan pada saat ada kontraksi dengan teknik tiup tiup. Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan. 2. Memberitahukan kepada ibu bahwa apa yang dialaminya adalah gejala-gejala awal persalinan, di mana kepala janin mulai terlihat di area vagina (vulva mulai membuka), dan keinginan untuk buang air besar disebabkan oleh tekanan dari kepala janin yang akan segera lahir. Ibu sudah memahami penjelasan. 3. Menjelaskan pilihan posisi ibu saat melahirkan seperti jongkok, setengah duduk, berbaring miring, atau merangkak saat melahirkan. Dan ibu bisa menentukan posisi yang nyaman. Ibu memilih posisi setengah duduk. 4. Mempersiapkan diri dengan mengenakan perlengkapan pelindung serta memeriksa semua peralatan dan menempatkannya dengan rapi. Alat pelindung diri telah terpasang dan semua peralatan telah disediakan. 5. Mempersiapkan ibu dan anggota keluarga dalam pimpinan untuk meneran pada saat ada kontraksi. |

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | <p>Membantu ibu untuk mulai mengedan saat kontraksi mencapai puncaknya. Jika rasa sakit atau kontraksi melemah, ibu dapat beristirahat dan diperbolehkan untuk minum supaya menambah energinya. Ibu minum air putih.</p> <p>6. Membantu pertolongan kelahiran bayi sesuai Langkah APN. Lahirlah bayi laki-laki secara keseluruhan jam 07.15</p> <p>7. Melakukan penilaian selintas pada BBL. Bayi segera menangis, warna kulit kemerahan dan gerakan bayi aktif.</p> <p>8. Meletakkan bayi diatas perut ibu, mengeringkan, Ganti kain basah dengan kain kering, melakukan klem tali pusat dan pemotongan tali pusat dan mengikat tali pusat. Tali pusat di klem dengan umbilikal klem.</p> <p>9. Melakukan IMD dengan meletakkan bayi di dada ibu dengan posisi frog position diantara kedua payudara ibu, tutup badan bayi dan ibu menggunakan kain/pernel dan beri bayi topi untuk menjaga kehangatan. Bayi telah di IMD selama 60 menit. Persalinan telah berlangsung dengan lancar dan bayi dilahirkan secara normal</p> |
| 11 Nopember 2025 pukul 07.15 WIB | Ibu mengatakan perut terasa mulas dan lelah. | Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD110/70, Nadi 84 x/m, TFU setinggi pusat, tidak teraba janin | Ny.A usia 19 tahun P1A0 partus kala III Masalah : Tidak ada | <p>1. Memberitahu ibu bahwa ibu memasuki kala kelahiran plasenta. Ibu mengerti</p> <p>2. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin untuk membuat uterus ibu berkontraksi sehingga</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | <p>kedua, kandung kemih teraba tidak penuh, dan belum ada tanda-tanda kala III (uterus globuler, ada semburan darah dari jalan lahir, dan tali pusat memanjang).</p> | <p>Kebutuhan : Manajemen aktif Kala III</p> | <p>plasenta dapat lahir dengan cepat. Ibu bersedia disuntik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan suntikan oksitosin pada paha atas bagian luar ibu secara IM. Suntikan oksitosin sudah diberikan. 4. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan camilan. Ibu Ny A menyeduh teh manis. 5. Memindahkan klem tali pusat sekitar 10 cm dari depan vulva 6. Melakukan pengecekan kontraksi, saat ada kontraksi tangan kanan meregangkan tali pusat dan tangan kiri mendorong uterus kearah belakang atas (dorso-kranial) secara hati hati untuk mencegah inversio uteri. Belum terlihat adanya tanda tanda pelepasan plasenta kemudian PTT dihentikan sampai menunggu kontraksi berikutnya. 7. Melakukan penegangan tali pusat terkendali kembali pada saat ada kontraksi, dan melakukan dorso kranial selanjutnya terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi: keluarnya darah secara tiba-tiba, bentuk uterus globuler, dan tali pusat menjadi lebih panjang. Tanda-tanda pelepasan plasenta sudah mulai tampak. 8. Melahirkan plasenta dengan tangan kanan menarik keatas, kebawah, mendatar sesuai sumbu jalan lahir dan tangan kiri melakukan dorso kranial hingga plasenta terlahir untuk mencegah terjadinya inversio uteri, |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | | | | <p>saat plasenta mulai tampak di vulva, tangkap plasenta dengan kedua tangan kemudian lakukan pilin/putaran searah jarum jam hingga selaputnya terputar, dan letakkan plasenta di atas wadah plasenta. Plasenta dilahirkan pada pukul 07.25 WIB</p> <p>9. Melakukan masase pada fundus uteri dengan tangan kanan selama sekitar 15 detik untuk mencegah terjadinya atonia uteri yang dapat menimbulkan perdarahan. Pemijatan telah dilakukan, dan rahim berkontraksi dengan baik</p> <p>10. Melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta. Plasenta lahir lengkap.</p> |
| 11 Nopember 2025 pukul 07.25 WIB | Ibu mengatakan perut masih terasa mulas dan lelah | Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD110/80, Nadi 83x/m, Suhu 36,6, RR 22x/m, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, PPV 50 cc dan terdapat robekan di bagian mukosa vagina | <p>Ny. A umur 19 tahun P1A0 partus kala IV dengan laserasi grade 1</p> <p>Masalah : ibu merasakan lelah</p> <p>Kebutuhan : kebutuhan nutrisi, asuhan kala IV</p> <p>Diagnose potensial : perdarahan</p> <p>Antisipasi Tindakan segera : penjahitan</p> | <p>1. Memberikan informasi kepada ibu bahwa ibu dan bayi dalam keadaan baik, tetapi terdapat robekan perineum dan harus dilakukan penjahitan. Ibu bersedia dilakukan penjahitan.</p> <p>2. Memastikan perdarahan dengan melakukan perkiraan kehilangan darah selama persalinan. Jumlah darah yang keluar kurang lebih 100 cc.</p> <p>3. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masage uterus untuk menilai kontraksi. Ibu dapat melakukannya dan dapat membedakan kontraksi yang baik dan yang tidak</p> <p>4. Melakukan penjahitan robekan perineum dengan bagian luar dengan tehnik satu satu. Laserasi telah dijahit.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>5. Melakukan prosedur pasca salin: memastikan uterus berkontraksi, Mengawasi pendarahan pada ibu, memeriksa kandung kemih dan tanda-tanda vital ibu. Proses asuhan pasca persalinan telah dilaksanakan.</p> <p>6. Melakukan evaluasi Inisiasi Menyusui Dini. IMD telah berhasil dilaksanakan, ditandai dengan bayi yang telah menemukan dan mulai menyusu dari puting susu ibunya dalam satu jam pertama setelah lahir.</p> <p>7. Membersihkan darah menggunakan kain kasa steril untuk memeriksa apakah terdapat laserasi. Terdapat luka di bagian mukosa vagina. Penjahitan perineum derajat I dilakukan dengan menggunakan anastesi lidokain 1%.</p> <p>8. Memberikan edukasi kepada ibu agar selalu membersihkan daerah perineum dengan sabun dan air mengalir minimal 3 sampai 4 kali setiap harinya dan menjaga agar perineum tetap kering serta menjaga kebersihan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan</p> <p>9. Memastikan kebutuhan nutrisi dan cairan bagi ibu dengan menyarankan agar ibu mengonsumsi makanan dan minuman untuk memulihkan energinya. Ibu telah makan roti dan minum air putih ½ gelas.</p> <p>10. Memberitahu ibu agar melakukan mobilisasi secara bertahap, mulai dari posisi miring, duduk, berdiri, hingga berjalan.</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Ibu sudah mulai belajar miring ke arah kiri dan kanan, duduk.</p> <p>11. Menginformasikan kepada ibu agar tidak menunda BAK, ibu dapat pergi ke toilet jika tidak ada masalah. Ibu sudah BAK.</p> <p>12. Membersihkan ibu dan merapihkan alat-alat bekas pakai dan melakukan dekontaminasi alat. Ibu sudah nyaman dan alat-alat sudah direndam dalam chlorin 0,5% selama 15 menit dan selanjutnya di proses untuk sterilisasi alat</p> <p>13. Melakukan pemantauan pada kala IV selama 1 jam pertama dilakukan setiap 15 menit dan pada 1 jam kedua dilakukan setiap 30 menit. Pencatatan pemantauan kala IV pada partograf sudah dilakukan.</p> |
|--|--|--|--|---|

1.4. CATATAN PERKEMBANGAN MASA NIFAS

Tabel 3. 2 Perkembangan Masa Nifas

| Kontak | Waktu | Data Subjektif | Data Objektif | Diagnosa | Penatalaksanaan |
|--------|-----------------------------------|---|---|--|--|
| KFI | 11 Nov 2025 pukul 14.30 WIB | Ibu mengatakan masih merasakan mules dan lelah namun senang atas kelahiran anaknya ibu sudah berjalan ke toilet untuk BAK, pengeluaran ASI kolostrum ada | Keadaan umum : baik, keadaan emosional : stabil, kesadaran : composmentis, tanda-tanda vital TD 110/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36,6 ⁰ C, RR 20x/menit, Hasil pemeriksaan: | Ny.A usia 19 tahun P1A0 nifas 6 jam Masalah : perut terasa mules Kebutuhan : penkes ketidaknya manan pada abdomen | 1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi ibu berada dalam keadaan yang normal. Ibu merasa puas dengan hasil pemeriksaan tersebut. 2. Menjelaskan mengenai tanda-tanda bahaya selama periode nifas, seperti terjadinya perdarahan, pembengkakan pada tubuh, kejang, demam yang berlangsung |

| | | | | | |
|--|--|--|---|----------------------|---|
| | | | <p>konjungtiva merah muda dan sclera putih</p> <p>Payudara, puting menonjol, bersih, sudah keluar</p> <p>kolostrum</p> <p>Abdomen TFU 1 Jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih : kosong.</p> <p>Lokhea rubra, luka perineum basah dan bersih.</p> | <p>di awal nifas</p> | <p>lebih dari dua hari, kemerahan di area payudara disertai rasa sakit, serta gejala depresi. Apabila Ibu menemukan kondisi seperti itu, disarankan untuk cepat mengunjungi tenaga kesehatan terdekat. Ibu telah mengenali tanda-tanda bahaya selama periode nifas.</p> <p>3. Memberikan edukasi terkait ketidaknyamanan pada abdomen yang dialami ibu adalah hal yang wajar, di mana rahim ibu mengalami kontraksi untuk mengembalikan kondisinya seperti semula. Akibatnya, ibu merasakan perutnya tegang dan mengalami sedikit rasa mules. Ibu telah memahami informasi yang disampaikan oleh bidan.</p> <p>4. Memberikan penkes kepada ibu tentang ASI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tentang ASI, ASI adalah sel hidup. ASI diibaratkan seperti konsep sedekah, semakin sering dikeluarkan akan semakin banyak produksinya. • Menjelaskan Ukuran dan volume lambung bayi, bahwa disaat ini produksi ASI sesuai dengan ukuran lambung bayi yaitu sebesar buah cerry dan hanya dibutuhkan 5-7 ml, |
|--|--|--|---|----------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>dan akan bertambah sesuai dengan usia bayi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan jenis-jenis ASI, yaitu colostrum, hindmilk, dan foremilk • Menjelaskan kepada ibu untuk tetap rileks dan bahagia, karna stress dapat mempengaruhi ASI ibu untuk keluar. • Menyarankan agar ibu memperbanyak asupan air putih dan mengonsumsi sayuran hijau demi kelancaran produksi ASI.. • Menginformasikan kepada ibu bahwa ASI merupakan makanan yang penting untuk bayi, memberikan ASI eksklusif kepada bayi selama enam bulan. Ibu mengerti penjelasan yang diberikan dan bersedia mengikuti saran dari bidan. <p>5. Memberikan edukasi kepada ibu tentang teknik menyusui yang benar dengan langkah-langkah berikut: pastikan ibu berada dalam posisi yang nyaman, dekatkan perut bayi ke perut ibu (agar bersentuhan), letakkan kepala bayi di lipatan siku ibu, dan ibu memegang payudara dengan bentuk menyerupai huruf C, 1 jari di atas puting dan 4 jari</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>dibawah puting, dekatkan puting susu ibu pada pipi bayi, jika bayi mulai membuka mulut maka masukkan puting susu ibu sampai ke bagian yang berwarna hitam, Amati bayi saat ia menyusui dan ketika bayi sudah merasa kenyang, lakukan sendawakan dengan cara menggendongnya. Letakkan dagu bayi di atas bahu ibu dan tepuk-tepuk punggungnya dengan lembut hingga bayi mengeluarkan angin dari mulutnya. Ibu memahami penjelasan dari bidan dan siap untuk melakukannya.</p> <p>6. Menganjurkan agar ibu mengonsumsi makanan kaya protein guna memperbaiki jaringan tubuh yang mungkin mengalami kerusakan selama proses persalinan. Selain itu, asupan protein juga dapat mendukung produksi ASI dan menjaga kesehatan otot, seperti daging tanpa lemak, ikan, telur, dan kacang-kacangan. Ibu memahami penjelasan dari bidan dan bersedia untuk mengikuti saran yang diberikan.</p> <p>7. Memberikan vitamin A. Sudah diberikan dan ibu bersedia mengonsumsinya</p> <p>8. Memberikan sulfas ferroses (FS). Sudah diberikan dan ibu</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------|----------------------------------|---|--|--|---|
| | | | | | bersedia mengonsumsinya 9. Memberitahu jadwal kontrol ulang pada tanggal 14 November 2025. Ibu bersedia melakukan kontrol ulang |
| KF 2 | 14 November 2025 pukul 09.00 WIB | Ibu mengatakan Pengeluaran ASI sedikit dan telah beraktivitas sebagaimana biasanya. | Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV : TD 110/70, Nadi 80x/m, Suhu 36,8, RR 22x/m, Hasil pemeriksaan konjungtiva merah muda dan sklera putih, Payudara : puting tidak ada lecet, payudara sedikit lembek TFU 3 jari dibawah pusat , kontraksi baik, kandung kemih kosong. Genetalia lochea sanguinolenta, luka perineum mulai mengering. | Ny.A usia 19 tahun PIA0 Postpartum 4 hari Masalah: ASI sedikit Kebutuhan : Pijat oksitosin | 1. Memberitahukan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi umum ibu dalam keadaan baik: TD : 110/70 mmHgN : 80 x/m P : 22 x/m, S : 36,8°C. Ibu senang mendengar hasil pemeriksaan. 2. Pemantauan lochea serta jahitan perineum. Memantau keadaan involusi uterus dan lochea, TFU 3 jari dibawah pusat , lochea tidak berbau, jahitan perineum normal dan tidak ada tanda infeksi 3. Memberikan dukungan emosional kepada ibu dengan mengingatkan bahwa saat ini teteh adalah orang tua yang luar biasa, serta mampu menjalankan peran baru dan merawat bayinya dengan penuh kasih. Ibu terlihat lebih termotivasi. 4. Mengingatnkan kebutuhan nutrisi yang harus ibu penuhi selama menyusui seperti makanan yang mengandung karbohidrat, protein, mineral 10 gelas perhari, buah-buahan, serta makanan yang mengandung zat besi di tambah dengan susu |

| | | | | | |
|------|--------------------------------|----------------------------------|--|--|---|
| | | | | | <p>2 gelas/ hari agar ASI ibu lancar. Ibu sudah mengerti penjelasan bidan.</p> <p>5. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup. istirahat di siang hari saat bayi ibu tidur. Keluarga bersedia membantu menjaga ibu di malam hari</p> <p>6. Mengajarkan keluarga tentang teknik pijat oksitosin, sehingga keluarga dapat mengulangi langkah-langkah pijat yang telah diajarkan untuk dipraktekan dirumah</p> <p>7. Menjelaskan berbagai metode alat kontrasepsi kepada ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga akan membicarakan pilihan alat kontrasepsi yang tepat.</p> <p>8. Memberitahukan kepada ibu sebaiknya melakukan kunjungan ulang dalam waktu dua minggu ke depan atau jika ada keluhan yang muncul. Ibu mengerti dan ibu bersedia untuk melakukannya.</p> <p>Tanggal 17 Nopember dilakukan pemeriksaan Hb di Puskesmas : 11,8 gr/dl</p> |
| KF 3 | 04 Desember 2025 Jam 10.00 WIB | Ibu mengatakan tidak ada keluhan | Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV : TD 110/70, Nadi 82x/m, Suhu 36,5, RR 22x/m, | Ny.A usia 19 tahun P1A0 Postpartum 23 hari Masalah : tidak ada Kebutuhan | <p>1. Memberikan informasi mengenai hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu terlihat senang dengan hasil pemeriksaan.</p> <p>2. Mengingatkan Kembali terkait pola istirahat ibu harus</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|----------|---|
| | | | <p>Pada pemeriksaan fisik didapatkan konjungtiva merah muda dan sclera putih, Payudara : puting susu tidak lecet, ASI keluar lancar, Abdomen TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, Diastasis rectus abdominis 3/5. Ekstremitas : Tidak ada edema dan varises, tanda homan negatif. Luka jahitan kering, Lochea sudah tidak ada</p> | : Penkes | <p>istirahat yang cukup, kurangi aktivitas dengan gadget di tengah malam, Tidur di siang hari saat bayi tidur. Ibu bersedia dan Keluarga siap membantu ibu menjaga ibu dan bayi di malam hari.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan informasi kepada ibu agar dapat menyusui secara eksklusif. Ibu akan berusaha menyusui eksklusif dengan ASI hingga usia 6 bulan. 4. Mengajarkan ibu senam nifas sederhana untuk dilakukan di rumah. Ibu berjanji akan melakukan senam nifas 5. Mengingatkan Kembali terkait tanda bahaya masa nifas. Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan 6. Mengingatkan ibu agar mengonsumsi makanan yang sehat dan bergizi. Ibu telah mengonsumsi makanan yang bernutrisi. 7. Mengingatkan Kembali terkait alat kontrasepsi yang dapat ibu gunakan. Ibu dan suami berencana menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan. 8. Memberitahukan kepada Ibu agar datang kembali dalam dua minggu ke depan atau segera jika ada keluhan. Ibu mengerti dan siap untuk melakukannya. |
|--|--|--|--|----------|---|

| | | | | | |
|------|--------------------------------|---|---|--|---|
| KF 4 | 23 Desember 2025 Jam 10.00 WIB | Ibu mengatakan tidak ada keluhan, menginginkan KB suntik DMPA 3 bulan | Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV : TD 110/70, Nadi 82x/m, Suhu 36,5, RR 22x/m, Hasil pemeriksaan : konjungtiva merah muda dan sclera putih. Payudara puting susu tidak lecet, ASI keluar lancar, Abdomen TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, Diastasis rectus abdominis 3/5. Ekstremitas : Tidak ada edema dan varises, tanda homan negatif. Lochea sudah tidak ada | Ny.A usia 19 tahun P1A0 Postpartum 42 hari Masalah: belum menggunakan alat kontrasepsi Kebutuhan : konseling alkon suntik DMPA | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menciptakan hubungan baik yang nyaman dengan klien. Ibu merasa senang 2. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu terlihat senang 3. Menganjurkan kepada ibu untuk memiliki waktu istirahat yang cukup. Ibu bersedia untuk istirahat yang cukup. 4. Mengingatkan kembali kepada ibu agar bisa menyusui eksklusif. Ibu telah siap untuk memberikan ASI hingga usia 6 bulan. 5. Memastikan bahwa ibu mendapatkan asupan makanan yang kaya gizi. Ibu telah makan makanan yang kaya gizi. 6. Melakukan konseling KB suntik DMPA 3 bulan. Ibu mengerti dan dilakukan penyuntikan 7. Mencatat hasil pemeriksaan yang sudah dilaksanakan. |
|------|--------------------------------|---|---|--|---|

1.5. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

| | | |
|----------------|---|--|
| Nama Mahasiswa | : | Ari Antini |
| NPM | : | 25277745053 |
| Tempat Praktik | : | TPMB Rahayu Dwikhanti |
| Pembimbing | : | 1.Bdn. Jenny Anna Siauta, SST., M.Keb 2.Bdn Rahayu Dwikhanti, SST., M.Keb |

| | | |
|---------------|---|-----------------------------------|
| Tanggal Masuk | : | 11 November 2025, Pukul 14.30 WIB |
| No. Register | : | - |

I. PENGKAJIAN

A. IDENTITAS/BIODATA

1. Identitas Bayi

Nama : Bayi Ny A
Umur : 6 jam
Tanggal/Jam Lahir : 11 November 2025/ Pukul 07.15 WIB
Jenis Kelamin : Laki-laki
Anak ke : 1 (Satu)

2. Identitas Orang Tua

| | | | | | |
|-------------|---|----------|-------------|---|----------|
| Nama Ibu | : | Ny A | Nama Suami | : | Tn W |
| Umur | : | 19 tahun | Umur | : | 21 tahun |
| Suku/Bangsa | : | Sunda | Suku/Bangsa | : | Sunda |
| Agama | : | Islam | Agama | : | Islam |
| Pendidikan | : | SMP | Pendidikan | : | SMK |

- Komplikasi persalinan : Tidak ada
- IMD : 60 menit

2. Riwayat kesehatan keluarga (ibu, ayah, saudara kandung ibu&ayah)

- a. Diabetes militus : Tidak ada Epilepsi: Tidak ada
- b. Kelainan kongenital : Tidak ada
- c. Penyakit jiwa : Tidak ada
- d. Hipertensi : Tidak ada TBC: Tidak ada
- e. Penyakit hati : Tidak ada Penyakit ginjal: Tidak ada
- f. Kehamilan kembar : Tidak ada Alergi: Tidak ada

B. DATA OBJEKTIF

❖ **Penilaian Segera Bayu baru Lahir**

Tabel 3. 3 Penilaian Bayi Segera Setelah Lahir

| Penilaian | Ya | Tidak |
|--|----|-------|
| Apakah warna kulit bayi kemerahan? | Ya | |
| Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan? | Ya | |
| Apakah bayi bergerak dengan aktif? | Ya | |

❖ **Pemeriksaan Umum**

1. Keadaan umum: Baik Kesadaran: Baik
2. Respirasi: 46 x/menit. Frekuensi jantung: 135 x/menit. Suhu : 36,8°C
3. Antropometri:
 - a. BB: 3500 gram. PB: 50 Cm. Lingkar lengan 12 cm
 - b. Lingkar kepala:
 - Sircumferensia suboccipito bregmatik: 34 cm
 - Sircumferensia fronto-occipitalis : 34 cm

- Sircumferensia mento-occipitalis : 34 cm
- c. Lingkar dada : 34 cm
- d. Lingkar perut : 32 cm

❖ **Pemeriksaan Fisik Sistematis**

1. Kepala:

- a. Bentuk : Bulat Caput succadenium: Tidak ada
- b. Cepal haematom: Tidak ada
- c. Ubun-ubun besar : Datar

2. Telinga:

- a. Struktur telinga : Lengkap
- b. Letak : Simetris
- c. Pengeluaran cairan : Tidak ada

3. Mata:

- a. Letak : Simetris , warna sklera: Putih
- b. Tanda infeksi : Tidak Ada
- c. Kelainan : Tidak Ada

4. Hidung:

- a. Letak : Simetris
- b. Cuping hidung : Ada
- c. Kelainan : Tidak ada

5. Mulut dan bibir:

- a. Letak : Simetris
- b. Warna : Pink
- c. Refleks rooting : Positif

d. Kelainan : Tidak Ada

6. Leher:

a. Pergerakan leher : Positif

b. Refleks tonic neck : Positif

7. Dada:

Bentuk : Simetris

Retraksi dada : Tidak ada

Bunyi nafas : Teratur

Kelainan : Tidak ada

8. Perut:

a. Bentuk perut : Cembung

b. Tali pusat : Basah, tidak ada perdarahan dan tanda infeksi

9. Bahu, lengan, dan tangan:

a. Simetris : Ya

b. Jumlah jari tangan : 10 (masing-masing tangan 5 jari)

c. Warna kuku : Putih agak pink

d. Gerakan otot tangan : Aktif

e. Refleks graps : Positif

9. Punggung:

a. Benjolan: Tidak ada

b. Kelainan : Tidak ada

10. Anus:

a. Lubang anus : Ada

b. Kelainan : Tidak ada

11. Genitalia:

Laki-laki:

- a. Lubang uretra : Ada
- b. Keadaan testis : Dua, testis sudah turun ke skrotum
- c. Kelainan : Tidak ada

12. Kulit:

- a. Verniks caseosa : Tidak ada
- b. Warna kulit : Kemerahan

13. Kaki:

- a. Simetris : Ya
- b. Jumlah jari kaki : 10, masing-masing kaki 5 jari
- c. Warna kuku : Pink
- d. Gerakan otot kaki : Aktif
- e. Refleks plantar : Positif
- f. Refleks walking : Positif
- g. Refleks babinsky : Positif
- h. Refleks moro : Positif

❖ Eliminasi

- Miksi: Sudah BAK
Warna : Bening
Tanggal 11 November 2025
Pukul 10.00 WIB
- Mekonium: Sudah keluar
Warna : Hijau kehitaman
Tanggal 11 November 2025

Pukul 11.30 WIB

❖ Perawatan Bayi Baru Lahir

- Pemberian salf mata : Sudah pukul 08.30 WIB
- Pemberian vitamin K1 : Sudah pukul 08.35 WIB
- Pemberian HB 0 : Belum diberikan
- Pemberian identitas : Tidak dilakukan

II. INTERPRETASI DATA

1. Diagnosa : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 6 jam
Dasar : Bayi lahir tanggal 11 November 2025 pukul 07.15 WIB, usia saat dilahirkan aterm, BB lahir 3500 gram, pengkajian dilakukan pada saat 6 jam setelah dilahirkan.
2. Masalah : Tidak ada
3. Kebutuhan : Pemeriksaan fisik bayi baru lahir

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH SEGERA

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

1. Mandiri : Tidak dilakukan
2. Kolaborasi : Tidak dilakukan
3. Rujukan : Tidak dilakukan

V. PERENCANAAN

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan pada bayi
2. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif
3. Anjurkan ibu agar menjaga bayi tetap hangat

4. Jelaskan cara perawatan tali pusat
5. Jelaskan tanda bahaya bayi baru lahir
6. Beri suntikan Hepatitis B 0
7. Dokumentasi

VI. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat dan keadaan umum yang baik, BB 3500 kg, tidak ditemukan kecacatan pada bayi, selain itu, tidak ada kelainan yang ditemukan.
2. Menyarankan kepada ibu agar terus memberikan ASI eksklusif sampai bayinya berusia 6 bulan, dan dapat diteruskan sampai bayi berusia 2 tahun.
3. Menjelaskan dan memastikan ibu untuk terus menjaga kehangatan bayi dengan membedongnya, guna mencegah terjadinya hipotermia.
4. Menjelaskan pada ibu cara perawatan tali pusat yaitu jika pada saat dimandikan tali pusat kena air maka ibu harus mengeringkan tali pusat bayi menggunakan kain, kemudian pastikan tali pusat bayi tetap kering. Jangan menggunakan betadine atau alkohol pada area tali pusat, dan lakukan perawatan secara hati-hati hindari menariknya secara paksa, karena tali pusat akan terlepas dengan sendirinya.
5. Memberikan penjelasan tanda bahaya pada bayi yang baru lahir, seperti bayi tidak mau menyusu atau jika bayi memuntahkan semua yang telah diminumnya, bayi kejang, memiliki kondisi fisik lemah atau hanya bergerak saat dipegang, mengalami kesulitan bernapas, merintih, demam, diare, serta jika mata terlihat cekung. Selain itu, ketika bayi menunjukkan kurangnya reaksi terhadap pencubitan di kulit perut dan respons kulitnya sangat lambat,

atau jika tanda-tanda muncul dalam rentang waktu kurang dari 24 jam pasca kelahiran atau lebih dari 14 hari setelah itu.

6. Menyuntikkan Hb 0 pada paha kanan bayi
7. Melakukan pendokumentasian.

VII. EVALUASI

1. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
2. Ibu mengerti dengan anjuran bidan untuk memberikan ASI eksklusif dan bisa mengulang kembali anjuran yang diberikan
3. Ibu mengerti dan akan menjaga kehangatan bayi
4. Ibu mengerti penjelasan bidan dan bisa mengulang kembali cara perawatan tali pusat bayi
5. Ibu dapat mengenali tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir dan dapat mengulangi penjelasan yang disampaikan oleh bidan
6. Imunisasi HB0 telah diberikan
7. Pendokumentasian tercatat

Lembar MTBS/MTBM

KN I

| FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Tanggal Kunjungan : 11 November 2015 NIK : | | | |
| Alamat : M Kartaya | | | |
| Nama Bayi : Bayi N/A | | Nama Ibu : N/A | |
| Umur : 0 minggu 0 hari BB : 3500 gram PB : 50 cm Lingkar kepala : 34 cm (makrosefali/normal/mikrosefali) Suhu : 36,8 °C | | | |
| Bayi sakit apa? | | Kunjungan Pertama | Kunjungan Ulang |
| PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan) | | KLASIFIKASI | KN 1/2/3 TINDAKAN/ PENGOBATAN |
| MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT/INFEKSI BAKTERI BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI LOKAL | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ada tanda biru di suara sekitar mulut saat menangis dan/atau disertai sesak napas? • Apakah tidak BAB 48 jam setelah lahir? • Apakah muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau? • Apakah perut kembung bernapas dan sulit bernapas? (kali/menit) • Apakah tampak mengisap? • Lemah/tidak mau • Apakah kejang? <input checked="" type="checkbox"/> | | <ul style="list-style-type: none"> • Tanda biru di sekitar mulut saat menangis/mengisap • Tanda sesak napas seperti napas cuping hidung dan atau tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Lemah, tidak kuat bergerak dan tidak mau mengisap • Gerakan kejang: gerakan spontan tidak terkendali dan tidak berhenti saat dipegang dan atau ditahan • Suhu tubuh > 37,5°C atau < 36,5°C • Tidak BAB 48 jam setelah lahir • Perut kembung dan sulit bernapas • Muntah susu atau cairan berwarna hijau • Tidak ada lubang anus atau kotoran keluar pada lubang tidak normal di sekitar anus • Terdapat fokus infeksi : <ul style="list-style-type: none"> o mata bermanah banyak sedikit o pusar kemerahan o pusar kemerahan meluas sampai dinding perut > 1cm o pusar bermanah o pustul di kulit | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dengar suara napas, adakah merintih • Pasang <i>pulse oxymeter</i> pada: <ul style="list-style-type: none"> o tangan kanan SpO2 96 o kaki kiri SpO2 96 o terdapat perbedaan SpO2 > 3%? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Hitung napas dalam 1 menit kali/menit • Ulangi menghitung jika cepat (≥ 60) • Hitung napas kedua kali/menit • Napas lambat (< 40 kali/menit) • Apakah: Napas cepat (≥ 60 kali/menit) | | <p>Tidak ada penyakit infeksi</p> | |
| MEMERIKSA IKTERUS | | <p>Tidak ada ikterus</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi kuning? • Umur pertama kali timbul kuning: <ul style="list-style-type: none"> o < 24 jam o > 24 jam sampai dengan 14 hari o > 14 hari • Kuning di mata atau kulit • Kuning sampai telapak tangan ATAU telapak kaki bayi | | <p>Tidak ada ikterus</p> | |
| APAKAH BAYI DIARE? | | <p>Tidak ada diare</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bayi sudah diare selama _____ hari | | <p>Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> o Bayi bergerak atas kemauan sendiri o Bayi bergerak hanya ketika dirangsang o Bayi tidak bergerak sama sekali o Bayi gelisah atau rewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> o Sangat lambat (> 2 detik) o Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) o Segera | | <p>Tidak ada diare</p> | |
| MEMERIKSA STATUS HIV | | <p>Tidak ada HIV</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Jika "Ya", apakah hasil tes serologis ibu : Positif <input checked="" type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> • Apakah bayi pernah tes HIV? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Jika "Ya", apakah hasil tes virologis bayi : Positif <input checked="" type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> • Jika "Ya", apakah hasil tes serologis bayi : Positif <input checked="" type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> • Jika ibu HIV "Positif" dan bayi tidak memiliki tes virologis "Positif": <ul style="list-style-type: none"> o Apakah saat ini bayi mendapat ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> o Apakah bayi pernah mendapat ASI sebelum atau saat pemeriksaan HIV? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> o Apakah ibu dalam pengobatan ARV? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> DAN bayi diberikan profilaksis ARV? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | | <p>Tidak ada HIV</p> | |
| MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI | | <p>Tidak ada masalah</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Jika "Ya": <ul style="list-style-type: none"> o Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali o Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya _____ Tidak _____ o Jika "Ya", apa yang diberikan? _____ o Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali o Alat apa yang digunakan? Botol _____ Cangkir _____ Lainnya _____ • Jika bayi tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI <ul style="list-style-type: none"> o Lihat apakah posisi bayi benar : <ul style="list-style-type: none"> • Seluruh badan bayi tersanggah dengan baik – Kepala dan tubuh bayi lurus – Badan bayi menghadap ke dada ibu – Badan bayi dekat ke ibu • Posisi Benar <input checked="" type="checkbox"/> Posisi Salah <input type="checkbox"/> o Lihat apakah pelekatan baik : <ul style="list-style-type: none"> • Dagu bayi menempel payudara – Mulut bayi terbuka lebar – Bibir bawah membuka keluar – Aerola bagian atas tampak lebih banyak • Tidak melekat sama sekali <input checked="" type="checkbox"/> Tidak melekat dengan baik <input type="checkbox"/> Melekat dengan baik <input type="checkbox"/> o Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : <ul style="list-style-type: none"> • Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan • Tidak mengisap sama sekali <input checked="" type="checkbox"/> Tidak mengisap dengan efektif <input type="checkbox"/> Mengisap dengan efektif <input type="checkbox"/> • Berat badan menurut umur: <ul style="list-style-type: none"> o < 2 kg (umur < 7 hari) o Rendah < -2 SD o Tidak rendah ≥ -2 SD • Adakah bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Adakah celah bibir/langit-langit? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | | <p>Tidak ada masalah</p> | |

| PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan) | KLASIFIKASI | TINDAKAN/ PENGOBATAN |
|--|---------------------------------------|--|
| <p>Ibu HIV POSITIF yang TIDAK MENYUSUI Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p> <p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN MASALAH PEMBERIAN MINUM</p> <ul style="list-style-type: none"> Susu apa yang diberikan? Berapa kali pemberian selama 24 jam? _____ kali Berapa jumlah yang diberikan setiap pemberian minum? _____ ml Lihat cara ibu menyiapkan susu dan memberikan kepada bayi: <ul style="list-style-type: none"> Apakah sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah sudah higienis? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Alat apa yang digunakan untuk memberi susu bayi? Cangkir _____ Botol _____ Lainnya _____ Apakah cara ibu membersihkan alat makan sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apa minuman yang diberikan sebagai tambahan minuman pengganti? _____ <p>Berat badan menurut umur: <input type="checkbox"/> < 2 kg (umur < 7 hari) <input type="checkbox"/> Rendah < -2 SD <input type="checkbox"/> Tidak rendah \geq -2 SD</p> <ul style="list-style-type: none"> Adakah bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Adakah celah bibir/langit-langit? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | | |
| <p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1</p> <p>Diberikan segera setelah lahir: <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> | <p>➔</p> | <p>Vitamin K1 diberikan hari ini</p> |
| <p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> HB-0 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> OPV 0</p> | <p>➔</p> | <p>Imunisasi yang diberikan hari ini</p> |
| <p>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</p> | <p>Tidak ada masalah/keluhan lain</p> | <p>—</p> |
| <p>MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN IBU</p> | <p>Tidak ada —</p> | <p>—</p> |
| | | <p>Kunjungan Ulang: <u>3</u> hari Nasihat kapan kembali segera <u>14-11-2025</u></p> |

Nama pemeriksa: Ari A

* Bila ada makrosefali/ mikrocefali dituliskan di masalah lain, kemudian dirujuk

| FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN | | | |
|---|--|---------------------------|---------------------|
| Tanggal Kunjungan : <u>19 Nov 2025</u> NIK : _____ Alamat : <u>Mekar Jaya</u> Nama Bayi : <u>Ry Ns A</u> <u>CP</u> Nama Ibu : <u>Ns A</u> Umur : <u>3</u> minggu <u>3</u> hari BB : <u>3950</u> gram PB : <u>50</u> cm Lingkar kepala : <u>37</u> cm (makrosefali/normal/mikrosefali)* Suhu : <u>36,9</u> °C Bayi sakit apa? <u>Tidak sakit</u> Kunjungan Pertama Kunjungan Ulang KN : 1 (2) 3 | | | |
| PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan) | | KLASIFIKASI | TINDAKAN/PENGOBATAN |
| MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT/INFEKSI BAKTERI BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI LOKAL • Apakah ada tanda biru di sekitar mulut saat menangis dan/atau disertai sesak napas? • Apakah tidak BAB 48 jam setelah lahir? • Apakah muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau? • Apakah perut kembung bernapas dan sulit bernapas? (kali/menit) • Apakah tampak mengisap? • Lemah/tidak mau • Apakah kejang? • Tanda biru di sekitar mulut saat menangis/mengisap • Tanda sesak napas seperti napas cuping hidung dan atau tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Lemah, tidak kuat bergerak dan tidak mau mengisap • Gerakan kejang, gerakan spontan tidak terkendali dan tidak berhenti saat dipegang dan atau ditahan • Suhu tubuh > 37,5°C atau < 36,5°C • Tidak BAB 48 jam setelah lahir • Perut kembung dan sulit bernapas • Muntah susu atau cairan berwarna hijau • Tidak ada lubang anus atau kotoran keluar pada lubang tidak normal di sekitar anus • Terdapat fokus infeksi o mata bermanah banyak sedikit o pusar kemerahan o pusar kemerahan meluas sampai dinding perut > 1cm • Dengar suara napas, adakah merintih • Pasang <u>pulse oxymeter</u> pada o tangan kanan SpO2 <u>95</u> kaki kiri SpO2 <u>96</u> o terdapat perbedaan SpO2 >3%? Ya Tidak • Hitung napas dalam 1 menit kali/menit Ulangi menghitung jika cepat (≥ 60 Hitung napas kedua kali/menit Napas lambat (< 40 kali/menit) Apakah: Napas cepat (≥ 60 kali/menit) | | Tidak ada infeksi bakteri | - |
| MEMERIKSA IKTERUS • Apakah bayi kuning? • Umur pertama kali timbul kuning: < 24 jam > 24 jam sampai dengan 14 hari > 14 hari • Kuning di mata atau kulit • Kuning sampai telapak tangan ATAU telapak kaki bayi o pusar bermanah o pusutul di kulit | | Tidak Ikterus | - |
| APAKAH BAYI DIARE? Bayi sudah diare selama _____ hari • Keadaan umum bayi : o Bayi bergerak atas kemauan sendiri o Bayi bergerak hanya ketika dirangsang o Bayi tidak bergerak sama sekali o Bayi gelisah atau rewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya : o Sangat lambat (> 2 detik) o Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) o Segera | | Ya Tidak | Tidak ada Diare |
| MEMERIKSA STATUS HIV • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya Tidak Jika "Ya", apakah hasil tes serologis ibu? Positif Negatif • Apakah bayi pernah tes HIV? Ya Tidak Jika "Ya", apakah hasil tes virologis bayi? Positif Negatif Jika "Ya", apakah hasil tes serologis bayi? Positif Negatif • Jika ibu HIV "Positif" dan bayi tidak memiliki tes virologis "Positif": o Apakah saat ini bayi mendapat ASI? Ya Tidak o Apakah bayi pernah mendapat ASI sebelum atau saat pemeriksaan HIV? Ya Tidak o Apakah ibu dalam pengobatan ARV? Ya Tidak DAN bayi diberikan profilaksis ARV? Ya Tidak | | Tidak ada HIV | - |
| MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI • Apakah bayi diberi ASI? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Jika "Ya": o Berapa kali dalam 24 jam? <u>+10</u> kali o Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya Tidak Jika "Ya", apa yang diberikan? Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Alat apa yang digunakan? Botol Cangkir Lainnya • Jika bayi tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI o Lihat apakah posisi bayi benar : Seluruh badan bayi tersangga dengan baik – Kepala dan tubuh bayi lurus – Badan bayi menghadap ke dada ibu – Badan bayi dekat ke ibu Posisi Benar <input checked="" type="checkbox"/> Posisi Salah o Lihat apakah pelekatan baik : Dagu bayi menempel payudara – Mulut bayi terbuka lebar – Bibir bawah membuka keluar – Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali Tidak melekat dengan baik Melekat dengan baik o Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali Tidak mengisap dengan efektif Mengisap dengan efektif • Berat badan menurut umur: < 2 kg (umur < 7 hari) Rendah < -2 SD Tidak rendah ≥ -2 SD • Adakah bercak putih (thrush) di mulut? Ya Tidak • Adakah celah bibir/langit-langit? Ya Tidak | | Tidak ada masalah | - |

| PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan) | KLASIFIKASI | TINDAKAN/ PENGOBATAN |
|---|-----------------------------------|--|
| <p>Ibu HIV POSITIF yang TIDAK MENYUSUI MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN MASALAH PEMBERIAN MINUM</p> <p>Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Status apa yang diberikan? • Berapa kali pemberian selama 24 jam? _____ kali • Berapa jumlah yang diberikan setiap pemberian minum? _____ ml • Lihat cara ibu menyiapkan susu dan memberikan kepada bayi. <ul style="list-style-type: none"> o Apakah sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> o Apakah sudah higienis? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Alat apa yang digunakan untuk memberi susu bayi? Cangkir _____ Botol _____ Lainnya _____ • Apakah cara ibu membersihkan alat makan sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Apa minuman yang diberikan sebagai tambahan minuman pengganti? <p>• Berat badan menurut umur: o < 2 kg (umur < 7 hari) _____ o Rendah < -2 SD _____ o Tidak rendah \geq -2 SD _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adakah berak putih (<i>thrush</i>) di mulut? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> • Adakah celah bibir/langit-langit? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | | |
| <p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p> | <p>➔</p> | <p>Vitamin K1 diberikan hari ini</p> |
| <p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>HB-0 _____ BCG _____ OPV 0 _____</p> | <p>➔</p> | <p>Imunisasi yang diberikan hari ini</p> |
| <p>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</p> | <p>Tidak ada</p> | <p>—</p> |
| <p>MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN IBU</p> | <p>Asi sedikit</p> | <p>Pijat ofitoni</p> |
| | <p>Kunjungan Ulang _____ hari</p> | <p>Nasihat kapan kembali segera _____</p> |

Nama pemeriksa: Ari A



* Bila ada makrosefali/ mikrosefali dituliskan di masalah lain, kemudian dirujuk

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal Kunjungan : 4 Desember 2025 NIK : _____
 Alamat : Mekarjaya _____
 Nama Bayi : Ly Ny A (L) P Nama Ibu : Ny A
 Umur : 3 minggu 3 hari BB : 4150 gram PB : 52 cm Lingkar kepala : 35 cm (makrosefali/normal/mikrosefali)* Suhu : 36,8 °C

Bayi sakit apa? _____ Kunjungan Pertama _____ Kunjungan Ulang _____ KN : 1/2/3

| PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan) | | KLASIFIKASI | TINDAKAN/ PENGOBATAN |
|--|--|----------------------------------|-------------------------|
| MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT/INFEKSI BAKTERI BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI LOKAL • Apakah ada tanda biru di suara sekitar mulut saat menangis dan/atau disertai sesak napas? • Apakah tidak BAB 48 jam setelah lahir? • Apakah muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau? • Apakah perut kembung bernapas dan sulit bernapas? kali/menit) • Apakah tampak mengisap? lemah/tidak mau • Apakah kejang? | | Tidak ada Penyakit Berat/Infeksi | - |
| • Tanda biru di sekitar mulut saat menangis/mengisap • Tanda sesak napas seperti napas cuping hidung dan atau tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat • Lemah, tidak kuat bergerak dan tidak mau mengisap • Gerakan kejang: gerakan spontan tidak terkendali dan tidak berhenti saat dipegang dan atau ditahan • Suhu tubuh > 37,5°C _____ atau < 36,5°C _____ • Tidak BAB 48 jam setelah lahir • Perut kembung dan sulit bernapas • Muntah susu atau cairan berwarna hijau • Tidak ada lubang anus atau kotoran keluar pada lubang tidak normal di sekitar anus • Terdapat fokus infeksi o mata bernanah banyak _____ sedikit _____ o pusar kemerahan _____ o pusar kemerahan meluas sampai dinding perut > 1cm _____ | | | |
| MEMERIKSA IKTERUS • Apakah bayi kuning? • Kuning pertama kali timbul kuning: o < 24 jam _____ o > 24 jam sampai dengan 14 hari _____ o > 14 hari _____ • Kuning di mata atau kulit • Kuning sampai telapak tangan ATAU telapak kaki bayi | | Tidak ada | - |
| APAKAH BAYI DIARE? Bayi sudah diare selama _____ hari • Keadaan umum bayi : o Bayi bergerak atas kemauan sendiri o Bayi bergerak hanya ketika dirangsang o Bayi tidak bergerak sama sekali o Bayi gelisah atau rewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya : o Sangat lambat (> 2 detik) o Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) o Segera | | Ya <u>Tidak</u> | Tidak diare |
| MEMERIKSA STATUS HIV • Apakah ibu pernah tes HIV? Ya <u>Tidak</u> Jika "Ya", apakah hasil tes serologis ibu _____ • Apakah bayi pernah tes HIV? Ya <u>Tidak</u> Jika "Ya", apakah hasil tes virologis bayi : Positif _____ Negatif _____ Jika "Ya", apakah hasil tes serologis bayi : Positif _____ Negatif _____ • Jika ibu HIV "Positif" dan bayi tidak memiliki tes virologis "Positif": o Apakah saat ini bayi mendapat ASI? Ya _____ Tidak _____ o Apakah bayi pernah mendapat ASI sebelum atau saat pemeriksaan HIV? Ya _____ Tidak _____ o Apakah ibu dalam pengobatan ARV? Ya _____ Tidak _____ DAN bayi diberikan profilaksis ARV? Ya _____ Tidak _____ | | Tidak HIV | - |
| MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI • Apakah bayi diberi ASI? Ya <u>Tidak</u> Jika "Ya": o Berapa kali dalam 24 jam? <u>7-12</u> kali o Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI? Ya <u>Tidak</u> Jika "Ya", apa yang diberikan? _____ Berapa kali dalam 24 jam? _____ kali Alat apa yang digunakan? Botol _____ Cangkir _____ Lainnya _____ • Jika bayi tidak akan dirujuk, LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI o Lihat apakah posisi bayi benar : Seluruh badan bayi tersangah dengan baik – Kepala dan tubuh bayi lurus – Badan bayi menghadap ke dada ibu – Badan bayi dekat ke ibu Posisi Benar _____ Posisi Salah _____ o Lihat apakah pelekatan baik : Dagu bayi menempel payudara – Mulut bayi terbuka lebar – Bibir bawah membuka keluar – Aerola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali _____ Tidak melekat dengan baik _____ Melekat dengan baik _____ o Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali _____ Tidak mengisap dengan efektif _____ Mengisap dengan efektif _____ • Berat badan menurut umur: o < 2 kg (umur < 2 hari) _____ o Rendah < -2 SD _____ o Tidak rendah > -2 SD _____ • Adakah bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut? Ya _____ Tidak _____ • Adakah celah bibir/langit-langit? Ya _____ Tidak _____ | | Tidak ada masalah | - |

| PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan) | KLASIFIKASI | TINDAKAN/ PENGOBATAN |
|---|---|--------------------------------------|
| <p>Ibu HIV POSITIF yang TIDAK MENYUSUI Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p> <p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN MASALAH PEMBERIAN MINUM</p> <ul style="list-style-type: none"> Susu apa yang diberikan? Berapa kali pemberian selama 24 jam? _____ kali Berapa jumlah yang diberikan setiap pemberian minum? _____ ml Lihat cara ibu menyiapkan susu dan memberikan kepada bayi: <ul style="list-style-type: none"> Apakah sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apakah sudah higienis? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Alat apa yang digunakan untuk memberi susu bayi? Cangkir _____ Botol _____ Lainnya _____ Apakah cara ibu membersihkan alat makan sudah benar? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Apa minuman yang diberikan sebagai tambahan minuman pengganti? _____ <ul style="list-style-type: none"> Berat badan menurut umur: <input type="checkbox"/> < 2 kg (umur < 7 hari) _____ <input type="checkbox"/> Rendah < -2 SD _____ <input type="checkbox"/> Tidak rendah \geq -2 SD _____ Adakah bercak putih (<i>thrush</i>) di mulut? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Adakah celah bibir/langit-langit? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | | |
| <p>MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p> |  | Vitamin K1 diberikan hari ini |
| <p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>HB 0 _____ BCG _____ OPV 0 _____</p> |  | Imunisasi yang diberikan hari ini |
| <p>MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN</p> | Tidak ada Masalah | |
| <p>MEMERIKSA MASALAH/KELUHAN IBU</p> | Tidak ada Masalah | |
| Kunjungan Ulang : 30 hari Nasihat kapan kembali segera _____ | | |

Nama pemeriksa: Ari A

* Bila ada makrosefali/ mikrocefali dituliskan di masalah lain, kemudian dirujuk