

# PANDUAN PRAKTIKUM KEPERAWATAN MATERNITAS

**PENYUSUN :**

TIM PANDUAN PRAKTIKUM  
KEPERAWATAN MATERNITAS



PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES SURABAYA

# **MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN MATERNITAS**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO**



**Kemenkes  
Poltekkes Surabaya**

**JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES SURABAYA**

**VISI MISI**  
**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN**  
**PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO**

**VISI**

Visi Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo adalah “Mengembangkan keilmuan keperawatan kegawatdaruratan dan kesehatan jantung yang inovatif, unggul, berintegritas dan berdaya saing global tahun 2035”.

**MISI**

1. Melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang mendukung pengembangan pengetahuan dan teknologi dengan keunggulan keperawatan kegawatdaruratan dan kesehatan jantung.
2. Melaksanakan tata kelola organisasi dan sumber daya manusia yang transparan, akuntabel, kredibel, adil dan bertanggung jawab.
3. Mengembangkan jejaring dan kemitraan dalam mendukung Tridharma Perguruan Tinggi.

**Tim Penyusun**

Modul Praktikum

Keperawatan Maternitas

Program Studi Keperawatan  
Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo  
Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Surabaya

Penasehat

Luthfi Rusyadi, SKM, M.Sc

Direktur Poltekkes Kemenkes Surabaya

Penanggung Jawab

Dr, Hilmi Yumni, M.Kep.Sp.Mat

Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya

Kusmini Suprihatin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An

Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo

Penyusun

Tim Panduan Praktikum Keperawatan Maternitas

Sekretariat

Jl. Pahlawan No 173 A, Sidoarjo

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**MODUL PRAKTIKUM**  
**KEPERAWATAN MATERNITAS**

**Program Studi Keperawatan**  
**Program Diploma Tiga Kampus Sidoarjo**

**Mengetahui,**

Ketua  
Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Surabaya



Dr. Hilmi Yumni, M.Kep.Sp.Mat  
NIP. 196808231997032001

**Menyetujui,**

KETUA  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
PROGRAM DIPLOMA TIGA KAMPUS SIDOARJO  
POLTEKKES KEMENKES SURABAYA

A blue ink signature in cursive script, likely belonging to Kusmini Suprihatin.

Kusmini Suprihatin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An  
NIP.197103252001122001

## KATA PENGANTAR

Modul ini merupakan buku kerja mahasiswa sebagai pelengkap model pembelajaran berbasis kompetensi. Modul ini berisi 16 praktikum di susun secara sekuen berdasarkan silabus mata kuliah Keperawatan Maternitas. Tiap unit belajar diusahakan mencakup sub pokok bahasan yang harus diberikan secara praktikum.

Secara berturut-turut unit belajar yang harus dikerjakan oleh mahasiswa meliputi; Pemeriksaan Fisik ibu hamil, Perawatan payudara Prenatal, Prosedur Pemeriksaan dalam pada ibu intranatal, Pemeriksaan fisik bayi baru lahir, memandikan dan Merawat Tali Pusat, Pemeriksaan Fisik ibu Postpartum dengan Persalinan Normal, Perawatan payudara ibu postpartum, Perawatan vulva dan perineum

Masing-masing jenis praktikum di atur secara sekuen berdasarkan silabus mata kuliah Keperawatan Maternitas dan disesuaikan dengan kompetensi perawat.

Kami tim penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan modul belajar sebagai bagian dari pembelajaran berbasis kompetensi ini. Untuk itu saran dan koreksi untuk perbaikan maupun revisi sangat kami harapkan

Hormat Kami,  
Sidoarjo,

Tim Penyusun

# KEPERAWATAN MATERNITAS

## 1. DESKRIPSI MATA KULIAH

Mata kuliah ini membahas tentang konsep dasar obstetrik ginekologi, konsep dasar keperawatan maternitas, asuhan keperawatan ibu hamil, persalinan, bayi baru lahir dan masa nifas dalam kondisi normal / fisiologis, bedah kebidanan, keluarga berencana , kesehatan perempuan pada masa subur sampai dengan masa menopause dan gangguan reproduksi, juga mempelajari kondisi patologis sebagai pengambilan keputusan tindakan pertama dan rujukan. Pengalaman pembelajaran meliputi ceramah, diskusi, praktikum, penugasan dan presentasi dengan contoh kasus nyata.

## 2. KOMPETENSI UMUM

Setelah mengikuti proses pembelajaran keperawatan maternitas I, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Perspektif keperawatan maternitas
2. Memahami Anatomi fisiologi system reproduksi
3. Memahami proses kehamilan
4. Memahami asuhan keperawatan ibu hamil normal/fisiologis
5. Memahami asuhan keperawatan ibu bersalin normal/fisiologis
6. Memahami asuhan kekerawatan pada ibu hamil dg komplikasi/resiko tinggi dan penyakit yang menyertai kehamilan
7. Memahami konsep asuhan keperawatan bayi baru lahir normal
8. Memahami konsep asuhan keperawatan ibu nifas normal/fisiologis
9. Memahami konsep asuhan keperawatan ibu nifas dengan komplikasi Memahami konsep asuhan keperawatan ibu dengan bedah kebidanan
10. Memahami konsep asuhan keperawatan ibu dengan gangguan reproduksi
11. Memahami keluarga berencana

## PETUNJUK PRAKTIKUM

- **Materi praktikum ada 16 yaitu :**

1. Pemeriksaan Fisik ibu hamil
2. Instrumen observasi pemeriksaan fisik ibu hamil
3. Perawatan payudara Prenatal
4. Instrumen observasi Perawatan payudara ibu prenatal
5. Prosedur Pemeriksaan dalam pada ibu intranatal
6. Instrumen Observasi Pertolongan Persalinan
7. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir
8. Instrumen Observasi Pemeriksaan Fisik bayi baru lahir
9. Memandikan dan Merawat Tali Pusat
10. Instrumen Observasi Perawatan bayi baru lahir
11. Pemeriksaan Fisik ibu Postpartum dengan Persalinan Normal
12. Instrumen Observasi pemeriksaan fisik ibu postpartum
13. Perawatan payudara ibu postpartum
14. Instrumen observasi Perawatan Payudara Postpartum
15. Perawatan vulva dan perineum
16. Instrumen Observasi perawatan payudara

- **Pelaksanaan praktikum dilaksanakan pada :**

- Hari : Senin 07.30 - 10.00 WIB
  - Hari : Selasa 13.30 – 16.00 WIB
  - Hari : Rabu 10.00 - 12.40 WIB
- Praktikum mulai dilaksanakan setelah pembelajaran teori
  - Setiap mahasiswa wajib mengikuti kegiatan praktikum (100% kehadiran) sesuai dengan jadwal kelompoknya, apabila berhalangan hadir diharapkan mencari pengganti pada hari tersebut dengan melapor kepada PJMK
  - Setiap kelompok mengingatkan ke masing-masing fasilitator pelaksanaan praktikum minimal 2 hari sebelumnya

- Inisial fasilitator sebagai berikut :
  - TW : Tanty Wulan Dari
  - LW : Luluk Widarti
- Setiap mahasiswa **wajib** membawa modul praktikum setiap kali praktikum dilaksanakan
- Setiap mahasiswa wajib mantaati tata tertib praktikum
- Ketentuan ujian praktikum akan dijelaskan lebih lanjut pada akhir pelaksanaan praktikum
- Materi ujian praktikum sama dengan materi praktikum.

## DAFTAR ISI

LEMBAR VISI MISI.....	iii
LEMBAR PENYUSUN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
KEPERAWATAN MATERNITAS.....	vii
PETUNJUK PRAKTIKUM.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
UNIT I.....	1
Konsep Dasar Keperawatan Maternitas.....	1
UNIT II .....	4
Konsep Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Fisiologis dan Patologis .....	4
UNIT III .....	7
Praktik Asuhan Keperawatan pada Ibu Hamil Fisiologis dan dengan Komplikasi .....	7
UNIT IV .....	9
Konsep Asuhan Keperawatan Intra Natal .....	9
UNIT V .....	11
Praktik Asuhan Keperawatan Intra Natal (Kala 1, 2, 3, dan 4).....	11
UNIT VI.....	14
Praktik Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir .....	14
UNIT VII.....	16
Praktik Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir .....	16
UNIT VIII .....	18
Praktik Asuhan Keperawatan pada Ibu Postpartum:.....	18
Persalinan Normal dan Sectio Caesar (SC) .....	18
UNIT IX.....	20
Konsep Keluarga Berencana.....	20
UNIT X .....	22
Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Reproduksi .....	22
UNIT XI.....	24
Praktik Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Reproduksi: Mioma, Kista, Infeksi, Ca Cerviks .....	24

UNIT XII .....	26
PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL .....	26
INSTRUMEN OBSERVASI PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL .....	34
UNIT XIII .....	36
PERAWATAN PAYUDARA PRENATAL.....	36
INSTRUMEN OBSERVASI PERAWATAN PAYUDARA IBU PRENATAL .....	39
UNIT XIV .....	40
PROSEDUR PEMERIKSAAN DALAM PADA IBU INTRANATAL .....	40
Pengkajian Kala I.....	42
Pengkajian Kala II.....	43
Pengkajian Kala III .....	44
Pengkajian IV.....	45
INSTRUMEN OBSERVASI PERTOLONGAN PERSALINAN.....	56
UNIT XV .....	60
PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR .....	60
INSTRUMEN OBSERVASI PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR.....	63
UNIT XVI.....	65
MEMANDIKAN DAN MERAWAT TALI PUSAT .....	65
INSTRUMEN OBSERVASI PERAWATAN BAYI BARU LAHIR (MEMANDIKAN DAN MERAWAT TALI PUSAT).....	68
UNIT XVII.....	70
PEMERIKSAAN FISIK IBU POSTPARTUM DENGAN PERSALINAN NORMAL .....	70
INSTRUMEN OBSERVASI PEMERIKSAAN FISIK IBU POSTPARTUM.....	74
UNIT XVIII .....	76
PERAWATAN PAYUDARA IBU POSTPARTUM.....	76
INSTRUMEN OBSERVASI PERAWATAN PAYUDARA POSTPARTUM .....	79
UNIT XIX.....	81
PERAWATAN VULVA DAN PERINEUM .....	81
INSTRUMEN OBSERVASI PERAWATAN VULVA DAN PERINEUM .....	84

## UNIT I

### Konsep Dasar Keperawatan Maternitas

#### a. Pengertian Keperawatan Maternitas

Keperawatan maternitas merupakan salah satu cabang ilmu keperawatan yang berfokus pada pelayanan keperawatan profesional kepada wanita usia subur (WUS) yang mencakup masa di luar kehamilan, masa kehamilan, persalinan, masa nifas hingga enam minggu setelah kelahiran, serta bayi yang baru lahir sampai usia 40 hari beserta keluarganya. Keperawatan ini menitikberatkan pada pemenuhan kebutuhan dasar ibu dan bayi dalam melakukan adaptasi fisik dan psikososial sepanjang siklus reproduksi tersebut. Pelayanan yang diberikan berorientasi pada upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif guna mendukung kesehatan ibu dan bayi secara optimal. Perawat berperan membantu ibu dan keluarga untuk beradaptasi dengan perubahan kondisi fisik dan mental secara holistik, melalui pendekatan proses keperawatan yang melibatkan keluarga dalam asuhan yang bersifat individual dan komprehensif.

#### b. Perspektif Keperawatan Maternitas

Keperawatan maternitas dipandang dari berbagai perspektif, antara lain:

- Pendekatan holistik yang memandang ibu dan bayi secara menyeluruh, melibatkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan kultural.
- Pendekatan berbasis keluarga yang menganggap keluarga sebagai unit utama dalam pemberian asuhan serta sumber dukungan utama bagi ibu dan bayi.
- Berbasis bukti (evidence-based practice) sebagai pijakan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang efektif dan aman.
- Pendekatan kesehatan masyarakat yang mengedepankan promotif dan preventif untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak di komunitas.

#### c. Falsafah Keperawatan Maternitas

Falsafah keperawatan maternitas berlandaskan pada penghargaan terhadap hak, martabat, dan nilai kemanusiaan ibu dan bayi. Falsafah ini menegaskan keharusan memberikan asuhan yang aman, efektif, bermutu, dan berpusat pada pasien yang didasari oleh ilmu pengetahuan terkini. Pelayanan keperawatan maternitas menekankan pemberdayaan ibu dan keluarga sebagai pusat keputusan, menghormati keberagaman budaya, serta memperhatikan aspek etis dan legal dalam praktik keperawatan. Dengan pendekatan holistik dan humanistik, suportif, dan empatik, perawat membantu ibu mencapai kesehatan reproduksi optimal dan pengalaman kehamilan yang positif.

#### d. Tujuan Keperawatan Maternitas

Tujuan utama keperawatan maternitas adalah:

- Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu, bayi, dan keluarga selama siklus reproduksi.
- Membantu wanita dalam beradaptasi secara fisik dan psikososial terhadap perubahan selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
- Mencegah komplikasi dan penyakit yang dapat membahayakan ibu dan bayi.
- Memberikan edukasi dan dukungan agar ibu mampu merawat dirinya dan bayinya dengan baik.
- Menurunkan angka kematian dan morbiditas ibu dan bayi melalui asuhan keperawatan yang tepat dan komprehensif.

#### e. Peran Keperawatan Maternitas

Dalam praktiknya, perawat maternitas berperan:

- Sebagai pengasuh yang memberikan perawatan langsung pada ibu dan bayi selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas.
- Sebagai pendidik yang menyediakan informasi terkait kesehatan reproduksi, kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi baru lahir kepada ibu dan keluarga.
- Sebagai konselor yang mendukung secara emosional dan psikologis selama masa transisi kehamilan hingga pascapersalinan.
- Sebagai koordinator yang menjalin kerjasama dengan tenaga kesehatan lain untuk memberikan pelayanan menyeluruh dan berkelanjutan.
- Sebagai advokat yang membela hak-hak ibu dan bayi dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas dan bermartabat.
- Sebagai peneliti yang berkontribusi dalam pengembangan ilmu dan praktik keperawatan maternitas berbasis bukti.

#### f. Tren/Kecenderungan dan Isu Keperawatan Maternitas

Beberapa tren dan isu utama yang berkembang dalam keperawatan maternitas meliputi:

- Peningkatan pendidikan dan profesionalisme perawat maternitas untuk memberikan layanan yang lebih berkualitas.
- Peningkatan penggunaan praktik berbasis bukti serta inovasi dalam metode persalinan seperti water birth dan manajemen nyeri persalinan.
- Fokus pada penurunan angka kematian ibu dan bayi yang masih menjadi masalah global dan nasional.

- Pengintegrasian pelayanan keperawatan maternitas dengan layanan kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan yang komprehensif dan terkoordinasi.
- Tantangan dalam aspek etis dan legal terkait hak ibu, informed consent, dan perlindungan pasien selama proses kehamilan dan persalinan.

g. Standar Etik dan Aspek Legal dalam Keperawatan Maternitas

Pelaksanaan keperawatan maternitas harus berlandaskan standar etik profesi seperti menjaga kerahasiaan, memberikan informed consent, menghormati hak dan martabat pasien, serta menjalankan praktik sesuai kode etik keperawatan. Secara legal, praktik keperawatan maternitas tunduk pada regulasi dan undang-undang kesehatan nasional yang mengatur pelayanan kesehatan reproduksi, perlindungan pasien, dan hak-hak tenaga kesehatan. Kepatuhan pada aspek legal dan etik ini sangat penting untuk menjamin keselamatan, kualitas pelayanan, dan hak ibu serta bayi selama proses pelayanan keperawatan maternitas

## UNIT II

### Konsep Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Fisiologis dan Patologis

Kehamilan adalah kondisi fisiologis yang menimbulkan perubahan pada tubuh wanita secara fisik dan psikososial. Namun, selama kehamilan, ibu bisa mengalami kondisi patologis yang memerlukan penanganan khusus melalui asuhan keperawatan yang komprehensif. Kondisi seperti hiperemesis gravidarum, gangguan hipertensi dalam kehamilan, anemia, serta komplikasi plasenta memerlukan pendekatan asuhan yang sistematis dan terarah agar kesehatan ibu dan janin tetap terjaga.

#### a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal penting dalam asuhan keperawatan yang bertujuan mengumpulkan data untuk menilai kondisi ibu hamil. Pengkajian meliputi:

##### 1) Anamnesa

Melakukan wawancara terstruktur untuk mengumpulkan riwayat kehamilan saat ini dan sebelumnya, keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat persalinan, riwayat penyakit keluarga, pola makan, aktivitas, serta gangguan yang dirasakan seperti mual muntah berlebihan, perdarahan, nyeri, pusing, dan lain-lain. Riwayat menstruasi, penggunaan kontrasepsi, dan status pernikahan juga dicatat sebagai bagian anamnesa.

##### 2) Pemeriksaan Fisik

Melibatkan pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu), inspeksi tubuh, palpasi abdomen untuk menentukan ukuran rahim, posisi dan denyut jantung janin, edema, dan tanda-tanda anemia seperti pucat konjungtiva. Pemeriksaan refleks patella serta tanda-tanda preeklampsia seperti pembengkakan ekstremitas juga dilakukan secara sistematis. Pemeriksaan fisik lengkap membantu mengenali tanda-tanda komplikasi kehamilan seperti perdarahan, dehidrasi, dan gangguan sirkulasi.

##### 3) Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium dan Diagnostik)

Termasuk pemeriksaan laboratorium seperti hemoglobin untuk mendeteksi anemia, elektrolit sebagai penanda dehidrasi, urin untuk keton sebagai tanda hiperemesis, USG untuk memantau janin dan letak plasenta, serta CTG untuk memantau detak jantung janin. Tes laboratorium lain meliputi pemeriksaan HIV, sifilis, hepatitis, profil koagulasi, dan lain-lain sesuai indikasi klinis.

#### b. Diagnosa Perawatan

Diagnosa perawatan ditetapkan berdasarkan data pengkajian dan umumnya mencakup masalah seperti:

- Risiko ketidakseimbangan cairan akibat muntah terus-menerus (hiperemesis)
- Risiko perdarahan terkait plasenta previa atau solusio plasenta

- Defisit volume cairan terkait perdarahan antepartum (abortus)
- Penurunan kemampuan oksigenasi jaringan akibat anemia
- Risiko komplikasi hipertensi pada kehamilan (preeklampsia)
- Kelelahan fisik akibat anemia dan gangguan metabolik lainnya.

c. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan diatur sesuai diagnosa keperawatan dengan tujuan spesifik seperti:

- Mengontrol mual dan muntah serta mempertahankan status hidrasi dan nutrisi ibu
- Mencegah perdarahan berlebih dan komplikasi perdarahan
- Mengatasi anemia dengan suplemen dan pengaturan nutrisi
- Memantau tekanan darah dan tanda-tanda preeklampsia untuk mencegah keparahan
- Memberikan edukasi dan dukungan psikososial kepada ibu dan keluarga.

d. Implementasi

Pelaksanaan tindakan meliputi:

- Pemberian cairan infus dan antiemetik pada kasus hiperemesis gravidarum
- Pemantauan tanda vital, perdarahan, dan kontraksi uterus pada HAP (abortus, plasenta previa)
- Pemberian suplemen zat besi dan nutrisi pada anemia
- Monitoring tekanan darah dan pemberian obat antihipertensi pada preeklampsia
- Edukasi kesehatan dan konseling tentang perawatan diri selama kehamilan patologis
- Kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan lainnya sesuai kebutuhan.

e. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas asuhan yang diberikan, seperti:

- Perbaikan status hidrasi dan penurunan frekuensi muntah
- Kondisi perdarahan yang stabil atau membaik
- Peningkatan kadar hemoglobin dan tanda vital yang stabil
- Tekanan darah dalam batas normal dan tidak ada komplikasi kehamilan berat
- Kepatuhan ibu terhadap pengobatan dan edukasi yang diberikan.

f. Dokumentasi

Dokumentasi wajib dilakukan secara lengkap dan akurat, mencakup:

- Data anamnesa dan pemeriksaan fisik
- Hasil pemeriksaan penunjang
- Diagnosa keperawatan yang ditegakkan
- Rencana asuhan dan tindakan yang telah diimplementasikan
- Hasil evaluasi dan tanggapan pasien terhadap asuhan
- Catatan komunikasi dengan tim kesehatan dan edukasi yang diberikan kepada ibu hamil.

## UNIT III

### Praktik Asuhan Keperawatan pada Ibu Hamil Fisiologis dan dengan Komplikasi

#### a. Pengkajian

Asuhan keperawatan dimulai dengan pengkajian menyeluruh untuk mendapatkan gambaran kondisi ibu hamil dan janin.

##### 1) Anamnese

Anamnesa dilakukan untuk menentukan usia kehamilan dengan menanyakan HPHT (hari pertama haid terakhir) dan menghitung taksiran persalinan (HPL), keluhan utama seperti mual muntah (hiperemesis), perdarahan, nyeri, riwayat komplikasi kehamilan sebelumnya, serta riwayat medis dan sosial lainnya yang relevan.

##### 2) Prosedur Pemeriksaan Fisik

- Pemeriksaan fisik secara menyeluruh (head to toe) untuk menilai kondisi umum ibu meliputi tanda vital, edema, pucat, dan tanda-tanda lain yang berkaitan dengan patologi kehamilan.
- Pemeriksaan Leopold 1-4 dilakukan dengan meraba abdomen ibu untuk menentukan:
  - a. Leopold 1: menentukan bagian janin yang berada di fundus uteri (biasanya kepala atau bokong).
  - b. Leopold 2: menentukan posisi punggung janin di perut ibu.
  - c. Leopold 3: menentukan bagian janin yang berada di bawah rahim (kepala atau bokong).
  - d. Leopold 4: menentukan apakah kepala janin sudah turun ke panggul.
- Denyut jantung janin (DJJ) dipantau menggunakan doppler atau alat CTG untuk memastikan kondisi janin.
- Menghitung taksiran berat badan janin berdasarkan tinggi fundus uteri dan pemeriksaan palpasi.

##### 3) Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik

Persiapan spesimen dilakukan untuk pemeriksaan darah lengkap (mendeteksi anemia, tanda infeksi), urin (urin analisa, kultur urine), fungsi ginjal, titer rubella, test tuberkulin, tes serologi, skrining HIV, dan glukosa serum. Pemeriksaan pap smear dan usapan vagina untuk deteksi infeksi atau kelainan serviks juga dilakukan. Pemeriksaan diagnostik meliputi EKG, USG untuk memantau kondisi janin dan plasenta, serta histerolaparoskopi jika indikasi.

b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditentukan berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, dan lab, misalnya: dehidrasi akibat hiperemesis, risiko perdarahan akibat plasenta previa, anemia ibu hamil, risiko kejang pada preeklampsia, dan lain-lain sesuai dengan kondisi pasien.

c. Membuat Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan disusun dengan tujuan spesifik seperti menjaga keseimbangan cairan, pencegahan perdarahan, pengelolaan anemia, pengendalian tekanan darah, edukasi kesehatan, dan persiapan menghadapi persalinan.

d. Implementasi/Prosedur Tindakan

- Melakukan pemeriksaan fisik lengkap secara rutin.
- Menghitung usia kehamilan dan menentukan taksiran persalinan menggunakan tinggi fundus uteri dan pemeriksaan Leopold.
- Memberikan edukasi kesehatan mengenai perawatan kehamilan, nutrisi, dan tanda bahaya kehamilan.
- Melatih senam hamil untuk meningkatkan kebugaran dan persiapan persalinan.
- Identifikasi riwayat kehamilan dan potensi komplikasi untuk tindak lanjut.
- Kolaborasi dengan tim medis untuk penanganan komplikasi seperti perdarahan, anemia, preeklampsia.
- Melakukan pendampingan khusus pada ibu hamil risiko tinggi.
- Persiapan untuk pemeriksaan invasif seperti amniosentesis jika diperlukan.
- Monitoring denyut jantung janin, tanda vital, dan tanda-tanda komplikasi kehamilan secara kontinyu.

e. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah asuhan yang diberikan efektif seperti pengurangan gejala, stabilitas tanda vital, dan kepatuhan terhadap edukasi.

f. Dokumentasi

Seluruh proses pengkajian, diagnosa, rencana, tindakan, serta hasil evaluasi harus didokumentasikan secara lengkap dan jelas untuk kelancaran tindak lanjut dan kolaborasi tim kesehatan.

## UNIT IV

### Konsep Asuhan Keperawatan Intra Natal

Asuhan keperawatan intra natal adalah pemberian perawatan profesional kepada ibu selama proses persalinan mulai dari awal kontraksi hingga dua jam setelah plasenta lahir. Proses persalinan terbagi menjadi empat kala:

1. Kala I: Dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm). Kala I dibagi menjadi fase laten dan fase aktif.
2. Kala II: Fase pengeluaran bayi dimulai setelah pembukaan serviks lengkap hingga bayi lahir.
3. Kala III: Periode pelepasan plasenta dimulai setelah bayi lahir sampai plasenta keluar.
4. Kala IV: Masa pemulihan dua jam pertama setelah plasenta lahir untuk mengamati kondisi ibu, terutama risiko perdarahan postpartum.

#### a. Pengkajian

##### 1) Anamnesis

Melakukan wawancara untuk mengidentifikasi riwayat kehamilan, tanda-tanda persalinan, keluhan, riwayat kesehatan ibu, masa kehamilan, durasi kontraksi, dan kekuatan his.

##### 2) Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan head to toe pada ibu untuk menilai kondisi umum dan tanda vital.

b) Pemeriksaan tanda-tanda persalinan setiap tahap kala:

- *Kala I*: Frekuensi dan durasi kontraksi uterus, pembukaan serviks, penipisan serviks, dan perubahan posisi janin.
- *Kala II*: His kuat dengan frekuensi 2-3 menit, tekanan kepala janin dalam panggul, refleks mengejan.
- *Kala III*: Tanda lepas plasenta yakni perubahan posisi dan ukuran uterus, perpanjangan tali pusat, semburan darah.
- *Kala IV*: Evaluasi kondisi uterus, tanda vital, perdarahan, perineum, serta tanda-tanda komplikasi.
- Pengkajian skala nyeri menggunakan alat penilai nyeri untuk menentukan intensitas dan membantu pengelolaan nyeri.

##### 3) Persiapan Pemeriksaan Diagnostik dan Penunjang

Mempersiapkan ibu untuk pemeriksaan seperti monitoring detak jantung janin (CTG), USG jika diperlukan, serta pemeriksaan penunjang lain sesuai indikasi klinis.

b. Diagnosa Keperawatan pada Ibu Intra Natal

Diagnosa dapat meliputi:

- Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus.
- Risiko infeksi berhubungan dengan proses persalinan.
- Risiko perdarahan postpartum.
- Kecemasan berhubungan dengan ketidakpastian persalinan.
- Gangguan pola napas janin berhubungan dengan kontraksi atau stres persalinan.

c. Rencana Keperawatan

Rencana dibuat untuk mengelola nyeri, mencegah infeksi, memperhatikan tanda-tanda vital, memantau kontraksi dan DJJ, serta mengurangi kecemasan ibu. Termasuk rencana edukasi tentang proses persalinan dan teknik relaksasi.

d. Implementasi

- Melakukan pemantauan rutin tanda vital ibu dan janin, frekuensi dan intensitas kontraksi, serta pembukaan serviks.
- Memberikan dukungan emosional dan teknik manajemen nyeri seperti relaksasi dan pernapasan.
- Melakukan asuhan persalinan saat kala II, membantu proses pengeluaran bayi dengan posisi dan teknik yang tepat.
- Memeriksa plasenta dan perkembangannya pada kala III serta melakukan tindakan manajemen aktif kala III untuk mencegah perdarahan.
- Melakukan pengawasan ketat pada kala IV untuk mendeteksi perdarahan postpartum dan komplikasi lain.

e. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada tiap tahap persalinan untuk memastikan kondisi ibu dan janin tetap stabil, nyeri terkendali, tidak terjadi perdarahan abnormal, dan persalinan berjalan aman.

f. Dokumentasi

Dokumentasi lengkap memuat hasil pengkajian, diagnosa, tindakan yang dilakukan, respon ibu, hasil evaluasi, serta rencana tindak lanjut yang harus dilakukan oleh tim kesehatan lain.

## UNIT V

### Praktik Asuhan Keperawatan Intra Natal (Kala 1, 2, 3, dan 4)

#### a. Pengkajian

##### 1) Prosedur Anamnesa

Anamnesa pada ibu intra natal difokuskan untuk mengidentifikasi riwayat persalinan, usia kehamilan, tanda-tanda persalinan yang dirasakan (kontraksi, durasi dan frekuensi his), riwayat kesehatan ibu, keluhan terkini, serta faktor risiko persalinan. Informasi ini membantu menentukan status dan kesiapan ibu untuk persalinan.

##### 2) Prosedur Pemeriksaan Fisik

- Pemeriksaan keadaan umum ibu (head to toe) termasuk tanda vital, kondisi kesadaran, dan adanya edema.
- Pemeriksaan his (kontraksi uterus) meliputi frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi.
- Pengkajian skala nyeri menggunakan alat evaluasi nyeri untuk mengetahui tingkat nyeri dan membantu manajemen nyeri.
- Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) dengan doppler atau CTG untuk menilai kesehatan janin secara berkelanjutan.
- Pencatatan proses persalinan dilakukan dengan menggunakan partograf, alat pemantau perkembangan persalinan yang mencatat pembukaan serviks, his, dan parameter vital ibu serta janin.

##### 3) Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik

Menyiapkan spesimen darah untuk pemeriksaan hemoglobin (Hb), hematokrit (Ht), leukosit, serta pemeriksaan CTG untuk memantau status janin. Pemeriksaan lain dilakukan sesuai kebutuhan klinis untuk memastikan kondisi ibu dan janin dalam persalinan.

#### b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa disusun berdasarkan data pengkajian, contohnya: nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus, risiko infeksi terkait ketuban pecah, risiko perdarahan postpartum, kecemasan selama persalinan, dan gangguan perfusi janin.

#### c. Membuat Perencanaan

Rencana tindakan dirancang untuk mengelola nyeri, mencegah infeksi, memantau tanda vital dan perkembangan persalinan, serta memberikan edukasi dan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga.

#### **d. Implementasi / Prosedur Tindakan**

1. Manajemen Nyeri  
Memberikan teknik relaksasi, pernapasan dalam, dukungan emosional, dan intervensi non-farmakologis atau farmakologis bila diperlukan.
2. Pengawasan Kala I  
Memantau pembukaan serviks, frekuensi dan durasi his, kondisi ibu, serta denyut jantung janin secara berkala.
3. Pengawasan Kala II  
Membantu proses pengeluaran bayi dengan memantau posisi janin, kekuatan dorongan ibu, dan menilai kemajuan persalinan.
4. Pengawasan Kala III  
Memantau pelepasan plasenta, melakukan manajemen aktif kala III dengan pemberian oksitosin untuk mencegah perdarahan.
5. Pengawasan Kala IV  
Observasi ketat selama 2 jam pertama postpartum terhadap kontraksi uterus, perdarahan, tanda vital, dan kondisi umum ibu.
6. Pemantauan Perdarahan  
Mengukur volume perdarahan dan tanda-tanda vital untuk deteksi dini perdarahan berlebihan.
7. Edukasi dan Pendampingan Persalinan  
Memberikan informasi tentang proses persalinan, dukungan psikologis, dan melibatkan pendamping persalinan.
8. Identifikasi Ibu Bersalin Risiko Tinggi  
Melakukan asesmen untuk mengenali faktor risiko persalinan ibu dan menyiapkan tindakan emergensi jika diperlukan.
9. Pemantauan Gerak Janin dan His  
Memantau secara kontinyu gerak janin dan kontraksi untuk memastikan kesejahteraan janin.
10. Pemeriksaan DJJ dengan Doppler  
Melakukan monitoring rutin denyut jantung janin untuk mengetahui reaksi janin terhadap kontraksi.
11. Persiapan Induksi Persalinan  
Jika diperlukan, menyiapkan prosedur induksi persalinan seperti pemasangan balon kateter untuk merangsang pembukaan serviks.

**e. Melakukan Evaluasi**

Melakukan evaluasi terhadap respon ibu terhadap asuhan, perkembangan persalinan, status janin, tingkat nyeri, dan kondisi umum ibu untuk menyesuaikan intervensi selanjutnya.

**f. Dokumentasi**

Mengarsipkan data anamnesa, hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa, rencana, tindakan yang telah dilakukan, hasil evaluasi, dan catatan penting lainnya untuk komunikasi lintas tim dan kelangsungan asuhan.

## UNIT VI

### Praktik Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir

#### a. Pengkajian

##### 1) Anamnesa

Anamnesa dilakukan dengan mewawancarai ibu tentang riwayat kehamilan, proses persalinan, komplikasi yang dialami, penggunaan obat-obatan selama kehamilan, dan riwayat penyakit keluarga. Informasi ini penting untuk mengantisipasi potensi masalah kesehatan pada bayi baru lahir.

##### 2) Prosedur Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir dilakukan secara menyeluruh (head to toe) untuk menilai keadaan umum, termasuk:

- a. Suhu tubuh untuk mendeteksi hipotermi atau hipertermia.
- b. Pengukuran antropometri: berat badan, panjang badan (PB), lingkar kepala (LK), lingkar lengan atas (LLA), lingkar dada (LD), dan lingkar abdomen untuk menilai pertumbuhan dan perkembangan bayi.
- c. Penilaian Refleks neonatus seperti rooting, moro, grasp, dan sucking reflex sebagai indikator fungsi neurologis yang normal.
- d. Menilai APGAR score pada menit pertama dan kelima kelahiran untuk menilai kondisi vital bayi seperti denyut jantung, respons refleks, tonus otot, warna kulit, dan pernapasan.

#### b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa disusun berdasarkan hasil pengkajian, seperti risiko hipotermi, gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan, risiko infeksi terkait perawatan tali pusat, dan gangguan pola tidur.

#### c. Implementasi / Prosedur Tindakan

1. Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi  
Menjaga kehangatan tubuh bayi dengan metode kanguru (skin to skin contact), membungkus bayi dengan kain hangat, dan mencegah paparan udara dingin.
2. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)  
Mendorong ibu untuk memberikan ASI pekat sesegera mungkin (dalam 1 jam pertama) untuk meningkatkan ikatan ibu-anak dan memberi nutrisi optimal.
3. Memberikan Salep Mata  
Pemberian salep antibiotik pada mata bayi mencegah infeksi mata neonatal seperti konjungtivitis gonore.

4. Memberikan Vitamin K  
Pemberian vitamin K intramuskular untuk mencegah perdarahan pada bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K.
5. Memandikan Bayi Baru Lahir  
Memandikan bayi setelah suhu stabil minimal 6 jam setelah lahir menggunakan air hangat dan menjaga bayi tetap hangat.
6. Perawatan Tali Pusat  
Menjaga tali pusat tetap kering dan bersih, serta memantau tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, dan nanah.
7. Edukasi Perawatan Bayi Baru Lahir  
Memberikan informasi kepada orang tua tentang cara merawat bayi, tanda bahaya yang harus diwaspadai, dan pentingnya pemberian ASI eksklusif.
8. Fasilitasi Interaksi Orang Tua dan Bayi  
Mendorong kontak kulit dan interaksi antara orang tua dan bayi untuk memperkuat ikatan emosional serta stimulasi sensorik pada bayi.
9. Identifikasi Kemampuan Ibu Merawat Bayi  
Menilai kesiapan dan kemampuan ibu dalam memberikan perawatan lanjutan dan menyusui bayi agar dapat memberikan dukungan yang sesuai.

#### **d. Evaluasi**

Melakukan evaluasi efektivitas asuhan keperawatan dengan memantau kondisi bayi seperti kestabilan suhu, keberhasilan inisiasi menyusu, tanda-tanda infeksi yang tidak muncul, dan kepuasan serta kesiapan ibu merawat bayi.

#### **e. Dokumentasi**

Mencatat hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa, tindakan yang diberikan, serta hasil evaluasi pada dokumen medis bayi untuk referensi dan tindak lanjut.

## UNIT VII

### Praktik Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir

#### a. Pengkajian

##### 1) Anamnesa

Pengkajian dimulai dengan anamnesa yang melibatkan wawancara kepada ibu mengenai riwayat kehamilan, proses persalinan, komplikasi selama kehamilan dan persalinan, serta riwayat kesehatan keluarga. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi risiko kesehatan pada bayi dan rencana asuhan yang sesuai.

##### 2) Prosedur Pemeriksaan Fisik pada Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh (head to toe) untuk menilai kondisi umum bayi, memeriksa suhu tubuh, refleks dasar, serta melakukan pengukuran antropometri seperti: berat badan (BB), panjang badan (PB), lingkaran kepala (LK), lingkaran lengan atas (LLA), lingkaran dada (LD), dan lingkaran abdomen. Penilaian APGAR Score segera dilakukan pada menit pertama dan kelima untuk menilai status vital bayi, meliputi denyut jantung, respirasi, tonus otot, refleks iritabilitas, dan pewarnaan kulit.

#### b. Implementasi / Prosedur Tindakan

1. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)  
Mendorong ibu untuk segera memberikan ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran guna memperkuat ikatan emosional dan memenuhi kebutuhan nutrisi awal bayi.
2. Memberikan Salep Mata  
Pemberian salep antibiotik secara preventif untuk mencegah infeksi mata neonatorum.
3. Memberikan Vitamin K  
Pemberian vitamin K secara intramuskular untuk mencegah perdarahan pada bayi, mengingat bayi baru lahir rentan mengalami defisiensi vitamin K.
4. Memandikan Bayi Baru Lahir  
Memandikan bayi setelah suhu tubuh stabil, umumnya sekitar 6 jam setelah lahir, dengan menggunakan air hangat dan menjaga bayi tetap hangat agar mencegah hipotermi.
5. Perawatan Tali Pusat  
Menjaga tali pusat tetap kering dan bersih, menghindari kontak dengan kotoran dan air, serta memantau tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan pembengkakan.

6. Edukasi Perawatan Bayi Baru Lahir  
Memberikan edukasi kepada orang tua tentang cara merawat bayi baru lahir, tanda bahaya yang harus diwaspadai, pentingnya pemberian ASI eksklusif, dan perawatan tali pusat.
7. Fasilitasi Interaksi Orang Tua dan Bayi  
Mendorong kontak kulit antara ibu dan bayi serta waktu menyusui sebagai stimulasi bonding dan perkembangan psikososial bayi.
8. Identifikasi Kemampuan Ibu Merawat Bayi  
Menilai kesiapan dan kemampuan ibu dalam merawat bayi serta memberikan dukungan dan bimbingan sesuai kebutuhannya.

**c. Melakukan Evaluasi**

Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah bayi dalam kondisi stabil, suhu tubuh terjaga, ASI berhasil diberikan, tali pusat dalam keadaan baik tanpa infeksi, dan ibu mampu merawat bayinya dengan baik.

**d. Membuat Dokumentasi**

Dokumentasi lengkap meliputi hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, tindakan yang dilakukan, respon bayi dan ibu terhadap asuhan, hasil evaluasi, serta rekomendasi tindak lanjut.

## UNIT VIII

### Praktik Asuhan Keperawatan pada Ibu Postpartum:

#### Persalinan Normal dan Sectio Caesar (SC)

##### a. Pengkajian

###### 1) Anamnesa

Pengkajian awal dilakukan dengan mengumpulkan data anamnesa dari ibu postpartum baik setelah persalinan normal maupun SC. Data yang dikumpulkan meliputi riwayat persalinan, lama persalinan, komplikasi yang muncul, keluhan yang dirasakan ibu, riwayat penyakit sebelumnya, dan kondisi emosional ibu. Informasi ini penting untuk mengetahui status kesehatan ibu secara menyeluruh.

###### 2) Pengkajian Head to Toe

Pemeriksaan fisik menyeluruh dilakukan meliputi:

- Tinggi Fundus Uteri (TFU) untuk menilai involusi uterus.
  - a. Pemeriksaan kontraksi uterus untuk memastikan uterus berkontraksi dengan baik sehingga mengurangi risiko perdarahan.
  - b. Pemeriksaan diastasis recti abdominis (DRS) untuk menilai jarak pemisahan otot perut pascapersalinan.
  - c. Pemeriksaan hormon sign seperti perubahan emosional dan hormonal ibu.
  - d. Pemeriksaan luka operasi (jika SC) dan tanda-tanda infeksi.
  - e. Pengkajian REEDA (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation) pada luka operasi sebagai indikator penyembuhan.
  - f. Pemeriksaan lokhia (darah nifas) untuk menilai jumlah, warna, bau, dan masa keluar lokhia sebagai tanda kesehatan uterus dan kemungkinan infeksi.

###### 3) Pemeriksaan Luka Operasi

Untuk ibu pasca SC, dilakukan pemeriksaan luka operasi secara rutin untuk mengidentifikasi tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, nyeri, keluar nanah, dan terbukanya jahitan.

###### 4) Pengkajian After Pain dan Nyeri Pascaseksi

Melakukan penilaian intensitas nyeri pascapersalinan, terutama nyeri after pain pada persalinan normal dan nyeri luka operasi pada ibu post SC menggunakan skala nyeri tertentu, untuk menentukan intervensi pengelolaan nyeri yang tepat.

###### 5) Pemeriksaan Penunjang

Melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, dan tanda vital untuk mendeteksi anemia dan perdarahan postpartum serta memastikan kondisi ibu stabil.

#### **b. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah risiko perdarahan postpartum, nyeri akut berhubungan luka operasi atau after pain, risiko infeksi, gangguan integritas kulit terkait jahitan operasi, dan gangguan tidur akibat ketidaknyamanan.

#### **c. Rencana Keperawatan**

Rencana keperawatan difokuskan pada pemantauan tanda-tanda vital dan perdarahan, pengelolaan nyeri, perawatan luka operasi, edukasi perawatan diri dan bayi, serta dukungan psikologis untuk membantu ibu beradaptasi dengan masa postpartum.

#### **d. Implementasi**

- a) Memantau TFU dan kontraksi uterus secara berkala.
- b) Melakukan perawatan luka operasi dengan menjaga kebersihan dan kondisi luka.
- c) Mengelola nyeri dengan pemberian analgesik sesuai kebutuhan dan teknik non-farmakologis.
- d) Memantau lochia dan tanda-tanda infeksi.
- e) Memberikan edukasi pada ibu mengenai perawatan diri, tanda bahaya, perawatan luka, dan pentingnya istirahat.
- f) Memberikan dukungan emosional dan fasilitasi interaksi ibu dengan bayi.

#### **e. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui efektivitas tindakan keperawatan, termasuk stabilitas kondisi ibu, perbaikan nyeri, tidak adanya tanda infeksi, dan pemulihan fungsi uterus.

#### **f. Dokumentasi**

Dokumentasi lengkap mencakup data anamnesa, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosa, rencana, tindakan yang telah dilakukan, hasil evaluasi, serta instruksi dan edukasi yang diberikan.

## UNIT IX

### Konsep Keluarga Berencana

#### a. Konsep Dasar

##### 1) Pengertian

Keluarga Berencana (KB) adalah program pengaturan jumlah dan jarak kelahiran anak yang bertujuan menciptakan keluarga kecil, sehat, bahagia, serta sejahtera. Program ini membantu pasangan suami istri merencanakan kehamilan secara tepat waktu dan memperhatikan kondisi kesehatan ibu dan anak demi meningkatkan kualitas hidup keluarga.

##### 2) Jenis KB

Jenis-jenis alat kontrasepsi yang digunakan dalam program KB meliputi: pil KB, suntik KB, kondom, alat kontrasepsi dalam rahim (IUD), implan, vasektomi, dan tubektomi. Masing-masing memiliki cara kerja dan durasi perlindungan yang berbeda sesuai kebutuhan pasangan.

##### 3) Manfaat

Manfaat program KB antara lain:

- a) Menekan kehamilan yang tidak diinginkan sehingga mengurangi risiko komplikasi kehamilan.
- b) Menjaga kesehatan ibu dan bayi serta mendukung pemberian ASI eksklusif dengan jarak kelahiran yang ideal (3-5 tahun).
- c) Mencegah penyakit menular seksual dengan penggunaan kondom.
- d) Menurunkan angka kematian ibu dan bayi.
- e) Membentuk keluarga yang berkualitas secara ekonomi dan sosial.

##### 4) Konseling KB

Konseling KB adalah proses pemberian informasi, dukungan, dan bimbingan kepada pasangan suami istri mengenai pilihan jenis kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan, beserta manfaat dan kemungkinan efek sampingnya untuk membantu pengambilan keputusan yang tepat.

#### b. Asuhan Keperawatan pada Klien Kebutuhan KB

##### 1) Pengkajian

Melakukan pengkajian menyeluruh yang mencakup:

- a) Usia klien untuk menyesuaikan jenis kontrasepsi yang aman digunakan.

- b) Riwayat obstetrik seperti jumlah kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan sebelumnya.
- c) Penyakit yang dialami klien yang mungkin mempengaruhi pemilihan kontrasepsi.
- d) Keluhan atau masalah kesehatan yang dialami terkait reproduksi.

## **2) Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan contohnya risiko ketidakseimbangan hormonal, risiko infeksi, ketidakefektifan manajemen diri terkait penggunaan alat kontrasepsi, dan kecemasan berhubungan dengan efek samping KB.

## **3) Intervensi**

Intervensi diarahkan pada edukasi, persiapan alat kontrasepsi, monitoring efek samping, dan dukungan psikologis.

## **4) Implementasi**

1. **Persiapan Klien Pemberian Alat Kontrasepsi**  
Menjelaskan prosedur, manfaat, serta efek samping alat kontrasepsi yang akan diberikan serta melakukan pemeriksaan fisik dan riwayat agar penggunaan aman.
2. **Edukasi Keluarga dan Kontrasepsi**  
Memberikan informasi lengkap tentang jenis KB, bagaimana penggunaan yang benar, dan pentingnya pemakaian konsisten untuk efektivitas.
3. **Pemberian Kontrasepsi Pil**  
Melakukan instruksi dan pemberian pil KB sesuai dosis yang tepat serta monitoring sesuai protokol.
4. **Pemantauan IUD dan AKBK (Alat Kontrasepsi Bervariasi Konsumsi)**  
Memantau kondisi klien pengguna IUD terkait kemungkinan efek samping dan komplikasi, serta pemantauan bagi pengguna KB jangka panjang lainnya.
5. **Rujukan Pelayanan KB**  
Merujuk klien ke fasilitas kesehatan atau spesialis bila ditemukan masalah atau kebutuhan konsultasi lebih lanjut.

## **5) Evaluasi**

Melakukan evaluasi efektivitas penggunaan KB, kepuasan klien, dan adanya komplikasi sebagai dasar tindak lanjut.

## **6) Dokumentasi**

Melakukan pencatatan lengkap terkait anamnesa, tindakan keperawatan, edukasi, respon klien, dan evaluasi untuk kepentingan pelaporan dan koordinasi layanan.

## UNIT X

### Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Reproduksi

#### a. Pengkajian

##### 1) Anamnesa

Pengumpulan data anamnesa meliputi riwayat haid, panjang siklus, jumlah perdarahan, nyeri haid, dan keluhan terkait sistem reproduksi. Ditanyakan riwayat kehamilan, persalinan, keguguran, serta keluhan yang dialami seperti nyeri panggul, perdarahan abnormal, keputihan, dan gejala lain yang mengindikasikan gangguan reproduksi.

##### 2) Pengkajian Head to Toe

Dilakukan pemeriksaan fisik menyeluruh yang meliputi inspeksi, palpasi abdomen untuk mendeteksi massa atau nyeri, serta pemeriksaan vulva, vagina, dan serviks menggunakan speculum. Pemeriksaan ini bertujuan mengetahui adanya perubahan patologis dan tanda infeksi atau tumor.

##### 3) Pemeriksaan Penunjang

Persiapkan klien untuk pemeriksaan pap smear guna deteksi dini kanker serviks atau perubahan sel serviks yang abnormal. Pemeriksaan laboratorium lain dapat meliputi USG, biopsi, dan tes darah sesuai indikasi untuk menegakkan diagnosis dan menentukan penatalaksanaan.

#### b. Diagnosa Keperawatan

Contoh diagnosa keperawatan pada klien dengan gangguan sistem reproduksi antara lain: nyeri akut berhubungan dengan inflamasi atau massa, risiko infeksi berhubungan prosedur invasif, gangguan citra tubuh akibat perubahan anatomi, dan kecemasan berhubungan dengan ketidakpastian diagnosis.

#### c. Menyusun Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan difokuskan pada pengurangan nyeri, pencegahan infeksi, dukungan psikososial, edukasi klien mengenai penyakit dan terapi, serta peningkatan coping mekanisme bagi klien.

#### d. Implementasi

Melaksanakan intervensi yang meliputi:

- a. Pemantauan tanda-tanda vital dan perkembangan gejala.
- b. Manajemen nyeri dengan terapi farmakologis dan nonfarmakologis.
- c. Perawatan luka pasca operasi jika ada pembedahan.

- d. Edukasi mengenai perawatan diri, tanda bahaya, dan pentingnya kontrol rutin.
- e. Memberikan dukungan emosional dan fasilitasi konseling untuk meredakan kecemasan.

**e. Evaluasi**

Evaluasi berlangsung dengan menilai efektivitas kontrol nyeri, keberhasilan pencegahan infeksi, pemahaman klien tentang kondisinya, dan penyesuaian kebutuhan psikososial.

**f. Dokumentasi**

Mewujudkan dokumentasi lengkap meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa, rencana, tindakan keperawatan, hasil evaluasi, dan tindak lanjut.

## UNIT XI

### **Praktik Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Reproduksi: Mioma, Kista, Infeksi, Ca Cerviks**

#### **a. Pengkajian**

##### **1) Praktek Anamnesa**

Pengumpulan data anamnesa meliputi riwayat haid mencakup siklus, durasi dan karakteristik perdarahan, serta keluhan gangguan reproduksi seperti nyeri, perdarahan abnormal, dan keputihan. Ditanyakan pula riwayat kehamilan, persalinan, abortus, dan penyakit reproduksi sebelumnya yang relevan.

##### **2) Prosedur Pemeriksaan Fisik**

Dilakukan pemeriksaan fisik lengkap meliputi:

- a. Inspeksi dan palpasi abdomen untuk menemukan massa, nyeri tekan, atau pembesaran rahim.
- b. Pemeriksaan genitalia eksternal dan internal (dengan speculum) untuk mengamati adanya lesi, peradangan, atau kelainan lain pada vulva, vagina, dan serviks.
- c. Pemeriksaan bimanual untuk menilai ukuran, konsistensi, dan posisi uterus serta adnexae (indung telur).
- d. Pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan umum lainnya untuk melihat kondisi kesehatan secara menyeluruh.

##### **3) Persiapan Klien untuk Pemeriksaan Diagnostik dan Laboratorium**

Klien dipersiapkan untuk pemeriksaan diagnostik seperti Pap Smear untuk skrining kanker serviks, USG transvaginal untuk melihat mioma atau kista, dan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) sebagai metode skrining kanker serviks secara sederhana namun efektif.

#### **b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan bisa mencakup nyeri akut berhubungan dengan inflamasi atau tumor, risiko infeksi terkait gangguan jaringan, gangguan citra tubuh akibat perubahan anatomi, dan kecemasan akibat ketidakpastian diagnosis atau terapi.

#### **c. Membuat Perencanaan**

Perencanaan asuhan fokus pada pengelolaan nyeri, pencegahan infeksi, dukungan psikososial terhadap klien, edukasi mengenai kondisi dan terapi, serta perencanaan rujukan bila diperlukan.

#### **d. Implementasi / Prosedur Tindakan**

1. Perawatan Perioperatif  
Memberikan asuhan pre dan post operasi untuk klien yang menjalani pembedahan, termasuk persiapan psikologis, pemantauan vital sign, dan menjaga aseptis pada area operasi.
2. Perawatan Post Operasi  
Melakukan perawatan luka operasi, pemantauan tanda-tanda vital, penanganan nyeri, dan pencegahan komplikasi pasca operasi.
3. Kolaborasi Skrining Fertilitas  
Mendukung program skrining kesehatan reproduksi termasuk evaluasi status fertilitas dan pemberian edukasi serta rujukan.
4. Persiapan Pap Smear dan IVA  
Menyiapkan klien meliputi edukasi proses, persiapan fisik, serta dukungan psikologis agar pemeriksaan dapat berjalan lancar dan efektif.

#### **e. Evaluasi**

Melakukan evaluasi terhadap respon klien terhadap intervensi, progress penyembuhan, pengelolaan nyeri, pemahaman edukasi, serta status psikologis.

#### **f. Dokumentasi**

Mencatat secara lengkap hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosa keperawatan, rencana, tindakan pelaksanaan, hasil evaluasi, dan instruksi serta edukasi yang diberikan.

## UNIT XII

### PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL

Pemeriksaan fisik pada kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan pandang (inspeksi), pemeriksaan raba (palpasi), periksa dengar (auskultasi) dan periksa ketuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut sampai ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan.

Alat – alat yang dibutuhkan

1. Timbangan badan
2. Tensimeter
3. Stetoscope
4. Termometer
5. Tissue pada tempatnya
6. Bengkok
7. Pen light
8. Meteran/pita
9. Laennec/Dopler elektrik
10. Alat mengukur lingkaran panggul
11. Hammer untuk memeriksa refleksi patella
12. Sarung tangan
13. Kertas kering dalam tempatnya
14. Air desinfeksi tingkat tinggi (DTT) pada komanya
15. Pengalas
16. Bengkok
17. Alat – alat untuk pengendalian infeksi seperti : 2 baskom, 2 buah waslap, tempat sampah medis dan non medis.

Pelaksanaan Prosedur

1. Siapkan alat –alat yang diperlukan untuk pemeriksaan fisik dan ruangan dengan pencahayaan yang cukup
2. Mencuci tangan dengan tehnik yang benar
3. Memberitahu ibu tentang tujuan dan langkah prosedur

4. Perhatikan tanda – tanda tubuh yang sehat

Pemeriksaan pandang dimulai semenjal bertemu dengan ibu. Perhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalannya. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis atau pincang dan sebagainya, lihat dan nilai kekuatan ibu ketika berjalan, apakah ia tampak nyaman dan kuat atau apakah ibu tampak lemah

5. Inspeksi muka ibu apakah ibu ada kloasma gravidarum, pucat pada wajah dan pembengkakan pada wajah(bila terdapat pucat pada wajah, periksalah konjungtiva dan kuku, pucat menandakan bahwa ibu menandakan anemia, sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut. Bila terdapat bengkak di wajah, periksalah adanya bengkak pada tangan dan kaki. Daerah lain yang dapat diperiksa adalah kelopak mata. Namun apabila kelopak mata sudah edema, biasanya preeklamsia sudah lebih berat.
6. Meminta ibu mengganti baju dengan baju pemeriksaan
7. Menganjurkan ibu untuk buang air kecil terlebih dahulu
8. Melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan

Timbanglah berat badan ibu pada setiap pemeriksaan kehamilan. Berat badan ibu hamil biasanya naik sekitar 9 – 12 kg selama kehamilan.

Rumusan kenaikan berat badan ibu selama kehamilan adalah sebagai

berikut : 10 minggu : minimal 400 gr

20 minggu : minimal 4000 gr

30 minggu : minimal 8000 gr

Mulai usia kehamilan trimester ke -2 (13 minggu) naik 500 gr per minggu)

9. Ukur lingkar lengan atas ibu dengan alat ukur yang khusus
10. Lakukan pengukuran tanda vital ibu yang meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan dan suhu. Pastikan ibu sudah istirahat minimal 30 menit setelah kedatangan atau sebelum dilakukannya pemeriksaan tanda vital.



11. Lakukan pengukuran panggul dengan jangkar panggul. Pemeriksaan panggul pada ibu hamil terutama primigravida perlu dilakukan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan. Ada 4 cara dalam melakukan pemeriksaan panggul yaitu :
- Pemeriksaan pandang (inspeksi) dilihat apakah terdapat dugaan kesempitan panggul , misalnya ibu sangat pendek, berjalan pincang, terdapat kelainan seperti kifosis atau lordosis,
  - Pemeriksaan raba, ibu dapat diduga mempunyai kelainan atau kesempitan panggul bila pada pemeriksaan raba didapatkan kelainan letak pada primigravida kehamilan aterm.
  - Melakukan perasat Osborn positif dengan melakukan pengukuran panggul luar.

Alat untuk mengukur luar panggul yang paling sering digunakan adalah jangka panggul dari Martin. Ukuran – ukuran panggul yang sering digunakan untuk menilai keadaan panggul adalah sebagai berikut :

- Distansia Spinarum yaitu jarak antara spina iliaka anterior superior kanan dan kiri berukuran normal 23 – 26 cm
- Distansia kristarum, yaitu jarak antara krista iliaka terjauh kanan dan kiri dengan ukuran sekitar 26 – 29 cm.

Bila selisih antara distansia kristarum dan distansia spinarum kurang dari 16 cm, kemungkinan besar adanya kesempitan panggul

12. Pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki
- Periksa dasar kulit kepala dan rambut ibu hamil (tekstur, warna, kerontokan, dan lesi). Memeriksa keadaan muka ibu hamil (odema, kuning, memar, hiperpigmentasi/kloasmagravidarum)
  - Inspeksi sklera dan konjungtiva ibu hamil
  - Periksa lubang hidung ibu hamil, menggunakan spekulum hidung (lihat apakah ada polip, perdarahan dan sekret)
  - Periksa kondisi sinus dengan perkusi ringandi daerah sinus menggunakan jari (sambil menanyakan ke ibu apakah terasa sakit dan lihat permukaan kulit muka bagian sinus apakah kemerahan)
  - Periksa liang telinga dengan menggunakan senter
  - Periksa rongga mulut, lidah, gigi, dan bibir ibu hamil. Perhatikan adakah tampak bibir pucat, bibir kering pecah – pecah, stomatitis, ginggivitis, gigi yang tanggal, gigi yang lubang, serta karies gigi. Selain dilihat periksa juga perlu mencium bau mulut yang menyengat

- g. Periksa kelenjara getah bening di depan dan belakang telinga, bawah rahang, leher dan bahu (apakah teraba pembesaran)
  - h. Periksa kelenjar tiroid dengan 3 jari kedua tangan pada kedua sisi trakea sambil berdiri di belakang ibu. Anjurkan ibu menelan dan rasakan benjolan yang teraba saat ibu menelan
  - i. Dengarkan bunyi jantung dan nafas ibu dengan menggunakan stetoscope
  - j. Periksa payudara ibu (ukuran, puting menonjol/masuk, retraksi, massa, nodul aksila, hiperpigmentasi areoladan kebersihan). Lihat dan raba payudara, pada kunjungan pertama lakukan pemeriksaan payudara terhadap kemungkinan adanya benjolan yang tidak normal.
  - k. Periksa kolostrum dengan menekan areola mammae sambil memegang puting mamame dengan jari telunjuk dan ibu jari kemudian memencetnya (dengan tangan menggunakan sarung tangan)
  - l. Letakkan tangan ibu ke arah kepala kemudian kelenjar di daerah aksila kanan dan lanjutkan dengan aksila kiri dengan tehnik yang sama untuk mengetahui pembesaran kelenjar getah bening.
  - m. Memasang pakaian atas dan membuka pakaian daerah perut.
  - n. Lakukan inspeksi dan palpasi pada dinding abdomen. Perhatikan apakah perut ibu simetris atau tidak, raba adanya pergerakan janin, apakah terjadi hiperpigmentasi pada abdomen/linea nigra atau tidak, dan apakah terdapat luka bekas operasi, varises, jaringan parut atau tidak
13. Melakukan pemeriksaan **Leopold I** untuk menentukan bagian janin yang ada di fundus.
- a. Periksa berdiri di sebelah kanan ibu, menghadap ke arah kepala ibu
  - b. Kedua telapak tangan pemeriksa diletakkan pada puncak fundus uteri
  - c. Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong)



- d. Hasilnya adalah jika kepala janin yang berada di fundus, maka palpasi akan teraba bulat, keras dan dapat digerakkan (Ballotement). Jika bokong yg terletak difundus, maka pemeriksa akan meraba suatu bentuk yang tidak spesifik, lebih besar dan

lebih lunak dari kepala, tidak dapat digerakkan, serta fundus terasa penuh. Pada letak lintang, palpasi di daerah fundus akan terasa kosong.

- d. tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan



perkiraanan tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan :

- 20 minggu :  $\pm 20$  cm
- 24 minggu :  $\pm 28$  cm
- 32 minggu :  $\pm 32$  cm
- 36 minggu :  $\pm 34 - 36$  minggu



- f. Pada kunjungan pertama, tinggi fundus dicocokkan dengan perhitungan usia kehamilan, dimana hal ini hanya dapat diperkirakan dari hari pertama haid (HPHT). Bila HPHT tidak diketahui, maka usia kehamilan hanya dapat diperkirakan dari tingginya fundus uteri.

#### 14. Melakukan pemeriksaan **Leopold II**

- a. Kedua telapak tangan diletakkan pada kedua sisi perut, dan lakukan tekanan yang lembut tetapi cukup dalam untuk meraba dari kedua sisi
- b. Pemeriksa berdiri di sebelah kanan ibu, menghadap kepala ibu
- c. Kedua telapak tangan pemeriksa bergeser turun ke bawah sampai di samping kiri dan kanan umbilikus
- d. Secara perlahan geser jari –jari dari satu sisi ke sisi lain untuk menentukan pada sisi mana terletak punggung, lengan dan kaki
- e. Tentukan bagian punggung janin untuk menentukan lokasi auskultasi DJJ nantinya.

- f. Hasilnya adalah bagian bokong janin akan teraba sebagai suatu benda yang keras pada beberapa bagian lunak dengan bentuk teratur, sedangkan bila teraba adanya bagian – bagian kecil yang teratur dan mempunyai banyak tonjolan serta dapat bergerak dan menendang, maka bagian tersebut adalah kaki, lengan dan lutut. Bila punggung janin tidak terabadi kedua sisi mungkin punggung janin berada pada sisi yang sama dengan punggung ibu (posisi posterior)



15. Melakukan pemeriksaan **Leopold III** untuk menentukan bagian janin yang berada pada bagian terbawah. Cara melakukannya adalah :
- Lutut ibu dalam keadaan fleksi
  - Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati – hati oleh karena dapat menyebabkan perasaan tak nyaman bagi ibu. Coba untuk menilai bagian janin apa yang berada di sana.
  - Bagian terendah janin dicekap diantara ibu jari dan telunjuk tangan kanan
  - Tentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan apakah bagian tersebut sudah mengalami engagement atau belum
  - Hasilnya adalah apabila bagian janin dapat digerakkan ke arah kranial ibu, maka bagian terbawah dari janin belum melewati pintu atas panggul. Bila kepala yang berada di bagian terbawah, coba untuk menggerakkan kepala. bila kepala tidak dapat digerakkan lagi, maka kepala sudah engaged dan bila tidak dapat diraba adanya kepala atau bokong, maka letak janin adalah melintang.



16. Melakukan **leopold IV** untuk menentukan presentasi dan engagement (sampai berapa jauh derajat desensus janin dan mengetahui seberapa bagian kepala janin masuk ke pintu atas panggul). Cara melakukannya sebagai berikut :
- Pemeriksa menghadap ke kaki ibu. Kedua lutut ibu masih pada posisi fleksi
  - Letakkan kedua telapak tangan pada bagian bawah abdomen dan coba untuk menekan ke arah pintu atas panggul
  - Hasil yang didapat pada dasarnya sama dengan pemeriksaan Leopold III, menilai bagian janin terbawah yang berada di dalam panggul dan menilai seberapa jauh bagian tersebut masuk melalui pintu atas panggul.



17. Pemeriksaan denyut jantung janin

Denyut jantung janin menunjukkan status kesehatan dan posisi janin terhadap ibu. Dengarkan denyut jantung janin sejak kehamilan 20 minggu. Jantung janin biasanya berdenyut 120 – 160 kali per menit.

Mendengarkan denyut jantung janin bisa dilakukan dengan menggunakan doppler elektrik. Peletakan doppler ini disesuaikan dengan letak punggung janin, apakah punggung kanan (puka) atau punggung kiri (Puki)

Cara melakukannya adalah sebagai berikut :

- Auskultasi detak jantung janin dengan menggunakan fetoskop
- Detak jantung janin terdengar paling keras di daerah punggung
- Detak jantung janin dihitung selama 5 detik dilakukan sebanyak 3 kali secara berurutan dan berselang 5 detik
- Hasil pemeriksaan detak jantung janin 10 – 12 – 10 berarti frekuensi detak jantung janin  $32 \times 4 = 128$  kali per menit
- Mendengarkan denyut jantung janin menggunakan stetoskop leanec/doppler detak jantung janin normal 120 – 160 kali per menit

18. Pemeriksaan punggung di bagian ginjal. Tepuk punggung di bagian ginjal dengan sisi tangan yang dikepalkan. Bila ibu merasa nyeri, mungkin terdapat gangguan pada ginjal atau salurannya
19. Merapikan pakaian atas dan membuka pakaian bawah ibu untuk melihat varises pada ekstremitas bawah kanan dan kiri. Lihat dan raba bagian belakang betis dan paha, catat adanya tonjolan kebiruan dari pembuluh darah.
20. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah untuk memeriksa adanya odema. Tempat yang paling mudah untuk pemeriksaan adalah di daerah pretibia dan mata kaki. Dilakukan dengan cara menekan jari selama beberapa detik. apabila terjadi cekung yang tidak lekas kembali berarti odema positif.
21. Melakukan pemeriksaan refleks lutu (patela) dengan menggunakan hummer. mintalah ibu duduk dengan tungkai tergantung bebas. Dengan menggunakan hummer ketuklah tendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon di ketuk. Bila refleks lutut negatif kemungkinan ibu mengalami kekurangan vitamin B1. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia.
22. Mengatur posisi dorsal Recumbent pada ibu hamil, memasang pengalas di bawah bokong ibu, kemudian perawat memakai sarung tangan untuk melakukan vulva hygiene. vulva hygiene dilakukan dengan kapas kering yang dibasahi oleh cairan DTT. Lakukan inspeksi terhadap genitalia luar ibu meliputi :
  - a. Varises
  - b. Perdarahan
  - c. Luka
  - d. Cairan yg keluar
  - e. Kelenjar bartolini, periksa apakah ada cairan yg keluar atau ditemukan massa (bengkak)
23. Menerrapkan komunikasi terapeutik selama pemeriksaan
24. Memperhatikan keadaan ibu hamil selama pemeriksaan
25. Mencatat hasil pemeriksaan fisik ibu hamil

## INSTRUMEN OBSERVASI PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL

Nama Mahasiswa :

Tingkat :

Hari/tanggal :

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
1	Menyesuaikan dan mempersiapkan alat		
2	Menjelaskan dan menyampaikan tindakan yang akan dilakukan, mencakup tujuan, hasil tindakan		
3	Melakukan penimbangan berat badan serta pengukuran tinggi badan, LILA dan panggul ibu		
4	Mengukur tanda vital ibu		
5	Menginspeksi dasar kulit kepala dan rambut ibu		
6	Melihat keadaan muka ibu hamil		
7	Memeriksa mata dan melihat konjungtiva ibu hamil		
8	Memeriksa lubang hidung dan sinus ibu hamil		
9	Memeriksa liang telinga ibu hamil		
10	Memeriksa keadaan rongga mulut dan gigi ibu hamil		
11	Meraba kelenjar getah bening pada leher ibu hamil		
12	Meraba kelenjar tiroid ibu hamil sambil menganjurkan menelan		
13	Membuka pakaian atas ibu dan mendengarkan bunyi jantungnya dengan menggunakan stetoscope		
14	Mendengarkan bunyi paru ibu hamil dgn stetoscope		
15	Memperhatikan dan meraba bentuk payudara ibu hamil		
16	Mengobservasi pengeluaran Asi dengan menekan areola mammae		
17	Meraba kelenjar didaerah aksila kiri dan kanan ibu hamil untuk memeriksa adanya pembesaran kelenjar		

18	Memasang pakaian atas dan membuka pakaian daerah perut serta memperhatikan bentuk abdomen ibu		
19	Melakukan pemeriksaan leopold I		
20	Mengukur tinggi fundus uteri ibu hamil dengan menggunakan meteran pita		
21	Melakukan pemeriksaan leopold II		
22	Melakukan pemeriksaan leopold III		
23	Melakukan pemeriksaan Leopold IV		
24	Mendengarkan DJJ dgn menggunakan stetoscope laennec/doppler		
25	Melakukan pemeriksaan perkusi ginjal		
26	Membuka pakaian bawah dan memeriksa ada tidaknya varises pada ekstremitas bawah ibu		
27	Melakukan vulva higiene		
28	Melihat keadaan genitalia eksternal		
29	Menerapkan komunikasi terapeutik selama pemeriksaan		
30	Memperhatikan respon ibu selama pemeriksaan		
31	Mencatat hasil pemeriksaan fisik ibu hamil		

Tanda Tangan

Pembimbing

( )

Evaluasi Pembimbing

---



---



---

## UNIT XIII

### PERAWATAN PAYUDARA PRENATAL

Melakukan perawatan payudara pada ibu hamil untuk persiapan laktasi. Perawatan ini mulai dilakukan setelah kehamilan memasuki Trimester III yaitu pada usia kehamilan 7 bulan ke atas. Perawatan payudara pada masa kehamilan tidak diperkenankan sebagai upaya memperlancar pengeluaran ASI, tetapi untuk menjaga higienis dari payudara sehingga pada saat diperlukan tidak menimbulkan masalah.

Tujuan :

1. Menjaga kebersihan payudara ibu hamil.
2. Memperbaiki kondisi puting susu yang mengalami kelainan bentuk
3. Menstimulasi produksi ASI Persiapan Alat :
  - Baki dan alasnya
  - Kain gass/khas/kapas
  - Minyak kelapa/Baby oil
  - Handuk /Waslap
  - Air Bersih
  - Scherm Persiapan Pasien :
  - Pasien diberi tahu tentang tujuan pemeriksaan
  - Pasien diatur dalam posisi duduk bersandar dan santai
  - Pasang scherm
  - Lebih mudah agar pakaian dan bra dibuka
  - Letakkan handuk di atas pangkuan ibu atau ikatkan di abdomen ibu jika mungkin

Persiapan perawat :

- Perawat memperkenalkan diri
- Menjelaskan tujuan pemeriksaan
- Perawat mencuci tangan
- Perawat mengatur posisi sesuai dengan tindakan perawatan yang akan dilakukan

Prosedur Tindakan :

### I. PERAWATAN PUTTING SUSU YANG NORMAL

- Jelaskan tujuan perawatan pada klien (hindari berbicara terlalu cepat dan usahakan tatap mata klien secara lembut dan perhatian).
- Kompres putting susu dengan kapas /gass yang diberi minyak selama 5 menit agar kotoran mudah dibersihkan
- Setelah 5 menit angkat kain gass, sambil membersihkan putting susu yaitu dengan gerakan mengitari / memutar
- Kemudian, licinkan atau basahi ibu jari dan telunjuk dengan baby oil atau minyak kelapa.
- Letakkan ibu jari dan telunjuk pada dada masing – masing (pada areola) kiri dan kanan,lalu dengan hati – hati putarlah putting susu kekiri dan kekanan atau kearah dalam payudara dan lepaskan sambil ditarik keluar.Lakukan berangsur angsur , hingga berjumlah lebih kurang 20 kali.
- Pegang pangkal payudara dengan kedua tangan , lalu urut dari pangkal ke arah putting lebih kurang 20 kali.
- Lakukan massage disekitar payudara dengan waslap
- Pijat putting susu hingga keluar cairan untuk memastikan bahwa saluran susu tidak tersumbat
- Bersihkan putting susu dan sekitarnya dengan handuk / waslap higga bersih
- Anjurkan ibu melakukan perawatan payudara pada setiap kali akan mandi
- Anjurkan ibu untuk memakai bra yang menopang payudara, jangan menggunakan bra yang menekan payudara

### II. PERAWATAN PUTTING SUSU YANG MENDATAR ATAU MASUK KE DALAM (KELAINAN BENTUK)

- Kompres kedua putting susu dengan kain gass yang telah dibasahi dengan minyak kelapa atau baby oil selama 5 menit, agar kotoran disekitar putting susu mudah terangkat.
- Licinkan kedua tangan khususnya kedua ibu jari dengan minyak kelapa/ baby oil
- Perawat berdiri di depan ibu, letakkan kedua ibu jari pada samping kiri dan kanan putting susu atau diatas areola.
- Lakukan tindakan Hoppman yaitu lakukan tekanan dan hentakan menjauhi putting susu secara serentak ,lakukan dengan perlahan – lahan dengan cara yang sama tempatkan kedua ibu jari diatas dan dibawah puting susu

- kemudian lakukan tekanan dan hentakan menjauhi puting susu
- Lakukan pada payudara yang lain secara bergantian
- Tindakan ini juga dapat menggunakan jari telunjuk
- Kemudian bersihkan dengan handuk / waslap yang sudah dibasahi air. Gunakan handuk atau waslap yang kotor sehingga kotoran terangkat
- Setiap gerakan dilakukan 4 – 5 kali sehari setiap pagi saat puting susu tegang
- Hindari penggunaan alkohol dan sabun yang dapat menyebabkan kulit menjadi kering dan menimbulkan lecet pada puting susu.

### III. Kriteria Hasil :

Cara kerja sistematis dan tanpa bantuan hasil perawatan maksimal , kondisi puting susu elastis dan tidak mengalami kelainan Pasien merasa nyaman Respon pasien positif.

## INSTRUMEN OBSERVASI PERAWATAN PAYUDARA IBU PRENATAL

Nama Mahasiswa : \_\_\_\_\_

Tingkat : \_\_\_\_\_

Hari/tanggal : \_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
1	Menyesuaikan dan mempersiapkan alat		
2	Menjelaskan dan menyampaikan tindakan yang akan dilakukan, mencakup tujuan, hasil tindakan		
3	Melakukan Kompres pada putting susu dengan kapas /gass yang diberi minyak selama 5 menit agar kotoran mudah dibersihkan		
4	Setelah 5 menit angkat kain gass, sambil membersihkan putting susu yaitu dengan gerakan mengitari / memutar		
5	licinkan atau basahi ibu jari dan telunjuk dengan baby oil atau minyak kelapa. Letakkan ibu jari dan telunjuk pada dasa masing – masing (pada areola) kiri dan kanan,lalu dengan hati – hati putarlah putting susu kekiri dan kekanan atau kearah dalam payudara dan lepaskan sambil ditarik keluar.Lakukan berangsur angsur, hingga berjumlah lebih kurang 20 kali.		
6	Pegang pangkal payudara dengan kedua tangan, lalu urut dari pangkal kearah putting lebih kurang 20 kali		
7	Lakukan massase disekitar payudara dengan waslap		
8	Pijat putting susu hingga keluar cairan untuk memastikan bahwa saluran susu tidak tersumbat		
9	Bersihkan putting susu dan sekitarnya dengan handuk / waslap higga bersih		

Tanda Tangan

Pembimbing

Evaluasi Pembimbing ( \_\_\_\_\_ )

---



---



---

## UNIT XIV

### PROSEDUR PEMERIKSAAN DALAM PADA IBU INTRANATAL

1. Cuci tangan dengan bersih dan gunakan sarung tangan sesuai prosedur
2. Posisikan ibu terlentang dengan kedua tungkai terkekuk sedemikian rupa sehingga perineum/vulva terekspose. Ingatlah untuk selalu menutupi tubuh ibu semaksimal mungkin agar privasi tetap terjaga
3. Lakukan vulva higiene sesuai prosedur tetap yang telah ditentukan
4. Nilai keadaan vulva uretra melalui inspeksi, ada tidaknya tanda – tanda radang, varises, radang, tumor, dan kelainan lainnya, labia dipisahkan oleh jari pemeriksa untuk inspeksi lebih jelas
5. Buka labia mayora dengan ibu jari manis tangan kiri, masukkan jari telunjuk dan jari tangan kanan secara perlahan lalu minta ibu menarik nafas dalam saat jari tangan masuk
6. Nilai kapasitas panggul terutama pada ibu primigravida dengan cara mencari promontorium dan jarak antara promontorium dengan batas bawah simfisis, raba linea innominata dengan batas bawah simfisis
7. Nilai mukosa vagina apakah ada jaringan parut dan varises serta kondisi cairan dalam vagina
8. Nilai pembukaan serviks serta penipisan serviks
9. Nilai kondisi selaput ketuban dan air ketuban
  - a. Jika selaput utuh Kode U
  - b. Jika ketuban jernih Kode J
  - c. Jika cairan ketuban berdarah Kode D
  - d. Jika cairan ketuban meconial Kode M
  - e. Jika cairan ketuban kering Kode K
10. Tentukan bagian terendah janin, nilai penurunan janin, serta posisi bagian terendah janin serta nilai adanya molase
  - a. Jika tidak ada molase Kode 0
  - b. Jika kedua sisi hanya bersentuhan Kode 1
  - c. Jika molase masih bisa dipisahkan kode 2
  - d. Jika molase tidak bisa dipisahkan kode 3
11. Nilai apakah ada bagian terkemuka atau menumbung (tali pusat atau tangan bayi)

12. Jika sudah selesai, keluarkan tangan dengan perlahan sambil memberi tahu hasil pemeriksaan pada ibu
13. Cuci tangan dan rendam dalam klorin 0,5%
14. Posisikan ibu dalam posisi yang nyaman

## Pengkajian Kala I

Pengkajian kala I meliputi pertanyaan berikut :

- a. Alasan datang
- b. Kapan taksiran persalinan
- c. Kapan mulai tanda – tanda persalinan
  - Riwayat persalinan
    1. Riwayat tentang selaput ketuban
    2. Kontraksi teratur yg semakin lama semakin sering
    3. Perubahan status emosi
    4. Ada masalah tentang kehamilan
    5. Kapan terakhir makan/minum
    6. Ada alergi terhadap makanan/minuman
    7. Siapa yang mendampingi selama persalinan
  - Pemeriksaan fisik kala I
    1. Tanda –tanda vital
    2. Palpasi leopold I, II, III, IV
    3. Ukuran panggul
    4. Dilatasi serviks
    5. Kontraksi/ his diperiksa selama 10 menit setiap 30 – 60 menit
    6. Sekret : merah muda sampai dengan coklat
    7. Selaput ketuban ada atau tidak
    8. DJJ terdengar jelas di umbilikus
    9. Perilaku, apakah masih terkontrol, optimis atau fatigue
    10. Varises, udem di kaki dan wajah

## Pengkajian Kala II

- Ibu mengeluh dorongan kuat untuk meneran dan merasakan tekanan yang semakin tinggi pada daerah rektum
- Perineum menonjol
- Vulva dan anus membuka
- Kaki ibu gemetar saat meneran
- Ibu mengalami kelelahan
- Kontraksi uterus kuat 4 – 5 kali selama 50 – 70 detik
- Dilatasi serviks 10 cm
- Darah keluar sedikit, pengeluaran lendir dari vagina meningkat
- Peregangan rektum/vagina
- Distensi vesika urinari
- Ketuban (+)/ terjadi ruptur
- Keringat ++
- Frekuensi pernafasn meningkat
- Tekanan darah meningkat 5 10 mmHg
- Janin mengalami bradikardi selama his

### **Pengkajian Kala III**

- Perilaku gembira dan letih
- Tremor kaki menggigil
- Perdarahan per vaginam
- tali pusat memanjang
- uterus berubah bentuk menjadi bulat dan keras
- kehilangan darah (normal : 250 – 300 ml)
- jalan lahir: robek/lecet
- luka episiotomi
- hipotensi pengaruh dari obat/analgetik /anastesi
- nadi lambat

## Pengkajian IV

- nadi
- uterus
- tinggi antara simfisis – umbilikus(12 jam pertama adalah 1 cm di atas pusat)
- lokea : rubra
- perineum : episiotomi, lecet, vulva odema dan lembut
- rektum : hemoroid

### Langkah – langkah prosedur

1. langkah – langkah pertolongan persalinan kala I
  - a. berikan dukungan dan suasana yang menyenangkan bagi ibu dan pendamping
  - b. berikan informasi mengenai jalannya proses persalinan kepada ibu dan pendampingnya
  - c. pengamatan kesejahteraan janin selama persalinan melalui pemeriksaan DJJ dan kemajuan presentasi
  - d. pada kasus persalinan resiko rendah, pada kala I DJJ diperiksa setiap 30 menit dan kala II setiap 15 menit setelah berakhirnya kontraksi uterus
  - e. pada kasus persalinan resiko tinggi, pada kala I DJJ diperiksa dengan frekuensi lebih sering (setiap 15 menit) dan pada kala II setiap 5 menit
  - f. penilaian kontraksi uterus, melalui penilaian kualitas his dan frekuensi secara manual dengan telapak tangan penolong persalinan yang diletakkan di atas abdomen (uterus) selama 10 menit. Nilai berapa kali terjadi kontraksi dan berapa lama setiap kontraksi tersebut
  - g. catat tanda – tanda vital ibu, setiap 4 jam
  - h. bila selaput ketuban sudah pecah dan suhu tubuh sekitar 37, 5 0c, maka pemeriksaan suhu tubuh dilakukan setiap jam
  - i. bila selaput ketuban sudah pecah lebih dari 18 jam, kolaborasi pemberian antibiotik profilaksis dengan dokter
  - j. pemeriksaan dalam diperlukan untuk tujuan berikut :
    - pada kala I : menilai status serviks, station dan posisi bagian terendah janin (hasil sangat bervariasi)
    - umumnya pemeriksaan dalam untuk menilai kemajuan persalinan dilakukan tiap 4 jam (rutin)

- indikasi pemeriksaan dalam di luar waktu rutin di atas adalah untuk tujuan berikut :
  - a. menentukan fase persalinan
  - b. saat ketuban pecah dengan bagian terndah janin msih belum masuk pintu atas panggul
  - c. ibu merasa ingin meneran
  - d. DJJ mendadak emnjadi buruk ( $< 12$  atau  $> 160$  dpm)

k. Makanan oral

- Sebaiknya ibu tidak mengonsumsi makanan atau obat padat melalui oral selama persalinan fase aktif dan kala II, karena pengosongan lambung pada saat ini berlangsung sangat lambat, hal ini beresiko terjadinya aspirasi bila muntah.
- Dianjurkan untuk mengonsumsi makanan cair

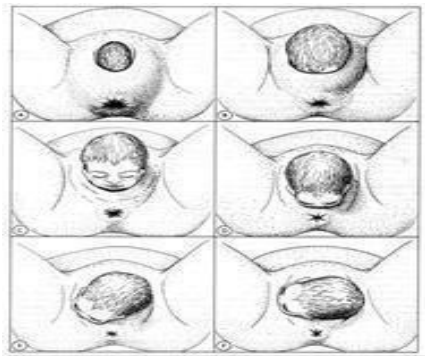
l. Posisi ibu selama persalinan

- Ibu diberikan kebebasan sepenuhnya untuk memilih posisi yang paling nyaman bagi dirinya
- Bila selaput ketuban masih utuh, berjalan dapat menurunkan rasa sakit ibu saat kontraksi berlangsung

m. Melengkapi partograf, partograf bisa mulai diisi bila pembukaan serviks sudah 4 cm

2. Langkah –langkah pertolongan persalinan kala II

- a. Langkah pertama adalah memastikan ibu sudah masuk kala II
- b. Ajak ibu untuk kooperatif karena sangat diperlukan kerjasama yang baik antara ibu dengan penolong persalinan



- c. Persiapan set pertolongan persalinan lengkap.

- 1) Partus set terdiri atas alat – alat berikut :
  - Duk 2 buah
  - Sarung tangan 2 pasang
  - Benang tali pusat/ klip
  - ½ kocher 1 buah
  - Klem tali pusat 2 buah
  - Gunting tali pusat 1 buah
  - Gunting episiotomi 1 buah (jika diperlukan )
  - Kateter (bila diperlukan pada kala III)
  - Kasa dan tampon 5 -6 buah
  - Kapas kering
  - Duk penahan perineum 1 buah
  - Obat emergensi berupa oksitosin dan spuid 2,5 cc
- 2) Hectting set merupakan satu set alat steril yang terisir dari :
  - Nail holder 1 buah
  - Pinset anatomis 1 buah
  - Pinset cirurgis
  - Gunting benang 1 buah
  - Jarum, catgut, cromix, side
  - Tampon vagina 1 buah
  - Mangkuk kecil 1 buah
  - Sarung tangan 1 pasang
- 3) Obat emergensi seperti oksitosin, methergin dan spuid
- 4) Kapas kering steril
- 5) Cairan DTT
- 6) Alat –lat on steril
  - Betadin 10 %, 2 buah baskom keccil berisi cairan klorin
  - Ember untuk alat tenun kotor
  - Bengkok 2 buah

- 7) Piring plasenta
- 8) Alat –alat untuk bayi meliputi :
  - Pengisap lendir
  - Peralatan mandi
  - Pembungkus bayi
  - Obat mata
  - Peneng/penanda identifikasi
  - Pakaian ibu, pembalut dan pakaian dalam
  - Alat pelindung diri (APD) meliputi : tutup kepala, kaca mata, masker, celemek, sepatu bot



Peneng/gelang identitas bayi

- d. Meminta ibu untuk mengosongkan kandung kemih ke kamar mandi bila tidak ada kontraindikasi dan bila teraba kandung kemih di atas simfisis pubis
- e. Penolong persalinan mengenakan peralatan untuk pelindung diri/pengaman diri
- f. Meminta keluarga membantu dan menyiapkan posisi meneran yang nyaman bagi ibu
- g. Mengajarkan kembali cara meneran, bimbing ibu agar dapat meneran dengan benar dan efektif, perbaiki cara meneran bila salah, anjurkan ibu untuk istirahat di antara waktu his
- h. Memasang duk steril di bawah bokong ibu
- i. Lakukan vulva hygiene sebelum periksa dalam dan periksa pembukaan serta kondisi serviks. Bila ketuban belum pecah lakukan pemecahan selaput ketuban pada saat ada his, dengan tangan tetap di dalam lakukan pemeriksaan secara teliti (presentasi, prolaps tali pusat) sambil dijelaskan ke ibu hasil pemeriksaan
- j. Keluarkan tangan secara perlahan sambil memeriksa kondisi cairan ketuban yang keluar

- k. Cuci tangan dengan larutan klorin 0,5% lepaskan sarung tangan dan rendam dalam keadaan terbalik, kemudian cuci tangan dengan benar
- l. Periksa denyut jantung janin saat uterus relaksasi
- m. Menyiapkan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik sekali pakai 2,5 cc ke dalam wadah partus set.
- n. Pimpin ibu untuk menran secara benar
- o. Memasang handuk diatas perut ibu dengan lipatan yang tepat
- p. Letakkan kain steril dengan bentuk segitiga dibawah bokong ibu
- q. Pasang sarung tangan steril dan set pertolongan persalinan sesuai dengan urutan penggunaannya
- r. Ambil duk untuk melapisi tangan kanan meregangkan perineum untuk mencegah ruptur perineum
- s. Saat vulva dan perineum meregang dan saat kepala janin dengan diameter 5-6 cm, dengan dialasi oleh kain basah tangan kanan penolong melakukan dorongan pada perineum dekat dengan dagu janin ke arah depan atas.tangan kiri melakukan tekanan ringan pada daerah oksiput. Manuver ini dilakukan untuk mengatur defleksi kepala agar tidak terjadi cedera berlebihan pada perineum



Menahan Defleksi kepala

- t. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal
- u. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan sesuai kondisi. Jika tali pusat melilit secara longgar lepaskan melalui kepal bayi dan jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara 2 klem tersebut.



#### Melonggarkan lilitan tali pusat

- v. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan dan bersihkan mata, hidung dan mulut dengan kasa steril
- w. Membantu melahirkan bahu

Memegang kepala bayi dengan jari tangan saling merapat secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan perlahan gerakan kepala kearah bawah hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerkan ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang.



#### Melahirkan bahu

- x. Membantu melahirkan badan
 

Geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku atas. Setelah tubuh bayi lahir penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing –masing mata kaki)
- y. Lakukan pemasangan klem pertama di tali pusat dengan jarak 5 – 10 cm dari pangkal umbilikal bayi
- z. Beritahu ibu kondisi bayinya : jenis kelamin, kelengkapan, dan jam berapa lahir
  - a. Melakukan penilaian APGAR menit pertama

- b. Meletakkan bayi diatas handuk yang berada di perut ibu, kemudian bayi dikeringkan mulai dari kepala, dada dengan sedikit tekanan, punggung dan kaki (rangsang taktil), normalnya bayi akan segera menangis dalam waktu 30 detik pertama setelah lahir

**Table I** The APGAR score

SIGN	SCORE 0	SCORE 1	SCORE 2
Heart Rate	Absent	< 100/min	> 100/min
Respiration	Absent	Weak	Good Cry
Muscle Tone	Flaccid	Some Flexion	Well Flexed
Reflexes	No Response	Grimace	Cough/ Sneeze
Colour	Pale/Blue	Blue Extremities	Completely Pink

- c. Lakukan penilaian APGAR menit ke 5
- d. Jika bayi tidak dapat menangis spontan, maka lakukan langkah – langkah berikut:
- Letakkan bayi pada posisi telentang di tempat yang keras dan hangat
  - Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu, sehingga leher bayi ekstensi
  - Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus dengan kasa steril
  - Tepuk telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar
- e. Bila ada indikasi uterus tidak berkontraksi secara baik, maka berikan oksitosin (IM) dengan memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi talipusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
- f. Memotong tali pusat
- Potong tali pusat dengan memperhatikan keamanan bagi bayi, potong tali pusat diantara 2 klem. Pasang klem penjepit tali pusat 4

-5 cm didepan abdomen anak dan jepit tali pusat dengan penjepit plastik

g. Melakukan bonding dan attachment, fasilitasi ibu untuk inisiasi menyusui dini. Bonding dan attachment dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut

- Meletakkan bayi di dada ibu diantara kedua payudara
- Lindungi bayi agar tidak jatuh dan pertahankan suhu tubuh
- Beri kesempatan pada bayi untuk mencari puting susu sendiri

### 3. Langkah – lngkah persalinan kala III

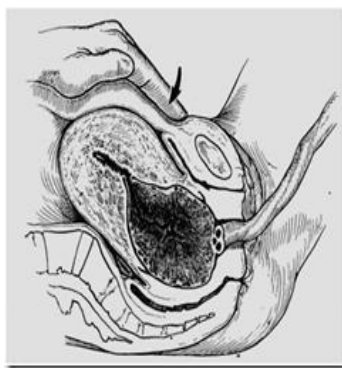
a. Pastikan tanda – tanda lepasnya plasenta sudah ada, biasanya terjadi sekitar 1 – 5 menit setelah bayi lahir

- Uterus menjadi semakin bundar dan menjadi keras
- Pengeluaran darah secara mendadak
- Fundus uteri naik oleh karena plasenta yang lepas berjalan ke bawah ke dalam segmen bawah uterus
- Tali pusat di depan menjadi semakin panjang yang menunjukkan bahwa plasenta sudah turun

b. Memeriksa kandung kemih (bila penuh lakukan kateterisasi)

c. Bila plasenta sudah lepas dan kontraksi uterus baik, minta ibu untuk meneran. Dengan kekuatan tekanan intraabdominal tersebut biasanya sudah cukup untuk melahirkan plasenta

d. Saat kontraksi tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan lainnya mendorong uterus ke arah dorso kranial secara hati – hati . jika plasenta tidak lepas/lahir, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikutnya muncul dan ulangi prosedur tadi (pelepasan plasenta dapat dibantu dengan rangsangan pada puting payudara ibu)



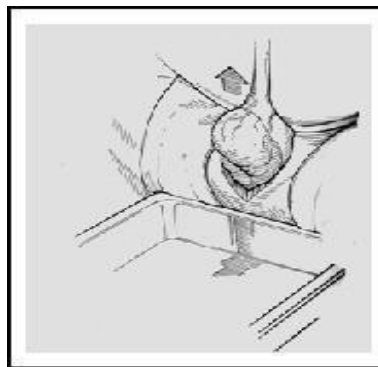
Pelepasan Plasenta



Gerakan Dorsokranial

e. Tehnik untuk melahirkan plasenta

- Tangan kiri penolong melakukan elevasi uterus (seperti tanda panah) dengan tangan kanan mempertahankan posisi tali pusat
- Minta ibu untuk membantu lahirnya plasenta dengan meneran
- Setelah plasenta sampai di perineum, angkat keluar plasenta dengan menarik tali pusat ke atas
- Plasenta dilahirkan dengan memutar searah jarum jam sampai selaput ketuban lepas, maksudnya agar selaput ketuban tidak robek dan lahir secara lengkap (bila ada sisa selaput ketuban dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan pasca persalinan)



- f. Plasenta diletakkan pada wadah yang telah disediakan. Periksa kelengkapan plasenta, selaput plasenta dan kotiledon dengan membersihkan menggunakan kasa. Bila ditemukan tidak lengkap atau jika ada robekan lakukan eksplorasi ke dalam uterus dengan menggunakan sarung tangan yang steril. Ini dilakukan untuk mengeluarkan bagian plasenta yang tertinggal.
- g. Melakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar lembut sehingga uterus berkontraksi dan terasa keras. Rangsangan taktil uterus ini dilakukan untuk merangsang terjadinya kontraksi uterus yang baik. Dalam hal ini sangat penting diperhatikan tinggi fundus uteri dan kekuatan kontraksi uterus

- h. Lakukan pengikatan tali pusat dengan kuat, bisa menggunakan benang atau penjepit tali pusat. Ikat ujung tali pusat sekitar 5 cm dari pusat dengan menggunakan benang lalu simpul kunci/jepitkan. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan lakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci di bagian tali pusat sisi yang berlawanan.
- i. Lepaskan klem penjepit dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5 %
- j. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam cairan klorin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya bilas dengan cairan DTT, kemudian keringkan dengan handuk kecil.
- k. Letakkan bayi yang terbungkus diatas permukaan yang bersih dan hangat
- l. Selimuti bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup.

#### Langkah – langkah persalinan kala IV

- a. Menilai fisiologi kala IV
- b. Melakukan evaluasi kontraksi uterus yaitu dengan emngobservasi kemungkinan adanya perdarahan
- c. Melakukan pemeriksaan serviks, vagina dan perineum terhadap adanya trauma selama persalinan dan lakukan perbaikan
- d. Pemantauan kala IV
  - Pemantauan perdarahan per vaginam
  - Periksa ada tidaknya trauma (laserasi), hemoroid yang keluar dengan memeriksa anus melalui colok dubur (Rectal toucher)
- e. Observasi pengeluaran per vaginam untuk mengetahui apakah jumlah perdarahan yang terjadi normal atau tidak. Batas normal perdarahan adalah 100 – 300 ml .
- f. Langkah – langkah pembersihan
  - Bersihkan area persalinan dengan menggunakan cairan klorin 0,5% dan mengganti pengalas tempat tidur ibu dengan yang kering dan bersih
  - Membersihkan seluruh bagian tubuh yang terkena cairan selama proses persalinan, memakaikan pakaian dalam yang bersih serta pembalut dan mengganti pakaian ibu dengan pakaian yang kering dan bersih.
- g. Pemenuhan kebutuhan dasar ibu dengan memberikan makan dan inum
- h. Fasilitasi proses bonding - attachment (ibu menyusui bayi secara dini)

- i. Melakukan observasi kontraksi dengan melibatkan ibu dan keluarga.
- j. Mengobservasi tanda – tanda vital.
- k. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang bahaya dalam kala IV serta memonitor kemungkinan adanya tanda – tanda bahaya dalam kala IV seperti :
  - Perdarahan aktif dengan bekuan darah banyak
  - Pusing
  - Perubahan tanda – tanda vital
  - Lemas luar biasa
  - Kesulitan dalam menyusui
- l. Melakukan dekontaminasi semua instrumen dan alat tenun yang digunakan
- m. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% dan tempatkan bahan – bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- n. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara berikut :
  - Keringkan bayi secara seksama
  - Selimuti bayi dengan selimut/kain bersih, kering dan hangat
  - Tutup bagian kepala bayi
  - Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
  - Lakukan penimbangan setelah bayi mengenakan pakaian
  - Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat
- o. Berikan obat profilaksis pada bayi ; obat tetes mata /salep mata diberikan 1 jam pertama bayi lahir,yaitu eritromisin 0,5%/tetrasiklin 1 % atau bisa juga larutan perak nitrat/neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir. Selain itu, berikan juga vitamin K sebanyak 1 cc melalui intramuskular.
- p. Cuci tangan dengan sabun dengan air mengalir
- q. Dokumentasikan semua data selama proses persalinan dalam partograf dan dokumen lainnya.

## INSTRUMEN OBSERVASI PERTOLONGAN PERSALINAN

Nama mahasiswa :

Tingkat :

Hari/tanggal :

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
Kala I			
1	Memastikan ibu sudah masuk fase intranatal		
2	Memastikan kelengkapan alat		
3	Menjelaskan dan menyampaikan tindakan yang akan dilakukan		
4	Mengukur tanda vital ibu		
5	Melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh (head to toe)		
6	Melakukan pemeriksaan leopold I, II, III, IV		
7	Mengukur fundus uteri		
8	Melakukan vulva higiene		
9	Melakukan periksa dalam dengan menggunakan sarung tangan		
10	Melakukan pemeriksaan his/kontraksi		
11	Melakukan pengelolaan nyeri persalinan		
12	Membuat catatan hasil observasi kemajuan persalinan di lembar partograf		
13	Melakukan manajemen nyeri persalinan dan melibatkan suami untuk mensupport ibu		
Kala II			
14	Mendengarkan dan melihat adanya tanda persalinan kala II		
15	Menjelaskan kondisi ibu, tindakan dan tujuan serta hasil tindakan kepada ibu dan keluarga		
16	Mengajarkan kembali cara meneran		
17	Menyiapkan alat pertolongan persalinan		

18	Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah		
19	Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah		
20	Mencelupkan tangan kanan yang telah menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%		
21	Memeriksa DJJ setelah kontraksi uterus selesai		
22	Mengatur posisi melahirkan yg nyaman bagi ibu dan sesuai dengan keinginan ibu		
23	Memasang handuk di atas perut ibu		
24	Membantu melahirkan kepala		
25	Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan		
26	Membersihkan mulut, hidung, dan mata bayi dengan kasa steril		
27	Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat		
28	Membantu melahirkan bahu		
29	Membantu melahirkan bagian tubuh yang lain (punggung, bokong dan bagian tubuh bayi yang lain)		
30	Setelah bayi lahir, melakukan penilaian APGAR Score		
31	Meletakkan bayi diatas handuk yang berada diatas perut ibu		
32	Mengeringkan bayi		
33	Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus		
34	Jepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari umbilikal bayi. Klem kedua dengan jarak 3 – 4 cm dari klem pertama		
35	Melakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem		
36	Mengikat tali pusat dengan benang DTT		
37	Melakukan inisiasi menyusui dini dengan meletakkan bayi tengkurap di dada ibu		
40	Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat		
Kala III			

41	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva		
42	Memeriksa tinggi fundus uteri, kontraksi dan kandung kemih		
43	Lakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT)		
44	Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan untuk emalhirkan dengan hati - hati		
45	Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase pada fundus uteri		
46	Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta		
Kala IV			
47	Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum		
48	Memastikan uterus berkontraksi dengan baik		
49	Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam		
50	Lakukan penimbangan/pengukuran bayi, obat tetes mata antibiotik profilaksis dan pemberian vitamin K		
51	Lanjutkan pemantauan kontraksi		
52	Ajarkan ibu cara melakukan masase uterus		
53	Evaluasi jumlah kehilangan darah		
54	Memeriksa keadaan umum bayi		
55	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%		
56	Buang bahan – bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai		
57	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT		
58	Memastikan ibu merasa nyaman		
59	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%		
60	Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%		
61	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir		
62	Mencatat proses pertolongan persalinan dan melengkapi partograf		

Tanda tangan pembimbing

( )

Evaluasi pembimbing

---

---

---

## UNIT XV

### PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR

Alat yang dibutuhkan

- Meteran
- Alat ukur bayi
- Termometer
- Pen light
- Timbangan bayi

Langkah – langkah prosedur

1. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan meliputi tujuan dan hasil tindakan pada ibu
2. Kaji keadaan umum bayi dengan melihat catat bawaan yang jelas tampak
3. Lakukan pemeriksaan pada kulit, termasuk warna bibir. Warna bibir yang sangat gelap saat penutupan glotis yang mendahului tangisan kuat merupakan kondisi sianosis yang tidak berbahaya
4. Melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan bayi (normal : 45 – 53 cm)
5. Pemeriksaan tanda vital bayi (suhu normal : 36,5 – 37, 2 0C di ketiak, nadi 120 – 160 x/I, pernafasan 40 – 60 x/i)
6. Pemeriksaan kepala, meliputi besar, bentuk, molding, sutura tertutup/melebar, kaput suksadenum, hematoma, lakukan juga pengukuran lingkar kepala
7. Pemeriksaan telinga : perhatikan adanya kelainan daun atau bentuk telinga
8. Pemeriksaan mata : perhatikan adanya perdarahan subkonjungiva, mata yang menonjol, katarak, dll.
9. Pemeriksaan mulut untuk menilai adanya labioskisis, dll
10. Pemeriksaan leher : perhatikan adanya hematoma, duktus tiroglosus
11. Pemeriksaan bagian dada : ukur lingkar dada, lihat bentuk dada, pembesaran buah dada, pernafasan retraksi interkostal, pernafasan cuping hidung dan dengarkan bunyi paru (auskultasi)
12. Pemeriksaan jantung : perhatikan pulsasi, frekuensi, bunyi jantung dan adanya kelainan jantung

13. Pemeriksaan abdomen : ukur lingkar perut, lihat apakah perut membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor, asites)
14. Pemeriksaan alat kelamin : catat adanya tanda – tanda hematoma karena letak sungsang, testis belum turun, fimosis, adanya perdarahan/lendir dari vagina, besar dan bentuk klitoris serta labia mminorora dan juga atresia ani
15. Pemeriksaan tulang punggung : perhatikan spina bifida
16. Pemeriksaan anggota gerak : catat adanya fokomeria, sindaktili, polidaktili
17. Catat adanya keadaan neuromuskular yang meliputi refleks morro, refleks genggam, refleks rooting, tonus otot, tremor dan sebagainya.
18. Pemeriksaan lainnya, seperti mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani/obstruksi usus. Urin harus ada juga pada 24 jam. bila tidak ada harus diperhatikan kemungkinan obstruksi saluran kemih
19. Catat semua data yang didapat dengan tepat dan benar
20. Cuci tangan dengan benar



Refleks moro



Refleks genggam



Refleks Babinski



Refleks rooting



Refleks tonic neck



Refleks stepping

## INSTRUMEN OBSERVASI PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR

Nama mahasiswa : \_\_\_\_\_

Tingkat : \_\_\_\_\_

Hari/tanggal : \_\_\_\_\_

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
1	Menjelaskan dan menyampaikan tindakan yang akan dilakukan,tujuan dan hasil tindakan		
2	Mempersiapkan alat sesuai kebutuhan		
3	Mencuci tangan dengan benar		
4	Melakukan inspeksi keadaan umum		
5	Memeriksa kulit bayi yang meliputi warna, turgor dan lanugo		
6	Melakukan penimbangan BB dan mengukur TB		
7	Mengukur tanda vital		
8	Memeriksa kepala		
9	Mengukur lingkar kepala		
10	Memeriksa telinga		
11	Memeriksa mata		
12	Memeriksa mulut , terutama area mulut dan langit – langit		
13	Rangsang refleks hisap		
14	Memeriksa dada		
15	Memeriksa jantung		
16	Memeriksa bahu, lengan dan tangan. Perhatikan gerakan dan jumlah jari		
17	Memeriksa abdomen		
18	Memeriksa alat genitali anak		
19	Memeriksa ekstremitas atas dan bawah, perhatikan gerakan ekstremitas, bentuk, serta hitung jumlah jari		

20	Memeriksa tulang punggung		
21	Memeriksa keadaan neuromuskular meliputi : refleks morro, refleks genggam, refleksrooting, refleks tonik leher, refleks babinski. Tonus otot dan tremor		
22	Pemeriksaan mekonium dan urin		
23	Merapikan kembali pakaian bayi		
24	Mencuci tangan		
25	Mencatat hasil pemeriksaan dengan singkat dan benar		

Tanda Tangan pembimbing

( )

Evaluasi

---



---



---

## UNIT XVI

### MEMANDIKAN DAN MERAWAT TALI PUSAT

Persiapan alat :

- Set baju bayi tersiri dari bedong, popok, diapers, baju, sarung tangan dan sarung kaki
- Handuk
- Waslap 1 buah
- Bak mandi
- Sabun bayi
- Sampo
- Sisir
- Kapas kering
- Cairan DTT
- Kapas mata
- Perlengkapan bayi : baby oil, minyak telon, lotion, bedak
- Alat pelindung diri (celemek)
- Alat –alat untuk pengendalian infeksi (PI) seperti cairan DTT 2 baskom, tempat sampah medis dan non medis

Langkah prosedur

1. Kaji temperatur tubuh bayi serta tanda dan gejala adanya distress pernafasan
2. Menyiapkan alat sesuai dengan kebutuhan
3. Menjelaskan dan menyampaikan tindakan yang akan dilakukan, tujuan dan hasil tindakan pada ibu bayi
4. Memberikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan
5. Pastikan bayi dalam posisi nyaman dan aman
6. Periksa kembali temperatur air mandi dengan termometer air (suhu  $37 - 38^{\circ}$  C/hangat kuku) atau tes dengan meneteskan air diatas punggung tangan
7. Melakuakn persiapan perawat dengan memakai celemek dan cuci tangan
8. Menyiapkan perlengkapan alat sesuai dengan urutan penggunaannya

- Letakkan handuk untuk mengeringkan tubuh bayi setelah dibersihkan dengan air bersih
  - Lipat kain bedong atau selimut bayi, buat segitiga, pakaian bayi dan popok dibentangkan diatas selimut
9. Meletak
  10. Meletakkan bayi di atas kain bersih
  11. Usap mata bayi dari arah kantung dalam ke kantung luar, gunakan ujung waslap bersih pada bagian berbeda untuk tiap mata
  12. Bersihkan wajah dengan lembut, gunakan air biasa/tanpa menggunakan sabun
  13. Membersihkan telinga bayi dengan cotton bud, diputar searah. Bersihkan mata, mulut, hidung dan telinga bagian luar menggunakan ujung waslap yang basah dengan lembut
  14. Membersihkan verniks kaseosa dengan kapas yang diolesi minyak atau baby oil kemudian dengan waslap lembab
  15. Membersihkan rambut
    - a. Pegang bayi dengan aman, basahi rambut dengan air secara lembut menggunakan waslap
    - b. Usapkan sampo bayi dengan menggunakan waslap
  16. Membersihkan tubuh dan ekstremitas
    - a. Bersihkan leher, dada, lengan dan punggung dengan cara yang sama
    - b. Bersihkan tubuh dengan sabun dan air
  17. Mengangkat bayi dengan hati – hati untuk dibersihkan di dalam bak yang berisi air hangat. Dengan ibu jari dan empat jari tangan yang lain dari tangan kiri perawat dibawah leher hingga memegang ketiak bayi



18. Mengelap seluruh badan bayi sewaktu dalam air
19. Balikkan badan bayi dan bersihkan punggung serta lipatan – lipatan
20. Angkat bayi dari bak mandi dan letakkan di atas handuk yang kering dan keringkan badan bayi dan selimutkan handuk pada tubuh bayi

21. Lakukan perawatan tali pusat, buka kasa pembungkus tali pusat, bungkus tali pusat kembali dengan kain kasa steril yang baru.
22. Membersihkan labia mayora dengan kapas basah dari arah depan ke belakang(pada bayi perempuan sering ditemukan skret yang putih kental di labia minora, hal ini normal jadi dibersihkan saja dengan kapas basah.bagi bayi laki – laki : tarik kulup dengan lembut dan sejauh –jauhnya bersihkan ujung galnds dengan gerakan memutar dan kembalikan kulup dengan segera dibersihkan
23. Bersihkan dan keringkan daerah perineal jangan gunakan bedak tabur pada area ini
24. Gunakan pakaian bayi yang tepat, sesuai dengan kondisi lingkungan
25. Angkat bayi dan letakkan diatas kain selimut atau bedong, setelah itu pakaikan baju serta
26. Dopok kemudian seluruh tubuh ditutup dengan selimut kecuali muka (sesuaikan dengan suhu lingkungan perlu atau tidak menggunakan bedong)
27. Letakkan bayi di tempat yang aman kemudian rapikan alat –alat
28. Cuci tangan dengan benar

**INSTRUMEN OBSERVASI PERAWATAN BAYI BARU LAHIR (MEMANDIKAN  
DAN MERAWAT TALI PUSAT)**

Nama mahasiswa :

Tingkat :

Hari/tanggal :

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
Memandikan bayi			
1	Mempersiapkan alat sesuai kebutuhan		
2	Menjelaskan dan menyampaikan tindakan yang dilakukan termasuk tujuan pada ibu bayi		
3	Mencuci tangan dengan benar		
4	Melakukan persiapan perawat yang meliputi memakai celemek		
5	Menyiapkan perlengkapan persiapan alat memandikan bayi		
6	Membersihkan telinga, mata dan hidung		
7	Mengelap kepala dengan waslap basah		
8	Membersihkan kepala bayi dengan menggunakan sampo		
9	Mengelap seluruh badan bayi dengan waslap yang diberi sabun		
10	Mengangkat bayi dengan hati – hati untuk dibersihkan di dalam bak yang berisi air hangat		
11	Mengeringkan bayi dengan handuk kering		
12	Membuka kasa pembungkus tali pusat		
13	Membersihkan tali pusat dengan kasa steril		
14	Membungkus tali pusat dengan kasa steril		
15	Membersihkan labia mayora/lipatan – lipatan dengan kapas basah		
16	Memakaikan pakaian bayi		
17	Bungkus bayi dengan selimut bayi (bila perlu)		
18	Merapikan alat		



## UNIT XVII

### PEMERIKSAAN FISIK IBU POSTPARTUM DENGAN PERSALINAN NORMAL

#### Pengkajian

Pemeriksaan fisik pada ibu postpartum dilakukan untuk mendapatkan data terkait adaptasi fisiologis ibu dan perubahan – perubahan yang terjadi selama periode postpartum.

Pemeriksaan fisik selama kala IV (1 – 2 jam postpartum) meliputi pengkajian stabilitas fisik ibu. Pengkajian awal meliputi :

1. Tanda vital, kesadaran
2. Warna kulit dan konjungtiva
3. Payudara dan pengeluaran kolostrum
4. Lokasi dan kontur fundus uteri
5. Jumlah dan warna lokea
6. Perineum (tanda redness, echimosis, edema, discharge, approximation - REEDA)
7. Keluhan dan lokasi nyeri
8. Terapi IV
9. Urine output
10. Insisi abdomen bila ada
11. Tingkat kelelahan, kemampuan pergerakan ekstremitas, tanda homan, pergerakan lutut pada ibu pasca – anastesi

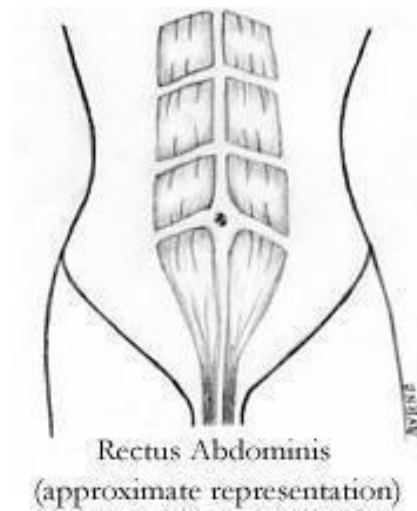
Alat – alat yang diperlukan :

- Timbangan badan
- Tensi meter
- Stetoscope
- Termometer
- Jam dengan second
- Tisu dalam tempatnya
- Bengkok kosong
- Pen light
- Meteran pita

- Hummer
- Sarung tangan
- Kapas kering
- Air hangat di tempatnya
- Alat – alt untuk PI seperti cairan DTT 2 baskom, waslap dan tempat sampah medis dan non medis

#### Prosedur tindakan

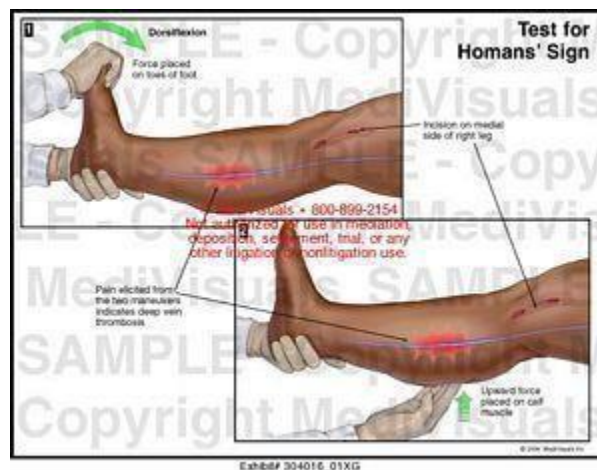
1. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, tujuan dan hasil tindakan
2. Melakukan penimbangan berat badan ibu postpartum, terjadi penurunan berat kira – kira 5-7 kg
3. Melakukan pengukuran tanda vital ibu post partum
4. Melakukan pemeriksaan di bagian kulit kepala dan rambut ibu postpartum
5. Melakukan pemeriksaan pada wajah ibu post partum (lihat kemungkinan adanya edema pada kelopak mata, muka sembab yang merupakan lanjutan dari adanya komplikasi kehamilan dan kemungkinan adanya pecah pembuluh darah di muka akibat salah dalam meneran saat kala II)
6. Melakukan pemeriksaan mata ibu postpartum dengan melakukan inspeksi konjungtiva dan sklera (bila terjadi perdarahan selama persalinan, maka konjungtiva akan anemis dan bercak perdarahan di sklera. Ini terjadi karena mekanisme meneran yang salah selama kala II)
7. Melakukan pemeriksaan hidung ibu postpartum
8. Melakukan pemeriksaan telinga ibu postpartum
9. Melakukan pemeriksaan rongga mulut dan gigi ibu postpartum
10. Melakukan pemeriksaan leher ibu post partum
11. Melakukan pemeriksaan bunyi jantung ibu postpartum
12. Melakukan pemeriksaan bunyi paru ibu postpartum
13. Melakukan pemeriksaan ketiak ibu postpartum
14. Melakukan pemeriksaan payudara kiri dan kanan ibu postpartum
15. Melakukan pemeriksaan abdomen ibu postpartum
16. Pemeriksaan diastasis rektus abdominis



17. Melakukan pemeriksaan ekstremitas bawah ibu postpartum, kaji terhadap adanya odema dan varises, apakah betis lemah dan panas, tanda homan dan refleks patela



18. Melakukan pemeriksaan homan sign



19. Melakukan pemeriksaan refleks patela/biceps pada ibu postpartum

20. Pasang pengalas di bawah bokong dan dekatkan bengkok

21. Pasang sarung tangan, lakukan vulva higiene dengan benar

22. Melakukan pemeriksaan genitalia, kaji adanya :
  - a. Varises vulva
  - b. Perdarahan : karakteristik lokea, keluaran normal atau tidak
  - c. Laserasi serviks, introitus vagina, perineum dan vulva
  - d. Observasi keluaran vagina (karakteristik lokea yang meliputi warna, bau dan konsistensi). Perineum : odema, inflamasi, hematoma, pus, luka bekas episiotomi/robekan, jahitan, memar, hemoroid dan perhatikan adanya tanda – tanda REEDA pada ibu postpartum
23. Merapikan alat
24. Cuci tangan dengan benar
25. Lakukan dokumentasi keperawatan

## INSTRUMEN OBSERVASI PEMERIKSAAN FISIK IBU POSTPARTUM

Nama mahasiswa :

Tingkat :

Hari/tanggal :

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
1	Menyiapkan alat		
2	Menjelaskan dan menyampaikan tindakan yang akan dilakukan, tujuan dan hasil tindakan		
3	Melakukan penimbangan berat badan		
4	Mengukur tanda vital		
5	Memeriksa dasar kulit kepala dan rambut ibu		
6	Memeriksa keadaan muka ibu		
7	Memeriksa mata dan konjungtiva ibu		
8	Memeriksa lubang hidung ibu menggunakan pen light		
9	Memeriksa liang telinga ibu menggunakan pen light		
10	Memeriksa keadaan rongga mulut dan gigi ibu		
11	Meraba kelenjar getah bening pada leher ibu		
12	Mendengarkan bunyi paru ibu menggunakan stetoscope		
13	Memperhatikan dan meraba bentuk payudara		
14	Mengobservasi pengeluaran ASI dengan menekan areola mammae sambil memegang puting mammae dengan jari telunjuk dan ibu jari		
15	Meraba daerah aksila kiri dan kanan		
16	Memeriksa abdomen ibu		
17	Mengukur tinggi fundus uteri, kontaksi uteri dan posisi uterus serta memeriksa diastasis rektus abdominis		
18	Memeriksa ekstremitas bawah terhadap adanya varises, serta melakukan pemeriksaan homan sign		

19	Palpasi kedua ekstremitas untuk melihat adanya odema		
20	Melakukan pemeriksaan refleks patela		
21	Melakukan pemeriksaan terhadap vulva ibu (kaji kondisi episiotomi, dan catat adanya tanda REEDA, perhatikan pengeluaran lokea : warna, jumlah dan bau		
22	Menerapkan komunikasi terapeutik selama melakukan pemeriksaan		
23	Memperhatikan respon ibu selama pemeriksaan		
24	Mencatat hasil pemeriksaan fisik ibu		

Tanda Tangan pembimbing

( )

Evaluasi Pembimbing

---



---



---

## UNIT XVIII

### PERAWATAN PAYUDARA IBU POSTPARTUM

Sebelum melakukan perawatan payudara pada ibu postpartum, pastikan anda telah melakukan prosedur tetap seperti pengenalan diri kepada keluarga, penyampaian tujuan prosedur dan kontrak untuk persetujuan ibu terhadap prosedur yang akan dilakuakn. Setelah itu persiapkanlah alat dan bahan secara lengkap dan sistematis yang meliputi :

1. Handuk 2 buah
2. Waslap 2 buah
3. Sarung tangan
4. Baskom 2 buah yang berisi air hangat dan dingin
5. Termos air panas
6. Kapas dan minyak kelapa di tempatnya
7. Alat pengendali infeksi yang terdiri atas
  - a. Kom berisi cairan DTT
  - b. Tempat sampah medis dan non medis
  - c. Alat pelindung diri terdiri dari sarung tangan, masker, celemek

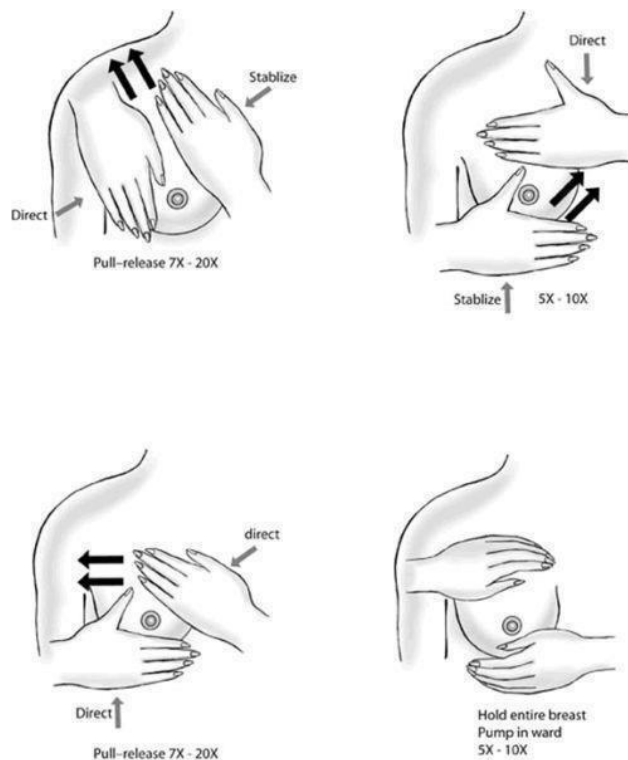
#### Langkah Prosedur

1. Menyiapkan alat yang sesuai dengan kebutuhan
2. Menjelaskan pada ibu dan keluarga terkait tindakan yang akan dilakukan, tujuan tindakan, serta hasil tindakan
3. Melakukan persiapan perawat seperti mencuci tangan
4. Membuka pakaian atas ibu dan memasang handuk di atas punggung ibu
5. Bila payudara ibu bengkak dan sakit sebaiknya lakukan terlebih dahulu tehnik untuk mengurangi rasa sakit dengan kompres hangat dan dingin pada payudara ibu selama 15 menit



6. Memberikan posisi membungkuk pada ibu dengan menggunakan bantal sebagai penyangga kepala
7. Menutup tubuh bagian depan dengan handuk dan meletakkan handuk yang lainnya di pangkuan ibu
8. Licinkan kedua tangan dengan minyak
9. Melakukan pemijatan punggung dengan menggunakan kedua ibu jari (diolesi minyak) di sisi tulang belakang mulai dari garis sejajar puting ke arah atas sampai dengan leher ibu selama 20 – 30 kali atau 10 – 15 menit
10. Gerakan tersebut diulang dengan arah dari garis tengah punggung ke arah bawah/tulang koksigsis sebanyak 20 – 30 kali atau selama 10 – 15 menit
11. Posisikan ibu duduk tegak dan pindahkan handuk untuk menutupi punggung ibu
12. Perawat berada di belakang ibu lalu lakukan pengurutan payudara yaitu dengan satu tangan menyangga payudara lakukan sebanyak 20 – 30 kali atau selama 10 – 15 menit
13. Lakukan pengurutan payudara sebagai berikut :

Melakukan pemijatan ringan searah jarum jam pada payudara yang mengalami bendungan dengan gerakan melingkar. Caranya dengan menggunakan salah satu tangan untuk menyangga payudara, sedangkan tangan yang lain (jari tengah dan telunjuk) untuk memijat, setelah sebelumnya jari –jari tersebut diolesi minyak.



14. Melakukan kompres payudara dengan air hangat dan dingin pada kedua payudara secara bergantian, masing – masing selama 10 – 15 menit
15. Merangsang pengeluaran puting secara manual, terutama pada puting yang tidak menonjol atau menggunakan alat pompa puting sederhana (dengan menggunakan jarum suntik 10 cc)
16. Membersihkan payudara dengan waslap
17. Mengeluarkan ASI secara manual dan diolesi ke seluruh areola dan puting
18. Mencuci tangan dengan benar
19. Merapikan alat
20. Mencatat tindakan dan respon ibu

## INSTRUMEN OBSERVASI PERAWATAN PAYUDARA POSTPARTUM

Nama mahasiswa :

Tingkat :

Hari/tanggal :

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
1	Mempersiapkan alat sesuai kebutuhan		
2	Menjelaskan dan menyampaikan tindakan yang akan dilakukan, tujuan, dan hasil tindakan pada ibu dan keluarga		
3	Melakukan persiapan diri seperti mencuci tangan		
4	Membuka pakaian atas ibu dan memasang handuk di atas punggung ibu		
5	Melakukan pijatan punggung ibu dengan cara seperti berikut : a. Memosisikan ibu dalam posisi membungkuk b. Melakukan pijatan dengan kedua ibu jari pada daerah punggung, sejajar dengan tulang belakang c. Pijatan pertama ke arah atas sampai leher d. Pijatan berikutnya ke arah bawah sampai tulang koksigis e. Masing – masing 20 – 30 kali		
6	Melakukan pijatan ringan pada payudara yang mengalami bendungan		
7	Melakukan kompres payudara dengan air hangat dan dingin secara bergantian pada kedua payudara		
8	Merangsang pengeluaran puting susu secara manual pada puting yang tidak menonjol		
9	Membersihkan payudara dengan waslap		
10	Mencuci tangan dengan benar		
11	Merapikan alat		
12	Mencatat tindakan dan hasil tindakan yang telah dilakukan		



## UNIT XIX

### PERAWATAN VULVA DAN PERINEUM

Memberikan lapangan bersih pada daerah vulva dan perineum ibu setelah melahirkan.

Tujuan :

1. Menghilangkan sekresi dan bau perineum normal
2. Mencegah infeksi jalan lahir
3. Meningkatkan rasa nyaman ibu setelah bersalin

Persiapan alat dan bahan :

1. Kom tertutup berisi savlon 1 % steril
2. 1 pasang sarung tangan steril
3. Korentang dalam tempatnya
4. 1 bengkok
5. Bak instrument steril ,isi pinset anatomis , chirurgis , gunting runcing / gunting jaringan dan kain gass steril
6. Duk / camelux
7. Air untuk cebok (sebaiknya air hangat)dalam tempatnya
8. Pispot / pasu najis
9. Kapas desinfektan / sublimat dalam tempatnya
10. Plastik tempat sampah
11. Perlak dan pengalasnya
12. Schern/ sampiran Persiapan Ibu
  1. Identifikasi pasien
  2. Berikan penjelasan kepada ibu seperlunya
  3. Jaga privacy ibu (tutup pintu,tirai dan buka seperlunya)
  4. Kosongkan kandung kemih ( jika memungkinkan ibu boleh BAK di kamar mandi atau dipasu najis dan gunakan kateter hanya jika perlu)
  5. Bantu ibu dalam posisi dorsal recumbent

Persiapan perawat :

1. Cuci tangan aseptik

2. Perawat memperkenalkan diri
3. Sensitif terhadap rasa malu yang dirasakan ibu
4. Gunaka masker

Prosedur Tindakan :

1. Pasang sampiran, dekatkan alat yang sudah disiapkan
2. Cuci tangan (sabun,sikat,cuci dan keringkan)
3. Buka pakaian bawah ibu, pasang alas bokong, atur posisi ibu.
4. Buka gurita (jika ibu memakai gurita) pasang pispot di bawah bokong dan tempatkan bengkok pada ujung kaki ibu.Tanyakan pada ibu apakah sudah merasa nyaman dengan posisinya.
5. Ambil duk yang sudah terpasang dengan plastic; masukkan tangan ke dalam plastic, ambil duks.Perhatikan jumlah dan kondisi lochea, lalu buang ke tempat sampah.
6. Cuci tangan kembali, keringkan.
7. Buka area vulva (minta ibu agar meregangkan paha) ambil botol cebok dengan tangan kanan,siramkan pada vulva dan perineum.
8. Pasang sarung tangan,jaga tangan kanan tetap steril (jika prosedur dilakukan tanpa menggunakan pinset)
9. Anjurkan ibu menarik nafas dalam agar relaks dan menjaga agar bokong tidak diangkat-angkat.
10. Massage fundus, usahakan cytosel keluar.Buka vulva dengan tangan kiri, alasi dengan kassa supaya sarung tangan tidak mengenai lochea.Ambil kasa sublimat , bersihkan vulva dan perineum dari arah atas ke bawah, lalu buang ke bengkok.Jangan lakukan gerakan berulang –ulang dengan satu kapas.Lakukan pada bagian dalam dulu , lalu bagian luar sampai semuanya bersih.Gunakan kapas sublimat untuk sekali pakai.
11. Setelah bersih lakukan pengeringan area vulva dan perineum dengan menggunakan kain gass atau kapas peras kering.
12. Ambil pispot.
13. Buka sarung tangan , letakkan pada bengkok ,kemudian ambil duk / camelux.Pakaikan dari arah atas, kemudian kenakan pakaian dalam , minta bantu an ibu jika ibu sanggup.
14. Ukur tinggi fundus uteri , kenakan gurita kembali jika perlu.

15. Jika ada luka jahitan, bersihkan area luka dengan kapas sublimat , lalu keringkan dengan kain gaas, kemudian tutup dengan kain gaas steril. Bila benang pada luka jahitan perlu diangkat , ambil pinset chirurgis dengan tangan kiri , gunting jahitan dengan tangan kanan, tarik simpul jahitan dan gunting kemudian buang ke dalam bengkok. Bersihkan kembali dengan kapas sublimat dan keringkan. Ibu dirapatkan seperti cara yang tersebut di atas.
16. Setelah selesai tanyakan ibu apakah sudah merasa nyaman, rapikan posisi ibu seperti semula, bereskan semua alat-alat, kemudian perawat mencuci tangan.
17. Lakukan pencatatan pada status pasien seperti: kondisi lochea, TFU, kontraksi, dan keadaan perineum

Kriteria Hasil:

- Ibu merasa nyaman
- Kondisi ibu bersih dan tidak berbau
- Tidak terjadi infeksi yang ditunjukkan oleh adanya tanda-tanda infeksi
- Luka jahitan sembuh dengan baik

## INSTRUMEN OBSERVASI PERAWATAN VULVA DAN PERINEUM

Nama mahasiswa :

Tingkat :

Hari/tanggal :

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
1	Mempersiapkan alat sesuai kebutuhan		
2	Menjelaskan dan menyampaikan tindakan yang akan dilakukan DAN tujuan		
3	Melakukan persiapan diri seperti mencuci tangan		
4	Membuka pakaian bawah ibu, pasang alas bokong, atur posisi ibu.		
5	Membuka gurita (jika ibu memakai gurita) pasang pispot di bawah bokong dan tempatkan bengkok pada ujung kaki ibu. Tanyakan pada ibu apakah sudah merasa nyaman dengan posisinya.		
6	Ambil duk yang sudah terpasang dengan plastic; masukkan tangan ke dalam plastic, ambil duks.Perhatikan jumlah dan kondisi lochea, lalu buang ke tempat sampah.		
7	Mencuci tangan kembali		
8	Membuka area vulva (minta ibu agar meregangkan paha) ambil botol cebok dengan tangan kanan,siramkan pada vulva dan perineum.		
9	Memasang sarung tangan,jaga tangan kanan tetap steril (jika prosedur dilakukan tanpa menggunakan pinset)		
10	Mengajarkan ibu menarik nafas dalam agar relaks dan menjaga agar bokong tidak diangkat – angkat.		
11	Massage fundus, usahakan cytosel keluar.Buka vulva dengan tangan kiri, alasi dengan kassa supaya sarung tangan tidak mengenai lochea.Ambil kasa sublimat , bersihkan vulva dan perineum dari arah atas ke bawah, lalu buang ke bengkok.Jangan lakukan gerakan berulang –ulang dengan satu kapas.Lakukan pada bagian dalam dulu, lalu bagian luar sampai semuanya bersih.Gunakan kapas sublimat untuk sekali pakai.		
12	Lakukan pengeringan area vulva dan perineum dengan menggunakan kain gass atau kapas peras kering.		
13	Ambil pispot		

14	Buka sarung tangan, letakkan pada bengkok, kemudian ambil duk / camelux. Pakaikan dari arah atas, kemudian kenakan pakaian dalam, minta bantuan ibu jika ibu sanggup		
15	Ukur tinggi fundus uteri, kenakan gurita kembali jika perlu		
16	Tanyakan ibu apakah sudah merasa nyaman, rapikan posisi ibu seperti semula, bereskan semua alat-alat, kemudian perawat mencuci tangan		
17	Lakukan pencatatan pada status pasien seperti: kondisi lochea, TFU, kontraksi, dan keadaan perineum		

Tanda Tangan Pembimbing

( )

Evaluasi pembimbing

---



---



---



# **Kemenkes Poltekkes Surabaya**

**Kampus Keperawatan Sidoarjo  
Jl. Pahlawan No. 173A  
Sidoarjo**