

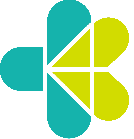
MODUL PRAKTIKUM

**KEPERAWATAN MATERNITAS**

**Oleh Tim Keperawatan Maternitas**

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG





MODUL PRAKTIKUM

KEPERAWATAN MATERNITAS

DISUSUN OLEH

Fitriana Kurniasari Solikhah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Sumirah Budi Pertami, S.Kp., M.Kep.

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI **D-III** KEPERAWATAN MALANG TAHUN 2018



**VISI DAN MISI**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN**

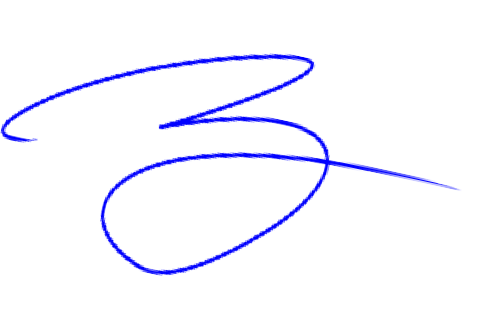
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

# Visi:

**“Menjadi Program Studi Diploma III Keperawatan yang Berkarakter dan Unggul Terutama di Bidang Keperawatan Komunitas pada Tahun 2019”**

**Misi:**

1. Menyelenggarakan program pendidikan tinggi vokasi bidang keperawatan dengan keunggulan keperawatan komunitas sesuai Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia, berdasarkan Pancasila, didukung teknologi informasi, dan sistem penjaminan mutu
2. Melaksanakan penelitian terapan dibidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berbasis hasil penelitian terapan di bidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
4. Meningkatan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang pendidikan keperawatan
5. Mengembangkan kerjasama Nasional dan Internasional dalam rangka Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang keperawatan
6. Melaksanakan tatakelola organisasi yang kredibel, transparan, akuntabel, bertanggungjawab, dan adil
7. Meningkatkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia yang profesional dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi



**LEMBAR PENGESAHAN**

Modul Praktikum mata kuliah Keperawatan Maternitas Tahun 2018 adalah dokumen resmi dan digunakan pada kegiatan Pembelajaran Praktikum Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan di Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Disahkan pada tanggal Juli 2018

|  |  |
| --- | --- |
| Direktur  Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang  **Budi Susatia, S.Kp M.Kes NIP. 19650318 198803 1002** | Ketua Jurusan Keperawatan  **Imam Subekti, S.Kp M.Kep Sp.Kom NIP. 196512051989121001** |

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia- Nya sehingga penyusunan Modul Praktikum Keperawatan Maternitas dapat diselesaikan.

Penyusunan modul ini dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu kami mengucapkan terimakasih kepada :

1. Budi Susatia, S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang atas arahan dan bimbingannya.
2. Imam Subekti, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penyusunan modul.
3. Rekan sejawat dosen di lingkungan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
4. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan modul ini.

Semoga penyusunan modul ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan dan pihak lain yang membutuhkan.

Malang, Juli 2018 Penyusun

# DAFTAR ISI

A. Cover Luar

B. Cover Dalam ................................................................................................ i

C. Visi dan Misi................................................................................................ ii

D. Lembar Pengesahan .................................................................................... iii

E. Kata pengantar ............................................................................................. iv

F. Daftar isi ...................................................................................................... v

G. BAB I PENDAHULUAN

[1.1 Deskripsi ................................................................................................ 1](#_TOC_250006)

[1.2 Capaian Pembelajaran............................................................................ 1](#_TOC_250005)

[1.3 Peserta .................................................................................................... 1](#_TOC_250004)

H. BAB II LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN

2.1 PRAKTIKUM 1 : Pemeriksaan ibu hamil ............................................. 2

2.2 PRAKTIKUM 2 : Pemeriksaan ibu bersalin ......................................... 15

2.3 PRAKTIKUM 3 : Asuhan keperawatan pada BBL ............................... 24

2.4 PRAKTIKUM 4 : Asuhan keperawatan pada ibu post partum ............. 36

[I. TATA TERTIB ............................................................................................. 61](#_TOC_250003)

[J. SANGSI ........................................................................................................ 62](#_TOC_250002)

[K. EVALUASI ................................................................................................. 62](#_TOC_250001)

[L. REFERENSI ................................................................................................ 62](#_TOC_250000)

M. LAMPIRAN................................................................................................ 64

# BAB I PENDAHULUAN

# DESKRIPSI

Pengalaman pembelajaran laboratorium/praktikum merupakan salah satu pengalaman belajar yang sangat penting dalam pendidikan Keperawatan, selain pengalaman belajar tutorial. Pembelajaran praktikum dirancang dengan tujuan agar mahasiswa dapat mencapai ketrampilan dalam mencapai standart kompetensi.

Secara garis besar panduan praktikum Keperawatan Maternitas ini disusun berdasarkan kebutuhan praktikum saudara di tempat kerja dalam menerapkan ilmu keperawatan. Penyusunan panduan praktikum ini terdiri dari beberapa kegiatan belajar saudara sebagai berikut:

* + 1. Praktikum 1 : Pemeriksaan Ibu Hamil
    2. Praktikum 2 : Pemeriksaan Ibu Bersalin
    3. Praktikum 3 : Asuhan Keperawatan pada BBL
    4. Praktikum 4 : Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum

Program pembelajaran praktikum dirancang setelah pembelajaran dikelas tentang konsep selesai diberikan. Kegiatan pembelajaran dimulai dari demonstrasi, simulasi, diskusi dilanjutkan dengan praktikum/labskill secara kelompok maupun individu sehingga setiap mahasiswa dapat memenuhi kompetensi yang sama.

# CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mampu melakukan tindakan keterampilan antara lain:

* + 1. Mampu melakukan pemeriksaan pada ibu hamil
    2. Mampu melakukan pemeriksaan pada ibu bersalin
    3. Mampu melakukan asuhan keperawatan pada BBL
    4. Mampu melakukan asuhan keperawatan pada ibu post partum

# PESERTA

Peserta pembelajaran praktikum adalah mahasiswa Tingkat II semester III.

# BAB II

**LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN**

* 1. **PRAKTIKUM 1 (WAKTU : 7 x 170 menit)**

**PEMERIKSAAN IBU HAMIL**

Oleh : Fitriana Kurniasari Solikhah, S.Kep., Ns., M.Kep.

# LANDASAN TEORI

Pemeriksaan fisik pada ibu dilakukan setelah dilakukannya anamnesa. Sebelum memulai pemeriksaan, perawat harus menjelaskan pada ibu dan kelurga apa yang akan dilakukan. Berikan mereka waktu untuk mengajukan pertanyaan sehingga mereka dapat memahami pentingnya pemeriksaan tersebut.

Pemeriksaan fisik berguna untuk mengetahui keadaan kesehatan ibu dan janin serta perubahan yang terjadi pada suatu pemeriksaan ke pemeriksaan berikutnya.

Pada pemeriksaan pertama perlu ditentukan apakah ibu sedang hamil, dan bila hamil maka perlu ditentukan umur kehamilannya. Pada setiap pemeriksaan kehamilan dengan melihat dan meraba ditentukan apakah ibu sehat dan janin tumbuh dengan baik. Tinggi fundus uteri sesuai dengan perhitungan umur kehamilan dan pada umur kehamilan lebih lanjut ditentukan letak janin.

Banyak ibu merasa malu membuka bajunya dan memperlihatkan bagian tubuhnya, hal ini perlu diperhatikan oleh perawat untuk menjaga privasi pasien tutuplah bagian tubuhnya ibu dengan kain, sehingga hanya bagian tubuh yang diperiksa saja yang terbuka. Ibu hendaknya diperiksa dengan sentuhan yang hati-hati dengan sikap bersahabat sambil menjelaskan apa yang akan dilakukan dan alas an melakukannya.

# ALAT DAN KOMPONEN PEMERIKSAAN KEHAMILAN

* 1. **PERALATAN PEMERIKSAAN**

Alat yang dipakai bervariasi namun yang terpenting adalah bagaimana seorang perawat memanfaatkan mata, telinga, hidung dan tangannya untukk mengetahui hamper semua hal penting tentang ibu hamil yang diperiksanya. Peralatan hanyalah penunjang bila ada dapat membantu pemeriksaan bila tidak semua tersedia, pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan dengan baik dengan ketrampilan memanfaatkan inderanya dan mempunyai kemampuan untuk menilai serta menangkap

hal-hal yang perlu diperhatikan pada ibu hamil. Peralatan yang dipergunakan harus dalam keadaan bersih dan siap pakai.

Adapun alat – alat yang dibutuhkan untuk pemeriksaan ibu hamil diantaranya adalah: timbangan berat badan, pengukur tinggi badan, tensi meter, stetoskop monokuler atau linec, meteran atau midlen, hamer reflek, jangka panggul serta peralatan untuk pemeriksaan laboratorium kehamilan yaitu pemeriksaan kadar hemoglobin, protein urin, urin reduksi dll (bila diperlukan)

# KOMPONEN PEMERIKSAAN FISIK PADA KUNJUNGAN ANTENATAL PERTAMA

* + 1. Pemeriksaan fisik umum
       1. Tinggi Badan
       2. Berat badan

c.Tanda – tanda vital : tekanan darah, denyut nadi, suhu

* + 1. Kepala dan leher
       1. Edema diwajah
       2. Ikterus pada mata
       3. Mulut pucat
       4. Leher meliputi pembengkakan saluran limfe atau pembengkakan kelenjar thyroid
    2. Tangan dan kaki
       1. Edema di jari tangan
       2. Kuku jari pucat
       3. Varices vena
       4. Reflek – reflek
    3. Payudara
       1. Ukuran simetris
       2. Putting menonjol / masuk
       3. Keluarnya kolostrom atau cairan lain
       4. Retraksi
       5. Massa
       6. Nodul axilla
    4. Abdomen
       1. Luka bekas operasi
       2. Tinggi fundus uteri (jika>12 minggu)
       3. Letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala (jika>36 minggu)
       4. Denyut jantung janin (jika>18 minggu)
    5. Genetalia luar (externa)
       1. varises
       2. perdarahan
       3. luka
       4. cairan yang keluar
       5. pengeluaran dari uretra dan skene
       6. kelenjar bartholini : bengkak (massa), ciaran yang keluar
    6. Genetalia dalam (interna)
       1. servik meliputi cairan yang keluar, luka (lesi), kelunakan, posisi, mobilitas, tertutup atau terbuka
       2. vagina meliputi cairan yang keluar, luka, darah
       3. ukuran adneksa, bentuk, posisi, nyeri, kelunakan, massa (pada trimester pertama)
       4. uterus meliputi : ukuran, bentuk, mobilitas, kelunakan, massa pada trimester petama.

# PELAKSANAAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN

Dalam pemeriksaan kehamilan meliputi beberapa langkah antara lain :

1. Perhatikan tanda – tanda tubuh yang sehat

Pemeriksaan pandang dimulai semenjak bertemu dengan pasien. Perhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalannya. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, scoliosis atau pincang dsb. Lihat dan nilai kekuatan ibu ketika berjalan, apakah ia tampak nyaman dan gembira, apakah ibu tampak lemah

1. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Timbanglah berat badan ibu pada setiap pemeriksaan kehamilan. Bila tidak tersedia timbangan, perhatikan apakah ibu bertambah berat badannya. Berat badan ibu hamil biasanya naik sekitar 9-12 kg selama kehamilan. Yang sebagian besar diperoleh terutama pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Kenaikan berat badan menunjukkan bahwa ibu mendapat cukup makanan. Jelaskan bahwa berat badan ibu

naik secara normal yang menunjukkan janinnya tumbuh dengan baik bila kenaikan berat badan ibu kurang dari 5 kg pada kehamilan 28 minggu maka ia perlu dirujuk.

Tinggi berat badan hanya diukur pada kunjungan pertama. Bila tidak tersedia alat ukur tinggu badan maka bagian dari dinding dapat ditandai dengan ukuran centi meter. Pada ibu yang pendek perlu diperhatikan kemungkinan mempunyai panggul yang sempit sehingga menyulitkan dalam pemeriksaan. Bila tinggu badan ibu kurang dari 145 atau tampak pendek dibandingkan dengan rata-rata ibu, maka persalinan perlu diwaspadai.

1. Pemeriksaan tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil bisanya tetap normal, kecuali bila ada kelainan. Bila tekanan darah mencapai 140/90 mmhg atau lebih mintalah ibu berbaring miring ke sebelah kiri dan mintalah ibu bersantai sampai terkantuk. Setelah 20 menit beristirahat, ukurlah tekanan darahnya. Bila tekanan darah tetap tinggi, maka hal ini menunjukkan ibu menderita pre eklamsia dan harus dirujuk ke dokter serta perlu diperiksa kehamilannya. Khususnya tekanan darahnya lebih sering (setiap minggu). Ibu dipantau secara ketat dan anjurkan ibu persalinannya direncanakan di rumah sakit.

1. Pemeriksaan dari ujung rambut sampai ke ujung kaki

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

Pada saat melakukan pemeriksaan daerah dada dan perut, pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dilakukan secara berurutan dan bersamaan sehingga tidak adanya kesan membuka tutup baju pasien yang mengakibatkan rasa malu pasien.

Dibawah ini akan diuraikan pemeriksaan obstetric yaitu dengan melakukan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi terhadap ibu hamil dari kepala sampai kaki.

- Lihatlah wajah atau muka pasien

Adakah cloasma gravidarum, pucat pada wajah adalah pembengkakan pada wajah. Bila terdapat pucat pada wajah periksalah konjungtiva dan kuku pucat menandakan bahwa ibu menderita anemia, sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut. Jelaskan bahwa ibu sedang diperiksa apakah kurang darah atau tidak. Sebutkan bahwa bila ibu tidak kurang darah ia akan lebih kuat selama kehamilan dan persalinan. Jelaskan pula bahwa tablet tambah darah mencegah kurang darah.

Bila terdapat bengkak diwajah, periksalah adanya bengkak pada tangan dan kaki. Sedikit bengkak pada mata kaku dapat terjadi pada kehamilan normal, namun bengkak pada tangan dan atau wajah tanda preeklamsi. Perhatikan wajah ibu apakah bengkak dan tanyakan pada ibu apakah ia sulit melepaskan cincin atau gelang yang dipakainya. Mata kaki yang bengkak dan menimbulkan cekungan yang tak cepat hilang bila ditekan, maka ibu harus dirujuk ke dokter, dipantau ketat kehamilannya dan tekanan darahnya, serta direncanakan persalinannya dirumah sakit.

Selain memeriksa ada tidaknya pucat pada konjungtiva, lihatlah sclera mata adakah sclera kuning atau ikterik

* Lihatlah mulut pasien. Adakah tampak bibir pucat, bibir kering pecah-pecah adakah stomatitis, gingivitis, adakah gigi yang tanggal, adakah gigi yang berlobang, caries gigi. Selain dilihat dicium adanya bau mulut yang menyengat.
* Lihatlah kelenjar gondok, adakah pembesaran kelenjar thyroid, pembengkakan saluran linfe
* Lihat dan raba payudara, pada kunjungan pertama pemeriksaan payudara terhadap kemungkinan adanya benjolan yang tidak normal. Lihatlah apakah payudara simetris atau tidak, putting susu menonjol atau datar atau bahkan masuk. Putting susu yang datar atau masuk akan mengganggu proses menyusui nantinya. Apakah asinya sudah keluar atau belum. Lihatlah kebersihan areola mammae adakah hiperpigmentasi areola mammae.
* Lakukan pemeriksaan inspeksi, palpasi dan auskultasi pada perut ibu.

Tujuan pemeriksaan abdomen adalah untuk menentukan letak dan presentasi janin, turunnya bagian janin yang terbawah, tinggi fundus uteri dan denyut jantung janin. Sebelum memulai pemeriksaan abdomen, penting untuk dilakukan hal– hal sebagai berikut :

* + Mintalah ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya bila perlu
  + bantulah ia untuk santai. Letakkan sebuah bantal dibawah kepala dan bahunya. Fleksikan tangan dan lutut. Jika ia gelisah bantulah ia untuk santai dengan memintanya menarik nafas panjang.
  + cucilah tangan anda sebelum mulai memeriksa, keringkan dan usahakan agar tangan perawat cukup hangat.

Lihatlah bentuk pembesaran perut (melintang, memanjang, asimetris) adakah linea alba nigra, adakah striae gravidarum, adakah bekas luka operasi,

adakah tampak gerakan janin, rasakan juga dengan pemeriksaan raba adanya pergerakan janin. Tentukan apakah pembesaran perut sesuai dengan umur kehamilannya. Pertumbuhan janin dinilai dari tingginya fundus uteri.

Menurut Mc. Donald untuk menilai umur kehamilan dapat diperhitungkan dengan melakukan pengukuran jarak simfisis pubis ke fundus uteri. Kemungkinan akurasi penentuan umur kehamilan dengan menggunakan pengukuran TFU dalam centimeter/teknik Mc. Donald adalah 56% (Rosenberg et all), 86% (Belizan et all). Teknik pengukuran yang paling tepat adalah dengan cara menempatkan titik nol pada pinggir atas simfisis dan titik tertinggi pada fundus uteri, dengan meminimalkan menekan fundus terlalu kuat, tetapi mengupayakan memfiksasi titik tertinggi fundus. Upaya meminimalisir bias dan memastikan obyektifitas dapat dilakukan dengan cara ketika melakukan pengukuran menggunakan metlin, maka metlin dibalik tidak pada ukuran satuan cm tetapi pada ukuran inchi. Supaya menghindari subyekif dari sisi pengukur, karena pengukur mengetahui indikator normal TFU dalam cm berdasarkan usia kehamilan. Tujuan pengukuran TFU Mc. Donald adalah: 1) untuk mengetahui usia kehamilan, 2) untuk menentukan taksiran berat janin (TBJ) berdasarkan TFU.

Menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dapat menggunakan 2 jenis rumus sebagai berikut:

* 1. Rumus Bartholomew; Antara simpisis pubis dan pusat dibagi menjadi 4 bagian yang sama, maka tiap bagian menunjukkan penambahan 1 bulan. Fundus uteri teraba tepat di simpisis umur kehamilan 2 bulan (8 minggu). Antara pusat sampai prosesus xifoideus dibagi menjadai 4 bagian dan tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Tinggi fundus uteri pada umur kehamilan 40 minggu (bulan ke-

10) kurang lebih sama dengan umur kehamilan 32 minggu (bulan ke-8).

* 1. Rumus Mc Donald; Tinggi Fundus uteri diukur dengan metlin. Tinggi fundus uteri dikalikan 2 dan dibagi 7 diperoleh umur kehamilan dalam bulan obstetrik dan bila Tinggi Fundus Uteri dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu. Hal ini dapat dilihat pada gambaran rumus sebagai berikut: a. TFU (cm) x 2/7 (atau + 3,5) = umur kehamilan dalam bulan b. TFU (cm) x 8/7 = umur kehamilan dalam minggu

Hasil pengukuran TFU dalam cm juga dipergunakan untuk menghitung taksiran berat janin. Taksiran ini hanya berlaku untuk janin dengan presentasi kepala. Rumusnya perhitungan taksiran berat janin menurut Rumus Lohson adalah sebagai berikut: Tinggi fundus uteri (dalam cm-n) x 155 = berat (gram). Bila kepala belum

masuk panggul maka n = 12, jika kepala sudah masuk panggul maka n = 11. Cara mengukur tinggi fundus uteri dalam cm:

1. Menggunakan Alat Ukur Caliper

Caliper digunakan dengan meletakkan satu ujung pada tepi atas simfisis pubis dan ujung yang lain pada puncak fundus. Kedua ujung diletakkan pada garis tengah abdominal, melewati garis tengah abdomen. Ukuran kemudian dibaca pada skala cm (centimeter) yang terletak ketika 2 ujung caliper bertemu. Ukuran diperkirakan sama dengan minggu kehamilan atau ± 2 cm dari umur kehamilan dalam minggu, setelah umur kehamilan 20-24 minggu.

1. Menggunakan Pita Ukur

Pita ukur merupakan metode akurat kedua dalam pengukuran TFU setelah 20-24 minggu kehamilan. Titik nol pita pengukur diletakkan pada tepi atas simfisis pubis dan pita pengukur ditarik melewati garis tengah abdomen sampai puncak. Hasil dibaca dalam skala cm, estimasi ukuran yang terukur diperkirakan sama dengan jumlah minggu kehamilan atau ± 2 cm dari umur kehamilan, setelah umur kehamilan 20-24 minggu kehamilan.

1. Menggunakan Pita Ukur dengan Metode Berbeda

Berikut ini merupakan tabel nilai normal TFU sesuai umur kehamilan, untuk memantau pertumbuhan janin:

Tabel 1.

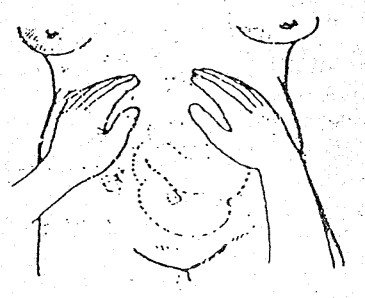
Nilai Normal TFU Sesuai Umur Kehamilan, Untuk Memantau Pertumbuhan Janin:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Umur Kehamilan | TFU (cm) | TFU Leopold 1 |
| 12 minggu | - | 1-2 jari di atas simfisis |
| 16 minggu | - | Pertengahan simfisis– pusat |
| 20 minggu | 20 mg (± 2 cm) | 2-3 jari di bawah pusat |
| 22 – 27 minggu | Umur kehamilan dalam  minggu = cm (± 2 cm) | Setinggi umbilikus |
| 28 minggu | 28 cm (± 2 cm) | Pertengahan pusat – PX |
| 29 - 35 minggu | Umur kehamilan dalam  minggu = cm (± 2 cm) | 3 jari di bawah PX |
| 36 – 40 minggu | 36 cm (± 2 cm) | Pada PX atau pertengahan pusat  – PX |

Jelaskan pada ibu bahwa perutnya akan semakin membesar karena pertumbuhan janin. Pada kunjungan pertama, tingginya fundus dicocokkan dengan perhitungan umur kehamilan hanya dapat diperkirakan dari hari pertama haid (HPHT). Bila HPHT tidak diketahui maka umur kehamilan hanya dapat diperkirakan dari tingginya fundus uteri. Pada setiap kunjungan, tingginya fundus uteri perlu diperiksa untuk melihat pertumbuhan janin normal, terlalu kecil atau terlalu besar.

1. Pemeriksaan leopold I, untuk menentukan bagian janin yang berada dalam fundus uteri.

*Petunjuk cara pemeriksaan :*

* Pemeriksa berdiri disebelah kanan pasien, menghadap kearah kepala pasien. Kedua tangan diletakkan pada bagian atas uterus dengan mengikuti bentuk uterus. Lakukan palpasi secara lembut untuk menentukan bentuk, ukuran konsistensi dan gerakan janin. Tentukan bagian janin mana yang terletak di fundus.

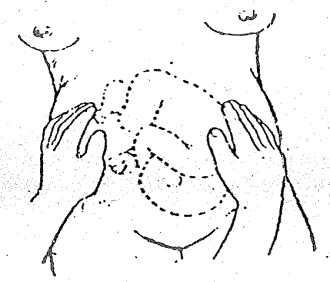
Hasil: jika kepala janin yang nerada di fundus, maka palpasi akan teraba bagian bulat, keras dan dapat digerakkan (balotemen). Jika bokong yang terletak di fundus,maka pemeriksa akan meraba suatu bentuk yang tidak spesifik, lebih besar dan lebih lunak dari kepala, tidak dapat digerakkan, serta fundus terasa penuh. Pada letak lintang palpasi didaerah fundus akan terasa kosong.

1. Pemeriksaan Leopold II, untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus.

*Petunjuk pemeriksaan :*

* pemeriksa berdiri disebelah kanan pasien, menghadap kepala pasien. Kedua telapak tangan diletakkan pada kedua sisi perut, dan lakukan tekanan yang lembut

tetapi cukup dalam untuk meraba dari kedua sisi. Secara perlahan geser jari-jari dari satu sisi ke sisi lain untuk menentukan pada sisi mana terletak pada sisi mana terletak punggung, lengan dan kaki.

Gambar :

*Hasil :* 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 tidak teratur mempunyai banyak tonjolan serta dapat bergerak dan menendang, maka bagian tersebut adalah kaki, lengan atau lutut. Bila punggung janin tidak teraba di kedua sisi mungkin punggung janin berada pada sisi yang sama dengan punggung ibu (posisi posterior) atau janin dapat pula berada pada posisi dengan punggung teraba disalah satu sisi.

1. Pemeriksaan Leopold III, untuk menentukan bagian janin apa yang berada pada bagian bawah. Petunjuk cara memeriksa:

* dengan lutut ibu dalam posisi fleksi, raba dengan hati-hati bagian bawah abdomen pasien tepat diatas simfisis pubis. Coba untuk menilai bagian janin apa yang berada disana. Bandingkan dengan hasil pemeriksaan Leopold.

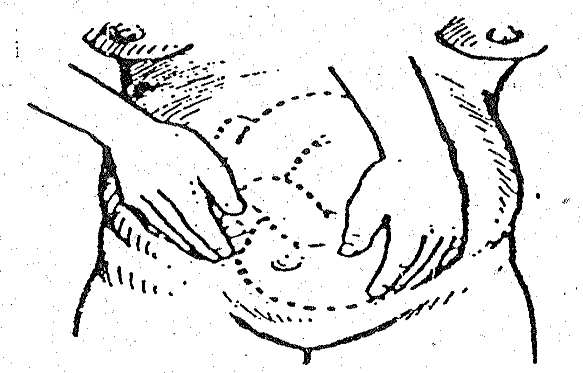
Gambar

*Hasil :* bila bagian janin dapat digerakkan kearah cranial ibu, maka bagian terbawah dari janin belum melewati pintu atas panggul. Bila kepala yang berada diabagian terbawah, coba untuk menggerakkan kepala. Bila kepala tidak dapat

digerakkan lagi, maka kepala sudah “engaged” bila tidak dapat diraba adanya kepala atau bokong, maka letak janin adalah melintang.

1. Pemeriksaan Leopold IV, untuk menentukan presentasi dan “engangement”.

*Petunjuk dan cara memeriksa* :

* Pemeriksa menghadap kearah kaki ibu. Kedua lutut ibu masih pada posisi fleksi. Letakkan kedua telapak tangan pada bagian bawah abdomen dan coba untuk menekan kearah pintu atas panggul

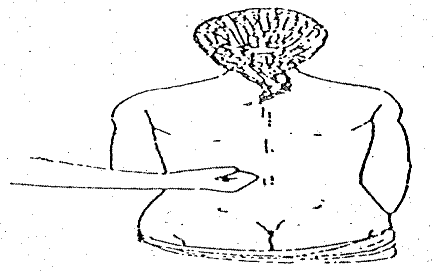
gambar

*Hasil:* pada dasarnya sama dengan pemeriksaan Leopold III, menilai bagian janin terbawah yang berada didalam panggul dan menilai seberapa jauh bagian tersebut masuk melalui pintu atas panggul.

1. Pemeriksaan denyut jantung janin.

Denyut jantung janin menunjukkan kesehatan dan posisi janin terhadap ibu. Dengarkan denyut jantung janin (DJJ) sejak kehamilan 20 minggu. Jantung janin biasanya berdenyut 120-160 kali permenit. Tanyakan kepada ibu apakah janin sering bergerak, katakana pada ibu bahwa DJJ telah dapat didengar. Mintalah ibu segera bila janinnya berhenti bergerak. Bila sampai umur kehamilan 28 minggu denyut jantung janin tidak dapat didengar atau denyutnya lebih dari 160 atau kurang dari 120 kali permenit atau janinnya berkurang gerakannya atau tidak bergerak, maka ibu perlu segera dirujuk.

1. pemeriksaan punggung dibagian ginjal.

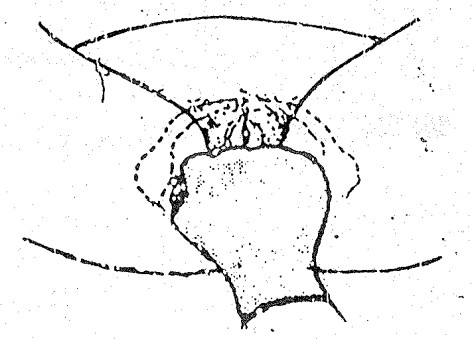
Tepuk punggung di bagian ginjal dengan bagian sisi tangan yang dikepalkan. Bila ibu merasa nyeri, mungkin terdapat gangguan pada ginjal atau salurannya.

Gambar

1. Pemeriksaan genetalia

cucilah tangan, kemudian kenakan sarung tangan sebelum memeriksa vulva. Pada vulva terlihat adanya sedikit cairan jernih atau berwarna putih yang tidak berbau. Pada kehamilan normal, tak ada rasa gatal, luka atau perdarahan. Rabalah kulit didaerah selangkangan, pada keadaan normal tidak teraba adanya benjolan kelenjar. Setelah selesai cucilah tangan dengan sarung tangan yang masih terpasang, kemudian lepaskan sarung tangan dan sekali lagi cucilah tangan dengan sabun.

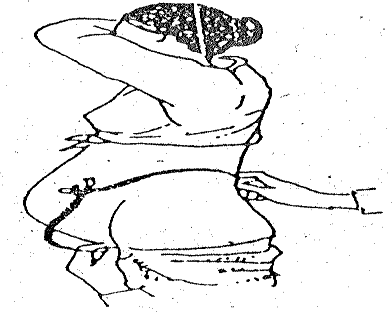
1. Distansia tuberan

yaitu ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau jarak antara tuber iskhiadikum kanan dan kiri dengan ukuran normal 10,5-11cm

gambar

1. Konjugata eksterna (Boudeloge)

yaitu jarak antar tepi atas simfisis dan prosesus spinosus lumbal V, dengan ukuran normal sekitar 18-20 cm. bila diameter bouldelogue kurang dari 16 cm, kemungkinan besar terdapat kesempitan panggul.

gambar

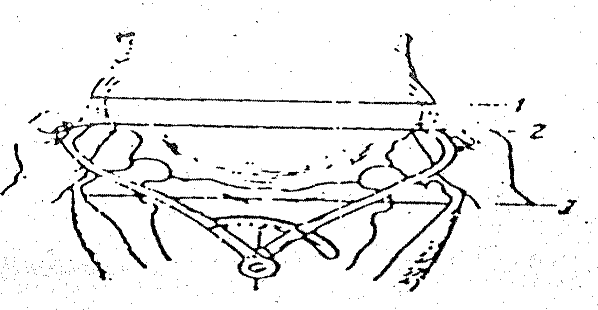
1. Pemeriksaan panggul

pada ibu hamil terutama primigravida perlu dilakukan pemeriksaan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan. Ada empat cara melakukan pemeriksaan panggul yaitu dengan pemeriksaan pangdang (inspeksi) dilihat apakah terdapat dugaan

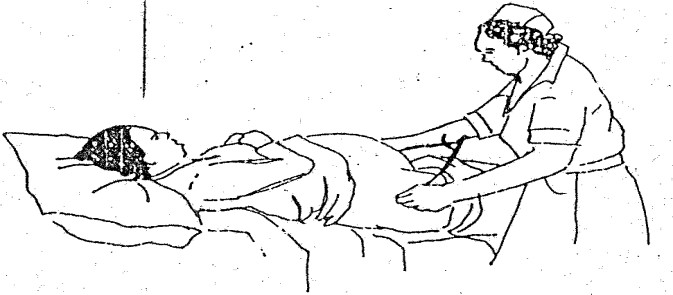
kesempitan panggul atau kelainan panggul, misalnya pasien sangat pendek, bejalan pincang, terdapat kelainan seperti kifosis atau lordosis, belah ketupat michaelis tidah simetris. Dengan pemeriksaan raba, pasien dapat diduga mempunyai kelainan atau kesempitan panggul bial pada pemeriksaan raba pasien didapatkan: primigravida pada kehmilan aterm terdapat kelainan letak. Perasat Osborn positif fengan melakukan pengukuran ukuran-ukuran panggul luar.

Alat untuk menukur luar panggul yang paling sering digunakan adalah jangka panggul dari martin. Ukuran – ukuran panggul yang sering digunakan untuk menilai keadaan panggul adalah:

1. Distansia spinarum

Yaitu jarak antara spina iliaka anterior superior kanan dan kiri, dengan ukuran normal 23-26 cm

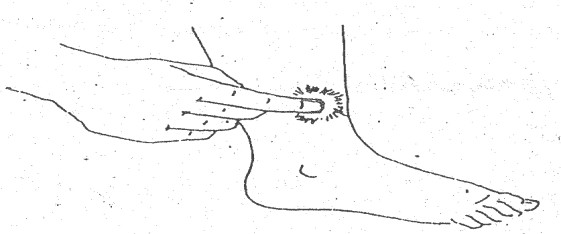
1. Distansia kristarum

Yaitu jarak antara Krista iliaka terjauh kanan dan kiri dengan ukuran sekitar 26-29 cm. bila selisih antara distansi kristarum dan distansia spinarum kurang dari 16 cm, kemungkinan besar adanya kesempitan panggul.

1. Pemeriksaan ektremitas bawah

memeriksa adanya oedema yang paling mudah dilakukan didaerah pretibia dan mata kaki dengan cara menekan jari beberapa detik. Apabila terjadi cekung yang tidak lekas pulih kembali berarti oedem positif. Oedem positif pada tungkai kaki dapat menendakan adanya pre eklampsia. Daerah lain yang dapat diperiksa adalah kelopak mata. Namun apabila kelopak mata sudah oedem biasanya keadaan pre eklamsi sudah lebih berat.

erawatan Maternitas



Gambar

Modul Praktikum Kep

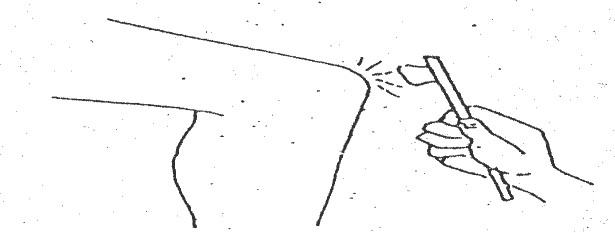
D-III Keperawatan Malang 2018/2019

13

1. Pemeriksaan reflek lutut (patella)

mintalah ibu duduk dengan tungkainya tergantung bebas dan jelaskan apa yang akan dilakukan. Rabalah tendon dibawah lutut/ patella. Dengan menggunakan hammer ketuklan rendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila reflek lutut negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1. bila gerakannya berlebihan dan capat maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsi.

Gambar



# TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum keperawatan Maternitas, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 2 (WAKTU : 7 x 170 menit)

**PEMERIKSAAN IBU BERSALIN**

Oleh : Fitriana Kurniasari Solikhah, S.Kep., Ns., M.Kep.

# LANDASAN TEORI

* + - 1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data yang meliputi data S (Subjektif yaitu data yang kita peroleh melalui tanya jawab dengan pasien/klien), sedangkan data O (Objektif yaitu data yang kita peroleh dari apa yang dilihat dan diperiksa oleh Bidan sewaktu melakukan pemeriksaan, hasil pemeriksaan Laboratorium serta hasil pemeriksaan penunjang lainnya). Adapun data yang dapat diidentifikasi adalah:

* + - * 1. Data S (Subjektif):

Data subjektif adalah informasi yang diperoleh dengan anamnesa terhadap ibu/ keluarganya tentang apa yang dirasakan, dan apa yang telah dialaminya. Anamnesa dilakukan untuk mendapatkan data fokus yang dibutuhkan pada kala I adalah:

HPHT (hari Pertama Menstruasi Terakhir)

Mulainya kenceng-kenceng teratur

Pengeluaran lendir darah dari kemaluan

Kemungkinan ketuban sudah pecah

Gerakan janin

Keluhan-keluhan lain yang dirasakan oleh ibu

* + - * 1. Data O. (Objektif)

Pengkajian data objektif adalah data yang didapatkan melalui pemeriksaan/ pengamatan terhadap ibu atau janin. Kelengkapan dan ketelitian dalam proses pengumpulan data adalah sangat penting. Data fokus yang dibutuhkan pada persalinan kala I adalah:

Keadaan umum ibu

Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan)

Tanda-tanda persalinan (pengeluaran lendir darah, pendataran dan pembukaan serviks, kemungkinan ketuban sudah pecah)

Kondisi janin (letak dan posisi janin, Denyut Jantung Janin/DJJ, gerakan janin)

* + - 1. A (Assesment/Diagnosa Keperawatan

Setelah data subjektif dan objektif telah terkumpul, tugas kita selanjutnya adalah interpretasi data/merumuskan diagnose kebidanan. Pada persalinan kala I normal diagnosa ditegakkan berdasarkan lebarnya pembukaan serviks yaitu:

1. Fase Laten: Berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran 3 cm. Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, dan tidak terlalu nyeri.
2. Fase Aktif: Pada fase aktif terjadi:
   1. Kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit
   2. Lamanya 40 detik atau lebih dan lebih nyeri
   3. Pembukaan 4 cm hingga lengkap
   4. Penurunan bagian terendah janin Fase aktif dibagi dalam 3 fase:
3. Fase aktif akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
4. Fase Dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat yaitu dari 4 cm menjadi 9 cm
5. Fase Deselerasi: Pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap)

Fase-fase tersebut dijumpai pada primi gravida, sedang pada multi gravida fase laten, fase aktif dan fase deselerasi waktunya terjadi lebih pendek. Hasil analisa atau intrepretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi untuk menentukan diagnosa/masalah, antisipasi diagnosa lain/ masalah potensial:

1. Apakah masa persalinan kala I berjalan normal atau tidak?
2. Adakah terjadi kegawatan bagi ibu/janin?
3. Adakah masalah/penyulit pada ibu/janin?
4. Adakah kegawatan bagi bayi/janin?
5. Adakah kebutuhan segera yang diperlukan?

Diagnosa yang bisa dirumuskan dalam asuhan keperawatan pada ibu bersalin kala I normal adalah sebagai berikut:

1. G .. P .. A.., umur ... th, hamil ... mg, dalam persalinan kala I fase ....
2. Janin tunggal hidup intra uterin, presentasi kepala, punggung ... kepala sudah masuk panggul /5

Sedang bila ada masalah dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. G .. P .. A.., umur ... th, hamil ... mg, dalam persalinan kala I fase Dengan

..................

# PERTOLONGAN PERSALINAN

1. **Definisi**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi ( janin dan uri ) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan ( kekuatan sendiri ).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan ( 37 – 42 minggu ), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

Persalinan adalah proses untuk mendorong keluar (ekspulsi) hasil pembuahan yaitu janin, plasenta dan selaput ketuban keluar dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Farrer,1999).

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan premature atau postmatur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi), selesai setelah 4 jam dan sebelum 24 jam sejak saat awitannya, mempunyai janin tunggal dengan presentase puncak kepala, terlaksana tanpa bantuan artificial, tidak mencakup komplikasi, plasenta lahir normal. Menurut Mochtar (1998), Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri), yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain.

Persalinan normal disebut juga partus spontan, adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan dimulai (inpartu) pada saat uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

# Proses Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

1. Kala I

Dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala satu dibagi menjadi 2 fase yaitu :

1. Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan biasanya berlangsung dibawah 8 jam.

1. Fase aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Serviks membuka dari 3 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dapat dibedakan menjadi tiga fase :

* Akselerasi : pembukaan dari 3 cm menjadi 4 cm yang membutuhkan waktu 2 jam
* Dilatasi maksimal : pembukaan dari 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam
* Deselarasi : pembukaan menjadi lambat, dari 9 menjadi 10 cm dalam waktu 2 jam

Fase – fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi pada fase laten, fase aktif deselerasi akan terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida. Pada premi osteum uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis baru kemudian osteum uteri eksternum membuka. Pada multigravida osteum uteri internum sudah sedikit terbuka. Osteum uteri internu dan eksternum serta penipisan dan pendataran terjadi dalam saat yang sama.

1. Kala II

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran. Ada beberapa tanda dan gejala kala dua persalinan :

* + Ibu merasakan keinginan meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
  + Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vaginanya.
  + Perineum terlihat menonjol
  + Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka
  + Peningkatan pengeluaran lender dan darah

Diagnosis kala dua persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

* + Pembukaan serviks telah lengkap
  + Terlihatnya bagian kepala bayi pada introitus vagina.

1. Kala III

Kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta.

1. Fisiologi kala tiga

Otot uterus berkontraksi mengikuti berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba

– tiba setelah lahinya bayi. Penyusutan ukuran rongga uterus ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat implantasi plasenta. Karena tempat implantasi menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan menekuk, menebal kemudian dilepaskan dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina.

1. Tanda – tanda lepasnya plasenta
   * Perubahan ukuran dan bentuk uterus
   * Tali pusat memanjang
   * Semburan darah tiba – tiba Kala III terdiri dari 2 fase :
2. Fase pelepasan uri

Cara lepasnya uri ada beberapa cara :

* Schultze : lepasnya seperti kita menutup payung, cara ini paling sering terjadi. Yang lepas duluan adalah bagian tengah lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak uri mula-mula pada bagian tengah kemudian seluruhnya. Menurut cara ini perdarahan ini biasanya tidak ada sebelum uri lahir.
* Duncan : lepasnya uri mulai dari pinggir, jadi pinggir uri lahir duluan. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Atau serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

1. Fase pengeluaran uri
   * Kustner: dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada/di atas simfisis. Tali pusat diteganggangkan maka bila tali pusat masuk artinya belum lepas, bila diam atau maju artinya sudah lepas.
   * Klein: sewaktu ada his, rahim kita dorong, bila tali pusat kembali artinya belum lepas. Diam atau turun artinya lepas.
   * Strassman : tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar artinya belum lepas. Tak bergetar artinya sudah lepas.
2. Kala IV

Kala empat persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir selama 2 jam. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan, antara lain :

* + Tingkat kesadaran ibu
  + Pemeriksaan TTV : tekanan darah, nadi, pernafasan
  + Kontraksi uterus
  + Terjadinya perdarahan
  + Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400– 500 cc.

# 3. Mekanisme Persalinan

* Mekanisme gerakan bayi memungkinkan ia untuk menyesuaikan diri dengan pelvis ibu yakni penurunan, fleksi, rotasi dalam, ekstensi, rotasi luar, dan pengeluaran.

1. Engangement, tertangkapnya kepala janin pada PAP
2. Decent, turunnya kepala janin ke PAP
3. Flexion (menekuk), tahanan yang diperoleh dari dasar panggul makin besar maka makin fleksi kepala janin, dagu menekan dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi bagian terbawah janin, mengakibatkan masuknya kepala janin dengan diameter terkecil melewati jalan lahir terkecil melewati jalan lahir.
4. Internal rotation. Pemutaran bagian terendah kebawah simpisis menyesuaikan posisi kepala janin dengan bentuk jalan lahir
5. Extentition

Setelah paksi dalam selesai dan kepala sampai vulva, lahir berturut sisiput, dahi, hidung, mulut, dagu

1. External rotation

Putaran kepala mengikuti putaran bahu

1. Expultion. Pengeluaran bahu dan badan janin

**4. Bentuk Persalinan**

1. Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, dan melalui jalan lahir.

1. Persalinan Bantuan

Persalinan dengan rangsangan yang dibantu dengan tenaga dari luar, ekstraksi dengan forcep atau dengan dilakukan sectio sesario.

1. Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, baru berlangsung setelah pemecahan ketuban.

# 5. Faktor-faktor yang memengaruhi persalinan

1. Power / Tenaga

Power utama pada persalinan adalah tenaga/kekuatan yang dihasilkan oleh kontraksi dan retraksi otot-otot rahim. Gerakan memendek dan menebalotot-otot rahim yang terjadi sementara waktu disebut kontraksi. Kontraksi ini terjadi diluar sadar sedangkan retraksi mengejan adalah tenaga kedua (otot-otot perut dan diafragma) digunakan dalam kala II persalinan. Tenaga dipakai untuk mendorong bayi keluar dan merupakan kekuatan ekspulsi yang dihasilkan oleh otot-otot volunter ibu.

1. Passages/Lintasan

Janin harus berjalan lewat rongga panggul atau serviks dan vagina sebelum dilahirkan untuk dapat dilahirkan, janin harus mengatasi pula tahanan atau resisten yang ditimbulkan oleh struktur dasar panggul dan sekitarnya.

1. Passanger

Passenger utama lewat jalan lahir adalah janin dan bagian janin yang paling penting (karena ukurannya paling besar) adalah kepala janin selain itu disertai dengan plasenta selaput dan cairan ketuban atau amnion.

1. Psikologis

Dalam persalinan terdapat kebutuhan emosional jika kebutuhan tidak tepenuhi paling tidak sama seperti kebutuhan jasmaninya. Prognosis keseluruhan wanita tersebut yang berkenan dengan kehadiran anaknya terkena akibat yang merugikan.

# 6. Tanda dan Gejala

Sebelum terjadinya persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki “bulannya” atau “minggunya” atau “harinya” yang disebut kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*). Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut :

1. Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara.
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
3. Perasaan sering-sering atau susah kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut “*false labor pains*”.
5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah bisa bercamput darah (*bloody show*).

# (Rustam Mochtar, 1998).

* **Tanda –tanda Inpartu**

Inpartu adalah seorang wanita yang sedang dalam keadaan persalinan. Tanda- tanda inpartu adalah:

1. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
2. Keluar lender bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan- robekan kecil pada serviks.
3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
4. Pada pemeriksaan dalam: serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

# TEKNIK PELAKSANAAN

1. Persiapan

Praktikum asuhan persalinan kala I yang akan anda ikuti dapat berjalan dengan lebih lancar bila anda mengikuti langkah-langkah persiapan sebagai berikut:

* 1. Bacalah kembali materi teori:
     1. Konsep dasar Asuhan Persalinan
     2. Perubahan Fisiologis dan Psikologis dalam persalinan
     3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan
     4. Penyulit dan Komplikasi Persalinan
     5. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin
  2. Buatlah kontrak belajar dengan pembimbing (CI)
  3. Anda dapat melakukan Topik Praktikum I asuhan persalinan kala I dengan menggunakan pantom di Laboratorium Praktik Keperawatan dengan cara: 1 orang mahasiswa menjadi praktikan dan 1 orang mahasiswa sebagai pasien, 1 orang mahasiswa sebagai observer atau langsung di lahan praktik dengan CI.

1. Pelaksanaan
   1. Pengkajian pada ibu bersalin kala I dilakukan untuk mencari:
      1. Data Subjektif Pengkajian Data dikaji melalui Anamnesa yang mengacu pada SOP (Standar Operating Prosedur) *terlampir*
   2. Data Objektif

Pengkajian Data objektif pada ibu bersalin yang terpenting adalah data fokus yang meliputi: keadaan janin dan kontraksi uterus (His). Pembukaan serviks dikaji mengacu pada SOP (Standar Operating Prosedur) sebagai berikut:

* + 1. Kondisi janin
    2. Kondisi janin yang harus dikaji adalah posisi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
    3. Posisi janin dikaji melalui palpasi menurut Leopold dengan SOP
    4. DJJ dikaji dengan menggunakan berpedoman pada SOP
    5. Kontraksi Uterus (His)
    6. Kontraksi uterus (HIS) dikaji dengan menggunakan berpedoman pada SOP
    7. Pembukaan Serviks
    8. Pembukaan serviks dikaji dengan menggunakan berpedoman pada SOP
  1. Pelaporan

Laporan praktikum Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin kala ditulis dengan sistematika:

1. Bab I: Pendahuluan

Ditulis apa latar belakang serta tujuan asuhan persalinan kala I

1. Bab II: Tinjauan Teori

Ditulis berkaitan dengan judul kasus yang diambil, betrdasarkan rujukan/daftar pustaka yang jelas atau dari jurnal ilmiah

1. Bab III: Tinjauan Kasus

Ditulis tentang kasus yang digunakan sebagai bahan praktikum dimulai dari Pengkajian (data Subjektif dan Objektif), Analisa (penentuan Diagnosa Keperawatan) serta Penatalaksanaan yang mencakup Perencanaan, Pelaksanaan/ Implementasi dan Evaluasi)

1. Bab IV:Pembahasan

Diulas berkaitan dengan masalah-masalah yang muncul pada saat memberikan asuhan, kesenjangan yang ada antara tinjauan teori dengan kasus yang anda laporkan

1. Bab V: Kesimpulan dan Saran Ditulis berdasarkan tujuan

# PRAKTIKUM 3 (WAKTU : 7 x 170 menit)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BBL**

Oleh :

Sumirah Budi Pertami, S.Kp., M.Kep.

# LANDASAN TEORI

* + - 1. DEFINISI

Bayi baru lahir (neonatus) adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan umur kehamilan 38-40 minggu.

Bayi baru lahir adalah bayi baru lahir dengan umur kehamilan 38-40 minggu,lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan tanpa gangguan, menangis kuat, nafas secara spontan dan teratur,berat badan antara 2500-4000 gram.

Adaptasi bayi baru lahir

1. Sistem Kardiovaskular

Sistem kardiovaskular mengalami perubahan yang mencolok setelah bayi lahir, dimana foramen ovale,duktus arterious dan duktus venosus menutup. Arteri umbilikalis, vena umbilikalis dan arteri hepatika menjadi ligamen. Nafas pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan menurunkan resistensi vaskular pulmoner, sehingga darah paru mengalir. Tekanan arteri pulmoner menurun menyebabkan tekanan arterium kanan menurun, aliran darah pulmoner kembali meningkat, masuk ke jantung bagian kiri, sehingga tekanan dalam atrium kiri meningkat. Perubahan tekanan ini menyebabkan voramen ovale menutup. Bila tekanan PO2 dalam darah arteri mencapai sekitar 50 mmHg, duktus arterious akan konstriksi (PO2 janin 27mmHg). Kemudian duktus arterious menutup dan menjadi sebuah ligamen. Tindakan mengklem dan memotong tali pusat membuat arteri umbilikalis, vena umbilikalis dan duktus venosus segera menutup dan berubah menjadi ligamen.

Denyut jantung bayi saat lahir berkisar antara 120-160 kali/menit, kemudian menurun 120-140 kali/menit. Tekanan darah bayi baru lahir rata-rata 78/42 mmHg. Tekanan darah bayi berubah dari hari ke hari. Tekanan sistolik bayi sering menurun sekitar 15mmHg selama 1 jam setelah kelahiran.

1. Sistem Pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapat O2 dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama adalah:

 Tekanan mekanis dari thorak saat melewati jalan lahir

 Penurunan Pa O2 dan kenaikan Pa CO2 merangsang khemoreseptor yang terletak pada sinus karotis

 Rangsangan dingin, bunyi, cahaya dan sensasi lain yang merangsang permukaan pernapasan

 Reflek deflasi Hering Breur

Pernafasan pertama pada bayi baru lahir normal dalam waktu 30 detik setelah lahir. Tekanan pada rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan kelahiran kehilangan cairan paru 1/3 dari jumlahnya (jumlah pada bayi

normal 80-100 ml). Sehingga cairan ini diganti dengan udara. Pola pernapasan tertentu menjadi karakteristik bayi baru lahir normal yang cukup bulan. Setelah pernafasan mulai berfungsi, nafas bayi menjadi dangkaldan tidak teratur, bervariasi 30-60 kali/menit.

1. Sistem Hematopoiesis

Volume darah bayi baru lahir bervariasi dari 80-110 ml/kg selama hari pertama dan meningkat dua kali lipat pada akhir tahun pertama. Nilai rata-rata hemoglobin dan sel darah merah lebih tinggi dari nilai normal orang dewasa. Hemoglobin bayi baru lahir berkisar antara 14,5-22,5 gr/dl, hematokrit bervariasi dari 44% sampai 72% dan SDM berkisar antara 5-7,5 juta/mm3. Leukosit janin dengan nilai hitungsel daerah putih sekitar 18.000/mm3, merupakan nilai normal saat bayi lahir.

1. Sitem Gastrointestinal

Bayi baru lahir yang cukup bulan mampu menelan, mencerna, memetabolisme, mengabsorbsi protein, karbohidrat sederhana dan mengemulsi lemak. Aktivitas peristaltik esofagus belum dikoordinasi pada awal kelahiran tapi dengan cepat akan menjadi pola yang terkoordinasi dan bayi akan mampu menelan dengan mudah. Bising usus bayi dapat didengar satu jam setelah kelahiran. Konsentrasi bakteri tertinggi terdapat dibagian bawah usus halus terutama di usus besar. Flora normal usus akan membantu sintesis vitamin K, asam folat dan biotin. Kapasitas lambung bervariasi dari 30-90 ml tergantung ukuran bayi, begitu juga untuk waktu pengosongan lambung, ini dapat dipengaruhi oleh waktu pemberian makanan, volume makanan jenis makanan, suhu makanan dan stress psikis.

1. Sistem Imunitas

Ig A yang melindungi membran, lenyap dari traktus napas, urinarius dan gastrointestinal kecuali jika bayi diberi ASI. Bayi yang menyusui mendapat kekebalan pasif dari kolostrum dan ASI. Tingkat proteksi bervariasi tergantung pada usia, kematangan bayi serta sistem imunitas yang dimiliki ibu.

1. Sistem Integumen

Stuktur kulit bayi sudah terbentuk dari sejak lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. Vernik kaseosa juga berfungsi sebagai lapisan pelindung kulit. Kulit bayi sangat sensitif dan dapat rusak dengan mudah. Bayi baru lahir yang cukup bulan memiliki kulit kemerahan yang akan memucat menjadi normal beberapa jam setelah kelahiran. Kulit sering terlihat bercak terutama sekitar ektremitas. Tangan dan kaki sedikit sianotik (Akrosianotik). Ini disebabkan oleh ketidakstabilan vosomotor. Stasis kapiler dan kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara dan bertahan selama 7-10 hari. Terutama jika terpajan pada udara dingin.

1. Sistem Termogenik

Produksi panas pada bayi baru lahir dapat dihasilkan oleh aktivitas metabolisme lemak cokelat. Lemak cokelat memilki vaskularisasi dan persarafan yang lebih kaya daripada lemak biasa sehingga aktivitas metabolisme lipid dalam lemak cokelat dapat menghangatkan bayi baru lahir dengan meningkatkan produksi panas sebesar 100%. Cadangan lemak cokelat biasanya bertahan beberapa minggu setelah bayi lahir dan

menurun dengan cepat jika terjadi stress dingin dan bayi tidak matur memiliki cadangan lemak cokelat yang lebih sedikit.

1. Sistem Reproduksi

Saat lahir ovarium bayi wanita berisi beribu-ribu sel germinal primitif yang akan berkurang sekitar 90% sejak bayi lahir sampai dewasa. Peningkatan kadar estrogen selama masa hamil yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir mengakibatkan pengeluaran bercak darah melalui vagina. Genetalia eksterna biasanya edematosa disertai hiperpigmentasi. Pada bayi prematur, klitoris menonjol dan labia mayora kecil dan terbuka.

Testis turun kedalam skrotum pada 90 % bayi baru lahir laki-laki. Prepusium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3-4 tahun. Sebagai respon terhadap estrogen ibu, ukuran genetalia bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat begitu juga pigmentasinya. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hidrokel sering terjadi dan akan mengecil tanpa pengobatan.

Pembengkakan payudara pada bayi baru lahir disebabkan oleh peningkatan estrogen selama masa kehamilan. Pada beberapa bayi baru lahir terlihat rabas encer (witch’s milk), ini tidak memiliki makna klinis, tidak perlu diobati, akan hilang seiring dengan penurunan hormon ibu dalam tubuh bayi.

* 1. Sistem Neuromuskular

Bayi baru lahir memiliki banyak reflek primitif. Saat reflek muncul dan menghilang menunjukkan kematangan dan perkembangan sistem syaraf yang baik.

Pengkajian Reflek Bayi Baru Lahir REFLEKS PADA MATA:

1. Berkedip atau Refleks korneal:

Respon prilaku yang diharapkan: Bayi berkedip pada pemunculan sinar terang yang tiba-tiba atau pada pendekatan objek ke arah kornea: harus menetap sepanjang hidup. Deviasi: Tidak ada kedipan tidak simetris simetris menunjukkan adanya kerusakan pada syaraf kranial II, IV dan V.

1. Pupil: Pupil kontriksi bila sinar terang diarahkan padanya: reflek ini harus ada sepanjang hidup.

Deviasi: Kontriksi tidak sama pupil dilatasi terfiksasi

1. Mata boneka: Ketika kepala digerakkan dengan perlahan ke kanan dan ke kiri, mata normalnya tidak bergerak: reflek ini harus hilang sesuai perkembangan.

Deviasi: Paralis abdusen asimetris REFLEKS PADA HIDUNG:

1. Bersin: Respon spontan saluran terhadap iritasi atau obstruksi: reflek ini harus menetap sepanjang hidup.

Deviasi: Tidak ada bersin atau bersin terus menerus

1. Glabela: Ketukan halus pada glabela (bagian dahi antara dua alis mata) menyebabakan mata menutup dengan rapat.

Deviasi: Tidak ada reflek

REFLEKS PADA MULUT DAN TENGGOROKAN

1. Menghisap: Bayi harus memulai gerakan menghisap kuat pada area sirkumolar sebagai respon terhadap rangsang: reflek ini harus tetap ada selama masa bayi, bahkan tanpa rangsangan sekalipun, seperti pada saat tidur.

Deviasi: Menghisap lemah atau tidak ada

1. Muntah: Stimulasi faring posterior oleh makanan, hisapan, atau masuknya selang harus menyebabkan refleksi muntah: reflek ini harus menetap sepanjang hidup Deviasi: Tidak adanya reflek muntah menunjukkan adanya kerusakan pada syaraf glosoferingeal
2. Rooting: Menyentuh atau menekan dagu sepanjang sisi mulut akan menyebabkan bayi membalikan kepala ke arah sisi tersebut dan mulai menghadap: harus hilang kira- kira pada usia 3-4 bulan, tetapi dapat menetap selama 12 bulan.

Deviasi: Tidak ada refleks, khususnya bila bayi tidak merasa kenyang

1. Ekstrusi:Bila lidah disentuh atau ditekan, bayi berespon dengan mendorongnya keluar: harus menghilang pada usia 4 bulan

Deviasi: Protrusi konstan dari lidah dapat menunjukkan sindrom down

1. Menguap: Respon spontan terhadap penurunan oksigen dengan meningkatkan jumlah udara inspirasi, harus menetap sepanjang hidup.

Deviasi: Tidak ada reflek

1. Batuk: Iritasi membran mukosa laring atau pohon trakeobronkial menyebabkan batuk: reflek ini harus tetap ada sepanjang hidup: biasanya ada setelah hari pertama kelahiran.

Deviasi: Tidak ada reflek

REFLEKS PADA EKSTREMITAS

1. Menggenggam: Sentuhan pada telapak tangan atau telapak kaki dekat dasar jari menyebabkan fleksi tangan dan jari kaki, genggaman telapak tangan harus berkurang setelah usia 3 bulan, digantikan dengan gerakan volunter, genggaman plantar berkurang pada usia 8 bulan.

Deviasi: Fleksi asimetris dapat menunjukkan paralisis

1. Babinski: Tekanan ditelapak kaki bagian luar ke arah atas dari tumit dan menyilang bantalan kaki menyebabkan jari kaki hiperekstensi dan halus dorsofleksi: reflek ini harus hilang setelah usia 1 tahun.

Deviasi: Menetap setelah usia 1 tahun menunjukkan lesi traktur piramidal

1. Klonus Pergelangan kaki: Dorsofleksi telapak kaki yang cepat ketika menopang lutut pada posisi fleksi parsial mengakibatkan munculnya satu sampai dua gerakan oskilasi (denyut). Akhirnya tidak boleh ada denyut yang teraba.

Deviasi: Beberapa denyutan

REFLEKS PADA MASSA/TUBUH

1. Moro: Denyutan atau perubahan tiba-tiba dalam ekuilibrium yang menyebabkan ekstensi dan abduksi ekstremitas tiba-tiba serta mengipaskan jari membentuk huruf “C” diikuti dengan fleksi lemah: bayi mungkin menangis: reflek ini harus hilang setelah usia 3-4 bulan, biasa paling kuat selama 2 bulan pertama

Deviasi: Menetapnya reflek moro 6 bulan terakhir dapat menunjukkan kerusakan otak reflek moro asimetris atau tidak ada dapat menunjukkan cedera pada fleksus brakial, klavikula, atau humerus.

1. Startle: Suara keras yang tiba-tiba menyebabkan abduksi lengan dengan fleksi siku: tangan tetap tergenggam: harus hilang pada usia 4 bulan.

Deviasi: Tidak adanya refleks ini menunjukkan kehilangan pendengaran

1. Perez: Saat bayi tertelungkup pada permukaan keras, ibu jari ditekan sepanjang medula spinalis dari sakrum ke leher: bayi berespon dengan menangis, memfleksikan ekstremitas dan meninggikan pelvis dan kepala: lordosis tulang belakang, serta dapat terjadi defekasi dan urinisasi, hilang pada usia 4-6 bulan.

Deviasi: Signifikasi hampir sama dengan reflek moro

1. Toknik leher asimetris (menengadah): Jika kepala bayi dimiringkan dengan cepat ke salah satu sisi, lengan dan kakinya akan berekstensi pada sisi tersebut dan lengan yang berlawanan dan kaki fleksi,harus hilang pada usia 3-4 bulan, untuk digantikan dengan posisi simetris dari kedua sisi tubuh.

Deviasi: Tidak adanya atau menetapnya reflek ini menunjukkan kerusakan sistem syaraf.

1. Neck-rigthting: Jika bayi terlentang, kepala dipalingkan ke satu sisi: bahu dan batang tubuh membalik ke arah tersebut, diikuti dengan pelvis: menghilang pada usia 10 bulan

Deviasi: Tidak ada: signifikansinya hampir sama dengan reflek tonik pada leher asimetris

1. Otolith-rigthing: Jika badan bayi yang tegak ditengadahkan, kepala kembali tegak, posisi tegak.

Deviasi: Tidak ada:signifikansinya hampir sama dengan tonikleher asimetris

1. Inkurvasi batang tubuh (Galant): Sentuhan pada punggung bayi sepanjang tulang belakang menyebabkan panggul bergerak ke arah sisi yang distimulasi: refleks ini harus hilang pada usia 4 minggu.

Deviasi: Tidak adanya refleks ini menunjukkan lesi medula spinalis.

1. Menari atau melangkah: Jika bayi dipegang sedemikian rupa hingga telapak kaki menyentuh permukaan keras, akan ada fleksi dan ekstensi resiprokal dari kaki, menstimulasi berjalan: harus hilang setelah usia 3-4 minggu, digantikan oleh gerakan yang dikehendaki.

Deviasi: Langkah tidak simetris

1. Merangkak: Bayi bila ditempatkan pada abdomennya (tertelungkup), membuat gerakan merangkak dengan tangan dan kaki: harus hilang kira-kira pada usia 6 minggu.

Deviasi: Gerakan tidak simetris

1. Placing: Bila bayi dipegang tegak dibawah lengannya dan sisi dorsal telapak kaki dengan tiba-tiba ditempatkan diatas objek keras, seperti meja, kaki mengangkat seolah-olah telapak melangkah diatas meja, usia hilangnya refleks ini bervariasi Deviasi: Tidak ada reflek

Pengkajian fisik bayi baru lahir

1. Posture
   1. Inspeksi

Bayi baru lahir akan memperlihatkan posisi didalam rahim selama beberapa hari

* 1. Riwayat persalinan

Tekanan saat dalam rahim pada anggota gerak atau bahu dapat menyebabkan ketidaksimetrisan wajah untuk sementara atau menimbulkan tahanan saat ekstremitas akstensi.

1. Tanda-tanda vital
2. Suhu: aksila 36,5-37°C, suhu stabil setelah 8-10 jam kelahiran
3. Frekuensi Jantung: 120-140 denyut/menit, bisa tidak teratur untuk periode singkat, terutama setelah menangis
4. Pernafasan: 30-60 kali/menit
5. Tekanan Darah:

 78/42mmHg

 Pada waktu lahir, sistolik 60-80mmHg dan diastolik 40-50mmHg

 Setelah 10 hari, sistolik 95-100mmHg dan diastolik sedikit meningkat

 Tekanan darah bayi baru lahir bervariasi seiring perubahan tingkat aktivitas (terjaga,menangis atau tidur )

1. Pengukuran umum
   1. Berat: berat badan lahir 2500-4000gr
   2. Panjang badan: dari kepala sampai tumit 45-55cm
   3. Lingkar kepala: diukur pada bagian yang terbesar yaitu oksipito-frontalis 33-35cm
   4. Lingkar dada: mengukur pada garis buah dada, sekitar 30-33cm
   5. Lingkar abdomen: mengukur di bawah umbilikalis, ukuran sama dengan lingkaran dada.
2. Integumen
3. Warna: biasanya merah muda, ikterik fisiologis dialami oleh 50% bayi cukup bulan dan hiperpigmentasi pada areola, genetalia dan linia nigra. Perubahan warna normal seperti akrosianosis-sianosis tangan dan kaki dan kurtis marmorata- motting sementara ketika bayi terpapar suhu rendah.
4. Kondisi: hari kedua sampai ketiga, mengelupas, kering. Tidak terdapat edema kulit, beberapa pembuluh darah terlihat jelas di abdomen. Vernik kaseosa, putih seperti keju, tidak berbau dengan jumlah dan tempat yang bervariasi, Lanugo di daerah bahu, pinna, telinga dan dahi dengan jumlah yang bervariasi
5. Turgor kulit: dengan mencubit kulit bagian daerah perut dan paha bagian dalam, turgor kulit baik saat kulit segera kembali kekeadaan semula setelah cubitan dilepas. Indikator terbaik untuk dehidrasi adalah kehilangan berat badan pada bayi baru lahir kehilangan 10% BB setelah lahir adalah normal.
6. Kepala
7. Kulit kepala: rambut keperakan, helai rambut satu-satu, jumlah bervariasi. Kadang terdapat kaput suksedaneum: bisa memperlihatkan adanya ekimosis
8. Bentuk dan ukuran: ukuran kepala bayi baru lahir seperempat panjang tubuh, kadang sedikit tidak simetris akibat posisi dalam rahim.
9. Fontanel: fontanel anterior bentuk berlian, 2-5 sampai 4,0 cm. Fontanel posterior bentuk segitiga 0,5 sampai 1 cm. Fontanel harus datar, lunak dan padat.
10. Sutura: teraba dan tidak menyatu
11. Mata
12. Letak: pada wajah dengan jarak antar mata masing-masing 1/3 jarak dari bagian luar kantus ke bagian luar kantus yang lain.
13. Bentuk dan ukuran: ukuran dan bentuk simetris, kedua bola mata ukuran sama, refleks kornea sebagai respons terhadap sentuhan, refleks pupil sebagai respo terhadap cahaya, reflek berkedip sebagai respon terhadap cahaya atau sentuhan. Gerakan bola mata acak, dapat fokus sebentar, dan dapat melihat kearah garis tengah.
14. Hidung

Berada di garis tengah wajah, tampak tidak ada tulang hidung, datar, lebar, terdapat sedikit mucus tetapi tidak ada lender yang keluar. Kadang bersin untuk membersihkan hidung.

1. Telinga

Terletak pada garis sepanjang kantus luar, terdiri dari tulang rawan padat, berespon terhadap suara dan bayi.

1. Mulut

Gerakan bibir simetris , gusi berwarna merah muda, palatum lunak dan palatum keras utuh, uvula digaris tengah, terdapat reflek menghisap, rooting dan ekstrusi.

1. Leher

Leher pendek, dikelilingi lipatan kulit dan tidak terdapat selaput. Kepala terdapat digaris tengah. Muskulus strenokleidomastoideus sama kuat dan tidak teraba massa, bebas bergerak dari satu sisi ke sisi lain, terdapat reflek leher tonik, reflek neck- righting dan reflek orolith-ligthing.

1. Dada

Bentuk hampir bulat (sperti tong), gerakan dada simetris, gerakan dada dan perut sinkron dengan pernapasan. Putting susu menonjol dan simetris, nodul payudara sekitar 6 mm pada bayi cukup bulan.

1. Abdomen

Bentuk abdomen bulat, menonjol, hati teraba 1-2 cm di bawah batas iga kanan. Tidak teraba massa, tidak distensi. Bising usus terdengar 1-2 jam setelah lahir, mekonium keluar 24-28 jam setelah lahir. Batas antara tali pusat dan kulit jelas, tidak terdapat usus halus didalamnya, tali pusat kering didasar dan tidak berbau.

1. Genetalia
2. Wanita: labia dan klitoris biasanya edema, labia minora lebih besar dari labia mayora, meatus uretral di belakang klitoris, vernika kaseosa di antara labia, berkemih dalam 24 jam.
3. Laki-laki: lubang uretra pada puncak glen penis, testis dapat diraba di dalam setiap skrotum, skrotum biasanya besar, edema, pendulus, dan tertutup dengan rugae, biasanya pigmentasi lebih gelap pada kulit kelompok etnik. Smegma dan berkemih dalm 24 jam
4. Periksa anus ada atau tidak menggunakan termometer anus
5. Ekstremitas

Mempertahankan posisi seperti dalam rahim. Sepuluh jari tangan dan jari kaki, rentang gerak penuh, punggung kuku merah muda, dengan sianosis sementara segera stelah lahir. Fleksi ekstremitas atas dan bawah. Telapak biasanya datar, Ekstremitas simetris, Tonus otot sama secara bilateral, Nadi brakialis bilateral sama.

EVALUASI APGAR PADA BAYI BARU LAHIR No. TANDA 0 1 3

1. Frekuensi jantung Tidak ada Dibawah 100 Diatas 100
2. Upaya pernapasan Tidak ada Lambat, tidak teratur Baik, menangis
3. Tonus otot Lemah Beberapa fleksi tungkai Gerakan aktif
4. Respon terhadap kateter dalam lubang hidung (diuji sesudah osofaring bersih) Tidak ada respon Menyeringai Batuk atau bersin
5. Warna Biru,pucat Tubuh merah muda,tungkai biru Seluruhnya merah muda

Asfiksia : Bayi tidak dapat segera bernapas spontan dan teratur setelah lahir.

Asfiksia berat : Apgar skor = 0-3 Asfiksia ringan: Apgar skor =4-6

Penatalaksanaan

* 1. mengeringkan dengan segera dan membungkus bayi dengan kain yang cukup hangat untuk mencegah hipotermi.
  2. Menghisap lendir untuk membersihkan jalan nafas sesuai kondisi dan kebutuhan.
  3. Memotong dan mengikat tali pusat, memberi ntiseptik sesuai ketentuan setempat.
  4. Bonding Attacment (kontak kulit dini) dan segera ditetekan pada ibunya.
  5. Menilai apgar menit pertama dan menit kelima
  6. Memberi identitas bayi: Pengecapan telapak kaki bayi dan ibu jari ibu, pemasangan gelang nama sesuai ketentuan setempat
  7. Mengukur suhu, pernafasan, denyut nadi.
  8. Memandikan/membersihkan badan bayi, kalau suhu sudah stabil (bisa tunggu sampai enam jam setelah lahir)
  9. Menetesi obat mata bayi untuk mencegah opthalmia – neonatorum.
  10. Pemerikksaan fisik dan antropometri.
  11. Pemberian vitamin K oral/parenteral sesuai kebijakan setempat.
  12. Rooming in (rawat gabung): penuh atau partial.

Diagnosa keperawatan dan intervensi pada bayi baru lahir

1. Tidak efektif bersihan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan, posisi tidak tepat

Intervensi keperawatan

1. Hisap mulut dan naso faring dengan spuit bulb sesuai kebutuhan
2. Tekan bulb sebelum memasukkan dan mengaspirasi faring, kemudian hidung untuk mencegah aspirasi cairan
3. Dengan alat penghisap mekanis, batasi setiap upaya penghisapan sampai lima detik dengan waktu yang cukup antara upaya tersebut memungkinkan reoksigenisasi
4. Posisikan bayi miring ke kanan setelah memberikan makan untuk mencegah aspirasi
5. Posisikan bayi telungkup atau miring selama tidur
6. Lakukan sedikit mungkin prosedur pada bayi selama jam pertama dan sediakan oksigen untuk digunakan bila terjadi distress pernapasan
7. Ukur tanda vital sesuai kebijakan institusional dan lebih sering bila perlu. Observasi adanya tanda-tanda distres pernapasan dan laporkan adanya hal berikut dengan segera: tacipnea, mengorok, stridor, bunyi napas abnormal, pernapasan cuping hidung, sianosis.
8. Pertahankan popok, pakaian dan selimut cukup longgar untuk memungkinkan ekspansi paru maksimum (abdomen) dan untuk menghindari terlalu panas
9. Bersihkan lubang hidung dari sekresi kering selama mandi atau bila perlu.
10. Periksa kepatenan lubang hidung.

2. Resiko tinggi perubahan suhu tubuh berhubungan dengan kontrol suhu yang imatur, perubahan suhu lingkungan.

Intervensi keperawatan:

1. Selimuti bayi dengan rapat dalam selimut hangat
2. Tempatkan bayi dalam lingkungan yang dihangatkan sebelumnya di bawah penghangat radian atau di dekat ibu
3. Tempatkan bayi pada permukaan yang diberi bantalan dan penutup
4. Ukur suhu bayi pada saat tiba di tempat perawatan atau kamar ibu: lakukan sesuai kebijakan rumah sakit mengenai metode dan frekuensi pemantauan
5. Pertahankan temperatur ruangan antara 24°C-25,5°C dan kelembaban sekitar 40% sampai 50%
6. Berikan mandi awal sesuai kebijakan rumah sakit, cegah menggigil pada bayi sebelum mandi dan tunda mandi bila ada pertanyaan mengenai stabilisasi suhu tubuh
7. Beri pakaian dan popok pada bayi dan bedong dalam selimut
8. Berikan penutup kepala pada bayi bila kehilangan panas menjadi masalah karena area permukaan besar dari kepala memungkinkan terjadinya kehilangan panas
9. Buka hanya satu area tubuh untuk memeriksa atau prosedur
10. Waspada terhadap tanda hipotermia atau hipertermia.

3. Resiko tinggi infeksi atau inflamasi berhubungan dengan kurangnya pertahanan imunologis, faktor lingkungan, penyakit ibu

Intervensi keperawatan:

1. Cuci tangan sebelum dan setelah merawat setiap bayi
2. Pakai sarung tangan ketika kontak dengan sekresi tubuh
3. Periksa mata setiap hari untuk melihat adanya tanda-tanda inflamasi
4. Jaga bayi dari sumber potensial infeksi
5. Bersihkan vulva pada arah posterior untuk mencegah kontaminasi fecal terhadap vagina atau uretra

4. Resiko tinggi trauma berhubungan dengan ketidakberdayaan fisik Intervensi keperawatan:

1. Hindari penggunaan termometer rektal karena resiko perforasi rektal
2. Jangan pernah meninggalkan bayi tanpa pengawasan di atas permukaan tinggi tanpa pagar
3. Jaga agar objek tajam atau runcing berada jauh dari tubuh bayi
4. Jaga agar kuku jari sendiri tetap pendek dan tumpul, hindari perhiasan yang dapat melukai bayi
5. Lakukan metode yang tepat dalam penanganan dan pemindahan bayi

5. Resiko tinggi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturas, kurangnya pengetahuan orang tua

Intervensi keperawatan:

1. Kaji kekuatan menghisap dan koordinasi dengan menelan untuk mengidentifikasi kemungkinan masalah yang mempengaruhi makan
2. Berikan masukan awal sesuai keinginan orang tua, kebijakan RS dan protokol praktisi
3. Siapkan untuk pemberian makan yang dibutuhkan dari bayi yang minum ASI, pemberian makan malam ditentukan oleh kondisi dan keinginan ibu
4. Berikan yang makan dengan botol 2-3 formula setiap 3-4 jam atau sesuai kebutuhan
5. Dukung dan bantu ibu menyusui selama pemberian makan awal dan lebih sering bila perlu
6. Hindari pemberian makan suplemen atau air rutin untuk bayi yang minum ASI
7. Dorong ayah atau orang tua pendukung lain untuk tetap bersama ibu untuk membantu ibu dan bayi dalam merubah posisi, relaksasi dll
8. Dorong ayah atau orang pendukung lain untuk berpartisipasi dalam pemberian makan dengan botol
9. Tempatkan bayi miring ke kanan setelah makan untuk mencegah aspirasi
10. Observasi pola feces

6. Perubahan proses keluarga berhubungan dengan krisis maturasi, kelahiran bayi cukup bulan, perubahan dalam unit keluarga

Intervensi

1. Segera mungkin setelah kelahiran dorong orang tua untuk melihat dan menggendong bayi, tempatkan bayi baru lahir dekat ke wajah orang tua untuk menciptakan kontak sosial
2. Idealnya lakukan perawatn mata setelah pertemuan awal bayi dengan orang tua, dalam 1 jam setelah kelahiran bila bayi terjaga dan paling mungkin untuk berhubungan secara visual dengan orang tua
3. Identifikasikan untuk orang tua prilaku khusus yang ditunjukkan pada bayi (mis:

kesadaran, kemampuan untuk melihat, penghisapan yang kuat, rooting dan perhatiakn pada suara manusia)

1. Izinkan saudara kandung untuk berkunjung dan menyentuh bayi baru lahir bila mungkin
2. Jelaskan perbedaan fisik pada bayi baru lahir, seperti kepala botak, potongan tali pusat dan klemny dll
3. Jelaskan pada saudara kandung harapan realistis mengenai kemampuan pada bayi baru lahir contoh: memerlukan perawatan komplit, bukan teman bermain
4. Dorong saudara kandung untuk berpartisipasi dalam perawatan dirumah agar mereka merasa menjadi bagian dari pengalaman
5. Dorong orang tua untuk menghabiskan waktu dengan anak-anaknya yang lain dirumah untuk mengurangi perasaan cemburu terhadap saudara baru

Implikasi Keperawatan

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pada bayi lahir normal umumnya tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium, namun kadang-kadang dengan dengan riwayat kehamilan dan kondisi tertentu perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi tertentu perlu dilakukan pemeriksaan sesuai indikasi dan kebijakan setempat antara lain:

1. Gula darah sewaktu untuk mendeteksi secara dini adanya hipoglikemia pada bayi dengan kondisi tertentu.

Diagnosa keperawatan:

Beresiko gangguan neurologi berhubungan dengan hipoglikemia.

Hasil yang diharapkan, hipoglikemia terdeteksi secara dini dan teratasi sehingga tidak terjadi kerusakan / gangguan neurologik.

Intervensi keperawatan:

1. Tingkatkan termoregulasi untuk memenuhi kebutuhan glukosa.
2. Observasi ketat kondisi umum bayi
3. Beri minum dan pengobatan segera sesuai kondisi bayi.
4. Bilirubin direk dan indirek, golongan darah A B O dan rhesus faktor, Hb, Ht, leko dan trombosit, untuk yang ada indikasi.

Diagnosa keperawatan:

* 1. Potensial infeksi sehubungan dengan adanya perlukan pada kulit. Intervensi keperawatan:
* Melakukan tindakan dengan memenuhi standar aseptik dan antiseptik
* Menjaga kebersihan kulit bayi
* Mengobservasi dan mencatat dengan baik sebelum dan sesudah merawat setiap bayi
  1. Cemas (orang tua) berhubungan dengan prosedur pemeriksaan laboratorium pada bayi.
* Kaji pengetahuan dan kekhawatiran orang tua tentang perlunya pemeriksaan laboratorium.
* Beri penjelasan dengan bahasa yang mudah diterima orang tua tentang perlunya dan prosedur pemeriksaan.
* Informasikan hasil pemikiran kepada orang tua secepat mungkin
* Beri pendampingan dan dukungan sesuai kebutuhan

b. Obat-obatan

* + 1. Vitamin K Vitamin K penting untuk mempertahankan mekanisme pembekuan darah yang normal.pada bayi yang baru lahir, karena usus yang amsih steril, bayi belum mampu membentuk vitamin K nya sendiri untuk beberapa hari pertama, begitu juga bagi bayi yang mendapat ASI secara eksklusive juga beresiko mengalami kekurangan vitamin K Fakta menunjukan cukup banyak bayi baru lahir mengalami pendarahan terutama di otak dan saluran cerna, oleh karena itu bayi perlu diberi vitamin K sebagai

tindakan pencegahan terhadap pendarahan.

Vitamin K yang diberikan yaitu vitamin K1 (phytonadione) untuk meningkatkan pembentukan promthrombin. Pemberiannya biasa secara parental, 0,5 – 1 mg i.m dengan dosis satu kali segera setelah lahir (sebelum 24 jam). Pemberian vitamin K1 bisa juga secara oral denagan ketentuan 2 mg apabila berat badan lahir lebih dari 2500 gram segera setelah lahir dan diulangi dengan dosis yang sama (2 mg) pada hari keempat. Bila berat badan lahir kurang dari 2500 gram, dosis yang dianjurkan adalah 1 mg dengan cara pemberian yang sama yaitu hari pertama dan ke empat setelah lahir.

Diagnosa keperawatan:

Beresiko aspirasi berhubungan dengan muntah setlah pemberian obat. Intervensi keperawatan:

1. Beritahu orang tua (ibu) tentang kebijakan pemberian obat vitamin K1
2. Beri obat secara hati-hati agar tidak tersedak
3. Bayi ditidurkan pada posisi miring (side position) setelah minum
4. Observasi bayi secara rutin
5. Pada pemberian oral, ingatkan pada ibu perlu dosis ulangan pada hari keempat
   * 1. Tetes / zalf mata Pada bayi baru lahir yang normal, walaupun belum terdeteksi adanya masalah, kadang-kadang perlu juga memberikan obat-obatan tertentu sebagai tidakan pencegahan yang rutin. Obat profilaksis yang rutin diberikan adalah:
6. Vitamin K
7. Tetes / zalf mata

Pada bayi baru lahir secara rutin diberikan tetes mata nitrat perak 1% atau eritromycin tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum.

Pada situasi tidak tersedianya nitrat perak 1% atau erytromycin dapat diberikan obat tetes / zalf mata dari jenis antibiotika lain, misalnya garamicin. Terramicin, kemicetin atau tetracilin tetes /zalf mata diberikan pada kedua belah mata, obat diteteskan pada bagian dalam dari konjungtiva kelopak bawah mata. Dosis umumnya masing-masing mata satu tetes.

Intervensi keperawatan:

* 1. Jaga kebersihan mata bayi
  2. Cuci tangan secara rutin sebelum dan sesudah merawat bayi.
  3. Pastikan obat yang dipakai tepat konsentrasinya dan dalam kondisi baik
  4. Beri tetes / zalf mata setelah bayi kontak pertama dengan ibu, karena terutama zalf mata dianggap dapat menghambat proses bonding dan attachment karena mengaburkan pandangan bayi (menghalangi eye contact)
  5. Observasi tanda-tanda inveksi mata atau reaksi alergi
  6. Dokumentasikan semua dengan singkat dan tepat.

Perawatan setelah bayi pulang kerumah: Beri pengetahuan kepada keluarga:

1. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI minimal 2 atau 3 jam sekali,namun jika bayi memerlukan lebih dari itu maka sebaiknya disesuaikan dengan kebutuhan bayi.
2. Anjurkan pada keluarga untuk menjemur bayi 5 sampai 10 menit tiap pagi hari.
3. Anjurkan kepada keluarga untuk selalu merawat tali pusat selama tali pusat belum lepas.
4. Anjurkan keluarga untuk selalu memandikan bayi atau selalu memperhatikan kebersihan bayi.
5. Anjurkan keluarga untuk selalu memberikan imunisasi kepada anak mereka.

# TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum keperawatan Maternitas, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 4 (WAKTU : 7 x 170 menit)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM**

Oleh :

Sumirah Budi Pertami, S.Kp., M.Kep.

# LANDASAN TEORI

1. **Definisi Nifas**

Puerpurium ialah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu.

Masa Nifas (puerpurium) dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampain dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Periode pascapersalinan meliputi masa transisi kritis bagi ibu, bayi, dan keluarganya secara fisiologis, emosional dan sosial. (Sumber : Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta : PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo)

# Perubahan Fisiologis Masa Nifas

* 1. Perubahan Sistem Reproduksi
     1. Uterus
        1. Pengerutan Rahim (*involusi*)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU nya.

* + - * + Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
        + Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat.
        + Pada 1 minggu postpartum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
        + Pada 2 minggu postpartum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
        + Pada 6 minggu postpartum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.

Perubahan ini berhubungan erat dengan perubahan *miometrium* yang bersifat

*proteolisis*.

* + - 1. Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea

mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea mempunyai reaksi basa/ alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi.

Lokhea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1. Lokhea rubra/ merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa- sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

1. Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai ke-7 postpartum.

1. Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai ke-14.

1. Lokhea alba/ putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

* + - 1. Perubahan pada serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks adalah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan

kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil.

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara berlahan dan bertahap.setelah bayi lahir, tangan dapat masuk kedalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 postpartum serviks sudah menutup kembali.

1. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara *labia* menjadi lebih menonjol.

Pada mas nifas, biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara *perpriman* (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi. Infeksi mungkin menyebabkan *sellulitis* yang dapat menjalar sampai terjadi *sepsis*.

1. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

* 1. Perubahan Sistem Pencernaan

Ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh.

Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang meneybabkan kurang nafsu makan.

* 1. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat *spasme sfinkter* dan *edema* leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam postpartum. Kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “dieresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

Dinding kandung kemih memperlihatkan *odem* dan *hyperemia*, kadang-kadang *odem trigonum* yang menimbulkan *alostaksi* dari uretra sehingga menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitive dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15 cc). dalam hal ini, sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi.

* 1. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendor. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligamentum, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendor. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Sebagai akibat putusnya serat-serat elastic kuit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendor untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu. Pada 2 hari postpartum, sudah dapat fisioterapi.

* 1. Perubahan Tanda Vital

1. Suhu Badan

Dalam 1 hari (24 jam) postpartum, suhu badan akan naik sedikit (37,50 – 380) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa. Biasanya, pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium (*mastitis, tractus genitalis,* atau system lain).

1. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dari hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

1. Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum dapat menandakan terjadinya pre eklampsia postpartum.

1. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan.

(Sumber : Sulistiyawati, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*.

Yogyakarta: ANDI Offset)

# Definisi Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan bidan pada masa nifas sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Di dalam standar kompetensi bidan dijelaskan bahwa bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat. (Kemenkes RI. Standar Kompetensi Bidan. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2007)

Asuhan masa nifas difokuskan pada upaya pencegahan infeksi dan menuntut bidan untuk memberikan asuhan kebidanan tingkat tinggi. (Alexander J, Roth C, Levy

V. Praktik kebidanan: riset dan isu. Alih bahasa Devi Yulianti. Jakarta: EGC; 2007)

1. Tujuan asuhan masa nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu bertujuan untuk :

1. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi
2. Pencegahan, diagnosis dini dan pengobatan komplikasi pada ibu
3. Merujuk ibu ke tenaga ahli bilamana perlu
4. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga
5. Imunisasi ibu terhadap tetanus
6. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.
7. Peran dan tanggung jawab bidan dalam asuhan masa nifas Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas, antara lain :
8. Teman terdekat sekaligus pendamping ibu nifas dalam menghadapai saat-saat kritis masa nifas
9. Pendidikan dalam usaha pemberian pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga
10. Pelaksana asuhan kepada kepada pasien dalam hal tindakan perawatan, pemantauan, penanganan masalah, rujukan dan deteksi dini komplikasi masa nifas
11. Pada asuhan masa nifas secara spesifik bidan mempunyai tanggung jawab sebagai berikut :
12. Melakukan evaluasi kontinu dan penatalaksanaan perawatan kesejahteraan wanita
13. Memberikan bantuan pemulihan dari ketidaknyamanan fisik
14. Memberikan bantuan dalam menyusui
15. Memfasilitasi pelaksanaan peran sebagai orang tua
16. Melakukan pengkajian bayi selama kunjungan rumah
17. Memberikan pedoman antisipasi dan instruksi
18. Melakukan penapisan kontinu untuk komplikasi *puerperium*

Materi asuhan kebidanan masa nifas terdiri dari pemantauan, pemeriksaan antara lain mengukur suhu tubuh dan denyut nadi wanita, mencatat tekanan darah, memeriksa payudara, mengkaji *involusi uteri*, memantau *lokia* dan jka perlu memeriksa perineum wanita tersebut. Salah satu sasaran yang ingin dicapai dari pemantauan dan pemeriksaan kebidanan adalah mendeteksi masalah kesehatan postpartum.

# Ketidaknyamanan Fisik Dalam Masa Nifas

Terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas. Meskipun dianggap normal, ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distres fisik yang bermakna.

(Sumber: Varney H, Kriebs Jan M, Gegor LC. 2008. *Buku ajar asuhan kebidanan edisi 4 (2).* Jakarta: EGC)

1. Nyeri setelah melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan *tonus* otot *uterus* secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita *primipara* yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi *oksitosin* oleh *hipofise posterior*. Pelepasan *oksitosin* tidak hanya memicu *refleks let down* (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika *uterus* tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi *uterus* ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi *uterus* lebih nyeri.

1. Keringat berlebih

Wanita *postpartum* mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan *interstisial* yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan *intraselular* selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

1. Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan *vaskularitas* dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan *kongesti* lebih lanjut karena stasis *limfatik* dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

1. Nyeri *perineum*

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat *laserasi* atau luka *episiotomi* dan jahitan *laserasi* atau *episiotomi* tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa *perineum* untuk menyingkirkan komplikasi seperti *hematoma*. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

1. Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi *bowel* jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan *bowel* pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya *abdomen* dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan *perineum* derajat tiga atau empat.

1. Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan.

# Program Dan Kebijakan Teknis Untuk Pemeriksaan Fisik Pada Masa Nifas

Kunjungan rumah pada masa nifas dilakukan sebagai suatu tindakan untuk pemeriksaan postpartum lanjutan. Kunjungan rumah direncanakan untuk bekerjasama dengan keluarga dan dijadwalkan berdasarkan kebutuhan. Pada program terdahulu, kunjungan bisa dilakukan sejak 24 jam setelah pulang. Jarang sekali suatu kunjungan rumah ditunda sampai hari ketiga setelah pulang ke rumah.

Kunjungan berikutnya direncanakan sepanjang minggu pertama jika diperlukan. Kunjungan masa nifas dilakukan sedikitnya empat kali untuk menilai status ibu dan status bayi baru lahir juga mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Berdasarkan program dan kebijakan teknis kunjungan nifas minimal dilakukan sebanyak empat kali untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Jadwal kunjungan tersebut adalah sebagai berikut :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kunjungan | Waktu | Tujuan |
| Pertama | 6-8jam persalinan | 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri* 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain, perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri* 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hipotermi* |
| Kedua | 6 hari setelah persalinan | 1. Memastikan *involusi uterus* berjalan normal, uterus berkontraksi, *fundus* di bawah *umbilikus*, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada   bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari |
| Ketiga | 2 minggu setelah persalinan  bayi sehari-hari | 1. Memastikan *involusi uterus* berjalan normal, uterus berkontraksi, *fundus* di bawah umbilkus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan |
| Keempat | 6 minggu setelah persalinan | 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya 2. Memberikan konseling Keluarga berencana secara dini 3. Menganjurkan ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi. |

# Pelaksanaan Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh ibu nifas dengan mengumpulkan data objektif dilakukan pemeriksaan terhadap pasien. Pemeriksaan fisik ibu post partum sangat penting dilakukan untuk dapat mendeteksi keadaan ibu apakah normal ataukah terdapat abnormalitas yang disebabkan oleh proses persalinan.

(Sumber : http//wordpress.com/novitasari310.htm. diakses pada tanggal 02 Oktober 2014 pukul 12.00)

Pemeriksaan fisik dilakukan pada hari ke-2 sampai hari ke-6 dan minggu ke-2 sampai minggu ke-6 pascapersalinan :

1. Melakukan pemeriksaan tanda vital
2. Melakukan pemeriksaan payudara. Pemeriksaan apakah terdapat benjolan dan pembesaran kelenjar atau abses, serta keadaan puting
3. Melakukan pemeriksaan abdomen
   1. Melihat apakah ada luka operasi
   2. Lakukan palpasi apakah ada uterus di atas pubis atau tidak
   3. Lakukan palpasi untuk mendeteksi masa dan nyeri tekan
   4. Lakukan pemeriksaan kandung kemih
4. Melakukan pemeriksaan kaki apakah ada varises, warna kemerahan pada betis, dan edema
5. Melakukan pemeriksaan genetalia, lokia, dan perineum

(Sumber : Bahiyatun. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta. EGC. Hal: 107)

Pemeriksaan fisik postnatal biasanya dilakukan 6 minggu sesudah melahirkan.

Hasilnya harus berupa :

1. Uterus tidak teraba lewat abdomen
2. Pada pemeriksaan per vaginam, uterus sudah mengalami involusi dan kembali kepada ukuran tidak hamil
3. Serviks sudah sembuh
4. Rugea vaginalis sudah timbul kembali dan tidak terdapat prolapsus atau kelemahan dinding vagina
5. Vulva tidak membuka secara berlebihan
6. Perineum tampak kencang dan luka episiotomi atau robekan sudah sembuh
7. Gejala jasmani atau rohani yang abnormal atai tidak lazim akibat pemeriksaan tidak terdapat
8. Tonus otot pada dasar panggul tampak memuaskan yang dibuktikan dengan cara memijit otot levatoe ani
9. Perdarahan dari vagina sudah terhenti , kecuali jika haid sudah dimulai kembali. (Sumber : Helen Farrer, 1999. *Keperawatan maternitas edisi 2*. Jakarta. EGC. Hal: 227)

Adapun langkah-langkah pemeriksaan fisik postpartum dengan cara dapat dilakukan sebagai berikut :

# Persiapan alat

* 1. Spigmomanometer
  2. Stetoskop
  3. Thermometer
  4. Reflex hammer
  5. Satu pasang sarung tangan
  6. Kapas sublimat pada tempatnya
  7. 1 buah bengkok
  8. 1 buah alat karet (bila perlu)

# Langkah-Langkah Pemeriksaan Fisik

* 1. Cuci tangan
  2. Tanyakan keluhan ibu : anjurkan ibu untuk buang air kecil terlebih dahulu.
  3. Periksa tanda-tanda vital
  4. Perhatikan keadaan umum ibu



* 1. Pemeriksaan fisik *head to toe* :
     + Daerah kepala termasuk wajah



* + - Leher



* + - Daerah dada :
      * Auskultasi : cor-pulmonale (jantung-paru)
      * Inspeksi : kebersihan, letak payudara, ada tidak pembengkakan, hiperpigmentasi, dan hipervaskularisasi, integritas kulit, putting menonjol atau rata atau masuk.
      * Palpasi : ada pembengkakan, benjolan, tenderness pada payudara, ada pembengkakan atau tidak pada kelenjar limfe di aksila.
      * Stimulasi ASI : periksa apakah ASI (+) dengan menekan daerah areola kearah putting. Perhatikan jumlah dan jenis ASI
    - Daerah abdomen :
      * Inspeksi : bentuk pertu (buncit atau rata), integritas kulit, strial, kebersihan
      * Auskultasi : bising usus
      * Perkusi : ada tidak kembung
      * Palpasi : keadaan tonus otot, uterus : tinggi fundus uterus (ukur dengan jari), posisi uterus, kontraksi, kandung kemih : kosong atau penuh.
    - Daerah genitalia :
      * Atur posisi ibu, minta ibu membuka pakaian dalam
      * Gunakan sarung tangan. Lakukan vulva hygiene bila perlu dengan posisi lithotomi
      * Inspeksi daerah perineum : ada tidaknya edema pada vulva, kebersihannya
      * Periksa pengluaran lokia : jenis, jumlah, konsistensi dan bau
      * Validasi bentuk luka episiotomy, periksa adanya REEDA (Redness, Echymosis, Edema, Discharge, Approximate) pada luka episiotomy
    - Bagian ekstremitas :
      * Inspeksi ; bentuk kaki, kebersihan, integritas kulit, ada tidak varises
      * Palpasi : ada tidak edema, tanda homan atau kelembaban betis dengan cara : ulurkan kaki, tahan lutut ibu dengan tangan kiri bidan atau perawat, tangan kanan pemeriksa melakukan gerakan dorsofleksi kaki ibu, tanda homan (+) bila terasa nyeri
  1. Rapikan pakain dan posisi ibu
  2. Cuci tangan
  3. Jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu
  4. Catat semua hasil pemeriksaan
  5. Lakukan penyuluhan kesehatan yang relevan dengan kondisi ibu.

(Sumber : Maryunani, Anik. 2009. *Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas (Postpartum)*. Jakarta: Trans Info Media)

# PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL

* 1. Pengukuran Suhu

Suhu badan inpartu tidak lebih dari 37,2oC, sesudah partus dapat naik ± 0,5oC dari keadaan normal. Tetapi tidak melebihi 38oC, sesudah 12 jam pertama melahirkan, umumnya suhu badan lebih dari 38oC (mungkin ada infeksi).

# Pengukuran suhu ada beberapa metode antara lain:

Metode axilla :

Cek kebutuhan pasien; jelaskan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan pada pasien; perawat/bidan cuci tangan; menyiapkan alat-alat yang diperlukan; menyiapkan posisi pasien (bisa duduk/tidur bila perlu buka baju pasien); ketiak pasien dibersihkan sampai kering dengan selstop atau bajunya dengan cara menekan-nekan pada ketiak; Thermometer di periksa apakah air raksa telah turun atau belum; jepitkan ujung thermometer pada ketiak pasien (reservoir tepat di tengah-tengah ketiak); lengan pasien yang ada thermometer di tekankan pada dada dan dengan tangannya memegang bahu sendiri.

Sambil menunggu 5-10 menit dilakukan perhitungan denyut nadi dan pernapasan; setelah 5-10 menit, thermometer diangkat kemudian dilap dengan selstop (dari pangkal yang bersih ke pangkal yang kotor) dengan gerakan rotasi memutar dan di baca (diletakkan horizontal setinggi mata); hasilnya dicatat dibuku suhu; Thermometer dibersihkan dengan cara mencelupkan thermometer kedalam larutan air sabun kemudian masukkan thermometer kedalam larutan lysol selama ± 3-5 menit, selanjutnya masukkan thermometer kedalam botol yang berisi air bersih; keringkan thermometer dengan selstop; Air raksa diturunkan kembali pada angka 35oC dan kemudian letakkan pada tempat penyimpanan. Mengukur suhu tubuh (sublingual, axillar, rectal)lama sesuai dengan yang tertera pada termometer, axilla harus dikeringkan.

* 1. Pengukuran nadi

Nadi berkisar antara 60-80 x per menit. Segera setelah partus dapat terjadi brakikardi. Bila terdapat takikardi sedangkan badan tidak panas, mungkin ada perdarahan berlebih. Pada masa nifas umumnya denyut nadi lebih labil dibandingkan dengan suhu tubuh.

Nadi dihitung selama 1 menit penuh, tempat pemeriksaan : Arteri radialis, brachialis, femoralis, dorsalis pedis, carotis, temporalis, tida komponen yang harus dilaporkan: Frekuensinya, teratur tidaknya, isinya.

Langkah-langkah mengukur nadi :

* + 1. Sikap pasien boleh duduk atau tidur tenang
    2. Bidan meraba nadi arteri radialis dengan jari telunjuk, jari tengah secara perlahan-lahan sampai teraba, tangan yang lain memegang jam.
    3. Cara menghitung selama satu menit penuh
    4. Hasilnya dicatat di buku catatan
  1. Menghitung pernapasan

Menghitung pernapasan pada ibu sangat penting dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya gangguan pada paru-paru ibu masa nifas, karena diketahui adanya perubahan baik bentuk maupun besarnya paru-paru pada ibu selama kehamilan, sehingga pada masa nifas ada perubahan ke bentuk semula sehingga harus dilakukan pemeriksaan secara seksama.

Langkah pemeriksaan pernapasan antara lain:

* + 1. Jam tangan yang ada secondnya.
    2. Buku catatan dan pulpen.
    3. Pada waktu menghitung pernapasan, jangan sampai diektahui pasien dan waktu melakukannya setelah menghitung nadi.
    4. Tangan perawat seolah sedang mengukur frekuensi denyut nadi, mata memperhatikan pernapasan pasien yaitu dengan memperhatikan turun naiknya pernapasan dada (satu kali pernapasan adalah satu kali menarik napas dan satu kali mengeluarkan napas).
    5. Cara menghitungnya selama satu menit penuh dan hasilnya dicatat dibuku catatan.
    6. Atur posisi pasien ke posisi yang nyaman.
    7. Alat-alat dibereskan dan perawat cuci tangan.
  1. Mengukur tekanan darah

Sebelum pemeriksaan tekanan darah dilakukan sebaiknya bidan mengetahui perbedaan bunyi yang ada saat mendengarkan bunyi pada saat mendengarkan dengan stetoskop :

# Bunyi-bunyi korothkoff

* + 1. KI : ada bunyi pertama yang terdengar, lemah nadanya agak tinggi (tek.., tek..)
    2. KII: bunyi seperti KI yang disertai bising (teksst, teksst)
    3. KII: bunyi berubah jadi keras (de:g, de;g..)
    4. KIV : saat pertama kali bunyi jelas melemah (de;g, de;g,, deg,deg..)
    5. KV: saat bunyi hilang
    6. Nilai diastolik diambil dari korothkoff I, nilai diastolik diambil dari korothkoff V Langkah-langkah pemeriksaan tekanan darah :

1. Cek kebutuhan pasien.
2. Jika pasien sadar, beritahu apa yang kita kerjakan supaya pasien tenang.
3. Atur posisi pasien dalam keadaan berbaring/istirahat.
4. Sphygmomanometer diletakkan di samping pasien, sejajar lengan atas.
5. Lengan baju pasien di gulung kemudian manset dibalutkan pada lengan atas, dengan pipa karet berada disisi lengan.
6. Membalutnya jangan terlalu kuat atau longgar.
7. Skrup balon dikencangkan dan air raksa dibuka.
8. Stetoskop dibersihkan pada bagian earpiece dan chestpiece (bel dan diafragma) kemudian dikalungkan di leher bidan/perawat.
9. Untuk pasien baru, rabalah terlebih dahulu nadi radialis kemudian pompalah sampai tidak teraba denyut nadi radialis dan tambahkan 20-30mmHg kemudian letakkan diafragma stetoskop pada arteri brachialis.
10. Skrup balon di buka perlahan-lahan, sambil melihat turunnya air raksa, kita dengarkan detakan yang pertama pada angka berapa dan detakan pertama di sebut systole, kemudian dengarkan sampai terdengar detakan terakhir yang di sebut diastole. Lanjutkan membuka katup sampai udara dalam manset habis.
11. Cek ulang pengukuran, tunggulah 1-2 menit kemudian ulang pada lengan yang sama.
12. Catat hasil pengukuran. Cara mencatatnya sebagai berikut : tekanan systole sebagai pembilang dan diastole penyebut. Contoh : tekanan systole 120 mmHg, tekanan diastole 80 mmHg, menulisnya 120/80 mmHg.
13. Manset di lepas dari lengan dan menggulungnya, lalu air raksa di turunkan dan di kunci.
14. Lengan baju dibereskan, pasien diberitahu bahwa pengukuran telah selesai.
15. Beri posisi yang nyaman.
16. Alat-alat dibereskan.

(Sumber : Rukiyah, Aiyeyeh. 2010. *Asuhan Kebidanan III (Nifas).* Jakarta : Trans Info Media. Hal 93)

# PEMERIKSAAN KEADAAN UMUM

Penilaian yang dikaji antara lain: keadaan sakit pasien didapat dari hasil inspeksi seperti tampak sakit berat sedang, ringan, tidak sakit, hasil pengamatan seperti: pasien menggunakan 02, NGT respiratori dan lain-lain.

Tingkat kesadaran: derajat hubungan antara hemispherium cerebri dengan reticular activing system (dibagian atas batang otak), kesadaran mempunyai dua komponen: fungsi mental tingkat keseluruhan serta derajat “awas-waspada”, macam-macam tingkat kesadaran: compos mentis, apatis, somnolen, sopor, soporo-comatus, coma.

# Penilaian pada glasgow coma scale

Keterangan :

1. Compos mentis = sadar penuh
2. Apatis = perhatian berkurang.
3. Somnolen = mudah tertidur walaupun diajak berbicara.
4. Sopor = dengan rangsangan kuat masih member respon gerakan.
5. Soporo-comatus = hanya tinggal reflek corena (sentuhan ujung kapas pada kornea akan menutup kornea mata).
6. Coma = tidak memberi respon sama sekali.

# Respon motorik

1. Nilai 6 = mampu mengikuti perintah sederhana
2. Nilai 5 = mampu menunjuk dengan cepat
3. Nilai 4 = Flexi menjauh dari rangsang nyeri yang diberikan
4. Nilai 3 = Flexi abnormal
5. Nilai 2 = Ekstensi abnormal
6. Nilai 1 = sama sekali tidak ada respon

# Respon verbal/ bicara

1. Dysphasia/ aphasia
2. Mengalami trauma mulut
3. Dipasang ETT
4. Nilai 5 = orientasi penuh
5. Nilai 4 = “confuse”
6. Nilai 3 = bicara tidak jelas
7. Nilai 2 = bisa bersuara tapi tidak jelas
8. Nilai 1 = tidak bersuara apapun walau diberi rangsangan

# Membukanya mata :

1. Periksalah rangsang minimum yang bisa membuka satu/ kedua matanya.
2. Nilai 4 = mata membuka spontan
3. Nilai 3 = mata baru membuka kalau diajak bicara
4. Nilai 2 = mata membuka hanya kalau dirangsang kuat/ nyeri
5. Nilai 1 = tidak membuka mata walaupun diberikan rangsang nyeri

*Catatan :*

1. Rangsang nyeri yang diberikan harus kuat.
2. Tidak ada trauma spinal.
3. Kesemua penilaian hasilnya dijumlahkan Nilai motorik =……………….

Verbal =……………….

Membuka mata=……………….

Jumlah skor =……………….

# Kepala

Pemeriksaan sistematik: keadaan rambut dan higienis, hidrasi kulit daerah dahi, ada tidaknya Palpebrae, bagaimana dengan scelara dan conjunctiva, tekanan bola mata pupil dan repleks cahaya, visus/ ketajaman penglihatan, rongga hidung dari depan, daun telinga, liang telinga dan membrane tympani, fungsi pendengaran, hiegene rongga mulut, gigi geligi, lidah, tonl dan pharynx.

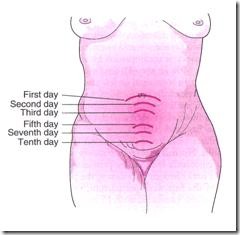
# Payudara

Pada saat bidan melakukan pemeriksaan payudara sebelumnya lakukan pemeriksaan pandang (inspeksi) pada kedua payudara dimana ibu dalam posisi duduk kedua tangan dibelakang kepala, lihat simetris atau tidaknya, warna kulit, penonjolan putting susu, warna sekitar areola mama.

Selanjutnya bidan melakukan palpasi pada payudara ibu, dimana ibu dalam posisi tidur dan perhatikan tingkat kenyamanan ibu, raba payudara yang terjauh dari bidan dengan tangan kanan dapat secara melingkar searah jarum jam, tanya rasa nyeri saat diraba, raba ada tidaknya benjolan atau bisa juga meraba payudara pada empat kuadaran atas, bawah, kiri, kanan dengan tangan kiri menyanggah payudara tangan kanan memeriksanya begitu juga dengan payudara yang sebelahnya dilakukan dengan langkah yang sama.

# Uterus

Pada pemeriksaan uterus sama halnya dengan pemeriksaan payudara dilakukan terlebih dahulu periksa pandang warna perut, pembesaran pada perut, kemudian lakukan pemeriksaan raba (palpasi) yakni : periksa ada tidaknya rasa nyeri saat diraba, periksa kontraksi utrerus, kemudian raba tinggi fundus.



# Kandung kemih

Kondisi kandung kemih sangat berpengaruh teradap keadaan kontraksi uterus, sehingga pemeriksaan kandung kemih jangan diabaikan karena jika kontraksi terhambat oleh kandung kemih yang penuh bisa berakibat keluar darah yang cukup banyak (perdarahan), pemeriksaan kandung kemih dilakukan bersamaan saat memeriksa pembesaran uterus, jika kandung kemih penuh anjurkan ibu untuk buang air kecil, jika ibu tidak bisa buang air kecil secara spontan dapat dikeluarkan dengan kateter sekali pakai.

# Genetalia dan Perinium

Pemeriksaan selanjutnya adalah pemerikasaan genetalia dan perineum, pada ini harus dilakukan secara aseptic dan antiseptic, sebelum melakukan pemeriksaan anjurkan ibu untuk memberihkan genetalia dengan sabun dan air mengalir dan bidan terlebih dahulu mempersiapkan: sepasang sarung tangan, kom berisi kapas DTT dan diberi air DTT secukupnya.

Bidan mencuci tangan dengan langkah cuci tangan yang benar, ibu dianjurkan menekuk kakinya dan membuka pahanya, kemudian bidan menggunakan sarung tangannya, perhatikan apakah daerah genetalia dan perineum bersih atau tidak, ada tidaknya tanda-tanda infeksi, ada tidaknya pengeluaran cairan dari vagina ibu, lihat kondisi luka ibu, jika daerah genetalia dan perineum ibu masih kotor bersihkan dengan tindakan vulva hygine.

Kemudian lakukan palpasi pada daerah genetalia dan perineum apakah ada rasa nyeri, ada tidaknya pembengkakan, buka pada daerah vagina ibu perhatikan ada tidaknya tanda- tanda infeksi dan palpasi ada tidaknya rasa nyeri dan pembengkakan, pengeluaran lokhia, penjahitan laserasi atau episiutomi, keadaan luka. Ada tidaknya hemoroid pada anus.

Pengkajian dilakukan pada ibu dengan menempatkan ibu pada posisi sinus inspeksi adanya tanda-tanda "REEDA" *(Rednes* atau kemerahan, *Echymosis* atau perdarahan bawah

kulit, *edema* atau bengkak. *Discharge* atau perubahan Lochea, *Approximation* atau pertautan jaringan. (Sumber: Mary, Persis. 1995. *Dasar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC)

# Ekstermitas Bawah

Pada pemeriksaan ekstermitas ibu masa nifas yang dilakukan seperti halnya pemeriksaan umumnya akan tetapi lakukan pemeriksaan terutama ada tidaknya odema, tanda-tanda tromboflebitis, nyeri tungkai dengan melakukan palpasi pada betis ibu dan ada tidaknya nyeri tekan, kemerahan pada daerah tersebut kemudian, lakukan pemeriksaan tanda Homan, dengan cara:Kaki pasien diluruskan, satu tangan memegang pergelangan kaki, dan tangan yang lain berada pada telapak kaki dan mendorong ke arah paha ibu.

Lakukan pemerikasaan refleks patela dengan cara, mempersilahkan ibu duduk di tepi tempat tidur sambil kedua kaki menjuntai (dalam keadaan rileks), periksa refleks pada kedua kaki ibu dengan cara mengetuk dengan menggunakan hamer’s patela pada tendon kuadriseb ekstensor.

Beritahu ibu bahwa pemeriksaan selesai dan bantu ibu merapikan diri.

# PEMERIKSAAN PENUNJANG Uji Laboratorium

Tes laboratorium yang sesuai untuk pemeriksaan pascapartum mencakup tes tindak lanjut kondisi yang muncul selama masa hamil dan tes yang merupakan bagian perawatan yang baik untuk wanita secara umum. Tes pada kategori pertama mencakup gula darah puasa pada wanita yang di diagnosis diabetes gestasional untuk memastikan bahwa penyakit ini bukan diabetes yang sebenarnya dan tes fungsi tiroid pada wanita yang dosis tiroidnya berubah selama ia hamil. Nilai gula darah puasa > 140 mg/dL pada dua kali pemeriksaan secara terpisah menguatkan diagnosis diabetes tidak tergantung insulin (NIDDM). Wanita yang nilai gula darah puasanya meningkat harus dirujuk ke dokter.(Sumber : Linda Wheeler. 2004)

# Teknik Pemeriksaan Fisik Ibu Nifas

Pemeriksaan fisik dilakukan pada hari ke-2 sampai hari ke-6 dan minggu ke-2 sampai minggu ke-6 pascapersalinan :

1. Melakukan pemeriksaan tanda vital
   1. Pengukuran Suhu

Suhu badan inpartu tidak lebih dari 37,2oC, sesudah partus dapat naik ± 0,5oC dari keadaan normal. Tetapi tidak melebihi 38oC, sesudah 12 jam pertama melahirkan, umumnya suhu badan lebih dari 38oC (mungkin ada infeksi).

* 1. Pengukuran nadi

Nadi berkisar antara 60-80 x per menit. Segera setelah partus dapat terjadi brakikardi. Bila terdapat takikardi sedangkan badan tidak panas, mungkin ada perdarahan berlebih. Pada masa nifas umumnya denyut nadi lebih labil dibandingkan dengan suhu tubuh. Nadi dihitung selama 1 menit penuh, tempat pemeriksaan : Arteri radialis, brachialis, femoralis, dorsalis pedis, carotis, temporalis, tiga komponen yang harus dilaporkan: frekuensinya, teratur tidaknya, isinya.

* 1. Menghitung pernapasan

Menghitung pernapasan pada ibu sangat penting dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya gangguan pada paru-paru ibu masa nifas, karena diketahui adanya perubahan baik bentuk maupun besarnya paru-paru pada ibu selama kehamilan, sehingga pada masa nifas ada perubahan ke bentuk semula sehingga harus dilakukan pemeriksaan secara seksama.

* 1. Mengukur tekanan darah

Tekanan darah normalnya yaitu: systole 120 mmHg, dan diastole 80 mmHg, dan cara menulisnya 120/80 mmHg.

1. Melakukan pemeriksaan payudara. Pemeriksaan apakah terdapat benjolan dan pembesaran kelenjar atau abses, serta keadaan putting.

Pada saat melakukan pemeriksaan payudara sebelumnya lakukan pemeriksaan pandang (inspeksi) pada kedua payudara dimana ibu dalam posisi duduk kedua tangan dibelakang kepala, lihat simetris atau tidaknya, warna kulit, penonjolan putting susu, warna sekitar areola mama.

Selanjutnya akukan palpasi pada payudara ibu, dimana ibu dalam posisi tidur dan perhatikan tingkat kenyamanan ibu, raba payudara yang terjauh dari bidan dengan tangan kanan dapat secara melingkar searah jarum jam, tanya rasa nyeri saat diraba, raba ada tidaknya benjolan atau bisa juga meraba payudara pada empat kuadaran atas, bawah, kiri, kanan dengan tangan kiri menyanggah payudara tangan kanan memeriksanya begitu juga dengan payudara yang sebelahnya dilakukan dengan langkah yang sama.

1. Melakukan pemeriksaan abdomen

Pada pemeriksaan abdomen sama halnya dengan pemeriksaan payudara dilakukan terlebih dahulu periksa pandang warna perut, pembesaran pada perut, kemudian lakukan pemeriksaan raba (palpasi) yakni : periksa ada tidaknya rasa nyeri saat diraba, periksa kontraksi utrerus, kemudian raba tinggi fundus.

1. Melihat apakah ada luka operasi
   1. Lakukan palpasi apakah ada uterus di atas pubis atau tidak
      1. Uterus
         1. Pengerutan Rahim (*involusi*)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU nya.

* Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
* Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat.
* Pada 1 minggu postpartum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
* Pada 2 minggu postpartum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
* Pada 6 minggu postpartum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.

Perubahan ini berhubungan erat dengan perubahan *miometrium* yang bersifat

*proteolisis*.

* + - 1. Lakukan palpasi untuk mendeteksi masa dan nyeri tekan
      2. Lakukan pemeriksaan kandung kemih
      3. Melakukan pemeriksaan kaki apakah ada varises, warna kemerahan pada betis, dan edema

Pada pemeriksaan ekstermitas ibu masa nifas yang dilakukan seperti halnya pemeriksaan umumnya akan tetapi lakukan pemeriksaan terutama ada tidaknya odema, tanda-tanda tromboflebitis, nyeri tungkai dengan melakukan palpasi pada betis ibu dan ada tidaknya nyeri tekan, kemerahan pada daerah tersebut kemudian, lakukan pemeriksaan tanda Homan.

* + - 1. Melakukan pemeriksaan genetalia, lokia, dan perineum
         1. Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea mempunyai reaksi basa/ alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi.

Lokhea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

Lokhea rubra/ merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai ke-7 postpartum.

Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai ke-14.

Lokhea alba/ putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

* + - * 1. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

# TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum keperawatan Maternitas, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
    2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
    3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
    4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
    5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
    6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
    7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# TATA TERTIB

Selama melakukan praktikum Keperawatan Maternitas, Anda akan melakukan simulasi pemeriksaan pada ibu seperti pemeriksaan pada situasi nyata di lahan praktik. Melakukan kegiatan pelayanan atau pemeriksaan pada klien dengan menerapkan konsep falsafah keperawatan, yaitu memperlakukan klien sebagai manusia secara utuh dengan memperhatikan aspek biopsikososialspiritual, serta memperhatikan aspek perilaku professional pelayanan (professional behavior) yang meliputi komunikasi, etika, etiket, moral serta tanggap terhadap sosial budaya klien. Sehubungan dengan hal tersebut, maka perlu dibuat tata tertib agar simulasi pemeriksaan pasien ini dilakukan sesuai standar pelayanan keperawatan dan sesuai dengan situasi nyata di lahan praktik.

Tata tertib praktikum adalah sebagai berikut:

* 1. Mengecek persiapan alat yang diperlukan pada kegiatan praktikum dan memenuhi prosedur peminjaman alat sesuai ketentuan yang berlaku di laboratorium skill.
  2. Hadir sebelum praktikum dimulai dan telah siap dengan Buku Materi praktikum serta alat-alat tulis.
  3. Teori praktikum harus sudah dipelajari demi kelancaran melakukan keterampilan klinik kebidanan.
  4. Selama praktikum, praktikan dilarang makan, minum,merokok, gaduh, melakukan coretan-coretan pada phantom atau media yang ada di laboratorium dan berbicara yang tidak perlu dengan sesama praktikan atau melakukan aktivitas yang tidak diperlukan dengan sesama praktikan.
  5. Menjaga kebersihan dan keamanan alat bahan, media dan phantoom yang digunakan selama praktikum.
  6. Mengembalikan alat bahan, media dan phantom yang telah digunakan sesuai dengan prosedur pengembalian.
  7. Tanyakan hal-hal yang belum dimengerti selama pelaksanaan praktikum kepada fasilitator.
  8. Lakukan latihan praktik dengan sesama peer group (kelompok kecil), kemudian lakukan simulasi performance asesmen sesama peer group.
  9. Meminta evaluasi performance asesmen akhir praktikum pada pembimbing atau fasilitator atau instruktur praktik klinik Anda

# SANGSI

* 1. Apabila terjadi pelanggaran terhadap tata tertib yang berlaku akan diberikan sangsi oleh akademik sesuai berat ringannya pelanggaran
  2. Apabila menghilangkan/merusak alat yang dipakai dalam praktikum wajib mengganti

# EVALUASI

Untuk menilai keberhasilan capaian pembelajaran kegiatan praktikum dilakukan evaluasi, yang meliputi :

* 1. Kognitif/pengetahuan yaitu responsi dan partisipasi dalam diskusi
  2. Sikap : yaitu sikap mahasiswa saat melaksanakan prosedur meiputi kesopanan, komunikasi, ketelitian, kesabaran dan respon terhadap anak/klien
  3. Psikomotor : mampu melakukan prosedur sesuai SOP dengan tepat dan benar

# REFERENSI

Carpenito, L. J. 2001. *Diagnosa Keperawatan Edisi 8*. Jakarta : EGC

Doenges & Moorhouse. 2001. *Rencana Perawatan Maternal/Bayi: Pedomaan Untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klien.* Jakarta. EGC

Farrer H. 1999. *Perawatan Maternitas*. Edisi 2. Jakarta : EGC

Hanifa Wiknjosastro, Prof. dr. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Henderson & Jones. 2006*. Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta : EGC. Mochtar R, Prof. dr. 1998*. Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC

NANDA 2005-2006. *Panduan Diagnosa Keperawatan.* Jakarta. Prima Medika.

Prawirohardjo, S. 2002. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Bina Pustaka FKUI

Prawirohardjo, S, 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Bina Pustaka FKUI

Waspodo, dkk. 2007. *Asuhan Persalinan Normal, Buku Acuan*. Jakarta : Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi.

Departemen Kesehatan RI, 1992, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dalam Konteks Keluarga, Jakarta

Departemen Kesehatan RI, 1998, Asuhan Keperawatan Ibu Hamil (Antematal), Modul Diklat Jarak Jauh, Jakarta

Departemen Kesehatan RI, 1999, Buku Acuan Pelatihan Asuhan Persalinan Dasar, Jakarta

Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan, 2003, Panduan Pengajaran Asuhan Kebidanan Fisiologi Bagi Dosen Diploma III Kebidanan, Asuhan Antenatal, Buku 2, Jakarta

***Lampiran***

# STANDART OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN LEOPOLD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS JURUSAN KEPERAWATAN** | **PALPASI IBU HAMIL DENGAN LEOPOLD** | |
| *No. Dokumen :* | *No.Revisi :* |
| Pengertian | Melakukan pengkajian dengan cara periksa raba pada perut ibu  untuk mengetahui posisi janin | |
| Indikasi | Dilakukan pada ibu hamil atau bersalin | |
| Tujuan | Untuk mengetahui posisi janin | |
| Persiapan Alat | Metline | |
| Prosedur Tindakan | 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Memposisikan pasien senyaman mungkin 3. Mempersilahkan klien untuk membuka pakaian dan memasangkan selimut 4. Menghangatkan kedua tangan 5. Melakukan palpasi Leopold I    1. Memposisikan klien dengan lutut ditekuk dan teruji menghadap kearah wajah klien    2. Menengahkan uterus menggunakan kedua tangan dari samping ke arah umbilikus    3. Kedua tangan meraba fundus kemudian menentukan tinggi fundus uterus    4. Menentukan bagian janin yang berada di fundus 6. Melakukan palpasi Leopold II, kedua tangan diletakkan disamping kanan dan kiri perut ibu untuk menentukan letak punggung janin. 7. Melakukan palpasi Leopold III: Tangan kiri menahan fundus, tangan kanan memegang bagian terendah janin yang ada di perut bawah ibu, kemudian menggoyangkannya untuk menentukan apa yang menjadi bagian terbawah janin dan menilai apakah bagian terbawah itu sudah masuk PAP atau belum 8. Melakukan palpasi Leopold IV    1. Memposisikan klien dengan kedua kaki diluruskan dan teruji menghadap kearah kaki klien    2. Kedua tangan diletakkan pada kedua sisi bagian bawah rahim dan menilai seberapa jauh penurunan pada bagian bawah perut ibu 9. Mencatat hasil 10. Menyampaikan ucapan terima kasih kepada pasien | |
| Referensi | 1. Pusdiknakes,WHO,JHPIEGO,2001,Asuhan Intra Partum,Jakarta 2. Rustam Muctar,2011,Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Pathologi,EGC, Jakarta. | |

**FORM EVALUASI PROSEDUR PEMERIKSAAN LEOPOLD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK**  **DILAKUKAN** |
| 1.  2. | **Persiapan Alat dan Bahan :**  Metline  **Prosedur Tindakan :**   1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Memposisikan pasien senyaman mungkin 3. Mempersilahkan klien untuk membuka pakaian dan memasangkan selimut 4. Menghangatkan kedua tangan 5. Melakukan palpasi Leopold I    1. Memposisikan klien dengan lutut ditekuk dan teruji menghadap kearah wajah klien    2. Menengahkan uterus menggunakan kedua tangan dari samping ke arah umbilikus    3. Kedua tangan meraba fundus kemudian menentukan tinggi fundus uterus    4. Menentukan bagian janin yang berada di fundus 6. Melakukan palpasi Leopold II, kedua tangan diletakkan disamping kanan dan kiri perut ibu untuk menentukan letak punggung janin. 7. Melakukan palpasi Leopold III: Tangan kiri menahan fundus, tangan kanan memegang bagian terendah janin yang ada di perut bawah ibu, kemudian menggoyangkannya untuk menentukan apa yang menjadi bagian terbawah janin dan menilai apakah bagian terbawah itu sudah masuk PAP atau belum 8. Melakukan palpasi Leopold IV    1. Memposisikan klien dengan kedua kaki   diluruskan dan teruji menghadap kearah kaki klien |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | b. Kedua tangan diletakkan pada kedua sisi bagian bawah rahim dan menilai seberapa jauh penurunan pada bagian bawah perut ibu   1. Mencatat hasil 2. Menyampaikan ucapan terima kasih kepada pasien |  |  |

NILAI =

Skor didapat × 100 Skor Maksimal

=

Ket : Batas minimal ≥ 80

Dosen/ Fasilitator

# STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN FISIK IBU NIFAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS JURUSAN KEPERAWATAN** | **PEMERIKSAAN FISIK IBU NIFAS** | |
| *No. Dokumen :* | *No.Revisi :* |
| Persiapan Alat dan | a. Termometer dan botol tempat desinfeksi | |
| Bahan | b. Tensimeter | |
|  | c. Reflek hamer | |
|  | d. Stetoskop | |
|  | e. Handscoon steril pada tempatnya | |
|  | f. Jam tangan | |
|  | g. Buku catatan dan alat tulis | |
|  | h. Bengkok | |
| Prosedur Tindakan | 1. Memberi salam danmenjelaskan pada pasien tujuan pemeriksaan 2. Memperhatikan keadaan umum pasien, kesadaran, penampilan umum 3. Menimbang BB 4. Memeriksa tekanan darah, nadi,suhu, frekwensi pernafasan 5. Melakukan pemeriksaan :    1. Muka : ada odema, pucat    2. Mata : Conjungtiva, sklera    3. Leher : Pembesaran kelenjar tiroid, Bendungan vena jugularis, pembesaran kelenjar limfe    4. Dada :   Pulmonal : ronchi/ wezing Cor : normal / tidak  Payudara : simetris / tidak, pembesaran, areola Puting menonjol / tidak, kolustrum / ASI   * 1. Abdomen      + TFU      + Kontraksi      + Diastasis rekti      + Kandung kemih      + Peristaltik usus   2. Genetalia      + Kebersihan      + Pengeluaran vagina, fluksus/lochea      + Jahitan Perinium : ada yang longgar, lepas   - Keadaan luka jahitan : ada tanda –tanda infeksi, pertautan jaringan  Anus : haemoroid | |

1. Ekstermitas
   * Odema
   * Varises
   * Homan Sign
   * Reflek patela
2. Melakukan pemeriksan Hb, reduksi, proteinuria K/P
3. Memberitahu pasien telah selesai dan hasil pemeriksaan
4. Merapikan pasien
5. Membereskan alat-alat
6. Mencuci tangan
7. Mencatat hasil pemeriksaan

**FORM EVALUASI PROSEDUR PEMERIKSAAN FISIK IBU NIFAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TINDAKAN** | **PELAKSANAAN** | |
| **DILAKUKAN** | **TIDAK DILAKUKAN** |
| 1.  2. | **Persiapan Alat dan Bahan :**   1. Termometer dan botol tempat desinfeksi 2. Tensimeter 3. Reflek hamer 4. Stetoskop 5. Handscoon steril pada tempatnya 6. Jam tangan 7. Buku catatan dan alat tulis 8. Bengkok   **Prosedur Tindakan :**   1. Memberi salam danmenjelaskan pada pasien tujuan pemeriksaan 2. Memperhatikan keadaan umum pasien, kesadaran, penampilan umum 3. Menimbang BB 4. Memeriksa tekanan darah, nadi,suhu, frekwensi pernafasan 5. Melakukan pemeriksaan :    1. Muka : ada odema, pucat    2. Mata : Conjungtiva, sklera    3. Leher : Pembesaran kelenjar tiroid, Bendungan vena jugularis, pembesaran kelenjar limfe    4. Dada :   Pulmonal : ronchi/ wezing Cor : normal / tidak  Payudara : simetris / tidak, pembesaran, areola  Puting menonjol / tidak, kolustrum / ASI   * 1. Abdomen * TFU * Kontraksi * Diastasis rekti * Kandung kemih * Peristaltik usus   m) Genetalia   * Kebersihan * Pengeluaran vagina, fluksus/lochea |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | - Jahitan Perinium : ada yang longgar, lepas   * Keadaan luka jahitan : ada tanda –tanda infeksi, pertautan jaringan   Anus : haemoroid   * 1. Ekstermitas      + Odema      + Varises      + Homan Sign      + Reflek patela  1. Melakukan pemeriksan Hb, reduksi, proteinuria K/P 2. Memberitahu pasien telah selesai dan hasil pemeriksaan 3. Merapikan pasien 4. Membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan 6. Mencatat hasil pemeriksaan |  |  |

NILAI =

Skor didapat × 100 Skor Maksimal

=

Ket : Batas minimal ≥ 80

Dosen/ Fasilitator

# PENUNTUN BELAJAR ASUHAN PERSALINAN

Nilailah kinerja setiap langkah yang diamati menggunakan skala sebagai berikut :

1. **Perlu perbaikan** : langkah tidak dikerjakan atau tidak sesuai dengan yang seharusnya atau urutannya tidak sesuai (jika harus berurutan).
2. **Mampu** : langkah dikerjakan sesuai dengan yang seharusnya dan urutannya (jika harus berurutan). Pembimbing hanya membimbing untuk sedikit perbaikan atau membantu untuk kondisi diluar normal.
3. **Mahir** : langkah dikerjakan dengan benar, sesuai urutannya dan waktu kerja yang sangat efisien.

T/D Langkah tidak diamati (pembimbing dianggap langkah tertentu tidak perlu diperagakan)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KEGIATAN** | **KASUS** | | | | | |
| **I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA DUA** | | | | | | |
| 1. Mendengar, melihat dan memeriksa gejala dan tanda kala dua.    * Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran    * Ibu merasakan regangan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina    * Perenium tampak menonjol    * Vulva dan sfingerani membuka | |  |  |  |  |  |
| **II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN** | | | | | | |
| 1. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksiatempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.    * Menggelar kain diatas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi.    * Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steriel sekali pakai didalam partus set. | |  |  |  |  |  |
| 3. Pakai celemek | |  |  |  |  |  |
| 4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian  keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering. | |  |  |  |  |  |
| 5. Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan periksa  dalam | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan  tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steriel, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik) |  |  |  |  |  |
| **III.MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN BAIK** | | | | | |
| 1. Membersihkan vulva dan perenium, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT    * Jika introitus vagina, perenium atau anus terkontaminasi tinja bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.    * Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.    * Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%langkah) |  |  |  |  |  |
| 1. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.    * Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi. |  |  |  |  |  |
| 9. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0.5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0.5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan  dilepaskan. |  |  |  |  |  |
| 1. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160X/menit)    * Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal    * Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta   asuhan lainnya pada partograf. |  |  |  |  |  |
| **IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES BIMBINGAN MENERAN** | | | | | |
| 1. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya    * Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.    * Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran   dengan benar. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang  kuat bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman) |  |  |  |  |  |
| 1. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :    * Bimbing ibu agar dapat meneran dengan benar dan efektif    * Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai    * Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama)    * Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi    * Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu    * Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)    * Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai    * Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primi gravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multi gravida) |  |  |  |  |  |
| 14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu merasa ada dorongan untuk  meneran dalam 60 menit. |  |  |  |  |  |
| **V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI** | | | | | |
| 15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5- 6 cm |  |  |  |  |  |
| 16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu |  |  |  |  |  |
| 17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan |  |  |  |  |  |
| 18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan |  |  |  |  |  |
| **PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI** | | | | | |
| **HIRNYA KEPALA** |  |  |  |  |  |
| 19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm  membuka vulva maka lindungi perenium dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal |  |  |  |  |  |
| 20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi |  |  |  |  |  |
| * Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi * Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pust didua tempat dan potong diantara dua klem tersebut |  |  |  |  |  |
| 21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan |  |  |  |  |  |
| **LAHIRNYA BAHU** |  |  |  |  |  |
| 22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran pada saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang |  |  |  |  |  |
| **LAHIRNYA BADAN DAN TUNGKAI** |  |  |  |  |  |
| 23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perenium ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas |  |  |  |  |  |
| 24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya) |  |  |  |  |  |
| **VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR** | | | | | |
| 1. Lakukan penilaian (selintas)    * Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan    * Apakah bayi bergerak dengan aktif |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap segera lakukan tindakan resusitasi (langkah 25 ini kelangkah-langkah prosedur resusitasi bayi baru lahir dengan asfeksia) |  |  |  |  |  |
| 1. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu    * Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan vernik) kecuali bagian tangan    * Ganti handuk basah dengan handuk kering    * Pastikan bayi dalam kondisi mantap diatas perut ibu |  |  |  |  |  |
| 27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal) |  |  |  |  |  |
| 28. Beritahukan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin (agar uterus berkontraksi baik) |  |  |  |  |  |
| 29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan 10 unit (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin) |  |  |  |  |  |
| 30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat (dua menit setelah bayi lahir) pada sekitar 3 cm dari pusar (umbilikus) bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama |  |  |  |  |  |
| 1. Pemotongan dan pengikatan tali pusat    * Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) diantara 2 klem tersebut    * Ikat tali pusat dengan benang DTT / streriel pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan ke dua menggunakan dengan simpul kunci    * Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan |  |  |  |  |  |
| 32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit  bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu |  |  |  |  |  |
| 33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi |  |  |  |  |  |
| **VIII. PENATA LAKSANAAN AKTIF KALA III** | | | | | |
| 34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva |  |  |  |  |  |
| 35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk menditeksi. Tangan lain menegangkan tali pusat |  |  |  |  |  |
| 1. Setelah uterus berkontraksi, tegngkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke belakang atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan tegangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas    * Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu |  |  |  |  |  |
| **MENGELUARKAN PLASENTA** |  |  |  |  |  |
| 1. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)    * Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirnya plasenta    * Jika plasenta tidak lepas selama 15 menit menegangkan tali pusat :      1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 IU IM      2. Lakukan katerisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh      3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya 2. Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir 3. Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual |  |  |  |  |  |
| 1. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan    * Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steriel untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jaritangan atau klem DTT atau steriel untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggi |  |  |  |  |  |
| **RANGSANGAN TAKTIL (MASASE) UTERUS** |  |  |  |  |  |
| 1. Segera setela plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakan telapak tangan difundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)    * Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/massase |  |  |  |  |  |
| **IX. MENILAI PERDARAHAN** | | | | | |
| 40. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus |  |  |  |  |  |
| 1. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan    * Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan |  |  |  |  |  |
| 42. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam |  |  |  |  |  |
| 1. Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam)    * Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara   * Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu |  |  |  |  |  |
| 44. Lakukan penimbangan / pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg IM paha kiri anterolateral setelah 1 jam kontak dengan ibu bayi |  |  |  |  |  |
| 1. Berikan suntikan imunisasi hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vit K) dipaha kanan anterolateral    * Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu- waktu bisa disusukan    * Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu |  |  |  |  |  |
| **EVALUASI** |  |  |  |  |  |
| 1. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam    * 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan    * Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan    * Setiap 20-30 menit pada jam ke dua pasca persalinan    * Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanaan atonia uteri |  |  |  |  |  |
| 47. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi |  |  |  |  |  |
| 48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah |  |  |  |  |  |
| 1. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan    * Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap 2 jam pertama pasca persalinan    * Melakukan tindakan yang sesuai dengan temuan yang tidak normal |  |  |  |  |  |
| 50. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi  bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| normal (36,5-37,5) |  |  |  |  |  |
| **KEBERSIHAN DAN KEAMANAN** |  |  |  |  |  |
| 51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi |  |  |  |  |  |
| 52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai |  |  |  |  |  |
| 53. Bersihkan badan ibu menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering |  |  |  |  |  |
| 54. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan |  |  |  |  |  |
| 55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% |  |  |  |  |  |
| 56. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit |  |  |  |  |  |
| 57. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisue atau handuk pribadi yang kering dan bersih |  |  |  |  |  |
| **DOKUMENTASI** |  |  |  |  |  |
| 58. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda vital dan asuhan kala IV |  |  |  |  |  |