



**Modul Praktikum**  
**KEPERAWATAN**  
**MATERNITAS**

**edisi revisi ketiga tahun edisi 2023**



**Tim Maternitas**  
**STIKep PPNI Jawa Barat**

**Modul Keperawatan Maternitas  
Tahun 2023**

Cetakan pertama, September 2018  
Cetakan revisi kedua, November 2020  
Cetakan revisi ketiga, April 2022

Hak cipta dilindungi undang-  
undang No. Pencatatan Hak Cipta:

Dilarang memperbanyak isi buku panduan ini, baik sebagian maupun seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penulis:

Buku ini dipublikasikan oleh:

**STIKep PPNI Jawa Barat**

Jalan Ahmad IV No. 32  
Cicendo, Kota Bandung  
40173 Indonesia

Telepon: +62 22 6121914

*Website:* <http://stikep-ppnijabar.ac.id/>

**Tim Penyusun:**

Tim keperawatan maternitas

**Editor:**

Tim keperawatan maternitas

ISBN:

## **KATA PENGANTAR**

Segala Puji hanya milik Allah SWT. Shalawat dan salam tercurah pada Rasulullah SAW, sang rahmatan lil alamin beserta keluarganya yang suci dan pengikut setia yang mencintainya serta menjadikannya sebagai teladan sampai akhir zaman. Terima kasih kepada Allah SWT. telah menuntun penulis untuk dapat menyusun Modul Maternitas untuk Vokasi Keperawatan ini.

Modul Maternitas untuk Vokasi Keperawatan ini diperuntukan bagi dosen dan mahasiswa Vokasi Keperawatan yang memuat tentang pengetahuan dan ketrampilan dalam konsep asuhan keperawatan Maternitas. Pengetahuan tentang asuhan keperawatan Maternitas dipelajari melalui konsep. Ketrampilan asuhan keperawatan Maternitas diberikan dengan stimulasi kasus dan demonstrasi atau simulasi di dalam laboratorium. Modul ini juga dilengkapi dengan contoh kasus daftar tilik tindakan keperawatan. Melalui terbitnya modul ini dapat dijadikan panduan bagi dosen dan mahasiswa dalam melakukan proses keperawatan asuhan keperawatan Maternitas.

Akhirnya kami berterima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan dan pembuatan modul ini. Besar harapan kami modul ini dapat membantu mahasiswa untuk memecahkan masalah-masalah dalam proses keperawatan. Harapan penyusun, panduan ini dapat bermanfaat dan menjadi bagian dalam meningkatkan kualitas pembelajaran pendidikan keperawatan. Penulis menyadari belum sempurnanya dalam penyusunan modul ini, sehingga saran dan masukan diperlukan dalam perbaikan modul ini.

Bandung, September 2023

Tim Penyusun,

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	1
<b>DAFTAR ISI</b> .....	4
<b>I _ANTENATAL</b> .....	5
<b>A. Tindakan Keperawatan Pada Ibu Hamil</b> .....	5
<b>II _INTRANATAL</b> .....	25
<b>A. Tindakan Keperawatan Pada Ibu Bersalin</b> .....	25
<b>B. Perawatan Segera Bayi Baru Lahir</b> .....	36
<b>C. Partograf</b> .....	37
<b>D. Manajemen Nyeri</b> .....	41
<b>III _POST PARTUM</b> .....	63
<b>A. Tindakan Keperawatan Pada Ibu Post Partum</b> .....	63
<b>B. Pelaksanaan Perawatan Perineum</b> .....	81
<b>C. Pelaksanaan Memandikan Bayi</b> .....	90
<b>D. Pelaksanaan Perawatan Tali Pesar</b> .....	100
<b>IV _MANAJEMEN LAKTASI</b> .....	108
<b>A. Pelaksanaan Manajemen Laktasi</b> .....	108
<b>B. Pelaksanaan Teknik Menyusui</b> .....	115
<b>C. Pelaksanaan Teknik Marmet</b> .....	125
<b>D. Pelaksanaan Pijat Oksitosin</b> .....	134

# I

## ANTENATAL

### A. Tindakan Keperawatan Pada Ibu Hamil

#### 1. Skenario

Ny R datang ke Puskesmas untuk datang memeriksakan kehamilannya. Saat ditanya, Ny R mengatakan hari pertama haid terakhir jatuh pada tanggal 25 Januari 2022, ini adalah kehamilan yang ke 4, pernah melahirkan 2 kali, abortus 1 kali dan anak yang hidup 1 orang (sekarang berumur 7 tahun). Saat diperiksa, TFU = 22 cm. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk pengkajian ibu hamil.

#### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu melakukan pengkajian untuk menentukan usia kehamilan dan pemeriksaan fisik pada ibu hamil sesuai dengan Standar Prosedur Operasional
- 2) Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri, letak janin, dan denyut janin sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

#### 3. Aktifitas pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat pemeriksaan fisik ibu hamil Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai pemeriksaan fisik ibu hamil	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai pemeriksaan fisik ibu hamil Role play/demonstrasi mengenai	Roleplay diskusi	Instruktur	90 menit	Lab. Maternitas

pemeriksaan fisik ibu hamil oleh instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur				
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas

#### 4. Tinjauan Teori

Antenatal Care (ANC) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan rahim. Frekuensi kunjungan yang dianjurkan selama ibu hamil untuk pemeriksaan adalah :

1. Kunjungan I (12 – 24 minggu) Anamnesa lengkap, pemeriksaan fisik & obstetric, pemeriksaan penunjang (lab), Pemeriksaan antropometri, penilaian resiko kehamilan, KIE.
2. Kunjungan II (28 – 32 minggu) Anamnesis, USG, penilaian resiko kehamilan, nasehat perawatan payudara & senam hamil, TT I
3. Kunjungan III (34 minggu) Anamnesa, pemeriksaan ulang lab, TT II
4. Kunjungan IV, V, VI, VII (36 – 42 minggu) Anamnesa, perawatan payudara & persiapan persalinan

Wanita hamil akan mengalami adaptasi fisiologis dan psikologis. Untuk itu perlu dilakukan pemeriksaan fisik kepada ibu dan janin yang dikandungnya. Pemeriksaan fisik kehamilan meliputi anamnesa dan pemeriksaan fisik ibu hamil.

- Anamnesa kehamilan sebagai pendahuluan yang sangat penting karena dengan anamnesis akan didapatkan gambaran khusus sehingga dapat diperoleh

kesimpulan tentang resikonya. Anamnesa juga dilakukan untuk menentukan usia kehamilan dan taksiran persalinan.

- Pemeriksaan fisik ibu hamil meliputi pemeriksaan fisik head to toe, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemeriksaan letak janin (leopold) dan denyut janin.

**a. Tujuan**

Tujuan pemeriksaan fisik ibu hamil adalah untuk mengetahui kondisi ibu dan janin, serta untuk memeriksakan adanya gangguan kehamilan sebagai bahan rujukan dalam menentukan diagnosa.

**b. Prosedur Kerja**

**- Anamnesa**

- 1) Menanyakan identitas pasien dengan maksud untuk mengenal penderita dan menentukan status sosial ekonominya. Identitas yang ditanyakan meliputi: Nama lengkap, Umur (penting karena untuk menentukan prognosa kehamilan), Pekerjaan, Agama, Alamat.
- 2) Melakukan anamnesa tentang pasangan: Nama pasangan dan umur pasangan, Adakah penyakit genetik/keturunan dalam keluarga pasangan, Apakah pasangan mengkonsumsi alkohol/obat-obatan/rokok, Golongan darah, Perilaku seksual, Pendidikan dan pekerjaan, Sikap pasangan terhadap kehamilan.
- 3) Menanyakan tentang riwayat perkawinan: Menikah atau tidak menikah, Berapa kali menikah, Berapa lama menikah
- 4) Menanyakan keluhan utama pasien
- 5) Menanyakan tentang riwayat haid untuk mengetahui faal kandungan ibu: Menarche/haid pertama, Haid teratur atau tidak teratur, siklus haid, Lamanya haid, Banyaknya darah saat haid, Sifat darah (cair atau beku), warna dan bau,

Dismenorre/tidak,

6) Haid yang terakhir

Haid terakhir, teratur tidaknya haid dan siklus haid dipergunakan untuk memperkirakan tanggal persalinan, dengan menggunakan hukum Naegele yaitu:

- Dicari HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)
- Menentukan HPL (Hari Perkiraan Lahir) dengan cara :

Tanggal (+7), bulan (-3), tahun (+1)

Contoh :

HPHT	:	8	6	2022
		(+7)	(-3)	(+1)
HPL	:	15	3	2023

7) Menanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu :

- i. Status obstetrikus ibu, meliputi kehamilan, persalinan dan abortus. Status obstetrikus seorang wanita dapat ditulis dengan G (Gravida), P (Para/Persalinan) dan A (Abortus)

Contoh: Wanita yang sedang hamil ke 4, telah melahirkan 1 orang anak dan mengalami abortus 2 kali dituliskan dengan : G4, P1, A2

- ii. Riwayat kehamilan yang lalu. Menanyakan adakah gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat (Hiperemesis gravidarum), toxaemia gravidarum
- iii. Riwayat persalinan yang lalu. Persalinan yang lalu spontan/ buatan, persalinan yang lalu aterm (pada usia kehamilan usia 37 mg –42 mg), prematur (pada usia kehamilan 28 mg–37 mg) atau serotinus (pada usia kehamilan lebih dari 42 mg). Apakah pada persalinan yang lalu terjadi

perdarahan. Persalinan ditolong oleh bidan, dokter, atau dukun.

- iv. Riwayat nifas yang lalu. Menanyakan adakah panas atau perdarahan, bagaimana masa laktasinya
  - v. Anak yang dilahirkan sebelumnya: Jenis kelamin anak, berat badan saat lahir, hidup atau meninggal (umur berapa dan apa penyebab anak meninggal)
- 8) Menanyakan riwayat kehamilan sekarang
- i. Apakah sudah merasakan pergerakan anak/belum
  - ii. Adakah mual, muntah, sakit kepala, perdarahan
  - iii. Pada trimester III, adakah bengkak di kaki atau muka, sakit kepala, perdarahan, sakit pinggang dll.
- 9) Melakukan anamnesa tentang riwayat keluarga. Menanyakan adakah penyakit keturunan dalam keluarga, riwayat anak kembar atau penyakit menular yang dapat mempengaruhi persalinan.
- 10) Menganalisa riwayat penyakit/medik
- i. Pernahkah sakit keras atau dioperasi, jika pernah sakit/operasi apa dan kapan.
  - ii. Bagaimana keadaan umum pasien, status nutrisi, miksi dan defekasi.
  - iii. Riwayat alergi makanan/obat
  - iv. Apakah sudah mendapat Imunisasi
- 11) Menganamnesa tentang religius/kultur. Kepercayaan/keyakinan agama, mitos tentang kehamilan, pengaruh susunan keluarga terhadap ibu hamil

- **Pemeriksaan Fisik Kehamilan**

Pemeriksaan fisik pada ibu dilakukan setelah dilakukannya anamnesa.

Sebelum memulai pemeriksaan, perawat harus menjelaskan pada ibu dan keluarga 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.

#### **1) Melakukan Pemeriksaan Fisik Umum**

- i. Perhatikan tanda – tanda fisik secara umum. Perhatikan bagaimana sikap tubuh pasien, keadaan punggung dan cara berjalan. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, scoliosis, pincang, dsb. Lihat dan nilai kekuatan ibu ketika berjalan, apakah ia tampak nyaman dan gembira, apakah ibu tampak lemah.
- ii. Antropometri
  - a) Berat Badan. Berat badan harus dipantau tiap kali ibu hamil periksa. Berat badan ibu hamil biasanya naik sekitar 9 – 12 kg selama kehamilan. Bila kenaikan berat badan ibu kurang dari 5 kg pada kehamilan 28 minggu maka ia perlu dirujuk; serta pada trimester III berat badan tidak boleh bertambah lebih dari 1 kg dalam seminggu atau 3 kg dalam sebulan. Penambahan lebih dari batas-batas tersebut disebabkan karena penimbunan (retensi) air yang disebut pra oedema.
  - b) Tinggi Badan. Tinggi badan ibu hanya perlu diperiksa pada kunjungan

pertama. Bila tinggi badan ibu kurang dari 145 cm, maka persalinan perlu diwaspadai karena kemungkinan ibu mempunyai panggul yang sempit.

c) Lingkar Lengan Atas; batas normal 23,5 cm

iii. Vital Sign

a) Tekanan Darah Bila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih mintalah ibu berbaring miring ke kiri dan mintalah ibu bersantai sampai terkantuk. Setelah 20 menit beristirahat, ukur kembali tekanan darahnya. Bila tekanan darah tetap tinggi, maka hal ini menunjukkan ibu menderita pre eklamsi dan harus dirujuk ke dokter. Tekanan darah pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140 pada systolik atau 90 pada diastolik. Juga perubahan 30 pada systolik dan 15 pada diastolik di atas tensi sebelum hamil, karena menandakan toxaemia gravidarum

b) Nadi Meningkat 10 – 15 x/menit

c) Suhu

d) Respirasi

iv. Adanya Oedem. Oedem dalam kehamilan dapat disebabkan karena toxaemia gravidarum, karena tekanan rahim pada vena-vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki, karena hypovitaminose B1, hypoproteinemia atau karena penyakit jantung.

## 2) Melakukan Pemeriksaan Fisik Head To Toe

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.

i. Kepala

Inspeksi: warna dan kebersihan rambut, kerontokan rambut

Palpasi : raba kepala untuk mengetahui adanya lesi dan massa

ii. Wajah

Inspeksi: Pucat, oedem pada wajah, cloasma gravidarum

iii. Mata

Inspeksi: Sklera ikterik/tidak, konjungtiva anemis/tidak

iv. Hidung

Inspeksi: Kesimetrisan hidung, pernafasan cuping hidung

Palpasi : Pembesaran polip & sinusitis

v. Mulut

Inspeksi: Bibir kering dan pecah-pecah/tidak, cyanosis/tidak, stomatitis, gingivitis, adakah gigi yang tanggal, berlubang, dan caries gigi, lidah kotor/tidak, bau mulut yang menyengat;

vi. Leher

Palpasi: Kelenjar gondok, pembesaran vena jugularis; pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar limfa.

vii. Thorax; Pemeriksaan jantung dan paru; Pemeriksaan mammae/payudara;

Inspeksi: Kesimetrisan payudara; Papila mammae/puting susu menonjol/mendatar/masuk (inverted); Areola mammae melebar & bertambah hitam (hiperpigmentasi)

Palpasi: Pengeluaran kolostrum; Terdapat benjolan abnormal/tidak (pada kunjungan pertama)

viii. Abdomen (Inspeksi, Palpasi dan Auskultasi)

Sebelum memulai pemeriksaan abdomen, lakukan hal-hal berikut:

- Minta ibu mengosongkan kandung kemihnya bila perlu
- Bantu ibu untuk santai, letakkan sebuah bantal dibawah kepala dan bahu, fleksikan tangan dan lutut
- Hangatkan telapak tangan

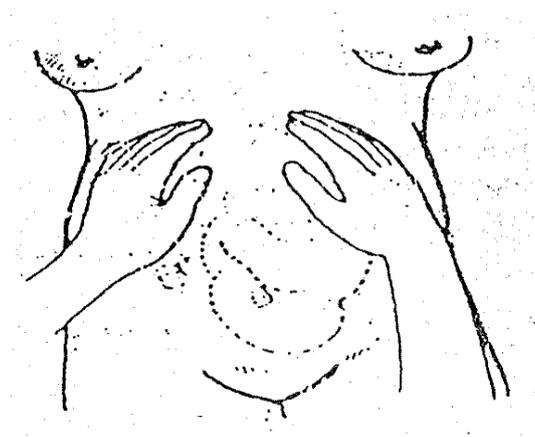
Inspeksi: Kesimetrisan perut, lihat bentuk pembesaran perut (apakah melintang, memanjang, asimetris); adakah lesi / bekas luka operasi; Garis-garis (striae gravidarum, linea alba, linea nigra)

Palpasi : pemeriksaan LEOPOLD;

- a) **Pemeriksaan leopold I**, untuk menentukan bagian janin yang terdapat di fundus uteri dan menentukan usia kehamilan dengan mengukur tinggi fundus uteri (TFU).

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.



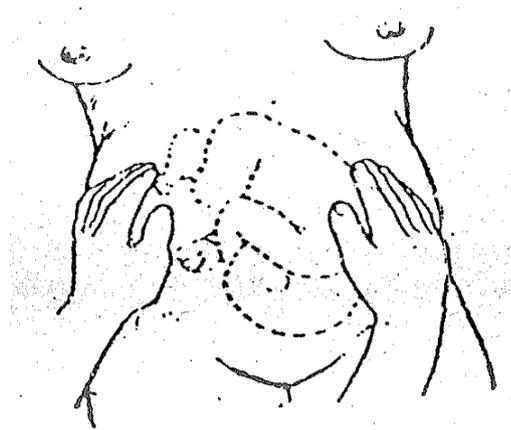
- Hasil: jika kepala janin yang berada di fundus, maka palpasi akan teraba bagian bulat, keras dan dapat digerakkan (balotemen). Jika bokong yang terletak di fundus, maka pemeriksa akan meraba suatu bentuk yang tidak spesifik, lebih besar dan lebih lunak dari kepala, tidak dapat digerakkan, serta fundus terasa penuh. Pada letak lintang palpasi di daerah fundus akan terasa kosong.
- Mengukur tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan; ada 2 cara :
  - (a) Mengukur dengan jari, yaitu mengukur ujung atas fundus uteri menggunakan jari
  - (b) Mengukur dengan metline, yaitu mengukur ujung atas fundus uteri sampai ujung atas symphysis menggunakan metline. Usia kehamilan dihitung dengan menggunakan rumus Mc Donald :  
 Hasil (cm)  $\times 2/7$  = Usia kehamilan dalam BULAN  
 Hasil (cm)  $\times 8/7$  = Usia kehamilan dalam MINGGU

Usia Kehamilan		Tinggi Fundus Uteri (TFU)	
Minggu	Bulan	Diukur Dg Jari	Dg Metline
	Sebelum 3 Bulan	Belum Dapat Diraba Dari Luar	
12 Minggu	Akhir Bln 3	1-2 Jari Di Atas Simfisis	
16 Minggu	Akhir Bln 4	Pertengahan Antara Symfisis Dan Pusat	
20 Minggu	Akhir Bln 5	3 Jari Di Bawah Pusat	20 Cm
24 Minggu	Akhir Bln 6	Setinggi Pusat	24 Cm
28 Minggu	Akhir Bln 7	3 Jari Di Atas Pusat	28 Cm
32 Minggu	Akhir Bln 8	Pertengahan Px Dan Pusat	32 Cm
36 Minggu	Akhir Bln 9	3 Jari Di Bawah Px (Sampai Arcus Costarum)	34-46 Cm
40 Minggu	Akhir Bln 10	Pertengahan Px Dan Pusat	

b) **Pemeriksaan Leopold II**, untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus.

Cara pemeriksaan :

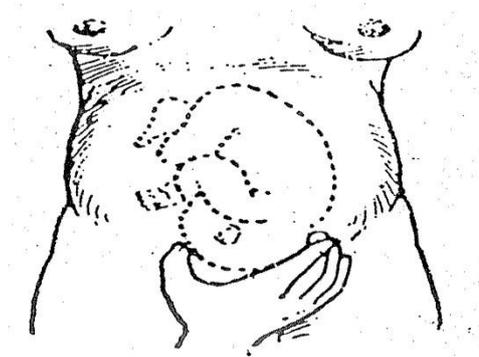
- Pemeriksa berdiri disebelah kanan pasien, menghadap kepala pasien. Kedua telapak tangan diletakkan pada kedua sisi perut, dan lakukan tekanan yang lembut tetapi cukup dalam untuk meraba dari kedua sisi. Secara perlahan geser jari-jari dari satu sisi ke sisi lain untuk menentukan pada sisi mana terletak pada sisi mana terletak punggung, lengan dan kaki.



- 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.
- c) **Pemeriksaan Leopold III**, untuk menentukan bagian janin yang terdapat di bagian bawah uterus dan menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP).

Cara pemeriksaan:

- Melakukan pemeriksaan menggunakan satu tangan (tangan kanan), tangan kiri menahan bagian fundus uteri.
- Raba dengan hati-hati bagian bawah abdomen pasien tepat diatas simfisis pubis. Coba untuk menilai bagian janin yang berada disana menggunakan ibu jari dan jari-jari lainnya. Bandingkan dengan hasil pemeriksaan leopard sebelumnya.
- Menentukan apakah bagian bawah tersebut sudah masuk PAP (Pintu atas panggul) atau belum dengan menggoyangkan perlahan. Bila masih bisa digerakkan : belum masuk PAP Bila tidak bisa digerakkan/engaged : sudah masuk PAP



- d) **Pemeriksaan Leopold IV**, untuk Untuk memastikan ulang bagian janin yang terdapat di bagian bawah uterus dan memastikan sudah seberapa besar bagian bawah janin masuk ke dalam rongga panggul.

Cara Pemeriksaan:

- Berubah sikap menghadap ke kaki pasien, kaki ibu lurus.
- Letakkan kedua telapak tangan pada bagian bawah abdomen dan coba untuk menekan ke arah pintu atas panggul
- Memastikan ulang bagian janin terbawah dengan meraba dengan jari

- Meraba ujung bagian bawah janin untuk menilai seberapa jauh bagian tersebut masuk melalui pintu atas panggul.

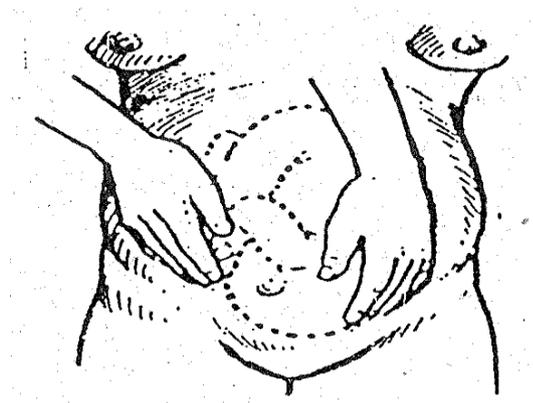
Jika kedua tangan konvergen : baru sebagian kecil yang masuk ke dalam rongga panggul

Jika kedua tangan sejajar : sudah masuk separuh

Jika kedua tangan divergen : sudah masuk sebagian besar

Auskultasi : Mendengarkan denyut jantung janin (DJJ) dengan menggunakan funandoskop/linec atau dopler. Caranya :

- a) Meletakkan funandoskop pada daerah punggung janin,
- b) Memasang corong funandoskop pada telinga (menghadap kaki pasien)
- c) Dengarkan denyut jantung janin selama satu menit; kaji frekuensi dan irama denyutan. Jantung janin biasanya berdenyut 120-160 kali permenit. Jika DJJ  $< 120$  atau  $> 160$  maka janin dalam keadaan distres dan perlu dirujuk



ix. Pemeriksaan punggung di bagian ginjal

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

x. Genitalia dan anus

Inspeksi: Pakai sarung tangan sebelum memeriksa vulva; Terlihat sedikit cairan jernih atau berwarna putih yang tidak berbau, hemoroid.

Palpasi: Raba kulit di daerah selakangan, pada keadaan normal tidak teraba benjolan kelenjar; Cuci sarung tangan sebelum dilepaskan.

xi. Ekstremitas bawah

Inspeksi : Varises; oedem (paling mudah dilihat pada mata kaki dengan cara menekan beberapa detik). Odem positif pada tungkai kaki dapat menandakan adanya preeklampsia; Kuku pucat

Pemeriksaan reflek lutut (patella) : Minta ibu untuk duduk dengan tungkai menggantung bebas, Raba tendon di bawah lutut/patella. Dengan menggunakan hammer ketuklah tendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika diketuk. Bila reflek negatif kemungkinan pasien kekurangan vitamin B1. Sebaliknya bila gerakan berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklampsia. Pemeriksaan reflek bicep dan tricep.

xii. Melakukan pemeriksaan panggul

a) Meminta pasien untuk berdiri

b) Mengukur panggul pasien menggunakan jangka panggul

- Distansia Spinarum; Jarak antara SIAS kiri dan kanan (23–26 cm)
- Distansia Cristarum; Jarak antara crista illiaca terjauh kanan dan kiri (26–29 cm). Jika selisih antara distansia spinarum dan cristarum kurang dari 16 cm, kemungkinan besar terdapat kesempitan panggul.
- Conjugata eksterna (boudeloge); Jarak antara tepi atas symphysis

dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke V (18–20 cm);

Bila diameter boudelogue kurang dari 16 cm, kemungkinan terdapat kesempitan panggul

- Ukuran Lingkar Panggul; Dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara SIAS dan trochanter mayor di satu sisi kemudian kembali melalui tempat yang sama di sisi yang lain. (80 – 90 cm)

#### - **Pemeriksaan Penunjang**

##### 1) Pemeriksaan Laboratorium

- Urin : Tes kehamilan (pada kunjungan pertama); protein; glukosa; analisis
- Darah : Hb (sebaiknya 3 bulan sekali); golongan darah; glukosa; VDRL
- Pemeriksaan swab : lendir vagina & serviks

##### 2) USG : Jenis kelamin janin; taksiran kelahiran; TBJ; jumlah cairan amnion

#### **Daftar Pustaka**

1. DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta
2. Cunningham, Gary F,(2006), Obstetri Williams, Volume 1,Edisi 21. Jakarta:EGC
3. Deswani,(2010),Panduan Praktek Klinik Dan Laboratorium Keperawatan Maternitas,Jakarta:Salemba Medika Lauder milk Deitra
4. Leonard,et.al.(2010),Maternity Nursing,Edisi 8,Mosby Year Book,Inc Manuaba Ida
5. Mitayani,(2009) ,Asuhan Keperawatan Maternitas,Jakarta:Salemba Medika Pillitteri

## DAFTAR TILIK

**Nama skill : PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL**

**Nama mahasiswa :**

**NIM :**

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
1.	Memberikan salam kepada klien, sambut klien dengan ramah dan memperkenalkan diri					
2	Meminta ijin kepada klien sebelum melakukan tindakan					
3	Membina hubungan baik dan dengarkan klien secara aktif					
4	Menjaga privacy klien					
5.	Memperhatikan tingkat energi ibu, keadaan emosi dan posturnya selama melakukan pemeriksaan					
6.	Menjelaskan seluruh prosedur sambil melakukan pemeriksaan					
7.	Mengajukan pertanyaan lebih lanjut untuk klarifikasi sambil melakukan pemeriksaan sesuai dengan kebutuhan dan kelayakan					
8.	Menyiapkan alat-alat didekat klien secara ergonomik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbangan berat badan 1 buah</li> <li>• Ukuran tinggi badan 1 buah</li> <li>• Bak instrument 1 buah</li> <li>• Handscoen 1 pasang</li> <li>• Pita lila</li> <li>• Tisu</li> <li>• Reflek hamer 1 buah</li> <li>• Thermometer 1 buah</li> <li>• Tensimeter 1 buah</li> </ul>					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoaural 1 buah</li> <li>• Tongue spatel 1 buah</li> <li>• Metlin 1 buah</li> <li>• Leanec 1 buah</li> <li>• Jam tangan</li> <li>• Nierbeken 1 buah</li> <li>• Handuk kecil 1 buah</li> <li>• Jangka martil 1 buah</li> </ul>					
9.	Melepaskan seluruh perhiasan di jari dan tangan dan mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir lalu mengeringkannya					
10.	Mengukur tinggi dan berat badan					
11.	Mempersilahkan Ibu duduk di pinggir tempat tidur					
12.	Mengukur LILA					
13.	Melakukan Pemeriksaan Reflek Patella Kiri dan Kanan (PERKUSI)					
14.	Meminta ibu untuk melepaskan pakaian dan menawarkan kain linen untuk penutup tubuh (meminta ibu untuk melonggarkan pakaiannya)					
15.	Membantu ibu berbaring di meja pemeriksaan					
	<b>Tanda-tanda Vital</b>					
16.	Mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu					
	<b>Kepala dan Leher</b>					
17.	Memeriksa apakah ada oedema, cloasma gravidarum pada wajah					
18.	Memeriksa apakah mata: Pucat pada kelopak bagian bawah Berwarna kuning (jaundice) pada sklera					
19.	Memeriksa Kebersihan hidung dan telinga					
20.	Memeriksa Kebersihan mulut dan gigi (apakah					

	bibir pucat, adanya caries gigi)					
21.	Memeriksa leher dan meraba leher untuk mengetahui: Pembesaran kelenjar tyroid Pembesaran pembuluh limfe					
	<b>Payudara</b>					
22.	Dengan posisi tangan klien disamping, lalu memeriksa payudara: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bentuk, ukuran dan simetris/tidak</li> <li>• Puting payudara menonjol atau masuk ke dalam</li> <li>• Adanya kolostrum atau cairan lain</li> <li>• Adanya benjolan/moduler</li> <li>• Adanya nyeri tekan</li> </ul>					
23.	Pada saat klien mengangkat tangan ke atas kepala, memeriksa payudara untuk mengetahui adanya retraksi atau dimpling					
24.	Klien berbaring dengan tangan kiri di atas, lakukan palpasi secara sistematis pada payudara sebelah kiri (lakukan secara bergantian), lakukan dari arah payudara, axilla dan puting, kalau terdapat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Massa</li> <li>• Pembesaran pembuluh limfe Abdomen</li> </ul>					
25.	Memeriksa apakah ada bekas luka operasi, striae dan linea					
26.	LEOPOLD I Mengukur tinggi fundus uteri menggunakan tangan (kalau > 12 minggu) dan menggunakan pita pengukur (kalau > 22 minggu) Mengetahui Presentasi janin					
27.	LEOPOLD II Mengetahui posisi janin (PUKA/PUKI)					
28.	LEOPOLD III					

	Mengetahui Bagian Terendah janin sudah masuk PAP/Belum					
29.	LEOPOLD IV Mengetahui seberapa jauh bagian terbawah janin masuk PAP					
30.	Melakukan pengukuran secara Mc.Donald dan menaksirkan Berat Badan Janin (TBBJ)					
31.	Menghitung denyut jantung janin (dengan fetoskop jika >18minggu) Dan Adakah kontraksi					
	<b>Tangan dan Kaki</b>					
32.	Memeriksa apakah tangan dan kaki terdapat oedema serta pucat pada kuku kaki					
33.	Memeriksa dan meraba kaki untuk mengetahui adanya varices Panggul dan Genitalia Eksternal					
34.	Membantu ibu mengambil posisi untuk pemeriksaan panggul dan menutup tubuh untuk menjaga privasi					
35.	Penolong melepaskan perhiasaan di jari lengan					
36.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, setelah itu mengeringkannya dengan menggunakan kain/handuk bersih					
37.	Memakai sarung tangan baru dan steril					
38.	Menjelaskan tindakan yang dilakukan sambil terus melakukan pemeriksaan					
39.	Memisahkan labia mayora dan memeriksa labia minora, kemudian klitoris, lubang uretra dan introitus vagina untuk melihat adanya: luka, varices, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau) Normal : tidak terdapat luka, tidak ada cairan pervaginam, tidak berbau					
40.	Sambil melakukan pemeriksaan selalu mengamati wajah ibu untuk mengetahui apakah ibu merasakan nyeri atau sakit karena prosedur					

	ini					
	<b>Pengukuran Ukuran Panggul Luar</b>					
41.	Distantia spinarum					
42.	Distantia cristarum					
43.	Lingkar panggul					
44.	Menyatakan kepada ibu bahwa pemeriksaan telah selesai dan ibu kembali ke tempat semula untuk dilakukannya pemberian informasi dan pendidikan kesehatan					
45.	Menjadwalkan kunjungan berikutnya (kunjungan ulang)					
46.	Mengucapkan salam dan pamit					
Total						

**Keterangan Skor :**

**Bandung,.....**

**1 = Tidak dilaksanakan**

**Evaluators**

**2 = Dilakukan tidak sempurna**

**3 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

(.....)

**Rumus:**

**Skor didapat/Skor maksimal x 100%**

## II

### INTRANATAL

#### A. Tindakan Keperawatan Pada Ibu Bersalin

##### 1. Skenario

Ny A dengan riwayat obstetri G3P2A0 datang ke klinik bersalin pada tanggal 18 Mei 2011 pukul 12.00 Wib, dengan keluhan mules terus menerus sejak jam 05.00 Wib. Klien mengatakan sudah keluar lendir dan darah sejak jam 10.00 WIB. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil pembukaan serviks 5 cm, portio tebal lunak, ketuban utuh, kepala di hodge 2+, Moulase kepala ada. His teratur 3x/10'30'', DJJ 120x/menit. Ibu tampak menahan nyeri dan sesekali berteriak. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk pengkajian ibu bersalin.

##### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada ibu intra partum sesuai dengan Standar Prosedur Operasional
- 2) Mahasiswa mampu melakukan asuhan persalinan normal sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

##### 3. Aktifitas pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat pemeriksaan fisik ibu intra partum Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai tindakan keperawatan pada ibu bersalin	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai tindakan keperawatan pada ibu bersalin Role play/demonstrasi mengenai tindakan keperawatan pada ibu bersalin oleh	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. Maternitas

instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur				
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas

#### 4. Tinjauan Teori

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran dikatakan normal jika: usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), persalinan terjadi spontan, presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dari 18 jam, tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin.

a. Menurut Mochtar (1998) tanda-tanda persalinan adalah :

- Rasa sakit dan nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- Serviks mendatar dan pembukaan telah ada.
- Pada saat his seringkali menyebabkan penonjolan ketuban kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- Keluar lendir darah yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks. Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan : pendataran dan pembukaan.

b. Mekanisme Persalinan

1) *Engaged*. Bila diameter biparietal sudah masuk pintu atas panggul (PAP) ◇

Primigravida dan multigravida

2) *Descent*

- Kemajuan/turunnya presentasi
- Pada fase latent : kemajuan sedikit
- Pada fase aktif : kemajuan lebih cepat, kemajuan semakincepat jika ketuban pecah.

Faktor penting pada *Descent* :

- Tekanan air ketuban
  - Tekanan langsung kontraksi uterus pada janin
  - Kontraksi otot-otot diafragma dan otot abdomen
  - Melurusnya janin karena kontraksi uterus
- 3) *Fleksi*. Segera setelah bagian terendah mendapat tahanan servik, dinding panggul terjadi fleksi (dagu mendekati dada)
  - 4) *Putaran paksi dalam*. Ubun-ubun kecil berputar ke arah depan → di dasar panggul ubun-ubun kecil ada di bawah simfisis. Karena ketika kepala turun menemui diafragma pelvis dan tek. Intra uterin → menyebabkan kepala Rotasi.
  - 5) *Ekstensi*. Sesudah kepala bayi di dasar panggul & ubun-ubun kecil di bawah simfisis maka dengan sub oksiput kepala mengadakan ekstensi/defleksi → perinium lebar, tipis, anus membuka → lahir bregma → dahi → muka → dagu.
  - 6) *Putaran paksi luar*. Gerakan kembali ke sebelum putaran paksi dalam → untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung bayi
  - 7) *Ekspulsi*. Bahu melintasi PAP → miring menyesuaikan dengan bentuk panggul → dasar panggul letak bahu posisi depan belakang → bahu depan → bahu belakang → trochanter depan → trochanter belakang → lahir seluruhnya
- c. Perubahan dalam proses persalinan

Proses persalinan dibagi dalam empat kala, yaitu :

**a. Kala I (kala pembukaan)**

Yaitu dimulai dari waktu pembukaan 0 serviks sampai lengkap (10 cm). Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (bloody show). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Proses pembukaan serviks sebagian akibat his dibagi dalam 2 fase yaitu :

- Fase laten. Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, sampai pembukaan serviks 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase :
  - i. Fase akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
  - ii. Fase dilatasi maksimal : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
  - iii. Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Kala I pada primigravida berbeda dengan multigravida. Dimana pada primigravida, serviks mendatar (*effacement*) dulu baru berdilatasi dan ostium uteri internum membuka lebih dahulu dari pada ostium uteri eksternum, berlangsung 13-14 jam. 1 jam membuka 1cm. Sedangkan multigravida serviks mendatar dan membuka bisa bersamaan, ostium uteri internum dan eksternum membuka segera bersamaan, berlangsung 7-8 jam. 1 jam membuka 2cm.

## 2) **Kala II (Kala Pengeluaran Janin)**

Pada kala II his menjadi lebih kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali dan durasi 50-100 detik. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti ingin buang air besar, dengan tanda-tanda anus terbuka.

Pada waktu his, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan kedua kekuatan his dan mencedan yang terpimpin akan lebih mendorong bayi sehingga terjadilah kepala membuka pintu jalan lahir dan suboksiput bertindak sebagai hipomoklion maka berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, dan kepala seluruhnya serta diikuti oleh seluruh badan janin.

Kala II pada primigravida berlangsung selama 1½ sampai 2 jam sedangkan pada multigravida berlangsung selama ½ sampai 1 jam.

## 3) **Kala III (Kala Pengeluaran Uri)**

Dimulai saat bayi lahir. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100-300 cc, bila perdarahan > 500 cc ini sudah dianggap abnormal dan harus dicari penyebabnya. Setelah bayi lahir, uterus

teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat, beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.

Menurut Saifuddin (2002), dijelaskan manajemen aktif kala III yang meliputi langkah-langkah berikut yaitu memberikan oksitosin 10 IU atau rangsangan puting payudara jika tidak ada, melakukan peregangan tali pusat terkendali atau PTT dengan gerakan dorso kranial, kemudian memeriksa tanda-tanda pelepasan plasenta, dan melahirkan plasenta secara spontan. Setelah itu lakukan masase fundus uteri untuk menimbulkan kontraksi segera setelah plasenta lahir.

Tanda-tanda pelepasan plasenta : uterus berbentuk bulat penuh, tali pusat memanjang, dan semburan darah tiba-tiba. Keuntungan-keuntungan manajemen aktif kala III antara lain kala III persalinan yang lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah dan mengurangi terjadinya retensio plasenta. Perdarahan kala III normal kurang lebih 100-200 cc.

#### **4) Kala IV (Kala Pengawasan)**

Kala pengawasan dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan pemantauan karena paling sering terjadi perdarahan postpartum pada 2 jam pertama. Masa postpartum merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan karena perdarahan. Sangat sulit memperkirakan kehilangan darah secara tepat karena darah seringkali bercampur dengan cairan ketuban atau urin dan mungkin terserap handuk, kain dan sarung. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah

adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 cc.

Selama kala IV, petugas harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Hal-hal yang perlu di observasi adalah TTV ibu, TFU, Kontraksi Uterus, kandung kemih dan jumlah perdarahan.

## **5. Tujuan**

Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek ibu dan bayi.

## **6. Prosedur Kerja**

### **a. Kala I**

Anamnesa:

- 1) Status emosi : senang/cemas
- Sejak kapan mulai sakit perut, jarak setiap rasa sakit/kontraksi, peningkatan frekuensi, lamanya.
- Apakah sudah mengeluarkan lendir campur darah, darah, cairan.
- Bagaimana gerak janin

Pemeriksaan Fisik:

- Apakah tampak sakit, kesadarannya, tampak pucat (anemis)
- Pemeriksaan vital sign
- Pemeriksaan Leopold
- Pemeriksaan denyut janin : jumlah 120-140 per menit dan keteraturannya

- Pemeriksaan Dalam

Penalaksanaan:

- ii. Menyiapkan partus pevaginam, menyiapkan perlengkapan dan obat-obatan yang dibutuhkan.
- iii. Menyiapkan rujukan jika terjadi penyulit.
- iv. Memberikan asuhan sayang ibu dengan memberi dukungan emosional.
- v. Melakukan observasi his dan DJJ setiap 30 menit, observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam.
- vi. Biarkan ibu istirahat sesaat.
- vii. Memberikan cairan dan nutrisi. Cairan dan nutrisi yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- viii. Mengajarkan ibu relaksasi yang benar dan melakukan manajemen nyeri.
- ix. Mengajarkan cara mengedan yang benar.
- x. Mengatur posisi senyaman mungkin, ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri dan jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan sering kali mempersingkat waktu persalinan.
- xi. Menyarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin. Ibu harus berkemih paling sedikit 2 jam atau lebih sering. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi dan akan memperlambat turunnya bagian terbawah janin. Hal ini akan menambah rasa sakit, kesulitan untuk melahirkan plasenta, perdarahan pasca persalinan dan mungkin menyebabkan partus macet, menyebabkan ibu tidak nyaman, meningkatkan resiko infeksi saluran

kemih pasca persalinan, dan mengganggu penatalaksanaan distosia bahu.

## **b. Kala II**

Anamnesa:

- Apakah klien sudah menunjukkan tanda kelelahan
- Tampak lebih serius terhadap proses persalinan
- Ketakutan tentang kemampuan dalam mengendalikan pernafasan
- Kontraksi sedang, terjadi setiap 2,5-5 menit dan berakhir 30-45 detik
- DJJ terdeteksi agak di bawah pusat pada posisi verteks (dibawah spina ischiadica)
- DJJ bervariasi & perubahan periodik umumnya teramati pada respon kontraksi, palpasi abdominal, dan gerakan janin
- Dilatasi serviks kira-kira 4 – 8 cm
- Perdarahan dalam jumlah sedang - Janin turun 1 – 2 di bawah tulang iskiak

Penatalaksanaan:

- i. Siapkan pertolongan persalinan dan persiapan diri.
- ii. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya untuk meneran. Ibu dapat berganti posisi secara teratur selama kala II persalinan karena sering kali mempercepat kemajuan persalinan.

Macam - macam posisi menurut:

- Posisi duduk/setengah duduk: memudahkan melahirkan kepala bayi.
- Jongkok/berdiri: membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa sakit yang hebat.
- Merangkak merupakan posisi yang terbaik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan.

- Berbaring miring ke kiri: jika ibu kelelahan karena ibu bisa beristirahat dengan mudah diantara kontraksi juga membantu mencegah laserasi perineum.
- iii. Menjaga agar kadung kemih ibu tetap kosong.
- iv. Memberikan dukungan moril dan kenyamanan pada ibu.
- v. Memantau DJJ disaat tidak ada his.
- vi. Memimpin ibu meneran saat ada his dan menganjurkan ibu untuk istirahat saat tidak ada kontraksi.
- vii. Melahirkan bayi secara spontan.
- viii. Meletakkan bayi diatas perut ibu, mengeringkan bayi, dan menghangatkan bayi.
- ix. Mengklem, memotong dan mengikat tali pusat dengan kuat.

**c. Kala III**

Anamnesa:

- Perilaku gembira dan letih
- Tremor pada kaki, mengigil
- Perdarahan vagina
- Tali pusat memanjang
- Uterus berubah bentuk
- Kehilangan darah
- Episiotomi (medial/lateral/mediolateral)
- Hipotensi - Nadi lambat

Penatalaksanaan:

- i. Pada palpasi abdomen pastikan tidak ditemukan adanya bayi kedua.

- ii. Melakukan vulva hygiene dan mengosongkan kandung kemih. Kateterisasi kandung kemih dilakukan apa bila kandung kemih penuh dan ibu tidak dapat berkemih sendiri. Kateterisasi dapat menimbulkan rasa sakit, meningkatkan resiko infeksi dan kemungkinan luka pada saluran kemih.
- iii. Memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar segera setelah bayi lahir. Pemberian oksitosin bertujuan untuk merangsang kontraksi uterus sehingga dapat mempercepat pelepasan plasenta.
- iv. Melakukan peregangan tali pusat terkendali.
- v. Mengobservasi tanda-tanda pelepasan plasenta.
- vi. Mengeluarkan plasenta secara spontan.
- vii. Melakukan masase uterus.
- viii. Memeriksa kelengkapan selaput dan kotiledon plasenta. Berat plasenta 400-500 gram, diameter 15-20 cm, tebal 2-2,5 cm. Insersio sentralis (tengah), lateralis (agak ketengah), marginalis (dipinggir sekali). Kotiledon 20 buah.

#### **d. Kala IV**

Anamnesa:

- Suhu tubuh meningkat 38 derajat selama 24 jam pertama
- Nadi 50 -70 x/menit
- Uterus : lembut – keras
- Tinggi uterus : antara simfisis – umbilikus, 12 jam pertama 1 cm di atas umbilikus
- Lochea : rubra → serosa → alba → Jumlah?????
- Perinium : epis, lecet, vulva edema, lembut

- Rectum : haemoroid
- Abdomen : lembut, striae
- Mamae : lembut, kenyal

Penatalaksanaan:

- i. Melakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- ii. Evaluasi tinggi fundus uteri dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusar sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.
- iii. Memperkirakan darah secara keseluruhan.
- iv. Memeriksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
- v. Evaluasi keadaan umum ibu.
- vi. Mendokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV di bagian belakang patograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

## **B. Perawatan Segera Bayi Baru Lahir**

Adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir selama satu jam pertama setelah kelahiran.

- Sebagian besar bayi baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dg sedikit bantuan/gangguan
- Oleh karena itu penting diperhatikan dlm memberikan asuhan segera, yaitu jaga bayi tetap kering & hangat, kotak antara kulit bayi dg kulit ibu sesegera mungkin
- Observasi bayi lahir

Observasi dimulai saat satu menit setelah kelahiran dengan menggunakan APGAR SCORE, penilaian ini untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang dinilai adalah warna kulit, frekuensi nadi, reaksi terhadap rangsangan, tonus otot dan usaha napas.

Nilai normal asfiksia :

- i. Asfiksia berat 0 sampai 3
- ii. Asfiksia sedang 4 sampai 6
- iii. Asfiksia ringan/normal 7 sampai 10

Nilai Apgar	0	1	2
<b>Appearance (warna kulit)</b>	Pucat biru	Badan merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<b>Pulse rate</b>	Tidak ada	Kurang dari 100x/menit	Lebih dari 100x/menit
<b>Grimace (reaksi rangsangan)</b>	Tidak ada	Sedikit gerak	Batuk bersin
<b>Activity (tonus otot)</b>	Tidak ada	Reflek lemah	Gerak aktif
<b>Raspiratori (pernapasan)</b>	Tidak ada	Menangis lemah	Menangis kuat

### C. Partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi yang didasarkan pada observasi / riwayat dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan Kala I.

Tujuan penggunaan Partograf :

- Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan melalui Pemeriksaan Dalam
- Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal sehingga secara dini kemungkinan terjadi partus lama

Pengamatan yang dicatat pada partograf:

i. Kemajuan Persalinan

- Pembukaan serviks tiap 4 jam
- Turunnya kepala (Palpasi perut : seperlima kepala janin yang teraba) tiap 4 jam
- His (Frek. /10 menit & Lamanya) tiap ½ jam

ii. Keadaan Janin

- Frek. Denyut jantung janin tiap ½ jam
- Warna, jumlah & lamanya ketuban pecah
- Molase kepala janin

iii. Keadaan Ibu

- Nadi tiap ½ jam, TD & Suhu tiap 4 jam
- Urin : vol, protein, aseton tiap 2-4 jam
- Obat-obatan dan cairan IV
- Pemberian Oksitosin

Petunjuk pengisian partograf

1) Informasi tentang ibu

- Lengkapi bagian awal partograf secara teliti pada saat memulai asuhan.
- Pencatatan waktu kedatangan (jam) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan
- Catat waktu terjadinya pecah ketuban

2) Kesehatan & kenyamanan janin

a. Denyut Jantung Janin

- Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit
- Penolong harus waspada jika DJJ dibawah 120 atau di atas 160

b. Warna dan Adanya Air Ketuban

- Nilai air ketuban setiap kali PD
- Nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah
- Gunakan lambang-lambang sbb :
  - U : Ketuban Utuh (blm pecah)
  - J : Ketuban sdh pecah & air ketuban bersih
  - M : Ketuban sdh pecah dan air ketuban bercampur mekonium
  - D : Ketuban sdh pecah dan air ketuban bercampur darah
  - K : Ketuban sdh pecah dan tidak ada air ketuban

c. Molase (Penyusupan Kepala Janin)

- Penyusupan adalah indikator penting seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. - Setiap kali PD lakukan penilaian penyusupan kepala janin

3) Kemajuan persalinan

a. Pembukaan Serviks

- Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks
- Catat pembukaan serviks setiap 4 jam
- Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap pemeriksaan di garis waspada

b. Penurunan Kepala

- Skala 1 - 5 menunjukkan seberapa jauh penurunan janin yang dituliskan dengan tanda “ “
- Pemeriksaan dilakukan setiap 4 jam melalui palpasi abdomen

c. Garis Waspada dan Garis Bertindak

- Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan jika laju pembukaan 1 cm per jam

- Jika pembukaan serviks berada disebelah kanan garis bertindak,maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan

4) Kontraksi uterus

- Dibawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak
- Setiap kotak menyatakan satu kontraksi
- Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik
- Tuliskan lamanya kontraksi dengan :
  -  : Lama kontraksi < 20 detik
  -  : Lama kontraksi 20 - 40 detik
  -  : Lama kontraksi > 40 detik

5) Obat-obatan & cairan yg diberikan

a. Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit, jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume IV dan dalam satuan tetesan per menit

b. Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya

6) Keselamatan & kenyamanan ibu

a. Nadi, TD dan Temperatur

- Menilai nadi setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik (.)
- Menilai dan mencatat TD setiap 4 jam dengan tanda :
- Menilai temepratur ibu tiap 2 jam

b. Volume Urin, Protein, Aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin tiap 2 jam

#### **D. Manajemen Nyeri**

Nyeri adalah suatu sensori yang tidak menyenangkan dari satu pengalaman emosional yang disertai kerusakan jaringan secara actual/potensial.

Fisiologi nyeri persalinan:

- Selama kala I

Nyeri dihasilkan oleh dilatasi serviks dan SBR, serta distensi uterus

- Intensitas nyeri kala I akibat dari kontraksi uterus involunter nyeri dirasakan dari pinggang dan menjalar ke perut .
- Kualitas nyeri bervariasi. Sensasi impuls dari uterus sinapsnya pada Torakal 10, 11,12 dan lumbal 1. Mengurangi nyeri pada fase ini dengan memblok daerah di atasnya.

- Selama Fase Transisi

Selama fase transisi → sensasi nyeri dirasakan amat sangat → ekspresi rasa tidak berdaya → menunjukkan penurunan: kemampuan penurunan mendengar dan konsentrasi

- Selama kala II

a. Nyeri diakibatkan oleh tekanan kepala janin pada pelvis

b. Distensi struktur pelvis dan tekanan pada pleksus lumbosakralis

- nyeri dirasakan pada :
  - regio L 2 , bag bawah punggung, dan juga pada paha dan tungkai
  - pada areal vagina dan perineum.
- Sensasinya seperti tarikan, tekanan, rasa terbakar dan puntiran, serta kram.
- Ibu biasanya mempunyai keinginan untuk mengejan
- Sensasi impuls dibawa dari perieum ke sacrum 2, 3, 4 oleh saraf pudendal

- Untuk mengurangi nyeri diblok pada reseptor yang lebih bawah.
- c. Hal –hal yang harus diperhatikan pada kala II
- Jangan menahan ikut saja mengikuti kontraksi
  - Langsung mengedan kearah bawah
  - Selalu mengambil napas dalam untuk mengisi awal dan akhir kontraksi
  - Jangan mengejan terlalu panjang tanpa mengambil napas. Rileks pada saat tidak ada kontraksi
- d. Metode pengendalian nyeri
- Non farmakologi \* Modulasi psikologis nyeri: distraksi, relaksasi, pemijatan/masase, kompres, hipno terapi, imajinasi terbimbing, dan siko profilaksis.
  - Farmakologis
    - Analgesik inhalasi → kloroform, tri kloretilen, dinitrogen oksida, oksigen.
    - Analgesik opoid/opium berefek sedasi tdk analgesi
    - Jenis: petidin dalam bentuk kuat, codein dalam bentuk lemahnya, diamorfin, meptazinon
    - Anastesi / analgesi

## Daftar Pustaka

1. DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta
2. Cunningham, Gary F,(2006), Obstetri Williams, Volume 1,Edisi 21. Jakarta:EGC
3. Deswani,(2010),Panduan Praktek Klinik Dan Laboratorium Keperawatan Maternitas,Jakarta:Salemba Medika Lauder milk Deitra
4. Leonard,et.al.(2010),Maternity Nursing,Edisi 8,Mosby Year Book,Inc Manuaba Ida
5. Mitayani,(2009) ,Asuhan Keperawatan Maternitas,Jakarta:Salemba Medika Pillitteri

## DAFTAR TILIK

**Nama skill : PEMERIKSAAN FISIK IBU BERSALIN**

**Nama mahasiswa :**

**NIM :**

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
1.	Memberi salam kepada klien, sambut klien dan keluarga dengan ramah dan memperkenalkan diri					
2	Meminta izin kepada klien sebelum melakukan tindakan					
3	Membina hubungan baik dan dengarkan klien secara aktif					
4	Menjaga privacy klien dengan menanyakan kebutuhan kenyamanan klien					
5.	Meminta ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya terlebih dahulu. Jika klien adalah klien baru, lakukan pemeriksaan urin (protein dan glukosa serta jumlah urin)					
6.	Menyusun alat secara ergonomis untuk memudahkan dalam bekerja					
7.	Menjaga privasi ibu dengan menutup pintu/ tirai.					
8.	Lepaskan semua perhiasan dan aksesoris yang berada di tangan.					
9.	Mencuci tangan					
10.	Melakukan penilaian secara sistematis dengan inspeksi terhadap: kesadaran ibu, keadaan umum, warna kulit, tekstur kulit dan pigmentasi					
11.	Melakukan penimbangan berat badan					
12.	Melakukan pengukuran tinggi badan					

13.	Ibu disuruh duduk di tepi tempat tidur, lakukan pengukuran lingkaran lengan atas dan reflek patella					
14.	Mengatur posisi ibu senyaman mungkin (posisi kepala lebih tinggi dari kaki dan selimuti ibu)					
15.	Melakukan pengukuran vital sign					
16.	Melakukan pemeriksaan pada kepala dan rambut, (Lakukan inspeksi dan palpasi pada kepala dan kulit kepala untuk melihat kebersihan daerah kepala, pembengkakan, kelembaban, lesi, oedem)					
17.	Melakukan inspeksi pada wajah (kesimetrisan wajah, adakah cloasma, pembengkakan palpebrae)					
18.	Melakukan pemeriksaan pada mata : pergerakan bola mata, sclera dan konjungtiva, vaskularisasi (ikterus pada sclera dan pucat pada konjungtiva), inspeksi adakah secret pada sclera dan konjungtiva					
19.	Melakukan inspeksi pada hidung dari arah depan dengan memeriksa septum hidung berada di tengah atau tidak, adakah benda asing, secret hidung, perdarahan, dan polip					
20.	Melakukan pemeriksaan pada mulut dan kerongkongan (menggunakan pencahayaan senter) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa rongga mulut adakah stomatitis</li> <li>• Memeriksa bibir : warna, simetris, kelembaban, pengelupasan, dan bengkak</li> <li>• Memeriksa gusi : warna dan oedema</li> <li>• Memeriksa gigi : karang gigi, caries</li> <li>• Memeriksa lidah : kotor, kelembaban, luka,</li> </ul>					

	<p>bercak, dan pembengkakan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa kerongkongan : lendir/ secret</li> </ul>					
21.	Melakukan inspeksi pada telinga (bersih atau tidak, radang, cairan yang keluar, dan apakah ada benda asing)					
22.	<p>Melakukan pemeriksaan pada leher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan inspeksi untuk melihat kesimetrisan, pergerakan, adakah massa, kekakuan leher</li> <li>• Melakukan palpasi pada leher adakah pembesaran kelenjar limfe. Bila ada, tentukan ukuran, bentuk, mobilitas, konsistensi</li> </ul>					
23.	<p>Melakukan pemeriksaan pada dada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan inspeksi apakah pola pernafasan normal. Adakah tanda-tanda ketidaknyamanan bernafas</li> <li>• Melihat bentuk payudara, kesimetrisan, adanya benjolan atau tidak, bentuk puting susu, areola mammae, pengeluaran kolostrum, dan kebersihan area payudara</li> </ul>					
24.	Membantu ibu membebaskan daerah abdomen dari pakaian					
25.	Mempersilakan ibu menekuk kaki sedikit					
26.	<p>Melakukan pemeriksaan pada abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan inspeksi untuk mengamati bentuk abdomen, adanya striae gravidarum, bekas luka operasi, linea nigra dan linea alba</li> <li>• Melakukan palpasi, sebelumnya menanyakan kepada pasien adakah bagian perut yang sakit</li> </ul>					
27.	Melakukan palpasi Leopold I sampai IV					
28.	Melakukan pengukuran tinggi fundus uteri dengan menggunakan metline dari tepi atas symfisis ke fundus uteri, pada saat tidak ada					

	kontraksi					
29.	Melakukan perlimaan (menilai penurunan bagian terbawah janin)					
30.	Melakukan pemeriksaan DJJ selama satu menit penuh					
31.	Melakukan penilaian pada kontraksi dengan meletakkan tangan pada uterus dan saat kontraksi, nilai frekuensi dalam 10 menit, durasi dan kekuatan					
32.	Melakukan palpasi supra pubik, apakah kandung kencing ibu kembali penuh/ tidak					
33.	Melakukan pemeriksaan ekstremitas Melakukan inspeksi pada ekstremitas adakah oedem, pergerakan aktif atau tidak serta nilai jika ada kelainan-kelainan					
34.	Beritahu ibu dan minta izin untuk dilakukan pemeriksaan genitalia luar dan pemeriksaaan dalam					
35.	Bantu ibu untuk melepas celana dalam					
36.	Memasang perlak pengalas dibawah bokong ibu dan atur posisi ibu (posisi dorsal recumbent)					
37.	Cuci tangan kembali					
38.	Memakai alat pelindung diri meliputi : celemek, sarung tangan steril, masker, kacamata pelindung					
39.	Inspeksi daerah genitalia dan lakukan penilaian : - Perdarahan - Cairan amnion ; warna, bau, jumlah - Mekoneum ; kental atau encer - Bagian yang menumbung - Lendir darah - Perlukaan - Massa					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Varises</li> <li>- Edema</li> <li>- Haemoroid</li> <li>• Jika ada perdarahan pervaginam, jangan lakukan pemeriksaan dalam.</li> </ul>					
40.	Melakukan vulva hygien dengan kapas air DTT					
41.	Dengan hati-hati pisahkan labia dengan jari manis dan ibu jari tangan kiri pemeriksa. Masukkan jari telunjuk tangan kanan pemeriksa dengan hati-hati diikuti oleh jari tengah. Setelah kedua jari tangan berada dalam vagina, tangan kiri pemeriksa diletakkan di fundus ibu. Pada saat kedua jari berada di dalam vagina, jangan mengeluarkannya sebelum pemeriksaan selesai.					
42.	<p>Nilai vagina</p> <p>Luka parut lama di vagina bisa memberikan indikasi luka atau episiotomi sebelumnya, hal ini mungkin menjadi informasi penting pada saat kelahiran bayi</p>					
43.	<p>Serviks</p> <p>Nilai pembukaan dan penipisan serviks</p>					
44.	<p>Selaput ketuban</p> <p>Apakah selaput ketuban sudah pecah atau masih utuh. Pastikan tidak ada tali pusat atau bagian-bagian kecil janin (jari atau kaki) yang menumbung</p>					
45.	<p>Bagian terbawah janin (Kepala)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nilai penurunan kepala janin dan tentukan apakah kepala sudah masuk ke dalam panggul (tentukan telah berada pada bidang Hodge berapa). Bandingkan penurunan kepala dengan temuan-temuan dari pemeriksaan abdomen untuk menentukan kemajuan persalinan.</li> </ul>					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika kepala sudah dapat dipalpasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raba fontanela (UU)</li> <li>2. Sutura sagitalis untuk menentukan penyusupan tulang kepala dan/ atau tumpang tindihnya (ada tidaknya molase)</li> <li>3. Apakah kepala janin sesuai dengan diameter jalan lahir.</li> </ol> </li> </ul>					
46.	Tulang Panggul Periksa apakah spina ischiadica teraba atau tidak serta bagian-bagian yang menjadi tanda panggul sempit					
47.	Setelah pemeriksaan lengkap, keluarkan jari tangan secara hati – hati, sambil meminta ibu untuk menarik nafas panjang serta perhatikan adakah lender, darah, atau air ketuban disarung tangan					
48.	Melakukan inspeksi daerah anus apakah ada hemoroid, kebersihannya					
49.	Mencuci tangan dalam larutan klorin, melepas dan merendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit					
50.	Mencuci tangan					
51.	Memberitahu ibu bahwa pemeriksaan telah selesai dan bantu untuk merapihkan ibu.					
52.	Rapikan alat dan ruang pemeriksaan					
53.	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan lakukan pemberian asuhan kebidanan sesuai kebutuhan ibu.					
54.	Mendiskusikan kembali dan menerapkan birth plan bersama ibu dan keluarga selama masa persalinan					
55.	Mengucapkan salam dan pamit					
56.	Melakukan pendokumentasian tindakan dan hasil pemeriksaan					

Total				
-------	--	--	--	--

**Keterangan Skor :**

**1 = Tidak dilaksanakan**

**2 = Dilakukan tidak sempurna**

**3 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

**Bandung,.....**

**Evaluator**

(.....)

**Rumus:**

**Skor didapat/Skor maksimal x 100%**

## DAFTAR TILIK

**Nama skill : ASUHAN PERSALINAN NORMAL**

**Nama mahasiswa :**

**NIM :**

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
	<b>Mengenal tanda dan gejala kala II</b>					
1.	<p>Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu merasa adanya dorongan kuat untuk meneran</li> <li>• Ibu merasakan tekanan yang semakin kuat pada rektum dan vagina</li> <li>• Perineum tampak menonjol</li> <li>• Vulva dan sfingter ani membuka</li> </ul>					
	<b>Menyiapkan pertolongan persalinan.</b>					
2.	<p>Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obat esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi Ibu dan Bayi Baru Lahir. Untuk Asfiksia siapkan tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh Bayi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggelar kain diatas perut Ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu Bayi</li> <li>• Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.</li> </ul>					
3	Pakai celemek plastik					
4	Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan					

	kering.					
5.	Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.					
6.	Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril ( Pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik ).					
	<b>Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik.</b>					
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.</li> <li>• Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia</li> <li>• Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%).</li> </ul>					
8.	Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi.					
9.	Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.					
10.	Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah					

	<p>kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160X per menit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.</li> <li>• Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.</li> </ul>					
	<p><b>Menyiapkan Ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran.</b></p>					
11.	<p>Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu Ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada Ibu untuk meneran secara benar.</li> </ul>					
12.	<p>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) 13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan Ibu untuk beristirahat diantara kontraksi</li> <li>• Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk Ibu.</li> <li>• Berikan cukup asupan cairan per oral (minum)</li> </ul>					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai</li> <li>• Segera rujuk jika Bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120menit (2 jam) meneran (Primigravida) atau 60menit (1 jam) meneran (multigravida)</li> </ul>					
13.	<p>Laksanakan bimbingan meneran pada saat Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbing Ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif</li> <li>• Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.</li> <li>• Bantu Ibu mengambil Laksanakan bimbingan meneran pada saat Ibu mersa ada dorongna kuat untuk meneran.</li> <li>• Bimbing Ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif</li> <li>• Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.</li> <li>• Bantu Ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (Kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).</li> </ul>					
14.	<p>Anjurkan Ibu untuk berjalan, berjongkok. Atau mengambil posisi yang nyaman, Jika Ibu belum mersa ada dorongan untuk meneran dalam 60menit</p>					
	Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi					
15.	<p>Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan Bayi) di perut Ibu, jika kepala Bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm.</p>					
16.	<p>Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong Ibu.</p>					

17.	Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.					
18.	Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan					
	<b>Menolong Kelahiran Bayi</b> <b>Lahirnya kepala</b>					
19.	Setelah tampak kepala Bayi dengan diameter 5-6cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan 1 tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala Bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan Ibu untuk meneran perlahan atau 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.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala Bayi.</li> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di 2 tempat dan potong diantara 2 klem tersebut.</li> </ul>					
21.	Tunggu kepala Bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.					
	<b>Lahirnya Bahu</b>					
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan Ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang					
	<b>Lahirnya Badan dan Tungkai</b>					

23.	Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum Ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah 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)					
	<b>Penanganan Bayi baru Lahir</b>					
25.	Lakukan penilaian (selintas) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah Bayi cukup bulan ?</li> <li>• Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium ?</li> <li>• Apakah Bayi menangis kuat dan atau bernafas kesulitan ?</li> <li>• Apakah Bayi bergerak dengan aktif ? Bila salah satu jawaban adalah "TIDAK" lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia Bayi baru lahir (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia Bayi baru lahir ).</li> </ul>					
26.	Keringkan Tubuh Bayi : Keringkan Bayi mulai dari muka kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. G					
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus( hamil tunggal)					
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik					
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan					

	aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)					
30.	Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal ( ibu ) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama					
31.	<p>Pemotongan dan pengikatan tali pusat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.</li> <li>• Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya</li> <li>• Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan</li> </ul>					
32.	Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada ibu/ 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 di kepala bayi					
	<b>Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III</b>					
34.	Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva					
35.	Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat secara terkendali.					
36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain					

	<p>mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso kranial) secara hati hati (untuk mencegah inversio uteri).Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu</li> </ul>					
	<b>Mengeluarkan Plasenta</b>					
37.	<p>Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir ( tetap lakukan tekanan dorso kranial )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.</li> <li>• Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat Beri dosis ulangan oksitosin 10 IU secara IM</li> <li>• Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh</li> <li>• Minta keluarga menyiapkan rujukan</li> <li>• Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya. • Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau jika terjadi perdarahan lakukan plasenta manual</li> </ul>					
38.	<p>Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan</p>					

	<p>plasenta pada wadah yang telah disediakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.</li> </ul>					
	<b>Rangsangan Taktil (Masase) Uterus</b>					
39.	<p>Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (uterus teraba keras).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.</li> </ul>					
	<b>Menilai Perdarahan</b>					
40.	<p>Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam knatong palstik atau tempat khusus.</p>					
41.	<p>Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif , segera lakukan penjahitan</p>					
	<b>Melakukan Prosedur Pasca Persalinan</b>					
42.	<p>Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam</p>					
43.	<p>Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. • Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.</p>					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.</li> </ul>					
44.	Setelah satu jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral.					
45.	<p>Setelah satu jam pemberian Vitamin k, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.</li> <li>• Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan dibiarkan sampai bayi berhasil menyusui.</li> </ul>					
	<b>Evaluasi</b>					
46.	<p>Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan</li> <li>• Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan</li> <li>• Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan</li> <li>• Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.</li> </ul>					
47.	Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.					
48.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah					
49.	Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam					

	<p>kedua pasca persalinan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.</li> <li>• Lakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.</li> </ul>					
50.	Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x per menit) serta suhu tubuh normal (30,5-37,5)0 C.					
	<b>Kebersihan dan Keamanan</b>					
51.	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.					
52.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.					
53.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, bersihkan sisa air ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.					
54.	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.					
55.	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.					
56.	Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.					
57.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir					
	<b>Dokumentasi</b>					
58.	Lengkapi partograf (halaman depan dan					

	belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV					
Total						

**Keterangan Skor :**

**1 = Tidak dilaksanakan**

**2 = Dilakukan tidak sempurna**

**3 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

**Bandung,.....**

**Evaluator**

(.....)

**Rumus:**

**Skor didapat/Skor maksimal x 100%**

### III

## POST PARTUM

#### A. Tindakan Keperawatan Pada Ibu Post Partum

##### 1. Skenario

Ny. A P2A0 post partum normal hari ke 6 datang ke poli obgyn untuk kontrol setelah persalinan. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk pengkajian ibu post partum.

##### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu melakukan pengkajian untuk pemeriksaan fisik pada ibu post partum sesuai dengan Standar Prosedur Operasional
- 2) Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik post partum sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

##### 3. Aktifitas pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat pemeriksaan fisik ibu post partum Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai pemeriksaan fisik ibu post partum	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai pemeriksaan fisik ibu post partum Role play/demonstrasi mengenai pemeriksaan fisik ibu post partum oleh instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. Maternitas
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas
Penutup	Diskusi			Lab.

Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup		Instruktur	20 menit	Maternitas
---	--	------------	----------	------------

#### 4. Tinjauan Teori

Masa postpartum sering disebut juga sebagai masa nifas (puerperium) yang didefinisikan sebagai masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Postpartum merupakan masa setelah persalinan sampai dengan 6 minggu. Periode ini merupakan masa pemulihan dan kembalinya organ tubuh ibu kembali pada kondisi sebelum hamil. Kembalinya organ tubuh berfungsi seperti sebelum kehamilan membutuhkan waktu 3 bulan. a istilah puerperium berasal dari bahasa latin yang terdiri dari kata puer artinya anak, dan parere artinya melahirkan. Dari kata tersebut maka definisi puerperium atau post natal adalah masa pemulihan alat reproduksi yang dimulai sejak persalinan selesai sampai 40 hari atau 6 minggu.

##### a. Tahapan pada Nifas

Postpartum dibagi dalam tiga periode:

- 1) Periode Immediate postpartum : terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan
- 2) Periode Early postpartum : terjadi setelah 24 jam post partum sampai akhir minggu pertama sesudah melahirkan, dimana resiko komplikasi sering terjadi pada ibu postpartum
- 3) Periode late postpartum : terjadi mulai minggu kedua sampai minggu keenam sesudah melahirkan, dan terjadi perubahan secara bertahap

##### b. Perubahan fisiologis pada masa nifas

- 1) Sistem Reproduksi

a) Involusi rahim atau uterus

Setelah placenta lahir, uterus mengalami kontraksi dan retraksi ototnya akan menjadi keras sehingga dapat menutup/menjepit pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Ligamen uterus yang masih lemah menyebabkan uterus dapat bergeser dan keefektifan kontraksi akan terganggu. Bila kandung kemih penuh akan menekan dan mendorong fundus uteri sehingga berada di atas umbilikus dan posisi bergeser ke sebelah kanan. Involusi terjadi karena masing – masing sel menjadi lebih kecil, karena sitoplasma nya yang berlebihan dibuang, involusi disebabkan oleh proses autolysis, dimana zat protein dinding rahim dipecah, diabsorpsi dan kemudian dibuang melalui air kencing, sehingga kadar nitrogen dalam air kencing sangat tinggi.

Hal tersebut menunjukkan bahwa perkemihan ibu setelah melahirkan sangat penting untuk diperhatikan.

<b>Waktu Involusi</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri</b>	<b>Berat Uterus</b>
Bayi lahir	Setinggi Pusat	1000 gr
Plasenta lahir	2 Jari Di Bawah Pusat	750 gr
1 Minggu	Pertengahan Pusat Symphisis	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba di atas Symphisis	350 gr
6 minggu	Bertambah Kecil	50 gr
8 minggu	Ukuran normal	30 gr

b) Involusi tempat plasenta

Dalam dua hari post partum desidua yang tertinggal dan berdiferensiasi menjadi 2 lapisan, lapisan superfisial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lochea. Sedangkan lapisan basah yang bersebelahan dengan

miometrium yang berisi kelenjar tetap utuh dan merupakan sumber pembentukan endometrium baru. Proses regenerasi endometrium berlangsung cepat. Seluruh endometrium pulih kembali dalam minggu kedua dan ketiga. Pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3 – 4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm.

c) Perubahan pembuluh darah rahim

Dalam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh-pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka arteri harus mengecil lagi dalam nifas.

d) Perubahan pada serviks, vagina, vulva, dan perinium

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup. Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. 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. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Selama early postpartum jaringan sekitar perineum mengalami edema dan laserasi. Jika ada episiotomy atau laserasi akan menimbulkan rasa takut untuk berkemih dan buang air besar. Pada postpartum hari ke-5, perineum sudah mulai kembali ke semula, kekuatan tonusnya tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

e) Perubahan pada cairan vagina (lochia)

Lochea adalah sekret yang berasal dari dalam rahim terutama luka bekas

implantasi plasenta yang keluar melalui vagina. Lochea merupakan pembersihan uterus setelah melahirkan yang secara mikroskopik terdiri dari eritrosit, jaringan desidua, sel-sel epitel dan bakteri yang dikeluarkan pada awal masa nifas. Lochea dibagi berdasarkan warna dan kandungannya yaitu :

- i. Lochea Rubra Keluar pada hari pertama sampai hari ketiga post partum. Lochea ini berwarna merah berisi eritrosit, leukosit, sel-sel desidua, vernik kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa-sisa selaput ketuban.
- ii. Lochea Serosa Lochea ini keluar hari keempat sampai kesepuluh post partum dengan warna kuning kecoklatan. Mengandung sel darah, serum, leukosit dan sisa-sisa jaringan dan sejumlah mikroorganisme.
- iii. Lochea Alba Lochea ini keluar mulai pada hari kesepuluh sampai minggu ke 2- 6 post partum. Berwarna putih kekuningan, tidak mengandung darah, berisi sel leukosit, sel-sel epitel dan lendir serviks.

Jika pengeluaran lochea berkepanjangan, pengeluaran lochea tertahan, lochea yang purulenta (nanah), rasa nyeri yang berlebihan, terdapat sisa plasenta merupakan indikasi perdarahan dan infeksi intra uterin.

## 2) Sistem Respirasi

Pada masa kehamilan, diafragma akan terdesak oleh pembesaran uterus sehingga frekuensi pernafasan meningkat. Sedangkan pada masa postpartum peningkatan respirasi mungkin terjadi sebagai respon klien terhadap adanya nyeri.

## 3) Sistem Kardiovaskuler

- i. Cardiac Output Penurunan

Cardiac output menyebabkan bradikardi (50-70x/menit) pada hari

pertama setelah persalinan. Bila frekuensi denyut nadi cepat mengindikasikan adanya perdarahan, kecemasan, kelelahan, infeksi penyakit jantung, dapat terjadi hipotensi orthostatik dengan penurunan tekanan systolik kurang lebih 20 mmHg yang merupakan kompensasi pertahanan tubuh untuk menurunkan resistensi vaskuler sebagai akibat peningkatan tekanan vena. Biasanya ini terjadi beberapa saat setelah persalinan, dan saat pertama kali melakukan mobilisasi (ambulasi). Bila terjadi penurunan tekanan darah secara drastis merupakan indikasi terjadinya perdarahan uteri.

ii. Volume dan Konsentrasi Darah

Selama persalinan erithropoesis meningkat menyebabkan kadar hemoglobin menurun dan nilainya akan kembali stabil pada hari keempat post partum. Jumlah leukosit meningkat pada early postpartum hingga nilainya mencapai 30.000/mm<sup>3</sup> tanpa adanya infeksi. Apabila peningkatan lebih dari 30% dalam 6 jam pertama, maka hal ini mengindikasikan adanya infeksi. Jumlah darah yang hilang selama persalinan sekitar 400-500 ml. Pada klien post partum dengan seksio sesarea kehilangan darah biasanya lebih banyak dibanding persalinan normal (600-800 cc). Kehilangan darah pada 72 jam pertama setelah persalinan lebih banyak kehilangan plasma dari pada sel darah.

4) Sistem Perkemihan

Kelemahan otot kandung kemih dan otot-otot dasar panggul yang lain akan diperberat saat mengalami persalinan pervaginam dan akan mempengaruhi pola berkemih pada ibu postpartum. Buang air kecil sering sulit selama 24

jam pertama akibat terdapat spasme spingter dan edema leher kandung kemih sesudah mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan akibat penurunan kadar hormon estrogen secara drastis. Hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang drastis setelah plasenta dilahirkan. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Pada keadaan tidak hamil, kapasitas kandung kemih adalah 350 – 400 ml, sedangkan pada masa postpartum terjadi peningkatan akibat diuresis menjadi 550 – 600 ml bahkan mencapai 1 liter. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Terjadinya peningkatan kapasitas kandung kemih dan produksi urin serta menurunnya sensitifitas otot kandung kemih akibat edema pada masa postpartum akan menyebabkan overdistensi pada kandung kemih.

#### 5) Sistem Integumen

Cloasma/hyperpigmentasi kehamilan sering hilang setelah persalinan akibat dari penurunan hormon progesterone dan melanotropin, namun pada beberapa wanita ada yang tidak menghilang secara keseluruhan, kadang ada yang mengalami hyperpigmentasi yang menetap. Pertumbuhan rambut yang berlebihan terlihat selama kehamilan dan seringkali menghilang setelah persalinan, sebagai akibat dari penurunan hormon progesterone yang mempengaruhi folikel rambut sehingga rambut menjadi rontok.

#### 6) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan otot abdomen teregang secara bertahap, hal ini menyebabkan hilangnya kekenyalan otot pada masa post partum, terutama menurunnya tonus otot dinding abdomen dan adanya diastasis rektus

abdominalis. Pada dinding abdomen sering lembek dan kendur , selain itu sensasi ekstremitas bawah dapat berkurang selama 24 jam pertama setelah persalinan.

c. Adaptasi Psikologis

Terdapat tiga fase yang terjadi pada ibu post partum yang disebut “*Rubin Maternal Phases*”, yaitu:

- 1) *Taking in* (fase ketergantungan) terjadi antara satu sampai tiga hari setelah persalinan dimana ibu berfokus pada diri sendiri, bersikap pasif dan tergantung secara emosional ibu berusaha untuk mengintegrasikan pengalaman persalinan dalam kehidupannya.
- 2) *Taking hold* (fase transisi antara ketergantungan dan kemandirian) terjadi antara ketiga sampai kesepuluh hari setelah persalinan. Dalam fase ini secara bertahap tenaga ibu pulih kembali, ibu merasa lebih nyaman, focus perhatian mulai beralih pada bayi, ibu sangat antusias dalam merawat bayinya, mulai mandiri dalam perawatan diri, terbuka pada pengajaran perawatan, saat yang tepat untuk memberi informasi tentang perawatan bayi dan diri sendiri.
- 3) *Letting go* (fase mandiri), Fase ini antara dua sampai empat minggu setelah persalinan dimana ibu mulai menerima peran barunya yaitu sebagai ibu dari bayi yang baru lahir. Ibu melepas bayangan persalinan dengan harapan yang

## 5. Tujuan

Tujuan pemeriksaan fisik ibu hamil adalah untuk mengetahui kondisi ibu, serta untuk memeriksakan adanya gangguan setelah melahirkan sebagai bahan rujukan dalam menentukan diagnosa.

## 6. Prosedur Kerja

Pada masa nifas paling sedikit dilakukan 4 kali kunjungan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah – masalah yang terjadi.

### - Anamnesa

- 1) Menanyakan identitas pasien dengan maksud untuk mengenal penderita dan menentukan status sosial ekonominya. Identitas yang ditanyakan meliputi: Nama lengkap, Umur (penting karena untuk menentukan prognosa kehamilan), Pekerjaan, Agama, Alamat.
- 2) Melakukan anamnesa tentang pasangan: Nama pasangan dan umur pasangan, Adakah penyakit genetik/keturunan dalam keluarga pasangan, Apakah pasangan mengkonsumsi alkohol/obat-obatan/rokok, Golongan darah, Perilaku seksual, Pendidikan dan pekerjaan, Sikap pasangan terhadap kehamilan.
- 3) Menanyakan tentang riwayat perkawinan: Menikah atau tidak menikah, Berapa kali menikah, Berapa lama menikah
- 4) Menanyakan keluhan utama pasien
- 5) Menanyakan tentang riwayat haid untuk mengetahui faal kandungan ibu: Menarche/haid pertama, Haid teratur atau tidak teratur, siklus haid, Lamanya haid, Banyaknya darah saat haid, Sifat darah (cair atau beku), warna dan bau, Dismenorre/tidak,
- 6) Tanggal melahirkan
- 7) Menanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas:
  - i. Status obstetrikus ibu, meliputi kehamilan, persalinan dan abortus. Status obstetrikus seorang wanita dapat ditulis dengan G (Gravida), P

(Para/Persalinan) dan A (Abortus)

- ii. Riwayat kehamilan yang lalu. Menanyakan adakah gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat (Hiperemesis gravidarum), toxaemia gravidarum
  - iii. Riwayat persalinan yang lalu. Persalinan yang lalu spontan/ buatan, persalinan yang lalu aterm (pada usia kehamilan usia 37 mg –42 mg), prematur (pada usia kehamilan 28 mg–37 mg) atau serotinus (pada usia kehamilan lebih dari 42 mg). Apakah pada persalinan yang lalu terjadi perdarahan. Persalinan ditolong oleh bidan, dokter, atau dukun.
  - iv. Riwayat nifas yang lalu. Menanyakan adakah panas atau perdarahan, bagaimana masa laktasinya
  - v. Anak yang dilahirkan: Jenis kelamin anak, berat badan saat lahir, hidup atau meninggal (umur berapa dan apa penyebab anak meninggal)
- 8) Menanyakan keluhan yang dirasakan sekarang. Keluaran cairan, kontraksi, manajemen laktasi.
- 9) Menganalisa riwayat penyakit/medik
- i. Pernahkah sakit keras atau dioperasi, jika pernah sakit/operasi apa dan kapan.
  - ii. Bagaimana keadaan umum pasien, status nutrisi, miksi dan defekasi.
  - iii. Riwayat alergi makanan/obat
  - iv. Apakah sudah mendapat Imunisasi
- 10) Menganamnesa tentang religius/kultur. Kepercayaan/keyakinan agama, mitos tentang kehamilan, pengaruh susunan keluarga terhadap ibu hamil

- **Pemeriksaan Fisik Post Partum**

Pemeriksaan fisik pada ibu dilakukan setelah dilakukannya anamnesa. Sebelum memulai pemeriksaan, perawat harus menjelaskan pada ibu dan keluarga 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 serta perubahan yang terjadi pada suatu pemeriksaan ke pemeriksaan berikutnya.

**3) Melakukan Pemeriksaan Fisik Umum**

- i. Perhatikan tanda – tanda fisik secara umum. Perhatikan bagaimana sikap tubuh pasien, keadaan punggung dan cara berjalan. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, scoliosis, pincang, dsb. Lihat dan nilai kekuatan ibu ketika berjalan, apakah ia tampak nyaman dan gembira, apakah ibu tampak lemah.
- ii. Antropometri
  - a) Berat Badan.
  - b) Tinggi Badan.
- iii. Lingkar Lengan Atas
- iv. Vital Sign
  - a) Tekanan Darah
  - b) Nadi
  - c) Suhu
  - d) Respirasi

**4) Melakukan Pemeriksaan Fisik Head To Toe**

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.

i. Kepala

Inspeksi: warna dan kebersihan rambut, kerontokan rambut

Palpasi : raba kepala untuk mengetahui adanya lesi dan massa

ii. Wajah

Inspeksi: Pucat, oedem pada wajah

iii. Mata

Inspeksi: Sklera ikterik/tidak, konjungtiva anemis/tidak

iv. Hidung

Inspeksi: Kesimetrisan hidung, pernafasan cuping hidung

Palpasi : Pembesaran polip & sinusitis

v. Mulut

Inspeksi: Bibir kering dan pecah-pecah/tidak, cyanosis/tidak, stomatitis, gingivitis, adakah gigi yang tanggal, berlubang, dan caries gigi, lidah kotor/tidak, bau mulut yang menyengat;

vi. Leher

Palpasi: Kelenjar gondok, pembesaran vena jugularis; pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar limfa.

vii. Thorax; Pemeriksaan jantung dan paru; Pemeriksaan mammae/payudara,;

Inspeksi: Kesimetrisan payudara; Papila mammae/puting susu menonjol/mendatar/masuk (inverted); Areola mammae melebar & bertambah hitam (hiperpigmentasi), payudara bernanah atau tidak;

Palpasi: Pengeluaran ASI; Terdapat benjolan abnormal/tidak, pembesaran kelenjar; tumpukan gundang ASI.

viii. Abdomen

pemeriksaan tinggi fundus uteri apakah sesuai dengan involusi uteri, palpasi abdomen untuk menentukan kontraksi uterus baik atau tidak, konsistensinya lunak atau keras, dari pemeriksaan diatas bertujuan untuk mengetahui apakah pelebaran otot perut normal atau tidak caranya yaitu dengan memasukan kedua jari kita yaitu telunjuk dan jari tengah kebagian diafragma dari perut ibu. Jika jari kita masuk dua jari berarti abnormal. Jika kandung kemih pasien penuh, maka bantu untuk mengkosongkan kasung kemihnya dan anjurkan agar tidak menahan apabila terasa ingin BAK. Jika pasien tidak data berkemih dalam 6 jam postpartum , bantu dengan cara menyiram air hangat dan bersihkan vulva perineum. Bila berbagai cara telah dilakukan namun tetap tidak berkemih, maka mungkin perlu dilakukan pemasangan katerisasi. Setelah kandung kemih dikosongkan, maka lakukan massase pada fundus agar uterus berkontasi dengan baik

ix. Pemeriksaan punggung di bagian ginjal

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

x. Genitalia dan anus

Periksa pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya. lihat kebersihan pada genitalia ibu, ibu harus selalu menjaga kebersihan pada alat genitalianya karena pada masa nifas ini ibu sangat mudah sekali untuk terkena infeksi. pada pemeriksaan perineum sebaiknya ibu dalam posisi dengan kedua tungkai dilebarkan. Saat melakukan pemeriksaan perineum

periksalah jahitan laserasinya, terdapat tanda infeksi atau tidak.

xi. Ekstremitas bawah

Pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, odema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda human caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan dilakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

- **Pemeriksaan Penunjang**

1) Pemeriksaan Laboratorium

- Urin : protein; untuk melihat adanya indikasi infeksi saluran kemih
- Darah : Hemoglobin, hematokrit, leukosit; untuk melihat adanya tanda infeksi dan anemia.

## **Daftar Pustaka**

1. Pilliteri,A. (2003). Maternal and child health nursing ; Care of the childbearing and childbearing family (3th ed.), Philadelphia : Lippincott
2. Sukma, Febi dkk. (2017). Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta: Fakultas Kedokteran Dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
3. Wong, D.L., Perry, S.E., & Hockenberry, M. (2002). Maternal child nursing care, (2th ed.), St.Louis : Mosby Inc.

## DAFTAR TILIK

**Nama skill : PEMERIKSAAN FISIK IBU POST PARTUM**

**Nama mahasiswa :**

**NIM :**

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
1.	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapa saja Alat dan Bahan yang diperlukan: 1. Handscoen 2. Meteran atau Midline 3. Stetoskop 4. Spigmomanometer 5. Jam tangan dengan jarum detik 6. Timbangan berat badan 7. Pengukur tinggi badan					
4	Mencuci tangan					
5.	Pakai sarung tangan bersih dan masker					
6.	Menjaga privasi pasien					
7.	Pemeriksaan kepala Inspeksi : warna dan kebersihan rambut Palpasi : lesi, massa					
8.	Pemeriksaan wajah Inspeksi : cloasma gravidarum, oedem					
9.	Pemeriksaan mata Inspeksi : sclera dan konjungtiva					
10.	Pemeriksaan hidung Inspeksi : kesimetrisan, pernafasan Palpasi : polip dan sinusitis					
11.	Pemeriksaan mulut					

	Inspeksi : bibir, gigi, lidah, bau mulut					
12.	Pemeriksaan leher Palpasi : kelenjar tiroid dan limfe					
13.	Pemeriksaan payudara Inspeksi : kesimetrisan, puting, areola, Palpasi : pengeluaran ASI, benjolan, pembesaran kelenjar, tumpukan gundang ASI					
14.	Pemeriksaan abdomen Inspeksi : bentuk pembesaran, bekas operasi, garis-garis					
	Periksa tinggi fundus uteri, kondisi kontraksi dan konsistensi					
	Periksa kandung kemih					
16.	Pemeriksaan genital Inspeksi : lochea, kebersihan genitalia					
17.	Pemeriksaan perineum Inspeksi : ada jahitan/tidak, kondisi jahitan					
19.	Pemeriksaan ekstremitas bawah Inspeksi : varises, oedem					
20.	Pemeriksaan Homan Sign					
21.	Mencuci tangan					
22.	Menyimpulkan hasil pemeriksaan					
23.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL					
24.	Membereskan dan mengembalikan alat					
25.	Mencuci tangan					
26.	Lakukan dokumentasi untuk tindakan yang telah dilakukan dan respon klien					
Total						

**Keterangan Skor :**

**0 = Tidak dilaksanakan**

**1 = Dilakukan tidak sempurna**

**2 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

**Bandung,.....**

**Evaluator**

**(.....)**

**Rumus:**

**Skor didapat/Skor maksimal x 100%**

## B. Pelaksanaan Perawatan Perineum

### 1. Skenario

Ny. A P2A0 post partum normal hari ke 3 dirawat di ruangan obstetric, mengeluh masih nyeri daerah bekas luka jahitan di daerah perineum. Terdapat luka jahitan perineum. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk tindakan perawatan perineum.

### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu menyusun dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan perawatan perineum sesuai dengan prinsip asuhan keperawatan
- 2) Mahasiswa mampu melakukan perawatan perineum sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

### 3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai Perawatan Perineum	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai Perawatan Perineum Role play/demonstrasi mengenai Perawatan Perineum oleh instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. Maternitas
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas

instruktur				
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Penggenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas

#### 4. Tinjauan Teori

##### a. Definisi

Perawatan perineum adalah upaya memberikan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan cara menyehatkan daerah antara kedua paha yang dibatasi antara lubang dubur dan bagian alat kelamin luar pada wanita yang habis melahirkan agar terhindar dari infeksi.

##### b. Tujuan

Tujuan dari perawatan perineum yaitu :

- 1) Menjaga kebersihan daerah kemaluan
- 2) Mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada ibu
- 3) Mencegah infeksi dari masuknya mikroorganisme ke dalam kulit dan membrane mukosa
- 4) Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan
- 5) Mempercepat penyembuhan dan mencegah perdarahan
- 6) Membersihkan luka dari benda asing atau debris
- 7) Drainase untuk memudahkan pengeluaran eksudat

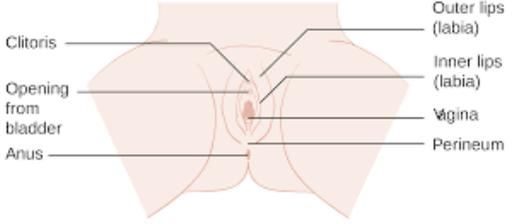
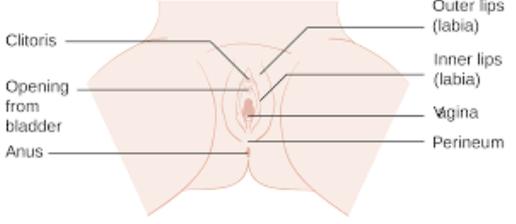
**c. Fungsi Perawatan Perineum**

Perawatan perineum yang dilakukan dengan baik dapat menghindarkan pasien dari infeksi, komplikasi, dan kematian ibu post partum. Serta memberikan rasa nyaman kepada pasien.

**d. Prosedur kerja**

Pelaksanaan Perawatan Perineum			
No	Tindakan	Rasional	Gambar
<b>PEMERIKSAAN DENGAN INSPEKSI</b>			
1.	Menyiapkan dan mendekatkan Alat	Memudahkan pelaksanaan perawatan perineum	
2.	Mengucapkan salam, memperkenalkan diri. Jelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	Membangun trust, agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
3.	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	

4.	Melepas Pakaian bawah dan pasang alas atau perlak	Memudahkan proses tindakan	
5.	Memposisikan pasien dorsal recumbent	Memudahkan proses tindakan dan dapat meninspeksi bagian perineum lebih jelas	
6.	Meletakkan bengkak di antara kedua kaki	Memudahkan proses tindakan	

<p>7.</p>	<p>Membersihkan dengan kapas atau kassa steril yang sudah dilarutkan dengan cairan savlon 1% menggunakan pinset dengan tangan kanan, sedangkan tangan kiri membuka labia. Arah usapan dari atas ke bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labia mayora kanan</li> <li>• Labia mayora kiri</li> <li>• Labia minora kanan</li> <li>• Labia minora kiri</li> <li>• Vestibulum</li> </ul>	<p>Mencegah adanya infeksi</p>	
	<p>Mngeringkan bagian yang dibersihkan menggunakan waslap atau handuk kering yang bersih dengan arah dari atas ke bawah.</p>	<p>Menjaga bagian vulva dan perineum agar tetap kering, mencegah adanya infeksi</p>	

8.	Melepas sarung tangan dan melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
9.	Menanyakan respon pasien dan mengevaluasi kondisi pasien setelah dilakukan tindakan	Pasien merasa lebih nyaman dan rileks	
10.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan merapikan peralatan yang sudah dipakai	Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman dan membuka sampiran	
11.	Melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	

12.	Dokumentasi	Mendokumentasi kan tindakan dan hasil tindakan yang dilakukan	
-----	-------------	--	--

### Daftar Pustaka

1. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta.
2. Kumalasari I. (2015). *Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta: Salemba

## DAFTAR TILIK

**Nama skill** : PERAWATAN PERINEUM

**Nama Mahasiswa** :

**NIM** :

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
1.	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapa Alas dan Bahan yang diperlukan:  1. Mangkuk / kom steril 2. Baskom cuci 3. Selimut mandi atau handuk mandi, waslap sekali pakai atau biasa 4. Sabun 5. Kapas steril 6. Larutan savlon 1 % 7. Pinset steril 8. Alas bokong atau perlak 9. Sarung tangan 10. Bengkok					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Pasang sarung tangan bersih					
6	Lepas Pakaian bawah dan pasang alas atau perlak					
7	Posisikan pasien dorsal recumbent					
8	Letakkan bengkok di antara kedua kaki					
9	Bersihkan dengan kapas atau kassa steril yang sudah dilarutkan dengan cairan savlon 1% menggunakan pinset dengan tangan kanan, sedangkan tangan kiri membuka labia. Arah usapan dari atas ke bawah					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labia mayora kanan</li> <li>• Labia mayora kiri</li> <li>• Labia minora kanan</li> <li>• Labia minora kiri</li> <li>• Vestibulum</li> </ul>					
10	Keringkan bagian yang dibersihkan menggunakan waslap atau handuk kering yang bersih dengan arah dari atas ke bawah.					
11	Rapikan pasien dan alat yang digunakan					
12	Lepaskan sarung tangan					
13	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
14	Evaluasi respon dan kondisi pasien					
15	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien					
Total						

**Keterangan Skor :**

**Bandung,.....**

**0 = Tidak dilaksanakan**

**Evaluator**

**1 = Dilakukan tidak sempurna**

**2 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

(.....)

Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

### C. Pelaksanaan Memandikan Bayi

#### 1. Skenario

Ny. A P1A0 post partum normal hari ke 2 dirawat di ruangan obstetric, mengeluh masih belum bisa memandikan bayi, tampak bayi belum dibersihkan. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk tindakan memandikan bayi

#### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu menyusun dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan memandikan bayi sesuai dengan prinsip asuhan keperawatan
- 2) Mahasiswa mampu melakukan memandikan bayi sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

#### 3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai memandikan bayi	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai memandikan bayi Role play/demonstrasi mengenai memandikan bayi oleh instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. Maternitas
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas
Penutup	Diskusi			Lab.

Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Penggenahan Doa penutup		Instruktur	20 menit	Maternitas
--	--	------------	----------	------------

#### 4. Tinjauan Teori

##### a. Definisi

Memandikan bayi merupakan upaya yang dilakukan untuk menjaga agar tubuh bayi bersih, terasa segar, dan mencegah kemungkinan infeksi. Prinsip dalam memandikan bayi yang harus diperhatikan adalah mempertahankan kehangatan bayi setelah dimandikan dan menjaga agar air tidak masuk ke hidung, mulut atau telinga yang dapat mengakibatkan aspirasi.

##### b. Tujuan

Tujuan memandikan bayi :

- 1) Memberikan rasa nyaman
- 2) Memperlancar sirkulasi darah
- 3) Mencegah infeksi
- 4) Meningkatkan daya tahan tubuh
- 5) Menjaga dan merawat integritas kulit

**c. Prosedur kerja**

Pelaksanaan Memandikan Bayi			
No	Tindakan	Rasional	Gambar
<b>PEMERIKSAAN DENGAN INSPEKSI</b>			
1.	Menyiapkan dan mendekatkan Alat	Memudahkan pelaksanaan tindakan	
2.	Mengucapkan salam, memperkenalkan diri. Jelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	Membangun trust, agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
3.	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
4.	Memastikan suhu ruangan hangat dan tidak berangin, serta suhu air tetap hangat.	Mencegah hipotermi pada bayi	

5.	Membersihkan kotoran (urin dan feses) dengan menggunakan kapas basah	Mencegah infeksi dan menjaga kebersihan organ genitalia	
6.	Melepas pakaian bayi dan selimuti dengan handuk	Menjaga bayi tetap hangat dan mencegah hipotermi	
7.	Membersihkan mata dengan kapas yang sudah dibasahi dengan air hangat dari kantong dalam ke arah luar. Setiap kali usap, kapas harus diganti untk mencegah kontaminasi pada mata	Menjaga kebersihan mata	
8.	Membersihkan hidung dan telinga bayi dengan kapas basah atau cotton bud	Menjaga kebersihan hidung dan telinga	

9.	Membersihkan dan keringkan wajah dan kepala bayi dengan waslap tanpa membuka handuk di badan bayi	Menjaga kebersihan wajah, rambut, dan kepala	
10.	Membersihkan dengan sabun bagian depan (dada, abdomen) dan punggung, kemudian seluruh tubuh	Menjaga kebersihan badan	
11.	Membersihkan lipatan kulit (dagu, lengan, paha)	Menjaga kebersihan badan	

12.	Membilas bayi dengan air dengan cara memasukkan bayi ke dalam bak mandi, topang punggung dan kepala dengan lengan ibu dan lengan yang lain menahan bokong bayi	Mencegah adanya sisa sabun yang dapat menimbulkan iritasi	
13.	Mengangkat bayi dengan hati-hati dan keringkan seluruh tubuh dengan handuk, terutama semua lipatan kulit.	Menjaga bayi dalam keadaan kering dan mencegah iritasi, luka, dan hipotermi	
14.	Memakaikan kembali pakaian bayi dengan pakaian yang baru	Menjaga kebersihan bayi dan mencegah infeksi	

15.	Melepas sarung tangan dan melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
16.	Menanyakan respon pasien dan mengevaluasi kondisi pasien setelah dilakukan tindakan	Pasien merasa lebih nyaman dan rileks	
17.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan merapikan peralatan yang sudah dipakai	Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman dan membuka sampiran	
18.	Melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	

19.	Dokumentasi	Mendokumentasi kan tindakan dan hasil tindakan yang dilakukan	
-----	-------------	--	--

### Daftar Pustaka

1. Bobak, L. (2005). *Keperawatan Maternitas, Edisi 4*. Jakarta: EGC
2. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta.
3. Rahardjo, M. (2015). *Asuhan neonatus, Bayi, balita dan Anak prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

## DAFTAR TILIK

**Nama skill : MEMANDIKAN BAYI**

**Nama Mahasiswa :**

**NIM :**

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
1.	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapa Alat dan Bahan yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bak mandi berisi air hangat</li> <li>- Satu set pakaian</li> <li>- Sabun mandi</li> <li>- Kipas basah</li> <li>- handuk</li> </ul>					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Pasang sarung tangan bersih					
6	Pastikan suhu ruangan hangat dan tidak berangin, serta suhu air tetap hangat					
7	Bersihkan kotoran (urin dan feses) dengan menggunakan kapas basah					
8	Lepaskan pakaian bayi dan selimuti dengan handuk					
9	Bersihkan mata dengan kapas yang sudah dibasahi dengan air hangat dari kantong dalam ke arah luar.					
10	Bersihkan hidung dan telinga bayi dengan kapas basah atau cotton bud					
11	Bersihkan dan keringkan wajah dan kepala bayi dengan waslap tanpa membuka handuk di badan					

	bayi					
12	Bersihkan dengan sabun bagian depan (dada, abdomen) dan punggung, kemudian seluruh tubuh					
13	Bersihkan lipatan kulit (dagu, lengan, paha)					
14	Bilas dengan air dengan cara memasukkan bayi ke dalam bak mandi, topang punggung dan kepala dengan lengan ibu dan lengan yang lain menahan bokong bayi					
15	angkat bayi dengan hati-hati dan keringkan seluruh tubuh dengan handuk, terutama semua lipatan kulit.					
16	Pakaikan kembali pakaian bayi dengan pakaian yang baru					
17	Rapikan pasien dan alat yang digunakan					
18	Lepaskan sarung tangan					
19	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
20	Evaluasi respon dan kondisi pasien					
21	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien					
Total						

**Keterangan Skor :**

**Bandung,.....**

**0 = Tidak dilaksanakan**

**Evaluator**

**1 = Dilakukan tidak sempurna**

**2 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

**(.....)**

Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

## D. Pelaksanaan Perawatan Tali Pusat

### 1. Skenario

Ny. A P1A0 post partum normal hari ke 2 dirawat di ruangan obstetric, mengeluh masih belum bisa mengganti balutan tali pusat bayinya. Tampak perban balutan tali pusat bayi kotor. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk tindakan perawatan tali pusat.

### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu menyusun dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan perawatan tali pusat sesuai dengan prinsip asuhan keperawatan
- 2) Mahasiswa mampu melakukan perawatan tali pusat sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

### 3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai perawatan tali pusat	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai memandikan bayi Role play/demonstrasi mengenai perawatan tali pusat oleh instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. Maternitas
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas

Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
--	---------	------------	----------	--------------------

#### 4. Tinjauan Teori

##### a. Definisi

Perawatan tali pusat adalah tindakan perawatan tali pusat yang bertujuan merawat tali pusat bayi baru lahir agar tetap kering dan mencegah terjadinya infeksi (Farer, 2001). Perawatan tali pusat merupakan suatu tindakan yang sangat sederhana yaitu dengan membersihkan daerah sekitar tali pusat agar selalu bersih dan kering dan selalu mencuci tangan dengan air bersih serta menggunakan sabun sebelum merawat tali pusat. Tali pusat terlepas lebih kurang setelah satu minggu sampai 10 hari setelah bayi lahir, yang akan membentuk jaringan granulasi dan setelah sembuh membentuk umbilikus.

##### b. Tujuan

Tujuan perawatan tali pusat adalah untuk mencegah dan mengidentifikasi perdarahan atau infeksi secara dini dan meningkatkan pemisahan tali pusat dari perut. Selain itu tujuan dilakukannya perawatan tali pusat adalah agar tali pusat cepat lepas dan kering.

**c. Prosedur kerja**

Pelaksanaan Perawatan Tali Pusar			
No	Tindakan	Rasional	Gambar
<b>PEMERIKSAAN DENGAN INSPEKSI</b>			
1.	Menyiapkan dan mendekatkan Alat	Memudahkan pelaksanaan tindakan	
2.	Mengucapkan salam, memperkenalkan diri. Jelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien	Membangun trust, agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
3.	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
4.	Mengkaji keadaan luka	Lihat adanya tanda – tanda infeksi dan perdarahan	

5.	Membersihkan daerah sekeliling pangkal tali pusat atau tempat tali pusat menyatu dengan kulit sampai ke ujung tali pusat dengan menggunakan kassa atau cotton bud yang telah dibasahkan dengan air hangat	Menjaga kebersihan luka dan mencegah infeksi	
6.	Mengeringkan luka dengan kassa steril	Mencegah infeksi	
7.	Membiarkan tali pusat terbuka	Agar tali pusat lebih cepat kering dan lebih mudah lepas jika terpajan dengan udara	

8.	Melepas sarung tangan dan melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
9.	Menanyakan respon pasien dan mengevaluasi kondisi pasien setelah dilakukan tindakan	Pasien merasa lebih nyaman dan rileks	
10.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan merapikan peralatan yang sudah dipakai	Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman dan membuka sampiran	
11.	Melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	

12.	Dokumentasi	Mendokumentasikan tindakan dan hasil tindakan yang dilakukan	
-----	-------------	--	--

### Daftar Pustaka

1. Bobak, L. (2005). *Keperawatan Maternitas, Edisi 4*. Jakarta: EGC
2. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta.
3. Hidayat, A. A. . (2009). *Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita: Buku Praktikum Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta

## DAFTAR TILIK

**Nama skill : PERAWATAN TALI PUSAR**

**Nama Mahasiswa :**

**NIM :**

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
1.	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapa Alas dan Bahan yang diperlukan:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kapas atau Kassa</li> <li>- Cotton Bud</li> <li>- Air Hangat</li> </ul>					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Bersihkan daerah sekeliling pangkal tali pusat atau tempat tali pusat menyatu dengan kulit sampai ke ujung tali pusat dengan menggunakan kassa atau cotton bud yang telah dibasahkan dengan air hangat					
6	Keringkan luka dengan kassa steril					
7	Biarkan tali pusat terbuka					
8	Rapikan pasien dan alat yang digunakan					
9	Lepaskan sarung tangan					
10	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
11	Evaluasi respon dan kondisi pasien					
12	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien					
Total						

**Keterangan Skor :**

**0 = Tidak dilaksanakan**

**1 = Dilakukan tidak sempurna**

**2 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

**Bandung,.....**

**Evaluator**

**(.....)**

**Rumus:**

**Skor didapat/Skor maksimal x 100%**

## IV

### MANAJEMEN LAKTASI

#### A. Pelaksanaan Manajemen Laktasi

##### 1. Skenario

Ny. A P1A0 post partum hari ke 1 dirawat di ruangan obstetric, mengatakan masih bingung dalam menyusui bayi. Pasien juga mengatakan bayinya masih menangis meskipun telah diberi ASI. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk teknik menyusui.

##### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu menyusun dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan Manajemen Laktasi sesuai dengan prinsip asuhan keperawatan
- 2) Mahasiswa mampu melakukan Manajemen Laktasi sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

##### 3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat teknik menyusui Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai teknik menyusui	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai teknik menyusui Role play/demonstrasi mengenai teknik menyusui oleh	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. Maternitas

instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur				
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas

#### 4. Tinjauan Teori

##### a. Definisi

Laktasi adalah proses produksi, sekresi, dan pengeluaran ASI. Manajemen laktasi adalah segala upaya yang dilakukan untuk menunjang keberhasilan menyusui. Ruang lingkup manajemen laktasi periode postnatal meliputi ASI eksklusif, teknik menyusui, cara pemerahan ASI, menyimpan ASI perah dan memberikan ASI perah. ASI atau air susu ibu adalah cairan yang dihasilkan oleh sepasang payudara ibu dengan komposisi yang khas serta spesifik untuk perkembangan bayi dan nutrisi yang paling tepat untuk bayi. Menyusui adalah metode yang tepat untuk memberikan makan pada bayi untuk memberikan manfaat kesehatan untuk ibu dan bayi yang tergantung pada gabungan kerja hormon, reflek, dan perilaku yang dipelajari ibu dan bayi baru lahir secara alami. Menyusui dimulai dari setelah bayi lahir atau dikenal dengan Inisiasi Menyusui Dini.

##### b. Siklus Laktasi

Tingkatan dalam siklus laktasi dibagi menjadi empat, yaitu:

1) Mammogenesis

Proses ini dimulai sejak masa sebelum pubertas dan dilanjutkan pada masa pubertas. Perkembangan payudara dipengaruhi oleh adanya siklus menstruasi dan kehamilan. Payudara belum secara penuh dibentuk sampai payudara mampu memproduksi ASI.

2) Laktogenesis I

Fase ini dimulai pada pertengahan kehamilan. Pada fase ini, suktus dan lobus payudara mengalami proliferasi akibat dari pengaruh hormon, akibatnya kelenjar payudara sudah mampu mensekresi, tetapi ini tidak terjadi karena hormon yang berubung dengan kehamilan mencegah ASI disekresi.

3) Laktogenesis II

Fase ini merupakan permulaan sekresi ASI secara berlebih dan terjadi pada hari ke-4 post partum. Permulaan sekresi ASI yang berlebih terjadi setelah plasenta lahir. Setelah melahirkan tingkat progesteron menurun, sedangkan tingkat prolaktin tetap tinggi. Pada fase ini, biasanya ibu merasakan volume ASI yang berlebih.

4) Laktogenesis III

Pada fase ini sistem kontrol hormon endokrin mengatur produksi ASI selama kehamilan dan beberapa hari pertama setelah melahirkan. Pada tahap ini apabila ASI banyak dikeluarkan maka payudara akan memproduksi ASI dengan banyak pula.

**c. Reflek Menyusui**

Reflek Menyusui bisa terjadi pada ibu dan bayi. Refleks menyusui yang terjadi pada ibu, antara lain:

- 1) Refleksi prolaktin, hormon prolaktin merupakan hormon yang penting untuk memulai dan mempertahankan sekresi susu. Jumlah prolaktin yang disekresi berkaitan dengan stimulasi isapan.
- 2) Refleksi ereksi puting susu, stimulus puting susu oleh mulut bayi menyebabkan puting ereksi.
- 3) Refleksi Let Down, stimulus isapan bayi mengakibatkan hipotalamus melepas oksitosin. Stimulasi oksitosin ini membuat sel – sel mioepitel di sekitar alveoli di dalam kelenjar payudara berkontraksi. Kontraksi ini menyebabkan susu keluar melalui duktus dan masuk ke dalam sinus – sinus laktiferus.

Refleksi menyusui yang terjadi pada bayi, antara lain:

- 1) Refleksi *rooting*, rangsang sentuhan untuk membuka mulut dan berusaha mencari puting untuk menyusui.
- 2) Refleksi *sucking*, reflek terjadi bila sesuatu merangsang langit – langit dalam mulut bayi sehingga terjadi refleksi menghisap.
- 3) Refleksi *swallowing*, terjadi refleksi menelan pada bayi saat ada cairan di rongga mulut.

#### **d. ASI Eksklusif**

Air Susu Ibu (ASI) adalah cairan hidup yang mengandung sel-sel darah putih, imunoglobulin, enzim dan hormon serta protein spesifik dan zat-zat gizi lainnya yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja sejak bayi dilahirkan sampai sekitar 6 bulan. Selama itu bayi tidak diharapkan mendapatkan tambahan cairan lain seperti susu formula, air jeruk, air teh, madu dan air putih. Pada pemberian ASI eksklusif bayi juga tidak diberikan makanan tambahan seperti pisang, biskuit, bubur susu, bubur nasi, tim dan sebagainya. Pemberian ASI secara benar akan dapat memenuhi

kebutuhan bayi sampai usia 6 bulan, tanpa makanan pendamping. Di atas usia 6 bulan, bayi memerlukan makanan tambahan tetapi pemberian ASI dapat dilanjutkan sampai ia berumur dua tahun

**e. Manfaat Menyusui**

Keuntungan menyusui bagi bayi antara lain:

- 1) Memberikan nutrisi yang optimal dalam hal kualitas dan kuantitas bagi bayi.  
Di dalam ASI terdapat komposisi yang sesuai dengan kebutuhan bayi dan mengandung zat protektif, seperti antibodi, protein yang spesifik untuk melindungi bayi dari alergi, dan yang lainnya
- 2) Tidak menimbulkan alergi
- 3) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan
- 4) Mengupayakan pertumbuhan yang baik
- 5) Mengurangi kejadian caries dentis dan maloklusi
- 6) Mengurangi resiko kemungkinan penyakit kronis
- 7) Memperkuat hubungan ibu dan anak
- 8) Dasar untuk perkembangan emosi yang hangat
- 9) Dasar untuk perkembangan kepribadian yang percaya diri

Keuntungan menyusui bagi ibu antara lain:

- 1) Mencegah perdarahan pasca persalinan
- 2) Mempercepat pengecilan kandungan
- 3) Mengurangi anemia
- 4) Dapat digunakan sebagai metode KB sementara
- 5) Mengurangi resiko kanker indung telur dan payudara
- 6) Memberi rasa dibutuhkan
- 7) Menurunkan berat badan ibu secara bertahap

- 8) Memberikan rasa puas, bangga dan bahagia pada ibu yang berhasil menyusui bayinya

**f. Frekuensi Menyusui**

Frekuensi menyusui yang baik untuk bayi,yaitu sebagai berikut :

- 1) Jelaskan pada ibu untuk tidak khawatir produksi ASI tidak mencukupi kebutuhan bayi sebab dengan kuasa Tuhan, kapasitas payudara ibu sudah disesuaikan dengan kebutuhan
- 2) Jelaskan pada ibu, sebaiknya bayi disusui secara on demand, karena bayi akan menentukan kebutuhannya sendiri
- 3) Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 15 menit dan ASI dalam lambung akan kosong dalam waktu 2 jam
- 4) Pada awalnya bayi akan menyusu dengan jadwal yang tidak teratur dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian
- 5) Setelah kenyang, otomatis bayi akan melepaskan isapannya dari payudara ibu. Biarkan saja bayi tertidur meskipun baru menghisap ASI dari satu payudara
- 6) Saat bayi minta disusui kembali, lanjutkan dengan payudara yang satunya. Jadi ibu dianjurkan untuk tidak terburu-buru atau memaksa bayi untuk melepaskan isapan dari satu payudara hanya agar bayi berganti dengan payudara lainnya
- 7) Jelaskan pada ibu bahwa menyusu yang dijadwal akan berakibat kurang baik, karena isapan bayi akan sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya
- 8) Khusus untuk ibu yang bekerja diluar rumah, anjurkan pada ibu agar sering menyusui pada malam hari karena akan lebih memacu produksi ASI

## Daftar Pustaka

1. Biancuzzo, M. (2003). *Breastfeeding The Newborn: Clinical Strategies for Nurses*. St. Louis: Mosby.
2. Maryunani, A. (2009). *Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas*. Jakarta: TIM.
3. PERATURAN BERSAMA. Peraturan Bersama Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan, Menteri Tenaga Kerja Dan Transmigrasi, Dan Menteri Kesehatan Nomor 48/Men.PP/XII/2008, Nomor PER. 27/MEN/XII/2008, Nomor 1177/Menkes/PB/XII/2008 Tentang Pemberian ASI Selama Waktu Kerja Di Tempat Ker. Jakarta; 2008
4. Siregar, A. (2009). *Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya*. Jurnal : Universitas Sumatra Utara.

## B. Pelaksanaan Teknik Menyusui

### 1. Skenario

Ny. A P1A0 post partum hari ke 1 dirawat di ruangan obstetric, mengatakan masih bingung dalam menyusui bayi. Pasien juga mengatakan bayinya masih menangis meskipun telah diberi ASI. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk teknik menyusui.

### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu menyusun dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan Teknik Menyusui sesuai dengan prinsip asuhan keperawatan
- 2) Mahasiswa mampu melakukan Teknik Menyusui sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

### 3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat teknik menyusui Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai teknik menyusui	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai teknik menyusui Role play/demonstrasi mengenai teknik menyusui oleh instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. Maternitas
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas

Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
--	---------	------------	----------	-----------------

#### 4. Tinjauan Teori

##### a. Definisi

Menyusui adalah proses ilmiah memberikan air susu ibu (ASI) yang merupakan bagian dari pelaksanaan standar emas pemberian makanan bayi dan anak. Menyusui adalah keterampilan yang dipelajari oleh ibu dan bayi, dimana keduanya membutuhkan waktu dan kesabaran untuk pemenuhan nutrisi pada bayi selama 6 bulan. Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar

##### b. Tujuan

Tujuan teknik menyusui yang benar mendorong keluarnya ASI secara maksimal sehingga keberhasilan menyusui bisa tercapai. Menyusui dengan teknik yang salah akan menimbulkan masalah seperti puting susu menjadi lecet dan ASI tidak keluar secara optimal sehingga memengaruhi produksi ASI selanjutnya enggan menyusui. Indikator dalam proses menyusui yang efektif meliputi posisi ibu dan bayi yang benar (*body position*), perlekatan bayi (*latch*), dan keefektifan hisapan bayi (*effective sucking*).

##### c. Fungsi Teknik Menyusui

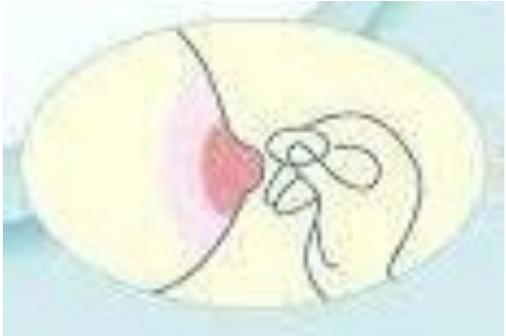
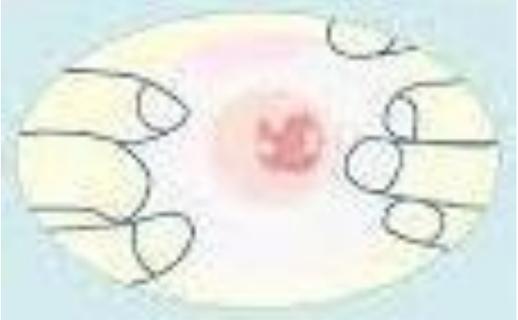
Manfaat dari teknik menyusui yang benar yaitu puting susu tidak lecet, perlekatan menyusui pada bayi kuat, bayi menjadi tenang dan tidak terjadi gumoh.

Untuk mengetahui bayi telah menyusui dengan teknik yang benar, dapat dilihat dari:

- 1) Bayi tampak tenang dan asyik menyusui
- 2) Sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi
- 3) Bayi menghisap lama dan dalam, kuat serta terdengar suara menelan
- 4) Badan bayi menempel pada perut ibu (breast to breast)
- 5) Dagunya menempel pada payudara ibu (chin to chest)
- 6) Kepala bayi tidak menengadahkan
- 7) Puting susu tidak terasa sakit/nyeri

**d. Prosedur kerja**

Pelaksanaan Teknik Menyusui			
No	Tindakan	Rasional	Gambar
<b>PEMERIKSAAN DENGAN INSPEKSI</b>			
1.	Menyiapkan Alat	Kursi, Kapas basah dipersiapkan untuk mempermudah pelaksanaan pijat oksitosin	
2.	Mengucapkan salam, memperkenalkan diri. Jelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien, tutup sampiran.	Membangun trust, agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	

3.	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
4.	Memposisikan pasien duduk bersandar pada kursi sehingga punggung ibu bersandar di sandaran kursi dan minta pasien untuk cuci tangan terlebih dahulu	Posisi yang baik akan membuat pasien nyaman dalam menyusui	
5.	Membersihkan payudara dengan kapas basah supaya bersih dari debu dan keringat	Pencegahan masuknya benda asing kepada bayi	
6.	Mengeluarkan sedikit ASI untuk membasahi puting dan areola	Menghindari lecet karena area puting dan areola yang kering	

7.	<p>Memposisikan bayi digendong dengan satu tangan, posisi kepala bayi berada di lengkung siku ibu dan bokong bayi disangga dengan telapak tangan ibu. Posisi tangan bayi, satu di belakang badan ibu dan satu di depan. Perut bayi dan perut ibu menempel, kepala bayi menghadap ke payudara ibu. Lengan dan telinga bayi harus lurus atau sejajar.</p>	<p>Posisi yang nyaman akan memudahkan proses menyusui</p>	
8.	<p>Memposisikan ibu jari pasien memegang payudara bagian atas, dan jari lain memegang payudara bagian bawah, sehingga membentuk huruf "C".</p>	<p>Posisi tangan yang benar memudahkan dalam proses menyusui</p>	
	<p>Menyentuh puting susu ibu ke pipi bayi</p>	<p>Merangsang bayi untuk membuka mulut</p>	

	<p>Mendekatkan kepala bayi ke payudara ibu kemudian memasukan puting dan areola ke mulut bayi, setelah mulut bayi terbuka. Pastikan hampir semua bagian aeola masuk ke mulut bayi</p>	<p>Posisi mulut bayi yang baik dapat meningkatkan dan memudahkan proses menghisap</p>	
	<p>Melepas hisapan bayi dengan menekan dagu bayi ke bawah setelah menyusui selesai</p>	<p>Menghindari tersedak</p>	
	<p>Memposisikan bayi tegak dan bersandar pada bahu pasien atau ditengkurapkan sambil ditepuk perlahan untuk menyendawakan bayi</p>	<p>Mencegah refluks dan tersedak</p>	

9.	Melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
10.	Menanyakan respon pasien dan mengevaluasi kondisi pasien setelah dilakukan tindakan	Pasien merasa lebih nyaman dan rileks	
11.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan merapikan peralatan yang sudah dipakai	Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman dan membuka sampiran	
12.	Melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	

13.	Dokumentasi	Mendokumentasikan tindakan dan hasil tindakan yang dilakukan	
-----	-------------	--	--

### Daftar Pustaka

1. Depkes RI. (2007). *Standar Operasional Prosedur Pijat Oksitosin*.
2. Mulyani, S.N. (2013). *ASI dan Pedoman Ibu Menyusui*. Yogyakarta: Nuha Medika.
3. Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Yogyakarta : Deepublish Publisher.

## DAFTAR TILIK

**Nama skill** : **TEKNIK MENYUSUI**

**Nama Mahasiswa** :

**NIM** :

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
1.	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapa Alas dan Bahan yang diperlukan: 1. Meja 2. Kursi 3. Kasa basah					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Pasang sarung tangan bersih					
6	posisikan pasien duduk bersandar pada kursi sehingga punggung ibu bersandar di sandaran kursi dan minta pasien untuk cuci tangan terlebih dahulu					
7	Bersihkan payudara dengan kapas basah					
8	Keluarkan sedikit ASI					
9	Posisikan bayi digendong dengan satu tangan, posisi kepala bayi berada di lengkung siku ibu dan bokong bayi disangga dengan telapak tangan ibu					
10	Posisikan ibu jari pasien memegang payudara bagian atas, dan jari lain memegang payudara bagian bawah, sehingga membentuk huruf "C".					
11	Sentuhkan puting susu ibu ke pipi bayi					
12	Dekatkan kepala bayi ke payudara ibu kemudian memasukan puting dan areola ke mulut bayi.					

	Pastikan hampir semua bagian aeola masuk ke mulut bayi					
13	Lepas hisapan bayi dengan menekan dagu bayi ke bawah setelah menyusui selesai					
14	Posisikan bayi tegak dan bersandar pada bahu pasien atau ditengkurapkan sambil ditepuk perlahan untuk menyendawakan bayi					
15	Rapikan pasien dan alat yang digunakan					
16	Lepaskan sarung tangan					
17	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
18	Evaluasi respon dan kondisi pasien					
19	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien					
Total						

**Keterangan Skor :**

**Bandung,.....**

**0 = Tidak dilaksanakan**

**Evaluator**

**1 = Dilakukan tidak sempurna**

**2 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

(.....)

Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

### C. Pelaksanaan Teknik Marmet

#### 1. Skenario

Ny. A P1A0 post partum hari ke 2 dirawat di ruangan obstetric, mengeluh produksi ASI sedikit. Terdapat bendungan ASI pada payudara saat di palpasi, Nampak payudara bengkak. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk tindakan teknik Marmet

#### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu menyusun dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan Teknik Marmet sesuai dengan prinsip asuhan keperawatan
- 2) Mahasiswa mampu melakukan Teknik Marmet sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

#### 3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat Teknik Marmet Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai Teknik Marmet	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai Teknik Marmet Role play/demonstrasi mengenai Teknik Marmet oleh instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. Maternitas
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan instruktur	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas

Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
--	---------	------------	----------	-----------------

#### 4. Tinjauan Teori

##### a. Definisi

Penurunan produksi ASI pada hari – hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangan hormon prolactin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi ASI. Menyusui dini di jam – jam pertama kelahiran jika tidak dapat dilakukan oleh ibu akan menyebabkan proses menyusui tertunda, maka alternatif yang dapat dilakukan adalah memerah atau memompa ASI selama 10 – 20 menit hingga bayi dapat menyusui. Teknik Marmet merupakan perpaduan antara Teknik memerah dan memijat menggunakan tangan dan jari.

##### b. Tujuan

Tujuan teknik marmet dapat membantu memaksimalkan reseptor prolactin serta oksitosin dan meminimalkan efek samping dari tertundanya proses menyusui oleh bayi. Teknik Marmet mempunyai keuntungan selain tekanan negative dapat diatur, lebih praktis dan ekonomis karena cukup mencuci bersih tangan dan jari sebelum memeras ASI. Memberikan pijatan pada payudara disertai dengan pengosongan isi payudara akan mengaktifkan hormon prolaktin yang memproduksi ASI dan hormon oksitosin yang berfungsi untuk membuat payudara berkontraksi sehingga ASI dapat keluar dengan lancar. Sedangkan masase payudara hanya mengeluarkan ASI yang sudah tersimpan di sinus

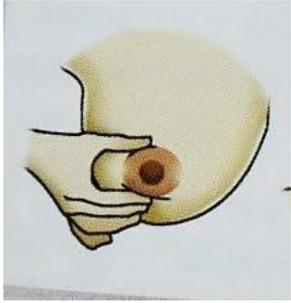
payudara ibu sehingga sangat efektif apabila untuk memperlancar ASI dilakukan pemberian masase disertai dengan proses pengosongan ASI pada payudara untuk merangsang kedua hormon yang bekerja dalam proses menyusui.

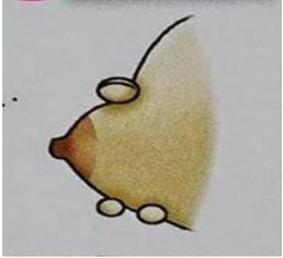
**c. Fungsi Teknik Marmet**

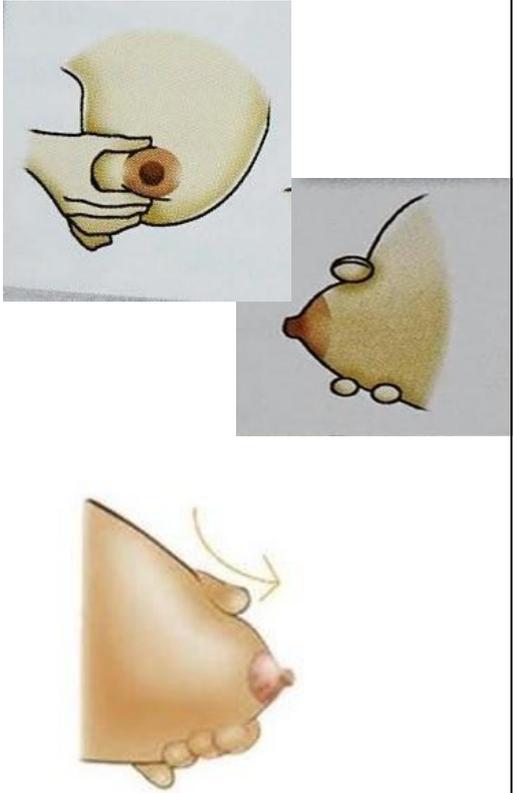
Fungsi teknik marmet adalah untuk merangsang hormon prolactin dan oksitosin pada ibu setelah melahirkan selain dengan memeras ASI, selain itu dapat dilakukan juga dengan melakukan perawatan atau pemijatan payudara, membersihkan putting, dan menyusui dini. Pada Sebagian ibu mungkin saja terjadi kesulitan pengeluaran ASI, perasaan ibu yang tidak yakin bisa memberikan ASI pada bayinya akan menyebabkan penurunan hormon oksitosin sehingga ASI tidak dapat keluar segera setelah melahirkan.

**d. Prosedur kerja**

Pelaksanaan Teknik Marmet			
No	Tindakan	Rasional	Gambar
<b>PEMERIKSAAN DENGAN INSPEKSI</b>			
1.	Menyiapkan Alat	Meja, kursi, handuk kering, botol atau dot bayi, air hangat, dan waslap tersedia sehingga memudahkan pelaksanaan teknik marmet	

2.	<p>Mengucapkan salam, memperkenalkan diri.</p> <p>Jelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien</p>	<p>Membangun trust, agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat</p>	
3.	<p>Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker</p>	<p>Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi</p>	
4.	<p>Meletakkan ibu jari dan dua jari lainnya (telunjuk dan jari tengah) sekitar 1 cm hingga 1.5 cm dari areola pasien.</p> <p>Tempatkan ibu jari di atas areola pada posisi jam 12 dan jari lainnya di posisi jam 6. Posisi jari seharusnya tidak berada di jam 12 dan jam 4.</p>	<p>Melancarkan keluarnya ASI</p>	

5.	Melakukan dorongan ke arah dada pasien, hindari meregangkan jari.	Melancarkan keluarnya ASI	
6.	<p>Menggulung menggunakan jari dan jari lainnya secara bersamaan. Gerakkan ibu jari dan jari lainnya hingga menekan gudang ASI sampai kosong. Jika dilakukan dengan tepat, maka ibu tidak akan kesakitan saat memerah.</p> <p>Perhatikan posisi dari ibu jari dan jari lainnya. Posisi jari berubah pada setiap gerakan mulai dari posisi <i>Push</i> (jari terletak jauh di belakang areola) hingga posisi <i>Roll</i> (jari terletak di sekitar areola).</p>	Melancarkan keluarnya ASI	

7.	Mengulangi secara teratur hingga gundang ASI kosong, posisikan jari secara tepat, <i>Push</i> (dorong), <i>Roll</i> (gulung).	Melancarkan keluarnya ASI	
8.	Melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
9.	Menanyakan respon pasien dan mengevaluasi kondisi pasien setelah dilakukan tindakan	Pasien merasa lebih nyaman dan rileks	

10.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan merapikan peralatan yang sudah dipakai	Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman dan membuka sampiran	
11.	Melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
12.	Dokumentasi	Mendokumentasi k an tindakan dan hasil tindakan yang dilakukan	

### Daftar Pustaka

1. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta.
2. Girsang, B. M., dkk. (2023). *Evidence Based Practice Periode Nifas*. Yogyakarta: Deepublish Digital.
3. Suryoprayogo, N. (2009). *Keajaiban Menyusui*. Edisi 1. Yogyakarta: Keyword.

## DAFTAR TILIK

**Nama skill** : **TEKNIK MARMET**

**Nama Mahasiswa** :

**NIM** :

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
1.	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapa Alas dan Bahan yang diperlukan: 11. Meja 12. Kursi 13. Handuk kering 14. Botol atau dot bayi 15. Air hangat 16. Waslap					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Pasang sarung tangan bersih					
6	Letakkan ibu jari dan dua jari lainnya (telunjuk dan jari tengah) sekitar 1 cm hingga 1.5 cm dari areola pasien. Ibu jari di posisi jam 12 dan tangan lainnya di posisi jam 6.					
7	Lakukan dorongan ke arah dada pasien, hindari meregangkan jari ( <i>Push</i> ).					
8	Gerakkan ibu jari dan jari lainnya seperti gerakan menggulung ke arah sekitar areola hingga menekan gundang ASI sampai kosong ( <i>Roll</i> ).					
9	Tampung ASI pada botol atau dot bayi					
10	Mengulangi langkah letakan jari, <i>Push</i> , dan <i>Roll</i>					

	sampai gudang ASI kosong					
11	Bersihkan sekitar payudara menggunakan waslap yang sudah dibasahkan dengan air hangat					
12	Keringkan area payudara dengan handuk kering					
13	Rapikan pasien dan alat yang digunakan					
14	Lepaskan sarung tangan					
15	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
16	Evaluasi respon dan kondisi pasien					
17	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien					
Total						

**Keterangan Skor :**

**Bandung,.....**

**0 = Tidak dilaksanakan**

**Evaluator**

**1 = Dilakukan tidak sempurna**

**2 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

(.....)

Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%

## D. Pelaksanaan Pijat Oksitosin

### 1. Skenario

Ny. A P1A0 post partum hari ke 2 dirawat di ruangan obstetric, mengeluh produksi ASI sedikit. Pasien juga mengatakan takut jika ASI nya tidak cukup untuk bayinya yang masih dirawat di ruang bayi. Buatlah asuhan keperawatan sesuai dengan pengkajian terfokus untuk tindakan pijat oksitosin.

### 2. Tujuan Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu menyusun dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan Pijat Oksitosin sesuai dengan prinsip asuhan keperawatan
- 2) Mahasiswa mampu melakukan Pijat Oksitosin sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

### 3. Aktifitas Pembelajaran

Kegiatan	Metode		Waktu	Tempat
Pembukaan Berdoa Pengenalan alat Pijat Oksitosin Apersepsi Penjelasan tujuan pembelajaran mengenai Pijat Oksitosin	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas
Aktivitas utama Review singkat mengenai Pijat Oksitosin Role play/demonstrasi mengenai Pijat Oksitosin oleh instruktur Tanya jawab mahasiswa dan instruktur	Roleplay diskusi	Instruktur	300 menit	Lab. Maternitas
Demonstrasi oleh mahasiswa. Umpan balik dari observer mahasiswa Tanya jawab langsung dengan	Observasi diskusi	Mahasiswa		Lab. Maternitas

instruktur				
Penutup Refleksi, membandingkan dengan tujuan pembelajaran Pengenahan Doa penutup	Diskusi	Instruktur	20 menit	Lab. Maternitas

#### 4. Tinjauan Teori

##### a. Definisi

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan melingkar dari leher ke tulang belikat dan merupakan usaha untuk merangsang hormon oksitosin yang berfungsi untuk merangsang kontraksi uterus dan sekresi ASI.

##### b. Tujuan

Pijat oksitosin dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau *let down reflex*. Pijat oksitosin secara signifikan dapat memengaruhi sistem saraf perifer, meningkatkan rangsangan dan konduksi impuls saraf, melemahkan dan menghentikan rasa sakit serta meningkatkan aliran darah ke jaringan dan organ serta membuat otot menjadi fleksibel sehingga merasa nyaman dan rileks.

##### c. Fungsi Teknik Marmet

Manfaat dari pijat oksitosin antara lain, untuk mengurangi bengkak (*engorgement*), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, dan mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit. Pada ibu menyusui dengan kondisi psikologis yang tidak nyaman atau stres maka akan terjadi hambatan dari refleks *let down* sehingga akan menurunkan produksi

oksitosin yang berakibat terhambatnya pengeluaran ASI. Pijat oksitosin dapat digunakan sebagai intervensi alternatif dalam memberikan asuhan pada ibu nifas terutama untuk mencegah permasalahan menyusui. Pijat oksitosin berpengaruh dalam proses involusi uterus sehingga dapat mencegah resiko perdarahan post partum.

Pijat oksitosin lebih efektif dilakukan sebanyak dua kali sehari, yaitu pada pagi dan sore hari. Pijat oksitosin juga akan lebih efektif apabila dipadukan dengan perawatan payudara (*breast care*) pada ibu nifas dibandingkan apabila hanya dilakukan pijat oksitosin saja.

**d. Prosedur kerja**

Pelaksanaan Pijat Oksitosin			
No	Tindakan	Rasional	Gambar
<b>PEMERIKSAAN DENGAN INSPEKSI</b>			
1.	Menyiapkan Alat	Meja, kursi, handuk kering, baby oil/ minyak kelapa atau zaitun / lotion, air hangat, dan waslap tersedia sehingga untuk mempermudah pelaksanaan pijat oksitosin	

2.	Mengucapkan salam, memperkenalkan diri. Jelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur yang akan dilakukan dan jaga privasi klien, tutup sampiran.	Membangun trust, agar klien memahami prosedur yang dilakukan perawat	
3.	Mencuci tangan, gunakan sarung tangan bersih dan masker	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
4.	Memposisikan pasien duduk, bersandar ke depan, lipat lengan di atas meja di hadapan pasien dan letakkan kepala di atas lengannya.	Posisi yang baik untuk pelaksanaan tindakan pijat oksitosin yang maksimal	
5.	Melepaskan baju pasien, biarkan payudara tergantung lepas	Baju yang dilepaskan untuk pelaksanaan tindakan pijat oksitosin yang maksimal	

6.	Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan	Merangsang refleks oksitosin atau <i>let down reflex</i>	
7.	Menekan kuat – kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan – gerakan melingkar kecil – kecil dengan kedua ibu jari	Merangsang refleks oksitosin atau <i>let down reflex</i>	
8.	Memijat ke arah bawah pada kedua sisi tulang belakang pada saat yang bersamaan, dari leher ke arah tulang belikat, selama dua atau tiga menit	Merangsang refleks oksitosin atau <i>let down reflex</i>	

9.	Melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	
10.	Menanyakan respon pasien dan mengevaluasi kondisi pasien setelah dilakukan tindakan	Pasien merasa lebih nyaman dan rileks	
11.	Mengakhiri pertemuan dengan baik dan merapikan peralatan yang sudah dipakai	Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman dan membuka sampiran	
12.	Melakukan <i>hand hygiene</i>	Proteksi diri dan mencegah penularan infeksi	

13.	Dokumentasi	Mendokumentasikan tindakan dan hasil tindakan yang dilakukan	
-----	-------------	--	--

### Daftar Pustaka

1. Depkes RI. (2007). *Standar Operasional Prosedur Pijat Oksitosin*.
2. DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta.
3. Mintaningtyas, S. I., dkk.. (2022). *Pijat Oksitosin untuk Meningkatkan Produksi ASI Eksklusif*. Pekalongan: Penerbit NEM.

## DAFTAR TILIK

**Nama skill : PIJAT OKSITOSIN**

**Nama Mahasiswa :**

**NIM :**

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	skor			Nilai
			1	2	3	
1.	Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)					
2	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada pasien					
3	Siapa Alat dan Bahan yang diperlukan: 4. Meja 5. Kursi 6. Handuk kering 7. Baby oil/ minyak kelapa atau zaitun / lotion 8. Air hangat 9. Waslap					
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
5	Pasang sarung tangan bersih					
6	Posisikan pasien duduk, bersandar ke depan, lipat lengan di atas meja di hadapan pasien dan letakkan kepala di atas lengan					
7	Lepaskan baju pasien, biarkan payudara tergantung lepas					
8	Tuang baby oil/ minyak kelapa atau zaitun/ lotion secukupnya pada punggung pasien					
9	Pijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan					
10	Tekan kuat – kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan – gerakan melingkar kecil – kecil dengan kedua ibu jari					

	Pijat ke arah bawah pada kedua sisi tulang belakang pada saat yang bersamaan, dari leher ke arah tulang belikat, selama dua atau tiga menit					
11	Bersihkan sekitar punggung menggunakan waslap yang sudah dibasahkan dengan air hangat					
12	Keringkan area punggung dengan handuk kering					
13	Rapikan pasien dan alat yang digunakan					
14	Lepaskan sarung tangan					
15	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah					
16	Evaluasi respon dan kondisi pasien					
17	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien					
Total						

**Keterangan Skor :**

**Bandung,.....**

**0 = Tidak dilaksanakan**

**Evaluator**

**1 = Dilakukan tidak sempurna**

**2 = Melakukan dengan sempurna**

**Catatan : Nilai batas lulus 75%**

(.....)

Rumus:

Skor didapat/Skor maksimal x 100%