

**MODUL PRAKTIKUM**

**KEPERAWATAN MATERNITAS**

**TIM PENYUSUN** :

1. Zetty Wibawa, S.Kep.Ns
2. Dwi Juwartini, SKM, M.P.H
3. Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA

AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”

YOGYAKARTA

2019



**MODUL**

**KEPERAWATAN MATERNITAS**

**TIM PENYUSUN** :

1. Zetty Wibawa, S.Kep.Ns
2. Dwi Juwartini, SKM, M.P.H
3. Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep

**VISI DAN MISI AKPER YKY**

**Visi**

Menjadi Institusi Pendidikan yang menghasilkantenaga kesehatan yang berkarakter dan unggul di tingkat nasional di tahun 2038

**Misi**

1. Menyelenggarakan pendidikan kesehatan berkualitas, terkini dan unggul
2. Melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang unggul berdasarkan IPTEK Kesehatan
3. Mengembangkan manajemen institusi dengan tata kelola yang baik (good academic governance) dan sumber daya profesional berdasarkan iptek
4. Mengembangkan pembinaan karakter kepada civitas akadmeika berlandaskan kearifan lokal
5. Menjalin kerjasama dan kemitraan baik dalam maupun luar negeri untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

**VISI DAN MISI PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN AKPER YKY YOGYAKARTA**

**Visi Program Studi Akper YKY Yogyakarta**

Menjadi Program Studi Diploma III Keperawatan yang mengembangkan ilmu dan praktik keperawatan, dengan unggulan keperawatan keluarga, guna menghasilkan Ahli madya Keperawatan yang berkarakter, unggul dan berdasarkan IPTEK pada tahun 2038

**Misi Pragram Studi Akper YKY Yogyakarta**

1. Melaksanakan pendidikan vokasi keperawatan yang berkualitas, terkini dan unggul berbasis keperawatan pada keluarga
2. Melaksanakan penelitian, publikasi dan pengabdian kepada masyarakat yang berdaya guna pada perkembangan IPTEK keperawatan/kesehatan
3. Melaksanakan tata kelola program studi yang baik berdasarkan standar mutu
4. Melaksanakan kerjasama dan kemitraan dalam meningkatkan kualitas Tri Dharma Perguruan Tinggi bidang keperawatan (didalam dan diluar negeri)

**KATA SAMBUTAN**

Penyusunan buku modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 ini, didasarkan atas ketentuan bahwa; pendidikan profesi termasuk tenaga perawat diwajibkan memenuhi standar kompetensi yang dipersyarakatkan. Dalam pemenuhan standar kompetensi tersebut dapat ditempuh melalui pembelajaran teori, pembelajaran praktika dan pembelajaran klinik atau lapangan. Untuk itu Akademi Keperawatan “YKY” menyusun buku modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 untuk memenuhi pembelajaran praktika di laboratorium.

Buku modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 ini disusun dengan tujuan agar tercapainya pemahaman yang sama antara dosen dan mahasiswa tentang kompetensi-kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam pelaksanaan pembelajaran praktika yang sesuai dengan standar kompetensi yang dipersyaratkan. Untuk itu semua dosen dan mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” wajib memahami buku modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 ini, dengan harapan pelaksanaan pembelajaran praktika dapat berjalan dengan lancar dan baik.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada penyusun / tim penyusun yang telah berupaya dengan sungguh-sungguh untuk dapat tersusunnya buku modul ini, dan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini.

Buku ini perlu terus dilakukan penyempurnaan untuk memenuhi kebutuhan yang terus berkembang dengan cara dilakukan evaluasi secara periodik / tahun yang disesuaikan dengan perkembangan IPTEK Keperawatan / Kesehatan. Diharapkan buku Modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 ini dapat dimanfaatkan oleh dosen dan mahasiswa dengan sebaik-baiknya, untuk dapat menghasilkan lulusan tenaga perawat berkualitas tinggi yang siap memasuki dunia kerja dan dapat bersaing di era global.

Yogyakarta, Januari 2019

Direktur,

Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep.

 NIK 1141 03 052

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur, penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nyalah penulis mampu menyusun modul praktikum Keperawatan Maternitas.Modul ini disusun sebagai salah satu media pembelajaran mata ajar Keperawatan Maternitas I.

Penyusunan modul ini mendapat dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan. Semoga segala bantuan dan kebaikan, menjadi amal sholeh yang akan mendapat balasan yang lebih baik dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis juga menyadari modul ini masih belum sempurna, dengan kerendahan hati penulis sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak terutama dari Senior dan sejawat keperawatan demi perbaikan modul ini. Penulis berharap semoga modul ini dapat memberikan manfaat positif demi perkembangan keperawatan.Akhir kata penulis memohon kepada Tuhan Yang Maha Esa agar selalu mendapatkan petunjuk dan ridloNya, serta selalu berada di jalanNya.

Yogyakarta, Februari 2019

 Penulis

**DAFTAR ISI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | HAL |
| Visi dan Misi ……………………………………………………………………………. | i |
| Kata Pengantar ………………………………………………………………………….. | ii |
| Daftar Isi ………………………………………………………………………………... | iii |
| Deskripsi ModulMaternitas I ...………………………………………………………… | 1 |
| Praktikum 1: Antenatal Care ...…………………………………………………………. | 4 |
| Praktikum 2: Intranatal Care …………………………………………………………... | 16 |
| Praktikum 3: Postnatal Care ………..………………………………………………….. | 33 |
| Praktikum 4: Masalah Reproduksi …………………………………………………….. | 42 |



**MODUL**

**KEPERAWATAN MATERNITAS I**

1. **DISKRIPSI MODUL**

Mata ajar ini membahas tentang aplikasi asuhan keperawatan terhadap ibu dan bayi baru lahir yang terkait dengan keluarga untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui cakupan materi asuhan keperawatan ibu pada masa hamil, persalinan, nifas  dan bayi baru lahir ditinjau dari aspek biopsikososial. Kegiatan belajar-mengajar meliputi kuliah, diskusi, penugasan serta simulasi di kelas dan lapangan sehingga memungkinkan peserta didik menerapkankan proses keperawatan yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

1. **TUJUAN PEMBELAJARAN**
	* + 1. **Tujuan Umum**

Peserta didik diharapkan mampu menerapkan asuhan keperawatan kepada ibu berkaitan dengan proses reproduksi dan bayi baru lahir dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang tepat.

* + - 1. **Tujuan Khusus**

Diharapkan mahasiswa mampu mendemonstrasikan:

* 1. Asuhan keperawatan pada ibu hamil/antenatal care.
	2. Asuhan keperawatan pada ibu melahirkan/Intranatal Care.
	3. Asuhan keperawatan pada ibu masa nifas/Post Natal Care.
	4. Asuhan keperawatan pada wanita dengan gangguan reproduksi.
1. **POKOK BAHASAN**

Asuhan keperawatan pada ibu hamil/antenatal care.

Asuhan keperawatan pada ibu melahirkan/Intranatal Care.

Asuhan keperawatan pada ibu masa nifas/Post Natal Care.

Asuhan keperawatan pada wanita dengan gangguan reproduksi.

1. **MATERI**

Asuhan keperawatan pada ibu hamil/antenatal care.

1. Pemeriksaan fisik pada ibu hamil
2. Pemeriksaan payudara paada ibu hamil.
3. Senam hamil

Asuhan keperawatan pada ibu melahirkan/Intranatal Care.

1. Menolong persalinan.
2. Perawatan tali pusat.

Asuhan keperawatan pada ibu masa nifas/Post Natal Care.

1. Pemeriksaan fisik ibu post partum
2. Perawatan perenium
3. Senam nifas
4. Manajemen laktasi
5. Perawatan payudara ibu postpartum
6. Posisi menyusui yang benar
7. Pijat oksitosin
8. Penatalaksanaan masalah menyusui (puting), marmet

Asuhan keperawatan pada wanita dengan gangguan reproduksi.

1. Pemasangan KB
2. Pemeriksaan genetalia/pengambilan sampel cairan vagina
3. AKTIVITAS PEMBELAJARAN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Metode** | **Dosen** | **Mahasiswa** |
| **Demonstrasi** | 1. Melakukan apersepsi.
2. Menjelaskan tujuan dan persiapan.
	* + 1. Mendemonstrasikan
 | Memperhatikan dan mencatat. |
| **Simulasi** | Memberi kesempatan pada semua mahasiswa untuk melakukan simulasi secara bergantian. | Mahasiswa melakukan simulasi secara bergantian. |
| **Evaluasi** | Melakukan observasi dan memberikan evaluasi pada semua mahasiswa tentang simulasi yang dilakukan.Memberi kesempatan pada mahasiswa untuk bertanya apabila mengalami kesulitan. | Memperhatikan uraian hasil observasi dosen dan evaluasinya.Mengajukan pertanyaan apabila mengalami kesulitan. |

1. REFERENSI

Bobak, et al. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas, ed. 4*. EGC. Jakarta

Dongeus. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan, Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. EGC. Jakarta

Dongeus. 2001. *Rencana Asuhan Keperawatan, Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. EGC. Jakarta

Farrer H. 2000. *Perawatan Maternitas edisi. 2*. EGC. Jakarta.

Hamilton, PM. 1995. *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas*. EGC. Jakarta

Mochtar, R. 1998. *Sinopsis Obstetri, jilid I, edisi 2* .EGC. Jakarta

Sarwono. 1999. *Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka*. Jakarta

Sarwono. 1999. *Ilmu Kandungan. Yayasan Bina Pustaka*. Jakarta



**PRAKTIKUM I**

Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil/Antenatal Care

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Mahasiswa diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan pada ibu masa hamil/Antenatal Care.

1. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan:

1. Cara melakukan pemeriksaan fisik pada ibu hamil.
2. Melatih senam hamil.
3. Memberikan penyuluhan pada ibu hamil dan keluarganya.
4. **WAKTU PELAKSANAAN**

Dilaksanakan dalam waktu 4 X 120 menit.

1. **POKOK BAHASAN**
2. Pemeriksaan fisik pada ibu hamil.
3. Senam hamil
4. Penyuluhan pada ibu hamil dan keluarganya.
5. **MATERI**
6. Pengkajian pada ibu hamil.

**Pengertian pengkajian pada ibu hamil**

Pengkajian merupakan [langkah](http://www.lusa.web.id/tag/langkah/) mengumpulkan semua data yang akurat dan lengkap dari  semua  sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien secara keseluruhan. Perawat dapat melakukan pengkajian dengan efektif, maka harus menggunakan format pengkajian yang terstandar agar hasil pengkajian lebih relevan.

**Tujuan pengkajian pada ibu hamil**

1. Pengawasan kesehatan Ibu, Deteksi dini penyakit penyerta & komplikasi kehamilan,menetapkan dan merencanakan penatalaksanaan yang optimal terhadap resikokehamilan (tinggi, meragukan dan rendah).
2. Menyiapkan persalinan well born baby dan well health mother.
3. Mempersiapkan pemeliharaan bayi & laktasi.
4. Mengantarkan pulihnya kesehatan ibu optimal.
5. Menurunkanmorbiditasdanmortalitasibudanperinatal.

**Prosedur pengkajian pada ibu hamil**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Melakukan Verifikasi order dengan mengecek status pasien.
2. Persiapan alat-alat:
3. Alat tulis
4. Format pengkajian
5. Persiapan diri perawat
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam ke pasien
2. Menjelaskan prosedur, pemilihan lokasi, tujuan, dan waktu tindakan pemberian insulin.
3. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Memberi kesempatan pasien untuk bertanya.

Anamneses:1. Menanyakan biodata pasien dan suami.
2. Menanyakan riwayat kehamilan sekarang.
3. HPHT.
4. Gerakan janin.
5. Tanda-tanda bahaya atau penyulit.
6. Menanyakan keluhan dan masalah.
7. Obat yang dikonsumsi (termasuk jamu).
8. Frekuensi ANC.
9. Imunisasi TT.
10. Kekhawatiran-kekhawatiran khusus
11. Menanyakan riwayat kehamilan yang lalu.
12. Jumlah kehamilan.
13. Jumlah anak yang lahir hidup.
14. Jumlah kelahiran prematur.
15. Jumlah keguguran.
16. Persalinan dengan tindakan.
17. Riwayat perdarahan pada persalinan atau pasca persalinan.
18. Kehamilan dengan penyulit.
19. Berat bayi < 2,5 kg atau 4 kg. Masalah lain
20. Riwayat kesehatan/penyakit yang diderita sekarang dan dulu.
21. Masalah kardiovaskuler.
22. Hipertensi.
23. Diabetes mellitus.
24. Penyakit kelamin/HIV/AIDS.
25. Lainnya
26. Riwayat sosial ekonomi
27. Status Perkawinan.
28. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu.
29. Riwayat KB.
30. Dukungan keluarga.
31. Pengambilan keputusan dalam keluarga.
32. Gizi yang dikonsumsi/kebiasaan makan, minum-minuman keras, mengkonsumsi obat terlarang.
33. Beban kerja kegiatan sehari-hari.
34. Tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk membantu persalinan.

Pemeriksaan Laboratorium:1. HB Sahli
2. Persiapan alat

- HB Sahli. - HCL 0,1%. - Aquades. - Lancet. - Kapas alkohol 70%. - Kapas kering Steril. - Bengkok1. Isilah tabung sahli dengan HCL 0,1% sampai angka 2.
2. Desinfektan ujung jari dengan kapas alkohol.
3. Tusukkan ujung jari dengan jarum steril, bersihkan darah yang pertama keluar dengan kapas kering, tekan jari supaya darah lebih banyak keluar.
4. Gunakan pipet untuk menghisap darah sampai darah mencapai garis biru pada tabung atau 20 mm.
5. Masukkan darah ke dalam tabung sahli sampai semua darah keluar dari pipet.
6. Aduk HCL 0,1% dengan darah sampai benar-benar tercampur. Diamkan selama 2 menit.
7. Masukkan aquades tetes demi tetes ke dalam tabung Sahli, diaduk kembali setelah ditetesi sampai warnanya sama dengan warna standar.
8. Lihat dasar lengkung dan baca di ujung tersebut. Itulah kadar hemoglobinnya.
9. Urin reduksi
10. Persiapan alat.
* Tabung reaksi dan raknya.
* Penjepit tabung.
* Bunsen/ lampu spiritus.
* Pipet.
* Benedict.
* Urine.
* Korek api
1. Siapkan tabung reaksi pada rak.
2. Masukkkan benedict ke dalam tabung sebanyak 5 cc atau 2,5 cc.
3. Teteskan urine 5-8 tetes atau 4-6 tetes pada tabung tabung yang telah diisi benedict.
4. Bakar campuran benedict dan urine di atas api sampai mendidih.
5. Angkat tabung dari api bunsen dan baca hasilnya.
6. Beritahu hasil pemeriksaan pada pasien.
7. Catat hasil pemeriksaan.
8. Hasil pemeriksaan:
* Tetap biru jernih atau sedikit kehijauan dan agak keruh (-).
* Hijau kekuning-kuningan dan keruh (0,5 – 1% glukosa) (+).
* Kuning keruh (1 - 1,5% glukosa) (+ +).
* Jingga atau warna lumpur keruh (2 - 3,5% glukosa) (+ + +).
* Merah keruh (> 3,5 % glukosa) (+ + + +)
1. Protein urin (sesuai indikasi)
2. Persiapan alat
* 2 buah tabung reaksi dan raknya.
* Penjepit tabung.
* Bunsen/lampu spiritus.
* Pipet.
* Kertas tissue.
* Asam asetat 5%.
* Urine dan korek api
1. Isilah dua tabung reaksi dengan urin 2-3 cc (1 tabung untuk pembanding).
2. Panaskan urine diatas lampu spiritus berjarak 2-3 cm dari ujung lampu sampai mendidih.
3. Bandingkan.
4. Kalau urine keruh tambahkan 4 tetes asam asetat 5% dan apabila kekeruhan menghilang setelah ditambahkan asam asetat dan ini tidak signifikan untuk protein.
5. Bandingkan.
6. Kalau urine tetap keruh panaskan sekali lagi.
7. Bandingkan.
8. Kalau urine masih tetap keruh berarti ada protein dalam urine.
 |
| **TERMINASI** | 1. Mencatat hasil tindakan perawatan luka pada dokumen/catatan keperawatan.
2. Perhatikan teknik asepthik dan antiseptik.
3. Beri reinforcement postif pada pasien atas kerjasamanya.
 |

1. Pemeriksaan fisik pada ibu hamil

**Pengertian pemeriksaan fisik pada ibu hamil**

 Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang dilakukan pada bagian tubuh dari kepala sampai kaki. Kehamilan merupakan suatu proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan janin yang tumbuh normal di dalam rahi m ibu.

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.Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut sampai ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan.

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

**Tujuan pemeriksaan fisik pada ibu hamil**

1. Untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin saat ini.
2. Untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada pemeriksaan berikutnya.

**Prosedur pemeriksaan fisik pada ibu hamil**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| PRE INTERAKSI | 1. Melakukan Verifikasi order dengan mengecek status pasien.
2. Persiapan alat-alat:
3. Timbangan berat badan
4. Pengukur tinggi badan
5. Tensi meter
6. Stetoskop monokuler atau linec
7. Meteran atau midlen
8. Hamer reflek
9. Jangka panggul
10. Peralatan untuk pemeriksaan laboratorium kehamilan yaitu pemeriksaan kadar hemoglobin, protein urin, urin reduksi dll (bila diperlukan).
11. Persiapan perawat
 |
| ORIENTASI  | 1. Mengucapkan salam teraupetik dan memperkenalkan diri.
2. Melakukan kontrak (waktu,tempat dan topik).
3. Menjelaskan tujuan dilakukan prosedur.
4. Menjelaskan langkah prosedur.
5. Meminta persetujuan pasien.
6. Menyiapkan pasien sesuai kebutuhan.
 |
| KERJA | 1. Perawat cuci tangan
2. Alat-alat disiapkan di tempat yang mudah dijangkau pemeriksa.
3. Penimbangan BB ibu hamil
	1. Beritahu ibu untuk ditimbang BB-nya
	2. Sepatu/sandal dilepas
	3. Barang bawaan diletakkan
	4. Jarum timbangan pada titik nol
	5. Tentukan hasilnya, catat di buku KIA
	6. Beritahu ibu nberat badannya normal, naik, atau turun dari sebelumnya
4. Pengukuran TB ibu hamil
5. Beritahu ibu untuk mengukur TB
6. Sepatu atau sandal dilepas
7. Ibu diberitahu tinggi badannya
8. Catat di buku KIA
9. Pengukuran LILA ibu hamil
	1. Beritahu ibu untuk diukur lengan atasnya
	2. Lengan baju kiri dibuka, siku dilipat
	3. Pita LILA diletakkan pada puncak bahu (akromion) direntangkan sampai ke ujung siku, tentukan bagian tengah pita
	4. Buatlah lingkar lengan di batas bagian tengah lengan
	5. Tentukan besar lingkar lengan
	6. Beritahu ibu hasilnya: normal/kurang
	7. Catat dibuku KIA
10. Pengukuran tekanan darah
	1. Beritahu ibu untuk pemeriksaan tekanan darah.
	2. Ibu dalam posisi duduk, tensimeter diletakkan setinggi jantung (bila posisi berbaring, posisi ibu miring kekiri, tidak terlentang).
	3. Lengan baju kiri dibuka,/ disinsing sampai batas bahu, tidak boleh menekan lengan, harus longgar.
	4. Manset dipasang 3 jari diatas lipatan siku (manset tidak dipasang terlalu longgar atau terlalu kencang).
	5. Kedua pipa karet persis berada pada arteri brachialis dan tidak menutup siku.
	6. Air raksa/jarum pengukur berada pada angka nol.
	7. Air raksa dipompa perlahan-lahan sampai terdengar bunyi denyut nadi, teruskan pompa sampai 10 mmHg dari batas bunyi.
	8. Turunkan air raksa perlahan-lahan sampai terdengar bunyi pertama (systole), teruskan turunkan air raksa sampai terdengar suara terakhir (dystole).
	9. Tentukan tekanan darah ibu, catat di buku KIA.
	10. Beritahu ibu hasilnya.
11. Pemeriksaan daerah muka
12. Beritahu ibu untuk pemeriksaan muka.
13. Kulit muka (ada bengkak/tidak).
14. Bibir.
15. Pemeriksaan gigi (gigi berlubang, caries)
16. Pemeriksaan leher
17. Beritahu ibu untuk pemeriksaan leher.
18. Pembesaran vena jugularis.
19. Pemeriksaan tyroid
20. Pemeriksaan berada di depan ibu, kemudian perhatikan apakah terdapat pembesaran pada leher bagian depan ketika kepala dalam posisi biasa, dan ketika kepala pada posisi tengadah.
21. Pemeriksaan berada di belakang ibu, raba leher bagian depan (pada kelenjar tyroid), kemudian ibu diminta menelan, tentukan apakah kelenjar tyroid teraba atau tidak.
22. Pemeriksaan suhu, nadi, respirasi
23. Pemeriksaan payudara
24. Beritahu ibu untuk pemeriksaan payudara.
25. Palpasi untuk menemukan benjolan.
26. Tekankan telapak tangan pada sisi luar payudara kiri dan bergeser secara perlahan puting, rasakan apakah ada benjolan atau tidak.
27. Ulangi dari sisi bagian dalam ke arah puting payudara kiri.
28. Lakukan yang sama pada payudara kanan.
29. Beritahu ibu hasilnya.
30. Periksa puting susu
31. Tertarik kedalam.
32. Retak-retak (regaden).
33. Perhatikan cairan yang keluar dari puting susu.
34. Pengukuran tinggi fundus uteri
35. Beritahu ibu untuk pemeriksaan tinggi fundus uteri.
36. Beritahu ibu gunanya pemeriksaan.
37. Tentukan batas atas sympisis pubis dengan ujung jari tangan kanan.
38. Tanpa merubah posisi ujung jari tangan kanan di sympisis pubis letakkan titik nol ujung pita pengukur pada batas sympisis pubis, ditahan dengan ujung jari tangan kanan.
39. Tarik pita pengukur dengan tangan kanan kiri sampai batas atas fundus uteri (pastikan fundus uteri tidak dalam keadaan kontraksi).
40. Tentukan tinggi fundus uteri.
41. Tentukan pertumbuhan janin.
42. Beritahu ibu untuk tentang pertumbuhan janinnya.
43. Menentukan letak janin
44. Leopold I
45. Beritahu ibu untuk pemeriksaan letak janin.
46. Pemeriksaan menghadap ibu.
47. Letakkan kedua telapak tangan pada kedua sisi fundus uteri.
48. Tentukan tinggi fundus uteri.
49. Tentukan bagian janin yang ada dalam fundus uteri.
50. Leopold II
51. Kedua telapak tangan meraba sisi rahim.
52. Rahim didorong ke satu sisi sambil meraba bagian janin yang berada di sisi tersebut.
53. Lakukan ke sisi lain.
54. Tentukan letak punggung janin
55. Leopold III
56. Tangan kanan diletakkan di atas sympisis dengan ibu jari disebelah kanan dan empat jari disebekah kiri sambil menggoyang bagian bawah janin ke kiri dan ke kanan.
57. Tentukan letak bagian bawah janin
58. Leopold IV
59. Pemeriksaan membelakangi ibu.
60. Kedua telapak tangan meraba bagian janin yang terletak di sebelah bawah dan seberapa jauh bagian tersebut telah masuk ke dalam pintu atas panggul.
61. Tentukan bagian janin yang berada di bawah.
62. Perkirakan apakah ada disproporsi kepala janin dengan panggul.
63. Tentukan seberapa jauh bagian bawah janin tersebut telah masuk pintu atas panggul.
64. Beritahu ibu hasilnya.
65. Pemeriksaan denyut jantung janin
66. Beritahu ibu untuk pemeriksaan denyut jantung janin.
67. Posisi pemeriksa menghadap ke kepala ibu.
68. Linex diletakkan tegak lurus pada dinding perut di bagian punggung janin sambil meraba denyut nadi ibu pada pergelangan tangan, punctum maksimum.
69. Bedakan denyut jantung dengan denyut nadi ibu.
70. Hitung denyut jantung janin (selang 5 detik sebanyak 3 kali) atau selama 15 detik dikalikan 4.
71. Tentukan apakah normal atau tidak (lambat/cepat).
72. Beritahu ibu hasilnya.
73. Pemeriksaan daerah perut
74. Beritahu ibu untuk pemeriksaan daerah perut.
75. Perabaan pada daerah hati.
76. Perabaan pada daerah limpa.
77. Beritahu ibu hasilnya.
78. Pemeriksaan genetalia
79. Menanyakan tanda-tanda PMS, HIV/AIDS.
80. Melakukan pemeriksaan genetalia (atas indikasi).
81. Melakukan pengukuran panggul luar (atas indikasi).
82. Pemeriksaan oedema pada tungkai
83. Beritahu ibu untuk pemeriksaan oedema.
84. Ibu jari menekan tulang kering sesaat.
85. Tentukan apakah ada oedema atau tidak.
86. Beritahu ibu hasilnya.
87. Memeriksa pinggang (CVAT)
88. Pemeriksaan refleks lutut ibu
89. Beritahu ibu tentang proses dan maksud pemeriksaan untuk mengukur reflek.
90. Ibu dianjurkan duduk dengan kaki tergantung dan santai. Alihkan perhatian ibu agar tidak berkonsentrasi pada lutut.
91. Ketok bawah lutut yaitu pada bagian bawah tendon di bawah tempurung lutut dengan hammer.
92. Tentukan reflek positif / negatif/ kuat dan cepat.
93. Beritahu ibu hasilnya.
94. Cuci tangan
 |
| TERMINASI  | 1. Mencatat hasil tindakan perawatan luka pada dokumen/catatan keperawatan.
2. Perhatikan teknik asepthik dan antiseptik.
3. Beri reinforcement postif pada pasien atas kerjasamanya.
 |

**3.Senam hamil**

**Pengertian senam hamil**

Senam hamil adalah adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik atau mental, pada persalinan cepat, aman dan spontan.

**Tujuan senam hamil**

1. Untuk melatih otot-otot tertentu seperti otot perut, otot panggul, dan otot paha untuk membantu mempermudah proses persalinan normal.
2. Untuk relaksasi atau menenangkan pikiran.

**Prosedur senam hamil**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca status pasien dan laporan.
2. Siapkan alat-alat:
3. Perawat menyiapkan diri.
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam ke pasien
2. Menjelaskan prosedur, pemilihan lokasi, tujuan, dan waktu tindakan.
3. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Duduk bersila dan tegak, kedua lengan mengarah ke depan dan santai. Lakukan sebanyak mungkin dalam posisi sehari-hari.
2. Sikap merangkak, jarak antara kedua tangan sama dengan jarak antara kedua bahu. Keempat anggota tubuh tegak lurus pada lantai dengan badan sejajar lantai. Lakukan gerakan ini: Tundukkan kepala, lihat perut bagian bawah dan pinggang diangkat sambil mengempiskan perut dan mengerutkan lubang anus. Selanjutnya turunkan pinggang dengan mengangkat kepala sambil melemaskan otot-otot dinding perut dan otot dasar panggul. Lakukan gerakan ini sebanyak 8 kali.
3. Lakukan sikap merangkak dengan meletakkan kepala di antara kedua tangan lalu menoleh ke samping kanan/kiri, selanjutnya turunkan badan hingga dada menyentuh kasur dengan menggeser siku sejauh mungkin ke samping. Bertahanlah pada posisi tersebut selama 1 menit, kemudian tingkatkan menjadi 5-10 menit atau sesuai kekuatan ibu hamil.
4. Berbaring miring ke kiri (lebih baik ke arah punggung bayi), lutu kanan diletakkan di depan lutut kiri (ganjal dengan bantal). Lengan kanan ditekuk di depan dan lengan kiri letakkkan di belakang.
5. Bernaring miring, kedua lutut dan kedua lengan ditekuk, bawah kepala diberi bantal, demikian juga bawah perut agar perut tidak menggantung. Tutup mata, tenang, atur nafas dengan berirama.
6. Berbaring telentang, pegang kedua lutut dengan kedua tangan dan rileks. Lakukan kegiatan berikut: Buka mulut secukupnya, tarik nafas dalam semaksimal mungkin, ketupkan. Mengejanlah seperti buang air besar, gerakan badan ke bawah dan ke depan. Setelah tak dapat menahan lelah, kembali ke posisi awal. Ulangi gerakan ini 3-4 kali dengan interval 2 menit
 |
| **TERMINASI** | 1. Mengevaluasi respon klien.
2. Memberikan reinforcement positif atas kerjsamanya.
 |

**Hal-hal yang harus diperhatikan**

Kapan dianjurkan mengikuti senam hamil? Jika kandungan mencapai 6 bulan ke atas, lakukan senam hamil, kecuali ada kelainan tertentu pada kehamilan. Sebelum memutuskan mengikuti senam hamil, diskusikan kondisi kehamilan dengan dokter atau bidan.

1. **Penyuluhan pada ibu hamil dan keluarganya.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca status pasien dan laporan.
2. Siapkan alat-alat: leaflet
3. Perawat menyiapkan diri.
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam ke pasien
2. Menjelaskan prosedur, pemilihan lokasi, tujuan, dan waktu tindakan.
3. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Memberitahukan kepada ibu hasil temuan dalam pemeriksaan.
2. Mengajari ibu mengenai ketidaknyamanan yang mungkin akan dialami.
3. Sesuai dengan usia kehamilan, ajari ibu tentang:
4. Nutrisi
5. Olahraga ringan/ exercise
6. Istirahat
7. Kebersihan
8. Pemberian ASI
9. KB Pasca Salin
10. Tanda-tanda bahaya
11. Aktifitas seksual
12. Kegiatan sehari-hari dan pekerjaan
13. Obat-obatan dan merokok
14. Body mekanik
15. Pakaian/sepatu

Promosi Kesehatan1. Memberikan imunisasi TT.
2. Memberikan suplemen zat besi/folat dan menjelaskan bagaimana mengkonsumsinya serta kemungkinan efek samping.
3. Memberikan tambahan vitamin A.

Persiapan Persalinan dan Kesiagaan Komplikasi1. Memulai membicarakan mengenai persiapan kelahiran.
2. Siapa yang akan membantu pada waktu kelahiran.
3. Tempat melahirkan.
4. Peralatan yang dibutuhkan oleh ibu dan bayi.
5. Persiapan keluarga
6. Mengawali membicarakan mengenai persiapan kelahiran komplikasi kegawatdaruratan.
7. Sarana transportasi.
8. Persiapan biaya.
9. Pembuatan keputusan dalam keluarga.
10. Donor darah
 |
| **TERMINASI** | 1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.
2. Melakukan reinforcement positif atas kerjasamanya.
 |

1. **REFERENSI**

Bobak, Lowderik, Jensen. 2003. Maternity and Gynecologic, Edisi 4. California :Mosby San Jose State University.

Bobak, Lowderik, Jensen. 2004. Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Edisi 4, alih bahasa: Wijayarani M. Jakarta: EGC.

Depkes. 2002. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Depkes RI.

Doenges, Marilynn E. 2001.Rencana Perawatan Maternal/ Bayi.Jakarta : EGC.

Saifiddin, Abdul, Bari. 2002. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.



**PRAKTIKUM II**

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Masa IntraNatal

* + 1. **TUJUAN**
1. **Tujuan Umum**

Diharapkan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada ibu masa intranatal.

1. **Tujuan Khusus**

Diharapkan mahasiswa dapat mendemonstrasikan:

* + - 1. Menolong persalinan.
			2. Perawatan tali pusat bayi
		1. **WAKTU PELAKSANAAN**

Dilaksanakan dalam waktu 2x120 menit.

* + 1. **POKOK BAHASAN**
			1. Menolong persalinan
			2. Perawatan tali pusat
		2. **MATERI**
1. Menolong persalinan

**Pengertian menolong persalinan**

Pengertian[**Asuhan Persalinan Normal**](http://midwifery.blog.uns.ac.id/)adalah asuhan persalinan normal yang mengacu kepada asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir serta upaya pencegahan komplikasi.

Tujuan

Menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).

**Prosedur menolong persalinan**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perrkembangan pasien.
2. Persiapan alat-alat:
	* + 1. Alat Perlindungan Diri Penolong
3. Penutup Kepala (Bisa dikenakan sebelum cuci tangan supaya tidak lupa).
4. Kaca mata geogle (Bisa dikenakan sebelum cuci tangan supaya tidak lupa).
5. Masker (Bisa dikenakan sebelum cuci tangan supaya tidak lupa).
6. Celemek/skort (Bisa dikenakan sebelum cuci tangan supaya tidak lupa).
7. Sepatu boot karet.
	* + 1. Peralatan Lain
8. Tempat Sampah medis yang dilapisi plastik merah.
9. Tempat Sampah non medis yang dilapisi plastik hitam.
10. Bak/timba yang berisi larutan klorin 0.5% (untuk membersihkan alat dan membersihkan ibu setelah setelah proses persalinan).
11. Tempat linen kotor (tempat pakaian/kain ibu dan bayi yang baru dipakai untuk proses persalinan).
12. Tempat placenta.
13. 1 gelas ukur (digunakan untuk mengukur jumlah darah yang keluar saat persalinan).
	* + 1. Alat untuk pemeriksaan dalam
14. 1 kom tertutup berisi air DTT ( untuk membasahi Kapas DTT).
15. 1 kom berisi kapas DTT (untuk vulva hygiene pada ibu sebelum VT).
16. 2 buah bengkok (digunakan saat VT, satu diletakkan di dekat vulva satunya lagi diletakkan agak jauh).
17. 1 korentang (untuk mengambil sarung tangan pada bak instrumen yang steril dalam partus set).
	* + 1. Partus set dalam bak instrumen yang berisi :
18. 2 klem (untuk mengeklem tali pusat ketika akan dipotong).
19. 1 gunting tali pusat (untuk memotong tali pusat bayi sesaat setelah lahir).
20. ½ koker (untuk melakukan amniotomi ketika ketuban belum pecah setelah pembukaan lengkap).
21. 1 gunting episiotomi (tidak harus digunakan, hanya digunakan bila keadaan terdesak).
22. Benang tali pusat (untuk menali tali pusat setelah dipotong).
23. 2 pasang sarung tangan DTT steril ( sarung tangan pertama digunakan untuk VT, sarung tangan kedua digunakan untuk menolong persalinan).
24. Deperst (seperlunya saja).
	* + 1. Peralatan TTV
25. 1 tensi meter dan 1 stetoskop (digunakan untuk mengontrol tensi darah pasien).
26. 2 termometer axila (satu digunakan untuk mengukur suhu ibu dan yang satunya digunakan untuk mengukur suhu tubuh bayi).
27. 3 gelas (digunakan sebagai wadah air klorin, air sabun sama air DTT untuk desinfektan thermometer).
28. 1 Funandoskop (digunakan untuk mengukur DJJ janin ketika belum lahir).
	* + 1. Alat dan Obat-obatan
29. Oksitosin 10 UI (minimal 4, digunakan ketika placenta akan lahir untuk merangsang agar cepat keluar), lidokain (minimal 4, diguunakan sebagai anatesi ketika akan dilakukan episiotomi daa penjahitan), vit K (1 ampul, untuk mencegah terjadinya perdarahan pada bayi), vaksin Hb 0.
30. 1 spuit 1 cc (digunakan untuk injeksi Vit K), 1 spuit 3 cc (digunakan untuk injeksi oksitosin), 1 spuit 10 cc (digunakan untuk injeksi lidokain).
31. 3 cairan infus RL dan 1 cairan infus D 5 %.
32. 1 vena kateter nomor 16/18 (digunakan untuk memasang infus).
33. Blood set.
	* + 1. Peralatan Resusitasi
34. 1 balon sungkup.
35. Delee (digunakan untuk menghisap lendir).
36. Lampu sorot 60 watt (digunakan untuk penerangan dan untuk menghangatkan tempat resusitasi oleh karena itu lampunya dinyalakan ketika persalinan akan dimulai).
37. 1 Meja resusitasi.
38. Kain pengganjal kepala
	* + 1. Haechting Set

1 set bak instrumen yang berisi :1. 1 nail fuder.
2. 1 pinset sirkugis.
3. 1 pinset anatomis.
4. Nail heachting otot dan kulit.
5. Catgut cromik ukuran 0,02/0,03.
6. 1 gunting benang
	* + 1. Kain tenun untuk Ibu dan bayi
7. Handuk bersih ( untuk diletakkan diatas perut ibu).
8. 1 under pad (untuk diletakkan dibawah bokong).
9. Kain penyangga perineum( untuk penyangga perineum saat pertolongan kelahiran bayi).
10. Selimut bayi ( untuk mengganti handuk diatas perut ibu yang basah).
11. 1 lembar kain bersih (diletakkan diatas perut ibu untuk mengetahui adanya bayi kedua dan cek kontraksi ).
12. Selimut ibu dan bayi ( digunakan untuk menutupi tubuh ibu dan bayi saat IMD).
13. Pembalut nifas.
14. Celana dalam.
15. Kain panjang digulung.
16. 2 waslap ( untuk membersihkan tubuh ibu ).
17. Pakaian Ibu
18. Persiapan diri perawat
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Cuci tangan
2. Tutup ruangan.
3. Terangkan ruangan dengan lampu penerang.
4. Mengenali gejala dan tanda kala II

Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II.1. Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
2. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
3. Perineum tampak menonjol.
4. Vulva dan spinter ani membuka
5. Menyiapkan pertolongan persalinan
6. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
7. Tempat datar dan keras, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
8. Membuka Spuit 3 cc dan mamasukkan ke dalam set partus buang kemasan spuit pada tempat sampah medis.
9. Membuka ampul oksitoksin 10 unit dengan cara menggergaji terlebih dahulu leher apul dan mematahkannya dengan hati-hati.
10. Pakai alat pelindung penolong ,celemek plastik, penutup kepala, masker dan kacamata.
11. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan menggunakan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
12. Pakai sarung tangan DTT pada tangan dominan.
13. Masukkan oksitoksin 10 U kedalam tabung suntik/spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril dengan teknik satu tangan). Pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik), kemudian Letakkan ½ koker pada pojok bak instrumen, ambil sarung tangan lagi 1 untuk tangan non dominan dengan tangan dominan lalu tutup bak instrumen dengan tetap membuka sedikit untuk ½ koker.
14. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan jalan lahir.
15. Membersihkan vulva da perinium.
16. Dekatkan 2bengkok, 1 bengkok dekat vulva,1 bengkokd pinggir bed.
17. Dekatkan 2kom, 1 kom berisi kapas cebok 1 kom berisi air dtt, letakkan dalam keadaan terbuka.
18. Pakai sarung tangan.
19. Ambil 5 kapas cebok dengan tangan kanan.
20. Celupkan kapas cebok pada air dtt peras pada bengkok kedua (bila ada), peras pada tempat sampah medis (bila hanya ada 1 bengkok).
21. 1 kapas usapkan pada labia mayora kanan kemudian buang.
22. 1 kapas usapkan pada labia mayor kiri kemudian buang.
23. Buka labia mayor dengan tangan kiri lalu usapkan 1 kapas pada labia minoR kanan, lalu buang.
24. Buka labia mayor dengan tangan kiri lalu usapkan 1 kapas pada labia minor kiri lalu buang.
25. 1 kapas usapkan pada introitus vagina.
26. Pemeriksaan dalam/ VT.
27. Anjurkan ibu untuk tarik nafas.
28. Masukkan jari tengah kanan kemudian susul dengan jari telunjuk sembunyikan ibu jari kemudian periksa:
29. Perinium: apakah lunak atau kaku (tekan pada perinium dan rasakan).
30. Vagina: apakah ada odem r(raba sekeliling vulva).
31. Portio: elastis atau kenyal.
32. Ketuban: pemeriksaan di lakukan saat his mereda.
33. Servik: pembukaan,effasment, presentasi.
34. Bagian terdahulu: hodge 1-4
* Hodge I : Setinggi PAP.
* Hodge II : Bidang hodge sejajar HI stinggi tepi bawah symfisis.
* Hodge III : Bidang hodge sejajar HI,HII setinggi spina ischiadika.
* Hodge IV : Bidang hodge sejajar HI,HII,HII setinggi cocsygis.
1. Bagian terendah: denominator Uuk terletak dimana.
2. Adakah bagian kecil yang menumbung, yang paling gawat tali pusat pusat yang menumbung tidak boleh dilakukan amniotomi haru dirujuk dengan posisi bokong lebih tinggi, jika tidak ada bagian yang menumbung lakukan amniotomi.
3. Jika pembukaan lengkap lakukan amniotomi :
* Tangan kanan tetap didalam vagina
* Ambil setengah koker menggunakan tangan kiri.
* Masukkan setengah koker sejajar dengan jari telunjuk sebelah kanan.
* Pegang ujung koker di dalam vagina.
* Tunggu sampai his mulai mereda : ketuban ada masih lunak, jika ketuban hilang maka kutuban naik dan selaput menempel kepala.
* Gores ketuban dengan setengah koker.
* Ambil setengah koker dengan tangan kiri, letakkan dalam bengkok.
* Masukkan tangan ke dalam bekas goresan, kemudian lebarkan jalan lahir.
* Nilai ketuban dan beritahu ibu.
* VT ulang sekeliling kepala apakah ada bagian kecil yang ikut menumbung/terkemuka.
1. Rektum : periksa adakah feses atau tidak sambil menarik tangan , jika ada feses pasang pispot dan keluarkan fesesnya.
2. Bersihkan peralatan bekas vulva hygiene dan amniotomi menggunakan tangan kanan untuk peralatan yang kotor, dan tangan kiri untuk peralatan yang bersih.
3. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0.5% kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dalam larutan 0.5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan menggunakan sabun dan air mengalir. Gunakan handuk pribadi yang kering dan bersih.
4. Periksa denyut jantung janin(DJJ) dengan melihat jam setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal 120-160x/menit.
5. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneren.
6. Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu menemukan posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
* Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
* Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
1. Meminta keluarga membantu meyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran) dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk dengan kedua kaki ibu ditekuk dan dirangkul ibu / posisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman sambil bapak yang ada di belakang ibu bisa membantu dengan melakukan rangsangan puting susu.
2. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
* Bimbing ibu agar dapat meneran dengan benar dan efektif, caranya tempelkan dagu dekat dengan dada, keluarkan suara napas perut melalui mulut.
* Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
* Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi supine dalam waktu yang lama).
* Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
* Anjurkan keluarga untuk memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
* Berikan cukup asupan per-oral(minum) disela kontraksi.
* Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
1. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
2. Persiapan pertolongan kelahiran bayi.
3. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di atas perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm. Yaitu beritahu pada ibu saat akan meletakan handuk dan beritahu pada ibu bahwa bayinya nanti di taruh diatas perut ibu. Agar ibu tidak kaget.
4. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu, yaitu dengn cara meminta tolong ibu agar mengangkat sedikit bokongnya , tujuanya agar mempermudah memasukkan kain diwah bokong ibu. Dan agar cairan tidak kemana-mana. Selama petugas mempersiapkan alat anjurkan ibu untuk mengatur nafas agar tidak meneran bisa dengan cara menyumbat hidung ibu.
5. Buka tutup partus set dan perhatikan lagi kelengkapannya alat dan bahan. Yaitu dengan cara membuka tutup bak instrumen dan lihat kelengkapannya. Kemudian dekatkan partus set dengan ibu untuk memudahkan petugas menolong persalinan.
6. Pakai sarum tangan DTT pada kedua tangan. Yaitu dengan cara membuka tutup bak instrumen dan ambil sarung tangan yang dominan, pakai dan ambil sarung tangan untuk tangan berikutnya dengan tangan dominan, lalu tutup bak instrumen yang berisi partus set dengan tangan kiri yang belum memakai sarung tangan , dan setelah itu pakai sarung tangan berikutnya.
7. Persiapan pertolongan kelahiran kepala.
8. Setelah nampak kepala bayi dengan diameter 5-6cm membuka vulva maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleks, dan membantu kelahirannya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal. Terus puji ibu untuk menjaga keadaan psikologi ibu. Seperti mengucapakan “ayoo Bu, dikit lagi”, “Pinter, dikit lagi Bu”, “nafas lagi Bu, dikit lagi Bu, pinteeer”. Pada saat kepala sudah terlihat melingkar minta ibu untuk menurunkan kakinya ( dari posisi litotomi ) , satu tangan diletakkan di fundus untuk memeriksa kontraksi( His Ada His Tak ada ) jika his ada pimpin ibu untuk meneran, beri semangat, beri sanjungan pada ibu, saat his tidak ada berikan nutrisi pada ibu ( makan / minum), sambil mendengarkan denyut jantung janin (DJJ), pimpin kembali saat ada his. Setelah Kepala lahir semua, minta suami untuk turun dari Bed (misalnya didampingi oleh suami ) untuk memberikan minum ibu (pemenuhan nutrisi).
9. Periksa adanya lilitan tali pusat atau tidak dengan 2 jari tangan kanan dan lakukan tindakan yang sesuai bila hal itu terjadi, dan lanjutkan proses kelahiran bayi.
* Jika tali pusat yang melilit longgar lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
* Jika tali pusat melilit leher secara kuat , klem tali pusat diantara dua tempat lalu potong tali pusat diantara kedua klem.
1. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

Lahir bahu:Setelah kepala melakuakan putar paksi luar, pegang secara bipariental ( tangan kanan diatas tangan kiri dibawah). Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala bayi kebawah ( ayun sampai bahu depan lahir sebagai hipomoclion) dan distal hingga lahir bahu depan dibawah askus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.Lahirnya badan dan tungkai:* Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah (Taknik sangga susur (tangan kanan beralih kebawah untuk menyangga dan tangan kiri melindungi bagian atas).
* Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
* Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepunggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainya).

Hasil gambar untuk gambar menolong persalinanHasil gambar untuk gambar menolong persalinanHasil gambar untuk gambar menolong persalinanHasil gambar untuk gambar menolong persalinan1. Penanganan bayi baru lahir.
2. Lakukan penilaian selintas :
* Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
* Apakah bayi bergerak dengan aktif?

**Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas/megap-megap lakukan langkah resusitasi.****Langkah awal resusitasi*** **Jaga Bayi Tetap Hangat**
* Letakkan bayi di atas kain yang ada di atas perut ibu.
* Selimuti bayi dengan kain tersebut, dada dan perut tetap terbuka.
* potong tali pusat.
* Pindahkan bayi ke atas kain di tempat resusitasi yang datar, rata, keras, bersih, kering dan hangat.
* Jaga bayi tetap diselimuti dan di bawah pemancar panas.
* **Atur Posisi Bayi**
* Baringkan bayi terlentang dengan kepala di dekat penolong.
* Posisikan kepala bayi pada posisi menghidu dengan menempatkanganjal bahu sehingga kepala sedikit ekstensi.
* **Isap Lendir**
* Gunakan alat pengisap lendir DeLee dengan cara sbb:
* Isap lendir mulai dari mulut dulu, kemudian dari hidung.
* Lakukan pengisapan saat alat pengisap ditarik keluar.
* Jangan lakukan pengisapan terlalu dalam (jangan lebih dari 5 cmke dalam mulut atau lebih dari 3 cm ke dalam hidung), hal itudapat menyebabkan denyut jantung bayi menjadi lambat ataubayi tiba-tiba berhenti bernapas.
* Bila dengan balon karet lakukan dengan cara sbb :
* Tekan bola di luar mulut.
* Masukkan ujung penghisap di rongga mulut dan lepaskan (lenderakan terhisap).
* Untuk hidung, masukkan di lubang hidung.
* **Keringkan dan Rangsang Bayi**
* Keringkan bayi mulai dari muka, kepal dan bagian tubuh lainnya dengansedikit tekanan. Rangsangan ini dapat membantu BBL mulai bernapas.
* Lakukan rangsangan taktil dengan beberapa cara di bawah ini :
* Menepuk/menyentil telapak kaki atau
* Menggosok punggung/perut/dada/tungkai bayi dengan telapak tangan.
* **Atur Kembali Posisi Kepala Bayi dan Selimuti Bayi**
* Ganti kain yang telah basah dengan kain kering di bawahnya.
* Selimuti bayi dengan kain tersebut, jangan menutupi muka dan dada agarbisa memantau pernapasan bayi.
* Atur kembali posisi kepala bayi sehingga kepala sedikit ekstensi.
1. Bila bayi sudah bisa bernafas dan bergerak aktif keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan vernik. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.1. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus, dengan cara:
* Ambil kain putih.
* Letakkan di atas perut ibu kemudian periksa fundus(jangan digoyang, kalau digoyang berarti masase) akan berakibat terjadinya kontraksi tetanik pada korpus menjadi menutup sehingga menjadi plasenta inkarserata.
1. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
2. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM(intramuskular).
* Suntik pada 1/3 paha atas bagian kanan luar(anterolateral).
* Lakukan aspirasi kemudian masukkan.
* Ganti handuk bayi dengan selimut bersih&kering
* Selimut dalam keadaan tergulung letakkan diatas bayi, dan selimutkan melingkari bayi sambil melepaskan handuk basah.
* Ambil handuk basah dan letakkan pada tempat pakaian kotor.
1. Setelah 2menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal(ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2cm distal dari klem pertama.
2. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
* Dengan 1 tangan pegang tali pusat yang telah dijepit(lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
* Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada 1 sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lain.
* Lepaskan klem dan masukkan ke dalam wadah yang telah di sediakan ( bengkok ).
1. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.1. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
2. Penatalaksanaan kala III aktif
3. Pindahkan klem pada tali pusat sehingga berjarak 5-10cm dari vulva ( bila ada tanda – tanda makin panjang keluarnya tali pusat, adanya perdarahan vagina bila plasenta sudah lepas, dan uterus berbentuk seperti buah pir ).
4. Letakkan 1 tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas symfisis, untuk mendeteksi Tangan lain menegangkan tali pusat.(bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus, bila tetap/tidak masuk kembali ke vagin berarti plasenta sudah lepas).
5. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas(dorso kranial) secara hati-hati ( untuk mencegah involusi uteri). Jika plasenta tidak lahir dalam 30 -40 detik , hentikan penegangn tali pusat dan tunggu hingga timbul kontrak berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi ,minta ibu ,suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

Mengeluarkan plasenta1. Lakukan penegangan dan dorong dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas,mengikuti poros jalan lahir(tetap lakukan dorso kranial).
* Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
* Jika plasenta ridak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
* Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
* Lakukan katerisasi(aseptik) jika kandung kemih penuh.
* Minta keluarga untuk melakukan rujukan.
* Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
* Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi pendarahan segera lakukan plasenta manual.
1. Saat plasenta muncul di introitus vagina ,lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta sehingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan,lakukan pemeriksaan selaput ketuban kotiledonnya lengkap atau masih ada yang tertinggal,begitu juga pinggir plasenta masih ada hubungan atau tidak pada plasenta lain dan tempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.
* Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tanggan DTT /seteril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput dengan cara tangan dijadikan satu atau rapat kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau seteril untuk mengeluarakan selaput yang tertinggal.

Rangsangan taktil (masase) uterusSegera setelah selaput ketuban dan plasenta lahir. Lakukan masase uterus,letakkan telapak tangan difundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).* Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
* Anjurkan ibu atau keluarga untuk melakukan masase dengan cara memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga sampai ibu atau keluarga bisa memahami dan mampu melakukannya.
1. Menilai perdarahan
2. Sebelum memeriksa pastikan ujung tali pusat di klem agar darahnya tidak mengalir kemana mana.kemudian lihat kelengkapan plasenta yang dimulai dari membran dengan meningkupkan membran di tengah, ke kiri dan ke kanan apakah bagian plasenta tertutupi semua atau tidak, adakah membran yang sobek jika ada yang robek berarti masih ada membran yang tertinggal didalam, kalau sudah dipastikan membrannya lengkap dan tidak ada robekan,buka untuk melihat apakah kotiledon lengkap dengan cara membersihkan dengan kassa steril, hitung jumlah kotiledon dan dindingnya pastikan tidak ada yang terluka dan tertinggal di dalam. Kemudian rapat-rapatkan bagian plasenta adakah yang tidak terhubung jika ada yang tidak terhubung ada yang tertinggal didalam. Selanjutnya masukkan plasenta kedalam tempat plasenta dengan cara menjepitnya dengan kedua tangan agar darah tidak berceceran.setelah plasenta dimasukkan,jangan lupa ambil klem.
3. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, Lakukan penjahitan apabila laserasi menyebabkan pendarahan, bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.
4. Melakukan prosedur pasca persalinan
5. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam.
6. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
* Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10 – 15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
* Biarkan bayi berada didada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
1. Setelah 1 jam lakukan penimbangan / pengukuran bayi, beri tetes mata, antibiotic profilaksis dan vit.K1 1mg IM dipaha kiri anterior lateral.
* Minta bayi pada ibu. Beritahu ibu bahwa bayi akan diperiksa dan disuntik.
* Timbang BB dan TB bayi, kemudian catat hasilnya.
* Beri tetes/salep mata untuk profilaksis.
* Persiapkan untuk pemberian vit.K1, buka tutup ampul dg tangan dominan. Ambil spuit dan aspirasi obat ke dalam spuit sebanyak 1mg.
* Bersihkan area yang akan disuntik dengan kapas alkohol (aseptik).
* Lakukan penyuntikan vit.K1 IM di paha kiri anterolateral (lakukan aspirasi sebelum obat dimasukkan,dan pastikan tidak ada gelembung udara di dalam spuit).
* Masukkan obat dengan hati-hati.
* Bayi dilakukan pemeriksaan berikutnya (pemeriksaan fisik)
1. Setelah 1 jam pemberian vit.K1 berikan suntikan imunisasi hepetitis B dipaha kanan anterolateral.
* Persiapkan untuk melakukan imunisasi hepatitis B.
* Buka tutup ampul dg tangan dominan. Ambil spuit dan aspirasi obat kedalam spuit.
* Bersihkan area yang akan disuntik dg kapas alkohol (aseptik).
* Lakukan penyuntikan di paha kanan anterolateral secara IM.
* Masukkan obat dengan hati-hati
* Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu – waktu bisa disusukan.
* Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu didalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
1. Cuci tangan.
2. Bereskan alat-alat.
 |
| **TERMINASI** | 1.  Mengevaluasi hasil tindakan.2.  Berpamitan dengan pasien.3.  Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula.4.  Mencuci tangan.5.  Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan. |

1. Perawatan tali pusat

**Pengertian perawatan tali pusat**

Perawatan tali pusat adalah perbuatan merawat atau memelihara pada tali pusat bayisetelah tali pusat dipotong atau sebelum puput.

Perawatan tali pusat adalah pengobatan dan pengikatan tali pusat yang menyebabkan pemisahan fisik terakhir antara ibu bayi, kemudian tali pusat dirawat dalam keadaan steril, bersih, kering, puput dan terhindar dari infeksi tali pusat.

**Tujuan perawatan tali pusat**

1. Mencegah terjadinya penyakit tetanus pada bayi baru lahir.
2. Agar tali pusat tetap bersih.
3. Agar kuman-kuman tidak masuk sehingga tidak terjadi infeksi pada tali pusat bayi

**Prosedur perawatan tali pusat**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perrkembangan pasien.
2. Persiapan alat-alat:
3. 2 Air DTT, hangat: 1 untuk membasahi dan menyabuni, 1 untuk membilas.
4. Washlap kering dan basah.
5. Sabun bayi.
6. Kassa steril
7. 1 set pakaian bayi
8. Persiapan diri perawat.
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Cuci tangan
2. Siapkan 1 set baju bayi yang tersusun rapi, yaitu: celana, baju,bedong yang sudah digelar.
3. Buka pakain bayi.
4. Lepas bungkus tali pusat.
5. Bersihkan/ceboki dengan washlap 2-3x dari bagian muka sampai kaki/ atas ke bawah.
6. Pindahkan bayi ke baju dan bedong yang bersih.
7. Bersihkan tali pusat, dengan cara:
8. Pegang bagian ujung.
9. Basahi dengan washlap dari ujung melingkar ke batang
10. Disabuni pada bagian batang dan pangkal.
11. Bersihkan sampai sisa sabunnya hilang
12. Keringkan sisa air dengan kassa steril.
13. Tali pusat tidak dibungkus.
14. Pakaikan popok, ujung atas popok dibawah tali pusat, dan talikan di pinggir.Keuntungan : Tali pusatnya tidak lembab,jika pipis tidak langsung mengenai tali pusat, tetapi ke bagianpopok dulu.
15. Bereskan alat dan cuci tangan.
 |
| **TERMIINASI** | 1.  Mengevaluasi hasil tindakan 2.  Berpamitan dengan pasien 3.  Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula 4.  Mencuci tangan 5.  Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan |

* + 1. **REFERENSI**

Hamilton, PM. 1995. *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas*.EGC. Jakarta

Farrer H. 2000. *Perawatan Maternitas edisi. 2*. EGC. Jakarta.

Bobak, et al. 2005.*Buku Ajar Keperawatan Maternitas, ed. 4*.EGC. Jakarta

Saifiddin, Abdul, Bari. 2002. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.



**PRAKTIKUM III**

**ASUHAN KEPERAWATAN POST NATAL**

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada ibu postnatal.

1. Tujuan Khusus

Diharapkan mahasiswa dapat mendemonstrasikan:

* + - 1. Pemeriksaan fisik ibu post partum
			2. Perawatan perenimum.
			3. Senam nifas.
			4. Manajemen laktasi
1. Perawatan payudara ibu postpartum
2. Posisi menyusui
3. Pijat oksitosin
4. Penatalaksanaan masalah menyusui (puting), marmet
5. **WAKTU PELAKSANAAN**

Dilaksanakan dalam waktu 4x120 menit.

1. **POKOK BAHASAN**
2. Pemeriksaan fisik ibu post partum
3. Perawatan perenium
4. Senam nifas
5. Managemen laktasi
6. **MATERI**
7. Pemeriksaan fisik ibu post partum

Pengkajian pada ibu nifas merupakan pengumpulan data dasar yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan ibu yang meliputi:

* + - 1. Biodata pasien

Biodata pasien berisi tentang nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, agama, alamat, nomor medical record, serta biodata suami yang meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, agama, alamat, tanggal pengkajian

* + - 1. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum, meliputi tingkat kesadaran, BB, TB, LILA, tingkat energi dan *self esteem*

Tanda-vital normal (RR konsisten, nadi cenderung bradikardi, suhu 36, 2-380 C, respirasi 16-24 x/menit

Kepala: rambut, wajah, mata (konjungtiva), hidung, mulut, fungsi pengecapan, pendengaran dan leher

Payudara: pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola dan puting susu, stimulation nipple erection, kepenuhan atau pembengkakan, benjolan, nyeri, produksi laktasi/kolostrum, perabaan pembesaran kelenjar getah bening di ketiak.

Abdomen: teraba lembut, tekstur *Dougly* (kenyal), muskulus rektus abdominal utuh (*intact*) atau terdapat diastasis, distensi, striae. Tinggi fundus uterus, konsistensi (keras, lunak, *boggy*), lokasi, kontraksi uterus, nyeri, perabaan distensi blass

**Diastasis Rectus Abdominis (DRA)**

Diastasis rectus abdominis (DRA) adalah regangan pada otot rektus abdominis akibat pembesaran uterus. Jika dipalpasi, regangan ini menyerupai celah memanjang dari prosessus xiphoideus ke umbilikus sehingga dapat diukur panjang dan lebarnya. Diastasis ini tidak dapat menyatu kembali seperti sebelum hamil tetapi dapat mendekat dengan memotivasi ibu untuk melakukan senam nifas. Cara memeriksa diastasis rektus abdominis adalah dengan meminta ibu untuk tidur terlentang tanpa bantal dan mengangkat kepala, tidak diganjal. Kemudian palpasi abdomen dari bawah prosessus xiphoideus ke umbilikus kemudian ukur panjang dan lebar diastasis.

**Pemeriksaan Fundus uteri**

Pengkajian fundus uteri untuk mengetahui kondisi ibu selama masa post partum. Pengkajian ini penting terutama selama 1 jam sampai dengan 4 jam pertama post partum pada ibu dengan risiko tinggi perdarahan.

Persiapan:

* Jelaskan prosedur tindakan, alasan dilakukannya tindakan, kegunaan serta apa yang masih bisa dirasakan oleh pasien selama pemeriksaan.
* Tanyakan pada pasien keinginan berkemih (kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan atonia uterus)
* Posisikan pasien tidur terlentang datar diatas tempat tidur dengan bantal di kepalanya. Jika tindakan ini kurang nyaman, pasien mungkin dapat dibantu untuk memfleksikan kakinya (posisi supine dapat mencegah kesalahan dalam pengukuran tinggi fundus, fleksi pada kaki dapat merelaksasikan otot-otot abdomen).

Persiapan:

* Sarung tangan bersih
* Pembalut yang bersih

Prosedur:

* Letakkan satu tangan pada bagian bawah uterus dengan tegas. Gunakan sisi tangan yang lain untuk mempalpasi abdomen sampai kita menemukan lokasi bagian puncak fundus (satu tangan menstabilkan uterus, sedangkan tangan yang lain mencari lokasi bagian puncak fundus)
* Tentukan fundus

Yaitu bila dirasakan kenyal, jika iya rasakan adanya benda keras di sekelilingnya dalam abdomen. Jika puncak tidak kenyal, lakukan masase abdomen dengan lembut dan tegas sampai fundus teraba kenyal. Fundus yang kenyal mengindikasikan bahwa otot-otot uterus berkontraksi dan perdarahan tidak akan terjadi.

* Ukur tinggi fundus dengan menggunakan ukuran jari: apakah diatas, di bawah dari umbilikus atau simfisis pubis. Tinggi fundus memberikan informasi tentang perkembangan involusio uteri
* Tentukan posisi fundus terkait dengan garis tengah fundus. Jika fundus tidak ada di garis tengah, tentukan lokasinyadan kemudian evaluasi apakah terdapat distensi kandung kemih. Fundus mungkin berubah letak dari garis tengah tubuh ketika kandung kemih penuh dikarenakan pembesaran pembesaran kandung kemih menekan uterus ke arah samping.
* Kaji keluaran lokhea (rubra, serosa, alba)
* Selama beberapa jam pertama postpartum, jika fundus membesar terus menerus atau jika lokasinya di atas umbilikus dan kandung kemih pasien kosong, mungkin ruang uterus terisi dengan bekuan darah. Pada kasus ini lakukan hal berikut:
* Buka bagian depan pembalut, perhatikan daerah perineum, biarkan pembalut menjuntai diantara kedua kaki pasien
* Lakukan masase fundus uterus sampai fundus kenyal
* Pertahankan satu tangan dalam posisi yang stabil di bagian bawah uterus. Dengan tangan anda melakukan masase pada fundu, letakkan tekanan tekanan terus menerus pada bagian puncak fundus yang sekarang sudah menjadi kenyal dan lihatlah ke pembalut apakah kita dapat mengeluarkan bekuan-bekuan darah
* Jikauterus pasien terisi penuh dengan darah, akan menyebabkan iritasi dan uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik. Ketika otot-otot fiber berelaksasi akan terjadi perdarahan yang berkembang menjadi masalah besar
* Berikan pembalut yang bersih pada pasien
* Catat hal-hal yang ditemukan, TFU dicatat dengan ukuran jari (2 jari di bawah pusat, atau 1 jari diatas pusat)

Anogenital: lihat struktur, regangan, edema vagina, keadaan liang vagina (licin, kendur/lemah), adakah hematom, nyeri, tegang. Perineum: keadaan luka episiotomi, ekimosis, edema, kemerahan, eritema, drainase. Lokhea: warna, jumlah, bau, bekuan darah atau konsistensi, 1-3 hari lokhea rubra, 4-10 hari lokhea serosa, >10 hari lpkhea alba. Anus: hemoroid dan trombosis pada anus

**Pemeriksaan Kandung kemih**

* Pengkajian dengan cara melakukan palpasi kandungan urine di kandung kemih. Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan jumlah urine yang tertambung banyak dan hal ini dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus dikeluarkan
* Jika terdapat distensi kandung kemih, bantu pasien berkemih. Jika pasien tidak mampu berkemih, kemungkinan diperlukan pemasangan kateter.
* Kaji urin output dan beberapa jam sampai eliminasi normal dapat dipertahankan. Selama postpartum dapat terjadi diuresis, kandung kemih mungkin dapat terisi lebih cepat daripada normal, menyebabkan pasien berisiko atonia uteri dan hemorrhagi.

Pemeriksaan Perineum

Selama masa awal post partum, jaringan lunak di dalam dan sekitar perineum mungkin terlihat membengkak dengan beberapa bruishing, jika terdapat episiotomi.

Persiapan:

* Jelaskan tujuan dan tindakan yang dilakukan untuk mengkaji perineum selama masa post partum
* Lengkapi pengkajian TFU dan lokhea

(pengkajian perineum merupakan langkah akhir dari pengkajian post partum)

* Pasien dalam posisi berbaring miring dan lutut fleksi. Buka pembalut yang ada di perineum untuk dapat melakukan inspeksi perineum dengan baik.
* Anjurkan pasien untuk melakukan posisi sim’s (saat posisi sims, pasien supine dengan lutut fleksi, pemeriksaan melihat bagian posterior porsio ini bisa menimbulkan rasa sakit karenanya posisi sim’s mempermudah pemeriksaan.

Peralatan:

* Pembalut yang bersih
* Sarung tangan bersih
* Penlight

Prosedur:

* Kaji kondisi jaringan. Untuk mendapat penglihatan yang penuh dapat dibantu dengan meminta pasien untuk menaikkan perineum pasien seluruhnya, pada beberapa kasus dapat dibantu dengan tangan yang tidak dominan untuk mengangkat bokong dan jaringan, catat adanya edema dan ekimosis
* Evaluasi luka episiotomi, jika ada, atau perbaikan luka laserasi, apakah kemerahan? Catat keadaan tepi luka apakah sudah terjadi penyatuan? Katakan pada pasien bahwa anda akan meraba luka insisi dengan agak keras/tegas, catat adanya daerah yang keras, catat keadaan dari luka insisi jika pada perabaan teraba daerah yang lebih panas daripada daerah sekitarnya. Pada perabaan yang tegas seharusnya tidak ditemukan bagian yang lunak dan seharusnya juga tidak didapatkan adanya kemerahan, hangat atau daerah yang keras, yang diduga sebagai tanda infeksi. Baik ekimosis maupun infeksi keduanya mengganggu proses penyembuhan luka secara normal. Umumnya dalam waktu 24 jam tepi luka insisi seharusnya sudah menempel secara bersama-sama (proses penyembuhan luka yang baik). Kaji juga adanya tanda-tanda REEDA (*Redness, Edema, Discharge* dan *Approximation*). Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka. Serta adanya hemoroid derajat 1 normal untuk ibu hamil dan pasca persalinan.
* Selama pengkajian waspada dengan adanya bau busuk. Umumnya lokhea seperti bau normal, namun bau busuk yang tidak menyenangkan dapat dengan mudah diidentifikasi. Bau busuk yang mencemari diasosiasikan dengan adanya drainage yang seringkali diindikasikan dengan infeksi.
* Kaji hemoroid untuk melihat daerah anus, angkat bagian atas bokong, jika hemoroid tampak ada, catat ukurannya, banyaknya dan rasa nyeri saat ditekan.
* Berikan pendidikan kesehatan
* Berikan pasien pembalut yang bersih
* Catat hasil pemeriksaan

Muskulo skeletal: tanda homan, edema, tekstur kulit,nyeri bila dipalpasi, kekuatan otot.

Tanda Homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ genital. Cara pemeriksaan tanda Homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian di dorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis. Jika nyeri maka tanda Homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar.

**Prosedur pemeriksaan fisik ibu post partum**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perrkembangan pasien.
2. Persiapan diri perawat.
3. Persiapan alat-alat:
4. Baki dan alasnya
5. Spigmomanometer dan stetoskop
6. Termometer
7. Timbangan berat badan
8. Refleks hammer
9. Meteran
10. Penlight
11. Sarung tangan bersih
12. Selimut
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. Jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Lakukan pengkajian /anamnesa meliputi: biodata ibu dan suami, keluhan utama, riwayat kelahiran dan persalinan saat ini, riwayat obstetrik, data bayi saat ini, keadaan psikologis ibu, riwayat penyakit dahulu, penyakit keluarga
2. Lakukan pengukuran TB dan BB
3. Lakukan pengukuran tanda-tanda vital
4. Lakukan pemeriksaan *head to toe*
	* + 1. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih
			2. Minta ibu untuk tidur terlentang di tempat tidur
5. Kepala

Kaji bentuk kepala, kebersihan, warna rambut, tekstur rambut, distribusi rambut, rontok, kusam/pecah, tebal/tipis, lurus/kering/ikal, lesi/pembengkakan di kepala, keluhan1. Wajah

Hiperpigmentasi, pucat, edema, kemungkinan pecah pembuluh darah akibat salah meneran saat kala II intra natal1. Mata

Bentuk, lingkar mata, ada tidaknya edema pada kelopak mata, konjungtiva anemis/tidak, sklera ikterik/tidak, pupil isokor/tidak, refleks pupil terhadap cahaya, ketajaman penglihatan, lapang pandang, pergerakan bola mata1. Hidung

Bentuk, pernafasan cuping hidung/tidak, warna mukosa hidung, pengeluaran ada/tidak, keadaan sinus/polip, peradangan, fungsi penciuman1. Telinga

Bentuk, keadaan kanalis, kebersihan, serumen, pengeluaran, nyeri/tidak, alat bantu pendengaran, fungsi pendengaran1. Mulut

Keadaan bibir (sariawan, sianosis/pucat/bengkak), kebersihan dan keadaan gigi, karies (karies biasanya meningkat pada ibu hamil karena hipersaliva), lengkap/tidak, keadaan gusi, lidak kotor/lesi/pecah-pecah/peradangan, bau mulut, tonsil,fungsi pengecapan1. Leher

Kelenjar tiroid, kelenjar limfe, ROM, peningkatan vena jugularis, kaku kuduk, hiperpigmentasi kulit ada/tidak1. Dada/toraks

Bentuk, irama pernapasan, suara napas, retraksi dinding dada ada atau tidak, suara perkusi dada, taktil fremitus dada, ekspansi paru1. Jantung

Nyeri dada, denyut iktus kordis, bunyi jantung, irama jantung, pembesaran, frekuensi *heart rate*1. Payudara
* Bentuk, ukuran, hiperpigmentasi, simetris atau tidak
* Puting payudara menonjol atau masuk ke dalam
* Ada/tidak pengeluaran kolostrum
* Ada/tidaknya pembengkakan dan nyeri
* Meminta ibu mengangkat tangannya ke atas untuk memeriksa adanya retraksi atau dimpling
* Meminta ibu untuk mengangkat tangan kiri ke atas kepala, dan melakukan palpasi secara sistematis pada payudara (sesudah itu sebelah kanan juga) dari arah payudara, dan aksial untuk menilai adanya massa dan pembesaran pembuluh limfe
1. Abdomen

Memeriksa abdomen: teraba lembut, tekstur dougly (kenyal)* Memeriksa diastasis abdominal
* Memeriksa bekas operasi bila ada
* Palpasi tinggi fundus uteri menggunakan tangan, nilai konsistensinya (keras, lunak, *boggy*), lokasi, kontraksi uterus, nyeri
* Memeriksa kandung kemih: ada/tidaknya distensi pada kandung kemih
1. Ekstremitas
* Memeriksa ada/tidaknya varises pada kaki
* Memeriksa ada/tidaknya edema yaitu dengan menekan lembut pada daerah pretibia kaki
* Memeriksa tanda homan dengan cara menekuk setiap kaki untuk diperiksa ada./tidak nyeri betis (untuk mengetahui sirkulasi perifer)
1. Mengkaji reflek patella

Ibu duduk di tepi tempat tidur, dengan kedua kaki menjuntain, lakukan ketukan cepat dan tepat pada tendon daerah bawah patela |
| **TERMINASI** | * + 1. Mengevaluasi hasil tindakan.
		2. Berikan konseling terkait dengan keluhan, perubahan fisik dan psikologis pada periode post partum

2.  Berpamitan dengan pasien.3.  Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula.4.  Mencuci tangan.5.  Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan. |

1. **Perawatan perenium**

**Pengertian perawatan perenium**

Perawatan perineum adalah pemenuhan kebutuhan untuk menyehatkan daerah antara paha yang dibatasi vulva dan anus pada ibu yang dalam masa antara kelahiran placenta sampai dengan kembalinya organ genetik seperti pada waktu sebelum hamil.

**Tujuan perawatan perenium**

1. Mencegah terjadinya infeksi sehubungan dengan penyembuhan jaringan.
2. Untuk kebersihan perineum dan vulva.
3. Memberikan rasa nyaman pasien.

**Prosedur perawatan perenium**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perrkembangan pasien.
2. Persiapan diri perawat.
3. Persiapan alat-alat:
4. Bak instrumen berisi 2 pinset anatomis dan 2 kom kecil
5. Kassa steril
6. Kapas steril
7. Perlak dan pengalas.
8. Selimut mandi.
9. Hand scoend 1 pasang.
10. Bengkok
11. Povidin iodine
12. Larutan disinfektan (dettol, savlon, NaCl 0,9%)
13. Tas plastik 2 buah.
14. Celana dalam dan pembalut wanita.
15. Pispot.
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. Jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Perawat cuci tangan.
2. Memasang selimut mandi.
3. Mengatur posisi pasien dorsal recumbent.
4. Memasang alas dan perlak dibawah pantat.
5. Pastikan privasi pasien terjaga kemudian anjurkan pasien untuk melepas pakaian dalam sambil memperhatikan lochea. Celana dan pembalut dimasukkan dalam tas plastic yang berbeda.
6. Sebelum melakukan tindakan, anjurkan pasien untuk buang air kecil (bila tidak bisa ke kamar mandi, bantu dengan menggunakan pispot)
7. Persilahkan pasien untuk berbaring di tempat tidur dengan satu bantal dibagian kepala, dan lutut ditekuk (dorsal recumbent)
8. Tutup dengan alat tenun/selimut bagian tubuh pasien yang tidak termasuk area yang akan dilakukan tindakan
9. Letakkan pengalas di bawah bokong pasien
10. Ambil bengkok dan dekatkan ke pasien
11. Pakai sarung tangan steril
12. Bersihkan area perineum:
* Ambil kapas steril dengan pinset, kemudian masukkan ke dalam larutan disinfektan
* Bersihkan dari atas ke bawah labia mayora kanan kiri, kemudian labia mayora kanan dan kiri, terakhir daerah meatus dengan sekali usap
* Buang kapas yang sudah dipakai ke dalam bengkok
* Lakukan hal tersebut hingga area perineum tampak bersih
* Apabila terdapat luka jahitan pada perineum, maka ambil kassa steril, kemudian beri povidin iodine dan selanjutnya oleskan pada luka dengan cara menekan luka dengan kassa berisi povidin iodine beberapa menit, kemudian buang kassa ke dalam bengkok
1. Amati ada tidaknya tanda-tanda infeksi di sekitar area luka perineum
2. Pasang pembalut dan celana dalam bersih
3. Rapikan pasien
4. Alat-alat dibereskan dan dikembalikan pada tempatnya
 |
| **TERMINASI** | 1. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon pasien.
2. Berikan edukasi terkait dengan keluhan dan tindakan
3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
4. Beri kesempatan pasien untuk bertanya
5. Berpamitan dengan pasien
6. Mencuci tangan.
7. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.
 |

1. **Senam nifas**

**Pengertian senam nifas**

Senam nifas adalah senam atau latihan fisik yang dilakukan pada ibu pasca melahirkan (post partum) untuk mengembalikan fungsi otot-otot tubuh seperti semula.

**Tujuan senam nifas**

1. Membantu memperlancar sirkulasi darah.
2. Membantu mengembalikan kedudukan otot kandungan.
3. Mengencangkan otot-otot perut, otot dasar panggul dan pinggang.

**Prosedur senam nifas**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perkembangan pasien.
2. Persiapan diri perawat.
3. Persiapan alat-alat:Matras/kasur
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Melakukan dan meletakan kedua tangan pada perut bawah iga, menarik nafas perlahan dari dalam lewat hidung kemudian keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut untuk membantu mengosongkan paru-paru.

http://1.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz7xrtX-qXI/AAAAAAAAAAM/UsPqBw0aTxY/s320/1.bmp1. Berbaring dengan punggung lurus, kedua lengan diluruskan di atas kepala dengan telapak tangan menghadapi ke arah atas, kemudian mengendurkan sedikit lengan kiri dan kencangkan lengan kanan, pada saat yang sama lepaskan tungkai kanan sehingga seluruh tubuh yang kiri menjadi kencang  sepenuhnya. Ulangi hal yang sama pada sisi tubuh yang kanan.

http://2.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz7ygRDcUPI/AAAAAAAAAAU/-ad7UEhALtE/s320/2.bmp1. Kontraksi vagina berbaring terlentang kedua tungkai sedikit dijauhkan kencangkan dasar panggul pertahankan selama 3detik kemudian lemaskan.

http://3.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz7y-a8th8I/AAAAAAAAAAc/0SsUesSWjVM/s320/3.bmp1. Memirigkan tubuh pada panggul dengan kedua lutut ditekuk, kemudian kontksikan otot-otot perut untk membuat tulang belakang menjadi datar dan otot-otot pantat menjadi kencang. Pertahankan selama 3 detik dan kemudian dilepaskan.

http://4.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz7zOuZlR9I/AAAAAAAAAAk/2ntD3Argcu0/s320/4.bmp1. Sesudah hari ke3, berbaring pada punggung dengan kedua lutut ditekuk dan kedua lengan direntangkan mengangkat kepala dan bahu hingga.Berbaring telentang, lutut ditekuk, lengan dijulurkan ke lutut. Angkat kepala dan bahu kira-kira 45 derajat, tahan 3 detik dan rilekskan dengan perlahan.

http://4.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz70_zEkwdI/AAAAAAAAAA0/VHgj4M_bAUY/s320/5.bmp1. Posisi yang sama seperti diatas. Tempatkan lengan lurus di bagian luar lutut kiri.

http://2.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz71V5QW_1I/AAAAAAAAAA8/pXR7TIIWcNY/s320/6.bmp1. Tidur telentang, kedua lengan di bawah kepala dan kedua kaki diluruskan. angkat kedua kaki sehingga pinggul dan lutut mendekati badan semaksimal mungkin. Lalu luruskan dan angkat kaki kiri dan kanan vertical dan perlahan-lahan turunkan kembali ke lantai.

http://2.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz71s9yyTkI/AAAAAAAAABE/SqnO62w-VNg/s320/7.bmp1. Tidur telentang dengan kaki terangkat ke atas, dengan jalan meletakkan kursi di ujung kasur, badan agak melengkung dengan letak pada dan kaki bawah lebih atas. Lakukan gerakan pada jari-jari kaki seperti mencakar dan meregangkan. Lakukan ini selama setengah menit.

http://3.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz719j0IiiI/AAAAAAAAABM/-DiJgkoIa-Y/s320/8.bmp1. Gerakan ujung kaki secara teratur seperti lingkaran dari luar ke dalam dan dari dalam keluar. Lakukan gerakan ini selama setengah menit.

http://2.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz72RMWp0FI/AAAAAAAAABU/LLivhSm2TBA/s320/9.bmp1. Lakukan gerakan telapak kaki kiri dan kanan ke atas dan ke bawah seperti gerakan menggergaji. Lakukan selama setengah menit.

http://2.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz72gE-tUYI/AAAAAAAAABc/0I2eQh6zXjQ/s320/10.bmp1. Tidur telentang kedua tangan bebas bergerak. Lakukan gerakan dimana lutut mendekati badan, bergantian kaki kiri dan kaki kanan, sedangkan tangan memegang ujung kaki, dan urutlah mulai dari ujung kaki sampai batas betis, lutut dan paha. Lakukan gerakan ini 8 sampai 10 setiap hari.

http://3.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz724CBSTsI/AAAAAAAAABk/9XF0lj7Drto/s320/11.bmp1. Berbaring telentang, kaki terangkan ke atas, kedua tangan di bawah kepala. Jepitlah bantal diantara kedua kakidan tekanlah sekuat-kkuatnya. Pada waktu bersamaan angkatlah pantat dari kasur dengan melengkungkan badan. Lakukan sebanyak 4 sampai 6 kali selama setengah menit.

http://2.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz73GMuR2tI/AAAAAAAAABs/DvvgM2yjGf0/s320/12.bmp1. Tidur telentang, kaki terangkat ke atas, kedua lengan di samping badan. kaki kanan disilangkan di atas kaki kiri dan tekan yang kuat. Pada saat yang sama tegangkan kaki dan kendorkan lagi perlahan-lahan dalam gerakan selama 4 detik. Lakukanlah ini 4 sampai 6 kali selama setengah menit.

http://4.bp.blogspot.com/_mcBrJ6PY1yA/Sz73XuLNU5I/AAAAAAAAAB0/Bdq4K1qSJJQ/s320/13.bmp |
| **TERMINASI** | 1. Mengevaluasi hasil tindakan.2. Berpamitan dengan pasien.3. Mencuci tangan.4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan. |

**Hal-hal yang harus diperhatikan:**

1. Senam ini hanya boleh di lakukan jika keadaan ibu sudah benar-benar pulih.
2. Teknik yang dilakukan oleh ibu nifas yang tidak mengalami kontraindikasi.

**3.Perawatan payudara**

**Pengertian perawatan payudara**

Perawatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar.

**Tujuan perawatan payudara**

1. Memelihara kebersihan payudara.
2. Melancarkan keluarnya ASI.
3. Mencegah bendungan pada payudara/ mencegah payudara bengkak.

**Prosedur perawatan payudara**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perrkembangan pasien.
2. Persiapan diri perawat.
3. Persiapan alat-alat:
4. Handuk
5. Kapas secukupnya
6. Baby oil atau minyak secukupnya
7. Waslap
8. 2 baskom (masing-masing berisi air hangat dan air dingin)
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. Jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Perawat cuci tangan
2. Atur posisi pasien. Anjurkan klien untuk duduk santai bersandar, dan kaki ditopang kursi kecil.
3. Anjurkan klien untuk membuka bra, dan letakkan handuk di bawah perut ibu.
4. Basahi kassa/kapas dengan minyak kelapa, gunakan sebagai pembersih kotoran disekitar areola dan puting susu.
5. Kompres kedua payudara dengan waslam air hangat, diselang seling dengan air dingin.
6. Bersihkan seluruh payudara dengan waslap.

Dilanjutkan dengan pijat oksitosin1. Sebelum mulai dipijat ibu sebaiknya dalam keadaan telanjang dada dan menyiapkan cangkir yang diletakkan di depan payudara untuk menampung ASI yang mungkin menetes keluar saat pemijatan dilakukan.
2. Libatkan keluarga, terutama suami.
3. Ada 2 posisi yang bisa ibu coba. Yang pertama ibu bisa telungkup di meja. Atau  posisi ibu telungkup pada sandaran kursi.

E:\PROYEK E ARI\tengkurap di sandaran kursi.jpgE:\PROYEK E ARI\tengkurap di meja.jpg1. Kemudian carilah tulang yang paling menonjol pada tengkuk/ leher bagian belakang atau disebut cervical vertebrae 7.

http://www.backpaininstitute.org/cons1_16_11.jpg1. Dari titik tonjolan tulang tadi turun ke bawah kurang lebih 2 cm dan ke kiri kanan kurang lebih 2 cm. Nah di situlah posisi jari diletakkan untuk memijat.
2. Memijat bisa menggunakan jempol tangan kiri dan kanan atau punggung telunjuk kiri dan kanan.

http://4.bp.blogspot.com/-S7QD3-uAIlE/UYJysCaCUOI/AAAAAAAADcc/SUIdZ2HyP4g/s320/SANY1171.JPGhttp://3.bp.blogspot.com/-mCtHNHUYcAE/UYJywzs9q3I/AAAAAAAADcs/KP_w3eo9fhE/s320/SANY1172.JPG1. Untuk ibu yang gemuk bisa dengan cara posisi tangan dikepal lalu gunakan tulang-tulang di sekitar punggung tangan.
2. Mulailah pemijatan dengan gerakan memutar perlahan-lahan lurus ke arah bawah sampai batas garis bra. Dapat juga diteruskan sampai ke pinggang.

pijat oksi1. Pijat oksitosin bisa dilakukan kapanpun ibu mau dengan durasi 3-5 menit. Lebih disarankan dilakukan sebelum menyusui atau memerah ASI.
 |
| **TERMINASI** | 1. Mengevaluasi hasil tindakan.2. Berpamitan dengan pasien.3. Mencuci tangan.4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan. |

1. **Teknik menyusui yang benar**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perrkembangan pasien.
2. Persiapan diri perawat.
3. Persiapan alat-alat:
4. Catatan perawatan
5. Alat peraga: manekin bayi
6. Kapas DDT/kassa steril
7. Minyak kelapa murni/*baby oil*
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. Jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Anjurkan pasien untuk menggendong bayinya kemudian duduk bersandar dengan kaki bertopang (tidak menggantung)

Hasil gambar untuk posisi menyusui yang benar1. Anjurkan pasien untuk membuka payudaranya
2. Bersihkan puting susu dan sekitarya dengan kapas DDT
3. Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai disinfektan dan menjaga kelembaban puting susu
4. Posisikan bayi sejajar dengan payudara (kepala dan badan bayi bersentuhan dengan badan ibu)

Gambar terkait1. Tekan perlahan dagu bayi dan arahkan ke puting susu ibu hingga bayi mencari puting susu ibu

Hasil gambar untuk posisi menyusui yang benar1. Masukkan seluruh puting susu hingga areola mamae ke mulut bayi (di atas lidah)

Hasil gambar untuk posisi menyusui yang benar1. Gunakan ibu jari untuk menekan bagian atas payudara, sedangkan jari lainnya menopak payudara bagain bawah. Menyusui yang benar adalah apabila seluruh areola masuk ke dalam mulut bayi dan puting susu berada di langit-langit bagian belakang mulut bayi
2. Pertahankan kontak mata selama proses menyusui:
3. Susui bayi sampai payudara kosong atau ±15-20 menit. Namun sesuaikan dengan kondisi bayi
4. Bila ASI masih tersisa, menyusui berikutnya mulai dari payudara yang belum kosong
5. Gunakan kedua payudara secara bergantian saat menyusui, untuk merangsang pengeluaran ASI secara teratur
6. Akhiri menyusui bila bayi melepaskan puting susu/tertidur, atau masukkan jari kelingking ke mulut bayi apabila akan menghentikan pemberian ASI dengan menarik puting secara lembut dan perlahan
7. Keringkan payudara ibu dengan menggunakan handuk dan rapikan kembali pakaian ibu
8. Sendawakan bayi (bayi diposisikan pronasi lalu ditepuk-tepuk perlahan bagian punggungnya)

Hasil gambar untuk posisi menyusui yang benar |
| **TERMINASI** | 1. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon pasien
2. Berikan edukasi terkait dengan tindakan dan keluhan
3. Lakukan kontrak dengan pasien untuk pertemuan berikutnya

4. Berpamitan dengan pasien.5. Mencuci tangan.6. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan. |

1. **REFERENSI**

Bobak., Lowdermilk., Jensen. 2005. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC

Hapsari, E.D, Nisman, W.E & Lismidiati, W (2016). Buku Panduan Keterampilan Minat Keperawatan Maternitas Semester 3 Semester ganjil Tahun Ajaran 2016/2017. Program Stusi Magister Keperawatan. FK UGM

Kumalasari, Intan (2015). Panduan Praktik laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi, Jakarta: Salemba Medika

Lowdermilk., Perry., Cashion. 2013. Keperawatan Materniity. Elsevier: Mosby NAACOG: Fetal Heart Rate Auscultation (OGN Practice Resoure). Washington: DC. 1990. NAACOG.

Saifudin, Abdul Bari. 2002. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.*



**PRAKTIKUM IV**

**SISTEM REPRODUKSI**

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah reproduksi.

1. Tujuan Khusus

Diharapkan mahasiswa mampu mendemonstrasikan:

1. Pemasangan dan pelepasan IUD.
2. Pengambilan sample cairan vagina dan Pap Smear
3. **WAKTU PELAKSANAAN**

Dilaksanakan dalam waktu 2x120 menit.

1. **POKOK BAHASAN**
2. Pemasangan dan pelepasan IUD
3. Pemeriksaan PAP’Smear
4. **MATERI**
5. Pemasangan dan pelepasan IUD

**Pengertian pemasangan dan pelepasan IUD**

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau Intra-Uterine Device (IUD) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan kedalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terbuat dari plastik yang dililit tembaga atau tembaga bercampur perak yang dapat berisi hormon. Waktu penggunaannya bisa mencapai 10 tahun.

**Jenis pemasangan dan pelepasan IUD**

1. Lippes Loop (A, B, C dan D)
2. Copper T (220 dan 380 Ag)
3. Multi Load (Mini, Short dan Standard)

**Prosedur pemasangan dan pelepasan IUD**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perrkembangan pasien.
2. Persiapan diri perawat.
3. Persiapan alat-alat:
4. Bivalve speculum (kecil, sedang, atau besar).
5. Bengkok
6. IUD steril
7. Forsep / korentang
8. Mangkok untuk larutan antiseptik
9. Kain kasa atau kapas
10. Bak instrumen
11. Sarung tangan steril 2 pasang
12. Tampon tang
13. Tenakulum
14. Sonde uterus
15. Sumber cahaya yang cukup untuk menerangi serviks
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Perawat cuci tangan
2. Atur posisi pasien
3. Periksa genitalia eksternal, lakukan pemeriksaan spekulum, lakukan pemeriksaan panggul.
4. Masukka lengan AKDR copper T 380 A di dalam kemasan sterilnya.
5. Masukkan spekulum, dan usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik. Gunakan tenakulum untuk menjepit serviks.
6. Masukkan sonde uterus.
7. Pasang AKDR Copper T 380 A. Pemasangan AKDR Copper T 380 A.
8. Tarik tenakulum (yang masih menjepit serviks setelah melakukan metode uterus) sehingga kavum uteri, kanalis servikalis dan vagina berada dalam satu garis lurus, masukkan dengan pelan-pelan dan hati-hati tabung inserter yang sudah berisi AKDR ke dalam kanalis servikalis dengan mempertahankan posisi kevum uteri, dorong tabung inserter sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa ada tahanan dari fundus uteri, pastikan leher biru tetap dalam posisi horizontal.
9. Pegang serta tahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan, sedang tangan lain menarik tabung inserter sampai pangkal pendorong.
10. Keluarkan pendorong dengan tetap memegang dan menahan tabung inserter, setelah pendorong keluar dari tabung inserter, dorong kembali tabung inserter dengan pelan dan hati-hati sampai terasa ada tahanan fundus.
11. Cuci tangan

Pelepasan IUD1. Benang terlihat
2. Gunakan speculum untuk melihat serviks dan lihat dengan jelas adanya benang AKDR.
3. Jepit benang dengan kuat dekat os eksternus dengan forceps arteri lurus.
4. Lakukan tarikan lembut kearah bawah.
5. Biasanya AKDR akan tertarik dengan mudah dan dengan nyeri minimal.
6. Apabila dijumpai tahanan, atau apabila pasien merasa nyeri, hentikan tarikan dan periksa ukuran dan posisi uterus dengan pemeriksaan bimanual.
7. Jepit serviks dengan forceps jaringan dan lakukan terikan lembut untuk meluruskan kanalis uteroservikalis.
8. Lanjutkan terikan pada benang dan keluarkan AKDR seperti biasa.
9. Kadang-kadang kita perlu memberikan anestesia lokal untuk mengurangi rasa tidak nyaman saat pengeluaran.
10. Apabila benang putus
11. Sewaktu pengeluaran, kanalis servikalis harus dieksplorasi secara hati-hati dengan forseps arteri lurus untuk memeriksa apakah ujung bawah AKDR telah turun ke kanalis servikalis.
12. Apabila terasa, maka batang vertical AKDR dapat dijepit dan dikeluarkan.
13. Apabila AKDR seluruhnya berada di dalam rongga uterus, maka dapat dilakukan eksplorasi rongga uterus dengan forceps bengkok yang kecil dan panjang atau “pengait” untuk mengetahui lokasi dan mengeluarkan AKDR.
14. Dilatasi serviks dapat dicapai dengan pemberian misoprostol 400 μg per vagina sebelum eksplorasi uterus.
15. Hanyar dokter yang berpengalaman dalam teknik intrauterus yang boleh melakukan prosedur semacam ini.
16. Perubahan AKDR
17. AKDR sebaiknya tidak diganti sebelum interval yang dianjurkan karena pengeluaran dan pemasangan kembali meningkatkan risiko kegagalan, ekspulsi, dan infeksi.
18. Pada wanita yang berusia 40 tahun atau lebih, AKDR yang mengandung tembaga dapat dibiarkan di tempatnya sampai 12 bulan setelah periode menstruasi terakhir.
 |
| **TERMINASI** | 1. Mengevaluasi hasil tindakan.2. Berpamitan dengan pasien.3. Mencuci tangan.4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan. |

1. **Pemeriksaan PAP’Smear**

**Pengertian pemeriksaan PAP’Smear**

Pap smear merupakan suatu metode atau tes yang digunakan untuk mengetahui apakah di dalam tubuh seseorang terdapat sel-sel kanker atau tidak.Tes yang juga dikenal dengan istilah tes Papanikolaou ini dilakukan khususnya bagi para wanita untuk melihat gejala kanker serviks yang mungkin dialami.

**Tujuan pemeriksaan PAP’Smear**

1. Mengetahui atau pun mendeteksi adanya kanker leher rahim / kanker mulut rahim.
2. Mendeteksi beberapa kelainan.

**Prosedur pemeriksaan PAP’Smear**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perrkembangan pasien.
2. Persiapan diri perawat.
3. Persiapan alat-alat:
4. Cytobrush
5. Gelas obyekyang sudah ditulis nama pasien, nomor rekam medik dan tanggal pemeriksaan
6. Bengkok
7. Sarung tangansteril
8. Spekulum
9. Botol khusus berisi alcohol 96%
10. Kain kassa, kapas sublimat
11. Larutan NaCl 0,9%
12. Perlak
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Memberitahu dan menjelas kan kepada pasien  tindakan yang akan dilakukan.
2. Menyiapkan alat dan bahan membawa ke dekat  pasien.
3. Memasang sampiran.
4. Anjurkan pasien untuk buang air kecil untuk mengosongkan kandung kemih
5. Membuka atau menganjurkan pasien  menanggalkan pakaian bawah (tetap jaga *privacy* pasien).
6. Memasang pengalas dibawah bokong pasien.
7. Mengatur posisi pasien  dengan kaki ditekuk (*dorsal recumbent*).
8. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir mengeringkan dengan handuk bersih.
9. Memakai sarung tangan.
10. Pemeriksa duduk pada kursi yang telah disediakan, menghadap ke aspekus genitalis
11. Inspeksi daerah vulva dan perineum
12. Buka *labia mayora* dengan ibu jari  dan jari telunjuk tangan yang tidak dominan.
13. Melakukan vulva hygine.
14. Ambil spekulum dengan tangan kanan, masukkan ujung telunjuk kiri pada introitus (agar terbuka), masukkan ujung spekulum dengan arah sejajar introitus (yakinkan bahwa tidak ada bagian yang terjepit) lalu dorong bilah
15. Setelah masuk setengah panjang bilah, putar spekulum 900 hingga tangkainya ke arah bawah. Atur bilah atas dan bawah dengan membuka kunci pengatur bilah atas bawah (hingga masing-masing bilah menyentuh)
16. Tekan pengungkin bilah hingga lumen vagina dan serviks tampak jelas (perhatikan ukuran dan warna porsio, dinding vagina dan sekret vagina)
17. Kunci spekulum dengan memutar pengunci
18. Jika sekret vagina ditemukan banyak, bersihkan secara hati-hati (sepaya pengambilan epitel tidak terganggu)
19. Ambil cytobrush dan masukkan ujung cytobrush yang runcing sampai masuk ke dalam porsio (bagian ujung cytobrush untuk mengambil sel endoserviks, bagian luar cytobrush untuk mengambil sel ektoserviks)
20. Putar cytobrush searah jarum jam sebanyak kurang lebih 7 kali
21. Oleskan sampel yang ada di cytobrush pada gelas objek dengan bagian ujung dan pangkal brush menyentuh objek gelas. Oleskan satu kali usap (tidak bolak balik)
22. Masukkan gelas objek ke dalam larutan alkohol 96% selama 20 menit
23. Setelah pemeriksaan selesai, buka kunci spekulum dan tutup spekulum kemudian putar spekulum 45 derajat dan keluarkan spekulum.
24. Letakkan spekulum dan cytobrush pada tempat yang telah disediakan
25. Beritahukan pada pasien bahwa pengambilan sampel telah selesai dan rapikan pasien
26. Cuci tangan
 |
| **TERMINASI** | 1. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon pasien
2. Berikan edukasi terkait dengan tindakan dan tindakan selanjutnya
3. Lakukan kontrak dengan pasien untuk pertemuan selanjutnya
4. Berpamitan dengan pasien.
5. Mencatat hasil kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.
 |

1. **Pemeriksaan ginekologi (pengambilan sampel cairan vagina)**

**Pengertian:**

Merupakan pemeriksaan dengan mengambil cairan vagina yang mempunyai tujuan untuk mendeteksi adanya infeksi vagina yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, protozoa atau parasit

**Prosedur pemeriksaan**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAHAP** | **KEGIATAN** |
| **PRE INTERAKSI** | 1. Verifikasi order dengan membaca laporan dan catatan perrkembangan pasien.
2. Persiapan diri perawat.
3. Persiapan alat-alat:
4. Catatan keperawatan
5. Satu set perlengkapan untuk vulva hygiene: 2 pinset anatomis, sarung tangan, larutan NaCl 0,9%, kom kecil
6. Spekulum berbagai ukuran
7. pH marker vagina
8. Lidi kapas
9. Slide glass/objek glass
10. Larutan etanol (alkohol 95%)
11. Pensil/spidol
12. Lampu penerang
 |
| **ORIENTASI** | 1. Salam terapeutik pada pasien, bila perlu perkenalkan diri perawat.
2. Jelaskan pada pasien tentang tujuan, prosedur, dan waktu lamanya tindakan.
3. jaga privasi pasien dengan menutup ruangan pasien.
4. Tanyakan keluhan pasien.
5. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 |
| **KERJA** | 1. Pastikan privasi pasien terjaga, pasang sampiran
2. Anjurkan pasien untuk buang air kecil (untuk mengosongkan kandung kemih)
3. Tulis nama pasien, nomor rekam medik dan tanggal pemeriksaan pada objek glass
4. Buka paket steril dan tuangkan NaCl 0,9% dalam kom kecil
5. Anjurkan pasien untuk melepaskan pakaian bawah
6. Persilahkan pasien untuk berbaring di tempat tidur ginekologi dengan posisi litotomi/dorsal rekumbent
7. Cuci tangan
8. Gunakan sarung tangan steril
9. Periksa genitalia eksterna, meatus uretra, introitus vagina, dan daerah perianal. Observasi adanya kemerahan, keluaran discharge, benjolan
10. Lakukan vulva higiene
11. Pilih spekulum dengan ukuran yang sesuai dan pasang spekulum dengan hati-hati
12. Lakukan pemeriksaan spekulum (cairan genitalia, warna, bau, jumlah, serviks)

Warna: putih, kuning, berdarahBau: berbau, tidak berbauJumlah: sedikit, sedang, banyak1. Masukkan lidi kapas dan tempelkan pada dinding vagina untuk dapat menyerap cairan
2. Keluarkan lidi kapas dan usapkan pada slide glass satu arah
3. Biarkan slide glass selama 5 menit/keringkan atau masukkan slide glass ke dalam larutan ethanol selama 2 menit untuk pemeriksaan lebih lanjut
4. Ukur pH vagina: tempelkan kertas pengukur pH vagina pada spekulum/dari lidi kapas
5. Lepaskan spekulum
6. Sampaikan pada pasien bahwa pengambilan sampel telah selesai
7. Rapikan pasien
8. Bereskan alat
9. Cuci tangan
 |
| **TERMINASI** | 1. Mengevaluasi hasil tindakan.2. Berpamitan dengan pasien.3. Mencuci tangan.4. Mencatat hasil kegiatan dalam lembar catatan keperawatan. |

1. **REFERENSI**

Bobak., Lowdermilk., Jensen. 2005. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC

Hapsari, E.D, Nisman, W.E & Lismidiati, W (2016). Buku Panduan Keterampilan Minat Keperawatan Maternitas Semester 3 Semester ganjil Tahun Ajaran 2016/2017. Program Stusi Magister Keperawatan. FK UGM

Kumalasari, Intan (2015). Panduan Praktik laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi, Jakarta: Salemba Medika

Lowdermilk., Perry., Cashion. 2013. Keperawatan Materniity. Elsevier: MosbyNAACOG: Fetal Heart Rate Auscultation (OGN Practice Resoure). Washington: DC. 1990. NAACOG.

Soeprono, Bharoto W. 2001. Keterampilan Terapi Pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim. Laboratorium Obstetri-Ginekologi. Yogyakarta : Fakultas Kedokteran UGM.

**DAFTAR NAMA MAHASISWA SEMESTER IV AKPER YKY YOGYAKARTA**

**TAHUN AKADEMIK 2018-2019**

**KELOMPOK 1A KELOMPOK 2A**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2317001 | Ade Tri Kurniawati | 1 | 2317012 | Eva Altika ningrum |
| 2 | 2317002 | Aditya Kholilludin | 2 | 2317013 | Fahrul Anam |
| 3 | 2317003 | Akbar Shahida | 3 | 2317015 | Fitri Nur Aini |
| 4 | 2317005 | Annisa Ari Mukti | 4 | 2317016 | Gigih Audryfuad |
| 5 | 2317006 | Arlita Hangganing Puspa jati | 5 | 2317017 | Ike Erlita Candradewi |
| 6 | 2317007 | Azahra Felia Renita Putri | 6 | 2317018 | Karen Meilani |
| 7 | 2317009 | Dista Aulia Rohima | 7 | 2317019 | Khusnur Rofik |
| 8 | 2317010 | Ela Hening Rahayu | 8 | 2317020 | Lela Fulaela |
| 9 | 2317011 | Erna Dwi Susanti | 9 | 2317021 | Linda Astuti |

**KELOMPOK 3A KELOMPOK 4A**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2317022 | Linggar hanum Kusnatifah | 1 | 2317031 | Rizky Wahyu Anandita |
| 2 | 2317023 | Mayang Lisna Sejati | 2 | 2317032 | Sri Rejeki Ramadhani S |
| 3 | 2317024 | Mita Vikaningrum | 3 | 2317033 | Susi Susanti |
| 4 | 2317026 | Nurul Atifah | 4 | 2317034 | Tri Okfia |
| 5 | 2317027 | Pingkan Anggraini | 5 | 2317035 | Ummi Nadhiroh |
| 6 | 2317028 | Rahmah Kurniasari | 6 | 2317036 | Venti Nur Khasanah |
| 7 | 2317029 | Rio Surya Adegata | 7 | 2317037 | Yesi Cahya Analisya |
| 8 | 2317030 | Riska Devi Atria | 8 | 2317038 | Yuda Elrandha |
|  |  |  | 9 | 2317039 | Zami’ah Elfa Rini |

**KELOMPOK 1B KELOMPOK 2B**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2317040 | Aditya Wisnu Arindra | 1 | 2317049 | Erma Afrianti |
| 2 | 2317041 | Agustina Rahmawati | 2 | 2317050 | Ester Christine Marli |
| 3 | 2317042 | Alvin Reza Febriansyah | 3 | 2317051 | Eva Kumala Sari |
| 4 | 2317043 | Annisa Fitrianingrum | 4 | 2317052 | Fajar Isnanto |
| 5 | 2317044 | Aura Nailul Muna | 5 | 2317053 | Fina Dhamayatun |
| 6 | 2317045 | Dede Nur Asis | 6 | 2317054 | Galuh Ari Anjani |
| 7 | 2317047 | Difani Ayu Sundari | 7 | 2317055 | Gilang Permana Putra |
| 8 | 2317048 | Divara Wahyu Rahmawati | 8 | 2317056 | Intan Purna Ningrum |
|  |  |  | 9 | 2317057 | Laili Indira Putri |

**KELOMPOK 3B KELOMPOK 4B**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2317058 | Liestianingsih Criswandhani | 1 | 2317068 | Rizka Nurdiyantoro |
| 2 | 2317059 | Linda Eka Ratnasari | 2 | 2317069 | Rohana Muji Wahyuni |
| 3 | 2317060 | Lisa Sukma Fauziah | 3 | 2317070 | Sri Siswanti |
| 4 | 2317061 | Meisitoh Anggraini | 4 | 2317071 | Tantri Rahmaudina Ristyani |
| 5 | 2317063 | Novita Tri Utari | 5 | 2317073 | Uyun Dwiranto |
| 6 | 2317064 | Oktriana | 6 | 2317076 | Yahya Fajar Suhantara |
| 7 | 2317065 | Qonitah Wahid Rofi’ati | 7 | 2317077 | Yeti Fika Sari |
| 8 | 2317066 | Raden Kola ramada | 8 | 2317078 | Zulaikha Sofa Alifatul H.A |

**JADWAL PBP KEPERAWATAN MATERNITAS SEMESTER IV**

**AKPER YKY YOGYAKARTA TAHUN AKADEMIK 2018-2019**

**KELAS IIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **HARI/TGL** | **JAM** | **KEGIATAN** | **DOSEN** |
| 1 | Kamis8 Maret 2019 | 07.00-09.50 WIB | Tindakan keperawatan ibu hamil:1. ANC
2. Pendidikan kesehatan pada ibu hamil
 | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 2 | Kamis8 Maret 2019 | 09.50-12.30 WIB | Tindakan keperawatan pada ibu hamil: senam hamil | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 3 | Jum’at22 maret 2019 | 07.00-09.50 WIB | Pengkajian ibu pada periode intra natal:a. Pemantauan Hisb. DJJc. Discharge vagina. VTTindakan keperawatan pada ibu fase intra natal: proses persalinan | Warsiyah, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 4 | Jum’at22 maret 2019 | 09.50 – 12.30 WIB | Pengkajian ibu pada periode post partum:1. Pemeriksaan head to toe
2. Involusi uteri
3. Diastasis rectus abdominis
4. Karakteristik lokhea
5. Refleks ekstremitas

Pendidikan kesehatan pada ibu post partum | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 5 | Jum’at29 Maret 2019 | 07.00-09.50 WIB | Tindakan keperawatan pada ibu post partum: perawatan perineum | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 6 | Jum’at29 Maret 2019 | 09.50-12.30 WIB | Managemen laktasi:Posisi menyusui, Pijat oksitosinPenatalaksanaan masalah menyusui (puting), marmet | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 7 | Kamis8 Maret 2019 | 13.00-15.50 WIB | Pendidikan kesehatan pada masalah kesehatan reproduksi dan kontrasepsiPemasangan alat kontrasepsi | Hikmah Sobri, SPd. M.Kes |
| 8 | Senin15 April 2019 | 13.00-15.50 WIB | Senam nifas | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 9 | Senin15 April 2019 | 15.50-18.30 WIB | Pembuatan prakarya tentang periode kehamilan, intranatal dan postpartum | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 10 | Jum’at19 April 2019 | 13.00-15.50 WIB | Presentasi pembuatan prakarya tentang periode kehamilan, intranatal dan postpartum | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 11 | Kamis8 Maret 2019 | 15.50-18.30 | Pembuatan makalah tentang masalah kesehatan reproduksi | Hikmah Sobri, SPd. M.Kes |
| 12 | Jum’at 22 Maret 2019 | 13.00 – 15.50WIB | Presentasi pembuatan makalah tentang masalah kesehatan reproduksi | Hikmah Sobri, SPd. M.Kes |
| 13 | Jum’at19 April 2019 | 15.50-18.30 WIB | Evaluasi pemeriksaan fisik postpartum | Dewi Kusumaningtyas, S.kep, Ns |
| 14 | Jum’at 22 Maret 2019 | 15.50-18.30 WIB | Evaluasi management laktasi | Hikmah Sobri, SPd. M.Kes |

**JADWAL PBP ETIKA KEPERAWATAN SEMESTER IV AKPER YKY YOGYAKARTA**

**TAHUN AKADEMIK 2018-2019**

**KELAS IIB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **HARI/TGL** | **JAM** | **KEGIATAN** | **DOSEN** |
| 1 | Kamis7 Maret 2019 | 07.00-09.50 | Tindakan keperawatan ibu hamil:1. ANC
2. Pendidikan kesehatan pada ibu hamil
 | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 2 | Kamis7 Maret 2019 | 09.50-12.30 | Tindakan keperawatan pada ibu hamil: senam hamil | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 3 | Kamis21 Maret 2019 | 07.00-09.50 | Pengkajian ibu pada periode intra natal:a. Pemantauan Hisb. DJJc. Discharge vagina. VTTindakan keperawatan pada ibu fase intra natal: proses persalinan | Warsiyah, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 4 | Kamis 21 maret 2019 | 09.50-12.30 WIB | Pengkajian ibu pada periode post partum:1. Pemeriksaan head to toe
2. Involusi uteri
3. Diastasis rectus abdominis
4. Karakteristik lokhea
5. Refleks ekstremitas
6. Pendidikan kesehatan pada ibu post partum
 | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 5 | Selasa26 Maret 2019 | 07.00-09.50 | Tindakan keperawatan pada ibu post partum: perawatan perineum | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 6 | Selasa26 Maret 2019 | 09.50-12.30 | Managemen laktasi:Posisi menyusui, Pijat oksitosinPenatalaksanaan masalah menyusui (puting), marmet | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 7 | Jum’at8 Maret 2019 | 13.00 – 15.50 WIB | Pendidikan kesehatan pada masalah kesehatan reproduksi dan kontrasepsiPemasangan alat kontrasepsi | Hikmah Sobri, SPd. M.Kes |
| 8 | Kamis 28 maret 2019 | 07.00-09.50 WIB | Senam nifas | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 9 | Kamis 28 maret 2019 | 09.50-12.30 WIB | Pembuatan prakarya tentang periode kehamilan, intranatal dan postpartum | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 10 | Rabu17 April 2019 | 07.00-09.50 WIB | Presentasi pembuatan prakarya tentang periode kehamilan, intranatal dan postpartum | Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep |
| 11 | Jum’at8 maret 2019 | 15.50-18.30 WIB | Pembuatan makalah tentang masalah kesehatan reproduksi | Hikmah Sobri, SPd. M.Kes |
| 12 | Kamis21 Maret 2019 | 13.00-15.50 WIB | Presentasi pembuatan makalah tentang masalah kesehatan reproduksi | Hikmah Sobri, SPd. M.Kes |
| 13 | Rabu17 April 2019 | 09.50-12.30 WIB | Evaluasi pemeriksaan fisik postpartum | Dewi Kusumaningtyas, S.kep, Ns |
| 14 | Kamis21 maret 2019 | 15.50-18.30 WIB | Evaluasi management laktasi | Hikmah Sobri, SPd. M.Kes |