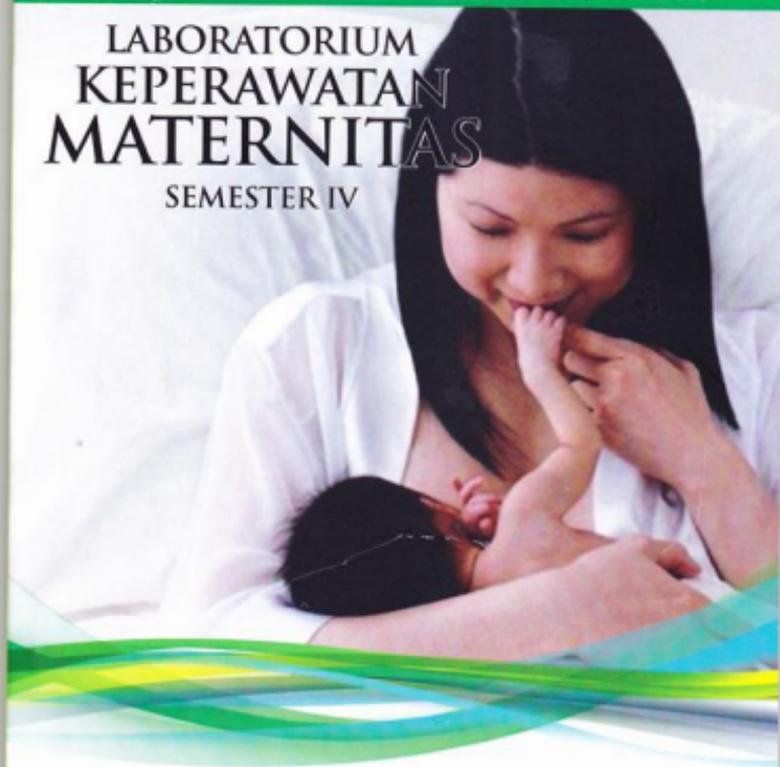


**BUKU
PANDUAN PRAKTIKUM**

**LABORATORIUM
KEPERAWATAN
MATERNITAS**
SEMESTER IV



UNISSULA
PRESS

ISBN 978-602-7525-35-1

Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik Kehamilan

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan anamnesa dan pemeriksaan fisik kehamilan
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan Anamnesa dan pemeriksaan fisik kehamilan
3. Mahasiswa mampu melakukan skill Anamnesa dan pemeriksaan fisik kehamilan secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit	
Panduan instruktur	: 1. 10 menit 2. 30 menit 3. 30 menit 4. 10 menit 5. 20 menit	: persiapan dan pre test materi : mendemonstrasikan skill anamnesa dan pemeriksaan fisik kehamilan : membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill anamnesa dan pemeriksaan fisik kehamilan : memberikan umpan balik : mengobservasi dan mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit 2. 30 menit 3. 30 menit 4. 10 menit 5. 20 menit	: persiapan dan mengerjakan soal pre test : mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur : mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill anamnesa dan pemeriksaan fisik kehamilan dibawah bimbingan instruktur : mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur : mahasiswa melakukan skill anamnesa dan pemeriksaan fisik kehamilan secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Setiap wanita yang dinyatakan positif hamil akan mengalami adaptasi fisiologis dan psikologis. Untuk itu perlu diberikan Antenatal Care kepada ibu dan janin yang dikandungnya.

Antenatal Care (ANC) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan rahim.

Frekuensi kunjungan yang dianjurkan selama ibu hamil untuk pemeriksaan adalah :

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

D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Handscoen
2. Jangka panggul
3. Meteran atau Midline
4. Stetoskop
5. Spigmomanometer
6. Funandoskop/linec/dopler
7. Jam tangan dengan jarum detik
8. Timbangan berat badan
9. Pengukur tinggi badan
10. Hammer Reflek
11. Buku catatan dan alat tulis

E. PROSEDUR KETRAMPILAN

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Mengecek program terapi.
 - b. Mencuci tangan.
 - c. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - d. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
2. Tahap Orientasi
 - a. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - b. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - d. Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama pasien.
3. Tahap Kerja
 - a. Menjaga privacy.
 - b. Mengajak pasien membaca Basmalah dan berdoa

ANAMNESA

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

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

- 1) Dicari HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)
- 2) Menentukan HPL (Hari Perkiraan Lahir) dengan cara :
Tanggal (+7), bulan (-3), tahun (+1)

Contoh :	HPHT	:	8	6	2009
			(+7)	(-3)	(+1)
	<hr/>				
	HPL	:	15	3	2010

- f. Menanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu :
- 1) Status obstetrikus ibu, meliputi kehamilan, persalinan dan abortus. Status obstetrikus seorang wanita dapat ditulis dengan **G** (Gravida), **P** (Para/Persalinan) dan **A** (Abortus)
Contoh: Wanita yang sedang hamil ke 4, telah melahirkan 1 orang anak dan mengalami abortus 2 kali dituliskan dengan : **G4, P1, A2**
 - 2) Riwayat kehamilan yang lalu
Adakah gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat (Hiperemesis gravidarum), toxaemia gravidarum
 - 3) Riwayat persalinan yang lalu
Persalinan yang lalu spontan/ buatan, persalinan yang lalu aterm (pada usia kehamilan usia 37 mg –42 mg), prematur (pada usia kehamilan 28 mg–37 mg) atau serotinus (pada usia kehamilan lebih dari 42 mg). Apakah pada persalinan yang lalu terjadi perdarahan. Persalinan ditolong oleh bidan, dokter, atau dukun.
 - 4) Riwayat nifas yang lalu
Adakah panas atau perdarahan, bagaimana masa laktasinya
 - 5) Anak yang dilahirkan sebelumnya
Jenis kelamin anak, berat badan saat lahir, hidup atau meninggal (umur berapa dan apa penyebab anak meninggal)
- g. Menanyakan riwayat kehamilan sekarang
- 1) Apakah sudah merasakan pergerakan anak/belum
 - 2) Adakah mual, muntah, sakit kepala, perdarahan
 - 3) Pada trimester III, adakah bengkak di kaki atau muka, sakit kepala, perdarahan, sakit pinggang dll.
- h. Melakukan anamnesa tentang riwayat keluarga
Adakah penyakit keturunan dalam keluarga, riwayat anak kembar atau penyakit menular yang dapat mempengaruhi persalinan.
- i. Menganalisa riwayat penyakit/medik
- 1) Pernahkah sakit keras atau dioperasi, jika pernah sakit / operasi apa dan kapan.
 - 2) Bagaimana keadaan umum pasien, status nutrisi, miksi dan defekasi.
 - 3) Riwayat alergi makanan / obat
 - 4) Apakah sudah mendapat Imunisasi
- j. Menganamnesa tentang religius / kultur
Kepercayaan / keyakinan agama, mitos tentang kehamilan, pengaruh susunan keluarga terhadap ibu hamil

PEMERIKSAAN FISIK KEHAMILAN

a. Melakukan pemeriksaan fisik umum (Status Praesent Generalis)

1) Perhatikan tanda – tanda tubuh yang sehat

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

2) Antropometri

a) Berat Badan

Berat badan harus dipantau tiap kali ibu hamil periksa. Berat badan ibu hamil biasanya naik sekitar 9 – 12 kg selama kehamilan. Bila kenaikan berat badan ibu kurang dari 5 kg pada kehamilan 28 minggu maka ia perlu dirujuk; serta pada trimester III berat badan tidak boleh bertambah lebih dari 1 kg dalam seminggu atau 3 kg dalam sebulan. Penambahan lebih dari batas-batas tersebut disebabkan karena penimbunan (retensi) air yang disebut pra oedema.

b) Tinggi Badan

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

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

3) Vital Sign

a) Tekanan Darah

Bila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih mintalah ibu berbaring miring ke kiri dan mintalah ibu bersantai sampai terkantuk. Setelah 20 menit beristirahat, ukur kembali tekanan darahnya. Bila tekanan darah tetap tinggi, maka hal ini menunjukkan ibu menderita pre eklamsi dan harus dirujuk ke dokter.

Tekanan darah pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140 pada systolik atau 90 pada diastolik. Juga perubahan 30 pada systolik dan 15 pada diastolik di atas tensi sebelum hamil, karena menandakan toxaemia gravidarum

b) Nadi

Meningkat 10 – 15 x/menit

c) Suhu

d) Respirasi

4) Adanya oedem

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

b. Melakukan pemeriksaan fisik kebidanan (Status Obstetricus); Pemeriksaan dilakukan secara sistematis atau berurutan.

1) **Kepala**

Inspeksi : warna dan kebersihan rambut, kerontokan rambut

Palpasi : raba kepala untuk mengetahui adanya lesi dan massa

2) **Wajah**

Inspeksi : Pucat, oedem pada wajah, cloasma gravidarum

3) **Mata**

Inspeksi : Sklera ikterik / tidak, konjungtiva anemis / tidak

4) **Hidung**

Inspeksi : Kesimetrisan hidung, pernafasan cuping hidung

Palpasi : Pembesaran polip & sinusitis

5) **Mulut**

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

6) **Leher**

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

7) **Thorax**

Pemeriksaan jantung dan paru;

Pemeriksaan mammae / payudara;

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

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

8) **Abdomen (Inspeksi, Palpasi dan Auskultasi)**

Sebelum memulai pemeriksaan abdomen, lakukan hal-hal berikut:

a) Minta ibu mengosongkan kandung kemihnya bila perlu

b) Bantu ibu untuk santai, letakkan sebuah bantal dibawah kepala dan bahu, fleksikan tangan dan lutut.

c) Hangatkan telapak tangan

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

Palpasi : pemeriksaan **LEOPOLD**;

a) **Leopold I**

Untuk menentukan bagian janin yang terdapat di fundus uteri dan menentukan usia kehamilan dengan mengukur tinggi fundus uteri (TFU).

Caranya :

(1). Berdiri di sebelah kanan pasien dan melihat ke arah muka

(2). Meminta pasien untuk menekuk kakinya

- (3). Menghangatkan telapak tangan
- (4). Kedua tangan diletakkan pada bagian atas uterus dengan mengikuti bentuk uterus
- (5). Lakukan palpasi secara lembut untuk menentukan bentuk, ukuran, konsistensi dan gerakan janin.
- (6). Meraba dan menentukan bagian janin yang terdapat di fundus
 Sifat kepala : bulat, keras, dan dapat digerakkan (balotemen)
 Sifat bokong : tidak spesifik, lebih lunak, tidak dapat digerakkan, serta fundus terasa penuh.
 Bila kosong : letak lintang
- (7). Mengukur tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan; ada 2 cara :
 - (a). Mengukur dengan jari, yaitu mengukur ujung atas fundus uteri menggunakan jari.
 - (b). Mengukur dengan metline, yaitu mengukur ujung atas fundus uteri sampai ujung atas symphysis menggunakan metline. Usia kehamilan dihitung dengan menggunakan rumus Mc Donald :
 Hasil (cm) $\times 2/7 =$ Usia kehamilan dalam BULAN
 Hasil (cm) $\times 8/7 =$ Usia kehamilan dalam MINGGU

USIA KEHAMILAN		TINGGI FUNDUS UTERI (TFU)	
minggu	bulan	diukur dg jari	dg metline
	Sebelum 3 bulan	Belum dapat diraba dari luar	
12 minggu	Akhir bln 3	1-2 jari di atas simfisis	
16 minggu	Akhir bln 4	Pertengahan antara symfisis dan pusat	
20 minggu	Akhir bln 5	3 Jari di bawah pusat	20 cm
24 minggu	Akhir bln 6	Setinggi pusat	24 cm
28 minggu	Akhir bln 7	3 Jari di atas pusat	28 cm
32 minggu	Akhir bln 8	Pertengahan PX dan pusat	32 cm
36 minggu	Akhir bln 9	3 Jari di bawah PX (sampai arcus costarum)	34-46 cm
40 minggu	Akhir bln 10	Pertengahan PX dan pusat	

b) Leopold II

Untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus.

Caranya:

- (1). Berdiri di sebelah kanan pasien dan melihat ke arah muka
- (2). Kedua telapak tangan diletakkan pada kedua sisi perut, dan lakukan tekanan yang lembut tetapi cukup dalam untuk meraba dari kedua sisi.
- (3). Secara perlahan geser jari-jari dari satu sisi ke sisi lain untuk menentukan pada sisi mana terletak punggung, lengan dan kaki.

- (4). Bagian punggung janin akan teraba sebagai suatu bagian yang keras pada beberapa bagian lunak dengan bentuk teratur
- (5). Bagian ekstremitas (kaki, lengan dan lutut) teraba sebagai bagian-bagian kecil yang tidak teratur, mempunyai banyak tonjolan serta dapat bergerak dan menendang
- (6). Bila punggung janin tidak teraba di kedua sisi, mungkin punggung janin berada pada sisi yang sama dengan punggung ibu (posisi posterior)
- (7). Pada letak lintang di samping terletak kepala atau bokong.

c) Leopold III

Untuk menentukan bagian janin yang terdapat di bagian bawah uterus dan menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk **Pintu Atas Panggul (PAP)**. Caranya:

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

d) Leopold IV

Untuk memastikan ulang bagian janin yang terdapat di bagian bawah uterus dan memastikan sudah seberapa besar bagian bawah janin masuk ke dalam rongga panggul

Caranya:

- (1). Berubah sikap menghadap ke kaki pasien, kaki ibu lurus.
- (2). Letakkan kedua telapak tangan pada bagian bawah abdomen dan coba untuk menekan ke arah pintu atas panggul
- (3). Memastikan ulang bagian janin terbawah dengan meraba dengan jari
- (4). Meraba ujung bagian bawah janin untuk menilai seberapa jauh bagian tersebut masuk melalui pintu atas panggul.

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

Jika kedua tangan *sejajar* : sudah masuk separuh

Jika kedua tangan *divergen* : sudah masuk sebagian besar

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

- a) Meletakkan funandoskop pada daerah punggung janin,
- b) Memasang corong funandoskop pada telinga (menghadap kaki pasien)

- c) Dengarkan denyut jantung janin selama satu menit; kaji frekuensi dan irama denyutan. Jantung janin biasanya berdenyut 120-160 kali permenit. Jika DJJ < 120 atau > 160 maka janin dalam keadaan distres dan perlu dirujuk

9) Pemeriksaan punggung di bagian ginjal

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

10) Genitalia dan anus

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

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

11) Ekstremitas bawah

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

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

12) Melakukan pemeriksaan panggul

- a) Meminta pasien untuk berdiri
- b) Mengukur panggul pasien menggunakan jangka panggul
 - (1) Distansia Spinarum; Jarak antara SIAS kiri dan kanan (23–26 cm)
 - (2) Distansia Cristarum; Jarak antara crista illiaca terjauh kanan dan kiri (26–29 cm). Jika selisih antara distansia spinarum dan cristarum kurang dari 16 cm, kemungkinan besar terdapat kesempitan panggul.
 - (3) Conjugata eksterna (boudeloge); Jarak antara tepi atas symphysis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke V (18–20 cm); Bila diameter boudelogue kurang dari 16 cm, kemungkinan terdapat kesempitan panggul
 - (4) Ukuran Lingkar Panggul; Dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara SIAS dan trochanter mayor di satu sisi kemudian kembali melalui tempat yang sama di sisi yang lain. (80 – 90 cm)

PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Pemeriksaan Laboratorium

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

- b. USG : Jenis kelamin janin; taksiran kelahiran; TBJ; jumlah cairan amnion
4. Tahap terminasi
- Melakukan evaluasi dan menyampaikan hasil pemeriksaan yang dilakukan.
 - Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
 - Merapikan pasien dan lingkungan.
 - Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
 - Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
 - Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
 - Mencuci tangan.
 - Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.

F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

1. Tools Anamnesa Ibu Hamil

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	1			
Tahap Kerja					
1.	Mengajak pasien membaca Basmalah	1			
2.	Menanyakan identitas lengkap pasien (5 item)	2			
3.	Menanyakan identitas suami/pasangan (7 item)	2			
4.	Menanyakan tentang riwayat perkawinan (3 item)	2			
5.	Menanyakan keluhan utama pasien	2			
6.	Menanyakan riwayat haid (7 item)	3			
7.	Menentukan HPL berdasarkan HPHT	3			
8.	Menanyakan riwayat kehamilan dan nifas yang lalu (5 item)	3			
9.	Menanyakan riwayat kehamilan sekarang	3			
10.	Menanyakan riwayat keluarga	2			
11.	Menanyakan riwayat penyakit/medik	2			
12.	Menanyakan tentang kultur/religius	1			
13.	Memberikan kesempatan pasien bertanya	1			
14.	Menjawab pertanyaan dengan benar	1			
15.	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami	1			
Tahap Terminasi					
1.	Menyampaikan hasil anamnesa/kesimpulan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	1			

4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	1			
5.	Membersihkan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					

2. Tools Pemeriksaan Fisik

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	0,5			
2.	Mencuci tangan	0,5			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	0,5			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	0,5			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	0,5			
2.	Melakukan kontrak	0,5			
3.	Menjelaskan tujuan	0,5			
4.	Menjelaskan prosedur	0,5			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	0,5			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	0,5			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	0,5			
3.	Pemeriksaan kepala Inspeksi : warna dan kebersihan rambut Palpasi : lesi, massa	1			
4.	Pemeriksaan wajah Inspeksi : cloasma gravidarum, oedem	1			
5.	Pemeriksaan mata Inspeksi : sclera dan konjungtiva	2			
6.	Pemeriksaan hidung Inspeksi : kesimetrisan, pernafasan Palpasi : polip dan sinusitis	1			
7.	Pemeriksaan mulut Inspeksi : bibir, gigi, lidah, bau mulut	1			
8.	Pemeriksaan leher Palpasi : kelenjar tiroid dan limfe	1			
9.	Pemeriksaan payudara Inspeksi : kesimetrisan, puting, areola, Palpasi : pengeluaran kolostrum	3			
10.	Pemeriksaan abdomen Inspeksi : bentuk pembesaran, bekas operasi, garis-garis	1,5			

	Pemeriksaan LEOPOLD				
11.	Menghangatkan telapak tangan	1			
	Leopold I : menentukan bagian janin yang terdapat di fundus dan mengukur tinggi fundus uteri	3			
	Leopold II : menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus	3			
	Leopold III : menentukan bagian janin yang terdapat di bagian bawah uterus dan menentukan apakah sudah masuk PAP	3			
	Leopold IV : memastikan bagian janin terbawah dan seberapa besar bagian tersebut masuk PAP	3			
12.	Pemeriksaan DJJ	3			
13.	Pemeriksaan genital Inspeksi : cairan/secret vagina	1			
14.	Pemeriksaan panggul				
	Distansia spinarum	2			
	Distansia cristarum	2			
	Ukuran lingkaran panggul	2			
	Conjugata eksterna	2			
15.	Pemeriksaan ekstremitas bawah Inspeksi : varises, oedem	1			
	Pemeriksaan reflek patella	2			
	Tahap Terminasi				
1.	Menyimpulkan hasil pemeriksaan	0,5			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	0,5			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	0,5			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	0,5			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	0,5			
6.	Mencuci tangan	0,5			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	0,5			
	Penampilan selama tindakan				
1.	Ketenangan	0,5			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	0,5			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	0,5			
TOTAL SCORE					

Senam Hamil

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan senam hamil
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan senam hamil
3. Mahasiswa mampu melakukan skill senam hamil secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	:	1 x 100 menit
-----------------	---	---------------

Panduan instruktur	:	1. 10 menit	: persiapan dan pre test materi
		2. 30 menit	: mendemonstrasikan skill Senam Hamil
		3. 30 menit	: membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill Senam Hamil
		4. 10 menit	: memberikan umpan balik
		5. 20 menit	: mengobservasi dan Mengevaluasi skill mandiri mahasiswa

Panduan Mahasiswa	:	1. 10 menit	: persiapan dan mengerjakan soal pre test
		2. 30 menit	: mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur
		3. 30 menit	: mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill Anamnesa dan pemeriksaan fisik kehamilan dibawah bimbingan instruktur
		4. 10 menit	: mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur
		5. 20 menit	: mahasiswa melakukan Senam Hamil secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Senam Hamil adalah latihan fisik berupa gerakan tertentu yang dilakukan khusus untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil.

Tujuan senam hamil :

1. Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligament – ligament, otot dasar panggul yang berhubungan dengan proses persalinan.
2. Membentuk sikap tubuh. Sikap tubuh yang baik selama kehamilan dan bersalin dapat mengatasi keluhan – keluhan umum pada wanita hamil mengharapkan letak janin yang normal, mengurangi sesak napas akibat bertambah besarnya perut.
3. Memperoleh relaksasi tubuh yang sempurna dengan memberi latihan kontraksi dan relaksasi. Relaksasi yang sempurna diperlukan selama hamil dan selama persalinan

4. Menguasai teknik – teknik pernapasan yang mempunyai peran penting dalam persalinan dan selama hamil untuk mempercepat relaksasi tubuh yang diatasi dengan napas dalam, selain itu juga untuk mengatasi rasa nyeri pada saat his.

D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Matras

E. PROSEDUR KETRAMPILAN

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Mengecek program terapi.
 - b. Mencuci tangan.
 - c. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - d. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
2. Tahap Orientasi
 - a. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - b. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - d. Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama pasien.
3. Tahap Kerja
 - a. Menjaga privacy.
 - b. Mengajak pasien membaca Basmalah dan berdoa.
 - c. Pemanasan : (bertujuan untuk mempersiapkan awal bekerjanya otot. Meregangkan dan melenturkan otot-otot, melonggarkan persendian agar terhindar dari cedera otot, melatih jantung untuk bekerja secara bertahap).
 - d. Duduk bersandar pada lengan, kedua kaki diluruskan dan dibuka sedikit, rileks 8 x hitungan (bermanfaat untuk mengurangi stress ibu saat kehamilan berlangsung).
 - e. Latihan nafas dalam 8 x hitungan (untuk mendapatkan oksigen sebanyak mungkin)
 - f. Masih dengan posisi di atas gerakkan tungkai kaki memutar kedalam 8x hitungan.
 - g. Gerakkan tungkai kaki memutar ke dalam 8 x hitungan (gerakan ini bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah dikaki & mencegah pembengkakan pada pergelangan kaki).
 - h. Tidur terlentang lutut ditekuk, kedua tangan diatas perut, tarik nafas dalam melalui mulut hingga perut mengembang, hembuskan melalui mulut rasakan hingga perut mengempis (gerakan ini bertujuan untuk mengatasi nyeri selama persalinan, mempercepat relaksasi otot2 dinding perut).
 - i. Nafas diafragma : masih dengan posisi diatas letakkan kedua tangan disamping dada, tarik nafas dalam melalui hidung hingga dada mengembang, hembuskan melalui mulut, (gerakan ini berguna untuk memperoleh oksigen sebanyak banyaknya melonggarkan otot-otot pernafasan oleh tekanan uterus yang menekan diafragma).
 - j. Masih dalam posisi terlentang kedua tangan dibawah pantat, kaki ditekuk, kencangkan otot perut dan pantat seperti menahan BAB, angkat hingga sejajar dengan lutut 2 x 8 hitungan (gerakan ini bertujuan untuk mengencangkan otot-otot paha, bokong, dan vagina dalam menuju proses persalinan).

- k. Masih dengan tidur terlentang 1 kaki ditekuk, satu kaki lurus kedua tangan disamping badan, gerakkan kaki yang lurus kebawah dan ke atas sejajar dengan punggung secara bergantian 2 x 8 hitungan (kegel eksersice) gerakan ini bertujuan untuk memperkuat otot-otot dasar.
 - l. Posisi terlentang satu kaki menekuk, 1 kaki lurus, letakkan tangan disamping badan, putar kaki yang di tekuk menuju kaki yang lurus secara bergantian 2 x 8 hitungan, (gerakan ini bertujuan untuk penguatan otot samping panggul).
 - m. Duduk dengan 2 telapak kaki dipertemukan kedua tangan di atas lutut. Gerakan kaki ke atas menuju paha 2 x 8 (gerakan ini bertujuan untuk memperkuat paha bagian dalam, mengurangi keluhan nyeri pada lipatan paha).
 - n. Latihan merangkak, ekstremitas (tangan & kaki) sejajar punggung ke atas sampai tulang punggung melengkung (gerakan ini bertujuan untuk mengurangi & mencegah otot-otot dada terutama payudara untuk menghindari kebongkolan).
 - o. Relaksasi : dengan posisi tidur yang nyaman kaki & tangan jangan saling bertumpu, pejamkan mata, kencangkan otot wajah, otot perut, otot kaki, pantat, tangan, lengan, tahan selama 5 detik lalu regangkan semua tegangan, rilekskan dan tersenyum (gerakan ini bertujuan untuk mengatasi ketegangan / rasa sakit saat proses).
4. Tahap terminasi
- a. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan.
 - b. Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
 - c. Merapikan pasien dan lingkungan.
 - d. Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
 - e. Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
 - f. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
 - g. Mencuci tangan.
 - h. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.

F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	1			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	1			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	1			
3.	Pemanasan	3			

4.	Duduk bersandar pada lengan, kedua kaki diluruskan dan di buka sedikit, rileks 8 x hitungan	2			
5.	Latihan nafas dalam 8 x hitungan	2			
6.	Masih dengan posisi di atas gerakan tungkai kaki memutar kedalam 8 x hitungan	2			
7.	Gerakan tungkai kaki memutar ke dalam 8 x hitungan	2			
8.	Tidur terlentang lutut di tekuk kedua tangan diatas perut, tarik nafas dalam melalui mulut hingga perut mengembang, hembuskan melalui mulut rasakan hingga perut mengempis	2			
9.	Nafas diafragma masih dengan posisi diatas letakkan kedua tangan disamping dada, tarik nafas dalam melalui hidung hingga dada mengembang, hembuskan melalui mulut	2			
10.	Masih dalam posisi terlentang kedua tangan dibawah pantat, kaki ditekuk, kencangkan otot perut dan pantat seperti menahan BAB, angkat hingga sejajar dengan lutut 2 x 8 hitungan	2			
11.	Masih dengan tidur terlentang 1 kaki ditekuk, satu kaki lurus kedua tangan disamping badan, gerakan kaki yang lurus kebawah dan ke atas sejajar dengan punggung secara bergantian 2 x 8 hitungan (kegel eksersice)	3			
12.	Posisi terlentang satu kaki menekuk, 1 kaki lurus, letakkan tangan disamping badan, putar kaki yang di tekuk menuju kaki yang lurus secara bergantian 2 x 8 hitungan	2			
13.	Duduk dengan 2 telapak kaki dipertemukan kedua tangan di atas lutut. Gerakan kaki ke atas menuju paha 2 x 8 hitungan	2			
14.	Latihan merangkak, ekstremitas (tangan & kaki) sejajar punggung ke atas sampai tulang punggung melengkung	2			
15.	Relaksasi	3			
Tahap Terminasi					
1.	Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	1			
4.	Berpamitan dan menyampaikan kontrak	1			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					

Pertolongan Persalinan

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan panduan persalinan normal (Kala I-IV)
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan panduan persalinan normal (Kala I-IV)
3. Mahasiswa mampu melakukan skill panduan persalinan normal (Kala I-IV) secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	:	1 x 100 menit
<hr/>		
Panduan instruktur	:	1. 10 menit : persiapan dan pre test materi 2. 30 menit : mendemonstrasikan skill Pertolongan Persalinan 3. 30 menit : membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill Pertolongan Persalinan 4. 10 menit : memberikan umpan balik 5. 20 menit : mengobservasi dan Mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
<hr/>		
Panduan Mahasiswa	:	1. 10 menit : persiapan dan mengerjakan soal pre test 2. 30 menit : mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur 3. 30 menit : mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill Pertolongan Persalinan dibawah bimbingan instruktur 4. 10 menit : mahasiwa merespon umpan balik dari instruktur 5. 20 menit : mahasiswa melakukan skill Pertolongan Persalinan secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Pengertian

1. Asuhan Persalinan Normal adalah pertolongan yang diberikan kepada ibu selama proses persalinan normal.

2. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18-24 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin

Tujuan

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

D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Set persalinan

Diletakkan dalam bak instrumen steril dengan urutan dari bawah keatas, sesuai dengan urutan penggunaannya. Alat yang terakhir digunakan yang diletakkan pertama kali dalam bak instrumen/ paling bawah. Urutan tersebut sebagai berikut:

No	Alat	Jumlah
a.	Kateter nelaton/ logam	1
b.	Tali pengikat tali pusat/ cord klem	2
c.	Gunting tali pusat	1
d.	Klem arteri	2
e.	Penghisap lendir	1
f.	Kassa Steril	Secukupnya
g.	Kom untuk iodine/ bethadine	1
h.	Doek Steril	1
i.	Gunting Episiotomi	1
j.	Setengah Kocher	1
k.	Sarung Tangan Steril	2 Pasang

2. Hecting Set

Hecting set dimasukkan dalam bak instrumen steril:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| a. Nailpudder (1) | d. Tampon (1) |
| b. Pincet Cirurgis (1) | e. Gunting hecting (1) |
| c. Jarum (1) | f. Benang Catgut |

3. Obat yang di perlukan

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| a. Oksitosin (1) | f. Sduit 3 cc (1) |
| b. Methergin (1) | g. Sduit 1 cc (1) |
| c. Oxytetracyclin salp mata | h. Betadine |
| d. Vit K | i. Lidocain |
| e. Sduit 5 cc (1) | j. Kapas alkohol |

4. Alat Lain

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| a. Tensi meter | d. Meteran (1) |
| b. Stetoscope | e. Handuk/ kain (3) |
| c. Dopler/ Laennec (1) | f. Baskom tempat plasenta (1) |

- g. Ember penampung darah (1)
- h. Perlak besar (1)
- i. Ember berisi cairan chlorin (1)
- j. Baskom berisi cairan DTT (1)
- k. Bengkok (1)
- l. Kapas dalam cairan DTT dan tempatnya
- m. Waslap (2)
- n. Pembalut Maternal
- o. Pakaian ganti untuk Ibu
- p. Pakaian bayi (1 set)

5. Alat Pelindung Diri

- a. Celemek (1)
- b. Kaca Mata (1)
- c. Masker (1)
- d. Sepatu Boot (1)

6. Alat untuk bayi Asfiksia

Tempat datar dan keras, 2 kain, 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

E. PROSEDUR KETRAMPILAN

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Melakukan ferivikasi data/ mengecek program terapi
 - b. Mencuci tangan
 - c. Menyiapkan Alat / cek kembali :
 - 1). Order dokter
 - 2). Perangkat persalinan
 - 3). Obat-obatan
 - 4). Label-label
 - 5). Kesterilan
 - d. Mendekatkan alat ke dekat pasien
2. Tahap Orientasi
 - a. Memberikan salam dan menyapa nama pasien
 - b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien dan atau keluarga
 - c. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan
3. Tahap Kerja
 - a. Menjaga privacy
 - b. Mengajak pasien dan atau keluarga membaca Basmalah dan berdoa.

Persalinan kala I

- 1). Mengkaji keadaan Umum (Kesadaran, tingkat kecemasan, Nyeri), ukur TTV, Leopold.
- 2). Meyiapkan pertolongan persalinan dengan memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Siapkan oksitosin dan spuit.
- 3). Pakai celemek plastic
- 4). Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

- 5). Pakai sarung tangan Steril (tangan kanan saja)
 - a. Masukkan oksitoksin 10 unit pada spuit dan masukkan didalam partus set dengan tangan kanan
- 6). Bersihkan vulva dengan kapas DTT dan Lakukan periksa dalam (vaginal touch)
 - a. kaji porsio (tipis/ tebal, lunak/ kenyal)
 - b. Pembukaan cervix (cm)
 - c. Kulit ketuban (utuh/ tidak utuh)
 - d. Presentasi (Kepala, posisi mis: uk ki dep → ubun ubun kecil kiri depan)
 - e. Jalan lahir tidak ada hambatan
 - f. PPV (darah, meconium) dengan cara melihat pada sarung tangan.
- 7). Celupkan sarung tangan pada larutan clorin dan buang ke bak yang sudah disediakan.
- 8). Jika Ibu dalam fase laten (pembukaan cervix kurang dari 4 cm) dan ketuban belum pecah anjurkan ibu untuk jalan- jalan. Jika ketuban sudah pecah anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi miring ke kiri.
- 9). Jelaskan pada Ibu tentang proses persalinan (perkiraan lama persalinan, nyeri, cara mengejan, kapan waktu mengejan). Ingatkan Ibu untuk tidak mengejan sebelum pembukaan cervix lengkap (10 cm) dan sampaikan jika tiba waktunya harus mengejan ibu akan dipimpin oleh perawat.
- 10). Dokumentasikan dan Jika sudah masuk fase laten (pembukaan lebih dari 4 cm) buat partograf.
- 11). Observasi tanda- tanda kala II

Persalinan kala II

- 1) Observai tanda-tanda kala II (dorongan untuk meneran, vulva membuka, tekanan pada anus dan perineum menonjol)
- 2) Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu
- 3) Buka partus set, Pakai sarung tangan steril (tangan kanan saja) dan pastikan pembukaan cervix.
- 4) Pakai sarung tangan pada tangan kiri
- 5) Pasang kain Doek steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 6) Persiapan pertolongan kelahiran bayi.
 - a) Lahirnya kepala
 - (1).Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perinium dengan satu tangan yang di lapiasi dengan doek. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal
 - (2). Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - (a). Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lewatkan ke bagian atas kepala bayi
 - (b). Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut

- (3). Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- b) Lahirnya bahu
- (1).Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- c) Lahirnya badan dan tungkai
- (1).Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah ke arah perinium ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
 - (2).Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki. Pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
 - (3).Lakukan Penghisapan Lendir
 - (4).Letakkan bayi di atas perut Ibu, Lakukan Penghisapan Lendir
- 7) Lakukan penilaian sepiantas (tanda bugar)
- a) Apakah bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan?
 - b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
 - c) Jika tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi.
- 8) Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Lakukan pengurutan isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
- 9) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat
- a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan
- 10) Keringkan tubuh bayi
- a) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.
 - b) Lakukan dengan cara meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bahu bayi menempel di dada / perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting payudara ibu.
 - c) Anjurkan ibu memeluk bayi dan selimuti ibu serta bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
- 11) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)
- 12) Beri tahu ibu bahwa akan di suntik oksitoksin agar uterus berkontraksi baik.

- 13) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitoksin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi menyuntikan oksitoksin).

Persalinan kala III

- 1) Menjaga privacy
- 2) Mengajak pasien berdoa / basmalah
- 3) Kosongkan Kandung Kemih
- 4) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva
- 5) Letakan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.(Peregangan Tali Pusat Terkendali / PTT)
- 6) Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri) jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 7) Mengeluarkan plasenta
 - a) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)
 - (1). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - (2). Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - (a). Beri dosis ulangan oksitoksin 10 unit IM
 - (b). Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - (c). Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (d). Ulangi penanganan tali pusat 15 menit berikutnya
 - (e). Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.
 - b) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan.pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan.
 - (1). Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal
- 8) Rangsangan taktil (masase) Uterus
 - a) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

- (1). Lakukan tindakan yang di perlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik di masase.
- b) Menilai perdarahan dengan periksa ke dua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
- c) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

Persalinan kala IV

- 1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervagina
- 2) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit, bayi cukup menyusu dari satu payudara
 - b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
- 3) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan atau pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 0,5 cc Intramuskuler di paha kiri anterolateral
- 4) Setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan suntikan vitamin hepatitis B di paha kanan anterolateral
 - a) Letakan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu waktu bisa di susukan
 - b) Letakan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu
- 5) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam(2 jam Post Partum)
 - a) 1 Jam Pertama dalam 15 menit pertama pasca persalinan
 - b) setiap 15 menit pada satu jam pertama pasca persalinan.
 - c) Setiap 30 menit pada jam ke dua pasca persalinan
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri
- 6) Ajarkan ibu / keluarga cara melakukan masase uterus untuk menilai kontraksi
- 7) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 8) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selam satu jam ke dua pasca persalinan.
 - a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
- 9) Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5)
- 10) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 11) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

- 12) Bersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
 - 13) Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan asi. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
 - 14) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%,
 - 15) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
 - 16) Cuci ke dua tangan dengan sabun dan air mengalir
 - 17) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda vital dan tekanan darah
4. Tahap terminasi
- a. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan.
 - b. Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
 - c. Merapikan pasien dan lingkungan.
 - d. Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
 - e. Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
 - f. Membersihkan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
 - g. Mencuci tangan.
 - h. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.

F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

1. Tools Kala I Persalinan

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	1			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	1			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	1			
Kala I					
1.	Mengkaji keadaan Umum (Kesadaran, tingkat kecemasan, Nyeri), ukur TTV, Leopold	2			
2.	Meyiapkan pertolongan persalinan dengan memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan	2			

	dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Siapkan oksitosin dan spuit.				
3.	Pakai celemek plastic	2			
4.	cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir	2			
5.	Pakai sarung tangan Steril (tangan kanan saja)	2			
➤	Masukkan oksitoksin 10 unit pada spuit dan masukkan didalam partus set dengan tangan kanan	2			
6.	Bersihkan vulva dengan kapas DTT dan Lakukan periksa dalam (vaginal toucher)	3			
	kaji porsio (tipis/ tebal, lunak/ kenyal); Pembukaan cervix (cm); Kulit ketuban (utuh/ tidak utuh); Presentasi (Kepala, posisi mis: uk ki dep → ubun ubun kecil kiri depan); Jalan lahir tidak ada hambatan; PPV (darah, meconium) dengan cara melihat pada sarung tangan	2			
7.	Celupkan sarung tangan pada larutan clorin dan buang ke bak yang sudah disediakan	2			
8.	Jika Ibu dalam fase laten (pembukaan cervix kurang dari 4 cm) dan ketuban belum pecah anjurkan ibu untuk jalan- jalan. Jika ketuban sudah pecah anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi miring ke kiri	2			
9.	Jelaskan pada Ibu tentang proses persalinan (perkiraan lama persalinan, nyeri, cara mengejan, kapan waktu mengejan). Ingatkan Ibu untuk tidak mengejan sebelum pembukaan cervix lengkap (10 cm) dan sampaikan jika tiba waktunya harus mengejan ibu akan dipimpin oleh perawat	3			
10.	Dokumentasikan dan Jika sudah masuk fase laten (pembukaan lebih dari 4 cm) buat partograf	2			
11.	Observasi tanda- tanda kala II (disebutkan)	2			
Tahap Terminasi					
1.	Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	1			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	1			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					

2. Tools Kala II Persalinan

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	0,5			
2.	Mencuci tangan	0,5			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	0,5			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	0,5			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	0,5			
2.	Menjelaskan tujuan	0,5			
3.	Menjelaskan prosedur	0,5			
4.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	0,5			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	0,5			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	0,5			
3.	Pakai celemek plastic	1			
4.	Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir	1			
5.	Mengatur posisi pasien dorsal recumbent	1			
Kala II					
1.	Observai tanda-tanda kala II (disebutkan)	1			
2.	Letakan handuk bersih di perut ibu	1			
3.	Buka partus set, Pakai sarung tangan steril (tangan kanan saja) dan pastikan pembukaan cervix	2			
4.	Pakai sarung tangan pada tangan kiri	2			
5.	Pasang kain Doek steril yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu	1			
6.	Persiapan pertolongan kelahiran bayi	1			
a.	Lahirnya kepala				
	Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perinium dengan satu tangan yang di lapisi dengan doek. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal	2			
	Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi	2			
	Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan (disampaikan)	2			
b.	Lahirnya bahu				
	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang	2			

c.	Lahirnya badan dan tungkai				
	Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah ke arah perinium ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas	2			
	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki. Pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)	2			
	Letakkan bayi di atas perut Ibu	2			
7.	Lakukan penilaian sepiantas (tanda bugar)				
	Apakah bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan? Apakah bayi bergerak dengan aktif? Jika tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi.	2			
8.	Jepit Tali Pusat dg Klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Lakukan pengurutan isi tali pusat, ke arah distal(ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2cm distal dr klem pertama	2			
9.	Lakukan Pemotongan dan pengikatan tali pusat				
	Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan	2			
10.	Keringkan tubuh bayi				
	Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks	2			
	Lakukan dengan cara meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bahu bayi menempel di dada / perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu	2			
	Anjurkan ibu memeluk bayi dan selimuti ibu serta bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi	1			
11.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil Tunggal)	1			
12.	Beri tahu ibu bahwa akan di suntik oksitoksin agar uterus berkontraksi baik	1			
13	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir. Suntikan	2			

	oksitoksin 10 unit IM (intra muskular) di 1/3 paha atas bagian distal laterl (Lakukan Aspirasi dalam penyuntikan oksitoksin				
Tahap Terminasi					
1.	Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan	0,5			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	0,5			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	0,5			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	0,5			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	0,5			
6.	Mencuci tangan	0,5			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	0,5			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	0,5			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	0,5			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	0,5			
TOTAL SCORE					

3. Tools Kala III Persalinan

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	1			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	1			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	1			
3.	Pakai celemek plastic	1			
4.	cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir	1			
5.	Mengatur posisi pasien dorsal recumbent	1			
6.	Pakai sarung tangan Steril	1			
Kala III					
1	Kosongkan kantung kemih	1			
2	Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva	2			
3	Letakan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi, tangan lain	2			

	menegangkan tali pusat				
4	Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio Uteri)	2			
Mengeluarkan plasenta					
5.	Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)	2			
	Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.	2			
	Melakukan tindakan yang tepat jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat (dijelaskan)	2			
6.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan	2			
	Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal	2			
7.	Rangsangan taktil (masase) Uterus	2			
8.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)	2			
9.	Menilai perdarahan dengan periksa ke dua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus	2			
10.	Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, segera lakukan penjahitan	1			
11.	Melepas sarung tangan	1			
Tahap Terminasi					
1.	Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	1			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	1			

5.	Membereskan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					

4. Tools Kala IV Persalinan

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	0,5			
2.	Mencuci tangan	0,5			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	0,5			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	0,5			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	0,5			
2.	Melakukan kontrak	0,5			
3.	Menjelaskan tujuan	0,5			
4.	Menjelaskan prosedur	0,5			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	0,5			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	0,5			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	0,5			
Kala IV					
1.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervagina	2			
2.	Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam untuk melakukan inisiasi menyusui dini	2			
3.	Setelah 1 jam, lakukan penimbangan atau pengukuran bayi	2			
	beri tetes mata antibiotik profilaksis	2			
	vitamin K 0,5 cc Intramuskuler di paha kiri anterolateral	2			
4.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan suntikan vitamin hepatitis B di paha kanan anterolateral	2			
5.	Letakan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu waktu bisa di susukan	2			
6.	Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah	2			

	perdarahan pervaginam. (2 jam post partum)				
7.	Ajarkan ibu / keluarga cara melakukan masase uterus untuk menilai kontraksi	2			
8.	Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selam satu jam ke dua pasca persalinan	2			
	Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan	2			
9.	Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5)	2			
10.	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi	2			
11.	Buang bahan-bahan yang terkontiminasi ke tempat sampah yang sesuai	2			
12.	Bersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering	2			
13.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan asi. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya	2			
14.	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%	2			
15.	Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit	2			
16.	Cuci ke dua tangan dengan sabun dan air mengalir	2			
17.	Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda vital dan tekanan darah	2			
Tahap Terminasi					
1.	Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan	0,5			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	0,5			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	0,5			
4.	Berpamitan dan menyampaikan kontrak akan datang	0,5			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	0,5			
6.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	0,5			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	0,5			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	0,5			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	0,5			
TOTAL SCORE					

Resusitasi Bayi Baru Lahir

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan resusitasi bayi baru lahir
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir
3. Mahasiswa mampu melakukan skill resusitasi bayi baru lahir secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit
Panduan instruktur	: 1. 10 menit: persiapan dan pre test materi 2. 30 menit: mendemonstrasikan skill resusitasi bayi baru lahir 3. 30 menit : membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill resusitasi bayi baru lahir 4. 10 menit : memberikan umpan balik 5. 20 menit : mengobservasi & mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit : persiapan dan mengerjakan soal pre test 2. 30 menit : mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur 3. 30 menit : mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill resusitasi bayi baru lahir dibawah bimbingan instruktur 4. 10 menit : mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur 5. 20 menit : mahasiswa melakukan skill pijat bayi secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Mengapa kita perlu belajar resusitasi?

Asfiksia menyebabkan sekitar 19% dari 5 juta kematian neonatus setiap tahun di seluruh dunia (WHO, 1995 dalam American Academy of Pediatrics, 2006). Sebagian besar bayi tidak mendapatkan resusitasi yang adekuat.

Bayi manakah yang memerlukan tindakan resusitasi?

Kira-kira 10% bayi baru lahir memerlukan bantuan untuk memulai pernafasan saat lahir dan kurang lebih 1% memerlukan resusitasi yang ekstensif (lengkap) untuk kelangsungan hidupnya. Sebaliknya, sekitar 90% bayi baru lahir mengalami transisi dari kehidupan

intrauterin ke ekstra uterin tanpa masalah. Kelompok ini hanya memerlukan sedikit atau tidak memerlukan bantuan untuk memulai pernafasan spontan dan teratur dan menyelesaikan transisi pola aliran darah janin ke bayi baru lahir.

Tanda-tanda klinis keadaan yang dapat membahayakan bayi

Tonus otot buruk karena kekurangan oksigen pada otak, otot dan organ lain. Depresi pernafasan karena otak kekurangan oksigen. Bradikardi karena kekurangan oksigen pada otot-otot jantung atau sel-sel otak. Tekanan darah rendah karena kekurangan oksigen pada otot jantung, kehilangan darah atau kekurangan aliran darah yang kembali ke plasenta sebelum dan selama proses persalinan. Takipnu karena kegagalan absorpsi cairan paru-paru. Sianosis karena kekurangan oksigen di dalam darah, dan lainnya.

D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Perlengkapan penghisap
 - a. Balon penghisap (*Bulb syringe*)
 - b. Penghisap mekanik dan tabung (*slym suiger*) → tekanan alat tidak boleh lebih dari 100 mmHg)
 - c. Kateter penghisap ukuran: 5F, 6F, 8F, 10F, 12F dan 14F
 - d. Pipa lambung no.8F dan semprit 20 ml
 - e. Penghisap mekonium
2. Peralatan balon dan sungkup
 - a. Balon resusitasi neonatus yang dapat memberikan oksigen 90% sampai 100%
 - b. Sungkup ukuran bayi cukup bulan dan kurang bulan (dianjurkan yang memiliki bantalan pada pinggirnya)
 - c. Sumber oksigen (dapat tabung maupun dinding)
3. Peralatan intubasi
 - a. Laringoskop dengan daun lurus, No. 0 (untuk kurang bulan) dan no. 1 (untuk cukup bulan)
 - b. Lampu cadangan dan baterai untuk laringoskop
 - c. Pipa endotrakeal no. 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 diameter internal
 - d. Stilet
 - e. Gunting
 - f. Plester atau alat fiksasi endotrakeal
 - g. Kapas alkohol
 - h. Alat pendeteksi CO₂ atau kapnograf
 - i. Sungkup larings
4. Obat-obatan
 - a. Epinefrin 1:10.000 (0,1 mg/ml)- 3ml atau ampul 10 ml
 - b. Kristaloid isotonik (NaCl 0,9% atau ringer laktat) untuk penambah volume : 100 atau 250 ml
 - c. Natrium bikarbonat 4,2% (5mEq/ 10ml) → ampul 10 ml
 - d. Nalokson hidroklorida 0,4 mg/ml → ampul 1 ml atau 1,0 mg/mL ampul 2 mL
 - e. Dextrose 10%, 250 ml

- f. Larutan NaCl 0,9% untuk bilas
 - g. Pipa Orogastrik, 5F
 - h. Kateter umbilikal 3F, 5F
 - i. Sarung tangan steril
 - j. Scalpel atau gunting
 - k. Larutan yodium
 - l. Plester umbilikal
 - m. Three way stopcock
 - n. Sputit 1, 3, 5, 10, 20, 50 ml
 - o. Jarum ukuran 25, 21, 18 atau alat penusuk lain tanpa jarum
5. Peralatan tambahan untuk bayi sangat prematur
 - a. Sumber udara tekan
 - b. Blender oksigen untuk mencampur oksigen dan udara tekan
 - c. Pulse oksimeter dan probe oksimeter
 - d. Kantung plastik makanan (ukuran 1 galon) atau pembungkus plastik yang dapat ditutup
 - e. Alat pemanas kimia
 - f. Inkubator transport untuk mempertahankan suhu bayi ke ruang perawatan
 6. Lain-lain
 - a. Alat pemancar panas atau sumber panas lain (*infant warmer*)
 - b. Alas resusitasi yang keras
 - c. Jam
 - d. Kain hangat
 - e. Stetoskop
 - f. Plester
 - g. Monitor jantung
 - h. *Oropharyngeal airways* (0,00 dan ukuran 000 atau panjang 30, 40 dan 50 mm)

E. PROSEDUR KETRAMPILAN

1. Tahap Pra Interaksi (dilakukan saat ibu belum mulai melahirkan)
 - a. Mencuci tangan.
 - b. Mengidentifikasi pasien dan riwayatnya dengan benar.
 - c. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
2. Tahap Orientasi (dilakukan dalam rangka *inform consent* bersama dokter)
 - a. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - b. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - d. Meminta persetujuan tindakan dalam keadaan kegawatan
 - e. Membaca Basmalah dan berdoa.
3. Tahap Kerja
 - a. Cuci tangan
 - b. Nyalakan alat pemancar panas/ *infant warmer*
 - c. Gunakan alat pelindung diri

- d. Lakukan penilaian awal yang meliputi: apakah bayi cukup bulan? Apakah air ketuban jernih? Apakah bayi bernafas atau menangis? Apakah tonus ototnya baik?
- e. Berikan kehangatan
- f. Posisikan kepala sedikit ekstensi untuk membuka jalan nafas dan bersihkan jalan nafas (bila perlu) → Intubasi endotrakeal dapat dipertimbangkan pada beberapa kondisi. Tindakan pembersihan jalan nafas dimulai dari mulut terlebih dahulu baru kemudian hidung
- g. Keringkan bayi dengan menggunakan kain, singkirkan kain yang basah dan ganti dengan yang kering
- h. Beri rangsangan pada bayi agar bernafas dengan cara:
 - 1) menepuk atau menyentil telapak kaki bayi
 - 2) menggosok punggung, tubuh atau ekstremitas bayi
- i. Bayi direposisi kembali
- j. Evaluasi pernafasan, frekuensi jantung dan warna kulit.
- k. Tindakan d-j dilakukan selama 30 detik
- l. Bila bayi bernafas, frekuensi jantung > 100 kali permenit, tetapi sianosis beri tambahan oksigen.

Adapun cara yang dapat dilakukan yaitu menggunakan sungkup yang diletakkan sedekat mungkin ke hidung bayi untuk dapat memberikan oksigen 100% (tidak boleh dilekatkan), atau menggunakan balon tidak mengembang sendiri untuk memberikan oksigen dengan meletakkan sungkup di atas hidung bayi tetapi jangan sampai tertutup rapat atau oksigen yang dialirkan melalui pipa oksigen ditutupi dengan tangan atau *T-piece resusitator*. Bila sianosis menetap lakukan langkah “m”

- m. Bila bayi apnu atau frekuensi jantung <100 kali permenit berikan ventilasi tekanan positif (VTP) → intubasi endotrakeal dapat dipertimbangkan pada kondisi ini. **Teknik VTP:**
 - 1) Pilih sungkup sesuai ukuran (sungkup harus menutupi mulut, hidung dan ujung dagu, tetapi tidak menutupi mata).
 - 2) Pastikan jalan nafas bersih (bila ada cairan dapat dilakukan penghisapan), posisikan kepala bayi (leher sedikit tengadah ke posisi menghidu (*sniffing position*), untuk menjaga jalan nafas terbuka, dengan meletakkan gulungan kain kecil di bawah bahu.
 - 3) Bila posisi berubah, posisikan kembali sebelum memulai tindakan.
 - 4) Posisi penolong dapat berada di samping bayi dekat dengan kepala atau di atas kepala bayi. Posisi ini bertujuan untuk memundahkan dalam mengevaluasi bayi.
 - 5) Sungkup diletakkan di wajah sedemikian rupa sehingga menutupi hidung dan mulut dan ujung depan dagu diletakkan tepi sungkup. Ibu jari, telunjuk dan atau jari tengah melingkari sebagian besar tepi sungkup, sedangkan jari manis dan kelingking mengangkat dagu ke depan untuk mempertahankan jalan nafas tetap terbuka.
 - 6) Cek pelekatan sungkup dengan 2 x tiupan ventilasi dan amati pengembangan dada

- 7) Teknik pemompaan atau pemberian tekanan positif dilakukan dengan kecepatan 40-60 kali permenit dengan cara pompa—lepas—lepas atau menggunakan hitungan.
- Perhatian: Jangan menekan paksa sungkup pada wajah, tekanan terlalu besar dapat membuat wajah memar dan jangan meletakkan jari-jari anda dimata bayi.
- n. Tindakan l atau m dilakukan selama 30 detik.
- o. Lakukan penilaian kembali seperti langkah “j”. Tanda perbaikan bila frekuensi jantung meningkat, perbaikan warna kulit, pernafasan spontan, dan perbaikan tonus otot.
- p. Bila frekuensi jantung > dari 60 x/ menit lakukan prosedur “m” atau “l”
- q. Bila frekuensi jantung < 60 x/menit lakukan VTP dan kompresi dada → intubasi endotrakeal dapat dipertimbangkan.:
- Teknik Kompresi dada:**
- 1) Teknik kompresi dapat dilakukan dengan teknik ibu jari atau teknik dua jari. Teknik ibu jari yaitu menggunakan kedua ibu jari untuk menekan sternum, sementara kedua tangan melingkari dada dan jari-jari tangan menyokong tulang belakang. Teknik dua jari yaitu ujung jari tengah dan jari telunjuk atau jari manis dari satu tangan digunakan untuk menekan tulang dada, sementara tangan yang lain digunakan untuk menopang bagian belakang bayi (kecuali kalau bayi diletakkan pada permukaan yang keras).
 - 2) Letakkan kedua ibu jari atau dua jari tersebut pada 1/3 bawah tulang dada yang terletak antara tulang sifoid dan garis khayal yang menghubungkan kedua puting susu. Susuri tulang iga untuk menemukan sifoid dan letakkan jari sedikit ke atas antara garis khayal yang menghubungkan dua puting.
 - 3) Berikan tekanan secara vertikal dengan kedalaman 1/3 diameter antero-posterior dada, kemudian lepaskan untuk memberikan kesempatan jantung terisi.
 - 4) Jangan mengangkat ibu jari atau dua jari dari dada diantara penekanan-penekanan tersebut
 - 5) Lakukan kompresi dan VTP dengan hitungan satu-dua-tiga-**pompa**- satu-dua-tiga-**pompa**- satu-dua-tiga-**pompa**, dan seterusnya dengan 5 siklus dalam 10 detik. Lakukan selama 30 detik.
- r. Lakukan penilaian kembali
- s. Bila frekuensi jantung < dari 60 x/ menit berikan epineprin dan lakukan penilaian (apakah gerakan dada adekuat?, apakah telah mempertimbangkan tindakan intubasi endotrakeal? Jika ya, apakah intubasi endotrakeal sudah benar posisinya?, apakah tambahan oksigen telah diberikan? Apakah kedalaman penekanan 1/3 diameter dada? Apakah kompresi dan ventilasi dilakukan secara terkoordinasi dengan baik? . Lakukan ulang tindakan “q”.
- t. Bila frekuensi jantung > 60x/ menit, lakukan ulang tindakan “P”
- u. Lakukan penilaian dan tindakan sampai keadaan bayi membaik atau dinyatakan meninggal
4. Tahap terminasi
- a. Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan
 - b. Membaca hamdalah

- c. Membereskan alat dan merendam dalam larutan clorin 0.5%
- d. Melepas sarung tangan dan mencuci dalam larutan clorin 0.5% dan dilepas secara terbalik
- e. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- f. Memberitahukan hasil tindakan kepada orang tua atau keluarga
- g. Menyampaikan Rencana Tindak Lanjut
- h. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mencuci tangan	0,5			
2.	Mengidentifikasi pasien dan riwayatnya dengan benar	0,5			
3.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien	0,5			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	0,5			
2.	Kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan	0,5			
3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan	0,5			
4.	Meminta persetujuan tindakan dalam keadaan kegawatan	0,5			
5.	Membaca Basmalah dan berdoa	0,5			
Tahap Kerja					
1.	Cuci tangan	0,5			
2.	Nyalakan alat pemancar panas/ <i>infant warmer</i>	0,5			
3.	Gunakan alat pelindung diri	0,5			
4.	Lakukan penilaian awal yang meliputi : apakah bayi cukup bulan? Apakah air ketuban jernih? Apakah bayi bernafas atau menangis? Apakah tonus ototnya baik?	1			
5.	Berikan kehangatan	1			
6.	Posisikan kepala sedikit ekstensi untuk membuka jalan nafas dan bersihkan jalan nafas (bila perlu)→ Intubasi endotrakeal dapat dipertimbangkan pada beberapa kondisi. Tindakan pembersihan jalan nafas dimulai dari mulut terlebih dahulu baru kemudian hidung	2			
7.	Keringkan bayi dengan menggunakan kain, singkirkan kain yang basah dan ganti dengan yang kering	1			
8.	Beri rangsangan pada bayi agar bernafas	2			
9.	Bayi direposisiikan kembali	1			
10.	Evaluasi pernafasan, frekuensi jantung dan warna kulit	1			
11.	Tindakan 4-10 dilakukan selama 30 detik	1			
12.	Bila bayi bernafas, frekuensi jantung > 100 kali	2			

	permenit, tetapi sianosis beri tambahan oksigen dengan cara yang benar				
13.	Bila bayi apnu atau frekuensi jantung <100 kali permenit berikan ventilasi tekanan positif (VTP) :				
	Pilih sungkup sesuai ukuran	2			
	Pastikan jalan nafas bersih, posisikan kepala bayi (leher sedikit tengadah ke posisi menghidu (<i>sniffing position</i>), dengan meletakkan gulungan kain kecil di bawah bahu	2			
	Posisi penolong berada di samping bayi dekat dengan kepala atau diatas kepala bayi	1			
	Sungkup diletakkan di wajah sedemikian rupa sehingga menutupi hidung dan mulut dan ujung depan dagu diletakkan tepi sungkup. Ibu jari, telunjuk dan atau jari tengah melingkari sebagian besar tepi sungkup, sedangkan jari manis dan kelingking mengangkat dagu ke depan untuk mempertahankan jalan nafas tetap terbuka	2			
	Cek pelekatan sungkup dengan 2 x tiupan ventilasi dan amati pengembangan dada	2			
	Teknik pemompaan atau pemberian tekanan positif dilakukan dengan kecepatan 40-60 kali permenit dengan cara pompa—lepas—lepas atau menggunakan hitungan	2			
14.	Tindakan 12 atau 13 dilakukan selama 30 detik	1			
15.	Lakukan penilaian pernafasan, frekuensi jantung dan warna kulit kembali	1			
16.	Bila frekuensi jantung > dari 60 x/ menit lakukan prosedur “12” atau “13”	1			
17.	Bila frekuensi jantung < 60 x/menit lakukan VTP dan kompresi dada dengan cara:				
	Kompresi dapat dilakukan dengan teknik ibu jari atau teknik dua jari	2			
	Letakkan kedua ibu jari atau dua jari tersebut pada 1/3 bawah tulang dada yang terletak antara tulang sifoid dan garis khayal yang menghubungkan kedua puting susu. Susuri tulang iga untuk menemukan sifoid dan letakkan jari sedikit ke atas antara garis khayal yang menghubungkan dua puting	2			
	Berikan tekanan secara vertikal dengan kedalaman 1/3 diameter antero-posterior dada, kemudian lepaskan untuk memberikan kesempatan jantung terisi	2			
	Lakukan kompresi dan VTP dengan hitungan satu-dua-tiga- pompa - satu-dua-tiga- pompa - satu-dua-tiga- pompa , dan seterusnya dengan 5 siklus dalam 10 detik. Lakukan selama 30 detik	2			

18.	Lakukan penilaian kembali	1			
19.	Bila frekuensi jantung < dari 60 x/ menit berikan epineprin dan lakukan penilaian (apakah gerakan dada adekuat?, apakah telah mempertimbangkan tindakan intubasi endotrakeal? Jika ya, apakah intubasi endotrakeal sudah benar posisinya?, apakah tambahan oksigen telah diberikan? Apakah kedalaman penekanan 1/3 diameter dada? Apakah kompresi dan ventilasi dilakukan secara terkoordinasi dengan baik? . Lakukan ulang tindakan “17”	2			
20.	Bila frekuensi jantung > 60x/ menit, lakukan ulang tindakan “16”	1			
21.	Lakukan penilaian dan tindakan sampai keadaan bayi membaik atau dinyatakan meninggal (disampaikan)	1			
Tahap Terminasi					
1.	Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan	0,5			
2.	Membaca hamdalah	0,5			
3.	Membereskan alat dan merendam dalam larutan clorin 0.5%	0,5			
4.	Melepas sarung tangan dan mencuci dalam larutan clorin 0.5% dan dilepas secara terbalik	0,5			
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir	0,5			
6.	Memberitahukan hasil tindakan kepada orang tua atau keluarga	0,5			
7.	Menyampaikan Rencana Tindak Lanjut	0,5			
8.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	0,5			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	0,5			
2.	Menjaga keamanan pasien	0,5			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	0,5			
TOTAL SCORE					

Memandikan Bayi & Merawat Tali Pusat

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan memandikan bayi dan merawat tali pusat
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan memandikan bayi dan merawat tali pusat
3. Mahasiswa mampu melakukan skill memandikan bayi dan merawat tali pusat secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit	
Panduan instruktur	: 1. 10 menit	: persiapan dan pre test materi
	2. 30 menit	: mendemonstrasikan skill memandikan bayi dan merawat tali pusat
	3. 30 menit	: membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill memandikan bayi dan merawat tali pusat
	4. 10 menit	: memberikan umpan balik
	5. 20 menit	: mengobservasi dan mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit	: persiapan dan mengerjakan soal pre test
	2. 30 menit	: mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur
	3. 30 menit	: mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill memandikan bayi dan merawat tali pusat dibawah bimbingan instruktur
	4. 10 menit	: mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur
	5. 20 menit	: mahasiswa melakukan skill memandikan bayi dan merawat tali pusat secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Membersihkan bayi dengan cara dimandikan dengan tujuan :

1. Untuk membersihkan badan dari segala kotoran misalnya : darah, air ketuban, kotoran BAB / BAK, meconium
2. Melancarkan peredaran darah bayi
3. Mencegah terjadinya infeksi

D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Bak mandi bayi
2. Handuk 2 (dua) buah
3. Sabun
4. Air hangat
5. Popok/pakaian bayi
6. Selimut
7. Kapas basah untuk cebok
8. Washlap

E. PROSEDUR KETRAMPILAN

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Mengecek program terapi.
 - b. Mencuci tangan.
 - c. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - d. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
2. Tahap Orientasi
 - a. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - b. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - d. Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama keluarga pasien.
3. Tahap Kerja
 - a. Menjaga privacy.
 - b. Mengajak keluarga pasien membaca Basmalah dan berdoa.
 - c. Memakai celemek.
 - d. Memastikan ruangan dalam keadaan hangat.
 - e. Menyiapkan air hangat dalam bak mandi (cek dengan punggung tangan).
 - f. Menempatkan bayi di meja/tempat tidur yang aman.
 - g. Melepas pakaian bayi .
 - h. Membersihkan tinja dari daerah anus dan pantat sebelum memandikan agar air mandi tetap bersih. Gunakan kapas cebok basah.
 - i. Meletakkan bayi diatas selebar handuk, tutupi tubuh bayi agar tidak kedinginan.
 - j. Membersihkan mata (dari kantung dalam ke kantung luar), hidung,dan telinga dengan kapas basah.
 - k. Menyangga kepala bayi dengan posisi yang aman (gunakan football hold).
 - l. Basahi rambut dengan menggunakan tangan, lalu berikan sampo dan bilas sampai bersih.
 - m. Keringkan rambut menggunakan handuk.
 - n. Buka handuk yang menutupi tubuh bayi, sabuni dan bersihkan leher, dada, punggung, tangan dan kaki bayi.

- o. Membersihkan tali pusat dengan air bersih.
 - p. Membersihkan genitalia bayi (bayi perempuan dari arah depan ke belakang/anus, bayi laki-laki tarik perlahan kulup dan bersihkan dengan cara memutar).
 - q. Menempatkan bayi ke dalam bak mandi (diangkat dengan perasat garpa), bilaslah sabun dengan cepat dan hati-hati, tutupi telinga bayi dengan ibu jari dan jari tengah agar air tidak masuk.
 - r. Mengeringkan bayi dengan handuk yang hangat dan kering.
 - s. Tutupi bayi dengan handuk, keringkan tali pusat dan biarkan tali pusat terbuka.
 - t. Menempatkan bayi pada alas dan popok yang hangat dan kering (menyingkirkan handuk basah ke pinggir)
 - u. Mengenakan popok, baju bayi dan diselimuti dengan kain bersih dan kering
 - v. Memberikan bayi kepada ibu untuk disusui
4. Tahap terminasi
- a. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan.
 - b. Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
 - c. Merapikan pasien dan lingkungan.
 - d. Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdo'a kepada Allah.
 - e. Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
 - f. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
- g. Mencuci tangan.
 - h. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.

F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	0,5			
2.	Mencuci tangan	0,5			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	0,5			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	0,5			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	0,5			
2.	Melakukan kontrak	0,5			
3.	Menjelaskan tujuan	0,5			
4.	Menjelaskan prosedur	0,5			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	0,5			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	0,5			
2.	Mengajak keluarga pasien membaca Basmalah	0,5			
3.	Memakai celemek	1			
4.	Memastikan ruangan hangat (disampaikan)	1			
5.	Menyiapkan air hangat dalam bak mandi	1			

6.	Menempatkan bayi di meja/tempat tidur yang aman	1			
7.	Melepas pakaian bayi	1			
8.	Membersihkan tinja dari daerah anus dan pantat menggunakan kapas cebok basah	2			
9.	Meletakkan bayi diatas selembur handuk, tutupi tubuh bayi agar tidak kedinginan	2			
10.	Membersihkan mata (dari kantung dalam ke kantung luar), hidung, dan telinga dengan kapas basah	3			
11.	Menyangga kepala bayi dengan posisi yang aman (football hold)	2			
12.	Basahi rambut dengan menggunakan tangan, lalu berikan sampo dan bilas sampai bersih	3			
13.	Keringkan rambut menggunakan handuk	2			
14.	Buka handuk yang menutupi tubuh bayi, sabuni dan bersihkan leher, dada, punggung, tangan dan kaki bayi	3			
15.	Membersihkan tali pusat dengan air bersih	3			
16.	Membersihkan genitalia bayi dengan benar	3			
17.	Menempatkan bayi ke dalam bak mandi (diangkat dengan perasat garpa), bilaslah sabun dengan cepat dan hati-hati, tutupi telinga bayi dengan ibu jari dan jari tengah agar air tidak masuk	3			
18.	Mengeringkan bayi dengan handuk yang hangat dan kering	2			
19.	Tutupi bayi dengan handuk, keringkan tali pusat dan biarkan tali pusat terbuka	3			
20.	Menempatkan bayi pada alas dan popok yang hangat dan kering (menyingkirkan handuk basah ke pinggir)	2			
21.	Mengenakan popok, baju bayi dan diselimuti dengan kain bersih dan kering	1			
22.	Memberikan bayi kepada ibu untuk disusui	0,5			
Tahap Terminasi					
1.	Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan	0,5			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	0,5			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	0,5			
4.	Berpamitan dan menyampaikan kontrak yang akan datang	0,5			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	0,5			
6.	Mencuci tangan	0,5			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan	0,5			

	keperawatan				
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	0,5			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	0,5			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	0,5			
TOTAL SCORE					

Pijat Bayi

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan pijat bayi
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan pijat bayi
3. Mahasiswa mampu melakukan skill pijat bayi secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit
Panduan instruktur	: 1. 10 menit : persiapan dan pre test materi 2. 30 menit : mendemonstrasikan skill pijat bayi 3. 30 menit : membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill pijat bayi 4. 10 menit : memberikan umpan balik 5. 20 menit : mengobservasi dan Mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit : persiapan dan mengerjakan soal pre test 2. 30 menit : mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan instruktur 3. 30 menit : mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill pijat bayi dibawah bimbingan instruktur 4. 10 menit : mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur 5. 20 menit : mahasiswa melakukan skill pijat bayi secara mandiri dengan diobservasi & dievaluasi instruktur

C. DASAR TEORI

Pijat bayi adalah suatu tindakan masase pada bayi sehat yang bertujuan :

1. Untuk memicu denyut jantung, pernafasan, pencernaan dan kekebalan tubuh
2. Mendidik bayi supaya lebih tenang dan tidak mudah stres
3. Mendorong pertumbuhan otot dan kemampuan fisik bayi
4. Untuk persiapan tubuh dalam berbagai kegiatan, meningkatkan gerakan dan ketenangan bayi

D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Popok dan baju
2. Baby oil/lotion (minyak untuk kulit bayi)

E. PROSEDUR KETRAMPILAN

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Mengecek program terapi.
 - b. Mencuci tangan.
 - c. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - d. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
2. Tahap Orientasi
 - a. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - b. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - d. Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama keluarga pasien.
3. Tahap Kerja
 - a. Menjaga privacy.
 - b. Mengajak keluarga pasien membaca Basmalah dan berdoa.
 - c. Membuka popok dan baju bayi.
 - d. Basahi tangan perawat dengan baby oil atau lotion.
 - e. Mulai melakukan pemijatan.
 - 1) **WAJAH**
 - a) Tekan jari-jari perawat pada kening, pelipis, dan pipi bayi.
 - b) Gunakan kedua ibu jari untuk memijat daerah di atas alis .
 - c) Dengan ibu jari dan tekanan lembut tarik garis dari hidung ke arah pipinya.
 - d) Gunakan ke dua jari untuk memijat sekitar mulutnya hingga seperti tersenyum.
 - e) Pijat lembut rahang bawah dari tengah ke samping.
 - f) Pijat lembut belakang telinga ke arah dagu.
 - 2) **DADA**
 - a) Letakkan ke dua tangan ditengah dada bayi dan gerakkan ke atas kemudian kesisi luar tubuh dan kembali ke ulu hati tanpa mengangkat tangan seperti membentuk hati.
 - b) Dari tengah dada bayi pijat menyilang dengan telapak tangan perawat ke arah bahu seperti kupu-kupu.
 - 3) **PERUT**

“ Jangan memijat diatas tulang rusuk atau diatas ulu hati”

 - a) Lakukan gerakan memijat diatas perut seperti mengayuh sepeda dari atas kebawah perut.
 - b) Angkat kedua kaki bayi tekan lututnya perlahan-lahan ke arah perut.
 - c) Buat gerakan melingkar dengan kedua tangan secara bergantian searah jarum jam dimulai dari sebelah kanan, seperti membentuk bulan sabit dan mentari.
 - d) Rasakan gelembung angin dengan jari perawat searah jarum jam.
 - e) *Pijatan* “ **I LOVE YOU** “
 - “ **I** “ Pijatlah ke arah bawah perut dengan menggunakan jari-jari tangan kanan Perawat di sebelah kiri perut bayi membentuk perut bayi.
 - “ **Love** “ Membentuk Huruf L terbalik, pijatlah dari sebelah kana kekiri perut bayi, kemudian dari atas kebawah perut.

“You“ Gerakan memijat membentuk huruf U terbalik pijat dari kanan ke bawah kekiri keatas kemudian kekiri kebawah berakhir di perut kiri bawah.

4) TANGAN

- a) Peganglah lengan bayi dengan kedua telapak tangan seperti memegang pemukul bola kasti, seperti memerah. Pijat tangan bayi dari bahu ke pergelangannya.
- b) Lakukan gerakan kebalikan, memerah tangan dari arah pergelangan ke arah pangkal lengannya.
- c) Tarik lembut jari-jari bayi perawat dengan gerakan memutar.
- d) Dengan kedua ibu jari secara bergantian pijat seluruh permukaan telapak tangan dan punggung tangan.
- e) Gunakan kedua talapak tangan untuk membuat gerakan seperti menggulung.

5) KAKI

- a) Ikutilah cara yang sama seperti tehnik memijat tangan.

6) PUNGGUNG

Tengkurapkan Bayi,

- a) Pijat dengan gerakan maju mundur dengan kedua telapak tangan.
- b) Luncurkan salah satu telapak tangan perawat dari leher sampe pantat bayi dengan sedikit tekanan.
- c) Dengan jari-jari Perawat buat gerakan-gerakan melingkar terutama pada otot disebelah tulang punggung.
- d) Buat pijatan memanjang dengan telapak tangan dari leher ke kakinya untuk mengakhiri pijatan perawat.
- f. Memakaikan kembali popok dan baju bayi.

4. Tahap terminasi

- a. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan.
- b. Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
- c. Merapikan pasien dan lingkungan.
- d. Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
- e. Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
- f. Memberskan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
- g. Mencuci tangan.
- h. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.

F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	0,5			
2.	Mencuci tangan	0,5			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	0,5			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	0,5			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	0,5			
2.	Melakukan kontrak	0,5			
3.	Menjelaskan tujuan	0,5			
4.	Menjelaskan prosedur	0,5			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama keluarga pasien	0,5			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	0,5			
2.	Mengajak keluarga pasien membaca Basmalah	0,5			
3.	Melepas popok dan baju bayi	0,5			
4.	Membasahi telapak tangan dengan baby oil/lotion	0,5			
Wajah					
5.	Tekan jari-jari perawat pada kening, pelipis, dan pipi bayi	1			
6.	Gunakan kedua ibu jari untuk memijat daerah di atas alis	1			
7.	Dengan ibu jari dan tekanan lembut tarik garis dari hidung ke arah pipinya	1			
8.	Gunakan ke dua jari untuk memijat sekitar mulutnya hingga seperti tersenyum	1			
9.	Pijat lembut rahang bawah dari tengah ke samping	1			
10.	Pijat lembut belakang telinga ke arah dagu	1			
Dada					
11.	Memijat seperti membentuk hati	2			
12.	Memijat dari tengah ke bahu seperti kupu-kupu	2			
Perut					
13.	Memijat seperti mengayuh sepeda dari atas ke bawah perut	2			
14.	Menekankan lutut perlahan-lahan ke arah perut	2			
15.	Memijat seperti membentuk bulan sabit dan mentari	2			
16.	Rasakan gelembung angin dengan jari	2			
“I LOVE YOU “					

17.	Pijatan “ I “	2			
18.	Pijatan “Love“	2			
19.	Pijatan “You“	2			
Tangan					
20.	Pijat tangan bayi dari bahu ke pergelangan	1			
21.	Pijat tangan dari pergelangan ke pangkal lengan	1			
22.	Tarik lembut jari-jari bayi	1			
23.	Memijat telapak tangan dan punggung tangan	1			
24.	Membuat gerakan seperti menggulung	1			
Kaki					
25.	Pijat kaki bayi dari paha ke pergelangan	1			
26.	Pijat kaki dari pergelangan ke pangkal paha	1			
27.	Tarik lembut jari-jari bayi	1			
28.	Memijat telapak kaki dan punggung kaki	1			
29.	Membuat gerakan seperti menggulung	1			
Punggung					
30.	Pijat dengan gerakan maju mundur	1			
31.	Luncurkan telapak tangan dari leher sampai pantat	1			
32.	Buat gerakan melingkar pada otot disebelah tulang punggung	1			
33.	Buat pijatan memanjang dari leher ke kaki	1			
34.	Memakaikan popok dan baju pasien	0,5			
Tahap Terminasi					
1.	Mengevaluasi tindakan yang dilakukan	0,5			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	0,5			
3.	Mengajak keluarga pasien membaca Hamdalah	0,5			
4.	Berpamitan dengan keluarga pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	0,5			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	0,5			
6.	Mencuci tangan	0,5			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	0,5			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	0,5			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	0,5			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	0,5			
TOTAL SCORE					

Pengkajian Post Partum (Masa Nifas)

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan Pengkajian post partum (masa nifas)
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan Pengkajian post partum (masa nifas)
3. Mahasiswa mampu melakukan skill Pengkajian post partum (masa nifas) secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit	
Panduan instruktur	: 1. 10 menit	: persiapan dan pre test materi
	2. 30 menit	: mendemonstrasikan skill Pengkajian post partum (masa nifas)
	3. 30 menit	: membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill Pengkajian post partum (masa nifas)
	4. 10 menit	: memberikan umpan balik
	5. 20 menit	: mengobservasi dan mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
<hr/>		
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit	: persiapan dan mengerjakan soal pre test
	2. 30 menit	: mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur
	3. 30 menit	: mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill Pengkajian post partum (masa nifas) dibawah bimbingan instruktur
	4. 10 menit	: mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur
	5. 20 menit	: mahasiswa melakukan skill pengkajian post partum (masa nifas) secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Periode post partum adalah jangka waktu enam minggu, yang dimulai setelah kelahiran bayi sampai pemulihan kembali organ-organ reproduksi seperti sebelum kehamilan (Bobak, 1995).

Periode post partum dibagi dalam 3 periode :

1. Periode immediate postpartum; terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan.

2. Periode early postpartum; terjadi setelah 24 jam post partum sampai akhir minggu pertama sesudah melahirkan, dimana resiko sering terjadi pada ibu post partum karena hamper seluruh system tubuh mengalami perubahan secara drastis.
3. Periode latepostpartum; terjadi mulai minggu ke dua sampai minggu ke enam sesudah melahirkan, dan terjadi perubahan secara bertahap.
Setelah melahirkan ibu perlu dikaji dan diobservasi terhadap kemungkinan adanya perdarahan atau infeksi post partum.
Keadaan-keadaan yang merupakan komplikasi pada saat post partum antara lain infeksi nifas, kelainan pada rahim (mis., subinvulusi uteri), perdarahan nifas sukunder (bias disebabkan karena subinvulusi uteri, sisa plasenta, kelainan uterus, inversion uteri atau pemberian estrogen untuk menekan laktasi), dan kelainan pada payudara yang dapat mengganggu proses laktasi.

D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Tensi meter dan stetoskop
2. Hand scoen
3. Kertas catatan

E. PROSEDUR KETRAMPILAN

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Mengecek program terapi.
 - b. Mencuci tangan.
 - c. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - d. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
2. Tahap Orientasi
 - a. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - b. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - d. Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama pasien.
3. Tahap Kerja
 - a. Menjaga privacy.
 - b. Mengajak pasien membaca Basmalah dan berdoa.
 - c. Melakukan pemeriksaan fisik
 - 1) Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien,
Kaji kondisi ibu secara umum, apakah ibu merasa kelelahan. Hal ini mempengaruhi penerimaan ibu terhadap bayi serta kemampuan ibu dalam menyusui dan mengasuh bayi.
 - 2) Melakukan pemeriksaan tanda vital,
Pemeriksaan TTV dilakukan setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan, kemudian setiap 30 menit untuk jam-jam berikutnya.
Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan, tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya perdarahan PP.

Suhu ibu dalam beberapa hari post partum akan naik antara 37,2 – 37,8⁰C, karena resorpsi benda-benda dalam rahim dan mulainya laktasi (demam resorpsi), keadaan ini tergolong normal pada ibu post partum.

Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi

- 3) Melakukan pemeriksaan kepala,
 - a) Mata
Konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia karena perdarahan saat persalinan.
 - b) Hidung
Kaji dan tanyakan pada ibu, apakah ibu menderita pilek atau sinusitis. Infeksi pada ibu post partum dapat meningkatkan kebutuhan energi
 - c) Telinga
Kaji apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan pada telinga.
 - d) Mulut dan Gigi
Tanyakan pada ibu apakah ibu mengalami stomatitis, atau adanya gigi yang berlubang. Gigi yang berlubang dapat menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik
 - e) Leher
Kaji adanya pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid. Kelenjar limfe yang membesar dapat menunjukkan adanya infeksi, ditunjang dengan adanya data yang lain seperti hipertermi, nyeri dan bengkak.
- 4) Melakukan pemeriksaan Payudara
 - a) Payudara
 - (1) Inspeksi ukuran, bentuk dan kesimetrisan payudara, Ukuran dan bentuk tidak berpengaruh terhadap produksi asi
 - (2) Inspeksi kontur dan permukaan payudara, Permukaan yang tidak rata seperti adanya depresi, retraksi atau ada luka pada kulit payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor.
 - (3) Inspeksi warna kemerahan pada kulit payudara yang dapat menunjukkan adanya peradangan
 - b) Areola
 - (1) Inspeksi areola terhadap ukuran, bentuk dan kesimetrisan. Areola biasanya melebar dan menjadi lebih hitam karena adanya hiperpigmentasi selama kehamilan
 - c) Putting
 - (1) Inspeksi bentuk dan ukuran puting. Ukuran putting bervariasi namun tidak mempunyai arti khusus. Bentuk puting seperti datar, normal, panjang atau tenggelam dapat mempengaruhi kesiapan ibu dalam proses menyusui.
 - (2) Inspeksi puting terhadap luka atau lecet
 - d) Palpasi
 - (1) Palpasi payudara untuk mengetahui apakah terjadi pembengkakan payudara atau tidak
 - (2) Palpasi payudara terhadap massa

- (3) Periksa pengeluaran colostrum, akan meningkat pada hari ke 2 atau hari ke 3
- 5) Melakukan pemeriksaan abdomen dan fundus uteri (posisi terlentang, kaki sedikit ditekuk).
 - a). Kaji adanya luka (post SC), apakah terdapat tanda-tanda infeksi.
 - b). Kaji adakah striae dan linea alba.
 - c). Kaji keadaan abdomen, apakah lembek atau keras. Abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus yang bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Sebaliknya abdomen yang lembek menunjukkan kontraksi yang kurang dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi.
 - d). Kaji dan ukur diartasis rektus abdominis (DRA). DRA adalah regangan pada otot akibat pembesaran uterus. Minta ibu untuk tidur terlentang tanpa bantal dan mengangkat kepala (tanpa diganjal). Kemudian palpasi abdomen dari bawah prosesus xiphoideus ke umbilikus (regangan menyerupai celah yang memanjang), ukur panjang dan lebar diastasis.
 - e). Palpasi fundus uteri dari arah umbilikus ke bawah, tentukan tinggi fundus uteri (TFU), misalnya 1 jari di atas pusat, dll.
 - f). Kaji dan palpasi kandung kemih. Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan jumlah urin yang tertampung banyak dan hal ini dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus dikeluarkan.
 - 6) Melakukan pemeriksaan genital
 - a). Inspeksi adanya oedem pada traktus urinarius, dapat menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retentio urine
 - b). Kaji BAK, proses persalinan mengakibatkan kandung kemih kehilangan sensitivitas
 - c). Periksa discharge (Lokhea), yaitu kotoran yang keluar dari liang senggama dan terdiri dari jaringan-jaringan dan lendir berasal dari rahim dan liang senggama.
 - (1). Monitor lokhea tiap 4 – 8 jam.
 - (2). Kaji jumlah, (bisa dilihat dengan frekuensi penggantian pembalut).
Klasifikasi lochea berdasarkan volume darah yang keluar sbb:
 - (a). Scant, kurang dari 2 inchi atau 5 cm dalam pembalut, volume darah yang keluar sekitar sekitar 10 ml.
 - (b). Small, kurang dari 4 inchi atau 10 cm dalam pembalut, volume darah yang keluar sekitar 10 – 50 ml.
 - (c). Moderat, kurang dari 6 inchi atau 15 cm dalam pembalut, volume darah yang keluar sekitar 25 – 50 ml.
 - (d). Large, kurang dari 6 inchi atau 15 cm dalam pembalut, volume darah yang keluar sekitar 50 – 80 ml.
 - (3). Kaji warna, dan baunya. Lokhea dibagi dalam :
 - (a). Lokhea rubra : berwarna merah muda, terdiri dari lendir dan darah, berlangsung selama 3 – 4 hari post partum, bentuk darah dan bekuan, bau anyir.

(b). Lokhea serosa : berwarna kecoklatan, berlangsung selama 9 – 10 hari, bau agak anyir mengandung serum, leukosit dan sisa jaringan.

(c). Lokhea alba : berwarna kuning sampai putih, berlangsung selama 2 – 6 minggu post partum, berisi leukosit, sel epitel, mukoservik dan bakteri / kuman.

Bau lokhea menyerupai bau darah menstruasi, bau yang tidak sedap / bau busuk menandakan adanya infeksi pada saluran reproduksi

- 7) Melakukan pemeriksaan perineum dan rektum
 - a). Posisikan pasien Sim Kaji keutuhan perineum, apakah utuh, terdapat luka episiotomy atau luka laserasi/rupture.
 - b). Kaji luka episiotomi dan keadaan jahitan, kaji tanda REEDA (redress, edema, echymosis, discharge, approximation). Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka
 - c). Kaji adanya laserasi,
 - (1). Tingkat 1 : kulit dan strukturnya dari permukaan sampai otot
 - (2). Tingkat 2 : meluas sampai otot perineal
 - (3). Tingkat 3 : meluas sampai otot spinkter
 - (4). Tingkat 4 : melibatkan dinding anterior rektal
 - d). Kaji adanya hemoroid, hemoroid derajat 1 normal pada ibu post partum
- 8) Melakukan pemeriksaan ekstremitas
 - a). Kaji adanya varises.
 - b). Adakah pembengkakan / oedem
 - c). Kaji tanda homan. Caranya, posisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri paad betis, jika nyeri maka tanda homan positif. Tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal, ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar.
4. Tahap terminasi
 - a. Melakukan evaluasi dan menyampaikan hasil pengkajian.
 - b. Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
 - c. Merapikan pasien dan lingkungan.
 - d. Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
 - e. Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
 - f. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
 - g. Mencuci tangan.
 - h. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.

F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	0,5			
2.	Mencuci tangan	0,5			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	0,5			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	0,5			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	0,5			
2.	Melakukan kontrak	0,5			
3.	Menjelaskan tujuan	0,5			
4.	Menjelaskan prosedur	0,5			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	0,5			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	0,5			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	0,5			
3.	Pemeriksaan keadaan umum pasien	1			
4.	Pemeriksaan tanda-tanda vital	2			
5.	Pemeriksaan Kepala (mata, hidung, telinga, mulut dan gigi, leher)	3			
6.	Membuka pakaian atas pasien	0,5			
	Inspeksi payudara (ukuran, bentuk, kesimetrisan, kontur, warna)	2			
	Inspeksi areola (ukuran, bentuk, kesimetrisan)	2			
	Inspeksi puting (bentuk, ukuran, luka/lecet)	2			
	Palpasi (pembengkakan, massa, pengeluaran kolostrum)	2			
	Menutup pakaian atas dan membuka pakaian bawah	0,5			
7.	Kaji abdomen; luka (post SC) dan tanda-tanda infeksi	2			
	Kaji striae dan linea alba	1			
	Kaji keadaan abdomen (kontraksi uterus)	2			
	Kaji dan ukur DRA	3			
	Palpasi dan ukur TFU	3			
	Kaji dan palpasi kandung kemih	2			
8.	Kaji BAK dan oedem traktus urinarius	1			
	Kaji Lokhea	2			
9.	Kaji keutuhan perineum dan tingkatan laserasi	2			
	Kaji luka episiotomy dan keadaan jahitan (tanda REEDA)	1			
	Kaji hemoroid	1			
	Menutup pakaian bawah pasien	0,5			
10.	Pemeriksaan ekstremitas (varises, odem)	1			
	Pemeriksaan tanda human	3			
Tahap Terminasi					

1.	Menyampaikan hasil pengkajian/kesimpulan	0,5			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	0,5			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	0,5			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	0,5			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	0,5			
6.	Mencuci tangan	0,5			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	0,5			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	0,5			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	0,5			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	0,5			
TOTAL SCORE					

Senam Nifas

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan senam nifas
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan senam nifas
3. Mahasiswa mampu melakukan skill senam nifas secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit
Panduan instruktur	: 1. 10 menit : persiapan dan pre test materi 2. 30 menit : mendemonstrasikan skill senam nifas 3. 30 menit : membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill senam nifas 4. 10 menit : memberikan umpan balik 5. 20 menit : mengobservasi dan mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit : persiapan dan mengerjakan soal pre test 2. 30 menit : mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur 3. 30 menit : mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill senam nifas dibawah bimbingan instruktur 4. 10 menit : mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur 5. 20 menit : mahasiswa melakukan skill senam nifas secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Senam masa nifas berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot, terutama otot-otot perut yang telah terjadi longgar setelah kehamilan. Tujuannya :

1. Mengurangi rasa sakit pada otot-otot
2. Memperbaiki peredaran darah
3. Mengencangkan otot-otot perut dan perineum
4. Melancarkan pengeluaran lochea
5. Mempercepat involusi
6. Menghindarkan kelainan, misalnya : emboli, trombosis dan lain-lain

7. Untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi dan meningkatkan otot-otot punggung, pelvis dan abdomen
8. **Kegel exercise** : untuk membantu penyembuhan luka perineum
9. Meredakan hemoroid dan varikosis vulva.
10. Meningkatkan pengendalian atas urine
11. Meringankan perasaan bahwa “segalanya sudah berantakan”.
12. Membangkitkan kembali pengendalian atas otot-otot spinkter.
13. Memperbaiki respon seksual

D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Matras

E. PROSEDUR KETRAMPILAN

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Mengecek program terapi.
 - b. Mencuci tangan.
 - c. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - d. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
2. Tahap Orientasi
 - a. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - b. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - d. Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama pasien.
3. Tahap Kerja
 - a. Menjaga privacy.
 - b. Mengajak pasien membaca Basmalah dan berdoa.
 - c. Mengajak Pasien Berlatih dengan Tips Berlatih :
 - 1) Lakukan pemanasan dengan gerakan-gerakan ringan.
 - 2) Lakukan latihan singkat, tetapi sering dibandingkan latihan yang berat tetapi hanya sekali-sekali.
 - 3) Lakukan latihan dengan perlahan, jangan mengulang suatu seri terlalu cepat tanpa jeda istirahat.
 - 4) Beristirahatlah di antara latihan karena perbaikan otot terjadi saat ini – bukan saat otot digerakkan.
 - 5) Jangan berlatih lebih dari yang dianjurkan, meskipun Anda merasa sanggup melakukannya.
 - 6) Berhentilah sebelum lelah.
 - 7) Jangan melakukan latihan sit up penuh, menekuk lutut ke arah dada, atau pengangkatan dua kaki, selama 6 minggu pertama pasca persalinan.
 - d. Melatih senam nifas sesuai dengan tahap-tahap
 - 1) Latihan tahap pertama : 24 jam setelah persalinan
 - a) Latihan Kegel (latihan perineal)

- b) Lakukan gerakan seperti menahan buang air kecil tahan 8-10 detik. Latihan ini dapat dilakukan dimana saja, bahkan saat berbaring setelah melahirkan
 - c) Latihan pernafasan diafragma yang dalam
 - d) Ambil posisi berbaring terlentang lutut ditekuk kemudian ambil napas sambil kencangkan otot-otot perut dan hembuskan napas perlahan lewat mulut.
- 2) Latihan tahap kedua : 3 hari pasca persalinan
- a) Latihan mengangkat pinggul
 - b) Ambil posisi berbaring terlentang lutut ditekuk kemudian hirup nafas sementara anda menekan pinggul kelantai, selanjutnya hembuskan nafas dan lemaskan. Mulailah dengan 3 - 4 kali, kemudian secara bertahap sampai 12 lalu 24 kali.
 - c) Latihan mengangkat kepala
 - d) Tarik napas dalam-dalam, angkat kepala
 - e) sedikit sambil menghembuskan napas, kemudian turunkan kepala perlahan sambil menarik napas.
 - f) Latihan meluncurkan kaki
 - g) Secara perlahan julurkan kedua tungkai kaki hingga rata dengan lantai, kemudian geserkan telapak kaki, kaki kanan tetap menginjak lantai
 - h) Latihan meluncurkan kaki
 - i) Secara perlahan julurkan kedua tungkai kaki hingga rata dengan lantai, kemudian geserkan telapak kaki kanan dengan tetap menjejak lantai kebelakang kearah bokong, pertahankan pinggul tetap menekan lantai geserkan tungkai kaki kembali kebawah, ulangi untuk kaki kiri. Mulailah dengan 3 - 4 kali geseran setiap kaki, lalu secara bertahap sampai 12 x atau lebih dengan nyaman
- 3) Latihan tahap ketiga : setelah pemeriksaan pasca persalinan
- a) **Latihan mengencangkan otot perut**
Ambil posisi dasar, letakkan tangan di perut kemudian kencangkan otot perut dan kendurkan lagi. Gerakan harus ke arah dalam dada tidak boleh ikut bergerak.
 - b) **Latihan merapatkan otot perut**
Tahan otot perut dengan tangan, angkat kepala dan pundak dari bantal seolah Anda hendak duduk. Ulangi 5 kali.
 - c) **Latihan merampingkan pinggang**
Letakkan dua tangan di pinggang dan tekan keras-keras seolah-olah sedang mengencangkan ikat pinggang kemudian kendurkan. Ulangi 5x
 - d) **Berlutut**
Sikap merangkak bertumpu pada lutut dan telapak tangan.
Gerakkan pinggang ke atas, ke bawah, sambil kencangkan otot perut.
Gerakkan pinggul dan kepala ke kiri dan ke kanan bergantian.

- e) **Latihan meregangkan badan**
Berbaring telentang. Kencangkan otot perut, Gerakkan lengan di samping badan seolah hendak menjangkau mata kaki secara bergantian. Luruskan kembali. Lakukan pada masing-masing lengan 5x.
 - f) **Duduk**
Letakkan tangan di atas kepala, otot perut dikencangkan ke dalam dan gerakan tubuh ke depan untuk memegang jari-jari kaki. Ulangi 5x.
 - g) **Berdiri**
Berdiri tegak kemudian perut dikencangkan ke dalam
 - h) **Berbaring telungkup**
Berbaring dengan bantal di bawah kepala dan sebuah lagi di bawah perut kemudian kencangkan otot perut. berbaring tidak boleh lebih dari 20 menit.
4. Tahap terminasi
- a. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan.
 - b. Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
 - c. Merapikan pasien dan lingkungan.
 - d. Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
 - e. Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
 - f. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
 - g. Mencuci tangan.
 - h. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

Tools Senam Nifas Tahap Pertama

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	1			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	1			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	1			
3.	Mengajak Pasien Berlatih dengan Tips Berlatih	5			

<i>Latihan tahap pertama : 24 jam setelah persalinan</i>					
4.	Latihan Kegel (latihan perineal)	6			
5.	Lakukan gerakan seperti menahan buang air kecil tahan 8-10 detik	6			
6.	Latihan pernafasan diafragma yang dalam	6			
7.	Ambil posisi berbaring terlentang lutut ditekuk kemudian ambil napas sambil kencangkan otot-otot perut dan hembuskan napas perlahan lewat mulut	6			
Tahap Terminasi					
1.	Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	1			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	1			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					

Tools Senam Nifas Tahap Kedua

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	1			
Tahap Kerja					

1.	Menjaga privacy	1			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	1			
3.	Mengajak Pasien Berlatih dengan Tips Berlatih	3			
Latihan tahap kedua : 3 hari pasca persalinan					
4.	Latihan mengangkat pinggul	4			
5.	Ambil posisi berbaring terlentang	2			
6.	lutut ditekuk kemudian hirup nafas sementara anda menekan pinggul kelantai, selanjutnya hembuskan nafas dan lemaskan. Mulailah dengan 3 - 4 kali, kemudian secara bertahap sampai 12 lalu 24 kali	4			
7.	Latihan mengangkat kepala	4			
8.	Tarik napas dalam-dalam, angkat kepala sedikit sambil menghembuskan napas, kemudian turunkan kepala perlahan sambil menarik napas	4			
9.	Latihan meluncurkan kaki; Secara perlahan julurkan kedua tungkai kaki hingga rata dengan lantai, kemudian geserkan telapak kaki, kaki kanan tetap menginjak lantai	4			
10.	Latihan meluncurkan kaki; Secara perlahan julurkan kedua tungkai kaki hingga rata dengan lantai, kemudian geserkan telapak kaki kanan dengan tetap menjejak lantai kebelakang kearah bokong, pertahankan pinggul tetap menekan lantai geserkan tungkai kaki kembali kebawah, ulangi untuk kaki kiri. Mulailah dengan 3 - 4 kali geseran setiap kaki, lalu secara bertahap sampai 12 x atau lebih dengan nyaman	4			
Tahap Terminasi					
1.	Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	1			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	1			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			

3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					

Tools Senam Nifas Tahap Ketiga

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	1			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	1			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	1			
3.	Mengajak Pasien Berlatih dengan Tips Berlatih	3			
Latihan tahap ketiga : setelah pemeriksaan pasca persalinan					
4.	Latihan mengencangkan otot perut	4			
5.	Latihan merapatkan otot perut	4			
6.	Latihan merampingkan pinggang	3			
7.	Berlutut	3			
8.	Latihan meregangkan badan	3			
9.	Duduk	3			
10.	Berdiri	3			
11.	Berbaring telungkup	3			
Tahap Terminasi					
1.	Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	1			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	1			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			

Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					

Reflek Bayi Baru Lahir

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan pemeriksaan reflek Bayi Baru Lahir
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan pemeriksaan reflek Bayi Baru Lahir
3. Mahasiswa mampu melakukan skill pemeriksaan reflek Bayi Baru Lahir secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit	
Panduan instruktur	: 1. 10 menit	: persiapan dan pre test materi
	2. 30 menit	: mendemonstrasikan skill pemeriksaan reflek Bayi Baru Lahir
	3. 30 menit	: membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill pemeriksaan reflek Bayi Baru Lahir
	4. 10 menit	: memberikan umpan balik
	5. 20 menit	: mengobservasi dan mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
<hr/>		
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit	: persiapan dan mengerjakan soal pre test
	2. 30 menit	: mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur
	3. 30 menit	: mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill pemeriksaan reflek Bayi Baru Lahir dan Ballard Score dibawah bimbingan instruktur
	4. 10 menit	: mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur
	5. 20 menit	: mahasiswa melakukan skill pemeriksaan reflek bayi baru lahir secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Pemeriksaan reflek pada bayi baru lahir bertujuan untuk mengetahui fungsi saraf pada neonatus dan kematangan neurologi. Bayi baru lahir sesegera mungkin harus dilakukan pemeriksaan reflek karena beberapa reflek akan hilang setelah bayi berusia 3 atau 4 bulan, dan bila reflek ini masih menetap merupakan fungsi yang abnormal.

Ballard Score merupakan sistem penilaian yang dikembangkan oleh Dr. Jeanne L Ballard, MD untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir melalui penilaian neuromuskular dan fisik.

D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Meja datar
2. Pengalas

E. PROSEDUR KETRAMPILAN

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Mengecek program terapi.
 - b. Mencuci tangan.
 - c. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - d. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
2. Tahap Orientasi
 - a. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - b. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - d. Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama pasien.
3. Tahap Kerja
 - a. Menjaga privacy.
 - b. Mengajak pasien membaca Basmalah dan berdoa.
 - c. Tempatkan bayi baru lahir pada tempat dengan permukaan yang rata.
 - d. Pemeriksaan **reflek rooting** : sentuh bibir, pipi atau sudut mulut bayi dengan tangan. Bayi akan menoleh ke arah stimulus, membuka mulutnya, berusaha memasukkan tangan ke dalam mulut.
 - e. Pemeriksaan **reflek menelan** : beri bayi minum dan bayi akan melakukan gerakan menelan.
 - f. Pemeriksaan **reflek menjulurkan lidah** : sentuh atau tekan ujung lidah dan bayi baru lahir akan menjulurkan lidah keluar
 - g. Pemeriksaan **reflek menggenggam** : tempatkan jari pada telapak tangan bayi dan jari-jari bayi akan menggenggam jari pemeriksa. Tempatkan jari pada telapak kaki bayi dan jari-jari bayi akan menekuk ke bawah..
 - h. Pemeriksaan **reflek moro** : hentakkan permukaan untuk mengejutkan bayi maka bayi akan melakukan abduksi dan ekstensi simetris lengan, jari-jari mengembang seperti kipas dan membentuk huruf C dengan ibu jari dan telunjuk, mungkin terlihat sedikit tremor, lengan teraduksi dalam gerakan memeluk dan kembali dalam posisi fleksi dan rileks.
 - i. Pemeriksaan **reflek ekstensi silang** : luruskan salah satu tungkai kaki dan tekan lutut ke bawah. Tungkai yang lain akan fleksi, aduksi dan kemudian ekstensi.
 - j. Pemeriksaan **reflek magnet** : bayi pada posisi telentang, agak fleksikan kedua tungkai bawah dan beri kedua telapak kaki tekanan. Kedua tungkai bawah akan ekstensi melawan tekanan pemeriksa.

- k. Pemeriksaan **reflek babinski** : pada telapak kaki, dimulai tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.
 - l. Pemeriksaan **tarik ke duduk (traksi)** : tarik bayi pada pergelangan tangannya dari posisi telentang dengan kepala berada di garis tengah. Kepala akan tertinggal sampai bayi berada pada posisi tegak kemudian kepala akan berada pada bidang yang sama dengan dada dan bahu untuk sementara waktu sebelum jatuh ke depan, bayi akan mencoba menegakkan kepalanya.
 - m. Pemeriksaan **reflek melangkah atau berjalan** : pegang bayi secara vertical, biarkan salah satu kaki menyentuh permukaan meja. Bayi akan melakukan gerakan seperti berjalan, kaki akan bergantian fleksi dan ekstensi. Bayi aterm akan berjalan dengan telapak kakinya sedangkan prematur dengan ujung jari-jarinya.
 - n. Pemeriksaan **reflek merangkak** : baringkan bayi baru lahir di atas perutnya (tengkurap) maka bayi akan melakukan gerakan merangkak dengan menggunakan lengan dan tungkainya.
 - o. Pemeriksaan **reflek inkurvasi tubuh** : bayi ditengkurapkan pada permukaan datar, goreskan jari ke arah bawah sekitar 4 sampai 5 cm lateral terhadap tulang belakang, mula-mula pada satu sisi kemudian sisi yang lain. Tubuh bayi akan fleksi dan pelvis diayunkan ke arah sisi yang terstimulasi.
 - p. Pemeriksaan **reflek leher tonik atau fencing**: pada waktu bayi tertidur, putar kepala bayi ke arah satu sisi (kiri) maka lengan dan kaki pada sisi itu akan lurus sedangkan lengan dan tungkainya pada sisi yang berlawanan (kanan) akan berada dalam posisi fleksi.
4. Tahap terminasi
 - a. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan.
 - b. Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
 - c. Merapikan pasien dan lingkungan.
 - d. Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
 - e. Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
 - f. Membersihkan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
 - g. Mencuci tangan.
 - h. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.

F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

Tools Pemeriksaan Reflek

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			

Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama keluarga pasien	1			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	1			
2.	Mengajak keluarga pasien membaca Basmalah	1			
3.	Tempatkan bayi baru lahir pada tempat dengan permukaan yang rata	2			
4.	Pemeriksaan reflek rooting	3			
5.	Pemeriksaan reflek menelan	2			
6.	Pemeriksaan reflek menjulurkan lidah	2			
7.	Pemeriksaan reflek menggenggam	2			
8.	Pemeriksaan reflek moro	2			
9.	Pemeriksaan reflek ekstensi silang	2			
10.	Pemeriksaan reflek magnet	2			
11.	Pemeriksaan reflek babinski	2			
12.	Pemeriksaan tarik ke duduk (traksi)	2			
13.	Pemeriksaan reflek melangkah atau berjalan	2			
14.	Pemeriksaan reflek merangkak	2			
15.	Pemeriksaan reflek inkurvasi tubuh	2			
16.	Pemeriksaan reflek leher tonik atau fencing	2			
Tahap Terminasi					
1.	Mengevaluasi dan menyampaikan hasil pemeriksaan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak keluarga pasien membaca Hamdalah	1			
4.	Berpamitan dengan keluarga pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	1			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					

Perawatan Payudara Setelah Melahirkan

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan perawatan payudara setelah melahirkan (post natal breast care)
2. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan perawatan payudara setelah melahirkan (post natal breast care)
3. Mahasiswa mampu melakukan skill perawatan payudara setelah melahirkan (post natal breast care) secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit	
Panduan instruktur	: 1. 10 menit	: persiapan dan pre test materi
	2. 30 menit	: mendemonstrasikan skill perawatan payudara setelah melahirkan (post natal breast care)
	3. 30 menit	: membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill perawatan payudara setelah melahirkan (post natal breast care)
	4. 10 menit	: memberikan umpan balik
	5. 20 menit	: mengobservasi skill mandiri mahasiswa
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit	: persiapan dan mengerjakan soal pre test
	2. 30 menit	: mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur
	3. 30 menit	: mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill perawatan payudara setelah melahirkan (post natal breast care) dibawah bimbingan instruktur
	4. 10 menit	: mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur
	5. 20 menit	: mahasiswa melakukan skill perawatan payudara setelah melahirkan (post natal breast care) secara mandiri dengan diobservasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Post natal breast care adalah perawatan payudara dengan metode masase yang dilakukan pada ibu post partum dengan tujuan :

1. Mencegah pembendungan ASI
2. Meningkatkan hygiene payudara
3. Meningkatkan produksi ASI
4. Melenturkan dan menguatkan puting

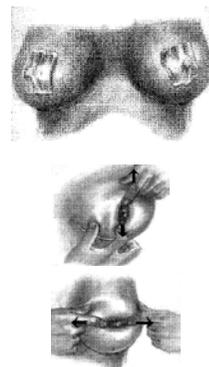
D. PERALATAN DAN BAHAN

1. Oleum coccus/minyak kelapa yang hangat atau baby oil
2. Kapas
3. Handuk besar 2 buah
4. Peniti 2 buah
5. Air hangat dan dingin dalam baskom
6. Washlap 2 buah
7. Bengkok

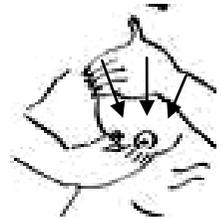
E. PROSEDUR KETRAMPILAN

Post natal breastcare

1. Tahap Pra Interaksi
 - a. Mengecek program terapi.
 - b. Mencuci tangan.
 - c. Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - d. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien.
2. Tahap Orientasi
 - a. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri.
 - b. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - d. Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama pasien.
3. Tahap Kerja
 - a. Menjaga privacy.
 - b. Mengajak pasien membaca Basmalah dan berdoa.
 - c. Mengatur posisi pasien duduk dengan nyaman.
 - d. Memasang handuk di bawah perut dan di bahu sambil melepas pakaian atas (handuk dipasang dengan peniti)
 - e. Mengompres kedua puting dengan kapas yang dibasahi Oleum coccus hangat selama 2-3 menit, kemudian angkat kapas sambil membersihkan puting dengan gerakan memutar dari dalam keluar
 - f. Kemudian dengan kapas oleum yang baru membersihkan daerah tengah puting dari setral keluar
 - g. Bila puting inverted, lakukan penarikan dengan metode Hoffman agar puting keluar; gunakan ujung jari telunjuk untuk menarik areola ke samping kanan-kiri dan keatas-bawah.



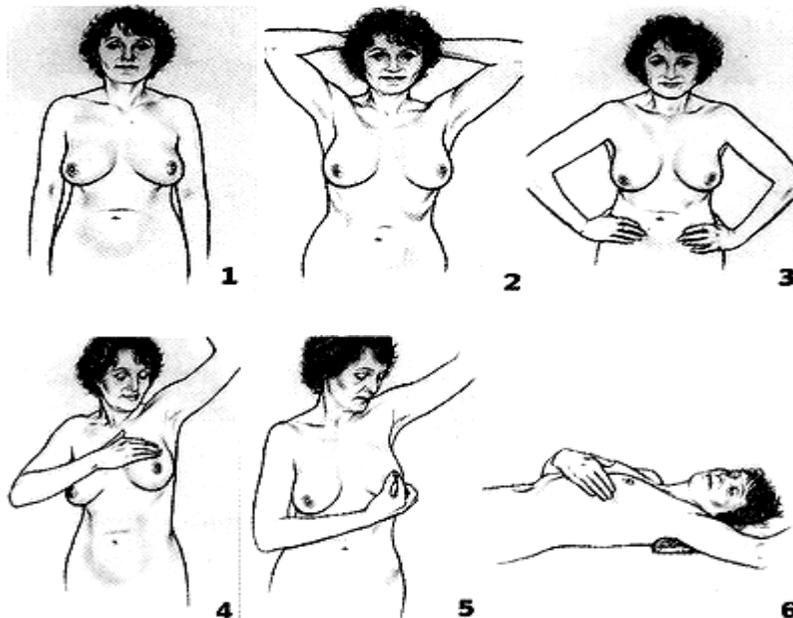
- h. Membasahi kedua telapak tangan dengan oleum coccus
 - i. Melakukan pengurutan **gerakan I** dengan telapak tangan berada di tengah-tengah diantara kedua payudara kemudian melakukan gerakan melingkar ke atas, ke samping, ke bawah dan ke depan sambil menghentakkan payudara. Lakukan pengurutan sebanyak 20-30 kali.
 - j. Pengurutan **gerakan II**, tangan kiri menopang payudara kiri dan tangan kanan melakukan pengurutan dengan menggunakan sisi tangan bagian kelingking dari pangkal payudara kearah puting. Lakukan gerakan sebanyak 20-30 kali pada kedua payudara kanan dan kiri.
 - k. Pengurutan **gerakan III**, tangan kiri menopang payudara kiri dan tangan kanan melakukan pemijatan dengan membuat lingkaran-lingkaran kecil menggunakan tiga jari tengah dari pangkal payudara kearah puting, gerakan ini dilakukan merata keseluruh bagian payudara.
 - l. **Gerakan IV**, Minta pasien membungkuk ke depan kemudian guncangkan payudara secara bersama-sama sebanyak 5 kali, posisi ini akan membantu mengalirkan air susu keluar
 - m. Meletakkan baskom di bawah payudara dan menggyur payudara dengan air hangat menggunakan washlap, kemudian bergantian dengan air dingin dan hangat lagi. Lakukan sebanyak 5 kali pada masing-masing payudara.
 - n. Mengeringkan payudara dengan handuk yang berada dibahu.
 - o. Melakukan pijat oksitosin pada punggung ibu.
 - p. Memakaikan BH dan pakaian atas, anjurkan memakai BH yang menopang payudara.
4. Tahap terminasi
- a. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan.
 - b. Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
 - c. Merapikan pasien dan lingkungan.
 - d. Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
 - e. Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang.
 - f. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
 - g. Mencuci tangan.
 - h. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.



SADARI (periksa payudara Sendiri)

1. Berdiri di depan cermin, ambil posisi berdiri tegak dan kemudian letakkan tangan di pinggang (lihat gambar 1 dan 3). Amati payudara anda.
Payudara normal memiliki ciri :

- a. Simetris antara payudara kiri dan kanan.
 - b. Memiliki bentuk, ukuran dan warna seperti biasa.
 - c. Bentuknya normal tanpa ada bengkak atau lekukan.
- Jika anda melihat gejala berikut, segera konsultasi ke dokter :
- a. Kulit memiliki lipatan, tonjolan atau tertarik ke dalam.
 - b. Kulit berwarna merah, gatal atau bengkak.
2. Angkat kedua tangan (lihat gambar 2) dan periksa sekali lagi, lihat apakah anda menemukan gejala di atas.
 3. Dalam posisi berdiri, angkat tangan yang sama dengan payudara yang akan diperiksa (lihat gambar 4). Raba payudara kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya. Gunakan buku jari dari ketiga jari tengah, bukan ujung jari. Saat meraba lakukan secara lembut dengan gerakan memutar searah jarum jam. Lakukan pemeriksaan secara menyeluruh, raba payudara dari atas ke bawah, samping ke samping. Apakah terasa ada benjolan. Periksa kedua payudara secara menyeluruh, gunakan tehnik yang sama seperti langkah sebelumnya. Banyak wanita merasa lebih mudah untuk merasakan payudara mereka ketika kulit basah dan licin, jadi anda juga bias melakukan ini ketika mandi.
 4. Jepit masing-masing puting dengan jari anda (lihat gambar 5), pencet dengan lembut lalu perhatikan :
 - a. Apakah ada cairan yang keluar dari puting.
 - b. Cairan seperti susu, atau berwarna kuning atau darah.
 - c. Jika ada cairan yang keluar (dan anda tidak sedang menyusui) segera konsultasi ke dokter.
 5. Ambil posisi berbaring (lihat gambar 6). Gunakan tehnik yang sama seperti langkah 3 untuk meraba payudara anda.



F. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	1			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	1			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	1			
3.	Mengatur posisi pasien duduk dengan nyaman	1			
4.	Memasang handuk di bawah perut dan di bahu sambil melepas pakaian atas	1			
5.	Mengompres kedua puting dengan kapas yang dibasahi Oleum coccus hangat selama 2-3 menit, kemudian angkat kapas sambil membersihkan puting dengan gerakan memutar dari dalam keluar	2			
6.	Dengan kapas oleum yang baru membersihkan daerah tengah puting dari setral keluar	2			
7.	Bila puting inverted, lakukan penarikan dengan metode Hoffman agar puting keluar	3			
8.	Membasahi kedua telapak tangan dengan oleum coccus	1			
9.	Melakukan pengurutan gerakan I sebanyak 20-30 kali	3			
10.	Pengurutan gerakan II sebanyak 20-30 kali	3			
11.	Pengurutan gerakan III merata keseluruh bagian payudara	3			
12.	Gerakan IV sebanyak 5 kali	3			
13.	Mengguyur masing-masing payudara dengan air hangat, dingin dan hangat lagi sebanyak 5 kali	3			
14.	Mengeringkan payudara dengan handuk yang berada dibahu	1			
15.	Melakukan pijat oksitosin pada punggung ibu	2			
16.	Memakaikan BH dan pakaian atas	1			

Tahap Terminasi					
1.	Menyampaikan hasil anamnesa/kesimpulan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	1			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	1			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					

Vulva Higiene & Perawatan Perineum

A. SASARAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu memahami prosedur tindakan perawatan Vulva Higien dan perawatan perinium
4. Mahasiswa mampu melakukan persiapan untuk tindakan vulva higien dan perawatan perinium
5. Mahasiswa mampu melakukan skill perawatan vulva Higien dan Perawatan perinium secara mandiri

B. RENCANA PEMBELAJARAN

Waktu praktikum	: 1 x 100 menit	
Panduan instruktur	: 1. 10 menit	: persiapan dan pre test materi
	2. 30 menit	: mendemonstrasikan skill perawatan Vulva Higien dan perawatan perinium
	3. 30 menit	: membimbing mahasiswa dalam melatih kemampuan melakukan skill perawatan Vulva Higien dan perawatan perinium
	4. 10 menit	: memberikan umpan balik
	5. 20 menit	: mengobservasi dan Mengevaluasi skill mandiri mahasiswa
Panduan Mahasiswa	: 1. 10 menit	: persiapan dan mengerjakan soal pre test
	2. 30 menit	: mahasiswa mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh instruktur
	3. 30 menit	: mahasiswa melatih kemampuan dalam melakukan skill perawatan Vulva Higien dan Perawatan Perinium dibawah bimbingan instruktur
	4. 10 menit	: mahasiswa merespon umpan balik dari instruktur
	5. 20 menit	: mahasiswa melakukan skill perawatan Vulva Higien dan perawatan perinium secara mandiri dengan diobservasi dan dievaluasi oleh instruktur

C. DASAR TEORI

Vulva Higien dan Perawatan Perinium Post Partum adalah Membersihkan daerah genital dan perineal pada pasien wanita yang tidak dapat melakukannya dengan Tujuan :

1. Menjaga kebersihan perineum dan vulva
2. Mencegah terjadinya infeksi di daerah vulva maupun perineum
3. Membantu penyembuhan luka/jahitan pada perineum
4. Memberikan rasa nyaman pada pasien

D. PERSIAPAN DAN BAHAN

1. Baskom mandi / botol cebok berisi air hangat dengan suhu air 41° – 43° C
2. Kom berisi kapas air hangat bersih
3. Selimut mandi
4. Cairan pembersih kemaluan khusus wanita (bila ada)
5. Waslap 2 buah
6. Pengalas
7. Bedpan/pispot
8. Bengkok
9. Handscoen
10. Tissue/handuk kecil
11. Betadine dan kasa steril (bila perlu)

E. PROSEDUR PELAKSANAAN

1. Tahap pra interaksi
 - a. Mengecek program terapi
 - b. Mencuci tangan
 - c. Menyiapkan alat
2. Tahap orientasi
 - i. Mengucapkan salam, menyapa nama pasien dan memperkenalkan diri
 - ii. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
 - iii. Menanyakan persetujuan / kesiapan pasien
3. Tahap Kerja
 - a. Mengajak pasien membaca basmalah dan berdoa
 - b. Menjaga privacy
 - c. Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi, dengan 1 ujung selimut diantara kedua tungkai pasien, 2 ujung lainnya mengarah ke masing-masing sisi tempat tidur dan 1 ujung yang lain pada dada pasien. Jika selimut terlalu besar maka selimut digunakan seperti biasa.
 - d. Mengatur pasien pada posisi dorsal recumbent dan melepas pakaian bawah pasien.
 - e. Melilitkan ujung selimut ke sekeliling tungkai pasien dengan menarik ujung selimut mandi dan melipatnya di bawah panggul.
 - f. Memasang pengalas dan pispot di bawah bokong pasien.
 - g. Mencuci tangan lagi (bila perlu).
 - h. Menyiapkan botol cebok.
 - i. Memakai handscoen pada tangan kiri.
 - j. Melipat ujung bawah selimut mandi di antara kaki pasien ke arah abdomen. Jika selimut tidak dililitkan maka bagian selimut yang dibuka adalah bagian samping.
 - k. Membuka labia mayora dengan tangan kiri yang memakai handscoen.
 - l. Membersihkan daerah genital dengan sabun dan air hangat dari arah vulva ke perineal.
 - m. Mengangkat pispot dari bokong pasien.
 - n. Meletakkan bengkok di antara kedua kaki pasien dan kom berisi kapas air hangat dalam jangkauan kerja.
 - o. Memakai handscoen pada tangan kanan.

- p. Mengambil kapas hangat (min 10 buah), simpan dalam genggam tangan kanan.
 - q. Membuka labia mayora dengan tangan kiri.
 - r. Membersihkan daerah genital dengan mengusapkan kapas hangat dari atas ke bawah (dari vulva ke arah perineal). Gunakan satu bola kapas untuk setiap kali usapan, dimulai dari bagian yang terluar dengan urutan labia mayora kanan-kiri, labia minora kanan-kiri, dan bagian tengah genital. Gunakan dua jari untuk mengusap dan jari lainnya untuk melindungi bola kapas yang belum terpakai. Ulangi sekali lagi mulai dari labia mayora.
 - s. Bila perlu basuh dengan air hangat lagi kemudian keringkan dengan handuk/tissue.
 - t. Jika terdapat luka/jahitan pada perineum, rawat luka dengan mengoleskan betadine dan tutup luka dengan kasa steril.
 - u. Melipat ujung tengah selimut mandi kearah belakang antara kaki pasien.
 - v. Membantu pasien untuk miring.
 - w. Membersihkan daerah anal dengan mengusap dari arah vagina ke anus dengan satu usapan, ulangi dengan waslap sampai bersih, kemudian keringkan dengan handuk kecil/tissue.
 - x. Membantu pasien untuk terlentang
 - y. Melepaskan handscoen
 - z. Merapikan pasien
4. Tahap Terminasi
- a. Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan
 - b. Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah
 - c. Berpamitan dengan pasien
 - d. Menyampaikan Rencana Tidak Lanjut
 - e. Membereskan dan merapikan alat
 - f. Mencuci tangan
 - g. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

G. CHECK LIST PENILAIAN (TOOLS)

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	SKORE		
			0	1	2
Tahap Pra Interaksi					
1.	Mengecek program terapi	1			
2.	Mencuci tangan	1			
3.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	1			
4.	Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	1			
Tahap Orientasi					
1.	Salam, sapa, perkenalkan diri	1			
2.	Melakukan kontrak	1			
3.	Menjelaskan tujuan	1			
4.	Menjelaskan prosedur	1			
5.	Menanyakan kesiapan dan kerjasama pasien	1			
Tahap Kerja					
1.	Menjaga privacy	1			
2.	Mengajak pasien membaca Basmalah	1			

3.	Mengganti Selimut Pasien dengan Selimut Mandi	1			
4.	Mengatur Posisi Pasien (dorsal Rekumbent) dan Melepas Pakaian Bawah pasien	2			
5.	Memasang Pengalas dan Pispot di bawah bokong Pasien	1			
6.	Mencuci Tangan kembali	2			
7.	Menyiapkan Botol cebok	1			
8.	Memakai Handscoon (Tangan Kiri)	1			
9.	Membuka labia mayora dengan tangan yg memakai Handscoon	1			
10.	Membersihkan daerah genital dengan sabun dan air hangat dari vulva ke arah perineal	2			
11.	Mengangkat pispot dari bokong pasien	1			
12.	Meletakkan bengkak diantara kedua kaki pasien dan kom berisi kapas air hangat dalam jangkauan kerja	1			
13.	Memakai Handscoon (Tangan Kanan)	1			
14.	Mengambil Kapas Hangat (min 10 buah)simpan dalam genggam tangan	2			
15.	Membuka labia mayora	1			
16.	Membersihkan daerah genital dengan mengusapkan kapas hangat dari atas ke bawah (dari vulva ke arah perineal). Gunakan satu bola kapas untuk setiap kali usapan, dimulai dari bagian yang terluar dengan urutan labia mayora kanan-kiri, labia minora kanan-kiri, dan bagian tengah genital. Gunakan dua jari untuk mengusap dan jari lainnya untuk melindungi bola kapas yang belum terpakai. Ulangi sekali lagi mulai dari labia mayora.	3			
17.	Bila perlu basuh dengan air hangat lagi kemudian keringkan dengan handuk/tissue.	1			
18.	Jika terdapat luka/jahitan pada perineum, rawat luka dengan mengoleskan betadine dan tutup luka dengan kasa steril.	3			
19.	Membantu pasien untuk miring.	1			
20.	Membersihkan daerah anal dengan mengusap dari arah vagina ke anus dengan satu usapan, ulangi dengan waslap sampai bersih, kemudian keringkan dengan handuk kecil/tissue.	1			
21.	Membantu pasien untuk terlentang	1			

22	Melepaskan handscoen	1			
23	Merapikan pasien	1			
Tahap Terminasi					
1.	Menyampaikan dan mengevaluasi hasil Tindakan/kesimpulan	1			
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL	1			
3.	Mengajak pasien membaca Hamdalah	1			
4.	Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan datang	1			
5.	Membereskan dan mengembalikan alat	1			
6.	Mencuci tangan	1			
7.	Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	1			
Penampilan selama tindakan					
1.	Ketenangan	1			
2.	Menjaga keamanan dan kenyamanan pasien	1			
3.	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik	1			
TOTAL SCORE					