

BUKU PANDUAN
PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN II



Nama :
NIM :
Semester :

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS NURUL JADID
PAITON – PROBOLINGGO

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, penyusunan Buku Panduan Praktik Klinik Kebidanan untuk mahasiswa Program Studi Diploma III Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid telah diterbitkan.

Sesuai dengan kurikulum Diploma III Kebidanan, mahasiswa dipersiapkan untuk menjadi tenaga profesional yang mempunyai kemampuan intelektual, sikap dan keterampilan, sehingga dapat memberikan pelayanan asuhan kebidanan yang aman dan memuaskan bagi ibu maupun bayinya beserta keluarga dan masyarakat. Pengalaman belajar mahasiswa terdiri dari pembelajaran teori, laboratorium dan pembelajaran praktik klinik.

Buku Panduan Praktik Klinik Kebidanan ini disusun untuk membantu mahasiswa dalam melaksanakan praktik kebidanan serta sebagai panduan bagi instruktur klinik maupun dosen dalam mengevaluasi keterampilan yang harus dicapai oleh mahasiswa.

Tentunya dalam penyusunan Buku Panduan Praktik Klinik Kebidanan ini masih perlu penyempurnaan sehingga masukan/usulan dari berbagai pihak sangat kami harapkan.

Semoga buku ini dapat menjadi panduan bagi mahasiswa, pembimbing dan dosen dalam kegiatan praktik kebidanan yang dilakukan oleh mahasiswa guna meningkatkan kualitas pembelajaran praktik dalam rangka memperoleh luaran pendidikan D III Kebidanan yang *proficient* dalam kewenangannya.

Amiiin...

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Probolinggo, 17 Januari 2020

Ketua

Prodi D III Kebidanan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pendidikan Diploma III Kebidanan merupakan bagian dari jenjang pendidikan tinggi tenaga kesehatan untuk mempersiapkan mahasiswa menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan profesional kebidanan dalam menerapkan ilmu dan konsep kebidanan dan memanfaatkan teknologi secara arif serta mengupayakan penggunaannya untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Dalam rangka peningkatan sumber daya manusia yang mampu bekerja secara profesional, maka selain pengalaman belajar mahasiswa juga dituntut pengalaman praktik atau klinik sesuai dengan ketentuan Kepmendiknas no 232/U/2000 dan Kurikulum Diploma III Kebidanan Tahun 2011.

Pembelajaran mahasiswa DIII kebidanan baik di kelas maupun dilahan praktik dirancang untuk mempersiapkan lulusannya yang *Proficient*/mahir dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif. Praktik klinik merupakan komponen penting dan tahapan yang paling ditunggu oleh sebagian besar mahasiswa D III Kebidanan.

Tujuan praktik klinik kebidanan mahasiswa DIII kebidanan adalah untuk mengintegrasikan, melengkapi , dan memantapkan penguasaan seluruh kompetensi yang harus diperoleh mahasiswa selama pendidikan serta untuk memberikan pengalaman profesional sebagai bidan. Untuk mencapai hal tersebut ditempuh beberapa strategi diantaranya adalah setelah mendapatkan pembelajaran di kelas dan laboratorium, mahasiswa dituntut agar dapat mengaplikasikan pengetahuan yang telah dimilikinya terhadap kasus nyata di lahan praktik.

Penilaian penampilan kerja memfokuskan perhatian kepada perilaku seutuhnya dari mahasiswa, termasuk pengorganisasian intelektual ketrampilan, termasuk sikap dan interaksi dengan orang lain melalui proses pembelajaran klinik.

Praktik Klinik Kebidanan mahasiswa Program Studi Diploma III Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid merupakan proses pembelajaran klinik dalam upaya menerapkan teori mata kuliah:

1. Asuhan kebidanan pada ibu hamil
2. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dan nifas
3. Asuhan kebidanan pada bayi, anak dan balita dan Pra sekolah
4. Pelayanan KB dan kesehatan reproduksi
5. Pelayanan kegawat daruratan maternal dan neonatal
6. Asuhan Kebidanan pada komunitas

Dalam pembelajaran praktik klinik ini mahasiswa dapat menerapkan praktikum yang telah diperoleh dari pembelajaran laboratorium kelas dan dilaksanakan secara nyata pada pasien di lahan praktik. Sehingga mahasiswa dapat lebih siap dan percaya diri dalam menerapkan manajemen kebidanan baik secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan secara komprehensif.

1.2 TUJUAN

1. Tujuan Umum

Secara umum tujuan kegiatan dari praktik klinik ini adalah agar mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan pada wanita sepanjang daur kehidupan, bayi baru lahir, neonatus, bayi dan anak balita secara fisiologis maupun patologis pada semua tatanan klinik kesehatan.

2. Tujuan Khusus

Secara khusus tujuan praktik klinik ini diharapkan agar mahasiswa mampu :

- a. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin dan nifas normal (fisiologis) dan abnormal (patologis) baik secara mandiri, kolaborasi dan rujukan
- b. Melakukan asuhan kebidanan pada neonatus, bayi dan balita sehat (fisiologis) maupun sakit (patologis) baik secara mandiri, kolaborasi dan rujukan
- c. Melakukan asuhan kebidanan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi baik secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
- d. Melakukan deteksi dini komplikasi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, bayi dan balita secara manajemen terpadu balita sakit
- e. Melakukan penatalaksanaan kasus kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney
- f. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan pendekatan 7 langkah Varney maupun SOAP
- g. Memberikan pendidikan kesehatan dalam bidang pelayanan kebidanan

BAB II

PRINSIP-PRINSIP UMUM

2.1 DESKRIPSI PELAKSANAAN

Sebelum memberikan asuhan kepada pasien mahasiswa diharapkan melakukan kegiatan orientasi lahan praktik yang dilakukan hari pertama praktik berlangsung (waktu disesuaikan lahan praktik). Selama kegiatan praktik klinik berlangsung mahasiswa memperoleh bimbingan dari *Clinical Instructure* (CI) yaitu CI akademik dan CI klinik yang ditunjuk oleh masing-masing institusi yaitu lahan praktik dan institusi pendidikan.

2.1.1 Fase pelaksanaan praktik klinik:

- a. Kegiatan rutin setiap hari dinas sesuai dengan jadwal dinas.
- b. Konsultasi dengan CI Klinik dan CI Akademik
- c. Penyelesaian tugas-tugas

2.1.2 Metode pembelajaran klinik:

- a. Laporan pendahuluan
- b. Catatan kegiatan harian (*learning diary*)
- c. Pre dan *post conference*
- d. *Bed side teaching*
- e. *Menthorship percepthorship* dan *supervision*

2.2 DESKRIPSI PEMBIMBING

2.2.1 CI Akademik

Dipilih oleh Ka.Prodi D III Kebidanan dibawah koordinasi Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid dari kalangan dosen tetap ataupun dosen luar. Konsultasi atau bimbingan dilakukan setiap 1 minggu sekali yang waktunya disepakati antara mahasiswa dan pembimbing. Penilaian terhadap kompetensi mahasiswa dilakukan oleh CI Akademik dan CI Klinik.

2.2.2 CI Klinik

Ditunjuk oleh pimpinan atau pejabat yang berwenang untuk memberikan bimbingan dan pengawasan kepada mahasiswa. Syarat pendidikan minimal seorang pembimbing klinik adalah setara lulusan D IV Kebidanan. Dalam kondisi dimana kualifikasi tenaga tersebut tidak tersedia, dapat dipertimbangkan untuk menunjuk pembimbing klinik dengan pengalaman kerja yang luas dalam bidang tersebut.

2.3 TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB

1. Mahasiswa

- a. Menenal pembimbing klinik dan institusi
- b. Mengikuti program orientasi lingkungan belajar klinik
- c. Membaca kembali penuntun belajar/ instrumen penilaian
- d. Mereview materi-materi kebidanan dengan referensi terbaru dan berdasarkan hasil *evidence based*
- e. Menghadiri jadwal dinas dan secara aktif berpartisipasi dalam semua kegiatan
- f. Membuat buku laporan kegiatan sehari-hari yang ditanda tangani oleh pembimbing klinik/kepala jaga pada setiap akhir jam dinas.
- g. Menghadiri pertemuan *pre* dan *post conference*
- h. Mendemonstrasikan seluruh keterampilan dasar praktik klinik dengan menggunakan penuntun belajar dan instrumen penilaian
- i. Mendiskusikan dengan pembimbing klinik dan institusi mengenai keterampilan klinik yang belum dipahami atau belum dikuasai
- j. Memastikan bahwa buku pencapaian target kompetensi telah ditandatangani oleh petugas yang mendampingi setiap kali selesai melakukan tindakan dan diketahui oleh pembimbing institusi pada saat proses bimbingan.
- k. Mematuhi semua protap dan peraturan praktik klinik.

2. Pembimbing

- a. meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan asuhan kebidanan dan ilmu-ilmu lain yang terkait dengan praktik kebidanan sesuai dengan *evidence based*.
- b. Bekerjasama dengan institusi Pendidikan Bidan melalui koordinator praktik.
- c. Menyiapkan diri untuk menerima mahasiswa dilahan praktik.
- d. Memastikan ketersediaan jumlah dan jenis klien, peralatan dan bahan-bahan yang di perlukan untuk pelaksanaan praktik lapangan termasuk model.
- e. Mengorientasikan mahasiswa pada lingkungan lahan praktik yang di gunakan termasuk peraturan-peraturan yang berlaku, SOP, alat-alat dan seluruh petugas yang bekerja di lahan praktik tsb.
- f. Mengadakan pertemuan pra klinik untuk mendiskusikan dan mereview kembali tujuan-tujuan praktik klinik yang akan dicapai, penuntun belajar dan instrumen penilaian bersama mahasiswa.
- g. Memberi penjelasan kepada klien bahwa mahasiswa ikut terlibat dalam pelaksanaan praktik.
- h. Memfasilitasi mahasiswa dalam pengaturan tempat, jadwal praktik dan pemanfaatan waktu.

- i. Mengatur ketrampilan-keterampilan yang akan di pelajari pada berbagai kasus.
- j. Menilai pencapaian kompetensi keterampilan klinis mahasiswa dengan menggunakan instrumen penilaian.
- k. Mengevaluasi keterampilan mahasiswa secara berkesinambungan.
- l. Menerima konsultasi mahasiswa apabila ditemukan adanya kesulitan dalam pencapaian kompetensi atau pencapaian tujuan pembelajaran klinik.
- m. Melaksanakan *pre conference* dengan mahasiswa untuk memberikan umpan balik tentang kinerja mahasiswa, kendala-kendala yang di hadapi, mendiskusikan kasus-kasus serta tindakan kebidanan yang di temukan.
- n. Memberikan umpan balik dan menandatangani buku laporan / dokumentasi hasil asuhan yang dibuat mahasiswa.
- o. Mendiskusikan rencana tindak lanjut paska umpan balik.
- p. Memberi umpan balik kepada dosen pengajar/kooordinator praktik mengenai perkembangan mahasiswa.

2.4 WAKTU PELAKSANAAN PRAKTIK

Kegiatan praktik klinik kebidanan II dilakukan awal semester VI dengan kompetensi kegawatdaruratan maternal neonatal yang disesuaikan dengan tahapan pendidikan diploma III Kebidanan.

2.5 TEMPAT PRAKTIK

Kegiatan praktik klinik kebidanan II ini dilaksanakan Rumah Sakit. Tempat praktik disesuaikan dengan kompetensi yang ingin dicapai.

2.6 PERSYARATAN MAHASISWA MENGIKUTI PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN

- 1. Mahasiswa telah menyelesaikan dan lulus mata kuliah semester yang berjalan
- 2. Mahasiswa dinyatakan lulus Ujian Tahap
- 3. Terdaftar sebagai mahasiswa aktif Prodi D III Kebidanan (menyelesaikan registrasi dan administrasi).

2.7 TATA TERTIB MAHASISWA

2.7.1 Mahasiswa harus berpenampilan rapi dan sopan.

- a. Memakai seragam praktik sesuai dengan ketentuan institusi (pakaian putih-putih, jilbab putih rambut digelung rapi)
- b. Memakai pantofel dan kaus kaki berwarna putih
- c. Tidak memakai perhiasan atau make up yang berlebihan.

2.7.2 Mahasiswa harus hadir di ruang praktik 15 menit sebelum pergantian dinas.

- 2.7.3 Memakai *skort* didalam ruangan
- 2.7.4 Memakai tanda pengenal mahasiswa yang resmi selama berada di rumah sakit.
- 2.7.5 Setiap kali akan melakukan tindakan, mahasiwa harus memperoleh ijin terlebih dahulu/didampingi oleh petugas jaga.
- 2.7.6 Tindakan yang dilakukan harus sesuai dengan penuntun belajar dari institusi yang menyesuaikan dengan *Standard Operational Procedure* yang berlaku di Rumah Sakit.
- 2.7.7 Berperilaku sopan dan bertutur kata yang baik terhadap pasien, staf pengajar, karyawan, serta civitas akademis lainnya.
- 2.7.8 Mematuhi berbagai peraturan yang telah ditetapkan oleh masing-masing ruangan.
- 2.7.9 Bagi mahasiswa yang meninggalkan jam praktik maka diwajibkan untuk mengulang dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Keterangan sakit: Sesuai dengan hari yang ditinggalkan
 - b. Keterangan Ijin: 2 kali jumlah hari yang ditinggalkan
 - c. Tanpa keterangan (*Alpha*): 3 kali jumlah hari yang ditinggalkan

**2.8 PETUNJUK PENGGUNAAN BUKU PANDUAN PRAKTIK KLINIK
KEBIDANAN BAGI:**

- 2.8.1 Mahasiswa
 - a. Pelihara dan simpan buku panduan ini secara baik
 - b. Setiap menjalankan praktik buku ini harus selalu dibawa
 - c. Tentukan keterampilan yang akan dikerjakan bersama pembimbing klinik (ruangan/pendidikan)
 - d. Buku panduan dikumpulkan di pendidikan setelah melaksanakan praktik klinik, paling lambat 1 minggu setelah praktik klinik berakhir.
 - e. Buku panduan sebagai dokumentasi proses belajar mengajar, diharapkan tidak hilang, bila buku evaluasi ini hilang, maka mahasiswa diharapkan mengulang praktik yang pernah dikerjakan

- 2.8.2 CI Klinik
 - a. Berikan tanda silang (✓) pada kolom yang diberi angka 1,2,3,4 (skala penilaian) setelah memantau kemampuan peserta didik selama melaksanakan praktik klinik kebidanan kepada klien dengan ketentuan :

Angka	Kriteria	Keterangan
1	Kurang	dikerjakan dengan salah
2	Cukup	dikerjakan masih dengan bimbingan
3	Baik	dikerjakan dengan benar tetapi ragu-ragu.
4	Baik Sekali	dikerjakan tanpa bimbingan dengan tepat, benar dan sistematis.

- b. Penilaian dilakukan bila sudah ada kata sepakat antara pembimbing dan mahasiswa yang bersangkutan

- c. Setiap pembimbing praktik sebaiknya mempunyai catatan/arsip mahasiswa yang dibimbingnya
- d. Pembimbing praktik mempunyai wewenang mengadakan *individual conference* dan responsi kelompok sewaktu–waktu bila diperlukan/terjadwal

2.9 EVALUASI

Setiap mahasiswa akan dinilai oleh CI Institusi dan CI Klinik. Pembobotan laporan pendahuluan sebesar 10%, responsi 30%, sikap dan tindakan 30%, lapoan kasus 20%, kehadiran 10%. Penilaian ini terdiri dari aspek kognitif, psikomotor dan afektif. Bila peserta didik belum mencapai nilai batas lulus maka dapat dilakukan ujian ulang.

2.9.1 Penilaian CI Institusi

Aspek penilaian meliputi:

- a. Pembuatan laporan
 - Kerajinan dalam konsultasi
 - Kesesuaian tiap bab
 - Ketepatan dalam penyerahan laporan
- b. Pelaksanaan presentasi
 - Persiapan kelompok
 - Penguasaan materi kasus
 - Penyampaian materi
 - Ketepatan waktu presentasi
 - Kerjasama antar anggota kelompok

2.9.2 Penilaian CI Klinik

- a. Kompetensi yang dicapai
- b. Sikap mahasiswa
 - Kedisiplinan praktik baik dari waktu dinas, dan mentaati peraturan tempat dinas
 - Kerjasama dengan teman dinas atau pegawai yang bertugas
 - Kesopanan dengan pegawai dalam lingkup tempat dinas
 - Kerapihan dalam penampilan dan melaksanakan tugas
 - Keaktifan mahasiswa
- c. Pelaksanaan presentasi
 - Persiapan kelompok
 - Penguasaan materi kasus
 - Penyampaian materi
 - Ketepatan waktu presentasi
 - Kerjasama antar anggota kelompok

Nilai batas minimal kelulusan setiap praktik klinik adalah 70, bagi mahasiswa yang memperoleh nilai < 70 , maka harus mengulang praktik klinik yang disesuaikan dengan jadwal praktik klinik secara keseluruhan. Biaya praktik klinik dan biaya yang ditimbulkan oleh hal tersebut menjadi beban mahasiswa. Batas kesempatan mahasiswa mengikuti kegiatan praktik klinik ulang disesuaikan dengan batas maksimal studi.



PEMERIKSAAN KEHAMILAN (ANC)

3.1 Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

1. Pengertian

Pemeriksaan kehamilan adalah pemeriksaan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan memberikan ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.

2. Tujuan

Dalam pelayanan ANC dikemukakan beberapa tujuan antara lain:

- a. Memantau kondisi kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial, ibu dan bayi.
- c. Menganalisa secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan termasuk riwayat penyakit secara umum yaitu pembedahan dan kebidanan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat baik ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar tumbuh dan berkembang secara normal.
- g. Memberikan nasehat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, nifas dan aspek keluarga berencana.
- h. Menurunkan angka kesakitan dan kematian maternal perinatal

3. Persiapan Alat dan Bahan

- b. Alat
 - 1) Leanec
 - 2) Doppler / spekulum corong
 - 3) Meteran kain pengukur tinggi fundus uteri
 - 4) Meteran pengukur LILA
 - 5) Selimut
 - 6) Refleks Hammer
 - 7) Jarum suntik disposibel 3 ml
 - 8) Air hangat
 - 9) Timbangan Berat Badan dewasa
 - 10) Tensimeter Air Raksa

- 11) Stetoscope
- 12) Bed Obstetric
- 13) Spekulum gynec
- 14) Lampu halogen/ senter
- 15) Kalender kehamilan

c. Bahan

- 1) Sarung tangan
- 2) Kapas steril
- 3) Kassa steril
- 4) Alkohol 70 %
- 5) Jelly
- 6) Sabun antiseptik
- 7) Wastafel dengan air mengalir
- 8) Vaksin TT

4. Prosedur Kerja

a. Persiapan

- 1) Mempersiapkan alat dan bahan medis yang diperlukan.
- 2) Mempersiapkan Bumil mengosongkan kandung kemih.
- 3) Petugas mencuci tangan dengan sabun antiseptik dan bilas dengan air mengalir dan keringkan

b. Pelaksanaan

- 1) Anamnesa:
 - a) Riwayat perkawinan
 - b) Riwayat penyakit ibu dan keluarga
 - c) Status wayat Haid, HPHT
 - d) Riwayat imunisasi Ibu saat ini
 - e) Kebiasaan ibu
 - f) Riwayat persalinan terdahulu

Dari anamnesa haid tersebut, tentukan Usia kehamilan dan buat taksiran persalinan

2) Pemeriksaan

a) Pemeriksaan Umum

- (1) Keadaan umum Bumil
- (2) Ukur TB, BB, Lila
- (3) Tanda vital: Tensi, Nadi, RR, HR
- (4) Pemeriksaan fisik menyeluruh (dari kepala sampai ekstremitas)

b) Pemeriksaan Khusus

- (1) Umur Kehamila <20 minggu
 - Inspeksi

- Tinggi fundus
 - Hyperpigmentasi (pada areola mammae, Linea nigra)
 - Striae
 - Palpasi.
 - Tinggi fundus uteri
 - Keadaan perut
 - Auskultasi
- (2) Umur Kehamilan >20 minggu
- Inspeksi
 - Tinggi fundus uteri
 - Hyperpigmentasi dan striae
 - Keadaan dinding perut
 - Palpasi
 - Lakukan pemeriksaan Leopold

Leopold 1

- Letakkan sisi lateral telunjuk kiri pada puncak fundus uteri untuk menentukan tinggi fundus. Perhatikan agar jari tersebut tidak mendorong uterus kebawah (jika diperlukan, fiksasi uterus bawah dengan meletakkan ibu jari dan telunjuk tangan kanan dibagian lateral depan kanan dan kiri, setinggi tepi atas simfisis)
- Angkat jari telunjuk kiri (dan jari-jari yang memfiksasi uterus bawah) kemudian atur posisi pemeriksa sehingga menghadap kebagian kepala ibu
- Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada fundus uteri dan rasakan bagian bayi yang ada pada bagian tersebut dengan jalan menekan secara lembut dan menggeser telapak tangan kiri dan kanan secara bergantian

Leopold 2

- Letakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu sejajar dan pada ketinggian yang sama.
- Mulai dari bagian atas, tekan secara bergantian atau bersamaan telapak tangan kiri dan kanan kemudian geser kearah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian yang kecil (ekstremitas).

Leopold 3

- Atur posisi pemeriksa pada sisi kanan dan menghadap kebagian kepala ibu

- Letakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan pada dinding lateral kanan bawah perut ibu, tekan secara lembut bersamaan atau bergantian untuk menentukan bagian bawah bayi (bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala, sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong).

Leopold 4

- Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada dinding lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis dan menghadap kebagian kaki ibu
- Temukan kedua jari kiri dan kanan, kemudian rapatkan semua jari-jari tangan kanan yang meraba dinding bawah uterus.
- Perhatikan sudut yang dibentuk oleh jari-jari kiri dan kanan (konvergen/divergen)
- Pindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala, upayakan memegang bagian kepala didekat leher dan bila presentasi bokong, upayakan untuk memegang pinggang bayi)
- Fiksasi bagian tersebut kearah pintu atas panggul, kemudian letakkan jari jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.

▪ Auskultasi

Pemeriksaan bunyi dan frekuensi jantung janin.

c) Pemeriksaan Tambahan

- Laboratorium rutin: Hb, Albumin, Reduksi
- USG



PEMERIKSAAN KEHAMILAN (ANC)

NO	PROSEDUR / LANGKAH KLINIK	SKALA PENILAIAN			
		1	2	3	4
1.	Persetujuan pemeriksaan				
	a. Salam therapeutik.				
	b. Jelaskan pemeriksaan ini pada ibu.				
	c. Jelaskan tujuan dan hasil yang diharapkan dari pemeriksaan				
	d. Bila ibu mengerti apa yang telah di sampaikan mintakan persetujuan lisan tentang pemeriksaan yang akan di lakukan.				
2.	Persiapan Alat				
	a. Tensimeter set				
	b. Thermometer				
	c. Jam tangan				
	d. Botol 3 buah (untuk thermometer)				
	e. Tissue pada tempatnya				
	f. Selimut				
	g. Lampu senter				
	h. Metline				
	i. Jangka panggul				
	j. Hammer				
	k. Stethoscope laenec / funandoscope / doppler				
	l. Bengkok				
	m. Spatel lidah				
	n. Kain kasa dan kapas				
	o. Timbangan				
	p. Pengukur tinggi badan / Pita pengukur LILA				
	q. Dressing Car / troli				
	r. Status Klien				
	s. Alat tulis				
	t. Handschoen				
	u. Bak instrumen				
	v. Sampiran / penutup ruangan.				
	Persiapan pasien				
	a. Pasien diberitahu tindakan yang akan dilakukan				
	b. Memasang sampiran				
	c. Menjelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan fisik				
	d. Mengatur posisi klien				
3.	Cara Kerja :				
	Cuci tangan				
	Pemeriksaan umum				
	Pemeriksaan keadaan umum dan kesadaran klien				
	a. Keadaan umum dan kesadaran klien				
	b. Bentuk tubuh (tinggi, pendek, kurus, gemuk, kifosis, lordosis, scoliosis)				
	c. Cara berjalan				
	d. Timbang berat badan dan mengukur tinggi badan				
	e. Pengukuran panggul luar (Jika perlu)				
	Pemeriksaan tanda – tanda vital (TD, Nadi, Suhu dan pernafasan dalam satu menit)				
	Pemeriksaan fisik :				
	PEMERIKSAAN KEPALA, WAJAH, LEHER, DADA.				
	Mengatur posisi tidur klien				
	a. Pemeriksaan Kepala				
	- Kebersihan Kulit Kepala				
	- Konstruksi Rambut				
	- Distribusi Rambut				
	b. Pemeriksaan Wajah				

	<ul style="list-style-type: none">- Periksa apakah terdapat oedema, chloasma gravidarum atau hyperpigmentasi pada wajah.- Periksa mata : Conjunctiva, sclera, pupil, dan kelopak mata <p>c. Pemeriksaan Telinga</p> <ul style="list-style-type: none">- Kebersihan Telinga (Apakah Terdapat Sekret/Serumen) <p>d. Pemeriksaan Hidung</p> <ul style="list-style-type: none">- Kebersihan Hidung (Apakah Terdapat Sekret)- Apakah terdapat polip <p>e. Periksa mulut dan gigi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bibir- Mukosa mulut- Caries dentis- Stomatitis- Geraham- Lidah <p>f. Periksa leher</p> <ul style="list-style-type: none">- Pembesaran tonsil, kelenjar tyroid, pembesaran vena jugularis, dan pembesaran kelenjar getah bening. <p>g. Periksa dada</p> <ul style="list-style-type: none">- Periksa gerak napas- Auskultasi suara napas- Payudara: Bentuk, ukuran, dan simetris atau tidak- Putting susu menonjol atau masuk ke dalam, apakah terdapat pigmentasi pada daerah areola- Ada/tidak cairan lain atau cholostrum- Pada saat klien mengangkat tangan ke atas kepala lakukan pemeriksaan payudara untuk mengetahui ada atau tidak retraksi- Klien berbaring dengan tangan kiri di atas lakukan palpasi secara sistematis pada payudara sebelah kiri (sesudah itu sebelah kanan juga). dari arah payudara, axial : apakah terdapat massa atau pembuluh limfe yang membesar				
	<p>PEMERIKSAAN ABDOMEN</p> <p>a. Periksa pembesaran uterus apakah sesuai dengan usia kehamilan, bentuk pembesaran uterus, striae, linea, ada/tidak bekas luka operasi.</p> <p>b. Pemeriksaan palpasi Leopold : Persiapkan pasien untuk menekuk kakinya</p> <p>Leopold I</p> <ul style="list-style-type: none">- Lihat dan raba apakah uterus berkontraksi/tidak kemudian mengumpulkan uterus ketengah.- Menentukan tinggi fundus uteri dengan jari atau metline (Mc Donald)- Menentukan bagian janin yang ada di fundus<ul style="list-style-type: none">• Kepala : Keras, bulat, melenting• Bokong : Lunak, kurang bulat, kurang melenting• Lintang : Fundus uteri kosong. <p>Leopold II</p> <ul style="list-style-type: none">- Kedua tangan di pindahkan sisi kiri dan kanan perut ibu.- Menentukan bagian kecil janin dan letak punggung janin (membujur, keras, memanjang) <p>Leopold III</p> <ul style="list-style-type: none">- Menentukan bagian janin yang ada di segmen bawah rahim.- Menentukan apakah bagian terendah janin sudah masuk PAP atau belum <p>Leopold IV</p> <ul style="list-style-type: none">- Posisi kaki pasien diluruskan.- Periksa melihat kearah kaki pasien- Menentukan berapa jauh masuknya bagian bawah janin dalam panggul dengan menggunakan kedua tangan.- Rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian bawah<ul style="list-style-type: none">• Kedua tangan konvergen: Hanya sebagian kecil dari bagian bawah yang masuk ke panggul				

	<ul style="list-style-type: none">• Keduatangan sejajar : Sebagian kepala atau bagian bawah janin masuk ke rongga panggul.• Kedua tangan divergen : Bagian terbesar dari kepala atau bagian terbawah janin masuk ke rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati PAP				
	PEMERIKSAAN AUSKULTASI <ul style="list-style-type: none">a. Menentukan posisi punggung janin dan cari puctum maksimum.b. Menempatkan stethoscope laenec / funduscope pada puctum maksimum (uterus tidak berkontraksi).c. Meraba nadi ibu pada waktu yang sama untuk membandingkan dengan frekuensi detak jantung janin.d. Membandingkan bunyi :<ul style="list-style-type: none">- Pihak ibu : Denyut aorta, bising usus- Pihak anak : Denyut jantung janin, gerakan janin.- Pada anak kembar bunyi jantung janin terdengar di dua tempat yang sama jelasnya tapi beda frekuensinya.e. Menghitung frekuensi DJJ dengan mendengarkan denyut jantung janin selama satu menit				
	PEMERIKSAAN PANGGUL <ul style="list-style-type: none">a. Melakukan pengukuran Distansia Spinarumb. Melakukan pengukuran Distansia Kristarumc. Melakukan pengukuran Konjugata Eksternad. Melakukan pengukuran Lingkar panggul				
	PEMERIKSAAN GENETALIA LUAR (DENGAN MENUNAKAN HANDS SCOEN) <ul style="list-style-type: none">a. Pemeriksaan Vulva, Vagina, Oedem, Varices, Luka parut dan Fistula.b. Ada/tidak pengeluaran pervaginam (warna, konsistensi, jumlah dan bau)				
	Pemeriksaan ekstremitas <ul style="list-style-type: none">a. Ada / tidak oedema, Varices, Bekas Lukab. Ada / tidak tanda HOMAN SIGNc. Perkusi atau periksa reflek patella				
4	Rapikan pasien				
5	Bereskan peralatan				
6	Cuci tangan				
7	Beritahukan hasil pemeriksaan dan salam therapeutik				
8	Dokumentasi				



PEMERIKSAAN HEMOGLOBIN

DENGAN METODE SAHLI

A. Pemeriksaan Hemoglobin

1. Pengertian

Mengukur kadar hemoglobin berdasarkan warna yang terjadi akibat perubahan Hb yang menjadi asam hematin oleh adanya HCL 0,1 N

2. Tujuan

Pemeriksaan hemoglobin dilakukan untuk mendeteksi adanya anemia dan penyakit ginjal. Peningkatan hemoglobin dapat menunjukkan indikasi adanya dehidrasi, penyakit paru-paru obstruksi menahun, gagal jantung kongestif dan lain-lain

3. Persiapan Alat dan Bahan

- a. Tabung pengukur
- b. 2 tabung standar warna
- c. Pipet Hb dengan pipa karetanya
- d. Pipet HCl
- e. Batang pengaduk
- f. Botol tempat HCl dan aquadest
- g. Sikat pembersih
- h. Perlak kecil dan pengalas
- i. Kapas alkohol 70%
- j. Jarum/Lancet
- k. Handscoon steril
- l. Kapas kering
- m. Bengkok

2. Prosedur Kerja

- a. Masukkan larutan HCl 0,1N dengan pipet HCl kedalam tabung pengencer sampai pada angka 2
- b. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuan dan langkah prosedur pemeriksaan
- c. Membawa alat-alat ke dekat pasien
- d. Mencuci tangan
- e. Memasang perlak dan pengalas dibawah tangan pasien yang akan diambil darahnya
- f. Menyiapkan bengkok
- g. Memakai handscoon steril
- h. Menyiapkan jari klien dan mengumpulkan darah ke bagian jari tangan dengan cara memijat

- i. Menghapus hamakan ujung jari yang akan diambil darahnya dengan alkohol
- j. Menusukan jarum pada ujung jari sebelah tepi sampai darah keluar
- k. Menghapus darah yang pertama kali keluar dengan kapas kering
- l. Dengan pipet Hb menghisap darah sampai angka 20 cm, jangan sampai ada gelembung udara yang sampai ikut terhisap
- m. Hapus darah yang melekat pada ujung pipet dengan menggunakan kapas kering
- n. Menuangkan darah tersebut ke dalam tabung pengencer yang sudah berisi HCl 0,1 N dengan posisi tegak lurus dan hindarkan darah mengenai dinding tabung
- o. Sisa darah yang mungkin masih melekat di dalam lumen pipet Hb di bilas dengan jalan meniup dan menyedotnya.
- p. Tunggu sampai 1 menit
- q. Tambahkan aquadest sedikit demi sedikit, pada setiap kali penambahan warna dari larutan asam hematin yang terjadi, bandingkan dengan warna dari larutan standar
- r. Pada saat warna tersebut sama, maka penambahan aquadest dihentikan dan kadar Hb dibaca skala itu dengan satuan pembacaan gr %
- s. Mengambil perlak dan pengalas, merapikan alat-alat
- t. Melepaskan handscoon
- u. Mencuci tangan

PEMERIKSAAN KADAR HB

NO	LANGKAH / KEGIATAN	NILAI			
		1	2	3	4
1	Menjelaskan kepada ibu tentang tujuan dari pemeriksaan Hb				
2	Mencuci kedua tangan sebelum melakukan tindakan.				
3	Menyiapkan Alat untuk pemeriksaan Hb				
4	Memberitahu ibu bahwa akan di ambil darahnya dari ujung jari				
5	Mengisi tabung sahli dengan larutan HCl 0,1 N sampai angka 2				
6	Membersihkan dan memberi antiseptik pada daerah kapiler jari ibu dengan menggunakan kapas alkohol 70%.				
7	Menusukkan blood lancet pada ujung jari ibu.				
8	Menghisap darah kapiler yang keluar dengan menggunakan pipet sahli sampai angka 20.				
9	Memasukkan darah ke dalam tabung sahli, lalu mengaduk dengan batang pengaduk kaca. (ditunggu selama 4 menit)				
10	Mengencerkan dengan aquadest tetes demi tetes sampai larutan sama dengan warna standar pada haemometer.				
11	membaca skala miniskus yang ditunjukkan pada skala tabung sahli dan dinyatakan dalam gram %				
12	Membereskan alat dan merapikan pasien				
13	Mencuci kedua tangan setelah melakukan tindakan				
14	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan Hb ibu hamil				



PEMERIKSAAN GLUKOSA URINE DENGAN REAKSI FEHLING

A. Pemeriksaan Glukosa Urine

1. Pengertian

Pemeriksaan glukosa urine adalah pemeriksaan pada sample urine untuk mengetahui ada atau tidaknya glukosa dalam urine. Prinsipnya dalam suasana Lindi (basa) glukosa mereduksi Cupri (CuO) ® Cupro (Cu_2O) yang mengendap dan berwarna merah bata

2. Tujuan

Untuk mengetahui ada atau tidaknya glukosa dalam urine

3. Persiapan Alat dan Bahan

a. Alat

- 1) Rak tabung
- 2) Tabung reaksi
- 3) Pipet tetes
- 4) Tempat urin
- 5) Lampu spiritus
- 6) Penjepit tabung
- 7) Korek api
- 8) Bengkok
- 9) Celemek
- 10) Hand schoen

b. Bahan

- 1) Kertas saring
- 2) Felling A
- 3) Felling B
- 4) Sample urine

4. Prosedur Kerja

- a. Mencuci tangan
- b. Memakai sarung tangan
- c. Masukkan urine yang telah disaring kedalam tabung reaksi, kemudain tambahkan fehling A dan fehling B dngan perbandingan (2:1:1)
- d. Kemudian panaskan tabung sampai mendidih, dipegang miring dengan penjepit tabung sambil digoyang-goyangkan agar panasnya merata dan tidak meluap keluar.

- e. Setelah mendidih didiamkan selama kurang lebih 2 menit kemudian lihat perubahan warnanya:
- | | |
|---------------------|------------------------------------------|
| Negatif | : tetap biru atau hijau jernih |
| Positif (+) | : keruh warna hijau agak kuning |
| Positif (+ + | : kuning kehijauan dengan endapan kuning |
| Positif (+ + +) | : kuning kemerahan, endapan kuning merah |
| Positif (+ + + +) | : merah jingga sampai merah bata |
- f. Bersihkan alat yang telah dipakai
- g. Mencuci tangan
- h. Melepas sarung tangan
- i. Melakukan pendokumentasian



PEMERIKSAAN GLUKOSA URINE

PROSEDUR	KEGIATAN	NILAI			
		1	2	3	4
Persiapan Pemeriksa	1. Persiapan pemeriksa: memakai perlengkapan perlindungan diri: handscoon dan celemek				
Langkah-langkah pemeriksaan:	2. Cara pemeriksaan adalah sbb: a. Air kemih yang telah disaring dengan kertas saring dimasukkan larutan fehling A, dan tabung urin yang sebuah lagi dengan larutan fehling B. Urin dengan larutan fehling harus sama banyak. Misalnya satu tabung berisi 3 cc urin ditambahkan fehling A 3cc, tabung yang satu lagi berisi urin 3 cc dan ditambahkan fehling B 3cc. b. Kemudian isi dua tabung ini dituangkan menjadi satu, sehingga perbandingan air kemih dengan larutan fehling A dan B adalah 6cc : 3 cc: 3 cc atau 2 urine, 1 fehling A dan 1 Fehling B (2:1:1) c. Tabung ini dipanaskan sampai mendidih, dipegang miring dengan penjepit tabung sambil digoyang-goyangkan agar panasnya merata dan tidak meluap keluar. d. Setelah mendidih didiamkan selama kurang lebih 2 menit kemudian lihat perubahan warnanya: - tetap biru atau hijau jernih + keruh warna hijau agak kuning ++kuning kehijauan dengan endapan kuning +++kuning kemerahan, endapan kuning merah ++++merah jingga sampai merah bata				
	3. Bersihkan alat-alat yang telah dipakai				
	4. Mencuci tangan dengan 7 langkah				
	5. Melakukan pendokumentasian				



PEMERIKSAAN PROTEIN URINE

A. Pemeriksaan Protein Urine

1. Pengertian

Pemeriksaan protein urin adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk menyatakan adanya protein dalam urin berdasarkan timbulnya kekeruhan.

2. Tujuan

Untuk mengetahui adanya protein didalam urin

3. Persiapan Alat dan Bahan

- a. Bengkok
- b. Lampu spirtus
- c. Tabung kimia 2 buah
- d. Asam asetat 6%
- e. Korek api
- f. Corong
- g. Kertas saring

4. Prosedur Kerja

- a. Mencuci tangan
- b. Memakai sarung tangan
- c. Saring urine dengan kertas penyaring
- d. Mengisi kedua tabung reaksi dengan urine masing-masing 2 ml, salah satu tabung sebagai pembanding pemeriksaan
- e. Menyalakan lampu spirtus
- f. Memanaskan tabung sampai mendidih berjarak 2-3 cm membentuk sudut 45°, arahkan tabung yang dipanaskan ketempat yang kosong kemudian panaskan tabung secara merata dari ujung bawah keatas
- g. Bila urin yang dipanaskan keruh tambahkan 4 tetes asam asetat 6% dan bila kekeruhan hilang maka menunjukkan hasil yang negatif
- h. Jika urin teteap keruh maka panaskan sekali lagi dan bandingkan hasilnya
- i. Bila setelah dipanaskan urin tetap keruh maka hasilnya positif dan baca hasil
- j. Memberskan peralatan
- k. Mencuci tangan
- l. Lakukan pendokumentasian



PEMERIKSAAN PROTEIN URINE

NO	LANGKAH / KEGIATAN	NILAI			
		1	2	3	4
1.	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri				
2.	Menjelaskan pemeriksaan ini kepada ibu				
3.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan yang diharapkan				
4.	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan				
5.	Menyiapkan alat				
6.	Memberitahu ibu untuk mengosongkan kandung kemih dan diberi tempat urine				
7.	Cara kerja : a. Mencuci tangan b. Menuangkan dan menyaring urine ke dalam 2 tabung reaksi masing - masing 2 cc c. Memanaskan tabung di atas lampu spiritus sampai mendidih (urine pembanding tidak direbus) d. Memperhatikan apakah ada kekeruhan atau tidak dan dibandingkan dengan tabung ke II e. Menetesi urine yang telah dipanaskan dengan asam asetat 2 - 3 tetes, kemudian panaskan kembali f. Membaca hasilnya -- : tidak ada kekeruhan. + : kekeruhan ringan tanpa butir-butir (0,01-0,05%). ++ : kekeruhan mudah dilihat & nampak butir-butir dalam kekeruhan tersebut(0,05-0,2%). +++ : urin jelas keruh dan kekeruhan berkeping-keping (0,2-0,5%). ++++ : sangat keruh dan bergumpal/memadat (>0,5%).				
8.	Membersihkan dan merapikan alat				
9.	Mencuci tangan				
10.	Mendokumentasikan				



Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid
Paiton Probolinggo

TINDAKAN RUJUKAN PASIEN DENGAN PERDARAHAN ANTEPARTUM
(KETRAMPILAN DI KOMUNITAS)

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN	
Persiapan Alat	Spekulum Stetoskope Thermometer Tensimeter Sput 3 cc Infuse set dan cairan Sarung tangan Peralatan Perlindungan diri (PPD) Darah (kalau perlu) Handuk kecil / tissue Bak instrument steril dan non steril Plester Gunting plester Hypafix Standart infuse Kateter Bengkok Kom berisi kapas dengan air DTT Doppler Lampu dan baskom berisi larutan Cl 0,5%	
Pelaksanaan	1	Berikan penjelasan pada pasien atau keluarga tentang kondisi saat ini dan minta persetujuan tindakan medis
	2	Gunakan perlengkapan perlindungan diri
	3	Cuci tangan 7 langkah dibawah air mengalir dan menggunakan sabun
	4	Keringkan tangan dengan handuk pribadi dengan sekali usap pada masing masing sisi handuk atau menggunakan tissue
	5	Gunakan sarung tangan bersih
	6	Pastikan indikasi, tanda dan gejala perdarahan antepartum Solusio plasenta: Terjadi pada umur kehamilan > 28 minggu sampai dengan menjelang persalinan Perdarahan dengan rasa nyeri Terjadi karena adanya trauma mendadak Plasenta Previa Terjadi pada umur kehamilan > 28 minggu Perdarahan berulang dan perlahan Tidak ada nyeri Tidak didahului trauma
	7	Lakukan pemeriksaan fisik , tanda vital (DJJ dan Leopold) Solusio Plasenta Keadaan Umum tidak sesuai dengan perdarahan Anemis Vital sign tidak sesuai dengan perdarahan Perdarahan disertai PER atau eklamsia Abdomen tegang Nyeri Bagian janin sulit diraba DJJ abnormal (fetal distress sampai dengan mati) dan sulit didengar Warna darah lebih tua (kehitam-hitaman) Plasenta Previa Keadaan umum sesuai perdarahan Abdomen lembek Tanpa nyeri

		Bayi mengalami fetal distress Darah berwarna merah segar Bagian terendah janin belum masuk PAP (pintu atas panggul)
	8	Posisikan ibu dengan posisi litotomi
	9	Ganti sarung tangan steril
	10	Lakukan pemeriksaan speculum (jangan lakukan pemeriksaan dalam) pada plasenta previa perdarahan berasal dari ostium uteri eksterna
	11	Jelaskan hasil pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan pada ibu jika memungkinkan atau keluarga
	12	Komunikasikan persiapan merujuk pada keluarga
	13	Lakukan pemasangan infuse kalau diperlukan pasang dua jalur
	14	Periksa golongan darah dan siapkan donor darah transfuse
	15	Lakukan rujukan dengan terus mengobservasi kondisi ibu dan DJJ, harus diantar dan membawa surat rujukan
	16	Berikan informasi pada tempat rujukan tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan



HIPEREMESIS GRAVIDARUM
(KETRAMPILAN KOLABORASI DI RUMAH SAKIT)

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN	
Persiapan Alat	Peralatan Perlindungan diri (PPD) Set infuse dan cairan infuse (Glukosa 5-10% dan NaCl) Standar infuse Hypafix, plester, gunting plester Sprit 3 cc Vitamin B1 dan B6 Injeksi Primperan Antasida syrup Set kateter (Kateter folley steril, Kantong urine steril, Sarung tangan steril dan celemek plastic, Paket balutan atau kateter steril (pinset anatomis, spuit 5-10 cc, kapas, kassa, kateter sesuai ukuran) Aquadest, Gel anastesi, Air steril, Standar kantong urine, Underpad, Kain steril, Bengkok Handuk Set TTV (tensi meter, stetoskop, thermometer) Dopler Larutan Cl 0,5% Sarung tangan steril Sarung tangan bersih Bengkok	
Pelaksanaan	1	Berikan KIE pada ibu bahwa hiperemesis akan berkurang sampai umur kehamilan 4 bulan
	2	Jelaskan tentang kondisi ibu dan tindakan apa yang akan dilakukan
	3	Mintalah persetujuan tindakan medis
	4	Tempatkan ibu pada ruang isolasi (ruang khusus yang tenang)
	5	Gunakan perlengkapan perlindungan diri
	6	Cuci tangan 7 langkah dibawah air mengalir
	7	Keringkan dengan handuk
	8	Lakukan penilaian tanda vital ibu dan DJJ
	9	Pasang infuse cairan elektrolit (cairan kristaloid: RL/NS/HaEs)
	10	Posisikan ibu litotomi
	11	Pasang sarung tangan steril
	12	Lakukan pemasangan kateter
	13	Berikan injeksi vit B1 dan B6 IM
	14	Berikan obat oral metoclorperamid
	15	Berikan antasida
	16	Berikan minum setiap 2 jam dan tidak melebihi 100 cc tiap minum
	17	Pantau kesadaran, tensi, nadi, pernafasan, sesuai indikasi
	18	Pantau berat badan tiap 2 hari sekali
	19	Kolaborasi dengan tim Gizi untuk pemberian Diet
	20	Pantau dan catat cairan yang masuk dan keluar dengan teliti
	21	Rapikan pasien
	22	Lakukan dekontaminasi, buang sampah ke tempat sampah yang sesuai
	23	Lepas sarung tangan dan Cuci tangan
	24	Berikan informasi pada ibu tentang hasil tindakan
	25	Dokumentasi hasil tindakan



PERSIAPAN KURETASE
(KETRAMPILAN KOLABORASI DI RUMAH SAKIT)

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN	
Persiapan Alat	Oksigen dengan regulator Sprit 5 cc : 2 Sprit 3 cc : 1 Set infuse dan cairan (RL) Povidon iodine 10% dalam mangkok logam Peralatan Perlindungan diri (PPD) Duk steril Perlak untuk alas bokong Lampu sorot Penampung darah dan jaringan (Bengkok, pispot atau kendil) Kassa steril dan kapas alcohol Sarung tangan bersih Sarung tangan steril Cunam tampon : 1 Cunam peluru atau tenakulum : 1 Klem ovum (<i>Foerster/Fenster clamp</i>) lurus dan lengkung: 2 Sendok kuret : 1 set Penera kavum uteri (Uterine Sound/Sondage): 1 Spekulum Sim's atau L: 2 Dilatator : Busi, Laminaria stiff, mesoprostol tab Kateter foley : 1 Botol steril : 1 Kom berisi kapas dengan air DTT Troli	
Persiapan Obat	Analgetika (pethidin 1-2 mg/KgBB, Ketamin HCL 0,5 mg/KgBB, Tramadol (1-2 mg/KgBB) Sedativa (Diazepam 10 mg) Atropin Sulfas 0,25-0,50 mg/ml Uterotonika (oxytocin, metergin) Antibiotik	
Pelaksanaan	1	Minta persetujuan tindakan medis pada ibu jika memungkinkan atau keluarga
	2	Gunakan perlengkapan perlindungan diri
	3	Cuci tangan 7 langkah dibawah air mengalir
	4	Keringkan tangan dengan handuk atau tissue
	5	Mengukur TTV pasien
	6	Pasang infuse
	7	Posisikan ibu litotomi
	8	Pakai sarung tangan steril
	9	Bersihkan daerah perineum dan kosongkan kandung kemih dengan kateter
	10	Pasang duk dibawah bokong pasien
	11	Sesuai dengan instruksi dokter berikan sedative, analgetik, dan atropine sulfas, pethidin hanya diberikan jika tersedia antidotum dan alat resusitasi
	12	Bantu dokter untuk menahan speculum bawah pada posisinya
	13	Tarik sedikit speculum bawah (hingga lumen vagina tampak jelas) Tunggu dokter memasukkan speculum atas
	14	Bantu dokter untuk memegang speculum atas pada posisinya
	15	Setelah penjepitan tenakulum tepat, keluarkan speculum atas
	16	Posisikan tangan kanan tetap memegang speculum bawah tetap pada posisinya hingga proses pembersihan selesai
	17	Setelah pembersihan jaringan selesai dan tenakulum telah dilepaskan, lepaskan speculum bagian bawah

	18	Kumpulkan jaringan dan masukkan dalam botol untuk pemeriksaan patologi anatomi jika diperlukan
	19	Bersihkan daerah genitalia pasien, berikan pembalut dan pasangkan baju bawah pasien dan rapikan pasien
	20	Kembalikan posisi pasien
	21	Lakukan pemeriksaan tanda vital
	22	Dekontaminasi alat
	23	Lepaskan sarung tangan dan Cuci tangan
	24	Berikan informasi pada pasien dan keluarga tentang tindakan, dan informasikan bahwa ibu perlu perawatan lanjutan
	25	Dokumentasikan hasil tindakan



PENGELOLAAN PRE EKLAMPSIA BERAT/EKLAMPSIA
(KETRAMPILAN KOLABORASI DI RUMAH SAKIT)

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN	
Persiapan Alat	Tensi meter Jam tangan Stetoskop Metlin Perlengkapan perlindungan diri (PPD) Doppler Tong spatel Set pemeriksaan protein urine Sarung tangan bersih Kapas alkohol Infuse set dan cairan infuse (RL dan NaCl) Standar infuse Ventilator dan oksigen Set kateter Hammer (reflek patella) Sput 3 cc : 2	
Persiapan Obat	MgSO4 40% atau 20% Kalsium bikarbonas 10% (1 gr) Antihipertensi: Nifedipine 5 -10 mg	
Persiapan Pasien	1	Menyapa ibu dengan ramah dan sopan
	2	Beritahukan pada ibu apa yang akan dikerjakan dan berikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan
	3	Dengarkan apa yang disampaikan oleh ibu
	4	Berikan dukungan emosional dan jaminan pelayanan
Pelaksanaan	1	Gunakan PPD
	2	Cuci tangan
	3	Gunakan sarung tangan
	4	Pastikan indikasi, tanda dan gejala Pre eklamsi ringan (nyeri kepala, TD tinggi, odem ekstremitas)
	5	Lakukan pemeriksaan fisik dan tanda vital (waspadai TD diastolic >90 mmHg sistolik 140 mmHg, adanya proteinuria)
	6	Jelaskan tentang hasil pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan
	7	Minta persetujuan tindakan medis
	8	Diet biasa
	9	Observasi tekanan darah 2 kali sehari
	10	Observasi protein Urin 1 kali perhari
	11	Tidak perlu diberi obat atau deuritik
	12	Berikan anti konvulsan (syarat RR > 16x/mnt, reflek patella positif, urin minimal > 30 ml/jam dalam 4 jam terakhir, tersedia antidotum bikarbonas 10% (1gr) Loading dose Mg SO4 4 gr 20 % berikan secara iv selama 5 menit (jika tersedia MgSO4 40% berikan 10cc diencerkan dengan 10cc aquabidest. Berikan secara IM jika iv tidak bisa dilakukan berikan secara IM (MgSO4 40%cc pelan, masing-masing pada bokong kanan dan kiri berikan 5 gr (12,5cc). Maintenance dose Berikan secara IM 5 gr (MgSO4 40%) 12,5 cc pelan pada bokong setiap 6 jam. Berikan setiap 4 jam 5 gr 50% IM bokong

		Adding dose Bila ada kejang berulang berikan 2 gr MgSO4 40% IV Siapkan antidotum jika terjadi henti napas lakukan ventilasi. (masker, balon, ventilator) beri kalsium bikarbonas 10% 1 gr (20 ml dalam larutan 10%) IV Perlahan sampai pernafasan naik, beri cairan IV (NaCl atau RL 1 lt/jam)
13	Pasang oksigen 4-6 lt/mnt	
14	Pasang tong spatle jika terjai kejang	
15	Posisikan pasien miring kiri untuk mencegah terjadinya aspirasi muntah	
16	Jika tekanan diastole < 110 mhg berikan anti hipertensi : nifedipin 5 mg (dapat diulang jika 10 menit kondisi belum membaik dan metildopa 3 x 250 sampai 500 mg per hari	
17	Pasang infuse	
18	Pasang kateter untuk menghitung balance cairan (minimal 30 ml/jam atau 400 ml/ 24 jam)	
19	Pantau terjadinya edema paru dengan melakukan auskultasi paru, jika terjadi edema beri furosemid 40 mg IV 1 kali.	
20	Minta keluarga untuk menemani, meghindari terjadinya aspirasi muntah	
21	Observasi tekanan darah, reflex patella dan DJJ tiap jam	
22	Cuci tangan	
23	Berikan informasi pada ibu hasil tindakan	
24	Dokumentasikan hasil tindakan	



Intra Natal Care (INC)

A. Pengertian

Asuhan persalinan normal adalah asuhan dalam persalinan yang mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).

B. Tujuan

Mencegah komplikasi yang mungkin terjadi selama persalinan dan setelah bayi lahir untuk mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir.

C. Persiapan Alat dan Bahan

1. Bak Instrumen
2. Duk lubang
3. Benang / Cut Gut
4. Jarum / Needle Hecting
5. Sarung Tangan
6. Metal Cateter
7. Naldfuder
8. Setengah Koher
9. Slim Seher
10. Pinset Anatomis
11. Pinset Chirugis
12. Pean Lurus
13. Pean Bengkok
14. Gunting Episiotomi
15. Gunting Jaringan
16. Gunting Perban
17. Gunting Tali Pusat
18. Umblical / Jepitan Tali Pusat
19. Medline Baby Measuring Tape

D. Prosedur Kerja

1. Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua.
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
3. Memakai celemek plastik.

4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan vulva ke perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam - pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9. Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk menderingkan janin pada perut ibu.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)
25. Melakukan penilaian selintas :
 - a. Apakah bayi menangi kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif ?
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut. Mengikat 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 masukkan dalam wadah yang telah disediakan
32. Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
33. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
34. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso-kranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
36. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial 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).
37. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.

38. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
39. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
41. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42. Patikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk
44. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan meniali kontraksi
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
47. Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. Pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C). Jika terdapat nafas cepat, retraksi dinding dada bawah yang berat, sulit bernafas, merintih, lakukan rujukan (lihat MTBM)
48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dokumentasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan yang di inginkan
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
55. Pakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik pernapasan normal (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh normal (36,5-37,5⁰C) setiap 15 menit
57. Setelah 1 jam pemberian Vit K1, beri imunisasi hepatitis B di paha kanan. *Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa di susukan Letakkan kembali bayi pada dada ibu jika bayi belum berhasil menyusu. Didalam satu jam oertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu*

58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Cuci kedua tanagn dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.



ASUHAN PERSALINAN NORMAL (APN)

NO	KEGIATAN	KASUS			
		1	2	3	4
	Persiapan Alat dan Bahan 1. Bak Instrumen 2. Duk lubang 3. Benang / Cut Gut 4. Jarum / Needle Hecting 5. Sarung Tangan 6. Metal Cateter 7. Naldfuder 8. Setengah Koher 9. Slim Seher 10. Pinset Anatomis 11. Pinset Chirugis 12. Pean Lurus 13. Pean Bengkok 14. Gunting Episiotomi 15. Gunting Jaringan 16. Gunting Perban 17. Gunting Tali Pusat 18. Umblical / Jepitan Tali Pusat 19. Medline Baby Measuring Tape				
I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA II					
1.	Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala II				
	<ul style="list-style-type: none">Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneranIbu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginaPerineum tampak menonjolVulva dan sfingter ani membuka				
I. MENYIAPKANPERTOLONGAN PERSALINAN					
2.	Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi ibu dan BBL. Bukas puit untuk resusitasi BBL→tempat resusitasi datar, kering dan hangat,lampu 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi, 3 handuk/kain bersih dan kering,alat penghisap lendir, tabung atau balon dan sungkap. <ul style="list-style-type: none">Menggelar kain diatas perut bu dan tempat resusitasi serta				

	ganjal bahu bayi <ul style="list-style-type: none"> Menyiapkan oksitosin 10 Unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set 				
3.	Pakai celemek plastik				
4.	Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengansabundan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.				
5.	Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam				
6.	Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi).				
III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN BAIK					
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT. <ul style="list-style-type: none"> Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan dalam larutan klorin 0,5% →langkah # 9). 				
8.	Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. <ol style="list-style-type: none"> Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi 				
9.	Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalikdalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah kedua sarung tangan di lepaskan				
10.	Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160x/menit)				
IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES BIMBINGAN MENERAN					
11.	Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. <ol style="list-style-type: none"> Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar. 				
12.	Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.(Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)				
13.	Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran : <ul style="list-style-type: none"> Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum) 				

	<ul style="list-style-type: none"> Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida) 				
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit				
V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN					
15.	Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm				
16.	Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu				
17.	Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan				
18.	Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan				
VI. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI					
Lahirnya Kepala					
19.	Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cmmembuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal				
20.	Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi,dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi <ul style="list-style-type: none"> Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala lahir Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut 				
21.	Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan				
Lahirnya Janin					
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kearah bawah dan distal hingga bahu depanmuncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.				
Lahirnya Badan dan Tungkai					
23.	Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menulususri dan memegang lengan dan siku sebelah atas				
24.	Setelah tubuh dan lengan lahir, penulusuan tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kakidengan jari dan jari-jari lainnya)				
VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR					
25.	Lakukan penilaian bayi baru lahir sbb : <ul style="list-style-type: none"> Sebelum bayi baru lahir <ol style="list-style-type: none"> Apakah kehamilan cukup bulan? Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium (warna kehijauan) ? Segera setelah bayi lahir <ul style="list-style-type: none"> → <i>Sambil menempatkan bayi diatas perut, lakukan penilaian (selintas)</i> <ol style="list-style-type: none"> Apakah bayi menangis atau bernafas/tidak megap-megap ? Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif ? <p><i>Jika bayi cukup bulan, ketuban tidak bercampur mekonium, menangis atau bernafas normal/tidak megap-megap dan bergerak aktif, lakukan langkah 26.</i></p> <p><i>Jika bayi tidak cukup bulan dan atau ketuban ketuban bercampur mekonium dan atau bayi tidak bernafas atau megap-megap dan atau bayi lemas, lakukan manajemen bayi dengan asfiksia.</i></p>				

26.	Mengeringkan tubuh bayi				
	Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan di atas perut ibu.				
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)				
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.				
29.	.Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)				
30.	Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit talipusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama				
31.	Pemotongan dan pengikatan tali pusat				
	<ul style="list-style-type: none"> Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (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 melingkari kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan 				
32	Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi Letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.				
VIII. PENATALAKSANAAN AKTIF PERSALINAN KALA III					
33.	Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva				
34.	Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.				
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang- atas (dorsokranial) 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. <ul style="list-style-type: none"> Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu. 				
Mengeluarkan plasenta					
36.	Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial) <ul style="list-style-type: none"> Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat : <ol style="list-style-type: none"> Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila perdarahan, segera lakukan plasenta manual 				
37.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan				

	kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta di wadah yang sudahdi siapkan. <ul style="list-style-type: none"> Jika selaputketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaputkemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal 				
Rangsangan taktil (Masase) Uterus					
38.	<p>Segera setelah selaput plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)</p> <ul style="list-style-type: none"> Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase 				
IX. MENILAI PERDARAHAN					
39.	Periksa kedua sisi plasentabaik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus				
40.	Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum . Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.				
	<i>Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan</i>				
X. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN					
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.				
42.	Patikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.				
Evaluasi					
43.	Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk				
44.	Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan meniali kontraksi				
45.	Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik				
46.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah				
47.	<p>Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. Pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C).</p> <ul style="list-style-type: none"> Jika terdapat nafas cepat, retraksi dinding dada bawah yang berat, sulit bernafas, merintih, lakukan rujukan (lihat MTBM) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi untuk kontak kulit bayi ke kulit ibu, selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut. 				
Kebersihan dan Keamanan					
48	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 %untuk dokumentasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi				
48	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.				
50	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.				
51	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan yang di inginkan				
52	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%				
53	Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit				
54	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir				
55	Pakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi				

56	Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik pernapasan normal (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh normal (36,5-37,5 ⁰ C) setiap 15 menit				
57.	Setelah 1 jam pemberian Vit K1, beri imunisasi hepatitis B di paha kanan. <i>Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa di susukan</i> <i>Letakkan kembali bayi pada dada ibu jika bayi belum berhasil menyusu</i> <i>Didalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu</i>				
58	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.				
59	Cuci kedua tanagn dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.				
Dekontaminasi					
60.	Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.				



PENJAHITAN LASERASI PERINEUM

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN	
Persiapan Alat	Hecting set yang berisi; Sput 10 cc 1 pasang Hand Schone Pinset anatomi Pinset cirurgis Nail powder Nail heacting (1 buah untuk kulit, 1 buah untuk otot) Benang Cut gut Duk steril Kassa steril Lidocain 1% Betadine Kom Kecil Celemek plastik Sepatu boot Masker Kacamata 2 buah tempat sampah Waskom yang berisi larutan clorin 0,5%	
Pelaksanaan	1	Bersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5%
	2	Siapkan peralatan untuk melakukan penjahitan : Siapkan hecting set dalam bak instrumen steril Buka alat suntik 10 ml sekali pakai, masukkan kedalam bak instrument hecting set Patahkan tabung lidocain (lidocain 1% tanpa epinefrin), perkirakan volume lidocain yang akan digunakan, sesuaikan dengan besar/ dalamnya robekan. Bila tidak tersedia lidokain 1%, dapat digunakan lidocain 2% yang diencerkan 1:1 dengan menggunakan aquades steril
	3	Posisikan bokong ibu pada sudut ujung tempat tidur, dengan posisi litotomi
	4	Atur lampu sorot/ senter kearah vulva/ perineum ibu
	5	Pakai sarung tangan steril pada 1 tangan
	6	Isi tabung suntik 10 ml dengan larutan lidocain 1% tanpa epinefrin
	7	Pasang duk steril dibawah bokong ibu
	8	Lengkapi pemakaian sarung tangan pada kedua tangan
	9	Gunakan kassa/ kapas DTT/ steril untuk membersihkan daerah luka dari darah/ bekuan darah, dan nilai kembali luas dan dalamnya robekan pada daerah perineum
		ANESTESI LOKAL
	10	Beritahu ibu akan disuntik dan mungkin timbul rasa kurang nyaman
	11	Tusukkan jarum suntik pada ujung luka/ robekan perineum, masukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka
	12	Aspirasi (tarik pendorong tabung suntik) untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Bila ada darah, tarik jarum sedikit dan kembali masukkan. Ulangi lagi aspirasi (cairan lidokain yang masuk ke pembuluh darah dapat menyebabkan denyut jantung tidak teratur).
	13	Suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perineum
	14	Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka, arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi, suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik. (Bila robekan besar dan dalam, anestesi daerah bagian dalam robekan, alur suntikan anestesi akan berbentuk seperti kipas, tepi perineum, dalam luka, tepi mukosa vagina)
	15	Lakukan langkah no 12 s/d 15 untuk kedua tepi robekan
	16	Tunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil

	optimal dari anestesi
	PENJAHITAN LASERASI/ ROBEKAN PADA PERINEUM
17	Lakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan
18	Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka episiotomi, pasang tampon atau kassa kedalam vagina. (sebaiknya menggunakan tampon berekor benang)
19	Tempatkan jarum jahit pada pemegang jarum, kemudian kunci pemegang jarum
20	Pasang benang jahit (chromic 2-0) pada mata jarum
21	Lihat dengan jelas batas luka episiotomy
22	Lakukan penjahitan pertama ± 1 cm diatas puncak robekan didalam vagina, ikat jahitan pertama dengan simpul mati. Potong ujung benang yang bebas (ujung benang tanpa jarum) hingga tersisa ± 1 cm
23	Jahit mukosa vagina dengan menggunakan jahitan jelujur hingga tepat di belakang lingkaran hymen. Bila menggunakan benang plain cat gut, buat simpul mati pada jahitan jelujur di belakang lingkaran hymen
24	<p>Tusukkan jarum pada mukosa vagina dari belakang lingkaran hymen hingga menembus luka robekan bagian perineum. Bila robekan yang terjadi sangat dalam :</p> <p>Lepaskan jarum dari benang</p> <p>Ambil benang baru dan pasang pada jarum</p> <p>Buat jahitan terputus pada robekan bagian dalam untuk menghindari rongga bebas/ <i>dead space</i></p> <p>Gunting sisa benang</p> <p>Pasang kembali jarum pada benang jahitan jelujur semula</p>
25	Teruskan jahitan jelujur pada luka jahitan perineum sampai kebagian bawah luka robekan. Bila menggunakan benang plain cat gut, buat simpul mati pada jahitan jelejur paling bawah
26	Jahit jaringan subkutis kanan – kiri ke arah atas hingga tepat di muka lingkaran hymen
27	Tusukkan jarum dari depan lingkaran hymen ke mukosa vagina di belakang lingkaran hymen. Buat simpul mati di belakang lingkaran hymen dan potong benang hingga tersisa ± 1 cm
28	Bila menggunakan tampon/ kassa di dalam vagina, keluarkan tampon/ kassa. Masukkan jari telunjuk ke dalam rectum dan rabalah dinding atas rectum. (bila teraba jahitan, ganti sarung tangan dan lakukan penjahitan ulang)
29	<p>Nasehati ibu agar :</p> <p>Membasuh perineum dengan sabun dan air, terutama setelah buang air besar (arah basuhan dari bagian muka ke belakang)</p> <p>Kembali untuk kunjungan tindak lanjut setelah 1 minggu untuk pemeriksaan jahitan dan rectum (segera rujuk jika terjadi fistula)</p>
	Lanjutkan langkah/ kegiatan untuk kebersihan dan keamanan sesuai dengan langkah kegiatan persalinan normal



AMNIOTOMI

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN	
Pelaksanaan	1	Lakukan Informed consent sebelum tindakan : Beritahu ibu bahwa kantong ketuban belum pecah, sementara pembukaan sudah lengkap Minta persetujuan pasien untuk dipecahkan ketubannya
	2	Laksanakan prinsip sterilitas/pencegahan infeksi (cuci tangan dan menggunakan handscoon steril)
	3	Lakukan vulva hygiene sebelum pemeriksaan dalam
	4	Pastikan adanya indikasi untuk melakukan tindakan amniotomi melalui pemeriksaan dalam
	5	Memasukkan ½ kokker dengan panduan 2 jari masih di vagina
	6	Merobek selaput ketuban sesaat setelah His
	7	Memeriksa cairan ketuban dengan membiarkan cairan ketuban mengalir pada jari di vagina (volume dan warna)
	8	Melepas sarung tangan dilepas pada larutan klorin secara terbalik dan membereskan alat
	9	Cuci tangan dan catat hasil temuan pada lembar partograf



EPISIOTOMI

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN	
Pelaksanaan	1	Lakukan Informed consent sebelum tindakan : Jelaskan tujuan tindakan episiotomy Minta persetujuan pasien untuk dilakukan tindakan
	2	Pastikan adanya tindakan episiotomy dengan mengevaluasi kondisi perineum yang kaku/janin yang besar
	3	Berikan anastesi local sebelum tindakan episiotomy dilakukan
	4	Lakukan insisi mediolateralis pada saat (diameter kepala di vulva 5-6 cm tidak masuk lagi di luar his) dan pengguntingan dilakukan bersamaan dengan datangnya His
	5	Lindungi kepala bayi dengan 2 jari saat insisi
	6	Lahirkan bayi segera setelah tindakan episiotomy (untuk mencegah perdarahan)



PERTOLONGAN PERSALINAN SUNGSANG

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN
Persiapan	<p>Memperkenalkan diri dan memberi salam pada pasien</p> <p>Mempersiapkan persetujuan tindakan medik pada keluarga pasien</p> <p>Mempersiapkan pasien untuk tindakan : Ibu dalam posisi litotomi pada tempat tidur persalinan, mengosongkan kandung kemih, rektum serta membersihkan daerah perineum dengan antiseptik</p> <p>Mempersiapkan alat-alat dan o bat-obatan yang diperlukan :</p> <p>Partus set:</p> <p>Handscoen steril</p> <p>Bak instrument</p> <p>Amnitom (1/2 kocher)</p> <p>Gunting episiotomy</p> <p>Klem tali pusat</p> <p>Gunting tali pusat</p> <p>Pengikat tali pusat</p> <p>Penghisap lendir De Lee</p> <p>Bengkok</p> <p>Tempat plasenta</p> <p>Kassa steril, kapas DTT</p> <p>Sput 3 ml dan jarum no. 23G</p> <p>Cuching obat</p> <p>Heacting set:</p> <p>Bak instrument</p> <p>Nailpouder</p> <p>Sput 10 cc</p> <p>Handscoen</p> <p>Pinset</p> <p>Nail heacting (untuk kulit, untuk otot)</p> <p>Benang cut gut</p> <p>Doek steril</p> <p>Stetoskop</p> <p>Spighnomanometer</p> <p>Thermometer</p> <p>Alat resusitasi bayi</p> <p>Cunam piper/ cunam panjang</p> <p>Celemek, masker, kacamata pelindung, sepatu bot (APD)</p> <p>kain penutup (selimut, jarik)</p> <p>Pakaian ibu</p> <p>Pakaian bayi</p> <p>Handuk, washlap</p> <p>Baskom plastik</p> <p>Baskom besi</p> <p>Buku/ pena untuk pendokumentasian</p> <p>Sarung tangan DTT/ steril</p> <p>Larutan klorin 0,5%</p> <p>Uterotonika (Ergometrin maleat, Oksitosin)</p> <p>Anastesi lokal (Lidokain 2%)</p> <p>Aquabidest</p> <p>Povidon-iodin</p> <p>Kateter</p> <p>Standart infus</p> <p>Infus set (abocath 16 atau 18)</p>

	<p>Cairan Infus RL</p> <p>Memakai perlengkapan persalinan lengkap</p> <p>Cuci tangan hingga siku dengan sabun di bawah air mengalir dan keringkan tangan dengan handuk DTT</p> <p>Pakai sarung tangan DTT/ steril</p>
Pelaksanaan	<p>TINDAKAN PERTOLONGAN SUNGSANG</p> <p>Memasang duk</p> <p>Melakukan pemeriksaan dalam ulang untuk penilaian terakhir</p> <p>Memimpin pasien meneran yang benar</p> <p>Penolong berdiri di depan vulva</p>
	<p>Melahirkan Bayi:</p> <p>Cara Bracht (Memakai Tenaga Mengejan Ibu)</p> <p>Menunggu bokong lahir sambil membantu membuka vulva</p> <p>Saat bokong membuka vulva, berikan injeksi oksitosin 2-5 unit/IM</p> <p>Lakukan episiotomi saat bokong membuka vulva</p> <p>Memegang bokong secara Bracht, yaitu kedua ibu jari penolong sejajar sumbu panjang paha, sedangkan jari-jari lain memegang panggul</p> <p>Pada saat his, ibu dipimpin mengejan</p> <p>Saat tali pusat terlihat, longgarkan</p> <p>Ketika scapula lahir, melakukan hiperlordosis ke arah ibu, asisten memulai Kristeller. Nilai apakah kedua bahu dapat lahir spontan. Bila kedua bahu lahir spontan, Bracht dilanjutkan</p> <p>Dengan gerakan hiperlordosis berturut-turut lahirlah pusar, perut, bahu, lengan, dagu, mulut, dan akhirnya seluruh kepala</p> <p>Letakkan bayi di perut ibu</p> <p>Memotong tali pusat bayi</p> <p>Melakukan resusitasi bayi baru lahir dan penatalaksanaan bayi baru lahir</p>
	<p>Cara Klasik/ Deventer (melahirkan bahu belakang lalu bahu depan)</p> <p>Kedua kaki janin dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya dan dielevasi ke atas sejauh mungkin sehingga perut janin mendekati perut ibu.</p> <p>Tangan kiri penolong dimasukkan ke dalam jalan lahir dan dengan jari tengah dan telunjuk menelusuri bahu janin sampai fosa kubiti kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka janin.</p> <p>Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diganti dengan tangan kiri /non dominan penolong dan ditarik curam ke bawah sehingga punggung janin mendekati punggung ibu.</p> <p>Dengan cara yang sama lengan depan dilahirkan</p> <p>Bila lengan depan susah dilahirkan, lengan depan harus diputar menjadi lengan belakang. Gelang bahu dan lengan yang sudah lahir dicengkam dengan kedua tangan penolong sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari tangan penolong terletak di punggung dan sejajar dengan sumbu badan janin sedang jari-jari lain mencengkam dada. Putaran diarahkan ke perut dan dada janin, sehingga lengan depan terletak di belakang. Kemudian lengan belakang dilahirkan dengan cara yang sama.</p>
	<p>Cara Muller (melahirkan bahu depan dulu baru bahu belakang)</p> <p>Bokong janin dipegang secara femuro-pelviks yaitu kedua ibu jari penolong diletakkan sejajar spina sakralis media dan jari telunjuk pada krista iliaka dan jari-jari lain mencengkam paha bagian depan.</p> <p>Badan janin ditarik curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan tampak di bawah simpisis, dan lengan depan dilahirkan dengan mengait siku bawahnya.</p> <p>Setelah bahu depan dan lengan depan lahir, badan janin yang masih dipegang secara femuro-pelvik ditarik ke atas sampai bahu belakang lahir.</p> <p>Bila bahu belakang tidak lahir dengan sendirinya, maka lengan belakang dilahirkan dengan mengait lengan bawah dengan kedua jari penolong.</p>

	<p>Cara Lovset</p> <p>Setelah bokong dan kaki bayi lahir, badan bayi dipegang secara femuro-pelvik dengan kedua tangan.</p> <p>Memutar bayi 180⁰ sehingga bahu belakang menjadi bahu depan.</p> <p>Memutar kembali 180⁰ ke arah yang berlawanan ke kiri/ kanan beberapa kali hingga bahu belakang tampak di bawah simpisis dan lengan dapat dilahirkan.</p> <p>Bila lengan tidak dapat lahir dengan sendirinya, maka lengan janin dapat dilahirkan dengan mengait lengan bawah dengan jari penolong.</p>
	<p>Bila terjadi kemacetan kepala</p> <p>Cara Mauriceau</p> <p>Badan anak diletakkan di atas lengan bawah penolong, seolah-olah janin menunggang kuda. Jari telunjuk dan jari tengah dimasukkan ke dalam mulut dan jari keempat mencengkam fosa kanina. Jari telunjuk dan jari ketiga tangan yang lain mencengkam leher janin dari arah punggung.</p> <p>Menugaskan seorang asisten menekan fundus uteri secara Kristeler.</p> <p>Bersamaan dengan his dan asisten menekan fundus uteri, penolong melakukan tarikan ke bawah sesuai arah sumbu jalan lahir dibimbing jari yang dimasukkan untuk menekan dagu/ mulut. Bila sub oksiput tampak di bawah simpisis kepala janin dielevasi ke atas dengan sub oksiput sebagai hipomoklion sehingga lahir dagu, mulut, dan keseluruhan kepala.</p> <p>Catatan : Pengeluaran kepala bayi dengan forsep Piper dikerjakan bila pengeluaran kepala bayi gagal. Caranya tangan dan badan bayi dibungkus kain steril, diangkat ke atas, atau minta asisten untuk memegang kaki bayi. Forsep Piper dipasang melintang terhadap panggul dan kepala kemudian ditarik.</p>
	<p>Menolong kelahiran bayi</p> <p>Memotong dan mengikat tali pusat</p> <p>Melakukan penanganan awal pada bayi baru lahir</p> <p>Menyuntikkan oksitosin 10 IU</p> <p>Lahirkan plasenta secara spontan atau manual apabila ada indikasi</p> <p>Menjahit luka jalan lahir jika ada</p> <p>Mengajari ibu untuk melakukan massase fundus uteri sendiri</p> <p>Merapian pasien</p> <p>Membereskan peralatan</p> <p>Mencuci tangan</p> <p>Melakukan pendokumentasian dari tindakan yang telah dilakukan.</p>



PLASENTA MANUAL

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN
Persiapan	<p>PERSIAPAN SEBELUM TINDAKAN</p> <p>PERSIAPAN PASIEN</p> <p>Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tindakan yang akan dilakukan</p> <p>Mempersiapkan persetujuan tindakan medik pada keluarga pasien</p> <p>Mempersiapkan pasien untuk tindakan : Ibu dalam posisi litotomi pada tempat tidur persalinan.</p> <p>PERSIAPAN ALAT</p> <p>Mempersiapkan alat-alat dan obat-obatan yang diperlukan :</p> <ul style="list-style-type: none">Partus set:Handscoen sterilBak instrumentAmnitom (1/2 koher)Gunting episiotomyKlem tali pusatGunting tali pusatPengikat tali pusatPenghisap lendir De LeeBengkokSarung tangan panjang sterilTempat plasentaKassa steril, kapas DTTSput 3 ml dan jarum no. 23GCuching obatHeacting set:Bak instrumentNailpouderSput 10 ccHandscoenPinsetNail heacting (untuk kulit, untuk otot)Benang cut gutDoek sterilStetoskopSpighnomanometerThermometerAlat resusitasi bayiCunam piper/ cunam panjangCelemek, masker, kacamata pelindung, sepatu bot (APD)kain penutup (selimut, jarik)Pakaian ibuPakaian bayiHanduk, washlapBaskom plastikBaskom besiBuku/ pena untuk pendokumentasianSarung tangan DTT/ sterilLarutan klorin 0,5%Uterotonika (Ergometrin maleat, Oksitosin)Anastesi lokal (Lidokain 2%)AquabidestPovidon-iodinKateter

	<p>Standart infus Infus set (abocath 16 atau 18) Cairan Infus RL</p> <p>PERSIAPAN PENOLONG Kenakan pelindung diri Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering</p>
Pelaksanaan	<p>Pasang infus RL Lakukan vulva hygiene Pasang alas bokong yang bersih dan kering</p> <p>TINDAKAN PENETRASI KE KAVUM UTERI Lakukan anastesia-verbal sehingga perhatian ibu teralihkan dari rasa nyeri atau sakit Lakukan kateterisasi kandung kemih : Pastikan kateter masuk dengan benar Cabut kateter setelah kandung kemih dikosongkan Pakai sarung tangan panjang DTT atau steril lalu jepit tali pusat dengan klem/kocher, kemudian tegangkan tali pusat sejajar lantai Secara obstetrik masukkan satu tangan (punggung tangan ke bawah) ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat Setelah tangan mencapai pembukaan serviks, minta asisten atau keluarga untuk memegang kocher, kemudian tangan lain penolong menahan fundus uteri Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam ke kavum uteri sehingga mencapai tempat implantasi plasenta Buka tangan obstetrik menjadi seperti memberi salam (ibu jari merapat ke pangkal jari telunjuk)</p> <p>MELEPAS PLASENTA DARI DINDING UTERUS Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta yang paling bawah Bila implantasi korpus belakang, tangan tetap pada sisi bawah tali pusat. Bila implantasi di korpus depan, pindahkan tangan dalam ke sisi atas tali pusat dengan punggung tangan menghadap keatas Implantasi di korpus belakang: Lepaskan plasenta dari tempat implantasinya dengan jalan menyelipkan ujung jari diantara plasenta dn dinding uterus, dengan punggung tangan pada dinding dalam uterus bagian belakang (menghadap sisi bawah tali pusat) Implantasi di korpus depan: Lakukan penyisipan ujung jari diantara plasenta dan dinding uterus dengan punggung tangan pada dinding dalam uterus bagian depan (menghadap sisi atas tali pusat)</p> <p>Kemudian gerakkan tangan dalam ke kiri dan kanan sambil bergeser ke kranial sehingga semua permukaan maternal plasenta dapat dilepaskan Catatan: sambil melakukan tindakan, perhatikan keadaan ibu (pasien), lakukan penanganan yang sesuai bila terjadi penyulit/permasalahan</p> <p>MENGELUARKAN PLASENTA Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi ulangan untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang masih melekat pada dinding uterus Pindahkan tangan luar ke supra simfisis untuk menahan uterus pada saat plasenta dikeluarkan Lakukan sedikit pendorongan uterus (dengan tangan luar) ke dorsokranial Instruksikan asisten atau keluarga yang memegang kocher untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam menarik plasenta keluar (hindari percikan darah) Letakkan plasenta ke dalam tempat yang telah disediakan Catatan : Perhatikan kontraksi uterus dan jumlah perdarahan yang keluar</p> <p>PENCEGAHAN INFEKSI PASCA TINDAKAN Sementara masih menggunakan sarung tangan, kumpulkan semua barang, bahan atau instrumen bekas pakai dan bersihkan tubuh ibu dan ranjang tindakan. Lakukan dekontaminasi sarung tangan dan semua peralatan yang tercemar darah atau cairan tubuh lainnya dalam wadah berisi klorin 0,5 % Lepaskan sarung tangan dan segera cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir. Keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering</p>

	<p>PERAWATAN PASCA TINDAKAN</p> <p>Periksa kembali tanda vital pasien, segera lakukan tindakan dan instruksi apabila masih diperlukan</p> <p>Catat kondisi pasien dan buat laporan tindakan dalam kolom yang tersedia</p> <p>Buat instruksi pengobatan lanjutan dan hal–hal penting untuk dipantau</p> <p>Beritahukan pada pasien dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai tetapi pasien masih memerlukan perawatan</p> <p>Ajarkan ibu dan keluarga tentang asuhan mandiri dan tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi. Minta keluarga segera melapor pada penolong jika terjadi gangguan kesehatan ibu atau timbul tanda-tanda bahaya tersebut</p> <p>PENDOKUMENTASIAN</p> <p>Lakukan pendokumentasian tindakan yang telah dilakukan</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



PENATALAKSANAAN PERDARAHAN
PASCA PERSALINAN KARENA ATONIA UTERI

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH / KEGIATAN
Persiapan	<p>PERSIAPAN PASIEN Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tindakan yang akan dilakukan Mempersiapkan persetujuan tindakan medik pada keluarga pasien Mempersiapkan pasien untuk tindakan : Ibu dalam posisi litotomi pada tempat tidur persalinan.</p> <p>PERSIAPAN ALAT Mempersiapkan alat-alat dan obat-obatan yang diperlukan :</p> <p>Partus set: Handscoen steril Bak instrument Amnitom (1/2 kocher) Gunting episiotomy Klem tali pusat Gunting tali pusat Pengikat tali pusat Penghisap lendir De Lee Bengkok Sarung tangan panjang steril Tempat plasenta Kassa steril, kapas DTT Spuir 3 ml dan jarum no. 23G Cuching obat Heacting set: Bak instrument Nailpouder Spuir 10 cc Handscoen Pinset Nail heacting (untuk kulit, untuk otot) Benang cut gut Doek steril Stetoskop Spighnomanometer Thermometer Alat resusitasi bayi Cunam piper/ cunam panjang Celemek, masker, kaca mata pelindung, sepatu bot (APD) kain penutup (selimut, jarik) Pakaian ibu Pakaian bayi Handuk, washlap Baskom plastik Baskom besi Buku/ pena untuk pendokumentasian Sarung tangan DTT/ steril Larutan klorin 0,5% Uterotonika (Ergometrin maleat, Oksitosin) Anastesi lokal (Lidokain 2%) Aquabidest Povidon-iodin</p>

	<p>Kateter Standart infus Infus set (abocath 16 atau 18) Cairan Infus RL</p> <p>PERSIAPAN PENOLONG Pakai celemek, masker dan kaca mata pelindung Pakai sarung tangan steril Cuci tangan</p>
Pelaksanaan	<p>Setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri maksimal 15 detik Anjurkan pasien melakukan stimulasi puting susu Jika uterus tidak berkontraksi, bersihkan bekuan darah dan/ atau selaput ketuban dari vagina dan serviks. Pastikan kandung kemih kosong, jika penuh dikateter Lakukan pemeriksaan dengan tepat sehingga dapat dipastikan bahwa perdarahan ini disebabkan oleh atonia uteri</p> <p>KOMPRESI BIMANUAL INTERNAL (KBI) Lakukan KBI selama 5 menit Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan lembut masukkan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus ke dalam vagina ibu. Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri, mungkin hal ini menyebabkan uterus tidak dapat berkontraksi secara penuh. Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan ke arah depan dan belakang. Tekan kuat uterus di antara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta) di dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi. Jika uterus berkontraksi, teruskan KBI \pm 2 menit kemudian keluarkan tangan dan lakukan pemantauan kala IV dgn ketat..</p> <p>KOMPRESI BIMANUAL EKSTERNAL Jika uterus masih belum berkontraksi, anjurkan keluarga untuk melakukan KBE. Kompresi Bimanual Eksternal (KBE) Letakkan satu tangan pada dinding abdomen dan dinding depan korpus uteri dan di atas symphysis pubis. Letakkan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang korpus uteri, sejajar dengan dinding depan korpus uteri. Usahakan untuk mencakup/ memegang bagian belakang uterus seluas mungkin. Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah di dalam anyaman miometrium dapat dijepit secara manual. Cara ini dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus berkontraksi. Keluarkan tangan perlahan-lahan. Berikan ergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rektal. Infus dgn jarum ukuran 16 atau 18 & berikan RL+ 20 UI oksitosin, habiskan secepat mungkin (grojok). Ulangi KBI Jika uterus sudah berkontraksi, lakukan pemantauan Kala IV dengan ketat. Jika tidak berkontraksi, Segera rujuk dengan BAKSOKUDA. Dampingi ibu ke tempat rujukan sambil tetap melakukan KBI. Lanjutkan infus RL+ 20 UI oksitosin dalam 500 cc larutan dengan laju 500 cc/jam sampai di tempat rujukan atau hingga menghabiskan 1,5 liter. Lalu 125 ml/jam. Jika cairan tidak cukup, berikan 500ml kedua dengan kecepatan sedang & berikan minuman untuk rehidrasi.</p> <p>KOMPRESI AORTA ABDOMINALIS Baringkan ibu, tungkai di letakkan pada dasar yang rata (tanpa penopang) Raba pulsasi arteri femoralis dengan cara meletakkan ujung jari telunjuk dan jari tengah pada perpotongan garis lipat paha sejajar tepi atas simpisis pubis. Kepalkan tangan, tekankan bagian punggung jari telunjuk sampai kelingking pada umbilikus</p>

	<p>agak ke kiri dengan arah tegak lurus. Tangan lain meraba pulsasi arteri femoralis. Lakukan kompresi 5 – 7 menit.</p> <p>Lepaskan tekanan sekitar 30 – 60 detik sehingga bagian lain tidak kekurangan darah.</p> <p>Jika pulsasi/ denyutan masih teraba, tekanan kompresi belum kuat</p> <p>Jika berkurang/berhenti maka kompresi sudah mencapai aorta abdominalis.</p> <p>Perdarahan berhenti, pertahankan posisi tersebut lakukan pemijatan uterus (asisten) sampai uterus berkontraksi dengan baik.</p> <p>PENCEGAHAN INFEKSI PASCA TINDAKAN & PERAWATAN LANJUTAN</p> <p>Perhatikan tanda vital, perdarahan dan kontraksi uterus tiap 10 menit dalam 2 jam pertama</p> <p>Tuliskan instruksi perawatan lanjutan, buat catatan kondisi pasien dan pemantauan pasca tindakan</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS

A. Pemeriksaan Fisik Ibu Nifas

1. Pengertian

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh ibu nifas dengan mengumpulkan data objektif dilakukan pemeriksaan terhadap pasien.

2. Tujuan

Tujuan pemeriksaan fisik ibu nifas adalah

- a. Untuk mengumpulkan data
- b. Mengidentifikasi masalah pasien
- c. Menilai perubahan status pasien
- d. Mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah di berikan

3. Persiapan alat dan Bahan

- a. Baki 1 buah
- b. Tensi meter
- c. Stetoskop
- d. Termometer
- e. Senter
- f. Kapas savlon
- g. Air DTT
- h. Hand schoen
- i. Pincet
- j. Bengkok
- k. Tempat sampah
- l. Larutan clorin 0,5 %.

4. Prosedur Kerja

- a. Pengkajian status mental dan penampilan
- b. Pengukuran tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital meliputi : suhu tubuh, nadi pernapasan dan tekanan darah,

- c. Pemeriksaan wajah

Wajah : pembekangkakan pada daerah wajah.

Mata: konjungtiva dan skelera

Hidung

Bibir

- d. Pemeriksaan leher : Kelenjar Tiroid, Kelenjar Limfe dan Vena Jugularis.
- b. Pemeriksaan payudara : Puting (bentuknya, pengeluaran colostrum), pembengkakan, luka/ lecet, tanda radang dan benjolan.
- c. Pemeriksaan abdominal secara umum dan memeriksa tinggi fundus uteri ,kontraksi uterus dan memeriksa apakah kandung kemih kosong/penuh
- d. Pemeriksaan genitalia:
 - Perineum (edema dan hematoma)
 - Memeriksa luka jahitan episiotomi
 - Kebersihan daerah perineum
 - Pengeluaran lochea(warna dan bau)
 - Anus (haemoroid dan perdarahan)
- e. Pemeriksaan ekstremitas bawah : tromboplebitis, edema, varises, ref.patella.

PEMERIKSAAN FISIK IBU NIFAS

N O	PROSEDUR / LANGKAH KLINIK		SKALA PENILAIAN			
			1	2	3	4
1.	Persetujuan pemeriksaan					
	a. Salam therapeutik.					
	b. Jelaskan pemeriksaan ini pada ibu.					
	c. Jelaskan tujuan dan hasil yang diharapkan dari pemeriksaan					
	d. Bila ibu mengerti apa yang telah di sampaikan mintakan persetujuan lisan tentang pemeriksaan yang akan di lakukan.					
	Prosedur kerja	Cuci tangan sebelum dan sesudah persiapan				
2.	Persiapan alat :					
	a. Tensimeter					
	b. Termometer					
	c. Jam tangan					
	d. Botol 3 buah (untuk thermometer)					
	e. Kertas tissue dalam tempatnya					
	f. Penutup tubuh klien					
	g. Lampu senter					
	h. Reflek hammer					
	i. Spatel lidah					
	j. Bengkok					
	k. Kain kassa					

	l. Timbangan berat badan				
	m. Alat tulis				
	n. Dracing car beralas/kaki beralas				
	o. Status klien				
3.	Persiapan Klien dan lingkungan				
	a. Memasang sampiran				
	b. Menjelaskan maksud dan tujuan pemeriksaan fisik				
	c. Menanyakan keluhan klien				
	d. Mengatur posisi klien dan bayinya				
4.	Pemeriksaan umum				
	a. Pemeriksaa keadaan/penampilan mum dan kesadaran klien				
	b. Pemeriksaan tanda vital : tensi, suhu, nadi dan pernafasan				
	c. Mengukur TB/BB (k/p)				
5.	Klien dalam posisi terlentang lakukan pemeriksaan kepala, leher dan thorax				
6.	Pemeriksaan Abdomen :				
	a. Mengatur posisi klien dan inspeksi abdomen				
	b. Memeriksa kandungkemih kosong/tidak				
	c. Memeriksa tinggi fundus uteri, kontraksi dan posisinya				
	d. Melakukan stimulasi kontraksi uterus				
	e. Memeriksa diastasis rectus abdominalis				
	f. Memeriksa adanya nyeri tekan				
7.	Pemeriksaan genetalia				
	a. Mengatur posisi klien				
	b. Memeriksa jahitan episiotomy				
	c. Memeriksa kebersihan daerah perineum				
	d. Memeriksa adakah perdarahan dan haemoroid				
8.	Pemeriksaan ekstremitas bawah				
	a. Memeriksa ada/tidaknya oedema				
	b. Memeriksa ada/tidaknya varises				
	c. Memeriksa tanda human				



PERAWATAN LUKA PERINEUM

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH KERJA	
PERSIAPAN ALAT	1	Ø Kapas dengan air DTT dalam kom tertutup
		Ø Alas bokong/ perlak (bila tempat tidur penderita tidak ada perlaknya)
		Ø Air DTT dalam botol
		Ø Pot untuk menampung air kemih
		Ø Pinset
		Ø Sarung tangan
		Ø Bengkok (nierbekken)
		Ø Kasa steril
		Ø Betadin
PERSIAPAN PASIEN	2	Pasien berbaring
PERSIAPAN LINGKUNGAN	3	Lingkungan tertutup
	4	Berikan salam dengan ramah dan kenalkan bahwa anda petugas kesehatan yang diberikan wewenang untuk melakukan suatu tindakan.
	5	Menjelaskan maksud dan tujuan dari tindakan yang dilakukan
	6	Mencuci tangan dan mengeringkannya dengan handuk kering dan bersih
	7	Gunakan sarung tangan steril
	8	Nilai kondisi luka : adakah tanda-tanda infeksi, darah/pus dan tingkat penyembuhan luka
	11	Jika luka kering : berikan KIE perawatan luka sehari-hari
		Luka kotor / terdapat tanda-tanda infeksi : bersihkan dengan NS dan keringkan. Jika luka basah dan terdapat pus dapat berikan antibiotik tabur/salep sesuai advice dokter
	12	Partikan luka tetap bersih dan kering
	13	Sesudah selesai pasien dirapikan
	14	Peralatan dibersihkan, dibereskan dan dikembalikan pada tempatnya
	15	Memberi tahu pada pasien bahwa tindakan sudah selesai dilakukan dan KIE personal higient genetalia.
	16	Mencuci tangan.
	17	Melakukan pencatatan dan pelaporan



PERAWATAN LUKA SC

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH KERJA	
PERSIAPAN ALAT	1	Ø Bak Instrument : sarung tangan, pinset, kassa steril
		Ø Kom steril
		Ø Penutup anti air (Oppsite)
		Ø Antibiotik tabur/ salep menurut advice dokter
		Ø Plester
		Ø Normal salin
		Ø Penghilang perekat (alkohol)
		Ø Bengkok (nierbekken)
Persiapan Pasien	2	Pasien berbaring
Persiapan Lingkungan	3	Lingkungan tertutup
Pelaksanaan	4	Berikan salam dengan ramah dan kenalkan bahwa anda petugas kesehatan yang diberikan wewenang untuk melakukan tindakan.
	5	Menjelaskan maksud dan tujuan dari tindakan yang dilakukan
	6	Mencuci tangan dan mengeringkannya dengan handuk kering dan bersih
	7	Gunakan sarung tangan steril/ DTT
	8	Nilai kondisi luka : adakah tanda-tanda infeksi, darah/pus dan tingkat penyembuhan luka
	9	Buka dan bersihkan luka jahitan dengan NS satu arah
	10	Jika luka basah : lakukan penekanan luka untuk mengeluarkan pus yang ada dalam jaringan, pastikan sampai tidak ada pus
	11	Bersihkan ulang dengan NS dan keringkan. Jika luka basah dan terdapat pus dapat berikan antibiotik tabur/ salep sesuai advice dokter
	12	Luka ditutup secukupnya dengan kain kasa steril / penutup anti air
	13	Sesudah selesai pasien dirapikan
	14	Peralatan dibersihkan, diberekan dan dikembalikan pada tempatnya
	15	Memberi tahu pada pasien bahwa tindakan sudah selesai dilakukan dan mengucapkan salam.
	16	Mencuci tangan.
	17	Melakukan pencatatan dan pelaporan



ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS, BAYI DAN BALITA

A. DDST

1. Pengertian

DDST adalah Denver Development Screening Test, yaitu salah satu metode screening yang digunakan untuk menilai perkembangan anak dan ditujukan untuk anak usia 1 bulan sampai 6 tahun

2. Tujuan

- a. Mengetahui kelainan perkembangan anak dan hal hal lain yang merupakan resiko terjadinya kelainan perkembangan tersebut.
- b. Mengetahui berbagai masalah perkembangan yang memerlukan pengobatan konseling genetik
- c. Mengetahui kapan anak perlu dirujuk ke senter yang lebih tinggi

3. Persiapan Alat dan Bahan

- a. Alat peraga: benang wol merah, kismis/ manik-manik, Peralatan makan, peralatan gosok gigi, kartu/ permainan ular tangga pakaian, buku gambar/ kertas, pensil, kubus warna merah-kuning-hijau-biru, kertas warna (tergantung usia kronologis anak saat diperiksa)
- b. Lembar formulir DDST II
- c. Buku petunjuk sebagai referensi yang menjelaskan cara-cara melakukan tes dan cara penilaiannya

4. Prosedur Kerja

- a. Tetapkan umur kronologis anak, tanyakan tanggal lahir anak yang akan diperiksa. Gunakan patokan 30 hari untuk satu bulan dan 12 bulan untuk satu tahun
- b. Jika dalam perhitungan umur kurang dari 15 hari dibulatkan ke bawah, jika sama dengan atau lebih dari 15 hari dibulatkan ke atas
- c. Tarik garis berdasarkan umur kronologis yang memotong garis horisontal tugas perkembangan pada formulir DDST
- d. Setelah itu dihitung pada masing-masing sektor, berapa yang P dan berapa yang F
- e. Berdasarkan pedoman, hasil tes diklasifikasikan dalam: Normal, Abnormal, Meragukan dan tidak dapat dites.

NO	LANGKAH/ KEGIATAN	NILAI			
		4	3	2	1
1	Siapkan formulir DDST yang akan digunakan beserta alat bantu untuk melakukan pemeriksaan tumbuh kembang bayi/anak				
2	Beri salam pada klien/ibu dengan sopan, perkenalkan diri anda kepada mereka				
3	Menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan				

I. PENGKAJIAN

4	Melakukan anamnesa untuk memperoleh data bayi maupun orang tuanya sesuai dengan formulir yang ada				
5	Mencuci tangan dibawah air mengalir dengan sabun dan dikeringkan dengan handuk kering				
6	Melakukan pengukuran antropometri (BB,PB,LILA dan Lingkar Kepala)				
7	Melakukan pemeriksaan fisik				
8	Melakukan pemeriksaan tes daya dengar sesuai format yang ada				
9	Menentukan usia/ umur bayi/ anak dengan tepat				
10	Memasukkan usia bayi pada formulir DDST dengan menarik garis vertikal pada formulir DDST				
11	Melakukan penilaian perkembangan bayi/anak menggunakan alat bantu sesuai dengan tugas-tugas yang terletak di sebelah kiri garis usia bayi/anak				
12	Memasukkan hasil penilaian kedalam format DDST				
13	Mengklasifikasikan hasil penilaian/pemeriksaan yang telah dilakukan				

II. IDENTIFIKASI MASALAH

14	Mengidentifikasi masalah berdasarkan pengkajian dan penilaian perkembangan menggunakan DDST				
----	---------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

III. IMPLEMENTASI

15	Memberikan informasi kepada keluarga hasil dari pemeriksaan (penilaian) yang telah dilakukan				
16	Memberikan penyuluhan berdasarkan hasil pemeriksaan dan penilaian perkembangan serta masalah lainnya				

17	Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya tentang hal-hal yang kurang di mengerti				
18	Merencanakan penilaian perkembangan secara berkala (melakukan kunjungan ulang)				
19	Secara sopan ucapkan salam perpisahan pada ibu/keluarga dan ucapkan terima kasih				
20	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan/penilaian				
21	Merapikan alat-alat yang telah digunakan				
22	Mencuci tangan di bawah air mengalir dengan sabun dan di keringkan dengan handuk kering				

INSTRUMEN TES DAYA DENGAR MENURUT UMUR ANAK

Umur 0 – 6 Bulan

1. Pada waktu bayi tidur kemudian anda berbicara atau membuat kegaduhan, apakah bayi akan bergerak atau terbangun dari tidurnya ?	Ya	Tidak
2. Pada waktu bayi tidur telentang dan anda duduk di dekat kepala bayi pada posisi yang tidak terlihat oleh bayi, kemudian anda bertepuk tangan dengan keras, apakah bayi terkejut atau mengedipkan matanya atau menegangkan tubuh sambil mengangkat kaki-tangannya ke atas ?	Ya	Tidak
3. Apabila ada suara nyaring (misal suara batuk, salak anjing, piring jatuh ke lantai dll.), apakah bayi terkejut atau terlompat?	Ya	Tidak

UMUR 6 - 9 BULAN

1. Pada waktu bayi tidur, kemudian anda berbicara atau membuat kegaduhan, apakah bayi akan bergerak atau terbangun dari tidurnya ?	Ya	Tidak
2. Pada waktu bayi tidur telentang dan anda duduk di dekat kepala bayi pada posisi yang tidak terlihat oleh bayi, kemudian anda bertepuk tangan dengan keras, apakah bayi terkejut atau mengedipkan matanya atau menegangkan tubuh sambil mengangkat kaki-tangannya ke atas ?	Ya	Tidak
3. Apabila ada suara nyaring (misal suara batuk, salak anjing, piring jatuh ke lantai dll.), apakah bayi terkejut atau terlompat?	Ya	Tidak
4. Anda berada di sisi yang tidak terlihat oleh bayi, sebut	Ya	Tidak

namanya atau bunyikan sesuatu, apakah bayi memalingkan kepala mencari sumber suara?		
-------------------------------------------------------------------------------------	--	--

UMUR 9 - 12 BULAN		
1. Pada waktu bayi tidur, kemudian anda berbicara atau membuat kegaduhan, apakah bayi akan bergerak atau terbangun dari tidurnya ?	Ya	Tidak
2. Pada waktu bayi tidur telentang dan anda duduk di dekat kepala bayi pada posisi yang tidak terlihat oleh bayi, kemudian anda bertepuk tangan dengan keras, apakah bayi terkejut atau mengedipkan matanya atau menegangkan tubuh sambil mengangkat kaki-tangannya ke atas ?	Ya	Tidak
3. Apabila ada suara nyaring (misal suara batuk, salak anjing, piring jatuh ke lantai dll.), apakah bayi terkejut atau terlompat?	Ya	Tidak
4. Anda berada di sisi yang tidak terlihat oleh bayi, sebut namanya atau bunyikan sesuatu, apakah bayi memalingkan kepala mencari sumber suara?	Ya	Tidak

B. ImunisasiBCG, DPT combo, Polio dan Campak

1. Pengertian

Imunisasi adalah suatu usaha memberikan kekebalan tubuh bayi dan anak terhadap penyakit tertentu, sedangkan vaksin adalah kuman atau racun kuman yang dimasukkan ke dalam tubuh bayi/ anak yang disebut antigen

Imunisasi BCG adalah vaksinasi hidup yang diberikan pada bayi untuk mencegah terjadinya penyakit TBC.

Vaksin Combo adalah produk Bio Farma yang mampu menimbulkan seroproteksi (kekebalan) terhadap difteri, tetanus, pertusis, dan hepatitis B yang sama baiknya dengan seroproteksi yang diberikan oleh vaksin DPT atau hepatitis B yang diberikan dalam dosis tunggal.

Imunisasi Polio adalah vaksinasi hidup yang diberikan pada bayi untuk mencegah terjadinya penyakit Poliomyelitis (polio).

Vaksin Campak berasal dari virus campak yang dimatikan (virus campak yang berada dalam larutan formalin yang dicampur dengan garam alumunium).

2. Tujuan

Untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (populasi) atau bahkan menghilangkan penyakit tertentu dari dunia.

BCG: Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi Bacillus Calmette – Guerin (BCG) agar anak mempunyai daya tahan terhadap penyakit Tuberkulosis (TBC).

DPT: Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi DPT agar anak mempunyai daya tahan terhadap penyakit Dipteri (batuk rejan).

Polio: Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi polio agar anak mempunyai daya tahan terhadap penyakit polio

Campak: Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi campak agar anak mempunyai daya tahan terhadap penyakit campak.

3. Persiapan Alat dan Bahan

a. BCG

- Vaksin BCG
- Kapas
- Disposable spuit
- Pelarut

b. DPT

- Vaksin DPT
- Kapas
- Disposable spuit

c. Polio

- Pinset/ gunting kecil
- Vaksin polio
- Pippet polio

d. Campak

- Pinset
- Disposable spuit
- Vaksin campak
- Pelarut
- Kapas
- Air

4. Prosedur Kerja

- a. Memberitahukan secara rinci tentang resiko vaksinasi dan resiko apabila tidak divaksinasi
- b. Periksa kembali persiapan untuk melakukan pelayanan bila terjadi reaksi ikutan yang tidak diharapkan
- c. Baca tentang teliti informasi tentang produk (vaksin) yang akan diberikan, jangan lupa mengenai persetujuan yang telah diberikan
- d. Melakukan tanya jawab dengan orang tua atau pengasuhnya sebelum melakukan imunisasi
- e. Tinjau kembali apakah ada kontra indikasi terhadap vaksin yang akan diberikan

- f. Periksa identitas penerima vaksin dan berikan antipiretik bila diperlukan
- g. Periksa jenis vaksin dan yakin bahwa vaksin tersebut telah disimpan dengan baik
- h. Periksa vaksin yang akan diberikan apakah tampak tanda-tanda perubahan, periksa tanggal kadaluarsa dan catat hal-hal istimewa, misalnya perubahan warna menunjukkan adanya kerusakan
- i. Yakin bahwa vaksin yang akan diberikan sesuai jadwal dan ditawarkan pula vaksin lain untuk imunisasi tertinggal bila diperlukan
- j. Berikan vaksin dengan teknik yang benar yaitu mengenai pemilihan jarum suntik, sudut arah jarum suntik, lokasi suntikan dan posisi penerima vaksin
- k. Setelah pemberian vaksin, berilah petunjuk kepada orang tua atau pengasuh apa yang harus dikerjakan dalam kejadian reaksi yang biasa atau reaksi ikutan yang lebih berat
- l. Catat imunisasi dalam rekam medis pribadi dan dalam catatan klinis
- m. Periksa status imunisasi anggota keluarga lainnya dan tawarkan vaksinasi untuk mengejar ketinggalan bila diperlukan
- n. Dalam situasi yang dilaksanakan untuk kelompok besar, pengaturan secara rinci bervariasi, namun rekomendasi tetap seperti diatas dan berpegang pada prinsip-prinsip higienis, surat persetujuan yang valid dan pemeriksaan/penilaian sebelum imunisasi harus dikerjakan

NO	KEGIATAN	NILAI			
		4	3	2	1
A.	Sikap				
1.	Menyambut klien dengan ramah dan sopan lalu memperkenalkan diri				
2.	Menjelaskan prosedur pelaksanaan kepada klien				
3.	Menjaga privacy klien				
B.	Content				
4.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih (prinsip 7 langkah)				
5.	Menyiapkan alat dan mendekatkan ke klien				
6.	<u>BGC:</u> <ul style="list-style-type: none"> o Larutkan vaksin dengan cairan pelarut BCG 1 ampul (4 cc) o Pastikan anak belum pernah di BCG dengan menanyakan pada orang tua anak tersebut o Ambil 0.05 cc vaksin BCG yang telah kita larutkan tadi 				

	<ul style="list-style-type: none">○ Bersihkan lengan dengan kapas yang telah dibasahi air bersih, jangan menggunakan alkohol/ desinfektan sebab akan merusak vaksin tersebut○ Suntikan vaksin tersebut sepertiga bagian lengan kanan atas (tepatnya pada insertio musculus deltoideus) secara intrakutan (ic) / dibawah kulit <p><u>DPT:</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Jelaskan kepada ibu anak tersebut, umur anak (2-11 bulan) jumlah suntikan 3x untuk imunisasi DPT ini○ Ambil 0,5 cc vaksin DPT○ Bersihkan 1/3 paha bagian luar dengan kapas yang telah di basahi air bersih○ Suntikan secara intra muskuler atau sub kutan○ Terangkan kepada ibu anak tersebut, tentang panas akibat DPT, berikan obat penurun panas / antipiretik kepada ibu anak tersebut bila anak panas tinggi (lebih dari 39 °c) <p><u>Polio:</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Pastikan vaksin polio dalam keadaan baik (perhatikan nomor, kadaluarsa dan vvm /vaksin vial monitor)○ Buka tutup vaksin dengan menggunakan pinset/ gunting kecil○ Pasang pipet diatas botol vaksin○ Letakkan anak pada posisi yang nyaman mungkin○ Buka mulut anak dan teteskan vaksin volio sebanyak 2 tetes○ Pastikan vaksin yang telah diberikan ditelan oleh anak yang di imunisasi○ Jika di muntahkan atau di dikeluarkan oleh anak, ulangi lagi penetesannya○ Saat meneteskan vaksin ke mulut, agar vaksin tetap dalam kondisi steril <p><u>Campak:</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Pastikan vaksin dalam keadaan baik (no bact /				
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

	<p>exp / vvm)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Buka tutup vaksin dengan menggunakan Pinset○ Larutkan dengan cairan pelarut campak yang sudah ada (5 cc)○ Pastikan umur anak tepat untuk di imunisasi campak (9 bulan)○ Ambil 0,5 cc vaksin campak yang telah dilarutkan tadi○ Bersihkan lengan kiri bagian atas anak dengan kapas yang telah di basahi air bersih○ Suntikan secara sub (sc)				
7.	Merapikan pasien				
8.	Merapikan alat yang digunakan				
9.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian mengeringkan tangan dengan handuk bersih				
10.	Mendokumentasikan hasil tindakan				



PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARULAHIR

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH KERJA	
Persiapan Pasien	1	Setelah 1 jam bayi dilakukan IMD, beritahu pada ibu dan keluarga bahwa bayi akan dilakukan pemeriksaan fisik dan selanjutnya disuntik vitamin K ₁ dan HbO
	2	Minta persetujuan keluarga
	3	Letakkan bayi pada tempat yang nyaman
Persiapan Alat	4	<p>Susun alat secara ergonomis untuk memudahkan dalam bekerja</p> <p>Alat-alat:</p> <p>Disposable</p> <p>Hb uniject</p> <p>Kapas cebok</p> <p>Kapas DTT</p> <p>Kapas mata</p> <p>Kassa steril</p> <p>Salep mata Oksitetrasiklin 1%</p> <p>Sarung tangan bersih</p> <p>Sput 1 ml</p> <p>Vitamin K 1mg</p> <p>Instrumen</p> <p>Bak instrument</p> <p>Baki</p> <p>Bengkok</p> <p>Buku catatan</p> <p>Cuching obat 2</p> <p>Flannel/selimut bayi</p> <p>Jam</p> <p>Kom bertutup 2</p> <p>Pengukur panjang badan</p> <p>Pita meter (metlyn)</p> <p>Senter</p> <p>Stetoskop bayi</p> <p>Sfigmomanometer bayi</p> <p>Thermometer aksila</p> <p>Timbangan dacin</p> <p>Tongue spatel</p> <p>Hammer reflex untuk bayi</p>
Pelaksanaan	5	Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan dengan handuk bersih
	6	Pakai sarung tangan
	7	Letakkan bayi pada tempat yang rata, upayakan tempat yang aman menghindari jatuh dan pencahayaan baik
	8	<p>Kaji keadaan umum bayi:</p> <p>Posisi bayi : tangan mengepal atau tidak, lengan adduksi atau abduksi, fleksi bergerak ke atas sampai ke tangan, lutut fleksi atau tidak, kolumna spinalis lurus atau tidak</p> <p>Gerakan bayi : normalnya spontan, simetris & sedikit tremor</p> <p>Genggaman telapak tangan bayi : kuat atau tidak</p> <p>Tangisan bayi kuat atau melengking kesakitan atau merintih</p>
	9	<p>Lakukan pemeriksaan kulit</p> <p>Perhatikan warna kulit (apakah ada warna pucat, ikterus, sianosis, atau tanda lainnya). Pada bayi kulit gelap lihat membrane mukosa.</p> <p>Kondisi kelembaban kulit, dan ada pengelupasan pada kulit atau idak</p> <p>Perhatikan vernik kaseosa (tebal seperti keju berwarna putih)</p> <p>Perhatikan adakah lanugo (sedikit/banyak)</p> <p>Perhatikan adakah milia (kelenjar keringat sebasa tersumbat, normal dan hilang dalam beberapa hari)</p> <p>Perhatikan adakah toksikum eritema (ruam bayi baru lahir)</p>
	10	<p>Lakukan penimbangan berat badan</p> <p>Periksa alat timbangan dan tempatkan timbangan pada tempat yang datar</p>

		<p>Lapisi timbangan dengan kain</p> <p>Seimbangkan timbangan dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan</p> <p>Buka semua pakaian bayi (termasuk popok) dan letakkan bayi di timbangan</p> <p>Baca hasil timbangan sampai ketelitian 0,1 kg</p>
	11	<p>Lakukan pengukuran panjang badan</p> <p>Letakan bayi ditempat yang datar</p> <p>Ukur panjang badan bayi menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki /badan bayi diluruskan</p> <p>Pegangi kepala dan lutut agar kaki tetap lurus</p> <p>Baca hasil hasil pengukuran sampai ketelitian 0,1 cm</p>
	12	<p>Ukur lingk kepala</p> <p>Pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkar kembali lagi ke dahi (sirkumferentia fronto oksipito). Ukuran normal lingk kepala bayi baru lahir adalah 32-38 cm.</p>
	13	<p>Ukur lingk dada</p> <p>Lingkar dada diukur dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua putting susu). Ukuran normal lingk dada bayi baru lahir adalah 30-36 cm.</p>
	14	<p>Ukur tanda-tanda vital</p> <p>Tekanan darah : pasang manset pada lengan bayi, posisikan stetoskop disekitar arteri brakhialis, lakukan pengukuran tekanan darah. Tekanan darah normal bayi baru lahir cukup bulan adalah 68/44mmHg-76/48mmHg.</p> <p>Nadi : stetoskop diletakan di apeks jantung di ruang interkosta keempat atau kelima, garis midklavikula, dada anterior kiri. Hitung detak jantung dengan stetoskop. Frekuensi nadi normal bayi baru lahir adalah 120-160 kali per menit (saat tidur) dan 100-180 kali per menit saat terjaga.</p> <p>Suhu: letakkan termometer aksila pada ketiak bayi, lakukan pengukuran suhu ketiak. Suhu normal bayi bayi baru lahir adalah 35,5°C -36,5°C.</p> <p>Pernafasan: lihat tarikan dinding dada bawah ketika bayi sedang tidak menangis. Frekuensi napas normal bayi baru lahir adalah 30-80 kali per menit.</p>
	15	<p>Lakukan pemeriksaan kepala</p> <p>Kontur tulang tengkorak: lihat bentuk kepala, lihat dan raba fontanel anterior, fontanel posterior, periksa adanya molase, adanya caput succedaneum, adanya chepal hematoma, dan perhatikan kemampuan bayi dalam mengendalikan kepala.</p> <p>Mata : melihat posisi dan kesejajaran mata dengan telinga ,periksa jumlah bola mata, kelainan pada bola mata (adanya strabismus/juling), kondisi iris, pupil, kornea dan retina, duktus lakrimalis paten atau tidak dengan melihat pengeluaran air mata saat bayi menangis, ketajaman penglihatan mata dengan menyrotkan cahaya kearah mata dan perhatikan adanya reaksi kedipan (refleks mencedip) , periksa adanya trauma seperti perdarahan conjunctiva atau retina, adakah secret pada sclera dan conjunctiva, adakah pembengkakan pada kelopak mata.</p> <p>Hidung: kaji lebar hidung (pada posisi garis tengah lebar > 2,5 cm pada neonatus cukup bulan), nares paten atau tidak dengan cara menutup mulut dan salah satu lubang hidung bayi apakah bayi masih bisa bernafas atau tidak, ada/tidaknya pergerakan cuping hidung, apakah bayi bernafas melalui mulut atau tidak, kaji respon bayi terhadap bau dengan mendekatkan kapas alkohol dan perhatikan respon bayi menyeringai atau menangis/ tidak.</p> <p>Rongga mulut : kaji kesimetrisan, bentuk dan ukuran yang proporsional, warna bibir, kondisi membran mukosa, palatum utuh atau tidak, lidah proporsional dengan mulut atau tidak, adakah kelainan pada bibir dan rongga mulut (labioskisis,palatoskisis,labiopalatoskisis), reflex gag (<i>reflex yang memicu batuk atau muntah karena masuknya benda asing ke rongga mulut</i>) ada atau tidak.</p> <p>Telinga: periksa dan pastikan jumlah, bentuk lekukan telinga dan posisi kesejajaran dengan mata. Tulang rawan sudah matang atau tidak, simetris atau tidak, adanya gangguan pendengaran atau tidak (dengan cara membunyikan bel atau suara agar timbul refleks terkejut)</p>
	16	<p>Lakukan pemeriksaan leher</p> <p>Leher : inspeksi kesimetrisan, pergerakan, selaput dan lipatan kulit tambahan di leher (indikasi sindrom turner), kulit yang berlebihan atau tidak kencang (indikasi sindrom down), refleks leher tonik ada atau tidak.</p>

		<p>Kelenjar tyroid : palpasi kelenjar tyroid terdapat pembesaran atau tidak</p> <p>Nodus limfe diraba ada massa atau tidak</p> <p>Vena jugularis : frekwensi nadi kuat dan teratur (jangan dipalpasi merangsang refleks bradycardi dan menyebabkan depresi nafas pada bayi)</p> <p>Klavikula : tulang simetris atau tidak, terdapat massa tambahan atau tidak</p>
17	Lakukan pemeriksaan dada	<p>Inspeksi: kesimetrisan tulang iga, gerakan dada saat bernafas, adakah tarikan sternum atau interkostal saat bernafas, apakah puting susu simetris, areola tegak atau tidak dan terdapat pengeluaran rabas atau tidak</p> <p>Palpasi : prosesus xypoides adakah krepitus, terdesak kebelakang</p> <p>Auskultasi :</p> <p>bunyi nafas pada dinding thoraks dengan menggunakan stetoskop yaitu saat bayi bernafas , letakkan stetoskop secara sistematis dari atas ke bawah dengan membandingkan antara kanan dan kiri (adakah rales)</p> <p>frekuensi denyut jantung 100-160x/mnt teratur tanpa murmur (terdengar sampai ductus arteriosus menutup)</p>
18	Lakukan pemeriksaan abdomen	<p>Inspeksi : bentuk abdomen simetris atau tidak, bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas, adakah gelombang peristaltik ,tali pusat : pembuluh darah 3 (2 arteri 1 vena)</p> <p>Auskultasi : adakah bising usus (normal terjadi setiap 10-30 detik dan terdengar seperti gelembung, bunyi klik dan bunyi keroncongan)</p> <p>Palpasi abdomen lunak dan tidak nyeri tekan dan tanpa massa, ginjal : panjang 4-5 cm disisi posterior area lumbal, hati : sisi pinggir tajam tepat diatas batas kosta kanan, berbatas tegas, limpa : 1 cm dibawah kosta kiri, lipatan inguinal : frekuensi nadi femoralis kuat dan teratur dikedua sisi, adakah hernia atau massa dalam lipatan inguinal</p> <p>Lakukan pengukuran lingkaran perut : dari umbilicus menuju ke pinggang dan kembali lagi ke umbilicus</p>
19	Lakukan pemeriksaan genetalia	<p>Genetalia laki-laki : penis lurus dan proporsional atau tidak, meatus urinarius diujung glans atau tidak, testis apakah sudah turun atau belum dengan meraba skrotum (setidaknya satu sisi)</p> <p>Genetalia perempuan : perhatikan labia mayora menutup labia minora atau tidak, klitoris menonjol atau tidak, vagina berlubang atau tidak, uretra berlubang atau tidak, pada vagina keluar cairan atau tidak dengan warna apa</p>
20	Lakukan pemeriksaan bahu, lengan, tangan	<p>Perhatikan gerakan sendi</p> <p>Raba klavikula apakah simetris, bunyi krepitus</p> <p>Kedua lengan harus sama panjang diperiksa dengan cara meluruskan kedua lengan kebawah</p> <p>Telapak tangan harus dapat terbuka, periksa garis tangan</p> <p>Periksa kuku dan bantalan kuku</p> <p>jumlah jari (normal/polidaktili)</p> <p>jari saling berlekatan atau tidak (sindaktili)</p>
21	Lakukan pemeriksaan tungkai dan kaki	<p>Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki, panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya</p> <p>Pergerakan kedua tungkai</p> <p>Periksa adanya polidaktili atau sindaktili</p>
22	Lakukan pemeriksaan punggung dan anus	<p>Punggung: dengan cara menelungkupkan bayi, cari adanya tanda abnormalitas seperti spina bifida, pembengkakan, bercak kecil berambut (kelainan medula spinalis atau kolumna vertebra)</p> <p>Anus : berlubang atau tidak. Hindari untuk memasukkan alat atau jari dalam melakukan pemeriksaan anus.</p>
23	Lakukan pemeriksaan refleks pada bayi:	<p>Refleks Moro: bayi dibaringkan terlentang, kemudian diposisikan setengah duduk dan disanggah oleh kedua telapak tangan petugas, secara tiba-tiba tapi hati-hati kepala bayi dijatuhkan 30°-45° C (merubah posisi badan bayi secara tiba-tiba) atau dengan menepuk tempat tidur bayi secara mendadak</p> <p>Refleks berkedip atau reflex corneal: mengarahkan sinar terang secara tiba-tiba ke mata bayi dan akan diikuti dengan kedipan mata dari bayi</p> <p>Refleks mata boneka: kepala bayi ditidurkan maka mata bayi akan</p>

		<p>menutup, saat diangkat lagi mata bayi akan membuka</p> <p>Refleks Rooting : mengusapkan sesuatu di pipi bayi, dan akan diikuti gerakan pemutar kepala bayi ke arah benda itu dan membuka mulutnya</p> <p>Refleks Sucking: memasukkan sedikit ujung jari telunjuk ke mulut bayi, dan bayi akan berusaha mengisap</p> <p>Refleks Swallowing : memasukkan putting susu ibu ke mulut bayi, dan bayi akan berusaha menelan ASI yang telah dihisap dari putting susu ibu</p> <p>Refleks palmar grasping: bayi ditidurkan , letakkan sebuah benda atau petugas menyentuh bagian telapak tangan bayi yang terbuka, maka akan diikuti dengan gerakan mengenggam .</p> <p>Refleks plantar grasping: bayi ditidurkan kemudian ibu jari petugas ditempelkan di telapak kaki bayi, maka jari-jari kaki akan melekok secara erat</p> <p>Refleks babinsky : mengusap bagian samping telapak kaki bayi , maka jari-jari kaki akan menyebar dan jempol kaki bayi akan ekstensi</p> <p>Refleks walking atau stepping : bayi dipegang pada bagian thoraks dengan kedua tangan petugas, kemudian petugas mendaratkan bayi dalam posisi berdiri di atas tempat tidur, maka kaki bayi akan menapak dan berjingkat</p>
	24	<p>Berikan salep mata oksitetrasiklin 1% atau salep eritromicyn 0,5% pada bayi:</p> <p>Buka mata bayi</p> <p>Bersihkan mata bayi dengan kapas</p> <p>Berikan salep mata pada bagian konjungtiva dalam satu garis lurus mulai bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju bagian luar mata (ujung tabung salep mata tidak boleh menyentuh mata bayi)</p>
	25	Lakukan injeksi vitamin K ₁ 1mg di paha kiri anterolateral intramuskular
	26	<p>Satu jam setelah pemberian vitamin K₁, lakukan injeksi Hb0 uniject:</p> <p>Cek VVM (Vaksin Vial Monitoring) dalam kategori A atau B</p> <p>Buka kemasan vaksin Hb0 uniject</p> <p>Dorong tutup jarum kearah pangkal hingga ada tahanan</p> <p>Usap bagian yang akan diinjeksi dengan kapas injeksi</p> <p>Injeksikan di paha kanan 0,5 ml intramuskular (tanpa melakukan aspirasi)</p> <p>Pencet reservoir yang berisi vaksin Hb0. Pastikan semua vaksin masuk</p> <p>Cabut uniject dan buang pada tempat benda tajam</p>
	27	Jelaskan pada orangtua tentang hasil pemeriksaan
	28	Rapikan bayi
	29	Bereskan alat dan dikembalikan ke tempat semula
	30	Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan dengan handuk bersih
	31	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan



Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid
Paiton Probolinggo

PERAWATAN TALI PUSAT PADA BAYI BARU LAHIR

PROGRAM STUDI KEBIDANAN	LANGKAH KERJA	
Persiapan Alat	Kassa steril Air bersih dan sabun Handuk	
Pelaksanaan	1	Memberikan salam dan menjelaskan kepada orangtua tentang tindakan yang akan dilakukan
	2	Mencuci tangan dan dikeringkan dengan handuk
	3	Mencuci tali pusat dengan air bersih dan sabun, bilas dan keringkan dengan handuk bersih
	4	Tutupi tali pusat dengan kassa steril secara longgar
	5	Jika tali pusat terkena kotoran feses, cuci dengan sabun dan air bersih, kemudian keringkan dan kembali tutup dengan kassa steril secara longgar
	6	Cuci tangan dan keringkan dengan handuk



Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid
Paiton Probolinggo

MEMANDIKAN BAYI

PROGRAM STUDI KEBIDANAN	LANGKAH KERJA	
Persiapan Alat	Bak mandi Air dingin dan panas Kom bertutup 3 Kapas mata Kapas cebok Cotton buds Kassa steril Handuk Spons atau washlap 2 Sabun bayi Shampoo bayi Baby oil Minyak telon Bedak Sisir bayi Pakaian bayi lengkap (bedong, popok, gurita, baju, sarung tangan dan sarung kaki, topi bayi) Celemek plastik / skort Sarung tangan panjang (k/p)	
Pelaksanaan	1	Memberian salam dan menjelaskan kepada orangtua tentang tindakan yang akan dilakukan dan dapatkan persetujuan dari orang tua bayi.
	2	Siapkan ruangan dengan menutup jendela dan pintu untuk menjaga kehangatan ruangan
	3	Mencuci tangan dan dikeringkan dengan handuk (pada saat memandikan bayi baru lahir yang pertama kali gunakan sarung tangan panjang)
	4	Mengisi air dingin ke dalam bak mandi bayi kemudian tambahkan air panas secukupnya sampai mencapai temperatur 40°C untuk bayi berumur sampai 2 bulan dan berangsur diturunkan suhu air sampai suhu 27°C setelah bayi berumur 2 bulan
	5	Mengukur suhu air dengan menggunakan siku atau pergelangan tangan. Bagian siku atau pergelangan tangan lebih sensitive daripada jari-jari.
	6	Mengalasi meja bayi dengan handuk
	7	Mengatur pakaian bayi sesuai dengan urutan dari yang paling bawah yaitu bedong bayi, baju, popok, gurita, sarung tangan dan sarung kaki, topi bayi
	8	Membersihkan mata dengan kapas mata, lubang hidung, daun telinga dengan cotton buds dan mulut bayi dengan kassa steril
	9	Membasahi muka bayi dengan spons/washlap pada seluruh bagian wajah kecuali mata
	10	Mengeringkan wajah bayi dengan handuk, lakukan dengan sentuhan yang lembut
	11	Membasahi rambut bayi dengan air hangat dan bubuhkan shampoo, gosok bagian kepala dan rambut dengan lembut , bersihkan shampoo dengan washlap
	12	Membilas rambut bayi hingga bersih di atas bak mandi, pegangi tubuh bayi sedemikian rupa, keringkan dengan handuk
	13	Membuka kain bedong, lihat apakah bayi BAB, bila bayi BAB bersihkan alat kelamin dan pantat bayi dengan menggunakan kapas cebok
	14	Membasahi tubuh bayi dengan washlap, kemudian menyabuni tubuh bayi: tubuh, paha, kaki, kedua lengan bagian depan dan belakang, lalu miringkan bayi dan menyabuni tubuh bagian belakang, membersihkan tubuh bayi sampai lipatan kulit dengan menggunakan washlap hingga bersih
	15	Meletakkan handuk pada bagian bahu kemudian gendong bayi ke dalam bak mandi dengan cara pegangi bayi sedemikian rupa sehingga lengan kiri berada dibawah tengkuk bayi dan jari-jari tangan kiri mencengkeram disekitar ketiak sedangkan tangan yang lain memegang kaki bayi dengan merapatkan kedua kaki bayi dan telunjuk tangan kanan diantara kedua kaki bayi, bersihkan tubuh bayi dalam bak mandi , termasuk bagian belakang tubuh bayi (tidak perlu membersihkan verniks).
	16	Mengangkat bayi dan selimuti dengan handuk, letakkan pada meja bayi

	17	Mengeringkan tubuh bayi secara perlahan-lahan dengan cara menekan-nekan handuk pada tubuh bayi
	18	Merawat tubuh bayi dengan baby oil pada lipatan-lipatan tubuh bayi dan beri minyak telon disekitar perut, dada, dan punggung. Kemudian lakukan perawatan tali pusat.
	19	Mengenakan gurita dan popok dengan tepat dan tidak terlalu ketat
	20	Mengenakan celana dan baju bayi serta membungkus bayi dengan kain bedong
	21	Menyisir rambut bayi dan berikan sedikit bedak pada bagian wajah (bila perlu)
	22	Memberikan bayi kepada orang tua atau tidurkan bayi pada tempat yang aman
	23	Merapikan kembali alat-alat yang telah digunakan
	24	Mencuci tangan kemudian dikeringkan dengan handuk
	25	Memberitahu keluarga bahwa tindakan yang dilakukan telah selesai mengucapkan salam dan terima kasih pada keluarga
	26	Melakukan pendokumentasian tindakan yang telah dilakukan



PEMASANGAN NASO GASTRIC TUBE (NGT) PADA BAYI

PROGRAM STUDI KEBIDANAN	LANGKAH KERJA	
Persiapan Alat	Bak instrument Handuk kecil atau serbet Bengkok Kom berisi air hangat Tongue spatel Plester Vaselin/jelly Kertas lakmus Sarung tangan Slang nasogastrik steril ukuran FG 6 atau 8 untuk bayi (BB > 1,7 Kg) Sput ukuran 5cc Stetoskop Tissue Cotton buds Kassa steril Timba berisi larutan klorin 0,5% Tempat sampah medis dan non medis	
Pelaksanaan	1	Salam, sapa dan beri penjelasan pada ibu/keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan pada bayinya
	2	Minta persetujuan keluarga
	3	Bayi ditidurkan di tempat yang aman tanpa menggunakan bantal atau dalam posisi kepala ditengadahkan (ekstensi) dengan kondisi pencahayaan yang baik dan dibedong atau dipegang oleh asisten agar tangan tidak menyentuh wajahnya
	4	Memasang handuk kecil atau serbet atau tissue di dada bayi dan dekatkan bengkok
	5	Membersihkan lubang hidung dengan cotton buds
	6	Mempersiapkan vaselin pada kassa steril yang ada pada bak instrument dan siapkan plester, , lalu buka kemasan steril NGT dan taruh dalam bak instrument
	7	Cuci tangan dan pakai sarung tangan
	8	Ukur panjang slang yang akan dimasukkan dari epigastrium sampai pertengahan dahi, beri tanda.
	9	Licinkan ujung pipa dengan air atau vaselin/jelly, pangkal slang dilipat dengan tangan non dominan
	10	Masukkan slang ke lubang hidung secara perlahan-lahan sambil perhatikan keadaan umum bayi sampai batas slang yang telah diberi tanda. Berhenti dan lepaskan slang jika terjadi nafas megap-megap atau sianosis pada bayi.
	11	Cek slang untuk memastikan slang benar-benar masuk dalam lambug. Ada tiga cara pengecekan: Menghisap cairan lambung dengan menggunakan spuit, cek cairan dengan kertas lakmus Masukkan udara ke dalam lambung 2-3cc dengan spuit sambil dengarkan dengan stetoskop, bila terdengar bunyi letupan, berarti posisi slang sudah tepat Masukkan pangkal slang dalam mangkuk berisi air dan pastikan apakah ada gelembung atau tidak
	12	Tutup pangkal slang NGT dan fiksasi slang pada pipi bayi dengan plester
	13	Bereskan alat dengan benar
	14	Lepas sarung tangan lalu masukkan dalam larutan klorin 0,5% dan cuci tangan
	15	Lakukan pendokumentasian tindakan yang telah dilakukan



REUSITASI BAYI BARU LAHIR

PROGRAM STUDI KEBIDANAN	LANGKAH KERJA	
Persiapan	<p>Perlengkapan resusitasi bayi baru lahir harus selalu tersedia dan siap digunakan pada setiap persalinan. Pastikan penolong sudah mencuci tangan dan mengenakan sarung tangan DTT/steril sebelum melakukan resusitasi. Persiapan lainnya adalah sebagai berikut:</p> <p>Antisipasi bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat kondisi ibu dengan resiko tinggi asfiksia pada bayi)</p> <p>Tempat resusitasi datar, rata, cukup keras, bersih, kering & hangat</p> <p>Tiga lembar handuk atau kain bersih dan kering</p> <p> Untuk mengeringkan bayi</p> <p> Untuk menyelimuti tubuh dan kepala bayi</p> <p> Untuk ganjal bahu</p> <p>Alat penghisap lendir : bola karet atau penghisap DeLee diletakkan dalam kompartemen tertutup</p> <p>Alat ventilasi: tabung dan sungkup atau balon dan sungkup dengan katup pelepas tekanan</p> <p>Lampu 60 watt/petromak dengan jarak 60 cm dari bayi</p> <p>Stetoskop</p>	
Pelaksanaan	PENILAIAN BAYI SEBELUM LAHIR & SEGERA SETELAH LAHIR	
	1	<p>Lakukan penilaian bayi baru lahir sebagai berikut:</p> <p>Sebelum bayi lahir:</p> <p> Apakah kehamilan cukup bulan?</p> <p> Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium (warna kehijauan) ?</p> <p> Segera setelah bayi lahir (jika cukup bulan):</p> <p> Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?</p> <p> Apakah tonus bayi baik/bayi bergerak aktif?</p>
	KEPUTUSAN UNTUK MELAKUKAN RESUSITASI	
	2	<p>Lakukan resusitasi jika penilaian terdapat keadaan sebagai berikut:</p> <p>Jika bayi tidak cukup bulan dan atau bayi megap-megap/tidak bernapas dan atau tonus otot bayi tidak baik/bayi lemas</p> <p> Potong tali pusat, kemudian lakukan Langkah Awal Resusitasi</p> <p>Jika air ketuban bercampur mekonium:</p> <p> Sebelum memulai Langkah Awal Resusitasi, lakukan penilaian, apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap:</p> <p> Jika menangis atau bernapas/tidak megap-megap, klem dan potong tali pusat dengan cepat, tidak diikat dan tidak dibubuhi apapun, kemudian lakukan Langkah Awal Resusitasi</p> <p> Jika megap-megap atau tidak bernapas, lakukan penghisapan terlebih dahulu dengan membuka mulut lebar, usap dan isap lendir di mulut, klem dan potong tali pusat dengan cepat, tidak diikat dan tidak dibubuhi apapun, kemudian lakukan Langkah Awal Resusitasi</p>
	TINDAKAN RESUSITASI	
	3	<p>Langkah awal</p> <p>Sambil memotong tali pusat, beritahu ibu dan keluarga bahwa bayi mengalami masalah sehingga perlu dilakukan tindakan resusitasi. Minta ibu dan keluarga memahami upaya ini dan minta mereka ikut membantu mengawasi ibu.</p>
	4	<p>Selimuti bayi dengan handuk/kain yang diletakkan di atas perut ibu atau sekitar 45 cm dari perineum, bagian wajah dan dada bayi tetap terbuka</p>
	5	<p>Letakkan bayi di tempat resusitasi</p>
	6	<p>Posisikan kepala bayi pada posisi menghidu yaitu kepala sedikit ekstensi</p>

		dengan mengganjal bahu (gunakan handuk/kain yang telah disiapkan dengan ketebalan 3 cm dan dapat disesuaikan)
	7	Bersihkan jalan napas dengan menghisap lendir di mulut sedalam < 5 cm dan kemudian hidung < 3cm (jangan melewati cuping hidung)
	8	Keringkan bayi (dengan sedikit tekanan) dan gosok muka/dada/perut/punggung bayi kecuali telapak tangan sebagai rangsangan taktil untuk merangsang pernapasan. Ganti kain yang basah dengan kain yang bersih dan kering. Selimuti bayi dengan kain kering, bagian wajah dan dada terbuka.
	9	Reposisi kepala bayi
	10	<p>Nilai hasil langkah awal (nilai pernafasan, frekuensi jantung, warna kulit), buat keputusan dan lakukan tindakan:</p> <p>Jika bayi bernapas normal/tidak megap-megap dan atau menangis, Frekuensi jantung > 100 dan kulit kemerahan lakukan asuhan pascaresusitasi</p> <p>Jika bayi sianosis, beri tambahan oksigen</p> <p>Jika bayi tidak bernapas spontan atau napas megap-megap atau apnu, frekuensi jantung < 100, lakukan ventilasi</p>
	Ventilasi	
	11	Pastikan bagian dada bayi tidak terselimuti kain agar penolong dapat menilai perkembangan dada bayi waktu dilakukan peniupan udara/peremasan balon
	12	Pasang sungkup melingkupi hidung, mulut, dan dagu (perhatikan perlekatan sungkup dan wajah bayi)
	<i>Ventilasi percobaan</i>	
	13	<p>Remas balon 2 kali dengan tekanan 30 cm air untuk mengalirkan udara ke jalan napas bayi (perhatikan gerakan dinding dada)</p> <p>Naiknya dinding dada mencerminkan pengembangan paru dan udara masuk</p> <p>Jika dinding dada tidak naik/mengembang periksa kembali:</p> <p>Perlekatan sungkup, adakah kebocoran ?</p> <p>Posisi kepala, apakah dalam posisi menghidu ?</p> <p>Apakah ada sumbatan jalan napas oleh lendir pada mulut atau hidung ?</p> <p>→ lakukan koreksi dan ulangi ventilasi percobaan</p>
	<i>Ventilasi definitive/lanjutan</i>	
	14	Setelah melakukan ventilasi percobaan berhasil maka lakukan ventilasi definitive dengan jalan meremas balon dengan tekanan 20 cm air, frekuensi 20 kali dalam 30 detik
	15	<p>Lakukan penilaian hasil ventilasi, buat keputusan dan lakukan tindakan:</p> <p>Jika bayi bernapas normal dan atau menangis, frekuensi jantung > 100, dan kulit kemerahan hentikan ventilasi kemudian lakukan asuhan pascaresusitasi</p> <p>Jika bayi bernapas normal dan atau menangis, frekuensi jantung > 100, dan kulit sianosis berikan O₂</p> <p>Jika bayi megap-megap dan frekuensi jantung < 100, lanjutkan tindakan ventilasi 20 kali dalam 30 detik dan lakukan kompresi dada. Kompresi dada dilakukan dengan bantuan asisten, dilakukan dengan dua teknik:</p> <p>Teknik ibu jari, kedua ibu jari digunakan untuk menekan sternum, sementara kedua tangan melingkari dada dan jari-jari tangan menyokong tulang belakang</p> <p>Teknik dua jari, 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 jika bayi diletakkan pada permukaan</p>

		<p>yang keras)</p> <p><i>Perbandingan pelaksanaan kompresi dada dan ventilasi adalah 3 : 1</i></p>
16		<p>Lakukan penilaian sekali lagi tentang hasil ventilasi pada no. 16 buat keputusan dan lakukan tindakan:</p> <p>Jika bayi bernapas normal dan atau menangis, frekuensi jantung > 100, dan kulit kemerahan hentikan ventilasi kemudian lakukan asuhan pascaresusitasi</p> <p>Jika bayi megap-megap dan frekuensi jantung > 60, lanjutkan tindakan ventilasi 20 kali dalam 30 detik, dan jika dalam waktu 2 menit tidak ada perbaikan keadaan , nilai denyut jantung, siapkan rujukan, lanjutkan ventilasi</p> <p>Jika bayi tidak bernapas dan tidak ada denyut jantung, ventilasi tetap dilanjutkan tetapi jika hingga 10 menit kemudian bayi tetap tidak bernafas dan denyut jantung tetap tidak ada, pertimbangkan untuk menghentikan resusitasi</p>
TINDAKAN PASCA RESUSITASI		
17		<p>Jika resusitasi berhasil, lakukan:</p> <p>Pemantauan tanda bahaya</p> <p>Perawatan tali pusat</p> <p>Inisiasi menyusu dini</p> <p>Pencegahan hipotermi</p> <p>Pemberian vit K₁</p> <p>Pencegahan infeksi (pemberian salep mata/tetes mata antibiotika, imunisasi hepatitis B)</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Pencatatan dan pelaporan</p>
18		<p>Jika perlu rujukan, lakukan:</p> <p>Konseling untuk merujuk bayi beserta ibu dan keluarga</p> <p>Lanjutkan resusitasi</p> <p>Pemantauan tanda bahaya</p> <p>Perawatan tali pusat</p> <p>Pencegahan hipotermi</p> <p>Pembuatan surat rujukan</p> <p>Pencatatan dan pelaporan</p> <p>Jika saat dirujuk keadaan bayi membaik dan tidak perlu resusitasi, berikan vit K₁ serta salep/tetes mata antibiotika dan susui bayi jika tidak ada kontraindikasi</p>
19		<p>Jika resusitasi tidak berhasil, lakukan:</p> <p>Konseling pada ibu dan keluarga</p> <p>Petunjuk perawatan payudara</p> <p>Pencatatan dan pelaporan</p>
20		<p>Lakukan pencegahan infeksi pada seluruh peralatan resusitasi uyang digunakan:</p> <p>Dekontaminasi, pencucian, dan DTT terhadap tabung dan sungkup serta alat penghisap dan sarung tangan yang dipakai ulang</p> <p>Dekontaminasi dan pecucian meja resusitasi, kain dan selimut</p> <p>Dekontminasi bahan dan alat habis pakai sebelum dibuang ke tempat aman</p>
REKAMEDIK TINDAKAN RESUSITASI		
21		<p>Catat secara rinci:</p> <p>Kondisi saat lahir</p> <p>Waktu dan langkah resusitasi</p> <p>Hasil resusitasi</p> <p>Keterangan rujukan apabila dirujuk</p>



PEMERIKSAAN TUMBUH KEMBANG

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN	LANGKAH KERJA	
Persiapan Pasien/Orang tua/lingkungan	1	Beri salam pada klien/ ibu dengan sopan, perkenalkan diri dan jelaskan tindakan yang akan dilakukan
	2	Jelaskan tentang tujuan, manfaat dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
Persiapan Alat	Alat untuk pemeriksaan fisik Thermometer aksila Stetoskop Bak instrument sedang Senter kecil Metelin Pita pengukur lengan atas (pita LILA) Stopwatch Microtoise Timbangan berat badan Buku catatan atau KMS Alat tulis Alat untuk DDST & KPSP Formulir DDST dan KPSP Boneka hewan & manusia Bola Cangkir, sendok, piring Kubus/balok Buku gambar Buku Mewarnai Pensil warna/krayon Poster hewan, alat transportasi, buah-buahan, abjad, angka Lilin/malam mainan Puzzle Sikat gigi dan pasta gigi Handuk cuci tangan Sabun cuci tangan Ular tangga Manik-manik Icik-icik/krincingan	
Langkah Kerja	3	Melakukan anamnese
	4	Mencuci tangan
		Melakukan pemeriksaan antropometri
	5	Mengukur panjang badan/tinggi badan Mengatur posisi anak Menggeser mikrotoise sampai menyentuh bagian kepala Membaca skala dengan benar dan merapikan anak
	6	Mengukur berat badan Pastikan skala timbangan pada angka NOL Melepaskan pakaian anak Bantu anak untuk berdiri di atas timbangan Menurunkan anak dari timbangan dan mengenakan pakaian kembali
	7	Mengukur lingkaran kepala Lingkarkan kepala pada fronto oksipito (FO)
	8	Mengukur lingkaran dada Pita ukur (Metlyn) diletakkan sejajar putting susu, kemudian dilingkarkan hingga kembali pada putting susu semula.
	9	Mengukur lingkaran lengan atas (LILA)
	10	Melakukan pemeriksaan fisik: mata, gigi & mulut, telinga dan leher
		Mencatat hasil pada KMS

	11	Memasukan hasil penimbangan pada KMS
	12	Mengklasifikasikan hasil penimbangan
		Pemantauan DDST
	13	Siapkan formulir DDST
	14	Menentukan usia/ umur bayi/ anak dengan tepat
	15	Memasukan usia bayi pada formulir DDST
	16	Melakukan penilaian perkembangan bayi/anak
	17	Memasukan hasil penilaian dalam format DDST
	18	Menginterpretasikan hasil penilaian
		Pemantauan KPSP
	19	Siapkan formulir KPSP
	20	Menentukan usia/ umur bayi/ anak dengan tepat
	21	Melakukan penilaian perkembangan bayi/anak dengan menanyakan pada orang tua/pengasuh atau melakukan pengamatan secara langsung
	22	Menginterpretasikan hasil penilaian
	23	Memberikan informasi dan konseling kepada orang tua/pengasuh: Hasil pemeriksaan Perkembangan bayi/anak selanjutnya dan cara menstimulasi Merencanakan pemeriksaan selanjutnya pada kunjungan berikutnya
	24	Memberikan kesempatan pada orang tua/pengasuh untuk bertanya
	25	Secara sopan ucapakan salam dan berterimakasih
	26	Rapikan alat seperti semula
	27	Mencuci tangan
	28	Mendokumentasikan hasil



ASUHAN KEBIDANAN PELAYANAN KB

B. Pil

1. Pengertian

Pil KB adalah alat kontrasepsi pencegah kehamilan atau pencegah konsepsi yang digunakan dengan cara per-oral/kontrasepsi oral.

2. Tujuan

Untuk mengendalikan kelahiran atau mencegah kehamilan dengan menghambat pelepasan sel telur dari ovarium setiap bulannya. Pil KB akan efektif dan aman apabila digunakan secara benar dan konsisten

3. Persiapan Alat dan Bahan

- a. Pil KB
- b. Kartu peserta/ akseptor
- c. Alat untuk periksa tanda vital
 - Thermometer
 - Tisu kering
 - Bengkok
 - Jam tangan
 - Sfigmanometer
 - Stetoskop

4. Prosedur Kerja

- a. Beri salam dan perkenalkan diri
- b. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- c. Mencuci tangan
- d. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital
- e. Memberikan *inform choice* tentang macam-macam pil KB
- f. Menjelaskan keuntungan, kerugian, efek samping, cara pemakaian dan kapan pasien harus kembali
- g. Memberikan kartu akseptor
- h. Membereskan alat
- i. Mencuci tangan
- j. Melepas sarung tangan
- k. Melakukan pendokumentasian

PEMERIKSAAN PELAYANAN KB

NO	LANGKAH / KEGIATAN	NILAI			
		1	2	3	4
1	PERSIAPAN 1. Persiapan Alat : ❖ Pil KB dengan berbagai jenis ❖ Kartu peserta/ akseptor ❖ Alat untuk periksa tanda vital 2. Persiapan diri: ❖ Mencuci tangan ❖ Memakai sarung tangan 3. Persiapan Pasien : ❖ Pasien duduk ❖ Lakukan pemeriksaan tanda vital				
2	LANGKAH-LANGKAH : 1. Perkenalkan diri dengan sopan 2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan 3. Tunjukkan macam-macam pil oral ❖ Kombinasi ❖ Mini pil, dll 4. Health Education (HE) ❖ Keuntungan dan kerugian ❖ Efek samping ❖ Cara pemakaian oral pil ❖ Kapan pasien harus kembali 5. Memberi kartu akseptor 6. Membereskan alat 7. Mencuci tangan 8. Melepas sarung tangan 9. Melakukan pendokumentasian				

C. Suntik

1. Pengertian

Kontrasepsi suntik adalah suatu cara kontrasepsi dengan jalan penyuntikan sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormon progesterone dan estrogen pada wanita usia subur

2. Tujuan

Untuk menunda kehamilan dan menjarangkan kehamilan dengan cara mencegah terjadinya ovulasi.

3. Persiapan Alat dan Bahan

- a. Sduit disposable 5 cc
- b. Obat suntik depo, cyclo, dll
- c. Obat desinfektan/ alcohol 70%
- d. Alat tulis dan kartu akseptor

4. Prosedur Kerja

- a. Mencuci tangan
- b. Siapkan obat yang akan disuntikkan
- c. Lakukan desinfeksi pada area yang akan dilakukan penyuntikan
- d. Lakukan penyuntikan secara IM
- e. Cabut spuit dan tekan bekas suntikan
- f. Rapikan pasien
- g. Bereskan alat
- h. Cuci tangan
- i. Lakukan dokumentasi

NO	LANGKAH / KEGIATAN	NILAI			
		1	2	3	4
1	PERSIAPAN 1. Persiapan Alat : ❖ Sduit disposable 5 cc ❖ Obat suntik depo, cyclo, dll ❖ Obat desinfektan/ alcohol 70% ❖ Alat tulis dan kartu akseptor 2. Persiapan Pasien : ❖ Pasien posisi tidur ❖ Dilakukan pemeriksaan fisik dan tanda vital				
2	LANGKAH-LANGKAH : 1. Pasien disuruh tidur miring ke kanan/ kiri 2. Membantu membuka daerah yang akan disuntik				

	<div>3. Penolong mencuci tangan</div> <div>4. Memakai sarung tangan steril</div> <div>5. Ambil dan buka spuit steril siapkan dalam bak steril</div> <div>6. Ambil obat KB dan baca etiket lalu buka tutupnya</div> <div>7. Hisap obat dalam spuit dan keluarkan udara yang masuk</div> <div>8. Lakukan desinfeksi pada daerah penyuntikan dengan cara memutar dari dalam ke luar dan ulangi dengan cara yang sama</div> <div>9. Suntikkan obat secara intramuskuler</div> <div>10. Cabut spuit dan tekan bekas suntikan, tidak boleh di message</div> <div>11. Rapikan pasien</div> <div>12. Lakukan dekontaminasi alat</div> <div>13. Cuci tangan</div>				
3	<div>PENYELESAIAN :</div> <div>1. Merapikan alat</div> <div>2. Pencatatan dan pelaporan</div> <div>3. Pemberian kartu akseptor dan tanggal kembali</div>				

D. IUD

1. Pengertian

IUD adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif

2. Tujuan

- a. Menghambat kemampuan sperma masuk ketuba fallopi.
- b. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- c. IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu.
- d. IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- e. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

3. Persiapan Alat dan Bahan

- a. IUD kit
- b. IUD steril (Koper T 380 A) dll
- c. Duk steril, obat desinfektan
- d. Larutan klorin 0.5 %
- e. Spatula ayre dan obyek glass

4. Prosedur Kerja

1. Memberi salam sapa klien dengan ramah dan memperkenalkan diri.
2. Anamnesa
3. Konseling pra pemasangan AKDR/IUD
4. Beri penjelasan pada ibu tindakan yang akan dilakukan dan beri dukungan mental agar ibu tidak cemas
5. Mengisi formulir informed consent
6. Menyiapkan alat dan bahan yang akan digunakan : Sarung tangan steril 2 pasang, duk steril 1 buah, ring tang 1 buah, spekulum 2 buah, penster klem 1 buah, tenakulum 1 buah, sonde uterus 1 buah, gunting benang 1 buah, 2 buah kom untuk larutan DTT dan Betadine, Kassa, Kapas, Larutan klorin, Celemek, Tempat sampah, Bengkok, Lampu sorot/ senter, meja gynecology, AKDR/IUD dalam kemasan.
7. Pastikan ibu telah mengosongkan kandung kemih dan mencuci kemaluannya menggunakan sabun
8. Memasang sampiran, mengatur posisi klien secara litotomi pada meja gynecology lalu pasangkan perlak
9. Memakai celemek
10. Mencuci tangan dengan sabun desinfektan dan bilas di bawah air mengalir kemudian keringkan dengan handuk
11. Menyiapkan kembali peralatan, membuka semua peralatan
12. Memakai sarung tangan steril, memasang duk steril di bawah bokong ibu
13. Melakukan inspeksi alat kelamin luar untuk memeriksa adanya ulkus, pembengkakan kelenjar bartholini
14. Melakukan vulva hygiene
15. Memasukkan spekulum untuk memeriksa keadaan portio dan sekitarnya, adanya cairan vagina, servicitis
16. Mengusap portio dengan kapas betadine menggunakan penster klem
17. Buka kunci spekulum, dan keluarkan spekulum dengan posisi miring, lalu rendam di larutan klorin
18. Lakukan pemeriksaan dalam sambil tangan sebelah menekan di atas simphisis untuk mengetahui adanya nyeri goyang atau nyeri tekan
19. Bersihkan sarung tangan, lalu lepaskan dan masukkan dalam larutan klorin
20. Mencuci tangan kembali
21. Membuka kemasan AKDR/IUD
22. Memakai sarung tangan steril kedua
23. Memasang spekulum yang kedua, mengusap kembali portio dengan kapas betadine menggunakan penster klem
24. Menjepit portio dengan posisi jam 11 atau jam 1
25. Memasukkan sonde uterus secara perlahan-lahan untuk mengukur kedalaman uterus.
Ada 3 cara, yang pertama dengan melihat lendir serviks yang ada pada sonde uterus,

- yang kedua dengan menggunakan penster klem, dan yang ketiga dengan menggunakan jari telunjuk yang dimasukkan perlahan sampai ujung portio.
26. Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai kedalaman uterus yang telah diukur dengan sonde uterus
 27. Memasukkan tabung inserter yang sudah berisi AKDR/IUD ke dalam kanalis servikalis sampai ada tahanan
 28. Memegang dan menahan tenakulum dengan satu tangan dan tangan lain menarik tabung inserter sampai pangkal pendorong
 29. Mengeluarkan pendorong dengan tetap memegang dan menahan tabung inserter setelah pendorong keluar
 30. Mengeluarkan sebagian tabung inserter dari kanalis servikalis, potong benang saat tampak keluar dari lubang tabung 3-4 cm
 31. Melepaskan tenakulum dan menekan bekas jeputan dengan kasa betadine sampai perdarahan berhenti
 32. Buka kunci spekulum, dan keluarkan spekulum dengan posisi miring, lalu rendam di larutan klorin
 33. Masukkan peralatan lain ke dalam larutan klorin
 34. Cuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih
 35. Catat semua hasil tindakan Dokumentasi
 36. Ajarkan klien bagaimana memeriksa benang AKDR/IUD dengan cara memasukkan jari tengah dan telunjuknya ke dalam vagina untuk meraba benang IUD/AKDR yang terselip di depan portio/leher rahim. Meminta klien menunggu di klinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR/IUD untuk mengamati bila terjadi rasa sakit pada perut, mual muntah atau ada indikasi lain yang memungkinkan AKDR/IUD dicabut kembali bila dengan analgesic rasa sakit tersebut tidak juga hilang.

NO	LANGKAH / KEGIATAN	NILAI			
		1	2	3	4
1	PERSIAPAN 2. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> ❖ IUD kit ❖ IUD steril (Koper T 380 A) dll ❖ Duk steril, obat desinfektan ❖ Larutan klorin 0.5 % ❖ Spatula ayre dan obyek glass 3. Persiapan Ruangan : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Lingkungan tertutup ❖ Penerangan yang terang untuk melihat serviks 4. Persiapan Pasien : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Membuat surat persetujuan (Inform concent) 				

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasien diminta membersihkan alat kelamin ke kamar mandi supaya bersih ❖ Mengatur posisi lithotomi 				
2	<p>LANGKAH-LANGKAH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahukan kepada pasien langkah-langkah yang akan di lakukan 2. Petugas cuci tangan 3. Pakai sarung tangan steril, lalu vulva hygiene 4. Memasang duk steril di bawah bokong 5. Periksa genetalia eksterna 6. Raba apakah ada pembesaran kelenjar bartolini, kondiloma dll 7. Memasukkan speculum kedalam vagina : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ambil speculum lalu buka kuncinya ❖ Masukkan speculum kedalam vagina dalam keadaan tertutup dalam posisi miring sambil didorong dan diputar sampai mencapai portio, lalu buka mulut speculum perlahan-lahan dan kunci ditutup 8. Melakukan pemeriksaan keadaan vagina dengan inspeksi : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Adanya cairan vagina ❖ Keadaan porsio licin atau erosi ❖ Pemeriksaan secret vagina bila diperlukan 9. Keluarkan speculum dari vagina dalam keadaan tertutup 10. Rendam dalam larutan klorin 0,5 % 11. Lakukan pemeriksaan bimanual : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Periksa gerakan dari serviks ❖ Tentukan bentuk dari uterus ❖ Apakah ada kehamilan dan periksa kedua adneksa 12. Lepas sarung tangan dan rendam ke dalam klorin 13. Mempersiapkan IUD yang akan dipasang 14. Pakai kembali sarung tangan steril 15. Pasang kembali speculum yang lain sampai terlihat serviks 16. Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptic 17. Jepit serviks dengan tenakulum : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ambil tenakulum dengan tangan kanan dan tangan kiri memegang speculum sejajar mata ❖ Masukkan tenakulum sampai menyentuh porsio dan buka, masukkan satu ujung tenakulum kedalam OUE 				

	<p>dan satu ujung di bagian luar porsio kemudian jepit pada posisi jam 11, 12, 13 dan kunci</p> <p>18. Masukkan sonde uterus dengan”No Touch Teknik” atau tidak menyentuh dinding vagina untuk mengukur kedalaman uterus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tangan kiri memegang tenakulum dengan sedikit tarikan dan tangan kanan memegang sonde ❖ Masukkan ujung sonde uterus dalam OUI secara perlahan sambil diputar sesuai dengan sumbu uterus sampai ada tahanan (tidak boleh dipaksa) ❖ Keluarkan sonde dari uterus dan lihat batas ukuran sesuai dengan nomernya <p>19. Ukur kedalaman uterus pada inserter yang akan dipasang</p> <p>20. Masukkan tabung inserter ke dalam uterus dengan teknik tarikan (with drawal technique):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tangan kiri tetap memegang tenakulum dan tangan kanan memegang inserter seperti memegang sendok ❖ Masukkan kedalam uterus sampai pada ukuran / terasa ada tahanan ❖ Tarik tabung inserter dengan tetap menahan pendorong ❖ Keluarkan pendorong IUD dan dorong kembali tabung inserter ke dalam serviks sampai pada ukuran (sampai leher biru untuk Cu 380 A) menyentuh serviks <p>21. Lepaskan tenakulum dengan hati-hati dalam keadaan tertutup</p> <p>22. Keluarkan tabung inserter sebagian dan gunting benang IUD 3-4 cm dari serviks</p> <p>23. Keluarkan tabung inserter dari vagina</p> <p>24. Periksa serviks adakah perdarahan, observasi 30-60 detik lalu usap dengan larutan antiseptic</p> <p>25. Keluarkan speculum secara tertutup</p> <p>26. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pemasangan IUD sudah tepat</p> <p>27. Rendam alat-alat dalam larutan klorin 0,5 %</p> <p>28. Lepas sarung tangan, cuci tangan</p>				
3	<p>PENYELESAIAN :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merapikan alat 2. Pesan control kembali 1 minggu/ bila ada keluhan 				

--	--	--	--	--	--

E. Implant

1. Pengertian

Implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonorgetrel yang dibungkus dalam kapsul silastic silicon polidymetri silicon dan disusukan dibawah kulit.

2. Tujuan

- a. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- b. Mengurangi transportasi sperma.
- c. Menekan ovulasi.

3. Persiapan Alat dan Bahan

- a. Duk steril berlubang
- b. Sarung tangan steril 1 pasang
- c. Trokat steril + bisturi mess steril
- d. Kapsul norplan steril 6 biji
- e. Sprit disposable 5 cc, obat antiseptic
- f. Lidokain 2% 2 ampul + aquades
- g. Kassa steril, perban dan plester
- h. Patrun norplan dan alat-alat tulis

4. Prosedur Kerja

- a. Menyapa klien dengan ramah dan sopan
- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- c. memastikan klien sudah mencuci lengan kiri atas atau kanan bila kidal dengan bersih
- d. Memakai APD lengkap
- e. Melakukan cuci tangan 7 langkah
- f. Mendekatkan alat dan memakai sarung tangan
- g. Mengusap tempat pemasangan dengan larutan antiseptik.
- h. Memasang kain penutup steril/ DTT di tempat pemasangan Implant
- i. Menyuntikkan anestesi lokal secara intrakutan
- j. Melakukan anestesi lanjutan subdermal di tempat insisi dan alur pemasangan Implant (Masing- masing 1 cc)
- k. Menguji efek anestesi sebelum melakukan insisi pada kulit
- l. Membuat insisi 2 mm dengan ujung bisturi / skalpel hingga subdermal.
- m. Memasukkan ujung trokar melalui luka insisi hingga mencapai subdermal kemudian angkat dan dorong sejajar kulit
- n. Mengeluarkan pendorong dan memasukkan kapsul ke dalam trokar
- o. Memasukkan pendorong dan memasukkan kapsul ke dalam trokar.
- p. Menahan pendorong di tempatnya, kemudian tarik trokar ke arah pangkal pendorong untuk menempatkan kapsul 1 di subdermal

- q. Menahan kapsul pada tempatnya , tarik trokar dan pendorong (bersamaan) hingga tanda 2 mencapai luka insisi.
- r. Mengarahkan ujung trokar ke samping kapsul pertama, kemudian dorong trokar (Mengikuti alur kaki segitiga terbalik) hingga tanda 1 mencapai luka insisi.
- s. Menarik pendorong keluar masukkan kapsul kedua dan dorong dengan pendorong ke ujung trokar hingga terasa tahanan.
- t. Menarik trokar ke arah pangkal pendorong untuk menempatkan kapsul di subdermal.
- u. Menarik trokar ke arah pangkal pendorong untuk menempatkan kapsul di subdermal.
- v. Menahan kapsul pada tempatnya , tarik trokar dan pendorong (bersamaan) hingga keluar seluruhnya melalui luka.
- w. Memeriksa kembali kedua kapsul telah terpasang di subdermal pada posisi yang telah direncanakan
- x. Cuci tangan dan melepas APD

NO	LANGKAH / KEGIATAN	NILAI			
		1	2	3	4
1	PERSIAPAN 1. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Duk steril berlubang ❖ Sarung tangan steril 1 pasang ❖ Trokat steril + bisturi mess steril ❖ Kapsul norplan steril 6 biji ❖ Sruit disposable 5 cc, obat antiseptic ❖ Lidokain 2% 2 ampul + aquades ❖ Kassa steril, perban dan plester ❖ Patrun norplan dan alat-alat tulis 2. Persiapan Pasien : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasien diminta mencuci tangan kiri atas bagian dalam dengan sabun sampai bersih ❖ Posisi pasien tidur terlentang ❖ Tangan kiri dibuka ke samping 				
2	LANGKAH-LANGKAH : 1. Pasien diberitahu proses pemasangannya 2. Menggambar lokasi pemasangan pada lengan dalam biasanya sekitar 8-10 cm diatas lipatan siku dalam 3. Pakai sarung tangan steril 4. Melakukan desinfeksi daerah pemasangan 5. Pasang duk lubang pada daerah insersi 6. Melakukan anestesi local tempat insersi dengan arah seperti kipas sepanjang 4-4,5 cm 7. Membuat luka 3 mm pada pangkal lokasi pemasangan searah				

	<p>horizontal</p> <p>8. Tusukkan trockart dibawah kulit sampai tanda batas pangkal trockart</p> <p>9. Keluarkan pendorong dari trockart</p> <p>10. Masukkan kapsul dari trockart dan pendorong dimasukkan sampai ada tahanan</p> <p>11. Tangan kiri menahan pendorong dan tangan kanan menarik trockart secara pelan sampai ujung tusukan lalu dipindahkan ke tempat yang lain dengan cara yang sama sampai berbentuk seperti kipas</p> <p>12. Jari tangan kiri memastikan kapsul terpasang dengan benar</p> <p>13. Setelah selesai pemasangan beri obat antiseptic pada luka tusukan dan difiksasi dengan plester (hansaplast) perban</p> <p>14. Alat-alat di rendam dalam larutan klorin 0,5%</p> <p>15. Sarung tangan dilepas, cuci tangan</p>				
3	<p>PENYELESAIAN :</p> <p>1. Merapikan alat</p> <p>2. Pesan control kembali 1 minggu/ bila ada keluhan</p>				