

**MODUL PRAKTIK KLINIK  
KEPERAWATAN MATERNITAS**



**PRODI STUDI D3 KEPERAWATAN  
STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA**

Modul Praktikum Klinik Keperawatan (PKK) Maternitas ini merupakan Modul Praktikum Klinik Keperawatan (PKK) yang memuat naskah konsep praktikum di bidang Ilmu Keperawatan, yang disusun oleh dosen Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.

Pelindung : Ketua STIKes  
Wahyu Rima Agustin, S.Kep.,Ns,M.Kep

Penanggung Jawab : Ketua Lembaga Penjamin Mutu  
Tresia Umarianti, SST.,M.Kes

Pemimpin Umum : Meri Oktariani, S.Kep.,Ns,M.Kep

Pemimpin Redaksi : Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep

Sekretaris Redaksi : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns, MPH

Sidang Redaksi : Maula Mar'atus, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Nur Rahmawati, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Siti Mardiyah, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Fakhrudin Nasrul Sani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Febriana Sartika Sari, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Nurul Devi Ardiani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep

Penyusun : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep, Ns, M.PH

Penerbit : Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada  
Surakarta

Alamat Redaksi : Jl. Jaya Wijaya No. 11 Kadipiro, Bnajarsari, Surakarta,  
Telp. 0271-857724

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat karuniaNya, Modul Praktik Klinik Keperawatan Maternitas ini dapat disusun. Modul ini disusun untuk menjelaskan tentang proses pembelajaran dari mata kuliah Keperawatan Maternitas yang ada pada kurikulum Pendidikan D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta, sebagai pegangan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran di klinik/ lapangan sesuai dengan capaian pembelajaran yang telah ditetapkan, sehingga diharapkan konten pembelajaran yang dibahas selama proses belajar.

Penyusunan modul ini dikarenakan hasil evaluasi terhadap implementasi kurikulum, masih beragam dalam pelaksanaannya, terutama dari segi kedalaman dan keluasan materi pembelajaran serta strategi pembelajaran. Diterbitkannya modul ini diharapkan agar semua dosen dapat melaksanakan pembelajaran dengan terarah, mudah, berorientasi pada pendekatan SCL dan terutama mempunyai kesamaan dalam keluasan dan kedalaman materi pembelajaran, sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dan menghantarkan mahasiswa untuk berhasil dengan baik pada ujian akhir ataupun uji kompetensi.

Modul ini tentunya masih banyak memiliki kekurangan. Oleh karena itu, kami mengharapkan saran dan masukan yang positif demi perbaikan modul ini. Terima kasih kepada Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada, serta semua pihak yang telah berkontribusi sampai terbitnya modul ini. Besar harapan kami modul ini dapat memberikan manfaat bagi pembacanya

Surakarta, Oktober 2018

Tim Penyusun

## **PENDAHULUAN**

Mahasiswa yang berbahagia, selamat bertemu kembali dengan mata kuliah praktik klinik keperawatan Maternitas. Untuk memudahkan mahasiswa dalam melaksanakan praktik klinik di lapangan, kami menyusun panduan ini untuk mengarahkan anda dalam melakukan asuhan keperawatan maternitas. Mata kuliah ini menguraikan tentang konsep tentang keperawatan maternitas yang meliputi asuhan keperawatan ibu antenatal, intranatal, post natal, bayi baru lahir serta gangguan sistem reproduksi wanita.

Modul praktik klinik digunakan oleh mahasiswa saat memberikan asuhan keperawatan maternitas. Modul ini juga berisi petunjuk praktik, target kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa, format penulisan dan format penilaian yang dapat dijadikan panduan dalam melaksanakan praktik klinik.

Setelah selesai melaksanakan kegiatan praktik keperawatan maternitas, diharapkan mampu:

1. Mampu memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit, dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural dan spiritual yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*), sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia.
2. Mampu memilih dan menggunakan peralatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.
3. Mampu mengumpulkan data, menyusun, mendokumentasikan dan menyajikan informasi asuhan keperawatan.

Sebelum melakukan praktik klinik keperawatan keluarga, prasyarat yang harus dipersiapkan mahasiswa antara lain:

1. Mahasiswa sudah dinyatakan lulus dalam mata kuliah maternitas secara teori
2. Membawa peralatan klinik yang direkomendasikan oleh akademik
3. Mahasiswa sudah membaca modul praktik klinik, segera menghubungi dan mendiskusikan dengan preceptor akademik.

Sebagai pertimbangan untuk kelulusan dalam stase, anda harus melaksanakan beberapa syarat sebagai berikut:

1. Kehadiran mahasiswa wajib hadir 100% dan dibuktikan dengan pengisian presensi kehadiran
2. Mahasiswa memenuhi jam praktik yaitu 7 jam dibuktikan dengan presensi mahasiswa
3. Mahasiswa wajib menyerahkan askep lengkap selama menempuh Praktik Klinik Keperawatan maternitas
4. Mahasiswa wajib menyelesaikan tugas individu
5. Mahasiswa menunjukkan perilaku sebagai seorang calon professional (*softskill*)

Persiapan kegiatan praktik komunitas antara lain:

1. Pembekalan kepada mahasiswa

Pembekalan kepada mahasiswa dilaksanakan seminggu sebelum pelaksanaan praktik klinik. Hal yang harus disampaikan kepada mahasiswa adalah sesuai dengan RPS antara lain latar belakang kegiatan praktik, dasar hukum pelaksanaan praktik, capaian pembelajaran praktik, tujuan pembelajaran praktik, mekanisme praktik keperawatan maternitas dan peraturan-peraturan bagi mahasiswa praktik dan tugas yang harus diselesaikan.

2. Rapat Koordinasi dengan pihak Rumah Sakit

Jadwal rapat koordinasi dengan pihak Rumah Sakit telah disepakati bersama dengan pihak akademik untuk melakukan persamaan persepsi terhadap target kompetensi yang akan dicapai oleh mahasiswa.

Persiapan alat-alat yang harus disediakan pada saat praktik keperawatan maternitas antara lain:

- a. Format pengkajian Maternitas
- b. Kertas Folio, Bolpoin
- c. Nursing kit:
  - 1) Tensimeter
  - 2) Stetoskop

- 3) Termometer
- 4) Timbangan berat badan
- 5) Pengukur tinggi badan, midline

***“SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES UNTUK ANDA”***

## I. KEGIATAN PRAKTIK KLINIK

### Kegiatan Praktik Klinik 1

---

#### ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

Sebelum mengikuti kegiatan praktik klinik 1 ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep dasar pengkajian keperawatan maternitas yang sudah dipelajari pada modul teori keperawatan maternitas. Anda juga diharapkan mampu melakukan komunikasi dalam pengumpulan data dan bagaimana menerapkannya pada keperawatan maternitas. Anda juga harus mempersiapkan diri dengan berbagai pengetahuan dan keterampilan yang memadai seperti; kemampuan pengkajian, maternitas dan tentang demografi, yang ditunjang dengan alat dan prosedur pengkajian maternitas yang lengkap.

#### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Tujuan dari kegiatan belajar I memberi kesempatan kepada Anda untuk mengaplikasikan teori dan konsep dari Matakuliah Maternitas I ditatanan nyata dengan memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada: 1) ibu hamil normal dan komplikasi, 2) ibu dalam masa persalinan dan bayi baru lahir, 3) ibu dalam masa nifas normal dan komplikasi, dan 4) ibu dengan masalah gangguan reproduksi. Namun pada pembelajaran klinik ini, Anda akan memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu hamil meliputi:

1. Pengkajian keperawatan.
2. Perencanaan keperawatan.
3. Pelaksanaan keperawatan:
  - a. Pendidikan Kesehatan senam hamil

- b. Hoffman exercise.
  - c. Pendidikan kesehatan tentang nutrisi
  - d. Immunisasi TT.
  - e. Pemberian tablet Fe.
4. Evaluasi keperawatan.

## **B. Uraian Materi**

Untuk mencapai tujuan kegiatan praktik klinik 1 ini, maka diharapkan anda mempelajari tentang instrument pengkajian keperawatan keluarga yang memiliki dua tahapan. Pengkajian tahap satu befokus pada masalah kesehatan keluarga. Pengkajian tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Namun dalam pelaksanaannya, kedua tahapan ini dilakukan secara bersamaan. Berikut ini penjelasan mengenai masing-masing tahap pengkajian

### 1. Proses kehamilan :

#### a. Proses konsepsi dan terbentuknya placenta

Konsepsi adalah penyatuan antara sel telur (ovum) dan sperma yang menandai awalnya suatu kehamilan di tuba falopi. Konsepsi disebut juga pembuahan atau fertilisasi. Pembuahan XX zigot akan menjadi bayi perempuan serta XY zigot akan menjadi bayi laki-laki.

#### b. Tanda kehamilan

##### 1) Tanda Presumtif

- Supresi menstruasi
- Nausea, vomiting, morning sickness.
- Sering miksi
- Mammae bengkak terasa penuh
- Quickening (gerakan pertama kali yang dirasakan oleh ibu)
- Chadwicks ( + )
- Pigmen pada kulit

##### 2) Tanda Mungkin

- Pembesaran abdomen
- Tanda hegar



- Ballotemen ( + )
  - Perubahan pada serviks
  - Braxton Hicks
  - Tes kehamilan
- 3) Tanda Pasti
- Bunyi DJJ, Nadi 120 – 180
  - Pergerakan fetal
  - USG – hasil
  - Ro – ada skeletal
- c. Perubahan selama kehamilan
- d. Tumbang Janin
- e. Faktor-faktor yg mempengaruhi tumbang janin
2. Adaptasi ibu hamil
- a. Adaptasi fisiologi kehamilan
- Hampir seluruh tubuh wanita mengalami perubahan, terutama pada pada alat kandung, dan juga organ lainnya.
- 1) Uterus
- Ukuran: karena hipertropi dan hyperplasia otot polos rahim 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas 400 cc (pada kelamin cukup bulan).
  - Berat: dari 30 gr – 1000 gr
  - Bentuk dan konsistensi: bulan pertama; alpukat, 4 bulan; bulat, akhir kehamilan; bujur telur.
  - Posisi: Awal; antefleksi/retrofleksi, 4 bulan; berada pada rongga pelvis, akhir; rongga perut sampai hati.
  - Serviks: menjadi lunak yang disebut tanda “goodell”
- 2) Indung telur (ovarium)
- Ovulasi terhenti
  - Masih terdapat korpus luteum gravidas sampai terbentuknya urin

- 3) Vagina dan vulva
  - Vagina dan vulva terlihat lebih merah dan kebiruan
  - Warna lipid pada vagina dan portio serviks disebut “tanda Chadwick”, heipervaskularisasi.
- 4) Perubahan pada organ dan sistem lainnya:
  - Sistem sirkulasi darah
  - Volume darah
- 5) Volume daran dan volume plasma meningkat: protein darah, jumlah protein, albumin menurun, pada triwulan I secara bertahap meningkat sampai akhir kehamilan. Hitung jenis dan Hb, hematokrit menurun karena volume plasma darah eritrosit meningkat untuk kebutuhan oksigen.
- 6) Nadi dan TD: TD menurun, nadi meningkat rata-rata 84x/mnt
- 7) Jantung: pompa jantung meningkat pada triwulan I sampai menurun pada minggu terakhir, EKG kadang memperlihatkan deviasi aksis ke kiri
- 8) Sistem pernapasan
  - Sesak dan napas pendek sampai usus tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim.
  - Kapasitas vital paru meningkat.
  - Napas dalam dan yang lebih menonjol pernapasan dada
- 9) Sistem pencernaan
  - Saliva meningkat, mual dan muntah
  - Tonus otot saluran pencernaan menurun sehingga motilitas
  - Muntah (emesis gravidarum) pada hari (morning sickness)
  - Tulang dan gigi
  - Sendi panggul terasa lebih longgar sampai ligament dan melunak
  - Kalsium maternal pada tulang panjang menurun untuk memenuhi kebutuhan kalsium janin.

#### 10) Kulit

- Terjadi hiperpigmentasi pada:
- Muka : cloasma gravid
- Payudara : puting susu dan areola payudara
- Perut : linea nigra

#### 11) Kelenjar endokrin

- Kelenjar tiroid : dapat membesar sedikit
- Kelenjar hipofise : dapat membesar terutama lobus anterior
- Kelenjar adrenal : tidak satu berpengaruh ( - )

#### 12) Payudara

- Payudara bertambah besar, tegang dan berat
- Dapat teraba noduli-noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli
- Bayangan vena lebih membiru
- Kaku diperas keluar kolostrum berwarna kuning.

#### 13) Metabolisme

- BMR meningkat 15 – 20% terutama trimester ketiga
- Kebutuhan protein meningkat untuk pertumbuhan fetus, payudara. Laktasi
- Sering haus, nafsu makan kuat, sering kencing.
- Kolesterol meingkat karena somatotropin membentuk lemak.
- BB bumil meningkat 6,5 – 16 kg disebabkan oleh
- Janin, uri, air ketuban, uterus
- Payudara, uri, darah, lemak, protein, retensi urine.
- Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi

#### b. Adaptasi psikologi kehamilan

##### 1). Pada ibu

- Fokus perhatian pada persalinan
- Menaruh perhatian pada persalinan

##### 2) Perubahan Psikologis Pada ayah :

- Kecemasan meningkat

- Merasa kehilangan personal freedom
- Fantasi terhadap perubahan peran
- Bicara pada calon ayah lain.

### 3. Pengkajian Leopold

#### a. Leopold I

- 1) Kaki klien dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- 2) Pemeriksa berdiri sebelah kanan klien dan melihat ke arah muka klien
- 3) Rahim dibawah ke tengah
- 4) Tinggi fundus uteri ditentukan
- 5) Tentukan bagian apa dari anak yang terdapat dalam fundus uteri.
  - Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting, sifat bokong adalah lunak, kurang bundar dan kurang melenting, pada letak lintang fundus uteri kosong.
  - Variasi menurut Knebel: menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain di atas simfisis

#### b. Leopold II

- 1) Kedua tangan pindah ke samping
- 2) Tentukan batas samping rahim kiri dan kanan
- 3) Tentukan letak punggung anak
- 4) Pada letak lintang, tentukan dimana letak kepala janin
- 5) Leopold II untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letaknya bagian-bagian kecil).
- 6) Variasi menurut Poudin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus

#### c. Leopold III

- 1) Dipergunakan satu tangan saja
- 2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- 3) Adakah bagian bawah masih dapat dipergunakan

- 4) Leopold III menentukan apa yang terdapat di bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul)
  - 5) Variasi menurut Ahlfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut.
- d. Leopold IV
- 1) Pemeriksa merubah sikapnya yaitu melihat ke arah kaki si penderita.
  - 2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah.
  - 3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam pintu atas panggul dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.
  - 4) Jika kita rapatkan kedua tangan akan kita dapatkan
  - 5) Kedua tangan pada pinggir kepala divergent (ukuran terbesar kepala sudah melewati pintu atas panggul)
  - 6) Kedua tangan pada pinggir kepala convergent (ukuran terbesar kepala belum melewati pintu atas panggul)
- i. Leopold IV untuk menentukan bagian yang terendah dan berapa masuknya bagian yang bawah ke dalam rongga panggul. Biasanya sambil melakukan palpasi, sekaligus diperhatikan tentang: konsistensi uterus, gerakan janin dan kontraksi uterus (his), dan apakah ada lingkaran van bandl.
4. Asuhan keperawatan ibu hamil
- a. Pengkajian Keperawatan
    - 1) Aktivitas atau istirahat
 

Tekanan darah agak lebih rendah dari pada normal (8 – 12 minggu), kembali pada tingkat pra kehamilan selama setengah kehamilan terakhir. Denyut nadi meningkat 10 – 15 cm. murmur sistolik pendek dapat terjadi sehubungan dengan peningkatan

volume, varises, sedikit edema ekstremitas bawah/tangan mungkin ada (terutama pada trimester terakhir).

2) Integritas ego

Menunjukkan perubahan persepsi diri

3) Eliminasi

Perubahan pada konsistensi/frekuensi defekasi, peningkatan frekuensi perkemihan, urinalisis, peningkatan berat jenis, hemoroid

4) Makanan/cairan

Mual dan muntah terutama pada trimester pertama: nyeri ulu hati umum terjadi, penambahan BB 2 - 4 kg trimester pertama.

5) Nyeri/ketidnyamanan

Kramkaki, nyeri tekan dan bengkak pada payudara, kontraksi Braxton hicks terlihat setelah 28 minggu, nyeri punggung.

6) Pernapasan

Hidung tersumbat, mukosa lebih kental daripada normal, frekuensi pernapasan dapat meningkat relative terhadap ukuran/tinggi uterus, pernapasan torakal.

7) Keamanan

Suhu 98 – 99,6 F (36,1 – 37,6 C), irama jantung janin terdengar dengan daptone (mulai 10 – 12 minggu) atau fetoskop ( 17 – 20 minggu), gerakan janin terasa pada pemeriksaan setelah 20 minggu, sensasi gerakan janin pada abdomen diantara 16 – 20 minggu, ballottement ada pada bukan keempat dan kelima.

8) Seksualitas

Penghentian menstruasi, perubahan respon/aktivitas seksual, leukorea mungkin ada, peningkatan progresif pada ukuran uterus, perubahan payudara : pembesaran jaringan adipose, peningkatan vaskularitas, lunak bila di palpasi, kolostrum dapat setelah 12 minggu, perubahan pigmentasi : kloasma, linea nigra, striae gravidarum, tanda-tanda goodell, hegar, Chadwick positif.

9) Interaksi Sosial

Bingung/meragukan perubahan yang ada diantisipasi, tahap maturasi/ perkembangan bervariasi tapi dapat mundur dengan stressor kehamilan. Respons anggota keluarga lain dapat bervariasi dari positif dan mendukung sampai disfungsi.

10) Penyuluhan/pembelajaran

Harapan individu terhadap kehamilan, persalinan/melahirkan tergantung pada usia, tingkat pengetahuan, pengalaman, keinginan terhadap anak, stabilitas ekonomi.

b. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Golongan darah: ABO dan RH untuk mengidentifikasi risiko terhadap inkompatibilitas
- 2) Usap vagina/rectal: Tes untuk neisseria gonorrhoea, chlamydia
- 3) Tes serologi: Menentukan adanya sifilis, penyakit hubungan kelamin.
- 4) Skrining: Terhadap HIV, hepatitis, tuberkulosis
- 5) Titer rubella: Menunjukkan imunitas
- 6) Papanicolaou Smear: Mengidentifikasi neoplasia, herpes simplex tipe II
- 7) Urinalisis: Skrining untuk kondisi medis (mis: pemastian kehamilan, infeksi, diabetes, penyakit ginjal).

c. Diagnosa Keperawatan

- 1) Ansietas berhubungan dengan adanya faktor-faktor risiko khusus, krisis situasi, ancaman pada konsep diri, konflik disadari dan tidak disadari tentang nilai-nilai esensial dan tujuan hidup, kurang informasi.
- 2) Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan nafsu makan, mual/muntah, dan peningkatan kebutuhan metabolik.

- 3) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan output berlebihan (muntah), peningkatan kebutuhan cairan.
- 4) Resiko tinggi pola napas tidak efektif berhubungan dengan penekanan/ pergeseran diafragma.
- 5) Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan penekanan vesika urinaria.
- 6) Gangguan pola tidur berhubungan dengan stress psikologik, perubahan pola tingkat aktivitas, sesak.
- 7) Nyeri berhubungan dengan perubahan fisik, pengaruh hormonal
- 8) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perubahan mekanisme regulator, retensi natrium/air.
- 9) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.



### **C. Petunjuk Praktik Klinik**

Selama mahasiswa melakukan pengkajian pada ibu hamil di rumah sakit tempat anda praktik sebagai berikut:

1. Lakukan pengkajian secara komprehensif pada ibu hamil
2. Lakukan setiap kegiatan pengkajian dengan sungguh-sungguh dan menunjukkan perilaku sebagai seorang calon perawat profesional
3. Lakukan identifikasi masalah yang akan diambil
4. Hubungi pembimbing akademik atau pembimbing klinik apabila Anda mengalami kesulitan
5. Jika tidak memungkinkan untuk menyelesaikan pengkajian dalam satu waktu, bisa melakukan kontrak waktu untuk kunjungan ulang ke rumah untuk melakukan pengkajian.

### **D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik**

1. Buat laporan hasil asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan menggunakan narasi, gambar, tabel
2. Gunakan panduan penulisan hasil asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan format terlampir
3. Diskusikan dengan pembimbing hasil asuhan keperawatan pada ibu hamil yang sudah disusun
4. Tulis laporan hasil asuhan keperawatan pada ibu hamil dan diserahkan ke pembimbing sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

## II. KEGIATAN PRAKTIK KLINIK

### Kegiatan Praktik Klinik 2

---

#### ASUHAN KEPERAWATAN INTRANATAL

Sebelum mengikuti kegiatan praktik klinik 1 ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep dasar pengkajian keperawatan maternitas yang sudah dipelajari pada modul teori keperawatan maternitas. Anda juga diharapkan mampu melakukan komunikasi dalam pengumpulan data dan bagaimana menerapkannya pada keperawatan maternitas. Anda juga harus mempersiapkan diri dengan berbagai pengetahuan dan keterampilan yang memadai seperti; kemampuan pengkajian, maternitas dan tentang demografi, yang ditunjang dengan alat dan prosedur pengkajian maternitas yang lengkap.

#### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Tujuan dari kegiatan belajar I memberi kesempatan kepada Anda untuk mengaplikasikan teori dan konsep dari Matakuliah Maternitas I ditatanan nyata dengan memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada: 1) ibu hamil normal dan komplikasi, 2) ibu dalam masa persalinan dan bayi baru lahir, 3) ibu dalam masa nifas normal dan komplikasi, dan 4) ibu dengan masalah gangguan reproduksi. Namun pada pembelajaran klinik ini, Anda akan memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu hamil meliputi:

1. Memberikan Asuhan Keperawatan persalinan normal
2. Memberikan Asuhan dalam kala dalam persalinan
3. Memberikan asuhan keperawatan intranatal
4. Ketuban pecah dini (KPD)

## B. Uraian Materi

### a. Definisi persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir.<sup>1</sup>kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban di dorong keluar melalui jalan lahir.<sup>1</sup>definisi lain persalinan normal (partus spontan) adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala yang dapat hidup dengan tenaga ibu sendiri dan uri,tanpa alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam melalui jalan lahir.

### b. Tanda Permulaan Persalinan

- 1) *Lightening/Setting/Dropping* yaitu kepala turun memasuki PAP terutama pada primigravida.
- 2) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- 3) Perasaan sering atau susah kencing karena tertekan oleh bagian terbawah janin.
- 4) Perasaan sakit diperut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut "*Fase Labor Pains*"
- 5) Servik menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (*bloody show*)

### c. Tanda dan Gejala Inpartu

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir dan bercampur darah yang lebih banyak, robekan kecil pada bagian servik.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah.
- 4) Pada pemeriksaan daam, servik mendatar dan pembukaan lengkap.

### d. Faktor Essential Persalinan

Persalinan ditentukan oleh 5 faktor, yaitu:

1) *Power*

His (kontraksi ritmis otot polos uterus), kekuatan mengejan ibu, keadaan kardiovaskular respirasi metabolik ibu.

2) *Passage*

Keadaan jalan lahir.

3) *Passanger*

Keadaan janin (letak, presentasi, ukuran/berat janin, ada/tidak kelainan anatomik mayor)

4) *Psychology*

5) *Position*

Keseimbangan/kesesuaian antara faktor-faktor “P” tersebut, diharapkan persalinan normal dapat berlangsung.

e. Jenis persalinan

1) Menurut cara persalinan

▪ Persalinan spontan

Proses lahir bayi dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan dan alat, serta tidak melukai ibu dan bayi yang berlangsung kurang dari 24 jam.

▪ Persalinan buatan

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi secsio caesaria.

▪ Persalinan anjuran

Kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan seperti pemberian pitocin atau prostaglandin atau pemecahan ketuban.

2) Menurut usia (tua kehamilan)<sup>1</sup>

▪ Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 g.

▪ Partus imaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 g dan 999 g.

- Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau dengan berat badan 1000 g dan 2499 g.

- Partus matures/aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan BB 2500 g atau lebih.

- Partus post matur/serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah 42 minggu.

## 1. Kala dalam Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu:

### a. Kala I (kala pembukaan)

In partu (partu mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah, servik mulai membuka dan mendatar, darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler, kanalis servikalis.

Kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase :

- 1) Fase laten: Pembukaan servik berlangsung lambat, sampai pembukaan berlangsung 8 jam dan pembukaan menjadi 3 cm.
- 2) Fase aktif: Berlangsung selama 6 jam dibagi atas 3 sub fase, yaitu
  - a) Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 7 cm.
  - b) Periode dilatasi maksimal (*steady*) selama 2 jam, pembukaan berlangsung 2 jam, cepat menjadi 9 cm.
  - c) Periode deselerasi berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm.
  - d) Akhir kala I servik mengalami dilatasi penuh, uterus, servik dan vagina menjadi saluran yang continue, selaput amnion ruptur, kontraksi uterus kuat tiap 2-3 menit selama 50-60 detik untuk setiap kontraksi, kepala janin turun ke pelvis.

### b. Kala II (pengeluaran janin )

His terkoordinir cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali, kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa meneran karena tekanan pada rectum sehingga merasa seperti BAB dengan tanda anus membuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his dan meneran yang terpinpin akan lahir kepala dan diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida 1,5-2 jam, pada multi 0,5 jam.

c. Kala III (pengeluaran plasenta)

Setelah bayi lahir, kontraksi, rahim istirahat sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri diatas pusat, plasenta menjadi tebal 2x sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his, pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina dan placenta akan lahir secara spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis/fundus uteri, seluruh proses berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

d. Kala IV

Pengawasan, selama 2 jam setelah bayi dan uri lahir, mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Pemantauan dilakukan dengan menjaga kondisi kontraksi dan retraksi uterus yang kuat dan terus-menerus

2. Asuhan Keperawatan Intranatal

a. **Kala 1**

Pengkajian

1) Kala 1 Fase Laten

Pengkajian:

- Integritas ego: Klien tampak senang atau cemas
- Nyeri atau ketidaknyamanan

Kontraksi regular: terjadi peningkatan frekuensi, durasi dan keparahan

- Seksualitas  
Servik dilatasi 0-4 cm mungkin ada lendermerah muda kecoklatan atau terdiri dari flak lendir.

## 2) Kala 1 Fase Aktif

### Pengkajian:

- Aktivitas istirahat: Klien tampak kelelahan
- Integritas Ego  
Klien tampak serius dan tampak terhanyut dalam proses persalinan ketakutan tentang kemampuan mengendalikan pernapasan
- Nyeri atau ketidaknyamanan  
Kontraksi sedang, terjadi 2,5-5 menit dan berakhir 30-40 detik
- Keamanan  
Irama jantung janin terdeteksi agak di bawah pusat, pada posisi verteks
- Seksualitas  
Dilatasi servik dari 4-8 cm (1,5 cm/ jam pada multipara dan 1,2 cm/jam pada primi para)

## 3) Kala 1 Fase Deselerasi

### Pengkajian

- Sirkulasi: Tekanan darah meningkat 5-10 mmHg, nadi meningkat
- Integritas ego  
Perilaku peka, mengalami kesulitan mempertahankan kontrol tentang pernapasan
- Makan/cairan  
Mual/muntah dapat terjadi
- Nyeri atau ketidaknyamanan  
Kontraksi uterus kuat, terjadi setiap 2-3 menit. Ketidaknyamanan hebat pada masa area abdomen dan

sakral klien sangat gelisah karena nyeri dan ketakutan, memar kaki dapat terjadi.

- Keamanan

Irama jantung janin dapat terdengar tepat diatas simpisis pubis.

- Seksualitas

Di atas servik 8-10 cm, tampilan darah dalam jumlah berlebihan.

Diagnosa Keperawatan dan Rencana Keperawatan

**Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan frekuensi dan intensitas kontraksi uterus.**

*Tujuan:*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 3 jam pasien dapat beradaptasi terhadap nyeri dengan KH:

- Tampak rileks diantara kontraksi.
- Dapat mengontrol penyebab nyeri.

*Intervensi:*

- a) Kaji derajat ketidak nyamanan malalui isyarat verbal dan non verbal.
- b) Jelaskan penyebab nyeri.
- c) Ajarkan klien cara mengontrol nyeri dengan menggunakan tehnik pernapasan/relaksasi yang tepat dan masses pinggang
- d) Bantu tindakan kenyamanan mis: gosokan pada kaki, punggung, tekanan sakral, perubahan posisi.
- e) Anjurkan klien untuk berkemih setiap 1-2 jam, palpasi diatas simpisis untuk menentukan ada tidaknya distensi setelah blok saraf.
- f) Hitung waktu dan catat frekuensi, intensitas dan pola kontraksi uterus setiap 30 menit.
- g) Monitor vital sign.

**Resti cedera/distress terhadap janin behubungan dengan hipoksia jaringan.**



*Tujuan:*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kurang lebih selama 1 x 3 jam tidak terjadi cedera pada janin dengan KH: DJJ dalam batas normal.

*Intervensi:*

- a) Lakukan palpasi (leopold) untuk menentukan posisi janin, berbaring dan presentasi.
- b) Hitung DJJ dan perhatikan perubahan periodik pada respon terhadap kontraksi uterus.
- c) Catat kemajuan persalinan.

**Restri cedera terhadap maternal berhubungan dengan perlambatan motilitas gastrik, dorongan fisiologis.**

*Tujuan:*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kurang lebih 1 x 2 jam tidak terjadi cedera pada maternal dengan KH:

- Klien mengatakan resiko dan alasan dan intervensi khusus sudah dimengerti.
- Klien kooperatif untuk melindungi diri sendiri/janin dari dari cedera.
- Klien bebas dari cedera/komplikasi

*Intervensi:*

- a) Pantau aktivitas uterus , catat frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi.
- b) Lakukan tirah baring saat persalinan menjadi lebih intensif. Hindari meninggalkan klien tanpa perhatian.
- c) Tempatkan klien pada posisi agak tegak miring kiri
- d) Berikan perawatan perineal setiap 4 jam.
- e) Pantau suhu dan nadi.
- f) Berikan es batu atau cairan jernih pada klien bila memungkinkan, hindari makanan padat.

- g) Anjurkan klien untuk bernapas pendek dan cepat atau meniup bila ada dorongan untuk mengejan.

**Resti gangguan pertukaran gas pada janin berhubungan dengan perubahan suplai O<sub>2</sub> atau aliran darah: anemia dan pendarahan sekunder.**

*Tujuan:*

Tidak terjadi gangguan pertukaran gas pada janin dengan KH:

- DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
- Bayi tidak mengalami hipoksia selama persalinan.

*Intervensi:*

- a) Kaji faktor -faktor maternal atau kondisi yang menurunkan sirkulasi uteroplasental.
- b) Pantau DJJ setiap 15-30 menit.
- c) Pantau DJJ dengan segera bila ketuban pecah.
- d) Pantau besarnya janin pada jalan lahir melalui pemeriksaan vagina.
- e) Kaji perubahan DJJ selama kontraksi.

**Gangguan rasa nyaman nyeri akut berhubungan dengan dilatasi atau regangan dan hipoksia jaringan, tekanan mekanik dari bagian presentasi.**

*Tujuan:*

Pasien dapat bertoleransi terhadap nyeri dengan KH:

- Klien menyatakan rasa nyeri berkurang.
- Klien mampu menggunakan tehnik yang tepat untuk mempertahankan kontrol, istirahat diantara kontraksi.

*Intervensi:*

- a) Kaji derajat ketidakmampuan melalui isyarat verbal dan non verbal.
- b) Kaji perubahan klien terhadap sentuhan fisik selama kontraksi.
- c) Pantau frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus.

- d) Bantu klien dan ajarkan mengubah bernapas menjadi lebih cepat mis : tiupan napas pendek dan cepat.
- e) Berikan lingkungan yang tenang dengan ventilasi adekuat.
- f) Lakukan gosokan sakral/punggung, perubahan posisi.
- g) Pantau dilatasi serviks.
- h) Catat penonjolan perineal.
- i) Anjurkan klien untuk berkemih (fase laten)
- j) Berikan dorongan dan informasi tentang kemajuan persalinan dan berikan reinforcement untuk upaya klien/pasangan.
- k) Pantau tanda vital ibu dan janin.
- l) Kolaborasi pemberian analgesik.

**Resti terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan aliran balik vena, hipovolemia, perubahan tahanan vaskuler sistemik.**

*Tujuan:*

Tidak terjadi penurunan curah jantung dengan KH:

- Tanda – tanda vital sesuai terhadap tahap persalinan.
- Tidak ada edema, DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).

*Intervensi:*

- a) Kaji tekanan darah dan nadi diantara kontraksi, sesuai indikasi
- b) Perhatikan ada dan luasnya edema.
- c) Pantau DJJ selama dan diantara kontraksi.
- d) Infus balance cairan.

**Kurangnya pengetahuan tentang proses persalinan berhubungan dengan kurangnya sumber-sumber informasi.**

*Tujuan:*

Klien dan keluarga mengetahui tentang proses persalinan dengan KH:

- Klien memahami respon fisiologis setelah melahirkan.
- Secara aktif klien ikut dalam upaya mendorong untuk meningkatkan pengeluaran plasenta.

*Intervensi:*

- a) Diskusikan proses normal persalinan kala III.
- b) Jelaskan alasan untuk respon perilaku seperti menggigit, tremor.
- c) Diskusikan ritinitas periode pemulihan selama 4 jam pertama setelah melahirkan.

**b. Kala 2**

Pengkajian

- **Aktivitas/istirahat**  
Melaporkan kelelahan, melaporkan ketidakmampuan melakukan dorongan sendiri/teknik relaksasi dan adanya lingkaran hitam dibawah mata
- **Sirkulasi**  
Tekanan darah meningkat 5-10 mmHg
- **Integritas ego**  
Klien merasa kehilangan kontrol/sebaliknya
- **Eliminasi**  
Keinginan untuk defekasi, kemungkinan terjadi distensi kandung kemih
- **Nyeri/ketidaknyamanan**  
Dapat ditandai dengan merintih/menangis selama kontraksi, melaporkan rasa terbakar/meregang pada perineum, Kaki dapat gemetar selama upaya pendorong dan Kontraksi uterus kuat terjadi 1,5 – 2 menit
- **Pernapasan**  
Peningkatan frekuensi pernapasan
- **Seksualitas**  
Servik dilatasi penuh(10 cm), peningkatan perdarahan pervagina, membran mungkin ruptur, bila masih utuh dan peningkatan pengeluaran cairan amnion selama kontraksi.

Diagnosa Keperawatan dan Rencana Keperawatan

- 1) Resti kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan aktif, penurunan masukan

*Tujuan:*

- Tidak terjadi kekurangan volume cairan dalam tubuh dengan

KH:

- Tanda – tanda vital dalam batas normal.
- Keluaran urine adekuat.
- Membran mukosa kental.
- Bebas dari rasa haus.

*Intervensi:*

- a) Ukur masukan dan keluaran.
  - b) Kaji turgor kulit, beri cairan peroral.
  - c) Pantau tanda – tanda vital sesuai indikasi.
  - d) Kaji DJJ dan perhatikan perubahan periodek.
  - e) Atur posisi klien tegak atau lateral.
  - f) Kolaborasi pemberian cairan parenteral.
- 2) Resti infeksi terhadap maternal berhubungan dengan prosedur invasif berulang. Trauma jaringan, persalinan lama.

*Tujuan:*

Klien tidak terjadi infeksi dengan KH: Bebas dari tanda – tanda infeksi (rubor, tumor, dolor, calor, dan fungsilaesa)

*Intervensi:*

- a) Lakukan perawatan perineal setiap 4 jam menggunakan tehnik aseptik.
- b) Catat tanggal dan waktu pecah ketuban.
- c) Lakukan pemeriksaan vagina hanya bila sangat perlu dengan menggunakan tehnik aseptik.
- d) Pantau tanda – tanda vital dan laborat leukosit.
- e) Gunakan aseptik bedah pada persiapan peralatan.
- f) Batasi jumlah orang yang ada pada saat persalinan.

3) Resiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit b/d pola interaksi hipertoniik

Intervensi :

- a) Bantu klien dan pasangan pada posisi tepat
- b) Bantu klie sesuai kebutuhan
- c) Kolaborasi episiotomi garis tengah natau medio lateral
- d) Kolaborasi terhadap pemantauan kandung kemih dan kateterisasi

**c. Kala 3**

Pengkajian

- Aktivitas atau istirahat  
Klien tampak senang dan keletihan.
- Sirkulasi  
Tekanan darah meningkat saat curah jantung meningkat dankembali normal dengan cepat.Hipotensi akibat analgesik dan anastesi.Nadi melambat.
- Makan dan cairan  
Kehilangan darah normal 250 – 300 ml.
- Nyeri atau ketidaknyamanan  
Klien mengeluh tremor kaki atau menggigil.
- Seksualitas.  
Darah berwarna hitam dari vagina terjadi pada saat plasenta lepas.Talipusat memanjang pada muara vagina.

Diagnosa Keperawatan dan Rencana Keperawatan

1) Resti kekurangan volume cairan berhubungan dengan pengeluaran pervaginam akibat atonia.

*Tujuan:*

Tidak terjadi kekurangan volume cairan akibat HPP. Dengan KH:

- Kontraksi uterus adekuat.
- Kehilangan darah dalam batas normal (<500 ml).
- Tanda-tanda vital dalam batas normal.

*Intervensi:*

- a) Anjurkan klien untuk masase fundus.
  - b) Pantau tanda-tanda vital dan pengeluaran pervaginam.
  - c) Palpasi uterus dan masase uterus perlahan setelah pengeluaran plasenta.
  - d) Catat waktu dan mekanisme pelepasan plasenta.
  - e) Pantau tanda dan gejala kehilangan cairan yang berlebihan.
  - f) Inspeksi permukaan plasenta maternal dan janin, perhatikan ukuran, insersi tali pusat dan ketuban.
  - g) Berikan cairan peroral.
  - h) Hindari menarik tali pusat secara berlebihan.
- 2) Gangguan rasa nyaman nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, respon fisiologis setelah melahirkan.

*Tujuan:*

Pasien dapat beradaptasi terhadap rasa nyeri dengan KH:

- Klien menyatakan nyeri berkurang atau klien beradaptasi dengan nyerinya.
- Ekspresi wajah rileks tak gelisah.
- Perut tidak mules, luka bersih dan tidak bengkak.

*Intervensi:*

- a) Bantu dengan penggunaan tehnik pernapasan selama perbaikan luka.
- b) Berikan kompres es pada perineum setelah melahirkan.
- c) Lakukan perawatan luka episiotomi dengan tehnik aseptik dan oleskan salep topikal.
- d) Ganti pakaian dan klien yang basah, berikan selimut yang hangat.
- e) Jelaskan pada klien perubahan fisiologis setelah melahirkan.
- f)

#### **d. Kala 4**

##### Pengkajian

- **Aktivitas**  
Klien tampak berenergi atau kelelahan
- **Sirkulasi**  
Nadi biasanya lambat sampai (50-70x/menit) TD bervariasi, mungkin lebih rendah pada respon terhadap analgesia/anestesia, atau meningkat pada respon pemberian oksitisin atau HKK, edema, kehilangan darah selama persalinan 400-500 ml untuk kelahiran pervagina 600-800 ml untuk kelahiran saesaria
- **Integritas ego**  
Kecewa, rasa takut mengenai kondisi bayi, bahagia
- **Eliminasi**  
Hemoroid, kandung kemih teraba diatas simpisis pubis
- **Makanan/cairan**  
Mengeluh haus, lapar atau mual
- **Neurosensori**  
Sensasi dan gerakan ekstremitas bawah menurun pada adanya anaesthesia spinal
- **Nyeri/ketidaknyamanan**  
Melaporkan nyeri, misalnya oleh karena trauma jaringan atau perbaikan episiotomi, kandung kemih penuh, perasaan dingin atau otot tremor
- **Keamanan**  
Peningkatan suhu tubuh
- **Seksualitas**  
Fundus keras, berkontraksi, terletak setinggi umbilikus, perineum bebas dari kemerahan, edema, ekimosis atau rabas. Striae mungkin adapada abdomen, paha, dan payudara.

Diagnosa Keperawatan dan Rencana Keperawatan



- 1) Resiko tinggi kekurangan volume cairan b/d kelelahan/ketegangan miometri dari mekanisme homeostatic missal : efek HKK

Intervensi:

- a) Tempatkan klien pada posisi rekumben
  - b) Kaji hal yang memperberat kejadian intraportal
  - c) Perhatikan jenis jenis persalinan dan anastesi, kehilangan darah pada persalinan
  - d) Kaji TD dan nadi setiap 15 menit
  - e) Dengan perlahan masase fundus bila lunak
  - f) Kaji jumlah, warna dan sifat aliran lokea
- 2) Nyeri akut b/d efek hormone, trauma mekanis/edema jaringan, kelelahan fisik dan psikologis, ansietas

Intervensi :

- a) Kaji sifat dan derajat ketidaknyamanan
- b) Beri informasi yang tepat tentang perawatan selama periode pasca partum
- c) Inspeksi perbaikan episiotomi atau luka
- d) Lakukan tindakan kenyamanan
- e) Anjurkan penggunaan teknik relaksasi
- f) Beri analgesik sesuai kebutuhan

#### 4. Gangguan pada Keperawatan Intranatal (Ketuban Pecah Dini)

##### a. Definisi

Ketuban pecah dini *premature rupture of the membrane (PROM)* adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi inpartu. Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput janin sebelum proses persalinan dimulai atau sebelum kala I.

- 1) KPD saat preterm (KPDP) adalah KPD pada usia <37 minggu
- 2) KPD memanjang merupakan KPD selama >24 jam yang berhubungan dengan peningkatan risiko infeksi intra-amnion

Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterin atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina serviks.

Ketuban pecah dini atau *spontaneous/early/premature rupture of the membrane* (PROM) adalah pecahnya ketuban sebelum partu yaitu bila pembukaan pada primigravida dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm.

b. Etiologi

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Selain itu ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetri. Penyebab lainnya adalah sebagai berikut :

- 1) Serviks inkompeten.
- 2) Ketegangan rahim berlebihan: kehamilan ganda, hidramion.
- 3) Kelainan letak janin dan rahim: letak sungsang, letak lintang.
- 4) Kemungkinan kesempitan panggul: bagian terendah belum masuk PAP (sepalo pelvic disproporsi).
- 5) Infeksi yang menyebabkan terjadinya biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk preteolitik sel sehingga memudahkan ketuban pecah. (amnionitis/korioamnionitis).
- 6) Faktor keturunan (ion Cu serum rendah, vitamin C rendah, kelainan genetik)
- 7) Masa interval sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten
  - a) Makin panjang fase laten, makin tinggi kemungkinan infeksi

b) Makin muda kehamilan, makin sulit upaya pemecahannya tanpa menimbulkan morbiditas janin

c. Patofisiologi

Banyak teori, mulai dari defect kromosom kelainan kolagen, sampai infeksi. Pada sebagian besar kasus ternyata berhubungan dengan infeksi (sampai 65%)

- 1) High virulensi: bacteroides
- 2) Low virulensi: lactobacillus

d. Penatalaksanaan

Perlu dilakukan pertimbangan tentang tata laksana yang paling tinggi mencapai *well born baby* dan *well health mother*. Masalah berat dalam menghadapi ketuban pecah dini adalah apabila kehamilan kurang dari 26 minggu karena untuk mempertahankannya memerlukan waktu lama. Bila berat janin sudah mencapai 2000 gram, induksi dapat dipertimbangkan. Kegagalan induksi disertai dengan infeksi yang diikuti histerektomi.

Selain itu, dapat dilakukan pemberian kortikosteroid dengan pertimbangan. Tindakan ini akan menambah reseptor pematangan paru, meningkatnya maturitas paru janin. Pemberian betametason 12 minggu dilakukan dengan interval 24 jam dan 12 minggu tambahan, maksimum dosis 24 minggu, masa kerjanya sekitar 2-3 hari. Bila janin setelah satu minggu belum lahir, pemberian berakortison dapat diulang lagi.

Indikasi melakukan pada ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

- a. Pertiimbangan waktu dan berat janin dalam rahim. Pertimbangan waktu apakah 6, 12, atau 24 jam. Berat janin sebaiknya lebih dari 2000 gram.
- b. Terdapat tanda infeksi intra uteri. Suhu meningkat lebih dari 38°C, dengan pengukuran per rektal. Terdapat tanda infeksi

melalui hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan kultur air ketuban.

### **C. Petunjuk Praktik Klinik**

Selama mahasiswa melakukan pengkajian pada ibu hamil di rumah sakit tempat anda praktik sebagai berikut:

1. Lakukan pengkajian secara komprehensif pada fase intranatal
2. Lakukan setiap kegiatan asuhan keperawatan dari proses pengkajian sampai evaluasi dengan sungguh-sungguh dan menunjukkan perilaku sebagai seorang calon perawat profesional
3. Lakukan identifikasi masalah yang akan diambil
4. Hubungi pembimbing akademik atau pembimbing klinik apabila Anda mengalami kesulitan
5. Jika tidak memungkinkan untuk menyelesaikan asuhan keperawatan intranatal dalam satu waktu, bisa melakukan kontrak waktu untuk kunjungan ulang ke rumah untuk melakukan pengkajian.

### **D. Pelaporan Hasil Praktik Klinik**

1. Buat laporan hasil asuhan keperawatan intranatal dengan menggunakan narasi, gambar, tabel
2. Gunakan panduan penulisan hasil asuhan keperawatan intranatal dengan format terlampir
3. Diskusikan dengan pembimbing hasil asuhan keperawatan intranatal yang sudah disusun
4. Tulis laporan hasil asuhan keperawatan intranatal dan diserahkan ke pembimbing sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

### III. KEGIATAN PRAKTIK KLINIK

#### Kegiatan Praktik Klinik 3

---

#### ASUHAN KEPERAWATAN POSTNATAL

##### A. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Sebelum mengikuti kegiatan praktik klinik 1 ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep dasar pengkajian keperawatan maternitas yang sudah dipelajari pada modul teori keperawatan maternitas. Anda juga diharapkan mampu melakukan komunikasi dalam pengumpulan data dan bagaimana menerapkannya pada keperawatan maternitas. Anda juga harus mempersiapkan diri dengan berbagai pengetahuan dan keterampilan yang memadai seperti; kemampuan pengkajian, maternitas dan tentang demografi, yang ditunjang dengan alat dan prosedur pengkajian maternitas yang lengkap.

##### E. Tujuan Kegiatan Pembelajaran

Tujuan dari kegiatan belajar I memberi kesempatan kepada Anda untuk mengaplikasikan teori dan konsep dari Matakuliah Maternitas I ditatanan nyata dengan memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada: 1) ibu hamil normal dan komplikasi, 2) ibu dalam masa persalinan dan bayi baru lahir, 3) ibu dalam masa nifas normal dan komplikasi, dan 4) ibu dengan masalah gangguan reproduksi. Namun pada pembelajaran klinik ini, Anda akan memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu hamil meliputi:

1. Melakukan asuhan keperawatan ibu nifas
2. Menjelaskan adaptasi masa nifas
4. Perdarahan postnatal

## **B. Uraian Materi**

Periode postnatal / postpartum atau masa nifas adalah interval 6 minggu antara kelahiran bayi dan kembalinya organ reproduksi ke keadaan normal sebelum hamil. Nifas/puerperium adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat-alat reproduksi yang lamanya kurang lebih sekitar 6 minggu

### **a. Pemeriksaan fisik**

- 1) Keadaan Umum. Kaji kondisi ibu secara umum, apakah ibu merasa kelelahan atau ibu dalam keadaan segar. Hal ini akan mempengaruhi penerimaan ibu terhadap bayi serta kemampuan ibu dalam menyusui dan mengasuh bayi.
- 2) Jam pertama. Krisis setelah melahirkan, secara cermat kaji perdarahan dengan melakukan palpasi fundus uteri dengan sering (interval 15 menit), inspeksi perineum terhadap perdarahan yang tampak dan evaluasi tanda-tanda vital.
- 3) Kaji suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah setiap 4-8 jam selama hari pertama postpartum. Catat khususnya :
  - a) Peningkatan suhu yang bisa disebabkan dehidrasi, awitan laktasi atau leukositosis
  - b) Hipotensi dengan nadi yang cepat dan lemah ( $>100x$ /menit) yang dapat menunjukkan perdarahan dan syok.
  - c) Hipotensi ortostatik karena penyesuaian kembali kardiovaskuler ke dalam keadaan sebelum hamil.
  - d) Peningkatan tekanan darah.
  - e) Nadi yang meningkat menunjukkan adanya perdarahan.
- 4) Kepala dan Wajah
  - a) Mata  
Konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia karena perdarahan saat persalinan.
  - b) Hidung

Tanyakan pada ibu apakah ibu pilek atau riwayat sinusitis. Infeksi pada ibu postpartum dapat meningkatkan kebutuhan energi.

c) Telinga

Kaji pendengarannya telinga kanan dan kiri, adakah riwayat otitis media, kebersihan daun telinga atau lubang telinga.

d) Mulut dan Gigi

Tanyakan pada ibu apakah ibu mengalami stomatitis atau gigi yang berlubang. Gigi yang berlubang dapat menjadi port de entree bagi mikroorgasme dan bisa beredar secara sistemik.

5) Leher

Kaji adanya pembesaran kelenjar limfe di bawah telinga dan pembesaran kelenjar tiroid. Kelenjar limfe yang membesar menunjukkan adanya infeksi, ditunjang dengan tanda yang lain seperti hipertermi, nyeri, bengkak.

6) Payudara

a) Kesan Umum

Peganglah payudara dengan perlahan dan kaji apakah simetris antara kanan dan kiri, keras, ada nyeri tekan dan hangat. Kaji apakah terdapat bendungan ASI (*breast engorgement*) yang menimbulkan rasa nyeri bagi ibu atau massa, dengan palpasi. Bahkan dapat ditemukan mastitis dengan tanda-tanda merah, bengkak, panas, nyeri.

b) Puting Susu

Kaji apakah ASI atau kolustrum sudah keluar dengan memencet puting ibu. Kaji juga kebersihan puting. Kaji puting susu apakah mengalami pecah-pecah, fisura dan perdarahan.

c) Pengkajian Menyusui

Criteria untuk mengevaluasi cara menyusui adalah hubungan keterikatan ibu dan bayi, cara menyusui bayi, posisi pada saat menyusui, let-down, kondisi puting susu, respon bayi dan respon ibu.

Tabel *LATCH* Scoring

	0	1	2
<b>L</b> <i>Latch</i>	<i>Too sleepy or reluctant</i> <i>No latching achieved</i>	<i>Repeated attempts</i> <i>Hold nipple in mouth</i> <i>Stimulate to suck</i>	<i>Grasp breast</i> <i>Tongue down</i> <i>Lips flanged</i> <i>Rhythmic sucking</i>
<b>A</b> <i>Audible swallowing</i>	<i>None</i>	<i>A few with stimulation</i>	<i>Spontaneous and intermittent &lt; 24 hrs old</i> <i>Spontaneous and frequent &gt;24 hrs old</i>
<b>T</b> <i>Type of nipple</i>	<i>Inverted</i>	<i>Flat</i>	<i>Everted (after stimulation)</i>
<b>C</b> <i>Comfort (breast/nipple)</i>	<i>Engorged, cracked, bleeding, large, blisters or bruises, severe discomfort</i>	<i>Filling</i> <i>Reddened/ small blisters or bruises</i> <i>Mild/moderate discomfort</i>	<i>Soft</i> <i>Tender</i>
<b>H</b> <i>Hold (positioning)</i>	<i>Full assist (staff holds infant at breast)</i>	<i>Minimal assist (ie: elevate head of bed, place pillow support), Teach one side, mother does other, staff holds and then mother takes over</i>	<i>No assist from staff</i> <i>Mother able to position/hold infant</i>



## 7) Abdomen

### a) Keadaan

Kaji apakah terdapat striae dan linea alba. Kaji keadaan abdomen, apakah lembek atau keras. Abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi.

### b) Diastasis rektus abdominis

Diastasis rektus abdominis adalah regangan pada otot rectus abdominis akibat pembesaran uterus. Jika dipalpasi regangan ini menyerupai celah memanjang dari prosessus xiphoideus ke umbilicus sehingga dapat diukur panjang dan lebarnya. Diastasis ini tidak dapat menyatu kembali seperti sebelum hamil tetapi dapat mendekat dengan memotivasi ibu untuk senam nifas.

Cara memeriksa diastasis rektus abdominis adalah dengan meminta ibu untuk tidur telentang tanpa bantal dan mengangkat kepala, tidak diganjal. Kemudian palpasi abdomen dari bawah prosessus xiphoideus ke umbilikus kemudian ukur panjang dan lebar diastasis.

### c) Fundus uteri

Palpasi fundus uteri dari arah umbilikus ke bawah. Tentukan tinggi fundus uteri (contoh : 1 jari di atas pusat, 2 jari di atas pusat, dll), posisi fundus, apakah sentral atau lateral. Posisi lateral biasanya terdorong oleh bladder yang penuh. Kontraksi juga perlu diperiksa, kontraksi lemah atau perut teraba lunak menunjukkan kontraksi uterus kurang maksimal sehingga memungkinkan terjadi perdarahan.

Kaji fundus uteri setiap hari yakni kekuatan dan lokasinya, pastikan bahwa klien mengosongkan kandung kemih sebelum palpasi dilakukan.

- a) Uterus tidak secara progresif menurun ukurannya atau kembali ke pelviks bagian bawah.
  - b) Uterus tetap kendur atau kontraksinya buruk
  - c) Sakit pinggang atau nyeri pelvis yang persisten
  - d) Perdarahan vagina hebat
- d) Kandung kemih

Kaji dengan palpasi kandungan urine di kandung kemih. Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan urine yang tertampung banyak dan dalam hal ini dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus dikeluarkan.

Kaji tingkat distensi kandung kemih secara sering dalam 8 jam pertama setelah melahirkan, ukur haluaran urin, berkemih dalam jumlah sedikit dan sering berkemih yang berturut-turut menandakan adanya gangguan urin.

#### 8) Lokhea

Kaji tanda dan karakter lokhea setiap hari meliputi jumlah, warna, konsistensi dan bau lokhea ibu postpartum untuk memberikan indeks essensial pemulihan endometrium. Perubahan warna lokhea harus sesuai, misal ibu postpartum 7 hari harus memiliki lokhea yang sudah berwarna merah muda atau keputihan. Jika ditemukan hasil yang abnormal, misalnya perdarahan segar, lokhea rubra yang banyak, persisten dan berbau busuk maka ibu mengalami komplikasi postpartum. Segera laporkan karena lokhea yang berbau busuk menunjukkan adanya infeksi di saluran reproduksi dan harus segera ditangani.

#### 9) Perineum

Inspeksi perineum, catat apakah utuh, terdapat luka episiotomi, ruptur. Kaji juga adanya tanda-tanda REEDA (*Redness Ekimosisi Edema Discharge Approximation*), nyeri tekan, pembengkakan, memar dan hematoma. Kaji daerah anal dari adanya hemoroid dan fisura. Kebersihan perineum menunjang proses penyembuhan luka.

Serta adanya hemoroid derajat 1 normal untuk ibu hamil dan pasca persalinan.

Luka episiotomi harus dikaji apakah terdapat tanda-tanda infeksi. Kecepatan penyembuhan pada episiotomy tergantung pada letak dan kedalam insisi. Kebanyakan episiotomy sembuh sebelum minggu keenam postpartum. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya pada bagian perawatan perineum, mandi berendam, penghangatan dengan cahaya lampu, dan obat-obatan topical meningkatkan penyembuhan dan mengurangi ketidaknyamanan luka episiotomy. Jika ada harus dilaporkan segera mendapatkan penanganan lebih lanjut.

10) Ekstremitas

Kaji sirkulasi perifer, catat adanya varises, edema dan kesimetrisan ukuran dan bentuk, suhu warna dan rentang gerak sendi. Catat khususnya tanda tromboflebitis dan tanda homan. Tanda homan yang positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksa tanda homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri di betis. Jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar sehingga tromboflebitis bisa diabsorpsi.

- 11) Kaji status eliminasi fekal dan kembali ke pola sebelum melahirkan. Lakukan aktivitas sehari-hari.
- 12) Evaluasi status nutrisi, meliputi kemampuan mengunyah, menelan makanan, serta keadegan cairan dan diet untuk mendukung involusio laktasi
- 13) Evaluasi tingkat pengetahuan klien tentang cara menyusui bayi baru lahir (ASI atau dengan botol susu).
- 14) Riwayat kesehatan. Seharusnya berfokus pada riwayat medis keluarga, riwayat genetik, dan reproduksi.

15) Kaji adaptasi psikososial

- a. Tanda dan gejala kesedihan postpartum (*postpartum blues*), seperti menangis, putus asa, kehilangan selera makan, konsentrasi buruk, sulit tidur dan cemas.
- b. Evaluasi integritas bayi baru lahir dengan keluarganya.
- c. Observasi interaksi ibu baru dan anggota keluarga lainnya dengan bayi baru lahir.

Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

**Nyeri (akut) / ketidaknyamanan berhubungan dengan trauma mekanis.**

- 1) Kaji adanya, lokasi, sifat dan derajat ketidaknyamanan / nyeri.  
R : Mengidentifikasi kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat
- 2) Inspeksi perbaikan perineum dan episiotomi.  
R : Dapat menunjukkan trauma berlebihan dan / atau terjadinya komplikasi.
- 3) Ajarkan teknik relaksasi (kompres es / panas, nafas dalam) dan teknik distraksi (melakukan aktivitas / pengalihan) pada perineum.  
R : Meningkatkan vasokonstriksi, sirkulasi, oksigenasi dan nutrisi pada jaringan perineum serta mengurangi edema dan vasodilatasi.
- 4) Kaji nyeri tekan uterus : tentukan adanya dan frekuensi / intensitas afterpain serta faktor-faktor pemberat (multipara, overdistensi uterus, menyusui, oksitosin).  
R : Selama 12 jam pertama postpartum, kontraksi uterus kuat dan reguler dan ini berlanjut 2-3 hari berikutnya.
- 5) Anjurkan klien untuk memulai menyusui pada puting yang tidak nyeri secara berurutan.  
R : Respons menghisap awal kuat dan mungkin menimbulkan nyeri.
- 6) Kaji klien terhadap kepenuhan kandung kemih. Anjurkan untuk segera BAK saat terasa penuh.

R : Overdistensi kandung kemih dapat menciptakan perasaan ketidaknyamanan.

7) Berikan analgesik sesuai indikasi.

R : Mengurangi nyeri dan memberikan kenyamanan.

**Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan**

8) Pantau suhu dan nadi secara rutin dan sesuai indikasi.

R : Peningkatan suhu sampai 38,3 °C dalam 24 jam pertama sangat menandakan infeksi.

9) Kaji lokasi dan kontraktilitas uterus. Perhatikan perubahan involusional dan adanya nyeri tekan uterus ekstrem.

R : Terjadinya nyeri tekan ekstrem, menandakan kemungkinan tertahannya jaringan plasenta / infeksi.

10) Catat karakteristik (jumlah, warna, bau, konsistensi) rabas lokhea.

R : Lokhea normal mempunyai bau amis / daging. Jika bau busuk dan purulen curiga adanya infeksi.

11) Kaji sisi perbaikan episiotomi setiap 8 jam. Perhatikan nyeri tekan berlebih, kemerahan, eksudat purulen, edema, febris.

R : Diagnosis dini infeksi lokal dapat mencegah penyebaran pada jaringan uterus.

12) Anjurkan perawatan perineal dengan ganti pembalut setiap 4 jam sekali dari depan ke belakang.

R : Mencegah kontaminasi rektal memasuki vagina / uretra.

13) Anjurkan klien untuk makan tinggi protein, vitamin C dan zat besi.

R : Protein membantu meningkatkan penyembuhan dan regenerasi jaringan baru, zat besi untuk sintesis hemoglobin, vitamin C untuk absorpsi besi dan sintesis dinding sel.

14) Berikan perawatan luka episiotomi.

R : Mencegah infeksi.

15) Berikan antibiotik sesuai indikasi.

R : Mencegah infeksi dari penyebaran ke jaringan sekitar atau aliran darah.

**Potensial menyusui efektif**

- 1) Kaji pengetahuan dan pengalaman klien terhadap menyusui sebelumnya.

R : Membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini.

- 2) Berikan informasi verbal dan tertulis mengenai fisiologi dan keuntungan menyusui, perawatan puting dan payudara, kebutuhan diet khusus dan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.

R : Informasi yang tertulis dapat menyediakan sumber yang dapat dirujuk klien sesuai kebutuhan.

- 3) Anjurkan klien untuk mengeringkan puting susu dengan udara 20-30 detik setelah menyusui

R : Meningkatkan kenyamanan ibu dan mencegah puting pecah-pecah

- 4) Kaji puting susu dan pengeluaran ASI

R : Mengidentifikasi keadegan produksi ASI

- 5) Identifikasi sumber-sumber yang tersedia dimasyarakat sesuai indikasi

R : Meningkatkan kemandirian dan memberikan dukungan untuk adaptasi pada perubahan multipel.

**Risiko tinggi cedera berhubungan dengan biokimia, fungsi regulator, tromboemboli, profil darah abnormal**

- 1) Tinjau ulang kadar Hb dan kehilangan darah saat proses persalinan

R : Anemia dan perdarahan banyak saat persalinan meningkatkan resiko cedera pada klien.

- 2) Anjurkan ambulasi dini kecuali pada pasien yang mendapatkan anestesi subarakhnoid

R : Mencegah tromboemboli dan melancarkan sirkulasi darah.

- 3) Anjurkan berbaring pada posisi datar bila pusing

R : Meningkatkan kenyamanan.

- 4) Inspeksi adanya tanda-tanda thromboflebitis pada ekstremitas bawah.

R : Menunjukkan gangguan sirkulasi ke organ distal.

- 5) Berikan antikoagulan.

R : Mencegah thrombus lebih lanjut

### **Perubahan eliminasi urine**

- 1) Kaji masukan dan haluaran cairan

R : Berkemih dalam jumlah sedikit dan sering berkemih yang berturut-turut menandakan adanya gangguan urin.

- 2) Palpasi kandung kemih, pantau TFU serta jumlah aliran lochea

R : Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan urine yang tertampung banyak.

- 3) Kaji tanda-tanda ISK

R : Mengidentifikasi adanya gangguan saluran perkemihan.

- 4) Instruksikan untuk melakukan latihan kegel setiap hari setelah efek anestesi berkurang

R : Merangsang saraf-saraf dan otot-otot panggul untuk berkemih.

- 5) Lakukan kateterisasi bila diperlukan dan dapatkan spesimen urine

R : Mengeluarkan urine untuk diperiksa laboratorium.

### **Konstipasi**

- 1) Auskultasi adanya bising usus, pertahankan kebiasaan pengosongan normal atau diastasis rekti

R : Mengidentifikasi peristaltik usus.

- 2) Kaji adanya hemoroid

R : Hemoroid derajat 1 normal untuk ibu postpartum.

- 3) Berikan informasi diet yang tepat

R : Sayuran dan buah dapat mengurangi konstipasi karena tinggi serat.

- 4) Anjurkan ambulasi sesuai toleransi

R : Melancarkan sirkulasi darah ke organ distal.

5) Berikan laksatif, pelunak feses, supositoria atau enema

R : Melancarkan buang air besar.

Perilaku mencari informasi mengenai perawatan diri dan perawatan bayi berhubungan dengan adanya pemajanan / mengingat, mengenal sumber-sumber

1) Kaji persepsi klien tentang persalinan dan kelahiran, lama persalinan dan kelelahan.

R : Makin lama persalinan, makin negatif persepsi klien tentang kinerja persalinan dan akan mempengaruhi aktivitas perawatan diri dan bayi.

2) Berikan informasi tentang perawatan diri, perubahan fisiologis, kebutuhan tidur dan istirahat, kebutuhan nutrisi dan perubahan peran setelah melahirkan.

R : Membantu mencegah infeksi, mempercepat pemulihan dan penyembuhan, serta berperan pada adaptasi yang positif dari perubahan fisik dan emosional.

3) Diskusikan tentang perawatan bayi yang tepat dan benar.

R : Membantu klien dalam perawatan bayi.

4) Diskusikan tentang rencana untuk kontrasepsi serta masalah-masalah yang memerlukan evaluasi dokter sehingga harus memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan (misal lokhea busuk, banyak, demam, depresi).

R : Intervensi lanjut mungkin diperlukan untuk mencegah potensial komplikasi.

5) Identifikasi sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia.

R : Meningkatkan kemandirian dan memberikan dukungan untuk adaptasi pada perubahan multipel

## 1. Perdarahan Postnatal

### a. Definisi perdarahan post partum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai (setelah plasenta lahir). Perdarahan



postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok.

b. Penyebab perdarahan postpartum

Penyebab perdarahan Postpartum antara lain :

- 1) Atonia uteri 50% - 60%
- 2) Retensio plasenta 16% - 17%
- 3) Sisa plasenta 23% - 24%
- 4) Laserasi jalan lahir 4% - 5%
- 5) Kelainan darah 0,5% - 0,8%

c. Klasifikasi perdarahan postpartum

Klasifikasi klinis perdarahan postpartum yaitu (Manuaba, 1998) :

- 1) Perdarahan Postpartum Primer yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- 2) Perdarahan Postpartum Sekunder yaitu perdarahan pascapersalinan yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

d. Gejala klinik perdarahan post partum

Seorang wanita hamil yang sehat dapat kehilangan darah sebanyak 10% dari volume total tanpa mengalami gejala-gejala klinik, gejala-gejala baru tampak pada kehilangan darah sebanyak 20%. Gejala klinik berupa perdarahan pervaginam yang terus-menerus setelah bayi lahir. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan

tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain

e. Diagnosis perdarahan postpartum

No.	Gejaladantandayang selaluada	Gejaladantandayang kadang-kadangada	Diagnosis kemungkinan
1.	- Uterus tidak berkontraksi dan lembek - Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pascapersalinan Primer atauP3)	- Syok	- AtoniaUteri
2.	- Perdarahan segera(P3) - Darah segar yang mengalirsegera setelah bayilahir(P3) - Uterus kontraksibaik - Plasentalengkap	- Pucat - Lemah - Menggigil	- Robekanjalan lahir
3.	- Plasenta belum lahir setelah30menit - Perdarahan segera(P3) - Uterus kontraksibaik	- Tali pusat putus akibat traksi berlebihan - Inversiuteriakibat tarikan - Perdarahanlanjutan	- Retensio Plasenta
4.	- Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah)tidak lengkap - Perdarahan segera(P3)	- Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidakberkurang	- Tertinggalnya sebagianplasenta
5.	- Uterustidakteraba - Lumen vagina terisi massa - Tampaktalipusat(jika plasentabelumlahir) - Perdarahan segera(P3) - Nyeri sedikitatauberat	- Syokneurogenik - Pucatdanlimbung	- Inversiuteri

6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sub-involusi uterus</li> <li>- Nyeri tekan perut bawah</li> <li>- Perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P2S.</li> <li>- Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia</li> <li>- Demam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan terlambat</li> <li>- Endometritis atau sisaplasenta (terinfeksi atau tidak)</li> </ul>
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan segera (P3) (Perdarahan intraabdominal dan atau vaginum)</li> <li>- Nyeri perut berat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Syok</li> <li>- Nyeri tekan perut</li> <li>- Denyut nadi ibu cepat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Robek dinding uterus (ruptura uteri)</li> </ul>

#### **F. Petunjuk Praktik Klinik**

Selama mahasiswa melakukan pengkajian pada ibu postnatal di rumah sakit tempat anda praktik sebagai berikut:

1. Lakukan pengkajian secara komprehensif pada fase postnatal
2. Lakukan setiap kegiatan asuhan keperawatan dari proses pengkajian sampai evaluasi dengan sungguh-sungguh dan menunjukkan perilaku sebagai seorang calon perawat profesional
3. Lakukan identifikasi masalah yang akan diambil
4. Hubungi pembimbing akademik atau pembimbing klinik apabila Anda mengalami kesulitan
5. Jika tidak memungkinkan untuk menyelesaikan asuhan keperawatan postnatal dalam satu waktu, bisa melakukan kontrak waktu untuk kunjungan ulang ke rumah untuk melakukan pengkajian.

#### **G. Pelaporan Hasil Praktik Klinik**

1. Buat laporan hasil asuhan keperawatan postnatal dengan menggunakan narasi, gambar, tabel
2. Gunakan panduan penulisan hasil asuhan keperawatan postnatal dengan format terlampir

3. Diskusikan dengan pembimbing hasil asuhan keperawatan postnatal yang sudah disusun
4. Tulis laporan hasil asuhan keperawatan postnatal dan diserahkan ke pembimbing sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

#### **A. Format Pelaporan**

#### **FORMAT LAPORAN PENDAHULUAN ASUHAN KEPERAWATAN ANTENATAL**

##### A. Konsep Penyakit

1. Definisi
2. Tanda dan Gejala
3. Perubahan – perubahan dan adaptasi fisiologis pada masa kehamilan
4. Patofisiologi dan pathway
5. Manifestasi klinis
6. Penatalaksanaan (medis dan keperawatan)
7. Komplikasi
8. Konsep Antenatal

##### B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian
2. Diagnosa keperawatan
3. Perencanaan keperawatan (tujuan, kriteria hasil, tindakan keperawatan)
4. Impelementasi (teori)
5. Evaluasi (teori)

Daftar Pustaka

**ASUHAN KEPERAWATAN ANTENATAL  
PADA Ny..... DI RUANG.....RS.....**

**I. PENGKAJIAN**

**A. Identitas Klien**

Tanggal Pengkajian : .....

Nama : .....

Alamat : .....

Umur : .....

No. RM : .....

Agama : .....

Pendidikan : .....

**B. Identitas Penanggung jawab**

Nama : .....

Alamat : .....

Umur : .....

Agama : .....

Pendidikan : .....

Hubungan dg Klien : .....

**C. Pengkajian Antenatal**

1. Keluhan ibu :
2. Riwayat menstruasi :
3. Riwayat kontrasepsi :
4. Riwayat penyakit dan operasi sebelumnya :
5. Riwayat kesehatan :

**D. Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu**

No	Gangguan kehamilan	Proses persalinan	Tempat persalinan penolong	Masalah persalinan	Jenis kelamin	BB lahir (gr)	Keadaan anak

1							
2 dst							

### E. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum:
2. Kesadaran:
3. Tanda – tanda vital

TD :                      mmHg              T :                      °C

Nadi :              x/mnt              R :                      x/mnt

4. Antropometri

BB sekarang :

BB sebelum hamil :

TB :

Lila :

5. Status Obstetri: G.....P.....A.....

### F. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala Leher

Kepala              :

Mata              :

Hidung              :

Gigi dan mulut              :

Telinga              :

Leher              :

2. Dada

Jantung              :

Paru              :

Payudara              :

Pengeluaran ASI              :

3. Abdomen

Uterus

Kontraksi: ya/ tidak

Pemeriksaan Leopold ( **hanya untuk trimester 2 akhir dan trimester 3**)

Leopold 1 : Tinggi fundus uterus.....cm

kepala/ bokong/ kosong

Leopold 2 : kanan (punggung, bagian kePreceptorshipl/ bokong/ kepala)

kiri (punggung, bagian kePreceptorshipl/ bokong/ kepala)

Leopold 3 : kepala/ bokong/ kosong

penurunan kepala: sudah/ belum

Leopold 4 : bagian masuk PAP.....

DJJ              :

TBJ              :

Pigmentasi              :

Linea nigra:

Striae :

#### 4. Perineum dan Genital

Kebersihan:

Keputihan: (jenis/warna, konsistensi, bau)

Hemoroid: (berapa lama, lokasi, nyeri/ tdk)

#### 5. Ekstremitas

Atas:

Edema: ya/ tdk, lokasi:

Varises: ya/ tdk, lokasi:

Bawah:

Edema: ya/ tdk, lokasi:

Varises: ya/ tdk, lokasi:

Reflek patela: +/-

#### 6. Persiapan persalinan

Senam hamil :

Kesiapan mental ibu dan keluarga:

Pengetahuan tentang tanda-tanda melahirkan, cara menangani nyeri, dan proses persalinan:

Perawatan payudara:

### G. Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Hasil	Keterangan Hasil

### H. Terapi Medis

Hari/Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Golongan & Kandungan	Fungsi & Farmakologi
	Cairan IV:			
	Obat Peroral:			
	Obat Parenteral:			
	Obat Topikal:			

## II. ANALISA DATA

Nama :

No. CM :

Umur :

Diagnosa Medis:

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Data Fokus	Masalah	Etiologi	Diagnosa Keperawatan	Ttd
1.		DS: DO:				
2.		DS: DO:				

### III. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1.
- 2.
- 3.

Dst...

### IV. RENCANA KEPERAWATAN

Nama :

No. CM :

Umur :

Diagnosa Medis:

NoDx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Ttd
1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x... jam, masalah ...klien dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut: a. b. Dst.....	1.	
2.			

### V. TINDAKAN KEPERAWATAN/ IMPLEMENTASI

Nama :

No. CM :

Umur :

Diagnosa Medis:

Hari/Tgl /Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Ttd
	1		S : O:	
	2		S: O:	



**VI. CATATAN KEPERAWATAN**

Nama :

No. CM :

Umur :

Diagnosa Medis:

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	Ttd
1		S: O: A: P	
2		S: O: A: P	

**ASUHAN KEPERAWATAN INTRANATAL  
PADA Ny..... DI RUANG VK RS.....**

**I. PENGKAJIAN**

Nama Mahasiswa :

Jam :

**A. Identitas Pasien**

- 1. Nama pasien :
- 2. Alamat :
- 3. Umur :
- 4. No.RM :
- 5. Agama :
- 6. Pekerjaan :
- 7. Status Perkawinan :
- 8. Pendidikan :

**B. Identitas Penanggungjawab**

- Nama :
- Alamat :
- Umur :
- Agama :
- Pendidikan :
- Hubungan dengan pasien :

**C. Data Umum Kesehatan**

- 1. Masalah kesehatan khusus :
- 2. Obat-obatan :
- 3. Alergi (obat/makanan/bahan tertentu):
- 4. Eliminasi BAK :
- 5. Eliminasi BAB :
- 6. Pola tidur :

**D. Data Umum Kebidanan**

- 1. Riwayat haid
- 2. Status obstetrikus : G.....P.....A.....
- 3. HPHT :

Usia kehamilan :

HPL :

Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu.

No	Riwayat Kehamilan	Cara Lahir	BB Lahir	Keadaan	Umur Sekarang
1.					
2.					

3.					
----	--	--	--	--	--

4. Jumlah kunjungan pada kehamilan ini :
5. Masalah kehamilan sebelumnya :
6. Masalah persalinan yang sebelumnya :
7. Masalah kehamilan sekarang :
8. Riwayat KB :
9. Riwayat menyusui :
10. Pelajaran yang diinginkan saat ini:(relaksasi/  
pernafasan, manfaat ASI, cara memberi minum botol/  
senam nifas/ metoda KB/ perawatan perineum,  
perawatan payudara)
11. Setelah lahir yang diharapkan membantu dalam  
pengasuhannya adalah:(suami/orang tua/ orla)

**E. Riwayat Persalinan Sekarang**

1. Mulai persalinan (kontraksi/pengeluaran pervaginam)
2. Keadaan kontraksi (frekuensi dalam 10 menit, lamanya,  
kekuatan)
3. Frekuensi dan kualitas denyut jantung janin.

**F. Pemeriksaan Fisik**

1. Kenaikan BB selama kehamilan: kg
2. Keadaan umum:
3. Tanda-tanda vital

TD : mmHg                      T: °C  
N : x/mnt                      RR: x/mnt

4. Kepala Leher

Mata :  
Hidung :  
Mulut :  
Telinga :  
Leher :

5. Dada

Jantung :  
Paru :  
Payudara :

Pengeluaran ASI:

6. Abdomen

Uterus :

Kontraksi (frekuensi, lamanya, kekuatan):

Leopold 1 : Tinggi fundus uterus.....cm

Bagian atas : kepala/ bokong/ kosong

Leopold 2 : kanan (punggung, bagian kePreceptorshipl/ bokong/ kepala)

kiri (punggung, bagian kePreceptorshipl/ bokong/ kepala)

Leopold 3 : kepala/ bokong/ kosong

penurunan kepala: sudah/ belum

Leopold 4 : bagian masuk PAP.....

DJJ (kualitas, frekuensi):

Status janin (hidup/tidak, jumlah):

Pigmentasi

Lineanigra :

Striae :

7. Ekstremitas (edema/tidak):

8. Genetalia

Hasil Pemeriksaan dalam:

Jam.....oleh.....hasil.....

Ketuban (utuh/pecah), jika sudah pecah:

Tgl/jam.....warna.....

Persiapan perineum :

Pengeluaran pervaginam :

Perdarahan pervaginam :

### G. Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Hasil	Keterangan Hasil

### H. Terapi Medis

Hari/Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Golongan & Kandungan	Fungsi & Farmakologi
	Cairan IV:  Obat Peroral:  Obat Parenteral:  Obat Topikal:			

## LAPORAN PERSALINAN

### KALA PERSALINAN

#### KALA I

1. Mulai persalinan tanggal: jam:
2. Tanda dan gejala :
3. TTV (TD, N, T, RR) :
4. Hasi
5. I pemeriksaan dalam:
6. Keadaan psikososial :
7. Kebutuhan khusus klien:
8. Tindakan :
9. Pengobatan :
10. Observasi kemajuan persalian:

Tanggal/jam	Kontraksi uterus	DJJ	Keterangan

#### KALA II

1. Mulai tanggal : jam:
2. Lama Kala I :
3. Tanda dan gejala :
4. TTV (TD, N, T, RR) :
5. Jelaskan upaya meneran:
6. Keadaan psikososial :
7. Tindakan

#### CATATAN KELAHIRAN:

1. Bayi lahir: tanggal ....jam .... WIB,jenis kelamin .....
2. Nilai APGAR

APGAR Score	1`	5`	10`
Appearance : Warna kulit			
Pulse : Jantung			
Respiration : Napas			
Actifity : Otot			
Grimace : Rangsang			
<b>Total</b>			

3. ScoreBonding ibu dan bayi :
4. Lama kala II :
5. TTV (TD, N, RR, T) :

6. Perineum (utuh/ episiotomi/ ruptur), jika ruptur tingkat:
7. Pengobatan :

### **KALA III**

1. Tanda dan gejala :
2. Plasenta lahir jam :
3. Cara lahir plasenta :
4. Karakteristik plasenta  
Ukuran.....cmx.....cmx.....cm
5. Panjang pembuluh darah:.....arteri.....vena
6. Kelainan.....
7. Perdarahan.....cc, karakteristik:
8. Keadaan psikososial :
9. Kebutuhan khusus klien:
10. Tindakan :
11. Pengobatan :

### **KALA IV**

1. Mulai jam :
2. TTV (TD, N, RR, T) :
3. Kontraksi uterus :
4. Perdarahan.....cc, karakteristik:
5. Scor Bonding ibu dan bayi:
6. Tindakan :
7. Pengobatan :

### **BAYI**

1. Bayi lahirtgl/jam :
2. BB/PB bayi :
3. LK/LD :
4. Karakteristik bayi :
5. TTV (N, RR, T) :
6. Anus (berlubang/tertutup):
7. Perawatan tali pusat :
8. Perawatan mata :

## **II. ANALISA DATA**

**Nama :**

**No. CM :**

**Umur :**

**Diagnosa Medis:**

No	Tanggal/ Jam	Data Fokus	Diagnosa Keperawatan	Ttd
1.		Kala I		
2.		Kala II		
3		Kala III		

4		Kala IV		
---	--	---------	--	--

### III. RENCANA KEPERAWATAN

Nama : No. CM :

Umur : Diagnosa Medis:

No Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Ttd
1.			
2. Dst..			

### IV. TINDAKAN KEPERAWATAN/ IMPLEMENTASI

Nama : No. CM :

Umur : Diagnosa Medis:

Hari/Tgl /Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Ttd
	1		S : O:	
	2		S: O:	

### V. CATATAN KEPERAWATAN

Nama : No. CM :

Umur : Diagnosa Medis:

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	Ttd
1		S: O: A: P	
2		S:	

		O: A: P	
--	--	---------------	--

**ASUHAN KEPERAWATAN POSTPARTUM  
PADA Ny..... DENGAN .....  
DI RUANG .....RS.....**



## I. PENGKAJIAN

Tanggal masuk :

Pengkajian tanggal :

Jam :

### A. IDENTITAS PASIEN

Nama :

Usia :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Agama :

Alamat :

Suku/bangsa :

Status perkawinan :

No. Registrasi :

### B. IDENTITAS PENANGUNG JAWAB

Nama :

Usia :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Agama :

Alamat :

Suku/bangsa :

Hubungan dengan pasien :

### C. PENGKAJIAN IBU POST PARTUM

1. Keadaan Umum :

2. Kesadaran :

3. Tanda – tanda Vital:

Tekanan Darah :

Respirasi :

Nadi :

Suhu :

Berat badan :

Tinggi Badan :

Head to toe

a. Kepala :

b. Muka :

c. Mata :

d. Hidung :

e. Telingga :

f. Mulut :

g. Leher :

h. Dada :

1) Jantung paru

2) Payudara :

i. Abdomen :

1) Involusi uterus:

- 2) Fundus uterus:
- 3) Kontraksi :
- 4) Posisi :
- 5) Kandung kemih:
- 6) Diastasis rektus abdominalis:.....x.....cm
- 7) Fungsi pencernaan:

j. Genetalia

- 1) Vagina (integritas kulit, edema, hematoma):
- 2) Perineum: utuh/ episiotomi/ ruptur

Tanda REEDA:

R (Red/Kemerahan): ya/ tdk

E (Edema/Bengkak): ya/ tdk

E (Echymosis): ya/ tdk

D (Discharge): serum/ pus/ darah/ tidak ada

A (Approximate): baik/ tidak

- 3) Kebersihan:
- 4) Lokhea (jumlah, jenis, konsistensi, bau):
- 5) Hemorrhoid (derajat, berapa lama, lokasi, nyeri/tdk):

k. Ekstremitas : tidak ada bengkak, tidak ada varises, tanda homan negative

l. Eliminasi

- 1) BAK

Frekuensi BAK:

BAK saat ini (nyeri/tdk):

- 2) BAB

Frekuensi BAB:

BAB saat ini (konstipasi/tdk):

m. Istirahat dan kenyamanan

Pola tidur (kebiasaan, lama, frekuensi):

Keluhan ketidaknyamanan (ya/tdk, lokasi, sifat, intensitas):

n. Mobilisasi dan latihan

Tingkat mobilisasi :

Latihan/ senam :

o. Nutrisi dan cairan

Asupan nutrisi :

Asupan cairan :

p. Keadaan mental

Adaptasi psikologis :

Penerimaan terhadap bayi :

**D. Pemeriksaan Penunjang**

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Hasil	Keterangan Hasil

**E. Terapi Medis**

Hari/Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Golongan & Kandungan	Fungsi & Farmakologi
	Cairan IV:  Obat Peroral:  Obat Parenteral:  Obat Topikal:			

**II. ANALISA DATA**

Nama :

No. CM :

Umur :

Diagnosa Medis:

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Data Fokus	Masalah	Etiologi	Diagnosa Keperawatan	Ttd
1.		DS: DO:				
2.		DS: DO				

**III. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

- 1.
- 2.
- 3.

Dst...

**IV. RENCANA KEPERAWATAN**

Nama :

No. CM :

**Umur :**

**Diagnosa Medis:**

No Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Ttd
1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x... jam, masalah ...klien dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut: a. b. Dst.....	1.	
2.			

**V. TINDAKAN KEPERAWATAN/ IMPLEMENTASI**

**Nama :**

**No. CM :**

**Umur :**

**Diagnosa Medis:**

Hari/Tgl /Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Ttd
	1		S : O:	
	2		S: O:	

**VII. CATATAN KEPERAWATAN**

**Nama :**

**No. CM :**

**Umur :**

**Diagnosa Medis:**

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	Ttd
1		S: O: A: P	
2		S: O:	

		A:	
		P	

**Penilaian perilaku profesional (Softskill)**

<b>NO</b>	<b>ITEM PENILAIAN</b>	<b>BOBOT</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>TOTAL</b>
1	Tepat waktu dalam mengikuti kegiatan pembelajaran dan menyelesaikan tugas	10				
2	Menghormati orang lain (pasien dan keluarga, sesama teman mahasiswa, dokter, perawat, petugas administrasi, dll)	10				
3	Bekerjasama secara baik dengan teman mahasiswa dan petugas kesehatan lain	10				
4	Memperhatikan dan	10				

	mendahulukan kepentingan pasien diatas kepentingan diri sendiri (termasuk suka menolong)					
5	Mencatat dan melaporkan hasil pemeriksaan, laboratorium, dan terapi sesuai dengan hasil sebenarnya	10				
6	Tidak melakukan pemalsuan dokumen atau tanda tangan	10				
7	Mengerjakan tugas ilmiah (presentasi kasus, refleksi, dll) secara mandiri atau tidak menjiplak karya teman	10				
8	Menggunakan seragam dan atribut sesuai ketentuan	10				
9	Tepat waktu dalam pengumpulan tugas	10				
10	Melakukan konsultasi tugas secara rutin dan memberikan feedback segera	10				
	<b>NILAI AKHIR</b>	NA = 300/3	NA =.....			

Keterangan

Penilaian 1 : Kurang

Penilaian 2 : Cukup

Penilaian 3 : Baik

### Penilaian Laporan Pendahuluan

Nama : Kasus :

RS/Ruang : Minggu ke- :

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai		
			0	1	2
1.	Susunan Kalimat/Penggunaan Bahasa				
	Teknik penulisan sesuai pedoman	6			
2.	Menjelaskan :				
	a. Pengertian	4			
	b. Tanda dan Gejala	8			
	c. Penyebab	8			
	d. Patofisiologi	8			
	e. Pathways (pohon masalah)	10			

	f. Penatalaksanaan (Medis dan Keperawatan)	8			
3.	Asuhan Keperawatan				
	a. Pengkajian	10			
	b. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul	10			
	c. Perencanaan tindakan keperawatan	8			
	d. Rasional tindakan keperawatan	8			
	e. Evaluasi	4			
4.	Kepustakaan				
	a. Jumlah literatur minimal 5 dan mutakhir	4			
	b. Ketepatan cara penulisan kepustakaan	4			
<b>Nilai Akhir = (Bobot x Nilai) / 2</b>		NA =			

\*Keterangan:

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tapi tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna

Surakarta,.....

Preceptor Klinik / Akademik

(.....)

### Penilaian Laporan Asuhan Keperawatan

Nama : Kasus :  
Ruang/ RS : Minggu Ke- :

No.	Aspek Yang Dinilai	Bobot	Nilai		
			0	1	2
1.	Pengkajian				
	a. Menggunakan pendekatan sistematis dan komprehensif	6			
	b. Kemampuan menggali masalah klien	4			
	c. Data yang dikumpulkan lengkap (DS dan DO)	4			
	d. Melengkapi data penunjang pada status klien	4			
	e. Ketepatan analisa data	4			
2.	Diagnosa Keperawatan :				
	a. Ketepatan merumuskan diagnosa keperawatan	12			
	b. Jumlah diagnosa keperawatan minimal 2 buah	6			
	c. Ketepatan memprioritaskan diagnosa keperawatan	8			
3.	Perencanaan Tindakan Keperawatan				
	a. Merumuskan tujuan dan kriteria hasil (SMART)	6			
	b. Ketepatan memprioritaskan tindakan keperawatan	4			
	c. Merumuskan rencana tindakan keperawatan (ONEC)	4			
	d. Rencana tindakan terdiri atas mandiri dan kolaborasi	4			
4.	Implementasi/ Pelaksanaan Tindakan				
	a. Pelaksanaan sesuai dengan perencanaan	6			
	b. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan	6			
	c. Mendokumentasikan respon klien pada pelaksanaan tindakan	4			
	d. Kemampuan kolaborasi	4			
5.	Evaluasi				
	a. Kualitas isi perkembangan (SOAP)	6			
	b. Laporan tertulis pendelegasian tugas pada tim kesehatan lain	4			
6.	Penulisan				
	a. Sesuai dengan pedoman penulisan	4			
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>			

\*Keterangan:

Nilai 0 : Tidak dilakukan

Nilai 1 : Dilakukan tapi tidak sempurna

Nilai 2 : Dilakukan dengan sempurna



**Penilaian Evaluasi Keperawatan Maternitas**

Nama : Tindakan Keperawatan:  
 Ruang/RS : Hari/Tanggal :

No	ASPEK YANG DINILAI	Bobot	NILAI				Bobot x Nilai
			1	2	3	4	
<b>A</b>	<b>PENGAJIAN</b>						
	1. Ketepatan penggunaan alat pengkajian	5					
	2. Ketrampilan pengambilan data	5					
	3. Validitas data	4					
	4. Kelengkapan data kajian (data fokus)	6					
<b>B</b>	<b>PERUMUSAN MASALAH</b>						
	1. Ketepatan menganalisa data	6					
	2. Ketepatan rumusan diagnosa keperawatan	7					
<b>C</b>	<b>PERENCANAAN</b>						
	1. Ketepatan penyusunan prioritas diagnose keperawatan	7					
	2. Ketepatan tujuan dan kriteria hasil	5					
	3. Relevansi rencana tindakan dengan diagnosa Kep	6					
<b>D</b>	<b>PELAKSANAAN</b>						
	1. Kemampuan mengelola pelaksanaan tindakan	6					
	2. Kemampuan kolaborasi dengan tim kesehatan	4					
	3. Kemampuan melibatkan peran serta klien & Keluarga	4					
	4. Mendokumentasikan tindakan dengan benar	4					
<b>E.</b>	<b>EVALUASI</b>						
	1. Kualitas isi perkembangan klien	3					
	a. Subjektif, obyektif sesuai kriteria	4					
	b. Ketajaman analisa evaluasi	4					
	c. Tindakan lanjut dan modifikasi	4					
	2. Validitas proses evaluasi	3					
	3. Penampilan klien setelah dirawat	2					
<b>F</b>	<b>PENAMPILAN PENGELOLAAN</b>						
	1. Inisiatif	3					

	2. Ketelitian	3					
	3. Tanggung Jawab pengelolaan	3					
	4. Penampilan dan sikap teruji	2					
		<b>100</b>					
<b>Nilai Akhir= (Bobot x Nilai)/4</b>		NA =.....					

Keterangan

Penilaian 1 : Kurang Penilaian 3 : Baik

Penilaian 2 : Cukup Penilaian 4 : Sangat Baik

Surakarta,.....

Preceptor Klinik/Akademik

(.....)

## Format Penilaian Presentasi Kasus

Topik/ ASKEP : \_\_\_\_\_

No	Komponen	Bobot	*Nilai		
			0	1	2
<b>1</b>	<b>Penulisan</b>				
	a. Tata bahasa baku sesuai EYD	<b>5</b>			
	b. Ketepatan cara pengutipan	<b>5</b>			
	c. Sistematika sesuai pedoman	<b>6</b>			
<b>2</b>	<b>Materi</b>				
	a. Kelengkapan data pada materi	<b>6</b>			
	b. Ketajaman analisa data dan kasus	<b>8</b>			
	c. Ketepatan perumusan diagnosa keperawatan dan pendokumentasian pengelolaan asuhan keperawatan	<b>10</b>			
<b>3</b>	<b>Media</b>				
	a. Efektifitas penggunaan	<b>4</b>			
	b. Kejelasan dari media terhadap ide yang disampaikan	<b>5</b>			
	c. Kesesuaian perlengkapan dengan audiens	<b>5</b>			
<b>4</b>	<b>Presentasi</b>				
	a. Penguasaan materi	<b>10</b>			
	b. Penggunaan bahasa yang efektif	<b>6</b>			
	d. Penampilan	<b>4</b>			
<b>5</b>	<b>Diskusi</b>				
	a. Pengendalian emosi	<b>5</b>			
	b. Kemampuan argumentasi	<b>8</b>			
	c. Kemampuan membuat kaitan	<b>6</b>			
	d. Rasional jawaban	<b>7</b>			
	<b>Total Nilai</b>	<b>100</b>			
	<b>Nilai Akhir= (Bobot x Nilai)/2</b>		NA =.....		

\* Keterangan:

Nilai 0 : Tidak terjawab/ tidak dilakukan

Nilai 1 : Terjawab/ dilakukan tapi tidak sempurna

Nilai 2 : Terjawab/ dilakukan dengan sempurna