Blok Reproduksi

(NS 352)

Penyusun:
Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat., HNC
Nur Azizah Indriastuti,S.Kep., Ns., M.Kep
Yuni Astuti, Ns., M.Kep., Sp.Mat
Yusi Riwayatul Afsah, S.Kep.,Ns., MNS
Dewi Puspita, S.Kp., M.Sc
Erfin Firmawati, Ns., MNS
dr. Risal Kusnomo
drh. Zulkhah Noor,M.Kes

PJ MATA KULIAH:
Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
TAHUN AJARAN 2016/2017

BLOK REPRODUKSI

KODE MK : NS 352

Penyusun

Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat., HNC
Nur Azizah Indriastuti,S.Kep., Ns., M.Kep
Yuni Astuti, Ns., M.Kep., Sp.Mat
Yusi Riwayatul Afsah, S.Kep.,Ns., MNS
Dewi Puspita, S.Kp., M.Sc
Erfin Firmawati, Ns., MNS
dr. Risal Kusnomo
drh. Zulkhah Noor,M.Kes

PJ MATA KULIAH:

Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2016/2017

HALAMAN PENGESAHAN

Nama Mata Kuliah	: BLOK REPRODUKSI
Nomor Kode/ SKS	: NS 352 / 5,5 SKS
Bidang Ilmu	: Ilmu Keperawatan
Status Mata Kuliah	: Wajib
Nama Penanggungjawab (Koordinator)	:Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat
NIK	: 19870617201504 173 186
Pangkat/ Golongan	: Penata Muda Tingkat II/ IIIB
Jabatan	: -
Fakultas/Program Studi	: Kedokteran dan Ilmu Kesehatan / Ilmu Keperawatan
Universitas	: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jumlah Tim Pengajar	: 5 orang

Yogyakarta, Agustus 2016

Menyetujui
Ka Prodi Ilmu Keperawatan,

Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat.,HNC

Mengetahui
PJ Blok,

Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN iii
DAFTAR ISI iv

PENDAHULUAN 1
INFORMASI MATAKULIAH 7
RANCANGAN PEMBELAJARAN SEMESTER BLOK REPRODUKSI 11
SUPLEMEN 21
1. URAIAN TUGAS DAN PENILAIAN TUGAS 23
2. PETUNJUK TEKNIS TUTORIAL 27
2. SKENARIO TUTORIAL 35
    TUTORIAL 1 36
    TUTORIAL 2 38
    TUTORIAL 3 40
    TUTORIAL 4 42

3. TATA TERTIB PRAKTIKUM SKILLS LAB 44
4. PANDUAN PRAKTIKUM SKILLS LAB 46
6. PANDUAN PRAKTIKUM BIOMEDIS 126

PENDAHULUAN

A. Visi, Misi Dan Tujuan Pendidikan Prodi

Visi Program Studi

Menjadi Program Studi Pendidikan Ners yang unggul dalam pengembangan keperawatan klinik berdasarkan nilai-nilai ke-Islaman untuk kemaslahatan umat di Asia Tenggara pada 2022.

Misi Program Studi

a. Menyelenggarakan pendidikan ners yang unggul dan islami
b. Mengembangkan penelitian yang dapat dijadikan sebagai landasan praktik keperawatan
c. Menerapkan ilmu keperawatan sebagai bagian dari pengabdian kepada masyarakat untuk kemslahatan umat

Tujuan Program Studi

a. Menghasilkan ners yang memiliki kemampuan klinik dan mampu menerapkan nilai-nilai Islami dalam memberikan asuhan keperawatan
b. Menghasilkan produk penelitian yang dapat digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan ilmu keperawatan
c. Menghasilkan kegiatan pelayanan berbasis hasil penelitian untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

B. Capaian Pembelajaran (*Learning Outcome*)

Capaian Pembelajaran Prodi Ilmu Keperawatan berdasarkan Profil Lulusan sebagai berikut:

NO	UNSUR SN PT & KKNI		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
1	**SIKAP**	S1	Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius.
		S2	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama,moral, dan etika.
		S3	Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik.
		S4	Berperan sebagai warga negara yang bangga dan cinta tanah air, memiliki nasionalisme serta rasa tanggungjawab pada negara dan bangsa.
		S5	Menghargai keanekaragaman budaya, pandangan, agama, dan kepercayaan, serta pendapat atau temuan orisinal orang lain.
		S6	Berkontribusi dalam peningkatan mutu kehidupan bermasyarakat, berbangsa, bernegara, dan kemajuan peradaban berdasarkan pancasila.
		S7	Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
		S8	taat hukum dan disiplin dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara.
		S9	Menginternalisasi semangat kemandirian, kejuangan, dan kewirausahaan.
		S10	Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
		S11	Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan.
		S12	Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia.
		S13	Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya.

NO	UNSUR SN PT & KKNI		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
		S14	**Menunjukkan sikap saling tolong menolong dan mengajak dalam kebaikan dan mengingatkan serta mencegah keburukan *(Amar Ma'ruf Nahi Mungkar)***
		S15	**Menunjukkan sikap kritis yang membangun dan berkemajuan**
		S16	**Menunjukkan sikap menghargai dan menghormati manusia sebagai individu yang bermartabat sejak hasil konsepsi sampai meninggal**
NO	**UNSUR SN PT & KKNI**		**CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)**
2	**Penguasaan Pengetahuan**	PP1	Menguasai teori keperawatan, khususnya konseptual model dan *middle range theories*
		PP2	Menguasai konsep teoritis ilmu biomedik
		PP3	Menguasai nilai-nilai kemanusiaan *(humanity values)*
		PP4	Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok , pada bidang keilmuan keperawatan dasar, keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa dan keperawatan komunitas
		PP5	Menguasai konsep dan teknik penegakkan diagnosis asuhan keperawatan
		PP6	Menguasai konsep teoretis komunikasi terapeutik
		PP7	Menguasai konsep, prinsip, dan teknik penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan penyakit pada level primer, sekunder dan tertier
		PP8	Menguasai prinsip dan prosedur bantuan hidup lanjut (*advance life support*) dan penanganan trauma (*basic trauma cardiac life support*/BTCLS) pada kondisi kegawatdaruratan dan bencana
		PP9	Menguasai konsep dan prinsip manajemen dalam pengelolaan asuhan keperawatan kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan
		PP10	Menguasai pengetahuan faktual tentang sistem informasi asuhan keperawatan dan kesehatan
		PP11	Menguasai prinsip-prinsip K3, hak dan perlindungan kerja ners
		PP12	Menguasai metode penelitian ilmiah.

NO	UNSUR SN PT & KKNI		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
		PP13	**menguasai teknologi informasi untuk mendukung pengelolaan asuhan keperawatan berbasis bukti *(evidence based nursing)***
		PP14	**menguasi Bahasa Inggris**
		PP15	**menguasai pengetahuan Islam murni yang berkemajuan**
		PP16	**Menguasai pengetahuan tentang konsep Al-Maun**
		PP17	**Menguasai pengetahuan tentang konsep akhlakul karimah**
		PP18	**menguasai keragaman budaya baik nasional maupun internasional**
NO	**UNSUR SN PT & KKNI**		**CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)**
3	**Ketrampilan Umum**	KU1	Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesinya;
		KU2	Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif;
		KU3	Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik;
		KU4	Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya;
		KU5	Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja;
		KU6	Bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya;
		KU7	Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat;
		KU8	Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya;
		KU9	Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya;

NO	UNSUR SN PT & KKNI		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
		KU10	Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya;
		KU11	Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya;
		KU12	Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri
NO	**UNSUR SN PT & KKNI**		**CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)**
4	**Ketrampilan khusus**	KK1	Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (patient safety) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia;
		KK2	Mampu memberikan asuhan keperawatan pada area spesialisasi (keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa atau keperawatan komunitas) sesuai dengan delegasi dari ners spesialis;
		KK3	Mampu melaksanakan prosedur penanganan trauma dasar dan jantung (basic trauma and cardiac life support/BTCLS) pada situasi gawat darurat/bencana sesuai standar dan kewenangannya;
		KK4	Mampu memberikan (administering) obat oral, topical, nasal, parenteral, dan supositoria sesuai standar pemberian obat dan kewenangan yang didelegasikan;
		KK5	Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan;
		KK6	Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat;
		KK7	Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan;

NO	UNSUR SN PT & KKNI		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
		KK8	Mampu melakukan evaluasi dan revisi rencana asuhan keperawatan secara reguler dengan/ atau tanpa tim kesehatan lain;
		KK9	Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien dan memberikan informasi yang akurat kepada klien dan/atau keluarga / pendamping/penasehat untuk mendapatkan persetujuan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya;
		KK10	Mampu melakukan studi kasus secara teratur dengan cara refleksi, telaah kritis, dan evaluasi serta peer review tentang praktik keperawatan yang dilaksanakannya;
		KK11	Mampu melaksanakan penanganan bencana sesuai SOP;
		KK12	Mampu melakukan upaya pencegahan terjadinya pelanggaran dalam praktik asuhan keperawatan;
		KK13	Mampu mengelola sistem pelayanan keperawatan dalam satu unit ruang rawat dalam lingkup tanggungjawabnya;
		KK14	Mampu melakukan penelitian dalam bidang keperawatan untuk menghasilkan langkah-langkah pengembangan strategis organisasi;
		KK15	Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan, melalui kerjasama dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat.
		KK16	Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif
		KK17	Mampu mempersiapkan pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang
		KK18	**Mampu mengelola asuhan keperawatan dengan ikhlas, jujur, amanah, tabligh, dan bertanggungjawab serta tidak membeda-bedakan status sosial ekonomi dan golongan**
		KK19	**Mampu melakukan asuhan keperawatan berlandaskan nila-nilai ke-Islaman**

INFORMASI MATAKULIAH

A. Nama dan bobot SKS, Kode Matakuliah dan Semester Penawaran

Nama Mata Kuliah	:	Blok Reproduksi
Bobot SKS	:	5,5 SKS
Kode Mata kuliah	:	NS 352
Semester	:	V (ganjil)

B. Ketercapaian Pembelajaran berdasarkanSikap, Penguasaan Pengetahuan, Ketrampilan Umum & Ketrampilan Khususmelalui Mata Kuliah yang bersangkutan

Capaian Pembelajaran yang dimiliki oleh Mahasiswa setelah mengikuti Matakuliah Blok Reproduksi adalah:

	Hard skill	Soft skill
Pengetahuan	1. Menguasai teori keperawatan, khususnya konseptual model dan *middle range theories* 2. Menguasai nilai-nilai kemanusiaan (humanity values) 3. Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok , pada bidang keilmuan keperawatan maternitas 4. Menguasai konsep dan teknik penegakkan diagnosis asuhan keperawatan 5. Menguasai konsep teoretis komunikasi terapeutik 6. Menguasai konsep, prinsip, dan teknik penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan penyakit pada level primer, sekunder dan tertier 7. Menguasai konsep dan prinsip manajemen dalam pengelolaan asuhan keperawatan kepada klien di tatanan pelayanan kesehatan maternitas 8. Menguasai pengetahuan faktual tentang sistem informasi asuhan keperawatan dan kesehatan 9. Menguasai teknologi informasi untuk mendukung pengelolaan asuhan keperawatan berbasis bukti *(evidence based nursing)* 10. Menguasai pengetahuan Islam murni yang berkemajuan 11. Menguasai pengetahuan tentang konsep akhlakul karimah 12. Menguasai keragaman budaya baik nasional maupun internasional	1. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius. 2. Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik. 3. Berperan sebagai warga negara yang bangga dan cinta tanah air, memiliki nasionalisme serta rasa tanggungjawab pada negara dan bangsa. 4. Taat hukum dan disiplin dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara. 5. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya. 6. Menunjukkan sikap saling tolong menolong dan mengajak dalam kebaikan dan mengingatkan serta mencegah keburukan *(Amar Ma'ruf Nahi Mungkar)*. 7. Menunjukkan sikap kritis yang membangun dan berkemajuan. 8. Menunjukkan sikap menghargai dan menghormati manusia sebagai individu yang bermartabat sejak hasil konsepsi sampai meninggal. 9. Menguasai nilai-nilai kemanusiaan *(humanity values)*

	Hard skill	Soft skill
Keterampilan Umum	1. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesinya; 2. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif; 3. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat;	1. Bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya 2. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya 3. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya 4. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri
Keterampilan khusus	1. Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia 2. Mampu memberikan asuhan keperawatan pada area spesialisasi keperawatan maternitas sesuai dengan delegasi dari ners spesialis 3. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan 4. Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatansesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat;	1. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien dan memberikan informasi yang akurat kepada klien dan/ atau keluarga /pendamping/ penasehat untuk mendapatkan persetujuan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya 2. Mampu mengelola asuhan keperawatan dengan ikhlas, jujur, amanah, tabligh, dan bertanggungjawab serta tidak membeda-bedakan status sosial ekonomi dan golongan 3. Mampu melakukan asuhan keperawatan berdasarkan nilai-nilai ke-Islaman.

	Hard skill	Soft skill
	5. Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan 6. Mampu melakukan evaluasi dan revisi rencana asuhan keperawatan secara reguler dengan/atau tanpa tim kesehatan lain 7. Mampu melakukan studi kasus secara teratur dengan cara refleksi, telaah kritis, dan evaluasi serta *peer review* tentang praktik keperawatan yang dilaksanakannya 8. Mampu melakukan upaya pencegahan terjadinya pelanggaran dalam praktik asuhan keperawatan; 9. Mampu mengelola sistem pelayanan keperawatan dalam satu wilayah dalam lingkup tanggung jawabnya 10. Mampu melakukan penelitian dalam bidang keperawatan untuk menghasilkan langkah-langkah pengembangan strategis organisasi 11. Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan, melalui kerjasama dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat. 12. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif 13. Mampu melakukan asuhan keperawatan berlandaskan nila-nilai ke-Islaman	

RANCANGAN PEMBELAJARAN SEMESTER BLOK REPRODUKSI

1. Strategi Pembelajaran

TGL	Topik	Sub Topik	Metode	Pengampu	Durasi
24/10 2016	Overview Blok	a. Overview blok b. Kontrak belajar	Kuliah	Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat	1 x 50 menit
26/10 2016	Anatomi dan fisiologi organ reproduksi	Anatomi organ reproduksi laki-laki dan perempuan serta perkembangannya pada berbagai tingkat usia: • Anatomi organ reproduksi laki-laki dan perempuan • Anatomi perkembangan organ reproduksi dari bayi, anak-anak, dewasa hingga lansia	Presentasi kel 1 Kuliah	Dewi Puspita, S.Kp., M.Sc	2 x 50 menit
28/10 2016		Fisiologi organ reproduksi pada laki-laki dan perempuan pada berbagai tingkat usia • Pubertas pada laki-laki dan perempuan • *Physiology of the male sex act* • *Physiology of the female sex act*	Presentasi kel 2 Kuliah	Dewi Puspita, S.Kp., M.Sc	2 x 50 menit

TGL	Topik	Sub Topik	Metode	Pengampu	Durasi
28/10 2016	Macam-macam gangguan pada sistem reproduksi laki-laki dan perempuan	Gangguan pada sistem reproduksi laki-laki dan perempuan: a. Laki-laki • Hipogonadisme • Kriptorkidisme • Uretritis • Epididimistis • Prostatitis • Orkitis • Impotensi b. Perempuan • Premenstrual syndrome • Dysmenorrhea • Menstrual irregular • Keputihan • Pelvic inflammatory disease • Infeksi vagina	Presentasi kel 3 Kuliah	Dewi Puspita, S.Kp., M.Sc	2 x 50 menit
29/10 2016	Asuhan Keperawatan pada Kehamilan	Kehamilan: • Adaptasi fisiologis dan psikologis kehamilan • Kehamilan, konsepsi, dan perkembangan janin • Tanda-tanda kehamilan • Ketidaknyamanan pada kehamilan • Nutrisi ibu hamil dan janin • Edukasi prenatal • Asuhan keperawatan pada ibu hamil	Presentasi kel 4 Kuliah	Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat	2 x 50 menit

TGL	Topik	Sub Topik	Metode	Pengampu	Durasi
2/11 2016	Macam-macam gangguan selama kehamilan	Macam-macam gangguan pada kehamilan: 1) DM gestasional 2) Hyperemisis gravidarum 3) Mola hidatidosa 4) Kehamilan ektopik 5) Abortus 6) Plasenta previa 7) Abruptio plasenta 8) Polyhydramnion 9) Oligohydramnion 10) IUFD 11) Kelainan kardiovaskular	Presentasi kel 5 Kuliah	Nur Azizah Indriastuti, Ns., M.Kep	2 x 50 menit
4/11 2016	Asuhan keperawatan saat persalinan	Persalinan: • Proses persalinan • Faktor – faktor yang mempengaruhi proses persalinan • Tahap dalam persalinan (kala I, II, III, IV) • Posisi saat persalinan • Tindakan pada persalinan • Asuhan keperawatan pada ibu bersalin	Presentasi kel 6 Kuliah	Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat	2 x 50 menit
5/11 2016	Komplikasi persalinan dan Asuhan keperawatan	Komplikasi persalinan dan asuhan keperawatan pada klien dengan komplikasi persalinan: • *Premature labor* • *Premature rupture membrane* / KPD • Distosia • *Posterm labor* • Rupture uteri • Prolapsus umbilical cord • Prolap uteri	Presentasi kel 7 Kuliah	Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat	2 x 50 menit

TGL	Topik	Sub Topik	Metode	Pengampu	Durasi
4/11 2016	Adaptasi Fisiologi postpartum dan Asuhan Keperawatan postpartum	• Adaptasi fisiologi postpartum • Adaptasi psikologi post partum • Pencapaian peran sebagai orang tua • Peran keluarga • *Discharge planning* • Asuhan keperawatan pada ibu post partum	Presentasi kel 8 Kuliah	Nur Azizah Indriastuti, Ns., M.Kep	2 x 50 menit
9/11 2016	Adaptasi fisiologis pada bayi baru lahir dan Asuhan Keperawatan bayi baru lahir	• Adaptasi fisiologi pulmonary • Adaptasi fisiologi cardiac • Adaptasi termoregulasi • *Newborn feeding* • Asuhan keperawatan pada bayi baru lahir	Presentasi kel 9 Kuliah	Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat	2 x 50 menit
11/11 2016	Komplikasi postpartum dan asuhan keperawatan postpartum	Komplikasi post partum dan asuhan keperawatan pada klien dengan komplikasi: • Perdarahan postpartum • *Postpartum infection* • Trombophlebitis dan trombolism • Sub involusi uteri • Anemia post partum	Presentasi kel 10 Kuliah	Nur Azizah Indriastuti, Ns., M.Kep	2 x 50 menit
11/11 2016	Kesehatan reproduksi remaja	Kesehatan reproduksi remaja: • Seksualitas pada remaja • Kehamilan pada remaja • Menjadi orang tua pada masa remaja	Presentasi kel 11 Kuliah	Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat	2 x 50 menit
12/11 2016	Macam – macam penyakit menular seksual dan asuhan keperawatan pada penyakit menular	Macam-macam penyakit menular seksual: 1. Bakterial vaginosis 2. GO 3. Herpes kelamin 4. Chlamidiasis 5. Condyloma Acuminata 6. PID 7. Syphilis	Presentasi kel 12 Kuliah	Nur Azizah Indriastuti, Ns., M.Kep	2 x 50 menit

TGL	Topik	Sub Topik	Metode	Pengampu	Durasi
16/11 2016	Menopause dan asuhan keperawatan	1. Menopause • Fase pre menopause (klimakterium) • Fase menopause • Fase post menopause (senium) • Perubahan seksualitas pada proses penuaan 2. Asuhan keperawatan pada pasien dengan menopause	Presentasi kel 13 Kuliah	Dewi Puspita, S.Kp., M.Sc	2 x 50 menit
18/11 2016	Penyakit keganasan pada organ reproduksi	Macam-macam penyakit keganasan: • Ca ovarium • Ca mammae • Ca Cervix • Ca prostat • Ca testis	Presentasi kel 14 Kuliah	Nur Azizah Indriastuti, S.Kp., M.Kep	2 x 50 menit
18/11 2016 2016	Macam – macam penyakit ginekologi dan deteksi dini	Macam-macam penyakit ginekologi: 1. Radang pada genetalia eksterna • Bartolinitis • Vaginitis • Vulvo vaginitis 2. Radang pada genetalia interna • Cervicitis • Endometritis • Miometritis	Presentasi kel 15 Kuliah	Dewi Puspita, S.Kp., M.Sc	2 x 50 menit
19/11 2016	Infertilitas	Infertilitas: • Pengertian infertilitas • Jenis-jenis infertilitas • Faktor – faktor yang mempengaruhi infertilitas • Pengkajian infertilitas • Macam-macam penyebab infertilitas pada pria • Macam-macam penyebab infertilitas pada wanita	Presentasi kel 16 Kuliah	Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat	2 x 50 menit

TGL	Topik	Sub Topik	Metode	Pengampu	Durasi
23/11 2016	Trend dan issue pada kesehatan reproduksi	Tren dan isu kekerasan pada perempuan	Presentasi kel 17 Kuliah	Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat	2 x 50 menit
25/11 2016	• Mampu mengetahui aspek etik dan legal dalam keperawatan maternitas	Aspek etik dan legal dalam sistem reproduksi	Presentasi kel 18 Kuliah	Nur Azizah Indriastuti, Ns., M.Kep	2 x 50 menit
25/11 2016	Interaksi pria wanita dalam pergaulan dan profesi	Aurat dan interaksi pria wanita dalam pergaulan dan profesi	Presentasi kel 19 Kuliah	Erfin Firmawati, S.Kep., Ns., MNS	2 x 50 menit
		Anatomi sistem reproduksi perempuan dan laki-laki	Praktikum Biomedis	Biomedis	2x 60 menit
		Fisiologi kehamilan: tes kehamilan (HCG)	Praktikum Biomedis	Instruktur	2 x 60 menit
		Pemeriksaan fisik antenatal care (ANC)	Skill Lab	Instruktur	2 x 60 menit
		Pertolongan persalinan	Skill labs	Instruktur	2 x 60 menit
		Partograf (kala I, II, III, IV)	Skill labs	Instruktur	2 x 60 menit
		Pemeriksaan head to toe postpartum	Skill labs	Instruktur	2 x 60 menit
		Manajemen laktasi dan pijat oksitosin	Skill labs	Isntruktur	2 x 60 menit

TGL	Topik	Sub Topik	Metode	Pengampu	Durasi
		Manajemen nyeri persalinan	(membuat video dan demonstrasi sesuai EBN)		
		Senam hamil	(membuat video)		
		Senam nifas	(membuat video)		
		Manajemen laktasi	Roleplay konseling laktasi		
	Macam – macam alat kontrasepsi	Kontrasepsi • Jenis – jenis kontrasepsi • Manfaat alat kontrasepsi • Kontra indikasi pemilihan alat kontrasepsi • Cara penggunaan alat kontrasepsi	Roleplay kontrasepsi		

TOPIK TUTORIAL

No	Topik	Durasi
1	Endometriosis	2 x 100 menit
2	Eklampsia	2 x 100 menit
3	Postpartum blues	2 x 100 menit
4	Ca Cervix	2 x 100 menit

TOPIK PRAKTIKUM LABORATORIUM BIOMEDIS

No	Topik	Bagian	Durasi
1	Anatomi organ reproduksi laki – laki	Anatomi	1 x 120 menit
2	Anatomi organ reproduksi perempuan	Anatomi	1 x 120 menit
3	Tes kehamilan (HCG)	Fisiologi	1 x 120 menit

TOPIK SKILLS LAB

No	Topik	Tempat	Durasi
1	Pemeriksaan fisik kehamilan (ANC)	Minihospital	1 x 120 menit
2	Pertolongan persalinan normal	Minihospital	1 x 120 menit
3	Pemeriksaan fisik post partum	Minihospital	1 x 120 menit
4	Manajemen laktasi dan pijat oksitosin	Minihospital	1 x 120 menit
5	Partograf	Minihospital	1 x 120 menit

2. Cetak Biru Penilaian

Ujian Blok : Jenis soal MCQ

No	Topik	Level Pencapaian		Jumlah Soal
		Recall	Aplikasi/ Analisis	
1	Anatomi Sistem Reproduksi	12		12
2	Fisiologi Sistem Reproduksi	12		12
3	Gangguan pada sistem reproduksi laki-laki dan perempuan	12		12
4	Asuhan keperawatan pada ibu hamil	6	6	12
5	Gangguan pada kehamilan	12		12
6	Asuhan keperawatan intranatal	6	6	12
7	Asuhan keperawatan pada ibu dengan komplikasi persalinan/ persalinan *high risk*	6	6	12
8	Adaptasi fisiologi dan Psikologi postpartum	6		6
9	Asuhan keperawatan pada ibu postpartum		6	6
10	Komplikasi Postpartum	6	6	12

No	Topik	Level Pencapaian		Jumlah Soal
		Recall	Aplikasi/ Analisis	
11	Adaptasi fisiologis bayi baru lahir	6		6
12	Asuhan keperawatan pada bayi baru lahir		6	6
13	Kesehatan reproduksi remaja	12		12
14	Macam – macam penyakit infeksi menular seksual (IMS)	12		12
15	Macam – macam penyakit keganasan	12		12
16	Infertilitas	12		12
17	Trend dan issue kekerasan pada perempuan	12		12
18	Asuhan keperawatan pada klien dengan menopause	6	6	12
19	Aspek etik dan legal dalam sistem reproduksi	6		6
20	Aurat dan interaksi pria wanita dalam pergaulan dan profesi	6		6
	TOTAL			204

3. Fasilitas

Prodi Ilmu Keperawatan FKIK UMY telah dilengkapi fasilitas pendukung pembelajaran yang terdiri dari:

a. Amphiteater untuk perkuliahan yang dilengkapi dengan komputer, LCD projector, audio recorder, internet
b. Ruang kuliah ber-AC untuk perkuliahan yang dilengkapi dengan komputer, LCD projector, audio recorder, internet
c. 15 ruang tutorial untuk *small group discussion* (SGD) dengan kapasitas 12-15 mahasiswa. Ruang tutorial dilengkapi dengan mini perpustakaan, peralatan audiovisual, internet
d. Mini hospital
e. 6 laboratorium biomedis
f. 1 ruang perpustakaan PBL bersama
g. Hot-spot area

DAFTAR PUSTAKA

Farrer, H. (1990). *Maternity care* (2nd ed). Melbourne: Churchill Livingstone.

Gorrie, T. M., McKinney, E. S., & Murray, S. S. (1998).*Foundation of maternal-newborn nursing* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company

Phillips, C. R. (199). *Family-centered maternity and newborn care*. St. Louis: Mosby.

Pilliteri, A. (2003). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak-Griffin, D. (1997). *Maternity nursing* (18th ed.). Philadelphia: Lippincott

Varney, H. (1987). *Nurse-midwifery* (2nd ed.). Boston: Blackwell Scientific Publication.

SUPLEMEN

1. **Uraian Tugas dan Penilaian Tugas**
2. **Petunjuk Teknis Tutorial**
3. **Skenario Tutorial**
4. **Tata Tertib Praktikum Skills Lab**
5. **Panduan Praktikum Skills Lab**
6. **Panduan Praktikum Biomedis**

1. URAIAN TUGAS DAN PENILAIAN TUGAS

A. TUGAS 1

1. Tugas merupakan tugas kelompok sesuai dengan kelompok yang telah ditentukan
2. Mahasiswa membuat makalah dari topik yang diperoleh untuk masing – masing kelompok
3. Mahasiswa mempresentasikan makalah yang telah dibuat dalam bentuk PPT, poster, video atau media ajar lain
4. Referensi menggunakan *text book* yang popular dan jurnal yang terakreditasi, bukan dari blog atau wikipedia (minimal menggunakan 3 referensi)
5. Makalah di unggah di els 2 hari sebelum waktu presentasi
6. Isi makalah yang meliputi:
    a. Definisi
    b. Pathway (etiologi, faktor resiko, tanda dan gejalan sampai masalah keperawatan yang muncul)
    c. Asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosis, NOC, dan NIC)
    d. Evidence based practice
    e. Kanjian Islam
7. Tata tulis:
    a. Font: Times new roman, 12pt, dengan spasis 1,5
    b. Margin: atas dan kiri: 4cm, kanan dan bawah 3 cm
    c. Jumlah halaman maksimal 10
    d. Menggunakan EYD
8. Format makalah
    a. Cover
    b. Latar belakang
    c. Isi makalah
    d. Daftar pustaka
9. Komponen penilaian makalah

Komponen	Item penilaian	Bobot
Struktur	1. Menyusun makalah dengan terstruktur 2. Menggunakan heading dan sub heading dengan tepat 3. Menyimpulkan makalah	10%

Komponen	Item penilaian	Bobot
Writing style	Menjelaskan makalah dengan kalimat terstruktur, argumen yang jelas dan menggunakan EYD	10%
Isi makalah	1. Sesuai dengan kajian teori 2. Sesuai dengan *evidence based* 3. Up date 4. Mengintegrasikan nilai – nilai islam	60%
Referensi	1. Daftar pustaka akurat dan lengkap sesuai penulisan APA *style* 2. Melakukan kutipan referensi dengan tepat 3. Daftar pustakan primer lebih sering digunakan 4. Menyebutkan sumber informasi 5. Textbook maksimal 10 tahun terakhir, sedangkan jurnal 5 tahun terakhir.	20%

10. Komponen penilaian presentasi

Komponen	Item penilaian	Bobot
Media	a. Menarik b. Jelas c. Mudah dipahami d. Mencantumkan sumber/referensi	15%
Isi	a. Sesuai dengan kajian teori b. Sesuai dengan evidence based practice c. Up-date d. Mengintegrasikan terapi komplementer e. Mengintegrasikan nilai-nilai islam	60%
Diskusi	a. Menghargai pendapat teman b. Bersikap terbuka terhadap kritik dan saran c. Mampu berargumentasi	15%
Kerja tim	a. Mendemonstrasikan kerja tim yang efisien b. Tidak ada anggota kelompok yang mendominasi	10%

11. Topik tugas

Kel	Topik
1	Anatomi organ reproduksi laki – laki dan perempuan
2	Fisiologi organ reproduksi laki – laki dan perempuan
3	Gangguan pada sistem reproduksi laki – laki dan perempuan
4	Adaptasi fisiologi dan psikologis pada kehamilan
5	Macam – macam gangguan pada kehamilan
6	Adaptasi fisiologi dan psikologis pada intranatal
7	Komplikasi pada persalinan
8	Adaptasi fisiologis dan psikologis pada postpartum

Kel	Topik
9	Adaptasi fisilogis bayi baru lahir
10	Komplikasi pada postpartum
11	Kesehatan reproduksi remaja
12	Macam – macam penyakit infeksi menular seksual
13	Menopause
14	Macam – macam penyakit keganasan
15	Macam – macam penyakit ginekologi
16	Infertilitas
17	Trend dan issue kekerasan pada perempuan
18	Aspek etik dan legal dalam sistem reproduksi
19	Aurat dan interaksi antara laki – laki dan perempuan

TUGAS 2 (11 kelompok)

1. Tugas 2 merupakan tugas kelompok yang kerjakan berdasarkan kelompok tutorial
2. Mahasiswa membuat video, atau mendemontrasikantugas sesuai dengan topik yang telah ditentukan
3. Mahasiswa mempresentasikan video, atau mendemontrasikan tugas sesuai dengan topic yang diperoleh.
4. Topik

Kelompok	Topik	Bentuk tugas
1 & 2	Senam Hamil	Video
3 & 4	Senam Nifas	Video
5, 6, & 7	Manajemen nyeri persalinan	Demontrasi
9 & 10	Manajemen laktasi	Demontrasi
10 & 11	Konseling kontrasepsi	Demontrasi

5. Ketentuan membuat VIDEO
   a. Pada putaran awal video hendaknya mencantumkan judul video, logo UMY, dan blok 14 reproduksi
   b. Video dibuat dengan tetap memperhatikan tatanan dalam berbahasa dengan baik dan benar menurut EYD yang disempurnakan
   c. Nama anggota tim penyusun dicantumkan di akhir video
   d. Video dibuat dengan bahasa yang dapat dipahami oleh orang awam
   e. Audiovisual harus tersampaikan dengan jelas (suara dan gambar jelas)
   f. Materi video dibuat berdasarkan teori dan EBN terbaru dengan sumber referensi yang dapat dipertanggung jawabkan
6. Tugas di upload di ELS dan dikumpulkan langsung kepada PJ blok 14 dalam bentuk CD/DVD

7. Komponen penilaian

Komponen	Item penilaian	Bobot
Audio dan visual	1. Kejelasan suara 2. Kejelasan gambar 3. Pemilihan *backsong* 4. Gambar menarik dan memudahkan memahami materi video	25 %
Isi video	1. Materi video sesuai dengan referensi 2. Sesuai dengan nilai – nilai islami 3. Mudah dipahami 4. Menunjukkan kesesuaian dengan teori/EBN	75%

2. PETUNJUK TEKNIS TUTORIAL

Modul Sistem Reproduksi ini terdapat empat skenario dimana setiap skenario berbahasa Inggris diselesaikan dalam dua kali pertemuan selama satu minggu. Mahasiswa dibagi dalam kelompok-kelompok kecil, setiap kelompok terdiri dari sekitar 10 orang sampai 13 orang mahasiswa dan dibimbing oleh seorang tutor sebagai fasilitator. Dalam diskusi tutorial perlu ditunjuk satu orang sebagai ketua diskusi yang bertugas memimpin jalannya diskusi dan satu orang sebagai sekretaris yang bertugas menuliskan jalannya diskusi. Ketua diskusi dan sekretaris ditunjuk secara bergiliran untuk setiap skenario agar semua mahasiswa mempunyai kesempatan berlatih sebagai ketua dan sekretaris dalam diskusi. Oleh karena itu perlu dipahami dan dilaksanakan peran dan tugas masing-masing dalam tutorial sehingga tercapai tujuan pembelajaran.

Sebelum diskusi dimulai tutor akan membuka diskusi dengan perkenalan antara tutor dengan mahasiswa dan antara sesama mahasiswa. Setelah itu tutor menyampaikan aturan main secara singkat. Ketua diskusi dibantu sekretaris memimpin diskusi dengan menggunakan 7 langkah atau *seven jumps* untuk mendiskusikan masalah yang ada dalam skenario. *Seven jumps*meliputi:

1. Mengklarifikasi istilah atau konsep
2. Menetapkan permasalahan
3. *Brainstorming*
4. Menganalisis masalah
5. Menetapkan tujuan belajar
6. Mengumpulkan informasi tambahan (belajar mandiri)
7. Melaporkan

A. DEFINISI

1. Mengklarifikasi Istilah atau Konsep

Istilah-istilah dalam skenario yang belum jelas atau menyebabkan timbulnya banyak interpretasi perlu ditulis dan diklarifikasi lebih dulu dengan bantuan kamus umum, kamus kedokteran, farmakope, dan tutor agar setiap anggota kelompok mengerti.

2. Menetapkan Permasalahan

Masalah-masalah yang ada dalam skenario diidentifikasi dan dirumuskan dengan jelas dalam bentuk pertanyaan-pertanyaan.

3. **Brainstorming**

Pengetahuan yang sudah dimiliki oleh tiap anggota kelompok dikeluarkan dan dikumpulkan tanpa dianalisis. Pada proses ini dibuat sebanyak mungkin penjelasan dan hipotesis.

4. **Menganalisis masalah**

Penjelasan dan hipotesis yang sudah ditetapkan didiskusikan secara mendalam dan dianalisis secara sistematis.Pada langkah ini setiap anggota kelompok dapat mengemukakan penjelasan tentatif, mekanisme, hubungan sebab akibat, dan lain-lain tentang permasalahan.

5. **Menetapkan Tujuan Belajar**

Pengetahuan atau informasi-informasi yang dibutuhkan untuk menjawab permasalahan dirumuskan dan disusun secara sistematis sebagai tujuan belajar atau tujuan instruksional khusus (TIK).Hal ini dijadikan landasan aktivitas pembelajaran tiap anggota kelompok.

6. **Mengumpulkan Informasi Tambahan (Belajar Mandiri)**

Kebutuhan pengetahuan yang ditetapkan sebagai tujuan belajar untuk memecahkan masalah dicari dalam bentuk belajar mandiri melalui akses informasi melalui internet, jurnal, perpustakaan, kuliah dan konsultasi pakar. Setelah studi literatur, anggota kelompok mempersiapkan diri untuk melaporkan yang telah diperoleh kepada kelompok tutorial.

7. **Melaporkan**

Setelah setiap anggota kelompok melaporkan hasil belajar mandiri, dilakukan diskusi berdasarkan literatur yang digunakan. Anggota kelompok mensintesis, mengevaluasi dan menguji informasi baru hasil belajar mandiri setiap anggota kelompok.Setiap skenario akan diselesaikan dalam satu minggu dengan dua kali pertemuan. Langkah 1 s/d 5 dilaksanakan pada pertemuan pertama, langkah 6 dilakukan di antara pertemuan pertama dan kedua. Langkah 7 dilaksanakan pada pertemuan kedua.

Tutor yang bertugas sebagai fasilitator akan mengarahkan diskusi dan membantu mahasiswa dalam cara memecahkan masalah tanpa harus memberikan penjelasan atau kuliah mini.Dalam diskusi tutorial, tujuan pembelajaran umum atau *general learning objective* dapat digunakan sebagai pedoman untuk menentukan tujuan belajar khusus. Ketua diskusi memimpin diskusi dengan memberi kesempatan setiap anggota kelompok untuk dapat menyampaikan ide dan pertanyaan, mengingatkan bila ada anggota kelompok yangmendominasi diskusi serta memancing anggota kelompok yang pasif selama proses diskusi.

Ketua dapat mengakhiri brainstorming bila dirasa sudah cukup dan memeriksa sekretaris apakah semua hal penting sudah ditulis. Ketua diskusi dibantu sekretaris bertugas menulis hasil diskusi dalam white board atau flipchart.

Dalam diskusi tutorial perlu dimunculkan learning atmosphere disertai iklim keterbukaan dan kebersamaan yang kuat. Mahasiswa bebas mengemukakan pendapat tanpa khawatir apakah pendapatnya dianggap salah, remeh dan tidak bermutu oleh teman lain, karena dalam tutorial yang lebih penting adalah bagaimana mahasiswa berproses memecahkan masalah dan bukan kebenaran pemecahan masalahnya.

Proses tutorial menuntut mahasiswa agar aktif dalam mencari informasi atau belajar mandiri untuk memecahkan masalah. Belajar mandiri dapat dilakukan dengan akses informasi baik melalui internet (jurnal ilmiah terbaru), perpustakaan (text book & laporan penelitian), kuliah dan konsultasi pakar.

B. SKILL MAHASISWA DALAM PBL

Preliminary discussion

Langkah	Deskripsi	Ketua	Sekretaris
1.	*Klarifikasi istilah-istilah asing* Istilah-istilah asing dalam teks diklarifikasi	• Mengajak anggota kelompok untuk membaca permasalahan • Mengecek anggota sudah membaca permasalahan • Mengecek jika terdapat istilah asing dalam permasalahan • Menyimpulkan dan meneruskan langkah selanjutnya	• Membagi papan tulis menjadi tiga bagian • Menuliskan istilah-istilah asing
2.	*Definisi permasalahan* Kelompok tutorial mendefinisikan permasalahan dalam bentuk pertanyaan-pertanyaan	• Bertanya pada kelompok tentang definisi permasalahan yang mungkin terjadi • Mengakomodir berbagai pendapatanggota kelompok • Mengecek apakah anggota puas dengan definisi permasalahan • Menyimpulkan dan meneruskan langkah selanjutnya	• Menuliskan definisi permasalahan

Langkah	Deskripsi	Ketua	Sekretaris
3.	*Brainstorming* Mengaktifkan dan menentukan pengetahuan dasar yang telah dimiliki, serta membuat hipotesis	• Memperkenankan semua anggota kelompok untuk berkontribusi satu persatu • Meringkas kontribusi anggota kelompok • Menstimulasi semua anggota kelompok untuk berkontribusi • Menyimpulkan pada akhir langkah *brainstorm* • Memastikan bahwa proses analisis kritis dari seluruh kontribusi ditunda sampai langkah selanjutnya	• Membuat ringkasan singkat dan jelas dari kontribusi • Membedakan antara poin-poin utama dan persoalan tambahan
4.	*Analisis masalah* Penjelasan dan hipotesis didiskusikan secara mendalam dan dianalisis secara sistematis dan berhubungan satu sama lain	• Memastikan bahwa semua poin dari *brainstorm* didiskusikan • Meringkas kontribusi anggota kelompok • Mengajukan pertanyaan untuk memperdalam diskusi • Memastikan bahwa diskuis kelompok tidak menyimpang dari subyek • Menstimulasi anggota kelompok untuk mencari hubungan antar topik • Menstimulasi semua anggota kelompok untuk berkontribusi	• Membuat ringkasan singkat dan jelas dari kontribusi • Mengindikasi hubungan antara topik dan membuat skema
5.	*Membuat tujuan pembelajaran* Menentukan pengetahuan yang kurang dimiliki oleh kelompok dan membuat tujuan pembelajaran berdasarkan topic	• Menanyakan tujuan pembelajaran yang mungkin dicapai • Mengakomodir berbagai pendapatanggota kelompok • Mengecek apakah anggota puas dengan tujuan pembelajaran yang dibuat • Mengecek apakah semua ketidakjelasan dan kontradiksi dari analisis permasalahan telah dikonversi menjadi tujuan pembelajaran	• Menulis tujuan pembelajaran

Tahap Pelaporan

Langkah	Deskripsi	Ketua	Sekretaris
7.	*Pelaporan* Setelah mencari dari literatur, dilaporkan dan jawaban tujuan pembelajaran didiskusikan	• Mempersiapkan struktur tahap pelaporan • Menginventaris sumber yang telah digunakan • Mengulangi setiap tujuan pembelajaran dan menanyakan apa yang telah ditemukan • Meringkas kontribusi anggota kelompok • Mengajukan pertanyaan untuk memperdalam diskusi • Menstimulasi anggota kelompok untuk mencari hubungan antar topik • Menstimulasi semua anggota kelompok untuk berkontribusi • Menyimpulkan diskusi tiap tujuan pembelajaran beserta ringkasan	• Membuat ringkasan singkat dan jelas dari kontribusi • Mengindikasi hubungan antara topik dan membuat skema • Membedakan antara poin-poin utama dan persoalan tambahan

C. *RUBRIK* INSTRUMEN PENILAIAN TUTORIAL

Angkatan	:	Blok	:
Topik	:	Semester	:
Pertemuanke	:	Tutor	:
Kelompok	:		

PetunjukPengisian :

- Berilah nilai terhadap anggota kelompok Anda sesuai dengan petunjuk rubrik penilaian (skor 1-4)
- Diperbolehkanmemberikannilaidenganpecahandesimal (misal 3,5)

No	Aspek yang diobservasi	Nama mahasiswa yang dinilai											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	*Dealing with work*												
2	*Dealing with others*												
3	*Dealing with one self*												
Jumlah skor													
Nilai akhir													

RumusNilaiAkhir (NA) :

$$NA = \frac{\Sigma \text{ Skor x } 100}{12}$$

RUBRIK PENILAIAN TUTORIAL

Aspek	Kriteria	Skor
Dealing with work	- Pada pertemuan pertama mahasiswa memperlihatkan pengetahuan hasil belajar tentang topik terkait. Pada pertemuan kedua, mahasiswa membawa minimal 2 text books dan 2 jurnal sesuai kasus/skenario - Pada saat diskusi, mahasiswa mampu menunjukkan kemampuan sesuai materi yang telah dipelajari - Aktifmengungkapkan ide-ide terkaittopik/kasus (*brainstorming*) - Berpartisipasi aktif dalam kelompok (minimal 3 x dalam masing-masing langkah: 3,4, dan 7) - Memberikan tanggapan terhadap pendapat anggota kelompok	4
	Terdapat 3 – 4kriteriapadakelengkapanmateridari5 kriteria yang terpenuhi	3
	Terdapat 2kriteriapadakelengkapanmateridari5 kriteria yang terpenuhi	2
	Terdapat 1 kriteriapadakelengkapanmateridari5 kriteria yang terpenuhi	1
Dealing with others	- Bekerjasama dalam tim - Menjadi pendengar yang baik - Mampu berperan sebagai ketua/sekretaris/anggota dengan baik - Mampu membuat kesimpulan dari hasil diskusi - Komunikasi dengan santun	4
	Terdapat 3 kriteriapadakelengkapanmateridari5 kriteria yang terpenuhi	3
	Terdapat 2 kriteriapadakelengkapanmateridari5 kriteria yang terpenuhi	2
	Terdapat 1 kriteriapadakelengkapanmateridari5 kriteria yang terpenuhi	1
Dealing with one self	- Mampu mempertahankan pendapatnya disertai dengan sumber-sumber yang valid - Mampu memberikan tanggapan atau masukan pada pendapat anggota lain - Mampu merefleksikan hasil diskusi - Mampu meningkatkan kemampuan sesuai masukan dari tutor - Datang tepat waktu - Berpenampilan syar'i	4
	Terdapat 3– 4kriteriapadakelengkapanmateridari6 kriteria yang terpenuhi	3
	Terdapat 2 kriteriapadakelengkapanmateridari6 kriteria yang terpenuhi	2
	Terdapat 1 kriteriapadakelengkapanmateridari6 kriteria yang terpenuhi	1

2. SKENARIO TUTORIAL

SKENARIO – SKENARIO TUTORIAL:

1. Endometriosis
2. Eklampsia
3. Postpartum blues
4. Ca cervix

TUTORIAL 1

1. **General Learning Objective:**
   Setelah melakukan tutorial diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan tentang Endometriosis

SKENARIO 1

"...Severe pain in menstrual periode..."

A 33 years old woman came to maternal and child clinic. She complained severe abdominal pain before and during menstruation period. The pain was persisting although she taken analgesic. She is married for five years and never been pregnant. Her usual menstruation cycle is 25 days. Her menarche was at 10 years old. The doctor prescribed oral contraception. Nurses plans to give counseling and pain management with murrotal Quran.

2. **Students task:**
   Make questions as much as possible related to the scenario!
3. **Method of study:**
   Small Group Discussion (SGD) employing the seven jump steps

MINIMAL THEORETICAL QUESTION AND ALTERNATIVE ANSWER

TUTORIAL 2

1. **General Learning Objective:**
   Setelah melakukan tutorial diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan tentang Peran perawat dalam manajemen eklampsia

SKENARIO 2

"*My headeache*"

A 18 years old woman, G1P0A0, 36 weeks gestation come into Maternal Emergency Unit. Patient was referred from a primary public health center because of seizures 1 time, high blood pressure and swelling of the legs. The patient experienced high blood pressure since 30 weeks gestation. The vital signs examination found blood pressure 200/110 mmHg, pulse 86 x / min, breathing 24 x / min, a temperature of 36.7 ^{0}C. The laboratorium results showed that the urine protein +3, fundal height 33 cm, fetal heart 150 x / min, reactive CTG and no contraction. Now the patient is receiving IV fluid Asering with 6 g MgSO4 28 drops per minutes. Urinal catheter was inserted. The nurse monitors the patient's condition every 30 minutes and encourages the patient and her family to do dzikir.

2. **Students task:**
   Make questions as much as possible related to the scenario!
3. **Method of study:**
   Small Group Discussion (SGD) employing the seven jump steps

MINIMAL THEORETICAL QUESTION AND ALTERNATIVE ANSWER

TUTORIAL 3

1. **General Learning Objective:**
   Setelah melakukan tutorial diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan tentang Peran perawat postpartum blues

SKENARIO 3

A 17 years old woman, P1A0, just has normal spontaneous vaginal delivery 1 day ago. When the nurse gives the baby to breastfeeding, the patients said that she is not able to breastfeed and her body is still tired. The patient seems do not want to see her baby. She said that she can't sleep, feel anxious, loss of appetite, doesn't care about her baby, her grooming and her personal hygiene. The anamnesis found that the patient's status is unmarriage and now she is still in high school. The nurse gives counseling to the patient about the duties of the mother towards her child.

2. **Studentstask:**
   Make questions as much as possible related to the scenario!
3. **Method of study:**
   Small Group Discussion (SGD) employing the seven jump steps

MINIMAL THEORETICAL QUESTION AND ALTERNATIVE ANSWER

TUTORIAL 4

1. **General Learning Objective**
   Setelah melakukan tutorial diharapkan mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan tentang Ca Cervix

SKENARIO 4

"Irregular spot bleeding"

A 38 years old woman, P5 A0, is admitted to the hospital. She complained discomfort in her lower abdomen quadrant. She said that sometimes she has fluor albus and an irreguler spot bleeding like menstruation outside her menstrual cycle. She got married at 17 years old and she said that she has dyspareuni and bleeding after coitus.The doctor did pap smear and the patient is diagnosed with ca cervix grade IIA. The patient will receive 8 times chemotheraphy. After her first chemotherapy, the patient complains sore throat. The nurse provides ice chip therapy. The patient confuses how to sholat because she has bleeding.

2. **Studentstask:**
   Make questions as much as possible related to the scenario!
3. **Method of study:**
   Small Group Discussion (SGD) employing the seven jump steps

MINIMAL THEORETICAL QUESTION AND ALTERNATIVE ANSWER

3. TATA TERTIB PRAKTIKUM SKILLS LAB

A. Penjelasan Umum

Praktikum Skills Lab dilakukan di Mini Hospital PSIK FKIK UMY sesuai pada jadwal yang telah ditentukan. Mahasiswa akan dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil dengan jumlah mahasiswa sebanyak maksimal 10 mahasiswa per kelompok. Masing-masing kelompok akan dibimbing secara intensif oleh instruktur praktikum dengan fasilitas yang tersedia di Mini Hospital. Mahasiswa dituntut untuk berperan aktif dalam proses praktikum dan diharapkan semua mahasiswa mampu mendemonstrasikan skill yang sedang di praktikumkan. Selain kegiatan praktikum dibawah bimbingan instruktur, mahasiswa juga mempunyai kesempatan untuk belajar mandiri sesuai jadwal yang telah ditentukan maupun belajar mandiri diluar jadwal yang telah ditentukan dengan seijin koordinator Mini Hospital. Diakhir kegiatan praktikum, mahasiswa wajib untuk mengikuti ujian skills (OSCE).

B. Ujian Skills Lab

Ujian praktikum Blok 14 dilakukan pada akhir masa praktikum. Ujian ini untuk mengetahui penyerapan mahasiswa tentang praktikum yang telah dijalankan dan mengetahui kemampuan mahasiswa dalam melakukan praktikum. Bahan–bahan ujian terutama dari bahan praktikum dan teori.

C. Sistem Penilaian

Penilaian praktikum meliputi :

1. Ujian OSCE sebesar 50 %
2. Praktikum sebesar 50 %
   a. Pretes
   b. Proses Praktikum
   c. Postes

D. Tata Tertib Skill's Lab

- **Sebelum praktikum, mahasiswa:**
  1. Datang 15 menit sebelum praktikum dimulai.
  2. Memakai seragam biru-biru.
  3. Memakai name tag.
  4. Baju atasan menutupi pantat dan tidak ketat.

5. Bagi mahasiswa putri:
    a. Baju bawahan longgar dan menutupi mata kaki.
    b. Memakai jilbab biru polos, tanpa poni dan buntut.
    c. Memakai sepatu tertutup dan berhak rendah, bukan sepatu karet, warna sepatu hitam, memakai kaos kaki.
    d. Tidak berkuku panjang dan tidak menggunakan pewarna kuku.
    e. Tidak memakai cadar.

    Bagi mahasiswa putra:
    a. Memakai seragam biru-biru.
    b. Celana longgar, bukan celana pensil.
    c. Rambut rapi, tidak melebihi krah baju, tidak menutupi mata dan telinga.
    d. Tidak beranting dan bertato.
    e. Memakai sepatu tertutup berwarna hitam dan memakai kaos kaki.
    f. Tidak berkuku panjang dan memakai perhiasan dalam bentuk apapun.
6. Mahasiswa sudah siap didalam ruangan maksimal 15 menit sebelum praktikum dimulai.
7. Apabila alat, bahan, dan mahasiswa belum siap dalam 15 menit setelah jam praktikum berjalan, maka mahasiswa tidak diijinkan untuk mengikuti praktikum.

- **Selama praktikum, mahasiswa:**
    1. Melakukan pretes.
    2. Mengikuti praktikum dari awal sampai akhir dengan aktif dan baik.
    3. Melakukan postes.
    4. Apabila mahasiswa terlambat lebih dari 15 menit, maka tidak diperkenankan mengikuti praktikum.

- **Setelah praktikum, mahasiswa:**
    1. Mengembalikan dan merapikan alat, bahan dan ruangan dengan rapi pada tempatnya.
    2. Mengisi daftar presensi mahasiswa.
    3. Memberikan evaluasi terhadap proses berjalannya praktikum melalui instruktur masing-masing.

4. PANDUAN PRAKTIKUM SKILLS LAB

TOPIK-TOPIK PRAKTIKUM:

1. **Pemeriksaan fisik antenatal**
2. **Pertolongan persalinan normal**
3. **Pemeriksaan fisik post partum**
4. **Manajemen laktasi dan pijat oksitosin**
5. **Partograf**

PEMERIKSAAN ANTENATAL

Oleh:
Sri Sumaryani, Ns., MKep., SpMat
Nur Azizah Indriastuti, Ns., M.Kep

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti kegiatan praktikum, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pemeriksaan fisik antenatal

2. Tujuan Instruksional Khusus

a. Mampu melakukan pemeriksaan fisik pada ibu hamil
b. Mampu melakukan pemeriksaan Leopold
c. Mampu menghitung denyut jantung janin
d. Mampu menghitung hari prakiraan lahir
e. Mampu memperkirakan usia kehamilan
f. Mampu memberikan pendidikan kesehatan untuk ibu hamil dan keluarganya

3. Skenario

Ny R, umur 26 tahun, G1P0A0, hamil 36 minggu datang ke poliklinik kebidanan untuk memeriksakan kehamilannya. Keluhan yang dirasakan Ny R antara lain sering terbangun malam hari karena frekuensi BAKnya meningkat.

4. Materi

Asuhan antenatal (antenatal care/prenatal care) adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang memuaskan.

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional (dokter, perawat, bidan) untuk ibu selama masa kehamilannya, sesuai standart **5 T** yaitu **t**imbang berat badan, ukur **t**inggi badan, ukur **t**ekanan darah, pemberian imunisasi **T**T, ukur **t**inggi fundus uteri dan pemberian **t**ablet besi minimal 90 tablet selama masakehamilan.

Tujuan asuhan antenatal antara lain:

a. Menjaga agar ibu sehat selama masa kehamilan, persalinan dan nifas serta mengusahakan bayi yang dilahirkannya sehat
b. Memantau kemungkinan adanya resiko-resiko kehamilan dan merencanakan penatalaksanaannya
c. Menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu

Jadual pemeriksaan:

Usia kehamilan sampai 28 minggu: 4 minggu sekali; usia kehamilan 28 – 36 minggu: 2 minggu sekali; di atas usia kehamilan 36 minggu: 1 minggu sekali.

Kecuali: Jika ditemukan kelainan atau faktor risiko yang memerlukan penatalaksanaan lebih lanjut, maka pemeriksaan harus lebih sering dan intensif.

PEMERIKSAAN LEOPOLD

Pemeriksaan Leopold dapat digunakan untuk menentukan posisi fetus, presentasi dan bagian-bagian janin. Sebelum melakukan pemeriksaan leopold anjurkan klien untuk mengosongkan kandung kemih kemudian atur posisi supinasi dan buka area abdomen. Pemeriksaan leopold terdiri atas 4 manuver:

1. Manuver I:

Tujuan: **menemukanapa yang ada di bagian fundus?**Kepala atau bokong.

- Menghadap ke kepala pasien, gunakan ujung jari kedua tangan untuk mempalpasi fundus uteri.
- Apabila *kepala janin,* di bagian fundus akan teraba keras, bulat, rata, mudah digerakkan dan "ballotable".
- Apabila *bokong janin,* di bagian fundus akan terasa lembut, tidak beraturan/tidak rata, melingkar dan sulit digerakkan.

2. Manuver II

Tujuan: **menemukan letak punggung janin?**

- Menghadap ke kepala pasien. Letakkan kedua tangan pada kedua sisi abdomen. Pertahankan uterus dengan tangan yang satu dan palpasi sisi lain untuk menentukan lokasi punggung janin.
- Bagian punggung akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan. Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki) akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol dan mungkin dapat bergerak aktif atau pasif

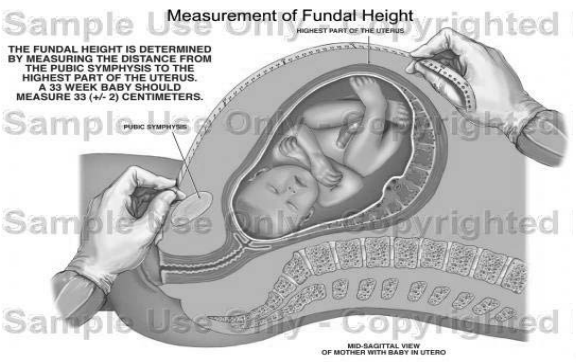
3. Manuver III Tujuan: **Menemukan bagian terbawah fetus/ apa yang menjadi presentasi?** • Letakkan tiga ujung jari kedua tangan pada kedua sisi abdomen pasien tepat diatas simphisis dan minta pasien untuk menarik nafas dalam dan menghembuskannya. Pada saat pasien menghembuskan nafas, tekan jari tangan kebawah secara perlahan dan dalam ke sekitar bagian presentasi. Catat kontur, ukuran dan konsistensinya. • Bagian kepala akan teraba keras, rata dan mudah digerakkan jika tidak terikat/tertahan, sulit digerakkan jika terikat/tertahan • Bagian bokong akan teraba lembut dan tidak rata/kurang simetris	
4. Manuver IV Tujuan: **Menemukan apakah kepala sudah masuk panggul atau belum dan menemukan letak ujung kepala?** Manuver ini mengidentifikasi bagian terbesar dari ujung kepala janin yang dipalpasi di bagian sisi atas pelvis. Apabila posisi kepala fleksi, ujung kepala adalah bagian depan kepala. Apabila posisi kepala ekstensi, ujung kepala adalah bagian oksiput. • Menghadap ke kaki pasien. Secara perlahan gerakkan jari tangan ke sisi bawah abdomen ke arah pelvis hingga ujung jari salah satu tangan menyentuh tulang terakhir. Inilah bagian ujung kepala. Jika bagian ujung terletak di bagian yang berlawanan dengan punggung, ini adalah pundak bayi dan kepala pada posisi fleksi. Jika kepala pada posisi ekstensi, ujung kepala akan terletak pada bagian yang sama dengan punggung dan bagian oksiput menjadi ujung kepala.	

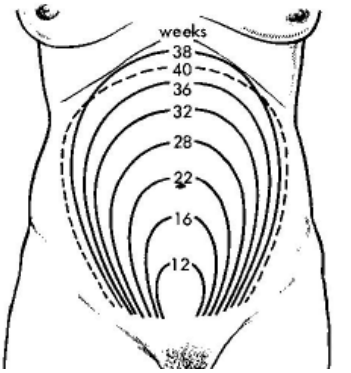
MENGUKUR TINGGI FUNDUS UTERI

Pengukuran tinggi fundus uteri digunakan sebagai salah satu indikator untuk menentukan kemajuan pertumbuhan janin. Selain itu, juga dapat dijadikan perkiraan usia kehamilan. Pengukuran tinggi fundus uteri ini harus dilakukan dengan teknik pengukuran yang konsisten pada setiap kali pengukuran.

Posisi yang dianjurkan adalah posisi klien berbaring (supinasi) dengan kepala sedikit terangkat (mengunakan satu bantal) dan lutut diluruskan. Alat ukur (pita/pelvimeter) diletakkan di bagian tengah abdomen dan diukur mulai dari batas atas simphisis pubis hingga batas atas fundus. Alat ukur tersebut diletakkan mengikuti kurve fundus. Cara pengukuran lain dengan meletakkan alat ukur dibagian tengah abdomen dan diukur mulai dari batas atas simphisis pubis hingga batas atas fundus tanpa mengikuti kurva fundus. Pengukuran TFU dilakukan pada usia kehamilan memasuki trimester 2 dan 3.
Untuk mendapatkan ketepatan hasil pengukuran digunakan rumus McDonald's (McDonald's rule).

Rumus Mc Donald's:
- Usia kehamilan (hitungan bulan)=Tinggi fundus uteri (cm) x 2/7 (atau +3.5)
- Usia kehamilan (hitungan minggu) = TFU (cm) x 8/7





PENENTUAN HARI PERKIRAAN LAHIR (HPL)

HPL dapat dihitung dengan ***Naegele's rule*** dengan mengetahui HPMT (Hari Pertama Menstruasi Terakhir) atau HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)
Rumusnya adalah: Hari plus 7, Bulan minus 3, Tahun plus 1

MENGHITUNG DJJ

Pergerakan janin biasanya dirasakan ibu di usia kehamilan 16 minggu (multigravida) atau 20 minggu (primigravida). Denyut jantung janin dapat terdengar melalui dopller (12 minggu), fetoscope (18 – 20 minggu) atau ultrasound stetoscope (awal trimester). Pemeriksaan USG kehamilan dapat lebih tepat memperkirakan usia kehamilan dan digunakan apabila tanggal menstruasi terakhir tidak dapat dipastikan atau jika ukuran uterus tidak sesuai dengan kepastian tanggal menstruasi terakhir. Lokasi untuk mendengarkan DJJ dengan memastikan posisi punggung janin atau pada area garis tengah fundus 2-3 cm di atas simphisis terus ke arah kuadran kiri bawah.

Jika auskultasi DJJ menggunakan Laennec maka dihitung frekuensi pada 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima, kemudian dijumlahkan dan hasilnya dikalikan 4 untuk memperoleh frekuensi satu menit. Idealnya DJJ dihitung seluruhnya selama satu menit. DJJ normal adalah 120 – 160 kali permenit.

5. Checklist

Penilaian Ketrampilan Pemeriksaan Leopold

ASPEK YANG DINILAI	Nilai	
	Ya	Tidak
Tahap Preinteraksi: • Baca catatan keperawatan & medis klien • Persiapan alat • Cuci tangan		
Tahap Orientasi: • Beri salam, panggil klien dengan namanya • Jelaskan prosedur dan tujuan		
Tahap Kerja: 1. Berikan kesempatan klien untuk bertanya 2. Anjurkan klien bak sebelum melakukan tindakan 3. Jaga privacy dan anjurkan klien berbaring di tempat tidur dengan satu bantal di bagian kepala. 4. Anjurkan klien membuka area abdomen dan tutupi area yang lain dengan selimut		
Tahap Kerja: **Manuver I** • Posisi pemeriksa menghadap ke kepala klien • Letakkan kedua belah telapak tangan di bagian fundus uteri klien • Lakukan palpasi dengan mengunakan ujung jari untuk menentukan apa yang ada di bagian fundus uteri • Tentukan apa yang ada di bagian fundus uteri • Lakukan pengukuran TFU: ▪ Letakkan ujung alat ukur (skala 0 pada meteran) di batas atas simphisis pubis. ▪ Ukur sepanjang garis tengah fundus uteri hingga batas atas mengikuti kurve fundus ▪ Tentukan tinggi fundus uteri, hitung perkiraan usia kehamilan **Manuver II** • Posisi menghadap ke kepala klien • Letakkan kedua belah telapak tangan di kedua sisi abdomen klien • Pertahankan letak uterus dengan menggunakan tangan yang satu • Gunakan tangan yang lain untuk melakukan palpasi uterus disisi yang lain • Tentukan dimana letak punggung janin • Hitung DJJ : letakkan fetoscope dibagian punggung, 2-3 cm di atas simphisis pubis **Manuver III:** • Posisi pemeriksa menghadap ke kepala klien • Letakkan tiga ujung jari kedua tangan pada kedua sisi abdomen klien tepat di atas simphisis • Anjurkan klien menarik nafas dalam dan menghembuskannya • Tekan jari tangan ke bawah secara perlahan dan dalam di sekitar bagian presentasi pada saat klien menghembuskan nafas. • Tentukan bagian apa yang menjadi presentasi		

ASPEK YANG DINILAI	Nilai	
	Ya	Tidak
Manuver IV • Posisi pemeriksa menghadap ke kaki klien • Letakkan kedua belah telapak tangan di kedua sisi abdomen • Gerakkan jari tangan secara perlahan ke sisi bawah abdomen ke arah pelvis • Tentukan letak dari bagian presentasi tersebut. Tentukan apakah bagian kepala sudah masuk PAP? Jika sudah masuk PAP, berapa bagian yang sudah masuk?		
Tahap Terminasi: 1. Akhiri Kegiatan 2. Rapikan klien 3. Simpulkan hasil kegiatan 4. Memberikan salam 5. Membereskan peralatan		
Dokumentasi		
Jumlah		

Evaluator,

(.....)

Penilaian Ketrampilan Pemeriksaan Fundus Uteri

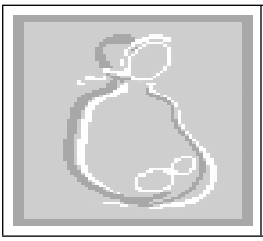
ASPEK YANG DINILAI	Nilai	
	Ya	Tidak
Tahap Preinteraksi: - Baca catatan keperawatan & medis klien - Persiapan alat (Alat tenun, bantal, alat ukur (meteran) - Cuci tangan		
Tahap Orientasi: - Beri salam, panggil klien dengan namanya - Jelaskan prosedur dan tujuan		
Tahap Kerja: 1. Berikan kesempatan klien untuk bertanya 2. Anjurkan klien bak sebelum melakukan tindakan 3. Jaga privacy dan anjurkan klien berbaring di tempat tidur dengan satu bantal di bagian kepala. 4. Anjurkan klien berbaring di tempat tidur dengan satu bantal di bagian kepala 5. Anjurkan klien membuka area abdomen dan tutupi area yang lain dengan selimut 6. Lakukan pengukuran TFU: Letakkan ujung alat ukur (meteran) di batas atas simphisis pubis. 7. Ukur sepanjang gais tengah fundus uteri hingga batas atas mengikuti kurve fundus (atau tanpa mngikuti kurv fundus bagian atas). 8. Tentukan tinggi fundus uteri, hitung perkiraan usia kehamilan		
Tahap Terminasi: 1. Evaluasi perasaan klien 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Lakukan kontak untuk kegiatan selanjutnya 4. Akhiri kgiatan 5. Cuci tangan		
Dokumentasi: catat hasil pengukuran TFU dan HPL, usia kehamilan		
Jumlah		

Evaluator,

(.....)

6. Referensi

Reder, Martin, Koniak-Griffin. (1997). *Maternity nursing: family, newborn, and women's health care*. Eighteenth edition. Philadelphia: Lippincott



PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TOE KEHAMILAN

Oleh:
Nur Azizah Indriastuti, S.Kep., Ns., M.Kep

7. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti kegiatan praktikum, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pemeriksaan kehamilan

8. Tujuan Instruksional Khusus

a. Mampu melakukan pemeriksaan fisik head to toe pada ibu hamil
b. Mampu memberikan pendidikan kesehatan untuk ibu hamil dan keluarganya

9. Skenario

Ny N, umur 25 tahun, G1P0A0, hamil 32 minggu datang ke poliklinik kebidanan untuk memeriksakan kehamilannya. Keluhan yang dirasakan Ny N antara lain klien mengeluh kakinya bengkak

10. Materi

Pengkajian fisik harus dilakukan secara komprehensif serta meliputi riwayat kesehatan. Ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam melakukan pengkajian fisik, di antaranya sikap petugas kesehatan saat melakukan pengkajian. Selain harus menjaga kesopanan, petugas harus membina hubungan yang baik dengan pasien. Sebelum melakukan pemeriksaan, pastikan lingkungan tempat pemeriksaan senyaman mungkin, termasuk mengatur pencahayaan. Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan adanya pencatatan data yang akurat diharapkan pengambilan tindakan yang dilakukan sesuai dengan masalah atau kondisi pasien.

Definisi Pemeriksaan fisik:

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

Pemeriksaan fisik pada kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan pandang (inspeksi), pemeriksaan raba (palpasi), periksa dengar (auskultasi),periksa ketuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut sampai ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan.

Tujuan Pemeriksaan Fisik:

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil selain bertujuan untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin saat ini, juga bertujuan untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada pemeriksaan berikutnya. Penentuan apakah sang ibu sedang hamil atau tidak sangat diperlukan saat ibu pertama kali berkunjung ke petugas kesehatan. Jika hasil pemeriksaan pada kunjungan pertama sang ibu dinyatakan hamil, maka langkah selanjutnya perlu ditentukan berapa usia kehamilannya.

Setiap pemeriksaan kehamilan adalah dengan melihat dan meraba petugas akan mengetahui apakah ibu sehat, janin tumbuh dengan baik, tinggi fundus uteri sesuai dengan umur kahamilan atau tidak, serta di mana letak janin.

Komponen Pemeriksaan Fisik :

1) Pemeriksaan fisik umum
   a. Tinggi Badan
   b. Berat badan
   c. LILA
   d. Tanda – tanda vital : tekanan darah, denyut nadi, suhu, pernapasan

2) Kepala dan leher
   a. Edema diwajah
   b. Ikterus pada mata, jaundice pada sklera
   c. Mulut pucat, keadaan gigi
   d. Leher : pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar limfe dan pembesaran vena jugularis

3) Payudara
   a. Bentuk, ukuran dan kesimetrisan
   b. Puting menonjol / masuk
   c. Keluarnya kolostrom atau cairan lain

d. Retraksi
e. Massa
f. Nodul axilla

4) Abdomen

Pemeriksaan abdomen untuk mengetahui :

1. Letak, presentasi, posisi, dan jumlah (jika>36 minggu)
2. penancapan (engagement)
3. Pengukuran tinggi fundus (jika>12 minggu)
4. Evaluasi kadar volume cairan amnion
5. Observasi atau palpasi gerakan janin.
6. Perkiraan berat badan janin (bandingkan dengan perkiraan berat badan pada kunjungan sebelumnya)
7. Denyut jantung janin (catat frekuemsi dam lokasinya) (jika>18 minggu)

5) Genetalia luar (externa)

a. varises
b. perdarahan
c. luka
d. cairan yang keluar
e. pengeluaran dari uretra dan skene
f. kelenjar bartholini : bengkak (massa), ciaran yang keluar

6) Genetalia dalam (interna)

a. servik meliputi cairan yang keluar, luka (lesi), kelunakan, posisi, mobilitas, tertutup atau terbuka
b. vagina meliputi cairan yang keluar, luka, darah

7) Tangan dan kaki

a. Edema atau pucat pada kuku jari
b. Varises
c. Reflek patella (apakah terjadi gerakan hipo atau hiper)

Alat Pemeriksaan:

Adapun alat – alat yang dibutuhkan untuk pemeriksaan ibu hamil diantaranya adalah: timbangan berat badan, pengukur tinggi badan, tensi meter, stetoskop monokuler atau laenec, meteran atau medline, dan hammer reflek.

Penilaian Ketrampilan Pemeriksaan Fisik Head to Toe pada kehamilan

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Pre interaksi	Membaca basmalah		1					1	1	1	1
	Membaca catatan keperawatan		1					2	1	2	2
	Cuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
	Menyiapkan alat		1					3	1	3	3
Fase Orientasi	Beri salam		1					1	1	1	1
	Identifikasi pasien				3			3	1	9	9
	- Nama										
	- Umur										
	- Alamat										
	Perkenalkan diri		1					1	1	1	1
	Jelaskan tujuan dan prosedur			2				2	1	4	4
	Kontrak waktu dan tempat			2				1	1	2	2
	Berikan kesempatan klien untuk bertanya		1					1	1	1	1
	Menutup pintu/tirai untuk privasi klien		1					2	1	2	2
Fase Kerja	Anjurkan klien BAK sebelum melakukan tindakan		1					2	1	2	2
	Lakukan pengukuran TB+BB+LILA				3			3	1	9	9

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Anjurkan klien berbaring di tempat tidur dengan satu bantal di bagian kepala.		1					1	1	1	1
	Lakukan pemeriksaan TTV: Tekanan darah, nadi, respirasi, temperatur					4		3	1	12	12
	Lakukan pemeriksaan pada kepala dan rambut, untuk melihat distribusi, warna rambut, kelembaban dan lesi					4		3	1	12	12
	Lakukan pemeriksaan pada wajah untuk melihat adanya cloasma gravidarum, oedema		1					2	1	2	2
	Lakukan pemeriksaan mata: oedema, konjungtiva, sklera, dan kebersihan.		1					3	1	3	3
	Lakukan pemeriksaan hidung: benda asing, sekret, perdarahan dan polip		1					3	1	3	3
	Lakukan pemeriksaan mulut: bibir, mukosa mulut, gusi, gigi dan lidah		1					3	1	3	3
	Lakukan pemeriksaan tonsil dan kerongkongan adakah peradangan atau tidak		1					3	1	3	3
	Lakukan pemeriksaan telinga: kebersihan, radang, serumen dan benda asing		1					3	1	3	3

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Lakukan pemeriksaan pada leheruntuk melihat kesimetrisan, pergerakan, massa, dan kekakukan leher		1					3	1	3	3
	Lakukan pemeriksaan leher (pembesaran kelenjar thyroid, vena jugularis, dan kelenjar limfe)		1					3	1	3	3
	Lakukan pemeriksaan dada: adakah tanda kesulitan bernafas, adakah retraksi dinding dada		1					3	1	3	3
	Lakukan pemeriksaan payudara: bentuk mammae, putting, hiperpigmentasi areola, palpasi ada tidaknya massa, pengeluaran kolostrum						5	3	1	15	15
	Lakukan pemeriksaan pada aksila adakah massa dan pembesaran kel. getah bening			2				3	1	6	6
	Anjurkan klien membuka area abdomen dan tutupi area yang lain dengan selimut		1					2	1	2	2
	Lakukan pemeriksaan abdomen: inspeksi striae dan linea gravidarum serta adakah bekas operasi		1					3	1	3	3
	Posisi pemeriksa menghadap ke kepala klien		1					3	1	3	3

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	LEOPOLD										
	Manuver I										
	Letakkan kedua belah telapak tangan di bagian fundus uteri klien		1					3	1	3	3
	Lakukan palpasi dengan mengunakan ujung jari untuk menentukan apa yang ada di bagian fundus uteri		1					3	3	9	9
	Tentukan apa yang ada di bagian fundus uteri		1					3	3	9	9
	Letakkan ujung alat ukur (skala 0 pada meteran) di batas atas simphisis pubis.		1					3	2	6	6
	Ukur sepanjang garis tengah fundus uteri hingga batas atas mengikuti kurve fundus, tentukan TFU		1					3	2	6	6
	Manuver II										
	Posisi menghadap ke kepala klien		1					3	1	3	3
	Letakkan kedua belah telapak tangan di kedua sisi abdomen klien		1					3	1	3	3
	Pertahankan letak uterus dengan menggunakan tangan yang satu		1					3	2	6	6

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Gunakan tangan yang lain untuk melakukan palpasi uterus disisi yang lain		1					3	2	6	6
	Tentukan dimana letak punggung janin		1					3	3	9	9
	Hitung DJJ : letakkan fetoscope/doppler dibagian punggung2-3 cm di atas simphisis pubis		1					3	3	9	9
	Manuver III										
	Posisi pemeriksa menghadap ke kepala klien		1					2	1	2	2
	Letakkan tiga ujung jari kedua tangan pada kedua sisi abdomen klien tepat di atas simphisis		1					3	2	6	6
	Anjurkan klien menarik nafas dalam dan menghembuskannya		1					3	1	3	3
	Tentukan bagian apa yang menjadi presentasi		1					3	3	9	9
	Manuver IV										
	Posisi pemeriksa menghadap ke kaki klien		1					3	3	9	9

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Letakkan kedua belah telapak tangan di kedua sisi abdomen			2				3	2	12	12
	Gerakkan jari tangan secara perlahan ke sisi bawah abdomen ke arah pelvis		1					3	1	3	3
	Tentukan letak dari bagian presentasi tersebut. Tentukan apakah bagian kepala sudah masuk PAP? Jika sudah masuk PAP, berapa bagian yang sudah masuk?		1					3	3	9	9
	Lakukan pemeriksaan genitalia: kebersihan, pengeluaran, oedema, lesi, palpasi ada tidaknya massa		1					3	1	3	3
	Lakukan pemeriksaan ekstremitas: inspeksi (varises, edema) dan palpasi periksa ada tidaknya oedema			2				3	1	6	6
	Periksa refleks patella		1					3	2	6	6
	Hitung perkiraan usia kehamilan		1					3	2	6	6

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Terminasi	Evaluasi perasaan klien		1					1	1	1	1
	Melepas sarung tangan		1					1	1	1	1
	Berikan reinforcement		1					1	1	1	1
	Berikan pendidikan kesehatan terkait kehamilan klien: nutrisi, aktivitas		1					3	1	3	3
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
	Memberikan salam		1					1	1	1	1
	Hamdalah		1					1	1	1	1
Dokumentasi	Nama, umur dan alamat klien		3					3	1	9	9
	Tindakan keperawatan		1					3	1	3	3
	Respon klien		1					3	1	3	3
	Diagnosa keperawatan		1					3	1	3	3
	Tanggal dan jam		2					3	1	6	6
	Nama dan tanda tangan perawat		2					3	1	6	6
TOTAL										**304**	

Evaluator,

(.....)

PERTOLONGAN PERSALINAN NORMAL

Oleh:
Sri Sumaryani, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Mat., HNC
Nur Azizah Indriastuti, Ns., M.Kep
Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat

Tujuan Instruksional Umum:
Setelah selesai kegiatan ini mahasiswa diharapkan mampu mendemonstrasikan cara melakukan pertolongan persalinan normal

Tujuan Instruksional Khusus :
Mahasiswa mampu mendemonstrasikan cara memberikan pertolongan persalinan:
1. Mhs mampu mendemonstrasikan pertolongan persalinan Kala 1
2. Mha mampu mendemonstrasikan pertolongan persalinan kala II
3. Mhs mampu memberikan pertolongan persalinan Kala III
4. Mhs mampu memberikan pertolongan persalinan Kala IV

SKENARIO	*Kapan anak saya akan lahir .....???.*
	Seorang ibu, G3P2A0, dirawat di kamar bersalin. Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan 10 cm, ketuban sudah pecah, selalu ingin mengejan.

Pertanyaan Minimal:
9. Apa saja yang perlu dipersiapkan sebelum menolong persalinan?
10. Bagaimana cara menolong persalinan?
11. Kapan disebut sebagai Kala I?
12. Kapan disebut sebagai Kala II?
13. Kapan disebut sebagai Kala III?
14. Kapan disebut sebagai Kala IV?

PERSALINAN NORMAL
Definisi persalinan
Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim dan melalui jalan lahir.

Tanda-tanda persalinan

1. Rasa sakit oleh adanya his yang dating lebih kuat, sering, dan teratur
2. Keluarnya lendir bercampur darah *(show)* karena robekan kecil pada serviks
3. Jika dilakukan pemeriksaan dalam: serviks mendatar dan terdapat pembukaan.
4. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Persiapan alat :

- 1 buah kateter urin
- 1 buah duk untuk bayi
- 2 buah tali untuk pengikatan tali pusat/umbilikal klem
- 1 buah gunting tali pusat
- 2 buah arteri klem
- 1 buah penghisap lendir
- Kasa secukupnya
- 1 buah tempat betadine
- 2 buah lidi kapas
- 1 buah duk persalinan
- 1 buah ½ kocher
- 1 buah gunting *episiotomy*
- 2 buah sarung tangan steril kanan dan 1 kiri (minimal)
- kapas sublimat ditempatnya (secukupnya)

Persiapan lain :

- Set jahitan : 1 nalpuder, 1 pinset cirurgis, 1 jarum otot/jarum kulit dan benang catgut, 1 depper besar, 1 gunting hecting)
- Lidonest atau Lidocain dalam ampul dan spuit 3 cc
- Betadine dalam botol
- Obat uterotonika (1 Sintosinon, 1 Metergin, 1 spuit 3 cc, kapas alkohol dalam tempatnya)
- Alat pelingdung diri (1 pasang alas kaki tertutup, 1 celemek plastik/gaun penutup, masker, dan kaca mata)
- Under pet
- Air klorin 0,5% dan air DTT
- Persiapan untuk meja bagian bawah (1 pispot, 1 tempat plasenta, 1 bengkok, dan 1 ember untuk tempat pakaian kotor)

KALA I

Ilustrasi :

Ibu datang dengan keluhan perut mulas-mulas, keluar darah dan lendir melalui kemaluan

1. Cuci tangan
2. Lakukan pemeriksaan Denyut Jantung Janin atau DJJ menggunakan leanex, jelaskan cara menghitung frekuensi DJJ
   - Posisi leanex tegak lurus
   - Letakkan pada punggung janin, bila sudah masuk pintu atas panggul (PAP), posisi leanex diatas sympisis
   - Lepaskan tangan tidak memegang leanex
   - Arahkan wajah perawat ke bagian bawah ibu
   - Salah satu tangan perawat memegang arteri radialis ibu, bandingkan bunyi yang didengar dengan yang diraba, bila yang terdengar tidak sama dengan nadi berarti itu adalah DJJ
3. Pengawasan: keadaan umum, cairan mekonium, kandung kemih, rektum, tanda vital, kontraksi (interval, lama dan intensitas/kekuatan). Keadaan umum (KU), tanda vital, kontraksi uterus (frekuensi dalam 10 menit/interval, lama, intensitas, relaksasi), kandung kemih, rektum, pengeluaran pervaginam (fluksus)
4. Persiapan alat :
   Sebutkan alat-alat yang diambil, letakkan dalam bak instrumen dengan urutan kebalikan dari proses persalinan
5. Jelaskan pada ibu yang bahwa akan dilakukan Pemeriksaan Dalam (PD) untuk mengetahui kemajuan persalinan. Pemeriksaan dalam (PD) setiap 4 jam (sesuai Partogram) atau bila ada indikasi
6. Lakukan vulva hygiene untuk Periksa Dalam I:
   - Letakkan bengkok didepan vulva
   - Pasang sarung tangan steril sebelah kanan
   - Ambil kapas sublimat (secukupnya)
   - Buka labia mayora, bersihkan sisi kiri dan kanan
   - Buka labia minora, bersihkan sisi kiri dan kanan
   - Bersihkan bagian tengah
7. Jelaskan pada ibu untuk menarik nafas dalam dan rileks
8. Pegang fundus dan lakukan PD dari bagian luar ke dalam
   Lakukan PD dengan jari telunjuk dan jari tengah. Masukkan jari tengah terlebih dahulu
   - Porsio tipis lunak
   - Pembukaan 5 cm

- Ketuban (+) teraba seperti air dalam balon keras
- Kepala bayi pada Hodge II, sejajar Hodge I setinggi bagian bawah sympisis
- Presentasi kepala, dengan posisi: uuk ki/ka depan
- Jalan lahir tidak ada halangan/ tumor

9. Pada waktu PD tangan kanan harus tetap berada di dalam sambil menceritakan hasil PD
10. PD selesai, keluarkan tangan dari vagina, buka sarung tangan, lepaskan dalam keadaan terbalik, rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%. Cuci kedua tangan setelah pemeriksaan selesai. Jelaskan pada ibu, kemajuan persalinan dan anjuran apa yang dapat dilakukan ibu:
    - Ibu boleh jalan-jalan, kecuali bila ketuban pecah
    - Cara mengurangi nyeri persalinan
    - Posisi klien
    - Pemenuhan nutrisi dan cairan
    - Penjelasan proses persalinan, cara meneran yang benar dan kapan dapat dilakukan
    - Observasi tanda-tanda Kala II
11. Ibu dianjurkan untuk BAB
12. PD II, 4 jam berikutnya. Bila tiba-tiba keluar air ketuban, ibu diistirahatkan
13. Observasi kontraksi, DJJ,penurunan kepala, lengkapi partogram
14. Darah dan lendir keluar semakin banyak, vulva hygiene sebelum periksa dalam. Ceritakan tanda-tanda Kala II pembukaan lengkap dan atau kepala bayi terlihat pada introitus vagina.
15. Hasil PD II :
    - Porsio tidak teraba, pembukaan lengkap, ketuban +/menonjol
    - Kepala Hodge IV
16. Pengawasan janin :
    - Letak, presentasi, posisi, penurunan, DJJ (kuat, jumlah dan keteraturan)

KALA II

1. Dengan tangan kanan tetap berada di dalam vagina (minta tolong asisten untuk memasang sarung tangan kiri dan mengganti bengkok yang ada di depan vulva. Tangan kiri memegang ½ kocker. Untuk amniotomi jika ketuban +
2. Letakkan pada tangan kanan, dengan arah yang kasar/tajam kedalam menghadap telapak tangan, posisi menyusuri jari tangan kanan
3. Pada saat kontraksi, balikkan ½ kocher, torehkan pada selaput ketuban. Tangan kiri menutup arah vulva (agar air ketuban tidak memancar)

4. Pada saat mengeluarkannya, balikkan1/2 kocher, ambil dengan tangan kiri, buang ke bengkok
5. Tangan kanan menbuka selaput amnion, lalu lebarkan
6. Angkat keluar jari tangan
7. Lanjutkan dengan pimpinan persiapan, tangan membantu melebarkan vulva Lakukan episiotomi, (bila perlu)
8. Ambil duk persalinan dengan 2 tangan mempertahankan sterilitas, pasang di bawah bokong ibu. minta ibu untuk mengangkat bokong. Gunakan duk ini untuk menahan perineum (staining)
9. Pimpin meneran : ibu dipimpin meneran sesuai dengan datangnya his
10. Tangan kiri menekan vulva bagian atas untuk menahan fleksi kepala bayi dan mencegah ruptur. Tangan kanan menahan perineum
11. Kepala turun menurut jalan lahir sehingga tampak vulva. Tampak perineum meregang. Tampak suboksiput dibawah sympisis, dengan suboksiput sebagai hipomioklion kepala mengadakan defleksi maksimal. Berturut-turut lahir uub, dahi, mulut, dagu, seluruh kepala. Lap muka bayi dengan kassa *). Kepala mengadakan paksi luar. Dengan pegangan biparetal dan tarikan ke bawah dan keatas, lahir bahu depan dan belakang. Dengan kaitan pada ketiak dilahirkan trochater depan, belakang dan bokong, seluruh kaki. Kepala lahir *) :
    - Lap muka bayi dengan kassa
    - Tahan. Biarkan agar perputaran kepala terjadi dengan sendirinya putar punggung kanan. Pada saat pangkal bahu keluar, tangan kanan perawat berada di atas bahu, tangan kiri dibawah, keluar bahu depan, bahu belakang.
12. Bayi lahir:
    - Lakukan suction, buang cairan ke bengkok
    - Letakkan bayi diatas perut ibu
    - Informasikan pada ibu : jenis kelamin bayi dan keadaan bayi
    - Nilai A/S menit pertama
13. Klem tali pusat
    - Tunggu sampai denyut tali pusat berhenti (untuk mengurangi trauma pada bayi)
    - Ukur ± 2-3 cm dari pangkal tali pusat (sesuaikan dengan kondisi bayi) = gunakan tehnik 3 klem I. Lebih kurang 2 cm dari klem I , pasang klem II
    - Minta tolong asisten menuangkan Betadine pada tempat Betadine. Dengan lidi kapas, ulas seputar tali pusat, sambil tangan kiri berada di bawah tali pusat untuk melindungi bayi dari gunting

- Nilai A/S menit ke lima

14. Pengikat tali pusat :
    - Ikat bagian bawah dari klem, kencangkan tali dengan cara kedua ibu jari bertemu. Lakukan 2 kali pengikatan
    - Tekuk tali pusat yang ada diatas klem, ikat longgar 1 kali, lepaskan klem, lalu kencangkan dengan cara yang sama, ikat 1 kali lagi
    - Oleskan Betadine pada tali pusat yang telah diikat tersebut sampai batas perut bayi
    - Lalu tutup dengan kassa alkohol bentuk segitiga, lalu diikatkan
15. Bayi diserahkan pada asisten – Bonding Attachment
    - Dada asisten ditutup/pasang dengan duk bayi
    - Tunjukkan bayi pada bayi bahwa siap dibersihkan. Selimuti bayi dengan duk bayi tersebut
    - Letakkan pispot dibawah bokong (untuk menampung darah)
    - Pengawasan : perdarahan, kontraksi uterus, robekan perineum, KU, tanda vital

KALA III

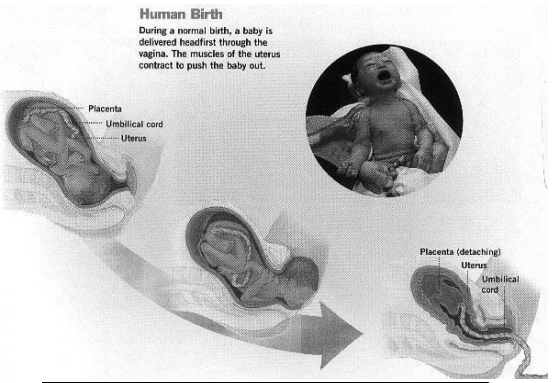
1. Lakukan pengososngan kandung kemih (kateterisasi)
    - Pangkal kateter ditutup
    - Minta tolong asisten : pasang bengkok (untuk menampung urin)
    - Buang kateter dibengkok
2. Observasi tanda-tanda kala III : rahim membulat, lebih mengeras, keluar darah tiba-tiba, tali pusat menjulur keluar dari vagina
3. Tes pelepasan plasenta dengan Perasat Kustner*:
   *: tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan daerah diatas sympisis. Bila tali pusat ini masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding. Bila tetap atau tidak masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta lepas dari dinding uterus. Hati-hati !tarikan jangan terlalu kuat.
4. Bila plasenta telah lepas, tekuk tali pusat dengan cara memutar tali pusat. Bantu dengan klem arteri untuk mengeluarkan selaputnya.
    - Dengan gerakan memutar searah jarum jam, lahirkan plasenta
    - Tangkap plasenta pada tempatnya
    - Letakkan plasenta pada tempatnya
5. Pemeriksaan plasenta
    - Permukaan maternal : lengkap atau ketinggalan. Caranya dengan menelangkupkan plasenta. Lihat kelengkapan kotiledon dan keadaannya (perkapuran / tidak) dan kondisi selaput

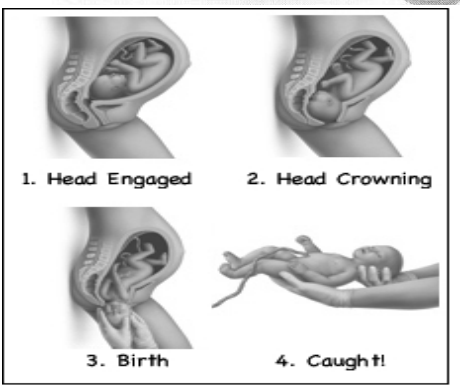
- Permukaan fetal
  - Tali pusat : jumlah arteri dan vena, insersio
  - Ukur panjang tali pusat dengan jari : ± 5 cm yang berada pada bayi
  - Laserasi tali pusat bagian pinggir atau tengah
  - Ukur plasenta (diameter dan tebal). Mengukur tebal dengan cara: tusukkan klem arteri

KALA IV

1. Serahkan plasenta pada asisten untuk ditimbang
2. Observasi: KU, keluhan enek/sakit kepala tidak ada, tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, pengosongan kandung kencing
3. Periksa daerah perineum, luka-luka dirawat, hematoma, keluarkan sisa darah stolsel
4. Perineorafi
5. Bersihkan ibu, pertahankan keamanan dan kenyamanan
6. Nutrisi dan cairan ibu
7. Kelengkapan dan kebenaran laporan
8. Berikan uterotonika : Metergin atau Syntosinon

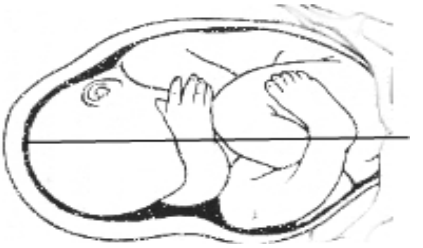
Gambar: Ilustrasi Proses Persalinan





Fetal Lie

The fetal lie is described by the relationship of the long axis of the fetus to the long axis of the mother. This is a **vertical** lie. It is the most common fetal lie.



This picture shows the **transverse** lie of the fetus. This is a problem with a term baby and labour approaching.

This is a picture of an **oblique** lie of the fetus and is a problem in a term pregnancy

CHEKLIST PERTOLONGAN PERSALINAN

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Pre interaksi	Membaca basmalah		1					1	1	1	1
	Membaca catatan keperawatan		1					2	1	2	2
	Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala Dua:					4		3	1	12	12
	a. Ibu merasa dorongan kuat untuk meneran										
	b. Ibu merasa adanya tekanan pada anus										
	c. Perineum terlihat menonjol										
	d. Vulva dan anus membuka										
	Cuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
	Menyiapkan alat		1					3	1	3	3
	Menyiapkan diri untuk memberikan pertolongan persalinan:Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan		1					3	1	1	1

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Fase Orientasi	Beri salam		1					1	1	1	1
	Identifikasi pasien		1					3	1	3	3
	- Nama										
	- Umur										
	- Alamat										
	Perkenalkan diri		1					1	1	1	1
	Jelaskan tujuan dan prosedur			2				2	1	4	4
	Kontrak waktu dan tempat			2				1	1	2	2
	Evaluasi dan validasi perasaan klien			2				1	1	2	2
	Menutup pintu/tirai untuk privasi klien		1					2	1	2	2
Fase Kerja	Memakai celemek		1					2	1	2	2
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
	Meletakkan kain diatas perut ibu		1					2	1	2	2
	Memakai satu sarung tangan steril untuk pemeriksaan dalam (VT)		1					3	1	3	3
	Membuka partus set dengan tangan yang tidak bersarung tangan		1					1	1	1	1
	Ambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin (gunakan teknik satu tangan), letakkan kembali ke dalam wadah partus set		1					2	2	4	4

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT dengan gerakan dari vulva ke perineum (*ganti sarung tangan jika terkontaminasi tinja)		1					3	1	3	3
	Melakukan pemeriksaan dalam (VT) untuk memastikan pembukaan lengkap:			2				3	3	18	18
	a. Bila pembukaan belum lengkap, catat hasil pemeriksaan pada partograf dan nilai kemajuan persalinan										
	b. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap:Lakukan pemecahan selaput ketuban										
	Membuka sarung tangan dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%		1					1	1	1	1
	Memeriksa denyut jantung janin (DJJ)		1					3	2	6	6
	Beritahukan ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik serta bantu ibu dalam memperoleh posisi yang nyaman sesuai keinginannya		1					2	2	4	4
	Meminta ibu untuk meneran saat ada dorongan kuat untuk meneran		1					1	2	2	2
	Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif dan anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi		1					1	2	2	2

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih dan kering pada perut ibu (untuk mengeringkan bayi)		1					2	2	4	4
	Mengambil kain bersih, melipat 1/3 bagian (atau underpate) dan meletakkan dibawah bokong ibu			2				1	1	2	2
	Membuka tutup partus set		1					1	1	1	1
	Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan		1					1	1	1	1
	Saat sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan dialas lipatan kain dibawah bokong ibu, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir			2				3	3	18	18
	Mengusap kassa/kain bersih untuk membersihkan muka janin dari lendir dan darah		1					2	2	4	4
	Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin:			2				3	2	12	12
	• Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi secara perlahan										
	• Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut										
	Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan		1					1	1	1	1

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Setelah kepala janin menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala janin, tarik secara hati-hati ke arah bawah sampai bahu anterior/depan lahir, kemudian tarik secara hati-hati ke atas sampai bahu posterior/belakang lahir				3			3	3	27	27
	Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher dan bahu janin bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher dan keempat jari pada bahu dan dada/punggung janin, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu janin bagian anterior saat badan dan lengan lahir				3			3	3	27	27
	Setelah badan dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing – masing mata kaki dengan ibu jari dan jari – jari lainnya)		1					3	3	9	9
	Lakukan penilaian (selintas):			2				3	3	18	18
	• Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?										
	• Apakah bayi bergerak dengan aktif?										
	**Jika bayi tidak menangis , tidak bernapas atau megap – mega segera lakukan tindakan resusitasi*										
	Keringkan dan posisikan tubuh bayi diatas perut ibu		1					1	1	1	1

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tak ada bayi lain dalam uterus		1					3	1	3	3
	Beritahukan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin (agar uterus berkontraksi dengan baik)		1					1	1	1	1
	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuscular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)		1					2	2	4	4
	-Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari umbilical bayi.				3			3	2	18	18
	-Mengurut tali pusat ke arah ibu										
	-Memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama										
	Memegang tali pusat diantara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat diantara kedua klem (*ikat tali pusat dengan benang jika belum menggunakan klem tali pusat)		1					3	2	6	6
	Tempatkan bayi untuk kontak kulit, ibu ke kulit bayi, letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu dan usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting payudara ibu		1					2	2	4	4
	Selimuti ibu dan bayi dengan kain bersih dan kering dan pasang topi di kepala bayi			2				2	1	4	4

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva		1					2	1	2	2
	Meletakkan tangan kiri diatas simfisis, menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat			2				3	2	12	12
	Saat uterus kontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial		1					2	1	2	2
	**Jika uterus tidak segera berkontraksi minta ibu atau suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu*										
	Jika dengan peregangan tali pusat terkendali, tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke atas hingga plasenta tampak pada vulva **Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit berikan dosis ulangan oksitosin 10 unit IM, lakukan katerisasi jika kandyng kemih penuh, dan ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya*		1					2	2	4	4
	Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati – hati (pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin dan terlepas)			2				3	2	12	12

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Segera setelah plasenta lahir, lakukan massage pada fundus uteri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)		1					3	1	3	3
	Memeriksa plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban lengkap dan masukkan ke dalam kantong plastik yang tersedia		1					3	1	3	3
	Memeriksa apakah ada robekan pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan jika laserasi menyebabkan perdarahan		1					2	1	2	2
	Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (paling sedikit 1 jam)		1					2	1	2	2
Terminasi	Evaluasi perasaan klien		1					1	1	1	1
	Pantau kontraksi uterus		1					2	1	2	2
	Evaluasi jumlah perdarahan yang terjadi dan pantau adanya tanda-tanda perdarahan		1					2	1	2	2
	Pantau tanda-tanda vital ibu:		1					3	1	3	3
	TD, Nadi, dan respirasi										
	Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah serta memakaikan pampers dan pakaian				3			1	1	3	3
	Kontrak waktu pertemuan selanjutnya: Monitor kala II		1					1	1	1	1

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Merendam semua peralatan bekas pakai dalam larutan khlorin 0,5%		1					1	1	1	1
	Melepas sarung tangan		1					1	1	1	1
	Berikan reinforcement : memberikan selamat, mendoakan, mengajak bersyukur dan edukasi menyusui sesuai anjuran islam (QS: Al baqarah: 233)				3			2	1	6	6
	mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
	Memberikan salam		1					1	1	1	1
	Hamdalah		1					1	1	1	1
Dokumentasi	- Nama Pasien, umur, dan alamat - Tindakan: Pertolongan persalinan - Rencana tindak lanjut: Monitor kala II				3			2	1	6	6
	Keadaan ibu: TTV, jumlah perdarahan, ruptur perineum/episiotomy, keadaaan plasenta (utuh/ tidak)					4		2	1	8	8
	Keadaan bayi: status bayi, jenis kelamin, dan kondisi bayi				3			2	1	6	6
	Tanggal dan waktu persalinan		1					2	1	2	2
	Tanda tangan & nama terang		1					2	1	2	2
TOTAL										**344**	

Evaluator

(.....)

PEMERIKSAAN FISIK POST PARTUM

Oleh: **Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat., HNC**

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah selesai kegiatan ini mahasiswa diharapkan mampu mendemonstrasikan cara melakukan pemeriksaan fisik post partum

Tujuan Instruksional Khusus :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan hal-hal yang perlu dikaji pada klien post partum
2. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik klien post partum

SKENARIO	*Koq masih sering mulas ya.....???*
	Seorang ibu, 27 tahun, dirawat di ruang post partum RSKIA dan mengeluh mulas diperutnya dan terasa sedikit kenceng. Lima jam yang lalu ibu tersebut melahirkan anak pertamanya dengan cara persalinan normal dan dibantu oleh Ners Spesialis Maternitas

Pertanyaan Minimal:

1. Apa yang perlu dikaji pada ibu post partum?
2. Bagaimana cara melakukan pemeriksaan fisik post partum?

POSTPARTUM CARE

Definition

1. It this the period following labor during which the maternal body in general, and the genital organs, in particular, return to the pre-pregnant condition.
2. Duration of the postpartum period is 40 days or 6-8 weeks (maximum involution). Another 4 to 6 weeks is needed for complete involution.
3. The puerperal period is much shorter after abortion. The first ten days are called the early postpartum period, and the days after are called the late postpartum.

A. Physiological Changes during Postpartum

General Physiological Changes

Immediately following labor, the general condition of the mother is one of physical fatigue.

Vital Signs

- Temperature:
  - The temperature slightly elevated: 0.5 degrees for the first 24 hours and up to 38 degrees is known. The rise in temperature is due to the absorption of waste products of muscular contractions of labor.
  - Transient rise in temperature later on is due to:
    - Breast engorgement (by the 4th day postpartum)
    - Constipation
    - Nervous excitation.
- The pulse:
  - The pulse is full and slow (about 60-70beats/min) and is known as physiological bradycardia (for 24-48 hours after labor). It is due to:
    - The rest period after labor and/or
    - The increase in the circulating blood volume on account of the elimination of the placental pool.
  - The pulse should remain below 100 beats/min if all is going well. A rapid pulse may be brought on by pain, visitors, excitement, exhaustion, caring for the infant, hemorrhage or infection.
- Respiration:
  - This is the usual relation with pulse and temperature. Because of a reduction in the size of the uterus and relaxation of the abdominal wall respiration is more abdominal in character. Deviation from the normal may suggest pneumonia or embolism.
- Blood Pressure:
  - no change is counted, but if hypotension is present, postpartum hemorrhage may be suspected. If hypertension is present (over 140/90 mmHg) postpartum toxemia may be suspected.

Skin

- Excessive sweating (diaphoresis), particularly in patients who were subjected to edema in the late pregnancy, in order to get rid of excess fluids that were retained in the tissues. This gradually ceases within the 1st week and the skin reacts as usual.
- Skin pigmentation gradually disappears.

Urinary Output

- The parturient may experience some retention of urine in the first few days after labor due to:
  - Laxity of the abdominal muscles.
  - Inability to micturate in the recumbent position.
  - Reflex inhibition due to stitched perineum or bruised urethra.
  - Atony of the bladder.
  - Compression of the urethra by edema or hematoma.

Bowel Function and Intestinal Elimination

- Thirst is present due to the marked fluid loss through sweat and urine.
- Tendency to atony of the gastrointestinal tract, with flatulence and constipation.
- Constipation may be present as a result of:
  - Intestinal atony.
  - Anorexia after labor.
  - Loss of body fluids.
  - Laxity of the abdominal wall.
  - Hemorrhoids
  - Reflex inhibition.
  - Enema in labor.

Blood Picture

- With proper antenatal care, the amount of blood loss during the 3rd stage of labor does not cause anemia.
- Blood volume decreases.
- A moderate increase in the leucocytic count, fibrinogen and sedimentation rate occurs during the first postpartum period, then gradually gets back to normal values.
- In the absence of complications and with proper diet and hygiene, RBC count and content, and the blood constituents, usually return to the non-pregnant levels in 4-6 weeks.

Body Weight

Loss of weight is observed during the first 10 days particularly in the non-lactating
mothers. There is about a 4-5 kg loss of body weight due to evacuation of uterine
contents and diuresis.

After-pains

- It is a spasmodic colicky pain in the lower abdomen during the early postpartum days due to vigorous contractions of the uterus.
- It is more common and more severe in multiparas (due to weak muscle tone), multiple pregnancy, polyhydramnions, large-sized infant in diabetic mothers (increase intra abdominal pressure).
- After-pains can be precipitated by the presence of blood clots, a piece of membrane, or placental tissue.
- After-pains increase during breastfeeding the infant because the infant's suckling stimulates further milk production, which in turn stimulates the posterior pituitary gland to secrete oxytocin that results in more uterine contractions, causing increase in after-pains.

Returns of Menstruation

- Non-lactating mothers begin to menstruate again in 6-8 weeks. It may be delayed for a longer period without any abnormal condition being present.
- In lactating mothers, menstruation usually reappears not earlier than 4-5 months, and sometimes as late as 24 months.
- The first period is generally profuse and prolonged.
- It should be mentioned that ovulation can commence in the absence of menstruation, and another pregnancy can occur

Specific Anatomical Changes

- Uterus :
    - Involution of the uterus is the return of the uterus to its pre-pregnant condition.
    - Size of the uterus: Immediately after labor the level of fundal height should be at or below the level of the umbilicus. The uterus should be firm, well contracted and in the midline. It decreases in size daily, and the level of the fundus descents gradually at a rate of about 1 finger breadth every day, i.e., by the end of 1st week the fundus is midway between umbilicus and symphysis pubis. By the 2nd week the fundus is just behind the symphsis pubis, and thereafter, it becomes a pelvic organ that can no longer be felt abdominally.
- Weight:
    - The weight of the uterus also decreases gradually throughout the postpartum. By the end of Postpartum it weights 50 gm instead of 1000 gm during pregnancy. The involution of the uterus is accomplished through two mechanisms or processes.

In the Endometrium

- Separation of the placenta and membranes occur in the deeper portion of the spongy layer of the deciduas. All but the basal layer is shed off in the lochia. A new endometrium is formed in the next weeks except at the placental site, which is a raised area of thrombotic sinuses. This area is finally healed and covered by a new endometrium by the end of 7th week approximately (40 days).
- If the process of involution is slow, or delayed, the condition is known as "subinvolution", while rapid involution of the uterus is called "hyperinvolution".
- Lochia:
    - It is the uterine discharge coming through the vagina during the first 3-4 weeks of the postpartum. It is alkaline in reaction, the amount is rather more than the menstrual flow, with fleshy odor. It contains blood, fibrin, leucocytes, dead decidual tissue, vaginal epithelial cells, peptone, cholesterol, and numerous nonpathogenic bacteria.
    - There are three types:
        - **Lochia Rubra**: the discharge is red in color due to the presence of a fair amount of blood, shreds of the deciduas, large amount of chorion, amniotic fluid, lanugo hair, vernix caseosa, and meconium may also be present. This discharge lasts from the 1st postpartum day, to the 4th day (and sometimes to 7th day).
        - **Lochia serosa**: a pink yellow discharge containing less blood and more serum, and extends for another 3 to 4 days.
        - **Lochia alba**: a creamy or white colored discharge containing leucocytes and mucus. It remains for the 10th day postpartum.
    - Clinical significance of abnormal lochia:
        - Fetid lochia denotes the presence of infection and/or stagnation.
        - Sudden suppression may be due to severe infection.
        - Prolongation or recurrence of lochia rubra may suggest retained parts of the placenta, membranes, RVF, subinvolution, tumors, as fibromyomas or chorion epithelioma.

Genital Organs

- Vagina:
    - The vagina diminishes in size, but not as the pregravid state. Rugea reappears in the third week. These are small skin folds in the lower part of the vagina wall, dark red in color.
- The anterior and posterior vaginal walls may be sagging immediately after labor and for a few days after. Rest in bed, elevation and tightening exercises prevent these lesions.

- Vulva:
    - Edema, minute or frank lacerations, may be seen immediately after labor. Edema disappears gradually in a few days while lacerations, if not properly mended by sutures, may lead to the formation of a postpartum ulcer which is a septic very tender ulcer with a grayish necrotic film covering its surface.
    - The vulva tends to gap for some time after delivery.

Ligaments and Other Structures

- The ligaments that support the uterus, ovaries and the tubes, which have also underground great tension and stretching, are now relaxed and will take a considerable time to return to their almost normal size and position.
- Other structures such as the peritoneum, pelvic floor muscles and parametrium involute near to their original state, but some relaxation may persist, especially in the pelvic floor muscles and parametrium.

The Abdominal Wall

- The muscles that were over stretched during pregnancy, and strained during labor, are slow to regain their normal tone and elasticity. The recti muscles may separate widely so that the uterus may be felt between them. Sometimes other viscera may also protrude when the mother sits or stands; this condition is know as diastasis recti. Diastasis recti is an abnormal condition during postpartum in which there is laxity and separation of the recti muscles.
- Causes and predisposing factors. Overdistention of the uterus, as in multiple pregnancies, polyhydraminous and large babies, or by disproportion between the infant and the pelvis (the fetus fails to descend, and a pendulous abdomen develops).

Breast

- Anatomy:
    - The breasts are compound secreting glands, composed of approximately 15-20 lobes arranged radially. Each lobe is divided into lobules forming cavities called alveoli lined with secretory cells that produce milk. Five small lactiferous ducts, carrying milk from alveoli of each lobe unite to form 20 larger ducts. They widen before opening on the surface of the nipple to form ampullae or lactiferous sinuses that act as temporary reservoirs for milk. The nipple is composed of erectile tissue containing plain muscles fibers that have a sphincter like action in controlling the

flow of milk. The milk goes out of the nipple through 8-15 small orifices.

- The female breast, also known as mammary glands, are accessory organs of reproduction.

Physiology of Lactation

- During pregnancy estrogen and progesterone secreted by the placenta prepare the breast for lactation. The estrogen inhibits milk production until the end of pregnancy. In the 3rd trimester of pregnancy colostrum is present and remains for the first 3 days postpartum.
- By the 3rd stage of labor (delivery of the placenta), the hormonal production is reduced, and during the next 48 hours, the blood level of estrogen and progesterone fall. This stimulates the anterior pituitary gland to produce the lactogenic hormone (prolactin hormone) which acts on the acini cells in the breast, and milk is formed. The milk is pushed along the lactiferous ducts and some is stored in the ampullae which lie just under the areola. When the infant sucks, he takes the nipple and the areola into his mouth, and partly by a vacuum which is created mostly by a chewing action of his jaws, milk is pushed into his mouth and he swallows.
- As the ampulla and lower ducts are emptied, milk is pushed from the alveoli by contraction of the myoepithelial cells. So, the act of sucking by the infant is the stimulus that provokes lactation. This effects a neuro-hormonal reflex mechanism which activates the anterior pituitary lobe to produce lactotropin, and the posterior pituitary lobe to produce oxytocin which reaches the breast through the blood stream, leading to contraction of myoepithelial cells, and the expulsion of milk.
- Oxytocin also stimulates uterine contractions causing after pains and lochial discharge during breastfeeding.
- With the onset of milk the breasts become larger firmer, heavier, and full of milk that can be expressed on pressure, or may escape spontaneously. This procedure is associated with a considerable local throbbing pain extending to the axillae.
- Characteristics of breast milk. It is suited to the infant's needs, easily digestible, germ-free, warm and contains antibodies, vitamins, calcium, lactose, casein protein, fat, mineral salt and water. It is also readily available, and costs little.

2: Psychological Changes during Postpartum

Phases of Maternal Role:

- Emotional changes in the mother during the postpartum period (retrospective process) as described by Reva Rubin pass through three phases. They are:
  - Taking-in phase.
  - Taking-hold phase.
  - Letting-go phase

Taking-in Phase (Turning in):

This phases occurs in the first 24 hours after delivery, during which time the mother's first concern is with her own needs (sleep and food). The woman reacts passively, mostly dependent on others to meet her needs. She initiates little activity on her own. She is quiet talkative during this phase about every detail of her labor and delivery experience.

Taking-Hold Phase (Taking Responsibility as a Mother):

The emphasis is placed on the present. She becomes impatient and is driven to organize herself and her life. She progresses from the passive individual to the one who is in command of the situation. This phase is ideal for teaching about infant and self care, and it lasts about 3-7 days.

Letting-go Phase:

As her mothering functions become more established the mother enters the letting-go phase. This generally occurs when the mother returns home. In this phase there are two separations that the mother must accomplish. One is to realize and accept physical separation from the infant. The other is to relinquish her former role as childless person and accept the enormous implications and responsibilities of her new situation. She must adjust her life to the relative dependency and helplessness of her child.

Postpartum Blues (Depression)

Definition

- Rubin defined postpartum depression as the gap between the ideal and reality: the new mother's self-expectation may exceed her capabilities, resulting in cyclic feelings of depression.
- During postpartum, and for no apparent reason that the mother can think of, she may experience a let-down feeling accompanied by irritability and tears. Occasionally her appetite and sleep patterns are disturbed. These are the usual manifestations of the postpartum or "infant" blues. This depression

is usually temporary and may occur in the hospital. It is thought to be related, in part, to hormonal changes, and in part, to the ego adjustment that accompanies role transition. Discomfort, fatigue and exhaustion certainly contribute to this condition. Crying often relieves the tension, but if the parents are not knowledgeable about the condition the mother may feel rather guilty for being depressed. Understanding and anticipatory guidance will help the parents be aware that these feelings are a normal accompaniment to this role transition.

Predisposing Factors

- The first pregnancy
- A pregnancy in late child bearing years.
- Ambivalence toward the woman's own mother.
- Social isolation.
- Long or hard labor.
- Anxiety regarding finances.
- Marital disharmony.
- Crisis in the extended family.

The Emotional Needs of the Woman during Postpartum

- Recognition of the effort made during labor: approval of behavior during labor as well as in the immediate postpartum period.
- Support and encouragement in her care for the infant.
- Attention from family members particularly from the husband: this is very significant as most of the attention in the immediate postpartum period is directed suddenly toward the newborn.
- Someone to listen and help them solve their dependency-independency conflict.
- Physical needs of comfort, nourishment and hygiene should be properly fulfilled.

6.3 Nursing Care of the Postpartum Period

Introduction

Nursing care during the postpartum provides the means by which the parturient can restore her physical and emotional health, as well as gain experience in caring for her new born infant.

Components of Care during the Postpartum Period

- Care of the mother:
  - Immediate care.
  - Subsequent daily care.
- Care of the new born infant.

Objectives of Care during the Postpartum Period

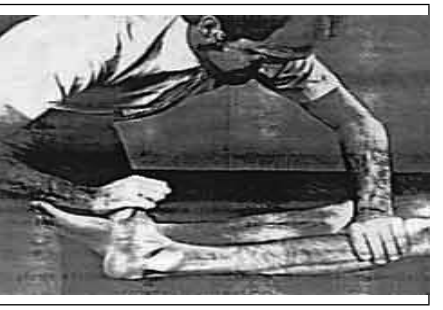
Immediate care of the mother:

- Secure physical and mental rest, restore normal good muscle tone and maintain normal body functions.
- Provide proper adequate nutrition.
- Guard against infection.
- Teach the mother how to care herself and the infant.
- Foster and maintain family ties and adjust the parents to their new role.

Nursing Assessment

The first hour, after placental separation and birth, is under the management of the labor ward nurse:

- Observation of bleeding signs and symptoms by:
  - Palpating the fundus of the uterus through the abdominal wall. Normally, the uterus should be firm, round, small, central and well contracted.
  - Inspecting the perineum and perineal pad for obvious signs of bleeding.
  - Taking and recording vital signs every 15 minutes for the first hour after labor.
- Observation of legs for signs and symptoms of deep vein thrombosis (DVT): pain, warmth, tenderness, swollen reddened vein that feels hard or solid and positive Homan's sign.

Homan's sign is said to be present when sharp <u>dorsiflexion</u> of the ankle by the examiner elicits sharp pain in the ca**lf. It is caused by a <u>thrombosis</u>** of the deep veins of the leg. This sign is rarely elicited in clinical practice because of the risk of**embolisation.**	

Immediate Care

- Palpate the uterus: if it remains firm, well contracted and does not increase in size, it is neither necessary nor desirable to stimulate it.
  - If it becomes soft and boggy because of relaxation, the fundus should be massaged immediately until it becomes contracted again.
  - If the uterus is atonic, blood which collects in the cavity should be expressed with firm, but gentle, force in the direction of the outlet. This

is done only after the fundus has been first massaged because it may result in inversion of the uterus and lead to serious complications.

- Administer oxytocics (e.g. ergometrine 5 mg. IM) as ordered to control bleeding and to promote involution.
- Continue checking of vital signs.
- Encourage urination because full bladder impedes involution and may cause atony of the uterus leading to excessive bleeding.
- Check lochial discharge for color, amount, consistency and presence of clots.
- Perineal care is performed under aseptic technique to prevent infection.
- Offer food to mother if the policy permits, and after vital signs are stable.
- Breast care may be employed.
- General hygiene: shower may be permissible to clean, comfort and refresh the mother (after vital signs are stable) according to the hospital policy.
- Encourage early initiation of breastfeeding to stimulate involution, lactation and to enhance emotional bonding.
- Correct dehydration promptly by offering fluid intake (orally), or starting IV fluid as ordered.
- Start leg exercises and early ambulation, especially following operative delivery.
- Administer prophylactic anticoagulant therapy as ordered.

Subsequent Daily Care

Nursing Assessment:

- General and special aspects of care:
  - Vital signs.
  - Involution of the uterus:
    - Fundus.
    - Lochia.
  - Breasts:
    - Consistency.
    - Nipples.
    - Lactation.
  - Perineum:
    - Edema.
    - Discomfort/pain.
    - Cleanliness.
  - Legs:
    - Discomfort/pain.
  - Appetite and energy level.

- Elimination:
  - Micturition.
  - Defecation.
- Emotional state:
  - Phases of developing maternal role.
  - Postpartum blues.

Daily Care

After admission to the postnatal ward, subsequent daily care is implemented as follows:

General Aspects of Care

- Check vital signs 2 times daily (morning and evening); observe for symptoms of hypovolemic shock and hemorrhage (fainting).
  - A temperature of 38°C, or above, for two consecutive days after the first 24 hours is considered an early sign of puerperal infection.
  - Bradycardia is a normal physiological phenomenon.
- Palpate the uterus to assess firmness, level of fundus, and rate of involution of the uterus.
- Administer oxytocic medication as ordered to promote involution.
- Check lochia for color, amount, odor consistency and presence of blood clots.
- Observe perineum and suture line-if present-for redness, ecchymosis, ederma or gapping. Check healing and cleanliness.
- Provide for sufficient periods of rest and sleep in order to maintain physical and mental health, as well as to promote lactation (8 hours night-time sleep and 2 hours afternoon-nap are needed).
- Proper positioning. During the first 8 hours after labor, the mother is allowed to sleep in any comfortable position. After that, prone position should be encouraged in order to facilitate involution, and to help drainage of lochia. Sitting position is also recommended since it promotes contraction of the abdominal muscles, aids pelvic circulation, and helps drainage of lochia.
- Prevent infection: complete aseptic and antiseptic precautions should be followed during the early postpartum period to prevent infection.
- Promote bladder and bowel function:
  - Bladder: marked diuresis is expected for 2-3 days following delivery, voiding should be encouraged within 6-8 hours after labor. If no urine is passed after 12 hours, initiate simple nursing measure to induce voiding. If failed, catheterization, under complete aseptic technique is performed.

- Bowel: there may be no bowel action for a couple of days because the bowel has probably been emptied during labor. Glycerine suppository may be used to relieve constipation.

- Provide diet high in proteins and calories to restore tissues. A daily requirement of 3000-3500 cal/day is needed in the form of a well balanced diet rich in protein, calcium, iron, vitamin A, thiamine, riboflavin, and ascorbic acid. Liberal amount of fluid are required. Roughage and green vegetables are provided to prevent constipation.
- Encourage early ambulation to prevent blood statis. However, heavy activities are avoided to prevent complications.
- Encourage postpartum exercises particularly Kegel's exercises to strengthen pubococcygeal muscles.
- Provide treatment for after-pains as ordered.
- Monitor laboratory reports for Hb, HCT, and WBC.
- Observe for postpartal blues, which may be caused by a drop in hormonal levels on the 4th or 5th day.
- Meet the mother's needs to enable her to meet the infant's needs
- Assist the mother with self-care and care of the infant as needed.
- Discuss resumption of sexual relationship, include information about when to expect menstruation.
- Discuss most suitable family planning methods for spacing of pregnancy.
- Stress the importance of postpartum examination, visits and follow up to assess involution, general health and wellbeing of the mother.
- Discuss community resources that provide maternal services.

Special Aspects of Care

- Breast care:
  - Encourage early initiation of breastfeeding. The first feed should be given as soon as possible after birth, as the infant is alert and suck well at birth. Lactation and emotional bonding is enhanced. Exclusive, and on demand breastfeeding are encouraged.
  - Check the breasts:
    - Should be soft until milk comes in.
    - Daily cleansing in shower.
  - Regular and frequent examination for early detection of complications such as engorged breast, cracked nipples, mastitis and breast abscess.
- Care of the perineum:
  - Inspect and observe for presence of episiotomy, lacerations, edema, pain or ulceration.

- Keep the area clean and dry by employing perineal care.
- Teach the mother principles of self-care.

- Care of the newborn infant:
  - Nursing assessment:
    - Observe the general condition.
    - Check the cord.
    - Check the infant's physical needs: cleanliness, feeding, warmth, sleep, protection from unsuitable environment.
    - Check the infant's psychological needs: bonding, attachment.
  - Nursing intervention:
    - Carry out partial or complete bath to ensure cleanliness and comfort.
    - Use proper clothing to keep the infant warm.
    - Perform cord dressing.
    - Encourage early, on demand and exclusive breastfeeding.
    - Ensure adequate hours of sleep.
    - Protect from the environmental hazards.
    - Discuss infant care with mother: cleanliness, handling, clotting, cord care, feeding, bonding, diapering, circumcision of nale infant, immunization, registration, and community resources.
    - Encourage early skin to skin contact, bonding and attachment.

CHEKLIST PEMERIKSAAN FISIK POST PARTUM

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Pre interaksi	Membaca basmalah		1					1	1	1	1
	Membaca catatan keperawatan		1					2	1	2	2
	Menyiapkan alat		1					2	1	2	2
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
Fase Orientasi	Mengucapkan salam		1					1	1	1	1
	Mengidentifikasi klien				3			2	1	6	6
	- Nama										
	- Umur										
	- Alamat										
	Memperkenalkan diri		1					1	1	1	1
	Menjelaskan tujuan dan prosedur			2				2	1	4	4
	Melakukan kontrak waktu dan tempat			2				1	1	2	2
	Memberi kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan di mulai		1					1	1	1	1
	Menutup pintu/tirai untuk privasi klien		1					2	1	2	2

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Fase Kerja	Menganjurkan klien buang air kecil sebelum melakukan tindakan		1					2	1	2	2
	Mengatur posisi yang nyaman dan anjurkan klien berbaring di tempat tidur dengan satu bantal di bagian kepala.		1					2	1	2	2
	Pemeriksaan Umum:				3			3	1	9	9
	- Kesadaran										
	- Tanda-tanda vital										
	- Keadaan Umum										
	Pemeriksaan Payudara:				3			3	2	18	18
	- Payudara										
	- Puting susu										
	- Stimulasi produksi ASI										
	Pemeriksaan abdomen:				3			3	2	18	18
	- Fundus uteri: kontraksi, posisi dan tinggi										
	- Stimulasi Kontraksi										
	- Diastasis rectus abdominis										
	Pengkajian Bladder		1					3	1	3	3
	Pengkajian bowel dan Hemoroid			2				3	1	6	6

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Pemeriksaan perineum				3			3	2	18	18
	- Perineum: Episiotomi (REEDA)										
	- Kebersihan										
	- Lochea										
	Pemeriksaan ekstremitas bawah:				3			3	2	18	18
	- Edema										
	- Tanda homan										
	- Varises										
	Memberikan pendidikan kesehatan pada klien		1					2	1	2	2
Terminasi	Menyimpulkan hasil pemeriksaan		1					1	1	1	1
	Melakukan evaluasi perasaan klien		1					1	1	1	1
	Memberikan reinforcement		1					1	1	1	1
	Melakukan rencana tindak lanjut		1					1	1	1	1
	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya		1					1	1	1	1
	Mengakhiri kegiatan dengan memberikan salam		1					1	1	1	1
	Melakukan Cuci Tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Mengucapkan hamdallah		1					1	1	1	1
Dokumentasi	- Identitas Klien: Nama, Umur, Alamat					4		3	1	12	12
	- Tindakan: Pemeriksaan umum, pemeriksaan payudara, abdomen, blader, bowel dan hemoroid, perineum, dan ekstremitas bawah - Hasil - Rencana tindak lanjut										
TOTAL										**143**	

Evaluator,

(.....)

MANAJEMEN LAKTASI DAN PIJAT OKSITOSIN

Oleh: **Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat**
Nur Azizah Indriastuti, Ns., M.Kep
Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah selesai kegiatan ini mahasiswa diharapkan mampu melakukan manajemen laktasi dan pijat oksitosin pada ibu post partum

Tujuan Instruksional Khusus :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan pentingnya pemberian ASI eksklusif
2. Mahasiswa mampu menjelaskan cara pemberian ASI
3. Mahasiswa mampu melakukan pendidikan kesehatan terkait pemberian ASI
4. Mahasiswa mampu melakukan pijat oksitosin

SKENARIO	*ASI saya belum keluar.....???*
	Seorang ibu, 25 tahun, N1P1A0, mengeluh kalau puting susunya datar dan ASInya belum keluar. Ibu tersebut cemas kalau tidak bisa memberikan ASI pada bayinya

Pertanyaan Minimal:

1. Bagaimana posisi menyusui yang benar?
2. Apa yang bisa dilakukan supaya puting susu tidak lecet?
3. Bagaimana cara menyendawakan bayi?

MANAJEMEN LAKTASI

1. Mitos Seputar Menyusui

Masyarakat masih banyak yang mempunyai anggapan bahwa menyusui akan menyebabkan tubuh ibu sukar kembali ke bentuk aslinya yang ramping, padahal timbunan lemak yang terjadi selama masa kehamilan justru lebih mudah lenyap karena digunakan dalam proses menyusui. Justru kalau tidak menyusui timbunan lemak akan menetap (Suradi, et al., 2004).

Masyarakat juga sering punya anggapan bahwa "penampilan" payudara akan berubah karena menyusui, padahal payudara berubah karena kehamilan bukan menyusui. Bagus dan tidaknya payudara juga berkaitan dengan usia dan faktor keturunan (Suradi, et al., 2004).

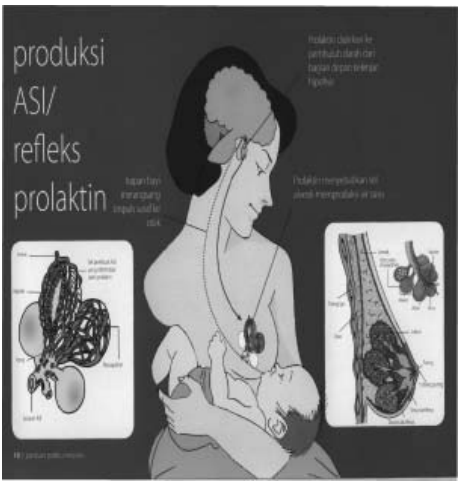
2. Fisiologi Laktasi

a. Fisiologi Laktasi

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluaran ASI (Suradi, et al, 2004). ASI diproduksi atas hasil kerja gabungan antar hormon dan refleks. Waktu bayi mulai menghisap ASI akan terjadi dua refleks yang menyebabkan ASI keluar pada saat yang tepat dengan jumlah yang tepat pula, yaitu refleks pembentukan/ produksi ASI atau refleks prolaktin yang dirangsang oleh hormone prolaktin dan refleks pengaliran/pelepasan ASI (*let down reflex*).

Kelenjar hipofisa bagian depan yang berada di dasar otak menghasilkan hormon prolaktin. Prolaktin akan merangsang kelenjar payudara untuk memproduksi ASI. Fungsi lain prolaktin adalah menekan fungsi indung telur (ovarium). Efek penekanan ini pada ibu yang menyusui secara eksklusif adalah memperlambat kembalinya fungsi kesuburan dan haid sehingga dapat menjarangkan kehamilan (Roesli, 2005)

Hormon lain yang berperan dalam proses laktasi adalah oksitosin. Hormon oksitosin berfungsi memacu kontraksi otot polos yang berada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga memeras ASI keluar. Fungsi lain oksitosin adalah memacu kontraksi otot rahim sehingga involusi rahim makin cepat dan baik (Suradi, et al., 2004).



Sumber: Roesli (2005)

3. Manfaat dan Keunggulan ASI

Setiap mamalia telah dipersiapkan dengan sepasang atau lebih payudara yang akan memproduksi susu untuk makanan bayi yang baru dilahirkannya. Susu setiap jenis mamalia berbeda dan bersifat spesifik untuk tiap spesies,

yaitu disesuaikan dengan keperluan, laju pertumbuhan, dan kebiasaan menyusuinya. Bayi manusia akan mencapai 2 (dua) kali berat lahirnya dalam waktu kurang lebih 6 (enam) bulan, sedangkan anak sapi hanya memerlukan waktu 6 (enam) minggu, sehingga dapat dimengerti bahwa komposis ASI dan susu sapi berbeda (Suradi, et al., 2004).

ASI bermanfaat bukan hanya untuk bayi saja, tetapi juga untuk ibu, keluarga dan Negara. Manfaat ASI bagi bayi adalah: ASI mengandung nutrisi yang lengkap dan seimbang bagi bayi sehingga ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi. ASI mampu meningkatkan daya tahan tubuh bayi karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang akan melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi bakteri, parasit, virus, dan jamur. Hasil penelitian di Brasil Selatan menunjukkan bayi yang diberi ASI eksklusif mempunyai resiko 14,2 kali lebih rendah terjadinya kemungkinan meninggal akibat diare (Roesli, 2005)

ASI dapat menyebabkan pertumbuhan sel otak bayi lebih optimal, terutama karena ASI mengandung taurin, laktosa dan asam lemak ikatan panjang (DHA, AA, omega-3, omega-6). Hasil penelitian Lucas (1993) terhadap 300 bayi premature membuktikan bahwa bayi-bayi premature yang diberi ASI eksklusif mempunyai IQ yang lebih tinggi secara bermakna (8,3 point lebih tinggi) dibanding bayi premature yang tidak diberi ASI. Riva (1997) menemukan bahwa bayi yang diberi ASI eksklusif, ketika berusia 9,5 tahun mempunyai tingkat IQ 12,9 point lebih tinggi dibanding anak yang ketika bayi tidak diberi ASI eksklusif (Roesli, 2005).

Manfaat lain pemberian ASI eksklusif bagi bayi adalah meningkatkan jalinan kasih sayang. Perasaan terlindung dan disayangi akan menjadi dasar perkembangan emosi bayi dan membentuk kepribadian yang percaya diri dan dasar spiritual yang baik. ASI juga dapat menunjang perkembangan motorik sehingga bayi ASI eksklusif akan lebih cepat bisa berjalan, dan mampu menunjang perkembangan kepribadian, kecerdasan emosional, kematangan spiritual, dan hubungan sosial yang baik. ASI dapat mengurangi resiko terkena penyakit diabetes mellitus, kanker pada anak, dan diduga mengurangi kemungkinan menderita penyakit jantung (Roesli, 2005).

Manfaat ASI bagi ibu yaitu: mengurangi perdarahan pasca melahirkan, mengurangi terjadinya anemia, menjarangkan kehamilan, mengecilkan rahim, ibu dapat lebih cepat langsing kembali, mengurangi resiko terjadinya kanker rahim dan payudara serta memberi kepuasan bagi ibu.

ASI juga bermanfaat bagi keluarga. Memberi ASI berarti menghemat pengeluaran (ekonomis), tidak merepotkan dan menghemat waktu (praktis)

sera portable atau mudah dibawa kemana – mana. ASI dapat diberikan kapan saja dan dimana saja dalam keadaan siap dimakan/diminum, serta dalam suhu yang selalu tepat (Roesli, 2005; Suradi, et al., 2004).

Manfaat ASI bagi Negara antara lain: menurunkan angka kematian dan kesakitan, mengurangi subsidi rumah sakit, dan meningkatkan kualitas generasi pebnerus bangsa. ASI dapat dianggap sebagai kekayaan nasional karena jika semua ibu menyusui, diperkirakan dapat menghemat devisa sebesar 8,6 milyar yang seharusnya dipakai untuk pembelian susu formula (Roesli, 2005; Suradi, et al., 2004).

4. Teknik Menyusui

Seorang ibu yang baru pertama kali mempunyai seorang bayi mungkin akan mengalami masalah ketika menyusui yang sebetulnya hanya karena belum tahu cara-cara yang sebenarnya sangat sederhana. Tenaga kesehatan seharusnya mengetahui bahwa menyusui itu merupakan proses alamiah, namun untuk mencapai keberhasilan menyusui diperlukan pengetahuan mengenai teknik-teknik menyusui yang benar.

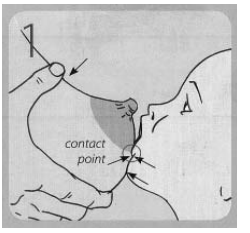
Cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri, atau berbaring. Menyusui bayi kembar secara bersamaan dilakukan dengan cara*doublefootball position*. Keberhasilan dalam menyusui memerlukan langkah – langkah menyusui yang benar. Adapun langkah – langkah tersebut adalah:

a. Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
b. Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara
   1) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.

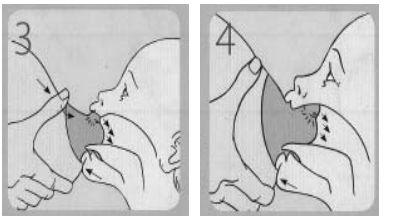
   2) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.

3) Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu, dan yang satu di depan.
4) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi)
5) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
6) Ibu menatap bayi dengan penuh kasih sayang

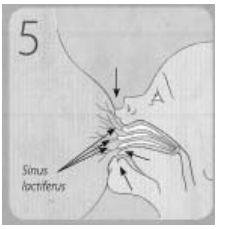
c. Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah.
d. Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (*rooting reflex*) dengan cara:
   1) Menyentuh pipi dengan puting susu
   2) Menyentuh sisi mulut bayi



e. Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan putting serta areola dimasukkan ke mulut bayi



1) Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit – langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola
2) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.



5. Rawat Gabung dalam Proses Laktasi

Rawat gabung adalah satu cara perawatan dimana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan bersama dalam sebuah ruang selama 24 jam penuh. Manfaat rawat gabung dalam proses laktasi sangat besar yang meliputi:

a. Aspek fisik

Bila ibu berada dekat dengan bayinya maka ibu dapat dengan mudah menjangkau bayinya dan menyusui setiap saat, kapan saja bayinya menginginkan (*nir-jadwal*).Menyusui dini dapat merangsang kolostrum untuk segera keluar.

b. Aspek fisiologis

Bila ibu dekat dengan bayi, maka bayi dapat disusui dengan frekuensi lebih sering. Proses ini merupakan proses fisiologis yang alami, sehingga bayi mendapatkan nutrisi alami yang terbaik.

c. Aspek psikologis

Rawat gabung menyebabkan terjalinnya proses lekat (*early infant-mother bonding*) ibu dan bayi akibat sentuhan badaniah antara ibu dan bayinya. Hal ini sangat mempengaruhi perkembangan psikologis bayi selanjutnya, karena kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi mental yang mutlak dibutuhkan oleh bayi.Bayi yang merasa aman terlindungi merupakan dasar terbentuknya rasa percaya diri di kemudian hari.

d. Aspek edukatif

Rawat gabung memfasilitasi ibu untuk mendapatkan pengalaman yang berguna, yaitu mampu menyusui serta merawat bayinya sepulang dari rumah sakit karena selama di rumah sakit, ibu akan melihat, belajar dan mendapat bimbingan bagaimana cara menyusui yang benar,

memandikan bayi, merawat tali pusat, dll. Rawat gabung juga dapat menjadi sarana pendidikan bagi keluarga, terutama suami dengan mengajak suami membantu isteri dalam proses belajar menyusui. Suami akan termotivasi untuk memberi dukungan moral bagi isterinya agar mau menyusui bayinya.

e. Aspek ekonomi
   Pemberian ASI dapat dilakukan sedini mungkin melalui rawat gabung. Bagi rumah bersalin pemerintah, hal tersebut merupakan suatu penghematan anggaran pengeluaran untuk pembelian susu formula, botol susu, dot, serta peralatan lain yang dibutuhkan. Beban petugas kesehatan menjadi lebih ringan karena ibu berperan lebih besar dalam merawat bayinya. Lama perawatan ibu lebih pendek karena involusi rahim terjadi lebih cepat dan memungkinkan tempat tidur digunakan oleh pasien lain.
f. Aspek medis
   Pelaksanaan rawat gabung dapat mencegah infeksi nosokomial. Perubahan fisik atau perilaku bayi dapat diketahui lebihj cepat dan ibu deapat menanyakan kepada petugas kesehatan apabila didapatkan hal yang dianggap tidak wajar.

6. ASI dan Ibu Bekerja

Bekerja bukan merupakan alasan untuk menghentikan pemberian ASI secara eksklusif setelah ibu menjalani cuti hamil selama 3 (tiga) bulan.Idealnya setiap tempat kerja yang memperkerjakan perempuan menyediakan fasilitas yang dapat dimanfaatkan ibu untuk penitipan bayi maupun tempat untuk memerah ASI (Pojok Laktasi).Namun, bila tidak memungkinkan, Ibu tetap bisa memberikan ASI kepada bayinya dengan ASI perah atau ASI pompa.

Manfaat pemerahan ASI antara lain: bayi akan tetap mendapat ASI saat ibunya kembali bekerja, menghilangkan bendungan ASI, menjaga kelangsungan persediaan ASI pada saat ibu sakit atau bayi sakit, menghilangkan perembesan ASI, memudahkan bayi minum bila ASI terlalu banyak, dan untuk memberi minum bayi dengan berta lahir rendah atau bayi sakit yang belum dapat langsung menyusu pada ibu karena terlalu lemah.

7. Pengeluaran ASI

Pengeluaran ASI berguna untuk ibu bekerja yang akan meninggalkan bayinya di rumah, ASI yang merembes karena payudara penuh, bayi yang

mempunyai masalah menghisap (BBLR), menghilangkan bendungan atau memacu produksi ASI. Pengeluaran ASI dapat dilakukan dengan dua cara yaitu:

a. Pengeluaran dengan tangan

   Cara ini lazim digunakan karena tidak membutuhkan sarana dan lebih mudah.

   1) Ibu diminta mencuci tangan sampai bersih
   2) Ibu atau keluarganya menyiapkan cangkir/gelas bertutup yang telah dicuci dengan air mendidih
   3) Ibu melakukan massase atau pemijatan payudara dengan kedua telapak tangan dari pangkal kea rah areola. Ibu diminta mengulngi pemijatan ini pada sekeliling payudara secara merata.
   4) Pesankan kepada ibu untuk menekan daerah areola kea rah dada dengan ibu jari di sekitar areola bagian atas dan jari telunjuk pada sisi areola yang lain.
   5) Peras areola dengan ibu jari dan jari telunjuk, jangan memijat/ menekan putting karena dapat menyebabkan nyeri/lecet
   6) Minta ibu mengulangi tekan-peras-lepas-tekan-peras-lepas. Pada mulanya ASI tidak keluar, jangan berhenti, setelah beberapa kali maka ASI akan keluar.
   7) Pesankan kepada ibu agar mengulangi gerakan ini pada sekeliling areola dari semua sisi sehingga yakin bahwa ASI telah diperas dari semua segmen payudara.

b. Pengeluaran dengan pompa

   Payudara bengkak/terbendung dan putting susu terasa nyeri, maka akan lebih baik bila ASI dikeluarkan dengan pompa payudara, dengan memberikan kompres hangat terlebih dahulu. Pengeluaran asi dengan pompa baik digunakan bila ASI benar-benar penuh, tetapi pada payudara yang lunak akan lebih sukar.

8. Penyimpanan ASI

ASI yang dikeluarkan dapat disimpan untuk beberapa saat, namun ada perbedaan lamanya penyimpanan terkait dengan tempat penyimpanan. Di udara terbuka/bebas, ASI mampu bertahan dalam waktu 6 – 8 jam. Di lemari es (suhu 4°C), ASI mampu bertahan selama 24 jam, sedangkan di lemari pendingin/*freezer* (suhu – 18°C), ASI mampu bertahan selama 6 bulan.

ASI yang telah didinginkan tidak boleh direbus bila akan diminumkan, karena kualitasnya akan menurun. ASI tersebut cukup didiamkan beberapa saat di dalam suhu kamar agar tidak terlalu dingin atau dapat pula direndam di dalam wadah yang telah berisi air panas.

9. "Ayah Menyusui"

Menurut Utami Roesli (2005), ayah merupakan bagian yang vital dalam keberhasilan atau kegagalan menyusui. Pendapat yang salah dari para ayah bahwa menyusui adalah urusan ibu dan bayinya merupakan salah satu factor kegagalan menyusui. Ayah mempunyai peran yang sangat menentukan dalam keberhasilan menyusui karena ayah akan turut menentukan kelancaran pengeluaran ASI (*let down reflex*) yang sangat dipengaruhi oleh keadaan emosi atau perasaan ibu.

Ayah dapat berperan aktif dalam keberhasilan pemberian ASI. Ayah cukup memberikan dukungan emosional dan bantuan-bantuan yang praktis seperti menyedawakan bayi, mengendong bayi dan menenangkan bayi yang gelisah, mengganti popok, memandikan bayi, membawa jalan-jalan ke taman, memberikan ASI perah, dan memijat bayi.

10. Lama dan Frekuensi Menyusui

Sebaiknya menyusui bayi berdasar (*on demand*), karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (misal: kencing) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5 –7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusu dengan jadwal yang tak teratur dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1 –2 minggu kemudian.

Menyusui yang dijadwal akan berakibat kurang baik karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Dengan menyusui sesuai kebutuhan bayi akan mencegah banyak masalah yang mungkin timbul. Menyusui pada malam hari sangat berguna bagi ibu yang bekerja karena dengan sering disusukan pada malam hari akan memacu produksi ASI dan juga dapat mendukung keberhasilan menunda kehamilan. Untuk menjaga keseimbangan besarnya kedua payudara maka sebaiknya setiap kali menyusui harus dengan kedua payudara dan diusahakan sampai payudara terasa kosong agar produksi ASI lebih baik. Setiap menyusui dimulai dengan payudara yang terakhir disusukan. Selama menyusui sebaiknya menggunakan Bra yang menyangga payudara, tetapi tidak terlalu ketat atau justru menekan payudara.

REFERENSI

Pilliteri, A. (2003). *Maternal & child health nursing: care of the childbearing family*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott

Reeder, S.J., Martin, L.L., & Koniak, D. (1999).*Maternity nursing, family, newborn & women health*. Philadelphia: Lippincott

Roesli, U. (2005). *Mengenal ASI eksklusif*. Jakarta: Trubus Agriwidya

Roesli, U. (2005). *Panduan praktis menyusui, dukung bunda memberikan yang terbaik bagi si buah hati*. Jakarta: Puspa Swara

Suradi, R., Kristina, H., Sidi, I.P.S., Masuara, S.(2004). *Bahan bacaan manajemen laktasi*. Cetakan ke-2. Jakarta: Program manajemen laktasi perkumpulan perinatologi Indonesia

Swasono, M.H. (1998). *Kehamilan, kelahiran, perawatan ibu dan bayi dalam konteks budaya*. Jakarta: UI Press

CHEKLIST PENILAIAN MANAJEMEN LAKTASI

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Pre interaksi	Membaca basmalah		1					1	1	1	1
	Membaca catatan keperawatan		1					2	1	2	2
	Menyiapkan alat		1					2	1	2	2
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
Fase Orientasi	Mengucapkan salam		1					1	1	1	1
	Mengidentifikasi klien				3			1	1	3	3
	- Nama										
	- Umur										
	- Alamat										
	Perkenalkan diri		1					1	1	1	1
	Menjelaskan tujuan dan prosedur			2				1	1	2	2
	Kontrak waktu dan tempat			2				1	1	2	2
	Memberikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai		1					1	1	1	1
	Menutup pintu/tirai untuk privasi klien		1					1	1	1	1
Fase Kerja	Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya		1					3	1	3	3

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara:				3			3	1	9	9
	a. Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.										
	b. Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu										
	c. Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu, dan yang satu di depan										
	Pastikan posisi bayi benar:					4		3	2	24	24
	a. Telinga dan bahu bayi terletak pada satu garis lurus										
	b. Wajah bayi menghadap payudara ibu dan hidungnya berhadapan dengan puting ibu										
	c. Badan bayi dekat dengan badan bayi										
	d. Ibu menatap bayi dengan penuh kasih saying										

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Pastikan cara menyangga payudara ibu benar:				3			2	2	12	12
	a. Jari – jari diletakkan pada dinding dada di bawah payudara										
	b. Jari telunjuk menyangga payudara										
	c. Ibu jari diatas payudara, dan jari – jari ibu tidak boleh terlalu dekat dengan putting										
	Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan menyentuh bibir bayi dengan putting ibu		1					3	1	3	3
	- Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan putting serta areola dimasukkan ke mulut bayi				3			2	2	12	12
	- Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit – langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola										
	- Setelah bayi mulai menghisap, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.										

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Pastikan pelekatan bayi benar:					4		3	1	12	12
	- Tampak lebih banyak *aerola* diatas bibir										
	- Mulut bayi terbuka lebar										
	- Bibir bawah bayi terputar/terlipat keluar										
	- Dagu bayi menempel pada payudara										
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
	Melakukan pendidikan kesehatan:			2				2	1	4	4
	- Makanan/nutrisi yang penting untuk ibu menyusui sayuran hijau (daun katuk dsb)										
	- anjuran untuk menyusui sesuai ajaran islam yaitu sampai bayi berumur 2 tahun										
Terminasi	Menyimpulkan hasil tindakan yang telah dilakukan		1					1	1	1	1
	Evaluasi perasaan klien		1					1	1	1	1
	Memberikan reinforcement		1					1	1	1	1
	Melakukan rencana tindak lanjut		1					1	1	1	1
	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya		1					1	1	1	1
	Memberikan salam		1					1	1	1	1
	Hamdalah		1					1	1	1	1

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Dokumentasi	- Identitas Klien: Nama, Umur, Alamat					4		3	1	12	12
	- Tindakan										
	- Hasil										
	- Rencana tindak lanjut										
TOTAL										**120**	

Evaluator,

(.....)

PIJAT OKSITOSIN

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan padasepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenamdan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Biancuzzo, 2003; Indiyani, 2006; Yohmi & Roesli, 2009).

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau *reflex let down*. Selain untuk merangsang *refleks let down* manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan *hormone oksitosin*, merangsang kontraksi uterus, dan mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Depkes RI, 2007).

1. Pijat oksitosin adalah tindakan yang dilakukan oleh suami atau keluarga pada ibu menyusui yang berupa *back massage* pada punggung ibu untuk meningkatkan pengeluaran hormon oksitosin. Pijat oksitosin yang dilakukan oleh suami akan memberikan kenyamanan pada ibu sehingga akan memberikan kenyamanan pada bayi yang disusui. Adapun cara kerjanya sebagai berikut (Suherni, dkk, 2007):
2. Memberitahu ibu, membantu ibu secara psikologis
3. Membangkitkan rasa percaya diri
4. Membantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya
5. Menstimulir putting susunya, dengan menarik secara pelan-pelan dan memutar putting susu dengan jari-jarinya.
6. Mengusap ringan payudara
7. Ibu duduk bersandar kedepan melipat lengan diatas meja didepannya dan meletakkan kepalanya diatas lengannya.
8. Payudara tergantung lepas tanpa baju dan BH
9. Mengoleskan minyak zaitun, minyak kelapa atau baby oil
10. Suami menggosoki kedua sisi tulang belakang dengan menggunakan kepalan tinju kedua tangan dan ibu jari menghadap kearah atas/depan.
11. Suami menekan dengan kuat, membentuk lingkaran kecil dengan kedua ibu jarinya

    Suami menggosok kearah bawah dikedua sisi tulang belakang, pada saat yang sama, dari leher kearah tulang belikat selama 2 atau 3 menit.

CHEKLIST PENILAIAN PIJAT OKSITOSIN

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Pre interaksi	Membaca basmalah		1					1	1	1	1
	Membaca catatan keperawatan		1					2	1	2	2
	Menyiapkan alat		1					1	1	1	1
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
Fase Orientasi	Beri salam		1					1	1	1	1
	Mengidentifikasi klien		1					2	1	2	2
	- Nama										
	- Umur										
	- Alamat										
	Perkenalkan diri		1					1	1	1	1
	Menjelaskan tujuan dan prosedur			2				1	1	2	2
	Kontrak waktu dan kegiatan		1					1	1	1	1
	Memberikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai		1					1	1	1	1
	Menutup pintu/tirai untuk privasi klien		1					2	1	2	2

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Fase Kerja	Melepaskan baju ibu bagian atas		1					2	1	2	2
	Memposisikan ibu duduk rileks bersandar kedepan, tangan dilipat diatas meja dengan kepala diletakkan diatasnya dan payudara dibiarkan menggantung tanpa BH			2				3	2	12	12
	Memasang handuk di pangkuan ibu		1					2	1	2	2
	Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak kelapa,minyak zaitun atau baby oil		1					3	1	3	3
	Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan ibu jari (dua kepalan tangan dengan ibu jari menghadap kedepan) dari 3 jari dibawah punuk ibu hingga sebatas tali BH dengan membentuk gerakan melingkar kecil-kecil selama 15-30 menit			2				3	3	18	18
	Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian			2				2	1	4	4
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
	Memberikan pendidikan kesehatan		1					2	1	2	2
	Nutrisi/makanan yang dapat memperbanyak produksi ASI										

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Terminasi	Menyimpulkan hasil tindakan yang telah dilakukan		1					1	1	1	1
	Evaluasi perasaan klien		1					1	1	1	1
	Memberikan reinforcement		1					1	1	1	1
	Melakukan rencana tindak lanjut		1					1	1	1	1
	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya		1					1	1	1	1
	Memberikan salam		1					1	1	1	1
	Mengucapkan Hamdalah		1					1	1	1	1
Dokumentasi	- Identitas Klien: Nama, Umur, Alamat										
	- Tindakan										
	- Hasil						5	1	1	5	5
	- Rencana tindak lanjut										
	- Nama dan paraf										
TOTAL											**75**

Evaluator,

(.....)

PARTOGRAF

Oleh: **Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat**
Yuni Astuti, Ns., M.Kep., Sp.Mat

Tujuan Instruksional Umum:
Setelah menyelesaikan kegiatan ini mahasiswa dharapkan mampu menggunakan partograf pada ibu bersalin.

Tujuan Instruksional Khusus:
1. Mahasiswa mampu menjelaskan partograf
2. Mahasiswa mampu mengetahui fungsi partograf
3. Mahasiswa mampu menggunakan partograf

SKENARIO

Seorang ibu usia 28 tahun, G2P1A0 hamil aterm datang ke IGD maternal jam 10.00 wib karena mengeluhkan nyeri pada perut menjalar ke punggung. Ibu mengatakan mules sejak jam 3 pagi. Rasa nyeri dirasakan setiap ada kontraksi. Hasil pemeriksaan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 74 x/menit, DJJ 148 x/menit, suhu 36,3^{0}C, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Hasil pemeriksaan dalam pembukaan Ø 7 cm, kepala di hodge 2, dan selaput ketuban masih utuh. Ibu mendapatkan drip oksitosin 5 unit dalam 500 ml RL dengan 28 tpm.

Pertanyaan Minimal:
1. Bagaimana memantau kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf?

Partograf

Partograf merupakan alat bantu yang digunakan untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan untuk mendeteksi penyimpangan dari keadaan normal seperti persalinan lama dan persalinan macet secara dini sehingga penyulit – penyulit persalinan dapat dicegah. Partograf dicatat mulai fase aktif yakni pembukaan 4 cm dan dituliskan pertama kali pada garis waspada.

Pengamatan yang dicatat pada partograf:
1. Informasi ibu
   Catat nama, umur, gravid, para, dan abortus (keguguran). Kemudian catat pula nomor rekam medik, tanggal dan waktu mulai dirawat harus dicatat

dan waktu mulai terasa mulas dan pecahnya selaput ketuban juga perlu dicatat.

2. Kemajuan persalinan
   a. Pembukaan servik
      Pembukaan servik diperiksa dengan pemeriksaan dalam atau vaginal touché setiap 4 jam kecuali terdapat kontraindikasi, namun pada persalinan yang sudah lanjut pemeriksaan dalam lebih sering dilakukan khususnya pada ibu multipara. Pencatatan pada partograf dimulai dari fase aktif yakni pembukaan serviks **4 cm** dengan memberikan tanda silang "X" dan dimulai pada garis waspada, saat pertama kali pencatatan pada partograf.

   b. Penurunan bagian terbawah janin
      Pada kondisi persalinan normal dilatasi servik selalu diikuti dengan penurunan bagian terbawah janin, namun pada beberapa kasus penurunan bagian terbawah baru terjadi saat pembukaan servik mencapai 7 cm. Pada lembar partograf berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai.
      Penurunan bagian terbawah janin dilakukan dengan pengukuran pada dinding abdomen lebih nyaman bagi ibu dibandingkan dengan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*). Pengukuran dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (per limaan). Bagian diatas simfisis merupakan proporsi yang belum masuk pintu atas panggul (PAP) dan sisanya (tidak teraba) menunjukkan sejauh mana bagian terbawah janin telah masuk ke dalam rongga panggul. Penurunan bagian terbawah janin dengan metode lima jari (perlimaan) adalah:
      - 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisi pubis
      - 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
      - 3/5 jika sebagian (3/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
      - 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada diatas simfisi pubis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan)
      - 1/5 jika hanya 1 dari 5 masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul

- 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul

c. Kontraksi/His

Pemeriksaan kontraksi dilakukan setiap 60 menit pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif. Secara hati – hati letakkan tangan penolong di atas uterus dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi selama kurun waktu 10 menit, his diukur dalam detik dari permulaan his terasa sampai hilang. Dibawah garis waktu terdapat 5 kotak kosong melintang sepanjang partograf yang pada sisi kirinya tertulis his/10 menit. Satu kotak menggambarkan 1 his, jika terdapat 3 kali his makan 3 kotak yang diarsir. Ada 3 cara mengarsir lama his, yakni:

- Lamanya his kurang dari 20 detik → kotak diisi dengan titik – titik
- Lamanya his 20 – 40 detik → kotak diisi dengan garis miring/arsiran
- Lamanya his lebih dari 40 detik → kotak dihitamkan

3. Kondisi janin

a. Denyut jantung janin (DJJ)

Denyut jantung janin paling tepat didengarkan segera setelah fase his terkuat lewat, **BUKAN** saat terjadi kontraksi/his. DJJ didengarkan selama 1 menit setiap 30 menit dan satu kotak menggambarkan 30 menit. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas dan bersambung. Kisaran normal DJJ yakni 120 – 160 x/menit. DJJ lebih dari 160 x/menit yakni takikardi sedangkan DJJ kurang dari 120 x/menit bradikardi dapat mengindikasi adanya gawat janin.

b. Selaput air ketuban

Keadaan air ketuban dapat membantu menentukan keadaan janin. Catat temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ dengan menggunakan lambang – lambang sebagai berikut:

- U : selaput ketuban masih utuh (belum pecah)
- J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
- D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- K : selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

Pengamatan ini dilakukan setiap kali periksa dalam, jika saat pemeriksaan ditemukan cairan ketuban bercampur mekonium kental atau air ketuban tidak ada maka dengarkan DJJ lebih sering (15 menit) karena hal ini merupakan tanda gawat janin.

c. Molase kepala janin

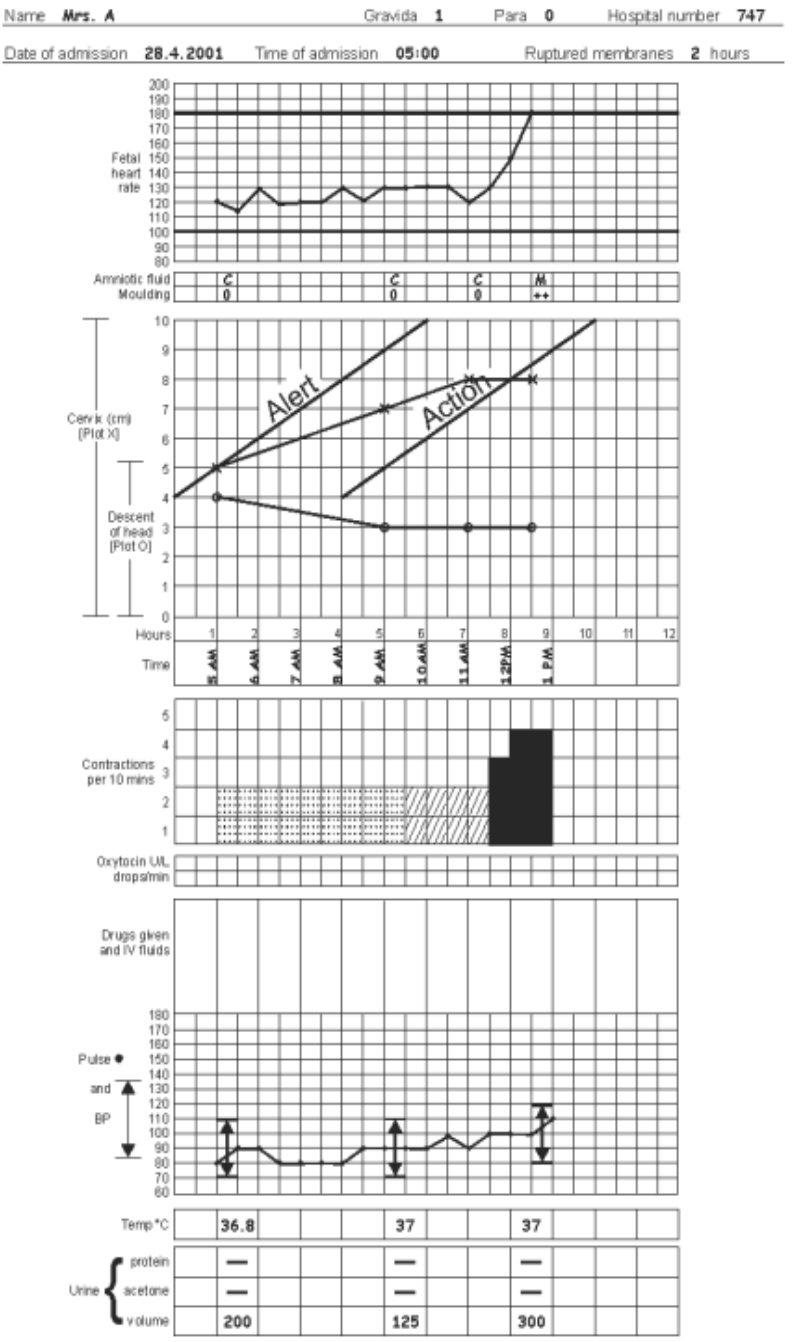
Penyusupan atau molase merupakan indicator seberapa jauh kepala janin dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat molase atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko DKP (disproporsi kepala panggul). Molase diperiksa setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, catat temuan yang ada pada kotak di bawah lajur air ketuban dengan lambing – lambing sebagai berikut:

- 0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 : tulang – tulang kepala janin saling bersentuhan
- 2 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 3 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

4. Kondisi ibu

Catat kondisi ibu pada bagian akhir partograf di halaman depan selama fase aktif.

a. Nadi ibu → nilai dan catat setiap 30 menit selama fase aktif persalinan, beri tanda (**.**) pada kolom waktu yang sesuai.
b. Tekanan darah ibu → nilai dan catat tekanan darah setiap 4 jam selama fase aktif persalinan, monitor lebih sering jika diduga ada penyulit, berikan tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
c. Suhu ibu → catat dan nilai setiap 4 jam selama fase aktif, atau lebih sering jika diduga ada peyulit.
d. Urin → ukur dan catat urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton dan proteon dalam urin.
e. Obat – obatan dan cairan intravena → catat obat dan cairan intravena yang diberikan pada ibu pada kolom yang tersedia
f. Pemberian oksitosin → catat titrasi oksitosin diatas kolom cairan intravena dan obat – obatan apabila ibu memperoleh terapi oksitosin.



Source: Maternal and Neonatal Health (MNH) Program. 2002. MNH Program Evaluation of MNH Clinical Training for Service Providers. MNH Program: Baltimore, MD. Draft.

Contoh partograf:

Referensi:

JNPK-KR. Pelatihan klinik asuhan persalinan normal: Asuhan esensial, pencegahan dan penanggulangan segera komplikasi persalian dan bayi baru lahir. Jakarta.

CEKLIST PENILAIAN PARTOGRAF

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critically	Difficult	Score	
		0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Actual (RxCxD)	Maxi Score
Fase Kerja Observasi Fase Aktif	Melakukan pencatatan waktu pemeriksaan					4		3	2	24	24
	Melakukan pencatatan denyut jantung janin					4		3	2	24	24
	Melakukan pencatatan kondisi ketuban					2		3	2	12	12
	Melakukan pencatatan pembukaan serviks					2		3	3	18	18
	Melakukan pencatatan pemberian oksitosin **jika klien memperoleh oksitosin*					1		3	1	3	3
	Melakukan pencatatan penurunan kepala					2		3	2	12	12
	Melakukan pencatatan kontraksi uterus					4		3	3	36	36
	Melakukan pencatatan pemberian cairan intravena/ obat					1		3	1	3	3
	Melakukan pencatatan tekanan darah ibu					2		3	1	6	6
	Melakukan pencatatan nadi ibu					4		3	1	12	12
	Melakukan pencatatan temperatur tubuh ibu					2		3	1	6	6
	Melakukan pencatatan produksi urin					1		3	1	3	3
TOTAL										**159**	

Evaluator

(.....)

6. PANDUAN PRAKTIKUM BIOMEDIS

SISTEM REPRODUKSI MASCULINA
(ORGANA GENITALIA MASCULINA)

dr. Risal Andi K

A. Tujuan Umum :

Setelah mengikuti praktikum ini mahasiswa dapat mengetahui struktur anatomi organ penyusun sistem reproduksi masculina (organa genitalia masculina)

B. Tujuan Khusus :

Setelah mahasiswa mengikuti praktikum ini, mahasiswa diharapkan dapat memahami dan mengidentifikasi bangunan anatomi pada organa genitalia masculina externa dan organa genitalia masculina interna

C. Petunjuk Identifikasi

ORGANA GENITALIA MASCULINA

Organa genitalia masculina terdiri atas :

1. Organa genitalia masculina externa
   - *scrotum*
   - *penis*
2. Organa genitalia masculina interna
   - *testis, epipidymis,*
   - *ductus deferens, dustus ejaculatorius, urethrae*
   - *vesicula seminalis (glandula seminalis), prostata*
   - sperma atau semen terdiri atas spermatozoa (dihasilkan oleh testis), getah dari glandula seminalis dan prostata.
   - Aliran spermatozoa (dan sperma) : tubuli seminiferi contorti → tubuli seminiferi recti → rete testis → ductus eferentes testis → ductus epididymidis → ductus deferens → ductus ejaculatorius → urethra pars prostatica

SCROTUM

- berbentuk kantong yang berisi *testis, epididymis, funiculus spermaticus* dan selubungnya
- dinding : *kulit*
- *fascia superficialis : m. dartos (tunica dartos)*
- *septum scroti* (diantara kedua testis)
- *raphe scroti* berlanjut menjadi *raphe penis dan raphe perinei*

Arteria :

- kulit dan m. dartos : r. perinealis a. pudenda interna, r. pudenda extera a. femoralis, r. cremastericus a. epigastrica inferior

PENIS

Penis terbagi atas :

1. Pars fixa = *radix penis*
   - melekat pada pelvis dalam spatium perinei superficialis, terdiri atas :
     a. 2 crura penis, melekat pada *ramus inferior ossis pubis* dan berlanjut menjadi *corpus cavernosum penis*
     b. bulbus penis, melekat pada fascia diafragma urogenital inferior ditembus oleh *urethrae*. Berlanjut sebagai *corpus spongiosum penis*
2. Pars libera
   - bagian yang menggantung bebas yang terdiri atas *: corpus penis dan glans penis*
   - corpus penis berbentuk batang, terdapat : *raphe penis, dorsum penis (facies dorsalis), facies urethralis*
   - *glans penis* berbentuk kerucut yang melekat pada ujung corpus penis, dengan bangunan : *corona glandis, collum glandis, preputium penis, frenulum preputii*

Pada potongan melintang penis tampak :

1. 2 buah *corpora cavernosa penis*
   - diantaranya *: septum penis*
   - dibagi oleh *trabeculae* menjadi *cavernae*, didalamnya terdapat arteria dan saraf
2. 1 buah *corpus spongiosum penis(corpus cavernosa urethrae)*
3. 1 buah *corpus cavernosum glandis*
   - lanjutan dari corpus cavernosum urethrae dan menutupi ujung corpora cavernosa penis
   - *septum glandis* : tempat perlekatan frenulum preputii

Penggantung penis :

1. lig. Fundiforme penis , mengelilingi penis dan berlanjut menjadi septum scroti
2. lig. Suspensorium penis, dari symphisis pubis ke fascia penis profunda

Vaskularisasi : a. bulbi penis, *a. profundae penis,* dan *a. dorsalis penis*

TESTIS

- berbentuk bulat panjang, terdapat dalam *scrotum*
- penghasil spermatozoa (oleh tubuli seminiferi) dan hormon testoteron (oleh sel interstitial / sel dari Leydig)

Bangunan-bangunannya :

- *Extremitas superior*
- *Extremitas inferior*
- *Margo anterior*
- *Margo posterior*
- *Facies lateralis*
- *Facies medialis*

EPIDIDYMIDIS

- merupakan tempat pematangan spermatozoa,
- yang menempel pada margo posterior testis, menutupi facies lateralis

Terdiri atas :

- *caput epididymidis*
- *corpus epididymidis*
- *cauda epididymidis,* berlanjut ke *ductus deferens*

Saluran sperma :

- ductuli eferentes testis, ductus abberans → ductus epididymidis → ductus deferens

Vaskularisasi testis dan epididymidis:

a. testicularis, a. ductus deferentisa. spermatica externa

DUCTUS DEFERENS

- mulai dari *cauda epididymidis sampai ductus ejaculatorius*
- dikelilingi oleh *plexus pampiniformis* membentuk *funiculus spermaticus*
- bagian distal melebar *:ampula ductus deferentis*

DUCTUS EJACULATORIUS

- mulai dari caudal ampula ductus deferens, sampai setelah ductus excretorius vesicula seminalis bermuara ke dalamnya
- bermuara pada *colliculus seminalis* pada *urethrae pars prostatica*

GLANDULA SEMINALIS (VESICULA SEMINALIS)

- sebagai glandula apokrin yang mengeluarkan semen
- terdiri atas pipa berkelok-kelok yang terbungkus jaringan fibrosa dan otot polos
- bagian atasnya tertutup *peritoneum*
- ductus excretoriusnya bermuara ke dalam ductus deferens

Vaskularisasi :

- a. ductus deferentis anastomosis dengan a. testicularis
- a. vesicalis inferior
- a. rectalis (hemorrhoidalis) media

FUNICULUS SPERMATICUS

- merupakan bangunan-bangunan yang menuju dan meninggalkan testis

Funiculus spermaticus berisi :

1. *ductus deferens*
2. *arteria :*
    - *a. testicularis* cabang dari aortae
    - a. ductus deferentis a. vesicalis inferior
    - a. cremasterica a. epigastrica inferior (m. cremaster)

GLANDULA PROSTATA

- berbentuk conus, yang terletak di sebelah inferior vesicae urinaria,
- menghasilkan getah alkalis, dengan 2 ductus excretorius yang bermuara ke dalam *sinus prostaticus*
- ditembus oleh *pars prostata urethrae*

Vaskularisasi berasal dari : a. vesicalis inferior dan a. rectalis superior

SISTEM REPRODUKSI FEMININA
(ORGANA GENITALIA FEMININA)

dr. Risal Andi K

A. Tujuan Umum :

Setelah mengikuti mata praktikum ini mahasiswa diharapkan mampu mengetahui struktur anatomi organ penyusun sistem reproduksi feminina (organa genitalia feminina)

B. Tujuan Khusus :

Setelah mahasiswa mengikuti praktikum ini, mahasiswa diharapkan dapat memahami dan mengidentifikasi bangunan anatomi pada organa genitalia feminina externa dan organa genitalia feminina interna

C. Petunjuk Identifikasi

ORGANA GENITALIA FEMININA

Organa genitalia Feminina terdiri atas :

1. Organa genitalia feminina externa
   - Mons Pubis
   - Labium majus
   - Labium minus
   - Vestibulum vaginae
   - Clitoris
   - Bulbus vestibule
   - Glandula vestibularis major (Gld. Bartholini)

2. Organa genitalia feminina interna
   - Ovarium
   - Tuba uterina / Tuba Fallopii / Salphynx
   - Uterus / Hystera
   - Vagina

Organa Genitalia Feminina Externa

1. Mons Pubis : peninggian membulat jaringan lemak didepan symphisis pubis. Pada gadis dewasa ditumbuhi pubes (rambut kemaluan) yang merupakan salah satu tanda kelamin sekunder.
2. Labium majus:
   - Ada 2 kanan dan kiri, keduanya membatasi celah rima pudendi.

- Di depan dihubungkan oleh commisura labiorum anterior.
- Di belakang dihubungkan oleh commisura labiorum posterior.
- Mengandung akhiran ligamentum teres uteri , otot polos, saraf dan lemak.

3. Labium minus :
   - Ke dorsocaudal kedua labium minus dihubungkan oleh frenulum labiorum minorum.
   - Ke ventrocranial kedua labium minus berhubungan dan membentuk preputium clitoridis dan frenulum clitoridis.
4. Vestibulum vaginae : yaitu ruangan yang sebelah lateral dibatasi oleh labium minus, sebelah ventrocranial oleh frenulum clitoridis dan dorsocaudal oleh frenulum labiorum pudendi. Disini terdapat lubang - lubang :
   - ostium urethrae externum
   - ostium vaginae
   - muara gld. Vestibularis major , di kanan kiri ostium vaginae
   - muara gld. Vestibularis minor, diantara ostium urethrae externum dan ostium vaginae.
   - muara gld. Paraurethralis, di kanan kiri ostium urethrae externum.

   Dibagian bawah terdapat cekungan fossa vestibuli / fossa navicularis.
5. Clitoris, homolog dengan penis , mengandung jaringan erektil.
6. Bulbus vestibuli , jaringan erektil pada sisi ostium vagina dan ditutup oleh m. bulbospongiosus. Homolog dengan bulbus penis pada pria.
7. Glandula vestibularis major (Gld. Bartholini), dibelakang bulbus vestibuli.
8. Vascularisasi :
   - a. pudenda externa
   - a. pudenda interna
   - a. profunda clitoridis dan a. dorsalis clitoridis
   - a. vaginalis anterior.

.

Organa Genitalia Feminina Interna

1. Ovarium:
   - terdapat dalam fossa ovarica dengan aksis hampir vertikal. Fossa ovarica adalah cekungan yang dibatasi disebelah dorsal oleh ureter dan a. hypogastrica, sebelah ventral oleh a. umbilicalis dan cranial oleh a. iliaca externa.

- Terdiri dari 2 lapisan yaitu cortex dan medulla. Didalam medulla inilah terdapat folliculi dan corpus luteum.
- Mempunyai facies lateralis, extremitas tubaria, extremitas uterina, margo mesovaricus dan margo libera.
- Penggantung : ligamentum suspensorium ovarii (dari extremitas tubaria ke kranial) , ligamentum ovarii proprium (dari extremitas uterina ke corpus uteri) dan mesovarium.
- Vascularisasi : a. ovarica dan r. ovaricus a. uterina.

2. Tuba uterina / Tuba Fallopii / Salphynx
   Dibagi menjadi 4 bagian :
   a. Pars uterina tubae uterinae : dalam dinding uterus, berawal sebagai ostium uterinum tubae.
   b. Isthmus tubae uterinae : bagian tersempit.
   c. Ampula tubae uterinae : bagian yang melebar, didinding tipis.
   d. Infundibulum : bangunan berbentuk corong, berakhir sebagai ostium abdominale tubae uterinae yang disekitarnya terdapat fimbriae tubae. Salah satu fimbriae melekat pada ovarium disebut dengan fimbria ovarica.

   Vascularisasi : rr. Tubarii a. uterina dan cabang a. ovarica
   Penggantung : mesosalpinx, bagian dari ligamentum latum mulai dari perlekatan mesovarium sampai tepi bebasnya. Didalamnya terdapat cabang vasa ovarica, cabang vasa uterina , paroophoron (sisa bagian distal ductus mesonephridicus) dan epoophoron (sisa tubulus mesonephridicus).
3. Uterus / Hystera
   Berbentuk seperti buah jambu tetapi agak pipih dan terdiri dari bagian - bagian :
   a. cervix uteri : bagian dalamnya terdapat canalis cervicis yang berpangkal di ostium uteri externa dan berakhir sebagai ostium uteri internum.
      Permukaan canalis cervicis terdapat lipatan seperti daun palem sehingga disebut plica palmatae. Bagian distal cervix menonjol kedalam vagina, bagian ini disebut portio vaginalis sedangkan bagian cervix yang tidak menonjol dalam vagina disebut portio supravaginalis.
   b. Isthmus : bagian yang tersempit dan merupakan batas antara cervix dan corpus uteri.

c. Corpus uteri : puncaknya disebut fundus uteri. Didalamnya terdapat cavum uteri yang disebelah proksimal berhubungan dengan ostium uterinum tubae kanan dan kiri sedangkan disebelah distal berhubungan dengan canalis cervicis melalui ostium uteri internum. Padanya terdapat facies vesicalis (diliputi oleh peritoneum dan membentuk excavatio vesicouterina) dan facies intestinalis (diliputi peritoneum dan membentuk excavatio rectouterina / cavum douglassi).

Penggantung :

a. ligamentum latum uteri, diantara 2 lembar ligamentum latum terdapat tuba uterina, lig. Teres uteri, a. uterina, plexus venosus, plexus nervosus uterovaginalis, lig. Ovarii proprium dan ureter.
b. Mesometrium, bagian lig. Latum di kaudal mesosalpinx dan mesovarium.
c. ligamentum cardinale, diantara 2 lembar ligamentum latum.
d. ligamentum uterosacrale
e. ligamentum teres uteri / lig. Rotundum, berawal dari sudut antara uterus dan tubae, masuk ke lig. Latum menuju ke canalis inginalis dan berakhir di labium majus.

Dinding uterus terdiri dari 3 lapisan :

a. endometrium, mempunyai 2 bagian yaitu stratum fungsionale yang mengalami perubahan sesuai dengan siklus menstruasi dan stratum basale.
b. Myometrium
c. Perimetrium , merupakan peritoneum yang menutupi uterus. Ke lateral melanjutkan diri ke dalam ligamentum latum.

Vascularisasi : a. uterina

4. Vagina

Bangunan berupa tabung yang membentuk sudut 60 dengan bidang horisontal.

Bangunan - bangunan :

a. ostium vaginae, ditepinya ditutupi oleh hymen.
b. Hymen. Berdasarkan bentuknya ada beberapa jenis yaitu :
   - hymen anularis, berbentuk cincin
   - hymen semilunaris, berbentuk bulan sabit
   - hymen cribriformis, berlubang - lubang seperti saringan

- hymen imperforata, hymen yang tidak berlubang.

Hymen bisa robek karena coitus sehingga hanya tinggal sisanya disebut caruncula hymenalis.

c. Rugae vaginae, yaitu lipatan -lipatan didinding vagina.
d. Fornix vaginae, yaitu vagina yang mengelilingi portio vaginalis cervicis. Dapat dibedakan fornix anterior, fornix posterior dan fornix anterior.

Dinding vagina terdiri dari 3 lapis yaitu :

a. tunica mucosa, terdapat rugae vaginalis dan collumna rugarum anterior dan collumna rugarum posterior.
b. tunica muscularis
c. tunica fibrosa.

Vascularisasi :

a. a. uterina
b. a. vaginalis
c. a. bulbus vestibuli.

DETEKSI OVULASI DAN TES KEHAMILAN HCG

drh. Zulkhah Noor,M.Kes

Pendahuluan

Pubertas dan terjadinya siklus menstruasi seorang perempuan akan dimulai jika GnRH dari hipotalamus disekresi. Selanjutnya akan terjadi tahapan proses fisiologi reproduksi sebagai berikut:

1. GnRH merangsang sekresi FSH dan LH oleh hipofisis (FSH lebihbanyak/ dominan)
2. FSH merangsang pertumbuhan folikel primordial ovary berkembang menjadi matang (folikel deGraaf) dan mensekresikan hormone estrogen dan progesterone. Pada tahap ini sekresi estrogen lebih banyak/dominan dibandingkan progesterone)
3. Estrogen merangsang uterus dan berkembang hingga membentuk endometrium yang tebal dan pertumbuhan/perkembangan seks sekunder (mamae, rambut aksila, rambut pubes, dll)
4. Kadar estrogen sangat tinggi pada saat folikel telah matang (folikel deGraaf), kadar estrogen tinggi ini berefek umpan balik positif merangsang surge LH FSH oleh hipofisis.
5. Surge LH menginisiasi ovulasi, sehingga deteksi ovulasi dapat ditentukan dengan deteksi LH puncak
6. Setelah ovulasi, folikel menjadi korpus luteum dan menyekresi progesterone lebih banyak/dominan dibandingkan estrogen. Progesteron sangat penting untuk maturasi endometrium dan mencegah sekresi enzim proteolotik dan prostaglandin yang dapat merusak/melisis endometrium
7. Jika ovum dibuahi, terbentuklah zigot dan terjadi implantasi kira-kira 7 hari setelah ovulasi.
8. Implantasi/nidasi zigot berlanjut pertumbuhan sinsisiotrofoblas plasenta dan organ-organ fetus. sinsisiotrofoblas plasenta mensintesa hormon glikoprotein disebut Human Chorionic Gonadotropin (hCG)
9. Secara fisiologis, 24 jam setelah implantasi zigot, hCG sudah dapat dideteksi dalam serum darah perifer. Dengan demikian, jika terjadi konsepsi, hCG dapat dideteksi dari serum seorang wanita (siklus menstruasi 28 hari) pada hari ke 22 dari hari pertama menstruasi atau 8 hari setelah ovulasi. Ovulasi biasanya terjadi 14 hari sebelum menstruasi berikutnya.
10. Pada manusia, hCG sangat diperlukan selama kehamilan muda. HCG memperpanjang umur korpus luteum dan memacu korpus luteum untuk mensekresikan progesteron yang berfungsi untuk mempertahankan

fungsi endometrium tempat zigot berimplantasi dan berkembang dan menstruasi tidak terjadi. Semua itu, hCG mempunyai efek langsung untuk menghambat Gonadotropin Releasing Hormone (GnH) yang selanjutnya menghambat sekresi FSH dan LH dari hipofisis anterior sehingga tidak terjadi perkembangan folikel dan tidak pula terjadi ovulasi selama kehamilan berlangsung.Deteksi adanya hCG merupakan dasar penentuan diagnosa kehamilan

11. Jika ovum tidak dibuahi, dan tidak ada implantasi zigot, seorang wanita tidak memiliki hCG dan korpus luteum akan lisis/mati dalam waktu 14 hari, sekresi progesteron turun mendadak hingga sangat rendah dan terjadi menstruasi.

Dua hal penting yang perlu dideteksi selama siklus menstruasi adalah waktu ovulasi dan adanya kehamilan. Ovulasidiatur olehelevasihormonlut einizingmanusia(hLH). Dalam siklusmenstruasi,hLHtetap pada tingkatbasal (biasanya di bawah20mIU/ ml).Biasanya, sekitar 14 harisebelum perkiraan menstruasi yang akan datang, hLHmeningkat pesat dengansignifikan, disebut "LH surge". GelombanghLHmemicu pelepasantelurdari ovarium. Statistik nunjukkankonsepsiyangpaling mungkinterjadi dalam36jam setelahLHsurge. TingkathLHkembali kegarisbasal2sampai 3 harisetelahovulasi. GelombanghLHmerupakan indikatoryang idealuntuk memprediksiovulasi. LonjakanhLHterbukti telah berhasil digunakansebagai bantuan dalammemprediksi ovulasidan jugaakanmembantu dalam penentuanwaktuinseminasi.

Deteksi adanya hCG sangat penting untuk mendiagnosa kehamilan secara dini. Dengan teknik tes kehamilan immunologic, yakni berprinsip pada ikatan antigen-antibodi, hCG sudah dapat dideteksi sebelum datang menstruasi berikutnya. Namun kadang-kadang hCG urin belum dapat terdeteksi secara dini, karena kadar hCG dalam urin belum mencapai kadar yang dapat dideteksi oleh alat tes. Konsentrasi hCG terus meningkat sampai mencapai puncaknya kira-kira 60-80 hari (minggu ke 10) dari hari pertama menstruasi.

Human Luteinizing Hormon dan hCG adalah hormon glikoprotein. Hormon ini terdiri atas dua subunit yaitu subunit α dan subunit β. Subunit α -hCG mempunyai struktur dan sifat sama dengan subunit-α semua hormon glikoprotein (FSH, LH, TSH), sehingga tidak spesifik terhadap salah satu hormon glikoprotein dan dapat menimbulkan reaksi silang antar hormon-hormon tersebut. Subunit β-hCG menunjukkan spesifisitas secara immunologik maupun aktivitas biologik untuk hormon hCG, demikian halnya dengan subunit-α dari hormon glikoprotein lainnya. Oleh karena itu, dalam mendeteksi adanya suatu hormon glikoprotein, dilakukan deteksi/pengukuran terhadap subunit β-nya. Demikian halnya untuk hLH.

Selama kehamilan, konsentrasi subunit α-hCG bebas, tinggi dalam jaringan plasenta, plasma, dan urin. Sedangkan konsentrasi subunit β-hCG sangat sedikit. Konsentrasi subunit-α kira-kira 10 kali lipat dari konsentrasi subunit β, baik di jaringan plasenta maupun serum.

Ditinjau dari struktur molekul, subunit β-hCG mirip dengan subunit β-LH, sehingga aktivitas biologis kedua hormon tersebut sangat mirip. Pada fase folikuler, hCG memacu sel-sel interstisial ovarium, memacu terjadinya ovulasi, memacu luteinisasi sel-sel granulosa. Sedangkan pada fase luteal, khususnya bila kehamilan dimulai, hCG dari sel-sel sinsisiotrofoblas plasenta ini akan mempertahankan umur dan fungsi korpus luteum, dan meningkatkan sekresi progesteron san estrogen oleh sel luteal korpus luteum yang sangat berfungsi untuk proses awal kehamilan.

Tujuan Percobaan

Menentukan adanya hLH *surge* dari urin untuk deteksi ovulasi (kesuburan) dan hCG di dalam urin untuk tes kehamilan dengan teknik immunologik secara chromatografi.

Bahan dan Alat

Bahan :

1. Urin wanita pertengahan siklus atau akhir siklus sebelum menstruasi
2. Satu set tes kesuburan hLH dagnostik
3. Satu set diagnostic hCG : one-step cassette/strip hCG pregnancy test, terdiri dari alat/kaset yang memiliki bagian membran yang telah dilabel dengan antibodi anti-hCG-zat warna

Alat :

1. Penampung urin/Pipet tetes
2. Pengaduk
3. Lampu/penerang

Prinsip Kerja secara aglutinasi

Cara Kerja

Tes hCG Secara Chromatografi

Lihat leaflet terlampir !

OSOMGenzymeadalah fasepadat, sandwich ujiimmunochromatographicuntuk deteksikualitatifhCG. Urinatau serum ditambahkan kesampel baik dari Perangkat Uji menggunakan pipet yang disediakan. Sampel bermigrasi

bantalan melalui reaksi di mana hCG, jika ada dalam sampel, mengikat monoklonalanti-hCG pewarna konjugasi. Sampel lalu bermigrasi melintasi membran menuju jendela hasil, di mana berlabel monoklonalanti bodi-hCG kompleks ditangkap di daerah garis Uji mengandung anti-hCG monoklonal. Konjugasi berlebih akan bergerak melewati tes wilayah garis, dan ditangkap diwilayah garis kontrol yang mengandung anti bodi ditujukan terhadap konjugasianti-hCG pewarna dengan atau tanpa kompleks hCG.Munculnya dua garis hitam atau abu-abu di hasil jendela-satu di-T →(test)dan yang lainnya di-C →(kontrol)---menunjukkan adanya hCGdalam sampel. Jika tingkat terdeteksi hCG tidak cukup , hanya garis kontrol akan muncul di jendela hasil.

Sebelum digunakan untuk pengujian klinis, dua pasien yang telah teridentifikasi digunakan akurasi identifikasi pasien. Lihat Poct kebijakan, "Pasien Uji Manajemen" Prosedur untuk pengidentifikasi diterima. Kewaspadaan Universal harus diikuti ketika menangani cairan tubuh. Spesimen urin sewaktu dapat untuk pengujian hCG dengan hasil tepat,tapi urin pagi pertama paling optimal karena umumnya mengandung konsentrasi tertinggi hCG. Tidak ada penyaringan atau sentrifugasi diperlukan Spesimen dapat diadakan pada suhu kamar hingga 8jam jika pengujian adalah tertunda, jika tidak, sampel harus didinginkan (2sampai8°C)hingga 72jam. Spesimenurine harus dikumpulkan dalam wadah yang bersih dan kering, plastik. CATATAN:spesimenurin harus disimpan dalam plastik sekecil mungkin kontainer. Kontainer besar (terutama kaca) harus dihindari karena hCGmenempel pada permukaan kontainer. Spesimen Serum, plasma, danseluruh darah tidak dapat diterima untuk pengujian.

Tes Semi Kuantitatif

Tes deteksi hCG di atas adalah tes kualitatif, tidak untuk mengetahui berapa kadar hCG yang terkandung dalam urin. Untuk mengetahui kadarnya dapat digunakan tes semi kuantitatif dengan menggunakan salah satu diagnostik hCG di atas. Caranya adalah sebagai berikut :

Urin yang akan diperiksa adalah urin tampung selama 24 jam (satu hari).

1. Encerkan memakai larutan NaCl fisiologis dengan pengenceran lipat ganda (1:2, 1:4, 1:8, dan seterusnya).
2. Kerjakan tes seperti tes kualitatif untuk setiap pengenceran.
3. Pengenceran tertinggi adalah pengenceran urin tertinggi yang masih memberikan hasil positif.
4. Kadar hCG dapat dihitung dengan rumus : HCG = S X D
   S = sensitivitas tes (lihat dalam leaflet), misal 0,2 IU/Ml
   D = pengenceran tertinggi yang masih memberi hasil positif

Catatan

Sekresi hCG meningkat dua kali lipat untuk tiap-tiap 1,7-2 hari dan pada akhir trimester pertama (hingga 100 hari) kehamilan hCG yang disekresikan dapat mencapai 250 IU/mL, tetapi biasanya hanya 5-50 IU/mL. Jika sekresi hCG makin banyak dan melebihi 250 IU/mL setelah kehamilan 110 hari, maka hal itu menunjukkan adanya mola hidatidosa atau koriokarsinoma.

PRINSIPPROSEDUR TES OVULASI

OvulasiImmunospecMemprediksiUjiadalahkromatografialiran lateral immunoassay.Stripujimeliputi 1)padkonjugatyang mengandunganti-antibodihLHdigabungkan denganemaskoloid, dan 2) membrannitroselulosab erisigaristes(Tline)dan gariskontrol (C line).

Ketikajumlah yang cukupspesimenditerapkan padapadsampel dariperangkat,hLHdalam spesimenmengikatdan mengenaiantibodianti-hLHkonjugasidipadkonjugatuntuk membentukkompleksdan bermigrasidi sepanjangmembranstrip.Jika spesimenmengandunghLHpada tingkatdekat denganatau lebih tinggidari 20mIU/ ml, kompleks iniakan berikatan denganantibodimenangkapdilapisigaris T untukmengembangkansebuah bandberwarnamerah anggur. Garis C, sebuah band berwarnamerah anggurdi wilayahkontrolpengujian,yangselaluakan muncultanpakehadiranhLH, berfungsi sebagaipengendalian internaldari sistemtes.

LEAFLET TES Hcg

"ACCU-TELL" ONE STEP CASSETTE HCG PREGNANCY TEST*(HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN) for Urine Samples For in vitro diagnostic use only*

Cat. No.	**Specification**
ABT-FT-BI	Boat Cassette
ABT-Fr-B2	Rectangular Cassette
Shelf Life	18 months from date of production
Storage	18 30° C
Sample	Urine
Result	Within 5 minutes

INTENDEDUSE

'ACCU-TELL' One Step Cassette hCG Pregnancy Test is a rapid chromatographic immunoassay for the qualitative detection of human chorionic gonadotropin (hCG) inurine, as an aid for the early detection of pregnancy.

PRINCIPLE

The hCG One Step Pregnancy Test is a qualitative, solid phase, two-site sandwich immunoassay for the detection of human chorionic gonadotropin (hCG) in urine. The membrane is pre-coated with anti-hCG antibodies on the test line region and anti-hCG antibodies on the control line region. During test, the urine sample reacts with the dye conjugate which has been pre-coated in the test device. The mixture migrates upward on the membrane chromatographically by capillary action to react with anti-hCG antibodies on the membrane and generate a red line. Presence of this red line indicates a positive result, while its absence indicates a negative result. Regardless of the presence of hCG as the mixture continues to migrate across the membrane to the immobilized goat anti-mouse region, a red fine at the control ine region will always appear. The presence of this red line serves as verification for sufficient sample volume and proper flow and as a contorl for the reagents

SPECIMEN COLLECTION

The urine specimen must be collected in a clean and dry plastic or glass container without any preservatives. The first morning urine is preferred since it generally contains few highest concentration of hCGH. However, urine collected at any time of day may be used. Urine samples exhibiting visible precipitates should be centrifuged, filtered, or allowed to settle to obtain clear supernatant for testing. Urine specimens may be storet at 2 8 °C for up to 48 hours piror to assay. Urine containing excessive bacterial contamination should not be used as this may cause spurious results.

TEST PROCEDURE

Read the entire procedure carefuly prior to performing any tests. Allow test deice and urine samples to equilibrate to room temperature (18 – 30 °C) prior to testing.

1. Remove the hCG test device from foil pouch. Use device as soon as within 1 hour after removal from pouch specially if the room temperature is more than 30 °C and in high humidity environment.
2. Place the test device on a clean and level surface. Holding the dropper, dispense six full drops of urine (0.2 ml) without air bubbles into the sample well of the test device.
3. Wait for red lines to appear. The test should be readin approximately 1-5 minutes. Do not interpret results after 10 minutes.

INTERPRETATION OF RESULTS

POSITIVE Two distinct red lines will appear, one in the test region (T) and another in the control region (C).

NEGATIVE Only a single red line appears in die control region (C). No apparent red or pink line appears in the test region (T).

INVALID The lines in both regions fall to appear, as means improper testing procedures or deterioration of reagents probaby have occurred.

STORAGE AND STABILITY

Store as packaged in the scaled pouch at room temperature (18 – 30 °C). Zthe kit is stable within the expiration date. The kit should be kept away from direct sunlight, moisture and heat.

WARNING AND PRECAUTIONS

1. For in vitro diagnostic use only.
2. Do not use the test kit beyond expiration date.
3. The test kit should not be reused.

DAFTAR PUSTAKA

Guyton, A.C. & Hall, J.E. 1996. Texbook of Medical Physiology. W.B. Saunders Company. USA.

McPhee, S.J Lingappa, V.R.; Ganong W.F.; Lange J.D. 1995. Pathophysiology of disease. International Ed. Apleton and Lange A Simon and Schuster Company. USA.

Greenspan F.S. 991. Basic and Clinical Endocrinology. 3 th Ed. Apeton and Lange A Publishing division of Prentice Hall. USA.

Manual Chemidex-Indirect Pregnancy test.

Manual Direct Pregnancy test.

TES KEHAMILAN HCG

Golongan :
Nama praktikan :
No. Mahasiswa :
Jenis Kelamin :
Tanggal Praktikum :
Jam :

Nama pasien :
Umur :
Tanggal terakhir menstruasi :

Hasil Pemeriksaan :

A. Deteksi Ovulasi

B. Tes hCG

Pembahasan :

Lampiran

RUBRIK 1
INSTRUMEN PENILAIAN PRESENTASI LISAN

Angkatan	:	Pertemuan ke	:
Blok	:	Pembimbing	:
Topik	:	Semester	:

Kelompok
Nama Mahasiswa:

Petunjuk Pengisian:
Beri tanda checkk list (v) pada kolom yang sesuai dengan perilaku mahasiswa dalam kerja kelompok selama proses pembelajaran berlangsung.

No	Aspek yang diobservasi	Hasil Pengamatan			
		1	2	3	4
1	Organisasi				
2	Isi				
3	Gaya Presentasi				
	Jumlah				
	Total				
	Nilai Akhir (Total/3)				

PEDOMAN PENSKORAN:

Kriteria Jawaban	Skor
Patut dicontoh	3,00
Memuaskan	2,00-2,99
Di bawah harapan	1,00-1,99

RUMUS NILAI AKHIR:NA: $\frac{\sum \text{Skor}}{3}$

RUBRIK PENILAIAN PRESENTASI LISAN

Aspek	Kriteria	Skor
Organisasi	Presentasi terorganisasi dengan baikdan menyajikan fakta yang meyakinkan untuk mendukung kesimpulan-kesimpulan	3
	Presentasi mempunyai fokus dan menyajikan beberapa bukti yang mendukung kesimpulan-kesimpulan	2
	Tidak ada organisasi yang jelas. Fakta tidak digunakan untuk mendukung pernyataan	1
Isi	Isi akurat dan lengkap. Para pendengar menambah wawasan baru tentang topik tersebut	3
	Isi secara umum akurat, tetapi tidak lengkap. Para pendengar bisa mempelajari beberapa fakta yang tersirat, tetapi mereka tidak menambah wawasan baru tentang topik tersebut	2
	Isinya tidak akurat atau terlalu umum. Pendengar tidak belajar apapun atau kadang menyesatkan	1
Gaya presentasi	Pembicara tenang dan menggunakan intonasi yang tepat, berbicara tanpa tergantung pada catatan, dan berinteraksi secara intensif dengan pendengar. Pembicara selalu kontak mata dengan pendengar	3
	Secara umum pembicara tenang,tetapi dengan nada yang datar dan cukup sering tergantung pada catatan. Kadang-kadang kontak mata dengan pendengar diabaikan	2
	Pembicara cemas dan tidak nyaman, dan membaca berbagai catatan daripada berbicara. Pendengar sering diabaikan. Tidak terjadi kontak mata karena pembicara lebih banyak melihat ke papan tulis atau layar	1

NA: $\frac{\sum \text{Skor}}{3}$

RUBRIK 2
INSTRUMEN PENILAIAN ISI MAKALAH

Angkatan :
Blok :
Semester :
Penilai :
Pembimbing :
Kelompok :
Nama mahasiswa:

Kualifikasi nilai akhir (NA) penilaian isi makalah:

Skor	**Kualifikasi**
1,00-1,99	Di bawah harapan
2,00-2,99	Cukup
3,00-3,99	Baik
4,00	Luar biasa

RUBRIK PENILAIAN ISI MAKALAH

Aspek	Kriteria	Skor
Pemahaman konsep	Mampu mengamati masalah dari berbagai posisi, mencakup isu utama dan mengidentifikasi ide pokok	**4**
	Memandang masalah dengan lingkup yang agak terbatas, tetapi sudah mampu mengidentifikasi lebih dari satu masalah	**3**
	Hanya mempunyai penguasaan umum terhadap persoalan, tahu satu masalah dan satu prinsip/isu	**2**
	Hampir tidak paham masalah dan isu yang dibahas	**1**
Argumentase	Mengambil posisi kuat, mendefinisikan masalah dengan baik, dan didukung bukti	**4**
	Sudah mampu menetapkan posisi meskipun masih umum dengan argumentasi sekedarnya	**3**
	Belum mampu mengambil posisi, dan hanya memberikan penalaran umum untuk mendukung pembahasan	**2**
	Sama sekali tidak menunjukkan posisi, dangkal, dan uraiannya terkesan tidak berhubungan	**1**
Pengetahuan pendukung	Menggunakan pengetahuan yang dimilikinya baik untuk memberikan tanggapan atau membandingkan dengan kenyataan yang ada sebelumnya	**4**
	Menggunakan ide umum dari pengetahuan sebelumnya dan ketika mendiskusikan isu keakuratannya kurang prima	**3**
	Hanya mampu memanfaatkan sedikit pengetahuan sebelumnya	**2**
	Tidak punya pengetahuan lain selain fakta didepannya	**1**
Kualitas pemecahan masalah	Alternatif pemecahan masalah yang diusulkan sangat tepat dan sangat memungkinkan untuk dilaksanakan	**4**
	Alternatif pemecahan masalah yang diusulkan sangat tepat tetapi sebagian kurang memungkinkan untuk dilaksanakan	**3**
	Alternatif pemecahan masalah yang diusulkan kurang tepat dan kurang memungkinkan untuk dilaksanakan	**2**
	Alternatif pemecahan masalah yang diusulkan tidak tepat dan sangat sulit dilaksanakan	**1**

Nilai Akhir: $\frac{\sum \text{Skor}}{4}$

KELOMPOK TUGAS 1

Kelompok 1					Kelompok 2	
1	20140320004	Muhammad Afandi		1	20140320108	Sirli Agustiani
2	20140320028	Retha Rizky Fitransyah		2	20140320109	Tri Yulianti
3	20140320034	Charistya Dwi Nuvira		3	20140320110	Mazid Ramdhani Firdaus
4	20140320036	Yolanda May Bella Putri		4	20140320122	Siti Aisyah
5	20140320055	Meidriana Savitri M.		5	20140320124	Anditya Raka Nur M.
6	20140320107	Yoga Andogara		6	20140320014	Bella Ayuningtyas S.
7	20140320098	Luthfiyyah Khanuun		7	20140320087	Nihlatun Arifah
	Kelompok 3				**Kelompok 4**	
1	20140320041	Adriyan Surya Nugraha		1	20140320125	Syifa Aulia Hanin
2	20140320044	Jami'atul Fitri		2	20140320126	Yurika Ratna Pratiwi
3	20140320052	Ahmad Ramdhani		3	20140320127	Wawan Sugianto
4	20140320062	Ikbal S Soleman		4	20140320016	Baiq Riski Amalia Putri
5	20140320085	Chintya Eldza Pangestu		5	20140320019	Novi Indriyani
6	20140320090	Rahmah Yanita K.		6	20140320031	Inggrid Tanjung W
7	20140320112	Ninda Hapsari		7	20140320132	Fatma Mahera KP.
	Kelompok 5				**Kelompok 6**	
1	20140320059	Yanuar Bayu Ramadhan		1	20140320099	Yanti Auliyantika
2	20140320074	Gebby Chariesta		2	20140320131	Fenny Ferawati
3	20140320078	M.Sahman R.		3	20140320035	Ahla Chayatush Sholichan
4	20140320082	Muhammad Ulin Nuha		4	20140320038	Ihda Fitria Al Fathin
5	20140320083	Karisma Puspita Tri A.		5	20140320053	Wardatun Ishani Aulia
6	20140320095	Nur Syafitri S.Tule		6	20140320057	Rizki Yulian Saputra
	Kelompok 7				**Kelompok 8**	
1	20140320077	Tegar Aji Tama		1	20140320006	Puspita Ningrum
2	20140320089	Dzikri Abdillah Sakti		2	20140320015	Vernando Sihotang
3	20140320091	Wisnu Tri Andono		3	20140320025	Yufika Anjarishanti K.
4	20140320094	Nur Adiyanti		4	20140320042	Zahrah Annisa Rahmah
5	20140320101	Kaslinda Nur Umifa		5	20140320046	Salis Sangadatun Abadiyah
6	20140320128	Renita Cahayaningtyas		6	20140320060	Alfiana Maulida Rahmah

	Kelompok 9				**Kelompok 10**	
1	20140320064	Dini Aldila Aisa		1	20140320007	Dwi Inas Sari
2	20140320070	Dany Ludy Ardiyan		2	20140320029	Ridwan Riyadianto
3	20140320104	Rita Kurniati		3	20140320033	Hermawanti
4	20140320106	Yulina Febrianti		4	20140320054	Reski Hariawan Fitriadi
5	20140320119	Erwan Budi Prayogo		5	20140320068	Farhah Kamilah
6	20120320002	Maya Citra Dewi		6	20140320073	Anisa Nurul Amiatun
	Kelompok 11				**Kelompok 12**	
1	20140320080	Rafa Fadhilah Uchfani		1	20140320011	Rara Wulan Denny
2	20140320113	Raihan Andini		2	20140320022	Firdasani Desma Rosmala
3	20140320129	Fikri Faqih Al Umroh		3	20140320056	Irma Rizkina
4	20140320135	Nisa Nur Hasanah		4	20140320079	Rizky Diatfa Sari
5	20120320055	Feny Puspita		5	20140320086	Andri Prista Praja
6	20140320002	Iis Meliana		6	20140320088	Taufik Wiyoga Nugroho
	Kelompok 13				**Kelompok 14**	
1	20140320096	Khabib Mustofa		1	20140320018	Ovi Hakima Rifandi
2	20140320097	Ensi Qoriati Ningrum		2	20140320023	Elsa Meigita Islami
3	20140320114	Uswahzulhasanah		3	20140320061	Baiq Wahyuni Angrika MS
4	20120320061	R. Muhammad Fachrurrozy		4	20140320063	Nia Ayu Lestari
5	20140320005	Efilian Aprialiska		5	20140320093	Wahyuni Jannatin Aliyah
6	20140320009	Muhammad Soulton SMR		6	20140320102	Febry Dwy Saputro
	Kelompok 15				**Kelompok 16**	
1	20140320105	Endar Kurianto		1	20140320066	Rafi Achmad Rukhama
2	20140320111	Mayasari		2	20140320076	Ayomni Nastiti
3	20120320166	Indrajif Megananda		3	20140320100	Aidatul Fitri
4	20140320049	Rahmi Fahmawinda		4	20140320115	Muhamad Danang Putra P.
5	20140320051	Fevi Padhila		5	20140320117	Tri Setyawan
6	20140320065	Erina Yuliyanti		6	20140320130	Pratiwi Sulistyawati

	Kelompok 17				Kelompok 18	
1	20140320133	Nuril Laili R.		1	20140320026	Ridwan Fauzi Nugraha
2	20130320143	Maitri Siska		2	20140320058	Sri Devi
3	20140320001	Gevina Fitri Febriyana		3	20140320071	Mayang Puspita Adha
4	20140320003	Aoladul Muqarrobin		4	20140320092	Analita Yossy Anggraini
5	20140320012	Nurhidayanti		5	20140320116	Harna Andenna Maha P.
6	20140320013	Riska Astria		6	20140320120	Imam Ma'arif Annafi
	Kelompok 19					
1	20140320008	Yuliani Saniatul Q.				
2	20140320017	Oktalisa Puspita Arum				
3	20140320021	Tasya Getar Pratiwi				
4	20140320027	Lisa Listiana Dewi				
5	20140320047	Fahrul Azmy Al Syafiq				
6	20140320069	Hafizs Nasirun				
7	20140320075	Faiz Hidayat Syahputra				

Kelompok TUGAS 2

Kelompok 1		Kelompok 2	
20140320004	Muhammad Afandi	20140320014	Bella Ayuningtyas S.
20140320028	Retha Rizky Fitransyah	20140320031	Inggrid Tanjung Wulandari
20140320034	Charistya Dwi Nuvira	20140320041	Adriyan Surya Nugraha
20140320036	Yolanda May Bella Putri	20140320044	Jami'atul Fitri
20140320055	Meidriana Savitri M.	20140320052	Ahmad Ramdhani
20140320107	Yoga Andogara	20140320062	Ikbal S Soleman
20140320108	Sirli Agustiani	20140320085	Chintya Eldza Pangestu
20140320109	Tri Yulianti	20140320090	Rahmah Yanita K.
20140320110	Mazid Ramdhani Firdaus	20140320125	Syifa Aulia Hanin
20140320122	Siti Aisyah	20140320126	Yurika Ratna Pratiwi
20140320124	Anditya Raka Nur M.	20140320127	Wawan Sugianto

Kelompok 3		Kelompok 4	
20140320016	Baiq Riski Amalia Putri	20140320035	Ahla Chayatush Sholichan
20140320019	Novi Indriyani	20140320038	Ihda Fitria Al Fathin
20140320059	Yanuar Bayu Ramadhan	20140320053	Wardatun Ishani Aulia
20140320074	Gebby Chariesta	20140320057	Rizki Yulian Saputra
20140320078	M.Sahman R.	20140320077	Tegar Aji Tama
20140320082	Muhammad Ulin Nuha	20140320089	Dzikri Abdillah Sakti
20140320083	Karisma Puspita Tri A.	20140320091	Wisnu Tri Andono
20140320095	Nur Syafitri S.Tule	20140320094	Nur Adiyanti
20140320099	Yanti Auliyantika	20140320101	Kaslinda Nur Umifa
20140320131	Fenny Ferawati	20140320128	Renita Cahayaningtyas
		20140320132	Fatma Mahera KP.
Kelompok 5		**Kelompok 6**	
20140320006	Puspita Ningrum	20120320002	Maya Citra Dewi
20140320015	Vernando Sihotang	20140320007	Dwi Inas Sari
20140320025	Yufika Anjarishanti K.	20140320029	Ridwan Riyadianto
20140320042	Zahrah Annisa Rahmah	20140320033	Hermawanti
20140320046	Salis Sangadatun Abadiyah	20140320054	Reski Hariawan Fitriadi
20140320060	Alfiana Maulida Rahmah	20140320068	Farhah Kamilah
20140320064	Dini Aldila Aisa	20140320073	Anisa Nurul Amiatun
20140320070	Dany Ludy Ardiyan	20140320080	Rafa Fadhilah Uchfani
20140320104	Rita Kurniati	20140320113	Raihan Andini
20140320106	Yulina Febrianti	20140320129	Fikri Faqih Al Umroh
20140320119	Erwan Budi Prayogo	20140320135	Nisa Nur Hasanah
Kelompok 7		**Kelompok 8**	
20120320055	Feny Puspita	20120320061	R. Muhammad Fachrurrozy
20140320002	Iis Meliana	20140320005	Efilian Aprialiska
20140320011	Rara Wulan Denny	20140320009	Muhammad Soulton SMR
20140320022	Firdasani Desma Rosmala	20140320018	Ovi Hakima Rifandi
20140320056	Irma Rizkina	20140320023	Elsa Meigita Islami
20140320079	Rizky Diatfa Sari	20140320061	Baiq Wahyuni Angrika MS
20140320086	Andri Prista Praja	20140320063	Nia Ayu Lestari
20140320088	Taufik Wiyoga Nugroho	20140320093	Wahyuni Jannatin Aliyah
20140320096	Khabib Mustofa	20140320102	Febry Dwy Saputro
20140320097	Ensi Qoriati Ningrum	20140320105	Endar Kurianto
20140320114	Uswahzulhasanah	20140320111	Mayasari

Kelompok 9		Kelompok 10	
20120320166	Indrajif Megananda	20130320143	Maitri Siska
20140320049	Rahmi Fahmawinda	20140320001	Gevina Fitri Febriyana
20140320051	Fevi Padhila	20140320003	Aoladul Muqarrobin
20140320065	Erina Yuliyanti	20140320012	Nurhidayanti
20140320066	Rafi Achmad Rukhama	20140320013	Riska Astria
20140320076	Ayomni Nastiti	20140320026	Ridwan Fauzi Nugraha
20140320100	Aidatul Fitri	20140320058	Sri Devi
20140320115	Muhamad Danang Putra P.	20140320071	Mayang Puspita Adha
20140320117	Tri Setyawan	20140320092	Analita Yossy Anggraini
20140320130	Pratiwi Sulistyawati	20140320116	Harna Andenna Maha P.
20140320133	Nuril Laili R.	20140320120	Imam Ma'arif Annafi
Kelompok 11			
20140320008	Yuliani Saniatul Q.		
20140320017	Oktalisa Puspita Arum		
20140320021	Tasya Getar Pratiwi		
20140320027	Lisa Listiana Dewi		
20140320047	Fahrul Azmy Al Syafiq		
20140320069	Hafizs Nasirun		
20140320075	Faiz Hidayat Syahputra		
20140320087	Nihlatun Arifah		
20140320098	Luthfiyyah Khanuun		
20140320112	Ninda Hapsari		

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan,
Bantul, Yogyakarta

www.keperawatan.fkik.umy.ac.id