

BUKU AJAR

**PEMERIKSAAN FISIK PADA IBU DAN BAYI
UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN**



**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA
DAN PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI
BIDAN PROGRAM PROFESI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HANG TUAH PEKANBARU
T.A 2020/2021**

BUKU AJAR

PEMERIKSAAN FISIK PADA IBU DAN BAYI

UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN

PENULIS

RINA YULVIANA, SKM, M.Kes
BERLIANA IRIANTI, S.SiT, M.Keb
LIVA MAITA, SST, M.Kes

PENERBIT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
HANG TUAH PEKANBARU
Jl. Mustafa Sari No. Tangkerang Selatan Pekanbaru
Telp. (0761)33815, 7891765
Fax (0761) 86364. Website: hangtuhpekanbaru.ac.id
Email: info.stikes@hangtuhpekanbaru.ac.id

BUKU AJAR
PEMERIKSAAN FISIK PADA IBU DAN BAYI
UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN

Penulis:

Berliana Irianti, S.SiT, M.Keb
Liva Maita, SST, M.Kes
Rina Yulviana, SKM, M.Kes

Desain cover dan Editor
Berliana Irianti, S.SiT, M.Keb
Cecen Suci Hakameri, S.Tr.Keb, M.Keb

Sumber

...

Tata letak :

...

Ukuran :

iv, hlm.;123 Uk:15.5x23 cm

ISBN :

978-623-6816-15-8

Cetakan Pertama:

Maret 2019

Hak Cipta 2019, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2019 by STIKes Hang Tuah

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang keras menerjemahkan,

memfotokopi, atau memperbanyak sebagian

atau seluruh isi buku ini

tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DAN REDAKSI

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

HANG TUAH PEKANBARU

JL.Mustafa Sari No. Tangkerang Selatan Pekanbaru

Telp. (0761)33815, 7891765

Fax (0761) 86364. Website: hangtuahpekanbaru.ac.id

Email: info.stikes@hangtuahpekanbaru.ac.id

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) HANG TUAH PEKANBARU

Visi

Terwujudnya institusi yang unggul dan kompeten dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi kesehatan yang berbasis teknologi tepat guna dan mampu bersaing di tingkat nasional dan regional tahun 2036.

Misi

- a. Melaksanakan pendidikan kesehatan yang bermutu untuk menghasilkan lulusan yang profesional berorientasi kepada peningkatan kesehatan masyarakat;
- b. Mengembangkan ilmu dan teknologi kesehatan melalui kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat untuk peningkatan kesehatan masyarakat;
- c. Melaksanakan penjaminan mutu yang konsisten dan berkelanjutan;
- d. Mewujudkan atmosfir akademik yang kondusif melalui kinerja akademik;
- e. Menjalinkan kerjasama dengan berbagai pihak dalam penyelenggaraan Tridharma Perguruan Tinggi;
- f. Mengembangkan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI**

Visi

Menghasilkan Bidan Profesional Dan Unggul dalam Penerapan Massage pada Ibu dan Anak dengan Pendekatan Teknologi Tepat Guna Tahun 2036

Misi

1. Menyelenggarakan Pendidikan Profesi Bidan Yang Berkualitas melalui penguatan sumber-sumber belajar untuk menghasilkan lulusan yang profesional
2. Menyelenggarakan Penelitian berkesinambungan khususnya pada massage Ibu dan Anak dengan pendekatan Teknologi Tepat Guna
3. Menyelenggarakan Pengabdian Kepada Masyarakat berdasarkan pada prinsip kemitraan untuk meningkatkan kesehatan Ibu dan Anak dengan mengimplementasikan hasil-hasil penelitian
4. Menjalin Kerjasama Dengan Berbagai instansi, serta aktif dalam organisasi profesi (IBI) dan Asosisasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND) dalam rangka peningkatan kualitas pendidikan dan pemanfaatan lulusan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kepada Allah SWT berkat rahmat dan hidayahNya kami dapat menyelesaikan buku ajar ini. Buku Ajar yang berjudul “Pemeriksaan Fisik pada Ibu dan Bayi” disusun dari berbagai sumber literatur yang telah disesuaikan dengan silabus mata kuliah, sehingga relevan digunakan untuk pembelajaran pada mata kuliah Pemeriksaan Fisik pada Ibu dan Bayi.

Buku ajar ini dibuat dengan mengacu pada kurikulum pendidikan Sarjana Kebidanan sehingga dapat memudahkan mahasiswa dalam mempelajari mata kuliah fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir. Buku ini membahas tentang Anamnesis, Pengumpulan data, pengenalan alat dalam kebidanan, Pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan fisik ibu hamil, Pemeriksaan fisik ibu bersalin, pemeriksaan fisik ibu nifas dan bayi baru lahir.

Akhir kata, semoga buku ini bermanfaat bagi para pembaca. Meskipun penulis telah berusaha menyusun buku ini secara sistematis dan mendalam, tetapi buku ini masih jauh dari kata sempurna. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan tulisan di edisi berikutnya.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Pekanbaru, Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	i
HALAMAN ISBN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I Konsep Dasar Pemeriksaan fisik	1
BAB II Pengumpulan Data Subjektif dan Objektif	8
BAB III Perlengkapan dan Peralatan dalam Praktik Kebidanan	15
BAB IV Pemeriksaan Umum Dalam Praktik Kebidanan Untuk Ibu Dan Bayi	19
BAB V Pemeriksaan Pada Kehamilan	65
BAB VI Pemeriksaan Pada Persalinan	82
BAB VII Pemeriksaan Pada Nifas	89
BAB VIII Pemeriksaan Pada Bayi	105

BAB I

KONSEP DASAR PEMERIKSAAN FISIK

A. PENDAHULUAN

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan. Dalam melakukan pemeriksaan fisik terdapat Teknik dasar yang perlu dipahami.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu memahami konsep dasar pemeriksaan meliputi : definisi pemeriksaan fisik, Tujuan pemeriksaan fisik, jenis pemeriksaan, jenis data pemeriksaan, definisi anamnesis, anamnesis umum dan khusus.

B. PENYAJIAN MATERI

1. DEFINISI PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari penderita untuk mengetahui keadaan atau kelainan serta masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien, dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan.

Pemeriksaan dilakukan pada pasien yang baru pertama kali datang periksa dan dilakukan dengan lengkap. Pada pemeriksaan ulangan, dilakukan yang perlu saja. Macam-macam cara pemeriksaan yaitu dengan *inspeksi* (periksa pandang / observasi), *palpasi* (periksa raba), *auskultasi* (periksa dengar), *perkusi* (periksa ketuk). Pemeriksaan umum meliputi pemeriksaan jantung dan paru-paru, refleks, serta tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu, dan pernapasan. Pemeriksaan umum pada ibu hamil bertujuan untuk menilai keadaan umum ibu, status gizi, tingkat kesadaran, serta ada tidaknya kelainan bentuk badan.

2. TUJUAN PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien, dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan. Pemeriksaan dilakukan pada pasien yang baru pertama kali datang periksa dan dilakukan dengan lengkap. Pada pemeriksaan ulangan, dilakukan yang perlu saja. Macam–macam cara pemeriksaan yaitu dengan *inspeksi* (periksa pandang / observasi), *palpasi* (periksa raba), *auskultasi* (periksa dengar), *perkusi* (periksa ketuk). Pemeriksaan umum meliputi pemeriksaan jantung dan paru–paru, refleks, serta tanda–tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu, dan pernapasan. Pemeriksaan umum pada ibu hamil bertujuan untuk menilai keadaan umum ibu, status gizi, tingkat kesadaran, serta ada tidaknya kelainan bentuk badan.

3. JENIS PEMERIKSAAN

- a. Pemeriksaan fisik secara head to to
- b. Pemeriksaan Labor dengan mengambil darah atau urin untuk memeriksa glukosa dan protein urin
- c. Pemeriksaan rontgen untuk melihat apakah ada penyulit pada ibu seperti paru-paru dan jantung

4. TUJUAN PEMERIKSAAN FISIK PADA KEHAMILAN

Tujuan pemeriksaan fisik pada kehamilan meliputi:

- a. Untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin saat ini.
- b. Mengetahui perubahan yang terjadi pada pemeriksaan berikutnya.
- c. 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.

5. TEKNIK PEMERIKSAAN FISIK

- a. Teknik terapeutik

Proses komunikasi sangat bermanfaat dalam proses perkembangan dan

penyembuhan, misalnya : mendengar aktif, mangkaji, klarifikasi, humor, sikap yang tidak menuduh, pengakuan, fasilitas, pemberian izin dan menghargai klien.

b. Sistematika

Biasanya pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, mulai dari bagian kepala dan berakhir pada anggota gerak yaitu kaki. Pemeriksaan secara sistematis tersebut disebut teknik Head to Toe.

c. Kenyamanan

Kenyamanan berhubungan dengan tampilan fisik ruangan, petugas, peralatan, kebersihan dan privacy.

d. Keamanan

Keamanan adalah minimalnya resiko luka, infeksi, efek samping atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Keamanan ini menyangkut pasien maupun petugas

e. Ketepatan

Kemampuan pemberi pelayanan dalam memberikan pelayanan yang diharapkan secara tepat dan akurat sesuai dengan yang dipromosikan sehingga pasien dapat yakin dengan kemampuan pelayanan yang diperolehnya.

f. Privasi

Banyak ibu yang merasa malu membuka bajunya dan memperlihatkan bagian tubuhnya, hal ini perlu diperhatikan oleh perawat untuk menjaga privacy pasien. Tutuplah bagian tubuh ibu dengan kain, sehingga hanya bagian tubuh yang di periksa saja yang terbuka. Ibu hendaknya diperiksa dengan hati-hati dengan sikap bersahabat sambil menjelaskan apa yang akan dilakukan dan alasan melakukannya.

Teknik pemeriksaan fisik yang lazim digunakan adalah inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Secara umum teknik ini dapat dilakukan pada berbagai kondisi patologis kecuali bila ada riwayat nyeri pada daerah yang akan diperiksa atau teknik pemeriksaan tertentu dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan.

6. PETUNJUK UMUM DALAM MELAKUKAN PEMERIKSAAN FISIK

Beberapa petunjuk umum dalam melakukan pemeriksaan fisik yaitu:

- a. Tangan pemeriksa bersih dan hangat.

- b. Gunakan prosedur secara sistematis.
- c. Bila klien menggunakan alat bantu, lakukan pemeriksaan dengan atau tanpa alat bantu.
- d. Perhatikan kenyamanan klien, hindarkan kesan terburu-buru.
- e. Selalu menjalin komunikasi yang efektif selama pemeriksaan berlangsung.
- f. Menjaga privasi klien.
- g. Memberi jawaban secara proporsional, bila klien menanyakan hasil pemeriksaan. Bila hasil pemeriksaan masih memerlukan pemeriksaan lain sampaikan pada klien dan hasil belum final.

7. DEFENISI ANAMNESIS

Anamnesis merupakan suatu ilmu pemeriksaan yang dilakukan dari suatu percakapan antara seorang dokter dengan pasiennya secara langsung atau dengan orang medis lain yang mengetahui tentang kondisi pasien tersebut, untuk memperoleh data pasien beserta keluhan medisnya. Anamnesis merupakan suatu pertanyaan terperinci yang ditujukan kepada pasien, untuk memperoleh data dari kondisi pasien dan faktor penyebab yang dimilikinya.



Gambar 1.1 Anamnesa Pasien

Tujuan anamnesa ialah:

1. Mendapatkan data atau informasi tentang keluhan yang sedang dialami atau

diderita oleh pasien. Anamnesa yang tepat dapat membantu penegakan assesment dan diagnosa.

2. Membangun komunikasi yang baik antara seorang petugas medis dengan pasiennya. Anamnesa yang tepat dapat membuka hubungan dan kerjasama yang baik yang bermanfaat untuk pemeriksaan selanjutnya.

Anamnesa dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu:

1. Autoanamnesa, ialah anamnesa yang dilakukan secara langsung kepada pasien. Pasien sendirilah yang menjawab semua pertanyaan dan menceritakan kondisinya.
2. Allonamnesa, ialah anamnesa yang dilakukan dengan orang lain seperti keluarga pasien atau sahabat pasien guna memperoleh informasi yang tepat tentang keadaan pasien. Biasanya pada pasien yang tidak sadarkan diri, bayi, anak-anak. Pada anamnesa jenis ini petugas medis harus memastikan bahwa sumber informasi berasal dari orang yang tepat.

Persiapan untuk anamnesis

Anamnesis yang baik dan benar hanya bisa dilakukan apabila dokter atau tenaga medis yang melakukan anamnesa tersebut menguasai dengan baik teori atau pengetahuan kedokteran. Mustahil seorang dokter akan dapat mengarahkan pertanyaan-pertanyaannya dan akhirnya mengambil kesimpulan dari anamnesis yang dilakukan bila dia tidak menguasai dengan baik ilmu kedokteran. Seorang dokter akan kebingungan atau kehilangan akal apabila dalam melakukan anamnesis tidak tahu atau tidak mempunyai gambaran penyakit apa saja yang dapat menimbulkan keluhan atau gejala tersebut, bagaimana hubungan antara keluhan-keluhan tersebut dengan organ-organ tubuh dan fungsinya.

Umumnya setelah selesai melakukan anamnesis seorang dokter sudah harus mampu membuat kesimpulan perkiraan diagnosis atau diagnosis banding yang paling mungkin untuk kasus yang dihadapinya. Kesimpulan ini hanya dapat dibuat bila seorang dokter telah mempersiapkan diri dan membekali diri dengan kemampuan teori atau ilmu pengetahuan kedokteran yang memadai. Meskipun demikian harus disadari bahwa tidak ada seorang dokterpun yang dapat dengan

yakin menyatakan bahwa dia pasti selalu siap dan mampu mendiagnosis setiap keluhan pasiennya. Bahkan seorang dokter senior yang sudah berpengalaman sekalipun pasti pernah mengalami kebingungan ketika menghadapi pasien dengan keluhan yang sulit dianalisa.

C. RANGKUMAN

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari penderita untuk mengetahui keadaan atau kelainan serta masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien, dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan.

Anamnesis merupakan suatu ilmu pemeriksaan yang dilakukan dari suatu percakapan antara seorang dokter dengan pasiennya secara langsung atau dengan orang medis lain yang mengetahui tentang kondisi pasien tersebut, untuk memperoleh data pasien beserta keluhan medisnya. Anamnesis merupakan suatu pertanyaan terperinci yang ditujukan kepada pasien, untuk memperoleh data dari kondisi pasien dan faktor penyebab yang dimilikinya.

D. SOAL LATIHAN

1. Jelaskan apa yg dimaksud dengan pemeriksaan fisik ?
2. Jelaskan jenis pemeriksaan fisik !
3. Jelaskan Teknik pemeriksaan fisik !
4. Jelaskan pengertian anamnesis !
5. Jelaskan tujuan anamnesis !

E. REFERENSI

1. Bobak (2004). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
Hamilton, P.M. (1995). *Dasar-dasar keperawatan maternitas*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
2. Kemenkes RI. (2013). *Buku saku pelayanan kesehatan ibu dan anak di fasilitas dasar dan rujukan*. Edisi 1. Jakarta: Kemenkes RI.
3. Kemenkes RI. (2015). *Buku ajar kesehatan ibu dan anak continuum of care life circle*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
4. Manuaba, I.A.C. dkk. (2004). *Gawat darurat obstetri ginekologi & obstetri ginekologi sosial untuk profesi bidan*. Jakarta: EGC.
5. Manuaba (2007). *Pengantar kuliah obstetri*. Cetakan I. Jakarta: EGC.
6. Mochtar, R. (1998). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
7. Muslihatun, W.N., Mufdlilah, Setiyawati N (2011). *Buku dokumentasi kebidanan*. Cetakan VI. Yogyakarta: Fitramaya.
8. Pengurus Pusat Pendidikan Indonesia (2003). *Manajemen kebidanan metode SOAP*. Jakarta.

BAB II

PENGUMPULAN DATA SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF

A. PENDAHULUAN

Anamnesis adalah pertanyaan terarah yang ditujukan kepada ibu hamil, untuk mengetahui keadaan ibu dan faktor resiko yang dimilikinya. Anamnese dapat diperoleh dengan 2 cara yaitu allo anamnese dan auto anamnese. Aulo anamnese yaitu anamnese yang dilakukan langsung kepada pasien itu sendiri, sehingga data yang di dapat oleh tenaga kesehatan langsung dari pasien. Auto anamnese yaitu anamnese yang dilakukan kepada keluarga dekat pasien, orang tua, suami atau orang yang paling dekat dengan pasien. sehingga tenaga kesehatan dapat memperoleh data /informasi tentang status kesehatan pasien dari orang terdekat.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu memahami dan melakukan anamnesis ibu dan bayi, teknik mengumpulkan data subjektif dan objektif, pengkajian riwayat kesehatan dan obstetric, keterampilan dalam komunikasi.

B. PENYAJIAN MATERI

1.

ANAMNESIS IBU DAN BAYI

a. Definisi Anamnesis

Anamnesis adalah pertanyaan terarah yang ditujukan kepada ibu hamil, untuk mengetahui keadaan ibu dan faktor resiko yang dimilikinya. Anamnese dapat diperoleh dengan 2 cara yaitu allo anamnese dan auto anamnese. Aulo anamnese yaitu anamnese yang dilakukan langsung kepada pasien itu sendiri, sehingga data yang di dapat oleh tenaga kesehatan langsung dari pasien. Auto anamnese yaitu anamnese yang dilakukan kepada keluarga dekat pasien, orang tua, suami atau orang yang paling dekat dengan pasien. sehingga tenaga kesehatan dapat memperoleh data /informasi tentang status kesehatan pasien dari orang terdekat.

b. Tujuan Anamnesis

Tujuan dilakukannya anamnese yaitu meliputi hal di bawah ini.

- 1) Mengetahui status kesehatan ibu hamil, konseling persiapan persalinan, penyuluhan kesehatan, pengambilan keputusan dalam rujukan dan membimbing usaha untuk membangun keluarga sejahtera serta untuk

meneggakan diagnosa pasien.

- 2) Memudahkan bidan dalam meentukan tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Membantu ibu untuk mengatasi masalah yang menyertai kehamilan.

Untuk mengenali komplikasi-komplikasi dan menyiapkan untuk persalinan dengan mempelajari keadaan kehamilan ibu sekarang, kehamilan ibu terdahulu, kesehatan seara umum dan keadaan sosial ekonomi.

Teknik Dasar dalam Melakukan Anamnesis

Teknik dasar dalam melakukan anamnesis yaitu:

- 1) Beri salam dan perkenalkan diri.
- 2) Panggil nama pasien dan keluarganya.
- 3) Lakukan kontak mata.
- 4) Jaga harkat dan martabat pasien.
- 5) Beri penjelasan dengan bahasa yang mdah dmengerti oleh orang awam.
- 6) Jangan gunakan bahasa medis atau istilah yang sulit dipahami.
- 7) Tunjukkan perhatian dengan isyarat, mendekat, atau komunikasi non verbal lainnya.

Hal yang Perlu Ditanyakan pada Ibu Hamil yang Melakukan Kunjungan

Hal-hal yang perlu ditanyakan pada ibu hamil yang melakukan kunjungan meliputi:

- 1) Identitas

Ditanyakan identitas ibu maupun suami: Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat lengkap.
- 2) Alasan Datang/Keluhan ibu

Alasan datang: Apakah ibu datang untuk pemeriksaan kehamilan rutin?
- 3) Keluhan ibu: apakah ada hal yang berkaitan dengan kehamilan, yang dirasakan oleh ibu? Apakah ada masalah-masalah yang dihadapi ibu yang perlu dikemukakan saat pemeriksaan.
- 4) Riwayat menstruasi

Menarche, siklus teratur/tidak, lamanya, banyaknya darah, warna, bau, keluhan nyeri atau tidak untuk menilai faal alat kandungan.

5) Riwayat Perkawinan

Kawin/tidak, berapa kali, usia pada saat menikah, berapa lama/lama perkawinan (anak mahalkah?).

6) Riwayat KB

Apa jenis kontrasepsi yang pernah digunakan? Kapan kontrasepsi dipakai? Di mana pemasangan kontrasepsi? Siapa yang memasang kontrasepsi? Berapa lama pemakaian kontrasepsi? Apakah ada keluhan? Kapan kontrasepsi dilepas? Di mana tempat melepas? Siapa yang melepas? Apakah alasan berhenti/ganti kontrasepsi?

7) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Riwayat Kehamilan

Anak seberapa? Apakah ada masalah dengan kehamilan yang lalu?

Riwayat persalinan

Apakah persalinan spontan/buatan? Apakah aterm/premature? Kapan persalinannya? Dimana tempat persalinan? Siapa penolong persalinan? Apakah ada masalah saat persalinan?

Riwayat Nifas

Adakah masalah pada masa nifas? Apakah ada infeksi? Apakah ada perdarahan?

Anak

Apa jenis kelamin anak? Berapa BB anak? Apakah anak Hidup/mati? jika meninggal, apa penyebabnya? Apakah ada kecacatan? Bagaimana pemberian ASI? Bagaimana kondisinya sekarang?

Semua pertanyaan diatas untuk mengetahui prognosa kehamilan yang sekarang.

8) Riwayat Kehamilan Sekarang

Kapan HPHT? Berapa umur kehamilan? Kapan HPL? Apakah sudah pernah periksa sebelumnya? Berapa kali periksa? Dimana tempat periksa? Adakah keluhan baik di TM I, II, III? Adakah penanganan khusus keluhan tersebut? Sudah terasa gerakan janin/belum? Bagaimana status imunisasi TT?

9) Riwayat Penyakit sekarang

Apakah ibu sekarang dalam kondisi sakit? Apa keluhan yang dirasakan? Adakah penyakit sistemik lain yang mungkin mempengaruhi atau diperberat

oleh kehamilan (penyakit jantung, paru, ginjal, hati, diabetes mellitus)?
Apakah ibu dalam masa pengobatan?

10) Riwayat penyakit yang lalu

Riwayat penyakit sistemik lain yang mungkin mempengaruhi atau diperberat oleh kehamilan (penyakit jantung, paru, ginjal, hati, diabetes mellitus), riwayat alergi makanan/obat tertentu dan sebagainya. Ada/tidaknya riwayat operasi umum/lainnya maupun operasi kandungan (miomektomi, sectio cesarea dan sebagainya).

11) Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada riwayat penyakit sistemik, metabolik, cacat bawaan? Apakah ada penyakit keturunan (DM, kelainan genetik)? Apakah ada penyakit menular (TBC)?

12) Riwayat Keturunan Kembar

Dalam keluarga adakah yang mempunyai keturunan kembar.

13) Data kebiasaan sehari-hari

Dilakukan pengkajian dari pola kebiasaan sehari-hari ibu baik dari sebelum hamil dan selama hamil. Dikaji tentang bagaimana nutrisi ibu (frekuensi, jenis, porsi, keluhan, pantangan)? Bagaimana pola eliminasi (frekuensi, warna, bau, konsistensi, keluhan)? Bagaimana personal hygiene (mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian)? Bagaimana istirahat/tidur (tidur siang, tidur malam, keluhan)? Bagaimana kebutuhan seksual (seminggu berapa kali, keluhan)? Bagaimana pola aktivitas (aktivitas yang dilakukan sehari-hari)?

14) Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

Apakah ibu mempunyai kebiasaan merokok, minum jamu atau minum minuman beralkohol, minum obat-obatan.

15) Riwayat Psikososial, spiritual dan ekonomi

Bagaimana kondisi psikologis ibu menghadapi kehamilan? Bagaimana dengan dukungan keluarga? Apakah Ibu ada aktifitas/ kegiatan di luar rumah? Bagaimana persiapan persalinannya? Bagaimana pengetahuan ibu tentang kehamilan? Bagaimana pemberian ASI, perawatan bayi, kegiatan ibadah, kegiatan social, dan persiapan keuangan ibu dan keluarga.

Setelah Anda mempelajari tentang konsep anamnese pada ibu hamil, pembelajaran dilanjutkan pada pelaksanaan praktik anamnese.

C. KETERAMPILAN DALAM KOMUNIKASI

1. Respect Hukum pertama dalam mengembangkan komunikasi yang efektif adalah sikap menghargai setiap individu yang menjadi sasaran pesan yang disampaikan. Rasa hormat dan saling menghargai merupakan hukum pertama dalam berkomunikasi. Ingatlah, pada prinsipnya manusia ingin dihargai dan dianggap penting. Jika harus mengkritik atau memarahi seseorang, lakukan dengan penuh respek terhadap harga diri dan kebanggaan seseorang. Jika kita membangun komunikasi dengan rasa dan sikap saling menghargai dan menghormati, maka kita dapat membangun kerjasama yang menghasilkan sinergi yang akan meningkatkan efektifitas kinerja kita baik sebagai individu maupun secara keseluruhan sebagai sebuah tim.
2. Empathy Empati adalah kemampuan untuk menempatkan diri kita pada situasi atau kondisi yang dihadapi oleh orang lain. Salah satu prasyarat utama dalam memiliki sikap empati adalah kemampuan kita untuk mendengarkan atau mengerti terlebih dulu sebelum didengarkan atau dimengerti oleh orang lain. Secara khusus Covey menaruh kemampuan untuk mendengarkan sebagai salah satu dari 7 kebiasaan manusia yang sangat efektif, yaitu kebiasaan untuk mengerti terlebih dahulu, baru dimengerti (Seek First to Understand – understand then be understood to build the skills of empathetic listening that inspires openness and trust). Inilah yang disebutnya dengan komunikasi empatik. Dengan memahami dan mendengar orang lain terlebih dahulu, kita dapat membangun keterbukaan dan kepercayaan yang kita perlukan dalam membangun kerjasama atau sinergi dengan orang lain.
3. Audible Makna dari audible adalah dapat didengarkan atau dimengerti dengan baik. Jika empati berarti kita harus mendengar terlebih dahulu ataupun mampu menerima umpan balik dengan baik, maka audible berarti pesan yang kita sampaikan dapat diterima oleh penerima pesan. Hukum ini mengatakan bahwa pesan harus disampaikan melalui media atau delivery channel sedemikian rupa sehingga dapat diterima dengan baik oleh penerima pesan. Hukum ini mengacu pada kemampuan kita untuk menggunakan berbagai media maupun perlengkapan atau alat bantu audio visual yang akan membantu kita agar pesan yang kita sampaikan dapat diterima dengan baik. Dalam komunikasi personal hal ini berarti bahwa pesan disampaikan dengan cara atau sikap yang dapat diterima oleh

penerima pesan.

4. Clarity Selain bahwa pesan harus dapat dimengerti dengan baik, maka hukum keempat yang terkait dengan itu adalah kejelasan (clarity) dari pesan itu sendiri sehingga tidak menimbulkan multi interpretasi atau berbagai penafsiran yang berlainan. Karena kesalahan penafsiran atau pesan yang menimbulkan berbagai penafsiran akan membawa dampak yang tidak sederhana. Clarity dapat pula berarti keterbukaan atau transparansi. Dalam berkomunikasi kita perlu mengembangkan sikap terbuka (tidak ada yang ditutupi atau disembunyikan), sehingga dapat menimbulkan rasa percaya (trust) dari penerima pesan atau anggota tim kita. Karena tanpa keterbukaan akan timbul sikap saling curiga dan pada gilirannya akan menurunkan semangat dan antusiasme kelompok atau tim kita.
5. Humble Hukum kelima dalam membangun komunikasi yang efektif adalah sikap rendah hati (humble). Sikap ini merupakan unsur yang terkait dengan hukum pertama untuk membangun rasa menghargai orang lain yang biasanya didasari oleh sikap rendah hati yang kita miliki. Pada intinya sikap rendah hati meliputi antara lain sikap yang penuh melayani (dalam bahasa pemasaran Customer-first Attitude), sikap menghargai, mau mendengar dan menerima kritik, tidak sombong dan memandang rendah orang lain, berani mengakui kesalahan, rela memaafkan, lemah lembut dan penuh pengendalian diri, serta mengutamakan kepentingan yang lebih besar.

D. RANGKUMAN

Anamnesis adalah pertanyaan terarah yang ditujukan kepada ibu hamil, untuk mengetahui keadaan ibu dan faktor resiko yang dimilikinya. Anamnese dapat diperoleh dengan 2 cara yaitu allo anamnese dan auto anamnese. Aulo anamnese yaitu anamnese yang dilakukan langsung kepada pasien itu sendiri, sehingga data yang di dapat oleh tenaga kesehatan langsung dari pasien. Auto anamnese yaitu anamnese yang dilakukan kepada keluarga dekat pasien, orang tua, suami atau orang yang paling dekat dengan pasien. sehingga tenaga kesehatan dapat memperoleh data /informasi tentang status kesehatan pasien dari orang terdekat.

E. SOAL LATIHAN

1. Buatlah kelompok kecil dan lakukan pengkajian data subjektif dan objektif terhadap ibu hamil !

F. RUJUKAN

1. Bobak (2004). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Hamilton, P.M. (1995). *Dasar-dasar keperawatan maternitas*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
2. Kemenkes RI. (2013). *Buku saku pelayanan kesehatan ibu dan anak di fasilitas dasar dan rujukan*. Edisi 1. Jakarta: Kemenkes RI.
3. Kemenkes RI. (2015). *Buku ajar kesehatan ibu dan anak continuum of carelife circle*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
4. Manuaba, I.A.C. dkk. (2004). *Gawat darurat obstetri ginekologi & obstetri ginekologi sosial untuk profesi bidan*. Jakarta: EGC.
5. Manuaba (2007). *Pengantar kuliah obstetri*. Cetakan I. Jakarta: EGC.
6. Mochtar, R. (1998). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
7. Muslihatun, W.N., Mufdlilah, Setiyawati N (2011). *Buku dokumentasi kebidanan*. Cetakan VI. Yogyakarta: Fitramaya.
8. Pengurus Pusat Pendidikan Indonesia (2003). *Manajemen kebidanan metode SOAP*. Jakarta.

BAB III

PERALATAN DAN PERLENGKAPAN DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

A. PENDAHULUAN

Sebagai seorang tenaga kesehatan (Bidan) tidak terlepas dari yang namanya peralatan dan perlengkapan kesehatan salah satunya yaitu : perlengkapan umum, partus set, TTV Kit, alat pemeriksa gula darah, infus set, kateterisasi, USG dan alat resusitasi bayi dll.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu memahami dan mengenal peralatan dan perlengkapan Pemeriksaan fisik ibu dan bayi meliputi Perlengkapan umum, TTV kit, Alat ukur gula darah, Infus set, Kateterisasi, Sterilisasi kit, *Fetal monitoring Equipment*, *Basic Birth Equipment*, *Extra Emergency Equipment*, Alat resusitasi, *Extra baby mangement equipment*

B. PENGENALAN PERALATAN DAN PERLENGKAPAN DIPERLUKAN DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

1. Perlengkapan Umum

- a. Ruang persalinan
- b. Bed persalinan
- c. Kamar mandi di ruang persalinan
- d. Tirai atau scherem

2. Tanda Tanda Vital Kit

- a. Tensi meter air raksa atau kompas
- b. Stetoscop
- c. Teromometer



Gambar 3.1 Tanda-tanda Vital Kit

3. Alat Ukur gula darah

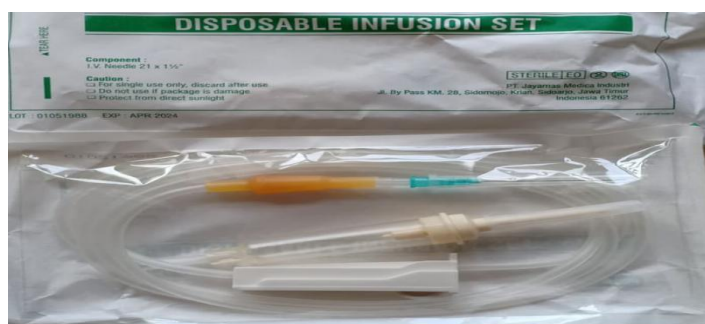
Alat ukur digital



Gambar 3.2 Alat Ukur Gula Darah

4. Infus set

- a. Baki dan alasnya
- b. Perlak dan alasnya
- c. Sarung tangan (handscoon)
- d. Kapas alkohol dalam tempatnya
- e. Cairan yang diperlukan
- f. Infus set steril
- g. Abocath steril sesuai ukuran
- h. Tourniquet
- i. Bengkok (nierbekken)
- j. Kasa steril dalam tempatnya
- k. Plester dan gunting
- l. Standar infus



Gambar 3.3 Infus Set

5. Kateterisasi

- a. Baki + alasnya
- b. Sarung tangan (handscoon) steril

- c. Kateter steril (sesuai dengan ukuran dan jenis)
- d. Minyak pelumas / *jelly*
- e. Kapas cebok (kapas sublimat)
- f. Spuit 10 cc yang berisi cairan akuades atau sejenisnya
- g. Bengkok (nierbekken)
- h. *Urineal bag*
- i. Sampiran



Gambar 3.4 Kateter

6. *Fetal Monitoring Equipment*

USG



Gambar 3.5 Ultrasonografi

7. **Alat Resusitasi**

- 2 helai kain/handuk.
- Bahan ganjal bahu bayi.
- Alat pengisap lendir DeLee atau bola karet.
- Tabung dan sungkup atau balon dan sungkup neonatal.
- Kotak alat resusitasi.
- Jam atau pencatat waktu.



Gambar 3.6 Alat Resusitasi

C. RANGKUMAN

Sebagai seorang tenaga kesehatan (Bidan) tidak terlepas dari yang namanya peralatan dan perlengkapan kesehatan salah satunya yaitu : perlengkapan umum, partus set, TTV Kit, alat pemeriksa gula darah, infus set, kateterisasi, USG dan alat resusitasi bayi dll.

D. SOAL LATIHAN

1. Buatlah kelompok kecil dan buat video pengenalan alat-alat yang digunakan dalam praktik kebidanan !

E. RUJUKAN

1. Bobak (2004). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
Hamilton, P.M. (1995). *Dasar-dasar keperawatan maternitas*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
2. Kemenkes RI. (2013). *Buku saku pelayanan kesehatan ibu dan anak di fasilitas dasar dan rujukan*. Edisi 1. Jakarta: Kemenkes RI.
3. Kemenkes RI. (2015). *Buku ajar kesehatan ibu dan anak continuum of care life circle*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
4. Manuaba (2007). *Pengantar kuliah obstetri*. Cetakan I. Jakarta: EGC.
5. Mochtar, R. (1998). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
6. Muslihatun, W.N., Muftlilah, Setiyawati N (2011). *Buku dokumentasi kebidanan*. Cetakan VI. Yogyakarta: Fitramaya.

BAB IV

PEMERIKSAAN UMUM DALAM PRAKTIK KEBIDANAN UNTUK IBU DAN BAYI

A. PENDAHULUAN

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh klien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien, dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan.

Dalam melakukan pemeriksaan fisik terdapat teknik dasar yang perlu dipahami, antara lain inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (ketukan), dan auskultasi (mendengar). Observasi (pengamatan secara seksama) Pemeriksaan dilakukan pada seluruh tubuh, dari ujung rambut sampai ujung kaki, namun tidak harus dengan urutan tertentu. Pemeriksaan yang menggunakan alat seperti pemeriksaan tengkorak, mulut, telinga, suhu tubuh, tekanan darah, dan lain-lainnya, sebaiknya dilakukan paling akhir, karena dengan melihat atau memakai alat-alat. Dalam pemeriksaan fisik ini tentunya diperlukan konsep dan prinsip dasar, kemudian kita mengetahui bagaimana teknik pemeriksaan fisik dengan baik agar hasil pemeriksaan yang kita peroleh tidak akan keliru.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu memahami dan melakukan pemeriksaan ibu dan bayi meliputi pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan neurologis dan pemeriksaan penunjang.

B. PENYAJIAN MATERI

1. PEMERIKSAAN FISIK UMUM

a. Konsep dasar Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari penderita untuk mengetahui keadaan atau kelainan dari penderitaan. Tujuannya adalah untuk mengetahui bagaimana kesehatan umum ibu (bila keadaan umumnya baik agar di pertahankan jangan sampai daya tahan tubuh menurun, untuk mengetahui adanya kelainan, bila ada kelainan, kelainan itu lekas diobati dan disembuhkan agar tidak mengganggu).

Pemeriksaan dilakukan pada klien yang baru pertama kali datang pemeriksaan, ini dilakukan dengan lengkap. Pada pemeriksaan ulangan, dilakukan yang perlu saja jadi tidak semuanya. Waktu persalinan, untuk penderita yang belum pernah diperiksa dilakukan dengan lengkap bila masih ada waktu dan bagi ibu yang pernah diperiksa dilakukan yang perlu saja.

Hal-hal yang harus dipertimbangkan sebelum melakukan pemeriksaan fisik, diantaranya sikap petugas kesehatan saat melakukan pengkajian. Selain itu, harus menjaga kesopanan, petugas harus membina hubungan yang baik dengan pasien. Sebelum melakukan pemeriksaan, pastikan lingkungan tempat pemeriksaan nyaman mungkin, termasuk mengatur pencahayaan. Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan adanya pencatatan data yang akurat, diharapkan pengambilan tindakan yang dilakukan sesuai dengan masalah atau kondisi klien.

b. Prinsip Dasar Pemeriksaan Fisik

Tujuan umum pemeriksaan fisik adalah untuk memperoleh informasi mengenai status kesehatan pasien. Tujuan definitif pemeriksaan fisik adalah, pertama, untuk mengidentifikasi status “normal” dan kemudian mengetahui adanya variasi dari keadaan normal tersebut dengan cara memvalidasi keluhan-keluhan dan gejala-gejala pasien, penapisan/skrining keadaan *wellbeing* pasien, dan pemantauan masalah kesehatan/penyakit pasien saat ini. Informasi ini menjadi bagian dari catatan/rekam medis (*medical record*) pasien, menjadi dasar data awal dari temuan-temuan klinis yang kemudian selalu diperbarui (*updated*) dan ditambahkan sepanjang waktu.

Prinsip Pelaksanaan Pemeriksaan Fisik :

- 1) Cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan .
- 2) Pastikan bahwa kuku jari bersih tidak panjang, sehingga tidak menyakiti pasien.
- 3) Terlebih dahulu hangatkan tangan dengan air hangat sebelum menyentuh pasien atau gosok bersama-sama kedua telapak tangan dengan telapak tangan satunya.
- 4) Jelaskan pada pasien secara umum apa yang akan dilakukan .
- 5) Gunakan sentuhan yang lembut tetapi,tidak menggelitik pasien dan cukup kuat untuk memperoleh informasi yang akurat.

- 6) Buatlah pendekatan dan sentuhan sehingga menghargai jasmani pasien dengan baik, serta sesuai dengan hak pasien terhadap kepantasan dan atas hak pribadi.
- 7) Tutupi badan pasien selama pemeriksaan dan hanya bagian yang di periksa yang terbuka.

Prinsip umum dari pemeriksaan fisik adalah dilakukan secara komprehensif.

c. Teknik Dasar Pemeriksaan Fisik

Terdapat empat teknik pengkajian yang secara universal diterima untuk digunakan selama pemeriksaan fisik: inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Teknik-teknik ini digunakan sebagai bingkai kerja yang menfokuskan pada indera penglihatan, pendengaran, sentuhan dan penciuman. Data dikumpulkan berdasarkan semua indera tersebut secara simultan untuk membentuk informasi yang koheren. Teknik-teknik tersebut secara keseluruhan disebut sebagai observasi/pengamatan, dan harus dilakukan sesuai dengan urutan di atas, dan setiap teknik akan menambah data yang telah diperoleh sebelumnya.

Pemeriksaan fisik pada kehamilan dapat dilakukan melalui pemeriksaan sebagai berikut :

1) Inspeksi (Pandang)

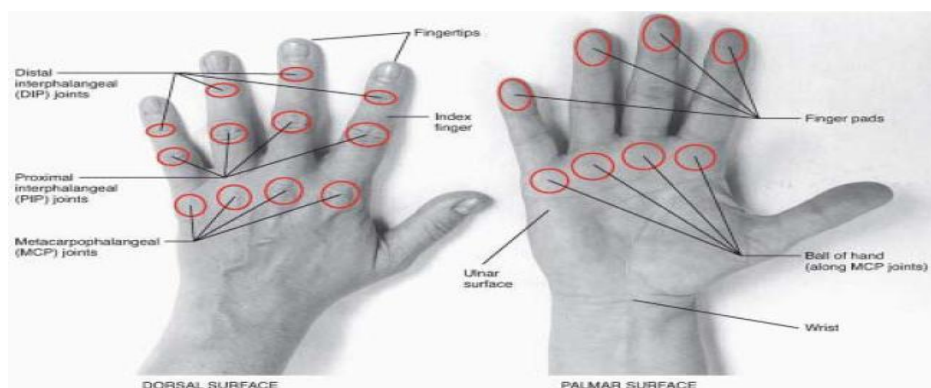
Langkah pertama pada pemeriksaan pasien adalah inspeksi, yaitu melihat dan mengevaluasi pasien secara visual. Metode ini merupakan metode tertua yang digunakan untuk mengkaji/menilai pasien.

Secara formal, pemeriksa menggunakan indera penglihatan untuk melihat pasien secara seksama, persisten, dan tidak tergesa-gesa di sepanjang pemeriksaan fisik yang dilakukan. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui lebih lanjut, lebih jelas, dan memvalidasi apa yang dilihat oleh mata dikaitkan dengan suara atau bau yang berasal dari pasien. Pemeriksa kemudian akan mengumpulkan dan menggolongkan informasi yang diterima oleh semua indera tersebut, baik disadari maupun tidak disadari, dan membentuk opini subyektif dan obyektif mengenai pasien, yang akan membantu dalam membuat keputusan diagnosis dan terapi.

2) Palpasi (Meraba)

Palpasi adalah penggunaan sensasi taktil untuk menentukan ciri-ciri suatu sistem organ. Palpasi dilakukan dengan menyentuh atau meraba menggunakan telapak tangan dan memanfaatkan alat peraba yang terdapat pada telapak tangan serta jari tangan.

Dengan palpasi dapat ditentukan posisi, bentuk, besar, tepi, permukaan, konsistensi, serta mobilitas organ. Ukuran organ dapat dinyatakan dengan besaran yang sudah dikenal secara umum, misalnya bola pingpong atau telur ayam. Namun sangat dianjurkan untuk menyatakan ukuran dalam besaran baku, misalnya sentimeter. Permukaan organ dinyatakan apakah rata atau berbenjol-benjol, konsistensi organ dinyatakan dengan lunak, keras, kistik, atau berfluktuasi, sedangkan tepi organ dinyatakan sebagai tajam atau tumpul.



Gambar 4.1. Area tangan yang digunakan untuk palpasi

3) Perkusi (ketukan)

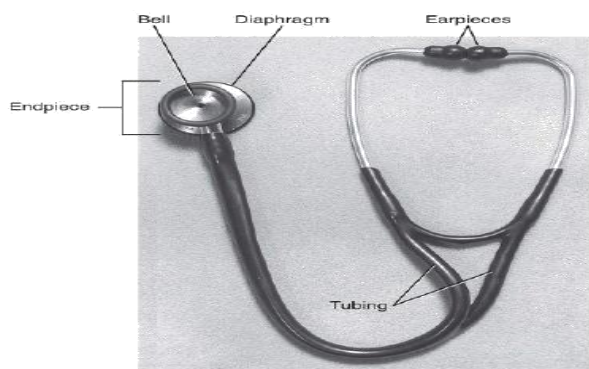
Perkusi berkaitan dengan sensasi taktil dan bunyi yang dihasilkan apabila suatu pukulan keras dilakukan pada suatu daerah yang diperiksa. Tindakan ini dapat memberikan informasi berharga mengenai struktur organ atau jaringan di bawahnya. Adanya perbedaan suara ketuk dapat digunakan untuk menentukan batas-batas suatu organ, misalnya paru, jantung, dan hati atau mengetahui batas-batas massa abnormal di rongga abdomen.

4) Auskultasi (mendengar)

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk

mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh organ dalam. Suara yang didengar dibedakan berdasarkan frekuensi (*pitch*), intensitas (keraslemahnya), durasi, kualitas (*timbre*), dan waktunya. Dengan auskultasi dapat didengar suara pernapasan, bunyi atau bising jantung, peristaltik usus, serta aliran darah dalam pembuluh darah. Teknik ini seharusnya dipakai bersama-sama dengan inspeksi, perkusi, dan palpasi. Umumnya, auskultasi adalah teknik yang dilakukan terakhir pada suatu pemeriksaan, kecuali auskultasi yang dilakukan pada daerah abdomen harus mendahului palpasi dan perkusi karena jika tidak demikian, suara mekanik yang terjadi dalam abdomen akibat menekan-nekan sekitar isi perut akan menghasilkan “suara usus” palsu.

Auskultasi dianjurkan menggunakan stetoskop binaural dengan pipa yang pendek (25-30 cm). Dinding pipa tebalnya ± 3 mm dan diameter lumen pipa 3 mm. Terdapat 3 ukuran stetoskop yang sesuai untuk neonatus, anak (pediatrik), dan dewasa. Umumnya stetoskop pediatrik cukup memadai untuk digunakan pada bayi dan anak. Stetoskop binaural mempunyai bagian yang bermembran (diafragma) dan bagian yang berbentuk seperti mangkuk (bel) yang dikelilingi karet agar terasa dingin (gambar 6). Sisi diafragma akan menyaring suara yang berfrekuensi atau bernada rendah, sehingga suara yang terdengar terutama adalah suara bernada tinggi. Suara yang bernada tinggi antara lain suara jantung (S1 dan S2), gesekan perikard (*pericardial friction rub*), suara paru-paru, dan bising usus. Sedangkan sisi bel akan menyaring suara yang berfrekuensi tinggi, sehingga suara yang terutama terdengar adalah suara berfrekuensi rendah. Suara yang bernada rendah antara lain *murmur* jantung, turbulensi arteri (*bruits*) atau vena (*hums*), dan friksi organ. Perlu diingat bahwa fungsi pada sisi bel hanya akan terjadi bila alat ditekan lembut pada kulit. Apabila sisi bel ditekan dengan keras pada kulit maka mangkuk bersama kulit akan berfungsi sebagai membran, yaitu menyalurkan suara berfrekuensi tinggi.



Gambar 4.6 Stetoskop

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil dapat dilakukan dengan beberapa pemeriksaan. Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh klien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien, dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan. Berikut adalah uraian dari pemeriksaan fisik secara umum, yang terdiri dari :

1) Keadaan Umum

Keadaan umum menunjukkan kondisi pasien secara umum akibat penyakit atau keadaan yang dirasakan pasien. Dilihat secara langsung oleh pemeriksa dan dilakukan penilaian. Yang dapat dilakukan saat kontak pertama, saat wawancara atau selama melakukan pemeriksaan yang lain. Hal – hal yang perlu dikaji dan dicatat :

- a) *Penampilan umum* : tegak/baik, lemah, sakit akut/kronis.
- b) *Tanda distress* : merintih, berkeringat, gemetar
- c) *warna kulit* : pucat, sianosis, icterus
- d) *Tinggi dan bentuk tubuh* : tinggi/pendek, berotot
- e) *Perkembangan seksual* : rambut majah, suara, payudara
- f) *BB/TB pengukuran dan penampilan* : kurus, gemuk , tinggi kurus

- g) *Postur dan gaya berjalan* : ataksia, pincang, paralysis
- h) *Cara berpakaian, berhias dan kebersihan* : rapi dan bersih
- i) *Ekspresi wajah* : tegang, rileks, takut, cemas
- j) *Bicara* : lambat, serak, cepat

2) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran adalah ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan, tingkat kesadaran dibedakan menjadi :

- a) *Compos Mentis* adalah ketika seseorang masih tersadar penuh.
- b) *Apatis* adalah yaitu kurangnya respon terhadap keadaan sekeliling ditandai dengan tidak adanya kontak mata atau mata terlihat menerawang dan tidak fokus.
- c) *Samnolen (letargie)* adalah keadaan dimana seseorang sangat mudah mengantuk dan tidur terus menerus tapi masih mudah di bangunkan.
- d) *Sopor* adalah kondisi tidak sadar atau tidur berkepanjangan tetapi masih memberikan reaksi terhadap rangsangan.
- e) *Koma* adalah kondisi tidak sadar dan tidak ada reaksi terhadap rangsangan tertentu.
- f) *Delirium* adalah penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik dan siklus tidur bangun. pasien tampak gaduh, gelisah, kacau, disorientasi, dan meronta-meronta.
- g) *Semi Koma* adalah penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon rangsangan verbal dan tidak dapat di bangunkan sama sekali (kornea, pupil) masih baik. Respon nyeri tidak adekuat.
- h) *GCS (glasgow coma scale)* adalah skala yang dipakai untuk menentukan atau menilai tingkat kesadaran pasien atau klien, mulai dari sadar sepenuhnya hingga koma. teknik ini terdiri dari 3 bagian yang di tunjukan oleh pasien setelah di beri stimulasi tertentu, yakni respon buka

mata, respon verbal dan respon motorik.

- Respon membuka mata (nilai 1-4)

Dekati pasien dan perhatikan respon membuka mata pasien dan beri stimulasi perintah dan nyeri pada pemeriksaan berikutnya :

- (1) Membuka spontan
- (2) Dengan perintah
- (3) Dengan rangsangan nyeri
- (4) Dengan rangsangan nyeri tidak membuka mata

- Respon verbal (nilai 1-5)

Tanyakan kepada pasien dengan pertanyaan mudah dan sederhana :

- (1) Orientasi baik (sesuai pertanyaan dan kalimat baik)
- (2) Tidak sesuai dengan pertanyaan, struktur kalimat baik
- (3) Struktur kalimat kacau
- (4) Hanya bersuara
- (5) Tidak bersuara

- Respon motorik (nilai 1 – 6)

Perintahkan pasien untuk menggerakkan tangan dan beri stimulasi nyeri pada pemeriksaan berikutnya :

- (1) Dapat menggerakkan tangan sesuai perintah
- (2) Melokalisir dengan stimulasi
- (3) Menghindar/ menolak / meronta dengan stimulasi
- (4) Fleksi dengan stimulasi
- (5) Ekstensi dengan stimulasi
- (6) Tidak ada respon

3) Keadaan Emosional

Riwayat Psikososial, untuk mengetahui keadaan emosional ibu. Hal-hal yang dikaji, yaitu :

- a) Kehamilan ini direncanakan/tidak,
- b) Respon ibu, suami, dan keluarga terhadap kehamilan,
- c) Keadaan hubungan ibu dengan suami, keluarga, dan tetangga, dan
- d) Ada atau tidaknya kekhawatiran-kekhawatiran khusus.

4) TB, BB dan LILA

Tujuan :

Untuk memastikan kesan terhadap pasien atau klien terutama mengenai derajat kesehatan. Pada pasien gemuk atau kurus memberi gambaran kemungkinan mengidap penyakit.

- a) BB (Berat badan)

Untuk timbangan berat badan di klinik kehamilan tersedia timbangan yang praktis. Timbangan ini model jembatan dan ukuran tinggi badan bersama-sama timbangan itu. Ada pula tersedia timbangan kodok yang tidak disertai tinggi badan, jadi ukuran tinggi badan tersendiri.

Cara pemeriksaan :

- Penderita diberitahu, pakaian yang perlu dibuka, atau ganti dengan pakaian klinik.
- Balans disetel
- Penderita dipersilahkan naik diatas timbangan
- Lihat skala menunjukkan angka berapa, sampai keseimbangan balans dan berat badan dicapai
- Hasil dilihat dan dicatat
- Pasien dibereskan

b) TB (Tinggi Badan)

Mengukur tinggi badan kadang-kadang dilakukan pada ibu yang pertama kali datang pengukuran ini bermanfaat apabila ibu datang sudah hamil muda. Tinggi badan ini untuk menetapkan ibu itu kurus atau normal, disesuaikan dengan berat badannya.

Cara mengukur tinggi badan :

- Ibu hamil diberitahu, sandal/sepatu dilepaskan.
- Ibu hamil berdiri membelakangi ukuran tinggi badan yang mempunyai skala dengan angka yang menunjukkan tinggi badan dalam sentimeter.
- Ujung ukuran tinggi badan diletakan di atas kepala pada bagian yang rata.
- Lihat ujung yang sebelah lagi dan ukuran yang terletak diatas kepala itu menunjukkan tinggi badan
- Hasil dilihat dan dicatat

c) LiLA (Lingkar Lengan Atas)

Pada ibu hamil (bumil) pengukuran LiLA merupakan deteksi dini Kurang Energi Kronis (KEK). Bumil yang KEK berpotensi melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak.

- Alat : pita LiLA sepanjang 33 cm dengan ketelitian 0,1 cm atau meteran kain.
- Persiapan :
 - (1) Pastikan pita LiLA tidak kusut, tidak terlipat-lipat atau tidak sobek
 - (2) Jika lengan responden > 33cm, gunakan meteran kain
 - (3) Responden diminta berdiri dengan tegak tetapi rileks, tidak memegang apapun serta otot lengan tidak tegang

(4) Baju pada lengan kiri disingsingkan keatas sampai pangkal bahu terlihat atau lengan bagian atas tidak tertutup.

- Cara mengukur LiLA :

Sebelum pengukuran, dengan sopan minta izin kepada responden bahwa petugas akan menyingsingkan baju lengan kiri responden sampai pangkal bahu. Bila responden keberatan, minta izin pengukuran dilakukan di dalam ruangan yang tertutup.

- (1) Tentukan posisi pangkal bahu.
- (2) Tentukan posisi ujung siku dengan cara siku dilipat dengan telapak tangan ke arah perut.
- (3) Tentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan menggunakan pita LiLA atau meteran, dan beri tanda dengan pulpen/spidol (sebelumnya dengan sopan minta izin kepada responden). Bila menggunakan pita LiLA perhatikan titik nolnya.
- (4) Lingkarkan pita LiLA sesuai tanda pulpen di sekeliling lengan responden sesuai tanda (di pertengahan antara pangkal bahu dan siku).
- (5) Masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LiLA.
- (6) Pita ditarik dengan perlahan, jangan terlalu ketat atau longgar.
- (7) Baca angka yang ditunjukkan oleh tanda panah pada pita LiLA (kearah angka yang lebih besar).
- (8) Tuliskan angka pembacaan

Keterangan: Jika lengan kiri lumpuh, yang diukur adalah lengan kanan (beri keterangan pada kolom catatan pengumpul data).

2. Pemeriksaan tanda vital

a. Tekanan Darah

Tujuan : untuk menilai system kardiovaskular/keadaan hemodinamik klien (curah

jantung, tahanan vaskuler perifer, volume darah dan viskositas, dan elastisitas arteri).

1) Alat dan bahan pengukuran pemeriksaan tekanan darah :

- a) Sfigmomanometer (Tensimeter) yang terdiri dari :
 - Manometer air raksa + klep penutup dan pembuka
 - Manset udara
 - Slang karet
 - Pompa udara dari karet + sekrup pembuka dan penutup
- b) Stetoskop
- c) Buku catatan tanda vital
- d) Pena

2) Cara pemeriksaan :

- a) Jelaskan prosedur pada pasien
- b) Cuci tangan
- c) Atur posisi pasien
- d) Letakkan lengan pasien yang hendak diukur pada posisi terlentang
- e) Lengan baju dibuka
- f) Pasang manometer pada lengan kanan/kiri atas, sekitar 3 cm diatas fossa cubiti (Siku lengan bagian dalam). Jangan terlalu ketat atau terlalu longgar
- g) Tentukan denyut nadi arteri radialis (nadi pada siku bagian dalam) dekstra/sinistra dengan jari tangan kita
- h) Pompa balon udara manset samapi denyut nadi arteri radialis tidak teraba
- i) Pompa terus sampai manometer setinggi 20 mmHg lebih tinggi dari titik radialis tidak teraba
- j) Letakkan diafragma stetoskop diatas arteri brakhialis dan dengarkan
- k) Kempeskan balon udara manset secara perlahan dan berkesinambungan dengan memutar sekrup pada pompa udara berlawanan arah jarum jam.

- l) Catat mmHg manometer saat pertama kali denyut nadi terdengar nilai ini menunjukkan tekanan sistolik dan catat mmHg denyut nadi yang terakhir terdengar, nilai ini menunjukkan tekanan diastolik.

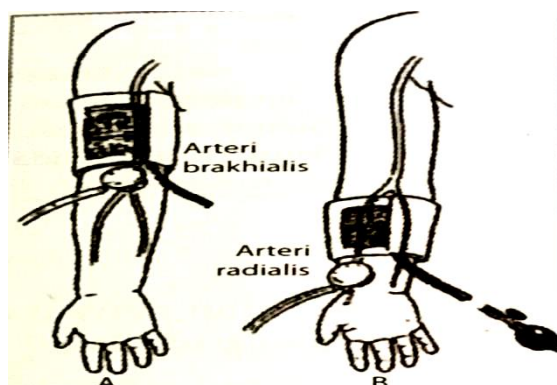
Suara Korotkoff I : Menunjukkan besarnya tekanan sistolik secara auskultasi

Suara Korotkoff IV/V: Menunjukkan besarnya tekanan diastolik secara auskultasi

- m) Catat hasilnya pada catatan pasien
n) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

Tabel 4.1 Tekanan Darah Normal

Umur	Tekanan Sistolik/ Diastolik (mmHg)
1 Bulan	86/54
6 Bulan	90/60
1 Tahun	96/65
2 Tahun	99/65
4 Tahun	99/65



Gambar 4.7 Cara Pemasangan Manset

b. Suhu Tubuh

Suhu tubuh normal : 36 – 37°C

Tabel 4.3 Suhu Tubuh Normal

Umur	Suhu (°C)
3 Bulan	37,5
1 Tahun	37,7
3 Tahun	37,2
5 Tahun	37,0

Tujuan : Untuk mengetahui rentang suhu tubuh.

1) Persiapan Alat dan Bahan :

- a) Stetoskop
- b) Tensimeter/Sphygmomanometer
- c) Alcohol swab
- d) Sarung tangan/handscoen
- e) Jam tangan
- f) Thermometer (raksadigital/elektrik)
- g) Thermometer tympani/aural
- h) Thermometer rectal
- i) Tissue
- j) Kassa
- k) Jelly/Lubrikan
- l) Bullpen
- m) Bengkok
- n) Lembar dokumentasi

2) Pemeriksaan suhu Oral

Suhu dapat diambil melalui mulut baik menggunakan termometer kaca klasik atau yang lebih modern termometer digital yang menggunakan probe elektronik untuk mengukur suhu tubuh.

Prosedur pemeriksaan adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur pada klien.
- b) Cuci tangan.
- c) Gunakan sarung tangan.
- d) Atur posisi pasien
- e) Tentukan letak bawah lidah.
- f) Turunkan suhu termometer di bawah 34° - 35° C
- g) Letakan termometer di bawah lidah sejajar dengan gusi.
- h) Anjurkan mulut di katupkan selama 3-5 menit.
- i) Angkat termometer dan baca hasilnya.
- j) Catat hasil
- k) Bersihkan termometer dengan kertas tisu.

- l) Cuci dengan air sabun, desinfektan, bilas dengan air bersih, dan keringkan.
- m) Cuci tangan setelah prosedur di lakukan.



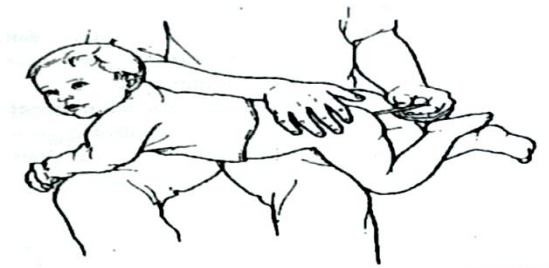
Gambar 4.8 Pemeriksaan Suhu Secara Oral

3) Pemeriksaan suhu rektal.

Suhu yang diambil melalui dubur (menggunakan termometer gelas atau termometer digital) cenderung $0,5-0,7^{\circ}$ lebih tinggi daripada ketika diambil oleh mulut.

Prosedur pemeriksaan adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur pada klien.
- b) Cuci tangan.
- c) Gunakan sarung tangan.
- d) Atur posisi pasien dengan posisi miring.
- e) Pakaian di turunkan sampai bawah glutea.
- f) Tentukan termometer dan atur pada nilai nol lalu oleskan vaselin.
- g) Letakan telapak tangan pada sisi glutea pasien dan masukan termometer ke dalam rektal jangan sampai berubah tempatnya dan ukur suhu.
- h) Setelah 3-5 menit angkat termometer.
- i) Catat hasil.
- j) Bersihkan termometer dengan kertas tisu.
- k) Cuci dengan air sabun, desinfektan, bilas dengan air bersih, dan keringkan.
- l) Cuci tangan setelah prosedur di lakukan.



Gambar 4.9 Pemeriksaan Suhu Secara Rektal

4) Pemeriksaan suhu Aksila.

Temperatur dapat diambil di bawah lengan dengan menggunakan termometer gelas atau termometer digital. Suhu yang diambil oleh rute ini cenderung 0,3-0,4° lebih rendah daripada suhu yang diambil oleh mulut.

Prosedur pemeriksaan adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur pada klien.
- b) Cuci tangan.
- c) Gunakan sarung tangan.
- d) Atur posisi pasien
- e) Tentukan letak aksila dan bersihkan daerah aksila dengan menggunakan tisu.
- f) Turunkan termometer di bawah suhu 34⁰ -35⁰C.
- g) Letakan termometer pada daerah aksila dan lengan pasien fleksi di atas dada.
- h) setelah 3-10 menit termometer diangkat dan di baca hasilnya.
- i) Catat hasil.
- j) Bersihkan termometer dengan kertas tisu.
- k) Cuci dengan air sabun, desinfektan, bilas dengan air bersih, dan keringkan.
- l) Cuci tangan setelah prosedur di lakukan.



Gambar 4.10 Pemeriksaan Suhu Secara AKSila

5) Prosedur pengukuran suhu aural

Termometer khusus dengan cepat dapat mengukur suhu gendang telinga, yang mencerminkan suhu inti tubuh (suhu dari organ-organ internal). Mungkin suhu tubuh abnormal karena demam (suhu tinggi) atau hipotermia (suhu rendah). Demam ditandai ketika suhu tubuh meningkat di atas 37°C secara oral atau $37,7^{\circ}\text{C}$ melalui dubur, menurut American Medical Association. Hipotermia didefinisikan sebagai penurunan suhu tubuh di bawah 35°C .

Prosedur pemeriksaan adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan pada klien
- b) Cuci tangan dan persiapkan alat-alat di dekat klien
- c) Pakai sarung tangan
- d) Siapkan thermometer tympani, jika klien menggunakan alat bantu dengar, keluarkan dengan hati-hati dan tunggu hingga 1-2 menit
- e) Bersihkan telinga dengan kapas
- f) Buka bagian luar telinga, dengan perlahan-lahan masukkan thermometer sampai liang telinga.
- g) Tekan tombol untuk mengaktifkan thermometer
- h) Pertahankan posisi thermometer selama pengukuran sampai muncul suara atau timbul tanda cahaya pada thermometer
- i) Ambil thermometer dan baca hasilnya
- j) Rapikan klien
- k) Cuci tangan
- l) Dokumentasikan hasil pemeriksaan

Nilai standar untuk mengetahui batas normal suhu tubuh manusia dibagi menjadi empat yaitu :

- 1) Hipotermi, bila suhu tubuh kurang dari 36°C . Untuk mengukur suhu hipotermi diperlukan termometer ukuran rendah (*low reading thermometer*) yang dapat mengukur sampai 25°C
- 2) Normal, bila suhu tubuh berkisar antara $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$
- 3) Febris / pireksia / panas, bila suhu tubuh diatas $37,5 - 40^{\circ}\text{C}$
- 4) Hipertermi, bila suhu tubuh lebih dari 40°C

Berikut adalah mekanisme kehilangan panas tubuh secara garis besar, ada empat yaitu melalui :

1) Radiasi

Radiasi adalah mekanisme kehilangan panas tubuh dalam bentuk gelombang panas inframerah. Gelombang inframerah yang dipancarkan dari tubuh memiliki panjang gelombang 5 – 20 mikrometer. Tubuh manusia memancarkan gelombang panas ke segala penjuru tubuh. Radiasi merupakan mekanisme kehilangan panas paling besar pada kulit (60%) atau 15% seluruh mekanisme kehilangan panas.

Panas adalah energi kinetik pada gerakan molekul. Sebagian besar energi pada gerakan ini dapat di pindahkan ke udara bila suhu udara lebih dingin dari kulit. Sekali suhu udara bersentuhan dengan kulit, suhu udara menjadi sama dan tidak terjadi lagi pertukaran panas, yang terjadi hanya proses pergerakan udara sehingga udara baru yang suhunya lebih dingin dari suhu tubuh.

2) Konduksi

Konduksi adalah perpindahan panas akibat paparan langsung kulit dengan benda-benda yang ada di sekitar tubuh. Biasanya proses kehilangan panas dengan mekanisme konduksi sangat kecil. Sentuhan dengan benda umumnya memberi dampak kehilangan suhu yang kecil karena dua mekanisme, yaitu kecenderungan tubuh untuk terpapar langsung dengan benda relative jauh lebih kecil dari pada paparan dengan udara, dan sifat isolator benda menyebabkan proses perpindahan panas tidak dapat terjadi secara efektif terus menerus.

3) Evaporasi

Evaporasi (penguapan air dari kulit) dapat memfasilitasi perpindahan panas tubuh. Setiap satu gram air yang mengalami evaporasi akan menyebabkan kehilangan panas tubuh sebesar 0,58 kilokalori. Pada kondisi individu tidak berkeringat, mekanisme evaporasi berlangsung sekitar 450 – 600 ml/hari.

Hal ini menyebabkan kehilangan panas terus menerus dengan kecepatan 12 – 16 kalori per jam. Evaporasi ini tidak dapat dikendalikan karena evaporasi terjadi akibat difusi molekul air secara terus menerus melalui kulit dan system pernafasan.

Selama suhu kulit lebih tinggi dari pada suhu lingkungan, panas hilang melalui radiasi dan konduksi. Namun ketika suhu lingkungan lebih tinggi dari suhu tubuh, tubuh memperoleh suhu dari lingkungan melalui radiasi dan konduksi. Pada keadaan ini, satu-satunya cara tubuh melepaskan panas adalah melalui evaporasi.

Memperhatikan pengaruh lingkungan terhadap suhu tubuh, sebenarnya suhu tubuh actual (yang dapat diukur) merupakan suhu yang dihasilkan dari keseimbangan antara produksi panas oleh tubuh dan proses kehilangan panas tubuh dari lingkungan.

c. Denyut Nadi

Denyut merupakan pemeriksaan pada pembuluh nadi atau arteri. Ukuran kecepatannya diukur pada beberapa titik denyut, misalnya denyut arteri radialis pada pergelangan tangan, arteri brachialis pada lengan atas, arteri karotis pada leher, arteri poplitea pada belakang lutut, arteri dorsalis pedis atau arteri tibialis posterior pada kaki. Pemeriksaan denyut dapat dilakukan dengan bantuan stetoskop.

Tabel 4.4 Frekuensi Nadi

Umur	Frekuensi Nadi Rata-rata
Bayi baru lahir	140 kali per menit
Bawah umur 1 bulan	110 kali per menit
1– 6 bulan	130 kali per menit
6 – 12 bulan	115 kali per menit
1 – 2 tahun	110 kali per menit
2 – 6 tahun	105 kali per menit
6 - 10 tahun	95 kali per menit
10 - 14 tahun	85 kali per menit
14 - 18 tahun	82 kali per menit
di atas 18 tahun	60 - 100 kali per menit
Usia Lanjut	60 -70 kali per menit

Tabel 4.5 Tingkatan Nadi

Tingkatan Nadi	Deskripsi
Tingkat 0	Tidak teraba
Tingkat +1	Sulit diraba, lemah, halus dan mudah hilang dengan tekanan
Tingkat +2	Sulit diraba, dapat hilang dengan tekana
Tingkat +3	Mudah diraba, tidak mudah hilang dengan tekanan (normal)
Tingkat +4	Kuatm berdenyut dan tidak hilang dengan tekanan

Tabel 4.6 Pola Nadi

Pola Nadi	Deskripsi
Bradikardia	Frekuensi nadi lambat
Takikardia	Frekuensi nadi meningkat, dalam keadaan tidak pada ketakutan, menangis, aktivitas meningkat, atau demam yang menunjukkan penyakit jantung
Sinus Aritmia	Frekuensi nadi meningkat selama inspirasi, menurun selama ekspirasi. Sinus aritmia merupakan variasi normal pada anak khususnya selama tidur
Pulsus Alternans	Denyut nadi yang silih berganti kuat-lemah dan kemungkinan menunjukkan gagal jantung
Pulsus Bigeminus	Denyut berpasangan yang berhubungan dengan denyut premature
Pulsus Paradoksus	Kekuatan nadi menurun dengan inspirasi
Thready Pulse	Denyut nadi cepat dan lemah menunjukkan adanya tanda syok, nadi sukar dipalpasi tampak muncul dan menghilang
Pulsus Corrigan	Denyut nadi kuat dan berdetak-detak disebabkan oleh variasi yang luas pada tekanan nadi

Sumber : Engel 1995

d. Pernafasan

Proses fisiologis yang berperan pada proses pernafasan adalah : ventilasi pulmoner, respirasi eksternal dan internal. Laju pernafasan meningkat pada keadaan stres, kelainan metabolik, penyakit jantung paru, dan pada peningkatan suhu tubuh. Pernafasan yang normal bila kecepatannya 14-20x/menit pada dewasa, dan sampai 44x/menit pada bayi. Kecepatan dan irama pernafasan serta usaha bernafas perlu diperiksa untuk menilai adanya kelainan.

Tabel 4.7 Pola Pernafasan

Pola Pernafasan	Deskripsi
Dispnea	Susah bernafas yang ditunjukkan dengan adanya retraksi
Bradipnea	Frekuensi pernafasan lambat yang abnormal dan irama teratur
Takipnea	Frekuensi pernafasan cepat yang abnormal
Hiperapnea	Pernafasan cepat dan dalam
Apnea	Tidak ada pernafasan
Cheyne Stokes	Periode pernafasan cepat dalam yang bergantian dengan periode apnea. Umumnya pada bayi dan pada anak selama tidur nyenyak, depresi dan kerusakan otak
Kusmaul	Nafas dalam yang abnormal bisa cepat, normal atau lambat secara umum pada asidosis metabolic
Biot	Tidak teratur terlihat pada kerusakan otak bagian bawah dan depresi pernafasan

Sumber : Engel 1995

2. Pemeriksaan Fisik Head To Toe (Pemeriksaan Fisik Kepala Sampai Kaki)

Pemeriksaan fisik head to toe merupakan teknik pemeriksaan fisik dengan bagian tubuh klien sebagai acuan yaitu dari ujung kepala sampai ke ujung kaki. Maksudnya disini adalah pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, mulai dari bagian kepala dan berakhir pada anggota gerak.

a. Pemeriksaan Fisik Kulit, Rambut dan Kuku

Tujuan : Untuk mengetahui kondisi kulit, rambut dan kuku

Cara Kerja :

- 1) Inspeksi kulit mengenai warna, jaringan perut, lesi/perluasan dan kondisi vaskularisasi supervisial.
- 2) Palpasi kulit untuk mengetahui suhu kulit, tekstur (halus,kasar), mobilitas/turgor dan adanya lesi
- 3) Inspeksi dan Palpasi kuku dan catat mengenai warna, bentuk dan setiap ada ketidaknormalan/lesi.
- 4) Inspeksi dan palpasi rambut dan perhatikan jumlah, distribusi dan teksturnya.

Tabel 4.8 Warna Kulit

Warna Kulit	Deskripsi
Coklat	Menunjukkan adanya penyakit Addison atau beberapa tumor hipofisis
Biru kemerahan	Menunjukkan Polisitemia
Merah	Alergi dingin, hipertermia, psikologis, alcohol atau inflamasi local
Biru (SIanosis pada Kuku)	Kecemasan, kedinginan atau sentral menyebabkan sianosis perifer sehingga terjadi penurunan kapasitas darah dalam membawa oksigen ke bagian yang meliputi bibir, mulut dan badan
Kuning	Icterus yang menyertai penyakit hati, hemolysis sel darah merah, obstruksi saluran empedu atau infeksi berat yang dapat dilihat pada sclera, membrane mukosa dan abdomen Bila pada area kulit terbuka tidak pada sclera dan membrane mukosa, maka hal itu menunjukkan adanya penyakit ginjal kronik

Pucat (Kurang merah muda pada orang kulit putih) atau warna abu-abu pada kulit hitam	Menunjukkan adanya sinkop, demam, syok dan anemia
Kekurangan warna secara umum	Albinisme

Tabel 4.9 Cara dan Keadaan Patologis Pemeriksaan Turgor Kulit

Caranya	Patologis
Dilakukan palpasi pada daerah kulit dengan mencubit lengan atas atau abdomen dan kemudian melepaskannya secara cepat Normalnya kulit akan kembali seperti semula dengan cepat tanpa meninggalkan tanda	Lipatan kulit kembalinya lambat dan adanya tanda menunjukkan adanya dehidrasi atau malnutrisi, penyakit kronik atau gangguan otot

b. Pemeriksaan Kepala

Tujuan : Untuk mengetahui bentuk dan fungsi kepala. Lihat apakah ada benjolan pada kepala ibu, apakah rambut ibu mudah dicabut.

Cara kerja :

- 1) Atur pasien dalam posisi duduk atau berdiri (tergantung pada kondisi pasien dan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan).
- 2) Bila pasien memakai kacamata, anjurkan untuk melepasnya.
- 3) Lakukan inspeksi yaitu dengan memperhatikan kesimetrisan muka, tengkorak, warna dan distribusi rambut serta kulit kepala.
- 4) Muka normalnya simetris antara kanan dan kiri. Ketidaksimetrisan muka dapat merupakan suatu petunjuk adanya kelumpuhan parase saraf ketujuh.
- 5) Bentuk tengkorak yang normal adalah simetris dengan bagian frontal menghadap kedepan dan bagian pariental menghadap ke belakang.
- 6) Distribusi rambut sangat bervariasi pada setiap orang dan kulit kepala normalnya tidak mengalami peradangan, tumor maupun bekas luka/sikatrik.
- 7) Lanjutkan pemeriksaan dengan palpasi untuk mengetahui keadaan rambut,

massa, pembengkakan, nyeri tekan, keadaan tengkorak, dan kulit kepala. Palpasi tulang, tengkorak pada bayi dilakukan juga dengan tujuan untuk mengetahui ukuran fontanella.

c. Pemeriksaan Mata

Tujuan : Untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata. Melihat apakah konjungtiva ibu anemis (pucat) atau tidak, sclera apakah ikterik/ kuning atau tidak

- 1) Sebelum melakukan pemeriksaan, harus tersedia sumber penerangan/lampu yang baik dan ruang gelap untuk tujuan tertentu.
- 2) Pasien harus diberitahu sebelumnya sehingga ia dapat bekerja sama.
- 3) Untuk mempermudah pemeriksaan, bidan dapat berdiri atau duduk dihadapan pasien.
- 4) Dalam pemeriksaan selalu bandingkan antara mata kanan dengan mata kiri. Normalnya mata berbentuk bulat/sferik

Inspeksi :

- 1) Amati bola mata terhadap adanya protrusis, gerakan mata, medan penglihatan dan visus.
- 2) Amati kelopak mata, perhatikan terhadap bentuk dan setiap ada kelainan dengan cara sebagai berikut :
 - a) Anjurkan pasien melihat ke depan.
 - b) Bandingkan mata kanan dan mata kiri.
 - c) Anjurkan pasien menutup kedua mata.
 - d) Amati bentuk dan keadaan kulit pada kelopak mata, serta pada bagian pinggir kelopak mata, catat setiap ada kelainan misalnya ada kearah-merahan.
 - e) Amati pertumbuhan rambut pada kelopak mata terhadap ada/tidaknya bulu mata dan posisi bulu mata.
 - f) Perhatikan kelurusan mata dapat membuka dan catat bila ada dropping

kelopak mata atas atau sewaktu mata membuka (ptosis).

3) Amati konjungtiva dan sklera dengan cara sebagai berikut :

- a) Anjurkan pasien melihat lurus ke depan
- b) Amati konjungtiva, untuk mengetahui ada/tidaknya kemerah-merahan, keadaan vaskularisasi serta lokasinya.
- c) Tarik kelopak mata bagian bawah ke bawah dengan menggunakan ibu jari.
- d) Amati keadaan konjungtiva dan kantong konjungtiva bagian bawah, catat bila di dapatkan infeksi atau pus atau bila warnanya tidak normal, misalnya anemi.
- e) Bila diperlukan amati konjungtiva bagian atas
- f) Amati warna sklera waktu memeriksa konjungtiva yang pada keadaan tertentu warnanya dapat menjadi ikterik.

Inspeksi gerakan mata :

- 1) Anjurkan pasien untuk melihat lurus ke depan
- 2) Amati apakah kedua mata tetap diam atau bergerak secara spontan (nistagmus) yaitu gerakan ritmis bola mata, mula-mula lambat bergerak ke satu arah, kemudian dengan cepat kembali ke posisi semula
- 3) Bila ditemukan adanya nistagmus, maka amati bentuk, frekuesni (cepat atau lambat) , amplitudo (luas/sempit) dan durasinya (hari/minggu).
- 4) Amati apakah kedua mata memandang lurus ke depan ata salah satu defisi
- 5) Luruskan jari telunjuk anda dan dekatkan dengan jarak sekitar 15-30. Beritahu pasien untuk mengikuti gerakan jari anda, dan juga posisi kepala pasien tetap.gerakan jari anda ke 8 arah, untuk mengetahui fungsi 6 otot mata.

d. Pemeriksaan Telinga

1) Tujuan : untuk mengetahui keadaan telinga luar, saluran telinga, gendang telinga/membran timpani dan pendengaran. Apakah ada massa pada telinga, tulang mastoid ditekan apakah mengalami nyeri tekan

a) Telinga mempunyai fungsi sebagai alat pendengaran dan menjaga keseimbangan.

b) Menurut struktur anatominya, telinga dapat dibagi menjadi tiga bagian :

- Telinga luar : aurikel (pinna) dan saluran pendengaran luar.
- Telinga tengah (rongga timpani) terpisah dengan telinga luar oleh adanya membran timpani (gendang telinga). Terdapat komponen pendengaran (maleolus, inkus, stapes) yang berhubungan dengan tubaeustasia (pendengaran), sinus-sinus mastoid, telinga luar dan telinga dalam.
- Telinga dalam : labirin yang bertulang dan bermembran yang meliputi kohlea, vestibulum, dan saluran, semiskular.

2) Alat-alat yang perlu dipersiapkan dalam pemeriksaan fisik telinga, antara lain : otoskop, garpu tala, arloji.

3) Cara Kerja :

a) Inspeksi dan palpasi

- Bantu pasien dalam posisi duduk. Pasien yang masih anak-anak dapat diatur duduk di pangkuan orang lain.
- Atur posisi anda menghadap pada sisi telinga pasien yang akan diperiksa.
- Untuk pencahayaan, gunakan auroskop, lampu kepala atau sumber cahaya yang lain sebagai tangan anda akan bebas kerja.
- Mulailah mengamati telinga luar, periksa keadaan pinna terhadap ukuran, bentuk, lesi dan adanya massa.

- Lanjutkan pemeriksaan palpasi dengan memegang telinga luar dengan jempol dan jari telunjuk.
- Palpasi kartilago telinga luar secara sistematis dari jaringan lunak, jaringan keras dan catat bila ada nyeri.
- Tekan bagian tragus ke dalam dan tekan pula tulang telinga di bawah daun telinga. Bila ada peradangan maka pasien akan meras nyeri.
- Bandingkan telinga kiri dan telinga kanan.
- Bila diperlukan, lanjutkan pemeriksaan telinga bagian dalam.
- Pegang bagian pinggir daun telinga/heliks dan secara perlahan-lahan tarik daun telinga ke atas dan kebelakang sebgai lubang telinga menjadi lurus dan mudah diamati. Pada anak-anak daun telinga ditarik ke bawah.
- Amati pintu masuk lubang telinga dan pertikan ada tidaknya peradangan, peredaran, kotoran/serumen.
- Dengan hati-hati amsukkan otoskop yang menyala kedalam lubang telinga.
- Bila letak otoskop sudah tepat, letakkan mata di eye-piece.
- Amati dinding lubang telinga thd kotoran, serumen, peradangan/adanya benda asing.
- Amati membran timpani mengenai bentuk, transparansi, kilau, perforasi terhadap adanya darah/cairan.

b) Pemeriksaan pendengaran :

- Pemeriksaan pendengaran dilakukan untuk mengetahui fungsi telinga
- Secara sederhana pendengaran dapat diperiksa dengan menggunakan suara bisikan.
- Pendengan yang baik akan dengan mudah dapat mengetahui adanya

bisikan.

- Bila pendengaran dicurigai tidak berfungsi baik, maka pemeriksaan yang lebih teliti dapat dilakukan yaitu dengan menggunakan garpu tala atau test audiometri.

c) Pemeriksaan pendengaran dengan bisikan :

- Atur posisi pasien berdiri membelakangi anda pada jarak sekitar 4,5-6 meter.
- Anjurkan pasien untuk menutup salah satu telinga yang tidak diperiksa.
- Bisikan suatu bilangan (mis 76).
- Beritahu pasien untuk mengulang bilangan yang didengar.
- Pemeriksaan telinga yang satunya dengan cara sama.
- Bandingkan kemampuan mendengar telinga kanan dan kiri pasien.

d) Pemeriksaan pendengaran dengan arloji

- Pegang sebuah arloji disamping pasien.
- Suruh pasien menyatakan apakah mendengar detak arloji.
- Pindah posisi arloji perlahan-lahan menjauhi telinga dan suruh pasien menyatakan bila tak dapat mendengar lagi. Normalnya detak arloji masih dapat didengar sampai jarak sekitar 30 cm dari telinga.
- Bandingkan telinga kanan dan telinga kiri.

e) Pemeriksaan pendengaran dengan garpu tala :

- Tujuan : untuk mengetahui kualitas pendengar secara lebih teliti
- Pemeriksaan garpu tala dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu : pemeriksaan rinne dan pemeriksaan weber.
- Pemeriksaan rinne dilakukan untuk membandingkan antara konduksi

udara dengan konduksi tulang. Normalnya konduksi udara lebih baik dibandingkan dengan konduksi tulang.

- Pemeriksaan weber digunakan untuk mengetahui lateralisasi fibrasi (getaran, yang dirasakan baik oleh telinga kanan maupun kiri). Normalnya vibrasi/suara dirasakan ditengah-tengah kepala atau seimbang antara 2 telinga.

e. Pemeriksaan Fisik Hidung dan Sinus-sinus

- 1) Tujuan : Untuk mengetahui keadaan bentuk dan fungsi hidung. Apakah hidung itu ada massa, benjolan, apakah fungsi penciuman baik atau tidak

Pemeriksaan hidung dimulai dari bagian luar, bagian dalam lalu sinus-sinus-sinus, pasien dipersiapkan dalam posisi duduk bila memungkinkan.

- 2) Peralatan yang dipersiapkan, antara lain :

- otoskop.
- spekulum hidung.
- cermin kecil.
- Sumber penerangan/lampu.

- 3) Cara kerja pemeriksaan fisik hidung dan sinus-sinus

- a) Inspeksi dan palpasi hidung bagian luar palpasi sinus-sinus:

- Duduklah menghadap pada pasien.
- Atur penerangan dan amati hidung bagian luar sisi depan, samping dan sisi atas. perhatikan bentuk/tulang hidung dari ketiga sisi ini.
- Amati keadaan kulit hidung terhadap warna dan pembengkakan.
- Amati kesimentrisan lubang hidung.
- Lanjutkan dengan melakukan palpasi hidung luar dan catat bila ditemukan ketidaknormalan kulit/tulang hidung.

- Kaji mobilitas septum hidung.
- Palpasi sinus maksilaris,frontalis dan etmoidalis,perhatikan terhadap adanya nyeri tekan.

f. Pemeriksaan Fisik Mulut dan Faring

- 1) Tujuan : Untuk mengetahui keadaan mulut dan faring. Apakah membrane mukosa bibir lembab atau kering, gigi apakah utuh ada karies/bolong.

Pemeriksaan mulut dan faring dilakukan dengan posisi pasien duduk.

Pencahayaan harus baik sehingga semua bagian dalam mulut dapat diamati dengan jelas.

Pemeriksaan dimulai dengan mengamati bibir, gigi, gusi, selaput lendir, pipi bagian dalam,lantai dasar mulut dan palatum/langit-langit mulut, kemudian faring.

- 2) Cara kerja pemeriksaan mulut dan faring

a) Inspeksi :

- Bantu pasien duduk berhadapan dengan anda,dengan tinggi yang sejajar.
- Amati bibir untuk mengetahui adanya kelainan kongenital,bibir sumbing,warna bibir,ulkus,lesi dan massa.
- Lanjutkan pengamatan pada gigi dengan pasien dianjurkan membuka mulut.
- Atur pencahayaan yang memadai dan bila diperlukan gunakan penekan lidah untuk menekan lidah sehingga gigi akan tampak lebih jelas.
- Amati keadan setiap gigi mengenai posisi,jarak,gigi rahang atas dan rahang bawah, ukuran, warna, lesi/adanya tumor. Amati juga secara khusus pada akar-akar gigi dan gusi.
- Pemeriksaan setiap gigi dengan cara mengetuk secara sistematis, bandingkan gigi bagian kiri, kanan, atas dan bawah dan anjurkan pasien untuk memberitahu bila merasa nyeri sewaktu diketuk.

- Perhatikan pula ciri-ciri umum sewaktu melakukan pengkajian, antara lain kebersihan mulut, dan bau mulut.
- Lanjutkan pengamatan pada lidah dan perhatikan kesimetrisannya. Suruh pasien menjulurkan lidah dan amati mengenai kelurusan, warna, ulkus, maupun setiap ada kelainan.
- Amati selaput lendir mulut secara sistematis pada semua bagian mulut mengenal warna, adanya pembengkakan, tumor, sekresi, peradangan, ulkus, dan pendarahan.
- Beri kesempatan pasien untuk istirahat dengan menutup mulut sejenak bila capai, lalu lanjutkan dengan inspeksi faring dengan cara pasien dianjurkan membuka mulut, tekan lidah ke bawah pasien sewaktu pasien berkata "ah". Amati faring terhadap kesimentrisan ovula.

g.

Pemeriksaan Leher

- 1) Tujuan secara umum : Untuk mengetahui bentuk leher serta organ-organ penting berkaitan. apakah ibu hamil mengalami pembesaran kelenjar getah bening (KGB) atau kelenjar thyroid.

Dalam pemeriksaan, baju pasien dilepas sehingga leher dapat diperiksa dengan mudah. Pemeriksaan dimulai dengan inspeksi kemudian palpasi lalu dilanjutkan dengan pemeriksaan mobilitas leher.

- 2) Cara Kerja Pemeriksaan Leher

- a) INSPEKSI:

- Anjurkan pasien untuk melepas baju.
- Atur pencahayaan yang baik.
- Lakukan inspeksi leher mengenai bentuk leher, warna, kulit, adanya pembengkakan, jaringan parut dan adanya massa.
- Inspeksi dilakukan secara sistematis mulai dari garis tengah sisi depan leher, dari samping dan dari belakang.

- Bentuk leher yang panjang dan ramping umumnya ditemukan pada orang berbentuk ektomorf, orang dengan gizi jelek/orang dengan tbc paru.
- Bentuk leher pendek dan gemuk di dapatkan pada orang berbentuk endomorf/obesitas.
- Warna kulit leher normalnya sama dengan kulit sekitarnya. Dapat menjadi kuning pada semua jenis ikterus, dan menjadi merah, bengkak, panas dan nyeri tekan bila mengalami peradangan.
- Inspeksi tiroid dengan cara pasien disuruh menelan dan amati gerakan kelenjar tiroid pada takik supraternal. Normalnya gerakan kelenjar tiroid tidak dapat dilihat, kecuali pada orang yang sangat kurus.

b) PALPASI KELENJAR LIMFE, KELENJAR TIROID DAN TRAKEA:

- Duduklah dihadapan pasien.
- Anjurkan pasien untuk menengadah ke samping menjauhi pemeriksa sehingga jaringan lunak dan otot-otot akan relaks.
- Lakukan palpasi secara sistematis dan determinasikan menurut lokasi, batas-batas, ukuran, bentuk, dan nyeritekan pada setiap kelompok kelenjar limfe yang terdiri dari:
 - ❖ Preaurikular-di depan telinga.
 - ❖ Posterior aurikuler-superfisial terhadap prosesus mastoidius.
 - ❖ Osipital-di dasar posterior tulan kepala.
 - ❖ Tonsilar-di sudut mandibula.
 - ❖ Submaksilaris-di tenmgah-tenngah antara sudut dan ujung mandibula.

- Lakukan palpasi kelenjar tiroid dengan cara:
 - ❖ Letakkan tangan anda pada leher pasien.
 - ❖ Palpasi pada fossa suprateral dengan jari penunjuk dan jari tengah.
 - ❖ Suruh pasien menelan/minum untuk memudahkan palpasi.
 - ❖ Palpasi dapat pula dilakukan dengan bidan berdiri di belakang pasien, tangan diletakkan mengelilingi leher dan palpasi dilakukan dengan jari kedua dan ketiga.
 - ❖ Bila teraba kelenjar tiroid, maka determinasikan menurut bentuk, ukuran, konsistensi, dan permukannya.
 - ❖ Lakukan palpasi trakea dengan cara berdiri di samping kanan pasien. Letakkan jari tengah pada bagian bawah trakea dan trakea ke atas, ke bawah, dan ke samping sehingga kedudukan trakea dapat diketahui.

c) MOBILITAS LEHER:

- Dilakukan paling akhir pada pemeriksaan leher.
- Untuk mendapatkan data yang akurat, maka leher dan dada bagian atas harus bebas dari pakaian dan bidan berdiri/duduk di belakang pasien.
- Lakukan pemeriksaan mobilitas secara aktif. Suruh pasien menggerakkan leher dengan urutan :
 - ❖ Antefleksi, normalnya 45°
 - ❖ Dorsifleksi, normalnya 60°
 - ❖ Rotasi ke kanan, normalnya 70°
 - ❖ Rotasi ke kiri, normalnya 70°
 - ❖ Lateral fleksi ke kiri, normalnya 40°
 - ❖ Lateral fleksi ke kanan, normalnya 40°

- Determinasikan sejauh mana pasien mampu menggerakkan lehernya. Normalnya gerakan dapat dilakukan secara terkoordinasi, tanpa gangguan.
- Bila diperlukan lakukan pemeriksaan mobilitas secara pasif dengan cara kepala pasien dipegang dengan dua tangan kemudian digerakkan dengan urutan yang sama seperti pada pemeriksaan mobilitas leher secara aktif.

h. Pemeriksaan Fisik Dada dan Paru-paru

- 1) Tujuan : Untuk mengetahui keadaan dada dan paru-paru.

Auskultasi jantung dengan menggunakan stetoskop pada intercostae (ICS) II kanan, II kiri, IV kiri. Auskultasi suara paru dengan menggunakan stetoskop pada paru kiri dan kanan mulai ICS II kanan dan kiri, bandingkan apakah ada perbedaan suara antara paru kanan dan paru kiri.

- 2) INSPEKSI :

- a) Dada di inspeksi terutama mengenal postur, bentuk dan kesimentrisan, ekspansi serta keadaan kulit.
- b) Bentuk dada berbeda antara bayi dan orang dewasa.
- c) Dada bayi berbentuk melingkar dengan diameter dari depan ke belakang (anteror-posterior) sama dengan diameter transversal.
- d) Pada orang dewasa perbandingan antara diameter anteroposterior dengan diameter transversal adalah 1:2.
- e) Inspeksi dada dikerjakan baik pada saat dada bergerak atau pada saat diam terutama sewaktu dilakukan pengamatan pergerakan pernafasan.
- f) Sedangkan untuk mengamati adanya kelainan bentuk tulang punggung (kiposis, lordosis, skoliosis) akan lebih mudah dilakukan pada saat dada tidak bergerak).

- d) Pola pernafasan :

- Eupnea : Irama dan kecepatan pernafasan.
- Takipnea : Peningkatan kecepatan pernafasan.
- Bradipnea : Lambat tetapi merupakan pernafasan normal.
- Apnea : Tidak terdapatnya pernafasan (mungkin secara periodik).
- Hyperventilasi : pernafasan dalam kecepatan normal.

i. Pemeriksaan Fisik Payudara

- 1) Dalam pemeriksaan payudara wanita, harus dipertimbangkan aspek psikososial dan aspek fisik saja
- 2) Karena payudara merupakan organ yang sensitif, maka kesopanan tetap dijaga selama pemeriksaan sehingga pasien tidak merasa malu.
- 3) Bidan perlu melakukan penyuluhan tentang perawatan payudara dan deteksi kanker payudara.
- 4) Pada wanita hamil, payudara juga mengalami perubahan. Payudara menjadi lebih besar akibat floriferasi dan hipertrofi sel-sel acini dan kelenjar susu(duktus laktiferus). Perubahan ini terjadi sebagai respon terhadap hormon dari korus luteum dan plasenta.

INSPEKSI :

Kaji apakah payudara kiri dan kanan simetris atau tidak, areola mammae apakah hitam atau tidak, apakah puting susu menonjol atau tidak. Jika puting susu ibu hamil menonjol kedalam atau datar (inverted) maka akan dianjurkan untuk mengajarkan ibu teknik Hoffman yaitu teknik menekan areola mamae ke arah luar pada seluruh lingkaran puting susu. Hal ini dimaksud agar puting susu ibu hamil dapat keluar.

- 1) Bantu pasien mengatur posisi duduk menghadap kedepan, telanjang dada dengan kedua tangan rileks di sisi tubuh.
- 2) Mulai inspeksi mengenai ukuran, bentuk dan kesimetrisan payudara. Payudara normalnya melingkar dan agak simetris dan dapat didiskripsikan

kecil, sedang, dan besar.

- 3) Inspeksi warna areola. Pada wanita hamil pada umumnya berwarna lebih gelap.
- 4) Inspeksi payudara dan puting susu mengenai setiap adanya penonjolan/retraksi akibat adanya skar/lesi.
- 5) Inspeksi puting susu mengenai setiap adanya keluaran, ulkus, pergerakan/pembengkakan amati juga posisi kedua puting susu yang normalnya mempunyai arah yang sama.
- 6) Inspeksi ketiak dan klavikula untuk mengetahui. Adanya pembengkakan/tanda kemerah-merahan.

PALPASI :

Mengkaji area mammae diraba dengan menekan seluruh kuadran/ sisi. Payudara kiri dan kanan harus dikaji. Kaji adanya pengeluaran ASI/ kolostrum. Namun sebelum anda mengkaji pengeluaran kolostrum/ ASI anda harus menanyakan pada klien apakah ibu pernah mengalami keguguran atau tidak, apakah ibu pernah mengalami persalinan premature atau tidak. Jika ibu pernah mengalami keguguran atau persalinan premature, maka anda tidak dianjurkan untuk banyak memanipulasi/ melakukan pemeriksaan pada puting susu ibu. Hal ini dapat menyebabkan ibu mengeluarkan hormone oksitosin sehingga dapat merangsang kontraksi uterus dan keguguran atau persalinan premature.

- 1) Lakukan palpasi di sekeliling puting susu untuk mengetahui adanya keluaran. Bila ditemukan keluaran maka identifikasikan keluaran tersebut mengenai sumber, jumlah, warna, konsistensi dan kaji terhadap adanya nyeri tekanan.
- 2) Palpasi daerah klavikula dan ketiak itu. Pada area limfe nodi.
- 3) Lakukan palpasi setiap payudara dengan tehnik bimanual tu payudara yang berukuran besar dengan cara : tekankan telapak tangan/tiga jari tengah ke permukaan payudara pada kuadran samping atas. Lakukan palpasi dengan gerakan memutar terhadap dinding dada dari tepi menuju areola dan memutar searah jarum jam.

- 4) Lakukan palpasi payudara sebelahnya.
- 5) Bila diperlukan lakukan pula pengkajian dengan posisi pasien supinasi dan diganjal bantal/selimut dibawah bahunya.

j. Pemeriksaan Abdomen

Lihat abdomen ibu hamil, lihat apakah terdapat linea nigra, striae gravidarum. Jika ibu hamil sudah masuk ke trimester II atau III, maka anda dapat melanjutkan pemeriksaan leopold.

- 1) Perut abdomen merupakan suatu bagian tubuh yang menyerupai rongga tempat beberapa organ-organ penting tubuh, yaitu; lambung, usus, hati, limpa, serta ganjil.
- 2) Bentuk perut yang normal adalah. Simetris baik pada orang yang gemuk maupun kurus.
- 3) Perut menjadi besar dan tidak simetris pada beberapa keadaan, misalnya : kehamilan, tumor dalam rongga perut, tumor ovarium/tumor kandung kemih.
- 4) Perut menjadi besar dan tidak simetris pada beberapa keadaan, misalnya : kehamilan, tumor dalam rongga perut, tumor ovarium/tumor kandung mesih.
- 5) Perut dapat membesar setempat, misalnya : pada pembengkakan hati ginjal, limpa/kandung empedu.
- 6) Permukaan perut normal nampak halus, lembut dengan kontur datar, melingkar/cekung.
- 7) Apabila ada pembesaran, maka kulit perut menjadi tegang, licin dan tipis.
- 8) Pada keadaan setelah distensi berat, kulit perut menjadi berkeriput, dan pada keadaan ikterik, kulit perut akan nampak kuning.

k. Pemeriksaan Fisik Genetalia Wanita

- 1) Berbagai masalah yang berkaitan dengan sistem reproduksi wanita dapat terjadi misalnya: masalah kontrasepsi, infertilitas, gangguan menstruasi, maupun menopause.

- 2) Sistem reproduksi wanita terbagi 2 bagian utama, yaitu: alat kelamin luar dan alat kelamin dalam yang berkembang dan berfungsi sesuai dengan pengaruh hormon-hormon yang juga mempengaruhi fertilasi, kehamilan, melahirkan, dan kemampuan mencapai kepuasan seksual.
- 3) Alat kelamin luar tidak : mons pubis, klitoris, labia mayora, labia minora, kelenjar bartholini, kelenjar skene's, dan meatus urethra.
- 4) Alat kelamin keluar tidak : vagina, uretus, ovarium, tuba faloppi.

PEMERIKSAAN BAGIAN LUAR :

- 1) Beri kesempatan pada pasien untuk mengosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan dimulai. Bila diperlukan urine untuk/specimen lab, kumpulkan pada saat ini.
- 2) Anjurkan pasien membuka celana, bantu mengatur posisi litotomi dan selimut bagian yang tidak diamati.
- 3) Mulai dengan mengamati rambut pubis, perhatikan distribusi dan jumlahnya dan bandingkan sisi usia perkembangan pasien.
- 4) Amati kulit dan area pubis, perhatikan adanya lesi, eritema, fisura, leukoplakia, dan eksoriasi.
- 5) Buk labia mayora dan amati bagian dalam labia mayora, labia minora, klitoris, dan meatus urethar. Perhatikan setiap ada pembengkakan ulkus, keluaran, pembengkakan atau nodula.

PEMERIKSAAN BAGIAN DALAM :

- 1) Atur posisi pasien
- 2) Lumasi jari telunjuk anda dengan air steril dan masukkan kedalam vagina dan identifikasi serviks mengenai kelunakannya, serta permukaannya, Tindakan ini berguna untuk mempergunakan dan memilih spekulum yang tepat. Cabut jari bila sudah selesai.
- 3) Siapkan spekulum dengan ukuran dan bentuk yang sesuai dan lumasi dengan

air hangat. Bila akan diambil specimen.

- 4) Letakkan 2 jari pada pintu vagina dan tekankan ke bawah ke arah perianal.
- 5) Yakinkan tidak ada rambut pubis pada pintu vagina dan dengan tangan satunya masukkan spekulum dengan sudut 45° dan hati-hatilah sehingga tidak menjepit rambut pubis/labia.
- 6) Bila spekulum sudah berada di vagina, keluarkan 2 jari anda, dan putar spekulum ke arah posisi horizontal dan pertahankan penekanan tetap pada sisi bawah/posterior.
- 7) Buka paru spekulum, lokasikan pada serviks dan kunci paru sehingga tetap membuka.
- 8) Bila serviks sudah terlihat, atur lampu untuk memperjelas penglihatan dan amatiserviks mengenai ukuran, laserasi, erosi, nodula, massa, keluaran, dan warnanya. Normalnya pada nulipara bentuk serviks melingkar / oval, sedang pada para membentuk celah.
- 9) Bila diperlukan spesimen sitologi, maka ambillah dengan cara usapan menggunakan aplikator dari kapas.
- 10) Bila sudah selesai, kendorkan screw spekulum, tutup spekulum dan tarik keluar secara perlahan-lahan.

PEMERIKSAAN BAGIAN DALAM :

- 1) Lakukan palpasi secara bimanual bila diperlukan dengan cara keanakan sarung tangan steril, lumasi jari telunjuk dan jari tengah kemudian masukkan ke lubang vagina dengan penekanan ke arah posterior dan raba dinding vagina untuk mengetahui adanya nyeri tekan dan nodul. Dan raba dinding vagina untuk mengetahui adanya nyeri tekan dan nodul.
- 2) Palpasi serviks dengan 2 jari dan perhatikan posisi, ukuran, konsistensi, regularitasi, mobilitasi, dan nyeri tekan. Normalnya serviks dapat digerakkan tanpa terasa nyeri.

- 3) Palpasi uterus dengan cara geser 2 jari menghadap ke atas. Tangan yang diluar taruh di perut dan tekankan ke bawah. Palpasi uterus mengenal ukuran, bentuk, konsistensi, dan mobilitasi.
- 4) Palpasi ovarium dengan cara geser 2 jari yang ada dalam vagina pada fornix lateral kanan, Tangan yang di perut tekankan ke bawah kearah kuadran kanan bawah. Palpasi ovarium kanan mengenal ukuran, mobilitas, bentuk, konsistensi, dan nyeri tekan (normalnya tak teraba). Ulangi untuk ovarium sebelahny.

3. Pemeriksaan Neurologis

- a) Tujuan dari perspektif medis : Untuk mendiagnosa, mendeterminasi adanya penyakit, lokasi, perkembangan penyakit saraf serta sebagai upaya penentuan pengobatan.
- b) Dalam pelaksanaannya dibagi menjadi : Status mental, nervus carniall, motor, cerebellar, sensori dan refleks.
- c) Tujuan dari segi perawatan : Untuk membantu manusia mengatasi secara efektif tentang perubahan kehidupan sehari-hari dan perawatan diri baik aktual maupun potensial yang disebabkan karena adanya masalah kesehatan/penyakit.
- d) Dalam pelaksanaannya dibagi menjadi : Kesadaran, mentasi gerakan, sensasi, fungsi regulasi integrasi dan pola pengatasan masalah terhadap kecacatan/masalah.

1) Kesadaran

Mempunyai 2 komponen : kewaspadaan dan kesadaran diri.

- (1) Kewaspadaan → memperhatikan respon seseorang terhadap rangsangan lingkungan, rangsangan verbal, rangsangan nyeri.
- (2) Kesadaran → Memberi pertanyaan pada pasien tentang siapa namanya, sekarang hari/tahun berapa, dan lain-lain.
- (3) Skala koma glasgow (gcs/glasow coma scale)

Tabel 4.13 Skala Koma Glasgow.

PARAMETER		NILAI
Mata	Membuka secara spontan	4
	Terhadap suara	3
	Terhadap nyeri	2
	Tidak berespon	1
Respon Verbal	Orientasi baik	5
	Bingung	4
	Kata-kata tidak jelas	3
	Bunyi tidak jelas	1
Respon Motorik/gerak	Mengikuti perintah	6
	Gerakan lokal	5
	Fleksi, menarik	4
	Fleksi abnormal	3
	Ekstensi abnormal	2
	Tidak ada	1

2) Mentasi

Merupakan segala aktivitas yang memerlukan penyatuan/integrasi perhatian, memori dan proses berpikir yang tergantung pada kondisi korteks serebri yang di aktivasi oleh sistem aktivasi retikular. Pengujian mentasi meliputi : perhatian/atensi, mengingat, perasaan/afektif, bahasa, berpikir dan persepsi spasial.

- (1) Perhatian/atensi : mengulang sederetan angka.
- (2) Mengingat : jangka pendek dan jangka panjang
- (3) Perasaan/afektif : perasaan pasien, ekspresi wajah dan gerakan tubuh
- (4) Bahasa : perhatikan isi dan kuantitas bicara secara spontan
- (5) Berpikir : menjawab beberapa pertanyaan sederhana
- (6) Persepsi spasial : meniru gambaran kubus, tanda silang, peta ruangan, menunjukkan sisi kanan dan kiri/menggunakan sikat gigi

3) Pergerakan

Merupakan fungsi keseluruhan yang mengacu pada koordinasi aktivitas muskulokeletal secara volunter dan otomatis. Meliputi : cara melihat, berbicara, makan, bergerak dan berjalan pasien

Tidak adanya reflek menunjukkan adanya gangguan pada penghantar/serabut reflek. Refleks menjadi hiperaktif pada keadaan adanya lesi pada neuron motorik

Skala untuk reflek :

- 0 : Tidak ada
- 1 : Ada tapi melemah
- 2 : Normal
- 3 : Meningkatkan tapi tidak patologis
- 4 : Hiperaktif

(1) Reflek Babinski → menggosokkan suatu benda agak tajam pada telapak tangan dari tumit ke atas menuju bawah jempol

Reflek normal : adanya fleksi pergelangan kaki

(2) Reflek snout → mengetuk bibir atas atau mengusap bibir dengan spatel lidah. Respon abnormal : bibir mengerut atau menonjol

(3) Reflek menghisap → menstimulasi bibir

(4) Reflek Glabellar → mengetuk – ngetuk dahi tepat di atas hidung. Reflek positif bila mata terus berkedip tidak berhenti

4) Sensasi

Merupakan fenomena subyektif

Meliputi : sensasi khusus (penglihatan, pembauan dan pendengaran), sensasi somatis (perasaan) dan sensasi kortikal.

e) Cara Pelaksanaan

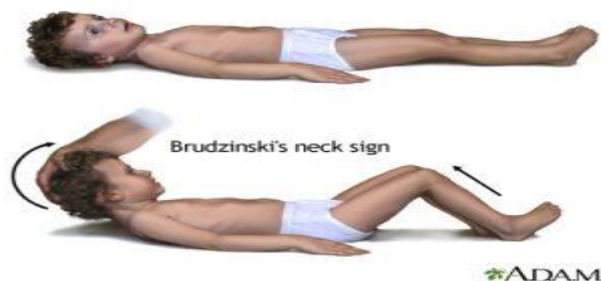
- 1) Cuci tangan.
- 2) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.

- 3) Atur posisi yang sesuai dengan jenis pemeriksaan pada pasien.
- 4) Lakukan inspeksi kelainan umum neurologis seperti adanya kejang, tremor, korea, parese, paralisis, hemiparese, diplegia, paraplegia, tetraplegia, dan lain-lain.
- 5) Lakukan pemeriksaan refleks antara lain refleks superfisial, tendon, dan patologis.
- 6) Lakukan pemeriksaan tanda meningeal seperti kaku kuduk dan Brudzinski.
 - Pemeriksaan kaku kuduk dilakukan dengan mengatur pasien agar berada dalam posisi telentang, kemudian leher di tekuk. Apabila dagu tertahan dan tidak menempel atau mengenai bagian dada, maka terjadi kaku kuduk (positif) .



Gambar 4.11 Pemeriksaan Kaku Kuduk

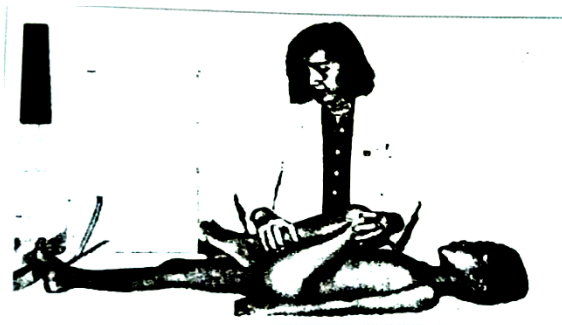
- Pemeriksaan Brudzinski I dilakukan dengan mengatur pasien agar berada dalam posisi telentang, kemudian letakkan satu tangan di bawah kepala pasien telentang dan tangan lainnya diletakkan di dada untuk mencegah badan terangkat. Selanjutnya kepala difleksikan ke dada, adanya rangsangan meningeal apabila kedua tungkai bawah akan fleksi (terangkat) pada sendi panggul dan lutut.



Gambar 4.13 Pemeriksaan Brudzinski

- Pemeriksaan Brudzinski II dilakukan dengan mengatur pasien agar berada dalam keadaan telentang, kemudian tungkai atas difleksikan secara pasif pada sendi panggul, apabila diikuti dengan fleksi tungkai lainnya. Apabila

sendi lutut lainnya dalam keadaan ekstensi, maka terdapat tanda meningeal.



Gambar 4.14 Pemeriksaan Brudzinski II

- Tanda kernig dilakukan dengan mengatur pasien agar ada dalam posisi telentang, fleksikan tungkai atas tegak lurus, kemudian luruskan tungkai bawah pada sendi lutut. Penilaian dalam keadaan normalnya, tungkai bawah dapat membentuk sudut 135° terhadap tungkai atas.



Gambar 4.15 Pemeriksaan Kernig

- 7) Lakukan pemeriksaan kekuatan dan tonus otot dengan menilai bagian ekstremitas. Hal tersebut dilakukan dengan memberi tahanan, mengangkat, atau menggerakkan bagian otot yang akan dinilai.
- 8) Catat hasil.
- 9) Cuci tangan.

Tabel 4.14 Nilai Kekuatan (Tonus) Otot

Nilai Kekuatan (Tonus) Otot	Keterangan
0 (0%)	Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali.
1 (10%)	Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan anggota gerak sama sekali.
2 (25%)	Dapat menggerakkan anggota gerak, tetapi tidak kuat menahan berat dan tidak dapat melawan tekanan pemeriksa.
3 (50%)	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat, tetapi dapat menggerakkan anggota badan untuk melawan tekanan pemeriksa.

4 (75%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif untuk menahan berat dan melawan tekanan secara simultan.
5 (100%)	Normal.

Sumber: Allen 1991

4. Pemeriksaan penunjang

a) Golongan darah dan tes kadar hemoglobin darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi keadaan kegawatdaruratan. Pemeriksaan hemoglobin bertujuan untuk mengetahui kadar sel darah merah pada ibu hamil. Kadar Hb normal kehamilan diantara 11-15 gr%. Kemenkes (2013) menganjurkan pemeriksaan Hb pada kehamilan dilakukan 2x yaitu trimester I disertai pemeriksaan golongan darah dan trimester III.

b) Protein urine

Menurut jurnal Nephrology (2018) penilaian proteinuria merupakan tes kunci dalam kehamilan dalam mengevaluasi kesehatan ginjal dan sistemik serta menjadi indikator terjadinya preeklamsia/eklamsia pada ibu hamil. Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal harus dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (Tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai peningkatan proteinuria $>$ 300 mg/jam atau hasil positif 1+ atau lebih. Kemekes (2014) menganjurkan melakukan pemeriksaan protein urine pada ibu hamil di trimester II dan III atas indikasi. Pemeriksaan urine dipstick banyak digunakan karena metodenya sederhana dan ekonomis.

c) Kadar gula darah

Diabetes gestasional adalah hiperglikemia dengan kadar glukosa darah diatas normal selama masa kehamilan. Kategori tes gula darah berdasarkan Konsensus Perkeni 2011 adalah : bukan DM ($<$ 90 mg/dL), belum pasti DM (90-199 mg/dL), DM ($>$ 200 mg/dL). Kemenkes (2014) menganjurkan ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus melakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 1 kali pada trimester III

d) Ultrasonografi (USG)

Usg merupakan pemeriksaan diagnostic untuk memantau pertumbuhan janin dan mendeteksi komplikasi klinis terutama ketika pemindaian dilakukan pada awal kehamilan. Rekomendasi WHO, ibu hamil melakukan pemeriksaan 1 kali sebelum kehamilan 24 minggu bertujuan untuk memperkirakan usia kehamilan sebenarnya, mendeteksi abnormalitas pada janin (letak, posisi dan presentasi) dan adanya kehamilan kembar. WHO tidak merekomendasikan USG secara rutin tanpa indikasi.

e) Skrining penyakit infeksi HIV

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi apakah terdapat penyakit infeksi pada ibu hamil. Skrining penyakit infeksi termasuk hepatitis B, sifilis, HIV, dan TORCH.

Semakin cepat terdeteksi, infeksi dapat semakin cepat diobati. Selain untuk mencegah risiko penularan pada janin, pemeriksaan ini juga penting dilakukan untuk mengurangi risiko terjadinya penularan infeksi pada pasangan.

Didaerah epidemic HIV rendah, tes HIV diprioritaskan pada ibu hamil yang menderita infeksi menular seksual/IMS dan tuberkolosis/TB secara inklusif ketika kunjungan antenatal atau menjelang persalinan

f) Pemeriksaan Genetik

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan apakah Anda memiliki kelainan genetik, seperti thalasemia, yang berisiko diturunkan kepada janin. Pemeriksaan genetik juga bisa dilakukan pada janin dengan mengambil sampel cairan ketuban (*amniocentesis*) dan sampel darah janin (*fetal blood sampling*).

C. RANGKUMAN

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil dapat dilakukan dengan beberapa pemeriksaan. Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh klien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien, dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan.

Keadaan umum menunjukkan kondisi pasien secara umum akibat penyakit atau keadaan yang dirasakan pasien. Dilihat secara langsung oleh pemeriksa dan dilakukan

penilaian. Yang dapat dilakukan saat kontak pertama, saat wawancara atau selama melakukan pemeriksaan yang lain.

Pemeriksaan fisik head to toe merupakan teknik pemeriksaan fisik dengan bagian tubuh klien sebagai acuan yaitu dari ujung kepala sampai ke ujung kaki. Maksudnya disini adalah pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, mulai dari bagian kepala dan berakhir pada anggota gerak.

D. SOAL LATIHAN

1. Sebutkan pemeriksaan fisik secara umum
2. Sebutkan pemeriksaan fisik secara khusus
3. Sebutkan jenis pemeriksaan penunjang

E. RUJUKAN

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pemeriksaan Laboratorium untuk Ibu Hamil, Bersalina dan Nifas
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan masa Sebelum Hamil, Persalinan, dan masa sesudah Melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi serta pelayanan kesehatan seksual.
3. WHO, 2018. WHO recommendation on antenatal care for a positive pregnancy experience : ultrasound examination. WHO : maternal and Child survival Program
4. Matthias Arnaldo Cassia, Giulia Daminelli, Marta Zambon, Manuela Cardellicchio, Irene Cetin & Maurizio Gallieni. 2018. Proteinuria in pregnancy : clinically driven considerations. Journal of nephrology SAGE 4: 1-5
5. M. Jennifer Perkins, et al. 2007. Perspectives in gestational diabete mellitus : a Review of screening, diagnosis and treatment. Journal of clinical diabetes 25 (2)
6. Sutejo I, Purwandhono A. 2016. Modul Keterampilan Klinik Dasar Blok 6. Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

BAB V

PEMERIKSAAN DASAR PADA KEHAMILAN

A. PENDAHULUAN

Pemeriksaan obstetri meliputi banyak prosedur yang masing-masing berkaitan dengan tujuan pemeriksaan yang dilakukan. Untuk pemeriksaan dasar obstetri, pada umumnya diperlukan pemeriksaan antenatal, pemeriksaan fisik ibu hamil meliputi inspeksi, palpasi dan auskultasi, perkusi. Pemeriksaan antenatal hanya memfokuskan pada hal-hal penting yang harus segera dikenali dan bagaimana kondisi-kondisi tertentu berubah sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan. Pemeriksaan fisik berupa palpasi dan auskultasi bertujuan untuk mengetahui usia kehamilan, letak, presentasi, jumlah janin, kondisi janin dan kesesuaian muatan dengan jalan lahir.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu memahami konsep dasar pemeriksaan fisik dan melakukan pemeriksaan fisik ibu meliputi : pemeriksaan abdomen pada kehamilan berupa inspeksi, pengukuran fundus uteri, presentasi, posisi janin, auskultasi DJJ (leanec dan doppler), Pemasangan dan interpretasi CTG, Optimalisasi posisi Fetus

B. PENYAJIAN MATERI

1. PEMERIKSAAN ABDOMEN PADA KEHAMILAN BERUPA INSPEKSI, PALPASI, AUSKULTASI

a. Inspeksi (Pandang)

Langkah pertama pada pemeriksaan pasien adalah inspeksi, yaitu melihat dan mengevaluasi pasien secara visual dan merupakan metode tertua yang digunakan untuk mengkaji/menilai pasien. Inspeksi dilakukan untuk menilai keadaan ada tidaknya *cloasma gravidarum* pada muka/wajah, pucat atau tidak pada selaput mata, dan ada tidaknya edema. Pemeriksaan selanjutnya adalah pemeriksaan pada leher untuk menilai ada tidaknya pembesaran kelenjar gondok atau kelenjar limfe. Pemeriksaan dada untuk menilai bentuk buah dada dan pigmentasi puting susu. Pemeriksaan perut untuk menilai apakah perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat, pigmentasi *linea alba*, serta ada tidaknya *striae gravidarum*. Pemeriksaan vulva untuk menilai keadaan *perineum*, ada tidaknya tanda *chadwick*, dan adanya fluor. Kemudian pemeriksaan ekstremitas untuk

menilai ada tidaknya varises.

b. Palpasi (Meraba)

Palpasi, di lakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak anak dalam rahim. Pemeriksaan secara palpasi di lakukan dengan menggunakan metode leopold

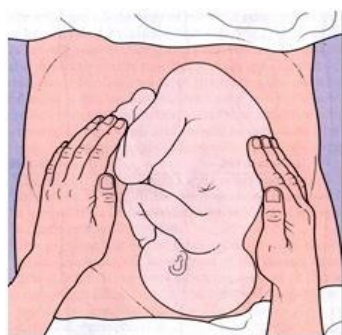
1) Leopold I



Gambar 5.1 Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan bagian apa yang ada dalam fundus, dengan cara pemeriksa berdiri sebelah kanan dan menghadap ke muka ibu, kemudian kaki ibu di bengkokkan pada lutut dan lipat paha, lengkungkan jari-jari kedua tangan untuk mengelilingi bagian atas fundus, lalu tentukan apa yang ada di dalam fundus. Bila kepala sifatnya keras, bundar, dan melenting. Sedangkan bokong akan lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. tinggi normal fundus selama kehamilan dapat di tentukan.

2) Leopold II



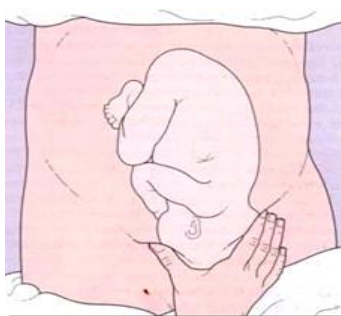
Gambar 5.2 Leopold II

Leopold II digunakan untuk menentukan letak punggung anak dan letak bagian

kecil pada anak. Caranya :

- a) Kedua tangan pemeriksa berada di sebelah kanan dan kiri perut ibu.
- b) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri ke arah kanan.
- c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri dan rasakan bagian apa yang ada di sebelah kanan (jika teraba benda yang rata, atau tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol maka itu adalah bagian kecil janin)

3) Leopold III



Gambar 5.3 Leopold III

Leopold III digunakan untuk menentukan bagian apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian anak sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul. Caranya :

- a) Tangan kiri menahan fundus uteri.
- b) Tangan kanan meraba bagian yang ada di bagian bawah uterus. Jika teraba bagian tang bulat, melenting keras, dan dapat digoyangkan maka itu adalah kepala. Namun jika teraba bagian yang bulat, besar, lunak, dan sulit digerakkan, maka itu adalah bokong. Jika dibagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti yang diatas, maka pertimbangan apakah janin dalam letak melintang.
- c) Pada letak sungsang (melintang) dapat dirasakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan ballotement (pantulan dari kepala janin, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan

5-7 bulan).

- d) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul). Lalu lanjutkan pada pemeriksaan Leopold VI untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul.

4) Leopold IV



Gambar 5.4 Leopold IV

Leopold IV digunakan untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut ke dalam rongga punggung. Caranya :

- Pemeriksa menghadap ke kaki pasien
- Kedua tangan meraba bagian janin yang ada dibawah
- Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan di dua belah pihak yang berlawanan di bagian bawah
- Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk ke panggul
- Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk ke panggul.

2. PENGUKURAN FUNDUS UTERI, PRESENTASI, POSISI

a. Pengukuran Fundus Uteri

1) Fungsi Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Sebagai salah satu indikator untuk menentukan kemajuan pertumbuhan janin

dan dapat dijadikan perkiraan usia kehamilan (Mufdillah, 2009).

2) Teknik pengukuran Tinggi Fundus Uteri

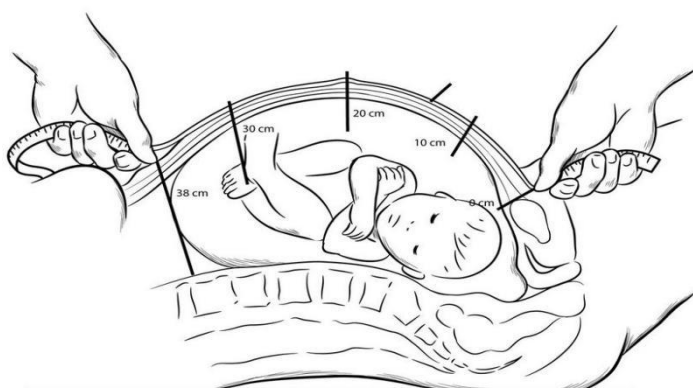
1) Teknik Mc Donald

- Pengukuran tinggi fundus uteri dengan teknik Mc Donalds adalah cara mengukur tinggi fundus uteri dengan menggunakan alat ukur panjang mulai dari tepi atas simfisis pubis sampai fundus uteri atau sebaliknya (Mandriwati, 2007)
- Tujuan pengukuran Mc Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu, hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama hair terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan (Mandriwati, 2007)

Rumus Mc. Donald (Mufdillah, 2009) adalah sebagai berikut :

- ❖ Usia kehamilan (hitungan bulan) = tinggi fundus uteri (dalam cm) x 2/7
- ❖ Usia kehamilan (hitungan minggu) = tinggi fundus uteri (dalam cm) x 8/7
- Waktu pengukuran TFU
Pemeriksaan dilaksanakan setelah melakukan pemeriksaan inspeksi pada abdomen dan jika umur kehamilan ibu sudah mencapai 22 minggu (Mandriwati, 2007)
- Prinsip Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)
Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam mengukur tinggi fundus uteri dengan teknik Mc Donald adalah:
 - ❖ Alat ukur panjang (meteran) yang digunakan tidak boleh elastis.
 - ❖ Saat melakukan pengukuran tinggi fundus uteri, kandung kemih ibu harus dikosongkan.
 - ❖ Posisi ibu saat diukur setengah duduk untuk menghindarkan terjadinya gangguan peredaran darah baik pada ibu maupun pada janin.
- Cara pengukuran TFU dengan teknik Mc Donald
 - ❖ Menyiapkan alat : (Meteran, Kalender kehamilan) dan Alat ditata pada tempat yang telah disediakan saat mempersiapkan alat untuk pemeriksaan inspeksi.

- ❖ Menyiapkan ibu (dilaksanakan bersamaan dengan persiapan inspeksi) : Menjelaskan tujuan pemeriksaan. (b) Mengatur posisi ibu berbaring setengah duduk dengan mengganjal bantal di bagian punggung bawah untuk kenyamanan ibu dan kedua kaki diluruskan
- ❖ Melaksanakan pemeriksaan :
 - Pemeriksa berdiri di sebelah kanan ibu.
 - Meteran didekatkan sehingga mudah mengambil waktu pemeriksaan.
 - Tangan kiri dan tangan kanan menentukan bagian fundus uteri dan memposisikan supaya fundus uteri berada tepat di tengah abdomen.
 - Setelah fundus uteri diposisikan tepat di tengah abdomen, tangan kiri menahan fundus uteri, tangan kanan menempelkan meteran yang dibalik tepat di tengah, mulai dari fundus uteri sampai tepi atas tulang simfisis pubis, atau mulai dari tepi atas tulang simfisis pubis sampai fundus uteri.
 - Mengangkat meteran dan membalik, kemudian membaca hasil pengukuran.
 - Menggulung pita meteran dengan rapi dan menempatkan pada tempatnya.
 - Mencatat hasil pemeriksaan pada status ibu



Gambar 5.5 Pengukuran Fundus Uteri

b. Teknik palpasi abdominal

1) Definisi Palpasi Abdominal

Palpasi abdominal adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian perut dengan menggunakan jari atau tangan.

2) Fungsi Palpasi Abdominal

Palpasi dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh, adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran.

3) Waktu Palpasi Abdominal

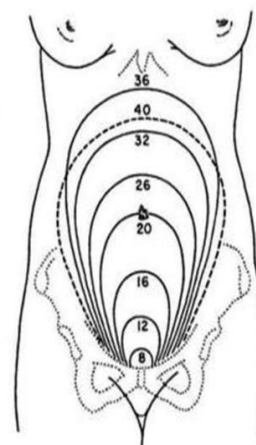
Pemeriksaan Leopold dilakukan pada kehamilan cukup bulan, setelah pembesaran uterus yang dapat membedakan bagian-bagian janin (Mufdlilah, 2009).

4) Cara Palpasi Abdominal

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki kepekaan sentuhan yang dibutuhkan, tangan ini cenderung mengakibatkan kontraksi abdomen dan otot uterus dan ibu merasakan palpasi ini tidak nyaman. Teknik pelaksanaan palpasi menurut Leopold.

Tabel 5.1 Tinggi Fundus Uteri

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 Minggu	1-2 jari diatas simfisis
16 Minggu	Pertengahan Simfisis –pusat
20 Minggu	3 Jari dibawah pusat
24 Minggu	Setinggi Pusat
28 Minggu	3 jari diatas pusat
32 Minggu	Pertengahan pusat-Prosessus xifoideus
36 Minggu	3 jari dibawah prosessus xifoideus
40 Minggu	Pertengahan antara pusat – prosessus xifoideus



Gambar 5.6 Tinggi Fundus uteri

Tabel 5.2 Tabel Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus

Umur kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
20 minggu	20cm
24 minggu	24cm
28 minggu	28cm
32 minggu	32cm
36 minggu	34 - 36 cm

c. Posisi dan Presentasi Janin

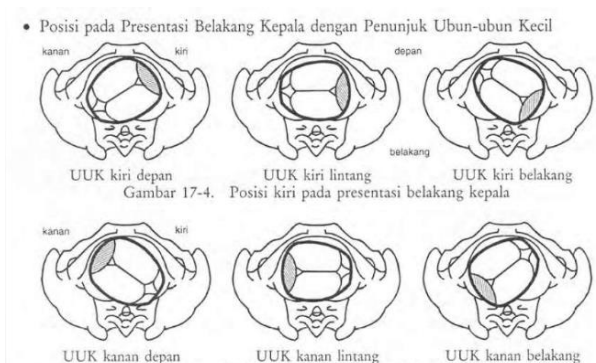
Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan, atau belakang terhadap sumbu ibu (maternal pelvis). Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (uuk) kiri depan, uuk kanan belakang (Mochtar, 2012)

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, dan lain –lain (Mochtar, 2012).

Dalam keadaan normal, presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubun –ubun kecil dalam posisi transversal (saat masuk pintu atas panggul), dan posisi anterior (setelah melewati pintu tengah panggul). Dengan presentasi tersebut, maka kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya apabila sikap kepala janin fleksi. Sikap yang tidak normal akan menimbulkan malpresentasi pada janin, dan terjadi kesulitan persalinan karena diameter kepala yang harus melalui panggul menjadi lebih besar (Prawirohadjo, 2009)

o Presentasi Belakang Kepala

Presentase belakang kepala adalah posisi yang normal atau normoposisi. Presentase belakang kepala dengan petunjuk ubun-ubun kecil di belakang dapat di sebelah kiri belakang, kanan belakang, dan dapat pula ubun-ubun kecil terletak melintang baik kanan maupun kiri dan ini adalah posisi yang tidak normal atau malposisi.



Gambar 5.7 Presentasi Belakang Kepala

2) Presentase puncak kepala

Presentasi puncak kepala adalah bagian terbawah janin yaitu puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah, dan UUB sudah berputar ke depan. Presentase puncak kepala disebut juga presentase Simput terjadi bila derajat defleksi ringan sehingga ubun-ubun besar merupakan bagian terendah. Pada presentase puncak kepala, lingkaran kepala yang melalui jalan lahir adalah Sikumferensia Frontooksipo dengan titik perputaran yang berada dibawah simfisis adalah grabella.



Gambar 5.8 Presentasi Puncak kepala & Dahi

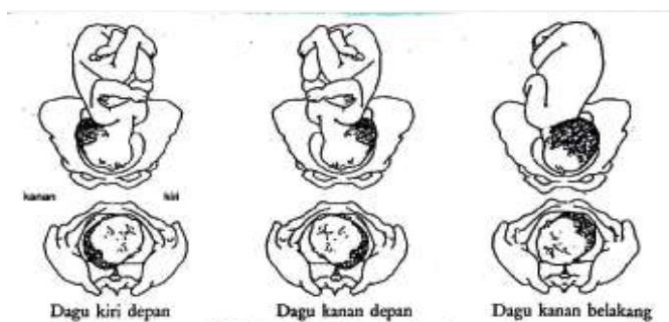
3) Presentasi Dahi

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara flexi dan deflexi, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Posisi ini biasanya akan berubah menjadi letak muka/letak belakang kepala.

Kepala memasuki panggul dengan dahi melintang/miring pada waktu putar paksi dalam, dahi memutar kedepan depan dan berada di bawah arkus pubis, kemudian terjadi flexi sehingga belakang kepala terlahir melewati perinerum lalu terjadi deflexi sehingga lahirlah dagu.

4) Presentasi muka

Presentasi muka disebabkan oleh terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin. Petunjuk Daguk. Yang teraba muka bayi = mulut, hidung, dan pipi



Gambar 5.9 Presentasi Muka

5) Presentasi Bokong

Presentasi bokong adalah keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibawah kavum uteri.



Gambar 5.10 Presentasi Bokong

6) Presentasi Bahu

Presentasi bahu adalah ketika bahu, lengan atau tangan keluar pertama pada saat partus. Jenis presentasi ini jarang terjadi, kurang dari 1% kasus dan lebih umum pada kelahiran prematur atau kehamilan kembar.



Gambar 5.11 Presentasi Bahu

3. AUSKULTASI DJJ (LEANNEC DAN DOPPLER)

Auskultasi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi yang

terbentuk dalam organ tubuh. Hal ini dimaksudkan untuk mendeteksi adanya kelainan dengan cara membandingkan dengan bunyi normal. Auskultasi, dilakukan umumnya dengan stetoskop monoaural untuk mendengarkan bunyi jantung anak, bising talipusat, gerakan anak, bising rahim, bunyi aorta, serta bising usus. Bunyi jantung anak dapat di dengar pada akhir bulan ke-5, walaupun dengan ultrasonografi dapat diketahui pada akhir bulan ke-3. Bunyi jantung pada anak dapat terdengar di kiri dan kanan di bawah tali pusat bila presentasi kepala. Bila terdengar setinggi tali pusat, maka presentasi di daerah bokong. Bila terdengar pada pihak berlawanan dengan bagian kecil, maka anak fleksi dan bila sepihak maka defleksi.

Dalam keadaan sehat, bunyi jantung antara 120-140 kali per menit. Bunyi jantung dihitung dengan mendengarkannya selama 1 menit penuh. Bila kurang dari 120 kali per menit atau lebih dari 140 per menit, kemungkinan janin dalam keadaan gawat janin. Selain bunyi jantung anak, dapat didengarkan bising tali pusat seperti denyut nadi ibu, bunyi aorta frekuensinya sama seperti denyut nadi dan bising usus yang sifatnya tidak teratur.

4. PEMASANGAN DAN INTERPRETASI CTG

- Pengertian CTG (Cardiotocography)

Alat Kardiotokografi (CTG) atau juga disebut Fetal Monitor adalah alat yang digunakan untuk memeriksa kondisi kesehatan janin. Pemeriksaan umumnya dapat dilakukan pada usia kehamilan 7-9 bulan dan pada saat persalinan. Pemeriksaan CTG diperoleh informasi berupa signal irama denyut jantung janin (DJJ), gerakan janin dan kontraksi rahim. Pemeriksaan dengan CTG sangat diperlukan pada fasilitas pelayanan persalinan.

Pemeriksaan CTG penting dilakukan pada setiap ibu hamil untuk pemantauan kondisi janin terutama dalam keadaan:

- 1) Kehamilan dengan komplikasi (darah tinggi, kencing manis, tiroid, penyakit infeksi kronis, dll)
- 2) Kehamilan dengan berat badan janin rendah (Intra Uterine Growth Retriktion)
- 3) Oligohidramnion (air ketuban sedikit sekali)
- 4) Polihidramnion (air ketuban berlebih)

- Syarat Pemeriksaan CTG

- 1) Usia kehamilan mulai 28 minggu
- 2) Ada persetujuan tindak medik dari pasien (secara lisan)
- 3) Punktum maksimum denyut jantung janin (DJJ) diketahui
- 4) Prsedur pemasangan alat sesuai dengan petunjuk penggunaan
- 5) Sebaiknya dilakukan 2 jam setelah makan.
- 6) Waktu pemeriksaan selama 20 menit.
- 7) Selama pemeriksaan posisi ibu berbaring nyaman dan tak menyakitkan ibu maupun bayi.
- 8) Bila ditemukan kelainan maka pemantauan dilanjutkan dan dapat segera diberikan pertolongan yang sesuai.
- 9) Konsultasi langsung dengan dokter kandungan

- Indikator Pemeriksaan CTG

Pemeriksaan CTG penting dilakukan pada:

- 1) Ibu

- Pre-eklampsia-eklampsia
- Ketuban pecah
- Diabetes mellitus
- Kehamilan 40 minggu
- Vitium cordis
- Asthma bronkhiale
- Inkompatibilitas Rhesus atau ABO
- Infeksi TORCH
- Bekas SC
- Induksi atau akselerasi persalinan
- Persalinan preterm
- Hipotensi
- Perdarahan antepartum
- Berusia lanjut (>35 tahun)

- 2) Janin

- Pertumbuhan janin terhambat (PJT)
- Gerakan janin berkurang
- Hidrops fetalis

- Kelainan presentasi, termasuk pasca versi luar.
- Mekoneum dalam cairan ketuban.
- Riwayat lahir mati.
- Kehamilan ganda.

Pemeriksaan CTG:

- Sebaiknya dilakukan 2 jam setelah makan.
 - Waktu pemeriksaan selama 20 menit.
 - Selama pemeriksaan posisi ibu berbaring nyaman dan tak menyakitkan ibu maupun bayi.
 - Bila ditemukan kelainan maka pemantauan dilanjutkan dan dapat segera diberikan pertolongan yang sesuai.
 - Konsultasi langsung dengan dokter kandungan
- Cara Kerja CTG
 - 1) Persiapan pemeriksaan CTG
 - Sebaiknya dilakukan 2 jam setelah makan.
 - Waktu pemeriksaan selama 20 menit,
 - Selama pemeriksaan posisi ibu berbaring nyaman dan tak menyakitkan ibu maupun bayi.
 - Bila ditemukan kelainan maka pemantauan dilanjutkan dan dapat segera diberikan pertolongan yang sesuai.
 - Konsultasi langsung dengan dokter kandungan.
 - 2) Prosedur
 - Persetujuan tindak medik (Informed Consent) : menjelaskan indikasi, cara pemeriksaan dan kemungkinan hasil yang akan didapat. Persetujuan tindak medik ini dilakukan oleh dokter penanggung jawab pasien (cukup persetujuan lisan).
 - Kosongkan kandung kencing.
 - Periksa kesadaran dan tanda vital ibu.
 - Ibu tidur terlentang, bila ada tanda-tanda insufisiensi utero-plasenter atau gawat janin, ibu tidur miring ke kiri dan diberi oksigen 4 liter / menit.

- Lakukan pemeriksaan Leopold untuk menentukan letak, presentasi dan punktum maksimum DJJ.
- Hitung DJJ selama satu menit; bila ada his, dihitung sebelum dan segera setelah kontraksi berakhir..
- Pasang transduser untuk tokometri di daerah fundus uteri dan DJJ di daerah punktum maksimum.
- Setelah transduser terpasang baik, beri tahu ibu bila janin terasa bergerak, pencet bel yang telah disediakan dan hitung berapa gerakan bayi yang dirasakan oleh ibu selama perekaman KTG.
- Hidupkan komputer dan Kardiotokograf.
- Lama perekaman adalah 30 menit (tergantung keadaan janin dan hasil yang ingin dicapai).
- Lakukan dokumentasi data pada disket komputer (data untuk rumah sakit).
- Matikan komputer dan mesin kardiotokograf. Bersihkan dan rapikan kembali
- Beri tahu pada pasien bahwa pemeriksaan telah selesai.
- Berikan hasil rekaman KTG kepada dokter penanggung jawab atau paramedik membantu membacakan hasil interpretasi komputer secara lengkap kepada dokter.
- Paramedik (bidan) dilarang memberikan interpretasi hasil ctg kepada pasien.

5. OPTIMALISASI POSISI FETUS

a. Bergerak (gravitasi)

Gravitasi akan berguna dengan baik saat kita bergerak atau dilakukan dengan gerakan. Kehamilan bukan menjadi alasan untuk malas malasan ya moms, bergerak seperti berjalan akan membuat gaya gravitasi bekerja dengan baik sehingga membuat janin berada di posisi optimal (turun). Rajin jalan ya moms saat masa kehamilan trimester ketiga.

b. Pijat perineum

Tujuannya supaya area perineum lebih elastis dan tidak terjadi robekan parah saat mengejan. Melakukan pijat bisa menggunakan VCO.

c. Prenatal Yoga

Prenatal Yoga bisa dilakukan mulai usia kandungan 32 minggu. Beberapa gerakan yoga bisa membantu mengoptimalkan posisi janin dan membuat tubuh menjadi lebih seimbang, baik itu panggul maupun otot-otot ligamen. Sehingga janin memiliki banyak ruang untuk bergerak agar posisinya lebih optimal.

d. Rebozo Sifting & Shaking

Gerakan ini berguna untuk merilekskan otot-otot ligamen pada panggul sehingga membuat bayi mudah berputar ke posisi yang optimal. Gerakan ini juga bisa digunakan untuk proses persalinan agar membantu bayi turun ke jalan lahir. Untuk usia kandungan kurang dari 36 minggu bisa dilakukan 5 menit per sesi per hari (pagi dan malam), untuk usia kandungan lebih dari 36 minggu bisa dilakukan 20 menit per sesi per hari.



Gambar 5.12 Rebozo Sifting

e. Forward Leaning Inversion (FLI)

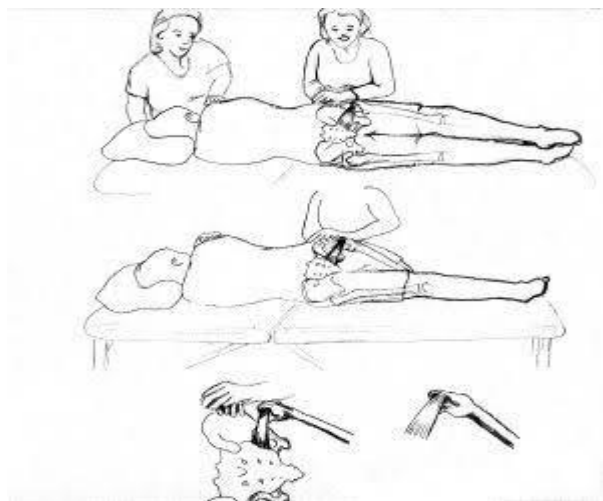
Gerakan ini sangat bermanfaat untuk merilekskan ligamen-ligamen di uterus dan membuat ruang lebih besar pada rahim bagian bawah. FLI bisa dilakukan pada kehamilan di atas 32 minggu, dilakukan selama 3x hitungan/siklus nafas dan bisa dilakukan 2x sehari.



Gambar 5.13 Forward Leaning Inversion

f. **Sidelying Release**

Gerakan ini bertujuan untuk merilekskan ketegangan otot. Dan membuka panggul lebih lebar sehingga ruang untuk bayi berputar lebih luas. Gerakan ini juga bisa dilakukan untuk mempercepat proses persalinan. Bisa dilakukan di usia kandungan di atas 32 minggu 10 menit setiap sisi



Gambar 5.14 Sidelying Release

g. **Endorphin massage**

Pijat tertentu dengan jari, memanjang dari atas kebawah

h. **Pelvic rocking**

Menggunakan gym ball, duduk di atasnya sambil goyang kanan-kiri atau memutar.

i. **Relaksasi dan Komunikasi Janin**

Relaksasi dan komunikasi janin sangat penting selama masa kehamilan. Dengan melakukan dua hal ini setiap hari bisa membuat kita lebih dekat lagi dengan calon bayi. Sering beri afirmasi positif karena janin bisa mendengarkan ibunya. Komunikasikan kepada janin untuk berada di posisi yang optimal saat waktunya tiba (36 minggu).

C. RANGKUMAN

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil dapat dilakukan dengan beberapa pemeriksaan. Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh klien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi, menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien, dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan.

Dalam melakukan pemeriksaan fisik terdapat teknik dasar yang perlu dipahami, antara lain inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (ketukan), dan auskultasi (mendengar). Observasi (pengamatan secara seksama) Pemeriksaan dilakukan pada seluruh tubuh, dari ujung rambut sampai ujung kaki, namun tidak harus dengan urutan tertentu. Pemeriksaan yang menggunakan alat seperti pemeriksaan tengkorak, mulut, telinga, suhu tubuh, tekanan darah, dan lain-lainnya, sebaiknya dilakukan paling akhir, karena dengan melihat atau memakai alat-alat.

D. SOAL

1. Sebutkan pemeriksaan ibu hamil dengan inspeksi dan palpasi
2. Sebutkan pemeriksaan ibu hamil dengan auskultasi dan perkusi
3. Sebutkan teknik pengukuran fundus uteri
4. Sebutkan indicator pemeriksaan CTG
5. Sebutkan bagaimana optimalisasi posisi fetus

E. RUJUKAN

1. Bobak, Lowdermik Jansen. 2007. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta Laode, Marleni. 2016. Syarat Pemeriksaan CTG.
2. Mufdillah. 2009. Panduan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil. Yogyakarta : Nuha. Medika.
3. Mandriwati, GA. 2007. Penuntun Belajar Asuhan Kebidanan Ibu Hamil, EGC. Jakarta
4. Manuaba, IAC., I Bagus, dan IB Gde. 2012. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan. Edisi kedua. Jakarta: EGC.
5. Manuaba, IBG, dkk. 2013. Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB. Jakarta: EGC
6. Marmi. 2014. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
7. Mochtar, R. 2012. Sinopsis Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi Jilid 1. Jakarta: EGC.

BAB VI

PEMERIKSAAN DASAR PADA PERSALINAN

A. PENDAHULUAN

Sebagai seorang bidan, dalam memberikan asuhan persalinan hendaknya mengetahui segala sesuatu yang berhubungan dengan proses persalinan itu sendiri misalnya mekanisme persalinan, macam-macam panggul, ukuran panggul normal, bagian-bagian dari kepala bayi yang akan melewati panggul/ jalan lahir serta bagaimana cara melakukan pemeriksaan dalam (vaginal toucher) agar dapat mengetahui hal-hal sehubungan kemajuan persalinan dan jika ada hal-hal yang menyimpang dapat dilakukan koreksi secara manual jika mungkin, sehingga tindakan-tindakan operatif tidak perlu dikerjakan.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu memahami konsep dasar pemeriksaan fisik ibu dan melakukan pemeriksaan pada ibu bersalin meliputi : Pemeriksaan abdomen pada persalinan berupa Palpasi kontraksi, Optimalisasi posisi Fetus, Pemeriksaan dalam dan penggunaan speculum

B. PENYAJIAN MATERI

1. Palpasi kontraksi

Menurut *American Pregnancy Association*, setiap tahap persalinan ditandai dengan waktu kontraksi Anda dan sejauh mana serviks Anda melebar :

- a. Fase Awal : Di fase ini, serviks telah melebar dari yang benar benar tertutup sampai berdiameter 3 cm. Kontraksi ringan (sama seperti sakit saat menstruasi) dan waktunya tidak teratur, setiap kontraksi berdurasi 30 sampai 45 detik dan muncul sekitar 5 sampai 30 menit sekali.
- b. Fase Aktif : Serviks akan melebar dari 4 cm sampai 7 cm dan kontraksi akan menguat dan berdurasi lebih lama (45 sampai 60 detik) dan berjarak 3 sampai 5 menit di setiap kontraksi. Di tahap ini dapat pergi ke rumah sakit.
- c. Transisi : Di fase final ini, serviks benar benar membuka (dari 8 sampai 10 cm). Kontraksi akan semakin lama dan intens. Setiap kontraksi akan berlangsung selama 60 sampai 90 detik dengan jeda 30 sampai 2 menit diantara setiap kontraksi.

Istilah dalam menghitung kontraksi

Durasi : durasi adalah berapa lama kontraksi itu berlangsung. Durasi kontraksi diukur dari dimulainya kontraksi sampai berakhirnya kontraksi. Nyalakan *timer* saat kontraksi dimulai dan hentikan saat kontraksi berhenti. Di tengah tengah, akan merasakan puncak intensitas kontraksi, namun tunggu sampai semua sensasi tersebut menghilang sebelum menghentikan *timer*.

Frekuensi : frekuensi adalah jeda di antara setiap kontraksi yang dirasakan. Frekuensi kontraksi diukur berdasarkan dimulainya kontraksi yang pertama hingga dimulainya kontraksi berikutnya.

2. Pemeriksaan Dalam Dan Penggunaan Speculum

a. Pemeriksaan dalam

1) Pengertian Periksa Dalam (Vaginal Toucher)

Pemeriksaan yang dilakukan dengan memasukkan jari ke dalam liang sangama. Pemeriksaan dilakukan saat ibu bersalin (memasuki kala I persalinan, saat ada gejala mulas-mulas dan ibu mengalami his secara teratur 2 kali dalam 15 menit sebagai tanda akan melahirkan). Pemeriksaan dalam ini dengan kepentingan untuk menentukan awal dan kemajuan dari persalinan.

2) Tujuan Tindakan Vaginal Toucher

- a) Untuk mendeteksi dini adanya komplikasi/ peyulit
- b) Memantau jalannya persalinan, apakah masih fisiologis atau sudah termasuk patologis
- c) Memantau pembukaan serviks
- d) Menilai penurunan bagian terendah dari janin
- e) Memantau keadaan ketuban sudah pecah atau masih utuh

3) Hal yang perlu dinilai pada pemeriksa Dalam

- a) Vulva Vagina yaitu dimana Ibu ditempatkan pada posisi yang memudahkan untuk inspeksi dan pemeriksaan. Kecepatan pemeriksaan vagina selama persalinan dapat meningkatkan morbiditas infeksi khususnya pada kasus ketuban pecah dini.
- b) Konsistensi Portio : dimana akan menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap.

- c) Pembukaan Serviks yaitu ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata (ukuran diameter leher rahim yang teregang). Dilatasi serviks ditentukan dengan pemeriksaan VT dan dinyatakan dengan diameter serviks.

Dilatasi (pembukaan) diukur dalam sentimeter. Proses membukanya *serviks* sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase:

1) Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

2) Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi 3 subfase :

- Periode akselerasi berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
- Dilatasi maksimal selama 2 jam pembukaan cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
- Deselerasi berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap 10 cm.

- d) Air Ketuban (utuh/pecah) yaitu bila cairan ketuban pecahnya diragukan, masukkan speculum dengan hati-hati dan cairan dicari di fornix posterior. Cairan diperiksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium.

e) Presentasi dan posisi janin

Saat periksa dalam teraba rata, bulat dan keras. Secara umum, posisi normal bagi janin untuk dilahirkan per vaginam adalah posisi kepala di bawah. Namun lebih detailnya, secara medis posisi kepala yang dapat dilahirkan normal adalah dengan presentasi belakang kepala/ ubun-ubun kecil (UUK).

Apabila presentasi persalinan bukan belakang kepala, maka akan menghambat proses penurunan kepala dan memperlama masa persalinan secara keseluruhan. Adapun risiko terburuk adalah macetnya persalinan sehingga harus dibantu, baik dengan forsep, vakum, atau melalui operasi Caesar.

Pada saat periksa dalam teraba lembek dan tidak rata. Pada presentasi bokong penunjuknya adalah sakrum, bila jari pemeriksa

masuk kedalam anus akan dijumpai adanya mekonium. Pada presentasi muka tulang dahi akan teraba dan jari pemeriksa yang masuk kemulut dan dihisap oleh janin. Bila tali pusat teraba akan teraba juga adanya pulsasi. pada keadaan ini selaput janin tidak boleh dirobek karena adanya bahaya prolaps uteri.

f) Penurunan bagian terbawah janin yaitu untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin turun ke dalam panggul pada persalinan maka dapat digunakan bidang Hodge yang terdiri atas empat bidang:

- Bidang Hodge I: bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium.
- Bidang Hodge II: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.
- Bidang Hodge III: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina iskiadika kanan dan kiri.
- Bidang Hodge IV: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I, II, dan III, terletak setinggi os koksigeus.

g) Penyusupan kepala janin/ molase

0 = tulang kepala janin terpisah dan sutura dapat teraba dengan mudah

1 = tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 = tulang kepala janin saling tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan

3 = tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat di pisahkan

4) Keuntungan

- Untuk menentukan apakah pasien benar dalam keadaan inpartu
- Untuk menentukan factor janin dan panggul
- Menentukan perkiraan persalinan

5) Indikasi

- Primipara, kehamilan 36 mg bagian bawah janin belum masuk PAP
- Menentukan kemajuan persalinan
- Ketuban pecah sedang bagian bawah janin masih tinggi.
- Menentukan tindakan

6) Kontraindikasi

- Perdarahan

- Plasenta Previa
- Ketuban Pecah DIni
- Persalinan Preterm

b. Penggunaan speculum

1) Pemeriksaan Genetalia Eksterna

Dengan inspeksi perlu diperhatikan bentuk, warna, pembengkakan, dsb dari genetalia eksterna, perineum, anus dan sekitarnya; dan apakah ada fluor albus, atau darah. Apakah himen masih utuh dan klitoris normal.

2) Pemeriksaan dengan speculum

Setelah dilakukan inspeksi alat genital, untuk pemeriksaan lebih lanjut dapat dilakukan pemeriksaan dengan speculum, terutama apabila akan dilakukan sitologi vagina. Namun ada juga yang memulai dengan pemeriksaan bimanual terlebih dahulu. Untuk wanita yang belum pernah melahirkan dipilih speculum yang kecil, atau pada anak kecil apabila memang diperlukan menggunakan speculum paling kecil sesuai dengan kecilnya introitus vagina.

3) Cara Pemasangan Spekulum

a) Spekulum Simm

Dipasang terlebih dahulu ke dalam vagina bagian belakang. Mula-mula ujung speculum dimasukkan agak miring ke dalam IV, didorong ke dalam sedikit, dan diletakkan melintang dalam vagina; lalu speculum ditekan ke belakang dan didorong lebih dalam lagi, sehingga ujung speculum menyentuh puncak vagina di fornik posterior. Setelah speculum pertama dipasang, maka pemasangan speculum kedua yang lebih kecil menjadi sangat mudah; ujungnya diletakkan di fornik anterior dan ditekan sedikit ke depan. Biasanya portio langsung tampak dengan jelas. Apabila portio menghadap terlampau ke depan atau ke belakang, maka posisi speculum disesuaikan, sehingga letak portio tepat di tengah speculum.

b) Spekulum Cocor Bebek

Dalam keadaan tertutup, speculum dimasukkan ujungnya ke dalam IV sedikit miring, kemudian diputar kembali menjadi melintang dalam

vagina dan didorong masuk lebih dalam ke arah fornix posterior sampai di puncak vagina. Lalu speculum dibuka melalui mekanik pada tangkainya. Dengan demikian dinding vagina depan dipisah dari yang belakang, dan portio tampak jelas. Apabila portio belum tampak jelas, posisi speculum dapat disesuaikan. Waktu speculum dibuka daun depan tidak menyentuh portio karena agak lebih pendek dari daun belakang.

Dengan menggunakan speculum, periksa dinding vagina (rugae, Ca, fluor albus), dan portio (bulat, terbelah melintang, mudah berdarah, erosis, peradangan, polip, tumor atau ulkus, juga perhatikan warna, dan OUE membuka / menutup)

Selain itu dengan speculum dapat dilakukan usap vagina dan usap serviks untuk pemeriksaan sitologi, getah kanalis servikalis untuk pemeriksaan GO, dan getah dari fornix posterior untuk pemeriksaan trikomoniasis dan kandidiasis. Dapat juga digunakan untuk pelepasan AKDR.

C. RANGKUMAN

Vaginal toucher adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan memasukkan jari ke dalam liang senggama untuk mengetahui apakah penderita benar dalam keadaan inpartu, menentukan faktor janin dan panggul, menentukan ramalan persalinan. Hal-hal yang perlu dinilai dalam vaginal toucher adalah : Kondisi Portio: Posisi, Konsistensi, Pendataran, Pembukaan. Ketuban, presentasi, penunjuk dan penurunan. Selain itu tindakan Vaginal Toucher (VT) tidak dapat dilakukan pada suatu kondisi kapan saja melainkan dilakukan berdasarkan indikasi

D. SOAL

1. Sebutkan bagaimana melakukan palpasi saat kontraksi
2. Sebutkan apa saja yang dinilai pada pemeriksaan dalam

E. RUJUKAN

1. Bobak, Lowdermik Jansen. 2007. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta
2. Mochtar, R. 2012. Sinopsis Obstetri Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi Jilid 1. Jakarta: EGC.
3. Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin)*. Jogjakarta : Fitramaya
4. JNPK-KR . 2009. Buku acuan persalinan normal dan inisiasi menyusui dini. Jakarta. Depkes RI. Hal 43-57
5. Varney, 2004. Varney's Midwifery. London : Jones and Bartlett Publishers. Hal 347-360
6. Johnson, Wendy Taylor. 2005. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. Jakarta : EGC. Hal 201-207

BAB VII

PEMERIKSAAN FISIK PADA IBU NIFAS

A. PENDAHULUAN

Masa nifas (puerperium) adalah waktu yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir kira-kira 6 minggu. Pada masa nifas sering terjadi permasalahan antara lain perdarahan yang apabila tidak di tangani akan berakibat kematian pada ibu. Penyebab kematian nifas 50% terjadi dalam 24 jam pertama. Untuk itu pemberian asuhan kebidanan kepada ibu dalam masa nifas sangat perlu dilakukan yang bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi, melaksanakan deteksi dini adanya komplikasi dan infeksi, memberikan pendidikan pada ibu serta memberikan pelayanan kesehatan pada ibu dan bayi. Selama masa nifas ibu akan mengalami berbagai perubahan. Pelayanan atau asuhan merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu nifas normal dan mengetahui secara dini bila ada penyimpangan yang ditemukan dengan tujuan agar ibu dapat melalui masa nifasnya dengan selamat dan bayi sehat.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu memahami konsep dasar pemeriksaan fisik ibu meliputi Pemeriksaan abdomen pada persalinan berupa inspeksi, Pengukuran TFU, Palpasi kontraksi, Perbaikan perineum

B. PENYAJIAN MATERI

1. PEMERIKSAAN FISIK MASA NIFAS

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh ibu nifas dengan mengumpulkan data objektif dilakukan pemeriksaan terhadap pasien. Pemeriksaan fisik ibu post partum sangat penting dilakukan untuk dapat mendeteksi keadaan ibu apakah normal ataukah terdapat abnormalitas yang disebabkan oleh proses persalinan.

Tahapan masa nifas adalah sebagai berikut:

- a) Puerperium dini Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b) Puerperium intermedial Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu

- c) Remote puerperium Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

2. LANGKAH – LANGKAH PEMERIKSAAN FISIK

a. Pengkajian Data Fisik (Pengumpulan Data)

Pengkajian data adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi pasien dan merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang jelas dan akurat.

b. Tujuan Pemeriksaan fisik :

- 1) Mengumpulkan data tentang kesehatan ibu pada masa nifas
- 2) Memperoleh dan menambah informasi tentang riwayat dan keluhan yang dirasakan ibu saat nifas
- 3) Mengidentifikasi masalah kebutuhan yang ditemukan
 - a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, dan menilai adanya tanda infeksi
 - b) Memastikan ibu menyusui dengan baik
 - c) Memastikan ibu cukup makan, cairan, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu dapat mengetahui cara merawat bayinya
- 4) Menilai perubahan psikologis factor yang mempengaruhi pada masa nifas
- 5) Mendeteksi secara dini komplikasi yang terjadi pada masa nifas dan penanganannya

c. Tehnik Pemeriksaan Fisik Pada ibu Nifas

- 1) Inspeksi : Untuk Menilai perubahan keadaan fisik pada ibu nifas

- 2) Palpasi : Untuk menentukan Involusi uteri (Tingginya Fundus Uteri) sesuai dengan masa nifas
- 3) Auskultasi : Untuk Memeriksa TD

d. Pengumpulan data

1) *Data Subjektif*

Untuk memperoleh data subjektif dapat dilakukan dengan cara anamnesa yaitu informasi yang kita dapatkan bisa langsung dari pasien atau juga bisa dari orang-orang terdekat klien.

Data subjektif ini mencakup :

a) **Identitas Klien**

Bertujuan untuk mengidentifikasi/mengenal penderita dan menentukan status sosil ekonominya yang harus kita ketahui yang bermanfaat saat kita menentukan anjuran atau pengobatan apa yang akan diberikan. Biodata mencakup indentitas pasien, antara lain nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat.

Biodata

Nama : Perlu ditanyakan agar tidak keliru bila ada kesamaan nama dengan klien. Nama perlu ditanyakan kepada klien dan kepada suami klien.

Umur : Semakin tua usia ibu lebih dari 35 tahun terlalu muda (> 20 thn) mempunyai resiko pendarahan lebih besar karena organ reproduksi belum atau tidak mencapai titik maksimal dan menjalankan fungsi reproduksinya.

Agama: Ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan pasien/klien. Dengan diketahuinya agama pasien/klien, akan memudahkan bidan melakukan pendekatan di dalam melaksanakan asuhan kebidanan. Agama merupakan aspek yang mendukung dalam kesehatan klien.

Pendidikan : Data status pendidikan diperlukan mengetahui tingkat

intelektualitas klien, pendidikan merupakan salah bagian dalam aspek sosial yang harus dikaji. Pendidikan juga merupakan hal yang dapat mempengaruhi perilaku klien. Menggambarkan kemampuan seorang ibu dalam menyerap konseling yang di berikan oleh bidan.

Pekerjaan : dikaji untuk mengetahui pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan, serta menunjukkan tingkat ekonomi keluarga klien, sehingga ikut menentukan intervensi yang di sesuaikan dengan kemampuan klien secara ekonomi.

Suku/Bangsa : untuk mengetahui ras, sehingga mengetahui resiko penyakit yang mungkin menyangkut dengan ras, kebiasaan suatu bangsa juga yang dapat menunjang diagnostik

Alamat : dikaji untuk mengetahui tempat tinggal klien, sehingga mudah untuk melakukan kunjungan dan pemantauan.

b) **Keluhan utama**

Merupakan alasan utama klien datang ke tempat bidan. Anamnesa keluhan utama klien dipergunakan untuk membantu menentukan diagnosa kebidanan. Untuk mengetahui masalah yang di hadapi yang berkaitan dengan masa nifas. Putting susu dapat mengalami lecet, retak atau terbentuk celah-celah. Putting susu lecet ini sering terjadi saat minggu-minggu pertama setelah bayi lahir

- Afterpain adalah rasa sakit atau mules-mules yang disebabkan oleh kontraksi rahim, berlangsung 2-4 jam. Tetapi, belum dirasakan oleh ibu saat ini.
- Nyeri akibat luka episiotomi, kebanyakan ibu merasakannya.
- Kerigat berlebih
- Pembesaran payudara
- Konstipasi akibat kekurangan intake cairan.
- Kurang mobilisasi ataupun makanan yang berserat.
- Retensi urine karena takut sakit saat berkemih.

c) **Riwayat kesehatan**

Yang dikaji adalah : Riwayat kesehatan yang lalu, riwayat kesehatan sekarang dan riwayat kesehatan keluarga . Riwayat penyakit TBC, Jantung, Ginjal, DM, HT, Hepatitis, K TBC, Jantung, Ginjal, DM, HT, Hepatitis, Kelainan Darah, Gemelli (berhubungan dengan masalah atau alasan datang). Klien dengan riwayat penyakit jantung akan memiliki resiko dekomposisi kordis dan infeksi nifas dan infeksi nifas akibat perfusi jaringan . Klien dengan TBC memiliki resiko anemia karena pembentukan Hb tidak sempurna dan mudah terjadi pendarahan post partum disamping memiliki resiko penularan ke bayinya . Klien dengan riwayat diabetes mellitus resiko infeksi yang besar akibat disfungsi sirkulasi bahkan bisa timbul infeksi, karena peninggian kadar gula akan membuat proses penyembuhan menjadi lama. Selain itu proses laktasi juga membutuhkan glukosa lebih bnyak dari wanita dewasa sehingga resiko hipoglikemia lebih besar . Ibu dengan kelainan pembekuan darah (haemofilli) akan memiliki resiko terjadinya perdarahan post partum.

Pada riwayat kesehatan kelaurga, bila dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, ISPA maka ibu dan bayi mempunyai resiko tertular . Penyakit DM yang di derita keluarga akan bisa menurun pada klien

d) **Riwayat Perkawinan**

Yang dikaji adalah menikah sejak umur berapa,lama perkawinan,berapa kali menikah,status pernikahan(karena status pernikahan sangat mempengaruhi psikologis ibu yang berhubungan dengan masa nifas.

e) **Riwayat obstetric**

- Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu Berapa kali ibu hamil,penolong persalianan,dimana ia melahirkan,cara

persalinan, jumlah anak, apakah pernah abortus dan keadaan nifas yang lalu.

- Riwayat persalinan sekarang, Tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi. Hal ini sangat penting dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak dan ini dapat berpengaruh pada masa nifas.

f) **Riwayat KB**

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

g) **Kehidupan social budaya**

Untuk mengetahui klien dan keluarganya yang menganut adat istiadat tertentu dengan budaya yang akan menguntungkan atau merugikan ibu dalam masa nifas. Hal penting yang biasanya mereka anut kaitannya dengan masa nifas adalah menu makan ibu nifas, misalnya ibu nifas harus pantang makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan goreng-gorengan karna dipercaya akan menghambat pnyembuhan luka persalinan dan makan ini akan membuat ASI menjadi lebih amis.

Adat ini sangat merugikan sekali bagi ibu nifas karena justru pemulihan kesehatannya akan terhambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang ia pantang maka akan mengurangi juga nafsu makannya sehingga asupan makanan yang seharusnya lebih banyak dari biasanya malah semakin berkurang. Produksi ASI juga akan semakin berkurang karena volume ASI sangat dipengaruhi oleh asupan nutrisi yang kualitas dan kuantitasnya cukup baik.

h) **Data psikososial**

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarganya terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu.

- Respon keluarga terhadap ibu dan bayinya

Yang dikaji adalah bagaimana respon keluarga terhadap ibu dan bayinya. Pengkajian respon keluarga terhadap ibu adalah untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon positif dari keluarga terhadap kelahiran bayi akan mempercepat proses adaptasi ibu menerima perannya. Dalam mengkaji data ini bidan dapat menanyakan langsung kepada pasien dan keluarga. Ekspresi wajah yang mereka tampilkan juga dapat memberikan petunjuk kepada bidan tentang bagaimana respon mereka terhadap kelahiran ini.

- Respon ibu terhadap dirinya sendiri

Yang dikaji adalah bagaimana respon ibu terhadap dirinya sendiri, setelah ibu menjalani proses persalinan. Apakah ibu telah siap untuk menerima perannya menjadi seorang ibu yang siap untuk merawat dirinya.

- Respon ibu terhadap bayinya

Dalam mengkaji data ini bidan dapat menanyakan langsung kepada pasien mengenai bagaimana perasaannya terhadap kelahiran dari bayinya. Apakah ibu merasa senang atau tidak atas kelahiran dari bayinya.

2) Data Objektif

Dalam menghadapi klien dalam masa nifas ini, Bidan harus mengumpulkan data untuk memastikan apakah klien dalam keadaan normal atau tidak. Bagian dari pengkajian data objektif yaitu:

a) Keadaan Umum Ibu

- Kesesuaian penampakan usia
- Status gizi umum (malnutrisi atau obesitas)
- Tingkat emosi, adanya orientasi waktu, tempat, orang, ingatan, proses logika, perilaku umum (bersahabat, kooperatif, menolak)
- Temuan kegagalan sistem, seperti sianosis, distress pernafasan, batuk persisten, abnormalitas suara dan bicara, wajah asimetris, abnormalitas tulang
- Postur tubuh, gaya berjalan, dan gerakan tubuh
- Cara berjalan : apakah klien berjalan normal atau sempoyongan

b) Kesadaran

- COMPOS MENTIS (CM): merespon dengan baik
- APATIS : perhatian berkurang
- SOMNOLENS : mudah tertidur walaupun sedang diajak bicara.
- SOPOR : dengan rangsangan kuat masih memberi respons gerakan.
- SOPOR-COMATOUS : hanya tinggal reflex cornea (sentuhan ujung kapas pada kornea, akan menutup kelopak mata).
- COMA : tidak memberi respon sama sekali.

c) Tanda-tanda vital

• Tekanan darah

Tensi Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsia postpartum. Tekanan darah normal yaitu < 140/90 mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari postpartum. Setelah persalinan sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan post partum. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-

eklampsi yang bisa timbul pada masa nifas. Namun hal ini seperti itu jarang terjadi.

- **Suhu**

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2°C. sesudah partus dapat naik kurang dari 0,5 °C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu ibu lebih dari 38°C, mungkin terjadi infeksi pada klien (Saleha, 2009). Suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38C. Pada hari ke 4 setelah persalinan suhu ibu bisa naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai lebih dari 38 C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas.

- **Nadi**

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit setelah partus, dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Denyut Nadi ibu akan melambat sampai sekitar 60 x/menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama post partum. Pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira-kira 110x/mnt. Bisa juga terjadi gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.

- **Pernafasan**

Pernafasan normal yaitu 20-30 x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian, tidak lain karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada

respirasi cepat postpartum (> 30 x/mnt) mungkin karena adanya ikutan dari tanda-tanda syok.

- **Berat Badan**

BB ketika hamil bertujuan untuk mengetahui kenaikan berat badan ibu, kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal 0,4-0,5 kg. BB sekarang bertujuan untuk mengetahui perubahan berat badan post partum.

3) *Pemeriksaan Fisik*

Untuk mengidentifikasi adanya tanda anemis, preeklamsia – eklamsia pada post partum karena bisa terjadi pada 1 – 2 hari post partum

Muka : untuk menilai apakah simetris atau tidak, pucat atau tidak, odem atau tidak

Mata : Warna kulit muka dan pembengkakan daerah wajah dan kelopak mata, konjungtiva, sklera

Mulut dan gigi : Untuk mengidentifikasi keadaan mulut seperti kebersihan, kelembaban bibir, , ada atau tidak karies pada gigi

Leher : adakah pembesaran kelenjar tiroid, adakah pembesaran pembuluh limfe

Dada dan payudara :

- **Inspeksi**

- Kaji ukuran dan bentuk, ukuran dan bentuk tidak berpengaruh terhadap produksi asi, perlu diperhatikan bila ada kelainan, seperti pembesaran masif, gerakan yang tidak simetris pada perubahan posisi
- Kontur atau permukaan : Kaji kondisi permukaan, permukaan yang tidak rata seperti adanya depresi, retraksi atau ada luka pada kulit payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor.
- Warna kulit : Kaji adanya kemerahan pada kulit yang dapat menunjukkan adanya peradangan

Kalang Payudara

- Kaji ukuran dan bentuk, simetris atau tidak, biasanya akan meluas saat pubertas dan selama kehamilan
- Kaji permukaan kondisi dapat licin atau berkerut, bila ada sisik putih perlu dipikirkan adanya penyakit kulit.
- Warna : Pigmentasi yang meningkat pada saat kehamilan menyebabkan warna kulit Pada areola mammae menjadi lebih gelap dibanding sebelum hamil

Papilla mammae

- Ukuran dan bentuk : Kaji ukuran dan bentuk, ukuran sangat bervariasi dan tidak mempunyai arti khusus. Bentuk puting susu ada beberapa macam seperti datar , normal, panjang dan terbenam.
- Permukaan dan warna

Kaji permukaan dan warna, permukaan biasanya tidak beraturan kaji ada sisik, luka atau lecet. Warna biasanya terjadi hiperpigmentasi pada kehamilan

- **Palpasi**

- Konsistensi

Kaji konsistensi payudara, pada ibu PP konsistensi lebih keras karena laktasi

- Massa
- Puting susu

Kaji puting susu, pemeriksaan puting susu merupakan hal yang penting dalam mempersiapkan ibu menyusui.

- **Stimulasi produk ASI**

Abdomen :

Inspeksi

- **Keadaan**

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

- **Kondisi luka**

Luka SC harus dikaji apakah terdapat tanda-tanda infeksi, jika ada harus dilaporkan segera untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut

- **Palpasi**

- **Fundus uteri**

Tinggi : Segera setelah persalinan TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.

Hari kedua post partum TFU 1 cm dibawah pusat

Hari ke 3 - 4 post partum TFU 2 cm dibawah pusat

Hari ke 5 - 7 post partum TFU pertengahan pusat-symphisis

Hari ke 10 post partum TFU tidak teraba lagi.

Kontraksi : kontraksi lemah atau perut teraba lunak menunjukkan kontraksi uterus kurang maksimal sehingga memungkinkan terjadinya perdarahan.

Posisi : posisi fundus apakah sentral atau lateral. Posisi lateral biasanya terdorong oleh bladder yang penuh.

- **Keadaan kandung kemih**

Kaji dengan palpasi kandungan urine di kandung kemih. Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan jumlah urine yang tertampung banyak

dan hal ini dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus dikeluarkan.

Ekstremitas bawah

- **Varises**

Melihat apakah ibu mengalami varises atau tidak. Pemeriksaan varises sangat penting karena ibu setelah melahirkan mempunyai kecenderungan untuk mengalami varises pada beberapa pembuluh darahnya. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormonal.

- **Edema**

Palpasi adanya edema pada ekstremitas.

- **Tanda homan's**

Tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksa tanda homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar.

Genitalia :

- **Kebersihan**

Perhatikan kebersihan perineum ibu. Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka. Serta adanya hemoroid derajat 1 normal untuk ibu hamil dan pasca persalinan.

- **REEDA**

REEDA adalah singkatan yang sering digunakan untuk menilai kondisi episiotomi atau laserasi perinium. REEDA singkatan (*Redness* / kemerahan, *Edema*, *Ecchymosis* / ekimosis, *Discharge* / keluaran, dan *Approximate* / perlekatan) pada luka episiotomy. Kemerahan dianggap normal pada episiotomi dan luka namun jika ada rasa sakit yang signifikan, diperlukan pengkajian lebih lanjut. Selanjutnya, edema

berlebihan dapat memperlambat penyembuhan luka. Penggunaan kompres es (*icepacks*) selama periode pasca melahirkan umumnya disarankan.

- **Lochea**

Kaji jumlah, warna, konsistensi dan bau lochea pada ibu postpartum. Perubahan warna harus sesuai. Misalnya Ibu postpartum hari ke tujuh harus memiliki lochea yang sudah berwarna merah muda atau keputihan. Jika warna lochea masih merah maka ibu mengalami komplikasi postpartum. Lochea yang berbau busuk menunjukkan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani.

- **Lochia rubra**

Lochia ini muncul pada hari pertama sampai keempat masa postpartum, warnanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada bekas implantasi plasenta dan serabut dari desidua dan chorion

- **Lochia serosa**

Lochia ini warnanya kecoklatan dan muncul pada hari kelima sampai hari kesembilan, mengandung lebih sedikit darah, dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi placenta

- **Lochia alba**

Muncul pada hari kesepuluh dan berkurang dalam minggu berikutnya, warnanya lebih pucat, putih kekuningan dan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

- **Varises**

Perhatikan apakah terjadinya varises di dalam vagina dan vulva. Jika ada yang membuat perdarahan yang sangat hebat .

4) Pemeriksaan penunjang

Uji Laboratorium yang harus diperiksa adalah hemoglobin, hematokrit, sel darah putih (leukosit). Hemoglobin normal ; 12-14 g/dl, hematokrit normal; 37-43%, leukosit normal 12.000/mm³, dan urin yang normal adalah

1500 cc.

3. PENGKAJIAN PSIKOLOGIS PADA IBU NIFAS

Pada saat masa nifas ini,wanita banyak mengalami perubahan emosional/ psikologis, sementara itu ibu harus bisa menyesuaikan dirinya menjadi seorang ibu.Penyebab salah satu dari perubahan emosional ibu adalah karna perubahan hormonal yang cepat dan emosi yang labil yang disebabkan oleh ketidaknyamanan fisik ibu seperti karna jahitan atau kurang ibu kurang tidur. Adapun factor penyebab yang paling mempengaruhi perubahan emosi dan psikososial ibu adalah :

- Kekecewaan emosional
- Rasa sakit pada tahap nifas awal
- Kecemasan ibu dalam memberikan perawatan kepada bayinya
- Ketakutan akan penampilan dari dirinya yang tidak menarik lagi bagi suami

C. KESIMPULAN

Pemeriksaan Fisik pada ibu nifas wajib dilakukan selama 4 kali sesuai dengan waktu kunjungan ibu nifas dan dilakukan apabila ibu mengalami komplikasi. Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh dari kepala sampai kaki dan pemeriksaan yang sangat penting dilakukan pada pemeriksaan payudara, Tinggi fundus, kontraksi, vagina dan kandung kemih ibu. Bidan berkewajiban menyampaikan hasil pemeriksaannya kepada pasien sebagai bentuk asuhan pada ibu nifas.

D. LATIHAN SOAL

1. Sebutkan 4 jadwal kunjungan ibu nifas dan bagian apakah yang paling penting untuk dilakukan pemeriksaan?
2. Apa tujuan bidan melakukan pemeriksaan payudara dan Kandung kemih pada nifas 6 jam
3. Apa tindakan bidan jika ditemukan ibu nifas 6 jam mengalami gangguan kontraksi?

E. RUJUKAN

1. Bahiyatun. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta :EGC
2. Bobak, dkk. 2005. *Keperawatan Maternitas Edisi 4*. Jakarta : EGC
3. Benson, Ralph dkk.2009. *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta:EGC
4. Handajati, Sutjiati Dwi. 2009. *Manajemen Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC
5. Jannah, Nurul. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan :kehamilan*.Yogyakarta: CV Andi OF SET
6. Maryunani. 2009. *Asuhan Ibu Nifas*. Yogyakarta : Dian Press
7. Pitriani, Risa. 2014. *Panduan Lengkap Asuhan Kebidanan Nifas Normal*.Yogyakarta : Deepublish.
8. Prawirohardjo, Sarwono. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBPSP
9. Suherni,dkk. 2009. *Perawatan Maternitas*. Jakarta. : Agro Media Pustaka
10. Sulistyawati, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Andi : Yogyakarta.
11. Varney, Helen. 2007. *Buku Ajaran Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
12. Widyasih . 2009. *Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC

BAB VIII

PEMERIKSAAN FISIK PADA BAYI

A.PENDAHULUAN

Kehidupan pada masa bayui baru lahir (BBL) sangat rawan oleh karena memerlukan penyesuaian fisiologik agar bayi di luar kandungan dapat hidup sebaik-baiknya. Hal ini dapat dilihat dari tingginya angka kesakitan dan kematian BBL. Diperkirakan 2/3 kematian bayi di bawah umur 1 tahun terjadi pada masa BBL. Peralihan dari kehidupan intrauterine ke ekstra uterine memerlukan perubahan biokimia dan faal. Dengan terpisahnya bayi dari ibu maka terjadilah proses awal fisiologis sebagai berikut :

1. Pertukaran gas melalui plasenta digantikan oleh aktifnya fungsi paru untuk bernapas (pertukaran oksigen dengan karbon dioksida)
2. Saluran cerna berfungsi untuk menyerap makanan
3. Ginjal berfungsi untuk mengurangi bahan yang tidak terpakai lagi oleh tubuh untuk mempertahankan homeostasis kimia darah
4. Hati berfungsi untuk menetralisasi dan mengeksresi bahan beracun yang tidak diperlukan badan
5. Sistem imunologi berfungsi untuk mencegah infeksi
6. Sistem kardiovaskular serta endokrin bayi menyesuaikan diri dengan perubahan fungsi organ tersebut di atas.

Banyak masalah pada bayi baru lahir yang berhubungan dengan gangguan atau kegagalan penyesuaian biokimia dan faal yang disebabkan prematuritas, kelainan anatomik dan lingkungan yang kurang baik dalam kandungan pada persalinan maupun sesudah lahir.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu memahami konsep dasar pemeriksaan bayi baru lahir, balita dan anak meliputi : pemeriksaan fisik bayi baru lahir, tanda-tanda vital pada bayi, antropometri pada bayi dan anak

B. PENYAJIAN MATERI

1. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Sebelum melakukan pemeriksaan fisik pada BBL perlu diketahui riwayat keluarga, riwayat kehamilan sekarang dan sebelumnya, serta riwayat persalinan. Pemeriksaan bayi perlu dilakukan dalam keadaan terlanjang di bawah lampu yang terang sekaligus berfungsi untuk pemanas. Tangan serta alat yang digunakan harus bersih dan hangat. Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir paling kurang tiga kali yaitu : (1) pada saat lahir (2) pemeriksaan yang dilakukan 24 jam diruang perawatan dan (3) pada waktu pulang.

Pemeriksaan pertama BBL harus dilakukan di kamar bersalin, tujuannya adalah :

- a. Menilai gangguan adaptasi BBL dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine yang memerlukan resusitasi
- b. Menemukan kelainan seperti cacat bawaan yang memerlukan tindakan segera (misal atresia ani, atresia esophagus, trauma lahir)
- c. Menentukan BBL dapat dirawat bersama ibu (rawat gabung) atau di tempat perawatan khusus, di ruang intensif untuk di awasi atau segera di operasi.

Pemeriksaan kedua harus dilakukan kembali dalam 24 jam, yaitu sesudah bayi berada dalam ruang perawatan. Tujuannya adalah kelainan yang luput dari pemeriksaan pertama akan ditemukan pada pemeriksaan ini. Pemeriksaan di kamar bersalin dan di ruang perawat sebaiknya di bawah lampu pemanas untuk mencegah hipotermi. Pemeriksaan di ruang rawat harus dilakukan di depan ibunya, sehingga jika ditemukan kelainan bawaan (bahaya atau tidak) bisa langsung dijelaskan ke ibunya. Bayi tidak boleh dipulangkan sebelum dilakukan pemeriksaan terakhir. Hal ini disebabkan kelainan pada BBL yang belum menghilang saat dipulangkan (hematoma sefal, ginekomasti, ikterus). Data yang harus dicatat dari pemeriksaan fisik adalah lingkaran kepala, berat badan, panjang badan, kelainan fisik yang ditemukan, frekuensi napas, nadi, dan keadaan tali pusat

Pemeriksaan BBL memerlukan kesabaran, keluwesan dan ketelitian. Bila bayi dalam keadaan tenang, kita dahulukan pemeriksaan auskultasi bunyi jantung, paru dan palpasi abdomen. Pemeriksaan lainnya kita lakukan setelahnya.

Pemeriksaan fisik bayi baru lahir dimulai dari pengukuran berat badan, panjang badan dan lingkar kepalanya. Bayi baru lahir normal memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Berat badan 2500 – 4000 gram
- b. Panjang badan 48 – 52 cm
- c. Lingkar kepala 33 – 35 cm
- d. Lingkar dada 30 – 38 cm

Berat badan normal adalah 2500-4000 gram apabila BB kurang dari 2500 gram disebut bayi **Premature** dan apabila BB bayi lebih dari 4000 gram maka bayi disebut **Macrosomia**. Apabila diameter kepala lebih besar 35 cm dari lingkar dada maka bayi mengalami **Hidrocephalus**. Dan apabila diameter kepala lebih kecil 30 cm dari dada maka bayi mengalami **Microcephalus**. Selanjutnya pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir yang dilakukan adalah memeriksa kulit, kepala dan wajah, jantung dan paru-paru, sistem saraf, perut dan alat kelamin bayi.

a. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir bagian kulit

Pada jam-jam pertama kehidupan bayi baru lahir, kulit bayi baru lahir biasanya agak kemerahan. Jari-jari tangan dan kaki nampak agak kebiruan karena sirkulasi darah yang kurang baik. Pada persalinan normal akan mengakibatkan bentuk kepala bayi berubah dan memetap selama beberapa hari. Hal ini disebabkan karena pada persalinan normal yang keluar dahulu adalah bagian kepala bayi. Sedangkan pada persalinan yang sungsang anggota tubuh yang mengalami pembengkakan dan memar adalah bokong, alat kelamin dan kaki karena bokong keluar lebih dulu.

b. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir bagian kepala

Pada proses persalinan kadang-kadang terjadi perdarahan dari tulang kepala dan lapisan penutupnya (periosteum) hal ini bisa mengakibatkan timbulnya benjolan di kepala (sefal hematoma) yang akan menghilang dalam beberapa minggu. Selain itu penekanan selama proses persalinan normal juga bisa menyebabkan memar pada wajah. Sehingga wajah terlihat tidak simetris. Tetapi asimetri wajah ini juga bisa disebabkan karena kerusakan saraf pada wajah dan

bisa sembuh dalam beberapa minggu. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi N.fasialis.

c. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir bagian jantung dan paru-paru

Biasanya bayi baru lahir memiliki frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit dan pernafasan \pm 60 - 40 kali/menit. Jantung dan paru-paru perlu dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui adanya kelainanyang biasanya dapat terlihat melalui warna kulit bayi dan keadaannya secara umum.

d. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir bagian saraf

Pemeriksaan saraf pada bayi baru lahir dilakukan dengan menguji gerak refleks bayi baru lahir. Bayi baru lahir memiliki 3 gerak refleks yaitu, Refleks Moro : bila bayi baru lahir dikejutkan, tangan dan kakinya akan terentang ke depan tubuhnya seperti mencari pegangan, dengan jari-jari terbuka.

Refleks Mencucur : bila salah satu sudut mulut bayi disentuh, bayi akan memalingkan kepalanya ke sisi tersebut. Refleks ini membantu bayi baru lahir untuk menemukan puting. Dan Refleks Menghisap : bila suatu benda diletakkan dalam mulut bayi, maka bayi akan segera menghisapnya.

e. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir bagian perut

Pemeriksaan daerah perut dilakukan dengan menilai bentuknya, dan memeriksa ukuran, bentuk dan posisi alat-alat dalam seperti ginjal, hati dan limpa. Pembesaran ginjal bisa menunjukkan adanya sumbatan pada aliran keluar dari air kemih.

f. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir bagian kelamin/genitalia

Pada bayi laki-laki testis sudah turun dan memiliki dua pelir lengkap di buah zakarnya sedang pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.

2. Prinsip Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

- a. Jelaskan prosedur pada orang tua dan minta persetujuan tindakan .

- b. Cuci dan keringkan tangan , pakai sarung tangan .
- c. Pastikan pencahayaan baik.
- d. Periksa apakah bayi dalam keadaan hangat, buka bagian yang akan diperiksa (jika bayi telanjang pemeriksaan harus dibawah lampu pemancar) dan segera selimuti kembali dengan cepat.
- e. Periksa bayi secara sistematis dan menyeluruh.

3. Peralatan dan Perlengkapan :

- a. Kapas alkohol dalam tempatnya.
- b. Bak instrumen
- c. Handscoon
- d. Tissue dalam tempatnya
- e. Senter
- f. Termometer
- g. Stetoskop
- h. Tongs patel
- i. Selimut bayi
- j. Bengkok
- k. Timbangan bayi
- l. Selimut bayi
- m. Bengkok
- n. Timbangan bayi
- o. Pita ukur/metlin
- p. Timer
- q. Pengukur panjang badan
- r. Buku catatan

4. Prosedur Pelaksanaan:

a. Penilaian Apgar score

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kemampuan laju jantung, kemampuan bernafas, kekuatan tonus otot, kemampuan refleks dan warna kulit. Caranya:

- 1) Lakukan penilaian apgar Score dengan cara menjumlahkan hasil penilaian tanda, seperti laju jantung, kemampuan bernafas, kekuatan tonus otot,

kemampuan refleks dan warna kulit.

- 2) Tentukan hasil penilaian, sebagai berikut :
 - Adaptasi baik : skor 7-10
 - Asfiksia ringan-sedang : skor 4-6
 - Asfiksia berat : skor 0-3

Tabel Penilaian Apgar Score

TANDA	0	1	2
Frekuensi jantung	Tidak ada	≤ 100	≥ 100
Usaha bernafas	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Tonus otot	Lumpuh	Ekstermitas fleksi sedikit	Gerakan Aktif
Refleks	Tidak bereaksi	Gerakan sedikit	Melawan
Warna Kulit	Seluruh tubuh biru / pucat	Tubuh Kemerahan, Ekstermitas Atas Biru	Seluruh tubuh kemerahan

b. Pengukuran Antropometri

- 1) Lakukan Penimbangan berat badan

Letakkan kain atau kertas pelindung dan atur skala penimbangan ke titik nol sebelum penimbangan. Hasil timbangan dikurangi berat alas dan pembungkus bayi. Berat badan normal adalah 2500-3500 gram apabila BB kurang dari 2500 gram disebut bayi *Premature* dan apabila BB bayi lebih dari 3500 gram maka bayi disebut *Macrosomia*.

- 2) Lakukan Pengukuran panjang badan

Letakkan bayi di tempat yang datar. Ukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki/badan bayi diluruskan. Alat ukur harus terbuat dari bahan yang tidak lentur. Panjang badan normal adalah 45-50 cm

- 3) Ukur lingkar kepala

Pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkari kepala kembali lagi ke dahi. Lingkar kepala normal adalah 33-35 cm.

- 4) Ukur lingkar dada

Ukur lingkar dada dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu). Lingkar dada normal adalah 30 -33 cm. Apabila diameter kepala lebih besar 3 cm dari lingkar

dada maka bayi mengalami *Hidrocephalus*. Dan apabila diameter kepala lebih kecil 3 cm dari dada maka bayi mengalami *Microcephalus*.

5) Mengukur Lingkar Lengan atas (LILA)

Normalnya 11-15 cm. Untuk LILA pada BBL belum mencerminkan keadaan tumbuh kembang bayi.

5. Teknik Pemeriksaan fisik

Ada 4 teknik dalam pemeriksaan fisik yaitu :

a. Inspeksi

Adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Cahaya yang adekuat diperlukan agar perawat dapat membedakan warna, bentuk dan kebersihan tubuh klien. Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi : ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris. Dan perlu dibandingkan hasil normal dan abnormal bagian tubuh satu dengan bagian tubuh lainnya. Contoh : mata kuning (ikterus), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dan lain-lain.

b. Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indera peraba. Tangan dan jari-jari adalah instrumen yang sensitif digunakan untuk mengumpulkan data, misalnya tentang : temperatur, turgor, bentuk, kelembaban, vibrasi, ukuran.

c. Perkusi

Perkusi, langkah ketiga pemeriksaan pasien adalah menepuk permukaan tubuh secara ringan dan tajam, untuk menentukan posisi, ukuran dan densitas struktur atau cairan atau udara di bawahnya. Menepuk permukaan akan menghasilkan gelombang suara yang berjalan sepanjang 5-7 cm (2-3 inci) di bawahnya. Pantulan suara akan berbeda-beda karakteristiknya tergantung sifat struktur yang dilewati oleh suara itu.

d. Auskultasi

Auskultasi adalah keterampilan untuk mendengar suara tubuh pada paru-paru, jantung, pembuluh darah dan bagian dalam/viscera abdomen. Umumnya, auskultasi adalah teknik terakhir yang digunakan pada suatu pemeriksaan. Suara-suara penting yang terdengar saat auskultasi adalah suara gerakan udara dalam paru-paru, terbentuk oleh thorax dan viscera abdomen, dan oleh aliran

darah yang melalui sistem kardiovaskular. Suara terauskultasi dijelaskan frekuensi (pitch), intensitas (keraslemahnya), durasi, kualitas (timbre) dan waktunya. Pemeriksa akan mengauskultasi suara jantung, suara tekanan darah (suara Korotkoff), suara aliran udara melalui paru-paru, suara usus, dan suara organ tubuh.

Auskultasi dilakukan dengan stetoskop. Stetoskop regular tidak mengamplifikasi suara. Stetoskop regular meneruskan suara melalui ujung alat (endpiece), tabung pipa (tubing), dan bagian ujung yang ke telinga (earpiece), menghilangkan suara gangguan eksternal dan demikian memisahkan dan meneruskan satu suara saja. Stetoskop khusus yang mengamplifikasi suara juga tersedia dengan akuitas suara yang lebih rendah. Yang penting diperhatikan adalah kesesuaian dan kualitas stetoskop. Ujung yang ke telinga harus diletakkan pas ke dalam telinga, dan tabung/pipa tidak boleh lebih panjang dari 12-18 inci

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- 1) Lakukan Inspeksi pada daerah kepala. Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi *preterm*, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Pada kelahiran spontan letak kepala, sering terlihat tulang kepala tumpang tindih yang disebut moulding/moulase. Keadaan ini normal kembali setelah beberapa hari sehingga ubun-ubun mudah diraba. Perhatikan ukuran dan ketegangannya. Fontanel anterior harus diraba, fontanel yang besar dapat terjadi akibat *prematunitas atau hidrosefalus*, sedangkan yang terlalu kecil terjadi pada mikrosefali. Jika fontanel menonjol, hal ini diakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, sedangkan yang cekung dapat terjadi akibat dehidrasi. Terkadang teraba fontanel ketiga antara fontanel anterior dan posterior, hal ini terjadi karena adanya trisomi 21.
- 2) Periksa adanya trauma kelahiran misalnya; caput suksedaneum, sefal hematoma, perdarahan subaponeurotik/fraktur tulang tengkorak.
- 3) Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti ; anensefali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya.

b. Wajah

- 1) Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri.
- 2) Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robin.
- 3) Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi N.fasialis.

c. Mata

- 1) Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka.
- 2) Lakukan inspeksi daerah mata. Periksa jumlah, posisi atau letak mata
- 3) Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna
- 4) Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea
- 5) Katarak kongenital akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih. Pupil harus tampak bulat. Terkadang ditemukan bentuk seperti lubang kunci (koloboma) yang dapat mengindikasikan adanya defek retina
- 6) Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina
- 7) Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan
- 8) Apabila ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami sindrom down.

d. Hidung

- 1) Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring.
- 2) Periksa adanya sekret yang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini kemungkinan adanya sifilis kongenital.
- 3) Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan.

e. Mulut

- 1) Lakukan Inspeksi apakah ada kista yang ada pada mukosa mulut.

- 2) Perhatikan mulut bayi, bibir harus berbentuk dan simetris. Ketidaksimetrisan bibir menunjukkan adanya palsy wajah. Mulut yang kecil menunjukkan *mikrognatia*.
- 3) mulanya akan tampak sebagai Periksa adanya bibir sumbing, adanya gigi atau ranula (kista lunak yang berasal dari dasar mulut)
- 4) Periksa keutuhan langit-langit, terutama pada persambungan antara palatum keras dan lunak.
- 5) Perhatikan adanya bercak putih pada gusi atau palatum yang biasanya terjadi akibat *Epistein's pearl* atau gigi.
- 6) Periksa lidah apakah membesar atau sering bergerak. Bayi dengan edema otak atau tekanan intrakranial meninggi seringkali lidahnya keluar masuk (*tanda foote*).

f. Telinga

- 1) Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya.
- 2) Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang.
- 3) Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas.
- 4) Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada bayi yang mengalami sindrom tertentu (*Pierre-robin*).
- 5) Perhatikan adanya kulit tambahan atau *aurikel* hal ini dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal.
- 6) Bunyikan bel atau suara. Apabila terjadi refleks terkejut maka pendengarannya baik, kemudian apabila tidak terjadi refleks maka kemungkinan terjadi gangguan pendengaran.

g. Leher

- 1) Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakannya harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher.
- 2) Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis
- 3) Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis
- 4) Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan

adanya kemungkinan trisomi 21.

- 5) Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhannya terutama pada bayi yang lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa kemungkinan adanya fraktur.

h. Dada, Paru dan Jantung

- 1) Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami *pneumotoraks*, *paresis diafragma* atau *hernia diafragmatika*. Pernapasan bayi yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan. Frekuensi pernapasan bayi normal antara 40-60 kali permenit. Perhitungannya harus satu menit penuh karena terdapat *periodic breathing*, dimana pola pernapasan pada neonatus terutama pada premature ada henti nafas yang berlangsung 20 detik dan terjadi secara berkala. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris
- 2) Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.
- 3) Lakukan palpasi pada daerah dada, untuk menentukan ada tidaknya fraktur klavikula dengan cara meraba *ictus cordis* dengan menentukan posisi jantung.
- 4) Lakukan Auskultasi paru dan jantung dengan menggunakan stetoskop untuk menilai frekuensi dan suara napa/jantung. Secara normal frekuensi denyut jantung antara 120-160 x / menit.

i. Abdomen

- 1) Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan
- 2) Lakukan pemeriksaan pada tali pusat bertujuan untuk menilai ada tidaknya kelainan pada tali pusat seperti, ada tidaknya vena dan arteri, tali simpul pada tali pusat dan lain-lain.
- 3) Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika
- 4) Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepato-splenomegali atau tumor lainnya
- 5) Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten.

- 6) Lakukan Auskultasi adanya bising Usus.
- 7) Lakukan perabaan hati, umumnya teraba 2-3 cm di bawah arkus kosta kanan. Limpa teraba 1 cm di bawah arkus kosta kiri.
- 8) Lakukan palpasi ginjal, dengan cara atur posisi terlentang dan tungkai bayi dilipat agar otot-otot dinding perut dalam keadaan relaksasi, batas bawah ginjal dapat diraba setinggi umbilikus di antara garis tengah dan tepi perut bagian ginjal dapat diraba sekitar 2-3 cm. Adanya pembesaran pada ginjal dapat disebabkan oleh neoplasma, kelainan bawaan, atau trombosis vena renalis

j. Ekstermitas Atas

- 1) Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah
- 2) Kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur
- 3) Periksa jumlah jari. Perhatikan adanya *polidaktili atau sidaktili*
- 4) Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti trisomi 21
- 5) Periksa adanya *paronisia* pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan.

k. Ekstermitas Bawah

- 1) Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan
- 2) Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis.
- 3) Periksa adanya polidaktili atau sidaktili pada jari kaki.

l. Spinal

Periksa spina dengan cara menelungkupkan bayi, cari adanya tanda-tanda abnormalitas seperti spina bifida, pembengkakan, lesung atau bercak kecil berambut yang dapat menunjukkan adanya abnormalitas medula spinalis atau kolumna vertebra

m. Genetalia

- 1) **Pada bayi laki-laki** panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis

- 2) Periksa adanya *hipospadia dan epispadia*
- 3) Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan jumlah testis ada dua
- 4) **Pada bayi perempuan** cukup bulan labia mayora menutupi labia minora
- 5) Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina
- 6) Terkadang tampak adanya sekret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu (*withdrawl bedding*)

n. Anus dan Rectum

- 1) Periksa adanya kelainan atresia ani , kaji posisinya
- 2) Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya *mekonium plug syndrom, megakolon* atau obstruksi saluran pencernaan

o. Kulit

- 1) Perhatikan kondisi kulit bayi.
- 2) Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir
- 3) Periksa adanya pembekakan
- 4) Perhatikan adanya vernik kaseosa (zat yang bersifat seperti lemak berfungsi sebagai pelumas atau sebagai isolasi panas yang akan menutupi bayi cukup bulan).
- 5) Perhatikan adanya lanugo(rambut halus yang terdapat pada punggung bayi) jumlah yang banyak terdapat pada bayi kurang bulan daripada bayi cukup bulan.

p. Refleks-Refleks

Pemeriksaan Refleks	Cara Pengukuran	Kondisi Normal	Kondisi Patologis
Berkedip	Sorotkan cahaya ke mata bayi.	Dijumpai pada tahun pertama	Jika tidak di jumpai menunjukkan kebutaan.
Tanda babinski	Gores telapak kaki sepanjang tepi luar, di ulai dari tumit	Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, di jumpai sampai umur 2 tahun.	Bila pengembangan jari kaki dorsofleksi setelah umur 2 tahun adanya tanda lesi ekstrapiramidal.
Moro's	Ubah posisi dengan	Lengan Ekstensi, jari-	Refleks yang

	tiba-tiba atau pukul meja/tempat tidur.	jari mengembang kepala terlempar ke belakang, tungkai sedikit ekstensi, lengan kembali ke tengah dengan tangan menggenggam tulang belakang dan ekstermitas bawah ekstensi. Lebih kuat selama 2 bulan menghilang pada umur 3-4 bulan.	menetap lebih 4 bulan adanya kerusakan otak, respon tidak simetris adanya hemiparesis, fraktur klavikula, atau cedera fleksus brachialis. Tidak ada respons ekstermitas bawah adanya dislokasi pinggul atau cedera medulla spinalis.
Menggenggam (palmar grasp's)	Letakkan jari di telapak tangan bayi dari sisi ulnar, jika refleks lemah atau tidak ada berikan bayi botol atau dot, karena mengjisap akan mengeluarkan refleks.	Jari-jari bayi melengkung di sekitar jari yang di letakkan di telapak tangan bayi dari sisi ulnar, refleks ini menghilang dari umur 3-4 bulan.	Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya paralysis, refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan serebral
Rooting	Gores sudut mulut bayi garis tengah bibir.	Bayi memutar ke arah pipi yang di gores, refleks ini menghilang pada umur 3-4 bulan. Tetapi bias menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur.	Tidak adanya reflek menunjukkan adanya gangguan neurology berat
Kaget (startle)	Bertepuk tangan dengan keras.	Bayi mengekstensi dan memfleksi lengan dalam berespon terhadap suara yang	Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan pendengaran

		keras tangan tetap rapat, refleks ini akan menghilang setelah umur 4 bulan.	
Menghisap	Berikan bayi botol dan dot.	Bayi menghisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi, refleksi ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi	Refleksi yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal

q. Pemeriksaan Neurologis (Refleksi primitif pada BBL)

Refleksi primitif adalah aksi refleksi yang berasal dari dalam pusat sistem saraf yang ditunjukkan oleh bayi baru lahir normal namun secara neurologis tidak lengkap seperti pada orang dewasa dalam menanggapi rangsang tertentu. Refleksi ini tidak menetap hingga dewasa, namun lama-kelamaan akan menghilang karena dihambat oleh olbus frontal sesuai dengan tahap perkembangan anak normal. Refleksi primitif ini sering juga disebut infantile atau refleksi bayi baru lahir.

Anak-anak dan dewasa yang mengalami kelainan atau gangguan saraf (sebagai contoh, penderita cerebral palsy) akan tetap mempunyai refleksi primitif ini dan akan timbul kembali hingga masa dewasa mengacu pada keadaan saraf tertentu termasuk demensia, lesi trauma dan stroke. Seseorang dengan gangguan cerebral palsy dan keterbatasan mental kecerdasan dapat belajar untuk lebih menekan refleksi ini agar tidak muncul pada kondisi tertentu seperti selama memulai reaksi yang ekstrim. Refleksi dapat dibatasi pada area tubuh tertentu saja yang dipengaruhi oleh gangguan saraf seperti refleksi Babinsky pada kaki untuk penderita cerebral palsy. Atau juga dapat terjadi pada orang normal dengan hemiplegia, refleksi dapat dilihat pada kaki di daerah yang terserang saja.

Refleksi primitif juga diperiksa pada seseorang yang diduga mengalami luka di otaknya untuk menguji fungsi dari lobus frontal. Jika tidak ada penekanan secara tepat maka terjadi tanda-tanda penurunan fungsi tulang depan kepala

(frontal). Selain itu gangguan reflek primitif juga diperiksa sebagai tanda peringatan awal terjadinya gangguan autisme. Reflek pada bayi baru lahir beraneka ragam. Sebuah contoh pasti adalah reflek rooting yang membantu proses inisiasi menyusui dini dan proses menyusui nantinya. Bayi hanya akan menunjukkan reflek ini pada saat kelaparan dan disentuh disekitar bibirnya oleh orang lain, tapi bukan termasuk bayi itu sendiri. Ada beberapa reflek yang kemungkinan akan membantu bayi bertahan selama masa adaptasi lingkungan kehidupan barunya seperti reflek moro. Reflek yang lain seperti reflek menelan dan memegang sesuatu akan membantu menjalin interaksi positif antara orang tua dan bayi baru lahir. Reflek tersebut dapat memacu orang tua untuk memberikan respon dengan penuh cinta dan kasih sayang serta lebih memotivasi ibu untuk menyusui. Reflek primitif ini juga membantu orang tua merasa nyaman dengan bayinya karena reflek primitif tersebut akan mendorong bayi untuk mengontrol dirinya serta menerima dan menanggapi stimulasi atau rangsangan dari orang tuanya. (Berk, Laura E.. Child Development. 8th. USA: Pearson, 2009.)

Macam reflek primitif BBL :

1) Reflek ketuk Glabella

Reflek ini diperiksa dengan *mengetuk secara berulang pada dahi*. Ketukan akan diterjemahkan sebagai sinyal yang diterima oleh saraf sensori aferen yang akan dipindahkan oleh nervus trigeminal dan sinyal saraf eferen akan kembali ke otot orbicularis oculi melalui saraf facial yang akan menggerakkan reflek pada mata yaitu berkedip. Kedipan mata akan muncul sebagai reaksi terhadap ketukan tersebut namun hanya timbul sekali yaitu pada ketukan pertama. Jika kedipan mata terus berlangsung pada ketukan selanjutnya, maka disebut tanda-tanda *Myerson*, yang merupakan gejala awal penyakit *Parkinson*, dan hal tersebut tidak normal.

2) Reflek mata boneka

Refleksi ini diperiksa sebagai salah satu cara *untuk menentukan mati batang otak*. Jika kepala *diputar-putar* (ditolehkan kesamping kanan dan kiri) maka bola mata akan *bergerak*. Namun jika pada pemeriksaan ini bola mata tetap

berhenti atau tidak bergerak sama sekali berarti dimungkinkan adanya kematian batang otak.

3) Reflek rooting

Reflek ini ditunjukkan pada saat kelahiran dan akan membantu proses menyusui reflek ini akan mulai terhambat pada usia sekitar **4 bulan** dan berangsur-angsur akan terbawa di bawah sadar. Seorang bayi baru lahir akan menggerakkan kepalanya menuju sesuatu yang menyentuh pipi atau mulutnya, dan mencari objek tersebut dengan menggerakkan kepalanya terus menerus hingga ia berhasil menemukan objek tersebut. Setelah merespon rangsang ini (jika menyusui, kira-kira selama 3 minggu setelah kelahiran) bayi akan langsung menggerakkan kepalanya lebih cepat dan tepat untuk menemukan objek tanpa harus mencari-cari.



Gambar 8.1 Reflek rooting

4) Reflek sucking

Reflek ini secara umum ada pada semua jenis mamalia dan dimulai sejak lahir. Reflek ini berhubungan dengan reflek rooting dan menyusui, dan menyebabkan bayi untuk secara langsung mengisap apapun yang disentuh di mulutnya. Ada 2 tahapan dari reflek ini yaitu :

Tahap expression : dilakukan pada saat puting susu diletakkan di antara bibir bayi dan disentuhkan di permukaan langit-langitnya. Bayi akan se cara langsung menekan (mengenyot) puting dengan menggunakan lidah dan langit-langitnya untuk mengeluarkan air susunya.

Tahap milking : saat lidah bergerak dari aerola menuju puting, mendorong air susu dari payudara ibu untuk ditelan oleh bayi.

5) Reflek tonick neck

Reflek tonick neck dan asymmetric tonick neck ini disebut juga posisi menengadah dan muncul pada usia **1 bulan** dan akan **menghilang usia 5 bulan**. Saat kepala bayi digerakkan ke samping, lengan pada sisi tersebut akan lurus dan lengan yang berlawanan akan menekuk (kadang-kadang pergerakan akan sangat halus atau lemah) jika bayi baru lahir tidak mampu untuk melakukan posisi ini atau jika reflek ini terus menetap hingga **lewat 6 bulan**, bayi dimungkinkan mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Berdasarkan penelitian reflek tonick neck merupakan suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang akan menyiapkan bayi untuk mencapai gerakan sadar.



Gambar 8.2 Refleck Tonic Neck

6) Reflek palmar grasping

Reflek ini muncul pada **saat kelahiran** dan akan **menetap** hingga usia **5-6 bulan**. Saat sebuah benda diletakkan di tangan bayi dan menyentuh telapak tangannya, maka jari-jari tangan akan menutup dan menggenggam benda tersebut. Genggaman yang ditimbulkan sangat kuat namun tidak dapat diperkirakan, walaupun juga dimungkinkan akan mendorong badan bayi, bayi mungkin juga akan menggenggam tiba-tiba dfan tanpa rangsangan. Genggaman bayi dapat dikurangi kekuatannya dengan menggosok punggung atau bagian samping tangan bayi.



Gambar 8.3 Refleksi Palmar Grosping

7) Reflek plantar

Reflek ini juga disebut plantar grasp, muncul *sejak lahir* dan berlangsung hingga usia sekitar *satu tahun kelahiran*. Reflek plantar ini juga dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu ke telapak kakinya, maka jari-jari kakinya akan melekuk secara erat.



Gambar 8.4 Refleksi Plantar

8) Reflek babinski

Muncul *sejak lahir* berlangsung kira-kira hingga *satu tahun*. Reflek ini ditunjukkan pada saat bagian samping telapak kaki digosok, dan menyebabkan jari-jari kaki menyebarkan dan jempol kaki ekstensi. Reflek disebabkan oleh kurangnya *myelinasitruktus corticospinal* pada bayi. Reflek babinski juga merupakan tanda abnormalitas saraf seperti lesi neuromotorik atas pada orang dewasa.

9) Reflek galant

Reflek ini dikenal sebagai *reflek galant's infantile* ditemukan seorang neurolog dari Rusia, Johan Susman Galant reflek ini muncul *sejak lahir* dan berlangsung sampai pada usia *4 hingga 6 bulan*. Pada saat kulit di sepanjang sisi punggung bayi digosok, maka bayi akan berayun menuju sisi yang

digosok. Jika reflek ini menetap hingga lewat **6 bulan** dimungkinkan ada patologis.



Gambar 8.5 Reflekc Galant

10) Reflek swimming

Reflek ini ditunjukkan pada saat bayi diletakkan di kolam yang berisi air, ia akan mulai mengayuh dan menendang seperti gerakan berenang. Reflek ini akan **menghilang** pada usia **4-6 bulan**. Reflek ini berfungsi untuk membantu bayi bertahan jika ia tenggelam. Meskipun bayi akan mulai mengayuh dan menendang seperti berenang, namun meletakkan bayi di air sangat berisiko. Bayi akan menelan banyak air pada saat itu. Disarankan untuk menunda meletakkan bayi di air.

11) Reflek moro

Reflek ini ditemukan oleh pediatri bernama Ernst Moro. Reflek ini muncul **sejak lahir**, paling kuat pada usia 1 bulan dan akan mulai menghilang pada **usia 2 bulan**. Reflek ini terjadi jika kepala bayi tiba-tiba terangkat, suhu tubuh bayi berubah secara drastis atau pada saat bayi dikagetkan oleh suara yang keras. Kaki dan tangan akan melakukan gerakan ekstensi dan lengan akan tersentak ke atas dengan telapak tangan ke atas dan ibu jarinya bergerak fleksi. Singkatnya kedua lengan akan terangkat dan tangan seperti ingin mencengkram atau memeluk tubuh dan bayi menangis sangat keras. Reflek ini **normalnya** akan **menghilang 3-4 bulan**, meskipun terkadang menetap hingga usia 6 bulan.



Gambar 8.6 refleks Moro

Tidak adanya reflek ini pada kedua sisi tubuh atau *bilateral* (kanan dan kiri) menandakan adanya kerusakan pada *sistem saraf pusat bayi*, sementara tidak adanya reflek moro *unilateral* (pada satu sisi) dapat menandakan adanya *trauma persalinan* seperti fraktur klavikula atau perlukaan pada pleksus brakhialis. *Erb's palsy* atau beberapa jenis paralysis kadang juga timbul pada beberapa kasus. Sebuah cara untuk memeriksa keadaan reflek adalah dengan meletakkan bayi secara horizontal dan meluruskan punggungnya dan biarkan kepala bayi turun secara pelan-pelan atau kagetkan bayi dengan suara yang keras dan tiba-tiba. Reflek moro ini akan membantu bayi untuk memeluk ibunya saat ibu menggendong bayinya sepanjang hari. Jika bayi kehilangan keseimbangan, reflek ini akan menyebabkan bayi memeluk ibunya dan bergantung pada tubuh ibunya.

12) Reflek walking / stepping

Reflek ini muncul *sejak lahir* walaupun bayi tidak dapat menahan berat tubuhnya, namun saat tumit kakinya disentuh pada suatu permukaan yang rata, bayi akan terdorong untuk berjalan dengan menempatkan satu kakinya di depan kaki yang lain. Reflek ini akan menghilang sebagai sebuah respon otomatis dan muncul kembali sebagai kebiasaan secara sadar pada sekitar usia *8 bulan-1 tahun* untuk persiapan kemampuan berjalan.



Gambar8.7 Refleks Walking

r. Penilaian umur kehamilan

New Ballard Score

Sistem penilaian ini dikembangkan oleh Dr. Jeanne L Ballard, MD untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir melalui penilaian neuromuskular dan fisik. Penilaian neuromuskular meliputi postur, square, window, arm recoil, sudut popliteal, scarf sign dan heel to ear manuver penilaian fisik yang diamati adalah kulit, lanugo, permukaan plantar, payudara, mata//telinga dan genitalia.

1) Penilaian maturitas neuromuskular

a) Postur

Tonus otot tubuh tercermin dalam postur tubuh bayi saat istirahat dan adanya tahanan saat otot diregangkan. Ketika pematangan berlangsung berangsur-angsur janin mengalami peningkatan kaki yang fleksi. Lutut mulai fleksi bersamaan dengan pergelangan tangan.

b) Arm Recoil

Manuver ini berfokus pada fleksor pasif dari tonus otot biseps dengan mengukur sudut mundur singkat setelah sendi siku difleksi dan ekstensikan. Arm recoil dilakukan dengan cara evaluasi saat bayi terlentang. Pegang kedua tangan bayi, fleksikan lengan bagian bawah sejauh mungkin dalam 5 detik, lalu rentangkan kedua lengan dan lepaskan. Amati reaksi bayi saat lengan dilepaskan. Skor 0 : tangan tetap terentang/gerakan acak, Skor 1 : fleksi parsial 140-180⁰, Skor 2 : fleksi parsial 110 – 140⁰, Skor 3 : fleksi parsial 90 – 100⁰, dan Skor 4: kembali ke fleksi penuh.

c) Scarf Sign

Manuver ini menguji tonus pasif fleksor gelang bahu. Dengan bayi berbaring telentang, pemeriksa mengarahkan kepala bayi ke garis tengah tubuh dan mendorong tangan bayi melalui dada bagian atas dengan satu tangan dan ibu jari dari tangan sisi lain pemeriksa diletakkan pada siku bayi. Siku mungkin perlu diangkat melewati badan, namun kedua bahu harus tetap menempel di permukaan meja dan kepala tetap lurus dan amati posisi siku pada dada bayi dan bandingkan dengan angka pada lembar kerja, yakni penuh pada tingkat leher (-1); garis aksila kontralateral (0); kontralateral baris puting (1); prosesus xyphoid (2), garis puting ipsilateral (3); dan garis aksila ipsilateral (4)

d) Heel to Ear

Manuver ini menilai tonus pasif otot fleksor pada gelang panggul dengan memberikan fleksi pasif atau tahanan terhadap otot-otot posterior fleksor pinggul. Dengan posisi bayi terlentang lalu pegang kaki bayi dengan ibu jari dan telunjuk, tarik sedekat mungkin dengan kepala tanpa memaksa, pertahankan panggul pada permukaan meja periksa dan amati jarak antara kaki dan kepala serta tingkat ekstensi lutut (bandingkan dengan angka pada lembar kerja).

2) Penilaian maturitas fisik

a) Kulit

Pematangan kulit janin melibatkan pengembangan struktur intrinsiknya bersamaan dengan hilangnya secara bertahap dari lapisan pelindung, yaitu vernix caseosa. Oleh karena itu kulit menebal, mengering dan menjadi keriput dan / atau mengelupas dan dapat timbul ruam selama pematangan janin. Fenomena ini bisa terjadi dengan kecepatan berbeda-beda pada masing-masing janin tergantung pada kondisi ibu dan lingkungan intrauterine.

Sebelum perkembangan lapisan epidermis dengan stratum corneumnya, kulit agak transparan dan lengket ke jari pemeriksa. Pada usia perkembangan selanjutnya kulit menjadi lebih halus, menebal dan menghasilkan pelumas, yaitu vernix, yang menghilang menjelang akhir kehamilan. Pada keadaan

matur dan pos matur, janin dapat mengeluarkan mekonium dalam cairan ketuban. Hal ini dapat mempercepat proses pengeringan kulit, menyebabkan mengelupas, pecah-pecah, dehidrasi, seperti sebuah perkamen.

b) Lanugo

Lanugo adalah rambut halus yang menutupi tubuh fetus. Pada etreme prematurity kulit janin sedikit sekali terdapat lanugo. Lanugo mulai tumbuh pada usia gestasi **24-25 minggu** dan biasanya sangat banyak, terutama di bahu dan punggung atas ketika memasuki minggu ke 28.

Lanugo mulai menipis dimulai dari punggung bagian bawah. Daerah yang tidak ditutupi lanugo meluas sejalan dengan maturitasnya dan biasanya yang paling luas terdapat di daerah lumbosakral. Pada punggung bayi matur biasanya sudah tidak ditutupi lanugo. Variasi jumlah dan lokasi lanugo pada masing-masing usia gestasi tergantung pada genetik, kebangsaan, keadaan hormonal, metabolik, serta pengaruh gizi. Sebagai contoh bayi dari ibu dengan diabetes mempunyai lanugo yang sangat banyak.

Pada melakukan skoring pemeriksa hendaknya menilik pada daerah yang mewakili jumlah relatif lanugo bayi yakni pada daerah atas dan bawah dari punggung bayi.

c) Permukaan plantar

Garis telapak kaki pertama kali muncul pada bagian anterior ini kemungkinan berkaitan dengan posisi bayi ketika di dalam kandungan. Bayi dari ras selain kulit putih mempunyai sedikit garis telapak kaki lebih sedikit saat lahir. Disisi lain pada bayi kulit hitam dilaporkan terdapat percepatan maturitas neuromuskular sehingga timbulnya garis pada telapak kaki tidak mengalami penurunan. Namun demikian penilaian dengan menggunakan skor New Ballard tidak didasarkan atas ras atau etnis tertentu.

Bayi very premature dan etremely immature tidak mempunyai garis pada telapak kaki. Untuk membantu menilai maturitas fisik bayi tersebut berdasarkan permukaan plantar maka dipakai ukuran panjang dari ujung jari hingga tumit. Untuk jarak < 40 mm diberikan skor -2. Untuk jarak 40-50 mm skor -1. Hasil pemeriksaan disesuaikan dengan skor di tabel.

d) Payudara

Aerola mammae terdiri atas jaringan mammae yang tumbuh akibat stimulasi estrogen ibu dan jaringan lemak yang tergantung dari nutrisi yang diterima janin. Pemeriksa menilai ukuran aerola dan menilai ada atau tidaknya bintik-bintik akibat pertumbuhan papilla Montgom. Kemudian dilakukan palpasi jaringan mammae di bawah aerola dengan ibu jari dan telunjuk untuk mengukur diameternya dalam milimeter.

e) Mata dan telinga

Daun telinga pada fetus mengalami penambahan kartilago seiring perkembangannya menuju matur. Pemeriksaan yang dilakukan terdiri atas palpasi ketebalan kartilago kemudian pemeriksa melipat daun telinga ke arah wajah kemudian lepaskan dan pemeriksa mengamati kecepatan kembalinya daun telinga ketika dilepaskan ke posisi semula.

Pada bayi prematur daun telinga biasanya akan tetap terlipat ketika dilepaskan. Pemeriksaan mata pada intinya menilai kematangan berdasarkan perkembangan palpebra. Pemeriksa berusaha membuka dan memisahkan palpebra superior dan inferior dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari. Pada bayi extremely premature palpebra akan menempel erat satu sama lain. Dengan bertambahnya maturitas palpebra kemudian bisa dipisahkan walaupun hanya satu sisi dan meninggalkan sisi lainnya tetap pada posisinya. Hasil pemeriksaan pemeriksa kemudian disesuaikan dengan skor dalam tabel. Perlu diingat bahwa banyak terdapat variasi kematangan palpebra pada individu dengan usia gestasi yang sama. Hal ini dikarenakan terdapat faktor seperti stress intrauterin dan faktor humoral yang mempengaruhi perkembangan kematangan palpebra.

f) Genital pria

Testis pada fetus mulai turun dari cavum peritoneum ke dalam scrotum kurang lebih pada minggu ke 30 gestasi. Testis kiri turun mendahului testis kanan yakni pada sekitar minggu ke 32. Kedua testis biasanya sudah dapat diraba di canalis inguinalis bagian atas atau bawah pada minggu ke 33 hingga ke 34 kehamilan. Bersamaan dengan itu, kulit skrotum menjadi lebih tebal dan membentuk rugae.

Testis dikatakan telah turun secara penuh apabila terdapat di dalam zona berugae. Pada neonatus extremely premature scrotum datar, lembut dan kadang belum bisa dibedakan jenis kelaminnya. Berbeda halnya pada neonatus matur hingga postmatur, scrotumnya biasanya seperti pendulum dan dapat menyentuh kasur ketika berbaring.

g) Genital wanita

Untuk memeriksa genital neonatus perempuan maka neonatus harus diposisikan telentang dengan pinggul abduksi kurang lebih 45° dari garis horizontal. Abduksi yang berlebihan dapat menyebabkan labia minora dan klitoris tampak lebih menonjol sedangkan aduksi menyebabkan keduanya tertutupi oleh labio majora.

Pada neonatus extremely premature labia datar dan klitoris sangat menonjol dan menyerupai penis. Sejalan dengan berkembangnya maturitas fisik, klitoris menjadi tidak begitu menonjol dan labia minora menjadi lebih menonjol. Mendekati usia kehamilan matur labia minora dan klitoris menyusut dan cenderung tertutupi oleh labia majora yang membesar.

Labia majora tersusun atas lemak dan ketebalannya bergantung pada nutrisi intrauterine. Nutrisi yang berlebihan dapat menyebabkan labia majora menjadi besar pada awal gestasi. Sebaliknya nutrisi yang kurang menyebabkan labia majora cenderung kecil meskipun pada usia kehamilan matur atau postmatur dan labia minora serta klitoris cenderung lebih menonjol.

Interpretasi hasil

Masing-masing hasil penilaian baik maturitas neuromuskular maupun fisik disesuaikan dengan skor di dalam tabel dan dijumlahkan hasilnya. Interpretasi hasil dapat dilihat pada tabel skor.

Ballard Scoring System for Determining Gestational Age in Weeks

Neuromuscular Maturity

	-1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square Window (wrist)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Arm Recoil		180°	140°-180°	110°-140°	90°-110°	<90°	
Popliteal Angle	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°
Scarf Sign							
Heel to Ear							

Physical Maturity

	sticky friable transparent	gelatinous red, translucent	smooth pink, visible veins	superficial peeling &/or rash, few veins	cracking pale areas rare veins	parchment deep cracking no vessels	leathery cracked wrinkled
Skin							
Lanugo	none	sparse	abundant	thinning	bald areas	mostly bald	
Plantar Surface	heel-toe 40-50mm: -1 <40mm: -2	>50mm no crease	faint red marks	anterior transverse crease only	creases ant. 2/3	creases over entire sole	
Breast	imperceptible	barely perceptible	flat areola no bud	stippled areola 1-2mm bud	raised areola 3-4mm bud	full areola 5-10mm bud	
Eye/Ear	lids fused loosely: -1 tightly: -2	lids open pinna flat stays folded	sl. curved pinna; soft; slow recoil	well-curved pinna; soft but steady recoil	formed & firm instant recoil	thick cartilage ear stiff	
Genitals male	scrotum flat, smooth	scrotum empty faint rugae	testes in upper canal rare rugae	testes descending equally prominent	testes down good rugae	testes pendulous deep rugae	
Genitals female	clitoris prominent labia flat	prominent clitoris small labia minora	prominent clitoris enlarging minora	majora & minora equally prominent	majora large minora small	majora cover clitoris & minora	

Maturity Rating

score	weeks
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

The Neuromuscular Maturity Criteria are depicted in the top half of the figure. Asphyxiated neonates or neonates obtunded by anesthetic agents or drugs will score lower on neuromuscular maturity criteria. In such instances, scoring should be repeated at 24 to 48 hours of age. The Physical Maturity Criteria are shown in the bottom half of the figure and are self-explanatory. The scores for each criterion are again the numbers at the top of the columns. The sum of the scores for all of the neuromuscular and physical maturity items provides an estimate of gestational age in weeks, using the maturity rating scale at the lower right portion of the figure. (Figure from Ballard JL, et al. J Pediatr 119:417, 1991.)

Lubchenko Curve

Kurva Lubchenco sampai saat sekarang ini masih digunakan oleh setiap praktisi dalam merawat bayi baru lahir. Kurva Lubchenco **adalah kurva pertumbuhan yang disajikan dalam bentuk tabel**. Definisi tentang **bayi premature** adalah setiap bayi baru lahir dengan berat lahir < 2500 g. Definisi ini direkomendasikan oleh *American Academy of Pediatrics* dan *World Health Assembly*. Dokter ahli pediatrics dihadapkan pada masalah hubungan antara usia kehamilan dan pertumbuhan janin. Dengan Kurva Lubchenco diharapkan dapat menunjukkan hubungan pertumbuhan janin dan usia kehamilan. Dari kurva

Lubchenco dimungkinkan definisi yang lebih tepat lahir prematur dan adopsi luas dari istilah **kecil** untuk usia kehamilan, **besar** untuk usia kehamilan, **kelambatan** pertumbuhan intrauterin dan **janin dysmaturity**. Hal ini juga membentuk dasar untuk memeriksa bayi dengan berat badan lahir lebih besar dari nilai persentil lebih 90% atau berat badan lahir kurang dari persentil 10%, sehingga dapat diprediksi masalah medis yang mungkin terjadi.

s. Pemeriksaan pada waktu memulangkan

Pada waktu memulangkan dilakukan lagi pemeriksaan untuk meyakinkan bahwa tidak ada kelainan kongenital atau kelainan akibat trauma yang terlewatkan. Perlu diperhatikan :

- 1) Susunan saraf pusat : aktivitas bayi, ketegangan ubun-ubun
- 2) Kulit : adanya ikterus, pioderma
- 3) Jantung : adanya bising yang baru timbul kemudian
- 4) Abdomen : adanya tumor yang tidak terdeteksi sebelumnya
- 5) Tali pusat : adanya infeksi
- 6) Disamping itu perlu diperhatikan apakah bayi sudah pandai menyusui dan ibu sudah mengerti cara pemberian ASI yang benar
- 7)

C. RANGKUMAN

Kehidupan pada masa BBL sangat rawan oleh karena memerlukan penyesuaian fisiologik agar bayi di luar kandungan dapat hidup sebaik-baiknya. Diperkirakan 2/3 kematian bayi di bawah umur 1 tahun terjadi pada masa BBL. Pemeriksaan pertama BBL harus dilakukan di kamar bersalin, tujuannya adalah : menilai gangguan adaptasi BBL dari intrauterine ke ekstrauterine, untuk menemukan kelainan seperti cacat bawaan yang perlu tindakan segera, trauma lahir, menentukan apakah BBL dapat dirawat bersama ibu (rawat gabung) atau di tempat perawatan khusus untuk diawasi atau di ruang intensif, atau segera di operasi. Pemeriksaan ke dua harus dilakukan kembali dalam 24 jam sesudah bayi berada dalam ruang perawatan, dengan tujuan menemukan kelainan yang luput dari pemeriksaan pertama. Bayi tidak boleh dipulangkan sebelum diperiksa kembali pada pemeriksaan terakhir. Untuk mengetahui usia kehamilan bayi prematur dapat dilakukan penilaian antenatal dan postnatal. Salah satu penilaian post natal adalah

dengan *the New Ballard* yang terdiri dari pemeriksaan maturitas fisik dan neuromuskular.

D. SOAL

1. Sebutkan jenis pemeriksaan yang dilakukan pada bayi?
2. Sebutkan kapan dilakukan pemeriksaan fisik pada bayi?

E. RUJUKAN

1. Behrgman, kliegman, Arvin. Ilmu Kesehatan Anak Nelson. Vol 3, Ed 15. Jakarta EC.2000.
2. Kosim, M. Sholeh. Buku Ajar Neonatologi. Edisi 1. Jakarta : IDAI. 2010
3. Panduan Pelayanan Medis Departemen Kesehatan Anak RSCM. Jakarta : RSUP Nasiona dr. Cipto Mangunkusumoa 2007.