

PANDUAN

PRAKTEK BELAJAR KLINIK
KEPERAWATAN MATERNITAS II



PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN
TAHUN AJARAN 2014/2015

MATA AJAR : KEPERAWATAN MATERNITAS II
BOBOT SKS : 2 SKS

A. Deskripsi Mata Ajar klinik

Mata ajar keperawatan maternitas II merupakan kelanjutan dari mata ajar keperawatan maternitas I, di mana mata ajar keperawatan maternitas II menekankan pada penerapan konsep dan teori keperawatan maternitas untuk meningkatkan kesehatan wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan, ibu nifas dan bayinya baik dalam kondisi normal maupun beresiko.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti proses pembelajaran klinik peserta didik mendapatkan pengalaman dalam menerapkan keperawatan pada ibu dan bayi.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti proses pembelajaran klinik , peserta didik mampu:

- a. Menerapkan Asuhan Keperawatan pada ibu hamil
- b. Menerapkan Asuhan Keperawatan pada ibu dalam persalinan
- c. Menerapkan Asuhan Keperawatan pada ibu nifas
- d. Menerapkan Asuhan Keperawatan pada BBL
- e. Menerapkan Asuhan keperawatan pada wanita dengan gangguan reproduksi

C. Target kompetensi Klinik

1. Memberikan asuhan keperawatan pada ante natal, meliputi:

- a. Melakukan pemeriksaan pada ibu hamil
- b. Mengenali ibu hamil risiko tinggi atau ibu hamil dengan komplikasi
- c. Memberikan immunisasi ibu hamil
- d. Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu hamil
- e. Mengajarkan senam hamil
- f. Mengisi KMS ibu hamil
- g. Menghitung DJJ dan menghitung TBJ (tafsiran berat janin)

2. Memberikan asuhan keperawatan pada intra natal, meliputi:
 - a. Melakukan pengkajian ibu pada saat intra natal
 - b. Melakukan pemeriksaan dalam
 - c. Mengobservasi His dan DJJ
 - d. Menyiapkan partus set
 - e. Melakukan manajemen nyeri kala I
 - f. Mengkaji kala II
 - g. Mengatur posisi dan mengajarkan cara meneran
 - h. Membantu pertolongan persalinan kala II
 - i. Memotong tali pusat
 - j. Melakukan manajemen aktif kala III
 - k. Memeriksa pelepasan plasenta dan melahirkan plasenta
 - l. Melakukan massage uterus
 - m. Memeriksa kelengkapan plasenta dan luka jalan lahir
 - n. Mengidentifikasi risiko perdarahan post partum
 - o. Menghitung jumlah perdarahan
 - p. Melakukan penjahitan luka episiotomi / ruptur
 - q. Monitoring kontraksi uterus
 - r. Melakukan pengkajian kala IV
 - s. Melengkapi data Partograf

3. Memberikan asuhan keperawatan pada BBL, meliputi:
 - a. Menyiapkan set perinatologi
 - b. Menilai keadaan umum bayi
 - c. Membersihkan jalan nafas bayi
 - d. Menstabilkan suhu bayi
 - e. Melakukan IMD (Inisiasi menyusui dini)
 - f. Menghitung apgar score
 - g. Melakukan pemeriksaan fisik bayi (JK,PB, BB, LK, LD,dan LLA)
 - h. Memberikan vitamin K
 - i. Memberikan immunisasi pada bayi

4. Memberikan asuhan keperawatan pada ibu nifas, meliputi:
 - a. Melakukan pengkajian pada ibu nifas
 - b. Melakukan perawatan perineum dan luka post SC
 - c. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu nifas
 - d. Melatih dan mengajarkan ambulasi dini pada ibu postpartum spontan & SC
 - e. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu nifas tentang manajemen laktasi & ASI eksklusif, perawatan perineum, nutrisi ibu post partum & menyusui, KB, perawatan bayi dirumah dll
 - f. Melakukan perawatan payudara
 - g. Mengenali tanda - tanda komplikasi (infeksi, perdarahan, eklamsi)

5. Memberikan asuhan kepada wanita dengan masalah reproduksi
 - a. Memberikan asuhan keperawatan pada wanita dengan gangguan reproduksi
 - b. Memberikan pelayanan KB

D. Waktu Praktek & Jumlah Mahasiswa

Praktek belajar klinik untuk keperawatan maternitas II dengan beban studi 2 SKS, dalam waktu 112 jam atau selama 3 minggu. Praktek dilaksanakan antara tanggal 19 Januari - 8 Mei 2015 (Rotasi terlampir). PBK diikuti oleh mahasiswa program Studi D3 keperawatan sebanyak 122 mahasiswa yang terbagi menjadi 43 kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari 2-3 mahasiswa

E. Tempat Praktek

Ruang yang digunakan untuk praktek adalah ruang nifas, kamar bersalin dan poliklinik obsgin. Adapun rumah sakit yang digunakan adalah:

1. RSIA klaten
2. RSUD Muhammadiyah Delanggu
3. RSUD Pandan arang Boyolali
4. RSUD Muntilan
5. RSUD Sukoharjo

6. RSUD Muhammadiyah Bantul
7. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta 1

F. Pembimbing

1. Sri Sat Titi H, S.Kep,Ns,M.Kep
2. Chori Elsera, S.Kep, Ns
3. Pembimbing ruangan yang telah ditunjuk oleh Rumah Sakit

G. Strategi Pembelajaran Klinik

1. Peserta didik membuat kontrak belajar yang disertai dengan laporan pendahuluan (LP) pada hari 1 praktek ruangan untuk ibu nifas , persalinan dan gangguan reproduksi
2. Pre conference dengan mendiskusikan kontrak belajar dan LP yang telah dibuat.
3. Peserta didik memilih pasien sesuai dengan LP dengan bimbingan CI ruangan.
4. Melakukan asuhan keperawatan pada pasien kelolaan sampai pasien pulang
5. Melakukan tindakan keperawatan sesuai target kompetensi
6. Peserta didik melakukan ronde keperawatan pada pasien yang dikelola
7. Post conference dilakukan pada hari terakhir mahasiswa mengelola pasien kelolaan tersebut.
8. Diakhir putaran dinas dilakukan evaluasi oleh pembimbing akademik dan ruangan.

H. TUGAS MAHASISWA

1. Membuat kontrak belajar dengan pembimbing klinik disertai laporan pendahuluan setiap minggu 1 LP.
2. Mengisi daftar hadir di dalam student report masing masing.
3. Mengikuti pre conference , post conference dan ronde keperawatan
4. Mengikuti setiap pengarahan yang diadakan di lahan praktek.
5. Melakukan seluruh kegiatan praktek sesuai kompetensi yang harus dicapai.
6. Membuat laporan individu meliputi:
 - a. Ruang poli obsgyn :
 - LP kehamilan dan Resume aspek pada ibu hamil (trimeser 1, 2 atau 3)

- Atau LP gangguan reproduksi dan Asuhan keperawatan pada ibu dengan gangguan reproduksi
- b. Ruang Bersalin :
 - Resume askep pada persalinan disertai dengan LP persalinan.
 - Resume askep pada bayi baru lahir.
- c. Ruang nifas :
 - LP nifas dan Asuhan keperawatan pada ibu nifas.
- 7. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga.
- 8. Presentasi kasus kelompok
 - Minggu Kedua : Ujian
 - Minggu ketiga : Seminar kasus kelompok

I. Ketentuan Khusus dan Strategi pembelajaran

1. Laporan dalam bentuk tulisan tangan.
2. Laporan kelolaan kelompok di ketik dan telah di ACC pembimbing sebelum di seminarkan.
3. Kasus kelompok yang akan diseminarkan mulai diambil di minggu pertama (sesuai ruang masing-masing), sehingga minggu pertama selain mengambil kelolaan individu mahasiswa mengambil kelolaan kelompok.
4. Student report diisi setiap hari sesuai dengan tindakan yang telah dilaksanakan.
5. Student report dan panduan dibawa setiap hari.
6. Student report di bendel dalam map mika warna hitam, dikumpulkan ke pembimbing akademik maksimal 1 minggu setelah stase maternitas.

J. Tata Tertib Mahasiswa Praktik

1. Datang dan pulang sesuai dengan jam dinas RS.
2. Pakaian seragam sesuai dengan ketentuan akademik.
3. Membawa Nursing Kit dan buku sumber sesuai dengan stase masing - masing.
4. Mahasiswa wajib membawa cek list kompetensi yang harus dicapai.
5. Pakaian khusus di kamar bersalin bagi mahasiswa mengenakan Jas Lab.
6. Seluruh praktikan di kamar bersalin membawa alas kaki (sandal jepit / sepatu plastik).

K. Evaluasi / Penilaian

Nilai PBK Keperawatan maternitas masuk dalam nilai mata ajar keperawatan maternitas II dengan rincian penilaian sesuai dengan aturan dari Stikes Muhammadiyah Klaten.

Aspek yang dinilai pada praktek belajar klinik keperawatan maternitas meliputi:

1. Aspek psikomotor dan kognitif (Attitude)	15%
2. Ujian skill laboratorium	10 %
3. Laporan Pendahuluan	15 %
4. Asuhan keperawatan	25%
5. Presentasi kelompok	10 %
6. Ujian	25%

L. PENUTUP

Hal - hal lain yang belum diatur dalam buku ini akan ditentukan kemudian

Klaten, Desember 2014

Koordinator Kep. Maternitas II

Chori Elsera, S.Kep.,Ns

LAMP IRAN

KEPERAWATAN MATERNITAS II

SISTEMATIKA LAPORAN PENDAHULUAN KEPERAWATAN MATERNITAS

A. LAPORAN PENDAHULUAN PERSALINAN

1. Pengertian
2. Penyebab persalinan
3. Tanda - tanda persalinan
4. Macam - macam his
5. Faktor - faktor yang berperan dalam persalinan
6. Mekanisme persalinan
7. Partus set

B. LAPORAN PENDAHULUAN UNTUK MASA NIFAS

1. Tinjauan tentang etiologi (misal: PPT / pre eklamsi / KPD dst)
 - a. Pengertian
 - b. Etiologi
 - c. Tanda dan gejala
 - d. Pathofisiologi (jika ada)
 - e. Pelaksanaan
2. Tinjauan tentang tindakan (misal: EV, SC, Partus Spontan)
 - a. Pengertian
 - b. Indikasi / kontra indikasi
3. Tinjauan tentang masa nifas
 - a. Pengertian
 - b. Klasifikasi
 - c. Perubahan fisiologis masa nifas
 - d. Perubahan psikologis masa nifas
 - e. Data fokus masa nifas
 - f. Diagnosa keperawatan dan intervensi dengan rasionalisasi

C. LAPORAN PENDAHULUAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI

1. Pengertian
2. Penyebab
3. Klasifikasi / Stadium (jika ada)
4. Patofisiologi
5. Tanda dan gejala
6. Komplikasi
7. Pemeriksaan penunjang
8. Penatalaksanaan

**FORMAT RESUME ASUHAN KEPERAWATAN
IBU HAMIL TRIMESTER I - III**

I. PENGKAJIAN

Hari / Tanggal :

Oleh :

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Pasien dan penanggungjawab

Nama, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat

2. Keluhan Utama

3. Riwayat Haid

HPHT, Siklus, Lama, Banyaknya, Sifat Darah, Menarche, HPL, UK (usia Kehamilan)

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifaslalu

G? P? A?

NO	L / P	USIA	BBL	Cara Lahir	Penolong	ASI	Komplikasi

5. Riwayat kehamilan sekarang

a. Gangguan yang dialami

b. Tempat memeriksakan dan berapa kali

c. Pergerakan anak

d. Nafsu makan selama hamil

e. Pemenuhan BAB dan BAK

6. Riwayat Keluarga

a. Penyakitdarikeluarga yang menular / menurun

b. Anak kembar

B. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum

2. BB, TB, TTV

3. Reflek lutut

4. Pemeriksaan Obstetri
- a. Muka : pucat / tidak, chloasma gravidarum
 - b. Mata : konjungtiva, sklera
 - c. Dada : pembesaran mammae, bentuk papilla, hiperpigmentasi
 - d. Abdomen :
 - 1) Bentuk pembesaran
 - 2) Striae gravidarum
 - 3) Hiperpigmentasi, linea nigra
 - 4) Leopold (menyesuaikan usia kehamilan)
 - 5) DJJ : frekuensi, lemah/ kuat
 - 6) Pemeriksaan Panggul Luar
 - 7) Pemeriksaan penunjang

II. ANALISA DATA

SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN

IV. INTERVENSI

V. IMPLEMENTASI

VI. EVALUASI

**FORMAT RESUME ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PERSALINAN KALA I - IV**

A. PENGKAJIAN

Hari / tanggal :

Oleh :

1. Identitas pasien

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Agama :
- d. Pendidikan :
- e. Alamat :
- f. Suku bangsa :

2. Data Subjektif

- a. Keluhan utama :
- b. Riwayat haid :
 - 1. Menarche :
 - 2. Siklus :
 - 3. Keluhan saat haid :
 - 4. HPHT :
 - 5. HPL :
 - 6. Usia Kehamilan :
- c. Persalinan, Nifas yang lalu

G ? P ? A ?

NO	L / P	H / M	BBL	CARA LAHIR	PENOLONG	NIFAS LALU

- d. Riwayat kontrasepsi
 - 1. Jadi akseptor / tidak
 - 2. Jenis kontrasepsi yang digunakan
 - 3. Lamanya

4. Keluhan selama jadi akseptor
- e. Riwayat kehamilan sekarang
1. Gangguan yang dialami
 2. Periksa, tempat, keluhan, berapa kali periksa
 3. Keluhan selama hamil
3. Data Objektif Kala I
- a. Kesadaran :
 - b. Keadaan umum :
 - c. TTV : TD: N: R: S:
 - d. Anamnesis Persalinan :

Tgl	Jam	Hisbelumteratur
Tgl	Jam	Histeratur
Tgl	Jam	Pengeluaran lendir darah
Tgl	Jam	Pengeluaran air ketuban
 - e. Pemeriksaan fisik
 1. Mata : konjungtiva / sclera
 2. Mulut : luka / stomatitis, kebersihan, caries
 3. Dada :
 - a. Inspeksi : pembesaran, papilla, areola
 - b. Palpasi : nyeri tekan, kolostrom keluar / tidak
 4. Abdomen
 - a. Inspeksi : pembesaran, kebersihan, striae, linea nigra
 - b. Palpasi : Leopold I, II, III, IV
 - c. Auskultasi : DJJ → frekuensi, lemah / kuat
 - d. Taksiran Berat Janin
 5. Pemeriksaan dalam
 - a. Jam :
 - b. Hasil :
 6. Observasi His

TGL	JAM	INTERVAL	KEKUATAN	LAMANYA	FREK. DJJ

4. Data Objektif Kala II

a. Tanda - tanda persalinan Kala II

- 1) Dor - Ran :
- 2) Tek - Nus :
- 3) Per - Jol :
- 4) Vul - Ka :

b. Status kesehatan janin dan ibu

- 1) Kemajuan turunya janin di jalan lahir
- 2) Kemajuan persalinan / pemeriksaan dalam
 - a. Pengawasan vulva, cairan yang keluar
 - b. Bagian terdepan janin
 - c. Keadaan perineum dan anus

5. Data objektif kala III

a. Keadaan bayi segera setelah lahir: apgar score menit I dan V

b. Keadaan umum ibu

1. Kesadaran :
2. TTV :
3. Keadaan kulit :
4. Kedinginan :

c. Keadaan uterus

1. Tanda - tanda Kala III :
2. T.F.U :
3. Kontraksi :
4. Tanda pelepasan plasenta:
5. Jumlah darah yang keluar:

6. Data objektif kala IV

- a. Keadaan umum ibu :
- b. Keadaan plasenta :
- c. Maternal surface :
- d. Fetal surface :
- e. Jumlah darah dan sifat:
- f. Uterus :

- B. ANALISA DATA
- C. PRIORITAS MASALAH
- D. RENCANA PERAWATAN
- E. IMPLEMENTASI
- F. EVALUASI

**FORMAT RESUME ASUHAN KEPERAWATAN
PADA BAYI SEGERA SETELAH LAHIR**

A. PENGKAJIAN

Hari / Tgl :

Oleh :

1. Identitas Bayi

- a. Nama bayi :
- b. Jenis kelamin :
- c. Anak ke :
- d. Tanggal Lahir :
- e. BBL :

2. Identitas Orang Tua

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Agama :
- d. Pendidikan :
- e. Pekerjaan :
- f. Alamat :
- g. Cara persalinan :

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Apgar Score
- b. Kedaan umum
 - 1) Kesadaran :
 - 2) Panjang badan :
 - 3) Lingkar kepala :
 - 4) LLA :
 - 5) LD :
 - 6) TTV : N: R: S:
- c. Kepala
 - 1) Molding: Caput Succedaneum/ Cephal Hematoma
 - 2) Hidung :

- 3) Mata :
- 4) Mulut : kebersihan / kelainankongenital

d. Tubuh

- 1) Warna :
- 2) Lanugo :
- 3) Vernikkaseosa :
- 4) Dada :
- 5) Abdomen:
- 6) Talipusat:

e. Tungkai

- 1) Pergerakan
- 2) Bentuk
- 3) Kelainankongenital

f. Genetalia

- 1) Anus
- 2) Labia
- 3) Testis
- 4) Kelainankongenital

B. ANALISA DATA

C. PRIORITAS MASALAH

D. INTERVENSI

E. IMPLEMENTASI

F. EVALUASI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU NIFAS

I. PENGKAJIAN

Hari/ tanggal :

Oleh :

A. Identitas

	Pasien	Penanggung Jawab
Nama		
Umur		
Agama		
Pendidikan		
Pekerjaan		
Alamat		
Tanggal Partus		
Jenis Partus		

B. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama
2. Riwayat Kesehatan Sekarang
3. Riwayat Kesehatan Dahulu

C. Riwayat Obstetri P ? A ?

NO	UMUR	L/P	H/M	BBL	CARA LAHIR	PENOLONG	NIFAS LALU

D. Riwayat Kehamilan Sekarang

1. Gangguan pada hamil muda
2. Tempat memeriksakan kehamilan

3. Obat yang diberikan
 4. Nutrisi selama hamil
- E. Riwayat persalinan
1. Jenis persalinan
 2. Lama persalinan
 3. Jumlah perdarahan
 4. Keadaan umum
- F. Riwayat Kontrasepsi
1. Jadi akseptor / tidak
 2. Jenis kontrasepsi
 3. Lama
 4. Keluhan selama menjadi akseptor
- G. Data Psikologis
1. Empati Sensitivitas terhadap Isyarat Bayi :
 2. Respon ibu ketika bayi menangis :
 3. Konsep diri
 - a. Kepuasan ibu terhadap kelahiran :
 - b. Penerimaan diri ibu :
 - c. Harga diri :
 - 1) Perubahan apa yang ibu rasakan setelah mengalami persalinan :
 - 2) Apakah ada hal penting yang dipikirkan saat ini :
 - 3) Kesesuaian antara harapan dan kenyataan :
 - 4) Sikap ibu terhadap persalinan dan merawat bayi
 4. Pengalaman melahirkan: Bagaimana persepsi ibu terhadap pengalaman melahirkan
 5. Kecemasan.
 - a. Apa respon ibu jika bayi sakit :
 - b. Perilaku ibu saat bayi sakit :
 6. Depresi
 - a. Apakah ibu tampak diam dan menarik diri :
 - b. Apakah ibu tampak menangis :
 7. Konflik peran.
 - a. Apakah ibu menerima peran sebagai ibu :

- b. Bagaimana dengan pekerjaan ibu:
- c. Bagaimana menjalankan tugas sebagai istri :

8. Dukungan Sosial (suami dan keluarga)

9. Bonding Attachment: score gray

H. Pemenuhan kebutuhan dasar

- a. Nutrisi :
- b. Eliminasi :
- c. Oksigenasi :
- d. Aktivitas dan Istirahat :
- e. Pola Tidur :
- f. Seksualitas :

I. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Kesadaran dan TTV
2. Mata : Konjungtiva / sklera
3. Leher : pembesaran kelenjar tyroid
4. Dada/ mammae
 - a. Inspeksi
Kebersihan, kesimetrisan, hiperpigmentasi, bentuk papila, pembengkakan, kolostrum / ASI.
 - b. Palpasi
Nyeri tekan / tidak, kolostrum / ASI
5. Abdomen
 - a. Inspeksi
Bentuk, kebersihan, striae, hiperpigmentasi, linea nigra
 - b. Palpasi
Nyeri tekan, TFU, kontraksi, ada / tidak luka post oprasi, keadaan luka, jumlah jahitan, massa, vesika urinaria, bowel.
 - c. Auskultasi
6. Genetalia
 - a. Vagina : jenis lokhea, jumlah, konsistensi
 - b. Perineum : utuh/ episiotomi/ ruptur
 - 1) Episiotomi : tipe, jumlah jahitan

2) Ruptur : jumlah jahitan

3) Keadaan jahitan : REEDA

7. Ektrimitas

a. Edema

b. Tanda Homan

c. Ada/ tidak infus, keadaan, jenis cairan, jumlah tetes

J. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

2. Radiologi / USG

K. Tindakan yang dilakukan

1. Jenis tindakan (misal: SC)

2. Tanggal, jenis anestesi

L. Terapi obat

II. ANALISA DATA

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN

IV. INTERVENSI

V. IMPLEMENTASI

VI. EVALUASI

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
PEMERIKSAAN FISIK POST PARTUM**

NO	Prosedure
A	Fase Pre Interaksi
1.	Cek Order di Askep
2.	Kontrak dengan pasien
3.	Menyiapkan alat
B	Fase Orientasi
1.	Memberi salam
2.	Memperkenalkan diri & menjelaskan tujuan
3.	Menjelaskan langkah prosedur dan menanyakan kesiapan
4.	Menjaga privasi dan mencuci tangan
C	Fase Kerja
1	Anjurkan klien untuk buang air kecil
2	Membuka pakaian klien bagian abdomen
	Melakukan Leopold I
3	Pemeriksa menghadap ke kepala klien
4	Letakkan kedua tangan di bagian fundus uteri klien
5	Palpasi Fundus uteri dan tentukan bagian janin yang ada di Fundus
	Melakukan Leopold II
6	Pemeriksa menghadap ke kepala klien
7	Letakkan kedua tangan di sisi kanan kiri abdomen
8	Satu tangan mempertahankan posisi, tangan yang lain melakukan palpasi untuk menentukan letak punggung janin
	Melakukan Leopold III
9	Pemeriksa menghadap ke kepala klien
10	Palpasi daerah simpisis menggunakan ujung jari tangan
11	Anjurkan klien untuk melakukan nafas panjang (beri sedikit tekanan saat palpasi) tentukan bagian presentasi janin
	Melakukan Leopold IV
12	Pemeriksa menghadap ke kaki klien
13	Letakkan kedua tangan di sisi kanan kiri abdomen
14	Gerakkan jari ke arah pelvis untuk menentukan posisi janin
	Mengukur TFU
15	Letakkan ujung metline (meteran) dibatas atas simpisis pubis
16	Ukur sepanjang garis tengah fundus sampai pada puncak Fundus uteri
17	Tentukan tinggi Fundus Uteri (TFU)
	Menghitung DJJ
18	Tentukan lokasi untuk mendengarkan DJJ (memastikan posisi punggung janin)
19	Letakkan fetoscope pada area yang telah ditentukan
20	Menghitung DJJ dan memastikan kesannya
21	Merapikan klien
D	Fase Terminasi
1	Membereskan alat alat

	2	Menyampaikan evaluasi tindakan
	3	Menyampaikan rencana tindak lanjut
	4	Berpamitan
	5	Mencuci tangan
	6	Dokumentasi tindakan
E		Penampilan selama tindakan
	1	Ketenangan selama tindakan
	2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan
	3	Ketelitian selama melakukan tindakan
	4	Keamanan selama melakukan tindakan

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
PERAWATAN PERINEUM**

NO	Prosedure
A	Fase Pre Interaksi
1.	Cek Order di Askep
2.	Kontrak dengan pasien
3.	Menyiapkan alat
B	Fase Orientasi
1.	Memberi salam
2.	Memperkenalkan diri & menjelaskan tujuan
3.	Menjelaskan langkah prosedur dan menanyakan kesiapan
4.	Menjaga privasi dan mencuci tangan
C	Fase Kerja
1.	Memakai sarung tangan
2.	Mengganti selimut mandi
3.	Memposisikan pasien dorsal recumbent
4.	Memasang perlak dan melepaskan pakaian dalam klien (memasukkan softek ke dalam plastik)
5.	Memasang pispot dan meminta klien BAK
6.	Mengguyur vulva dengan air bersih menggunakan tangan kanan (tangan kiri membuka vulva)
7.	Mengambil pispot, menutupnya dan meletakkannya ditempat yang aman
8.	Menggunakan pinset anatomis untuk membersihkan vulva
9.	Membersihkan labia mayora kanan dan kiri bergantian dari atas ke bawah dengan sekali usapan
10.	Membersihkan labia minora kanan dan kiri bergantian dari atas ke bawah dengan sekali usapan
11.	Membersihkan meatus (vestibulum sampai anus) dengan sekali usapan
12.	Mengobservasi luka jahitan (REEDA)
13.	Mengangkat perlak dan pengalas
14.	Memakaikan celana dalam dan pembalut
15.	Melepaskan sarung tangan
D	Fase Terminasi
1.	Membereskan alat alat
2.	Menyampaikan evaluasi tindakan
3.	Menyampaikan rencana tindak lanjut
4.	Berpamitan
5.	Mencuci tangan
6.	Dokumentasi tindakan
E	Penampilan selama tindakan
1.	Ketenangan selama tindakan
2.	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan

	3.	Ketelitian selama melakukan tindakan
	4.	Keamanan selama melakukan tindakan

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
ANTENATAL CARE (ANC)**

NO	Prosedure	
A	Fase Pre Interaksi	
	1.	Cek Order di Askep
	2.	Kontrak dengan pasien
	3.	Menyiapkan alat
B	Fase Orientasi	
	1.	Memberi salam
	2.	Memperkenalkan diri & menjelaskan tujuan
	3.	Menjelaskan langkah prosedur dan menanyakan kesiapan
	4.	Menjaga privasi dan mencuci tangan
C	Fase Kerja	
	1	Anjurkan klien untuk buang air kecil
	2	Membuka pakaian klien bagian abdomen
	Melakukan Leopold I	
	3	Pemeriksa menghadap ke kepala klien
	4	Letakkan kedua tangan di bagian fundus uteri klien
	5	Palpasi Fundus uteri dan tentukan bagian janin yang ada di Fundus
	Melakukan Leopold II	
	6	Pemeriksa menghadap ke kepala klien
	7	Letakkan kedua tangan di sisi kanan kiri abdomen
	8	Satu tangan mempertahankan posisi, tangan yang lain melakukan palpasi untuk menentukan letak punggung janin
	Melakukan Leopold III	
	9	Pemeriksa menghadap ke kepala klien
	10	Palpasi daerah simpisis menggunakan ujung jari tangan
	11	Anjurkan klien untuk melakukan nafas panjang (beri sedikit tekanan saat palpasi) tentukan bagian presentasi janin
	Melakukan Leopold IV	
	12	Pemeriksa menghadap ke kaki klien
	13	Letakkan kedua tangan di sisi kanan kiri abdomen
	14	Gerakkan jari ke arah pelvis untuk menentukan posisi janin
	Mengukur TFU	
	15	Letakkan ujung metline (meteran) dibatas atas simpisis pubis
	16	Ukur sepanjang garis tengah fundus sampai pada puncak Fundus uteri
	17	Tentukan tinggi Fundus Uteri (TFU)
	Menghitung DJJ	
	18	Tentukan lokasi untuk mendengarkan DJJ (memastikan posisi punggung janin)
	19	Letakkan fetoscope pada area yang telah ditentukan

	20	Menghitung DJJ dan memastikan kesannya
	21	Merapikan klien
D		Fase Terminasi
	1	Membereskan alat alat
	2	Menyampaikan evaluasi tindakan
	3	Menyampaikan rencana tindak lanjut
	4	Berpamitan
	5	Mencuci tangan
	6	Dokumentasi tindakan
E		Penampilan selama tindakan
	1	Ketenangan selama tindakan
	2	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan
	3	Ketelitian selama melakukan tindakan
	4	Keamanan selama melakukan tindakan