

# PANDUAN

## PRAKTEK BELAJAR KLINIK KEPERAWATAN MATERNITAS II



PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN  
TAHUN AJARAN 2016/2017



## **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 imunisasi 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
  - j. Melakukan perawatan pada bayi baru lahir (mengganti popok, membedong bayi dll)
  - k. Mengajarkan kepada keluarga tentang perawatan tali pusat
  - l. Melakukan pemeriksaan reflek pada bayi baru lahir
4. Memberikan asuhan keperawatan pada ibu nifas, meliputi:
- a. Melakukan pengkajian pada ibu nifas
  - b. Melakukan pemeriksaan fisik ibu post partum
  - c. Melakukan perawatan perineum dan luka post SC
  - d. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu nifas
  - e. Melatih dan mengajarkan ambulasi dini pada ibu postpartum spontan & SC
  - f. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu nifas tentang manajemen laktasi & ASI eksklusif, perawatan perineum, nutrisi ibu post partum & menyusui, KB, perawatan bayi dirumah dll
  - g. Melakukan perawatan payudara
  - h. Mengenali tanda - tanda komplikasi (infeksi, perdarahan, eklampsi)
  - i. Melakukan pijat oksitosin
  - j. Mengajarkan teknik menyusui yang benar
  - k. Membimbing pasien melakukan senam nifas
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 Mahasiwa

Praktek belajar klinik untuk keperawatan maternitas II dengan beban studi 2 SKS, dalam waktu 112 jam atau selama 3 minggu. Praktek dilaksanakan antara tanggal 30 Januari - 1 April 2017 (Rotasi terlampir). PBK diikuti oleh mahasiswa program Studi D3 keperawatan sebanyak 122 mahasiswa yang terbagi menjadi 41 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 Pandan Aran Boyolali
3. RSI Klaten
4. RSUD Karanganyar
5. RS PKU Muhammadiyah Karanganyar
6. RS PKU Muhammadiyah Bantul
7. RSUD Surakarta

F. Pembimbing

1. Sri Sat Titi H, S.Kep,Ns,M.Kep
2. Chori Elsera, S.Kep, Ns., M.Kep
3. Devi Permatasari., S.Kep., Ns., MN
4. 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
2. Pre conference dengan CI untuk 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. Melakukan konsul laporan asuhan keperawatan paling lambat hari jumat setiap minggunya
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
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 aspek pada persalinan disertai dengan LP persalinan.
    - Resume aspek pada bayi baru lahir disertai dengan LP persalinan
  - 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, APD 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 atau sesuai ketentuan masing-masing RS.
6. Seluruh praktikan di kamar bersalin membawa alas kaki (sandal selop/ 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 2016  
Koordinator Kep. Maternitas II

Chori Elsera, S.Kep.,Ns., M.Kep

# 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. Peran Perawat dalam proses persalinan (Kala I-IV)
7. Mekanisme persalinan dalam Pathways
8. Rencana Asuhan Keperawatan
9. Daftar Pustaka (minimal 5 buku teks 10 tahun terakhir)

### **B. LAPORAN PENDAHULUAN BAYI BARU LAHIR**

1. Definisi
2. Adaptasi Bayi Baru lahir
3. Pathways
4. Rencana Asuhan Keperawatan
5. Daftar Pustaka

### **C. 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. Pathways
- f. Rencana Asuhan Keperawatan
- g. Discharge Planning
- h. Daftar Pustaka (minimal 5 buku teks 10 tahun terakhir)

#### **D. 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
- 9. Pathways
- 10. Rencana Asuhan Keperawatan
- 11. Discharge Planning
- 12. Daftar Pustaka (minimal 5 buku teks 10 tahun terakhir)

#### **E. LAPORAN PENDAHULUAN KEHAMILAN**

- 1. Pengertian
- 2. Tanda -tanda Kehamilan
- 3. Adaptasi Psikologis dan Fisiologis pada masa Kehamilan
- 4. Komplikasi Kehamilan
- 5. Pathways
- 6. Rencana Asuhan Keperawatan
- 7. Discharge Planning
- 8. Daftar Pustaka (minimal 5 buku teks 10 tahun terakhir)

**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 Nifas lalu

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. Penyakit dari keluarga 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

### Diagnosa Keperawatan

Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional

**V. IMPLEMENTASI**  
**Diagnosa Keperawatan**

Waktu	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf

**VI. EVALUASI**  
**Diagnosa Keperawatan**

Waktu/ Jam	Evaluasi

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

**I. 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. Anamnese Persalinan :
 

Tgl	Jam	His belum teratur
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. ObservasiHis

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 :

**II. ANALISA DATA**

SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM

**III. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**IV. INTERVENSI**

**Diagnosa Keperawatan**

Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional

**V. IMPLEMENTASI**

**Diagnosa Keperawatan**

Waktu	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf

**VI. EVALUASI**

**Diagnosa Keperawatan**

Waktu/ Jam	Evaluasi

## FORMAT RESUME ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR

### I. 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. Kedaanumum
  - 1) Kesadaran :
  - 2) Panjangbadan :
  - 3) Lingkarkepala :
  - 4) LLA :
  - 5) LD :
  - 6) TTV : N: R: S:
- c. Kepala
  - 1) Molding: CaputSuccedeneum/ Chepal 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

**II. ANALISA DATA**

SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM

**III. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**IV. INTERVENSI**

**Diagnosa Keperawatan**

Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional

**V. IMPLEMENTASI**

**Diagnosa Keperawatan**

Waktu	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf

**VI. EVALUASI**

**Diagnosa Keperawatan**

Waktu/ Jam	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 yang ibu rasakan saat ini :
    - b. Bagaimana penerimaan keluarga terhadap bayi :
    - c. Siapakah yang menanggung biaya persalinan?
    - d. Siapakah yang akan merawat bayi nanti?
  6. Depresi



- a. Observasi: Apakah ibu tampak diam dan menarik diri :
- b. Observasi: 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, kolostrom / ASI.
    - b. Palpasi  
Nyeri tekan / tidak, kolostrom / ASI, adanya massa
  - 5. Abdomen
    - a. Inspeksi  
Bentuk, kebersihan, striae, hiperpigmentasi, linea nigra
    - b. Palpasi  
Nyeri tekan, Tinggi Fundus Uteri, kontraksi, ada / tidak luka post operasi, keadaan luka, jumlah jahitan, massa, vesika urinaria, bowel, Diastesis Recti Abdominalis.
    - d. Auskultasi

6. Genetalia

- a. Vagina : jenis lochea, jumlah, konsistensi, warna, bau
- b. Perineum : utuh/ episiotomi/ ruptur
  - 1) Episiotomi : tipe, jumlah jahitan
  - 2) Ruptur : jumlah jahitan
  - 3) Keadaan jahitan : REEDA

7. Ekstrimitas

- a. Edema, varises
- b. Tanda Homan (Tromboflebitis)
- 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**

SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM

**III. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**IV. INTERVENSI**

**Diagnosa Keperawatan**

Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional

**V.**

**VI. IMPLEMENTASI**

**Diagnosa Keperawatan**

Waktu	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf

**VII. EVALUASI**

**Diagnosa Keperawatan**

Waktu/ Jam	Evaluasi

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
PEMERIKSAAN KEHAMILAN**

NO	Prosedur
<b>A</b>	<b>Fase Pre Interaksi</b>
1.	Cek Order di Askep
2.	Kontrak dengan pasien
3.	Menyiapkan alat
<b>B</b>	<b>Fase Orientasi</b>
1.	Memberi salam
2.	Memperkenalkan diri & menjelaskan tujuan
3.	Menjelaskan langkah prosedur dan menanyakan kesiapan
4.	Menjaga privasi dan mencuci tangan
<b>C</b>	<b>Fase Kerja</b>
1	Anjurkan klien untuk buang air kecil
2	Membuka pakaian klien bagian abdomen
	<b>Melakukan Leopold I</b>
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
	<b>Melakukan Leopold II</b>
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
	<b>Melakukan Leopold III</b>
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

		<b>Melakukan Leopold IV</b>
	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
		<b>Mengukur TFU</b>
	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)
		<b>Menghitung DJJ</b>
	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		<b>Fase Terminasi</b>
	1	Membereskan alat alat
	2	Menyampaikan evaluasi tindakan
	3	Menyampaikan rencana tindak lanjut
	4	Berpamitan
	5	Mencuci tangan
	6	Dokumentasi tindakan
E		<b>Penampilan selama tindakan</b>
	1	Ketenangan selama tindakan
	2	Melakukan komunikasi terpetik selama tindakan
	3	Ketelitian selama melakukan tindakan
	4	Keamanan selama melakukan tindakan

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
PERAWATAN PERINEUM**

NO	Prosedur
<b>A</b>	<b>Fase Pre Interaksi</b>
1.	Cek Order di Askep
2.	Kontrak dengan pasien
3.	Menyiapkan alat
<b>B</b>	<b>Fase Orientasi</b>
1.	Memberi salam
2.	Memperkenalkan diri & menjelaskan tujuan
3.	Menjelaskan langkah prosedur dan menanyakan kesiapan
4.	Menjaga privasi dan mencuci tangan
<b>C</b>	<b>Fase Kerja</b>
1.	Memakai sarung tangan
2.	Mengganti selimut mandi
3.	Memosisikan 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 meletakkan 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 kebawah 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
<b>D</b>		<b>Fase Terminasi</b>
	1.	Membereskan alat alat
	2.	Menyampaikan evaluasi tindakan
	3.	Menyampaikan rencana tindak lanjut
	4.	Berpamitan
	5.	Mencuci tangan
	6.	Dokumentasi tindakan
<b>E</b>		<b>Penampilan selama tindakan</b>
	1.	Ketenangan selama tindakan
	2.	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan
	3.	Ketelitian selama melakukan tindakan
	4.	Keamanan selama melakukan tindakan

**Standar Operasional Prosedur  
Pijat Oksitosin**

<b>NO</b>		<b>Aspek Yang Dinilai</b>
<b>A</b>		<b>Fase Pre Interaksi</b>
	1.	Cek Order di Askep
	2.	Kontrak dengan pasien
	3.	Menyiapkan alat
<b>B</b>		<b>Fase Orientasi</b>
	1.	Memberi salam
	2.	Memperkenalkan diri & menjelaskan tujuan
	3.	Menjelaskan langkah prosedur dan menanyakan kesiapan
	4.	Menjaga privasi, mencuci tangan & menggunakan APD
<b>C</b>		<b>Fase Kerja</b>
	1	Tumbuhkan rasa percaya diri pasien dengan mengembangkan pikiran dan perasaan positif kepada diri klien bayinya
	2	Memposisikan klien duduk bersandar dengan nyaman
	3	Memberikan minuman hangat (selain kopi) untuk meningkatkan rasa nyaman
	4	Membuka pakaian atas klien dan memasang handuk di pangkuan klien sebagai pengalas
	5	Menghangatkan payudara dengan kompres hangat kemudian mengusap seluruh permukaan payudara dengan lembut menggunakan waslap hangat
	6	Memberikan rangsangan dengan memutar puting susu dengan jemari kearah luar
	7	Posisikan klien menyandar kedepan (meja, kursi atau bed) dengan meletakkan kepala diatas tangan (lengan dilipat)



	8	Menggunakan minyak / lotion memijat punggung klien dengan kedua jempol tangan di area tulang belakang leher (samping kanan-kiri dari tulang yang paling menonjol / processus spinosus / cervical vertebrae 7), gerakkan memutar perlahan lahan ke arah bawah sampai pinggang.
	9	Ulangi sampai klien merasa nyaman kurang lebih 10-15 menit (prememori)
	10	Mengusap punggung dengan waslap basah hangat untuk membersihkan area yang terkena minyak/lotion
	11	Merapikan klien
<b>D</b>		<b>Fase Terminasi</b>
	1.	Membereskan alat alat
	2.	Menyampaikan evaluasi tindakan
	3.	Menyampaikan rencana tindak lanjut (latihan duduk, berdiri dan jalan bertahap)
	4.	Berpamitan
	5.	Mencuci tangan
	6.	Dokumentasi tindakan
<b>E</b>		<b>Penampilan selama tindakan</b>
	1.	Ketenangan selama tindakan
	2.	Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan
	3.	Ketelitian selama melakukan tindakan
	4.	Keamanan selama melakukan tindakan
<b>TOTAL</b>		

**Standar Operasional Prosedur  
Mobilisasi Dini Post Partum**

NO	Aspek Yang Dinilai
<b>A</b>	<b>Fase Pre Interaksi</b>
1.	Cek Order di Askep
2.	Kontrak dengan pasien
3.	Menyiapkan alat
<b>B</b>	<b>Fase Orientasi</b>
1.	Memberi salam
2.	Memperkenalkan diri & menjelaskan tujuan
3.	Menjelaskan langkah prosedur dan menanyakan kesiapan
4.	Menjaga privasi, mencuci tangan & menggunakan APD
<b>C</b>	<b>Fase Kerja</b>
1	Mengatur posisi pasien tidur telentang
2	Mengkaji keluhan klien (pusing, nyeri, mual dll)
3	Mengkaji adanya edema pada ekstremitas bawah dan adanya thrombophlebitis ditandai dengan tanda Homan positif
4	Memposisikan klien miring kiri (kaki kanan ditekuk, tangan kanan diatas dada, dorong bahu kanan dan pinggang kanan klien agar miring kekiri)
5	Mengamati respon non verbal klien dan mengkaji keluhan klien
6	Memposisikan klien terlentang
7	Memposisikan klien miring kanan (kaki kiri ditekuk, tangan kiri diatas dada, dorong bahu kiri dan pinggang kiri klien agar miring kekanan)
8	Memposisikan klien terlentang
9	Melakukan fleksi dan ekstensi tumit kaki secara bergantian
10	Melakukan putar tumit gerakan sirkuler keluar dan kedalam secara bergantian
11	Melakukan fleksi dan ekstensi tungkai kaki kanan dan kiri secara bergantian

	12	Memposisikan klien terlentang
	13	Merapikan Klien
<b>D</b>		<b>Fase Terminasi</b>
	1.	Membereskan alat alat
	2.	Menyampaikan evaluasi tindakan
	3.	Menyampaikan rencana tindak lanjut (latihan duduk, berdiri dan jalan bertahap)
	4.	Berpamitan
	5.	Mencuci tangan
	6.	Dokumentasi tindakan
<b>E</b>		<b>Penampilan selama tindakan</b>
	1.	Ketenangan selama tindakan
	2.	Melakukan komunikasi terpetik selama tindakan
	3.	Ketelitian selama melakukan tindakan
	4.	Keamanan selama melakukan tindakan
<b>TOTAL</b>		

**Standar Operasional Prosedur  
Pemeriksaan Fisik Post Partum**

NO	Aspek Yang Dinilai
<b>A</b>	<b>Fase Pre Interaksi</b>
	1. Cek Order di Askep
	2. Kontrak dengan pasien
	3. Menyiapkan alat
<b>B</b>	<b>Fase Orientasi</b>
	1. Memberi salam
	2. Memperkenalkan diri & menjelaskan tujuan
	3. Menjelaskan langkah prosedur dan menanyakan kesiapan
	4. Menjaga privasi, mencuci tangan & menggunakan APD
<b>C</b>	<b>Fase Kerja</b>
	1. Mengatur posisi pasien tidur telentang
	2. Melakukan pengukuran vital sign
	3. Mendengarkan bunyi paru, jantung dan peristaltik perut
	4. Melakukan pemeriksaan kepala dan leher
	a. Menyisir dengan kedua telapak tangan bagian kepala dan rambut (laporkan hasilnya)
	b. Memeriksa mata, konjungtifa dan sklera
	c. Memeriksa hidung dilanjutkan mulut dan telinga
	d. Memeriksa daerah leher, kesulitan menelan dan pembesaran kelenjar tiroid
	5. Melakukan pemeriksaan dada
	a. Inspeksi kondisi payudara : kebersihan, pembesaran, hiperpigmentasi , papila dll
	b. Palpasi : adanya benjolan, nyeri tekan, produksi ASI dan kolostrum
	6. Melakukan pemeriksaan abdomen
	a. Inspeksi kebersihan, warna dan bentuk abdomen

		b. Palpasi : adanya distensi kandung kemih serta retensi feses
		c. Palpasi uterus : TFU dan kontraksi uterus
		d. Mengukur Diastesis Recti Abdominis
	7.	Melakukan pemeriksaan Genetalia
		a. Lokhea : jenis, warna, bau, jumlah dan konsistensi
		b. Perineum : REEDA
	8.	Memeriksa Ekstremitas atas & bawah : edema, varises dan homan's sign
	9.	Memposisikan klien miring kesisi menjauhi pemeriksa
	10.	Melakukan pemeriksaan hemoroid
	11.	Merapikan klien
<b>D</b>		<b>Fase Terminasi</b>
	1.	Membereskan alat alat
	2.	Menyampaikan evaluasi tindakan
	3.	Menyampaikan rencana tindak lanjut
	4.	Berpamitan
	5.	Mencuci tangan
	6.	Dokumentasi tindakan
<b>E</b>		<b>Penampilan selama tindakan</b>
	1.	Ketenangan selama tindakan
	2.	Melakukan komunikasi terapeutic selama tindakan
	3.	Ketelitian selama melakukan tindakan
	4.	Keamanan selama melakukan tindakan
<b>TOTAL</b>		

**DAFTAR KOMPETENSI  
PRAKTEK BELAJAR KLINIK KEPERAWATAN MATERNITAS II  
PRODI DIII KEPERAWATAN STIKES MUHAMMADIYAH KLATEN  
TAHUN 2016/2017**

NO	DAFTAR KOMPETENSI	Mandiri				
		1	2	3	4	5
<b>A</b>	<b>TINDAKAN PERAWATAN ANTE NATAL</b>					
	1. Melakukan pemeriksaan pada ibu hamil					
	2. Memberikan immunisasi pada ibu hamil					
	3. Mendeteksi kehamilan dengan komplikasi					
	4. Memberikan pendidikan kesehatan kesehatan kepada ibu hamil					
	5. Mengajarkan senam hamil					
	6. Mengisi buku KIA					
	7. Membantu /mengambil bahan pemeriksaan					
	8. Membantu pemasangan / kontrol IUD					
	9. Melakukan pengangkatan jahitan post SC / perineum					
<b>A</b>	<b>TINDAKAN PERAWATAN INTRA NATAL</b>					
	b. Melakukan pengkajian ibu pada saat intra natal					
	c. Melakukan pemeriksaan dalam					
	d. Mengobservasi His, DJJ, dan menentukan TBJ					
	e. Menyiapkan partus set					
	f. Melakukan manajemen nyeri kala I					
	g. Mengkaji kala II					
	h. Mengatur posisi dan mengajarkan cara meneran					
	i. Melakukan episiotomi					
	j. Membantu pertolongan persalinan kala II					

	k. Memotong tali pusat						
	l. Melakukan manajemen aktif kala III						
	m. Memeriksa pelepasan plasenta dan melahirkan plasenta						
	n. Melakukan massage uterus						
	o. Memeriksa kelengkapan plasenta dan luka jalan lahir						
	p. Mengidentifikasi risiko perdarahan post partum						
	q. Menghitung jumlah perdarahan						
	r. Melakukan penjahitan luka episiotomi / ruptur						
	s. Mengobservasi kontraksi uterus						
	t. Melakukan pengkajian kala IV						
	u. Melengkapi data Partograf						
<b>B</b>	<b>PERAWATAN BAYI BARU LAHIR</b>						
	a. Menyiapkan set perinatologi						
	b. Menilai keadaan umum bayi						
	c. Menbersihkan jalan nafas bayi						
	d. Menstabilkan suhu bayi						
	e. Melakukan IMD ( Inisiasi menyusui dini )						
	f. Menghitung apgar score						
	g. Melakukan pemeriksaan fisik bayi ( PB, BB, LK, LD dan LLA )						
	h. Memberikan vitamin K dan imunisasi bayi						
<b>D</b>	<b>PERAWATAN IBU NIFAS</b>						
	a. Melakukan pengkajian pada ibu nifas						
	b. Melakukan perawatan perineum dan luka post SC						
	c. Mengangkat jahitan perineum/ post SC						
	d. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu nifas						
	e. Menganjurkan ambulasi dini pada ibu post SC						
	f. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu nifas						
	g. Melakukan perawatan payudara						

	h. Mengenali tanda-tanda komplikasi ( infeksi, perdarahan, eklamsi )						
	i. Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu nifas						
	j. Melakukan pemeriksaan fisik post partum						
	k.Mengajarkan teknik menyusui yang benar						
	l.Membimbing pasien melakukan senam nifas						
	m.Melakukan pijat oksitosin						