



# **BUKU AJAR PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
Dhinny Novryanthi, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat  
Ayu Yuliani S, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An  
Herawati Jaya, S.Kep., Ns., M.Kes  
Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., Ners., M.Kep  
Leni Tri Wahyuni, S.Kep., M.Biomed  
Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep.

# **BUKU AJAR**

## **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

### **MATERNITAS**

Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat

Dhinny Novryanthi, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat

Ayu Yuliani S, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An

Herawati Jaya, S.Kep., Ns., M.Kes

Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., Ners., M.Kep

Leni Tri Wahyuni, S.Kep., M.Biomed

Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep.



# **BUKU AJAR**

## **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
Dhinny Novryanthi, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat  
Ayu Yuliani S, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An  
Herawati Jaya, S.Kep., Ns., M.Kes  
Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., Ners., M.Kep  
Leni Tri Wahyuni, S.Kep., M.Biomed  
Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep.

**Desain Cover:**

Aldian Shobari

**Tata Letak:**

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8411-57-3

Cetakan Pertama:

**November, 2023**

Hak Cipta 2023

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

---

**Copyright © 2023**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram: @bimbel.optimal

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kami panjatkan kehadirat Alloh SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga buku ini dengan judul "**Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Maternitas**" dapat selesai kami susun. Buku ini disusun berdasarkan capaian pembelajaran terkait KETERAMPILAN melakukan beberapa prosedur tindakan keperawatan maternitas. Buku ini berisikan berbagai prosedur tindakan untuk kompetensi keperawatan maternitas, tujuan buku ini kami susun diharapkan mahasiswa dapat mempelajari dan melakukan tindakan prosedur sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) yang benar dilengkapi dengan contoh soal dan pembahasannya dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan sikap perawat dalam memberikan layanan terhadap pasien.

Buku ini memberikan kontribusi untuk membantu mahasiswa khususnya bidang ilmu keperawatan maternitas sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang dapat digunakan untuk latihan dilaboratorium dan juga untuk persiapan ujian OSCHI UKOM Nasional sehingga diharapkan mencapai kelulusan secara optimal.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami mengharapkan adanya masukan untuk menyempurnakannya. Semoga buku ini dapat menambah wawasan keilmuan bagi mahasiswa/perawat dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan maternitas.

Jakarta, November 2023

Penulis

# KATA SAMBUTAN

**Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.**  
**Ketua Tim Pokja**

***Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,***

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, karena atas limpahan rahmat-Nya, kita dapat menyaksikan peluncuran buku Standar Operasional Prosedur (SOP) Keperawatan ini. Saya, Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat, dengan rasa rendah hati dan penuh kebanggaan, ingin menyampaikan kata pengantar ini sebagai ungkapan terima kasih dan harapan untuk masa depan keperawatan di Indonesia. Buku ini bukanlah sekadar kumpulan aturan dan tata cara, melainkan representasi dari komitmen bersama untuk meningkatkan standar pelayanan keperawatan di negeri ini. Melalui satu tahun perjalanan yang penuh perjuangan dan dedikasi, Tim Pokja Keperawatan berhasil menyusun SOP ini dengan memperhatikan kearifan lokal, norma keperawatan internasional, dan pengalaman praktisi keperawatan di seluruh Indonesia.



Kami menyadari bahwa keperawatan bukan hanya sebuah pekerjaan, tetapi sebuah panggilan untuk memberikan asuhan yang terbaik bagi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, buku ini dirancang untuk menjadi panduan yang praktis dan relevan bagi seluruh tenaga keperawatan di Indonesia, dari sabang hingga merauke. Saya ingin menyampaikan apresiasi setinggi-tingginya kepada seluruh anggota Tim Pokja yang telah berkontribusi dengan penuh semangat, pemikiran kritis, dan keahlian tim penulis dalam menyusun buku ini. Keberhasilan ini adalah hasil kolaborasi tim yang kuat dan kerjasama yang erat.

Tidak lupa, terima kasih kepada seluruh pihak yang telah mendukung dan memberikan masukan berharga selama proses penyusunan. Semoga buku ini tidak hanya menjadi buku panduan, tetapi juga menjadi sumber inspirasi dan motivasi bagi semua praktisi keperawatan di tanah air. Kepada para pembaca, semoga buku SOP Keperawatan ini dapat menjadi teman setia dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas. Mari kita terus berkolaborasi dan berkontribusi untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat Indonesia. Akhir kata, kami menyampaikan terima kasih yang tak terhingga atas dukungan dan kepercayaan Anda. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi kemajuan keperawatan Indonesia.

***Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.***

**Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.**  
**Ketua Tim Pokja**



# KATA SAMBUTAN

**Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
Penulis Utama**

Segala puji bagi Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis Tim keperawatan maternitas mampu menyelesaikan **Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Maternitas**. Tak lupa pula kami mengucapkan salawat serta salam senantiasa tercurahkan pada Nabi Besar Muhammad SAW, lantaran berkat beliau, kita bisa keluar dari kegelapan menuju jalan yang lebih terang.

Kami ucapkan pula rasa terima kasih kami pada pihak-pihak yang mendukung lancarnya buku ajar ini mulai dari proses penulisan hingga proses cetak, yakni Optimal by PT Nuansa Fajar Cemerlang selaku penerbit, Rizky Al Gibran selaku Direktur Optimal, penulis tim maternitas, dan masih banyak lagi yang tak bisa kami sebutkan satu per satu.

Adapun, buku ajar yang berjudul "**Buku Ajar Prosedur Tindakan Keperawatan Maternitas**" ini telah selesai kami buat dengan cara semaksimal dan sebaik-baiknya supaya menjadi manfaat bagi pembaca yang memerlukan keterangan dan pengetahuan mengenai bagaimana prosedur tindakan keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang mahasiswa perawat.

Dalam buku ini, tertulis bagaimana pentingnya langkah-langkah dari tindakan keperawatan khususnya di area maternitas yang menjadi alternatif pegangan bagi mahasiswa dan dosen pengampu mata ajar keperawatan maternitas.

Kami sadar, masih banyak luput dan kekeliruan yang pastinya jauh dari tepat wacana buku ini. Oleh sebab itu, kami mohon agar pembaca memberi kritik dan pula anjuran terhadap karya buku ini agar kami dapat terus meningkatkan mutu buku.

Demikian sambutan ini kami buat, dengan harapan agar pembaca mampu mengikuti langkah-langkah prosedur (psikomotor) dan mendapatkan pengetahuan (kognitif) mengenai tindakan serta dapat berfaedah bagi para pembaca dalam arti luas.

Terima kasih.

## **DAFTAR ISI**

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA SAMBUTAN KETUA TIM POKJA .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA SAMBUTAN PENULIS UTAMA .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMERIKSAAN</b>	
<b>KARDIOTOCOGRAFI (CTG) .....</b>	<b>1</b>
<b>PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMANDIKAN BAYI DAN</b>	
<b>PERAWATAN TALI PUSAT .....</b>	<b>9</b>
<b>PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN 58 LANGKAH APN .....</b>	
<b>27</b>	
<b>PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMERIKSAAN FISIK SISTEM</b>	
<b>REPRODUKSI WANITA .....</b>	<b>45</b>
<b>PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PERSIAPAN USG OBSTETRIK.....</b>	
<b>63</b>	
<b>PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMERAH ASI</b>	
<b>PADA IBU BEKERJA.....</b>	<b>77</b>
<b>PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PROSEDUR PEMERIKSAAN</b>	
<b>DIAGNOSTIK (PAP SMEAR).....</b>	<b>83</b>
<b>BIODATA PENULIS .....</b>	<b>95</b>

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **PEMERIKSAAN KARDIOTOCOGRAFI (CTG)**



## **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PEMERIKSAAN KARDIOTOCOGRAFI(CTG)**

1. Definisi : Suatu kegiatan untuk melakukan pemeriksaan terhadap kondisi janin yang meliputi denyut jantung janin, perubahan yang terjadi akibat aktifitas uterus serta gerakan janin selama masa kehamilan dan persalinan.
2. Tujuan :
  - a. Mengetahui kesejahteraan janin dalam kandungan
  - b. Mendeteksi kelainan /kegawatan pada janin
  - c. Menegakkan diagnosa medik janin
3. Indikasi : Pada kasus dengan kecurigaan adanya hipoksia atau asidosis pada Fetus/ janin
4. Kontraindikasi : Tidak ada karena merupakan tindakan noninvasif.
5. Hal yang perlu diperhatikan :
  - a. Kondisi ibu harus sudah makan dan minum
  - b. kondisi kertas kardiotokograf pada alat CTG harus tersedia dan keadaan baik
6. Contoh Kasus :

Perempuan, 32 tahun, G2P1A0 hamil 36 minggu datang ke rumah sakit, mengeluh keluar cairan dari vagina sejak 5 jam yang lalu. Riwayat persalinan sebelumnya dengan tindakan seksio sesarea indikasi letak lintang. Hasil pemeriksaan fisik : TD 110/ 70 mmHg, frekuensi nadi 80x/ menit pada vagina, frekuensi napas 24x/menit, suhu 36°C, payudara simestris, eksverted, TFU : 30 cm, Punggung kiri janin terletak disebelah kiri dengan DJJ : 112x/ menit, his negatif. Pemeriksaan penunjang : Test Nitrazin berwarna biru saat cairan di vagina di periksa. USG janin tunggal hidup presentasi kepala, plasenta terletak di corpus anterior, air ketuban berkurang indeks cairan amnion (ICA )= 7.

Apa tindakan pemeriksaan lanjutan untuk mengetahui kondisi janin dan ibu pada kasus diatas ?

  - a. Pemeriksaan CTG
  - b. Pemeriksaan USG ulang
  - c. Lakukan pemeriksaan TBJ
  - d. Pemeriksaan head to toe
  - e. Pemeriksaan EKG

Jawab : A

7. Pembahasan soal kasus :

Pada kasus diatas pasien mengalami ketuban pecah dini ( KPD) sebelum 24 jam , air ketuban yang keluar sebelum waktu melahirkan potensial akan terjadi infeksi intra uteri, pada umumnya KPD dapat berakibat melemahnya membran secara fisiologis akibat gesekan yang terjadi karena adanya kontraksi uterus, sehingga perlu dilakukan pemantauan dengan pemeriksaan CTG untuk memonitoring kesejahteraan janin meliputi BJJ, kontraksi dan gerakan janin.

8. Daftar Pustaka

Tim pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI( 2021) Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

Mohd. Andalas,et al. Pecah Dini Dan Tatalaksananya.Jurnal Kedokteran Syiah Kuala 2019;19(3):188-192

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b> <b>Fase Prainteraksi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kondisi kondisi ibu dan janin</li> <li>2. Review catatan medis dokter</li> <li>3. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan pemeriksaan CTG</li> </ul>	 <p><b>Rasional</b> : Mengetahui kesiapan dan menjelaskan tujuan pemeriksaan CTG untuk mengetahui keadaan ibu dan janin (BJJ, kontraksi dan gerakan janin)</p>
<b>Planning (P) : Perencanaan</b> <b>Fase Orientasi</b> <p>4. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alat CTG*</li> <li>• Kertas CTG*</li> <li>• Jeli*</li> <li>• Tissue*</li> <li>• Bengkok*</li> <li>• Tirai</li> </ul>	

<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> <li>6. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>7. Siapkan dan dekatkan peralatan</li> <li>8. Atur posisi pasien supine dan senyaman mungkin</li> </ol>	 <p><b>Rasional</b> : Mengurangi kecemasan pada ibu serta memudahkan perawat dalam bekerja</p>
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Jaga privasi klien(tutup tirai)</li> </ol>	 <p><b>Rasional</b> : Menghindari dari rasa malu karena akan dibuka pada area abdomen ibu</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p> <p><b>Fase Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Cuci tangan</li> <li>11. Bantu pasien membuka pakaian pada bagian Abdomen</li> </ol>	<p><b>Rasional</b> : Menghindari terjadinya infeksi nasokomial</p>  <p><b>Rasional</b> : Memudahkan dalam pemasangan alat probe cardio</p> 

12. Lakukan palpasi abdomen (leopold 2) mencari bagian pungtum maksimum (BJJ) yang paling jelas terdengar), dengarkan BJJ dengan dopler



**Rasional :** Pemeriksaan leopold 2 untuk menentukan area punggung janin kanan atau kiri untuk dapat mendengarkan DJJ

13. Pasang probe cardio (warna kuning) yang telah diberi jeli pada bayangan bulat, kemudian letakkan pada bunyi BJJ yang paling jelas, dan pasang probe toco(warna merah) pada fundus uteri, kemudian ikat dengan tali khusus



**Rasional :** pemberian jelli sebagai pengantar alat probe cardio dan probe toco untuk perekaman hasil BJJ, kontraksi pada abdomen ibu

14. Lakukan rekaman CTG dengan cara sebagai berikut:
- a. CTG Tanpa monitor: tuliskan pada display alat CTG tentang nama pasien, umur, GPA, usia kehamilan, lalu tekan tombol on untuk mengaktifkan serta atur volume dan toco pada angka 10%
  - b. CTG dengan Monitor: tekan tombol on pada printer, tombol disket, tombol monitor komputer dan tombol monitor janin. Setelah muncul data bertuliskan *new* program tekan enter dan masukan identitas pasien, tekan enter kembali dan pilih *yes* untuk keluar program,



**Rasional :** Tali pengikat untuk menyatukan alat probe cardio dan probe toco

<p>selanjutnya untuk memulai rekam CTG tekan enter kembali, untuk mengahiri tekan esc dan tekan tombol S kemudian tekan enter hingga muncul tulisan <i>please printing wait</i>.</p> <p>c. Berikan knop pada pasien dan anjurkan pasien untuk menekan knop jika terasa ada gerakan janin</p>	
	<p><b>Rasional :</b> Perekaman CTG untuk mendapatkan hasil gelombang reguler pada BJJ dan kontraksi abdomen ibu</p>  <p>Knop</p>
<p>15. Setelah pasien mengerti dan kondisi nyaman tekan tombol printer utk memulai rekaman CTG</p>	<p><b>Rasional :</b> Penekanan Knop untuk menghitung jumlah gerakan janin selama dilakukan perekaman CTG</p>  <p>Tombol print</p>
<p>16. Selama rekaman CTG berlangsung , harus memperhatikan BJJ (grafik rekaman, irama jantung janin):</p> <p>a. Jika ditemukan kelainan pada gambaran CTG berupa grafik, irama jantung janin(gawat janin baik takhikardi maupun bradikardi) laporkan kepada perawat penanggung jawab (lakukan resusitasi uterin jika BJJ tidak normal dengan mengatur posisi pasien miring kiri arah punggung bayi (beri</p>	 <p><b>Rasional :</b> Posisi miring ke kiri untuk mengurangi tekanan rahim pada pembuluh vena, sehingga</p>

<p>oksin 3-4 liter), CTG tidak boleh dilepaskan</p> <p>b. Perawat penanggungjawab pasien melakukan kolaborasi dengan DPJP/hasil temuan dan upaya tindak lanjut yang telah dilakukan</p> <p>17. Untuk mengakhiri rekaman tekan tombol printer dan tekan tombol off pada alat CTG tsb</p>	<p>aliran darah ke plasenta dan janin kembali lancar</p> 
<p><b>Fase Terminasi</b></p> <p>18. Beri <i>reinforcement positif</i></p> <p>19. Bersihkan alat dari jeli dan rapikan alat</p> <p>20. Jelaskan pada pasien bahwa tindakan sudah selesai</p> <p>21. Cuci tangan</p>	
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p> <p>22. Evaluasi klien terhadap kondisi ibu dan janin</p> <p>23. Evaluasi respon klien terhadap tindakan</p>	

24. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	<p>Catat Hasil : denyut jantung janin, kontraksi uterus serta gerakan janin selama dilakukan CTG</p>
<b>Sikap</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>25. Menerapkan hand hygiene sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>26. Melakukan tindakan dengan sistematis</li> <li>27. Komunikatif dengan pasien</li> <li>28. Percaya diri</li> </ul>	

# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **MEMANDIKAN BAYI DAN**

## **PERAWATAN TALI PUSAT**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMANDIKAN BAYI DAN PERAWATAN TALI PUSAT**

1. Definisi : Memandikan bayi dan perawatan tali pusat merupakan upaya yang dilakukan untuk menjaga agar tubuh bayi bersih, terasa segar dan mencegah terjadinya infeksi.

Perawatan tali pusat adalah tindakan merawat tali pusat dengan tujuan mencegah terjadinya infeksi serta mempercepat proses pengeringan tali pusat.

2. Tujuan : Tujuan memandikan bayi

- a. Memberikan rasa nyaman
- b. Memperlancar sirkulasi darah
- c. Mencegah infeksi
- d. Meningkatkan daya tahan tubuh
- e. Merawat dan menjaga integritas kulit
- f. Menguatkan ikatan emosional antara bayi dan orang tua

Tujuan perawatan tali pusat

- a. Mencegah terjadinya infeksi
- b. Mempercepat proses penyembuhan tali pusat
- c. Memantau perubahan dan kondisi tali pusat

3. Indikasi : Indikasi memandikan bayi

- a. Semua Bayi baru lahir normal
- b. Bayi baru lahir yang sehat dan tidak sakit

Indikasi perawatan tali pusat

- a. Bayi yang masih terdapat tali pusatnya
- b. Bayi baru lahir sehat

4. Kontraindikasi : Kontraindikasi memandikan bayi

- a. Bayi dalam kondisi sakit

- b. Bayi dengan luka terbuka atau infeksi kulit pada seluruh tubuh, mandi perlu dilakukan dengan hati-hati dena sesuai kondisi anak
  - c. Bayi dengan masalah medis tertentu, seperti kulit sensitif atau kondisi kesehatan khusus.
- Kontraindikasi perawatan tali pusat
- a. Bayi dengan kondisi infeksi

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut):

- a. Cuci tangan perawat terlebih dahulu, sebelum perawat mulai merawat bayi atau tali pusat mereka, pastikan tangan perawat bersih dan gunakan sabun dan air mengalir untuk mencuci tangan dengan baik
- b. Persiapkan perlengkapan mandi, siapkan semua perlengkapan yang di butuhkan sebelum memandikan bayi, termasuk handuk bersih, air hangat, sabun bayi yang lembut, baju bersih, dan popok
- c. Periksa tali pusat bayi untuk memastikan tidak ada tanda-tanda infeksi atau perdarahan. Jika perawat melihat tanda-tanda masalah, segera berkolaborasi dan medokumentasikan
- d. Pastikan suhu air untuk mandi bayi adalah hangat, sekitar 37 derajat Celsius (98.6 derajat Fahrenheit). Perawat menggunakan termometer air untuk memastikan suhu air yang tepat.

6. Contoh Kasus

Seorang bayi laki-laki, lahir 90 menit yang lalu di RS. Hasil pemeriksaan, usia gestasi 39 minggu, APGAR Score 9, terdapat *vernix caeosa* pada seluruh kulit bayi. Perawat melakukan perawatan neonatal dengan memberikan, salf mata, ijeksi vit K1 dan HB-0, tidak terdapat tanda infeksi pada tali pusat.

Apakah intervensi neonatal selanjutnya pada kasus tersebut ?

- a. Lakukan IMD
- b. Atur Posisi bayi
- c. Mandikan bayi
- d. Isap lendir dari mulut dan hidung bayi
- e. Hangatkan bayi dengan inkubator

Jawaban : C

## 7. Pembahasan soal kasus

Kata kunci : terdapat *vernix caeosa* pada seluruh kulit bayi

Pelaksanaan asuhan Neonatus dilakukan pada bayi baru lahir dengan urutan, penilaian awal, pemotongan tali pusat, IMD, mencegah perdarahan dengan pemberian Vit K, pemberian Imunisasi, pemeriksaan fisik.

Pada kasus diatas intervensi perawatan neonatal telah diberikan secara lengkap dan untuk membersihkan *vernix caeosa* pada seluruh kulit bayi dengan cara dimandikan.

## 8. Daftar Pustaka

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Wagner, C. M. (2016). Nursing Interventions Classification (NIC). United Kingdom: Elsevier Inc.

Masyunami. A, & Nurhayati. (2008). Buku Saku Asuhan Bayi Baru Lahir Normal. Jakarta.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). Nursing outcomes Classification (NOC). United Kingdom: Elsevier Inc.

Aziz Alimul Hidayat, A. (2009). Anak, pengantar ilmu keperawatan (cetakan pe; esty Wahyuningsih, ed.). Kedokteran EGC Jakarta

Rejeki, S. (2017). Praktik Perawatan Tali Pusat Oleh Ibu Dengan Kejadian Infeksi Tali Pusat Bayi Baru Lahir di Semarang. The 5th Urecol Proceeding, (February), 1145– 1152.

Riaz, N., Tahir, R., Muntaha, S. T., Aziz, S., & Zulfqar, R. (2019). Comparison of Umbilical Cord Care : Chlorhexidine 4 % Versus Dry Cord Care. 14(1).

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b> <b>Fase Prainteraksi</b> 1. Kaji Kondisi bayi (tanda-tanda vital)  2. Review catatan medis dokter  3. Kaji kesiapan keluarga dan bayi saat akan dimandikan	<b>Rasional :</b> Tanda vital adalah indikator penting yang memberikan informasi tentang fungsi tubuh anak dan dapat membantu dalam mendeteksi masalah kesehatan yang mungkin terjadi Catatan medis anak mencatat riwayat perawatan medis sebelumnya, diagnosis, pengobatan, dan rencana perawatan  Membantu menciptakan pengalaman yang lebih aman, nyaman, dan menyenangkan bagi bayi dan keluarga
<b>Planning (P) : Perencanaan</b> <b>Fase Orientasi</b> 4. <b>PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada) Peralatan memandikan bayi: <ul style="list-style-type: none"><li>● Bak mandi bayi</li><li>● Handuk mandi</li><li>● Sabun mandi bayi</li><li>● Perlengkapan pakaian bayi</li><li>● Sisir rambut bayi</li><li>● Waslap 2 buah</li><li>● Handuk untuk alas</li><li>● Kapas lembab pada tempatnya</li><li>● Baskom berisi air hangat</li><li>● Pengukur suhu air (jika ada)</li><li>● Ember kain kotor</li><li>● Sarung tangan bersih</li><li>● Celemek (bahan anti air)</li><li>● Handschoen bersih</li></ul> Perawatan tali pusat <ul style="list-style-type: none"><li>● Kapas steril</li><li>● Kassa steril</li><li>● Bengkok</li></ul>	 

<p><b>PERSIAPAN KLIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Memberikan salam kepada keluarga/Ibu</li> <li>6. Identifikasi (lihat gelang identitas bayi)</li> <li>7. Menyiapkan peralatan di dekat bayi dengan sistematis dan rapi</li> <li>8. Mejelaskan tujuan, kontrak waktu dan prosedur tindakan pada keluarga/Ibu</li> <li>9. Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>10. Menanyakan persetujuan dan kesiapan orang tua/pendamping bayi sebelum prosedur dilakukan</li> <li>11. Anjurkan keluarga/ibu memperhatikan langkah-langkah prosedur tindakan memandikan dan perawatan tali pusat</li> </ol>	<p><b>Rasional :</b></p> <p>Dengan memberikan salam atau sapaan sopan memudahkan perawat memulai interaksi dan kepercayaan dengan ibu/keluarga</p>  <p>Gelang identitas membantu memastikan bahwa bayi yang baru lahir atau bayi yang sedang dirawat di rumah sakit tetap aman dan tidak tertukar dengan bayi lain</p> <p>Ketika peralatan kita tersusun dengan baik, kita dapat merespons dengan cepat jika ada kebutuhan mendesak</p> <p>Menjelaskan cara prosedur akan dilakukan dapat memberikan orang tua kesempatan untuk memahami lebih baik informasi atau instruksi yang diberikan, sehingga ibu/keluarga merasa lebih puas dengan pelayanan atau perawatan yang diberikan</p> <p><b>Rasional :</b></p> <p>Memberikan kesempatan untuk memahami prosedur yang akan dilakukan dan mengurangi rasa kecemasan pada keluarga terhadap perosedur yang akan dilakukan</p> <p>Menghormati hak dan otonomi orang tua atau pendamping untuk mengambil keputusan tentang perawatan yang terbaik bagi bayinya.</p> <p>Memberi mereka kesempatan ibu untuk memahami dan belajar tentang perawatan bayi</p>
---	---

<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>12. Pertahankan privasi dan kenyamanan bayi</p> <p>13. Cek suhu air sebelum memadikan</p> <p>14. Tutup bagian ruangan yang terbuka</p>	<p><b>Rasional :</b></p> <p>Bayi perlu merasa aman dan nyaman, dan gangguan atau paparan berlebihan dapat menyebabkan stres atau ketidaknyamanan yang berdampak negatif pada perkembangan bayi</p> <p>Mengecek suhu air membantu memastikan bahwa bayi tidak terpapar air dengan suhu yang ekstrem, yang dapat merusak kulit bayi</p>  <p>Menciptakan lingkungan yang lebih hangat dan nyaman untuk bayi, menghindari paparan mereka terhadap angin atau suhu udara yang dingin, yang bisa membuat mereka merasa tidak nyaman</p>
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p> <p><b>Fase Kerja</b></p> <p>15. Cuci tangan</p> <p>16. Dekatkan alat-alat dan perkenankan ibu untuk melihat pelaksanaan memandikan bayinya</p>	<p><b>Rasional :</b></p> <p>Mencuci tangan sebelum menyentuh bayi membantu menjaga bayi tetap bersih dan mencegah potensi penularan infeksi atau penyakit</p>  <p>Memungkinkan ibu untuk melihat proses perawatan bayi menciptakan perasaan keterlibatan yang kuat dan memberikan rasa kepuasan karena</p>

		mereka merasa lebih terlibat dalam perawatan bayi mereka
		
17. Pasang celemek		Celemek menjaga pakaian perawat atau orang tua/ibu tetap kering dan nyaman selama proses mandi bayi
18. Pakai handscoen bersih		 Bayi memiliki sistem kekebalan yang belum berkembang sepenuhnya, dan kulit mereka sensitif terhadap infeksi. Menggunakan sarung tangan mencegah transfer patogen atau bakteri yang mungkin ada di tangan pengasuh, menjaga bayi tetap aman dari risiko infeksi.
19. Tuangkan air dingin ke dalam bak mandi bayi, kemudian tambahkan air panas secukupnya sampai mencapai suhu 40°C untuk bayi berumur sampai 2 bulan, lalu berangsur turunkan suhu sampai 27°C untuk bayi lebih dari 2 bulan. Masukan air ke dalam bak mandi setinggi kira-kira 7,5 cm dari dasar bak		 Mengisi bak mandi dengan air dingin terlebih dahulu agar perawat dapat lebih banyak kontrol dalam mengatur suhu air yang tepat. Perawat dapat menambahkan air panas perlahan-lahan hingga mencapai suhu yang sesuai untuk mandi bayi

	
20. Siapkan tempat handuk bayi dan pakaian bayi	Saat bayi telah selesai dimandikan, mengeringkan dan mengganti pakaian mereka dengan cepat dan tanpa hambatan menjaga kenyamanan bayi. Bayi merasa tidak nyaman jika harus menunggu dalam keadaan basah dan dingin
21. Bersihkan kedua mata bayi dengan kapas yang telah direndam air bersih. Bersihkan mata bayi dari ujung atas mata langsung ke hidung. Ganti dengan kapas yang berbeda untuk masing-masing mata	Membersihkan mata bayi dengan kapas yang bersih dan air yang steril adalah cara untuk menjaga mata bayi tetap bersih. Hal ini mencegah penumpukan debu, kotoran, atau lendir yang mungkin dapat menyebabkan iritasi atau infeksi
22. Bersihkan lubang hidung bayi secara perlahan-lahan dengan cotton buds yang terlebih dahulu dicelupkan ke dalam air bersih. Gantilah cotton buds untuk setiap lubang hidung. Jangan memasukkan cotton buds terlalu dalam	 <p>Bayi cenderung menghasilkan lendir atau kotoran di dalam lubang hidung mereka. Membersihkan lubang hidung sebelum mandi membantu menjaga kebersihan dan kenyamanan bayi</p> 

	<p>23. Bersihkan daun telinga bayi dengan cotton buds, berikanlah sedikit baby oil. (Jangan mencoba untuk memasukkan cotton buds ke dalam lubang telinga, bersihkan bagian luar telinga saja)</p>
	<p>Telinga bayi sangat sensitif dan rentan terhadap cedera. Menggunakan cotton buds dapat dengan mudah menyebabkan cedera pada gendang telinga, selaput telinga, atau daun telinga bayi</p> 
	<p>24. Buka popok bayi, bersihkan alat kelamin dan pantat bayi dengan kapas bulat yang sudah dibasahi air</p> <p>Membersihkan alat kelamin dan pantat bayi sebelum mandi juga membantu menjaga air mandi tetap bersih. Ini menghindari potensi penularan kuman atau infeksi selama mandi.</p> 
	<p>25. Basahi kepala bayi, berikan sampo bayi, bilas dengan waslap basah yang satu lagi</p> <p>Menjaga kulit kepala bayi bersih dan sehat adalah penting untuk mencegah iritasi atau masalah kulit. Bilasan dengan waslap basah membantu menjaga kenyamanan kulit kepala bayi</p> 

<p>26. Buka baju bayi, basahi badan kemudian sabuni mulai dari urutan kepala, telinga, leher, dada, perut, sekitar tali pusat, lengan, ketiak, punggung, kaki dan terakhir alat kelamin dan bokong bayi (terutama lipatan-lipatan kaki, paha, tangan dan leher menggunakan sabun bayi)</p>	<p>Menggunakan urutan yang teratur dapat membantu bayi merasa lebih nyaman selama mandi dan memberikan stimulasi yang baik bagi bayi. Ini dapat membantu merangsang sirkulasi darah, pertumbuhan otot, dan perkembangan yang sehat</p>  
<p>27. Mengukur kembali suhu air dalam bak mandi, kemudian selipkan tangan kiri ke bawah tengkuk bayi, lalu pegang erat-erat ketiaknya. Sanggahlah tengkuk bayi dengan pergelangan tangan perawat, lalu pegang tubuhnya dengan tangan kanan perawat</p>	<p>Mengecek suhu air secara berkala membantu menjaga kenyamanan bayi dan membuat pengalaman mandi menjadi lebih baik.</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyangga kepala bayi adalah langkah penting untuk menjaga kepala bayi tetap di atas air. Hal ini menghindari risiko tenggelam atau tertelan air selama mandi.</li> <li>- Menghindari tali pusat dari kontak langsung dengan air adalah penting karena tali pusat bayi mungkin belum sepenuhnya</li> </ul>

	<p>kering setelah kelahiran. Memastikan tali pusat tetap kering membantu mencegah infeksi</p>
28. Angkat bayi dan masukkan ke dalam bak mandi. Tangan kiri perawat menyangga kepala dan memegangi ketiak bayi. Tubuh bayi hanya terendam sebagian dalam air, jangan basahi tali pusat. Gunakan tangan kanan untuk membersihkan sabun di seluruh tubuh bayi	 <p>Dengan menggunakan tangan kanan untuk membersihkan sabun di seluruh tubuh bayi, Perawat dapat mengontrol penggunaan sabun yang sesuai dan merata. Ini memastikan bahwa bayi dibersihkan dengan lembut tanpa risiko sabun yang masuk ke mata atau mulut bayi</p>
29. Untuk membersihkan bagian belakang tubuh bayi, balikkan badan bayi, sanggah badan dengan tangan kiri perawat dan pegang erat-erat ketiaknya. Lalu dengan tangan kanan, bersihkanlah punggungnya	<p>Memegang bayi dengan erat-erat ketiaknya saat membalikkan badan bayi adalah langkah penting untuk menjaga bayi tetap aman dan terlindungi selama prosedur mandi. Hal ini mencegah bayi dari jatuh atau tergelincir di dalam air</p> 
30. Setelah mandi selesai, angkat tubuh bayi dari dalam air, lalu bungkuslah tubuhnya dengan handuk dan keringkan tubuh bayi dengan cara menekan-nekankan handuk bayi ke tubuhnya	<p>Menggunakan handuk untuk membungkus tubuh bayi saat dia dikeluarkan dari air membantu menjaga suhu tubuhnya dan mencegah bayi dari kedinginan. Bayi yang merasa hangat dan nyaman akan merasa lebih aman selama proses pengeringan</p>

	
31. Buka balutan tali pusat perlahan-lahan	Membuka balutan tali pusat adalah langkah penting untuk menjaga kebersihan tali pusat bayi. Dengan membuka balutan perlahan, Anda memastikan bahwa prosesnya dilakukan dengan higienis dan hati-hati
32. Bersihkan tali pusat dengan kassa dari arah pangkal ke ujung tapi tidak menarik tunggul pusat	 Melakukan tindakan ini dengan lembut dan tanpa menarik tali pusat membantu menjaga kenyamanan bayi. Bayi tidak akan merasa sakit atau tidak nyaman selama proses membersihkan tali pusat dan mendeteksi tanda-tanda infeksi atau peradangan
33. Mengeringkan tali pusat dengan kassa steril	 Tali pusat bayi adalah area yang sensitif dan rentan terhadap infeksi. Menggunakan kasa steril untuk mengeringkannya adalah langkah penting dalam mencegah infeksi.

	<p>Kasa steril membantu menghindari penyebaran bakteri atau kuman yang dapat menginfeksi tali pusat</p> 
34. Tutupi tali pusat dengan menggunakan kassa steril yang dibentuk segi tiga, bungkus tali pusat sesuai teknik, jangan terlalu kencang	<p>Membungkus tali pusat sesuai teknik, tetapi tidak terlalu kencang, penting untuk menjaga kenyamanan bayi. Bayi tidak akan merasa terganggu atau terlalu terikat, yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan atau iritasi.</p> 
35. Lepas handscone	<p>Melepas hand scone setelah mandi memastikan bahwa scone yang telah terpapar air dan sabun tidak bersentuhan dengan pakaian bayi yang bersih. Ini membantu menjaga kebersihan pakaian bayi.</p> 
36. Berikan minyak telon agar bayi merasa hangat	<p>Memberikan sensasi hangat pada kulit. Setelah mandi, bayi seringkali merasa dingin, karena tubuh mereka terpapar air. Memberikan minyak telon membantu menghangatkan</p>

	<p>kulit bayi dan membuatnya merasa lebih nyaman</p> 
37. Pakaikan popok dan baju bayi, lalu sisir rambut bayi kemudian bedong bayi dan gunakan selimut untuk mencegah bayi kedinginan	<p>Menggunakan popok dan baju bayi adalah langkah penting untuk melindungi bayi dari dingin, menjaga kenyamanan, dan menjaga kebersihan. Popok menahan urine dan kotoran bayi, sementara baju bayi memberikan lapisan ekstra untuk menjaga suhu tubuh bayi</p> 
38. Sisir rambut bayi	<p>Sisiran rambut bayi secara lembut dan hati-hati dapat memberikan sensasi yang menyenangkan dan relaksasi. Ini membantu bayi merasa nyaman dan tenang</p> 
39. Rapikan alat	<p>Merapikan peralatan memastikan bahwa peralatan yang diperlukan untuk merawat bayi selanjutnya siap digunakan. Ini membuat proses</p>

<b>Fase Terminasi</b>	perawatan bayi lebih efisien dan cepat.
40. Beri <i>reinforcement positif</i>	Reinforcement positif memberikan memotivasi ibu untuk melakukan tindakan yang sesuai dan meningkatkan rasa percaya diri ibu
41. Cuci tangan	Setelah menyelesaikan berbagai prosedur atau kontak dengan bayi atau orang lain, mencuci tangan membantu mencegah penyebaran infeksi. Hal ini sangat penting dalam lingkungan perawatan bayi, di mana bayi rentan terhadap infeksi
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
42. Evaluasi respon bayi terhadap tindakan	<b>Rasional :</b> Evaluasi respon bayi juga memungkinkan perawat untuk mendeteksi masalah kesehatan atau reaksi alergi jika ada. Jika bayi menunjukkan tanda-tanda reaksi alergi atau ketidaknyamanan yang tidak biasa, ini bisa menjadi tanda adanya masalah kesehatan yang memerlukan perhatian
43. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	Dokumentasi tindakan adalah langkah yang penting untuk memastikan bahwa bayi menerima perawatan yang aman. Ini mencakup mencatat dosis produk yang digunakan, suhu air, dan tindakan lain yang dapat mempengaruhi kesejahteraan bayi
<b>Sikap</b>	
44. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan	<b>Rasional :</b> Higiene tangan sebelum tindakan adalah cara untuk menghindari kontaminasi mikroorganisme dan kuman selama memandikan bayi dan mencegah terjadinya infeksi pada bayi.

45. Melakukan tindakan dengan sistematis	Pendekatan sistematis juga meningkatkan efisiensi dalam prosedur untuk memastikan bahwa setiap langkah dilakukan dengan benar dan tanpa perlu membuang waktu mengurangi dampak negatif pada kesejahteraan bayi
46. Komunikatif dengan ibu/keluarga dan bayi	Komunikasi baik dan positif membantu menciptakan suasana yang nyaman dan aman bagi ibu/keluarga dan bayi dan membantu bayi merasa lebih tenang selama dimandikan
47. Percaya diri	Percaya diri perawat mengurangi risiko kecelakaan atau tindakan yang tidak benar selama prosedur



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **58 LANGKAH APN**



## **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN 58 LANGKAH APN**

### **1. Definisi**

- a. Asuhan Persalinan Normal (APN) yaitu proses persalinan dimana pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Persalinan proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit .
- b. Asuhan persalinan normal (APN) adalah Tindakan mengeluarkan janin yang sudah cukup usia kehamilan dan berlangsung spontan tanpa intervensi alat. Persalinan dikatakan normal jika janin cukup bulan (37-42 minggu), terjadi spontan, presentasi belakang kepala janin, dan tidak terdapat komplikasi pada ibu maupun janin.

Dapat disimpulkan persalinan adalah proses pengeluaran janin sampai keluarnya plasenta pada kehamilan cukup bulan tanpa komplikasi.

### **2. Tujuan**

- a. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek ibu dan sayang bayi .
- b. Menjaga kelangsungan hidup dna memberikan derajat Kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai Upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).
- c. Agar proses melahirkan berjalan bersih dan aman, sehingga angka kematian maupun kecacatan ibu dna bayi berkurang

### **3. Indikasi**

Bagi semua wanita hamil karena merupakan proses fisiologis .

### **4. Kontraindikasi**

APN dibagi menjadi kontraindikasi ibu dan kontraindikasi janin.

Keadaan kontraindikasi ibu adalah *cephalopelvic disproportion*, placenta abnormal, prolaps tali pusat, *vaginal birth after cesarean section*, miopia tinggi, dan penyakit menular seksual.

Keadaan kontraindikasi janin adalah malpersentasi, makrosomia dan kadang pada janin kembar

5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)
  - a. Penjelasan mengenai tanda pasti persalinan, kapan ibu harus ke fasilitas kesehatan, serta komplikasi yang mungkin terjadi kepada ibu dan bayi selama proses persalinan normal berlangsung
  - b. Persalinan normal memiliki penyembuhan yang lebih cepat
  - c. Komplikasi lebih minimal
  - d. Hubungan ibu bayi akan lebih kuat

#### 6. Contoh Kasus

Seorang perempuan G1P0A0, di ruang VK, memasuki kala IV. Hasil pengkajian TD 110/70 mmHg, frekuensi nafas 24 x/menit, frekuensi nadi 80 x/menit, suhu 37 C, perawat melakukan pemantauan kontraksi dan mencegah terjadinya perdarahan pervaginam.

Apakah tindakan selanjutnya dalam tahapan APN yang harus dilakukan petugas?

- a. Membiarakan bayi tetap kontak kulit di dada ibu
- b. Melakukan penimbangan BB/pengukuran bayi, memberikan salep mata dan vitamin K serat hepatitis B
- c. Mengajarkan ibu / keluarga cara melakukan massage uterus
- d. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik
- e. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT

Jawaban : C

#### 7. Pembahasan soal kasus

Pada kala IV perlu pengecekan pada ibu yang disebut involusi uteri, adakah kontraksi utreus, tinggi fundus uteri sesuai penurunannya, dan tindakan yang bisa memantau atau pencegahan perdarahan yaitu mengajarkan ibu atau keluarga melakukan massage uterus dengan memutar daerah abdomen bagian uterus searah jarum jam, hal ini

termasuk dalam tahapan APN, bila teraba keras berarti tidak terjadi perdarahan, tetapi bila teraba lunak mengidentifikasi adanya perdarahan.

#### 8. Daftar pustaka

- Depkes RI – Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kespro, 2008, Asuhan Persalinan Normal, Asuhan Esensial, Pencegahan dan penanggulangan segera komplikasi persalinan dna bayi baru lahir, Jakarta : Bakti husada.
- Prawirohardjo, 2020. Ilmu Kebidanan. Jakarta : EGC.
- Syaifudin, 2008. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Bina Pustaka.
- Thornton, J. M., Browne, B., & Ramphul, M. (2020). Mechanisms and management of normal labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. doi:10.1016/j.ogrm.2019.12.002
- Kementerian Kesehatan Indonesia. Buku saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. 2015.
- Milton S.H. Normal Labor and Delivery. Medscape. 2019. <https://emedicine.medscape.com/article/260036-overview#showall>
- Zakerihamidi M. Roudsari RL. et al. Vaginal Delivery vs. Cesarean Section: A Focused Ethnographic Study of Women's Perceptions in The North of Iran. International Journal Community Based. 2015 Jan; 3(1): 39–50

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assesment (A) : Pengkajian</b> Fase Prainteraksi : 1. Kaji tanda kala I dimulai pembukaan 1 s.d 10 2. Kaji tanda dan gejala persalinan kala II Dorongan meneran, tekanan di anus, perineum menonjol dan vulva membuka / Doran tek nus per jol vul ka) 3. Kaji kontraksi dan pemantauan persalinan melalui partograf	Rasional : Memudahkan memantau klien memasuki Kala II
<b>Planning (P) : Perencanaan</b> Fase Orientasi : Persiapan Alat Alat Partus : <b>(PARTUS SET)</b> : 1. Bak steril besar 2. Duk 2 buah 3. Sarung tangan 2 pasang 4. Benang tali pusat/klem tali pusat 5. $\frac{1}{2}$ kocher 1 buah 6. Klem tali pusat 2 buah 7. Gunting tali pusat 1 buah 8. Gunting episiotomy 1 buah (jika diperlukan) 9. Kateter loham/nelaton 1 buah (kalau diperlukan kateterisasi pada kala III) 10. Kapas kering 11. Kasa dan tampon 5-6 buah 12. Duk penahan perineum 1 buah 13. Obat emergency : Oksitosin dan spuit 2.5 cc <b>(HECTING SET)</b> : 1. Bak steril sedang 2. Nail Holder 1 buah 3. Pinset anatomis 1 buah 4. Pinset Chirurgis 1 buah 5. Gunting benang 1 buah 6. Jarum, catgut, cromix, ceide 7. Tampon vagina 1 buah 8. Kasa/tampon 4-5 buah 9. Mangkuk kecil 1 buah 10. Sarung tangan 1 pasang 11. Obat emergency : Oksitosin, Methergin (spuit 3 cc) 12. Kapas kering steril	Pengelompokan alat alat partus untuk memudahkan dalam Tindakan 

<p>13. Cairan DTT</p> <p><b>(ALAT-ALAT ON STERIL) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betadin 10%, 2 buah baskom kecil berisi cairan klorin</li> <li>2. Ember untuk alat tenun kotor</li> <li>3. Bengkok 2 buah</li> <li>4. Pot untuk plasenta</li> <li>5. Alat-alat untuk PI (cairan DTT 2 baskom, waslap, tempat sampah medis dan non medis)</li> </ol> <p><b>(ALAT-ALAT UNTUK BAYI dan IBU) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengisap lender</li> <li>2. Klem tali pusat (umbilical cord)</li> <li>3. Peralatan mandi</li> <li>4. Pembungkus bayi (handuk bayi)</li> <li>5. Obat mata (salep)</li> <li>6. Vitamin K dan sputit 3 cc</li> <li>7. Tanda identitas : merah muda untuk bayi perempuan, biru muda untuk bayi laki-laki</li> <li>8. Pakaian bu, pembalut dan celana dalam</li> </ol> <p><b>(ALAT PELINDUNG DIRI PENOLONG ) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tutup kepala/google</li> <li>2. Kacamata / google</li> <li>3. Masker</li> <li>4. Celemek</li> <li>5. Sepatu boot</li> </ol>	
<p>Persiapan Klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas</li> <li>2. Lakukan informed consent dan Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> </ol>	 <p>Memastikan benar Klien dan benar Tindakan Klien mengerti tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dan klien dapat kooperatif saat Tindakan</p>
<p>Persiapan Lingkungan :</p> <p>Pastikan lingkungan aman dan nyaman</p>	<p>Menghindari terjadinya cedera</p>

Implementasi (I)	
Fase Kerja : 1. Cuci tangan	 Mencegah infeksi sosokomial
2. Tempat, alat dan obat untuk resusitasi - masukkan sputum dalam tempat instrumen - buka ampul oxytocin.	 Memudahkan saat tindakan pertolongan persalinan
3. Masukkan oxytocin dalam sputum, pakai kedua sarung tangan	 
4. Memakai pelindung diri lengkap.	 Upaya pengendalian dna pencegahan infeksi
5. Mendengar dan melihat adanya tanda kala dua : dorongan meneran - tekanan di anus, perineum menonjol, vulva membuka	

	 <p>Mengetahui kondisi klien untuk perosedur Tindakan selanjutnya</p>
Pastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik	
6. Bersihkan vulva  7. Lakukan periksa dalam = pecah ketuban	 <p>Pengendalian infeksi</p>  <p>Melakukan periksa dalam untuk mengetahui sudah pembukaan lengkap atau belum</p>
8. Dekontaminasi sarung tangan dalam larutan 0,5%-lepaskan terbalik	 <p>Bila ketuban belum pecah, maka dipecahkan menggunakan setengah kohler, lalu observasi apa warna cairan ketubah apakah jernih, hijau atau keruh, sehingga dapat diobservasi apakah ada kelainan dalam cairan ketuban</p> 

	Pengendalian infeksi dengan mengganti sarung tangan setelah memecahkan ketuban
9. Periksa DJJ	 <p>Pemeriksaan denyut jantung janin sehingga terpantau dalam keadaan normal</p>
Menyiapkan ibu dan keluarga	
10. Beritahu ibu Minta keluarga membantu	 <p>Beritahu ibu dan keluarga untuk persiapan persalinan, sehingga klien dan keluarga dapat kooperatif saat pelaksanaan persalinan</p>
11. Bimbing ibu untuk meneran  Bila belum ada dorongan meneran, ubah - ubah posisi meneran	 <p>Ajarkan ibu posisi meneran yang benar, memudahkan proses pengeluaran janin</p>
Persiapan pertolongan kelahiran bayi	
12. Setelah kepala tampak 5-6 cm di vulva, letakkan handuk di atas perut ibu	

13. Letakkan alas bokong	 <p>Alas bokong ditempatkan supaya dapat mengukur jumlah perdarahan yang keluar saat persalinan</p>
Pertolongan kelahiran bayi, lahirnya kepala	
14. Lindungi perineum dan tahan kepala bayi	 <p>Posisi ritgent mencegah janin lahir cedera dan mencegah terjadi nya ruptre perineum yang tidak beraturan</p>
15. Kepala lahir, periksa lilitan tali pusat	 <p>Pengecekan lilitan tali pusat agar oksigenasi bayi terpenuhi</p>
16. Tunggu kepala mengadakan putar paksi luar, lahirnya bahu depan, arahkan ke atas untuk melahirkan bagu belakang, lahirnya badan dan tungkai	
17. Pegang kepala secara biparietal, arahkan ke bawah untuk melahirkan bahu depan, arahkan ke atas untuk melahirkan bahu belakang, lahirnya badan dan tungkai	
18. Sanggah dan susur	

19. Lanjutkan sanggah dan susur sampai mata kaki		Melahirkan bayi dengan sanggah dan susur, menghindari cedera pada bayi
Penanganan bayi baru lahir		
20. Nilai bayi		Penilaian bayi dengan APGAR score, dapat mengobservasi kondisi bayi dalam keadaan normal
21. Keringkan tubuh bayi kecuali tangan, ganti handuk dengan selimut		Supaya bayi terhindar dari evaporasi atau kehilangan panas tubuh
22. Periksa fundus uterus pastikan kehamilan Tunggal		Pengecekan apakah terdapat janin Tunggal atau kembar
23. Beritahu ibu akan disuntik Suntikkan oxcytocin	 	preparat hormon oksitosin yang digunakan untuk memicu atau menguatkan kontraksi rahim jika kontraksi lemah atau tidak terjadi dengan sendirinya. Obat ini juga digunakan

	<p>untuk meredakan perdarahan setelah proses persalinan</p>
24. Klem tali pusat	
25. Potong dan ikat tali pusat	
26. Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit dengan kulit 27. Selimuti ibu dan bayi, pakaikan topi	<p>Memisahkan tali pusat yang ke bayi dan ke plasenta</p> <p>Dengan memandang bayi yang baru dilahirkan terbaring di atas dadanya, biasanya sang ibu akan merasakan kebahagiaan luar biasa sehingga memicu keluarnya hormon oksitosin yang akan masuk ke dalam aliran darah sehingga terjadi refleks oksitosin, menyebabkan terjadinya kontraksi otot di sekeliling saluran ASI.</p> <p>Bayi terhidap dari evaporasi atau kehilangan panas tubuh</p>
Penatalaksanaan aktif kala III	
28. Pindahkan klem 5-10 cm dr vulva 29. Letakkan satu tangan di atas perut ibu 30. Tangan kanan menegangkan tali pusat, tangan kiri berada di atas symfisis mendorong uterus ke arah dorso kranial, mengeluarkan placenta	 <p>Penegangan tali pusat terkendali (PTT) merupakan suatu tindakan untuk melahirkan plasenta dengan cara menegangkan tali pusat secara terkendali. Hal ini diupayakan untuk membantu</p>

	<p>mencegah tertinggalnya selaput ketuban dijalan lahir dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.</p>
	 <p>Memutar plasenta saat lahir diharapkan selaput plasenta keluar semuanya dan tidak ada sisa sisa plasenta di dalam Rahim</p>
31. Bila placenta telah lahir, segera lakukan massage pada fundus uteri	 <p>Massage uterus untuk merangsang terjadinya kontraksi uterus dan mencegah perdarahan</p>
<b>Menilai perdarahan</b>	
32. Periksa kedua sisi placenta	 <p>Memeriksa kelangkapan plasenta agar tidak terjadi sisa plasenta tertinggal dalam Rahim</p>
33. Evaluasi kemungkinan laserasi perineum	 <p>Mengobservasi adanya perdarahan sehingga perlu dilakukan heckting</p>

Prosedur paska persalinan	
34. Pastikan uterus kontraksi dengan baik	 <p>Kontraksi yang baik dan kuat menandakan terhindarnya perdarahan</p>
35. Biarkan bayi melakukan kontak kulit minimal 1 jam	 <p>Diharapkan bonding attachment akan berhasil dengan perlekatan bayi pada ibu</p>
36. Setelah menyusu beri vit K1 1mg paha kiri, salep mata, timbang dan periksa Setelah 1 jam pemberian vit K1, beri imunisasi hepatitis B paha kanan	    <p>Meningkatkan percepatan pembekuan darah, vitamin K memastikan tubuh kita tidak mudah memar, dan jika terjadi luka memar akan cepat sembuh. Pada bayi yang baru lahir, ke matanya memang akan diberikan salep antibiotik. Tujuan pemberian salep ini utamanya</p>

	ialah untuk mencegah infeksi yang rentan terjadi pada mata bayi. Bayi baru lahir perlu diberikan vaksin hepatitis B untuk terhindar dari penularan baik dari ibu maupun orang-orang terdekat.
37. Pantau kontraksi 38. Ajar ibu / keluarga massage	 Mengobservasi kekuatan kontraksi dengan tanda uterus teraba keras, dan ibu atau keluarga dapat melakukan massage uterus agar terpantau apakah ada tanda perdarahan post persalinan
39. Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan	 Mengetahui Batasan darah yang keluar normal atau terjadi perdarahan post persalinan
40. Periksa nadi ibu	 Mengetahui kondisi ibu pasca melahirkan
41. Periksa Kembali bayi, pastikan dalam keadaan baik	 Kondisi bayi dalam keadaan normal

Kebersihan dan keamanan	
42. Masukkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5 R.	
43. Buang bahan terkontaminasi	
44. Bersihkan ibu	
45. Pastikan ibu nyaman	
46. Dekontaminasi tempat persalinan	
47. Celupkan sarung tangan dalam larutan klorin	

48. Cuci kedua tangan	 Pengendalian dan pencegahan infeksi nosokomial.
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	<p><b>Rasional :</b>            Evaluasi respon ibu juga memungkinkan perawat untuk mendeteksi masalah kesehatan atau reaksi alergi jika ada.</p> <p>Dokumentasi tindakan adalah langkah yang penting untuk memastikan bahwa ibu lahir normal dan menuliskan di partografi</p>  <p>Partografi adalah alat bantu untuk memantau kemajuan persalinan dari mulai kala I sampai kala IV, mencatat kondisi ibu dan janinnya, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dna kelahiran, menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan, dan menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu</p> <p>Pemantauan kala IV yaitu tanda-tanda vital dan kontraksi uterus masih dalam batas normal selama dua jam pertama pasca persalinan, mungkin ibu tidak akan mengalami perdarahan pasca persalinan.</p>
<b>Sikap</b>	<p><b>Rasional :</b>            Higiene tangan sebelum tindakan adalah cara untuk menghindari kontaminasi mikroorganisme dan kuman selama pertolongan persalinan.</p>
50. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 51. Melakukan tindakan dengan sistematis 52. Komunikatif dengan ibu/keluarga	

53. Percaya diri	<p>Pendekatan sistematis juga meningkatkan efisiensi dalam prosedur untuk memastikan bahwa setiap langkah dilakukan dengan benar dan tanpa perlu membuang waktu mengurangi dampak negatif pada kesejahteraan ibu</p> <p>Komunikasi baik dan positif membantu menciptakan suasana yang nyaman dan aman bagi ibu/keluarga</p> <p>Percaya diri perawat mengurangi risiko kecelakaan atau tindakan yang tidak benar selama prosedur</p>
------------------	---

**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

**PEMERIKSAAN FISIK SISTEM REPRODUKSI**

**WANITA**



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **PEMERIKSAAN FISIK SISTEM REPRODUKSI WANITA**

### **A. PEMERIKSAAN FISIK PAYUDARA (SADARI)**

#### **1. Definisi**

- a. SADARI adalah pemeriksaan payudara sendiri yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya kanker payudara pada wanita. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menggunakan cermin dan dilakukan oleh wanita yang berumur 20 tahun ke atas. Indikasi utama SADARI adalah untuk mendeteksi terjadinya kanker payudara dengan mengamati payudara dari depan, sisi kiri dan sisi kanan, apakah ada benjolan, perubahan warna kulit, putting berisik dan pengeluaran cairan atau nanah dan darah. (Wuriani dkk,2020).
- b. SADARI adalah cara mudah untuk mendeteksi kanker payudara sedini mungkin. SADARI sebaiknya dilakukan satu minggu setelah periode haid, pada saat payudara mulai melunak. Pemeriksaan payudara sendiri umumnya bertujuan untuk mengetahui bentuk payudara normal, menyadari ada tidaknya perubahan pada payudara, dan agar perubahan apa pun dapat segera dikonsultasikan dan tidak terlambat ditangani (Adapun tujuan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) dilakukan adalah untuk mengetahui adanya kelainan pada payudara sejak dini, sehingga diharapkan kelainan- kelainan tersebut tidak ditemukan pada stadium lanjut yang pada akhirnya akan membutuhkan pengobatan rumit dengan biaya mahal. Selain itu adanya perubahan yang diakibatkan gangguan pada payudara dapat mempengaruhi gambaran diri penderita
- c. SADARI adalah pemeriksaan yang mudah dilakukan oleh setiap wanita untuk mencari benjolan atau kelainan lainnya. Pemeriksaan payudara sendiri sangat penting untuk mengetahui benjolan yang memungkinkan adanya kanker payudara karena penemuan secara dini adalah kunci untuk menyelamatkan hidup.

## **2. Tujuan Pemeriksaan SADARI**

Tujuan dilaksanakannya SADARI yaitu untuk mendeteksi secara dini adanya benjolan abnormal pada payudara wanita, mendeteksi secara diniadanya perubahan yang abnormal pada payudara, serta untuk mendeteksi kanker payudara secara dini.

Adapun tujuan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) dilakukan adalah untuk mengetahui adanya kelainan pada payudara sejak dini, sehingga diharapkan kelainan-kelainan tersebut tidak ditemukan pada stadium lanjut yang pada akhirnya akan membutuhkan pengobatan rumit dengan biaya mahal. Selain itu adanya perubahan yang diakibatkan gangguan pada payudara dapat mempengaruhi gambaran diri penderita

## **3. Indikasi Pemeriksaan Payudara**

Pada wanita yang memiliki keluhan tentang nyeri payudara, Wanita perubahan pada kulit payudara, keluarnya cairan dari puting payudara, benjolan payudara, perubahan ukuran maupun bentuk payudara, atau temuan kelainan lain yang menyebabkan kekhawatiran.

## **4. KontraIndikasi**

Pemeriksaan fisik payudara tidak memiliki kontraindikasi absolut. Tindakan ini bersifat sederhana, mudah, dan noninvasif, sehingga tidak memiliki risiko khusus. Pemeriksaan ini umum dilakukan dengan aman sebagai bagian proses diagnosis kanker payudara, fibroadenoma mammae, dan kista payudara.

## **5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)**

- a. Teraba benjolan
- b. Penebalan kulit
- c. Perubahan ukuran dan bentuk payudara
- d. Pengerutan kulit payudara
- e. Keluar Cairan dari putting payudara
- f. Nyeri
- g. Pembengkakan lengan atas
- h. Teraba benjolan pada ketiak atau sekitar leher

## **6. Latihan Soal**

Seorang perempuan usia 21 tahun datang ke poli KIA puskesmas ingin memeriksakan masalah pada payudaranya. Remaja tersebut tidak mengerti pemeriksaan SADARI. Hasil pengkajian : TD 100/75 mmHg, frekwensi nadi 83 x/menit, frekwensi napas 21x/menit, suhu 36,5C

payudara sebelah kanan teraba benjolan padat, berbatas jelas dan dapat digerakan. Perawat memberikan konseling tentang pemeriksaan SADARI. Apakah tujuan dari pemeriksaan tersebut?

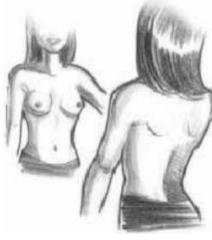
- a. Untuk mencegah terjadinya mastitis
- b. Untuk mencegah terjadinya kanker rahim
- c. Untuk mencegah terjadinya kanker ovarium
- d. Untuk mencegah terjadinya abses payudara
- e. Untuk mencegah terjadinya kanker payudara

#### 7. Pembahasan :

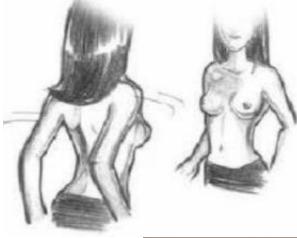
Bawa tujuan dilaksanakannya SADARI yaitu untuk mendeteksi secara dini adanya benjolan abnormal pada payudara wanita, mendeteksi secara diniadanya perubahan yang abnormal pada payudara, serta untuk mendeteksi kanker payudara secara dini

#### 8. Prosedur Tindakan Pemeriksaan Fisik Payudara (SADARI)

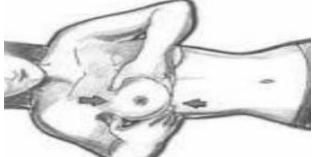
ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>FASE PRAINTERAKSI</b> 1. Kaji keadaan Umum Pasien 2. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan 3. Kaji kesiapan psikologis pasien dilakukan tindakan	<b>Rasional :</b> Untuk mengetahui keadaan kondisi umum dan psikologis pasien
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>  <b>FASE ORIENTASI</b> <b>Persiapan Alat</b> (* = wajib ada) 1. Cermin 2. Handuk 3. Kapas Baby oil 4. Waslap 5. Baskom 6. Bengkok 7. Lampu terang	

<b>Persiapan Klien</b>	<p>Rasional :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan</li> <li>2. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> <li>3. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>4. Atur posisi pasien</li> <li>5. Menanggalkan pakaian dan bra yang digunakan sehingga menutup dada</li> <li>6. Berdiri tepat di depan cermin atau berbaring diatas kasur dengan penerangan yang baik.</li> </ul>
<b>Persiapan Lingkungan</b>	
<b>Implementation (I) : Implementasi</b>	
<b>FASE KERJA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan ibu tidak sedang menyusui dan hamil</li> <li>2. Meminta ibu untuk membuka baju dan bra</li> <li>3. <b>Pemeriksaan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melihat Perubahan Payudara di hadapan cermin Lihat pada cermin, bentuk dan keseimbangan bentuk payudara (simetris atau tidak).</li> </ul> </li> </ul>	 

<p>Cara melakukanya :</p> <p><b>Tahap 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melihat perubahan bentuk dan besarnya payudara, perubahan puting susu, serta warna kulit di sekitar payudara di depan cermin.</li> <li>• Kelainan yang mungkin ditemukan seperti kulit payudara berkerut, terdapat benjolan, terdapat lekukan, posisi puting susu yang tidak normal, perubahan warna kulit yang tidak normal (merah, kasar, dan berkerut), payudara terasa nyeri.</li> </ul>	<p><b>Rasional :</b></p> <p><b>Melihat Bentuk Payudara di Cermin</b></p> <p>Untuk menemui kelainan yang terdapat pada payudara</p>
<p><b>Tahap 2</b></p> <p>Periksa payudara dengan tangan diangkat di atas kepala. Dengan maksud untuk melihat retraksi kulit atau perlekatan tumor terhadap otot atau fascia dibawahnya.</p>	  <p><b>Periksa Payudara dengan Kedua Lengan Diangkat</b></p>

<p><b>Tahap 3</b></p> <p>Berdiri tegak di depan cermin dengan tangan disamping kanan dan kiri. Miringkan badan ke kanan dan kiri untuk melihat perubahan pada payudara.</p>	  <p><b>Berdiri di Depan Cermin Kedua Lengan Disamping</b></p>
<p><b>Tahap 4</b></p> <p>Menegangkan otot-otot bagian dada dengan berkacak pinggang/ tangan menekan pinggul dimaksudkan untuk menegangkan otot di daerah axilla</p>	  <p><b>Menegangkan Otot Bagian Dada dengan Berkacak Pinggang</b></p>
<p>b. Melihat Perubahan Bentuk Payudara Dengan Cara Berbaring</p> <p>Cara melakukanya :</p> <p><b>Tahap 1</b></p> <p><b>Persiapan</b> : Dimulai dari payudara kanan. Oleskan lotion ditelapak tangan. Baring menghadap ke kiri. Letakkan bantal di bawah bahu sebelah kanan untuk menaikan bagian yang akan</p>	

<p>diperiksa. Kemudian letakkan tangan kanan Anda di bawah kepala. Gunakan tangan kiri untuk memeriksa payudara kanan . Gunakan telapak jari-jari untuk memeriksa sembarang benjolan atau penebalan. Periksa payudara dengan menggunakan <i>Vertical Strip</i> dan <i>Circular</i> dengan membentuk sudut 90 derajat.</p>	 <p><b>Persiapan Melakukan SADARI</b></p>
<p><b>Tahap 2</b></p> <p><b>Pemeriksaan Payudara dengan <i>Vertical Strip</i> :</b></p> <p>Memeriksa seluruh bagian payudara dengan cara vertical, dari tulang selangka di bagian atas ke bra-line di bagian bawah, dan garis tengah antara kedua payudara ke garis tengah bagian ketiak Anda. Gunakan tangan kiri untuk mengawali pijatan pada ketiak. Kemudian putar dan tekan kuat untuk merasakan benjolan. Gerakkan tangan Anda perlahan-lahan ke bawah bra line dengan putaran ringan dan tekan kuat di setiap tempat. Di bagian bawah bra line, bergerak kurang lebih 2 cm kekiri dan terus ke arah atas menuju tulang selangka dengan memutar dan menekan. Bergeraklah ke atas dan ke bawah mengikuti pijatan dan meliputi seluruh bagian yang ditunjuk.</p>	 <p><b>Pemeriksaan Payudara dengan <i>Vertical Strip</i></b></p>

<p><b>Tahap 3</b></p> <p><b>Pemeriksaan Payudara dengan Cara Memutar :</b> Berawal dari bagian atas payudara dengan membuat putaran yang besar. Bergeraklah sekeliling payudara dengan memperhatikan benjolan yang luar biasa. Buatlah sekurang-kurangnya tiga putaran kecil sampai ke puting payudara. Lakukan sebanyak 2 kali. Sekali dengan tekanan ringan dan sekali dengan tekanan kuat. Jangan lupa periksa bagian bawah areola mammae.</p>	  <p><b>Pemeriksaan Payudara dengan Cara Memutar</b></p>
<p><b>Tahap 4</b></p> <p><b>Pemeriksaan Cairan di Putting Payudara :</b> Dengan menggunakan kedua tangan, kemudian tekan payudara untuk melihat adanya cairan abnormal dari puting payudara</p>	  <p><b>Pemeriksaan Cairan di Putting Payudara</b></p>

<p><b>Tahap 5</b></p> <p><b>Memeriksa Ketiak :</b></p> <p>Letakkan tangan kanan ke samping dan rasakan ketiak dengan teliti, apakah teraba benjolan abnormal atau tidak. Lakukan hal yang sama pada payudara kiri.</p>	 <p style="text-align: center;"><b>Memeriksa Ketiak</b></p>
<p><b>FASE TERMINASI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merapikan pasien</li> <li>• Menanyakan pada pasien apa yang dirasakan setelah Pemeriksaan</li> <li>• Menyimpulkan hasil pemeriksaan yang dilakukan</li> <li>• Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li> <li>• Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan pasien</li> <li>• Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam</li> <li>• Merapikan alat dan perawat mencuci tangan</li> </ul>	
<p><b>Evaluation (E) : Evaluasi</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi klien terhadap payudara</li> <li>2. Evaluasi respon klien terhadap tindakan</li> <li>3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</li> </ol>	Membantu perawat dalam mengakaji perubahan dari payudara
<p><b>Sikap</b></p>	

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>2. Melakukan tindakan dengan sistematis</li> <li>3. Komunikatif dengan pasien</li> <li>4. Percaya diri</li> </ol>	
--	--

## B. PEMERIKSAAN FISIK GENITALIA BAGIAN LUAR DAN DALAM WANITA

### 1. Definisi

Pemeriksaan genitalia wanita adalah merupakan prosedur yang dilakukan untuk menilai kelainan pada sistem genitalia wanita seperti kanker serviks, klamidiasis, gonorrhea, kista Bartholin, atau dispareunia. Pemeriksaan ini menjadi dasar untuk pemeriksaan lain seperti pengambilan swab vagina. Pemeriksaan fisik genitalia wanita juga umum dilakukan saat *medical check up* sebagai bagian dari skrining kanker serviks.

### 2. Tujuan Pemeriksaan Fisik Genitalia Wanita

Untuk mengetahui apakah klien mempunyai masalah dengan genetalia (alat vital) baik intern/ekstern.

- a. Melihat dan mengetahui organ organ yang termasuk dalam genetalia.
- b. Mengetahui adanya abnormalitas pada genetalia, missal varises, edema, Tumor, atau benjolan, infeksi, luka dan iritasi, pengeluaran cairan atau darah dan sebagainya.
- c. Melakukan perawatan genetalia.
- d. Mengetahui kemajuan proses persalinan pada ibu hamil atau persalinan.

### 3 Indikasi Pemeriksaan Fisik Genitalia Wanita

Indikasi pemeriksaan fisik genitalia wanita adalah untuk membantu menegakkan diagnosis penyakit seperti klamidiasis, gonorrhea, kanker serviks, prolaps uterus, kista Bartholin dan untuk menilai kehamilan. Selain itu, pemeriksaan juga dapat dilakukan untuk proses skrining penyakit tertentu seperti keganasan dan untuk kebutuhan terapi seperti pengangkatan polip atau pemasangan alat kontrasepsi.

#### **4. Kontraindikasi**

Umumnya tidak ada kontraindikasi untuk pemeriksaan fisik genitalia wanita, terutama untuk organ genitalia eksterna. Pemeriksaan ini merupakan prosedur sederhana dan noninvasif sehingga tidak memiliki risiko bermakna. Namun, tidak adanya *informed consent* dapat menjadi kontraindikasi absolut.

Pada kelompok wanita tertentu seperti wanita hamil dengan usia kehamilan kurang dari 36 minggu, kehamilan menjadi kontraindikasi pemeriksaan organ genitalia interna dengan teknik bimanual dan dengan spekulum karena dapat menyebabkan infeksi, ruptur membran *amniochorionic*, dan persalinan preterm.

#### **5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)**

- a. Apakah wanita tersebut sudah aktif dalam seksual. Jika wanita tersebut belum aktif secara seksual maka pemeriksaan terbatas pada pemeriksaan abdomen dan inspeksi organ genitalia eksternal saja.
- b. Pada Pemeriksaan vagina harus diperhatikan kelainan pada daerah introitus vagina(kista Bartolini atau abses Bartolini), kekuatan dinding vagina, servik uteri, ukuran dan bentuk servik uteri dan konsistensi vagina(kenyal, lunak , tanda hegar) dan kelainan kongenital.
- c. Pada pemeriksaan bagian uterus yang harus diperhatikan adalah: Bentuk uterus,ukuran datau dimensi uterus, posisi uterus, konsistensi ( padat, lunak), permukaan uterus(bermodul, rata) dan kelainan kongenital.

#### **6. Latihan Soal**

Seorang wanita berusia 34 tahun P2A0 datang ke poli gynekologi RS dengan keluhan keputihan banyak dan perdarahan pasca sanggama. Pasien haid terakhir 2 minggu yang lalu. pasien adalah seorang perokok, menikah pada usia 16 tahun dan sering bergonta ganti pasangan. Pemeriksaan fisik umum dalam batas normal. Pemeriksaan inspekulo didapatkan portio licin, mudah berdarah dan sambungan skuamo kolumnar (SSK) dapat ditampakkan . Perawat rencana akan melakukan pemeriksaan dalam untuk menegakan diagnosis.

Bagaimana cara melakukan metode pemeriksaan dari kasus di atas?

- a. Menggunakan speculum untuk melihat serviks
- b. Mengolesi serviks atau leher Rahim dengan betadine

- c. Mengolesi serviks atau leher rahim dengan asam asetat
- d. Melakukan swab pada serviks dengan menggunakan kassa
- e. Menggunakan kapas lidi untuk mengambil cairan lendir serviks

**Jawaban : C**

#### **7. Pembahasan :**

Pemeriksaan dilakukan dengan cara melihat serviks yang telah diberi asam asetat 3-5% secara inspekulo. Setelah serviks dioleskan dengan asam asetat, maka akan terjadi perubahan warna pada serviks, dan dapat diamati secara langsung serta dapat dibaca hasilnya apakah normal atau abnormal.

#### **8. Daftar Pustaka**

- Anugerah, Suhartatik, & Mato, R.(2022). Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Sadari (pemeriksaan payudara sendiri) sebagai Tindak Deteksi Dini Kanker Payudara Di desa Pundilemo Kec. Cendana Kab. Enrekang. *JIMPK : Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, vol 1 no 4. 2022
- Boby Febri K (2019). Deteksi Dini Kanker Payudara Dengan Pemeriksaan Payudara Sendiri (Sadari). Andalas University Press
- Dina P. Utami ( 2020). Modul Pratikum Laboratorium Keperawatan Maternitas II, Wonocolo Utara, Surabaya
- Erina F, Nurul A & Rafhani R (2021). Praktik Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) pada Remaja Putri Berdasarkan Pengetahuan. Midwifery Jurnal Kebidanan Vol 7 issue 2 4 oktober 2021
- Ety Nurhayati, 2018. Pemeriksaan Fisik Organ Reproduksi. Universitas Usa Unggul
- Haelle T, 2020. Unnecessary Pelvic Exams, Pap Tests Common in Young Women. Medscape.. <https://www.medscape.com/viewarticle/923422>
- Hafi Nurinasari, Eric Edwin, dll 2019 . Buku Pedoman Pemeriksaan Gynekologi Dasar. FK. Universitas Sebelas Maret Surakata
- Miranda AM ,2018.. Pelvic Examination. Medscape.
- Nuke, I. D., Dewi, P., & Astuti, P. I. (2018). Buku Ajar LesiPra Kanker Wanita Usia Subur (Pemeriksaan Skrining Tes Iva). Unimus Press Semarang

Wita Asmalinda, dkk ( 2022). Deteksi Dini Kanker Payudara Menggunakan Pemeriksaan Payudara Sendiri (Sadari). *ABDIKEMAS: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, vol 4 no 1 Juni 2022.

### Prodesur Pemeriksaan Fisik Genitalia Wanita

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL& GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>FASE PRAINTERAKSI</b> 1. Kaji keadaan Genitalia atau Vulva 2. Kaji apakah pasien menggunakan kateter atau tidak 3. Review catatan medis dokter 4. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan pemeriksaan genitalia	<b>Rasional :</b> Untuk mengetahui bentuk dan kondisi dari genitalia Untuk mempermudah proses pemeriksaan
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	
<b>FASE ORIENTASI</b> <b>1. PERSIAPAN ALAT</b> (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meja periksa atau kursi pemeriksaan pelvis*</li> <li>• Lampu Periksa*</li> <li>• Selimut penganti</li> <li>• Sarung Tangan / handschoen Steril*</li> <li>• Spekulum Graeve*</li> <li>• Stetoskop Laennec / Doppel</li> <li>• Klem Kelly (tampon tang)*</li> <li>• Kapas steril*</li> <li>• Kassa Steril</li> <li>• Larutan Desinfektan ( air Hangat untuk vulva hygiene*)</li> <li>• Larutan Antiseptik (Povidone Iodine)</li> </ul>	 
<b>2. PERSIAPAN KLIEN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> <li>b. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>c. Kosongkan kandung kemih</li> </ol>	<b>Rasional :</b> Memastikan pasien yang akan diperiksa Mempermudah melakukan pemeriksaan nantinya

<p>d. Atur posisi klien dengan berbaring terlentang atau dengan berbaring dalam posisi litotomi</p>	
<p><b>3 PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jaga privasi klien (tutup tirai)</li> <li>b. Turunkan penghalang tempat tidur</li> </ul>	
<p><b>Implementation (I) : Implementasi</b></p>	
<p><b>FASE KERJA</b></p> <p><b>a. Pemeriksaan Genitalia Luar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Nyalakan lampu dan atur sehingga dapat mencapai daerah pemeriksaan</li> <li>2 Cuci tangan</li> <li>3 Pakai handscoen steril</li> <li>4 Posisikan klien posisi litotomi</li> <li>5 Buka pakaian bawah klien dan selimuti bagian yang tidak diamati.</li> <li>6 Mulai dengan mengamati rambut pubis perhatikan distibusi dan jumlahnya dan bandingkan sesuai usia perkembangan pasien.</li> <li>7 Amati kulit dan area pubi, perhatikan adanya lesi, eritema, fisura, leukoplakia, dan ekskorasi.</li> <li>8 Buka labia minora, klitoris dan amati bagian dalam labia mayora labia minora klitoris dan meatus utera. Perhatikan setiap ada pembekakan, ulkus, rabas atau nodular.</li> <li>9 Kembalikan posisi pasien pada posisi awal atau posisi nyaman bagi pasien</li> <li>10 Pasang kembali pakaian bawah klien</li> <li>11 Ganti selimut mandi dengan selimut klien</li> <li>12 Lepaskan handscoen</li> </ol>	 <p>Pemeriksaan Fisik Genitalia Luar / Vulva</p>  <p>Mengamati bagian dalam labia mayora dan labia minora serta klinoris</p>
<p><b>b. Pemeriksaan Genitalia Dalam</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyalakan lampu dan atur sehingga dapat mencapai daerah pemeriksaan</li> <li>2. Cuci tangan</li> <li>3. Pakai handscoen steril</li> <li>4. Posisikan klien posisi litotomi</li> </ol>	

5. Buka pakaian bagian bawah klien dan selimuti bagian yang tidak diamati
6. Ambil kapas yang telah dibasahi dengan larutan disinfektan dengan klem Kelly (Tampon tang)/ vulva Hgnine
7. Bersihkan vulva dan vagina secara sistematis, dengan prinsip memulai dari sentral ke perifer. Daerah anal dilakukan terakhir.
8. Buang kapas yang telah terpakai pada tempat sampah.
9. Lumasi jari telunjuk anda dengan air steril, masukkan ke dalam vagina, dan identifikasi kelunakan serta permukaan serviks. Tindakan ini bermaafat untuk mempergunakan dan memilih speculum yang tepat. Keluarkan jari bila sudah selesai.
10. Siapakan speculum dengan ukuran dan bentuk tang sesuai dan lumasi dengan air hangat terutama bila akan mengambil specimen
11. Bila speculum sudah berada di vagina, keluarkan dua jari anda, dan putar speculum ke arah posisi horizontal dan pertahankan penekanan pada sisi bawah / posterior.
12. Buka speculum, letakkan pada serviks dan kunci bila sehingga tetap membuka
13. Bila serviks sudah terlihat, atur lampu untuk memperjelas penglihatan dan amati ukuran, laserisasi erosi , nodular, masa, rabas, dan warna serviks. Normalnya bentuk servik melingkar atau oval pada nulipara, sedangkan pada para membentuk celah.
14. Bila diperlukan specimen sitologi, ambil dengan cara usapan menggunakan aplikator dari kapas.



Membersihkan vulva



Membuang kapas ke bengkok



Identifikasi permukaan servik

<p>15. Bila sudah selesai, kendurkan sekrup speculum. Tutup speculum dan tarik keluar secara perlahan lahan.</p> <p>16. Kembalikan posisi pasien pada posisi awal atau posisi nyaman bagi pasien</p> <p>17. Pasang kembali pakaian bawah klien</p> <p>18. Ganti selimut mandi dengan selimut klien</p> <p>19. Lepaskan handscoen</p>	
<b>FASE TERMINASI</b>	
<p>1. Beri <i>reinforcement positif</i></p> <p>2. Rapikan alat</p> <p>3. Cuci tangan</p>	
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
<p>1. Evaluasi klien terhadap genatalia dan vagina</p> <p>2. Evaluasi respon klien terhadap tindakan</p> <p>3. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan</p>	Membantu perawat dalam mengakaji perubahan dari pemeriksaan Fisik genitalia luar dan dalam
<b>Sikap</b>	
<p>1. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>2. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>3. Komunikatif dengan pasien</p> <p>4. Percaya diri</p>	



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **PERSIAPAN USG OBSTETRIK**



## **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PERSIAPAN USG OBSTETRIK**

### **1. Definisi**

Ultrasonografi (USG) adalah metode pemeriksaan dengan memanfaatkan gelombang suara atau ultrasound agar dapat melihat janin di dalam kandungan, dimana tranduser menjadi perantara untuk memancarkan gelombang kemudian diwujudkan menjadi gambar. Persiapan USG adalah menyiapkan klien menjalani pemeriksaan untuk melihat organ dalam perut baik yang diam ataupun bergerak dengan menggunakan ultrasonografi (USG).

### **2. Tujuan**

Persiapan USG pada ibu hamil untuk menyiapkan klien secara fisik dan emosional dalam melakukan pemeriksaan atau pemindaian USG janin. Tujuannya untuk memberikan informasi yang akurat yang akan memfasilitasi pemberian asuhan antenatal yang optimal bagi ibu dan janin. Pemanfaatan USG dalam kehamilan digunakan sebagai alat pemantau kesejahteraan janin, melihat perkembangan kehamilan seperti usia gestasi, viabilitas janin, letak dan jumlah janin, persiapan persalinan dan masalah-masalah lainnya.

### **3. Indikasi**

Indikasi USG pada tiap trimester dengan tujuan:

#### **a. Trimester I**

- 1). Memastikan adanya kantong kehamilan
- 2). Menentukan kehamilan intrauterin atau ekstra uterin
- 3). Menentukan kehamilan tunggal atau ganda
- 4). Mendeteksi denjut jantung janin (DJJ) dimulai sejak usia kehamilan 7-8 minggu
- 5). Menentukan usia kehamilan dengan mengukur kantong kehamilan

#### **b. Trimester II**

- 1). Memastikan kehamilan tunggal atau ganda
- 2). Menentukan viabilitas janin
- 3). Medeteksi kelainan kongenital pada janin
- 4). Menentukan usia kehamilan

- c. Trimester III
  - 1). Menentukan adanya solusio plasenta
  - 2). Menentukan adanya plasenta previa
  - 3). Memastikan letak dan presentasi janin
  - 4). Menghitung volume air ketuban
  - 5). Menentukan berat janin dengan pemeriksaan BPD, AC dan FL
  - 6). Melihat anomaly kongenital yang terlambat muncul atau baru teridentifikasi dan gangguan pertumbuhan janin
  - 7). Mengevaluasi keadaan serviks uteri yang berisiko terjadinya kehamilan preterm
  - 8. mengukur ketebalan segmen bawah rahim pada klien bekas Sectio Caesar

Pemeriksaan USG diluar program skrining dapat dilakukan hanya bila ada indikasi medis, diantaranya:

- a. Perdarahan
  - b. Nyeri pelvis
  - c. Kecurigaan mola hidatidosa
  - d. Kecurigaan massa pelvis atau kelainan uterus
  - e. Ketuban pecah dini
4. Kontraindikasi  
Tidak ada.
5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)
- a. Sebelum melakukan pemeriksaan, tranduser diolesi dengan jeli. Hal ini untuk membantu memudahkan pemeriksa agar dapat menghasilkan pencitraan yang baik. Setelah selesai, sisa jeli dibersihkan baik ditranduser maupun diperut ibu.
  - b. Pemeriksa harus memakai sarung tangan sekali pakai. Apabila pemeriksaan USG telah selesai dilakukan, sarung tangan harus dibuang pada tempat sampah medis untuk mencegah penyebaran infeksi dan pemeriksa mencuci tangan.
  - c. Transduser selalu dipegang oleh tangan yang terdekat dengan tubuh klien untuk mencegah transduser atau kabel penghubung transduser melilit tubuh atau terinjak oleh kaki pemeriksa.

6. Contoh Kasus (Dalam bentuk soal UKOM – Sesuai dengan Topik/Judul)  
Seorang perempuan, 22 tahun, primigravida, umur kehamilan 29 minggu, datang ke puskesmas dengan keluhan tidak merasakan gerakan janin dan adanya bercak coklat kehitaman di celana dalam. Hasil pemeriksaan Tekanan Darah 100/80 mmHg, frekuensi nadi 83x/m, frekuensi pernapasan 22x/m, suhu 37,6C. Perawat akan melakukan pemeriksaan untuk memastikan kondisi janin.

Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Leopold
- B. Saturasi oksigen ibu
- C. Ultrasonografi (USG)
- D. Monitor pernapasan ibu
- E. Pemeriksaan darah lengkap

7. Pembahasan soal kasus

Kunci jawaban: C

Pemeriksaan USG dilakukan untuk menentukan usia gestasi, viabilitas janin, letak dan jumlah janin, serta deteksi anomali janin. Indikasi dilakukan USG adanya perdarahan. Dapat dilihat pada kasus tersebut ibu mengeluh "tidak merasakan gerakan janin dan adanya bercak coklat kehitaman di celana dalam".

8. Daftar Pustaka

Afriyanti, Detty., dkk. 2022. Buku Ajar Asuhan Kehamilan S1 Kebidanan Jilid I.

Herlambang. 2021. Ultrasonografi Obstetri Dasar: Untuk mahasiswa kedokteran dan dokter umum. Jambi: Salim Media Indonesia.

PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<p><b>Fase Prainteraksi</b></p> <p>1. Identifikasi indikasi dilakukan pemeriksaan USG</p> <p>2. Kaji kesiapan klien secara fisik dan emosional</p>	 <p><b>Rasional :</b></p> <p>Mengidentifikasi indikasi dilakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui kondisi klien apakah perlu dilakukan pemeriksaan USG atau tidak. Pemeriksaan USG diluar program skrining dapat dilakukan hanya bila ada indikasi medis</p>  <p>Mengkaji kesiapan klien secara fisik dan emosional untuk menyiapkan klien ketika menerima hasil pemeriksaan USG terhadap kondisi baik atau buruk janin yang dikandung klien.</p>
<b>Planning (P) : Perencanaan</b>	

- Tisu\*
- Tirai



Sarung tangan bersih digunakan untuk menjaga kebersihan tangan



Mesin USG digunakan untuk melihat organ dalam perut baik yang diam ataupun bergerak dengan menggunakan ultrasonografi (USG).



Jeli digunakan untuk memudahkan pemeriksa agar dapat menghasilkan pencitraan yang baik

	 <p>Tisu untuk membersihkan gel yang dioleskan di daerah perut setelah selesai dilakukan pemeriksaan USG</p>  <p>Tirai sebagai sampiran untuk menjaga privasi klien, jika berada di ruangan terbuka</p>
<b>PERSIAPAN KLIEN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>4. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien</li> </ul>	 <p><b>Rasional :</b> Mengucapkan salam disesuaikan dengan waktu saat dilakukan pemeriksa sebagai kalimat pembuka saat pertemuan awal. Mengenalkan diri bertujuan untuk memberitahu nama pemeriksa agar klien mengetahui nama dan pekerjaan pemeriksa. Mengecek identitas klien agar klien yang akan diperiksa sesuai identitasnya dan tidak salah klien.</p>

5. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan	 <p>Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan bertujuan untuk memberi tahu klien tentang tujuan dan prosedur yang akan dilakukan dalam melaksanakan persiapan pemeriksaan USG.</p>
<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b> 6. Jaga privasi klien (tutup tirai)	 <p>Tutup tirai untuk menjaga privasi klien, jika berada diruangan terbuka.</p>
<b>Implementation (I) : Implementasi</b> <b>Fase Kerja</b> 7. Cuci tangan	 <p>Cuci tangan untuk membersihkan tangan dari kotoran atau kuman supaya bersih.</p>

8. Pakai sarung tangan bersih



Pakai sarung tangan bersih untuk mencegah penularan infeksi dari tangan pemeriksa.

9. Atur posisi klien berbaring dengan posisi nyaman. Lalu buka pakaian klien area abdomen



**Rasional :**  
Mengatur posisi klien berbaring dengan posisi nyaman dan membuka pakaian klien area abdomen untuk memberikan rasa nyaman bagi klien dan memudahkan dalam melakukan pemeriksaan di area perut klien.

10. Hidupkan mesin USG. Lakukan pendataan sesuai rekam medis klien, tekan tombol "klien", gunakan *track ball* dan keyboard untuk mengisi data pada sheet klien



Hidupkan mesin USG agar mesin siap digunakan untuk pemeriksaan. Lakukan pendataan sesuai rekam medis klien, tekan tombol "klien", gunakan *track ball* dan keyboard untuk mengisi data

11. Oleskan jelly pada klien dan gunakan probe yang telah di pilih untuk melakukan pemeriksaan

pada sheet klien agar cetak hasil pemeriksaan USG sesuai dengan nama klien yang diperiksa.



Mengoles jelly pada klien untuk membantu memudahkan pemeriksa agar dapat menghasilkan pencitraan yang baik

12. Fasilitasi pemeriksaan USG, cetak hasil pemeriksaan USG dari mesin dan diskusikan hasil pemeriksaan dengan tim medis



memfasilitasi pemeriksaan USG, mencetak hasil pemeriksaan USG dari mesin dan mendiskusikan hasil pemeriksaan dengan tim medis untuk mengetahui hasil pemeriksaan janin yang dilakukan oleh tenaga medis.

13. Matikan mesin USG



Matikan mesin USG untuk menjaga mesin tetap terawat setelah selesai melakukan pemeriksaan USG.

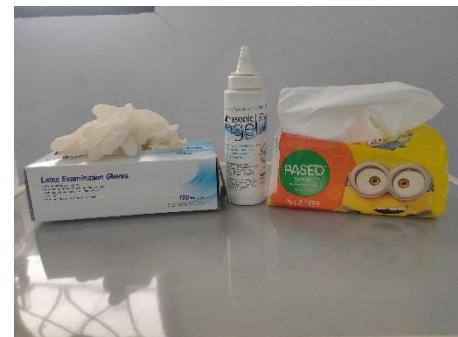
14. Rapikan klien



Rapikan klien dengan membersihkan sisa gel dan menutup kembali area perut klien

### Fase Terminasi

15. Rapikan alat



Rapikan alat untuk mengembalikan alat-alat ketempat semula, menjaga alat tetap bersih, rapi dan terawat.

16. Cuci tangan	 Cuci tangan untuk membersihkan tangan setelah selesai menggunakan sarung tangan dan mencegah penularan infeksi melalui tangan.
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b>	
17. Evaluasi respon klien terhadap tindakan	 mengevaluasi respon klien terhadap tindakan dilakukan untuk menanyakan bagaimana respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.
18. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	 Mendokumentasikan tindakan dan hasil tindakan bertujuan untuk mendata tindakan dan hasil tindakan yang telah dilakukan di status rekam medis klien meliputi hari, tanggal, jam dan hasilnya.

<b>Sikap</b>	
19. Menerapkan kebersihan tangan sebelum dan sesudah tindakan	 <p>Menerapkan kebersihan tangan sebelum dan sesudah tindakan untuk menjaga tidak ada penularan infeksi melalui tangan</p>
20. Melakukan tindakan dengan sistematis dan komunikatif dengan klien	 <p>Melakukan tindakan dengan sistematis bertujuan supaya tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar operasional yang ada. Komunikatif dengan klien bertujuan agar terjadi interaksi yang baik antara pemeriksa dan klien.</p>
21. Percaya diri	 <p>Sikap percaya diri pemeriksa penting ada supaya pemeriksa yakin dengan tindakan yang akan dilakukan terhadap klien. Selain itu, pemeriksa tidak akan tampak gugup atau takut ketika melakukan setiap tindakan.</p>



# **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

## **MEMERAH ASI PADA IBU BEKERJA**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

## **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN MEMERAH ASI PADA IBU BEKERJA**

### **1. Definisi**

Memerah Air Susu Ibu (ASI) adalah upaya untuk mengosongkan ASI di payudara agar ASI tetap dapat di produksi dengan baik. Ibu bekerja memiliki keterbatasan waktu untuk memberikan ASI secara langsung sehingga ibu dan bayi harus memiliki cadangan ASI yang dapat diberikan secara tidak langsung. Hal ini dilakukan agar pemberian ASI dapat dilakukan secara eksklusif. Memerah ASI disertai dengan pemijatan disebut dengan teknik marmet.

### **2. Tujuan**

Tujuan dari tindakan memerah ASI adalah:

- a. Mengosongkan payudara sehingga ASI lebih cepat dan mudah untuk di produksi kembali
- b. Mencegah terjadinya bendungan ASI di payudara yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi ibu, serta menghambat terproduksinya ASI
- c. Tersedia ASI untuk bayi ibu bekerja/masalah menyusui

### **3. Indikasi**

- a. Ibu bekerja menjadi salah satu alasan perlunya melakukan memerah ASI

### **4. Kontraindikasi**

Kontraindikasi dilakukan perah ASI dengan tangan adalah Ibu sedang mengalami infeksi virus herpes simplex (HSV) ataupun MPOX pada bagian payudara

### **5. Hal yang perlu diperhatikan (saat melakukan tindakan tersebut)**

- a. Jaga privacy klien
- b. Ibu/ klien harus nyaman dan rileks

6. Contoh Kasus (Dalam bentuk soal UKOM – Sesuai dengan Topik/Judul)
- Seorang wanita postpartum hari ke 1, dengan riwayat obstetri P1A0, mengatakan bahwa payudaranya agak nyeri dan belum memberikan ASI langsung karena bayi masih di NICU. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan TD 120/78 mmHg, RR: 20x/menit, N: 98x/menit, S: 37,3 derajad celcius. Klien mengatakan dirinya ingin memberikan ASI eksklusif, tapi dirinya pesimis karena setelah satu bulan harus kembali bekerja lagi. Intervensi apa yang bisa dilakukan oleh perawat?
- Jawaban: Edukasi pijat payudara dan memerah ASI

7. Pembahasan soal kasus

Pijat payudara dan memerah ASI dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya bendungan ASI di payudara ketika ibu tidak bisa memberikan ASI langsung kepada bayinya. Perah ASI juga dapat dilakukan untuk mencukupi kebutuhan ASI bayi selama ibu tinggal bekerja.

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
<b>Assessment (A) : Pengkajian</b>	
<b>Fase Prainteraksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kaji keadaan kenyamanan klien</li> <li>Kaji daerah payudara klien</li> <li>Review catatan medis dokter</li> <li>Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan edukasi memerah ASI</li> </ol>	
<b>Planning (P) : Perencanaan</b> <b>Fase Orientasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>PERSIAPAN ALAT</b>(* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> <li>washlap,</li> <li>waskom berisi air hangat.</li> <li>Sisir</li> <li>Handuk</li> <li>Cangkir/gelas</li> <li>Penampung ASI</li> </ul> </li> </ol>	

	
<b>PERSIAPAN KLIEN</b>	
6. Ucapkan salam, perkenalkan diri dan cek identitas klien 7. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 8. Tinggikan tempat tidur (agar posisi kerja nyaman, mencegah cedera)	
<b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b>	
9. Jaga privasi klien(tutup tirai) 10. Atau turunkan penghalang tempat tidur	
<b>Implementation (I) : Implementasi</b>	
<b>Fase Kerja</b>	
11. Cuci tangan kedua tangan ibu dengan benar dan menggunakan sabun 12. Usahakan rileks dan pilih tempat atau ruangan untuk memerah ASI yang tenang dan nyaman 13. Kompres payudara dengan air hanyat. Gunakan handuk kecil, waslap, atau kain lembut lainnya 14. Mulailah mengurut payudara dengan langkah sebagai berikut: a. Massage 1) Pergunakan 2 jari, yaitu telunjuk dan jari tengah. Tangan kanan mengurut payudara kiri dan tangan kiri mengurut payudara kanan 2) Bila payudara besar, gunakan keempat jari 3) Dengan tekanan ringan, lakukan gerakan meingkar dari dasar payudara dengan gerakan spiral ke arah puting susu  b. Stroke 1) Dengan menggunakan jari-jari tangan, tekan-tekanlah payudara secara lembut. Dari dasar payudara ke arah puting susu dengan garis lurus, kemudian dilanjutkan	

<p>secara bertahap ke seluruh bagian payudara</p> <p>2) Dengan menggunakan sisir yang bergigi lebar "sisirlah" payudara secara lembut, dari dasar payudara ke arah puting susu</p> <p>3) Dengan ujung jari, lakukan stroke dari dasar payudara ke arah puting susu</p> <p>c. Shake</p> <p>1) Dengan posisi tubuh condong ke depan, kocok/goyangkan payudara dengan lembut, biarkan daya tarik bumi meningkatkan stimulasi pengeluaran ASI</p> <p>15. Selanjutnya memerah ASI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Setelah dilakukan pemijatan dengan tahapan di no 14, pegang payudara dengan salah satu tangan posisi ibu jari diletakkan di bagian atas sekitar areola dan jari telunjuk di posisi bawah</li> <li>Cangkir/gelas atau botol penampung ASI diletakkan di bawah putting susu, lalu tangan yang memegang payudara dengan melakukan gerakan tekan areola ke arah dada-peras-lepas tekan-peras-lepas sampai payudara kosong (peras dari seluruh sisi areola)</li> <li>Simpan ASI dalam wadah tertutup dan beri etiket (nama, tanggal, jam peras)</li> <li>Berika ASI sesuai dengan waktu pemberian dan kebutuhan</li> <li>Amati keadaan payudara dan kelancaran pengeluaran ASI, lalu rapikan alat-alat</li> </ol> <p><b>Fase Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Beri <i>reinforcement positif</i></li> <li>Rapikan alat</li> <li>Cuci tangan</li> </ol>	    
<b>Evaluation (E) : Evaluasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi klien terhadap payudara</li> <li>Evaluasi pengeluaran ASI</li> </ol>	

21. Evaluasi respon klien terhadap tindakan 22. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	
<b>Sikap</b>	
23. Menerapkan <i>hand hygiene</i> sebelum dan sesudah tindakan 24. Melakukan tindakan dengan sistematis 25. Komunikatif dengan klien 26. Percaya diri 27. Empati kepada klien	

**PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

**PROSEDUR PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

**(PAP SMEAR)**



## **PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN**

### **PROSEDUR PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK (PAP SMEAR)**

#### **1. Definisi**

*Pap Smear* adalah suatu pemeriksaan mikroskopik terhadap sel-sel yang diperoleh dari apusan serviks untuk mendeteksi dini perubahan atau abnormalitas dalam serviks sebelum sel-sel tersebut menjadi kanker (Taufan Nugroho, 2014).

#### **2. Tujuan dari pemeriksaan *Pap Smear* adalah :**

- a. Mencoba menemukan sel – sel yang tidak normal dan dapat berkembang menjadi kanker serviks
- b. Alat untuk mendeteksi adanya gejala pra kanker leher rahim bagi seseorang yang belum menderita kanker
- c. Mengetahui adanya kelainan-kelainan yang terjadi pada sel-sel kanker leher rahim
- d. Mengetahui tingkat keganasan sel kanker

#### **3. Indikasi**

Beberapa faktor predisposisi yang memudahkan terjadinya kanker serviks yaitu :

- a. Mulai melakukan hubungan seksual aktif pada usia muda
- b. Melahirkan banyak anak
- c. Sering berganti-ganti pasangan sexual
- d. Memiliki kebiasaan merokok karena wanita perokok mempunyai resiko dua kali lebih besar untuk menderita kanker serviks
- e. Sering menderita infeksi di daerah kelamin.

#### **4. Kontraindikasi**

Menurut Kontraindikasi Pap smear menurut panduan dari *The American Cancer Society* adalah sebagai berikut:

- a. Wanita usia dibawah 21 tahun
- b. Wanita usia 65 tahun ke atas yang memiliki riwayat skrining kanker serviks secara rutin selama 10 tahun terakhir dengan hasil yang normal direkomendasikan untuk menghentikan skrining kanker serviks. Setelah skrining berhenti, tidak dianjurkan untuk dimulai kembali meskipun wanita

- tersebut memiliki pasangan seksual yang baru
- c. Wanita yang ssudah pernah melakukan prosedur histerektomi total harus berhenti melakukan skrining kanker serviks, kecuali prosedur histerektomi dilakukan sebagai tata laksana lesi prakanker dan kanker serviks.
  - d. Pap smear tidak dianjurkan untuk dilakukan setiap tahunnya jika hasil pemeriksaan didapatkan normal dan tidak ada faktor risiko penyerta seperti infeksi [HIV](#) dan daya tahan tubuh yang rendah
5. Hal yang perlu di perhatikan sebelum melakukan pap smear, adalah :
- a. Sebaiknya datang untuk pemeriksaan pap smear dua minggu setelah haid.
  - b. Pada saat pengambilan lendir usahakan otot-otot vagina rileks.
  - c. Tidak melakukan hubungan seksual 48 jam sebelum pengambilan lendir mulut rahim
  - d. Tidak menggunakan pembasuh antiseptik atau sabun antiseptik di sekitar vagina selama 72 jam sebelum pemeriksaan
6. Contoh kasus
- Seorang ibu usia 45 tahun datang ke Puskesmas merdeka dengan keluhan saat ini perdaraan pada saat tidak menstruasi dan saat berhubungan intim, sakit ketika berhubungan intim , keputihan berwarna coklat dan berbau busuk, mudah lelah dan tidak ada nafsu makan. Hasil pemeriksaan didapatkan TD : 120/70 mmhg, RR: 20x/mnt, nadi 78 x/mnt, suhu 36,8°C. dicurigai si ibu menderita kanker serviks. Tindakan apa yang dilakukan pada ibu untuk mendeteksi kanker serviks?
7. Pembahasan soal kasus
- Seorang wanita usia 45 tahun , Hasil wawancara didapatkan perdaraan saat tidak menstruasi dan pada saat berhubungan intim, keputihan berwarna coklat dan berbau busuk, pasien mudah lelah dan tidak ada nafsu makan, TD:120/70 mmhg, RR: 20X/menit, Nadi : 78X/menit, T: 36,8 °C. Tindakan yang tepat untuk mendeteksi kanker serviks adalah pemeriksaan pap smear.
8. Daftar Pustaka
- American Cancer Society. (2021). cancer-facts-and-figures-2021.  
Pillitteri. Adele. 2003. *Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family, Fourth Edition*. Philadelphia, Lippincott: Williams & Wilkins.

Sarwono, P. 2014. Ilmu Kebidanan. Jakarta : PT Bina Pustaka  
 Taufan Nugroho, (2014), Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita, Medical Book  
 Wijaya dan Delia (2010), Kenali dan waspda kanker serviks sejak dini

ASPEK KETERAMPILAN YANG DINILAI	RASIONAL & GAMBAR
Assessment (A) : Pengkajian	<p>Fase Prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Review catatan medis dokter</li> <li>2. Kaji kesiapan psikologis klien untuk dilakukan tindakan pap smear</li> <li>3. Lakukan Infomconsen</li> </ol> <p><b>Rasional :</b>          Tindakan yang akan dilaksanakan sesuai dengan instruksi dokter.          Dengan psikologis yang siap diharapkan pasien dapat relaks dalam pengambilan spesimen</p> 
Planning (P) : P	<p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. PERSIAPAN ALAT                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bak Steril berisi :</li> <li>• Speculum cocor bebek</li> <li>• Handsoon</li> <li>• Spatula ayre</li> </ul> </li> <li>- Object glass (kaca obyek)</li> <li>- Kapas dettol</li> <li>- Alkohol 95% (bahan fikasi pada tempatnya)</li> <li>- Cytocrep/hair spray</li> <li>- Etiket (label) dan pensil lampu sorot</li> <li>- Meja Gynekologi</li> <li>- Larutan Chlorine 0,5 %</li> <li>- Tempat sampah basah &amp; kering                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan alat dan bahan secara ergonomis</li> </ul> </li> </ol> 
PERSIAPAN KLIEN	<p>5. Ucapkan salam, perkenalkan diri</p> <p>Rasional :</p>

<p>dan cek identitas klien</p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan</p> <p>7. Pasien dalam keadaan siap untuk dilakukan Pap Smear</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak melakukan hubungan suami-istri 48 jam sebelum pengambilan lendir mulut rahim</li> <li>b. Waktu yang paling baik untuk pengambilan lendir adalah 2 minggu setelah selesai haid</li> <li>c. Jangan menggunakan pembasuh antiseptik atau sabun antiseptik disekitar vagina selama 72 jam sebelum pengambilan lendir servik</li> </ul> <p>8. Pasien diminta untuk kencing</p> <p>9. Pasien dipersilakan membuka pakaian bawah</p> <p>10. Pasien dipersilakan tidur di meja gynekolog</p> <p>11. Pasien tidur dalam posisi litotomi</p> <p>12. Pada saat pengambilan lendir servik usahakan otot-otot vagina rileks</p>	<p>Menghormati hak-hak klien untuk mengetahui tindakan yang akan diberikan.</p> 
<p><b>PERSIAPAN LINGKUNGAN</b></p> <p>13. Jaga privasi klien ( tutup tirai)</p> <p>14. Lampu sorot dinyalakan</p>	<p>Rasional :</p> <p>Klien merasa dihargai dan agar dalam pengambilan spesimen lebih jelas</p> 
<p><b>Implementasi (I) : Implementasi</b></p> <p><b>Fase Kerja</b></p> <p>15. Cuci tangan</p>	<p>Mencegah transmisi mikroorganisme</p>

	
16. Gunakan sarung tangan dengan benar	Melindungi diri terhadap kontaminasi 
17. Tanggalkan pakaian bawah ibu	Untuk mempermudah melakukan tindakan 
18. Bersihkan vulva dan perineum dengan kasa / kapas kering	Membersihkan vulva dan daerah sekitarnya 

19. Ambil spekulum cocor bebek (sesuaikan dengan ukuran yang dibutuhkan) dengan tangan kanan dan masukkan ke dalam introitus vagina dengan posisi lebar spekulum pada sumbu vertikal (anteroposterior)	<p>Sebagai jalan untuk pengambilan spesimen</p> 
20. Setelah ujung spekulum melewati introitus, dorong spekulum sampai pangkalnya, kemudian gagang spekulum diputar sampai pangkalnya, kemudian gagang spekulum diputar 90 derajat ke arah bawah	<p>Agar servik terlihat jelas</p> 
21. Visualisasi porto (Introitus vagina diregangkan dengan cara membuka spekulum sedemikian rupa sehingga lumen vagina, portio dan forniks terlihat jelas, kemudian spekulum dikunci pada posisi tersebut.	<p>Servik terlihat jelsa dan siap untuk tindakan pengambilan spesimen</p> 
22. Ambil spatula ayre, kemudian ujung yang pendek dimasukkan ke dalam ostium uteri eksterna sedalam 1-2 cm dan dilakukan usapan searah jarum jam(diputar 360 derajat	<p>Pengambilan spesimen</p>

23. Bahan hasil usapan tadi segera difiksasi (dihapuskan)pada object glas.



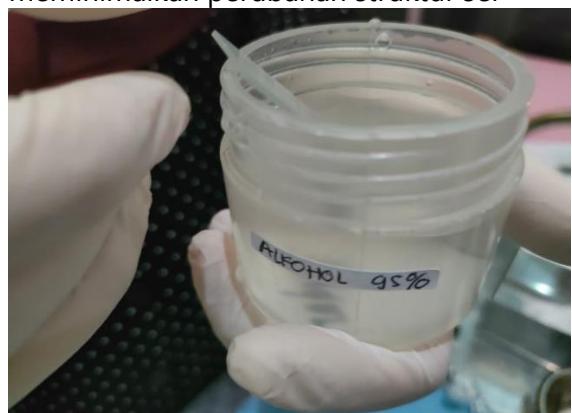
Agar pengambilan Spesimen baik/sesuai dengan harapan



24. Fiksasi basah : Alkohol 95%

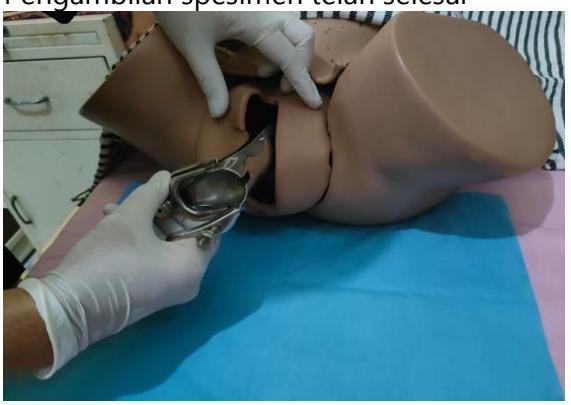
Setelah sediaan selesai dibuat, sewaktu sekret masih segar, masukkan segera kedalam alkohol 95%. Setelah difiksasi selama 30 menit, sediaan dapat diangkat dan dikeringkan atau dapat pula sediaan dikirim dalam botol bersama cairan fiksasinya

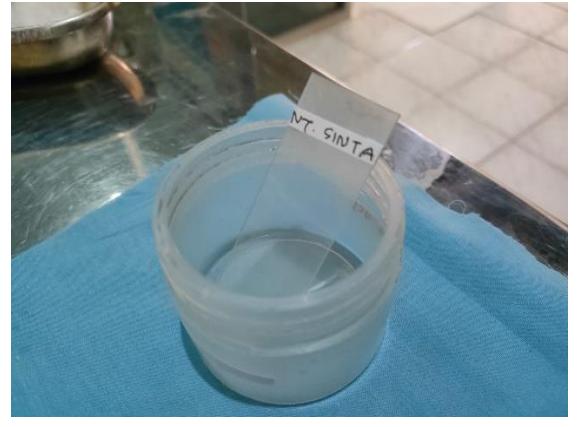
Fiksasi harus dilakukan dengancepat untuk meminimalkan perubahan struktur sel



Fiksasi kering : hair spray

Setelah sediaan selesai dibuat, sewaktu sekret masih segar, semprotkan segera hair spray pada kaca objek yang mengandung apusan sekret tersebut

	
25. Bersihkan porsio dan dinding vagina dengan kasa steri	Untuk mencegah tinfeksi 
26. Lepaskan spekulum (cocor bebek) dari vagina secara perlahan-lahan	Pengambilan spesimen telah selesai 
27. Buka sarung tangan, letakkan dalam larutan desinfektan	Semua yang berhubungan dengan cairan pasien harus di rendam dalam laruran desinfektan uintuk mencegah terjadinya penularan.

	
28. Beri label nama pada sempel dan kirim ke Laboratorium	Agar sempel tidak tertukar dengan yang lain 
<b>Fase Terminasi</b>	Mencegah transmisi mikroorganisme 
Evaluation (E) : Evaluasi	
32. Evaluasi respon klien 33. Dokumentasi tindakan dan hasil tindakan	Untuk melihat kondisi klien

	
<b>Sikap</b>	<p>34. Melakukan tindakan dengan sistematis</p> <p>35. Komunikatif dengan pasien</p> <p>36. Percaya diri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kita dapat melaksanakan pekerjaan dengan dengan baik dan benar</li> <li>- Komunikasi menjalin hubungan saling percaya</li> </ul> 



## BIODATA PENULIS

**Ns. Suryani Hartati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat.** lahir di Jakarta 01 Januari 1974. Telah menyelesaikan studi DIII Keperawatan RS Islam Jakarta, strata satu di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (1998-2001). Lulus strata dua di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Spesialis Maternitas Universitas Indonesia (2010-2014). Karirnya dimulai sebagai dosen tetap yayasan di Akper Hermina Manggala Husada (2001-sekarang. Pernah menjabat Direktur (2014-2020). Ketua UPMI (2021- 2023). Saat ini sudah berubah perguruan tinggi menjadi Institut Kesehatan Hermina Pengampu mata kuliah Maternitas 1,2, Promosi Kesehatan, KDK. Jenjang Jabatan Akademik : **Lektor Kepala** , Organisasi yang diikuti PPNI Komisariat RS Hermina jatinegara, IPEMI DKI Jakarta, ILUNI UI FIK UI, WEC UI , DKLPT, ADI

**Leni Tri Wahyuni,S. Kep. M. Biomed,** lahir di Padang tanggal 17 Maret 1973. Pendidikan Keperawatan di mulai dari Diploma III Keperawatan pada tahun 1993 di Akper Depkes RI Padang, pada tahun 2002 melanjutkan pendidikan serjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang. Selanjutkanya penulis melanjutkan program Magister Biomedik tahun 2012 di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang dengan peminatan Kesehatan Reproduksi dan selesai pada tahun 2014. Mengawali karir sebagai dosen sejak tahun 1997 di Akper Nan Tongga Pariaman. Sejak tahun 2004 sampai sekarang sebagai dosen tetap di STIKes Ranah Minang Padang dengan mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas dan Ilmu Biomedik Dasar.

**Ayu Yuliani Sekriptini, M.Kep. Ns. Sp.Kep.An,** lahir di Ciamis tanggal 25 Juli 1971. Pendidikan Keperawatan di mulai dari Diploma III Keperawatan pada tahun 1989 di Akper Depkes Bandung, pada tahun 2001 melanjutkan pendidikan sarjana keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Tahun 2003 meneruskan profesi ners di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Selanjutnya penulis melanjutkan program Magister Keperawatan tahun 2011 di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia dengan peminatan Keperawatan Anak dan pada tahun 2013 melanjutkan program spesialis anak di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Mengawali karir sebagai perawat pelaksana di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung sejak tahun 1992 – 1998. Menjadi dosen Akper Depkes Cirebon sejak 1998 – 2012 dan menjadi Dosen Poltekkes Tasikmalaya sejak tahun 2012 – sekarang, dengan mengampu mata kuliah Keperawatan anak dan Asuhan Neonatus di Program Studi Kebidanan. Melaksanakan praktik mandiri keperawatan anak semenjak tahun 2015 – sekarang. Konsentrasi Penelitian dan Pengabdian kepada masyarakat di bidang ilmu Keperawatan Anak.

## **BIODATA PENULIS**

**Dhinny Novryanthi, M.Kep.Ns.Sp.Kep.Mat**, lahir di Cianjur tanggal 14 November 1979. Pendidikan Keperawatan di mulai dari Diploma III Keperawatan pada tahun 1998 di Akper Pemkab Cianjur, pada tahun 2002 melanjutkan pendidikan sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung. Tahun 2005 meneruskan profesi ners di program studi ilmu keperawatan fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung. Selanjutnya penulis melanjutkan program Magister Keperawatan tahun 2012 di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia dengan peminatan Keperawatan Maternitas dan pada tahun 2014 melanjutkan program spesialis maternitas di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Mengawali karir sebagai dosen sejak tahun 2006 - 2009 di Akper Pemkab Cianjur. Tahun 2009 - 2010 bekerja di Yayasan Pertamedika Jakarta sebagai Training Leeder untuk perawat yang akan menjadi Kaigo (care giver) di Jepang dan pernah melakukan training di beberapa panti jompo di Tokyo Jepang selama dua bulan di tahun 2009. Tahun 2010 – 2011 bekerja di Universitas Muhammadiyah Sukabumi. Tahun 2011-2019 kembali bekerja di Akper Pemkab Cianjur. Sejak tahun 2019 sampai sekarang sebagai dosen tetap di Program studi Pendidikan profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Indonesia dengan mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas 1, 2 dan Keperawatan maternitas profesi ners.

**Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., Ns., M.Kep**, lahir di Yogyakarta tanggal 11 September 1987. Pendidikan Keperawatan di mulai dari pendidikan sarjana keperawatan pada tahun 2005 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Samratuangi Manado. Tahun 2009 meneruskan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Sam Ratulangi Manado. Selanjutnya penulis melanjutkan program Magister Keperawatan tahun 2014 di Fakultas Kedokteran Program Studi Magister Keperawatan Universitas Gadjah Mada dengan peminatan Keperawatan Maternitas. Mengawali karir sebagai dosen sejak tahun 2011 sampai sekarang sebagai dosen tetap di Program Studi Keperawatan Jurusan Kesehatan Politeknik Negeri Nusa Utara dengan mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas.

## **BIODATA PENULIS**

**Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep.**, lahir di Yogyakarta tanggal 06 Agustus 1986. Pendidikan Keperawatan di mulai dari Sarjana Keperawatan dan melanjutkan jenjang profesi di STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta. Selanjutnya penulis melanjutkan program Magister Keperawatan tahun 2011 di Prodi Magister Keperawatan Universitas Gadjah Mada dengan peminatan Keperawatan Maternitas. Saat ini penulis sedang studi lanjut jenjang S3 di Program Studi Pemberdayaan Masyarakat minat Promosi Kesehatan, Universitas Negeri Surakarta. Mengawali karir sebagai dosen sejak tahun 2010 hingga saat ini sebagai dosen Program Studi S1 Keperawatan Universitas Alma Ata, dan menjadi dosen pengembang dan pengampu mata kuliah Women Health and Maternity Nursing (jenjang sarjana) serta Stase Keperawatan Maternitas (jenjang profesi). Penulis juga masih aktif dalam keanggotaan IPEMI (Ikatan Perawat Maternitas Indonesia) Yogyakarta.

**Herawati Jaya, S.Kep.Ns.M.Kes.**, lahir di Palembang tanggal 06 Desember 1972. Memulai pendidikan di Akper Depkes Palembang dan menyelesaikan pendidikan pada tahun 1995, selanjutnya penulis melanjutkan S1 Keperawatan di STIK Bina Husada Palembang pada tahun 2007 dan meneruskan profesi ners pada tahun 2008. Pada tahun 2014 penulis melanjutkan program Magister Ilmu Biomedik di Universitas Sriwijaya Palembang. Mengawali karir sebagai dosen jurusan keperawatan sejak tahun 2012 sampai dengan sekarang di Poltekkes Kemenkes Palembang. Selain sebagai pengajar penulis juga mengembangkan ilmu pengetahuan melalui beberapa kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, serta mengikuti berbagai seminar nasional maupun internasional. Saat ini penulis juga tercatat sebagai salah satu pengurus organisasi IPEMI cabang Palembang.

## **SINOPSIS**

Buku Ajar “**Prosedur Tindakan Keperawatan Maternitas**” ini disusun berdasarkan capaian pembelajaran mahasiswa khususnya area keperawatan maternitas. Diharapkan lulusan dapat meningkatkan kompetensinya dalam segi psikomotor/ KETERAMPILAN pada keilmuan keperawatan maternitas yang dilengkapi dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan sikap seorang perawat selama melakukan prosedur tindakan serta diberikan contoh gambaran kasus.

Buku Ajar “**Prosedur Tindakan Keperawatan Maternitas**” ini berdasarkan kompetensi keperawatan pada bidang ilmu keperawatan maternitas yang ditulis dari mulai 1. Definisi, 2. Tujuan, 3. Indikasi, 4. Kontra indikasi, 5. Hal-hal yang perlu diperhatikan, 6. Soal, 7 Pembahasan, 8. Daftar Pustaka dan Prosedur tindakan keperawatan dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Buku ini diharapkan agar mahasiswa dapat memahami setiap prosedur tindakan keperawatan berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) sehingga dapat membantu dalam persiapan UKOMNAS. Disamping itu memberikan kemudahan mahasiswa belajar Langkah-Langkah dalam tindakan keperawatan pada bidang ilmu maternitas. Harapannya mahasiswa menjadikan semangat, meningkatkan kemandirian belajar yang optimal dan mencapai kelulusan yang kompeten oleh karena itu buku ini dapat tersusun dengan baik.

Buku Ajar “Prosedur Tindakan Keperawatan Maternitas” ini disusun berdasarkan capaian pembelajaran mahasiswa khususnya area keperawatan maternitas. Diharapkan lulusan dapat meningkatkan kompetensinya dalam segi psikomotor/ KETERAMPILAN pada keilmuan keperawatan maternitas yang dilengkapi dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan sikap seorang perawat selama melakukan prosedur tindakan serta diberikan contoh gambaran kasus.

Buku Ajar “Prosedur Tindakan Keperawatan Maternitas” ini berdasarkan kompetensi keperawatan pada bidang ilmu keperawatan maternitas yang ditulis dari mulai 1. Definisi, 2. Tujuan, 3. Indikasi, 4. Kontra indikasi, 5. Hal-hal yang perlu diperhatikan, 6. Soal, 7 Pembahasan, 8. Daftar Pustaka dan Prosedur tindakan keperawatan dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Buku ini diharapkan agar mahasiswa dapat memahami setiap prosedur tindakan keperawatan berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) sehingga dapat membantu dalam persiapan UKOMNAS. Disamping itu memberikan kemudahan mahasiswa belajar Langkah-Langkah dalam tindakan keperawatan pada bidang ilmu maternitas. Harapannya mahasiswa menjadikan semangat, meningkatkan kemandirian belajar yang optimal dan mencapai kelulusan yang kompeten oleh karena itu buku ini dapat tersusun dengan baik.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022

ISBN 978-623-8411-58-0



9 786238 411580