

BUKU PROSEDUR KETERAMPILAN KLINIK PRAKTIK KEBIDANAN



PENYUSUN :

Baharika Suci Dwi Aningsih, Bd., M.Keb

Agustina Ida Pratiwi, M.Keb

Dewi Novitasari Suhaid, M.Keb

Dyah Woro Kartiko K, Bd., M.Keb

Eviyani Margaretha, Bd., M.Keb

Lorensia Panselina, S.Keb., Bd., MKM

M. Kusmiyanti, S.Pd., M.Kes

Ni Nyoman Sri Artina Dewi, M.Keb

Yetty Leoni Irawan, M.Sc

Yuni Istiananingsih, M.Keb

**PROGRAM STUDI S1 KEBIDANAN PROGRAM SARJANA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SINT CAROLUS**

JAKARTA

2021

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan penyusunan Buku Prosedur Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan untuk Mahasiswa Program Studi Kebidanan Program Sarjana Kebidanan dan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi.

Penyusunan buku prosedur ini untuk mempersiapkan mahasiswa menjadi tenaga profesional yang mempunyai kemampuan intelektual, sikap dan ketrampilan, sehingga dapat memberikan pelayanan asuhan kebidanan yang profesional. Selain itu buku ini disusun untuk membantu mahasiswa dalam melaksanakan praktik kebidanan, memberikan pengalaman belajar praktik laboratorium dan praktik klinik serta sebagai panduan bagi instruktur klinik maupun dosen dalam melakukan pembimbingan ketrampilan mahasiswa. Dengan selesainya penyusunan buku prosedur ini tidak terlepas dari bantuan banyak pihak yang telah memberikan masukan-masukan. Untuk itu kami mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Ketua STIK Sint Carolus
2. Ketua Program Studi Kebidanan Program Sarjana Kebidanan dan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi
3. Dosen Program Studi Kebidanan Program Sarjana Kebidanan dan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi

Kami menyadari penyusunan buku ini masih perlu pemyempurnaan sehingga masukan dan saran dari berbagai pihak sangat kami harapkan. Semoga buku ini dapat menjadi panduan bagi mahasiswa, dosen dalam kegiatan praktik untuk meningkatkan kualitas pembelajaran praktik.

Jakarta, Desember 2021

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
DAFTAR ISI.....	3
MENCUCI TANGAN EFEKTIF DENGAN SABUN	5
MENCUCI TANGAN DENGAN <i>HAND SANITIZER / HAND RUB</i>	8
MEMAKAI SARUNG TANGAN STERIL	10
MEMAKAI MASKER	13
DEKONTAMINASI, STERILISASI DAN DESINFEKSI TINGKAT TINGGI.....	16
MENGELOLA KAIN LINEN YANG TERKONTAMINASI CAIRAN TUBUH PASIEN	19
MEMBUANG LIMBAH MEDIS INFEKSIUS DAN LIMBAH MEDIS JARINGAN TUBUH.....	22
MEMBUANG LIMBAH TAJAM	26
MENGUKUR TEKANAN DARAH DENGAN TENSI METER	28
MENGUKUR PERNAPASAN	33
MENGHITUNG DENYUT NADI APICAL	36
MEMBERIKAN OBAT PER ORAL.....	43
MEMBERIKAN OBAT PER VAGINA.....	48
MEMBERIKAN OBAT PER REKTAL	53
MEMBERIKAN OBAT PER INJEKSI SUBKUTAN (SC)	57
MEMBERIKAN OBAT PER INJEKSI INTRA MUSKULAR (IM)	62
MEMBERIKAN OBAT SECARA BOLUS MELALUI INFUS INTRAVENA (IV).....	70
MENGHITUNG TETESAN INFUS.....	81
MENGGANTI CAIRAN DAN SELANG INFUS	84
MELEPAS INFUS	87
MENGUKUR JUMLAH CAIRAN MASUK DAN KELUAR.....	90
MEMASANG RESTRAIN.....	93
PEMASANGAN KATETER TETAP	96
PEMASANGAN KATETER SEMENTARA	101
MENGAMBIL URINE DENGAN CARA MIDSTREAM/ALIRAN TENGAH	105
MENCUKUR ABDOMEN	108
MENCUKUR PERINEUM	111
MELAKUKAN ENEMA.....	114

MEMBERIKAN ENEMA KEMASAN	118
MEMBERIKAN POSISI SIM'S	122
MEMBERIKAN POSISI LITHOTOMI	125
MEMBERIKAN POSISI FOWLER	127
MEMBERIKAN POSISI NUNGGING/ GENUPECTORAL.....	131
MEMANDIKAN IBU POST SC DAN POST PARTUM DI TEMPAT TIDUR	133
MEMASANG GURITA	141
MEMANDIKAN BAYI DENGAN AIR.....	145
DAFTAR PUSTAKA	150



MENCUCI TANGAN EFEKTIF DENGAN SABUN

Deskripsi :

- Tindakan yang bertujuan untuk mengurangi flora mikroba jika tangan terlihat kotor atau terkontaminasi. Cuci tangan dengan air dan sabun dilakukan sebelum dan setelah menangani ibu dan bayi, sebelum dan setelah melepaskan sarung tangan, sebelum melakukan prosedur aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh, setelah mengganti pakaian atau seprei yg digunakan, setelah menyentuh lingkungan pasien.

Tujuan :

- Melindungi pasien dari kolonisasi kuman berbahaya
- Melindungi dan mengurangi kejadian infeksi nosokomial

NO	KEGIATAN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keutuhan kulit sekitar tangan. 2. Pastikan kuku jari pendek 3. Lepaskan semua perhiasan termasuk jam tangan yg ada ditangan. 	<p>Kulit yang tidak utuh merupakan media masuknya kuman kedalam tubuh.</p> <p>Kotoran dan sekresi dapat ditemukan dibawah kuku yang merupakan tempat mikroorganisme.</p> <p>Perhiasan menimbulkan kesulitan dalam mencuci tangan dan menjaga kebersihan tangan secara efektif</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Air bersih yang mengalir 2. Sabun antimikroba 3. Lap tangan bersih dan kering yang bisa dicuci dan dipergunakan kembali/ tisu pengering tangan/ 	<p>Membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri patogen</p>

	<p>alat pengering</p> <p>4. Ember tertutup</p> <p>5. Tempat sampah</p>	
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <p>1. Membasahi kedua tangan di bawah air mengalir</p> <p>2. Matikan kran air beberapa detik setelah air mengalir</p> <p>3. Oleskan sabun secukupnya di salah satu telapak tangan</p> <p>4. Mencuci tangan sesuai langkah cuci tangan efektif (6 langkah selama 40-60 detik)</p> <p>a. Gosokkan telapak ke telapak tangan secara melingkar</p> <p>b. Telapak tangan kanan di atas punggung kiri dengan jari-jari yang saling bertautan dan sebaliknya;</p> <p>c. Telapak tangan ke telapak tangan dengan jari saling bertautan</p> <p>d. Punggung jari ke telapak</p>	<p>Menghilangkan bakteri patogen / mikroorganisme yang ada di tangan.</p> <p>Mengurangi koloni bakteri patogen / mikroorganisme di kran.</p> <p>Sabun menghilangkan mikroorganisme <i>transient</i>, mengemulsi lemak dan minyak dan mengurangi tegangan permukaan sehingga memudahkan pembersihan.</p> <p>Proses desinfeksi untuk memastikan mikroorganisme mati dengan sempurna di permukaan kulit dan menjaga kelembaban alami kulit</p> <p>Kuman-kuman sering melekat di sela-sela jari tangan</p> <p>Membersihkan sisi dari atas tangan</p> <p>Membersihkan sisi di sela-sela dalam antar jari</p> <p>Membersihkan bagian luar dan dalam</p>

	<p>tangan yang berlawanan dengan jari yang saling bertautan</p> <p>e. Menggosok jempol kiri secara rotasi dengan cara jempol kiri digengam telapak tangan kanan dan sebaliknya.</p> <p>f. Menggosok rotasi, ke belakang dan ke depan dengan jari-jari tangan terkepal ke kanan tangan di telapak tangan kiri dan sebaliknya.</p> <p>5. Membilas tangan dengan air</p> <p>6. Mengeringkan tangan secara menyeluruh dengan lap kertas sekali pakai.</p> <p>7. Gunakan lap kertas untuk mematikan keran air.</p> <p>8. Membuang lap kertas di tempat sampah berpedal.</p>	<p>dari punggung tangan</p> <p>Membersihkan sisi dan jari jempol</p> <p>Membersihkan bagian kuku dan ujung jari</p> <p>Mencegah transmisi mikroorganisme</p> <p>Mencegah transmisi mikroorganisme /infeksi nosokomial</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <p>Yakinkan bahwa tangan sudah bersih dan kering</p>	

MENCUCI TANGAN DENGAN *HAND SANITIZER / HAND RUB*

Deskripsi :

- Tindakan yang dilakukan sebelum dan setelah melakukan prosedur, jika tidak memungkinkan mencuci tangan dengan air dan sabun.

Tujuan :

- Mencegah infeksi nosokomial

NO	KEGIATAN	RASIONAL
A.	<p>PENGKAJIAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji keutuhan kulit sekitar tangan. Kuku pendek dan rapi. 2. Perhiasan dan jam tangan dilepaskan. 	<p>Kulit yang luka/lecet merupakan media masuknya kuman kedalam tubuh.</p> <p>Perhiasan dan jam tangan menghalangi proses mencuci tangan secara utuh</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Hand sanitizer / hand rub</i> dengan kandungan alkohol minimal 60-80 % 2. Hindari kandungan alkohol methanol 	<p>Konsentrasi alkohol 60-80% efektif mencegah infeksi khususnya bakteri gram positif dan gram negatif</p> <p>Kandungan alkohol methanol membahayakan karena dapat menyebabkan efek samping seperti mual, muntah, sakit kepala hingga kerusakan permanen pada sistem saraf</p>
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuangkan <i>hand sanitizer/ handrub</i> kira-kira 3-5 ml ke salah satu telapak tangan 	<p>Mencegah hand sanitizer tumpah.</p> <p>Kebutuhan</p>

	<p>2. Lakukan gerakan sesuai dengan langkah cuci tangan efektif (6 langkah selama 20-30 detik)</p> <p>a. Gosokkan telapak ke telapak tangan secara melingkar</p> <p>b. Telapak tangan kanan di atas punggung kiri dengan jari-jari yang saling bertautan dan sebaliknya;</p> <p>c. Telapak tangan ke telapak tangan dengan jari saling bertautan</p> <p>d. Punggung jari ke telapak tangan yang berlawanan dengan jari yang saling bertautan</p> <p>e. Menggosok jempol kiri secara rotasi dengan cara jempol kiri digengam telapak tangan kanan dan sebaliknya.</p> <p>f. Menggosok rotasi, ke belakang dan ke depan dengan jari-jari tangan terkepal ke kanan tangan di telapak tangan kiri dan sebaliknya.</p>	<p>Membersihkan tangan secara efektif Mikro organisme tidak mudah dihilangkan</p> <p>Kuman-kuman sering melekat di sela-sela jari tangan</p> <p>Membersihkan sisi dari atas tangan</p> <p>Membersihkan sisi di sela-sela dalam antar jari</p> <p>Membersihkan bagian luar dan dalam dari punggung tangan</p> <p>Membersihkan sisi dan jari jempol</p> <p>Membersihkan bagian kuku dan ujung jari</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <p>Yakinkan bahwa tangan sudah bersih dan kering bebas dari kuman</p>	

MEMAKAI SARUNG TANGAN STERIL

Deskripsi :

- Tindakan yang dilakukan ketika kontak dengan darah, selaput lendir dan kulit yang terluka, misalnya pemeriksaan vagina, menolong persalinan, memotong tali pusat, menjahit luka dan mengambil darah.

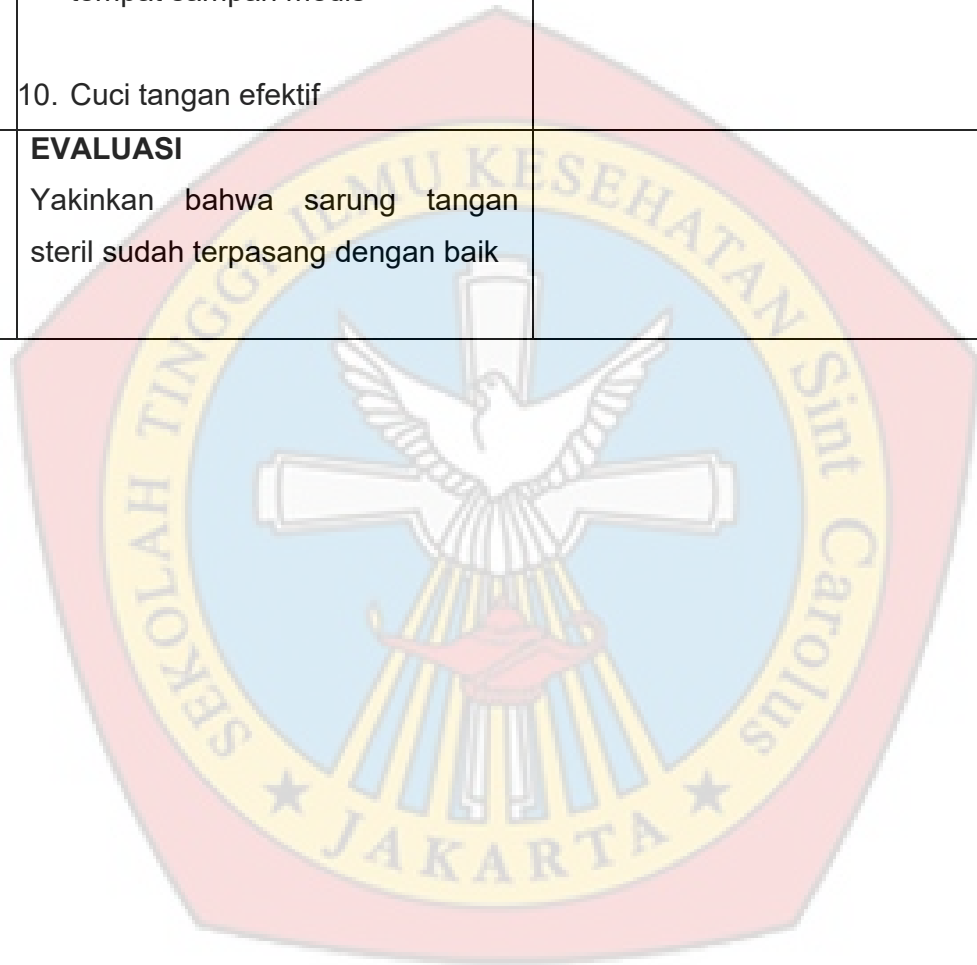
Tujuan :

- Mencegah infeksi nosokomial
- Mengurangi risiko paparan tenaga kesehatan dari darah dan cairan tubuh pasien

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	PENGAJIAN Kaji keutuhan sarung tangan	Sarung tangan yang tidak utuh merupakan media masuknya kuman kedalam tubuh penolong atau klien
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat 1. Sarung tangan steril 2. Tempat sampah medis	Direkomendasikan untuk menggunakan sarung tangan tanpa bedak (<i>non powdered</i>) dan hanya sekali pakai. Pada negara-negara dengan prevalensi suatu penyakit yang tinggi (HIV, Hepatitis B dan C) dan pada tindakan bedah > 30 menit dianjurkan untuk menggunakan sarung tangan double Setelah digunakan, sarung tangan sebaiknya dibuang dan tidak digunakan kembali

C.	PELAKSANAAN	
	1. Lepaskan perhiasan dan jam tangan	Menjangkau semua tempat yang potensial ada kotoran/ debu.
	2. Cuci tangan efektif	Menghilangkan kuman sebagai tindakan antiseptik dan mencegah terjadinya infeksi silang.
	3. Buka kemasan sarung tangan steril tanpa menyentuh bagian dalam kemasan	Mencegah kontaminasi sarung tangan dengan benda lain. 5 detik waktu yang cukup aman untuk dekontaminasi.
	4. Ambil satu sarung tangan untuk digunakan pada tangan yang dominan dengan memegang sisi dalam sarung tangan	Mencegah sentuhan yang tidak disengaja terhadap benda di sekitar
	5. Masukkan jari-jari tangan sesuai dengan jari-jari sarung tangan.	
	6. Ambil sarung tangan lainnya dengan memasukkan tangan yang sudah bersarung tangan di bagian lipatan sarung tangan	Mencegah kontaminasi kulit dari tangan yang bersarung tangan
	7. Setelah sarung tangan terpasang, jaga sterilitas dengan menjaga jarak dari benda- benda di sekitar ± 15 cm	Sarung tangan yang sudah terkontaminasi dapat menyebarkan infeksi
8. Lepaskan sarung tangan dengan menarik tepi sarung tangan	Menghilangkan kuman setelah bersentuhan dengan kulit klien	

	<p>bagian luar dan sisi lainnya dengan memasukkan dua jari dari sisi bagian dalam dan menariknya dengan posisi terbalik</p> <p>9. Buang sarung tangan bekas ke tempat sampah medis</p> <p>10. Cuci tangan efektif</p>	<p>sebagai tindakan aseptik.</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <p>Yakinkan bahwa sarung tangan steril sudah terpasang dengan baik</p>	



MEMAKAI MASKER

Deskripsi :

- Penggunaan alat perlindungan diri dalam memberikan asuhan kebidanan, Sebelum melakukan prosedur klinis; ketika berhadapan dengan pasien klien yg dapat menularkan melalui droplet infection, merawat luka.

Tujuan :

- Mencegah infeksi nosokomial

NO	KEGIATAN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <p>Kaji keutuhan masker</p>	Masker yang tidak utuh merupakan media masuknya kuman kedalam tubuh penolong atau klien
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat:</p> <p>Masker kain/masker sekali pakai, masker medis, masker kain yang dianjurkan pemerintah, hingga masker N95 yang biasa digunakan para petugas medis di garda terdepan.</p>	
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <p>1. Cuci tangan efektif</p> <p>Sebelum menggunakan masker, baik masker kain, medis, dan jenis masker lainnya pastikan tangan dalam keadaan bersih. Cuci tangan dengan sabun dan air. Jika tidak ada, bisa gunakan hand sanitizer yang mengandung 60 persen alkohol</p>	Tangan adalah media yang mudah dihindangi kuman. Jangan sampai kuman yang ada di tangan berpindah ke masker saat kita hendak menggunakannya. Maka dari itu, penting untuk mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun. Menjangkau semua tempat yang potensial ada kotoran/ debu.

<p>2. Pasang masker menutupi hidung dan mulut kemudian mengikat tali-talinya:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tali bagian atas diikat ke belakang kepala melewati bagian atas telinga b. Tali bagian bawah diikat di belakang leher c. Pada masker sekali pakai yang ada kawatnya dibagian luar, posisikan sedemikian, sehingga kawat dapat menyangga masker diatas hidung dan mencegah keluar organisme bebas lewat celah hidung. d. Menempatkan sisi yang berwarna di bagian depan, sedangkan sisi putih ada di bagian yang menempel ke wajah. <p>3. Saat dipakai, usahakan jangan menyentuh masker.</p> <p>4. Jika ingin membuka masker yang telah dipakai, hindari untuk menyentuh bagian depannya.</p>	<p>Saat menggunakan masker, pastikan bagian hidung dan mulut tertutup masker dengan benar. Tidak ada celah di antara wajah dan masker, yang bisa menjadi jalan masuk virus.</p> <p>Jika masker itu tersentuh tangan yang tidak bersih, bisa membuat virus yang mungkin menempel di tangan akan berpindah ke masker. Usahakan cuci tangan dengan sabun dan air atau hand sanitizer sebelum menyentuhnya.</p>
---	---

	<p>Buka masker dari belakang, tepatnya pada bagian talinya. setelah melepas masker juga harus menjaga kebersihan tangan. Bisa menggunakan hand sanitizer atau akan lebih baik dengan air mengalir dan sabun selama 20 detik.</p> <p>5. Tanggalkan masker, dengan melepaskan ikatan tali-talinya, kemudian masker dilipat dengan bagian luar di dalam.</p> <p>6. Hal-hal yang perlu diperhatikan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Masker hanya 1 kali pakai, kemudian dicuci/dibuang. b. Jika masker sudah lembab berarti tidak efektif lagi dan harus diganti. c. Jangan menggantung masker di leher dan kemudian dipakai lagi. d. Gunakan masker dimanapun anda berada <p>7. Tidak memakai masker di luar lingkungan Pasien.</p>	<p>Masker yg sudah digunakan merupakan media infeksi silang</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <p>Yakinkan bahwa masker sudah melindungi dengan baik</p>	

DEKONTAMINASI, STERILISASI DAN DESINFEKSI TINGKAT TINGGI

Deskripsi :

- Dekontaminasi adalah upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi dan/atau menghilangkan kontaminasi oleh mikroorganisme pada orang, peralatan, bahan, dan ruang melalui disinfeksi dan sterilisasi dengan cara fisik maupun kimiawi.
- Sterilisasi adalah upaya untuk membunuh mikroorganisme termasuk dalam bentuk spora.
- Desinfeksi tingkat tinggi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri.

Tujuan :

- Mencegah infeksi nosokomial dan memutus rantai penularan penyakit infeksi.

NO	KOMPONEN	RASIONAL
A.	PENGAJIAN: Alat-alat yang perlu dilakukan dekontaminasi dengan metode sterilisasi dan disinfeksi tingkat tinggi	Mempermudah tindakan
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat perendam instrumen 2. Klorin 0,5% 3. Deterjen 4. Air mengalir 5. Kalau ada otoklaf atau alat perebus (kompur dan panci khusus) 6. Sarung tangan rumah tangga 7. Masker 	Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur dan membantu mengidentifikasi kesalahan yang terjadi.

	8. Apron 9. Kacamata google	
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> Memakai APD (masker, apron dan sarung tangan rumah tangga, kacamata google). Membuka instrumen yang memiliki engsel lalu rendam alat yang telah digunakan kedalam rendaman klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci alat dengan menggunakan air, kemudian lakukan penyikatan alat di dalam baki berisi detergen lalu bilas menggunakan air mengalir Bila fasilitas sterilisasi tersedia, masukkan alat kedalam otoklaf dan kukus selama 20-30 menit dalam tekanan 106 kPa dan suhu 121° C. Setelah kondisi tersebut tercapai, mulai dilakukan penghitungan atau pengaturan waktu 20 menit (untuk instrument yang tidak dibungkus) dan 30 menit (untuk instrument terbungkus) 	<p>Alat pelindung diri digunakan untuk menghindari dari percikan dan paparan mikroorganisme.</p> <p>Semua mikroorganisme termasuk spora dan virus mati dengan proses dekontaminasi dengan cara sterilisasi dan desinfeksi tingkat tinggi</p> <p>Sabun atau detergen sangat membantu membersihkan bagian-bagian yang mengandung lemak dan protein. Tidak diperkenankan menggunakan sabun tangan karena meninggalkan residu yang sulit dibersihkan.</p> <p>Pembilasan harus benar benar bersih karena beberapa detergen dapat menghambat kerja desinfektan kimiawi</p>

	<p>5. Bila menggunakan metode panas kering lakukan sterilisasi selama 60 menit pada suhu 170° C</p> <p>6. Bila tidak tersedia fasilitas sterilisasi, dapat dilakukan metode desinfeksi tingkat tinggi dengan merebus alat dalam panci tertutup selama 20 menit dihitung dari air mulai mendidih atau direndam dalam larutan klorin atau glutaraldehid selama 20 menit</p> <p>7. Sesudah 20 menit, matikan api/pemutus arus listrik, pindahkan wadah dan atau buka penutupnya, keluarkan instrument (pakai penjepit), dinginkan, langsung pakai atau simpan di wadah DTT.</p>	<p>Tidak diperkenankan menambah air atau apapun apabila proses perebusan atau pengukusan belum selesai. uap air panas pada 80°C, membunuh semua bakteri, virus, parasit, dan jamur dalam 20 menit.</p> <p>Penyimpanan yang benar menjaga alat tetap steril.</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <p>Yakinkan bahwa semua alat sudah dikelola dengan baik</p>	

**MENGELOLA KAIN LINEN
YANG TERKONTAMINASI CAIRAN TUBUH PASIEN**

Deskripsi :

- Kegiatan yang dilakukan terhadap kain linen yang terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh pasien setelah melakukan prosedur klinis

Tujuan :

- Mencegah infeksi nosokomial

NO.	KEGIATAN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <p>Identifikasi linen yang terkontaminasi cairan tubuh.</p>	<p>Kain linen bekas pakai yang telah terkontaminasi darah dan cairan tubuh pasien perlu ditangani secara khusus dan terpisah</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. APD (Sarung tangan rumah tangga, skort, kacamata google, masker) 2. Tempat penampungan pakaian atau kain yang terkontaminasi 3. Sabun detergen. 	<p>Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur dan membantu mengidentifikasi kesalahan yang terjadi</p>
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan alat pelindung diri untuk mengumpulkan dan/atau memisahkan semua pakaian dan kain yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh 	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui penggunaan APD</p>

	<p>2. Hilangkan bahan padat (misalnya, feses) dari linen yang sangat kotor dan buang limbah padat tersebut ke dalam toilet sebelum linen dimasukkan ke kantong cucian</p> <p>3. Masukkan linen ke tempat penampungan khusus (kantong plastik khusus). Pisahkan linen bekas pakai dengan pakaian pasien lain.</p> <p>4. Bawa kantong cucian ke ruang pencucian linen</p> <p>5. Bilas darah maupun cairan tubuh lain dengan air sebelum mencuci dengan detergen</p> <p>6. Cuci dan keringkan linen sesuai dengan standar dan prosedur tetap fasilitas pelayanan kesehatan.</p>	<p>Semua bahan padat pada linen yang kotor harus dihilangkan dan dibilas dengan air.</p> <p>Linen yang sudah digunakan harus dibawa dengan hati-hati untuk mencegah kontaminasi lingkungan atau orang-orang di sekitarnya.</p> <p>Memilah linen di tempat khusus, Jangan di lantai, di kamar pasien. Masukkan linen yang terkontaminasi langsung ke kantong cucian dengan meminimalisasi kontaminasi udara, jangan mengibaskan karena dapat mengkontaminasi udara dan orang</p> <p>Sisa- sisa darah dan cairan tubuh yang mungkin dapat meninggalkan noda sebaiknya dihilangkan terlebih dahulu agar hasil pencucian lebih bersih</p> <p>Setiap fasilitas kesehatan memiliki standar dan prosedur yang berbeda-beda</p>
--	--	---

D	<p>EVALUASI</p> <p>Yakinkan bahwa pakaian dan kain yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh dikelola secara aman</p>	<p>Tindakan ini memastikan bahwa linen sudah dikelola secara aman sehingga mengurangi risiko transmisi mikroorganisme</p>
---	---	---



MEMBUANG LIMBAH MEDIS INFEKSIUS DAN LIMBAH MEDIS JARINGAN TUBUH

Deskripsi :

- Membuang limbah medis infeksius dan limbah medis jaringan tubuh adalah tindakan yang dilakukan sebagai upaya kesehatan dalam pengelolaan sampah infeksius. Prosedur ini merupakan tindakan rangkaian lanjutan dari tindakan asuhan kebidanan sebelumnya

Tujuan :

- Mencegah terjadinya penyebaran infeksi dan penyalahgunaan limbah
- Meningkatkan perlindungan kehidupan manusia dan kesehatan lingkungan

NO	KEGIATAN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <p>Identifikasi jenis limbah Limbah infeksius dan limbah medis jaringan tubuh (darah, cairan tubuh dan plasenta) yang berasal dari tindakan asuhan kebidanan –</p>	Mempermudah tindakan
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <p>1. Saluran pembuangan air limbah atau Instalasi Pengelolaan Air Limbah (IPAL)</p> <p>2. Tempat sampah yang dilapisi kantong plastik anti bocor warna kuning</p>	<p>Persiapan alat bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan tindakan</p> <p>Pemisahan limbah menggunakan kantong plastik dengan warna yang berbeda beda untuk proses pengangkutan atau pembuangan atau insinerasi</p>

	<p>3. Alat Pelindung Diri (APD) : sarung tangan rumah tangga, masker, apron, kacamata google</p> <p>4. Khusus untuk plasenta, tanyakan kepada keluarga apakah akan dibawa pulang dan wadah disiapkan oleh keluarga</p>	<p>Keluarga akan mengubur plasenta di rumah karena faktor budaya tertentu</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <p>1. Memakai APD (masker, apron dan sarung tangan lateks dan sarung tangan rumah tangga, kacamata google)</p> <p>2. Memilah jenis limbah dan memasukan ke dalam wadah yang disediakan</p> <p>3. Khusus untuk plasenta yang akan dibawa pulang, setelah dicuci kemudian ditampung dalam wadah dan diserahkan kepada keluarga</p> <p>4. Pastikan semua limbah tertampung di wadah plastik warna kuning yang tidak bocor</p> <p>5. Bila di dalamnya terdapat cairan, maka cairan harus dibuang ke tempat penampungan air limbah</p>	<p>Meminimalisir kesalahan penanganan pembuangan jenis limbah</p> <p>Membersihkan dan membawa pulang plasenta untuk dikubur merupakan faktor budaya tertentu</p> <p>Menghindari bocornya limbah dari plastik dapat menyebabkan penyebaran infeksi dan penyalahgunaan limbah</p> <p>Limbah medis bentuk cairan yang dibuang tidak pada tempatnya dapat menyebabkan pencemaran lingkungan dan beresiko terkontaminasi</p> <p>Kantong plastik berisi limbah secukupnya agar dapat ditutup dengan mudah dan rapat.</p>

	<p>yang disediakan atau atau WC yang mengalirkan ke dalam IPAL (Instalasi Pengolahan Air Limbah)</p> <p>6. Setelah $\frac{3}{4}$ penuh atau paling lama 12 jam, sampah/limbah dikemas dan diikat rapat</p> <p>7. Proses pembuangan limbah :</p> <ol style="list-style-type: none"> Limbah didisinfeksi terlebih dahulu dengan disinfektan berbasis klorin 0,5%, Limbah dirusak supaya tidak berbentuk asli agar tidak dapat digunakan kembali Alur pembuangan limbah ke slopsing untuk di rumah sakit dan PMB di dalam wadah plastik infeksius Pengolahan juga dapat menggunakan jasa 	<p>Terlalu lamanya limbah dalam satu wadah berpotensi menularkan penyakit karena mengandung mikroorganisme patogen sehingga apabila terpapar oleh manusia dapat menimbulkan penyakit</p> <p>Sasaran pengelolaan limbah adalah bagaimana menangani limbah berbahaya, menyingkirkan dan memusnahkan seekonomis mungkin, namun tetap higienis dan tidak membahayakan lingkungan. Limbah medis penting untuk dikelola terkait dengan dampak lingkungan, Kesehatan serta pemenuhan peraturan. Pengelolaan limbah yang dihasilkan tergantung dari jenis dan karakteristik setiap limbah medis</p> <p>Metode pengelolaan limbah medis dapat dilakukan oleh pihak internal dan eksternal. Apabila Fasyankes tidak dapat melakukan pengelolaan limbah sendiri, maka limbah dapat dikelola dengan peningkatan kerjasama pengolahan sehingga dapat mengurangi jarak pengiriman limbah dan menghindari pencemaran lingkungan</p>
--	--	--

	<p>perusahaan pengolahan yang berizin, dengan melakukan perjanjian kerjasama pengolahan.</p> <p>8. Melepaskan APD dan mencuci tangan efektif</p>	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik</p>
D	<p>EVALUASI</p> <p>Yakinkan bahwa limbah dikelola secara aman</p>	<p>Menghindari penularan penyakit dan pencemaran lingkungan serta penyalahgunaan limbah</p>



MEMBUANG LIMBAH TAJAM

Diskripsi :

- Limbah tajam adalah spuit, jarum suntik dan ampul

Tujuan :

- Mencegah terjadinya penyebaran infeksi, cedera atau luka dan penyalahgunaan limbah tajam

NO	KEGIATAN	RASIONAL
A.	PENGAJIAN: Identifikasi limbah tajam	Memudahkan penentuan benda-benda tajam
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat: 1. Tempat penampungan limbah tajam yang tertutup 2. Limbah tajam Persiapan Diri 1. Tetap menggunakan sarung tangan	Mencegah benda tajam diambil dengan mudah Melindungi diri dari infeksi
C.	PELAKSANAAN 1. Memasukkan limbah tajam segera setelah menggunakan kedalam tempat penampungan limbah tajam yang tersedia 2. Jangan menutup kembali, membengkokkan ataupun merusak jarum yg telah digunakan	Memastikan semua Limbah tajam aman ditempatnya dan Melindungi diri dari kecelakaan kerja Menghindari terjadinya cedera atau perlukaan

	3. Ketika tempat penampungan sudah $\frac{3}{4}$ penuh hancurkan ke dalam insenerator dan ganti tempat penampungan yang baru	Mencegah infeksi dan Menghindari limbah tajam digunakan untuk kepentingan yang lain.
D	EVALUASI Memastikan limbah tajam dimusnahkan dengan baik	Memastikan tidak ada penyalahgunaan limbah tajam



MENGUKUR TEKANAN DARAH DENGAN TENSI METER

Deskripsi :

- Melakukan pengukuran tanda kekuatan yang dihasilkan oleh jantung sewaktu darah dipompakan melalui dinding pembuluh darah. Tekanan darah diukur dengan satuan mmHg, dan dicatat sebagai nilai sistolik dan diastolic

Tujuan :

- Mengetahui status kesehatan klien secara umum
- Sebagai data dasar untuk menentukan asuhan kebidanan
- Mengetahui status hemodinamik pasien
- Memonitor dan mengidentifikasi perubahan yang disebabkan proses penyakit dan terapi.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	PENGAJIAN 1. Kaji nama dan tanggal lahir klien 2. Kaji faktor-faktor yang mempengaruhi pengukuran tekanan darah seperti Riwayat penyakit, aktivitas terakhir, Pola Tidur, pola makan, stress emosional, merokok atau mengkonsumsi alkohol, kafein 30 menit sebelum pengukuran dan usia pasien 3. Kaji konsumsi obat-obatan yang mempengaruhi tekanan darah	Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan. Riwayat Penyakit, Usia, Aktivitas dan pola makan dan minum dan konsumsi obat-obatan dapat mempengaruhi hasil pengukuran tekanan darah

<p>B.</p>	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tensi meter air raksa 2. Stetoskop 3. Formulir TTV 4. Alat tulis <p>Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan tingkat aktivitas klien dalam kondisi normal, apabila tingkat aktivitas klien berlebih istirahatkan selama 5-10 menit 2. Beritahu dan jelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan 3. Lingkungan : jaga privasi 	<p>Dengan kelengkapan alat, tindakan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif</p> <p>Mempersiapkan klien dengan baik akan membuat pasien nyaman, kooperatif, dan serta dapat membangun kepercayaan pasien</p>
<p>C</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif 2. Beri pasien posisi yang nyaman berbaring dengan satu bantal, dengan tangan menghadap ke atas atau duduk dengan posisi lengan sejajar dengan jantung dan disangga, jika posisi duduk, pasien harus bersandar, kaki menapak lantai, bukan salah satu disilangkan dan atau diangkat 3. Tentukan lokasi yang terbaik untuk pengukuran tekanan darah. Hindari pemasangan manset pada tangan yang 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Bila lengan tidak sejajar jantung dan pasien tidak duduk bersandar maka dapat terjadi aktivitas isometrik yang dapat meningkatkan tekanan diastolic 10%.</p> <p>Pemilihan lokasi yang tidak tepat dapat menghasilkan data yg tidak akurat, karena adanya tekanan pada balutan dapat mengganggu aliran</p>

	<p>terpasang infus, shunt pada arteri/vena, post mastektomi, dan jika lengan bawah tertutup oleh gips atau pembalut.</p> <p>4. Buka pakaian di bagian lengan atas dan posisi telapak tangan menghadap ke atas</p> <p>5. Palpasi arteri brachialis, pasang manset/cuff 2,5 cm di atas fossa cubiti. Letakkan pipa manset pada area di atas arteri brachialis.</p> <p>6. Pastikan tensimeter berfungsi dengan baik, dan diletakkan ditempat yang sesuai dan rata. sejajar dengan pembuluh darah dan sejajar dengan garis mata.</p> <p>7. Bersihkan stetoskop dengan alkohol swab</p> <p>8. Pasang earpieces stetoskop di telinga dan pastikan suaranya jelas</p> <p>9. Tentukan arteri brachialis dan letakkan beel/diafragma stetoskop</p>	<p>darah dan membahayakan sirkulasi pada ekstremitas.</p> <p>Menempatkan manset dan stetoskop secara akurat agar mendapatkan hasil yang akurat</p> <p>Meletakkan pipa manset tepat di atas arteri radialis memastikan tekanan tepat di arteri selama manset dipompa.</p> <p>Mencegah hasil pengukuran yang tidak akurat</p> <p>Pencegahan infeksi dan mencegah transmisi silang.</p> <p>Memudahkan selama mendengarkan Penempatan stetoskop yang tepat memastikan penerimaan suara optimal</p> <p>Agar suara denyut arteri pada saat pengukuran dapat terlihat dengan jelas.</p>
--	---	--

	<p>10. Kunci katub balon manset</p> <p>11. Palpasi arteri radialis dengan tangan yang non dominan, sementara tangan lain memompa manset sampai arteri radialis tidak teraba kemudian tambahkan 20 – 30 mmHg. Kemudian pindahkan tangan non dominat ke bell/diafragma stetoskop</p> <p>12. Perlahan-lahan buka kunci katub manset dengan kecepatan 2-3 mmHg per detik</p> <p>13. Tentukan bunyi korotkoff pertama dan amati posisi jarum berada di angka ke berapa</p> <p>14. Lanjutkan pengeluaran udara dalam manset, kemudian perhatikan sampai suara berkurang (korotkoff 4) dan kemudian menghilang (korotkof 5) amatai Kembali posisi jarum berada di angka ke berapa</p> <p>15. Kempiskan manset secara cepat dan sempurna kemudian buka manset, jika pengukuran akan diulang kembali, tunggu 30 detik</p>	<p>Menghindari udara keluar selama memompa manset</p> <p>Memastikan pengukuran tekanan sistolik dengan akurat, dan menghindari pompa yang terlalu kuat, sehingga pasien tidak merasakan sakit.</p> <p>Kecepatan menurunkan air raksa dapat mempengaruhi keakuratan hasil</p> <p>Menentukan tekanan sistolik dengan tepat</p> <p>Menentukan tekanan diastolic dengan tepat</p> <p>Tekanan yang terlalu lama menyebabkan aliran arteri terhambat dan menyebabkan mati rasa pada lengan pasien.</p>
--	--	--

	<p>16. Informasikan Hasil Pemeriksaan</p> <p>17. Bantu pasien kembali pada posisi yang nyaman dan rapikan pakaian pasien</p> <p>18. Rapihkan alat</p> <p>19. Cuci tangan efektif</p>	<p>Pasien mengetahui gambaran status Kesehatan nya</p> <p>Memberi rasa nyaman Alat yang rapih akan lebih mudah penggunaan kembali</p> <p>Supaya alat dapat tetap berfungsi dengan baik</p> <p>Pencegahan Infeksi</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Bandingkan hasil pengukuran tekanan darah dengan nilai normal</p> <p>2. Kaji respon pasien verbal dan nonverbal</p>	<p>Menilai kondisi pasien</p> <p>Respons verbal dan nonverbal menggambarkan kepuasan pasien. Apakah pasien puas dengan apa yang sudah dilakukan</p>
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Menuliskan tindakan yang telah dilakukan</p> <p>2. Mencatat hasil pengukuran tekanan darah</p> <p>3. Membuat grafik/kurve pada lembaran status pasien dengan tepat dan benar</p> <p>4. Catat respon pasien</p>	<p>Dokumentasi yang baik dan lengkap akan mempermudah dalam perencanaan asuhan</p>

MENGUKUR PERNAPASAN

Deskripsi :

- Melakukan observasi tanda vital dengan pemeriksaan mengukur keluar masuknya udara dari dan ke dalam paru-paru selama 1 menit, meliputi frekuensi, kedalaman, dan irama pernapasan

Tujuan :

- Mengetahui status kesehatan pasien secara umum
- Sebagai data dasar untuk menentukan tindakan medik
- Memonitor pernapasan setelah pemberian terapi
- Memonitor pasien dengan risiko gangguan / perubahan pernapasan.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pernapasan : usia, aktivitas, kecemasan, nyeri merokok, perubahan posisi dan medikasi 2. Kaji nilai laboratorium yang mempengaruhi pernapasan (darah lengkap) 3. Kaji pergerakan dada 4. Kaji warna kulit dan mukosa membrane (adanya pucat dan cyanosis) 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan dengan jarum detik 2. Alat tulis dan kertas 3. k/p stetoskop 	<p>Dengan kelengkapan alat, tindakan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif</p>

	<p>Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan 2. Lingkungan : jaga privasi 	<p>Mempersiapkan pasien dengan baik akan membuat pasien nyaman, kooperatif dan menjamin privasi pasien, serta dapat membangun kepercayaan pasien</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif 2. Beri pasien posisi yang nyaman/duduk 3. Lihat pergerakan dada dapat terlihat atau pasien dapat membuka pakaian atas bila perlu 4. Letakkan lengan pasien pada posisi yang relaks menyilang di abdomen atau dada, dan letakkan tangan pemeriksa di pergelangan tangan pasien 5. Amati irama, kedalaman, bunyi nafas dan hitung siklus pernafasan secara utuh (satu kali inspirasi dan satu kali ekspirasi selama satu menit penuh) 6. Observasi warna kulit dan tingkat kesadaran pasien 7. Rapihkan kembali pakaian 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Posisi duduk tegak meningkatkan pergerakan ventilasi secara maksimal</p> <p>Memfasilitasi agar pergerakan dinding dada dan abdomen terlihat jelas</p> <p>Keakuratan pemeriksaan</p> <p>Keakuratan pemeriksaan setelah mengamati siklus pernafasan</p> <p>Menunjukkan tingkat oksigen pada pembuluh darah arteri</p> <p>Memberi rasa nyaman</p>

	8. Cuci tangan efektif	Pencegahan infeksi
	EVALUASI	
D.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bandingkan hasil penghitungan pernafasan dengan nilai normal 2. Kaji respon pasien verbal dan nonverbal 	<p>Menilai kondisi pasien</p> <p>Respon verbal dan nonverbal menggambarkan kepuasan pasien. Apakah pasien puas dengan apa yang sudah dilakukan</p>
	DOKUMENTASI	
E.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menuliskan tindakan yang telah dilakukan 2. Mencatat frekuensi dan irama pernafasan 3. Membuat grafik/kurva pada lembaran status pasien dengan tepat dan benar 4. Catat respon Pasien 	<p>Dokumentasi yang baik dan lengkap akan mempermudah dalam perencanaan asuhan</p>

MENGHITUNG DENYUT NADI APICAL

Deskripsi :

- Tindakan ini dilakukan untuk pemeriksaan denyut jantung melalui denyut nadi apical secara auskultasi dengan menggunakan stetoskop.

Tujuan :

- Sebagai data dasar untuk melakukan evaluasi
- Menilai Frekuensi dan karakter fungsi denyut jantung pada klien, terutama pada denyut nadi perifer yang tidak teratur atau tidak dapat dideteksi
- Mendeteksi adanya kelainan jantung dan memonitor klien dengan riwayat penyakit jantung.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nama dan tanggal lahir klien 2. Kaji-kaji faktor-faktor yang mempengaruhi denyut nadi seperti emosi, tingkat aktivitas, usia, penyakit, obat-obatan, dll yang mempengaruhi denyut nadi . 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran</p> <p>Mengonsumsi obat dan aktivitas yang berlebih dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan denyut nadi</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan dengan jarum detik 2. Alat tulis dan kertas 3. Stetoskop <p>Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan tingkat aktivitas klien dalam kondisi normal, apabila tingkat aktivitas klien berlebih istirahatkan selama 5-10 menit 	<p>Kelengkapan alat, tindakan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif</p> <p>Tingkat aktivitas yang berlebih dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan denyut nadi</p>

	<p>2. Memberitahu dan menjelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan</p> <p>3. Lingkungan : jaga privasi</p>	<p>Mempersiapkan klien akan memberikan kenyamanan sehingga terbangun rasa kepercayaan dan klien kooperatif terhadap tindakan yang akan diberikan.</p>
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <p>1. Cuci tangan efektif</p> <p>2. Menganjurkan klien untuk bersandar dengan posisi duduk yang nyaman atau tidur terlentang dengan 1 bantal jika suara jantung tampak samar atau tidak terdeteksi.</p> <p>3. Anjurkan klien membuka pakaian sampai dada kiri terlihat</p> <p>4. Tentukan lokasi pengukuran denyut nadi apical dengan melakukan palpasi secara lembut: Pada orang dewasa, nadi apical terletak di intercostal ke-5 linea midklavikula sisi kiri. Pada bayi dan anak kecil, nadi apical terletak di intercostal ke-4 linea midclavicular kiri.</p> <p>5. Bersihkan stetoskop dengan alkohol swab</p> <p>6. Letakkan diafragma stetoskop di</p>	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Posisi ini memudahkan untuk melakukan palpasi intercostal untuk menemukan nadi apical</p> <p>Tindakan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif</p> <p>Posisi ini merupakan puncak jantung atau titik impuls maksimal dimana denyut nadi apical terdengar lebih jelas.</p> <p>Pencegahan infeksi atau mencegaht transmisi silang</p> <p>Menghangatkan diafragma untuk</p>

	<p>atas telapak tangan bidan selama 5-10 detik</p> <p>7. Letakkan diafragma stetoskop di atas lokasi yang sudah ditentukan secara lembut dan auskultasi denyut jantung</p> <p>8. Hitung denyut nadi apical selama satu menit penuh. Kaji nadi apical untuk menilai frekuensi, ritme, dan suara denyut jantung (teratur atau tidak teratur, kuat atau lemah)</p> <p>9. Bantu klien pada posisi yang nyaman dan kenakan pakaian.</p> <p>10. Cuci tangan efektif</p>	<p>meningkatkan kenyamanan, mencegah klien terkejut yang dapat mempengaruhi hasil penilaian</p> <p>Bunyi jantung disebabkan karena terjadinya proses membuka dan menutupnya katub jantung akibat adanya getaran pada <u>jantung</u> dan pembuluh darah besar.</p> <p>Mengamati dan memastikan akurasi kemungkinan adanya kelainan denyut jantung.</p> <p>Meningkatkan rasa nyaman</p> <p>Pencegahan infeksi</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Bandingkan hasil penghitungan denyut nadi dengan nilai normal</p> <p>2. Kaji respon klien verbal dan nonverbal</p> <p>3. Laporkan ke dokter jika didapatkan kelainan.</p>	<p>Menilai kondisi klien, apabila ritme denyut jantung tidak teratur maka bandingkan hasil auskultasi dengan palpasi nadi radialis.</p> <p>Respons verbal dan nonverbal menggambarkan kepuasan pasien. Apakah pasien puas dengan apa yang sudah dilakukan</p> <p>Kolaborasi dengan medik untuk tindakan selanjutnya</p>

E.	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat frekuensi, ritme, serta karakter ketukan denyut jantung jika tidak beraturan. 2. Membuat grafik/kurva pada rekam medis dengan tepat dan benar 3. Catat respon klien 	<p>Dokumentasi yang baik dan lengkap untuk mengetahui status perkembangan, mempermudah perencanaan asuhan, memastikan kesinambungan asuhan.</p>



MENGHITUNG DENYUT NADI PERIFER

Deskripsi :

- Melakukan pemeriksaan denyut jantung melalui denyut nadi perifer

Tujuan :

- Untuk mengetahui denyut jantung pada klien
- Sebagai data dasar untuk melakukan evaluasi
- Mendeteksi adanya kelainan jantung

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Nama dan tanggal lahir 2. Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi denyut nadi seperti emosi, tingkat aktivitas dan medikasi yang mempengaruhi denyut jantung 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi tujuan sebelum tindakan</p> <p>Mengonsumsi obat dan aktivitas yang berlebih dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan denyut nadi</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan dengan jarum detik 2. Alat tulis dan kertas <p>Persiapan klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu dan menjelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan 2. Lingkungan : jaga privasi 	<p>Dengan kelengkapan alat, tindakan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif</p> <p>Mempersiapkan klien dengan baik akan membuat nyaman, kooperatif dan menjamin privasi, serta dapat membangun kepercayaan klien</p>
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif 	<p>Pencegahan infeksi</p>

	<p>2. Memberikan klien posisi duduk yang nyaman/ tidur terlentang dengan 1 bantal</p> <p>3. Jika klien dalam posisi duduk, lengan bawah bersandar pada lengan kursi atau disangga dengan bantal, telapak tangan menghadap ke bawah atau fleksi.</p> <p>4. Jika klien tidur terlentang, posisikan tangan klien di bawah dada atau di sisi badan dengan telapak menghadap ke bawah, agak fleksi.</p> <p>5. Letakkan tiga jari (jari telunjuk, tengah, dan manis) di atas arteri radialis dalam pergelangan tangan atau siku bagian dalam.</p> <p>6. Hitung Frekuensi (jumlah denyut nadi) selama 1 menit penuh.</p> <p>7. Perhatikan keras/lemah denyutan</p> <p>8. Perhatikan ritme (teratur/ tidak) denyutan</p> <p>9. Cuci tangan efektif</p>	<p>Kenyamanan dalam pelaksanaan tindakan</p> <p>Tindakan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif</p> <p>Arteri radialis lebih mudah diraba dan terasa denyutnya</p> <p>Keakuratan pemeriksaan</p> <p>Mengamati kelainan yang ada</p> <p>Mengamati kelainan yang ada</p> <p>Pencegahan infeksi</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <p>1. Bandingkan hasil pengukuran denyut nadi dengan nilai normal</p>	<p>Menilai kondisi pasien</p>

	2. Kaji respon klien verbal dan nonverbal	Respons verbal dan nonverbal menggambarkan kepuasan klien. Apakah klien puas dengan apa yang sudah dilakukan
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Mencatat hasil pengukuran denyut nadi</p> <p>2. Membuat grafik/kurve pada rekam medic dengan tepat dan benar</p> <p>3. Catat respon klien</p>	Dokumentasi yang baik dan lengkap akan mempermudah dalam perencanaan asuhan



MEMBERIKAN OBAT PER ORAL

Deskripsi :

- Prosedur ini menjelaskan tentang bagaimana memberikan obat per oral

Tujuan :

- Menunjukkan cara pemberian obat per oral

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGKAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji identitas klien, minimal menggunakan 2 identitas : nama dan tanggal lahir, atau no rekam medik. 2. Kaji kondisi klien (periksa adanya alergi pada klien) 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Hasil pengkajian menunjukkan kemungkinan reaksi dari obat yang diberikan untuk keamanan pasien</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masker k/p 2. Sarung tangan 3. Obat dalam cawan atau siring oral sekali pakai 4. Gelas berisi air dengan sedotan jika tidak merupakan kontraindikasi 5. Kereta atau nampan obat 6. Catatan pemberian obat <p>Persiapan obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan obat untuk satu klien dalam satu waktu, periksa 	<p>Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur dan membantu mengidentifikasi kesalahan yang terjadi</p> <p>Tindakan ini mencegah kesalahan pemberian obat dan membantu</p>

	<p>tanggal kadaluarsa dan lakukan penghitungan.</p> <p>2. Siapkan obat yang diperlukan :</p> <p>a. Paket unit dosis : tempatkan obat yang dikemas sesuai unit dosis pada cawan sekali pakai. Jangan buka pembungkus sampai telah berada di samping ranjang klien. Simpanlah narkotik dan obat yang memerlukan peniaian kebidanan khusus di wadah terpisah.</p> <p>b. Wadah multidosis : saat mengambil tablet atau kapsul dari botol multidosis, tuangkan jumlah yang diperlukan ke tutup botol dan kemudian tempatkan tablet di cawan obat. Potong scored tablet, jika perlu, untuk mendapatkan dosis yang tepat. Jangan sentuh tablet dengan tangan</p> <p>c. Obat cair dalam botol multidosis : saat menuangkan obat cair dari botol multidosis, pegang botol sedemikian rupa sehingga labelnya berada di telapak tangan. Gunakan alat</p>	<p>efisiensi dan efektifitas pemberian obat.</p> <p>Pembungkus harus tetap utuh karena labelnya diperlukan untuk pemeriksaan keamanan tambahan. Penilaian khusus mungkin diperlukan sebelum memberikan obat tertentu. Hal ini mencakup penilaian tanda-tanda vital dan pengecekan hasil pemeriksaan laboratorium.</p> <p>Menuangkan obat ke tutup botol memungkinkan pengembalian obat yang berlebih ke dalam botol dengan mudah. Menuang tablet atau kapsul ke tangan perawat menyalahi syarat kebersihan.</p> <p>Cairan yang menetes ke atas label membuat label sulit dibaca. Akurasi akan didapatkan jika yang digunakan adalah alat pengukur yang tepat dan dibaca secara akurat.</p>
--	---	--

	<p>pengukur yang tepat saat menuang cairan, dan baca jumlah obat di dasar meniscus pada ketinggian setinggi mata. Usaplah bibir botol dengan tissue.</p> <p>3. Periksa ulang kesesuaian label sebelum membawanya ke klien.</p> <p>4. Periksa nama dan nomor identifikasi pada gelang identifikasi klien.</p> <p>Persiapan Klien</p> <p>Pertimbangkan ketepatan obat untuk klien, beritahu dan jelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan.</p>	<p>Pemeriksaan label memastikan akurasi dan mencegah kesalahan</p> <p>Memastikan bahwa klien yang menerima obat adalah klien yang benar dan membantu mencegah terjadinya kesalahan.</p> <p>Mengevaluasi efek terapeutik obat dalam hubungannya dengan kelainan klien dan dapat juga digunakan untuk mengedukasi klien mengenai pengobatannya dan menjalin rasa percaya klien terhadap bidan.</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <p>1. Memakai masker k/p</p> <p>2. Cuci tangan efektif</p> <p>3. Memakai sarung tangan</p>	<p>Alat perlindungan diri</p> <p>Mengurangi perpindahan mikroorganisme</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik serta sarung tangan</p>

<p>4. Bantu klien untuk duduk atau berbaring miring</p> <p>5. Berikan obat :</p> <p>a. Tawarkan air atau cairan lainnya yang dibolehkan bersama dengan pil, kapsul, tablet, dan beberapa obat cair.</p> <p>b. Tanyakan apakah klien memilih untuk menerima obat dengan tangan atau cawan</p> <p>6. Temani klien sampai semua obat telah ditelan. Jangan pernah meninggalkan obat di sisi ranjang klien.</p> <p>7. Bereskan alat dan kembalikan obat pada tempatnya</p> <p>8. Cuci tangan efektif</p> <p>9. Tinggalkan klien dalam posisi yang nyaman</p>	<p>Proses menelan akan terbantu oleh posisi yang benar. Posisi tegak atau berbaring miring mencegah klien mengalami aspirasi.</p> <p>Cairan membantu menelan obat padat. Beberapa obat cair dimaksudkan untuk melekat ke daerah faring, sehingga tidak perlu menawarkan cairan saat memberikan obat ini.</p> <p>Tindakan ini mendorong partisipasi klien dalam menerima obat</p> <p>Obat tidak dapat dicatat sebelum melihat klien menelan obatnya. Catatan klien merupakan catatan legal.</p> <p>Untuk meyakinkan alat-alat bebas bakteri dan mempermudah pemakaian selanjutnya dan untuk kebersihan ruangan</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif.</p> <p>Memberikan pelayanan yang terbaik dan kepuasan klien</p>
--	--

<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon klien verbal dan nonverbal 2. Periksa klien dalam 30 menit, atau waktu tertentu sesuai untuk obat tersebut, untuk memverifikasi respons klien terhadap pengobatan. 	<p>Mengevaluasi respons klien terhadap obat yang diberikan dan deteksi dini terhadap efek yang tidak diharapkan. Mengetahui tingkat kepuasan klien terhadap hasil pemeriksaan</p> <p>Tindakan ini memberikan kesempatan untuk dokumentasi lebih lanjut dan penilaian tambahan mengenai efektifitas pereda nyeri dan efek obat yang tidak diharapkan.</p>
<p>E.</p>	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat respon klien 2. Catat semua hasil pemeriksaan dan tindakan yang telah dilakukan 	<p>Sebagai dokumentasi yang akurat dan memastikan kesinambungan asuhan.</p> <p>Aspek legal dalam asuhan kebidanan dan mengetahui keberhasilan tindakan.</p>

MEMBERIKAN OBAT PER VAGINA

Deskripsi :

- Prosedur ini menjelaskan tentang bagaimana memberikan obat melalui vagina

Tujuan :

1. Memberikan obat per vagina
2. Mendokumentasikan hasil pengkajian dan tindakan

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal dua identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Kaji kondisi klien (periksa adanya alergi pada klien) 	<p>Memastikan normalitas dan mendeteksi adanya penyimpangan dari normal</p> <p>Hasil pengkajian menunjukkan kemungkinan reaksi dari obat yang diberikan untuk keamanan pasien</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. APD (masker, sarung tangan) 2. Supositoria vagina, jeli, krim, busa, tablet, atau larutan irigasi 3. Aplikator plastik 4. Handuk 5. Pispot 6. Duk 7. Wadah douche 8. Pelumas larut air 9. Tissue 10. Pembalut 11. Catatan pemberian obat 12. Troly pemberian obat 	<p>Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur dan membantu mengidentifikasi kesalahan yang terjadi</p>

	<p>Persiapan Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan obat untuk satu klien dalam satu waktu, periksa tanggal kadaluarsa dan lakukan penghitungan dosis. 2. Periksa ulang kesesuaian label sebelum membawanya ke klien. 3. Periksa nama dan nomor identifikasi pada gelang identifikasi klien. <p>Persiapan Klien</p> <p>Pertimbangkan ketepatan obat untuk klien dan beritahu dan jelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan.</p>	<p>Tindakan ini mencegah kesalahan pemberian obat</p> <p>Pemeriksaan label untuk memastikan dan mencegah kesalahan</p> <p>Memastikan bahwa klien yang menerima obat adalah klien yang benar dan membantu mencegah terjadinya kesalahan.</p> <p>Mengevaluasi efek terapeutik obat dalam hubungannya dengan kelainan klien dan dapat juga digunakan untuk mengedukasi klien mengenai pengobatannya dan menjalin rasa percaya klien terhadap bidan.</p>
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif dan gunakan sarung tangan 2. Minta klien berbaring dalam posisi dorsal rekumben 	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta sarung tangan.</p> <p>Memberikan kemudahan akses dan pemajanan yang baik pada kanal vaginal. Posisi dependen klien memungkinkan supositoria larut dalam vagina tanpa keluar ke orifisium</p>

	<p>3. Pertahankan abdomen dan ekstremitas bawah tertutup</p> <p>4. Jika Supositoria</p> <p>a. Lepaskan supositoria dari pembungkusnya dan berikan sejumlah pelumas larut air untuk melunakkan atau pada sekitar ujungnya. Oleskan pelumas pada telunjuk tangan kanan</p> <p>b. Dengan tangan non dominan bersarung tangan regangkan lipatan labia</p> <p>c. Masukkan ujung supositoria sepanjang dinding kanal vagina posterior sesuai panjang jari telunjuk (7,5 sampai 10 cm) sambil meminta klien tarik napas dalam</p> <p>d. Tarik jari dan bersihkan pelumas sisa pada sekitar orifisium dan labia</p> <p>e. Instruksikan klien untuk tetap pada posisi telentang selama sedikitnya 10 menit</p>	<p>Menjaga privasi klien</p> <p>Jika Supositoria</p> <p>Mengurangi friksi terhadap permukaan mukosa selama insersi</p> <p>Memajukan orifisium vagina</p> <p>Meyakinkan distribusi obat merata sepanjang dinding rongga vagina dan membuat klien rileks</p> <p>Mempertahankan kenyamanan klien</p> <p>Memungkinkan obat untuk meleleh dan diabsorpsi dalam mukosa vagina</p>
--	--	--

	<p>f. Berikan pembalut sebelum klien melakukan ambulasi (bila perlu)</p> <p>g. Lepaskan sarung tangan dengan menariknya dari dalam keluar dan buang pada wadah yang tepat.</p> <p>5. Jika krim vagina</p> <p>a. Isi aplikator krim, ikuti petunjuk dalam wadahnya</p> <p>b. Dengan tangan kiri yang memakai sarung tangan, perlahan regangkan lipatan labia</p> <p>c. Dengan tangan kanan yang bersarung tangan, masukkan aplikator kurang lebih 5-7,5 cm. Sambil anjurkan klien tarik napas dalam, dorong penarik aplikator untuk memasukan obat.</p> <p>d. Tarik aplikator dan tempatkan pada tisu. Bersihkan sisa krim pada labia atau orifisium vagina.</p> <p>e. Instruksikan klien untuk tetap berbaring telentang selama</p>	<p>Memberikan kenyamanan bagi klien</p> <p>Mencegah penyebaran mikroorganism</p> <p>Dosis diresepkan oleh volume dalam aplikator</p> <p>Memajukan orifisium vagina</p> <p>Memungkinkan distribusi obat merata sepanjang dinding rongga vagina</p> <p>Sisa krim pada aplikator mengandung mikroorganism</p> <p>Krim akan didistribusikan dan diabsorpsi merata pada rongga</p>
--	--	---

	<p>sedikitnya 10 menit.</p> <p>f. Cuci aplikator dengan sabun dan air hangat. Simpan untuk penggunaan yang akan datang.</p> <p>g. Berikan pembalut sebelum klien melakukan ambulasi.</p> <p>6. Cuci tangan efektif.</p> <p>7. Tinggalkan klien dalam posisi yang nyaman</p>	<p>vagina hilang melalui orifisium vagina.</p> <p>Rongga vagina tidak steril, sabun dan air akan membantu menghilangkan bakteri dan residu.</p> <p>Memberikan kenyamanan klien</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif</p> <p>Memberikan pelayanan yang terbaik dan kepuasan klien</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Kaji respon klien verbal dan nonverbal</p> <p>2. Observasi klien dalam waktu tertentu yang sesuai untuk obat tersebut, untuk memverifikasi respons klien terhadap pengobatan.</p>	<p>Mengevaluasi respons klien terhadap obat yang diberikan dan deteksi dini terhadap efek yang tidak diharapkan. Mengetahui tingkat kepuasan klien terhadap hasil pemeriksaan</p> <p>Tindakan ini memberikan kesempatan untuk dokumentasi lebih lanjut dan penilaian tambahan mengenai efektifitas pereda nyeri dan efek obat yang tidak diharapkan.</p>
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Catat respon klien</p> <p>2. Menuliskan semua hasil pemeriksaan dan tindakan yang telah dilakukan</p>	<p>Sebagai dokumentasi yang akurat dan memastikan kesinambungan asuhan.</p> <p>Aspek legal dalam asuhan kebidanan dan mengetahui keberhasilan</p>

MEMBERIKAN OBAT PER REKTAL

Deskripsi :

- Prosedur ini menjelaskan tentang bagaimana memberikan obat Supositoria per rektal

Tujuan :

- Memberikan obat supositoria per rectal

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji Identitas, nama dan tanggal lahir klien 2. Kaji tanda vital 3. Kaji alergi pada klien 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Hasil observasi di gunakan sebagai data dasar</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supositoria rectal 2. Jeli pelumas 3. Sarung tangan disposable 4. Catatan pemberian obat 5. Tissue 6. Trolley pemberian obat <p>Persiapan obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan obat untuk satu klien dalam satu waktu, periksa tanggal kadaluarsa. 2. Periksa ulang kesesuaian label sebelum membawanya ke klien. 3. Periksa nama dan nomor 	<p>Peralatan yang lengkap membantu tindakan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif</p> <p>Tindakan ini mencegah kesalahan pemberian obat</p> <p>Pemeriksaan label memastikan akurasi dan mencegah kesalahan</p>

	<p>identifikasi pada gelang identifikasi klien.</p> <p>Persiapan klien</p> <p>Pertimbangkan ketepatan obat untuk klien dan beritahu dan jelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan,</p>	<p>Memastikan bahwa klien yang menerima obat adalah klien yang benar dan membantu mencegah terjadinya kesalahan dan untuk mengedukasi klien mengenai pengobatannya dan menjalin rasa percaya klien terhadap bidan.</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif dan memakai masker kalau perlu 2. Jaga privasi klien 3. Minta klien untuk melakukan posisi miring (sims) dengan kaki atas fleksi ke depan 4. Tutup atau slimuti bagian tubuh depan klien dengan selimut dan hanya area anal yang terpajan. 5. Periksa kondisi anus eksternal dan palpasi dinding rectal. Lepaskan sarung tangan dengan menariknya ke dalam dan menempatkannya ke dalam tempat sampah infeksius. 	<p>Menghilangkan kuman sebagai tindakan antiseptik dan mencegah terjadinya infeksi silang.</p> <p>Memberikan rasa nyaman dan aman</p> <p>Memajukan/membuka anus dan membantu klien merilekskan sfingter anal eksternal</p> <p>Penutupan klien mempertahankan privasi dan meudahkan relaksasi</p> <p>Menetapkan adanya perdarahan rectal aktif</p>

	<p>6. Kenakan sepasang sarung tangan baru</p> <p>7. Buka kemasan supositoria dan beri pelumas pada sekitar ujung dengan jeli serta beri pelumas sarung tangan pada jari telunjuk tangan kanan</p> <p>8. Minta klien untuk menarik napas perlahan melalui mulut dan untuk merilekskan sfingter anal</p> <p>9. Regangkan bokong klien dengan tangan kiri. Dengan jari telunjuk yang tersarungi, masukkan supositoria dengan perlahan melalui anus, melalui sfingter anal internal, dan mengenai dinding rectal, masukkan seluruh jari pada orang dewasa, kira-kira 5 cm anak-anak dan bayi.</p> <p>10. Tarik jari dan bersihkan area anal klien dengan menggunakan tissue</p> <p>11. Instruksikan klien untuk tetap berbaring telentang atau miring selama 5 menit</p> <p>12. Bila supositoria mengandung laksatif atau pelunak feses,</p>	<p>Mengurangi penularan infeksi</p> <p>Pelumasan mengurangi friksi saat supositoria masuk ke rectum</p> <p>Mendorong supositoria melalui sfingter yang kontriksi menyebabkan nyeri.</p> <p>Supositoria harus ditempatkan mengenai mukosa rectal untuk absorpsi dan kerja terapeutik</p> <p>Memberikan klien rasa nyaman</p> <p>Mencegah keluarnya supositoria</p> <p>Memanggil bantuan memberikan klien rasa kontrol terhadap eliminasi</p>
--	--	---

	<p>tempatkan bel dalam jangkauan pasien sehingga ia dapat mencari bantuan untuk mengambil pispot atau kamar mandi.</p> <p>13. Buka sarung tangan, buang sarung tangan pada tempat sampah infeksius dan cuci tangan efektif. Tinggalkan klien dalam posisi yang nyaman</p>	<p>Menghilangkan kuman setelah bersentuhan dengan kulit klien sebagai tindakan aseptik.</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Kaji respon klien verbal dan nonverbal</p> <p>2. Observasi klien dalam waktu tertentu sesuai untuk obat tersebut, untuk memverifikasi respons klien terhadap pengobatan.</p>	<p>Mengevaluasi respons klien terhadap obat yang diberikan dan deteksi dini terhadap efek yang tidak diharapkan. Mengetahui tingkat kepuasan klien terhadap hasil pemeriksaan</p> <p>Tindakan ini memberikan kesempatan untuk dokumentasi lebih lanjut dan penilaian tambahan mengenai efektifitas pereda nyeri dan efek obat yang tidak diharapkan.</p>
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Catat respon klien</p> <p>2. Menuliskan tindakan yang telah dilakukan</p>	<p>Aspek legal dalam praktek kebidanan dan mengetahui keberhasilan tindakan.</p>

MEMBERIKAN OBAT PER INJEKSI SUBKUTAN (SC)

Deskripsi :

- Menjelaskan tentang bagaimana memberikan obat per injeksi subkutan

Tujuan :

- Memberikan obat per injeksi subkutan (SC)

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGKAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji Minimal nama dan tanggal Lahir 2. Kaji kondisi klien(periksa adanya alergi pada klien) 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarungtangan disposable 2. Obat 3. Siring dan jarum steril 4. Alkohol Swab 5. Plasterin 6. Catatan pemberian obat 7. Trolly Tindakan yang berisi safety box, tempat sampah <p>Persiapan Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan obat untuk satu klien dalam satu waktu, periksa tanggal kadaluarsa dan lakukan penghitungan dosis. 	<p>Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur</p> <p>Jarum yang digunakan ukuran 23 – 25, bergantung pada viskositas cairan yang diinjeksikan</p> <p>Tindakan ini mencegah kesalahan pemberian obat</p>

	<p>2. Periksa ulang kesesuaian label sebelum membawanya ke klien.</p> <p>3. Periksa nama dan nomor identifikasi pada gelang identifikasi klien.</p> <p>Persiapan klien</p> <p>Pertimbangkan ketepatan obat untuk klien, beritahu dan jelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan.</p>	<p>Pemeriksaan label memastikan akurasi dan mencegah kesalahan</p> <p>Memastikan bahwa klien yang menerima obat adalah pasien yang benar dan membantu mencegah terjadinya kesalahan.</p> <p>Mengevaluasi efek terapeutik obat dalam hubungannya dengan kelainan dan dapat juga digunakan untuk mengedukasi klien mengenai pengobatannya dan menjalin rasa percaya klien terhadap bidan.</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <p>1. Cuci tangan efektif dan pakai sarung tangan</p> <p>2. Pilih lokasi pemberian yang sesuai.</p> <p>3. Bantu klien memposisikan tubuhnya sesuai lokasi yang dipilih. Pasang kain sesuai</p>	<p>Menghilangkan kuman sebagai tindakan antiseptic dan mencegah terjadinya infeksi silang. Sarung tangan membantu mencegah terkena kontaminan.</p> <p>Lokasi yang sesuai mencegah terjadinya cedera dan meungkinkan pembacaan yang akurat dari lokasi yang diperiksa pada waktu yang sesuai. Lokasi yang dipilih harus bersih dari lesi, scar, tanda lahir, pembuluh darah, otot besar, edema, luka bakar dan memar</p> <p>Relaksasi area meminimalkan ketidaknyamanan selama injeksi. Memasang kain menjaga privasi</p>

	<p>kebutuhan agar hanya memerlihatkan daerah yang akan digunakan</p> <p>4. Tempat injeksi subkutan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltoid : klien posisi duduk atau berdiri - Abdomen: klien duduk atau telentang - Vastus Lateralis : klien duduk di tempat tidur atau kursi. <p>5. Bersihkan daerah sekitar lokasi injeksi dengan alkohol swab. Gunakan gerakan yang tegas, sirkular, dan bergerak kearah luar lokasi injeksi. Biarkan daerah tersebut mengering.</p> <p>6. Lepaskan tutup jarum dengan tangan kanan (one hand)</p> <p>7. Tangan kiri memegang lokasi yang akan disuntik dengan menggunakan teknik seperti mencubit (jarak antara jempol dengan jari tengah dan telunjuk kurang lebih 5 cm)</p>	<p>klien.</p> <p>Akses mudah yang diberikan kepada klien dalam posisi rileks</p> <p>Patogen di kulit dapat terdorong ke dalam jaringan oleh jarum. Bergerak dari tengah kearah luar mencegah kontaminasi pada lokasi tersebut. Membiarkan kulit mengering mencegah masuknya alkohol ke dalam jaringan, yang dapat mengiritasi dan menyebabkan ketidaknyamanan</p> <p>Tutup tersebut melindungi jarum berkontak dengan mikroorganisme. Teknik ini mengurangi risiko tertusuk jarum secara tidak sengaja.</p> <p>Kulit tegang lebih mudah daripada lentur. Teknik ini mengurangi resiko kesalahan prosedur sehingga tidak mengenai lapisan muskular.</p>
--	--	--

<p>8. Pegang siring dengan tangan kanan, antara ibu jari dan telunjuk (seperti memegang pena). Insersikan jarum dengan cepat pada sudut sekitar 45-90 derajat.</p>	<p>Menginsersikan jarum dengan cepat mengurangi nyeri bagi klien. Jaringan subkutan sangat banyak pada orang dengan status gizi baik dan status hidrasi baik, namun sedikit pada orang yang kurus atau yang mengalami dehidrasi. Untuk orang dengan sedikit jaringan subkutan, yang terbaik adalah menginsersikan jarum dengan sudut 45 derajat. Sudut 90 derajat biasanya digunakan pada terapi insulin</p>
<p>9. Pastikan jarum yang masuk 1/3 bagian. Setelah jarum berada di tempatnya, lepaskan jaringan. Jika lipatan kulit yang dicubit besar, pastikan jarum tersebut tetap berada di tempatnya saat kulit dilepaskan. Segera gerakan tangan kiri untuk mengokohkan bagian bawah siring. Geserlah tangan kanan ke bagian bawah penghisap. Hindari menggerakkan siring.</p>	<p>Menyuntikkan larutan ke dalam jaringan yang terkompresi mengakibatkan tekanan pada serabut saraf dan menimbulkan ketidaknyamanan. Jika lipatan kulitnya besar, kulit dapat tertarik menjauh dari jarum. Tangan yang tidak dominan akan mengamankan siring. Menggerakkan siring dapat mengakibatkan kerusakan jaringan dan memberikan obat ke bagian yang salah.</p>
<p>10. Suntikkan obat dengan perlahan (pada kecepatan 10 detik per milliliter)</p>	<p>Penyuntikan larutan yang cepat menyebabkan tekanan pada jaringan, menimbulkan ketidaknyamanan.</p>
<p>11. Tarik jarum dengan cepat pada sudut yang sama seperti saat menginsersikannya, sambil</p>	<p>Menarik jarum secara perlahan akan menarik jaringan dan menimbulkan ketidaknyamanan. Memberikan traksi</p>

	<p>menahan jaringan di sekitarnya dengan tangan kiri.</p> <p>12. Dengan Plasterin tutup lokasi bekas suntikan, berikan tekanan lembut di lokasi tersebut setelah jarum ditarik, jangan masase kulit</p> <p>13. Bantu klien untuk mengambil posisi nyaman</p> <p>14. Buang jarum tanpa tutup dan spuitnya ke dalam tempat pembuangan limbah tajam.</p> <p>15. Bereskan alat-alat.</p> <p>16. Buka sarung tangan dan cuci tangan efektif.</p>	<p>berlawanan di sekitar lokasi injeksi membantu mencegah tertariknya jaringan saat jarum ditarik.</p> <p>Memijat lokasi tersebut tidak diperlukan dan dapat merusak jaringan dibawahnya dan mempercepat absorpsi obat.</p> <p>Memberi rasa nyaman dan mencegah cedera pada klien.</p> <p>Penutupan kembali ujung jarum dapat menyebabkan tusukan jarum.</p> <p>Memudahkan petugas dalam melakukan tindakan selanjutnya</p> <p>Menghilangkan kuman setelah bersentuhan dengan kulit klien sebagai tindakan aseptik</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>Kaji respon verbal dan nonverbal dalam 15 sampai 30 menit.</p>	<p>Tindakan ini mengevaluasi keefektifan obat dan memberikan deteksi dini terhadap efek yang tidak diharapkan terhadap obat dan mengetahui kepuasan klien atas apa yang sudah dilakukan.</p>
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Catat respon klien</p> <p>2. Catat semua hasil pemeriksaan</p>	<p>Aspek legal dalam praktek kebidanan & mengetahui keberhasilan tindakan.</p>

MEMBERIKAN OBAT PER INJEKSI INTRA MUSKULAR (IM)

Deskripsi :

- Prosedur ini menjelaskan tentang bagaimana memberikan obat melalui injeksi intramuskular

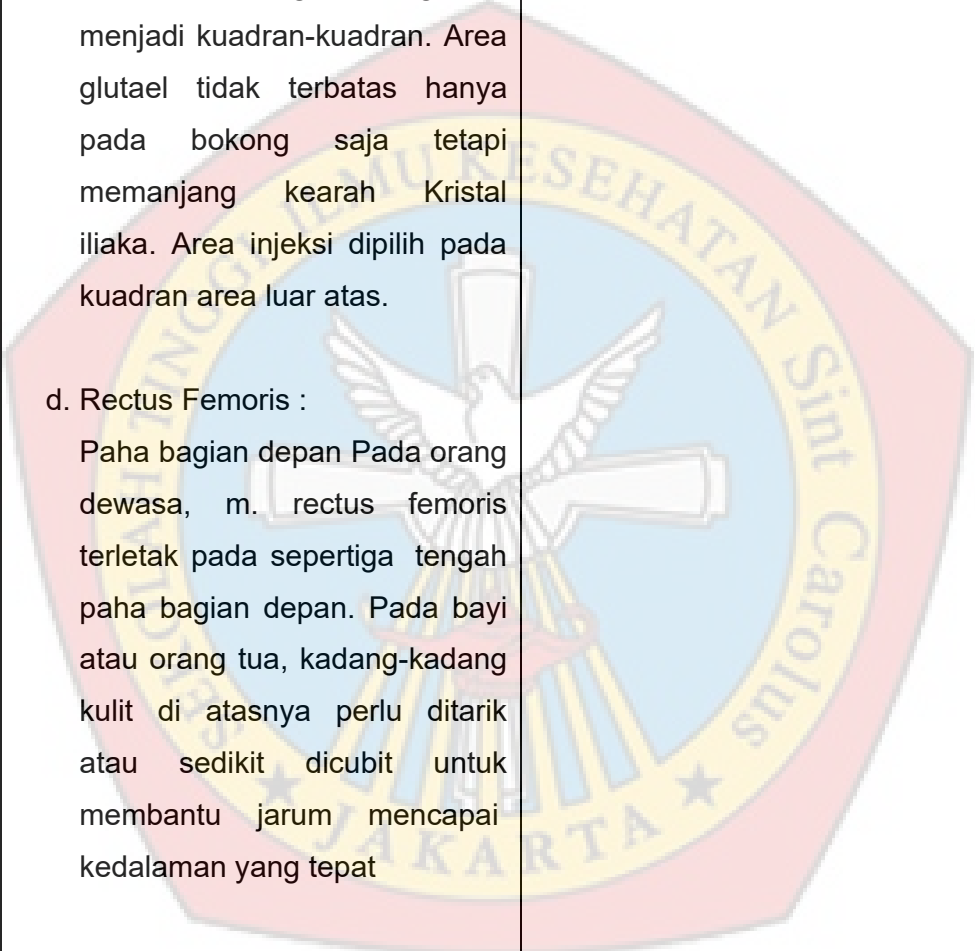
Tujuan :

- Memberikan obat per injeksi intramuskular (IM)
- Mendokumentasikan hasil pengkajian dan tindakan

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji Identitas, nama dan tanggal lahir klien 2. Kaji tanda-tanda vital 3. Kaji alergi obat pada klien. 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Hasil observasi digunakan sebagai data dasar dan pengkajian diperlukan agar dapat menentukan asuhan yang tepat guna bagi klien</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan sekali pakai 2. Obat 3. Siring dan jarum steril dengan ukuran dan gauge yang sesuai 4. Kapas antimikroba/alkohol 5. Plaster penutup luka setelah suntik 6. Catatan pemberian obat 7. Alat tulis 8. Piala ginjal 9. Jam tangan 	<p>Persiapan alat yang lengkap akan mempermudah pelaksanaan asuhan dan menghindari terjadinya kesalahan.</p>

	<p>Persiapan Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan obat untuk satu pasien dalam satu waktu, periksa tanggal kadaluarsa dan lakukan penghitungan. 2. Patahkan ampul atau ambil obat dari vial dan sesuaikan dosis nya 3. Periksa ulang kesesuaian label sebelum membawanya ke pasien. 4. Periksa nama dan nomor identifikasi pada gelang identifikasi pasien. <p>Persiapan Pasien</p> <p>Pertimbangkan ketepatan obat untuk pasien dan beritahu dan jelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan.</p>	<p>Tindakan ini mencegah kesalahan pemberian obat</p> <p>Persiapan yang baik memudahkan pelaksanaan tindakan</p> <p>Pemeriksaan label memastikan akurasi dan mencegah kesalahan</p> <p>Memastikan bahwa pasien yang menerima obat adalah pasien yang benar dan membantu mencegah terjadinya kesalahan.</p> <p>Mengevaluasi efek terapeutik obat dalam hubungannya dengan kelainan pasien dan dapat juga digunakan untuk mengedukasi pasien mengenai pengobatannya dan menjalin rasa percaya pasien terhadap bidan.</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan Efektif dan pakai sarung tangan 2. Pilih tempat injeksi yang tepat. Hindari area jaringan parut, memar, abrasi atau infeksi 	<p>Menghilangkan kuman sebagai tindakan antiseptik dan mencegah terjadinya infeksi silang. Sarung tangan membantu mencegah terkena kontaminasi</p> <p>Lokasi penyuntikan berpengaruh terhadap proses absorpsi obat</p>

	<p>3. Bantu pasien untuk mengambil posisi nyaman, bergantung pada tempat yang dipilih</p> <p>a. Paha (vastus lateralis) : Pasien berbaring telentang dengan lutut agak fleksi. Area ini terletak antar sisi median anterior dan sisi midlateral paha, Area injeksi disarankan pada 1/3 bagian yang tengah. Area ini ditentukan dengan cara membagi area antara trokanter mayor sampai dengan kondila femur</p> <p>b. Ventrogluteal : Pasien berbaring miring, atau telentang dengan lutut dan panggul miring dengan tepat dengan posisi fleksi. Letakan tangan kanan anda pada pinggul kiri pasien pada trochanter mayor atau sebaliknya, posisikan jari telunjuk sehingga menyentuh SIAS (Spina Iliaca Anterior Superior). Kemudian gerakkan jari tengah anda sejauh mungkin menjauhi jari telunjuk sepanjang crista iliaca. Maka jari telunjuk dan jari tengah anda akan membentuk huruf V. Suntikan jarum ditengah-</p>	<p>Membantu pasien mengambil posisi yang nyaman akan mengurangi ketegangan pada otot dan meminimalkan ketidaknyamanan injeksi</p> <p>Tempat atau lokasi suntikan sebaiknya sejauh mungkin dari saraf-saraf atau pembuluh darah utama. Tempat-tempat yang lazim digunakan antara lain di dorsogluteal (posisi tengkurap), ventrogluteal (posisi berbaring), vastus lateralis (daerah paha), atau deltoid (lengan atas).</p> <p>Lokasi suntikan mempengaruhi absorpsi obat.</p>
--	--	--

	<p>tengah huruf V, maka jarum akan menembus M.Gluteus Medius.</p> <p>c. Dorsogluteal: Pasien Tengkurap, ara menentukan lokasi dorsogluteal adalah membagi area glutael menjadi kuadran-kuadran. Area glutael tidak terbatas hanya pada bokong saja tetapi memanjang kearah Kristal iliaka. Area injeksi dipilih pada kuadran area luar atas.</p> <p>d. Rectus Femoris : Paha bagian depan Pada orang dewasa, m. rectus femoris terletak pada sepertiga tengah paha bagian depan. Pada bayi atau orang tua, kadang-kadang kulit di atasnya perlu ditarik atau sedikit dicubit untuk membantu jarum mencapai kedalaman yang tepat</p> <p>e. Lengan atas (deltoid) : Klien duduk atau berbaring datar dengan lengan bawah fleksi tetapi rileks menyilangi abdomen atau pangkuan. Cara sederhana untuk menentukan lokasi pada deltoid adalah</p>	
--	--	---

	<p>meletakkan dua jari secara vertical dibawah akromion dengan jari yang atas diatas akromion. Lokasi injeksi adalah 3 jari dibawah akromion.</p> <p>4. Minta pasien merilekskan lengan atau tungkai. Jelaskan apa yang akan dilakukan.</p> <p>5. Relokasi tempat dengan menggunakan garis anatomik</p> <p>6. Bersihkan lokasi tersebut dengan kapas alcohol/antimikroba dengan cara menghapus dengan gerakan yang tegas, sirkular dan bergerak melingkar kearah luar lokasi injeksi. Biarkan kulit mengering.</p> <p>7. Lepaskan penutup jarum dari spuit dengan satu tangan jari</p>	<p>Meminimalkan ketidaknyamanan selama injeksi. Distraksi membantu mengurangi ansietas.</p> <p>Injeksi akurat memerlukan insersi pada tempat anatomik yang tepat untuk menghindari cedera saraf di bawahnya, mengenai tulang dan pembuluh darah</p> <p>Patogen di kulit dapat terdorong ke dalam jaringan oleh jarum. Bergerak dari tengah ke arah luar mencegah kontaminasi pada lokasi tersebut, Menghilangkan kuman sebagai tindakan antiseptik dan mencegah terjadinya infeksi silang</p> <p>Membiarkan kulit mengering mencegah masuknya alkohol ke dalam jaringan, yang dapat mengiritasi dan menyebabkan ketidaknyamanan</p> <p>Mencegah jarum menyentuh sisi penutup dan menjadi terkontaminasi. Tindakan ini memastikan obat tidak mengalir kembali melalui jalan yang</p>
--	--	---

	<p>8. Pegang bagian tubuh yang akan di suntik seperti mencubit</p> <p>9. Dengan cepat tusukkan jarum ke dalam jaringan sehingga jarum tegak lurus tubuh pasien. Tindakan ini memastikan bahwa suntikan diberikan dengan sudut injeksi antara 72 sampai 90 derajat.</p> <p>10. Lakukan aspirasi dengan perlahan (setidaknya 5 detik) menarik penghisap ke belakang untuk menentukan apakah jarum berada di dalam pembuluh darah. Amati adanya warna merah muda atau merah di dalam siring,</p> <p>11. Bila tidak tampak darah, injeksi obat dengan kecepatan 10 dtk/ml obat perlahan</p> <p>12. Setelah obat masuk, tunggu 10 detik sebelum menarik jarum</p>	<p>dilewati jarum dan masuk ke dalam jaringan subkutan</p> <p>Posisi seperti Mencubit, agar lokasi penyuntikan tepat dilapisan kulit bagian otot.</p> <p>Penusukan yang cepat lebih tidak nyeri. Menginsersikan jarum pada sudut 72 sampai 90 derajat membantu masuknya jarum ke dalam jaringan otot.</p> <p>Ketidaknyamanan dan mungkin reaksi serius dapat terjadi jika obat yang dimaksudkan untuk penggunaan intramuscular disuntikkan ke dalam vena. Melakukan aspirasi dengan perlahan membantu aliran baik darah walaupun jarum berada di dalam pembuluh darah yang kecil dengan aliran yang lambat.</p> <p>Penyuntikan larutan yang cepat menyebabkan tekanan pada jaringan, menimbulkan ketidaknyamanan.</p> <p>Tindakan ini memungkinkan obat mulai berdifusi ke jaringan otot sekitarnya</p>
--	--	---

	<p>13. Tarik jarum dengan halus dan mantap pada sudut yang sama seperti saat menginsersikannya, tahan jaringan di sekitar lokasi injeksi dengan tangan kiri</p> <p>14. Berikan tekanan lembut di lokasi tersebut dengan kapas kering</p> <p>15. Buang jarum dan siring tanpa ditutup ke dalam penampungan limbah tajam</p> <p>16. Bereskan alat-alat.</p> <p>17. Buka sarung tangan dan cuci tangan.</p>	<p>Menarik jarum dengan perlahan akan menarik jaringan dan menyebabkan ketidaknyamanan. Memberikan traksi berlawanan di sekitar lokasi injeksi membantu mencegah tertariknya jaringan saat jarum ditarik.</p> <p>Mengeluarkan jarum pada sudut yang sama seperti saat menginsersikannya akan meminimalkan kerusakan jaringan dan ketidaknyamanan bagi pasien.</p> <p>Tekanan ringan lebih tidak menyebabkan trauma dan iritasi terhadap jaringan. Memijat dapat mendorong obat ke dalam jaringan subkutan.</p> <p>Untuk obat-obat yang mengandung hormone, tidak boleh massage.</p> <p>Pembuangan jarum yang benar mencegah terjadinya cedera.</p> <p>Memudahkan petugas dalam melakukan tindakan selanjutnya</p> <p>Menghilangkan kuman setelah bersentuhan dengan kulit pasien sebagai tindakan aseptik</p>
--	--	---

<p>D.</p>	<p>EVALUASI Kaji respon pasien verbal dan nonverbal</p>	<p>Tindakan ini untuk mengevaluasi keefektifan obat dan memberikan deteksi dini terhadap efek yang tidak diharapkan terhadap obat yang diberikan melalui jalur parenteral dan mengetahui kepuasan pasien atas apa yang sudah dilakukan.</p>
<p>F.</p>	<p>DOKUMENTASI 1. Menuliskan Tindakan yang telah dilakukan 2. Catat hasil tindakan dan rujuk bila diperlukan</p>	<p>Aspek legal dalam memberikan asuhan. Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan pasien</p>



MEMBERIKAN OBAT SECARA BOLUS MELALUI INFUS INTRAVENA (IV)

Deskripsi :

- Prosedur ini menjelaskan tentang cara pemberian medikasi secara langsung kedalam vena dengan teknik dorongan intravena sehingga menghasilkan reaksi obat yang cepat karena masuk langsung ke dalam sirkulasi.

Tujuan :

- Memberikan obat yang membutuhkan reaksi cepat melalui intravena

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	PENGAJIAN 1. Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Kaji kondisi pasien (khususnya alergi obat dan inflamasi atau infiltrasi jalur intravena pada pasien)	Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi tujuan sebelum tindakan Hasil pengkajian menunjukkan kemungkinan reaksi dari obat yang diberikan untuk keamanan pasien
B.	PERENCANAAN Persiapan Alat 1. APD (masker, sarung tangan) 2. Obat 3. Spuit dengan alat tanpa jarum atau jarum nomor 23- 25 (ikuti kebijakan instansi) 4. Kapas alkohol 5. Piala ginjal 6. Jam tangan 7. Catatan pemberian obat 8. Troly pemberian obat	Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur dan membantu mengidentifikasi kesalahan yang terjadi

	<p>Persiapan Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan obat untuk satu pasien dalam satu waktu, periksa tanggal kadaluarsa dan lakukan penghitungan dosis. 2. Periksa ulang kesesuaian label obat dan rekam medik klien sebelum membawanya ke klien. <p>Persiapan Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertimbangkan ketepatan obat untuk klien 2. Jelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan. 	<p>Tindakan ini mencegah kesalahan pemberian obat dan membantu efisiensi dan efektifitas pemberian obat.</p> <p>Pemeriksaan label memastikan akurasi dan mencegah kesalahan</p> <p>Mengevaluasi efek terapeutik obat dalam hubungannya dengan kelainan pasien dan dapat juga digunakan untuk mengedukasi pasien mengenai pengobatannya dan menjalin rasa percaya pasien terhadap bidan.</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif dan pakai sarung tangan 2. Pilihlah lokasi injeksi yang sesuai. Bantu klien memposisikan tubuhnya sesuai lokasi yang dipilih. 3. Jika infus IV sedang diberikan, matikan klem atau pompa infus untuk sementara waktu 4. Pilihlah port injeksi pada selang yang terdekat dengan lokasi penusukan vena. Bersihkan port 	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta sarung tangan.</p> <p>Lokasi dan posisi tubuh yang baik mempermudah proses injeksi</p> <p>Menghentikan pompa agar obat yang akan diberikan secara bolus dapat masuk tanpa hambatan.</p> <p>Penggunaan port yang terdekat dengan lokasi insersi jarum akan meminimalkan pengenceran (dilusi)</p>

	<p>dengan kapas alkohol</p> <p>5. Buka tutup spuit. Tahan posisi port menggunakan tangan kiri sambil menginsersikan spuit tanpa jarum ke tengah-tengah port.</p> <p>6. Gerakkan tangan kiri ke bagian selang IV tepat diatas port injeksi. Lipat selang di antara jari anda.</p> <p>7. Melakukan aspirasi dengan menarik penghisap sedikit ke belakang sampai terlihat adanya darah di dalam selang</p> <p>8. Suntikkan obat pada kecepatan yang direkomendasikan dan perhatikan respon klien</p> <p>9. Lepaskan spuit dan segera masukkan dalam safety box tanpa menutup kembali jarum</p> <p>10. Lepaskan lipatan selang dan biarkan cairan IV mengalir.</p> <p>11. Jika diperlukan, nyalakan kembali klem/ pompa infus. Sesuaikan</p>	<p>obat. Pembersihan menghalangi masuknya mikroorganisme saat port ditusuk</p> <p>Tindakan ini menguatkan posisi port injeksi dan menurunkan risiko tercabutnya infus secara tidak sengaja atau memasuki port secara tidak benar.</p> <p>Tindakan ini menghentikan aliran infus IV akibat gravitasi secara sementara dan mencegah obat di dalam selang mengalir naik</p> <p>Tindakan ini memastikan injeksi obat masuk ke dalam aliran darah</p> <p>Tindakan ini menghantarkan jumlah obat yang benar dengan interval yang tepat.</p> <p>Pembuangan jarum yang benar mencegah terjadinya cedera</p> <p>Injeksi bolus dapat mengubah kecepatan infuse cairan</p>
--	--	---

	<p>kecepatan tetesan infus cairan IV dengan kebutuhan</p> <p>12. Bereskan alat-alat.</p> <p>13. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan efektif</p>	<p>Memudahkan petugas dalam melakukan tindakan selanjutnya</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Kaji respon klien verbal dan nonverbal</p> <p>2. Periksa klien dalam 30 menit, atau waktu tertentu sesuai untuk obat tersebut, untuk memverifikasi respons klien terhadap pengobatan.</p>	<p>Mengevaluasi respons klien terhadap obat yang diberikan dan deteksi dini terhadap efek yang tidak diharapkan. Mengetahui tingkat kepuasan klien terhadap hasil pemeriksaan</p> <p>Tindakan ini memberikan kesempatan untuk dokumentasi lebih lanjut dan penilaian tambahan mengenai efektifitas pereda nyeri dan efek obat yang tidak diharapkan.</p>
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Catat tanggal dan waktu</p> <p>2. Catat respon klien</p> <p>3. Catat semua hasil pemeriksaan dan tindakan yang telah dilakukan</p>	<p>Sebagai dokumentasi yang akurat dan memastikan kesinambungan asuhan.</p> <p>Aspek legal dalam asuhan kebidanan dan mengetahui keberhasilan tindakan.</p>

PEMASANGAN INFUS

Deskripsi :

- Tindakan memasukkan obat / produk darah / cairan / nutrisi langsung kedalam pembuluh darah vena dalam jumlah yang banyak dan waktu yang lama.

Tujuan :

- Memenuhi kebutuhan dan menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh ketika pemenuhan peroral tidak terpenuhi
- Jalur pemberian obat dan produk darah
- Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan suplemen nutrisi (glukosa, asam amino dan lemak)

NO	KEGIATAN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nama dan tanggal lahir klien 2. Kaji tanda vital 3. Kaji alergi pada plester/obat/cairan yang akan di berikan 4. Kaji turgor kulit 5. Kondisi vena tempat penusukan 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Hasil observasi digunakan sebagai data dasar</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Standart Infus 2. Cairan infus 3. Set infus 4. Alkohol swab 5. Kassa sterill / transparant dressing 6. Tourniquet 	<p>Perlatan yang lengkap membantu tindakan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif.</p>

	<p>7. Alas perlak 8. Plester 9. Gunting 10. Sarung tangan bersih 11. Trolley tindakan yang dilengkapi safety box dan tempat sampah</p> <p>Persiapan klien:</p> <p>1. Jelaskan kepada klien tentang Tindakan yang akan dilakukan dan tujuan pemasangan infus serta hal-hal yang perlu dilaporkan selama penggunaan infus</p> <p>2. Atur klien pasien dengan posisi supine</p>	<p>Pasien kooperatif, merasa nyaman dan aman</p>
<p>c.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <p>1. Cuci tangan efektif</p> <p>2. Buka set infus dan cairan yg akan digunakan</p> <p>3. Siapkan set infus dan cairan infus untuk siap digunakan.</p> <p>4. Lepaskan penutup botol cairan, memastikan bahwa klem slang tertutup, buka tutup penusuk, desinfeksi tutup penusuk dengan alkohol swab, tusukkan kebagian botol atau kontainer cairan i.v</p>	<p>Pencegahan infeksi dan mengurangi risiko kontaminasi silang</p> <p>Mencegah terpaparnya set infus dan cairan IV oleh mikroorganisme</p> <p>Mempermudah tindakan dilaksanakan secara efisien dan efektif</p> <p>Mencegah masuknya bakteri atau kontaminan lain ke dalam infus. Penekanan/klem slang untuk mencegah cairan tidak keluar dan udara masuk ke slang.</p>

<p>5. Tekan chamber drip dan isi hingga terisi 1/3 sampai ½ penuh</p>	<p>Udara dalam slang dapat menyebabkan emboli</p>
<p>6. Buka klem pengatur tetesan dan alirkan cairan melalui slang infus sampai keluar dan tidak ada udara. Lalu kembalikan posisi klem pengatur tetesan ke posisi off dan pastikan Kembali slang bersih dari udara dan gelembung udara, kemudian tutup ujung selang kembali Jika menggunakan alat infus elektronik, ikuti manual prosedur yg ada dan atur kecepatan tetesan infus.</p>	
<p>7. Siapkan plester/ dresing transparan yang akan digunakan</p>	<p>Untuk memudahkan dalam melakukan tindakan dan menghindari perlekatan antara plester dan sarung tangan.</p>
<p>8. Pakai sarung tangan bersih</p>	<p>Pencegahan infeksi dan mengurangi risiko kontaminasi silang</p>
<p>9. Periksa ulang cairan yang akan diberikan. Bila ada obat yg harus ditambahkan dalam kontainer infus, beri tulisan pada label nama obat dan dosis.</p>	<p>Memastikan pemberian cairan dan obat yg ditambahkan dengan benar</p>
<p>10. Pasang perlak dan pengalas di</p>	

	<p>bawah anggota badan yang akan di pasang infus.</p> <p>11. Siapkan area/ lokasi yang akan dutusuk. Pilih vena yang sesuai dengan ukuran iv kateter dibagian distal terlebih dahulu pada lengan yang tidak dominan Hindari: area nyeri saat dipalpasi, area luka, jaringan scar, edema, infeksi, vena dikaki (kecuali lokasi lain tidak dapat diakses), vena daerah pembedahan, lokasi pada daerah penonjolan tulang, area fleksi dan area berambut.</p> <p>12. Pasang torniquet 12-15 cm diatas lokasi punksi vena untuk menghambat aliran darah dan tidak boleh lebih dari 2 menit.</p> <p>13. Anjurkan membuka dan menutup genggamannya, observasi dan palpasi vena yang memungkinkan untuk punksi</p> <p>14. Bersihkan area punksi dengan alkohol swab dengan gerakan sirkuler mulai dari tengah kearah luar daerah punksi.</p> <p>15. Tusukkan iv kateter secara perlahan dengan memegang hub</p>	<p>Lokasi penusukan yang tepat menghindari kerusakan pada jaringan tubuh</p> <p>Akses vena yang aman dan handal merupakan komponen penting untuk perawatan pasien berdasarkan durasi therapi IV, jenis obat atau larutan yang diinfuskan serta kebutuhan klien.</p> <p>Vena mudah dilihat, diraba dan dipunksi dengan pemasangan torniquet. Pemasangan torniquet terlalu lama menyebabkan gangguan sirkulasi arteri serta hematoma setelah dilakukan punksi vena.</p> <p>Mencegah masuknya mikroorganisme terbawa masuk ke jaringan atau kealiran darah oleh jarum.</p> <p>Pergeseran lokasi dapat dicegah bila penempatan kateter vena tepat di</p>
--	---	--

	<p>kateter ditangan kanan, bevel menghadap keatas dan sudut 10-30 derajat. Kateter dapat ditusukkan tepat diatas vena atau dari sisi vena, masukkan sesuai arah kurang lebih ½ bagian IV kateter, tarik sedikit jarum untuk memastikan IV kateter tepat dipembuluh darah vena.</p> <p>16. Jika tampak darah keluar melalui lumen jarum atau chamber kateter, masukkanlah sisa bagian plastik kateter hingga hub</p> <p>17. Lepaskan penutup slang iv segera dan hubungkan slang dengan kateter atau stabilkan, tahan kateter dengan tangan kiri dan lepaskan torniquet dengan tangan yang lain</p> <p>18. Mulai teteskan cairan dengan mengatur klem dan amati kulit sekitar tusukan untuk melihat tanda-tanda infiltrasi.</p> <p>19. Fiksasi kateter dengan kassa yg diletakkan dibawah hub, beri plester secara chevron, H atau U</p> <p>20. Pasang kasa steril diatas lokasi tusukan atau transparant dressing, beri plester pada slang</p>	<p>vena.</p> <p>Keluar darah merupakan tanda bahwa penempatan kateter vena tepat.</p> <p>Meminimalkan rasa tidak nyaman serta mencegah IV kateter tercabut</p> <p>Mencegah kerusakan kulit / komplikasi disekitar lokasi tusukan</p> <p>Fiksasi mempertahankan posisi yang tepat di vena.</p> <p>Transparant dressing memudahkan observasi langsung lokasi tusukan, kassa steril dapat menyerap</p>
--	--	---

	<p>diatas kasa dan rapikan.</p> <p>21. Atur tetesan sesuai yang dianjurkan</p> <p>22. Perhatikan reaksi/respon klien</p> <p>23. Rapikan klien</p> <p>24. Rapikan semua alat dan kembalikan pada tempatnya, buang alat yg tidak terpakai ditempat yg telah ditentukan.</p> <p>25. Lepaskan sarung tangan</p> <p>26. Cuci tangan efektif</p>	<p>drainase.</p> <p>Kecepatan infus disesuaikan dengan jumlah kebutuhan cairan sesuai program medik. Kelebihan / kekurangan cairan akan mempengaruhi keefektifan cairan/obat yang diberikan.</p> <p>Tindaklanjut dari evaluasi pemasangan infus untuk memantauan ttv, gejala komplikasi,</p> <p>Klien merasa nyaman dan aman</p> <p>Kebersihan ruangan, mempermudah pemakaian selanjutnya dan memberi kenyamanan pasien.</p> <p>Mencegah risiko kontaminasi silang penyebaran mikroorganisme.</p> <p>Pencegahan infeksi</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Monitor intake dan output, turgor kulit, mukosa membran, tanda vital</p> <p>2. Inspeksi lokasi tusukan infus dan ekstremitas setiap 2-4 jam dari adanya tanda-tanda nyeri, pembengkakan, panas,</p>	<p>Mengetahui keseimbangan cairan tubuh klien</p> <p>Pencegahan infeksi, mencegah kerusakan kulit / komplikasi disekitar lokasi tusukan serta mengatur regulasi ketepatan aliran dengan</p>

	kemerahan, perubahan kecepatan tetesan infus, terhentinya aliran infus selama pemasangan infus	tepat
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> Catat prosedur yang telah dilakukan meliputi : waktu pemasangan, jenis cairan/obat, lokasi penusukan, kateter yang digunakan, jumlah cairan, kecepatan infus serta peralatan habis pakai pada status klien. Hasil TTV Respon verbal dan non verbal pasien. 	<p>Dokumentasi yang baik dan lengkap untuk mengetahui status perkembangan, mempermudah perencanaan asuhan, memastikan kesinambungan asuhan.</p> <p>Tindaklanjut dari evaluasi pemasangan infus untuk memantauan ttv, gejala komplikasi, serta intervensi yang tepat</p> <p>Respon verbal dan nonverbal menggambarkan kepuasan pasien terhadap asuhan yang diberikan</p>

MENGHITUNG TETESAN INFUS

Deskripsi :

- Suatu tindakan untuk mengatur tetesan aliran infus yang mengalir kedalam vena melalui kateter vena agar sesuai dengan skema infus yang ditentukan.

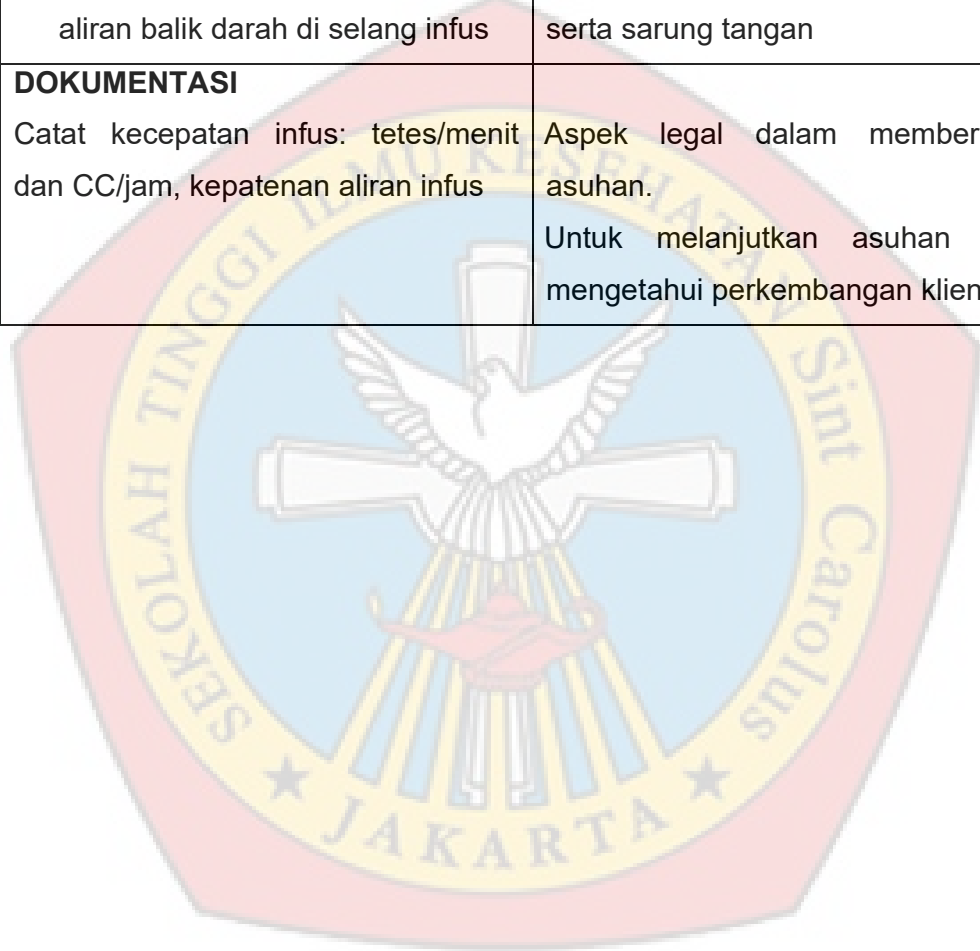
Tujuan :

- Menghitung kecepatan infus untuk mencegah ketidaktepatan pemberian cairan
- Mempertahankan kelancaran pemberian cairan intra vena
- Mencegah timbulnya komplikasi yang berkaitan dengan pemasangan infus

NO	KEGIATAN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji identitas pasien 2. Kaji perencanaan terapi infus, tipe cairan dan kecepatannya 3. Kaji respon klien 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir terapi infus 2. Kertas dan pensil 3. Jam dengan jarum detik <p>Persiapan Klien</p> <p>Jelaskan kepada klien prosedur yang akan dilakukan</p>	<p>Persiapan alat bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan tindakan</p> <p>Klien kooperatif dengan mengetahui tujuan prosedur pemeriksaan</p> <p>Menjalin rasa percaya klien terhadap bidan</p>
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat ketinggian cairan dalam drip chamber, bila kurang dari setengah tekan drip chamber agar cairan terisi 	<p>Ketinggian cairan dalam drip chamber yang terlalu rendah dapat menimbulkan gelembung udara pada saat cairan menetes dari botol</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Lihat selang infus apakah posisi tertekuk atau ada sumbatan 3. Observasi kepatenan jalur IV 4. Posisikan jam sejajar dengan drip chamber. Hitung kecepatan tetesan selama 1 menit. 5. Mencuci tangan efektif 	<p>infus sehingga udara masuk keselang infus</p> <p>Kecepatan tetesan dapat terpengaruh oleh posisi selang infus</p> <p>Bekuan darah pada jalur IV atau posisi selang dapat mengganggu kelancaran aliran cairan infus</p> <p>Kecepatan aliran menggambarkan kepatenan jalur infus, overload cairan dapat dicegah dengan menutup kembali pengatur tetesan</p> <p>Aliran infus yang terhambat menyebabkan tidak masuknya cairan dengan tepat</p>
<p>D</p>	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi lokasi tusukan infus dan ekstremitas setiap 2-4 jam dari adanya tanda-tanda nyeri, pembengkakan, panas, kemerahan, perubahan kecepatan tetesan infus, terhentinya aliran infus selama pemasangan infus 2. Observasi respon klien terhadap terapi 3. Bandingkan cairan infus dengan kartu terapi infus - masuk ke evaluasi 	<p>Mengetahui keberhasilan dan kepuasan klien terhadap asuhan yang diberikan</p> <p>Mengetahui reaksi tindakan</p> <p>Mengetahui cairan infus dengan atas program dokter sesuai kebutuhan klien</p>

	<p>4. Buka pengatur tetesan dan amati kecepatan tetesan dari botol infus keruang tetesan kemudian tutup kembali sesuai tetesan semula - masuk ke evaluasi</p> <p>5. Bila cairan tidak mengalir, turunkan botol infus dibawah lokasi punksi dan amati adanya aliran balik darah di selang infus</p>	<p>Keakuratan hitung tetesan infus sesuai skema infus.</p> <p>Transmisi mikroorganismenya dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik serta sarung tangan</p>
<p>E</p>	<p>DOKUMENTASI</p> <p>Catat kecepatan infus: tetes/menit dan CC/jam, kepatenan aliran infus</p>	<p>Aspek legal dalam memberikan asuhan.</p> <p>Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan klien</p>



MENGANTI CAIRAN DAN SELANG INFUS

Deskripsi :

- Suatu tindakan untuk mengganti selang infus dan cairan infus yang baru.

Tujuan :

- Mempertahankan kelancaran dan pemberian cairan intra vena

NO	KEGIATAN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Kaji waktu pelaksanaan penggantian selang infus 3. Kaji adanya sumbatan pada selang infus 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Untuk pencatatan dan dokumentasi</p> <p>Mengkaji masalah yang ditemukan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Set infus steril 2. Piala ginjal 3. Sarung tangan bersih <p>Persiapan Klien:</p> <p>Jelaskan prosedur dan tujuan</p>	<p>Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur</p> <p>Pasien kooperatif</p>
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan Efektif 2. Siapkan selang infus dan cairan yang baru, perhatikan cara 	<p>Mengurangi transmisi mikro organisme</p> <p>Mencegah terpaparnya set infus dan cairan infus oleh mikroorganisme.</p>

	<p>mempertahankan sterilitas set infus</p> <p>3. Klem selang infus, buka tutup penusuk dan tusukkan ke bagian botol atau kontainer cairan intravena dan gantungkan botol infus pada tiang infus</p> <p>4. Tekan chamber drip dan isi hingga separuhnya. Buka klem pengatur tetesan dan alirkan cairan melalui selang hingga tidak ada gelembung udara. Tutup pengatur tetesan</p> <p>5. Beri label obat yang ditambahkan ke kontainer, gunakan sarung tangan bersih. Pegang hub kateter IV dengan jari dan tangan yang lain melepas selang infus lama dengan gerakan memutar</p> <p>6. Pegang selang infus yang baru, buka penutupnya dan sambungkan dengan hub kateter IV, jaga kestabilan hub kateter dengan tangan lain.</p> <p>7. Atur kecepatan tetesan selama 1 menit sesuai program medik</p>	<p>Mempertahankan posisi kateter IV dalam vena.</p> <p>Menghubungkan kateter IV dengan selang infus yang baru secara aman. Mempertahankan kecepatan tetesan sesuai terapi</p> <p>Memastikan benar obat dan untuk kenyamanan klien dan mempertahankan posisi jarum didalam vena</p> <p>Memastikan benar obat dan untuk kenyamanan klien dan mempertahankan posisi jarum didalam vena</p> <p>Mempertahankan kecepatan tetesan sesuai program medik</p>
--	--	--

	8. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan efektif.	Mengurangi transmisi mikro organisme dan pencegahan infeksi nosokomial
D	EVALUASI 1. Ketepatan tetesan infus, ketepatan selang IV dan lokasi tusukan infus. 2. Observasi respon klien terhadap efek terapi	Melihat reaksi dari tindakan
E	DOKUMENTASI Menuliskan Tindakan yang telah dilakukan	Aspek legal dalam memberikan asuhan. Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan pasien



MELEPAS INFUS

Deskripsi :

- Suatu tindakan untuk melepas kateter IV yang berada dalam vena.

Tujuan :

- Menghentikan terapi medik
- Pada saat tempat penusukan kateter IV perlu diganti karena adanya phlebitis, infiltrasi, aliran infus terhenti karena sumbatan.
- Pada saat harus mengganti lokasi karena pemakaian kateter IV sudah lebih dari 3 hari untuk mencegah infeksi.

NO	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGKAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji identitas pasien , minimal menggunakan 2 identitas : nama dan tanggal lahir, atau no rekam medik. 2. Kaji adanya perdarahan, infiltrasi, phlebitis disekitar lokasi penusukan, lamanya infus terpasang. 3. Kaji jumlah cairan yang harus diberikan sesuai daftar terapi 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Hasil pengkajian menunjukkan kebutuhan untuk melepas kateter iv dan menggantinya.</p> <p>Klien merasa diperhatikan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masker k/p 2. Sarung tangan bersih 3. Kasa steril, plester atau band aid 4. Piala ginjal 5. k/p jarum steril <p>Persiapan klien:</p>	<p>Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur dan membantu mengidentifikasi kesalahan yang terjadi.</p>

	Jelaskan prosedur dan tujuan	Menjalin rasa percaya klien terhadap bidan
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memakai masker k/p 2. Cuci tangan efektif 3. Memakai sarung tangan 4. Hentikan aliran infus dengan menggunakan pengatur tetesan 5. Lepaskan plester, balutan yg melekat pada lokasi tusukan dan tangan lain memegang hub kateter IV. 6. Setelah kateter IV dikeluarkan dari vena, lakukan penekanan dengan menggunakan kasa/alkohol swab selama 1-2 menit 7. Bila selang infus akan digunakan kembali pada pemasangan infus berikutnya, tutup ujung selang dengan jarum steril/penutup steril 	<p>Alat perlindungan diri</p> <p>Mengurangi perpindahan mikroorganisme</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta sarung tangan</p> <p>Alat perlindungan diri</p> <p>Mencegah tercecernya cairan infus ke alat tenun</p> <p>Pergerakan kateter IV dapat melukai vena</p> <p>Mencegah terjadinya perdarahan atau timbulnya hematoma</p> <p>Menjaga sterilitas selang infus</p>

	<p>8. Tinggikan lengan klien bila terjadi perdarahan</p> <p>9. Tutup lokasi tusukan dengan kasa steril dan di plester</p> <p>10. Kembalikan semua alat yang digunakan pada tempatnya</p> <p>11. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan efektif</p>	<p>Mengurangi aliran darah ke lokasi tersebut</p> <p>Mencegah paparan mikroorganisme</p> <p>Untuk meyakinkan alat-alat bebas bakteri dan mempermudah pemakaian selanjutnya dan untuk kebersihan ruangan</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif</p>
D	<p>EVALUASI</p> <p>1. Inspeksi lokasi tusukan infus dari adanya perdarahan dan tanda infeksi</p> <p>2. Observasi respon klien terhadap prosedur</p>	<p>Mengevaluasi respons pasien terhadap obat yang diberikan dan deteksi dini terhadap efek yang tidak diharapkan. Mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap hasil pemeriksaan</p> <p>Respon verbal dan nonverbal menggambarkan kepuasan pasien terhadap asuhan yang diberikan</p>
E	<p>DOKUMENTASI</p> <p>Catat jumlah cairan yang masuk dan yang dibuang, tanggal dan waktu melepas infus, kondisi sekitar lokasi tusukan dan respon klien</p>	<p>Sebagai dokumentasi yang akurat dan memastikan kesinambungan asuhan.</p> <p>Aspek legal dalam asuhan kebidanan dan mengetahui keberhasilan tindakan</p>

MENGUKUR JUMLAH CAIRAN MASUK DAN KELUAR

Deskripsi :

- Asuhan ini dilakukan untuk mengetahui keseimbangan cairan yang masuk dan keluar pada klien yang dirawat dengan risiko gangguan keseimbangan cairan tubuh

Tujuan :

- Mengetahui status keseimbangan cairan melalui jumlah intake cairan dan output
- Menentukan intervensi terkait kebutuhan cairan klien

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <p>Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis</p>	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir masukan dan keluaran cairan 24 jam 2. Alat tulis : ballpoint 3. Gelas ukur urin/ urin bag 4. APD <p>Persiapan Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada klien prosedur yang akan dilakukan 2. Lingkungan (jaga privasi) 	<p>Persiapan alat bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan tindakan.</p> <p>Klien kooperatif dengan mengetahui tujuan prosedur pemeriksaan, menjalin rasa percaya klien terhadap bidan serta menjaga privasi, kenyamanan dan keamanan klien</p>

C.	PELAKSANAAN	
	1. Cuci tangan efektif, memakai sarung tangan	Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik serta sarung tangan
	2. Menutup pintu, jendela / tirai	Menjaga privasi klien
	3. Tentukan waktu permulaan dan akhir pencatatan, misal Pukul 07.00 – Pk 07.00 hari berikutnya	Mengetahui batas waktu pelaksanaan penghitungan cairan masuk dan keluar
	4. Melihat formulir berapa cairan yang masuk sesuai advice dokter	Menghitung balance cairan sesuai keadaan klien
	5. Anamnesa klien berapa banyak cairan yang masuk melalui oral, misal berapa gelas klien minum sesuai batas waktu penghitungan cairan masuk dan keluar, identifikasi jika ada muntah	Mengetahui jumlah cairan masuk dan keluar sehingga mendapatkan hasil yang akurat
	6. Melihat sisa cairan infus yang terpasang di pasien untuk diperhitungkan selisih dari total cairan yang tersedia	Mengetahui sisa cairan yang masih terdapat dalam infus untuk menghitung selisih cairan yang tersedia
7. Mengukur urine yang terdapat dalam urine bag menggunakan gelas ukur dengan sarung tangan dan masker k/p	Mengetahui jumlah cairan yang keluar	

	8. Membereskan alat – alat	Mempermudah pemakaian selanjutnya dan untuk kebersihan ruangan
	9. Mencuci tangan efektif	Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik serta sarung tangan
	10. Membuka kembali pintu, jendela / tirai	Kenyamanan klien
D.	EVALUASI 1. Perhatikan repons klien verbal dan nonverbal 2. Evaluasi balance cairan selama 24 jam	Mengetahui keberhasilan dan kepuasan klien terhadap asuhan yang diberikan
E.	DOKUMENTASI 1. Hitung balance cairan dengan format yang tersedia 2. Catat hasil tindakan dan lapor dokter bila diperlukan	Aspek legal dalam memberikan asuhan. Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan klien

MEMASANG RESTRAIN

Deskripsi :

- Memasang alat bantu untuk membatasi mobilitas klien di tempat tidur.

Tujuan :

- Sebagai bentuk implementasi upaya keselamatan klien
- Memberikan keamanan fisik dan psikologis klien.
- Mencegah cedera
- Mempermudah tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGKAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji identitas klien, minimal menggunakan 2 identitas : nama dan tanggal lahir, atau no rekam medik. 2. Kaji ulang indikasi pemasangan restrain 3. Tanyakan perasaan yang dirasakan klien 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan</p> <p>Memberi kenyamanan pada klien Klien merasa diperhatikan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat restrain 2. Tali 3. Bantal untuk melindungi tulang yang menonjol. <p>Persiapan Pasien</p> <p>Memberitahu dan menjelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan</p>	<p>Mempermudah melakukan prosedur tindakan</p> <p>Menjalin rasa percaya klien terhadap bidan dan agar klien dapat bersikap kooperatif</p>

<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif 2. Menggunakan restrain pada lokasi yang sesuai dengan kebutuhan klien 3. Memasang bantalan pada lokasi yang telah ditentukan sebelum memasang restrain 4. Mengikat restrain sesuai petunjuk alat 5. Cuci tangan efektif 6. Membuka atau melonggarkan restrain setiap 4 jam selama 30 menit 	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic</p> <p>Menyesuaikan dengan kondisi klien dan ruangan</p> <p>Agar klien merasa nyaman</p> <p>Setiap alat restrain memiliki cara yang berbeda dalam pemasangan</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic</p> <p>Mencegah terjadi sumbatan pada pembuluh darah</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon klien verbal dan nonverbal 2. Observasi warna kulit, kemungkinan adanya luka, denyut nadi pada lokasi restrain setiap 4 jam 3. Pastikan restrain terpasang dengan benar dan aman 	<p>Mengetahui tingkat keamanan dan kenyamanan klien terhadap tindakan</p> <p>Memantau kondisi klien.</p>

E.	DOKUMENTASI 1. Catat respon klien 2. Tuliskan tindakan yang telah dilakukan	Aspek legal dalam asuhan kebidanan dan mengetahui keberhasilan tindakan.
----	--	--



PEMASANGAN KATETER TETAP

Deskripsi :

- Asuhan ini dilakukan untuk memantau pengeluaran urine pasien
- Tindakan memasukan kateter kedalam kandung kemih melalui uretra untuk membantu memenuhi kebutuhan eliminasi

Tujuan :

- Untuk mengeluarkan urine dari kandung kemih
- Mengetahui jumlah dan warna urin
- Untuk memantau balance cairan pasien
- Untuk persiapan pasien yang akan operasi

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGKAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Kaji indikasi pemasangan kateter 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 duk alas dan Perlak 2. 1 piala ginjal 3. 1 kom kapas savlon/ DTT 4. Sarung tangan steril sekali pakai 5. Cairan antiseptik (sublimat 1:1000) 6. Kateter folley sesuai dengan ukuran 7. Urine bag steril 8. Xylocain jelly steril 9. NaCl 0,9% atau Aquadest steril 	<p>Persiapan alat bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan tindakan</p>

	<p>sebanyak yang dibutuhkan oleh balon kateter 30 cc.</p> <p>10. Sduit 20 cc steril.</p> <p>11. Jarum no 12 steril.</p> <p>12. Perlak</p> <p>13. Plester</p> <p>14. Gantungan urine bag</p> <p>Persiapan pasien</p> <p>1. Jelaskan kepada pasien prosedur yang akan dilakukan</p> <p>2. Pasien berbaring ditempat tidur</p> <p>3. Lingkungan (jaga privasi)</p>	
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <p>1. Cuci tangan efektif</p> <p>2. Posisikan ibu (lepaskan pembalut dan celana dalam) pada kain alas steril pada posisi semirekumben, lutu menyatu, pergelangan kaki terpisah (mengangkang). Jaga agar ibu ditutupi ketika persiapan lain dilakukan.</p> <p>3. Buka set kateter pada bagian yang bercabang. Sambungkan dengan urine bag</p> <p>4. Hisap 20 cc NaCl 0,9% atau Aquadest steril sebanyak 20 cc</p>	<p>Menjelaskan kepada pasien agar pasien mengerti dengan tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>Menjaga privasi, kenyamanan dan keamanan ibu</p> <p>Mengurangi transmisi mikro organisme</p> <p>Untuk mempermudah melakukan kateterisasi.</p> <p>Agar ketika urine keluar akan langsung mengalir ke urine bag</p> <p>Untuk persiapan mempertahankan kateter di dalam uretra</p>

	<p>5. Pakai sarung tangan steril</p> <p>6. Buka labia dengan tangan kiri dan bersihkan vulva menggunakan kapas savlon/ DTT dengan arah dari depan ke belakang</p> <p>7. Minta asisten membantu membuka memegang set kateter yg masih dalam keadaan terbungkus. Ambil kateter dan pegang di bagian ujungnya yang masih steril.</p> <p>8. Lumasi ujung kateter dengan xylocain jelly</p> <p>9. Gunakan tangan non dominan untuk membuka labia dan temukan uretra, sementara tangan yang dominan memasukkan kateter secara tegas dan perlahan ke dalam arah ke depan dan ke belakang ke dalam uretra sampai urine mulai mengalir.</p> <p>10. Ketika urine sudah keluar, kateter harus dimasukkan 5 cm</p> <p>11. Jika waktu memasukkan kateter terasa tahanan jangan dilanjutkan</p>	<p>Untuk mencegah infeksi</p> <p>Tindakan ini meminimalkan tekanan pada labia, meningkatkan visibilitas dan membuat pemasukan kateter lebih mudah serta pencegahan terhadap infeksi</p> <p>Untuk memastikan kesterilan alat</p> <p>Untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Untuk memudahkan memasukkan kateter</p> <p>Untuk memastikan balon telah berada dalam kandung kemih</p> <p>Untuk menghindari trauma pada kandung kemih</p>
--	---	---

	<p>12. Selama pemasangan kateter anjurkan Pasien untuk napas dalam</p> <p>13. Gembungkan balon karet dengan menginjeksikan cairan dari spuit tanpa jarum sebanyak 10-20 cc NaCl 0,9% atau Aquadest steril</p> <p>14. Tarik kateter perlahan-lahan sampai ada tahanan balon.</p> <p>15. Fiksasi kateter menggunakan plester</p> <p>16. Gantung urine bag dengan posisi lebih rendah dari vesica urinaria</p> <p>17. Bantu ibu menggunakan kembali pakaiannya</p> <p>18. Beri posisi nyaman pada Pasien.</p> <p>19. Rapikan alat-alat</p> <p>20. Mencuci tangan.</p>	<p>Untuk memberi rasa nyaman dan mngurangi rasa nyeri pada pasien</p> <p>Untuk mempertahankan kateter dalam kandung kemih</p> <p>Untuk mengetes apakah kateter dapat tertahan dalam kandung kemih</p> <p>Agar posisi kateter tidak berubah</p> <p>Menggunakan gaya gravitasi bumi agar urine dapat mengalir keluar</p> <p>Memberikan rasa nyaman pada pasien</p> <p>Memberikan rasa nyaman pada pasien</p> <p>Untuk dekontaminasi alat</p> <p>Untuk pencegahan infeksi</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Perhatikan repons pasien verbal dan nonverbal</p> <p>2. Evaluasi jumlah dan warna urin</p> <p>3. Evaluasi balance cairan dalam 24 jam</p>	<p>Untuk mengetahui kepuasan pasien terhadap asuhan yang diberikan</p>

E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>Catat hasil tindakan dan rujuk bila diperlukan</p>	<p>Aspek legal dalam memberikan asuhan.</p> <p>Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan pasien</p>
----	---	--



PEMASANGAN KATETER SEMENTARA

Deskripsi :

- Tindakan ini dilakukan untuk memantau pengeluaran urine pasien sesuai standar.

Tujuan :

- Mengukur urin sebelum dan sesudah berkemih
- Mengetahui volume dan warna urin
- Untuk pengambilan sampel urine

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi nama, tanggal lahir klien, jenis kelamin 2. Kaji kapan terakhir BAK 3. Kaji indikasi pemasangan kateter 4. Kaji hasil observasi ttv dan fisik 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Penilaian gejala dan mengurangi risiko komplikasi</p> <p>Penilaian fungsi kandung kemih bagian dari penilaia pasien yang holistic dan tepat guna</p> <p>Hasil observasi ttv dan pemeriksaan menjadi penilaian akan kebutuhan Tindakan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 duk alas dan Perlak 2. 1 piala ginjal 3. 1 kom kapas savlon/ DTT 4. Sarung tangan steril sekali pakai 5. Cairan antiseptik 6. Kateter nelaton untuk sebelum persalinan atau kateter logam 	<p>Perlatan yang lengkap membantu tindakan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif.</p>

	<p>untuk setelah persalinan</p> <p>7. Xylocain jelly steril</p> <p>8. Perlak</p> <p>9. Pispot</p> <p>Persiapan pasien</p> <p>1. Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan.</p> <p>2. Perolehan <i>informed consent</i></p> <p>3. Pasien berbaring ditempat tidur</p> <p>4. Lingkungan (jaga privasi)</p>	<p>Mempersiapkan pasien akan memberikan kenyamanan sehingga terbangun rasa kepercayaan dan pasien kooperatif terhadap tindakan yang akan diberikan.</p> <p>Mendapatkan validitas persetujuan atau penolakan terhadap intervensi medis yang akan diberikan</p> <p>Memberikan kenyamanan dan keamanan klien</p> <p>Menjaga privasi, kenyamanan dan keamanan klien</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <p>1. Cuci tangan efektif</p> <p>2. Posisikan ibu (lepaskan pembalut dan celana dalam) pada kain alas steril pada posisi semirekumben, lutu menyatu, pergelangan kaki terpisah (mengangkang). Pasang pispot di bawah bokong ibu. Jaga agar ibu ditutupi ketika persiapan lain dilakukan.</p> <p>3. Pakai sarung tangan steril</p>	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Posisi mempermudah melakukan kateterisasi, memberi kenyamanan dan keamanan pada klien</p> <p>Perlindungan diri, pencegahan</p>

		infeksi, dan mengurangi risiko kontaminasi silang
4.	Buka labia dengan tangan kiri dan bersihkan vulva menggunakan kapas savlon/ DTT dengan arah dari depan ke belakang.	Tindakan aseptis untuk mencegah kontaminasi urine.
5.	Lumasi ujung kateter dengan xylocain jelly	Meminimalkan tekanan pada labia dan meningkatkan visibilitas dalam tindakan
6.	Gunakan tangan non dominan untuk membuka labia dan temukan uretra, sementara tangan yang dominan memasukkan kateter secara tegas dan perlahan 2 – 3 cm ke dalam uretra sampai urine mulai mengalir.	Memberikan kenyamanan dan mengurangi rasa nyeri / mencegah trauma dan infeksi uretra
7.	Tampung urine langsung dalam bocal steril (bila akan diperiksa) atau pispot	Memastikan pemasangan kateter masuk dengan naman dan nyaman.
8.	Keluarkan kateter secara perlahan.	Menyediakan drainase urin setelah kateter dan mengurangi risiko kontaminasi silang
9.	Massukkan katetr ke wadah terisi desinfektan untuk dekontaminasi	Menjaga kenyamanan pasien
		Pencegahan infeksi dan mencegah kontaminasi silang ke klien/bidan

	<p>10. Bersihkan genitalia dari sisa urine</p> <p>11. Kirim bocal urine yang sudah diberi etiket ke laboratorium bersama formulir pemeriksaan</p> <p>12. Merapihkan alat-alat</p> <p>13. Membuka sarung</p> <p>14. Mencuci tangan</p>	<p>maupun lingkungan</p> <p>Memberi kenyamanan dan menjaga kebersihan klien</p> <p>Agar urine segera diperiksa</p> <p>Kebersihan ruangan, mempermudah pemakaian selanjutnya dan memberi kenyamanan pasien.</p> <p>Mengurangi risiko kontaminasi silang</p> <p>Pencegahan Infeksi</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Perhatikan repons pasien verbal dan nonverbal</p> <p>2. Evaluasi apakah ibu sudah bisa BAK spontan</p> <p>3. Evaluasi hasil pemeriksaan laboratorium</p>	<p>Respons verbal dan nonverbal menggambarkan kepuasan pasien.</p> <p>Mengetahui kepuasan pasien terhadap asuhan yang diberikan</p> <p>Penentuan asuhan selanjutnya dan mengetahui perkembangan klien</p>
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Tuliskan Tindakan yang telah dilakukan</p> <p>2. Catat respon pasien</p> <p>3. Catat hasil tindakan dan rujuk k/p</p>	<p>Aspek legal dalam dokumentasi untuk mengetahui status perkembangan, mempermudah perencanaan asuhan, dan evaluasi</p>

**MENGAMBIL URINE DENGAN CARA MIDSTREAM/
ALIRAN TENGAH**

Deskripsi:

- Asuhan ini dilakukan untuk pengambilan sampel urine untuk pemeriksaan laboratorium

Tujuan:

- Mendapatkan sampel urine yang baik untuk pemeriksaan protein, reduksi dan sebagainya

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Kaji kapan terakhir BAK 3. Kaji indikasi pengambilan sampel urine 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bokal steril 2. Label untuk bokal urine 3. Formulir pemeriksaan <p>Persiapan Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada klien prosedur yang akan dilakukan 2. Lingkungan (jaga privasi) 	<p>Persiapan alat bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan tindakan</p> <p>Menjelaskan kepada klien agar mengerti dengan tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>Menjaga privasi, kenyamanan dan keamanan klien</p>

C.	PELAKSANAAN	
	1. Cuci tangan efektif	Mengurangi transmisi mikro organisme
	2. Anjurkan klien berkemih dan kemudian menahannya sebentar	Agar klien mengetahui apa yang harus dilakukan
	3. Ambil urine 30-60 cc ditengah-tengah aliran urine, langsung ke dalam bokal steril	Agar urine tidak terkontaminasi
	4. Tutup bokal secara steril	Untuk pemeriksaan
	5. Anjurkan klien untuk melanjutkan berkemih.	Agar kandung kemih kosong
	6. Anjurkan klien membersihkan sisa-sisa urine yang berada diluar bokal.	Untuk menjaga kebersihan bokal
	7. Mencuci tangan efektif.	Untuk pencegahan infeksi
	8. Tulis formulir sesuai dengan jenis pemeriksaannya dan bokal diberi label	Untuk dokumentasi dan agar urine tidak tertukar
9. Kirim segera ke laboratorium selambat-lambatnya 15 menit setelah pengambilan	Agar pemeriksaan lebih akurat	
D.	EVALUASI	
	1. Perhatikan respons verbal dan nonverbal klien	Untuk mengetahui kepuasan klien terhadap asuhan yang diberikan

	2. Evaluasi hasil pemeriksaan laboratorium	
E.	DOKUMENTASI Catat hasil tindakan dan rujuk bila diperlukan	Aspek legal dalam memberikan asuhan. Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan klien



MENCUKUR ABDOMEN

Deskripsi :

- Mencukur adalah tindakan persiapan klien sebelum operasi SC untuk membersihkan daerah yang akan dioperasi dari rambut sehingga mengurangi mikro organisme.

Tujuan :

- Menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Inspeksi kondisi umum kulit 3. Kaji lokasi pembedahan untuk menentukan daerah pencukuran 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Untuk kenyamanan klien</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 2. Sabun /larutan pembersih 3. Kapas basah 4. Alat cukur 5. Handuk <p>Persiapan Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada klien prosedur yang akan dilakukan 2. Klien berbaring ditempat tidur 3. Lingkungan (jaga privasi) 	<p>Persiapan alat bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan tindakan</p> <p>Klien kooperatif dengan mengetahui tujuan prosedur pemeriksaan</p> <p>Menjalin rasa percaya klien</p>

		terhadap bidan Menjaga privasi, kenyamanan dan keamanan ibu
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memakai masker k/p, Cuci tangan efektif, memakai sarung tangan 2. Menutup pintu/ tirai 3. Membantu klien dalam posisi tidur terlentang 4. Letakkan handuk dibawahnya 5. Basahi kulit dengan sabun menggunakan kapas basah di daerah yang akan dicukur 6. Regangkan kulit secara lembut dengan tangan kiri dan cukur dengan gerakan searah dengan tumbuhnya rambut 7. Hilangkan sabun atau busa dengan kapas basah sambil memperhatikan apakah sudah bersih atau belum 8. Bereskan alat – alat 	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan dan penggunaan cairan antiseptik serta sarung tangan</p> <p>Menjaga privacy klien</p> <p>Menciptakan rasa nyaman terhadap klien</p> <p>Mencegah mengotori alat tenun</p> <p>Mengurangi gesekan alat cukur ke bagian abdomen</p> <p>Mencegah tarikan dan mempermudah dalam melakukan pencukuran abdomen</p> <p>Mengurangi iritasi dan melihat keadaan kulit</p> <p>Untuk meyakinkan alat-alat bebas bakteri dan mempermudah pemakaian selanjutnya dan untuk</p>

	<p>9. Lepaskan sarung tangan, Cuci tangan efektif</p> <p>10. Membuka kembali pintu/ tirai</p>	<p>kebersihan ruangan</p> <p>Transmisi mikroorganismen dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik serta sarung tangan</p> <p>Memudahkan melakukan tindakan selanjutnya dan mempermudah pasien dalam melakukan sesuatu</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Lokasi pembedahan disiapkan dengan benar</p> <p>2. kebersihan Daerah cukuran dan luka akibat cukur</p>	<p>Untuk mengetahui keberhasilan dan kepuasan klien terhadap asuhan yang diberikan</p> <p>Untuk mengetahui reaksi tindakan</p>
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Catat tanggal dan waktu, persiapan area operasi</p> <p>2. Kondisi kulit sebelum dan sesudah pencukuran</p> <p>3. Toleransi klien pada saat pencukuran</p> <p>4. Catatan kejadian istimewa seperti adanya laserasi, abrasi pada saat pencukuran</p>	<p>Aspek legal dalam memberikan asuhan.</p> <p>Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan klien</p>

MENCUKUR PERINEUM

Deskripsi :

- Mencukur adalah tindakan persiapan pasien sebelum persalinan untuk membersihkan daerah yang kemungkinan akan terjadi luka dari rambut sehingga mengurangi mikro organisme.

Tujuan :

- Membersihkan area jalan lahir dari rambut sehingga mengurangi mikroorganisme

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGKAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Inspeksi kondisi umum kulit 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Memastikan kulit perineum dalam kondisi normal</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dua piala ginjal (satu diisi air) 2. Kipas basah 3. Sabun /larutan pembersih 4. Alat cukur sekali pakai 5. Sarung tangan 6. Catatan rekam medis <p>Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien prosedur yang akan dilakukan 2. Pasien berbaring dalam dorsal recumbent ditempat tidur 3. Lingkungan (jaga privasi) 	<p>Mempersiapkan alat dengan lengkap akan memudahkan dalam melakukan tindakan</p> <p>Pasien mengetahui tindakan yang akan dilakukan</p> <p>Memudahkan dalam pelaksanaan tindakan</p> <p>Menjaga privasi, nyaman dan aman</p>

C.	PELAKSANAAN	
	1. Mencuci tangan efektif	Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta sarung tangan
	2. Pakai sarung tangan	Perlindungan diri
	3. Mengatur posisi pasien sesuai dengan daerah yang akan dicukur	Memastikan daerah yang akan dicukur
	4. Posisikan Pasien dalam posisi dorsal recumbent dan meletakkan kain alas dibawah bokong ibu untuk mencukur daerah perineum	Memudahkan tindakan
	5. Sabuni daerah yang akan dicukur	Untuk memudahkan proses pencukuran
	6. Regangkan kulit yang halus dengan tangan kiri dan cukur searah dengan tumbuhnya rambut Mencukur daerah yang akan dicukur	Memberikan kenyamanan dan mencegah perlukaan
7. Hilangkan sabun atau busa dengan kapas basah sambil memperhatikan apakah sudah bersih atau belum	Memberikan rasa nyaman pada klien	

	8. Bereskan alat – alat	Untuk meyakinkan alat-alat bebas bakteri dan mempermudah pemakaian selanjutnya dan untuk kebersihan ruangan
	9. Cuci tangan efektif	Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta sarung tangan
D.	EVALUASI Lokasi perineum disiapkan dengan benar	Memudahkan dalam melakukan tindakan dan kenyamanan pasien
E.	DOKUMENTASI 1. Catat tanggal dan waktu 2. Kondisi kulit sebelum dan sesudah pencukuran 3. Toleransi klien pada saat pencukuran 4. Catat kejadian istimewa seperti adanya laserasi, abrasi pada saat pencukuran	Aspek legal dalam memberikan asuhan. Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan pasien

MELAKUKAN ENEMA

Deskripsi :

- Asuhan ini dilakukan untuk membantu ibu agar dapat Buang Air Besar (BAB) secara spontan

Tujuan :

- Merangsang kolon berkontraksi untuk pengeluaran fases dari usus besar.
- Mengosongkan rectum agar mempermudah turunnya bagian terendah janin pada proses persalinan

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	PENGAJIAN	
	1. Kaji Identitas, nama dan tanggal lahir klien	Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.
	2. Kaji kapan terakhir makan dan minum 3. Kaji kapan terakhir BAB	Hasil observasi di gunakan sebagai data dasar dan Pengkajian diperlukan agar dapat menentukan asuhan yang tepat guna bagi ibu
B.	PERENCANAAN	
	Persiapan alat	
	1. Masker	Persiapan alat bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan tindakan
	2. Sarung tangan sekali pakai	
	3. Cairan enema	
	4. Piala ginjal	
	5. Underpad	
	6. Pispot	
7. Tissue		
Persiapan pasien		
1. Jelaskan kepada pasien	Menjelaskan kepada pasien agar	

	<p>prosedur yang akan dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien berbaring ditempat tidur 3. Lingkungan (jaga privasi) 	<p>pasien mengerti dengan tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>Menjaga privasi, kenyamanan keamanan dan menjalin hubungan saling percaya.</p>
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif 2. Pakai sarung tangan 3. Siapkan tube enema, lumasi ujung tube dengan jeli pelumas 4. Tanggalkan pakaian bawah pasien dan memasang kain alas dan perlak di bawah bokong pasien. 5. Bantu Pasien dalam posisi miring ke kiri. 6. Letakkan piala ginjal di bawah bokong di atas underpad 7. Buka belahan bokong untuk menemukan anus atau bagian luar rectum 	<p>Mengurangi transmisi mikro organisme</p> <p>Mencegah Penularan infeksi nosokomial.</p> <p>Mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan.</p> <p>Untuk mempermudah melakukan semprot dan glycerin tidak berceceran</p> <p>Hal ini akan mengubah posisi kolon bagian bawah sehingga bisa menerima lebih banyak cairan dari rektum</p> <p>Agar tube enema tidak berceceran ditempat tidur</p> <p>Untuk mempermudah melakukan Enema</p>

	<p>8. Anjurkan klien untuk menarik napas dalam, masukan tube enema ke rectum. Dan dengan lembut dorong ujung tube enema atau botol enema fleet yang sudah di olesi pelumas ke dalam rectum sekitar 7,5 cm.</p> <p>9. Tekan botol dengan lembut, biarkan cairan mengalir ke rektum. Gulirkan botol perlahan dari bawah ke atas sehingga cairan tidak mengalir Kembali dalam botol.</p> <p>10. Anjurkan klien tarik napas dalam dan keluarkan tube perlahan-lahan dari dalam rectum, dan kemudian letakkan tube dalam piala ginjal.</p> <p>11. Pertahankan posisi pasien tetap miring, tunggu 5-10 menit</p> <p>12. Berikan pot BAB/BAK dan tunggu 5-10 menit atau antar pasien ke kamar mandi jika sudah mulas.</p> <p>13. Rapikan peralatan, letakan tube dan botol ke dalam piala ginjal, kemudian buang ke kotak sampah infeksius</p>	<p>Agar kenyamanan pasien. Cairan masuk secara optimal ke dalam rektum dan mencegah tube masuk terlalu dalam. Untuk mengurangi rasa sakit dan mencegah agar tidak melukai haemoroid</p> <p>Mencegah cairan keluar dari rektum Untuk mengurangi rasa sakit</p> <p>Untuk kenyamanan pasien dan agar alat bekas pakai tidak mengotori bed pasien atau ke kamar mandi bila pasien masih mampu. Untuk pencegahan infeksi</p> <p>Supaya cairan optimal masuk ke dalam rectum dan usus besar</p> <p>Untuk Kenyamanan dan keselamatan pasien</p> <p>Pencegahan Infeksi</p>
--	---	--

	14. Cuci tangan.	Mengurangi mikroorganisme dan pencegahan infeksi
E.	EVALUASI 1. Perhatikan repons pasien verbal dan nonverbal 2. Evaluasi apakah ibu sudah bisa BAB	Untuk mengetahui keberhasilan dan kepuasan pasien terhadap asuhan yang diberikan
F.	DOKUMENTASI 1. Menuliskan tindakan yang telah dilakukan 2. Catat hasil tindakan dan rujuk bila diperlukan	Aspek legal dalam memberikan asuhan. Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan pasien



MEMBERIKAN ENEMA KEMASAN

Deskripsi :

- Tindakan memasukkan cairan obat untuk membersihkan colon

Tujuan :

- Meningkatkan defekasi dengan merangsang peristaltic.
- Melunakkan feses yang telah menjadi impaks
- Mengosongkan rectum dan kolon bawah untuk prosedur diagnostic atau pembedahan

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGKAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Kaji kapan terakhir makan dan minum 3. Kaji kapan terakhir BAB 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Pengkajian diperlukan agar dapat menentukan asuhan yang tepat guna bagi ibu</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan sekali pakai 2. Obat/ cairan lavement sekali pakai 3. Piala ginjal, kain lap, vaselin. 4. Pasu surungan, botol berisi air untuk cebok. 5. Handuk bawah. 6. Tissue. 7. k/p perlak 	<p>Persiapan alat bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan tindakan</p>

	<p>Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien prosedur yang akan dilakukan 2. Pasien berbaring ditempat tidur 3. Lingkungan (jaga privasi) 	<p>Menjelaskan kepada pasien agar pasien mengerti dengan tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>Menjaga privasi, kenyamanan keamanan dan menjalin hubungan saling percaya.</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif 2. Minta klien mengosongkan kandung kemih sebelum prosedur 3. Bantu klien dalam posisi miring (sims) dengan lutut kanan fleksi 4. Tempatkan pernak dan kain alas di bawah panggul dan bokong klien 5. Tutup tubuh klien dan ekstremitas bawah dengan selimut mandi, biarkan hanya area anal yang terpajan 	<p>Mengurangi transmisi mikro organisme</p> <p>Mengurangi ketidaknyamanan selama prosedur</p> <p>Memungkinkan larutan enema mengalir ke bawah dengan gravitasi sepanjang lengkung natural kolon sigmoid dan rectum, sehingga memperbaiki retensi larutan</p> <p>Untuk kenyamanan pasien dan agar alat bekas pakai tidak mengotori bed pasien atau ke kamar mandi bila pasien masih mampu</p> <p>Mencegah pemajanan yang tidak perlu terhadap bagian tubuh dan mengurangi rasa malu klien</p>

	<p>6. Tempatkan pispot dekat bed pasien</p> <p>7. Lepaskan penutup plastik ujung rectal. Meskipun ujung sudah berpelumas, jeli tambahan dapat diberikan sesuai kebutuhan</p> <p>8. Dengan pelan, regangkan bokong dan tentukan lokasi anus. Instruksikan klien untuk rileks dengan melepaskan napas perlahan melalui mulut</p> <p>9. Masukkan ujung botol dengan perlahan ke dalam rectum. Masukkan 7,5- 10 cm pada orang dewasa</p> <p>10. Tekan botol sampai semua larutan telah masuk rectum dan kolon</p> <p>11. Beritahu klien tentang kemungkinan dorongan defekasi dalam 15- 20 menit</p>	<p>Untuk mudah diambil bila klien tidak mampu menahan enema</p> <p>Mengurangi rasa nyeri</p> <p>Menghela napas meningkatkan relaksasi sfingter anus eksternal Inseri hati- hati mencegah trauma pada mukosa rectal karena penusukan slang secara tak sengaja pada dinding.</p> <p>Inseri lebih dari batas yang tepat dapat menyebabkan perforasi usus</p> <p>Agar semua cairan masuk ke dalam kolon</p> <p>Larutan mendistensikan Usus. Lamanya retensi bervariasi dengan tipe enema dan kemampuan klien untuk mengontraksikan sfingter anal. Makin lama retensi meningkatkan lebih efektif perangsangan peristaltic dan defekasi</p>
--	--	--

	<p>12. Siapkan pispot atau pasu surungan</p> <p>13. Bereskan alat-alat</p> <p>14. Bantu pasien untuk defekasi dengan menggunakan pasu surungan atau kamar mandi</p> <p>15. Cuci tangan.</p>	<p>Untuk mudah diambil bila klien tidak mampu menahan enema</p> <p>Untuk mempermudah pemakaian selanjutnya dan untuk kebersihan ruangan</p> <p>Posisi jongkok normal meningkatkan defekasi</p> <p>Untuk pencegahan infeksi</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <p>1. Perhatikan repons pasien verbal dan nonverbal</p> <p>2. Evaluasi apakah ibu sudah bisa BAB</p>	<p>Untuk mengetahui keberhasilan dan kepuasan pasien terhadap asuhan yang diberikan</p>
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <p>Menuliskan Tindakan yang telah dilakukan</p>	<p>Aspek legal dalam memberikan asuhan.</p> <p>Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan pasien</p>

MEMBERIKAN POSISI SIM'S

Deskripsi :

- Dapat melakukan tatalaksana dalam memberikan posisi Sim's. Posisi Sim's adalah posisi miring kekanan atau miring kekiri, berat badan terletak pada tulang illium, humerus dan klavikula.

Tujuan :

- Mengurangi penekanan pada tulang sacrum dan trochanter pada otot pinggang.
- Memasang obat supositoria.
- Meningkatkan drainage dari mulut dan mencegah aspirasi
- Mencegah dekubitus.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji identitas klien , minimal menggunakan 2 identitas : nama dan tanggal lahir, atau no rekam medik. 2. Lihat kondisi klien 3. Tanyakan perasaan yang dirasakan klien 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Memberi kenyamanan pada klien Klien merasa diperhatikan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur 2. Selimut 3. Bantal 3 buah <p>Persiapan klien</p> <p>Beritahu dan menjelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan</p>	<p>Mempermudah melakukan prosedur tindakan</p> <p>Klien kooperatif dengan mengetahui tujuan prosedur pemeriksaan Membangun rasa percaya</p>

	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif 2. Bantu klien dalam posisi setengah telungkup, kearah sisi kiri, tumpuan badan terletak pada tubuh bagian kiri. Bantal berada di bawah kepala. 3. Letakkan tangan kiri klien sejajar dengan punggung, tangan kanan difleksikan dan menyokong lengan setinggi bahu. Letakan bantal di bawah tangan kanan. 4. Tekuk lutut kanan dan tarik ke arah perut. Letakan bantal di bawah kaki kanan. 5. Cuci tangan efektif 	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik</p> <p>Memudahkan dalam melakukan tindakan. Bantu klien untuk menggerakkan badan dengan mengangkat, mencegah terjadinya gesekan kikisan kulit sehingga meminimalisasi kerusakan kulit.</p> <p>Klien merasa nyaman</p> <p>Memudahkan pemeriksaan</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon klien verbal dan nonverbal 2. Pastikan posisi yang diberikan sudah benar 3. Observasi kesejajaran tubuh, tingkat kenyamanan dan titik potensi tekanan 	<p>Mengetahui tingkat kepuasan klien terhadap hasil pemeriksaan</p> <p>Kenyamanan klien</p>

	<p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Catat respon klien</p> <p>E. 2. Tuliskan tindakan yang telah dilakukan</p>	<p>Aspek legal dalam asuhan kebidanan dan mengetahui keberhasilan tindakan.</p>
--	---	---



MEMBERIKAN POSISI LITHOTOMI

Deskripsi :

- Dapat melakukan tatalaksana dalam memberikan posisi lithotomi pada klien. Pada posisi ini klien berbaring terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan menariknya keatas bagian perut.

Tujuan :

- Memperlancar pelaksanaan tindakan gynekologi.
- Memudahkan pemeriksaan daerah rongga panggul (misal : vagina, pemeriksaan rectum).
- Memudahkan pelaksanaan proses persalinan, pemasangan IUD.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji identitas klien , minimal menggunakan 2 identitas : nama dan tanggal lahir, atau no rekam medik. 2. Lihat kondisi klien 3. Tanyakan perasaan yang dirasakan klien 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Memberi kenyamanan pada klien Klien merasa diperhatikan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur 2. Bantal bokong k/p 3. Penyangga kaki <p>Persiapan klien</p> <p>Beritahu dan menjelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan</p>	<p>Mempermudah melakukan prosedur tindakan</p> <p>Menjalin rasa percaya antara klien terhadap bidan</p>

	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif 2. Klien tidur terlentang dengan kedua paha diangkat dan ditekuk kearah perut. 3. Tungkai bawah membuat sudut 90 derajat terhadap paha. 4. Karena sikap ini sukar dipertahankan maka dipergunakan alat penahan kaki 5. Pasang selimut 6. Cuci tangan efektif 	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik</p> <p>Memudahkan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>Memudahkan dan tindakan dapat dilakukan dengan maksimal</p> <p>Kenyamanan dan keamanan klien</p> <p>Menjaga privacy klien</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptik</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon klien verbal dan nonverbal 2. Pastikan posisi yang diberikan sudah benar 	<p>Mengetahui tingkat kepuasan klien terhadap hasil pemeriksaan</p> <p>Keamanan klien</p>
<p>E.</p>	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat respon klien 2. Tuliskan tindakan yang telah dilakukan 	<p>Aspek legal dalam asuhan kebidanan dan mengetahui keberhasilan tindakan.</p>

MEMBERIKAN POSISI FOWLER

Deskripsi :

- Mampu memberikan tatalaksana posisi Fowler pada klien dimana bagian kepala lebih tinggi atau dinaikkan.

Tujuan :

- Merupakan tahapan dari Mobilisasi.
- Memberikan perasaan lega pada klien sesak nafas / meningkatkan dorongan diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru.
- Memudahkan perawatan misalnya dalam memberi makan.
- Meningkatkan curah jantung dan ventilasi serta mempermudah eliminasi fekal dan berkemih.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	PENGAJIAN 1. Kaji identitas klien, minimal menggunakan 2 identitas : nama dan tanggal lahir, atau no rekam medik. 2. Melihat kondisi klien 3. Menanyakan perasaan yang dirasakan klien	Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan. Memberi kenyamanan pada klien Klien merasa diperhatikan
B.	PERENCANAAN Persiapan alat Tempat tidur Persiapan klien Beritahu dan jelaskan kepada klien	Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur dan membantu mengidentifikasi kesalahan yang terjadi. Klien kooperatif dengan mengetahui

	mengenai prosedur yang akan dilakukan	tujuan prosedur pemeriksaan Menjalin rasa percaya klien terhadap bidan
C.	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memakai masker k/p 2. Cuci tangan efektif 3. Posisi klien terlentang dengan kepalanya dekat dengan bagian kepala dari tempat tidur. 4. Elavasikan bagian kepala tempat tidur 45 – 60 derajat 5. Memposisikan klien: <ol style="list-style-type: none"> a. Berdiri di sebelah kanan menghadap Klien b. Bantu klien dalam posisi setengah duduk (bisa dengan memberikan sandaran/ bantal dibelakang punggung dan kepala/ atur tempat tidur) c. Posisikan klien senyaman mungkin 	<p>Alat perlindungan diri</p> <p>Mengurangi perpindahan mikroorganisme Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta sarung tangan</p> <p>Memudahkan tindakan</p> <p>Kenyamanan klien Setengah duduk 45-60 derajat, posisi duduk 90 derajat (bisa menggunakan bantal atau merubah tinggi tempat tidur bagian kepala</p> <p>Tindakan ini dilakukan untuk mendapatkan posisi yang diinginkan</p>

	<p>6. Bila klien tidak dapat membantu:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berdiri dikedua sisi tempat tidur b. Masing-masing bidan merentangkan 1 tangan di bawah pangkal paha, saling berpegangan c. Anjurkan Klien untuk menundukkan kepala dan kedua tangan di atas perut. d. Salah satu bidan memberi aba-aba dan bersama mengangkat Klien ke atas. e. Anjurkan Klien memberi aba-aba dan bersama mengangkat Klien keatas <p>7. Beri posisi yang nyaman.</p> <p>8. Cuci tangan efektif</p>	<p>Membantu klien untuk melakukan prosedur dengan baik dan mendapatkan posisi yang diinginkan</p> <p>Memberikan pelayanan yang terbaik dan kepuasan klien</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta sarung tangan</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon klien verbal dan nonverbal 2. Pastikan posisi yang diberikan sudah benar 	<p>Mengevaluasi respons pasien terhadap asuhan yang diberikan dan deteksi dini terhadap efek yang tidak diharapkan. Mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap tindakan</p> <p>Keamanan klien</p>

E.	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat respon klien 2. Tuliskan tindakan yang telah dilakukan dan hasil observasi pada daftar kebidanan. 	<p>Sebagai dokumentasi yang akurat dan memastikan kesinambungan asuhan.</p> <p>Aspek legal dalam asuhan kebidanan dan mengetahui keberhasilan tindakan.</p>
----	---	---



MEMBERIKAN POSISI NUNGGING/ GENUPECTORAL

Deskripsi :

- Dapat melakukan tatalaksana dalam memberikan tindakan pada pasien dalam posisi nungging/ Genupectoral. Pada posisi ini pasien menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur

Tujuan :

- Memudahkan pemeriksaan daerah rectum, sigmoid, dan vagina.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji identitas pasien , minimal menggunakan 2 identitas : nama dan tanggal lahir, atau no rekam medik. 2. Lihat kondisi pasien 3. Tanyakan perasaan yang dirasakan pasien 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Memberi kenyamanan pada pasien</p> <p>Pasien merasa diperhatikan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <p>Periksa semua alat – alat yang akan digunakan dalam memberikan posisi nungging/ Genupectoral :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Tempat tidur 2.Bantal <p>Persiapan Klien</p> <p>Beritahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan</p>	<p>Menjalin rasa percaya pasien terhadap bidan</p> <p>Mempermudah melakukan prosedur tindakan</p>

<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan efektif 2. Bantu pasien dalam posisi berlutut dengan kepala dan dada menempel pada bantal. 3. Bantu pasien memutar kepala ke salah satu sisi dan kedua tangan di samping kepala. 4. Luruskan punggung sehingga tahanan bukan terletak pada siku dan lutut. 5. Paha tegak lurus dengan tempat tidur 6. Tunggu Pasien selama posisi ini 7. Cuci tangan efektif 	<p>Mengurangi transmisi mikro organisme</p> <p>Memudahkan pasien agar mendapatkan posisi yang nyaman</p> <p>Kenyamanan pasien</p> <p>Mendapatkan posisi yang optimal dalam melakukan tindakan</p> <p>Menyanggah tubuh lebih stabil</p> <p>Mendapatkan posisi yang optimal dan untuk keamanan pasien</p> <p>Mengurangi transmisi mikro organisme</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon pasien verbal dan nonverbal 2. Pastikan posisi yang diberikan sudah benar 	<p>Mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap hasil tindakan.</p> <p>Kenyamanan pasien</p>
<p>E.</p>	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat respon pasien 2. Tuliskan tindakan yang telah dilakukan 	<p>Aspek legal dalam memberikan asuhan.</p> <p>Untuk melanjutkan asuhan</p>

**MEMANDIKAN IBU POST SC DAN POST PARTUM
DI TEMPAT TIDUR**

Deskripsi :

- Tindakan pemenuhan kebutuhan dasar ibu dalam pemeliharaan kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik maupun psikisnya pada kondisi keadaan sehabis tindakan operatif

Tujuan :

- Menjaga kesehatan kulit,
- Memeriksa kulit apakah ada ruam atau luka,
- Mencegah terjadinya infeksi,
- Menstimulasi fungsi kulit
- Memberikan /mengusahakan kenyamanan , keamanan, dan kesehatan seseorang

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal dua identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Kaji tingkat mobilisasi klien 3. Kaji tingkat kebutuhan bantuan akan memandikan 4. Kaji adanya ketidak nyamanan pada saat bergerak, nyeri perut pada saat bergerak 5. Kaji daerah luka operasi 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Tingkat mobilisasi disesuaikan dengan gerakan saat memandikan</p> <p>Yakinkan balutan operasi tetap bersih dan kering selama memandikan luka operasi klien. Hygiene daerah luka akan membantu penyembuhan dan mencegah infeksi.</p>

<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none">1. APD (apron, masker, sarung tangan)2. Alat TTV (spignomanometer, stetoskop, termometer)3. Pakaian bersih pasien: blus, kain, celana dalam, gurita4. Dua buah handuk untuk bagian atas dan bawah.5. Dua buah kom mandi untuk bagian atas dan bawah6. Tiga buah kantung pencuci/wash lap (1 untuk sabun, 1 untuk bagian tas, 1 untuk bagian bawah)B. 7. Air hangat dengan suhu 43^o - 46^oC8. Sabun mandi, pasta gigi9. Alas meja10. Sprei, sarung bantal bersih11. Pasu surungan12. Ember pembalut kotor tertutup13. Pembalut wanita steril /bersih14. Body lotion <p>Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan kepada pasien prosedur yang akan dilakukan2. Pasien berbaring ditempat tidur3. Lingkungan (jaga privasi)4. Matikan kipas / AC dalam ruangan	<p>Mempermudah melakukan prosedur tindakan</p> <p>Pasien akan kooperatif bila mengetahui tujuan prosedur tindakan</p> <p>Menjaga privasi, kenyamanan dan keamanan ibu</p>
--	---

C.	<p>PELAKSANAAN</p>	
	<p>1. Mencuci tangan efektif dan Memakai APD</p>	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta APD</p>
	<p>2. Lakukan pemeriksaan TTV</p>	<p>Memastikan keadaan ibu dalam kondisi yang baik, semua TTV dalam batas normal</p>
	<p>3. Bantu ibu untuk gosok gigi</p>	<p>Higiene area mulut, memberikan rasa nyaman</p>
	<p>4. Tanyakan pada ibu apakah air cukup hangat atau tidak</p>	<p>Untuk memastikan air cukup aman/nyaman bagi klien. Air hangat melancarkan peredaran darah, meningkatkan mood dan menurunkan stres.</p>
	<p>5. Lipat selimut dan tutupkan dikaki tempat tidur, singkirkan barang-barang yang tidak diperlukan</p>	<p>Mempermudah dalam melaksanakan tindakan</p>
<p>6. Membersihkan Muka & leher:</p> <p>a. Bentangkan handuk atas dibawah kepala.</p> <p>b. Bersihkan mata dengan wash lap atas dengan arah dari dalam keluar</p> <p>c. Bersihkan daerah muka, telinga, leher kemudian keringkan dengan handuk atas, sebelumnya tanyakan apakah</p>	<p>Mencegah masuknya kotoran mata kedalam saluran nasolacrimalis Sabun dapat menyebabkan muka menjadi kering</p>	

	<p>akan menggunakan sabun.</p> <p>d. Angkat anduk dari bawah kepala pasien</p> <p>7. Membersihkan Lengan:</p> <p>a. Lepaskan pakaian atas dan tutup dengan handuk atas , bila pasien menggunakan infus lepaskan pakaian mulai dari bagian lengan yang tidak terpasang infus.</p> <p>b. Bentangkan handuk atas memanjang dibawah lengan kanan dan handuk bawah disisi kiri lengan sedemikian rupa sehingga menutup bagian depan klien.</p> <p>c. Cuci lengan dan ketiak dengan arah dari ujung ke pangkal axilla. Angkat lengan ketassewaktu membersihkan area axilla. Sabuni terlebih dahulu lengan pasien yang jauh dengan bidan, kemudian keringkan.</p> <p>8. Membersihkan Dada dan perut:</p> <p>a. Kedua lengan angkat disisi kepala, handuk diletakkan menyilang sehingga dada dan perut tampak.</p> <p>b. Sabuni dan bilas bagian dada dan perut kemudian keringkan</p>	<p>Mencegah tercabutnya infus</p> <p>Mencegah linen tetap kering dan menjaga privasi pasien</p>
--	--	---

	<p>dengan handuk atas.</p> <p>9. Membersihkan Punggung:</p> <p>a. Tutupi bagian dada dengan handuk bawah, anjurkan pasien untuk miring. Letakan handuk atas dibawah punggung pasien.</p> <p>b. Sabuni daerah punggung dengan wash lap atas, anjurkan pasien untuk miring ke kiri kemudian ke kanan.</p> <p>c. Observasi kulit akan adanya kemerahan dan integritas kulit tidak utuh</p> <p>d. Kenakan pakaian atas . bila pasien menggunakan infus, maka dahulukan lengan yang memakai infus.</p> <p>10. Membersihkan Paha dan Kaki:</p> <p>a. Tanggalkan pakaian bawah seluruhnya dan tutup bagian bawah dengan handuk atas secara melintang.</p> <p>b. Bentangkan handuk bawah dibawah kedua tungkai, anjurkan pasien untuk menekuk tungkai. Cuci tungkai dari arah mata kaki ke arah paha, kemudian keringkan dengan handuk bawah.</p>	<p><i>Boleh dipertimbangkan di bagian akhir sebelum genitalia karena mengurangi ibu untuk berubah2 posisi</i></p> <p>Tekanan yang terjadi dalam waktu lama ketika berbaring, memungkinkan terjadi dekubitus</p> <p>Mencegah tercabutnya infus dan mempermudah pasien saat mengenakan pakaian.</p> <p>Menjaga privasi.</p> <p>Bila tungkai ditekuk, bagian bawah dan lipatan tungkai terjangkau untuk dibersihkan. Mencuci dari bagian bersih ke bagian yang kurang bersih/kotor.</p>
--	---	---

	<p>11. Membersihkan Genetalia</p> <p>a. Melepaskan pembalut kotor, kemudian memasukkan ke dalam ember pembalut yang tertutup</p> <p>b. Memasang pasu surungan bila pasien ingin b.a.k</p> <p>c. Sesudah pasien B.A.K siram vulva, perineum, anus dengan air</p> <p>d. Angkat pasu surungan.</p> <p>e. Perhatikan perdarahan selama memandikan</p> <p>f. Sabuni dan bersihkan daerahgenitalia dengan wash lap bawah, buka labia , bersihkan dengan arah dari orifisium uretra ke anus.</p> <p>12. Membersihkan Bokong</p> <p>a. Bokong pasien diatas kain alas (dipindahkan)</p> <p>b. Anjurkan pasien miring kemudian cuci bokong, terakhir cuci bagian anus dengan arah dari perineum ke anaus dengan menggunakan wash lap bawah.</p> <p>c. Mengambil pembalut bersih sesuai prosedur.</p> <p>d. Mengenakan pembalut dan memakaikan celana dalam</p>	<p>Menggunakan pinset melindungi diri terkontak dengan darah dan ember tertutup mengupayakan tidak terjadinya infeksi silang</p> <p>Mencegah masuknya mikroorganisme kedalam saluran kemih.</p>
--	---	---

	<p>e. Memakaikan gurita sesuai dengan prosedur.</p> <p>f. Mengenakan pakaian bawah</p> <p>13. Bantu pasien untuk menyisir rambut dan rapikan tempat tidur.</p> <p>14. Beri posisi yang menyenangkan dan nyaman untuk pasien</p> <p>15. Bereskan semua alat dan disimpan pada tempatnya.</p> <p>16. Cuci tangan efektif</p>	<p>Membantu mengencangkan abdomen ibu dan membuat ibu merasa nyaman.</p> <p>Memberikan kenyamanan</p> <p>Memudahkan pemakaian alat-alat untuk selanjutnya dan tersusun rapih</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan dan penggunaan cairan antiseptic</p>
<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit pasien bebas dari keringat yang berlebihan, sekresi, lokea, bau 2. Merubah posisis tubuh dan melatih persendian otot secara aktif dan pasif selama mandi 3. Pasien merasa nyaman dan tidak ada keluhan nyeri, lemah dan gatal/iritasi atau kekeringan kulit 4. Pasien berpartisipasi terhadap prosedur memandikan sesuai kemampuan 5. Mengkaji kondisis kulit serta tingkat mobilitas serta kenyamanan/nyeri 	

E.	DOKUMENTASI	
	1. Catat tanggal dan waktu memandikan pasien	Aspek legal dalam memberikan asuhan.
	2. Catat toleransi pasien terhadap prosedur memandikan	Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan pasien
3. Laporkan hal-hal yang penting yang ditemukan pada saat memandikan		



MEMASANG GURITA

Deskripsi :

- Tindakan untuk memberikan rasa nyaman klien sesudah melahirkan dan atau mengimobilisasi daerah bekas operasi dengan menggunakan gurita.

Tujuan :

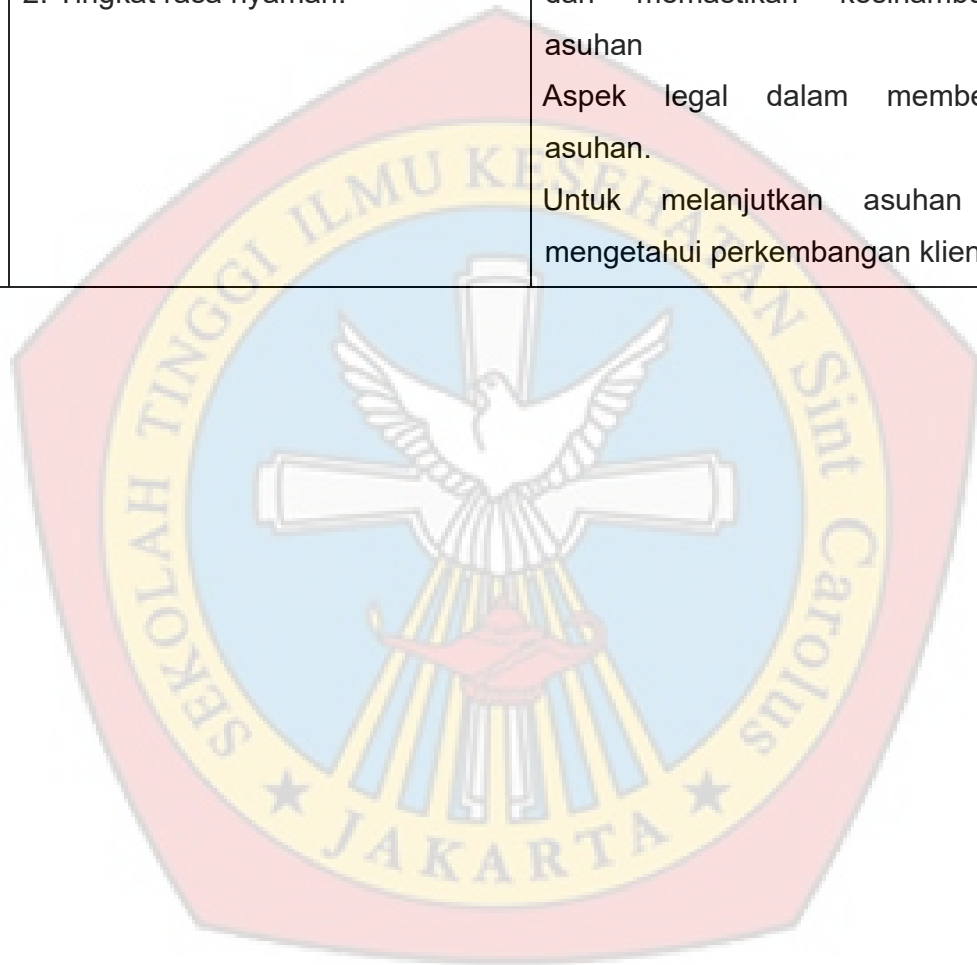
- Memberikan rasa nyaman
- Mengimobilisasi daerah bekas luka.
- Mengurangi rasa nyeri saat klien mobilisasi
- Mencegah komplikasi post operasi (*evecerasi, dehiscence*)

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Kaji lokasi luka klien 3. Kaji tingkat mobilisasi klien 4. Kaji adanya ketidak nyaman/ Nyeri perut pada saat bergerak 5. Kaji adanya masalah- masalah kulit 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan sebelum tindakan.</p> <p>Pengikatkan tidak mengenai luka</p> <p>Untuk kenyamanan klien</p> <p>Klien merasa diperhatikan</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masker k/p 2. Sarung tangan jika diperlukan 3. Gurita 	<p>Peralatan yang lengkap dapat membantu efisiensi dan efektivitas prosedur. dan membantu mengidentifikasi kesalahan yang terjadi.</p> <p>Gunakan sarung tangan pada kondisi klien dengan penyakit infeksius</p>

	<p>Persiapan Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada klien prosedur yang akan dilakukan 2. Jelaskan kepada klien agar klien dapat / mau menginformasikan kepada bidan tentang kenyamanannya saat pemakaian gurita 3. Klien berbaring ditempat tidur 4. Lingkungan (jaga privasi) 	<p>Klien kooperatif dengan mengetahui tujuan prosedur pemeriksaan</p> <p>Menjalin rasa percaya klien terhadap bidan</p> <p>Menjaga privasi, kenyamanan dan keamanan ibu</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memakai masker k/p, Cuci tangan efektif, memakai sarung tangan 2. Memberitahukan / meminta ijin kepada klien bahwa bidan akan mengganti gurita. 3. Membantu klien dalam posisi tidur terlentang. 4. Membebaskan pakaian didaerah yang akan dipasang gurita. 5. Meletakkan gurita dibawah badan klien sesuai dengan kebutuhan. 6. Memakaikan gurita yang didahului dengan mencari fundus uteri. Untuk gurita ikat : mengikat 	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta sarung tangan</p> <p>Klien merasa nyaman</p> <p>Klien marasa nyaman</p>

	<p>tepat diatas fundus uteri lalu kearah bawah kemudian bagian atas fundus uteri & apabila klien ingin mempelajari cara mengikat gurita, bidan mengajarkannya. Untuk Gurita dengan perekat : Dimulai dari perekat bagian tengah, diikuti bagian atas dan bawah.</p> <p>7. Mengikat tali gurita dengan cukup kuat dan rapi, perhatikan posisi tali gurita, jangan diikat tepat diatas luka untuk klien post operatif.</p> <p>8. Memakaikan celana dalam dan jika dibutuhkan menggantinya</p> <p>9. Memakaikan kembali pakaian klien & memasang sesuai keinginan klien</p> <p>10. Membereskan alat – alat</p> <p>11. Mencuci tangan efektif</p>	<p>Involusio uterus berjalan normal dan gurita terikat dengan kencang. Mengurangi rasa sakit.</p> <p>Untuk meyakinkan alat-alat bebas bakteri dan mempermudah pemakaian selanjutnya dan untuk kebersihan ruangan</p> <p>Transmisi mikroorganismenya dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta sarung tangan</p>
--	---	--

<p>D.</p>	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rasa nyaman klien. 2. Respon klien terhadap prosedur. 3. Keadaan integritas kulit klien terhadap pemasangan gurita. 	<p>Untuk mengetahui keberhasilan dan kepuasan pasien terhadap asuhan yang diberikan</p> <p>Untuk mengetahui reaksi tindakan</p>
<p>E.</p>	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien terhadap prosedur 2. Tingkat rasa nyaman. 	<p>Sebagai dokumentasi yang akurat dan memastikan kesinambungan asuhan</p> <p>Aspek legal dalam memberikan asuhan.</p> <p>Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan klien</p>



MEMANDIKAN BAYI DENGAN AIR

Deskripsi :

- Tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan bayi yang berguna bagi kesejahteraan fisik maupun psikisnya.

Tujuan :

- Menghilangkan kulit dari kotoran secara menyeluruh
- Memberikan rasa nyaman pada bayi.
- Mengobservasi integritas/ keutuhan kulit pada bayi.

NO.	KOMPONEN	RASIONAL
A.	<p>PENGAJIAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji minimal 2 identitas, yaitu: nama, dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medis 2. Kaji fisik bayi: TTV, BB, kondisi fisik, dan keaktifan 3. Kaji faktor-faktor atau kondisi yang mempengaruhi cara memandikan seperti adanya infus, NGT, selang oksigen, gips dll. 4. Kaji kebutuhan oksigen 	<p>Memastikan benar klien sehingga prosedur dilakukan tepat sasaran, mengkonfirmasi persetujuan orang tua sebelum tindakan.</p> <p>Pengkajian diperlukan agar prosedur yang dilakukan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien</p>
B.	<p>PERENCANAAN</p> <p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. APD (apron, masker, sarung tangan) 2. Bak mandi bayi berisi 2/3 air hangat 3. Sabun mandi 4. 2 wash lap 	<p>Mempermudah melakukan prosedur tindakan</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 5. 1 handuk. 6. Pakaian bayi (popok, baju) 7. Selimut/ bedong 8. Kapas DTT untuk mata. 9. Kapas basah untuk membersihkan bokong bayi 10. Sisir. 11. Tempat sampah. <p>Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada orang tua bayi prosedur yang akan dilakukan 2. Letakkan bayi di tempat tidur/ meja memandikan bayi 3. Memastikan Jaga suhu lingkungan 	<p>Orang tua bayi akan lebih kooperatif bila mengetahui tujuan serta prosedur yang akan dilakukan.</p> <p>Menjaga privasi, kenyamanan dan keamanan bayi.</p>
<p>C.</p>	<p>PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan efektif dan menggunakan APD 2. Menyusun pakaian bayi (baju, popok dan selimut/ bedong) serta membentangkan handuk kering di meja bayi 3. Membuka kelambu box bayi dan merapikan kelambu dan selimut bayi 	<p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan efektif dan penggunaan cairan antiseptic serta APD.</p> <p>Agar bidan dapat segera mengeringkan badan bayi dan memakaikan pakaian bayi setelah memandikan sehingga bayi tidak hipertermi</p>

<p>4. Mengangkat bayi dengan perasat garpu.</p>	<p>Mencegah jatuh</p>
<p>5. Membaringkan bayi diatas meja bayi/ tempat tidur yang sudah dialasi kain alas.</p>	<p>Mencegah penurunan suhu tubuh akibat konduksi dan memberikan rasa nyaman pada bayi.</p>
<p>6. Membersihkan mata bayi dengan kapas DTT dimulai dari bagian yang bersih ke bagian yang kotor</p>	<p>Mencegah masuknya kotoran mata ke dalam saluran nasolacimalis</p>
<p>7. Menanggalkan pakaian bayi: a. Membuka baju dan popok b. Membersihkan feses dengan kapas basah (dari arah atas ke bawah)</p>	<p>Mencegah feses masuk ke genitalia</p>
<p>8. Membasahi satu washlap dengan air dan bersihkan muka bayi tanpa sabun.</p>	<p>Sabun dapat membuat mata bayi perih</p>
<p>9. Membasahi wash lap lain dan tuangkan sabun secukupnya lalu seka badan bayi dengan urutan kepala, telinga, leher, dada, perut, lengan, ketiak, punggung, bokong, kaki dan terakhir alat kelamin (posisi bayi masih di meja bayi).</p>	
<p>10. Setelah seluruh badan dibersihkan dengan sabun, seka sisa busa dengan kain alas</p>	<p>Agar badan bayi tidak licin saat diangkat</p>

<p>11. Memasukkan bayi kedalam bak mandi</p> <p>a. Memegang bayi dengan perasat garpu</p> <p>b. Dengan tangan kanan membersihkan sabun dengan wash lap bersih dan air, sementara tangan kiri menyangga kepala dan leher bayi</p> <p>c. Membilas bayi (perhatikan telinga)</p> <p>d. Balikkan posisi bayi dengan menyangga dada dan badan bayi untuk membilas punggung.</p> <p>12. Pindahkan bayi ke atas meja bayi yang telah dialasi handuk, lalu keringkan bayi dengan handuk.</p> <p>13. Memakaikan baju, popok dan selimut/ bedong sesuai prosedur.</p> <p>14. Menyisir rambut bayi.</p> <p>15. Meletakkan bayi dalam box bayi. Bila perlu paikan selimut dan tutup kelambu.</p>	<p>Mencegah bayi jatuh</p> <p>Pastikan telinga bayi terlindung dari tetesan air</p> <p>Untuk mencegah penurunan suhu tubuh akibat evaporasi</p> <p>Memberikan kenyamanan</p>
--	--

	<p>16. Membersihkan dan mengembalikan alat pada tempatnya.</p> <p>17. Melepas APD dan mencuci tangan.</p>	<p>Memudahkan pemakaian alat-alat untuk selanjutnya dan tersusun rapih</p> <p>Transmisi mikroorganisme dapat dicegah melalui cuci tangan dan penggunaan cairan antiseptic</p>
D.	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit bayi bersih dan segar 2. Bayi tampak nyaman dan tenang. 3. Keadaan umum bayi : cyanotis, accrocyanotis, letargi. 4. Orang tua bayi berpartisipasi terhadap prosedur memandikan sesuai kemampuan 	
E.	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat tanggal dan waktu memandikan pasien 2. Catat hasil kajian keadaan umum dan respon bayi sebelum dan setelah prosedur. 3. Laporkan hal-hal yang penting yang ditemukan pada saat memandikan 	<p>Aspek legal dalam memberikan asuhan.</p> <p>Untuk melanjutkan asuhan dan mengetahui perkembangan bayi</p>

DAFTAR PUSTAKA

- Kebidanan STIK Sint Carolus. 2016. Buku Evaluasi Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan.
- Kebidanan STIK Sint Carolus. 2016. Buku Prosedur Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan.
- R, Wahyudin. F, Yudhia dan Fauziah. 2019. Konsep Dasar Keterampilan Kebidanan.
- Sriami. S, Rekawati dan A, Sukesi. 2016. Modul Bahan Ajar Keterampilan Dasar Kebidanan. BPPSDM-Kes.
- Suryani, Iis S. Amalia, Noviyanti R dan Jamil, Maria U. 2020. Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan II.
- Uliyah, Musfiratul dan Hidayat, A.A.A. 2008. Keterampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kebidanan. Edisi 2.
- www.cdc.gov
- www.infeksiemerging.kemkes.go.id
- www.kesmas.kemkes.go.id
- www.ppi.id
- www.who.int

