



	CUCI TANGAN BIASA DAN ANTISEPTIK		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-81	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Cuci tangan adalah prosedur paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghilangkan kotoran dan debu dari permukaan kulit 2. Mengurangi jumlah mikroorganisme sementara. 		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bak cuci tangan dengan kran air mengalir 2. Cairan anti septik / sabun 3. Handuk / pengering 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuku dalam keadaan pendek <p>B. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melepaskan asesoris pada tangan dan gulung baju sampai siku 2. Melakukan inspeksi pada tangan dan jari, adanya luka sayatan 3. Menjaga agar tangan dan baju tidak menyentuh wastafel (kalau tangan menyentuh wastafel cuci tangan di ulangi dari awal) 4. Mengalirkan air dan menghindari percikan pada pakaian 5. Membasahi tangan dan lengan bawah, mempertahankan lebih rendah dari siku 6. Menaruh sedikit sabun / antiseptik (2- 4 cc), untuk sabun batang gosok dan pegang sampai berbusa 7. Menggosok kedua lengan dengan cepat, selama 10-15 detik 8. Menggosok punggung tangan dan sela-sela jari 9. Menggosok jari-jari secara melingkar minimal 5 kali 10. Menggosok ujung-ujung jari ke telepak tangan yang lain 11. Membilas lengan dan tangan sampai bersih 12. Menutup kran dengan siku 13. Mengeringkan tangan dengan handuk atau pengering 		
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC. h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika 		



	PEMERIKSAAN SUHU BADAN (AXILLA)		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-82	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Pemeriksaan suhu badan (axilla) adalah pemeriksaan terhadap suhu badan di axilla dengan menggunakan alat termometer.		
TUJUAN	Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk mendapatkan data objektif mengenai suhu tubuh klien.		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer bersih pada tempatnya 2. Tiga botol : larutan sabun, desinfektan, air bersih 3. Bengkok 4. Potongan tissue pada tempatnya 5. Alat tulis 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat di dekat pasien dengan benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan & prosedur tindakan pada keluarga atau pasien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien 2. Membebaskan axilla pasien pada lengan yang jauh 3. Membersihkan axilla dengan tissue 4. Memastikan termometer, pastikan pada skala di bawah 35 °C. Bila belum, diturunkan dengan cara mengibaskan termometer 5. Memasang reservoir termometer tepat pada tengah aksilla 6. Menyilangkan tangan di depan dada, memegang bahu 7. Mengangkat termometer setelah 10 menit 8. Mengusap termometer dengan tissue kering ke arah reservoir 9. Membaca hasil pengukuran dan mencatat hasil 10. Membersihkan termometer : mencelupkan ke dalam sabun, kemudian usap ke arah reservoir, mencelupkan ke dalam larutan selanjutnya membersihkan dengan air bersih dan usap dari arah reservoir. 11. Menurunkan air raksa 12. Mengembalikan termometer ke dalam tempatnya 13. Merapihkan pasien 		
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. 		

	<p>g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC.</p> <p>h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.</p> <p>i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.Jakarta: Salemba Medika</p>
--	---

	PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-83	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Pemeriksaan tekanan darah adalah mengukur tekanan darah pasien / klien dengan menggunakan tensimeter air raksa		
TUJUAN	Untuk mendapatkan data objektif mengenai tekanan darah klien.		
PERALATAN DAN BAHAN	1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Alat tulis		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga /klien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien: supinasi 2. Menempatkan diri di sebelah kanan pasien, bila mungkin 3. Membebaskan lengan pasien dari baju 4. Memasang manset 2 jari di atas mediana cubiti, selang sejajar arteri brachialis 5. Meraba denyut nadi arteri brachialis 6. Meletakkan diafragma stetoskop di atas arteri tersebut 7. Menutup sekrup balon, membuka pengunci air raksa 8. Memompa manset hingga tak terdengar denyut arteri. 9. Membuka sekrup balon sampai melihat turunnya air raksa/jarum secara pelan-pelan dan dengarkan bunyi denyut pertama (systole) hingga bunyi terakhir (diastole), sampai tekanan nol 10. Melakukan validasi dengan mengulang mulai poin 8-9 (bila hasil pengukuran keduanya berbeda, ulangi sekali lagi) 11. Mengunci air raksa dan melepas manset 12. Merapikan pasien 		
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012.Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan.Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014.Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014.Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC. 		

	<p>h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.</p> <p>i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.Jakarta: Salemba Medika</p>
--	--



	PEMERIKSAAN NADI DAN NAFAS		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-84	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Pemeriksaan denyut nadi adalah pemeriksaan pada pembuluh nadi atau arteri, dan Tingkat respirasi atau <i>respiration rate</i> adalah jumlah seseorang mengambil napas per menit		
TUJUAN	Untuk mendapatkan data objektif mengenai denyut nadi dan <i>respiration rate</i> .		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pencatat waktu / jam tangan 2. Alat tulis 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat di dekat pasien dengan benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga atau pasien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien 2. Meraba denyut nadi dengan 2 jari (telunjuk dan tengah) sambil menghitung pernafasan 3. Menghitung nadi sekurang-kurangnya ½ menit, dan 1 menit untuk pasien aritmia dan pasien anak 4. Menilai hasil pengukuran 5. Merapikan pasien 		
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC. h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika 		

	PEMERIKSAAN FISIK		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-85	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan terhadap pasien dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi dari kepala sampai dengan kaki.		
TUJUAN	Untuk mendapatkan data objektif mengenai kondisi tubuh / fisik dari klien.		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Pen light, Spatel lidah, reflex hammer, alat ukur panjang (meteran) 3. Alat tulis 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat di dekat pasien dengan benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga atau pasien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <p>Kepala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien 2. Melakukan inspeksi daerah kepala dengan seksama 3. Menarik kunjungtiva palpebra (bawah) untuk memeriksa kunjungtiva 4. Menarik konjungtiva bulbi (atas) untuk memeriksa sklera 5. Melakukan pemeriksaan reflek pupil 6. Memeriksa mulut, gigi dan tenggorokan 7. Memeriksa hidung, telinga pasien dengan pen light 8. Memeriksa leher pasien (kelenjar limfe, tyroid) <p>Dada :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Membebaskan daerah dada pasien dengan membuka baju daerah dada 10. Melakukan inspeksi paru dan jantung 11. Melakukan palpasi paru dan jantung 12. Melakukan pemeriksaan ekspansi dada 13. Melakukan perkusi pada interkosta 14. Melakukan auskultasi : inspirasi dan ekspirasi secara sistematis 15. Melakukan auskultasi bunyi jantung <p>Abdomen :</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Mengatur posisi pasien : supinasi 17. Membebaskan daerah abdomen membuka baju pasien daerah abdomen 18. Melakukan inspeksi dari depan dan samping pasien 19. Melakukan auskultasi : 4 quadrans (sebelum palpasi/perkusi) 20. Melakukan palpasi : epigastrium, lien, hepar 21. Melakukan pemeriksaan turgor kulit 22. Melakukan perkusi : 4 quadrans/ umbilikus ke lateral 23. Mengukur lingkar perut 24. Merapikan pasien <p>Ekstremitas :</p>		



	<p>25. Memeriksa patela refleksi</p> <p>26. Memeriksa ekstremitas atas dan bawah (oedema, turgor, kapiler refill)</p>
REFERENSI	<p>a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg</p> <p>b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen</p> <p>c. World Health Organization 'Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva</p> <p>d. Yuni Kusmiyati. 2012. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jogjakarta : Fitramaya.</p> <p>e. Aziz Alimul H. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC.</p> <p>h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.</p> <p>i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika</p>

	PEMASANGAN NGT		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-86	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Pemasangan Nasogastric Tube (NGT) adalah memasang selang / pipa khusus yang dimasukkan melalui saluran pencernaan atas secara langsung yang berakhir menuju lambung.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluarkan cairan / isi lambung (<i>lavage</i>) dan gas yang ada dalam gaster (<i>decompression</i>) 2. Mencegah atau mengurangi mual (<i>nausea</i>) dan muntah (<i>vomiting</i>) setelah pembedahan atau trauma 3. Irigasi karena perdarahan atau keracunan dalam lambung 4. Memberikan obat dan makanan secara langsung pada saluran pencernaan 5. Mengambil specimen dari lambung untuk pemeriksaan laboratorium 		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selang NGT sesuai ukuran 2. Stetoskop / gelas berisi air matang 3. Spuit 10 cc 4. Bengkok 5. Klem 6. Pelumas / jelly 7. Plester dan gunting 8. Perlak dan pengalas 9. Tissue 10. Sarung tangan 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi program pemasangan NGT 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat klien <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy klien 2. Mengatur posisi pasien dalam posisi semi fowler (jika tidak ada kontra indikasi) 3. Memakai sarung tangan 4. Membersihkan lubang hidung pasien 5. Mengukur panjang penduga lambung (dari prosesus oxipideus ke hidung dan belok ke daun telinga) 6. Memberi batas panjang penduga lambung yang harus dimasukkan 7. Mengolesi ujung NGT dengan jelly sesuai ukuran panjang NGT yang akan dipasang 8. Mengatur pasien pada posisi fleksi kepala, dan masukkan perlahan ujung NGT melalui hidung (bila pasien sadar menganjurkan pasien untuk menelan ludah berulang-ulang) 9. Mengetes penduga lambung, masuk/ tidak dengan menghisap cairan lambung / memasukkan udara 5 – 10 cc dan dengarkan melalui stetoskop 		



	<p>pada daerah lambung / perut kuadran kiri atas atau memasukkan ke dalam gelas air matang</p> <p>10. Menutup ujung NGT / di klem</p> <p>11. Melakukan fiksasi di depan hidung dan pipi dan di plester</p> <p>12. Merapikan klien</p>
<p style="text-align: center;">REFERENSI</p>	<p>a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg</p> <p>b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen</p> <p>c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva</p> <p>d. Yuni Kusmiyati. 2012. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jogjakarta : Fitramaya.</p> <p>e. Aziz Alimul H. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC.</p> <p>h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.</p> <p>i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika</p>

	PEMBERIAN MAKANAN MELALUI NGT		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-87	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Pemberian makanan melalui NGT merupakan prosedur memasukkan makanan cair / obat melalui naso gastric tube.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan status nutrisi 2. Pemberian obat 		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan/cairan sesuai kebutuhan 2. Air matang pada tempatnya 3. S spuit dengan ukuran sesuai kebutuhan atau corong 4. Perlak dan pengalas 5. Bengkok 6. Obat yang telah dicairkan (bila ada) 7. Sarung tangan 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi program pemberian makan/ minum 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien 3. Menanyakan kesiapan klien/ keluarga sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy pasien 2. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dari badan 3. Memasang pengalas di dada pasien 4. Memakai sarung tangan bersih 5. Memastikan letak NGT dengan cara aspirasi isi lambung 6. Memasang corong 7. Memasukkan air matang, kemudian membuka klem, tinggikan 30 cm, sebelum makanan cair habis pasang klem 8. Menuangkan air matang untuk membilas, sebelum air habis di klem 9. Slang NGT diklem/ dilipat (diikat) dan difiksasi 10. Membereskan posisi pasien (kepala lebih tinggi dari badan dan miringkan kesalah satu sisi) 11. Merapikan klien 		
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012.Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan.Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014.Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. 		



	<p>f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC.</p> <p>h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.</p> <p>i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika</p>
--	--

	PEMASANGAN KATETER		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-88	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Kateterisasi urine adalah memasukkan selang karet atau plastik melalui uretra dan ke dalam kandung kemih.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghilangkan distensi kandung kemih 2. Penatalaksanaan kandung kemih inkompeten 3. Mendapatkan spesimen urine 4. Mengkaji jumlah residu urine, jika kandung kemih tidak mampu dikosongkan 		
PERALATAN DAN BAHAN	Bak instrumen steril berisi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kateter sesuai ukuran 2. Pinset anatomis 3. Spuit seteril ukuran 20 cc 4. Kapas DTT 5. Pelumas steril 6. Kassa steril 7. Sarung tangan steril 8. Perlak dan pengalas 9. Plester dan gunting 10. Selimut mandi 11. Urin bag 12. Bengkok 13. Aquades steril 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi program pemasangan kateter 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy klien 2. Mengatur posisi dorsal recumbent dan melepas pakaian bawah klien 3. Memasang perlak dan pengalas 4. Mendekatkan bengkok dan kapas sublimat 5. Memasang sarung tangan steril 6. Membersihkan vulva dengan kapas sublimat steril 7. Melumasi ujung kateter 8. Tangan kiri membuka labia/ penis 9. Tangan kanan memasukkan ujung kateter dengan menggunakan pinset anatomi 5 – 7,5cm / sampai urine keluar 10. Untuk kateter tetap : menyambung kateter dengan urine bag 11. Mengisi balon dengan aquadest steril sesuai ukuran 12. Memfiksasi kateter ke arah paha dan memasang plester 13. Melepaskan sarung tangan 14. Merapikan klien 		



REFERENSI	<ul style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization 'Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC. h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
------------------	---

	PELEPASAN KATETER		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-89	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Pelepasan kateter adalah melepaskan selang kateter uretra dari kandung kemih.		
TUJUAN	untuk mencegah infeksi.		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pinset anatomis 2. Spuit dengan ukuran sesuai 10 / 20 cc 3. Bengkok 4. Kassa 5. Lidi kapas 6. Perlak dan pengalas 7. Sarung tangan 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi program melepas kateter 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy klien 2. Menyiapkan pasien dengan posisi dorsal recumbent dan melepaskan pakaian bawah (bila memakai) 3. Memasang perlak dan alasnya 4. Memakai sarung tangan Meletakkan bengkok di depan vagina 5. Melepas plester dan membersihkan sisa plester Melakukan aspirasi balon kateter hingga habis isinya dibuang dalam bengkok 6. Menarik kateter dengan pinset perlahan-lahan hingga lepas, pasien diminta nafas dalam dan rileks 7. Menggulung kateter dan memasukkannya ke bengkok 8. Mengukur urine dari kantong 9. Merapikan klien dan membantu memakaikan pakaian dalam klien 		
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization 'Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. 		



	<p>g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC.</p> <p>h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.</p> <p>i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.Jakarta: Salemba Medika</p>
--	---




	PEMASANGAN INFUS		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-90	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Pemasangan infus merupakan tindakan memasukkan cairan melalui intravena yang dilakukan pada klien dengan bantuan perangkat infus.		
TUJUAN	untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit serta sebagai tindakan pengobatan dan pemberian makanan.		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 1 pasang 2. Selang infus sesuai (makro/mikrodrip) 3. Cairan parenteral sesuai program 4. Abocad / jarum intravena (ukuran sesuai) 5. Kapas alkohol dalam kom (secukupnya) 6. Tourniquet/manset 7. Perlak dan pengalas 8. Bengkok 9. Plester/hipavic 10. Kassa steril 11. Betadin dalam tempatnya 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar 4. Menyiapkan obat sesuai prinsip 5 benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga / pasien 3. Menempatkan alat didekat pasien dengan benar <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy pasien 2. Melakukan desinfeksi tutup botol cairan 3. Menutup saluran infuse (klem) 4. Menusukan saluran infus dengan benar 5. Menggantung botol cairan pada standar infuse 6. Mengisi tabung reservoir infus sesuai tanda 7. Mengalirkan cairan hingga tidak ada udara dalam slang 8. Mengatur posisi pasien dan pilih vena 9. Memasang perlak dan alasnya 10. Membebaskan daerah yang akan diinsersi 11. Meletakkan tourniquet 5 cm proksimal yang akan ditusuk 12. Memakai handscoen 13. Membersihkan kulit dengan kapas alkohol (melingkar dalam keluar) 14. Mempertahankan vena pada posisi stabil 15. Memegang IV cateter / abocaddengan sudut 30 derajat 16. Menusuk vena dengan lubang jarum menghadap ke atas 17. Memastikan IV cateter /abocadmasuk intra vena kemudian menarik mandrin $\pm 0,5$ cm 		


	<ol style="list-style-type: none"> 18. Memasukkan IV cateter secara perlahan 19. Menarik mandrin dan menyambungkan dengan slang infuse 20. Melepaskan tourniquet 21. Mengalirkan cairan infuse 22. Melakukan fiksasi IV cateter/abocad 23. Memberi desinfeksi daerah tusukan dengan betadin dan menutup dengan kassa steril dan di plester/di hipavic 24. Mengatur tetesan, sesuai program 25. Merapikan pasien
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization 'Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC. h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

	MEMANDIKAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-91	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Memandikan pasien merupakan tindakan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara sendiri dengan cara memandikan di tempat tidur.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan tubuh 2. Mengurangi infeksi akibat kulit kotor 3. Membersihkan kulit dan menghilangkan bau badan 4. Memberikan rasa nyaman pada klien 		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pakaian bersih 1 stel 2. Baskom mandi 2 buah 3. Air panas dan dingin 4. Waslap 2 buah 5. Perlak dan handuk kecil 1 buah 6. Handuk besar 2 buah 7. Selimut mandi/kain penutup 8. Celemek plastik 9. Tempat tertutup untuk pakaian kotor / ember tertutup 10. Sabun mandi 11. Bedak 12. Sarung tangan bersih 13. Pispot / urinal dan pengalas 14. Botol cebok 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga / pasien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy pasien 2. Mengenakan sarung tangan dan celemek 3. Mengganti selimut klien dengan selimut mandi 4. Melepas pakaian atas klien <p>Membasuh Muka</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membentangkan perlak kecil dan handuk kecil dibawah kepala 2. Menawarkan pasien menggunakan sabun atau tidak 3. Membersihkan muka, telinga dengan waslap lembab air hangat sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk 4. Menggulung perlak dan handuk kecil yang dibawah kepala <p>Membasuh Lengan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan selimut mandi ke bagian perut klien 2. Memasang handuk besar diatas dada klien secara melintang dan kedua tangan di letakkan diatas handuk 3. Membasahi tangan kiri dengan waslap dan disabun, kemudian di bilas dengan waslap air hangat sampai bersih (dimulai dari ekstrimitas terjauh klien) 		



	<p>4. Mengeringkan dengan handuk</p> <p>Membasuh Dada Dan Perut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melepas pakaian bawah kliendan menurunkan selimut hingga perut bagian bawah 2. Membentangkan handuk pada sisi klien 3. Membasuh ketiak, dada dan perut klien dengan waslap basah, kemudian di sabun dan di bilas dengan air hangat sampai bersih 4. Mengeringkan dengan handuk dan menutup dengan handuk <p>Membasuh Punggung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memiringkan pasien ke arah bidan 2. Membentangkan handuk di belakang punggung hingga bokong 3. Membasahi punggung hingga bokong dengan waslap basah, kemudian di sabun dan di bilas dengan air hangat sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk 4. Memberikan bedak pada punggung klien 5. Mengembalikan posisi terlentang dan membantu klien memakai pakaian <p>Membasuh Kaki</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluarkan kaki klien dari selimut mandi 2. Membentangkan handuk dibawah kaki, dan menekuk lutut klien 3. Membasahi kaki dari pergelangan kaki sampai pangkal paha, di sabun kemudian dibilas dengan air hangat sampai bersih, dan dikeringkan dengan handuk 4. Melakukan tindakan yang sama pada kaki klien yang satu nya <p>Membasuh Daerah Lipat Paha Dan Genitalia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengganti air dengan air hangat yang bersih 2. Menawari klien apakah mau BAK atau BAB 3. Membentangkan perlak dan handuk kecil di bawah bokong dan membuka selimut mandi 4. Kalau klien mau BAK/BAB maka klien ditolong untuk BAK/BAB dan diceboki sampai bersih 5. Kalau tidak mau, maka langsung membasahi daerah lipatan paha dan genitalia dengan waslap kemudian disabun dan di bilas dengan air hangat sampai bersih dan dikeringkan dengan handuk 6. Membantu mengenakan pakaian bawah klien 7. Merapikan klien dan mengganti selimut mandi dengan selimut tidur
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC. h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

	PENGATURAN POSISI PASIEN		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-92	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Yaitu posisi dimana klien berbaring terlentang dengan kepala dan bahu sedikit elevasi menggunakan bantal.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk klien post operasi dengan menggunakan anestesi supinal 2. Untuk mengatasi masalah yang timbul akibat pemberian posisi pronasi yang tidak tepat 		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 – 6 bantal 2. Atau 2 balok untuk menyangga kaki tempat tidur 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga / pasien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy pasien Mengatur posisi pasien : 2. Posisi supine (terlentang) 3. Posisi fowler (setengah duduk) kombinasi semi fowler 4. Posisi terndelenburgh (kepala lebih rendah dari kaki) 5. Posisi prone (tengkurap) 6. Posisi lateral (miring) 7. Posisi sim (setengah tengkurap) 8. Posisi dorsal rekumbent 9. Posisi litotomi 10. Posisi knee chest 11. Merapikan pasien 		
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012.Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan.Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014.Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014.Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC. h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.Jakarta: Salemba Medika 		

	PEMASANGAN OKSIGEN		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-93	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Pemasangan oksigen adalah pemberian oksigen melalui hidung dengan kanula ganda.		
TUJUAN	Untuk mempertahankan dan memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh.		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabung O2 lengkap dengan manometer 2. Pengukur aliran fLow meter dan humidifier 3. Selang kanula hidung ganda 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat di dekat pasien dengan benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga / pasien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memasang sampiran / menjaga privacy 2. Memastikan tabung masih berisi O2 3. Mengisi botol pelembab dengan aquabides steril sesuai batas 4. Menyambungkan selang binasal O2 dengan humidifier 5. Mengatur posisi semi fowler 6. Membuka flow meter dengan ukuran yang sesuai dengan kebutuhan dan memastikan ada aliran udara 7. Memasang kanula pada hidung pasien dengan hati-hati 8. Memperhatikan reaksi dan menayakan respon pasien 9. Merapikan pasien 		
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012.Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan.Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014.Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014.Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC. h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.Jakarta: Salemba Medika 		
	VULVA HYGIENE		

	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-94	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Vulva hygiene merupakan suatu prosedur dengan memberikan tindakan pada vulva untuk menjaga kebersihan vulva.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya infeksi di daerah vulva, perineum maupun uterus 2. Penyembuhan luka perineum / jahitan pada perineum 3. Kebersihan perineum dan vulva 4. Memberikan rasa nyaman pada pasien 		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlak dan pengalas 2. Selimut mandi 3. Sarung tangan 1 pasang 4. Bengkok 2 buah, salah satu berisi larutan klorin 0,5 % 5. Tas plastik 2 buah 6. Kom berisi kapas basah (air dan kapas direbus bersama) 7. Celana dalam (jika perlu persiapkan pembalut) 8. Pispot 9. Botol cebok berisi air hangat 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Membawa alat di dekat pasien dengan benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga / pasien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memasang sampiran / menjaga privacy 2. Memasang selimut mandi 3. Mengatur posisi dorsal recumbent 4. Memasang alas di bawah bokong pasien 5. Meletakkan bengkok dan kapas basah dalam kom di dekat vulva 6. Memakai sarung tangan 7. Melepas celana dan pembalut kemudian segera pasang pispot 8. Sambil memperhatikan lochea, celana dalam dan pembalut dimasukkan dalam tas plastik yang berbeda 9. Mempersilahkan pada pasien jika ingin BAB/BAK 10. Mengguyur vulva ibu dengan air matang 11. Mengambil pispot 12. Membuka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk kiri 13. Membersihkan vulva dari labio mayora kiri, labia mayora kanan, labio minora kiri, labia minora kanan, vestibulum, perineum. Arah dari atas ke bawah dengan kapas basah sekali usap sampai bersih 14. Memasang celana dalam 15. Mengambil alas perlak, bengkok 16. Merapikan pasien, mengganti selimut mandi dengan selimut tidur 		
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. c. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen d. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva 		



	<p>e. Yuni Kusmiyati. 2012.Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan.Jogjakarta : Fitramaya.</p> <p>f. Aziz Alimul H. 2014.Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>g. _____. 2014.Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>h. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC.</p> <p>i. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.Jakarta: Salemba Medika</p>
--	--

	MENCUCI RAMBUT		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-95	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Mencuci rambut merupakan tindakan mencuci rambut dan kulit kepala dengan mempergunakan shampo.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan kulit kepala dan rambut 2. Menghilangkan bau 3. Memberikan rasa nyaman 		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handuk 2 buah 2. Talang 3. Peniti 4. Kain pel 5. Baskom / ember berisi air hangat 6. Gayung 7. Shampo dalam tempatnya 8. Sisir 9. Kain kassa dan kapas 10. Ember kosong untuk menampung air 11. Sarung tangan bersih 12. Bengkok berisi larutan desinfektan 13. Celemek untuk petugas 14. Alat pengering rambut 15. Selimut mandi 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga / pasien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy 2. Mengenakan sarung tangan dan celemek 3. Mengganti selimut klien dengan selimut mandi 4. Mengatur posisi tidur pasien dengan kepala di pinggir tempat tidur 5. Memasang handuk dibawah kepala 6. Memasang ember dialasi dengan kain pel 7. Memasang talang dengan ujung berada di dalam ember 8. Menutup dada dengan handuk sampai ke leher 9. Menyisir rambut 10. Menutup lubang telinga dengan kapas dan mata dengan kassa 11. Menyiram rambut dengan air hangat, menggosok dan memijit-mijit rambut dan kulit kepala dengan shampo 12. Membilas rambut dengan air hangat sampai bersih 13. Melepas kapas penutup lubang telinga dan kain kassa penutup mata 14. Mengangkat talang, mengeringkan rambut dengan handuk kemudian dengan pengering rambut 15. Menyisir rambut 		

	<p>16. Meletakkan kepala pada bantal yang dialasi handuk kering</p> <p>17. Merapikan pasien, dan mengganti selimut mandi dengan selimut tidur</p>
REFERENSI	<p>a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg</p> <p>b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen</p> <p>c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva</p> <p>d. Yuni Kusmiyati. 2012.Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan.Jogjakarta : Fitramaya.</p> <p>e. Aziz Alimul H. 2014.Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>f. _____. 2014.Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC.</p> <p>h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.</p> <p>i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.Jakarta: Salemba Medika</p>

	HUKNAH RENDAH DAN HUKNAH TINGGI														
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-96	No Revisi 0	Halaman 1/1												
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001													
PENGERTIAN	Huknah adalah tindakan dengan memasukkan cairan melalui anus sampai ke kolon desendens untuk huknah rendah atau sampai colon assendens untuk huknah tinggi.														
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merangsang peristaltik usus agar pasien bisa buang air besar 2. Mengosongkan usus sebagai persiapan tindakan operasi, colonoscopy 														
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Irigator lengkap dengan kanul dan selang 2. Air hangat : <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">Bayi</td> <td style="padding-right: 20px;">: 150 - 250 cc</td> <td style="padding-right: 20px;">Remaja</td> <td>: 500 - 700 cc</td> </tr> <tr> <td>Anak</td> <td>: 250 - 350 cc</td> <td>Dewasa</td> <td>: 750 1000 cc</td> </tr> <tr> <td>Usia sekolah</td> <td colspan="3">: 300 - 500 cc</td> </tr> </table> 3. Standar 4. Perlak dan pengalas 5. Bengkok 6. Pispot dan botol cebok 7. Selimut mandi 8. Tissue toilet 9. Jelly 10. Hand schoon 			Bayi	: 150 - 250 cc	Remaja	: 500 - 700 cc	Anak	: 250 - 350 cc	Dewasa	: 750 1000 cc	Usia sekolah	: 300 - 500 cc		
Bayi	: 150 - 250 cc	Remaja	: 500 - 700 cc												
Anak	: 250 - 350 cc	Dewasa	: 750 1000 cc												
Usia sekolah	: 300 - 500 cc														
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga / pasien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi (miring kiri untuk huknah rendah, miring kanan untuk huknah tinggi) 2. Meletakkan perlak dan pengalas dibawah bokong klien 3. Mengganti selimut klien dengan selimut mandi 4. Menggantungkan irigator yang telah diisi air hangat pada standar dengan ketinggian 50 cm (huknah rendah) atau 30 cm (huknah tinggi) 5. Mengeluarkan udara dalam selang kemudian menutup klem kembali 6. Menggunakan hand schoon 7. Membuka bokong hingga anus terlihat 8. Menoleskan jelly pada kanule rektal kemudian memasukkan secara perlahan, mengarah ke umbilikus (panjang insersi : dewasa 7,5 - 10 cm, anak 5 - 7,5 cm, bayi 2,5 - 3,5 cm) 9. Menginstruksikan pada klien untuk tidak menahan masuknya kanule dengan cara menghempuskan nafas perlahan melalui mulut 10. Membuka kran dan biarkan larutan masuk perlahan-lahan sambil memesan pada klien untuk agak menahan bila ingin BAB jangan langsung mengejan (cairan masuk sampai ke kolon sigmoid untuk huknah rendah, sampai kolon desenden untuk huknah tinggi) 														

	<ol style="list-style-type: none"> 11. Menutup kran bila air sudah habis atau klien tidak bisa menahan untuk BAB 12. Memegang pangkal kanule dengan tissue, tarik kanule dari anus 13. Memasang pispot dibawah bokong klien untuk BAB 14. Membersihkan anus sampai bersih atau cebok bila pasien sudah selesai BAB 15. Merapikan pasien dan mengganti selimut mandi dengan selimut tidur
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012.Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan.Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014.Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika. f. _____. 2014.Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika. g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC. h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.Jakarta: Salemba Medika

	PERAWATAN JENAZAH		
	No. Dokumen SOP-POLTEKKES-SMG-04-KEB-97	No Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit 14-8-2023	Ditetapkan oleh Ketua Prodi DIII Kebidanan Blora  Elisa Ulfiana, S.SiT., M.Kes. NIP. 197901082005012001	
PENGERTIAN	Perawatan jenazah adalah perawatan klien setelah meninggal, termasuk menyiapkan jenazah untuk diperlihatkan pada keluarga transportasi ke kamar jenazah dan melakukan disposisi (penyerahan) barang-barang milik klien.		
TUJUAN	Untuk merawat jenazah.		
PERALATAN DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kassa / perban 2. Sarung tangan 3. Penganjal dagu 4. Bantalan 5. Kapas 6. Plastik jenazah atau pembungkus jenazah 7. Tiga label identifikasi 8. Plester penahan untuk menutup luka 9. Tas plastik untuk tempat barang-barang klien 10. Air dalam baskom 11. Sabun 12. Handuk 13. Selimut mandi 14. Kain kafan 15. Daftar barang berharga 16. Peniti 17. Sisir 18. Baju bersih 19. Peralatan ganti balutan (jika perlu) 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>A. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam pada keluarga jenazah 2. Memperkenalkan identitas diri 3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada keluarga jenazah 4. Menjelaskan tentang kerahasiaan <p>B. Tahap Pre Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Siapkan alat <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan alat yang diperlukan dan bawa ke dalam ruangan. 2. Atur lingkungan di sekitar tempat tidur. Jika kematian terjadi pada unit multibed, jaga privasi klien yang lain, tutup pintu koridor, cuci tangan. 3. Tinggikan tempat tidur untuk memudahkan kerja dan atur pada posisi datar. 4. Tempatkan tubuh dalam posisi supinasi. 5. Tutup mata dengan menggunakan kapas yang secara perlahan ditutupkan pada kelopak mata dan plester jika mata tidak tertutup. 6. Luruskan badan, dengan lengan diletakkan menyilang tubuh pada pergelangan tangan dan menyilang abdomen. Pada beberapa RS terkadang lengan berada di samping dengan telapak tangan menghadap ke bawah. 7. Ambil gigi palsu jika diperlukan dan tutup mulut. Jika mulut tetap tidak mau tertutup, tempatkan gulungan handuk di bawah dagu agar mulut tertutup. Tempatkan bantal di bawah kepala. 		

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Lepaskan perhiasan dan barang berharga di hadapan keluarga. Pada umumnya, semua cincin, anting, gelang dll dilepas dan ditempatkan pada tas plastik tempat barang berharga, termasukacamata, kartu, surat, kunci, barang religi. Beri label identitas. 9. Jaga keamanan barang berharga klien. Ikuti peraturan RS untuk disposisi (penyerahan) barang berharga. Jangan meninggalkan barang berharga. Tempatkan di kantor petugas sampai dapat disimpan di tempat yang lebih aman atau diserahkan kepada keluarga. Jika memungkinkan, keluarga dianjurkan untuk membawa pulang semua barang milik klien sebelum klien meninggal. 10. Bersihkan badan dengan menggunakan air bersih, bersihkan area tubuh dari kotoran, seperti darah, feses atau muntahan. Jika kotoran terdapat pada area rektum, uretra, vagina, letakkan kassa untuk menutup setiap lubang dan rekatkan dengan plester untuk mencegah pengeluaran lebih lanjut. 11. Rapihan rambut dengan sisir. 12. Rawat drainase dan slang yang lain. Jika akan dilakukan autopsi, slang pada umumnya dibiarkan pada badan, ambil botol drainase atau kantong dari slang dan tekuk slang, ketika dilakukan autopsi angkat slang. Pastikan balon sudah dikempiskan sehingga tidak melukai jaringan tubuh selama pengangkatan slang. 13. Ganti balutan bila ada. Balutan yang kotor harus diganti dengan yang bersih. Bekas plester dihilangkan dengan bensin atau larutan yang lain sesuai dengan peraturan RS. 14. Pakaikan pakaian yang bersih untuk diperlihatkan kepada keluarga. Jika keluarga meminta untuk melihat jenazah, tempatkan pada posisi tidur, supinasi, mata tertutup, lengan menyilang di abdomen. Rapihan tempat tidur seperti setelah mandi. 15. Beri label identifikasi pada jenazah. Label identitas berisi nama, umur dan jenis kelamin, tanggal, nomor RS, nomor kamar dan nama dokter. Sesuai dengan peraturan RS, ikatkan label identitas pada pergelangan tangan atau pergelangan kaki atau plester label pada dada depan klien. 16. Letakkan jenazah pada kain kafan sesuai dengan peraturan RS. Ikatkan kassa / perban atau pengikat yang lain di bawah dagu dan sekitar kepala untuk menjaga dagu tetap tertutup. Selain itu, ikat pergelangan tangan bersama menyilang di atas abdomen agar lengan tidak jatuh dari brankar ketika jenazah diangkut ke kamar jenazah. 17. Letakkan jenazah pada kain kafan. Lipat bagian 1 ke bawah menutup kepala, diikuti bagian 2 ke atas menutup kaki. Lipat bagian 3 dan 4. Peniti atau plester diperlukan untuk menjaga kain kafan pada tempatnya. 18. Beri label pada bagian luar. Label identifikasi diberi peniti pada bagian luar kain kafan. 19. Pindahkan jenazah ke kamar jenazah. Beberapa RS membiarkan jenazah di ruangan sampai petugas kamar jenazah mengambilnya. Tutup jenazah dengan kain. Pada beberapa RS, bagian wajah dibiarkan tetap terbuka, namun ada pula yang menutupi wajah jenazah. Ikat jenazah dengan pengikat brankar pada bagian dada dan lutut. Pengikatan untuk mencegah jenazah jatuh, tetapi tidak boleh terlalu kuat sehingga menyebabkan lecet. 20. Bereskan dan bersihkan kamar klien.
<p style="text-align: center;">REFERENSI</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Johnson R. Taylor W. 2000. Skill For Midwifery Practice. Churchill Livingstone, Edinburg b. World Health Organization. 1996. Learning Materials on Nursing. Chapter 7 : Healthy Parenthood WHO, Copenhagen c. World Health Organization ‘Safe Motherhood – all free or charge, WHO, Geneva d. Yuni Kusmiyati. 2012.Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan.Jogjakarta : Fitramaya. e. Aziz Alimul H. 2014.Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : Salemba Medika.

	<p>f. _____. 2014. Keterampilan Dasar Praktek Klinik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika.</p> <p>g. Potter & Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6. Cetakan 1. Jakarta: EGC.</p> <p>h. Uliyah, M. & Hidayat, A.A. 2015. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.</p> <p>i. Wartonah. .2014. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika</p>
--	--