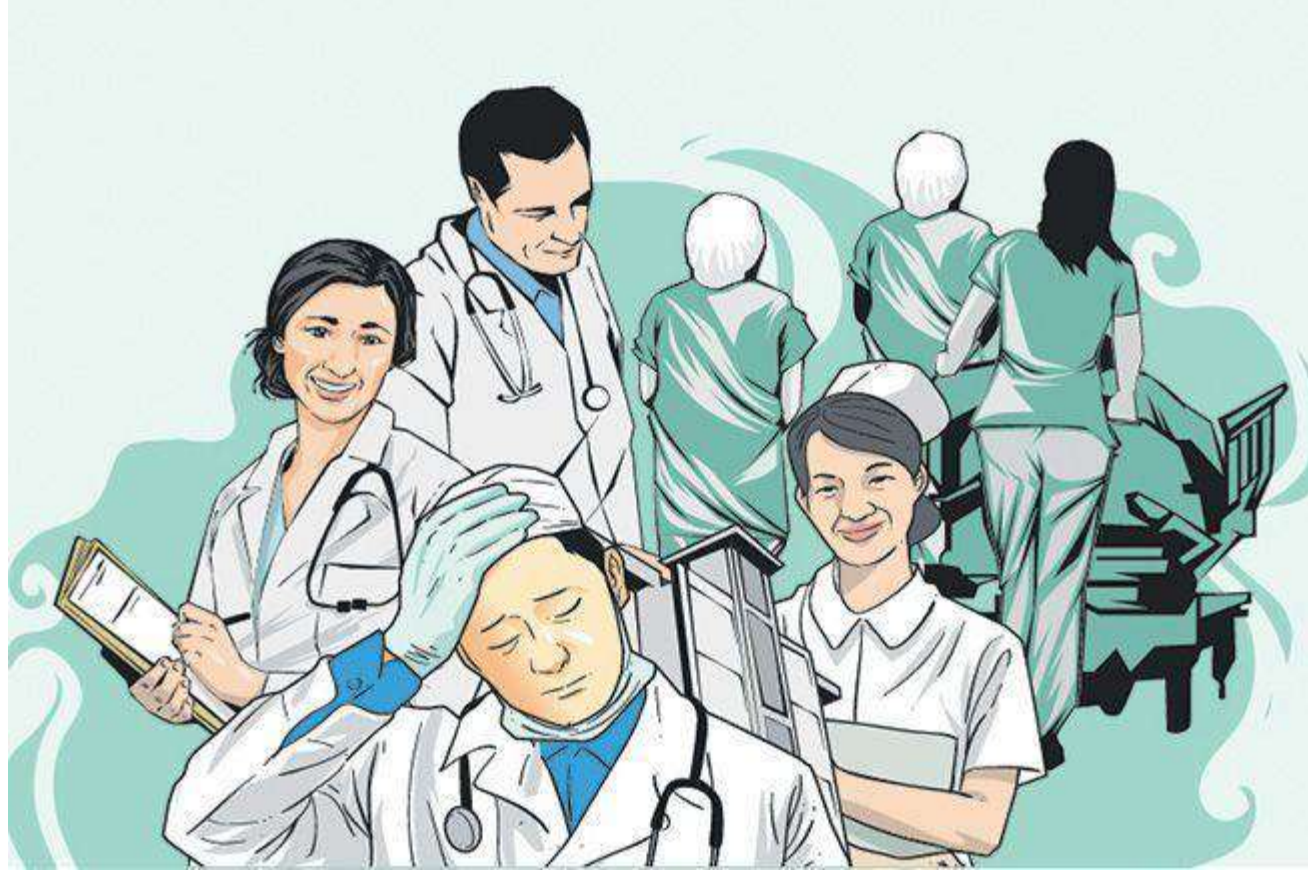




# PANDUAN PRAKTIKUM KDPK/PRA PROFESI



**STIKES GUNA BANGSA  
YOGYAKARTA**

**2021/2020**



**VISI MISI**  
**PROGRAM STUDI KEBIDANAN**  
**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI BIDAN**  
**STIKES GUNA BANGSA YOGYAKARTA**

**VISI**

Menghasilkan lulusan bidan profesional yang unggul, Inovatif dan Berdaya Saing dalam Asuhan Kebidanan Berbasis Kearifan Lokal

**MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan kebidanan yang bermutu untuk mendukung sistem pelayanan kesehatan paripurna yang berfokus pada kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak, keluarga dan masyarakat dengan memanfaatkan kearifan lokal yang sesuai evidence based.
2. Menyelenggarakan penelitian guna meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan berbasis kearifan lokal
3. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat yang berorientasi pada pemberian asuhan kebidanan berbasis kearifan lokal
4. Menjalin kerjasama dengan stakeholder dalam negeri dan luar negeri untuk mendukung Tri Dharma Perguruan Tinggi.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan YME, atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan Panduan KDPK/Pra Profesi. Panduan ini diperuntukkan bagi mahasiswa semester I Program Studi Kebidanan Program Pendidikan Profesi STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, sebagai pedoman dan evaluasi pelaksanaan praktikum KDPK/Pra Profesi. Dalam kesempatan ini, tim penyusun mengucapkan terimakasih kepada :

1. Dr.dr. R. Soerjo Hadijono, SpOG(K), DTRM&B(Ch) selaku Ketua STIKES Guna Bangsa Yogyakarta.
2. Yustina Ananti, S.Si.T., M.Kes. selaku Ketua Program Studi Kebidanan Program Pendidikan Profesi STIKES Guna Bangsa Yogyakarta
3. Pihak-pihak lain yang turut mendukung pelaksanaan praktikum KDPK/Pra Konsepsi

Panduan ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan kritik demi kesempurnaan panduan ini sangat kami harapkan. Semoga Tuhan YME senantiasa memberikan kebaikan dan kemudahan kepada kita semua.

Yogyakarta, Desember 2020  
Penyusun

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	1
VISI DAN MISI PRODI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA .....	2
KATA PENGANTAR .....	3
DAFTAR ISI.....	4
TATA TERTIB LABORATORIUM.....	5
TARGET KOMPETENSI .....	6
Materi 1 Pencegahan Infeksi dan Pemrosesan Alat.....	9
Materi 2 Pengukuran Tanda-Tanda Vital .....	20
Materi 3 Kebutuhan Kebersihan Lingkungan.....	24
Materi 4 Pemeriksaan Fisik Dewasa.....	29
Materi 5 Mobilisasi dan Ambulasi.....	34
Materi 6 Memandikan Pasien .....	48
Materi 7 Pemasangan Dauer Kateter Pada Wanita .....	52
Materi 8 Menjahit Luka dan Perawatan Luka.....	62
Materi 9 Pemberian Obat Parenteral.....	72
Materi 10 Cairan dan Elektrolit .....	90
Materi 11 Pemasangan NGT.....	101
Materi 12 Pengambilan Sekret Vagina .....	104
Materi 13 Pengambilan Spesimen Darah.....	112
Materi 14 Pemeriksaan BB TB Pada Ibu Hamil.....	124
Materi 15 Palpasi Leopold dan DJJ .....	128
Materi 16: Pemeriksaan Penunjang (HB, Protein Urine dan Gula Darah) .....	138
Materi 14: Pemeriksaan Fisik Pada Bayi Baru Lahir.....	146
Materi 15: Memandikan Bayi dan Perawatan Tali Pusat .....	149
Materi 16: Anthopometri .....	154
Materi 17: Penjahitan Luka Perineum .....	159
DAFTAR PUSTAKA	

## TATA TERTIB LABORATORIUM

1. Praktikan wajib menggunakan seragam STIKES Guna Bangsa Yogyakarta disertai jas laboratorium yang bersih dan rapi.
2. Alas kaki harap dilepas dan diletakkan pada rak sepatu dengan rapi.
3. Mengisi daftar hadir dan mengambil kunci loker.
4. Di dalam laboratorium hanya boleh membawa **pensil** dan **buku panduan praktikum** (tas, jaket, HP, dompet, dan barang berharga harap ditinggalkan di dalam loker).
5. Mahasiswa dilarang merokok, membawa makan dan minuman serta benda-benda tajam dan berbahaya lainnya ke dalam laboratorium.
6. Dilarang mengenakan perhiasan (gelang tangan, gelang kaki dan cincin) di dalam laboratorium.
7. Bagi mahasiswa yang tidak berjilbab, wajib mengenakan hairnet dan jepit rambut (untuk yang berponi).
8. Turut serta dalam pemeliharaan peralatan laboratorium serta mematuhi SOP (*Standar Operating Prosedur*) dan MOP (*Manual Operating Prosedur*) yang berlaku.
9. Melaporkan kecelakaan kerja yang terjadi kepada laboran, antara lain tertusuk dan terluka pada saat praktikum yang sebelumnya telah diatasi dengan cara-cara yang sudah diketahui.
10. Melaporkan adanya kerusakan alat dan atau kehilangan alat yang dipinjam, bagi mahasiswa yang merusakkan wajib mengganti sesuai barang yang dirusakkan atau dihilangkan.
11. Membuang sampah sesuai jenisnya pada tempat yang telah disediakan.
12. Sebelum meninggalkan ruang wajib mengunci loker kembali dan menandatangani daftar hadir.
13. Pengguna laboratorium wajib menjaga kebersihan dan kerapian laboratorium.
14. Sebelum meminjam alat mahasiswa wajib mengisi formulir peminjaman alat.
15. Peminjaman alat dilakukan maksimal satu hari sebelum praktikum.
16. Peminjaman dan pengembalian alat hanya boleh dilakukan dengan pengawasan petugas laboratorium oleh penanggung jawab kelompok yang sebelumnya sudah dalam kondisi bersih dan rapi.
17. Praktikan wajib mematuhi tata tertib yang berlaku, bagi yang melanggar akan dikenakan sanksi.

TARGET KOMPETENSI								
NO	KOMPETENSI	TARGET	TGL/TANDA TANGAN PEMBIMBING					CATATAN
			1	2	3	4	5	
1	MENCUCI TANGAN							
	a. Cuci Tangan bersih							
	b. Cuci tangan steril/bedah							
	MEMAKAI SARUNG TANGAN STERIL							
	PEMROSESAN ALAT BEKAS PAKAI							
2	PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL							
	a. Mengukur Tekanan Darah							
	b. Menghitung Pernafasan							
	c. Menghitung denyut nadi							
	d. Mengukur Suhu							
	- Oral							
	- aksila							
	- rektal							
3	MENYIAPKAN TEMPAT TIDUR							
	a. Menyiapkan tempat tidur tanpa pasien diatasnya							
	b. Menyiapkan tempat tidur dengan pasien diatasnya							
4	PEMERIKSAAN FISIK							

5	MEMBANTU MENGATUR POSISI PASIEN							
	a. Posisi Sim							
	b. Posisi Dorsal Recumbent							
	c. Posisi Litotomi							
	d. Semi fowler							
	e. Trendelenburg							
6	MEMANDIKAN PASIEN							
7	PEMASANGAN KATETER							
	PENGAMBILAN SPESIMEN FESES							
	PENGAMBILAN SPESIMEN URINE							
8	PERAWATAN LUKA							
	a. Menjahit Luka							
	b. Mengangkat jahitan							
	c. Mengganti Balutan							
9	INJEKSI							
	a. Intra Cutan							
	b. Sub Cutan							
	c. Intra Muscular							
	d. Intra Vena							
10	PEMBERIAN NUTRISI DAN CAIRAN							
	a. Pemasangan dan Pelepasan Infus							



	b. Pemasangan dan Pelepasan NGT							
11	PENGAMBILAN SPESIMEN							
	a. Darah Vena							
	b. Darah Perifer							
	c. Vagina							
12	Penimbangan Berat Badan Dan Tinggi Badan pada Ibu hamil							
	Palpasi Leopold dan auskultasi DJJ							
13	Pemeriksaan Penunjang							
	HB							
	Glukosa							
	Protein Urine							
14	Pemeriksaan Fisik Pada Bayi Baru Lahir							
15	Memandikan Bayi dan Perawatan Tali Pusat							
16	Anthropometri BBL							
17	Penjahitan Luka Perineum							

Yogyakarta, .....

Koordinator Mata Kuliah

## **Materi 1**

### **PENCEGAHAN INFEKSI DAN PEMROSESAN ALAT**

#### **A. Pencegahan Infeksi**

##### **1. Prinsip Pencegahan Infeksi**

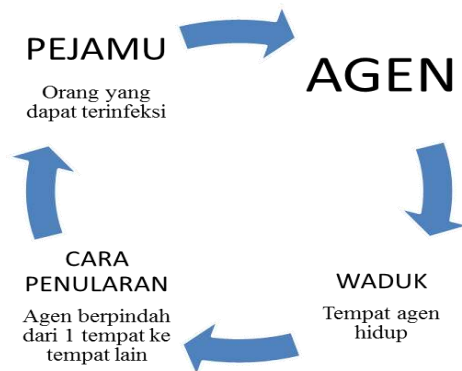
Pencegahan infeksi yang efektif didasarkan pada prinsip – prinsip berikut :

- a. Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi yang terjadi bersifat asimtomatik (tanpa gejala)
- b. Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
- c. Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan dan benda – benda lain yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tak utuh/selaput mukosa atau darah, harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar
- d. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses dengan benar, harus dianggap telah terkontaminasi
- e. Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan – tindakan pencegahan infeksi yang benar dan konsisten.

**Tindakan – tindakan pencegahan infeksi termasuk hal – hal berikut :**

- a. Cuci tangan
- b. Memakai sarung tangan
- c. Memakai perlengkapan pelindung
- d. Menggunakan teknik aseptik
- e. Memproses alat bekas pakai
- f. Menangani peralatan tajam dengan aman
- g. Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar.

## 2. Transmisi kuman



## 3. Cuci tangan

Tujuan cuci tangan adalah menghilangkan kotoran dan debu dari permukaan kulit dan mengurangi jumlah mikroorganisme sementara. Cuci tangan merupakan prosedur yang paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi.

Cuci tangan sebaiknya dilakukan :

- a. Sebelum memeriksa (kontak langsung) dengan pasien
- b. Sebelum memakai sarung tangan DTT atau steril
- c. Setelah situasi tertentu dimana kedua tangan dapat terkontaminasi, seperti :
  - 1) Memegang instrument yang kotor dan alat lainnya
  - 2) Menyentuh selaput lender, darah, atau duh tubuh lainnya
  - 3) Kontak yang lama dan intensif dengan pasien
- d. Setelah melepaskan sarung tangan.

Berikut ini langkah cuci tangan yang efektif :

- a. Buka semua perhiasan, basuh tangan dengan air. Tuangkan sabun/cairan antiseptik ke telapak tangan, lalu gosok dengan cara memutar agar berbusa.
- b. Gosok punggung tangan kiri dan sela-sela jari tangan kanan, dan lakukan sebaliknya.
- c. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
- d. Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan.
- e. Gosok ibu jari tangan kiri dengan gerakan memutar dalam genggam tangan kanan, dan lakukan sebaliknya.
- f. Gosokkan ujung-ujung kuku tangan kanan pada telapak tangan kiri dengan cara memutar, dan lakukan sebaliknya.

- g. Bilas tangan dengan air mengalir, keringkan dengan tissue sekali pakai. Gunakan bekas tissue untuk menutup kran air.



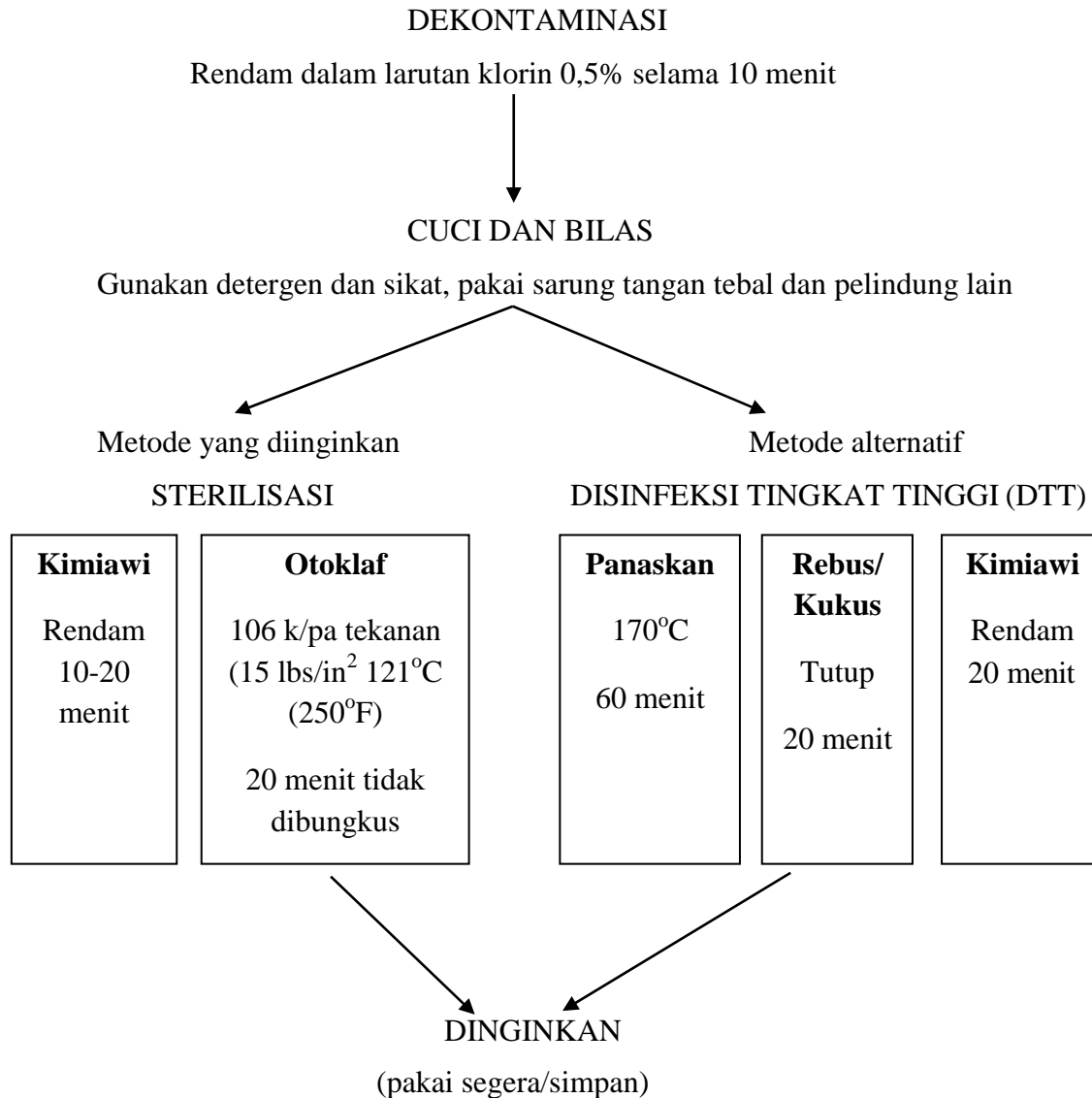
#### 4. Pelindung diri

Perlengkapan pelindung pribadi mencegah paparan terhadap infeksi dengan menggunakan penghalang (sarung tangan, kaca mata pelindung, masker wajah, sepatu boot atau sepatu tertutup, celemek) selama melaksanakan prosedur klinik. Hal ini dapat melindungi tenaga kesehatan terhadap percikan darah atau luka terkena benda tajam..

#### 5. Aseptic dan antiseptic

- a. Antiseptic : proses penurunan jumlah mikroorganisme pada kulit, selaput lendir, atau duh tubuh lainnya dengan menggunakan bahan antimicrobial (antiseptic).
- b. Aseptic : suatu istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan upaya kombinasi untuk mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam area tubuh manapun yang sering menyebabkan infeksi. Tujuan aseptic adalah menurunkan sampai ke tingkat aman atau membasmi jumlah mikroorganisme pada permukaan hidup (kulit dan jaringan) dan objek mati (alat – alat bedah dan barang – barang yang lain).

## B. Pemrosesan alat



### 1. Dekontaminasi alat

Proses yang membuat benda mati lebih aman untuk ditangani petugas kesehatan sebelum dibersihkan (menginaktivasi HBV, HBC, dan HIV) dan mengurangi, tapi tidak menghilangkan jumlah mikroorganisme yang mengkontaminasi.

Segera setelah digunakan, masukkan benda – benda yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Pastikan bahwa benda – benda terkontaminasi, telah terendam seluruhnya dalam larutan klorin. Daya kerja larutan klorin akan cepat mengalami penurunan sehingga harus diganti paling sedikit setiap 24 jam atau lebih cepat jika terlihat telah kotor atau keruh.

Rumus persiapan larutan klorin :

- a. Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{larutan konsentrat}}{\% \text{larutan yang diinginkan}} - 1$$

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5,25%

1) Jumlah bagian air =  $\frac{5,25\%}{0,5\%} - 1 = 9,5$

2) Tambahkan 9 bagian air ke dalam 1 bagian larutan klorin 5,25%.

- b. Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin kering

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{larutan yang diinginkan}}{\% \text{konsentrat}} \times 1000$$

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin (misal : kalsium hipoklorida) yang mengandung 35% klorin

1) Gram/liter =  $\frac{0,5\%}{35\%} \times 1000 = 14,3$  gram/liter

2) Tambahkan 14 gram bubuk klorin ke dalam 1 liter air bersih

## 2. Pencucian alat

Pencucian adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan/perlengkapan yang kotor atau sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun DTT menjadi kurang efektif tanpa proses pencucian sebelumnya. Jika benda – benda yang terkontaminasi tidak dapat dicuci segera setelah didekontaminasi, bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan – bahan organik, lalu cuci dengan seksama secepat mungkin.

## 3. DTT / Sterilisasi

### a. Sterilisasi

- 1) Sterilisasi dengan cara penguapan

Persyaratan : kontak yang memadai, suhu yang sangat tinggi, waktu yang tepat, dan kelembaban yang memadai.

Kelebihan :

- a) Metode yang paling sering dipakai dan efektif

- b) Waktu lebih pendek

Kekurangan :

- a) Membutuhkan sumber panas yang terus menerus
- b) Pemeliharaan alat harus cermat
- c) Membutuhkan ketaatan waktu, suhu, dan tekanan secara ketat
- d) Dapat terjadi penumpukan sisi instrumen yang tajam
- e) Bahan plastik tidak tahan suhu tinggi.

## 2) Sterilisasi dengan panas kering

Kelebihan :

- a) Efektif
- b) Bersifat protektif atas benda tajam atau instrumen dengan sisi potong
- c) Tidak meninggalkan sisa kimia

Kekurangan :

- a) Tidak dapat digunakan untuk mensterilkan instrumen plastik dan karet karena suhu yang digunakan terlalu tinggi ( $160^{\circ}\text{C} - 170^{\circ}\text{C}$ ).
- b) Membutuhkan oven dan sumber listrik secara terus menerus

## 3) Sterilisasi kimia

Kelebihan :

- a) Larutan glutaraldehid dan formaldehid dapat digunakan untuk instrumen yang tidak tahan sterilisasi panas
- b) Larutan ini dapat digunakan hingga 14 hari (ganti apabila keruh)

Kekurangan :

- a) Dapat menyebabkan iritasi kulit
- b) Mahal
- c) Formaldehid tidak dapat dicampur dengan klorin karena memproduksi gas berbahaya.

## b. Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

### 1) Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) dengan merebus dan mengukus

Keuntungan :

- a) Murah
- b) Mudah

- c) Tidak memerlukan bahan kimiawi atau larutan khusus
- d) Sumber panas (pemasak atau dandang) tersedia dimana - mana

Kerugian :

- e) Waktu pemrosesan harus diatur dengan seksama. Sekali mulai tidak boleh menambahkan air atau alat – alat lain.
- f) Objek tidak dapat dipak sebelum di DTT, sehingga kemungkinan kontaminasi lebih besar
- g) Memerlukan sumber minyak.

## 2) **Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) dengan bahan kimia**

Walaupun banyak disinfektan tersedia dimana – mana, 4 disinfektan yaitu : klorin, glutaraldehid, formaldehid, dan peroksid masih rutin digunakan sebagai DTT.

Keuntungan : larutan klorin bereaksi cepat, sangat efektif terhadap HBV, HCV, dan HIV/AIDS, serta murah dan mudah didapat.

Kerugian : larutan klorin >0,5% dapat merusak logam.



## PENUNTUN BELAJAR CUCI TANGAN

### Persiapan alat :

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| 1 Sabun cair   | 3 Handuk pribadi |
| 2 Air mengalir | 4 Tissue         |

### Penilaian

- Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan  
 Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna  
 Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1	Menyiapkan peralatan yang dibutuhkan			
2	Melepaskan cincin, jam tangan dan gelang			
3	Membasahi kedua belah tangan dengan air mengalir			
4	Menuangkan sabun/cairan antiseptik ke telapak tangan, lalu gosok dengan cara memutar agar berbusa			
5	Menggosokkan punggung tangan kiri dan sela-sela jari tangan kanan, dan lakukan sebaliknya			
6	Menggosokkan kedua telapak tangan dan sela-sela jari			
7	Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan			
8	Menggosokkan ibu jari tangan kiri dengan gerakan memutar dalam genggam tangan kanan, dan lakukan sebaliknya			
9	Menggosokkan ujung-ujung kuku tangan kanan pada telapak tangan kiri dengan cara memutar, dan lakukan sebaliknya			
10	Membilas tangan dengan air mengalir, keringkan dengan tissue sekali pakai			
11	Menutup kran dengan tissue atau handuk bersih			
12	Mengeringkan kedua tangan dengan handuk bersih			
	<b>Score : 24</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

Nilai Akhir : Skor total/2,4 x 10

## PENUNTUN BELAJAR CUCI TANGAN BEDAH

### Persiapan alat :

- |                |                  |                                |
|----------------|------------------|--------------------------------|
| 1 Sabun cair   | 3 Handuk pribadi | 5 Larutan antiseptic (alcohol) |
| 2 Air mengalir | 4 Sikat/spons    | 6 Tissue                       |

### Penilaian

- Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan  
 Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna  
 Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1	Menyiapkan peralatan yang dibutuhkan			
2	Melepaskan cincin, jam tangan dan gelang			
3	Membasahi kedua tangan dan lengan bawah hingga siku dengan air mengalir dan memberi sabun			
4	Menyikat kuku dengan sikat kuku yang lembut, menggosok lengan bawah, menggosok lengan dengan spons dengan gerakan sirkular			
5	Membilas tangan dan lengan dibawah air mengalir			
6	Menuangkan bahan antiseptik pada seluruh tang dan lengan bawah, menggosok dengan kuat selama 2 menit			
7	Mengangkat tangan lebih tinggi dari siku, membilas tangan dan lengan bawah seluruhnya dengan air bersih			
8	Menegakkan kedua tangan ke atas dan menjauhkan dari badan, tidak menyentuh permukaan atau benda apapun			
9	Mengeringkan kedua tangan dengan handuk steril dan kering			
10	Memakai sarung tangan steril atau DDT			
	<b>Score : 20</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

Nilai Akhir : Score total/2 x 10

## PENUNTUN BELAJAR MEMAKAI SARUNG TANGAN STERIL

### Persiapan alat :

- |                           |                  |                       |
|---------------------------|------------------|-----------------------|
| 1 Sarung tangan/Handscone | 3 Sabun cair     | 5 Larutan klorin 0,5% |
| 2 Korentang               | 4 Handuk pribadi | 6 Tissue              |

### Penilaian

- Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan  
 Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna  
 Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurn

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1	Menyiapkan peralatan yang dibutuhkan			
2	Melepaskan cincin, jam tangan dan gelang			
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
4	Membuka kemasan sarung tangan bagian luar dengan hati-hati dan menyibakkannya ke samping			
5	Memegang kemasan bagian dalam dan menaruh pada permukaan dalam pembungkus			
6	Membuka kemasan, mempertahankan sarung tangan pada permukaan dalam pembungkus			
7	Melakukan identifikasi sarung tangan kanan dan kiri (setiap sarung tangan mempunyai manset kurang lebih 5 cm)			
8	Memakai sarung tangan kanan dengan cara memegang tepi manset dengan ibu jari dan dua jari lainnya dari tangan kiri, memastikan bahwa manset tidak menggulung pada tangan, memastikan juga jari-jari ada pada posisi yang tepat			
9	Memasukkan jari-jari dibawah manset sarung tangan kedua dengan tangan yang telah memakai sarung tangan			
10	Memasukkan sarung tangan kedua pada tangan kiri			
11	Melakukan penyesuaian sarung tangan, jika sarung tangan kedua telah terpasang			
	<b>Score : 22</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

Nilai Akhir : Skore total/2,2 x 10

## PENUNTUN BELAJAR MEMPROSES ALAT BEKAS PAKAI

### Persiapan alat :

1 Masker	6 Kompor	11 Bak instrument
2 Kacamata	7 Panci	12 Korentang
3 Sepatu	8 Waskom	13 Handuk pribadi
4 Sarung tangan rumah tangga	9 Sabun	14 Duk
5 Larutan klorin 0,5%	10 Sikat	15 alat yang akan diproses

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
1	Menyiapkan peralatan yang dibutuhkan			
2	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
3	Memakai peralatan pelindung diri ( celemek, masker, kacamata, sepatu)			
4	Merendam semua alat yang terkontaminasi dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
5	Mencuci alat dengan air sabun. Menggunakan sikat yang lembut untuk membersihkan bagian yang bergerigi dan sekrup dari darah dan lendir yang tertinggal dibawah permukaan air sabun			
6	Membilas pada air yang mengalir atau air matang (mendidih dalam 10 menit) yang disaring dan meletakkan pada waskom			
7	Masukkan semua alat ke dalam panci, Memastikan alat-alat dalam kondisi terbuka atau tidak terkunci, mangkok dan bak instrument diletakkan dalam posisi terbalik			
8	Mengisi panci dengan air dan memastikan semua lat terendam air sampai batas 2,5 cm diatas alat-alat			
9	Menutup panci dengan rapat untuk mencegah penguapan saat direbus			
10	Menyalakan kompor dengan api sedang			
11	Menunggu sampai mendidih dan diamkan selama 20 menit			
12	Mengangkat dan mengambil alat, meletakkan pada bak instrumen yang steril			
13	Menyimpan alat-alat dalam kondisi tertutup			
14	Membereskan alat yang digunakan, melepaskan sarung tangan			
15	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
	<b>Score : 30</b>			

## MATERI 2

### PENGUKURAN TANDA – TANDA VITAL

Merupakan pengukuran tanda-tanda fungsi vital tubuh yang paling dasar. Empat tanda-tanda vital utama tubuh adalah tekanan darah, denyut nadi, respirasi (pernafasan), dan suhu tubuh. *Tanda-tanda vital* berguna dalam mendeteksi atau pemantauan masalah medis, yang berkaitan dengan masalah kesehatan klien.

#### A. Tekanan Darah / Tensi



Tekanan darah terus-menerus berubah tergantung pada aktivitas, suhu, makanan, keadaan emosi, sikap, keadaan fisik, dan obat-obatan. Dua angka dicatat ketika mengukur tekanan darah. Angka yang lebih tinggi, adalah tekanan sistolik, mengacu pada tekanan di dalam arteri ketika jantung berkontraksi dan memompa darah ke seluruh tubuh. Angka yang lebih rendah, adalah tekanan diastolik, mengacu pada tekanan di dalam arteri ketika jantung beristirahat dan pengisian darah. Baik tekanan sistolik dan diastolik dicatat sebagai “mm Hg” (milimeter air raksa).

Panduan *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI) dari *National Institute of Health*(NIH) mendefinisikan tekanan darah normal sebagai berikut : tekanan sistolik kurang dari 120 mm Hg dan tekanan diastolik kurang dari 80 mm Hg. Namun angka-angka ini harus digunakan sebagai pedoman saja. Sebuah pengukuran tekanan darah tinggi tidak selalu merupakan indikasi dari suatu masalah. Membuat diagnosis hipertensi (tekanan darah tinggi) tidak hanya dari pengukuran sekali saja namun perlu melihat beberapa pengukuran tekanan darah selama beberapa hari atau minggu sebelumnya. Tekanan darah tinggi atau hipertensi diukur pada nilai sistolik 140-160 mmHg. Tekanan darah rendah disebut hipotensi.

#### B. Denyut Nadi



Denyut merupakan pemeriksaan pada pembuluh nadi atau arteri. Ukuran kecepatannya diukur pada beberapa titik denyut misalnya denyut arteri radialis pada pergelangan tangan, arteri brachialis pada lengan atas, arteri karotis pada leher, arteri poplitea pada belakang lutut, arteri dorsalis pedis atau arteri tibialis posterior pada kaki.

Denyut nadi sangat bervariasi tergantung jenis kelamin, jenis pekerjaan, dan usia. Nadi normal untuk orang dewasa yang sehat berkisar 60-100 denyut per menit. Denyut nadi dapat berfluktuasi dan meningkat pada saat berolahraga, menderita suatu penyakit, cedera, dan emosi.

### **C. Suhu Tubuh**

Suhu tubuh normal seseorang bervariasi, tergantung pada jenis kelamin, aktivitas, lingkungan, makanan yang dikonsumsi, gangguan organ, waktu. Suhu tubuh normal, menurut *American Medical Association*, dapat berkisar antara 97,8 derajat Fahrenheit, atau setara dengan 36,5 derajat Celsius sampai 99 derajat Fahrenheit atau 37,2 derajat Celsius.

Suhu tubuh seseorang dapat diambil melalui :

1. Oral
2. Dubur/anus (cenderung 0,5-0,7 derajat lebih tinggi daripada ketika diambil oleh mulut)
3. Aksilaris (cenderung 0,3-0,4 derajat lebih rendah daripada suhu yang diambil oleh mulut).

### **D. Respirasi (Pernafasan)**

Tingkat respirasi atau respirasi rate adalah jumlah seseorang mengambil napas per menit. Tingkat respirasi biasanya diukur ketika seseorang dalam posisi diam dan menghitung jumlah napas selama satu menit.

Respirasi dapat meningkat pada saat demam, berolahraga, emosi. Ketika memeriksa pernapasan, penting juga diperhatikan apakah seseorang memiliki kesulitan bernapas.

## PENUNTUN BELAJAR MENGUKUR TANDA-TANDA VITAL

### Persiapan alat :

1 Tensimeter	5 Larutan klorin 0,5%	9 Tissue
2 Stetoskop	6 Air sabun	10 Bengkok
3 Thermometer	7 Air DTT	11 Sabun cair
4 Arloji/stopwatch	8 Alcohol	12 Handuk pribadi

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	memperkenalkan diri			
2	menjelaskan tujuan			
3	menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	sabar dan teliti			
5	Komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Mencuci tangan			
7	Mengamati angka yang ditunjuk oleh raksa dengan cara benar			
8	Menurunkan air raksa jika masih diatas 35°C			
9	Mengatur posisi klien			
10	Membersihkan ketiak klien dengan tisu			
11	Meletakkan thermometer diketiak dengan posisi tepat selama 7 menit			
12	Mengatur , menyingsingkan lengan baju kanan ke atas			
13	Memasang manset + 1 inci (2,5 cm) diatas lipatan siku			
14	Mengatur tensimeter agar siap dipakai (untuk tensimeter air raksa), yaitu menghubungkan pipa tensimeter dengan pipa manset, menutup sekrup balon manset, membuka kunci reservoir			
15	Meraba arteri radialis, memompa sampai 20-30 mmHg diatas skala yang menunjukkan bahwa denyut nadi sudah tidak teraba lagi			
16	Meletakkan diafragma stetoskop diatas arteri brachialis, tanpa menekan.			
17	Mengendorkan pompa 2-3 mHg perdenyut.			
18	Menentukan bunyi detak pertama (systole) dan terakhir (diastole)			
19	Melonggarkan pompa segera setelah bunyi terakhir hilang kemudian melepas manset			
20	Menekan kulit dekat arteri radialis dengan tiga jari dan meraba denyutan			
21	Menekan arteri radialis dengan kuat dengan jari-jari selama kurang lebih 10 detik untuk merasakan denyutan jika ada, jika tidak teraba denyutan jari-jari digeser kekanan-kiri sampai ketemu			
22	Denyutan pertama akan teraba kuat, menekan sampai denyutan hilang, melepas tekanan sampai denyutan terasa kuat lagi			
23	Meraba denyutan, perhatikan iramanya.			

24	Gunakan detikan pada jam tangan atau jam untuk menghitung denyut mulai dengan nol terhitung saat berdenyut tanpa diselingi			
25	Menghitung pernafasan (frekuensi dan irama). Jika pernafasan teratur dihitung selama 30 detik. Bila pernafasan tidak teratur hitung selama 1 menit penuh			
26	Mendengarkan bunyi pernafasan, kemungkinan ada bunyi abnormal			
27	Membersihkan thermometer dengan larutan klorin, larutan sabun dan membilas dengan air DTT kemudian keringkan			
28	Menurunkan air raksa dan mengembalikan ketempat semula			
29	Merapikan pasien			
30	Membereskan alat			
31	Mencuci tangan			
32	Mencatat hasil pengukuran			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
33	melakukan prosedur secara sistematis			
34	menjaga privacy			
35	memberikan rasa empaty pada ibu			
36	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
37	mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>SCORE TOTAL : 74</b>			



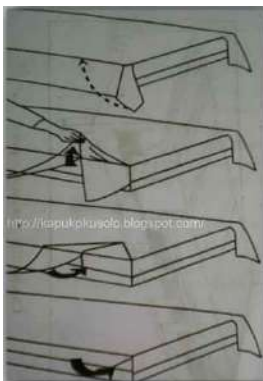
### MATERI 3

#### KEBUTUHAN KEBERSIHAN LINGKUNGAN PASIEN

Pemenuhan kebutuhan kebersihan lingkungan pasien yang dimaksud disini adalah kebersihan pada tempat tidur. Melalui kebersihan tempat tidur diharapkan pasien dapat tidur dengan nyaman tanpa gangguan selama tidur sehingga dapat membantu proses penyembuhan.

Persiapan alat dan bahan :

- |   |              |   |                     |   |         |
|---|--------------|---|---------------------|---|---------|
| 1 | bantal       | 4 | Sprei besar (laken) | 7 | Perlak  |
| 2 | kasur        | 5 | Steak laken         | 8 | Selimut |
| 3 | Tempat tidur | 6 | Sarung bantal       |   |         |



**PENUNTUN BELAJAR MENYIAPKAN TEMPAT TIDUR TANPA PASIEN DI  
ATASNYA (*VERBEDENT*)**

**Persiapan alat :**

- |                 |                      |                        |
|-----------------|----------------------|------------------------|
| 1 Sarung tangan | 5 Stek laken         | 9 Troli                |
| 2 Masker        | 6 Sarung bantal      | 10 Sabun cair          |
| 3 Laken/sprei   | 7 Selimut            | 11 Handuk pribadi      |
| 4 Perlak        | 8 Tempat linen kotor | 12 Larutan klorin 0,5% |

**Penilaian**

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Bersikap ramah dan sopan			
2	Memperkenalkan diri kepada klien			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan cepat dan tepat			
5	Menjaga privacy pasien			
	<i>Score : 10</i>			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6	Memberitahu dan menjelaskan pada pasien bahwa tempat tidurnya akan dirapikan			
7	Menyiapkan alat secara ergonomis			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Mempersilahkan dan membantu pasien untuk duduk di kursi			
10	Melepaskan perlak, stek laken, laken/ sprej dari tempat tidur klien yang dekat dengan bidan dan menggulungnya ke arah tubuh klien			
11	Memasang sprej bersih pada bagian yang dekat dengan bidan dengan garis tengah lipatan tepat ditengah kasur			
12	Memasukkan sprej bagian kepala ke bawah kasur			
13	Memasukkan sprej bagian kaki ke bawah kasur			
14	Melipat sprej pada sudut-sudut tempat tidur membentuk sudut 45°			
15	Memasukkan sprej bagian samping yang dekat bidan ke bawah kasur			
16	Memasang perlak ditengah tempat tidur pada bagian yang dekat dengan bidan			
17	Memasang stek laken diatas perlak pada bagian yang dekat dengan bidan			

18	Memasukkan sisi perlak dan stek laken bagian samping yang dekat bidan ke bawah kasur			
19	Melipat selimut menjadi empat bagian secara terbalik			
20	Memasukkan lipatan teratas ke bawah kasur			
21	Memasang sarung bantal dan meletakkan ke tempat tidur			
22	Mempersilahkan/ membantu pasien naik ke tempat tidur			
23	Menyelimuti pasien			
24	Membereskan alat			
25	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
	<b>Score : 40</b>			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
26	melakukan prosedur secara sistematis			
27	menjaga privacy			
28	memberikan rasa empaty pada ibu			
29	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
30	mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Score : 10</b>			
	<b>Score total : 60</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

Nilai Akhir : Skore total/6 x 10

**PENUNTUN BELAJAR MENYIAPKAN TEMPAT TIDUR DENGAN PASIEN DI  
ATASNYA**

**Persiapan alat :**

- |                 |                      |                        |
|-----------------|----------------------|------------------------|
| 1 Sarung tangan | 5 Stek laken         | 9 Troli                |
| 2 Masker        | 6 Sarung bantal      | 10 Sabun cair          |
| 3 Laken/sprei   | 7 Selimut            | 11 Handuk pribadi      |
| 4 Perlak        | 8 Tempat linen kotor | 12 Larutan klorin 0,5% |

**Penilaian**

- Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan  
 Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna  
 Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	memperkenalkan diri			
2	menjelaskan tujuan			
3	menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	sabar dan teliti			
5	Komunikatif			
	<b>SCORE MAKSIMAL = 10</b>			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
7	Mempersilahkan dan mengatur pasien untuk miring membelakangi bidan			
8	Mengambil bantal pasien (lihat keadaan umum pasien)			
9	Melepas perlak, stek laken, dan laken/ sprej dari tempat tidur klien yang dekat dengan bidan dan menggulungnya ke arah tubuh klien			
10	Memasang sprej bersih pada bagian yang dekat bidan dengan garis tengah lipatan tepat ditengah kasur			
11	Memasukkan sprej bagian kepala ke bawah kasur			
12	Memasukkan sprej bagian kaki ke bawah kasur			
13	Melipat sprej pada sudut-sudut tempat tidur membentuk sudut 45°			
14	Memasukkan sprej bagian samping yang dekat bidan ke bawah kasur			
15	Memasang perlak ditengah tempat tidur pada bagian yang dekat dengan bidan			
16	Memasang stek laken diatas perlak pada bagian yang dekat dengan bidan			

17	Memasukkan sisi perlak dan stek laken bagian samping yang dekat bidan ke bawah kasur			
18	Mempersilahkan dan membantu pasien untuk miring ke arah bidan			
19	Mengambil spre, stek laken, perlak dari tempat tidur dan memasukkan ke tempat alat tenun kotor			
20	Menarik spre, stek laken, perlak yang bersih ke sisi pasien yang jauh dari bidan			
21	Memasukkan lipatan teratas ke bawah kasur			
22	Melipat selimut menjadi empat bagian secara terbalik			
23	Memasang sarung bantal dan meletakkan ke bawah kepala klien			
24	Memasang selimut ke pasien			
25	Membereskan alat			
26	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
	<b>SCORE MAKSIMAL = 42</b>			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
27	Melakukan prosedur secara sistematis			
28	Menjaga privacy			
29	Memberikan rasa empaty pada ibu			
30	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
31	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>SCORE MAKSIMAL = 10</b>			
	<b>SCORE TOTAL: 62</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

Nilai Akhir : Skore total/6,2 x 10

## **MATERI 4**

### **PEMERIKSAAN FISIK DEWASA**

#### **A. Prinsip-Prinsip Umum Pemeriksaan Fisik**

1. Komprehensif
2. Menjaga kesopanan, cara mengadakan hubungan/berkomunikasi dengan klien, pencahayaan dan lingkungan yang memadai, pencatatan data serta pengambilan tindakan yang sesuai dengan masalah atau kondisi klien

#### **B. Pendekatan pengkajian fisik dapat menggunakan :**

##### **1. Head to toe (kepala ke kaki)**

Pendekatan ini dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan sampai ke kaki. Mulai dari: keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan tenggorokan, leher, dada, paru, jantung, abdomen, ginjal, punggung, genetalia, rectum, ekstremitas.

##### **2. ROS (Review of System/ sistem tubuh)**

Pengkajian yang dilakukan mencakup seluruh sistem tubuh, yaitu : keadaan umum, tanda vital, sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, sistem persyarafan, sistem perkemihan, sistem pencernaan, sistem muskuloskeletal dan integumen, sistem reproduksi. Informasi yang didapat membantu perawat untuk menentukan sistem tubuh mana yang perlu mendapat perhatian khusus.

##### **3. Pola fungsi kesehatan Gordon**

Perawat/bidan mengumpulkan data secara sistematis dengan mengevaluasi pola fungsi kesehatan dan memfokuskan pengkajian fisik pada masalah khusus meliputi : persepsi kesehatan-penatalaksanaan kesehatan, nutrisi-pola metabolisme, pola eliminasi, pola tidur-istirahat, kognitif-pola perseptual, peran-pola berhubungan, aktifitas-pola latihan, seksualitas-pola reproduksi, coping-pola toleransi stress, nilai-pola keyakinan.

##### **4. DOENGOES**

Mencakup: aktivitas/istirahat, sirkulasi, integritas ego, eliminasi, makanan dan cairan, hygiene, neurosensori, nyeri/ketidaknyamanan, pernafasan, keamanan, seksualitas, interaksi sosial, penyuluhan / pembelajaran.

## C. Teknik Pemeriksaan Fisik:

### 1. Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi dengan menggunakan penglihatan, pendengaran dan penghidu untuk mendeteksi karakteristik normal atau tanda fisik tertentu dari bagian dan fungsi tubuh

### 2. Auskultasi

Auskultasi adalah mendengarkan bunyi yang terbentuk dari organ tubuh untuk mendeteksi perbedaan dari normal. Suara tidak normal yang dapat diauskultasi pada nafas adalah :

- a. **Rales** : suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar). Misalnya pada klien pneumonia, TBC.
- b. **Ronchi** : nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi. Ciri khas ronchi adalah akan hilang bila klien batuk. Misalnya pada edema paru.
- c. **Wheezing** : bunyi yang terdengar “ngiii....k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi. Misalnya pada bronchitis akut, asma.
- d. **Pleura Friction Rub** ; bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu. Misalnya pada klien dengan peradangan pleura.

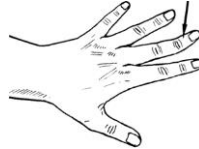
### 3. Perkusi

Perkusi adalah mengetuk permukaan tubuh dengan jari untuk menghasilkan getaran yang menjalar melalui jaringan tubuh. Adapun suara-suara yang dijumpai pada perkusi adalah:

- a. **Sonor** : suara perkusi jaringan yang normal.
- b. **Redup** : suara perkusi jaringan yang lebih padat, misalnya di daerah paru-paru pada pneumonia.
- c. **Pekak** : suara perkusi jaringan yang padat seperti pada perkusi daerah jantung, perkusi daerah hepar.
- d. **Hipersonor/timpani** : suara perkusi pada daerah yang lebih berongga kosong, misalnya daerah caverna paru, pada klien asthma kronik.

### Prosedur perkusi

- a. Tempatkan jari pleksimeter pada dinding dada yang akan diperiksa \*untuk menghasilkan bunyi perkusi yang lebih keras, tekan jari dengan kuat. Cara ini lebih baik daripada melakukan pengetukan lebih keras



- b. Pada tangan lainnya, lakukan pengetukan tanpa pergerakan siku (lakukan pengetukan dengan cepat dan seperti refleks)



- c. Pengetukan dilakukan di bagian paling ujung (pada gambar), kemudian pindahkan jari dengan cepat agar getaran tidak teredam.



### 4. Palpasi

Palpasi adalah suatu pemeriksaan seluruh bagian tubuh yang dapat teraba dengan menggunakan bagian tangan yang berbeda untuk mendeteksi jaringan, bentuk, suhu, persepsi getaran, atau pergerakan dan konsistensi. **Langkah-langkah yang perlu diperhatikan selama palpasi :**

- a. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan santai.
- b. Tangan perawat harus dalam keadaan hangat dan kering
- c. Kuku jari perawat harus dipotong pendek.
- d. Semua bagian yang nyeri dipalpasi paling akhir.
- e. Misalnya : adanya tumor, oedema, krepitasi (patah tulang), dan lain-lain.



## PENUNTUN BELAJAR PEMERIKSAAN FISIK DEWASA

### Persiapan alat :

1	Sarung tangan	7	Reflex hammer	13	Stetoskop
2	Kapas DTT	8	Spatula lidah	14	Larutan klorin 0,5%
3	Air DTT	9	Speculum hidung	15	Sabun cair
4	Kom	10	Speculum telinga	16	Handuk pribadi
5	Bengkok	11	Lampu sorot	17	Tempat sampah
6	Senter	12	Bak instrument		

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	memperkenalkan diri			
2	menjelaskan tujuan			
3	menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	sabar dan teliti			
5	Menjaga privacy			
	<b>SCORE = 10</b>			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan secara ergonomis			
7	Memasang sampiran			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Melakukan penilaian secara sistematis keadaan umum pasien dengan inspeksi terhadap : keadaan umum, status nutrisi, warna kulit, tekstur kulit dan pigmentasi			
10	Melakukan pemeriksaan pada kepala dan wajah			
11	Melakukan pemeriksaan penunjang pada mata, bola mata, sklera dan konjunctiva			
12	Melakukan inspeksi pada hidung			
13	Melakukan pemeriksaan pada mulut dan kerongkongan, dan melakukan inspeksi			
14	Melakukan inspeksi pada telinga			
15	Melakukan pemeriksaan pada leher, pemeriksaan kelenjar thyroid, vena jugularis dan kelenjar limfe			
16	Melakukan pemeriksaan pada dada, dengan inspeksi, palpasi			
17	Melakukan pemeriksaan pada paru dengan inspeksi pola napas dan auskultasi dinding			
18	Melakukan pemeriksaan pada ketiak, raba adanya pembesaran elenjar limfe			
19	Melakukan pemeriksaan pada abdomen dengan inspeksi, auskultasi dengan dengan menggunakan stetoskop dan palpasi			

20	Melakukan pemeriksaan ekstremitas dengan inspeksi dan perkusi refleks			
21	Melakukan pemeriksaan punggung dengan inspeksi			
22	Memakai sarung tangan			
23	Melakukan vulva hygiene			
24	Melakukan pemeriksaan genetalia dan kelenjar limfe inguinal			
25	Melakukan pemeriksaan anus adakah haemorroid			
26	Merapikan klien			
27	Membereskan peralatan			
28	Melepaskan sarung tangan dan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
29	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
30	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien			
	<b>SCORE = 50</b>			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
31	melakukan prosedur secara sistematis			
32	Tidak ragu-ragu			
33	memberikan rasa empaty pada ibu			
34	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
35	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>SCORE = 10</b>			
	<b>TOTAL SCORE : 70</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

Nilai Akhir : Skore total/7 x 10

## **MATERI 5**

### **MOBILISASI DAN AMBULASI**

#### **A. Mobilisasi dan Ambulasi**

Ambulasi adalah upaya seseorang untuk melakukan latihan jalan atau berpindah tempat sedangkan Mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

#### **B. Jenis-Jenis Mobilisasi**

##### **1. Mobilitas penuh**

Kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari.

##### **2. Mobilitas Sebagian**

Kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang jelas sehingga tidak mampu bergerak secara bebas. Mobilitas Sebagian terdiri dari :

- a. Mobilitas sebagian temporer
- b. Mobilitas sebagian permanen

#### **C. Tujuan Mobilisasi**

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Memperlancar eliminasi Alvi dan Urin
6. Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal
7. Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi.

#### **D. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi**

1. Gaya hidup
2. Proses penyakit/injury
3. Kebudayaan
4. Tingkat energy seseorang
5. Usia dan status perkembangan.

## **E. Macam-Macam Pergerakan**

### *1. Fleksi dan ekstensi*

Gerak menekuk atau membengkokkan.

### *2. Adduksi dan abduksi*

Adduksi adalah gerakan mendekati tubuh.

Abduksi adalah gerakan menjauhi tubuh.

### *3. Elevasi dan depresi*

Elevasi merupakan gerakan mengangkat

Depresi adalah gerakan menurunkan

### *4. Inversi dan eversi*

Inversi adalah gerak memiringkan telapak kaki ke dalam tubuh.

Eversi adalah gerakan memiringkan telapak kaki ke luar.

### *5. Supinasi dan pronasi*

Supinasi adalah gerakan menengadahkan tangan.

Pronasi adalah gerakan menelungkupkan.

### *6. Endorotasi dan eksorotasi*

Endorotasi adalah gerakan kedalam pd sekeliling sumbu panjang tulang yg bersendi.

Eksorotasi adalah gerakan rotasi ke luar.

## **F. PENGATURAN POSISI PASIEN**

### **1. Sikap Fowler**

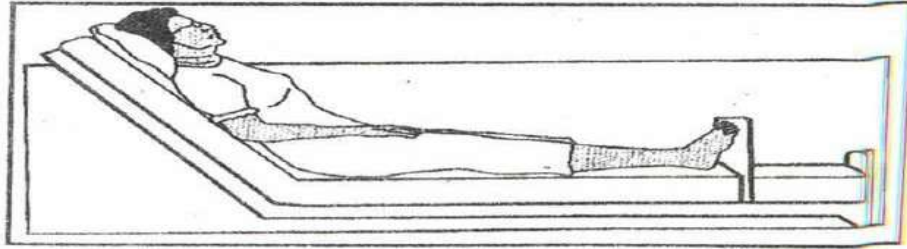
Yaitu : sikap pasien dalam posisi setengah duduk.

#### **Tujuan :**

- a. Mobilisasi
- b. Memberikan perasaan nyaman pada pasien yang sesak napas
- c. Memudahkan perawatan misal memberi makan.

#### **Pelaksanaan :**

- a. Pasien sesak napas
- b. Pasien pasca operasi struma, hidung.



**Gambar 7.1** Cara posisi *fowler*  
*Sumber: Belland dan Wells 1986*

## 2. Sikap Sim

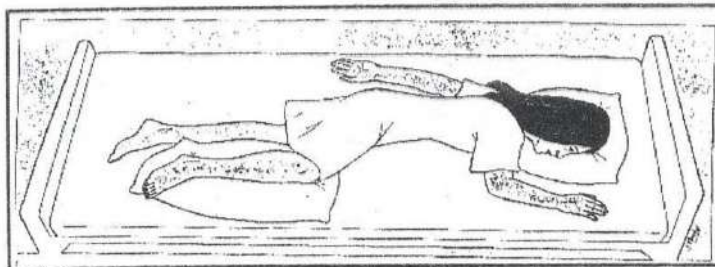
Sikap pasien dalam posisi setengah telungkup. Sikap pasien miring, kaki bagian atas lutut ditekuk menopang bantal / guling menjauhi kaki bagian bawah

### **Tujuan :**

- a. Cairan pasca operasi tonsil dapat mengalir keluar dengan lancar.
- b. Memudahkan perawatan dan pemeriksaan

### **Pelaksanaan:**

- a. Pada pasien dengan pemeriksaan rectal
- b. Memberikan huknah, injeksi IM di otot gluteus maximus dll



**Gambar 7.2** Cara posisi sim (dengan posisi pasien miring ke kiri)  
*Sumber: Belland dan Wells 1986*

## 3. Sikap Trendelenburg

Sikap tidur pasien dalam posisi kepala lebih rendah daripada bagian kaki. Bagian bawah tempat tidur dinaikkan mencapai 30° - 40° dari tempat tidur

### **Tujuan :**

- a. Supaya darah lebih banyak mengalir kedaerah kepala
- b. Memudahkan operasi di daerah perut

### **Pelaksanaan :**

- a. Pada pasien syok
- b. Tekanan darah rendah
- c. Pasien dengan pemeriksaan tertentu misal broncoscopy



**Gambar 7.3** Cara posisi *trendelenburg*  
*Sumber: Belland dan Wells 1986*

#### 4. Sikap Litotomi

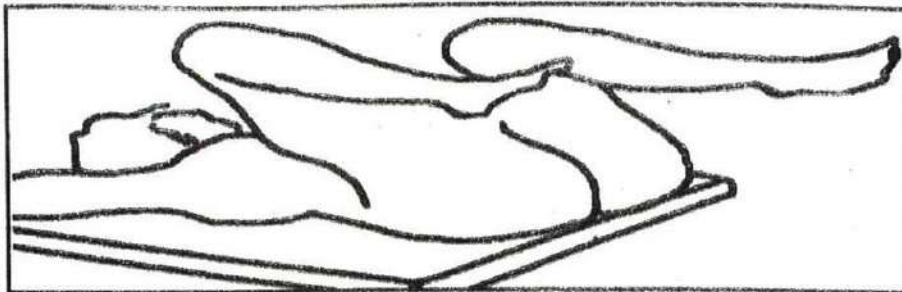
Sikap pasien dalam posisi telentang dengan kedua tungkai diangkat lutut ditekuk kearah dada, tungkai bawah ditopang atau tungkai bawah diletakkan pada penahan kaki yang tersedia ( meja ginecologi ).

**Tujuan:**

- a. Memudahkan pemeriksaan rongga panggul ( *touché*, cystoscopy, rectoscopy )
- b. Memudahkan pelaksanaan perasat misal partus, operasi hemorrhoid, pasang IUD

**Pelaksanaan:**

- a. Pada pasien Ginecology, urology
- b. Pengobatan uretra
- c. Pelaksanaan tindakan menolong persalinan
- d. Pasang IUD
- e. Operasi hemorrhoid



**Gambar 7.5** Cara posisi litotomi  
*Sumber: Belland dan Wells 1986*

## 5. Sikap Dorsal Recumbent

Posisi pasien dalam posisi telentang dengan kedua tungkai ditekuk, sedikit diregangkan dan kedua telapak kaki menapak pada kasur.

Dilaksanakan pada pasien dengan pemeriksaan gynecology, pemeriksaan genitalia, pelaksanaan perasat pasang kateter, vulva hygiene.



**Gambar 7.4** Cara posisi *dorsal recumbent*  
*Sumber: Belland dan Wells 1986*

## 6. Posisi Terlentang (Supinasi)

Posisi terlentang adalah posisi dimana klien berbaring terlentang dengan kepala dan bahu sedikit elevasi menggunakan bantal.

### **Tujuan :**

- a. Untuk klien post operasi dengan menggunakan anastesi spinal.
- b. Untuk mengatasi masalah yang timbul akibat pemberian posisi pronasi yang tidak tepat.

## PENUNTUN BELAJAR MENGATUR POSISI SEMIFOWLER

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan tujuan			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Sabar dan teliti			
5	Komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6	Memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan			
7	Memasang sampiran atau penutup tirai			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan bersih			
10	Meminta klien untuk memfleksikan lutut sebelum menaikkan kepada pasien			
11	Menaikkan bed bagian atas (15°-45° untuk fowler rendah dan 45°-90° untuk fowler tinggi atau memasang sandaran			
12	Meletakkan bantal kecil pada kurva lumbal, kepala antara lutut dan tumit			
13	Menopang kaki dengan bantalan kaki			
14	Merapikan pasien			
15	Melepaskan hand scone dan membereskan alat			
16	Mencuci tangan			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
17	Melakukan prosedur secara sistematis			
18	Menjaga privacy			
19	Memberikan rasa empathy pada ibu			



20	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
21	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Score total : 42</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

Nilai Akhir :  $\text{Skore total} / 4,2 \times 10$

## PENUNTUN BELAJAR MENGATUR POSISI SIM

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan tujuan			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Sabar dan teliti			
5	Komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6	Memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan			
7	Memasang sampiran atau penutup tirai			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan bersih			
10	Memposisikan klien terlentang mendatar			
11	Memutar hingga setengah telungkup (135°)			
12	Mengatur posisi bahu atas sehingga bahu dan siku fleksi			
13	Meletakkan bantal di bagian kepala, lengan tangan yang diatas dan kaki yang diatas			
14	Tangan yang dibawah dibawa kebelakang			
15	Salah satu lutut atau keduanya ditekuk			
16	Merapikan pasien			
17	Melepaskan handscone dan merapikan alat			
18	Mencuci tangan			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
19	Melakukan prosedur secara sistematis			
20	Menjaga privacy			

21	Memberikan rasa empathy pada ibu			
22	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
23	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Score total : 46</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

Nilai Akhir :  $\text{Skore total} / 4,6 \times 10$

## PENUNTUN BELAJAR MENGATUR POSISI SUPINASI

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6	Memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan			
7	Memasang sampiran atau penutup tirai			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan bersih			
10	Memosisikan klien terlentang mendatar di tengah tempat tidur			
11	Meletakkan bantal kecil di bawah kepala hingga bahu, curvalumbal dan hingga tumit			
12	Memasang bantalan kaki			
13	Merapikan pasien			
14	Melepaskan hand scone dan membereskan alat			
15	Mencuci tangan			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
16	Melakukan prosedur secara sistematis			
17	Menjaga privacy			
18	Memberikan rasa empaty pada ibu			
19	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
20	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Score total : 40</b>			

## PENUNTUN BELAJAR MENGATUR POSISI LITOTOMI

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6	Memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan			
7	Memasang sampiran atau penutup tirai			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan bersih			
10	Memposisikan pasien terlentang diatas meja Ginekologi			
11	Memposisikan klien mengangkat kedua tungkai, lutut ditarik kearah dada			
12	Menopang tungkai bawah atau tungkai bawah diletakkan pada penahan kaki yang tersedia			
13	Merapikan pasien			
14	Melepaskan hand scone dan membereskan alat			
15	Mencuci tangan			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
16	Melakukan prosedur secara sistematis			
17	Menjaga privacy			
18	Memberikan rasa empathy pada ibu			
19	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
20	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Score total : 40</b>			

## PENUNTUN BELAJAR MENGATUR POSISI DORSAL RECUMBENT

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6	Memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan			
7	Memasang sampiran atau penutup tirai			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan bersih			
10	Memposisikan klien terlentang mendatar di tengah tempat tidur dengan kedua kaki ditekuk			
11	Meregangkan kedua kaki untuk menampakkan bagian genitalia/ anus			
12	Menapakkan kedua kaki diatas kasur			
13	Merapikan pasien			
14	Melepaskan hand scone dan membereskan alat			
15	Mencuci tangan			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
16	Melakukan prosedur secara sistematis			
17	Menjaga privacy			
18	Memberikan rasa empaty pada ibu			
19	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
20	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Score total : 40</b>			

## PENUNTUN BELAJAR MENGATUR POSISI TRENDENBURG

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6	Memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan			
7	Memasang sampiran atau penutup tirai			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan bersih			
10	Memosisikan klien terlentang mendatar ditengah tempat tidur			
11	Memosisikan kepala lebih rendah dari pada kaki			
12	Menaikkan bagian bawah tempat tidur 30 <sup>0</sup> – 40 <sup>0</sup> dari tempat tidur			
13	Merapikan pasien			
14	Melepaskan hand scone dan membereskan alat			
15	Mencuci tangan			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
16	melakukan prosedur secara sistematis			
17	menjaga privacy			
18	memberikan rasa empathy pada ibu			
19	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
20	mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Score total : 40</b>			

## PENUNTUN BELAJAR MENGATUR POSISI GENU PECTORAL/ KNEE CHEST

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6	Memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan			
7	Memasang sampiran atau penutup tirai			
8	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
9	Memakai sarung tangan bersih			
10	Memposisikan klien menungging dengan kedua kaki ditekuk di atas tempat tidur atau ditempat yang datar			
11	Menempelkan dada pada kasur atau bila menungging ditempat yang datar dada disangga dengan bantal kecil			
12	Menyelimuti Pasien			
13	Merapikan pasien			
14	Melepaskan hand scone dan membereskan alat			
15	Mencuci tangan			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
16	melakukan prosedur secara sistematis			
17	menjaga privacy			
18	memberikan rasa empathy pada ibu			
19	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
20	mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Score total : 40</b>			



## **MATERI 6**

### **MEMANDIKAN PASIEN**

#### **Pengertian**

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara sendiri dengan cara memandikan di tempat tidur.

#### **Tujuan :**

1. Menjaga kebersihan tubuh,
2. Mengurangi infeksi akibat kulit kotor,
3. Memperlancar sistem peredaran darah
4. Menambah kenyamanan pasien.

## PENUNTUN BELAJAR MEMANDIKAN PASIEN

### Persiapan alat :

- |                              |              |                   |
|------------------------------|--------------|-------------------|
| 1 Sarung tangan              | 6 Handuk     | 11 Sabun cair     |
| 2 Selimut mandi/kain penutup | 7 Sikat gigi | 12 Handuk pribadi |
| 3 Ember/Waskom               | 8 Pasta gigi | 13 Tempat sampah  |
| 4 Talk/bedak                 | 9 Sabun      |                   |
| 5 Larutan klorin 0,5%        | 10 Washlap   |                   |

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	memperkenalkan diri			
2	menjelaskan tujuan			
3	menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	sabar dan teliti			
5	Komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran, selimut dan bantal-bantal dipindahkan dari tempat tidur (bila bantal masih dibutuhkan dipakai seperlunya)			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
10	Memakai sarung tangan			
11	Membuka pakaian bagian atas dan menutup dengan selimut mandi/kain penutup (bidan berdiri disisi kanan pasien)			
12	Handuk dibentangkan dibawah muka			
13	Membantu pasien untuk gosok gigi (bila mungkin)/menanyakan kepada pasien			
14	Membersihkan muka, telinga dan leher dengan waslap yang telah dibasahi air. Tanyakan apakah pasien mau pakai sabun atau tidak. Mengeringkan muka dengan handuk			
15	Menurunkan selimut mandi, mengangkat atau mempersilahkan pasien mengangkat kedua tangan ke atas			
16	Meletakkan handuk diatas dada dan melebarkan ke samping kanan dan kiri sehingga kedua tangan dapat diletakkan diatas handuk			
17	Membasahi tangan dengan waslap dan memberi sabun (dimulai dari tangan yang jauh dari ) dan membilas sampai bersih kemudian			

	mengeringkan dengan handuk (bila pasien terlalu gemuk dilakukan satu per satu dan air kotor segera diganti). Melakukan hal yang sama pada tangan yang dekat			
18	Menurunkan kain penutup sampai perut bagian bawah, ke-2 tangan dikeataskan, mengangkat handuk dan membentangkan pada sisi pasien			
19	Membasahi dan memberi sabun pada ketiak, dada dan perut kemudian membilas sampai bersih dan mengeringkan dengan handuk. Bagian ketiak, lipatan leher, dan lipatan mammae pada wanita boleh diberikan talk secara tipis-tipis			
20	Mengatur posisi pasien miring ke kiri			
21	Membentangkan handuk dibawah punggung sampai bokong			
22	Membasahi bagian punggung sampai bokong dan menyabun kemudian membilas dengan air bersih			
23	Mengeringkan dengan handuk, Menggosok bagian yang menonjol dengan kamper spirtus lalu diberi talk tipis-tipis			
24	Mengatur posisi pasien miring ke kanan			
25	Membentangkan handuk di bawah punggung			
26	Membasahi dan menyabun punggung kiri seperti punggung kanan dan mengeringkan dengan handuk			
27	Mengatur posisi pasien telentang dan memakaikan pakaian atas dengan rapi			
28	Mengeluarkan kaki yang terjauh dari selimut mandi dan membentangkan handuk dibawahnya dan menekuk lutut			
29	Membasahi kaki, memberi sabun dan membilas, kemudian mengeringkan dengan handuk. Melakukan hal yang sama pada kaki yang satunya			
30	Membentangkan handuk di bawah bokong dan bagian bawah perut			
31	Membasahi lipatan paha dan genetalia kemudian menyabun, membilas dengan air bersih dan mengeringkan dengan handuk. Memberi talk tipis-tipis pada lipatan paha			
32	Mengenakan kembali pakaian pasien bagian bawah dan mengangkat selimut mandi			
33	Memasang selimut pasien kembali dan bantal-bantal diatur, tempat tidur dan pasien dirapikan kembali			
34	Membereskan peralatan dan Melepaskan sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
35	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			

36	melakukan prosedur secara sistematis			
37	menjaga privacy			
38	memberikan rasa empathy pada ibu			
39	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
40	mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SCORE: 80</b>			

## MATERI 7

### PEMASANGAN DAUER KATETER DAN PENGAMBILAN SPESIMEN

#### Pengertian

Kateterisasi urine adalah memasukkan selang karet atau plastik melalui uretra dan kedalam kandung kemih

#### Tujuan

1. Menghilangkan distensi kandung kemih
2. Mendapatkan spesimen urine
3. Mengkaji jumlah residu urine, jika kandung kemih tidak mampu sepenuhnya dikosongkan

### PENUNTUN BELAJAR PEMASANGAN KATETER PADA WANITA

#### Persiapan alat :

- |                           |                    |                        |
|---------------------------|--------------------|------------------------|
| 1 Sarung tangan           | 7 Aquades          | 13 Tempat sampah       |
| 2 Kateter                 | 8 Bengkok          | 14 Handuk pribadi      |
| 3 Kapas DTT               | 9 Bak instrument   | 15 Sabun cair          |
| 4 Jelly                   | 10 Pinset anatomis | 16 Larutan klorin 0,5% |
| 5 Spuit 10cc              | 11 Kom             | 17 Gunting             |
| 6 Urine bag               | 12 Air DTT         | 18 Plester             |
| 19 Perlak dan pengalasnya |                    |                        |



Kateter

NO		NILAI
----	--	-------

	LANGKAH	0	1	2
A	<b>SIKAP</b>			
1	Memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan tujuan			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Sabar dan teliti			
5	Komunikatif			
B	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan secara ergonomis			
7	Memasang sampiran/ menutup tirai			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
10	Memasang perlak dibawah bokong pasien			
11	Membuka kemasan kateter dan menempatkan kateter di bak instrumen steril			
12	Memakai sarung tangan/hand scoen			
13	Melakukan vulva hygiene dengan kapas DTT			
14	Mengolesi ujung kateter dengan jelly atau vasellin (pada wanita kira-kira sepanjang 4 cm)			
15	Membuka labia mayora dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan yang tidak dominan			
16	Memasukkan ujung kateter ke uretra, secara perlahan-lahan menuju kandung kencing (dengan tangan kanan), alirkan ke bengkok atau urinal			
17	Memasukkan cairan aquadest ke karet pengunci kateter			
18	Menghubungkan pangkal kateter dengan pipa penyambung pada kantong urine (urin bag)			
19	Merekatkan kateter pada paha pasien dengan plester			
20	Mengikat urine bag pada tepi tempat tidur pasien			
21	Merapikan pasien			
22	Membereskan alat			
23	cuci dan lepaskan hanscoen dan masukkan dalam larutan clorin 0,5%			

24	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
25	Melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan			
C	<b>TEKNIK</b>			
26	melakukan prosedur secara sistematis			
27	menjaga privacy			
28	memberikan rasa empaty pada ibu			
29	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
30	mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SCORE = 60</b>			

## **PENGAMBILAN SPESIMEN FESES**

### **Tujuan**

1. Melihat ada tidaknya darah. Pemeriksaan ini mudah dilakukan baik oleh perawat atau klien sendiri. Pemeriksaan ini menggunakan kertas tes Guaiac.
2. Analisa produk diet dan sekresi saluran cerna. Bila feses mengandung banyak lemak (disebut: steatorrhea), kemungkinan ada masalah dalam penyerapan lemak di usus halus. Bila ditemukan kadar empedu rendah, kemungkinan terjadi obstruksi pada hati dan kandung empedu.
3. Mendeteksi telur cacing dan parasit. Untuk pemeriksaan ini dilakukan tiga hari berturut-turut.
4. Mendeteksi virus dan bakteri. Untuk pemeriksaan ini diperlukan jumlah feses sedikit untuk dikultur. Pengambilan perlu hati-hati agar tidak terkontaminasi. Pada lembar pengantar perlu dituliskan antibiotik yang telah dikonsumsi.

### **Sebelum pengambilan spesimen, petugas perlu mengingatkan klien akan hal-hal berikut:**

1. Defekasi pada bedpan yang bersih
2. Bila memungkinkan, spesimen tidak terkontaminasi dengan urin atau darah menstruasi
3. Jangan meletakkan tissue pembersih pada bedpan setelah defekasi karena dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan

Dalam pengambilan spesimen gunakan sarung tangan bersih, jumlah feses tergantung pemeriksaan, umumnya 2,5cm untuk feses padat atau 15-30mL untuk cair. Untuk kultur, gunakan swab yang steril, lalu dimasukkan dalam kantong steril. Segera kirim spesimen ke lab untuk segera diperiksa.



## PENUNTUN BELAJAR PENGAMBILAN SPESIMEN FESES

### Persiapan alat :

1 Sarung tangan	5 Pispot	9 Larutan klorin 0,5%
2 Perlak dan pengalasnya	6 Etiket	10 Sabun cair
3 Tempat spesimen	7 Bak instrument	11 Handuk pribadi
4 Lidi kapas	8 Bengkok	12 Tempat sampah

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran/ menutup tirai			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
10	Memakai sarung tangan			
11	<b>Pasien yang tidak kuat berjalan</b> Memasang pengalas dibawah bokong pasien			
12	Memberikan urinal pada pasien untuk BAK/ kencing			
13	Mengganti urinal dengan pispot untuk BAB/ berak			
14	Mengambil tinja sedikit dengan lidi kapas, memasukkan ke dalam tempat/ botol yang sudah disediakan			
15	Membantu pasien untuk cebok			
16	Pasien yang dapat berjalan Memberitahu pasien untuk mengambil tinja dengan lidi kapas dan memasukkan ke tempat yang telah disediakan, jangan sampai tinja tercampur dengan air			

17	Memberi etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman, untuk segera dikirim ke laboratorium			
18	Membereskan alat			
19	Mencuci sarung tangan dalam larutan chlorin 0,5%, lepas sarung tangan secara terbalik dan merendam dalam larutan chlorin selama 10 menit			
20	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
27	Melakukan prosedur secara sistematis			
28	Menjaga privacy			
29	Memberikan rasa empathy pada ibu			
30	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
31	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Total Score : 50</b>			

## PENGAMBILAN SPESIMEN URINE

### A. URIN BERSIH (*clean voided urine specimen*)

Urin bersih diperlukan untuk pemeriksaan urinalisa rutin. Untuk pemeriksaan urinalisa rutin diperlukan:

1. Urin bersih, biasanya urin pertama pagi hari karena urin pertama cenderung konsentrasinya lebih tinggi, jumlah lebih banyak, dan memiliki pH lebih rendah.
2. Jumlah minimal 10mL
3. Tidak ada cara pengambilan khusus, klien dapat melakukannya sendiri, dengan menampung urin pada wadah yang disediakan, kecuali klien yang lemah, mungkin memerlukan bantuan.
4. Spesimen harus bebas dari feses
5. Diperlukan urin segar (pengambilan kurang dari 1 jam), bila tidak dapat diperiksa dengan segera, urin harus dimasukkan dalam lemari es. Bila urin berada dalam suhu ruangan untuk periode waktu lama maka kristal urin dan sel darah merah akan lisis/hancur serta berubah menjadi alkalin.

### B. URIN TENGAH (*clean-catch or midstream urin specimen*)

Urin tengah merupakan cara pengambilan spesiman untuk pemeriksaan kultur urin yaitu untuk mengetahui mikroorganisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih. Sekalipun ada kemungkinan kontaminasi dari bakteri di permukaan kulit, namun pengambilan dengan menggunakan kateter lebih berisiko menyebabkan infeksi. Perlu mekanisme khusus agar spesimen yang didapat tidak terkontaminasi. Pengambilan dilakukan dengan cara:

1. Bersihkan area meatus urinarius dengan sabun dan air atau dengan tissue khusus lalu keringkan
2. Biarkan urin yang keluar pertama dimaksudkan untuk mendorong dan mengeluarkan bakteri yang ada didistal, beberapa waktu kemudian tampung urin yang ditengah. Hati-hati memegang wadah penampung agar wadah tersebut tidak menyentuh permukaan perineum.
3. Jumlah yang diperlukan 30-60mL

### C. URIN TAMPUNG (*timed urin specimen/waktu tertentu*)

Beberapa pemeriksaan urin memerlukan seluruh produksi urin yang dikeluarkan dalam jangka waktu tertentu, rentangnya berkisar 1-2 jam – 24 jam. Urin tampung ini biasanya

disimpan di lemari pendingin atau diberi preservatif (zat aktif tertentu) yang mencegah pertumbuhan bakteri atau mencegah perubahan/kerusakan struktur urin. Biasanya urin ditampung di tempat kecil lalu dipindahkan segera ke penampungan yang lebih besar.

Adapun tujuan pemeriksaan yang menggunakan urin tampung adalah:

1. Mengkaji kemampuan ginjal mengkonsentrasikan dan mendilusi urin
2. Menentukan penyakit gangguan metabolisme glukosa, fungsi ginjal
3. Menentukan kadar sesuatu dalam urin (misal: albumin, amilase, kreatinin, hormon tertentu)

Hal yang perlu dilakukan petugas:

1. Periode pengumpulan jenis ini dimulai setelah klien berkemih
2. Beri wadah yang telah disiapkan oleh pihak laboratorium
3. Setiap kali berkemih, urin dikumpul dalam sebuah wadah yang bersih lalu segera masukan dalam wadah yang lebih besar
4. Setiap spesimen harus bebas dari feses atau tisu toilet
5. Petugas harus mengingatkan klien untuk berkemih sebelum defekasi
6. Wadah pengumpul urin perlu dimasukan dalam lemari es

#### **SPEKIMEN URIN ACAK**

1. Spesimen urin rutin yang diambil secara acak dapat dikumpul kan dari urin klien saat berkemih secara alami atau dari kateter foley atau kantong pengumpul urin yang mengalami diversifikasi urinarius
2. Spesimen harus bersih digunakan pada pemeriksaan urinalisis
3. Anjurkan klien untuk minum 30 menit sebelum prosedur dilakukan, dan hanya 120 mL urin yang dibutuhkan untuk pemeriksaan yang akurat
4. Setelah spesimen dikumpulkan, perawat memasang tutup dengan ketat pada wadah spesimen, membersihkan setiap urin yang keluar mengenai bagian wadah, meletakkan wadah pada kantong plastik, dan kirim spesimen yang telah diberi label ke labo

## PENUNTUN BELAJAR PENGAMBILAN SPESIMEN URINE

### Persiapan alat :

1	Sarung tangan	5	Etiket	9	Sabun cair
2	Perlak dan pengalasnya	6	Bak instrument	10	Handuk pribadi
3	Tempat spesimen	7	Bengkok	11	Tempat sampah
4	Pispot/urinal	8	Larutan klorin 0,5%		



### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran/ menutup tirai			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
10	Memakai sarung tangan			
11	<b>Pasien yang istirahat total di tempat tidur</b>			

	Memasang pengalas dibawah bokong pasien			
12	Memasang pispot dibawah bokong pasien			
13	Membantu pasien untuk cebok dulu sebelum berkemih			
14	Membiarkan urine yang keluar permulaan, dan menampung urine yang keluar berikutnya dengan bengkok atau botol yang telah disediakan sesuai kebutuhan			
15	Membantu pasien untuk cebok			
16	<b>Pasien yang dapat berjalan</b> Memberitahukan pasien untuk membiarkan saja urine yang keluar permulaan mengalir sedikit dan menampung urine yang keluar berikutnya dengan bengkok atau botol yang telah disediakan			
17	Memberi etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman, untuk segera dikirim ke laboratorium			
18	Membereskan alat			
19	Mencuci sarung tangan dalam larutan chlorin 0,5%, lepas sarung tangan secara terbalik dan merendam dalam larutan chlorin selama 10 menit			
20	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
21	Melakukan prosedur secara sistematis			
22	Menjaga privacy			
23	Memberikan rasa empathy pada ibu			
24	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
25	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Total Score : 50</b>			

## **MATERI 8**

### **MENJAHIT LUKA DAN PERAWATAN LUKA**

#### **A. Menjahit Luka**

Jahitan digunakan untuk hemostasis atau untuk menghubungkan struktur anatomi yang terpotong (Sabiston,1995). Menurut Soder dan Saleh (1991), jahitan merupakan hasil penggunaan bahan berupa benang untuk mengikat atau ligasi pembuluh darah dan menghubungkan antara dua tepi luka. Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa penjahitan merupakan tindakan menghubungkan jaringan yang terputus atau terpotong untuk mencegah pendarahan dengan menggunakan benang.

#### **Prinsip Umum Penjahitan luka**

Menurut Brown (1995), prinsip-prinsip umum yang harus dilaksanakan dalam penjahitan luka laserasi adalah sebagai berikut :

1. Penyembuhan akan terjadi lebih cepat bila tepi-tepi kulit dirapatkan satu sama lain dengan hati-hati.
2. Tegangan dari tepi-tepi kulit harus seminimal mungkin atau kalau mungkin tidak ada sama sekali. Ini dapat dicapai dengan memotong atau merapikan kulit secara hati-hati sebelum dijahit.
3. Tepi kulit harus ditarik dengan ringan, ini dilakukan dengan memakai traksi ringan pada tepi-tepi kulit dan lebih rentan lagi pada lapisan dermal daripada kulit yang dijahit.
4. Setiap ruang mati harus ditutup, baik dengan jahitan subcutaneus yang dapat diserap atau dengan mengikutsertakan lapisan ini pada waktu menjahit kulit.
5. Jahitan halus tetapi banyak yang dijahit pada jarak yang sama lebih disukai daripada jahitan yang lebih besar dan berjauhan.
6. Setiap jahitan dibiarkan pada tempatnya hanya selama diperlukan. Oleh karena itu jahitan pada wajah harus dilepas secepat mungkin (48 jam–5 hari), sedangkan jahitan pada dinding abdomen dan kaki harus dibiarkan selama 10 hari atau lebih.
7. Semua luka harus ditutup sebersih mungkin.
8. Pemakaian forsep dan trauma jaringan diusahakan seminimal mungkin.

Menurut Soderia dan Saleh (1991), penjahitan merupakan suatu cara menjahit untuk mendekatkan atau menghubungkan dua tepi luka. Dapat dibedakan menjadi :

1. Jahitan Primer (primary Suture Line) adalah jahitan yang digunakan untuk mempertahankan kedudukan tepi luka yang saling dihubungkan selama proses penyembuhan sehingga dapat sembuh secara primer.
2. Jahitan Kontinyu yaitu jahitan dengan sejumlah penjahitan dari seluruh luka dengan menggunakan satu benang yang sama dan disimpulkan pada akhir jahitan serta dipotong setelah dibuat simpul. Digunakan untuk menjahit peritonium kulit, subcutis dan organ.
3. Jahitan Simpul/Kerat/Knot, yaitu merupakan tehnik ikatan yang mengakhiri suatu jahitan. Digunakan untuk memperkuat dan mempertahankan jahitan luka sehingga jahitan tidak terlepas atau mengendor. Yang dimaksud dengan jerat adalah pengikatan satu kali, sedang simpul adalah pengikatan dengan dua jerat atau lebih.

#### **Jenis-jenis benang yang digunakan dalam penjahitan**

1. **Seide (Silk/Sutra):** Bersifat tidak licin seperti sutera biasa karena sudah dikombinasi dengan perekat, tidak diserap oleh tubuh. Pada penggunaan disebelah luar, maka benang harus dibuka kembali. Berguna untuk menjahit kulit, mengikat pembuluh arteri besar. Ukuran yang sering digunakan adalah nomor 2 nol 3 nol, 1 nol dan nomor 1.
2. **Plain Catgut:** Bersifat dapat diserap tubuh, penyerapan berlangsung dalam waktu 7–10 hari dan warnanya putih kekuningan. Berguna untuk mengikat sumber pendarahan kecil, menjahit subcutis dan dapat pula digunakan untuk bergerak dan luas lukanya kecil. Benang ini harus dilakukan penyimpulan 3 kali karena dalam tubuh akan mengembang. Bila penyimpulan dilakukan hanya 2 kali akan terbuka kembali.
3. **Chromic Catgut:** Bersifat dapat diserap oleh tubuh, penyerapannya lebih lama yaitu sampai 20 hari. Chromic Catgut biasanya menyebabkan reaksi inflamasi yang lebih besar dibandingkan dengan plain catgut. Berguna untuk penjahitan luka yang dianggap belum merapat dalam waktu 10 hari dan bila mobilitas harus segera dilakukan.

#### **Komplikasi menjahit luka**

1. **Overlapping:** Terjadi sebagai akibat tidak dilakukan adaptasi luka sehingga luka menjadi tumpang tindih dan luka mengalami penyembuhan yang lambat dan apabila sembuh maka hasilnya akan buruk.



2. **Nekrosis:** Jahitan yang terlalu tegang dapat menyebabkan avaskularisasi sehingga menyebabkan kematian jaringan.
3. **Infeksi:** Infeksi dapat terjadi karena tehnik penjahitan yang tidak steril, luka yang telah terkontaminasi, dan adanya benda asing yang masih tertinggal.
4. **Perdarahan:** Terapi antikoagulan atau pada pasien dengan hipertensi.
5. **Hematoma:** Terjadi pada pasien dengan pembuluh darah arteri terpotong dan tidak dilakukan ligasi/pengikatan sehingga perdarahan terus berlangsung dan menyebabkan bengkak.
6. **Dead space (ruang/rongga mati):** Yaitu adanya rongga pada luka yang terjadi karena penjahitan yang tidak lapis demi lapis.
7. **Sinus:** Bila luka infeksi sembuh dengan meninggalkan saluran sinus, biasanya ada jahitan multifilament yaitu benang pada dasar sinus yang bertindak sebagai benda asing.
8. **Dehisensi:** Adalah luka yang membuka sebelum waktunya disebabkan karena jahitan yang terlalu kuat atau penggunaan bahan benang yang buruk.
9. **Abses:** Infeksi hebat yang telah menghasilkan produk pus/nanah

## **B. Perawatan Luka**

1. Mengangkat jahitan

Angkat jahitan merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari ke 5-7 (sesuai dengan penyembuhan luka), untuk mengangkat jahitan luka bedah atau mengambil jahitan pada luka bedah dengan cara memotong simpul jahitan, bertujuan mencegah infeksi silang dan mempercepat proses penyembuhan luka.

### **Indikasi :**

- a. Luka operasi yang sudah waktunya diangkat jahitannya
- b. Luka pasca bedah yang sudah sembuh
- c. Luka infeksi oleh karena jahitan

### **Kontraindikasi :**

- a. Luka operasi yang belum waktunya diangkat jahitannya
- b. Semua luka yang dijahit dan belum waktunya diangkat jahitannya

2. Mengganti balutan

Suatu penanganan luka yang terdiri atas membersihkan luka, menutup dan membalut luka sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka.

Tujuan :

- a. Menjaga luka dari trauma
- b. Imobilisasi luka
- c. Mencegah perdarahan
- d. Mencegah kontaminasi oleh kuman
- e. Mengabsorpsi drainase
- f. Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis

Indikasi :

- a. Balutan kotor dan basah akibat faktor eksternal
- b. Ada rembesan eksudat
- c. Ingin mengkaji keadaan luka
- d. Dengan frekuensi tertentu untuk mempercepat debridemen jaringan nekrotik

## PENUNTUN BELAJAR MENJAHIT LUKA

### Persiapan alat :

1	Sarung tangan	9	Benang	17	Plester
2	Perlak dan pengalasnya	10	Jarum	18	Gunting plester
3	Betadine	11	Naald voerder	19	Bengkok
4	Alcohol 70%	12	Gunting steril	20	Sabun cair
5	Lidokain 1%	13	Kom kecil	21	Handuk pribadi
6	Sput	14	Bak instrument	22	Larutan klorin 0,5%
7	Aqua for injection	15	Pinset cirurghi	23	Tempat sampah
8	Kassa steril	16	Pinset anatomis		

### Penilaian

Skor 0 = Jika Tidak Dilakukan

Skor 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Skor 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
10	Memasang perlak dan pengalasnya			
11	Memakai sarung tangan			
12	Mengkaji luka, kedalamannya, luasnya dan keadaan luka			
13	Membersihkan luka dengan larutan antiseptik atau garam faal menggunakan kassa terpisah untuk setiap usapan, membersihkan luka dari area yang kurang terkontaminasi ke area kontaminasi			
14	Menyiapkan injeksi lidokain (hisap lidokain 1% ke dalam spuit atau untuk lidokain 2% encerkan dengan menggunakan aqua for injection dengan perbandingan 1 : 1			
15	Lakukan disinfeksi pada ujung luka/ daerah yang akan disuntik menggunakan alkohol 70% secara sirkulair dengan diameter $\pm$ 5 cm			
16	Menyuntikkan lidokain secara sub kutan di sekitar tepi luka yang lain			
17	Lakukan aspirasi, apabila tidak ada darah masukkan lidokain secara			

	perlahan-lahan sambil menarik jarum dan memasukkan obat sepanjang tepi luka			
18	Melakukan hal yang sama pada tepi luka yang lain			
19	Manunggu kira-kira 2 menit untuk melihat reaksi obat			
20	Menguji reaksi obat dengan menggunakan ujung pinset pada daerah luka, apabila pasien sudah tidak mengeluh sakit berarti obat sudah bereaksi, apabila masih mengeluh sakit tunggu 2 menit lagi kemungkinan obat belum bereaksi			
21	Menyiapkan nalpoeder, jarum dan benang (apabila luka akan dilakukan penjahitan dalam, gunakan benang otot/ catgut dan menggunakan jarum otot yang ujungnya bulat), apabila luka hanya dilakukan penjahitan luar/ kulit. Gunakan benang kulit/ side dengan menggunakan jarum kulit yang ujungnya segitiga			
22	Manjahit luka bagian dalam dengan benang catgut apabial luka terlihat dalam, bila luka tidak dalam dan pembuluh darah/ otot tidak ada yang terputus maka lakukan jahitan luar dengan side			
23	Menjahit luka kurang lebih 1 cm di atas ujung luka dan ikat			
24	Memotong benang, sisakan benang kira-kira 1 cm			
25	Melakukan penjahitan satu per satu di bawah jahitan pertama dengan jarak antara jahitan satu dengan lainnya kurang lebih sama dengan kedalaman luka			
26	Merapikan kembali jahitan agar kulit saling bertemu dengan rapi			
27	Memberikan antiseptik pada luka			
28	Menutup luka dengan kassa steril dan memasang plester (pada pemasangan kassa steril, perhatikan serat kassa jangan sampai ada yang menempel pada luka)			
29	Merapikan pasien			
30	Membereskan peralatan , Melepaskan sarung tangan dan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
31	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
32	Melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
33	Teruji melakukan prosedur secara sistematis			
34	Teruji menjaga tehnik septik aseptik			
35	Teruji memberikan rasa empaty pada ibu			
36	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
37	Teruji mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 74</b>			

## PENUNTUN BELAJAR PERAWATAN LUKA OPERASI ( ANGKAT JAHITAN )

### Persiapan alat :

1	Bak instrumen kecil	7	Tempat sampah medis	13	Plester
2	Gunting angkat jahitan	8	Troli	14	Kapas alkohol
3	Handscone steril	9	Waskom plastik	15	Larutan klorin 0,5%
4	Pinset anatomis	10	Gunting verband	16	Perlak
5	Nierbekken ( Bengkok )	11	Kassa		
6	Handuk kecil	12	Bethadine		

### Penilaian

Skor 0 = Jika Tidak Dilakukan

Skor 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Skor 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan tujuan			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Sabar dan teliti			
5	Komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Memasang perlak dan pengalasnya dibawah daerah yang akan dilakukan perawatan			
10	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
11	Mengolesi plester dengan kapas beralkohol agar mudah dan tidak sakit bila plester dibuka			
12	Membuka plester dan kassa dengan menggunakan pinset			
13	Memakai sarung tangan steril			
14	Mengkaji luka ( meyakinkan luka kering )			
15	Membersihkan luka dengan larutan antiseptik atau betadine			
16	Membuang kassa yang telah digunakan ke dalam nierbekken			
17	Mengangkat dan menahan bagian luar jahitan dengan pinset menggunakan tangan kiri			
18	Memotong benang dibawah simpul dengan gunting			
19	Mencabut benang dari kulit secara perlahan dan letakkan diatas kassa			

20	Melakukan tindakan antiseptik yaitu dengan menggunakan kassa betadhin dengan tehnik satu arah diawali dari daerah yang dekat dengan pemeriksa menuju ujung luka			
21	Menutup luka dengan kassa dan plester			
22	Merapikan pasien			
23	Membereskan peralatan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
24	Melepaskan sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
25	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
26	Melakukan prosedur secara sistematis			
27	Menjaga tehnik septik aseptik			
28	Memberikan rasa empaty pada ibu			
29	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
30	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 60</b>			

## PENUNTUN BELAJAR PERAWATAN LUKA OPERASI (GANTI BALUTAN)

### Persiapan alat :

- |                          |                      |                        |
|--------------------------|----------------------|------------------------|
| 1 Sarung tangan          | 6 Kassa steril       | 11 Larutan klorin 0,5% |
| 2 Perlak dan pengalasnya | 7 Larutan antiseptic | 12 Sabun cair          |
| 3 Kapas alcohol          | 8 Bengkok            | 13 Handuk pribadi      |
| 4 Plester                | 9 Salep antiseptic   | 14 Tempat sampah       |
| 5 Pinset anatomis        | 10 Gunting           |                        |

### Penilaian

Skor 0 = Jika Tidak Dilakukan

Skor 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Skor 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan tujuan			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Sabar dan teliti			
5	Komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran			
8	Mengatur posisi pasien nyaman mungkin			
9	Memasang perlak dan pengalasnya dibawah daerah yang akan dilakukan perawatan			
10	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
11	Mengolesi plester dengan kapas beralkohol agar mudah dan tidak sakit bila plester dibuka			
12	Memakai sarung tangan (perhatikan prinsip steril dan pencegahan infeksi)			
13	Membuka plester dan kassa dengan menggunakan pinset			
14	Mengkaji luka (tekan daerah sekitar luka, lihat luka sudah kering/ basah/ keluar pus/ cairan dari tempat luka serta melihat penutupan kulit dan integritas kulit)			
15	Membersihkan luka dengan larutan antiseptik atau larutan garam faal ( menggunakan kassa terpisah untuk setiap usapan, membersihkan luka dari area yang kurang terkontaminasi ke area kontaminasi)			
16	Membuang kassa yang telah digunakan ke dalam nierbekken			
17	Mengeringkan luka dengan menggunakan kassa yang baru			
18	Memberikan salep antiseptic			

19	Menutup luka dengan kassa steril dan memasang plester (pada pemasangan kassa steril, perhatikan serat kassa jangan ada yang menempel pada luka)			
20	Merapikan pasien			
21	Membereskan peralatan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
22	Melepaskan sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
23	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
24	Melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
25	Melakukan prosedur secara sistematis			
26	Menjaga tehnik septik aseptik			
27	Memberikan rasa empaty pada pasien			
28	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
29	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 58</b>			



## MATERI 9

### PEMBERIAN OBAT PARENTERAL

Pada umumnya injeksi dilakukan dengan tujuan untuk mempercepat proses penyerapan (absorpsi) obat untuk mendapatkan efek obat yang cepat. Pemberian obat secara parenteral (harfiah berarti “di luar usus”) biasanya dipilih bila diinginkan efek yang cepat, kuat, dan lengkap atau obat untuk obat yang merangsang atau dirusak getah lambung (hormone), atau tidak direabsorpsi usus (streptomisin), begitupula pada pasien yang tidak sadar atau tidak mau bekerja sama. Keberatannya adalah lebih mahal dan nyeri, sukar digunakan oleh pasien sendiri. Selain itu, adapula bahaya terkena infeksi kuman (harus steril) dan bahaya merusak pembuluh atau saraf jika tempat suntikan tidak dipilih dengan tepat.

#### A. Reaksi Obat

Reaksi obat dapat dihitung dalam satuan waktu paruh, yakni suatu interval waktu yang diperlukan dalam tubuh untuk proses eliminasi, sehingga terjadi pengurangan konsentrasi setengah dari kadar puncak obat dalam tubuh. Factor yang mempegaruhi reaksi obat antara lain :

##### 1. Absorpsi obat

Merupakan proses pergerakan obat dari sumber ke dalam tubuh melalui aliran darah kecuali topical. Hal ini dipengaruhi oleh cara dan jalur pemberian obat, jenis obat, keadaan tempat, makanan dan keadaan pasien.

##### 2. Distribusi obat ke dalam tubuh

Setelah obat diabsorpsi, obat didistribusikan ke dalam darah melalui vascular dan system limfatis menuju sel dan masuk dalam jaringan tertentu. Proses ini dapat dipengaruhi oleh keseimbangan cairan, elektrolit dan keadaan patologis.

##### 3. Metabolism obat

Setelah melalui sirkulasi obat akan mengalami proses metabolisme. Obat akan ikut sirkulasi ke dalam jaringan kemudian berinteraksi dengan sel dan melakukan sebuah perubahan zat kimia hingga menjadi lebih aktif. Obat yang tidak bereaksi akan diekskresikan.

##### 4. Ekskresi sisa

Sisa obat yang tidak terpakai akan dikeluarkan melalui ginjal dalam bentuk urin, dan intestinal dalam bentuk feses dan dari paru-paru dalam bentuk udara.

## **B. Persiapan Pemberian Obat**

Ada beberapa persyaratan yang perlu diperhatikan untuk menjamin keamanan dalam memberikan obat terhadap pasien, antara lain :

### 1. Tepat obat

Sebelum mempersiapkan obat ke tempatnya petugas medis harus memperhatikan kebenaran obat sebanyak tiga kali, yaitu ketika memindahkan obat dari tempat penyimpanan obat, saat obat diprogramkan dan saat mengembalikan obat ke tempat penyimpanan

### 2. Tepat dosis

Untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat, maka penentuan dosis harus diperhatikan dengan menggunakan alat standar.

### 3. Tepat pasien

Obat yang akan diberikan hendaknya benar pada pasien yang diprogramkan. Hal ini dilakukan dengan mengidentifikasi identitas kebenaran obat yaitu mencocokkan nama, nomor registrasi, alamat dan program pengobatan pada pasien.

### 4. Tepat jalur pemberian

Kesalahan rute pemberian dapat menimbulkan efek sistemik yang fatal pada pasien. Untuk itu cara pemberiannya adalah dengan melihat cara pemberian atau jalur obat pada label yang ada sebelum memberikannya ke pasien.

### 5. Tepat waktu

Pemberian obat harus benar-benar sesuai waktu yang di programkan, karena berhubungan dengan kerja obat yang dapat menimbulkan efek terapi dari obat.

## PENUNTUN BELAJAR MEMBERIKAN INJEKSI INTRA CUTAN

### Pengertian

Adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam jaringan dermis di bawah epidermis kulit dengan menggunakan spuit. Injeksi intrakutan biasanya diberikan untuk tes reaksi alergi. Karena keras, obat intradermal disuntikkan ke dalam dermis. Karena suplai darah lebih sedikit, absorpsi lambat. Pada uji kulit, tenaga kesehatan harus mampu melihat tempat injeksi dengan tepat supaya dapat melihat perubahan warna dan integritas kulit. Daerahnya harus bersih dari luka dan relatif tidak berbulu. Lokasi yang ideal adalah lengan bawah dalam dan punggung bagian atas.

### Tujuan

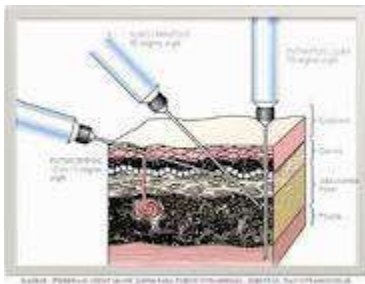
1. Memasukkan sejumlah toksin atau obat yang disimpan di bawah kulit untuk diabsorpsi
2. Metode untuk tes diagnostik terhadap alergi atau adanya penyakit-penyakit tertentu

### Tempat injeksi

1. Lengan bawah bagian dalam
2. Dada bagian atas
3. Punggung di bawah skapula

### Persiapan alat :

- |                   |                           |                         |
|-------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. Spuit          | 5. Bengkok                | 8. Kapas alcohol        |
| 2. Jarum          | 6. Tempat sampah medis    | 9. Pena                 |
| 3. Sabun cair     | 7. Sarung tangan          | 10. Larutan klorin 0,5% |
| 4. Handuk pribadi | 8. Perlak dan pengalasnya | 11. Bak instrument      |



**Penilaian**

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Bersikap ramah dan sopan			
2	Memperkenalkan diri kepada klien			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan cepat dan tepat			
5	Menjaga privacy pasien			
	<b>Skor : 10</b>			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
7	Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian			
8	Memasang pengalas dibawah daerah yang akan disuntik			
9	Mendisinfeksi kulit dengan kapas alkohol, secara sirkular dengan diameter $\pm 5$ cm			
10	Memakai sarung tangan			
11	Menegangkan kulit dengan tangan kiri			
12	Menusukkan jarum ke dalam kulit dengan tangan kanan (jarum dan kulit membentuk sudut $15-20^\circ$ )			
13	Memasukkan obat perlahan-lahan hingga timbul gelembung berwarna putih			
14	Menarik jarum keluar setelah obat dimasukkan, tidak melakukan masase pada bekas suntikan			
15	Memberi tanda dengan pena secara melingkar pada sekeliling suntikan dengan diameter $\pm 2$ cm ( pada test alergi )			
16	Membereskan alat, buang alat suntik dan bekas vial/ ampul obat dengan benar			
17	Melepaskan sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit			
18	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
	<b>Skor : 26</b>			

<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
19	Melakukan prosedur secara sistematis			
20	Menjaga tehnik aseptik			
21	Memberikan rasa empaty pada pasien			
22	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
23	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Skor : 10</b>			
	<b>TOTAL SKOR : 46</b>			
	<b>NILAI AKHIR :</b>			

Nilai Akhir : Skore total/4,6 x 10

## PENUNTUN BELAJAR MEMBERIKAN INJEKSI SUB CUTAN

### Pengertian

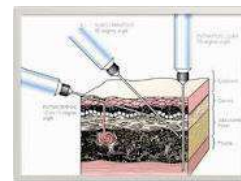
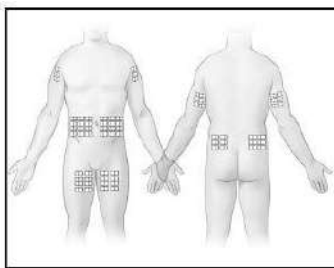
Pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan subkutan di bawah kulit dengan menggunakan spuit Injeksi di bawah kulit dapat dilakukan hanya dengan obat yang tidak merangsang dan melarut baik dalam air atau minyak. Efeknya tidak secepat injeksi intramuscular atau intravena. Mudah dilakukan sendiri, misalnya insulin pada penyakit gula. Tempat yang paling tepat untuk melakukan injeksi subkutan meliputi area vaskular di sekitar bagian luar lengan atas, abdomen dari batas bawah kosta sampai krista iliaka, dan bagian anterior paha. Tempat yang paling sering direkomendasikan untuk injeksi heparin ialah abdomen. Tempat yang lain meliputi daerah scapula di punggung atas dan daerah ventral atas atau gluteus dorsal. Tempat yang dipilih harus bebas dari infeksi, lesi kulit, jaringan parut, tonjolan tulang, dan otot atau saraf besar dibawahnya. Obat yang diberikan melalui rute SC hanya obat dosis kecil yang larut dalam air (0,5 sampai 1ml). Jaringan SC sensitif terhadap larutan yang mengiritasi dan obat dalam volume besar. Kumpulan obat dalam jaringan dapat menimbulkan abses steril yang tak tampak seperti gumpalan yang mengeras dan nyeri di bawah kulit.

### Tujuan

Memasukkan sejumlah toksin atau obat pada jaringan subkutan di bawah kulit untuk diabsorpsi

### Lokasi suntikan

1. Lengan atas bagian luar
2. Paha anterior
3. Daerah abdomen
4. Area skapula pada punggung atas
5. Daerah ventrogluteal dan dorsogluteal bagian atas



**Persiapan alat :**

- |                   |                           |                         |
|-------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. Sput           | 6. Tempat sampah medis    | 11. Larutan klorin 0,5% |
| 2. Jarum          | 7. Sarung tangan          | 12. Bak instrument      |
| 3. Sabun cair     | 8. Perlak dan pengalasnya | 13. Safety box          |
| 4. Handuk pribadi | 9. Kapas alcohol          |                         |
| 5. Bengkok        | 10. Kapas kering          |                         |

**Penilaian**

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Bersikap ramah dan sopan			
2	Memperkenalkan diri kepada klien			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan cepat dan tepat			
5	Menjaga privacy pasien			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
10	Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian			
11	Memasang pengalasan dibawah daerah yang akan disuntik			
12	Mendisinfeksi kulit dengan kapas alcohol secara sirkular dengan diameter $\pm 5$ cm			
13	Mengangkat kulit dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan yang tidak dominan			
14	Menusukkan jarum ke bawah kulit, dengan tangan yang dominan (jarum dan kulit membentuk sudut $\pm 45^\circ$ )			
15	Menarik sedikit penghisap untuk aspirasi apakah jarum masuk pembuluh darah atau tidak			
16	Memasukkan obat perlahan-lahan kedalam otot (apabila dalam aspirasi tidak terdapat darah, bila ada darah cabut segera spuit dan ganti dengan yang baru )			

17	Menarik jarum keluar setelah obat dimasukkan dengan meletakkan kapas alkohol di atas jarum kemudian tarik jarum keluar			
18	Tekan tempat tusukan jarum dengan menggunakan kapas kering dan cabut jarum dari kulit			
19	Membereskan alat, buang alat suntik dan bekas tempat obat dengan benar			
20	Melepas sarung tangan, rendam dalam larutan chlorin 0,5% selama 10 menit			
21	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
22	Melakukan prosedur secara sistematis			
23	Menjaga tehnik aseptik			
24	Memberikan rasa empaty pada pasien			
25	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
26	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 52</b>			



## PENUNTUN BELAJAR MEMBERIKAN INJEKSI INTRA MUSCULAR

### Pengertian

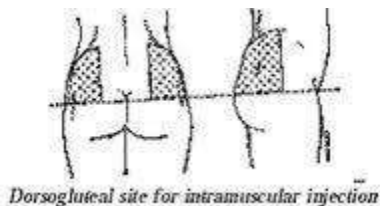
Pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam jaringan otot dengan menggunakan spuit Rute IM memungkinkan absorpsi obat yang lebih cepat daripada rute SC karena pembuluh darah lebih banyak terdapat di otot. Bahaya kerusakan jaringan berkurang ketika obat memasuki otot yang dalam tetapi bila tidak berhati-hati ada resiko menginjeksi obat langsung ke pembuluh darah. Dengan injeksi di dalam otot yang terlarut berlangsung dalam waktu 10-30 menit. Guna memperlambat reabsorpsi dengan maksud memperpanjang kerja obat, seringkali digunakan larutan atau suspensi dalam minyak. Tempat injeksi umumnya dipilih pada otot pantat yang tidak banyak memiliki pembuluh dan saraf. Tempat injeksi yang baik untuk IM adalah otot Vastus Lateralis, otot Ventrogluteal, otot Dorsogluteus, otot Deltoid.

### Tujuan

Memasukkan sejumlah obat pada jaringan otot untuk diabsorpsi

### Tempat injeksi

1. Area ventrogluteal (antara pantat dengan paha)
2. Area dorsogluteal (pantat)
3. Area vastus lateralis (paha)
4. Area Deltoid (lengan atas)



### Persiapan alat :

- |                   |                           |                         |
|-------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. Spuit          | 5. Bengkok                | 9. Kipas alkohol        |
| 2. Jarum          | 6. Tempat sampah medis    | 10. Larutan klorin 0,5% |
| 3. Sabun cair     | 7. Sarung tangan          | 11. Bak instrument      |
| 4. Handuk pribadi | 8. Perlak dan pengalasnya | 12. Safety box          |

## Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Bersikap ramah dan sopan			
2	Memperkenalkan diri kepada klien			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan cepat dan tepat			
5	Menjaga privacy pasien			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
7	Memakai sarung tangan			
8	Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian			
9	Memasang pengalas di daerah yang akan disuntik			
10	Mendisinfeksi kulit dengan kapas alkohol seacra sirkular dengan diameter $\pm 5$ cm			
11	Mengangkat kulit dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri			
12	Menusukkan jarum ke dalam otot dengan tangan kanan (jarum dan kulit membentuk sudut $\pm 90^\circ$ )			
13	Menarik sedikit penghisap untuk aspirasi apakah jarum masuk pembuluh darah atau tidak			
14	Memasukkan obat perlahan-lahan ke dalam otot ( apabila dalam aspirasi tidak terdapat darah ), bila ada darah cabut segera spuit dan ganti dengan yang baru			
15	Menarik jarum keluar setelah obat dimasukkan, dengan meletakkan kapas alkohol diatas bekas suntikan jarum kemudian tarik jarum keluar			
16	Membereskan alat, buang alat suntik dan bekas tempat obat dengan benar			
17	Melepaskan sarung tangan			
18	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			

<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
19	Melakukan prosedur secara sistematis			
20	Menjaga tehnik aseptik			
21	Memberikan rasa empaty pada pasien			
22	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
23	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 46</b>			

## PENUNTUN BELAJAR MEMBERIKAN INJEKSI INTRA VENA

### Pengertian

Pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit. Injeksi dalam pembuluh darah menghasilkan efek tercepat dalam waktu 18 detik, yaitu waktu satu peredaran darah, obat sudah tersebar ke seluruh jaringan. Tetapi, lama kerja obat biasanya hanya singkat. Cara ini digunakan untuk mencapai penakaran yang tepat dan dapat dipercaya, atau efek yang sangat cepat dan kuat. Tidak untuk obat yang tak larut dalam air atau menimbulkan endapan dengan protein atau butiran darah.

Bahaya injeksi intravena adalah dapat mengakibatkan terganggunya zat-zat koloid darah dengan reaksi hebat, karena dengan cara ini “benda asing” langsung dimasukkan ke dalam sirkulasi, misalnya tekanan darah mendadak turun dan timbulnya shock. Bahaya ini lebih besar bila injeksi dilakukan terlalu cepat, sehingga kadar obat setempat dalam darah meningkat terlalu pesat. Oleh karena itu, setiap injeksi i.v sebaiknya dilakukan amat perlahan, antara 50-70 detik lamanya.

### Tujuan

1. Memperoleh reaksi obat yang lebih cepat dibandingkan dengan injeksi parenteral yang lain
2. Menghindari kerusakan jaringan
3. Memasukkan obat dalam volume yang lebih besar

### Tempat suntikan

1. Pada lengan (vena basilika dan vena sefalika)
2. Pada tungkai (vena safena)
3. Pada leher (vena jugularis)
4. Pada kepala (vena frontalis atau vena temporalis)



**Persiapan alat :**

- |                   |                           |                         |
|-------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. Sput           | 6. Tempat sampah medis    | 11. Larutan klorin 0,5% |
| 2. Jarum          | 7. Sarung tangan          | 12. Bak instrument      |
| 3. Sabun cair     | 8. Perlak dan pengalasnya | 13. Safety box          |
| 4. Handuk pribadi | 9. Kapas alcohol          |                         |
| 5. Bengkok        | 10. Tourniquet            |                         |

**Penilaian**

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Bersikap ramah dan sopan			
2	Memperkenalkan diri kepada klien			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan cepat dan tepat			
5	Menjaga privacy pasien			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
7	Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian			
8	Mencari daerah yang terlihat jelas venanya			
9	Memasang pengalas dibawah daerah/ tempat yang akan disuntik			
10	Mengikat bagian atas daerah yang akan disuntik dengan karet pembendung/ tourniquet, manganjurkan pasien mengepalkan tangannya dengan ibu jari de dalam genggaman			
11	Memakai sarung tangan			
12	Mendisinfeksi kulit dengan kapas alcohol seacra sirkular dengan diameter $\pm 5$ cm			
13	Menegangkan kulit dengan tangan kiri			
14	Menusukkan jarum ke dalam vena, dengan tangan kanan (jarum dan kulit membentuk sudut $\pm 20^\circ$ )			
15	Menarik sedikit penghisap untuk aspirasi apakah jarum sudah masuk vena			
16	Membuka karet pembendung, manganjurkan pasien membuka tangannya dan memasukkan obat perlahan-lahan ke dalam vena			

17	Menarik jarum keluar setelah obat dimasukkan, dengan meletakkan kapas alkohol diatas bekas suntikan jarum kemudian tarik jarum keluar			
18	Membereskan alat, buang alat suntik dan bekas tempat obat dengan benar			
19	Melepaskan sarung tangan, rendam dalam larutan chlorin 0,5% selama 10 menit			
20	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
21	Melakukan prosedur secara sistematis			
22	Menjaga tehnik aseptik			
23	Memberikan rasa empaty pada pasien			
24	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
25	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 50</b>			

## PENUNTUN BELAJAR OKSIGENASI

### Pengertian

Memberikan tambahan oksigen pada klien yang membutuhkan

### Tujuan oksigenasi dengan kanul

1. Memberikan oksigen dengan konsentrasi relatif rendah saat kebutuhan oksigen minimal
2. Memberikan oksigen yang tidak terputus saat klien makan/minum

### Indikasi Pemberian O<sub>2</sub> :

- |                 |              |                                 |
|-----------------|--------------|---------------------------------|
| 1. Sianosis     | 4. Keracunan | 6. Selama 8 jam sesudah operasi |
| 2. Perdarahan   | 5. Asidosis  | 7. Pingsan                      |
| 3. Anemia Berat |              | 8. Hipoksi                      |

### Oksigen dengan masker

memberikan tambahan oksigen dengan kadar sedang dengan konsentrasi dan kelembaban yang lebih tinggi dibandingkan dengan kanul

### Jumlah Pemberian O<sub>2</sub> :

1. Kateter Nasal dan Kanul Nasal sebanyak 1-6 L/mnt dengan konsentrasi O<sub>2</sub> 24% - 44%.  
Bila lebih dari 6 L/mnt menyebabkan nyeri sinus dan mukosa hidung kering.
2. Sungkup Muka (Non Rebreathing Mask) sebanyak 5-8 L/mnt dengan konsentrasi O<sub>2</sub> 40% - 60%.
3. Sungkup Muka (Rebreathing Mask) sebanyak 8-12 L/mnt dengan konsentrasi 60%- 80%

### Hal-hal yang perlu diperhatikan

Sebelum memberikan oksigen perlu diperiksa :

1. Instruksi pemberian oksigen, termasuk alat pemberian dan liter flow rate (L/min)
2. Kadar oksigen (PO<sub>2</sub>) dan karbondioksida (PCO<sub>2</sub>) pada darah arteri (PaO<sub>2</sub>) normal 80 – 100mmHg, PCO<sub>2</sub> 35-45mmHg
3. Apakah klien menderita Penyakit paru obstruksi menahun
4. Pemberian Oksigen dalam jangka waktu lama akan merusak jaringan paru dan surfaktan.

**Persiapan alat :**

Tabung oksigen

Flow meter

Sabun cair

Water for irrigation

Himidifier

Handuk pribadi

Kateter nasal

Jelly

Larutan klorin 0,5%

Kanul nasal/sungkup muka

Sarung tangan



Humidifier



masker



kanul



Tabung oksigen





## Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan tujuan			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Sabar dan teliti			
5	Menjaga privacy			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
1	Menyiapkan alat dan bahan secara ergonomis, membawa ke dekat pasien			
2	Mengatur posisi pasien fowler			
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
4	Mengisi gas humidifier dengan water for irrigation setinggi batas tertera			
5	Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/ sentral oksigen/ sentral oksigen			
6	Mengecek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O <sub>2</sub> dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam gas flow meter			
7	Menghubungkan kateter nasal, kanul nasal/ sungkup muka dengan flow meter			
8	Mengalirkan oksigen sesuai kebutuhan			
9	Mengecek aliran kateter nasal/ kanul nasal			
10	Mengolesi ujung katetr nasal/ kanul nasal dengan jelly sebelum dipakai ke pasien			
11	Memasang alat keteter nasal/ kanul nasal/ sungkup muka sederhana/ sungkup muka non rebreathing pada klien			

12	Membereskan alat dan merapikan pasien			
13	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
14	melakukan prosedur secara sistematis			
15	Menjaga tehnik aseptik			
16	memberikan rasa empaty pada ipasien			
17	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
18	mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 46</b>			

## **MATERI 10**

### **CAIRAN DAN ELEKTROLIT**

#### **A. Pengertian**

Tubuh manusia terdiri dari cairan antara 50% - 60% dari berat badan. Kebutuhan cairan dan elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam merespon stressor fisiologis dan lingkungan.

Elektrolit adalah ion – ion yang bermuatan listrik yang terdapat pada cairan. Ion – ion positif disebut kation dan ion – ion negatif disebut anion. Satuan pengukuran elektrolit menggunakan istilah milliequivalent (mEq). Satu milliequivalent adalah aktivitas secara kimia dari 1 mg hidrogen.

#### **B. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Keseimbangan Cairan dan Elektrolit**

##### **1. Usia**

Kebutuhan intake cairan bervariasi, tergantung usia, karena usia akan berpengaruh pada luas permukaan tubuh, metabolisme, dan berat badan. Anak – anak lebih mudah mengalami gangguan keseimbangan cairan dibanding usia dewasa. Pada usia lanjut sering terjadi gangguan keseimbangan cairan disebabkan gangguan fungsi ginjal atau jantung.

##### **2. Suhu lingkungan**

Orang yang tinggal di daerah panas (suhu tinggi) dan kelembaban udaranya rendah, memiliki peningkatan kehilangan cairan tubuh dan elektrolit melalui keringat. Sedangkan seseorang yang beraktivitas di lingkungan yang panas dapat kehilangan cairan sampai dengan 5 L per hari.

##### **3. Diet**

Ketika intake nutrisi tidak adekuat, maka tubuh akan membakar protein dan lemak sehingga serum albumin dan cadangan protein akan menurun padahal keduanya sangat diperlukan dalam proses keseimbangan cairan sehingga hal ini akan menyebabkan oedema.

##### **4. Stress**

Stress dapat meningkatkan metabolisme sel, glukosa darah dan pemecahan glikogen otot. Mekanisme ini dapat meningkatkan natrium dan retensi air sehingga bila berkepanjangan dapat meningkatkan volume darah.

## 5. Sakit

Kondisi sakit sangat berpengaruh terhadap kondisi keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, misalkan :

- a. Trauma, seperti luka bakar akan meningkatkan kehilangan air.
- b. Penyakit ginjal dan kardiovaskuler sangat mempengaruhi proses regulator keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh.
- c. Pasien dengan penurunan tingkat kesadaran akan mengalami gangguan pemenuhan intake cairan.

### C. Pergerakan Cairan Tubuh

Mekanisme pergerakan melalui tiga proses :

1. Difusi adalah proses dimana partikel yang terdapat dalam cairan bergerak dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah sampai terjadi keseimbangan.
2. Osmosis adalah Bergeraknya pelarut bersih seperti air melalui membran semipermeabel dari larutan yang berkonsentrasi lebih rendah ke konsentrasi yang tinggi yang sifatnya menarik.
3. Transport aktif adalah bahan bergerak dari konsentrasi rendah ke tinggi karena daya aktif dari tubuh seperti pompa jantung.

### D. Pengeluaran Cairan

Cairan tubuh hilang melalui ginjal dalam bentuk urine, saluran intestinal dalam bentuk feses, dan melalui keringat. Insensible Water Loss (IWL) adalah kehilangan cairan yang tidak dapat dipersepsikan, sekitar 15 – 20 ml/24 jam. Pengeluaran cairan melalui organ – organ.

#### 1. Ginjal

- a. Pengatur keseimbangan cairan yang menerima 170 liter darah untuk disaring setiap hari.
- b. Produksi urine untuk semua usia 1 mL/kg/jam.
- c. Pada orang dewasa produksi urine sekitar 1,5 liter/hari.
- d. Jumlah urine yang diproduksi oleh ginjal dipengaruhi oleh ADH dan aldosteron.

#### 2. Kulit

- a. Diatur oleh saraf simpatis.

- b. Rangsangan kelenjar dapat dihasilkan dari aktivitas otot, suhu lingkungan dan demam.
- 3. Paru – paru
  - a. Menghasilkan IWL sekitar 400 ml/hari
  - b. Cairan yang hilang sebagai respon terhadap perubahan kecepatan dan kedalaman nafas akibat pergerakan atau demam.
- 4. Gastrointestinal
  - a. Pada kondisi normal cairan yang hilang sekitar 100 – 200 ml/hari
  - b. IWL sekitar 10 – 15 cc/kgBB/24 jam dengan kenaikan 10% dari IWL pada setiap kenaikan suhu 1°C.

#### **E. Masalah Keseimbangan Cairan**

1. Hipovolemik adalah suatu kondisi akibat kekurangan volume cairan ekstraseluler.
2. Hipervolemik adalah penambahan/kelebihan cairan volume cairan volume cairan ekstraseluler.

#### **F. Tindakan untuk Mengatasi Masalah/Gangguan dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit**

##### **1. Pemberian cairan melalui infus**

Merupakan tindakan memasukkan cairan melalui intravena yang dilakukan pada pasien dengan bantuan perangkat infus. Tindakan ini dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit serta sebagai tindakan pengobatandan pemberian makanan.

##### **2. Tranfusi darah**

Merupakan tindakan memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan seperangkat alat tranfusi pada pasien yang membutuhkan darah. Tujuannya untuk memenuhi kebutuhan darah dan memperbaiki perfusi jaringan.

#### **G. Cara Menghitung Tetesan Infus**

Menghitung kecepatan infus untuk mencegah ketidaktepatan pemberian cairan. Tujuan menghitung tetesan infuse antara lain :

1. Mencegah terjadinya kolaps kardiovaskuler dan sirkulasi pada klien dehidrasi dan syok
2. Mencegah kelebihan cairan pada klien

**Macam tetesan infus :**

1. Tetesan mikro (mikrodip) 1cc = 60 tetes

Slang mikrodip (slang pediatri) memberikan 60 tetes/cc dan digunakan untuk pemberian dengan volume kecil atau dalam jumlah yang sangat tepat.

2. Tetesan makro (makrodip)

1 cc = 15 tetes

1 cc = 20 tetes

- a. Dewasa (makro dengan 20 tetes/menit)**

$$\text{Tetes/menit} = \frac{\text{Jumlah cairan yang masuk}}{\text{Lamanya infus (jam)} \times 3}$$

*Atau*

$$\text{Tetes/menit} = \frac{\sum \text{kebutuhan cairan} \times \text{faktor}}{\text{lama infus (jam)} \times 60}$$

- b. Anak**

$$\text{Tetes/menit} = \frac{\text{Jumlah cairan yang masuk}}{\text{Lamanya infus (jam)} \times 3}$$

## PENUNTUN BELAJAR MEMASANG INFUS

### Persiapan alat :

1. Sarung tangan
2. Perlak dan pengalasnya
3. Cairan infus sesuai kebutuhan klien
4. Infuse set
5. Tourniquet
6. Kapas alcohol 70%
7. Abboath
8. Bengkok
9. Kassa steril
10. Bak instrument
11. Plester
12. Gunting
13. Sabun cair
14. Handuk pribadi
15. Tempat sampah medis
16. Larutan klorin 0,5%
17. Pengalas
18. Standar infus



IV Catheter



infus set



standar infus



Macam-macam cairan infus

macam-macam plester

tourniquet

1.





NO	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan tujuan			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Sabar dan teliti			
5	Menjaga privacy			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
7	Memasang perlak dan pengalasnya dibawah daerah yang akan dipasang infus			
8	Menggantung flabot pada tiang infus			
9	Membuka kemasan pada set infus			
10	Mengatur klem rol sekitar 2-4 cm dibawah bilik drip dan menutup klem yang ada pada saluran infus			
11	Menusukkan pipa saluran infus ke dalam botol cairan dan mengisi tabung tetesan dengan cara memencet tabung tetesan infus hingga setengahnya			
12	Membuka klem dan mengalirkan cairan keluar sehingga tidak ada udara pada selang infus lalu tutup kembali klem			
13	Memilih vena yang akan dipasang infus			
14	Meletakkan torniquet 10-12 cm diatas tempat yang akan ditusuk, menganjurkan pasien menggenggam tangannya			
15	Memakai sarung tangan			
16	Melakukan disinfeksi daerah penusukan dengan kapas alkohol secara sirkular dengan diameter $\pm$ 5 cm			
17	Menusukkan jarum abbocath ke vena dengan lubang jarum menghadap ke atas, dengan menggunakan tangan kanan			
18	Melihat apakah darah terlihat pada pipa abbocath			
19	Memasukkan abbocath secara pelan-pelan serta menarik secara pelan-pelan jarum yang ada pada abbocath hingga plastik abbocath masuk semua dalam vena, dan jarum keluar semua			
20	Melepaskan torniquet, menganjurkan pasien membuka tangannya dan melonggarkan klem untuk melihat kelancaran tetesan			
21	Segera menyambungkan abbocath dengan selang infus			

22	Merekatkan pangkal jarum pada kulit dengan plester			
23	Menutup tempat tusukan dengan kasa steril dan direkatkan dengan plester			
24	Mengatur tetesan sesuai kebutuhan			
25	Mengatur letak anggota badan yang dipasang infus tidak bergeser dan bila perlu memasang spalk			
26	Membereskan alat dan merapikan pasien			
27	Melepas sarung tangan, merendam dalam larutan chlorin 0,5% selama 10 menit			
28	Mencuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
29	melakukan prosedur secara sistematis			
30	Menjaga tehnik aseptik			
31	memberikan rasa empathy pada ibu			
32	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
33	mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Skor : 10</b>			
	<b>TOTAL SKOR : 66</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

## PENUNTUN BELAJAR MELEPAS INFUS

### Persiapan alat :

- |                   |               |                        |
|-------------------|---------------|------------------------|
| 1. Bak instrument | 4. Plester    | 7. Handuk pribadi      |
| 2. Sarung tangan  | 5. Gunting    | 8. Larutan klorin 0,5% |
| 3. Kapas alcohol  | 6. Sabun cair |                        |

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan tujuan			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Sabar dan teliti			
5	Menjaga privacy			
	<b>Skor : 10</b>			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Membasahi plester yang melekat pada kulit dengan kapas alcohol			
7	Melepas plester dan kassa dari kulit			
8	Menekan tempat tusukan dengan kapas alcohol dan mencabut infus pelan-pelan			
9	Merekatkan kapas alcohol dengan plester			
10	Membereskan alat dan merapikan pasien			
11	Melepas sarung tangan, merendam dalam larutan chlorin 0,5% selama 10 menit			
12	Mencuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih			
	<b>Skor : 14</b>			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
13	Melakukan prosedur secara sistematis			
14	Menjaga tehnik aseptik			
15	Memberikan rasa empathy pada ibu			
16	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
17	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 34</b>			

## PENUNTUN BELAJAR MEMASANG TRANSFUSI DARAH

### A. Pengertian

Merupakan tindakan memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan seperangkat alat tranfusi pada pasien yang membutuhkan darah. Tujuannya untuk memenuhi kebutuhan darah dan memperbaiki perfusi jaringan.

### B. Tujuan

Melaksanakan tindakan pengobatan dan memenuhi kebutuhan klien terhadap darah sesuai dengan program pengobatan

### C. Indikasi

1. Klien dengan banyak kehilangan darah
2. Klien dengan penyakit kelainan darah tertentu (anemia, leukimia,dll)

### D. Persiapan alat :

- |                   |   |                        |
|-------------------|---|------------------------|
| 1. Bak instrument | 4. Cairan NaCl  | 7. Sabun cair          |
| 2. Tranfusi set   | 5. persediaan darah yang sesuai dengan golongan darah | 8. Handuk pribadi      |
| 3. Sarung tangan  | 6. Bengkok  | 9. Larutan klorin 0,5% |



**Penilaian**

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

No	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Bersikap ramah dan sopan			
2	Memperkenalkan diri kepada klien			
3	Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan cepat dan tepat			
5	Menjaga privacy pasien			
	<b>Skor : 10</b>			
<b>B</b>	<b>CONTENT/ISI</b>			
6	Memberitahu dan menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan			
7	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
8	Memasang sampiran			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
10	Memasang pemasangan infus dengan cairan NaCl yang tersedia (gunakan transfusi set)			
11	Memindahkan selang transfusi ke kolf darah, bila aliran/ tetesan sudah lancar			
12	Mengatur tetesan darah sesuai dengan yang telah ditentukan			
13	Memindahkan selang ke botol infus apabila persediaan darah telah habis			
14	Membereskan alat dan merapikan pasien			
15	Melepaskan sarung tangan			
16	Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih			
	<b>Skor : 22</b>			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
17	Melakukan prosedur secara sistematis			
18	Menjaga tehnik aseptik			
19	Memberikan rasa empaty pada ibu			
20	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
21	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>Skor : 10</b>			
	<b>TOTAL SKOR : 42</b>			
	<b>NILAI AKHIR</b>			

## MATERI 11

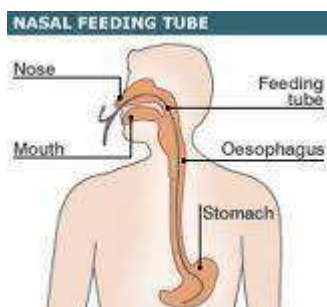
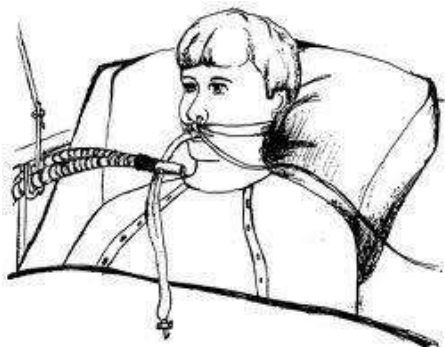
### PEMASANGAN NGT

#### A. Pengertian

Nasogastric Tube (NGT) adalah selang yang dimasukkan melalui nasopharynx menuju lambung

#### B. Tujuan

1. Mengeluarkan cairan/ isi lambung (lavage) dan gas yang ada dalam gaster (decompression)
2. Mencegah atau mengurangi mual (nausea) dan muntah (vomiting) setelah pembedahan atau trauma
3. Irigasi karena perdarahan atau keracunan dalam lambung
4. Untuk memberikan obat dan makanan secara langsung pada saluran pencernaan
5. Mengambil spesimen dari lambung untuk pemeriksaan laboratorium



#### Persiapan alat :

- |                           |                         |                    |
|---------------------------|-------------------------|--------------------|
| 1. Lidi kapas/kassa       | 8. Stetoskop            | 14. Handuk pribadi |
| 2. Sarung tangan          | 9. Bengkok              | 15. Tempat sampah  |
| 3. Perlak dan pengalasnya | 10. Plester             | 16. Gelas Ukur     |
| 4. NGT                    | 11. Gunting             | 17. Corong Kaca    |
| 5. Jelly                  | 12. Larutan klorin 0,5% | 18. Bak Instrumen  |
| 6. Bak instrument         | 13. Sabun cair          | 19. Kle            |
| 7. Spuit 10 cc            |                         |                    |

## Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

### PENUNTUN BELAJAR PEMASANGAN NGT

No	LANGKAH	NILAI		
		1	2	3
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	memperkenalkan diri			
2	menjelaskan tujuan			
3	menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	sabar dan teliti			
5	Menjaga privacy			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran			
8	Mengatur posisi pasien (sebaiknya setengah duduk/ semi fowler)			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
10	Membersihkan hidung pasien dengan kassa/ lidi kapas			
11	Memasang penghalas diatas dada pasien			
12	Membuka kemasan NGT, dan meletakkan pada bak instrumen steril			
13	Memakai sarung tangan steril			
14	Mengambil NGT, mengukur panjang selang NGT mulai dari epigastrium, ke hidung kemudian ke telinga, memeberi tanda pada selang NGT			
15	Melicinkan ujung pipa dengan air dan mengklemp pipa			
16	Memasukkan NGT perlahan-lahan melalui hidung (pasien yang sadar dianjurkan untuk menelan), bila ada tahanan mengeluarkan NGT dan mengganti ke lubang hidung satunya			
17	Memastikan selang NGT benar-benar masuk lambung dengan mengujinya (dengan aspirasi cairan lambung/ memasukkan udara/ test asam lambung, memasukkan selang ke air)			
18	Mengambil makanan cair dengan spuit			
19	Memasang corong atau spuit pada pangkal pipa			
20	Memasukkan/ mendorong makanan secara perlahan-lahan			
21	Mengklemp dulu pipa bila cairan habis dan menghisap cairan lagi dengan spuit, sampai dosis yang ditentukan.			
22	Meninggikan pangkal pipa apabila cairan tidak lancar			

23	Membilas pipa dengan air matang dan segera mengklem pipa			
24	Melekatkan pipa dipipi bila NGT dipasang permanen			
25	Membereskan alat dan merapikan pasien			
26	Melepas sarung tangan, merendam sarung tangan dalam larutan chlorin 0,5% selama 10 menit			
27	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
28	Melakukan prosedur secara sistematis			
29	Menjaga tehnik septik aseptik			
30	Memberikan rasa empaty pada pasien			
31	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
32	Mendokumentasikan hasil tindakan			



## MATERI 12

### PENGAMBILAN SEKRET VAGINA

#### A. KEGUNAAN DIAGNOSTIK SITOLOGI APUSAN PAP.

##### 1. Evaluasi Sitohormonal

Penilaian hormonal pada seorang wanita dapat dievaluasi melalui pemeriksaan sitologi apusan Pap yang bahan pemeriksaannya adalah sekret vagina yang berasal dari dinding lateral vagina sepertiga bagian atas.

##### 2. Mendiagnosis Peradangan

Peradangan pada vagina dan serviks, baik yang akut maupun yang kronis, sebagian besar akan memberikan gambaran yang khas pada sediaan apusan pap sesuai dengan organisme penyebabnya, walaupun kadang-kadang ada pula organisme yang tidak menimbulkan reaksi yang khas pada sediaan apusan Pap.

##### 3. Identifikasi Organisme Penyebab Peradangan

Ditemukan beberapa macam organisme dalam vagina yang sebagian besar merupakan flora normal vagina yang bermanfaat bagi organ tersebut, misalnya bakteri Doderlein. Pada umumnya organisme penyebab peradangan pada vagina dan serviks sulit diidentifikasi dengan pulasan papanicolau, tetapi beberapa macam infeksi oleh kuman tertentu menimbulkan perubahan sel yang khas pada sediaan apusan Pap sehingga berdasarkan perubahan yang ada pada sel tersebut dapat diperkirakan organisme penyebabnya. Organisme parasit mudah dikenal dengan pulasan papanicolau adalah Trichomonas, Candida, Leptotrix, Actinomyces, Oxyuris dan Amoeba.

##### 4. Mendiagnosis Kelainan Pra Kanker/Displasia

Serviks (Nis) dan Kanker Serviks Dini maupun Lanjut (Karsinoma Insitu/Invasif) Walaupun ketepatan diagnostik sitologi sangat tinggi, yaitu 96% (Jean de Brux dalam Lestadi), tetapi diagnostik sitologi tidak dapat menggantikan diagnostik histopatologik sebagai alat pasti diagnosis. Hal itu berarti bahwa setiap diagnostik sitologi kanker harus dikonfirmasi dengan pemeriksaan histopatologi jaringan biopsi serviks, sebelum dilakukan tindakan berikutnya.

##### 5. Memantau Hasil Terapi

Memantau hasil terapi hormonal, misalnya pada kasus infertilitas atau gangguan endokrin. Memantau hasil terapi radiasi pada kasus-kasus kanker serviks yang diobati

dengan radiasi. Memantau adanya kekambuhan pada kasus kanker yang telah dioperasi.

## **B. BAHAN PEMERIKSAAN APUSAN PAP**

Bahan pemeriksaan apusan Pap terdiri atas sekret vaginal, sekret servikal (eksoserviks), sekret endoservikal, sekret endometrial dan forniks posterior. Setiap sekret mempunyai manfaat penggunaan yang khas, dimana untuk pemeriksaan tertentu sediaan apusan Pap yang dibaca harus berasal dari lokasi tertentu. Misalnya untuk pemeriksaan interpretasi hormonal, bahan sediaan yang diperiksa haruslah berasal dari dinding lateral vagina sepertiga bagian atas, karena bagian tersebut paling sensitif terhadap pengaruh hormon.

### **1. Sekret vaginal**

Sekret vaginal diambil dengan mengapus dinding lateral vagina sepertiga bagian atas.

### **2. Sekret servikal (eksoservikal)**

Sekret servikal diambil dengan mengapus seluruh permukaan portioserviks sekitar orifisium uteri eksternum (OUE).

### **3. Sekret endoservikal**

Sekret diambil dengan mengapus permukaan mukosa endoserviks dan daerah squamo-columnar junction, dengan alat lidi kapas, ecouvillon rigide atau cytobrush.

### **4. Sekret endometrial**

Sekret diambil dengan mengapus permukaan mukosa endometrium dengan alat khusus yang disebut sapu endometrium (balai endometre).

### **5. Sekret forniks posterior**

Sekret ini diambil dengan cara aspirasi, dengan pipet panjang terbuat dari plastik yang dihubungkan dengan sebuah pompa dari karet. Ini adalah cara pengambilan bahan pemeriksaan/pengumpulan sel yang tertua dan paling sederhana, yang asal mulanya diperkenalkan oleh Papanicolaou, dan saat ini masih sering digunakan, sekret ini dapat pula diambil dengan spatula Ayre.

## **C. CARA MENGAMBIL BAHAN SEDIAAN APUSAN PAP**

### **1. Sekret vaginal**

Sekret vaginal diambil dengan mengapus dinding lateral vagina sepertiga bagian atas dengan spatula Ayre.

*Cara mengambil sekret vaginal:*

- a. Pasanglah spekulum steril tanpa memakai bahan pelicin.

- b. Apuslah sekret dari dinding lateral vagina sepertiga bagian atas dengan ujung spatula Ayre yang berbentuk bulat lonjong seperti lidah.
- c. Ulaskan sekret yang didapat pada kaca objek secukupnya, jangan terlalu tebal dan jangan terlalu tipis.
- d. Fiksasi segera sediaan yang telah dibuat dengan cairan fiksasi alkohol 95% atau hair spray.
- e. Setelah selesai difiksasi minimal selama 30 menit, sediaan siap untuk dikirim ke laboratorium sitologi.

## **2. Sekret servikal (eksoservikal)**

Sekret servikal diambil dengan mengapus seluruh permukaan portio serviks sekitar orifisium uteri eksternum (OUE).

*Cara mengambil sekret servikal:*

- a. Pasanglah spekulum steril tanpa memakai bahan pelicin.
- b. Dengan ujung spatula Ayre yang berbentuk bulat lonjong seperti lidah apuslah sekret dari seluruh permukaan portio serviks dengan sedikit tekanan tanpa melukainya. Gerakkan searah jarum jam, diputar melingkar 360 derajat.
- c. Ulaskan sekret yang didapat pada kaca objek secukupnya, jangan terlalu tebal dan jangan terlalu tipis.
- d. Fiksasi segera sediaan yang telah dibuat dengan cairan fiksasi alkohol 95% atau hair spray.
- e. Setelah selesai difiksasi minimal selama 30 menit, sediaan siap untuk dikirim ke laboratorium sitologi.

## **3. Sekret endoservikal**

Sekret diambil dengan mengapus permukaan mukosa kanalis endoserviks dan daerah squamo-columnar junction, dengan bantuan alat pengambil bahan sediaan endoservikal.

*Cara mengambil sekret endoservikal:*

- a. Lekatkan sedikit kapas pada ujung alat ecouvillon rigide tersebut atau gunakan langsung cytobrush. Masukkan alat tersebut atau cytobrush ke dalam kanalis endoserviks sedalam satu atau dua sentimeter dari orifisium uteri eksternum.
- b. Putarlah alat tersebut secara melingkar 360 derajat untuk mengapus permukaan mukosa endoserviks dan daerah squamo-columnar junction.

- c. Ulaskan sekret yang didapat pada kaca objek secukupnya. Fiksasi segera sediaan yang telah dibuat dengan cairan fiksasi alkohol 95% atau hair spray. Setelah selesai difiksasi minimal selama 30 menit, sediaan siap untuk dikirim ke laboratorium sitologi.

#### **4. Sekret endometrial**

Sekret diambil dengan mengapus permukaan mukosa endometrium dengan bantuan alat pengambil sekret endometrial.

Cara mengambil sekret endometrial:

- a. Sebelum pengambilan bahan dimulai, penderita diberitahu terlebih dahulu bahwa pengambilan bahan pemeriksaan ini akan menimbulkan sedikit rasa nyeri atau mules yang disebabkan oleh karena kontraksi uterus.
- b. Masukkan alat sapu endometrium ke dalam kanalis endoserviks, kemudian alat didorong terus perlahan-lahan ke dalam sampai di kavum uteri. Alat sering berhenti pada daerah isthmus, bila terjadi hal demikian, doronglah alat secara perlahan-lahan hingga akhirnya dapat melewati isthmus sampai di kavum uteri.
- c. Di dalam kavum uteri bagian sapu dari alat tersebut yang berfungsi mengumpulkan material sel dikeluarkan, dan putarlah alat secara melingkar 360 derajat beberapa kali, kemudian masukkan kembali sapu tersebut ke tempatnya semula, sesudah itu barulah alat ditarik keluar secara perlahan-lahan.
- d. Sekret yang didapat segera dibuat sediaan dengan mengulaskan sapu dari alat tersebut pada kaca objek, dan difiksasi segera dengan cairan fiksasi alkohol 95%.

#### **5. Sekret forniks posterior**

Sekret ini diambil dengan cara aspirasi, dengan pipet panjang terbuat dari plastik yang dihubungkan dengan sebuah pompa dari karet. Ini adalah cara pengambilan bahan pemeriksaan/pengumpulan sel yang tertua dan paling sederhana, yang asal mulanya diperkenalkan oleh Papanicolau, dan saat ini masih sering digunakan, sekret ini dapat pula diambil dengan spatula Ayre.

*Alat pengambil sekret forniks posterior:* Sekret forniks posterior diambil dengan alat pipet kaca atau plastik yang ujungnya sedikit dibengkokkan dengan panjang kurang lebih 15 cm, dan dengan penampang 0,5 cm. pipet itu dihubungkan dengan sebuah pompa karet. Dapat pula digunakan spatula Ayre.

*Cara mengambil sekret forniks posterior:*

- a. Penderita dibaringkan dalam posisi miring ke samping dengan lutut dilipat ke atas, menempel pada perut.
- b. Dalam keadaan bola karet dipijat, ujung pipet dimasukkan ke dalam vagina secara perlahan-lahan, sampai pipet menyentuh ujung vagina yang dapat diketahui bila terasa ada tahanan.
- c. Pada posisi tersebut dilakukan penyedotan sekret dengan melepaskan pijatan pada bola karet perlahan-lahan, sehingga bola karet mengembang dan sekret dari forniks posterior vagina akan terisap ke dalam pipet.
- d. Kemudian ujung pipet ditarik keluar perlahan-lahan dengan cara yang sama sewaktu memasukkan alat tersebut ke dalam vagina. Ketika menarik alat tersebut keluar dari vagina, perhatikan jangan sampai menyentuh bagian dinding vagina yang lain.
- e. Sekret yang didapat didapat dituangkan ke atas satu atau dua kaca objek, kemudian dibuat sediaan apus dengan bantuan sebuah batang kayu kecil/tusuk gigi.
- f. Fiksasi segera sediaan yang telah dibuat dengan alkohol 95% atau hair spray.
- g. Setelah selesai difiksasi minimal selama 30 menit, sediaan siap untuk dikirim ke laboratorium sitologi.

#### **D. SYARAT-SYARAT PENGAMBILAN BAHAN PEMERIKSAAN APUSAN PAP**

Beberapa syarat yang harus dipenuhi sebelum dilakukan pengambilan bahan pemeriksaan:

1. Sekret vaginal harus benar-benar berasal dari dinding lateral vagina sepertiga bagian atas.
2. Pengambilan sekret harus dilaksanakan pada keadaan vagina normal tanpa infeksi dan tanpa pengobatan lokal paling sedikit dalam waktu 48 jam terakhir.
3. Untuk penilaian hormonal siklus menstruasi pada infertilitas, pengambilan sekret harus dilaksanakan pada hari siklus tertentu, sesuai pada fase-fase pada siklus haid. Sediaan vaginal biasanya harus diambil pada hari siklus ke-8, 14, 19 dan 22 atau hari siklus ke-8, 15 dan 22.
4. Untuk penilaian postmaturitas, pengambilan sekret vaginal dilakukan bila umur kehamilan telah melewati waktu dua minggu melebihi dari tanggal tafsiran partus dan ketuban janin harus masih utuh (belum pecah).

Penggunaan apusan Pap untuk deteksi dan diagnostik lesi prakanker dan kanker serviks, untuk menghasilkan interpretasi yang akurat diperlukan syarat-syarat sebagai berikut:

1. Bahan pemeriksaan harus berasal dari portio serviks (sediaan servikal) dan dari mukosa endoserviks (sediaan endoservikal).
2. Pengambilan apusan Pap dapat dilakukan setiap waktu diluar masa haid yaitu sesudah hari siklus haid ketujuh sampai masa premenstruasi.
3. Apabila penderita mengalami gejala perdarahan di luar masa haid dan dicurigai disebabkan oleh kanker serviks, maka sediaan apusan harus dibuat saat itu, walaupun ada perdarahan.
4. Alat-alat yang digunakan untuk pengambilan bahan apusan Pap sedapat mungkin diusahakan yang memenuhi syarat, untuk menghindari hasil pemeriksaan negatif palsu.

#### **E. FIKSASI SEDIAAN APUSAN PAP**

Sediaan sitologi apusan Pap dapat difiksasi dengan berbagai macam bahan fiksasi, tetapi yang umum dilakukan saat ini adalah fiksasi basah dengan cairan alkohol 95% atau fiksasi kering dengan hair spray. Macam-macam bahan fiksasi sediaan sitologi apusa Pap adalah:

1. Alkohol 95% (alkohol teknik, tidak perlu alkohol PA).
2. Alkohol eter dengan perbandingan 1:1.
3. Fiksasi kering dengan cytotrep, dryfix atau hair spray.

Hair spray untuk rambut merupakan bahan fiksasi yang cukup baik untuk seidaan sitologi apusan Pap. Fiksasi yang tepat memegang peranan penting untuk dapat menghasilkan sediaan yang baik. Prinsip fiksasi adalah memasukkan sediaan ke dalam cairan fiksasi secepat mungkin, sewaktu sekret masih segar dan jangan ditunggu sampai kering baru difiksasi, karena akan terjadi defek pengeringan pada sediaan, yang dapat menyulitkan interpretasi sediaan sitologi, terutama untuk interpretasi sitologi hormonal.

#### **F. CARA FIKSASI BASAH**

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

#### **G. CARA FIKSASI KERING**

Setelah sediaan selesai dibuat, sewaktu sekret masih segar, semprotkan segera hair spray pada kaca objek yang mengandung apusan sekret tersebut, dengan jarak kurang lebih 10-15 cm dari kaca objek, sebanyak 2-4 kali. Kemudian keringkan sediaan dengan membiarkannya di udara terbuka selama 5-10 menit. Setelah kering, sediaan siap dikirim ke laboratorium sitologi.

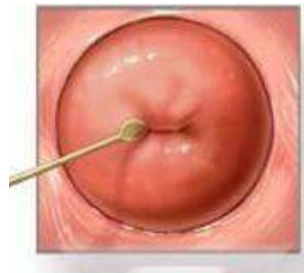
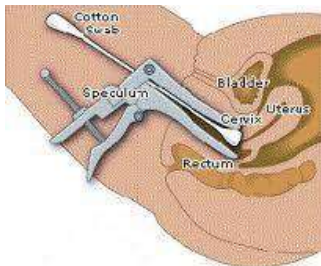
## H. CARA MENGIRIM SEDIAAN APUSAN PAP

Untuk mengirim sediaan apusan Pap ke laboratorium sitologi dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu: dikirim ke laboratorium oleh kurir/penderita sendiri dan dikirim laboratorium melalui pos.

## I. KESALAHAN UMUM PADA PEMBUATAN DAN PEMROSESAN SEDIAAN APUSAN PAP:

Apusan secret yang tidak cukup/tidak memadai.

1. Sediaan terlalu tebal dengan penyebaran yang tidak merata di atas kaca objek.
2. Secret apusan diambil dari lokasi yang salah, misalnya dari dinding posterior vagina, yang seharusnya dari portio serviks.
3. Menggunakan kaca objek yang belum dibersihkan dari lapisan lemaknya.
4. Pengeringan di udara sebelum difiksasi atau selama proses pulasan.
5. Fiksasi yang kurang sempurna, mungkin waktunya terlalu singkat atau kadar alcohol terlalu rendah jauh dari yang seharusnya.
6. Pulasan yang tidak memadai, misalnya waktunya tidak tepat, dehidrasinya kurang sempurna atau kesalahan pada pembuatan campuran zat warna pulasan.



**PENUNTUN BELAJAR PENGMBILAN SPESIMEN APUSAN /CAIRAN VAGINA**

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran/ menutup tirai			
8	Membuka/menganjurkan pasien menanggalkan pakaian bawah			
9	Memasang pengalas bokong			
10	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin(dorso recumbent)			
11	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
12	Memakai sarung tangan			
13	Membuka labia mayora dengan ibu jari dan jari telunjuk			
14	Memasang spekulum dengan benar			
15	Mengambil sekret vagina dengan kapas lidi atau oase			
16	Menghapus sekret vagina pada objek glass dan fiksasi			
17	Memberi etiket yang jelas dan mengisi formulir pengiriman, untuk segera dikirim ke laboratorium			
18	Melepas spekulum, Membereskan alat			
19	Mencuci sarung tangan dalam larutan chlorin 0,5%, lepas sarung tangan secara terbalik dan merendam dalam larutan chlorin selama 10 menit			
20	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
21	Melakukan prosedur secara sistematis			
22	Menjaga privacy			
23	Memberikan rasa empaty pada ibu			
24	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
25	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 50</b>			



## MATERI 13

### PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH

Dalam kegiatan pengumpulan sampel darah dikenal istilah *phlebotomy* yang berarti proses mengeluarkan darah. Dalam praktek laboratorium klinik, ada 3 macam cara memperoleh darah, yaitu : melalui tusukan vena (*venipuncture*), tusukan kulit (*skinpuncture*) dan tusukan arteri atau nadi. Venipuncture adalah cara yang paling umum dilakukan, oleh karena itu istilah *phlebotomy* sering dikaitkan dengan *venipuncture*.

#### A. PENGAMBILAN DARAH VENA



Pada pengambilan darah vena (*venipuncture*), contoh darah umumnya diambil dari vena *median cubital*, pada anterior lengan (sisi dalam lipatan siku). Vena ini terletak dekat dengan permukaan kulit, cukup besar, dan tidak ada pasokan saraf besar. Apabila tidak memungkinkan, vena *cephalica* atau vena *basilica* bisa menjadi pilihan berikutnya. Venipuncture pada vena basilica harus dilakukan dengan hati-hati karena letaknya berdekatan dengan arteri *brachialis* dan syaraf median.

Jika vena cephalica dan basilica ternyata tidak bisa digunakan, maka pengambilan darah dapat dilakukan di vena di daerah pergelangan tangan. Lakukan pengambilan dengan dengan sangat hati-hati dan menggunakan jarum yang ukurannya lebih kecil.

Lokasi yang tidak diperbolehkan diambil darah adalah :

1. Lengan pada sisi mastectomy
2. Daerah edema
3. Hematoma
4. Daerah dimana darah sedang ditransfusikan
5. Daerah bekas luka

6. Daerah dengan cannula, fistula atau cangkokan vascular
7. Daerah intra-vena lines Pengambilan darah di daerah ini dapat menyebabkan darah menjadi lebih encer dan dapat meningkatkan atau menurunkan kadar zat tertentu.

Ada dua cara dalam pengambilan darah vena, yaitu cara manual dan cara vakum. Cara manual dilakukan dengan menggunakan alat suntik (*syring*), sedangkan cara vakum dengan menggunakan tabung vakum (*vacutainer*).

Beberapa hal penting yang harus diperhatikan dalam pengambilan darah vena adalah :

1. Pemasangan tourniket (tali pembendung)
  - a. Pemasangan dalam waktu lama dan terlalu keras dapat menyebabkan hemokonsentrasi (peningkatan nilai hematokrit/PCV dan elemen sel), peningkatan kadar substrat (protein total, AST, besi, kolesterol, lipid total)
  - b. Melepas tourniket sesudah jarum dilepas dapat menyebabkan hematoma
2. Jarum dilepaskan sebelum tabung vakum terisi penuh sehingga mengakibatkan masuknya udara ke dalam tabung dan merusak sel darah merah.
3. Penusukan
  - a. Penusukan yang tidak sekali kena menyebabkan masuknya cairan jaringan sehingga dapat mengaktifkan pembekuan. Di samping itu, penusukan yang berkali-kali juga berpotensi menyebabkan hematoma.
  - b. Tusukan jarum yang tidak tepat benar masuk ke dalam vena menyebabkan darah bocor dengan akibat hematoma
4. Kulit yang ditusuk masih basah oleh alkohol menyebabkan hemolisis sampel akibat kontaminasi oleh alcohol, rasa terbakar dan rasa nyeri yang berlebihan pada pasien ketika dilakukan penusukan.

## **B. Pengambilan Darah Vena dengan Syring**

Pengambilan darah vena secara manual dengan alat suntik (*syring*) merupakan cara yang masih lazim dilakukan di berbagai laboratorium klinik dan tempat-tempat pelayanan kesehatan. Alat suntik ini adalah sebuah pompa piston sederhana yang terdiri dari sebuah tabung silinder, pendorong, dan jarum. Berbagai ukuran jarum yang sering dipergunakan mulai dari ukuran terbesar sampai dengan terkecil adalah : 21G, 22G, 23G, 24G dan 25G.

Pengambilan darah dengan suntikan ini baik dilakukan pada pasien usia lanjut dan pasien dengan vena yang tidak dapat diandalkan (rapuh atau kecil).

**Prosedur :**

1. Persiapkan alat-alat yang diperlukan : syring, kapas alkohol 70%, tali pembendung (turniket), plester, dan tabung. Untuk pemilihan syring, pilihlah ukuran/volume sesuai dengan jumlah sampel yang akan diambil, pilih ukuran jarum yang sesuai, dan pastikan jarum terpasang dengan erat.
2. Lakukan pendekatan pasien dengan tenang dan ramah; usahakan pasien nyaman mungkin.
3. Identifikasi pasien dengan benar sesuai dengan data di lembar permintaan.
4. Verifikasi keadaan pasien, misalnya puasa atau konsumsi obat. Catat bila pasien minum obat tertentu, tidak puasa dsb.
5. Minta pasien meluruskan lengannya, pilih lengan yang banyak melakukan aktifitas.
6. Minta pasien mengepalkan tangan.
7. Pasang tali pembendung (turniket) kira-kira 10 cm di atas lipat siku.
8. Pilih bagian vena *median cubital* atau *cephalic*. Lakukan perabaan (palpasi) untuk memastikan posisi vena; vena teraba seperti sebuah pipa kecil, elastis dan memiliki dinding tebal. Jika vena tidak teraba, lakukan pengurutan dari arah pergelangan ke siku, atau kompres hangat selama 5 menit daerah lengan.
9. Bersihkan kulit pada bagian yang akan diambil dengan kapas alcohol 70% dan biarkan kering. Kulit yang sudah dibersihkan jangan dipegang lagi.
10. Tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas. Jika jarum telah masuk ke dalam vena, akan terlihat darah masuk ke dalam semprit (dinamakan *flash*). Usahakan sekali tusuk kena.
11. Setelah volume darah dianggap cukup, lepas turniket dan minta pasien membuka kepalan tangannya. Volume darah yang diambil kira-kira 3 kali jumlah serum atau plasma yang diperlukan untuk pemeriksaan.
12. Letakkan kapas di tempat suntikan lalu segera lepaskan/tarik jarum. Tekan kapas beberapa saat lalu plester selama kira-kira 15 menit. Jangan menarik jarum sebelum turniket dibuka.

**C. Pengambilan Darah Vena Dengan Tabung Vakum**

Tabung vakum pertama kali dipasarkan oleh perusahaan AS BD (Becton-Dickinson) di bawah nama dagang Vacutainer. Jenis tabung ini berupa tabung reaksi yang hampa udara, terbuat dari kaca atau plastik. Ketika tabung dilekatkan pada jarum, darah akan mengalir masuk ke dalam tabung dan berhenti mengalir ketika sejumlah volume tertentu telah tercapai.



Jarum yang digunakan terdiri dari dua buah jarum yang dihubungkan oleh sambungan berulir. Jarum pada sisi anterior digunakan untuk menusuk vena dan jarum pada sisi posterior ditancapkan pada tabung. Jarum posterior diselubungi oleh bahan dari karet sehingga dapat mencegah darah dari pasien mengalir keluar. Sambungan berulir berfungsi untuk melekatkan jarum pada sebuah holder dan memudahkan pada saat mendorong tabung menancap pada jarum posterior.

Keuntungan menggunakan metode pengambilan ini adalah, tak perlu membagi-bagi sampel darah ke dalam beberapa tabung. Cukup sekali tusukan, dapat digunakan untuk beberapa tabung secara bergantian sesuai dengan jenis tes yang diperlukan. Untuk keperluan tes biakan kuman, cara ini juga lebih bagus karena darah pasien langsung dapat mengalir masuk ke dalam tabung yang berisi media biakan kuman. Jadi, kemungkinan kontaminasi selama pemindahan sampel pada pengambilan dengan cara manual dapat dihindari.

Kekurangannya sulitnya pengambilan pada orang tua, anak kecil, bayi, atau jika vena tidak bisa diandalkan (kecil, rapuh), atau jika pasien gemuk. Untuk mengatasi hal ini mungkin bisa digunakan jarum bersayap (*wingedneedle*).



Jarum bersayap atau sering juga dinamakan jarum “kupu-kupu” hampir sama dengan jarum vakutainer seperti yang disebutkan di atas. Perbedaannya adalah, antara jarum anterior

dan posterior terdapat dua buah sayap plastik pada pangkal jarum anterior dan selang yang menghubungkan jarum anterior dan posterior. Jika penusukan tepat mengenai vena, darah akan kelihatan masuk pada selang (*flash*).

**Prosedur :**

1. Persiapkan alat-alat yang diperlukan : jarum, kapas alkohol 70%, tali pembendung (turniket), plester, tabung vakum.
2. Pasang jarum pada holder, pastikan terpasang erat.
3. Lakukan pendekatan pasien dengan tenang dan ramah; usahakan pasien nyaman mungkin.
4. Identifikasi pasien dengan benar sesuai dengan data di lembar permintaan.
5. Verifikasi keadaan pasien, misalnya puasa atau konsumsi obat. Catat bila pasien minum obat tertentu, tidak puasa dsb.
6. Minta pasien meluruskan lengannya, pilih lengan yang banyak melakukan aktifitas.
7. Minta pasien mengepalkan tangan.
8. Pasang tali pembendung (turniket) kira-kira 10 cm di atas lipat siku.
9. Pilih bagian vena *median cubital* atau *cephalic*. Lakukan perabaan (palpasi) untuk memastikan posisi vena; vena teraba seperti sebuah pipa kecil, elastis dan memiliki dinding tebal. Jika vena tidak teraba, lakukan pengurutan dari arah pergelangan ke siku, atau kompres hangat selama 5 menit daerah lengan.
10. Bersihkan kulit pada bagian yang akan diambil dengan kapas alcohol 70% dan biarkan kering. Kulit yang sudah dibersihkan jangan dipegang lagi.
11. Tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas. Masukkan tabung ke dalam holder dan dorong sehingga jarum bagian posterior tertancap pada tabung, maka darah akan mengalir masuk ke dalam tabung. Tunggu sampai darah berhenti mengalir. Jika memerlukan beberapa tabung, setelah tabung pertama terisi, cabut dan ganti dengan tabung kedua, begitu seterusnya.
12. Lepas turniket dan minta pasien membuka kepalan tangannya. Volume darah yang diambil kira-kira 3 kali jumlah serum atau plasma yang diperlukan untuk pemeriksaan.
13. Letakkan kapas di tempat suntikan lalu segera lepaskan/tarik jarum. Tekan kapas beberapa sat lalu plester selama kira-kira 15 menit. Jangan menarik jarum sebelum turniket dibuka.

#### D. Menampung Darah Dalam Tabung

Beberapa jenis tabung sampel darah yang digunakan dalam praktek laboratorium klinik adalah sebagai berikut :

1. **Tabung tutup merah.** Tabung ini tanpa penambahan zat additive, darah akan menjadi beku dan serum dipisahkan dengan pemusingan. Umumnya digunakan untuk pemeriksaan kimia darah, imunologi, serologi dan bank darah (*crossmatching test*)
2. **Tabung tutup kuning.** Tabung ini berisi gel separator (*serum separator tube/SST*) yang fungsinya memisahkan serum dan sel darah. Setelah pemusingan, serum akan berada di bagian atas gel dan sel darah berada di bawah gel. Umumnya digunakan untuk pemeriksaan kimia darah, imunologi dan serologi
3. **Tabung tutup hijau terang.** Tabung ini berisi gel separator (*plasma separator tube/PST*) dengan antikoagulan lithium heparin. Setelah pemusingan, plasma akan berada di bagian atas gel dan sel darah berada di bawah gel. Umumnya digunakan untuk pemeriksaan kimia darah.
4. **Tabung tutup ungu atau lavender.** Tabung ini berisi EDTA. Umumnya digunakan untuk pemeriksaan darah lengkap dan bank darah (*crossmatch*)
5. **Tabung tutup biru.** Tabung ini berisi natrium sitrat. Umumnya digunakan untuk pemeriksaan koagulasi (mis. PPT, APTT)
6. **Tabung tutup hijau.** Tabung ini berisi natrium atau lithium heparin, umumnya digunakan untuk pemeriksaan fragilitas osmotik eritrosit, kimia darah.
7. **Tabung tutup biru gelap.** Tabung ini berisi EDTA yang bebas logam, umumnya digunakan untuk pemeriksaan trace element (zink, copper, mercury) dan toksikologi.
8. **Tabung tutup abu-abu terang.** Tabung ini berisi natrium fluoride dan kalium oksalat, digunakan untuk pemeriksaan glukosa.
9. **Tabung tutup hitam** ; berisi bufer sodium sitrat, digunakan untuk pemeriksaan LED (ESR).
10. **Tabung tutup pink** ; berisi potassium EDTA, digunakan untuk pemeriksaan imunohematologi.
11. **Tabung tutup putih** ; potassium EDTA, digunakan untuk pemeriksaan molekuler/PCR dan DNA.

12. **Tabung tutup kuning dengan warna hitam di bagian atas** ; berisi media biakan, digunakan untuk pemeriksaan mikrobiologi - aerob, anaerob dan jamur

#### **E. Beberapa hal penting dalam menampung sampel darah adalah :**

1. Darah dari syring atau suntikan harus dimasukkan ke dalam tabung dengan cara melepas jarum lalu mengalirkan darah perlahan-lahan melalui dinding tabung. Memasukkan darah dengan cara disemprotkan, apalagi tanpa melepas jarum, berpotensi menyebabkan hemolisis. Memasukkan darah ke dalam tabung vakum dengan cara menusukkan jarum pada tutup tabung, biarkan darah mengalir sampai berhenti sendiri ketika volume telah terpenuhi.
2. Homogenisasi sampel jika menggunakan antikoagulan dengan cara memutar-mutar tabung 4-5 kali atau membolak-balikkan tabung 5-10 kali dengan lembut. Mengocok sampel berpotensi menyebabkan hemolisis.
3. Urutan memasukkan sampel darah ke dalam tabung vakum adalah : pertama - botol biakan (culture) darah atau tabung tutup kuning-hitam kedua - tes koagulasi (tabung tutup biru), ketiga - tabung non additive (tutup merah), keempat - tabung tutup merah atau kuning dengan gel separator atau clot activator, tabung tutup ungu/lavendet (EDTA), tabung tutup hijau (heparin), tabung tutup abu-abu (NaF dan Na oksalat)

#### **F. PENGAMBILAN DARAH KAPILER**

Pengambilan darah kapiler atau dikenal dengan istilah *skinpuncture* yang berarti proses pengambilan sampel darah dengan tusukan kulit. Tempat yang digunakan untuk pengambilan darah kapiler adalah :

1. Ujung jari tangan (*fingerstick*) atau anak daun telinga.
2. Untuk anak kecil dan bayi diambil di tumit (*heelstick*) pada 1/3 bagian tepi telapak kaki atau ibu jari kaki.
3. Lokasi pengambilan tidak boleh menunjukkan adanya gangguan peredaran, seperti vasokonstriksi (pucat), vasodilatasi (oleh radang, trauma, dsb), kongesti atau sianosis setempat.

Pengambilan darah kapiler dilakukan untuk tes-tes yang memerlukan sampel dengan volume kecil, misalnya untuk pemeriksaan kadar glukosa, kadar Hb, hematokrit (mikrohematokrit) atau analisa gas darah (*capillary method*).

**Prosedur:**

1. Siapkan peralatan sampling : lancet steril, kapas alcohol 70%.
2. Pilih lokasi pengambilan lalu desinfeksi dengan kapas alcohol 70%, biarkan kering.
3. Peganglah bagian tersebut supaya tidak bergerak dan tekan sedikit supaya rasa nyeri berkurang.
4. Tusuk dengan lancet steril. Tusukan harus dalam sehingga darah tidak harus diperas-peras keluar. Jangan menusukkan lancet jika ujung jari masih basah oleh alcohol. Hal ini bukan saja karena darah akan diencerkan oleh alcohol, tetapi darah juga melebar di atas kulit sehingga susah ditampung dalam wadah.
5. Setelah darah keluar, buang tetes darah pertama dengan memakai kapas kering, tetes berikutnya boleh dipakai untuk pemeriksaan.
6. Pengambilan darah diusahakan tidak terlalu lama dan jangan diperas-peras untuk mencegah terbentuknya jendalan.

**G. Pengambilan Darah Arteri**

Pengambilan darah arteri umumnya menggunakan arteri radialis di daerah pergelangan tangan. Jika tidak memungkinkan dapat dipilih arteri brachialis di daerah lengan atau arteri femoralis di lipat paha. Pengambilan darah harus dilakukan dengan hati-hati dan oleh tenaga terlatih. Sampel darah arteri umumnya digunakan untuk pemeriksaan analisa gas darah.

**Prosedur:**

1. Siapkan peralatan sampling di tempat/ruangan dimana akan dilakukan sampling.
2. Pilih bagian arteri radialis.
3. Pasang tali pembendung (tourniquet) jika diperlukan.
4. Lakukan palpasi (perabaan) dengan jari tangan untuk memastikan letak arteri.
5. Desinfeksi kulit yang akan ditusuk dengan kapas alcohol 70%, biarkan kering. Kulit yang telah dibersihkan jangan dipegang lagi.
6. Tekan bagian arteri yang akan ditusuk dengan dua jari tangan lalu tusukkan jarum di samping bawah jari telunjuk dengan posisi jarum tegak atau agak miring. Jika tusukan berhasil darah terlihat memasuki spuit dan mendorong thorak ke atas.
7. Setelah tercapai volume darah yang dikehendaki, lepaskan/tarik jarum dan segera letakkan kapas pada tempat tusukan lalu tekan kapas kuat-kuat selama  $\pm 2$  menit. Pasang plester pada bagian ini selama  $\pm 15$  menit.



## PENUNTUN BELAJAR PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH PERIFER

### Persiapan alat :

- |                           |                         |                    |
|---------------------------|-------------------------|--------------------|
| 1. Sarung tangan          | 6. Kom                  | 11. Sabun cair     |
| 2. Perlak dan pengalasnya | 7. Etiket               | 12. Handuk pribadi |
| 3. Lanset                 | 8. Bak instrument       | 13. Tempat sampah  |
| 4. Objek Glass            | 9. Bengkok              | 14. Safety Box     |
| 5. Kapas alkohol          | 10. Larutan klorin 0,5% |                    |

### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

No	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran/ menutup tirai			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
10	Memakai sarung tangan			
11	Mendisinfeksi kulit dengan kapas alkohol (ujung jari manis atau jari telunjuk) dan biarkan kering			
12	Menusuk dengan lanset secara tegak lurus			
13	Mengusap darah yang baru keluar dengan kapas kering, darah yang keluar berikutnya digunakan untuk pemeriksaan			
14	Menekan bekas tusukan dengan kapas kering			
15	Membereskan alat, buang alat suntik dengan benar			
16	Mencuci sarung tangan dalam larutan chlorin 0,5%, lepas sarung tangan secara terbalik dan merendam dalam larutan chlorin selam 10 menit			
17	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			

<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
18	Melakukan prosedur secara sistematis			
19	Menjaga privacy			
20	Memberikan rasa empathy pada ibu			
21	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
22	Mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 44</b>			

## PENUNTUN BELAJAR PENGAMBILAN SPESIMEN DARAH VENA

### Persiapan alat :

1. Sarung tangan	6. Kom	11. Sabun cair
2. Perlak dan pengalasnya	7. Etiket	12. Handuk pribadi
3. Spuit 3 cc	8. Bak instrument	13. Tempat sampah
4. Tabung EDTA	9. Bengkok	14. Safety Box
5. Kapas alkohol	10. Larutan klorin 0,5%	



### Penilaian

Nilai 0 = Jika Tidak Dilakukan

Nilai 1 = Dilakukan Kurang Sempurna

Nilai 2 = Dilakukan Dengan Sempurna

NO	LANGKAH	NILAI		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>SIKAP</b>			
1	Teruji memperkenalkan diri			
2	Teruji menjelaskan tujuan			
3	Teruji menjelaskan prosedur yang akan dilaksanakan			
4	Teruji sabar dan teliti			
5	Teruji komunikatif			
<b>B</b>	<b>CONTENT</b>			
6	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien			
7	Memasang sampiran/ menutup tirai			
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin			
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			

10	Memakai sarung tangan			
11	Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian			
12	Mencari daerah yang terlihat jelas venanya			
13	Memasang pengalas dibawah daerah/ tempat yang akan diambil darahnya			
14	Mengikat bagian atas daerah yang akan disuntuk/ diambil darahnya dengan karet pembendung/ tourniquet, pasien dianjurkan mengepalkan tangannya			
15	Mendisinfeksi kulit dengan kapas alkohol secara sirkuler dengan diameter $\pm 5$ cm			
16	Menegangkan kulit dengan tangan kiri			
17	Menusukkan jarum ke dalam vena, dengan tangan kanan (jarum dan kulit membentuk sudut $\pm 20^\circ$ )			
18	Menarik sedikit penghisap untuk aspirasi apakah jarum sudah masuk vena			
19	Membuka karet pembendung, anjurkan pasien membuka kepalan tangan (bila darah telah terlihat pada tabung spuit)			
20	Menarik penghisap sehingga darah masuk ke dalam tabung spuit, hisap sebanyak kebutuhan			
21	Menarik jarum keluar, dengan meletakkan kapas alkohol di atas jarum dan tarik jarum keluar			
22	Memasukkan darah didalam spuit ke dalam botol yang tersedia (memasukkan agak miring, dan tidak terlalu keras menyemprotkannya)			
23	Memberi label pada botol, dan siap dibawa ke laboratorium untuk pemeriksaan			
24	Membereskan alat, buang alat suntik dengan benar			
25	Mencuci sarung tangan dalam larutan chlorin 0,5%, lepas sarung tangan secara terbalik dan merendam dalam larutan chlorin selama 10 menit			
26	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih			
<b>C</b>	<b>TEKNIK</b>			
27	melakukan prosedur secara sistematis			
28	menjaga privacy			
29	memberikan rasa empathy pada ibu			
30	Setiap jawaban di follow up dengan baik			
31	mendokumentasikan hasil tindakan			
	<b>TOTAL SKOR : 62</b>			

## **Materi 14**

### **Praktikum Pemeriksaan Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB) Pada Ibu Hamil**

#### **A. TUJUAN PRAKTIKUM**

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melaksanakan pemeriksaan BB dan TB pada ibu hamil. Kemampuan untuk mempersiapkan alat dan bahan untuk pemeriksaan BB dan TB pada ibu hamil, mampu melakukan langkah-langkah pemeriksaan BB dan TB, secara efektif dan efisien dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan BB dan TB pada buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil.

#### **B. POKOK POKOK MATERI**

1. Persiapan alat dan bahan untuk pemeriksaan BB dan TB pada ibu hamil.
2. Langkah-langkah pemeriksaan BB dan TB pada ibu hamil.
3. Pemeriksaan BB dan TB dengan efektif dan efisien.
5. Pendokumentasian hasil pemeriksaan BB dan TB pada buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil.

#### **C. ALAT DAN BAHAN**

Sebelum melakukan praktikum pemeriksaan BB dan TB pada ibu hamil Anda harus menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan :

1. Ruang yang nyaman dan tertutup.
2. Alat pengukur tinggi badan (microtoise)
3. Timbangan berat badan.
4. Buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil.
5. Alat tulis.

Praktikum pengukuran BB dan TB pada ibu hamil ini dapat Anda lakukan di laboratorium skill atau real setting klinik (BPM, RB, Puskesmas atau RS) saat Anda praktik. Langkah awal yang Anda lakukan adalah; mempersiapkan alat dan bahan untuk pengukuran BB dan TB, mempersilahkan ibu hamil untuk melepas alas kaki, jaket, tas atau hal-hal lain yang mempengaruhi pengukuran BB dan TB. Selanjutnya ikuti langkah-langkah pemeriksaan berat badan dan tinggi badan pada ibu hamil sesuai dengan daftar tilik penuntun belajar berikut ini :

## PENUNTUN BELAJAR MENIMBANG BERAT BADAN

Prosedur pelaksanaan

0 Jika tidak dilakukan

1 Jika dilakukan tetapi kurang sempurna

2 Jika dilakukan dengan benar

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
A	PERSIAPAN ALAT			
1	Timbangan. Di angka 0 (nol)			
2	Buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil			
3	Ruang yang nyaman dan tertutup			
	PELAKSANAAN			
	SIKAP DAN PERILAKU			
4	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
5	Komunikasi dengan ibu/ pasien selama melakukan tindakan			
6	Mencuci tangan sesudah dan sebelum tindakan dengan teknik yang benar			
	CONTENT / ISI			
7	Memberitahu dan menjelaskan pada ibu tindakan yang akan dilakukan.			
8	Menyiapkan alat ( timbangan diletakkan ditempat yang datar dan terang). Mengecek dan mengatur timbangan dalam posisi setimbang atau diangka nol.			
9	Mempersilahkan ibu meletakkan barang yang bisa menyebabkan bias hasil pengukuran (misalnya : alas kaki,jaket, barang bawaan, dll)			
10	Mempersilahkan ibu untuk naik ke atas timbangan, dengan tubuh menghadap skala timbangan.			
11	Tangan kiri mengatur dacin pada timbangan , tangan kanan menggeser anak timbangan sampai batang timbangan dalam keadaan setimbang.			
12	Membaca skala timbangan secara tepat.			
13	Mempersilahkan ibu turun dari timbangan			
14	Mengembalikan timbangan pada posisi 0			
15	Memberitahu kepada pasien hasil penimbangan			
16	Melakukan dokumentasi hasil penimbangan			
17	Membereskan alat.			
	EVALUASI			
18	Melaksanakan tindakan dengan sistematis, efektif & efisien			
19	Melaksanakan tindakan dengan baik			
	Nilai = _____ x 100			
	38			


## PENUNTUN BELAJAR MENGUKUR TINGGI BADAN

### Prosedur pelaksanaan

0 Jika tidak dilakukan

1 Jika dilakukan tetapi kurang sempurna

2 Jika dilakukan dengan benar

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
A	PERSIAPAN ALAT			
1	Alat pengukur tinggi badan (Microtoise). Mengecek posisi 0 cm berada pada permukaan lantai.			
2	Buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil			
3	Ruang yang nyaman dan tertutup			
B	PELAKSANAAN			
I	SIKAP DAN PERILAKU			
4	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
5	Komunikasi dengan ibu/ pasien selama melakukan tindakan			
6	Mencuci tangan sesudah dan sebelum tindakan dengan teknik yang benar			
II	CONTENT / ISI			
7	Mempersilahkan ibu melepas sepatu/sandal			
8	Mempersilahkan ibu berdiri tegak lurus, kepala tegak, pandangan mengarah ke depan, membelakangi alat/di depan alat pengukur TB.			
				
9	Mempersilahkan ibu untuk merapat pada alat (tumit, bokong, kepala bagian belakang menempel tembok, pandangan lurus kedepan, kedua tangan di samping badan.			
10	Menurunkan microtoise sampai permukaan horizontal/mistar pada microtoise rata dan tegak lurus pada kepala bagian atas (tegak lurus dengan puncak kepala).			

				
11	Membaca skala tepat pada garis merah pada microtoise.			
12	Melakukan dokumentasi hasil pengukuran tinggi badan.			
13	Memberitahu pasien hasil pengukuran tinggi badan.			
14	Membereskan dan merapikan alat.			
	EVALUASI			
15	Melaksanakan tindakan dengan sistematis, efektif & efisien			
16	Melaksanakan tindakan dengan baik			
17	Nilai = $\frac{\quad}{38} \times 100$			



## MATERI 15

### PEMERIKSAAN PALPASI LEOPOLD PADA IBU HAMIL

Pemeriksaan palpasi Leopold pada ibu hamil. Pemeriksaan Leopold ibu hamil merupakan salah satu komponen dari pemeriksaan abdomen pada ibu hamil. Sehingga pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan esensial untuk mendiagnosis kehamilan. Palpasi Leopold merupakan teknik pemeriksaan pada perut ibu hamil untuk menentukan posisi dan letak janin dengan melakukan palpasi abdomen pada ibu hamil. Palpasi Leopold terdiri dari 4 langkah yaitu :

1. Leopold I, Leopold I bertujuan untuk mengetahui letak fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada bagian fundus uteri.
2. Leopold II, Leopold II bertujuan untuk menentukan bagian janin yang berada pada sisi lateral maternal.
3. Leopold III, Leopold III bertujuan untuk membedakan bagian presentasi dari janin dan memastikan apakah bagian terendah janin masuk panggul.
4. Leopold IV, Leopold IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk panggul.

Selanjutnya dari hasil pemeriksaan Palpasi Leopold ini Anda perlu menginterpretasikan hasil pemeriksaan palpasi Leopold dari deskripsi hasil pemeriksaan dengan rabaan tangan, sehingga Bidan mampu menentukan diagnosa tentang janin tunggal atau ganda, umur kehamilan, letak, presentasi, punggung kanan atau kiri yang berada pada sisi lateral, area punctum maksimum untuk auskultasi, serta menentukan sejauh mana janin masuk panggul. Adapun mengenai deskripsi hasil pemeriksaan adalah sebagai berikut:

Leopold 1: memperoleh rabaan seberapa tinggi fundus uteri dengan rabaan jari tangan terhadap titik tunjuk area pada abdomen ibu. Selanjutnya mengestimasi umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri. Tinggi fundus uteri yang diperoleh dari hasil pemeriksaan Leopold 1 ini juga dapat menjadi cross cek terhadap umur kehamilan yang telah dihitung dari HPMT (Hari Pertama Menstruasi Terakhir). Maka dapat ditentukan pula interpretasi terhadap kesesuaian pertumbuhan janin terhadap usia kehamilan. Tabel umur kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri dalam jari, dapat Anda lihat pada tabel di berikut:

***Tabel Umur Kehamilan dan Estimasi Tinggi Fundus Uteri berdasarkan hasil pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri Leopold 1***

<b>NO</b>	<b>Umur Kehamilan</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri Leopold 1</b>
<b>1</b>	Sebelum 12 minggu	Fundus uteri belum teraba
<b>2</b>	Akhir bulan ke-3 (12 minggu)	Fundus uteri berada pada 1-2 jari di atas simfisis
<b>3</b>	Akhir bulan ke-4 (16 minggu)	Fundus uteri berada pada pertengahan simfisi-pusat
<b>4</b>	Akhir bulan ke-5 (20 minggu)	Fundus uteri berada pada 3 jari di bawah pusat
<b>5</b>	Akhir bulan ke-6 (24 minggu)	Fundus uteri berada setinggi pusat
<b>6</b>	Akhir bulan ke-7 (28 minggu)	Fundus uteri berada pada 3-4 jari di atas pusat
<b>7</b>	Akhir bulan ke-8 (32 minggu)	Fundus uteri berada pada pertengahan pusat-PX
<b>8</b>	Akhir bulan ke-9 (36 minggu)	Fundus uteri berada atau 3-4 jari di bawah PX
<b>9</b>	Akhir bulan ke-10 (40 minggu)	Fundus uteri berada pada pertengahan pusat-PX

Leopold 1 juga meraba adanya bagian janin yang berada di area fundus uteri. Deskripsi terhadap bagian janin yang berada di area fundus uteri, apabila teraba bagian janin yang keras, bundar dan melenting, maka interpretasinya bagian yang berada di area fundus uteri adalah kepala, berarti peluang letak janin memanjang dan presentasinya adalah bokong. Biasanya kalau kepala berada di area fundus uteri, secara subyektif ibu hamil akan mengeluh bagian diafragma terasa lebih penuh karena terisi oleh bagian terbesar janin. Apabila deskripsi hasil perabaan fundus uteri menunjukkan adanya bagian janin yang kurang bundar, lunak dan tidak melenting, maka interpretasinya adalah bagian janin yang berada di area fundus uteri adalah bokong. Sehingga peluangnya adalah letak memanjang presentasi kepala. Hal ini merupakan letak dan presentasi yang normal pada kehamilan.

Leopold 2: memperoleh rabaan mengenai bagian janin yang berada pada sisi lateral (samping) kanan dan kiri ibu. Apabila letak janin (situs) memanjang terhadap sumbu badan ibu, maka akan teraba bagian janin yang merupakan tahanan yang datar, keras dan memanjang pada bagian sisi lateral kanan atau kiri ibu. Sehingga sisi lateral lain yang berlawanan akan teraba deskripsi bagian-bagian kecil janin baik ekstremitas tangan atau kaki, dengan deskripsi rabaan

menunjukkan bagian-bagian kecil dan tidak teraba tahanan. Apabila deskripsi rabaan menunjukkan tahanan memanjang pada sisi lateral kanan ibu, maka interpretasinya adalah letak memanjang punggung kanan, maka bagian-bagian kecil janin berada pada punggung kiri. Demikian pula sebaliknya adalah letak memanjang punggung kiri, maka bagian-bagian kecil janin berada pada punggung kanan. Pada keadaan letak janin melintang terhadap sumbu panjang ibu, maka pada sisi lateral ibu akan teraba bagian yang kosong, karena bagian punggungjanin atau bagian kecil janin berada pada area presentasi atau pada area fundus.

Leopold 3: memperoleh rabaan mengenai bagian janin yang berada di area bawah uterus atau bagian terendah janin (presentasi) dan sudah masuk panggul atau belum. Apabila deskripsi rabaan janin menunjukkan adanya bagian yang keras, bundar dan melenting di area bawah rahim berarti menunjukkan interpretasi presentasi atau bagian terendah janin adalah kepala. Berarti ini merupakan presentasi yang normal dalam kehamilan. Apabila deskripsi rabaan menunjukkan adanya bagian yang lunak, kurang bundar dan tidak melenting berarti menunjukkan interpretasi presentasi bokong. Apabila area bawah rahim teraba kosong, berarti peluangnya adalah letak lintang, sehingga bagian presentasi tidak teraba adanya bagian janin. Kemudian untuk mengetahui apakah bagian terendah janin sudah tertangkap panggul atau apakah sudah masuk panggul atau belum dengan cara tangan pemeriksa meraba dengan teknik pawlik (mencekam/menangkap bagian terendah dengan lembut, lihat gambar 1. Pemeriksaan Leopold diatas), kemudian digoyangkan dengan ringan, apabila tidak dapat digoyangkan, berarti interpretasinya adalah bagian terendah janin sudah masuk panggul, tetapi apabila bagian terendah janin masih bisa digoyangkan, maka interpretasinya adalah bagian terendah janin belum masuk panggul

Leopold 4: memperoleh rabaan mengenai sejauh mana bagian terendah janin sudah masuk panggul, dengan cara pemeriksa menghadap kaki ibu hamil, pemeriksa membelakangi ibu hamil. Kemudian kedua telapak tangan diletakkan secara berpasangan pada area bagian terendah janin, dan cermati bagaimana arah kedua ujung telapak tangan pemeriksa. Apabila perabaan kedua ujung telapak tangan pemeriksa menunjukkan adanya konvergen (cembung), interpretasinya adalah bagian terendah janin sebagian besar belum masuk panggul atau sebagian kecil saja yang masuk panggul. Apabila gambaran kedua ujung telapak tangan menunjukkan divergen/membuka, maka interpretasinya adalah bagian terendah janin belum masuk panggul.

## **A. TUJUAN PRAKTIKUM**

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini, Anda diharapkan mampu melaksanakan pemeriksaan Leopold pada ibu hamil. Meliputi persiapan alat untuk pemeriksaan Leopold pada ibu hamil, melakukan langkah-langkah pemeriksaan Leopold pada ibu hamil dengan tepat, efektif dan efisien. Kemudian dapat mendokumentasikan hasil pemeriksaan Leopold pada buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil

## **B. POKOK-POKOK DAN MATERI**

5. Persiapan alat untuk pemeriksaan Leopold pada ibu hamil.
6. Langkah-langkah pemeriksaan Leopold pada ibu hamil.
7. Pemeriksaan Leopold pada ibu hamil dengan efektif dan efisien.
8. Pendokumentasian hasil pemeriksaan Leopold pada buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil.

## **C. ALAT DAN BAHAN**

Sebelum melakukan praktikum pemeriksaan Leopold pada ibu hamil Anda harus menyiapkan alat yang dibutuhkan:

1. Ruang yang nyaman dan tertutup.
2. Air mengalir, sabun, handuk untuk cuci tangan.
3. Tempat tidur pasien dan selimut
4. Metlin/pita meter
5. Form/buku untuk pendokumentasian hasil pemeriksaan ibu hamil: buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil.

## **D. PROSEDURE PEMERIKSAAN**

Praktikum pemeriksaan Leopold pada ibu hamil ini dapat Anda lakukan di laboratorium skill atau real setting klinik (BPM, RB, Puskesmas atau RS) saat Anda praktik. Langkah awal yang Anda lakukan adalah mempersiapkan alat dan bahan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan Leopold pada ibu hamil, mempersilahkan ibu untuk kencing terlebih dahulu, kemudian lakukan cuci tangan 6 langkah. Ibu hamil dipersilahkan kencing terlebih dahulu karena untuk kenyamanan klien dan memudahkan perabaan saat palpasi abdomen. Selanjutnya selengkapnyanya ikuti langkah-langkah pemeriksaan Leopold pada ibu hamil sesuai dengan penuntun belajar berikut ini :

## PENUNTUN BELAJAR PEMERIKSAAN LEOPOLD PADA IBU HAMIL


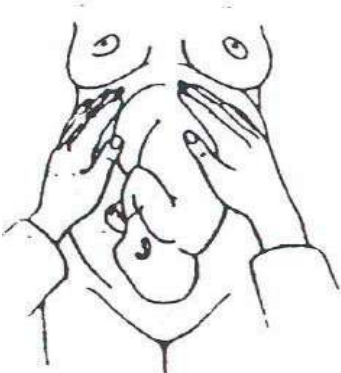

Beri tanda cek (√) pada kolom :




0 : Bila kegiatan tidak dilakukan


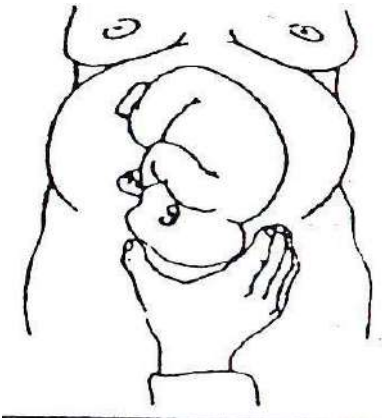
1 : Bila kegiatan dilakukan tetapi belum lengkap, sebagian

2 : Bila kegiatan dilakukan dengan lengkap Keseluruhan



NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
A	PERSIAPAN			
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruang yang nyaman dan tertutup</li> <li>• Tempat tidur pasien dan selimut</li> <li>• Metlin/pita meter</li> <li>• Air mengalir, sabun, handuk untuk cuci tangan.</li> <li>• Form/buku untuk pendokumentasian hasil pemeriksaan ibu hamil: buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil.</li> </ul>			
	PELAKSANAAN			
	SIKAP DAN PERILAKU			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan.			
3	Komunikasi dengan ibu selama melakukan tindakan.			
4	Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan dengan teknik yang benar.			
5	Menempatkan alat, bahan serta posisi pemeriksa secara ergonomis.			
6	Menjaga privacy pasien.			
	CONTENT / ISI			
7	Mempersilahkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing.			
8	Mengatur posisi ibu berbaring di tempat tidur dengan bantal agak ditinggikan, bantal sampai di bahu atas.			
9	Mengatur selimut (selimut menutupi daerah genitalia dan kaki)			
10	Mempersilahkan dan membantu ibu untuk membebaskan daerah perut dari baju (membuka baju atau baju dikeataskan).			
11	Pemeriksa berdiri di sebelah kanan ibu menghadap perut ibu			

12	Mengatur kaki ibu sedikit ditekuk (30 - 45°).			
13	Mengupayakan suhu tangan pemeriksa sesuai dengan suhu kulit ibu (misalnya dengan menggosok secara ringan kedua tangan agar hangat dan sesuai suhu ibu)			
Palpasi Leopold I				
14	Mengetengahkan rahim dengan kedua tangan			
	 			
15	Melakukan fiksasi dengan cara menahan fundus uteri dengan tangan kiri.			
16	Mengukur TFU dengan jari-jari tangan kanan			
				
17	Meraba bagian fundus untuk menentukan bagian yang			

	<p>teraba di fundus kepala/bokong/kosong.</p> 			
Palpasi Leopold II				
18	<p>Menggeser tangan kesisi samping perut ibu (tangan kanan Bidan di perut ibu sebelah kiri, tangan kiri Bidan diperut ibu sebelah kanan).</p>  <p>1.</p> 			
19	<p>Menahan perut ibu sebelah kiri dengan tangan kanan, dan meraba perut sebelah kanan ibu dengan tangan kiri Bidan.</p>			
20	<p>Meraba dan merasakan bagian-bagian janin, punggung akan teraba datar dengan tahanan kuat, sedang bagian kecil janin akan teraba bagian yang berbenjol-benjol.</p>			
21	<p>Melakukan pemeriksaan yang sama pada sisi sebaliknya.</p>			

Palpasi Leopold III				
22	Menggeser tangan kanan diatas simpisis untuk menangkap bagian terbawah janin.			
23	Menahan fundus uteri dengan tangan kiri.			
24	Meraba bagian terbawah janin untuk menentukan bentuk dan kekerasannya.			
25	Menggoyangkan dengan lembut bagian terbawah janin dengan tangan kanan (bila melenting berarti kepala).			
	 			
Palpasi Leopold IV				
26	Mempersilahkan pasien untuk meluruskan kakinya.			
27	Posisi Bidan berdiri menghadap kaki ibu.			
28	Kedua tangan Bidan diletakkan di sisi bagian bawah rahim (menangkap presentasi janin).			



	 			
29	<p>Meraba dan mengidentifikasi (memastikan presentasi janin masuk panggul) :</p> <p>a. Kedua tangan bertemu (konvergen) berarti presentasi belum masuk panggul</p> <p>b. Kedua tangan tidak bertemu (divergen) berarti presentasi sudah masuk panggul</p>			
30	Membereskan alat.			
31	Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada pasien.			
32	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan .			
C	EVALUASI			
33	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
34	Melakukan tindakan dengan baik			
	Skor Total : 68			

## **Praktikum Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ)**

Salah satu indikator vital adanya kesejahteraan janin adalah DJJ. Pemeriksaan DJJ secara sederhana dilakukan dengan cara auskultasi menggunakan alat fetoskop. Namun perkembangan teknologi semakin meningkatkan akurasi pemeriksaan DJJ dengan menggunakan alat elektronik, misalnya doppler, kardiograf.

Alat pemantau DJJ elektronik menggabungkan DJJ dengan beberapa variabel misalnya; gerakan janin, irama jantung dan saturasi oksigen. Dari aspek ibu dapat dikembangkan beberapa variabel; irama jantung, saturasi oksigen, elektrokardiogram dan tekanan darah. Standar kompetensi bidan menyatakan bahwa bidan harus mempunyai pengetahuan tentang DJJ dan pola aktivitas janin. Bidan harus mampu menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk DJJ dengan menggunakan stetoskop dan menilai gerakan janin. Bidan juga mempunyai kemampuan untuk menggunakan doppler. Sehingga pada kegiatan praktikum ini akan mempelajari mengenai pemeriksaan DJJ menggunakan stetoskop dan doppler. Fisiologi DJJ, menunjukkan bahwa rata-rata DJJ pada saat aterm adalah 140 kali permenit. Rentang normalnya adalah 110 sampai 160 kali permenit. Pada usia kehamilan yang lebih muda 20 minggu DJJ agak lebih tinggi, dengan rata-rata hampir mencapai 160 kali permenit. Denyut tersebut akan cenderung menurun seiring janin mencapai masa cukup bulan. Kendali pengaturan DJJ bergantung pada beragam faktor, yaitu korteks serebral, hipotalamus dan medulla oblongata merupakan komponen susunan saraf pusat yang mempengaruhi DJJ.

Sistem saraf otonom memiliki 2 bagian utama; sistem saraf simpatis dan saraf parasimpatis. Nervus vagus yang mempersarafi nodus sinoatrial (SA) dan nodus atrioventrikuler (AV) dari jantung janin, merupakan komponen utama sistem saraf parasimpatis. Stimulasi sistem saraf pusat menghasilkan akselerasi jantung. Baroreseptor merupakan reseptor regangan atau presoreseptor dalam arkus aorta dan sinus karotis. Baroreseptor ini berespon terhadap perubahan-perubahan dalam tekanan darah dan menimbulkan perubahan dalam DJJ. Kemoreseptor perifer yang berada pada badan aortik dan karotis dapat mengakibatkan bradikardi dan pusat kemoreseptor yang berada di medulla oblongata dapat menyebabkan takhikardi. Bradikardi adalah frekuensi DJJ kurang dari 110 kali permenit, sedangkan takhikardi adalah bila frekuensi DJJ lebih dari 160 kali permenit. Faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi DJJ merupakan gangguan, seperti hipertermia yang mengakibatkan takhikardi dan hipotermia yang mengakibatkan bradikardi.

## MATERI 16

### PEMERIKSAAN HB IBU HAMIL

#### A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran praktik ini mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan Hb Sahli

#### B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah melakukan kegiatan belajar praktikum ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan persiapan alat dan bahan untuk pemeriksaan HB Sahli pada ibu hamil.
2. Melakukan langkah-langkah pemeriksaan HB Sahli pada ibu hamil dengan tepat.
3. Melakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan HB Sahli pada buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil.

#### C. Uraian Materi

Dalam kehamilan normal akan terjadi penurunan kadar Hb, kadar Hb terendah terjadi pada sekitar umur kehamilan 30 minggu. Oleh karena itu pemeriksaan Hb harus dilakukan pada kehamilan dini untuk melihat data awal, kemudian diulang sekitar usia kehamilan 30 minggu. Pengklasifikasian menurut Manuaba, 2001 :

Tidak anemia : Hb > 11 gr%

Anemia ringan : Hb 9-10,5 gr%

Anemia sedang Hb 7-8 gr%

Anemia berat Hb

Apabila terjadi anemia ringan, sebab yang sering adalah defisiensi besi dan dapat diobati secara efektif dengan suplemen besi. Nasehat gizi untuk ibu hamil saat meminum tablet Fe adalah menghindari tembakau, kopi, dan teh, serta mengkonsumsi makanan yang kaya protein dan vitamin C.

##### 1. Persiapan Alat dan bahan:

Hb Sahli Set	Kom berisi Kapas Kering	Celemek
Vaccinopen/lanset(jarum)	Kom berisi kapas Alkohol	Handskoen
Pipet sahli	Kom berisi larutan klorin 0,5%	korentang
Larutan Aquadest	Bengkok	
Larutan HCL 0,1 N	Perlak dan pengalas kecil	

2. Prosedur pelaksanaan  
 0 Jika tidak dilakukan  
 1 Jika dilakukan tetapi kurang sempurna  
 2 Jika dilakukan dengan benar

**CEKLIST PEMERIKSAAN KADAR HB MENGGUNAKAN SAHLI**

NO	LANGKAH KERJA	NILAI		
		0	1	2
A	SIKAP			
1	Teruji Menyambut ibu dengan ramah			
2	Teruji Mempersilahkan ibu duduk dan komunikatif			
3	Teruji Memperkenalkan diri pada ibu			
4	Teruji Menjaga privacy ibu			
5	Teruji Menunjukkan rasa empati terhadap ibu			
B	KONTEN			
6	Mempersiapkan Alat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hb Sahli Set</li> <li>• Vaccinopen/lanset(jarum)</li> <li>• Pipet sahli</li> <li>• Larutan Aquadest Larutan HCL 0,1 N</li> <li>• Kom berisi Kapas Kering/Tissue</li> <li>• Kom berisi kapas Alkohol</li> <li>• Kom berisi larutan klorin 0,5%</li> <li>• Bengkok</li> <li>• Perlak dan pengalas kecil</li> <li>• Celemek</li> <li>• Handskoen+korentang</li> </ul>			
7	Menjelaskan Maksud dan tujuan tindakan yang akan Dilakukan			
8	Meletakkan alat secara ergonomis			
9	Menggunakan celemek			
10	Memasang perlak dan pengalas dibawah tangan pasien			
11	Mencuci tangan pada air yang mengalir menggunakan sabun kemudian dikeringkan.			
12	Menggunakan Handskoen dengan menjaga teknik septik aseptik (sterilisasi)			
13	Membersihkan ujung jari tengah tangan kiri pasien dengan kapas alkohol lalu biarkan kering			
14	Mengisi tabung haemometer dengan HCL 0,1 N sampai tanda angka 2			
15	Menusuk jari yang sudah dibersihkan dengan lancet pijat ujung jari hingga darah cukup untuk dihisap, dan segera menutup bekas tusukan pada jari menggunakan kapas kering			

16	Menghisap darah secara teliti dan perlahan menggunakan pipet sahli sampai tepat pada tanda 20 mm. Perhatikan pada saat menghisap darah tidak terdapat udara.			
17	Membersihkan bagian luar pipet menggunakan kapas dengan hati-hati. jangan sampai darah dalam pipet terserap oleh kapas			
18	Memasukan darah yang ada dalam pipet sahli ke dalam tabung haemometer yang telah terisi larutan HCL 0,1 N secara hati-hati tanpa menimbulkan gelembung udara.			
19	Tunggu beberapa saat, kemudian mengencerkan darah yang ada dalam tabung haemometer dengan larutan Aquadest setetes demi setetes sambil diaduk sampai warna sama dengan warna standar			
20	Membaca hasil pemeriksaan menghadap tempat terang/jendela secara tegak lurus, Perhatikan yang dibaca adalah dasar permukaan lartan bagian tengah. Normal : $\geq 11$ gr % Anemia Ringan : $9 - < 11$ gr % Anemia Sedang : $7 - 8$ gr % Anemia Berat : $< 7$ gr %			
21	Membereskan alat dan tempat			
22	Melepas Handskoen dengan mencuci terlebih dahulu pada larutan klorin 0,5% kemudian melepas secara terbalik dan merendamnya			
23	Mencuci tangan pada air yang mengalir menggunakan sabun kemudian dikeringkan kemudian melepas Celemek			
24	Mencatat semua hasil pada buku KIA			
25	Memberitahu pada ibu dan keluarga tentang hasil Pemeriksaan			
C	TEKNIK			
26	Melaksanakan tindakan secara sistematis			
27	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri (tidak raguragu)			
28	Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti			
29	Menutup pertemuan dengan baik			
30	Mendokumentasikan hasil tindakan dengan metode SOAP			
	Nilai = $\frac{\quad}{60} \times 100$			

## **PRAKTIKUM PEMERIKSAAN GLUKOSA DAN PROTEIN URINE IBU HAMIL**

### **A. Tujuan Pembelajaran Umum**

Setelah mengikuti pembelajaran praktek ini diharapkan mahasiswa mampu melaksanakan pemeriksaan Glukosa urin dan Protein urin pada ibu hamil

### **B. Tujuan Pembelajaran Khusus**

Setelah mengikuti pembelajaran praktek ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan persiapan alat dan bahan untuk pemeriksaan Glukosa urin dan Protein urin pada ibu hamil.
2. Melakukan langkah-langkah pemeriksaan Glukosa urin dan Protein urin pada ibu hamil dengan tepat.
3. Melakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan Glukosa urin dan Protein urin pada buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil.

### **C. Pokok – Pokok Materi**

1. Persiapan alat untuk pemeriksaan Glukosa urin dan Protein urin pada ibu hamil.
2. Langkah-langkah pemeriksaan Glukosa urin dan Protein urin pada ibu hamil.
3. Pendokumentasian hasil pemeriksaan Glukosa urin dan Protein urin pada buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil.

### **D. Uraian Materi**

#### 1. Diabetes Melitus

Diabetes Mellitus (DM) dalam kehamilan (Gestational DM/ GDM) adalah kehamilan normal yang disertai dengan peningkatan insulin resistance. Faktor risiko GDM adalah riwayat keluarga DM, kegemukan, glukosuria. GDM meningkatkan morbiditas neonatus misal hipoglikemia, ikterus, polisitemia, makrosomia. Pemeriksaan GDM bisa dilakukan dengan pemeriksaan glukosa urine. Prinsip pemeriksaan glukosa urine adalah Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Kehamilan glukosa dapat mereduksi ion cupri dalam larutan alkalis menyebabkan perubahan warna dari hijau menjadi merah. Untuk pemeriksaan ini sebaiknya pasien tidak mengonsumsi obat seperti vitamin C, salisilat, streptomisin karena akan mempengaruhi hasil positif palsu. Hasil pemeriksaan dapat dianalisis sebagai berikut

- a. Negatif (-): warna tetap biru/kehijauan
- b. Positif (+): warna hijau kekuning-kuningan
- c. Positif 2 (++) : warna kuning kehijauan dan keruh
- d. Positif 3 (+++): warna jingga dan keruh
- e. Positif 4 (++++): warna merah bata keruh

Prosedur pelaksanaan pemeriksaan Glukosa Urin

0 Jika tidak dilakukan

1 Jika dilakukan tetapi kurang sempurna

2 Jika dilakukan dengan benar

**PENUNTUN BELAJAR PEMERIKSAAN GLUKOSA URIN**

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
<b>PERSIAPAN ALAT</b>				
1	a. Persiapan Alat dan Bahan b. Botol spesimen urine c. Reagen Bennedict d. Tabung reaksi 1 buah e. Rak tabung reaksi f. Lampu spiritus dan korek api g. Gelas ukur atau spuit 5 cc h. Pipet tetes i. Sarung tangan DTT dalam bak instrumen j. Bengkok k. Air mengalir, sabun, handuk untuk cuci tangan l. Buku KIA, kartu ibu atau status ibu hamil m. Larutan chlorin 0,5 %			
<b>PELAKSANAAN</b>				
<b>SIKAP DAN PERILAKU</b>				
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3	Komunikasi dengan ibu/ pasien selama melakukan tindakan			
4	Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan dengan teknik yang benar			
5	Menjaga privasi pasien			
6	Menempatkan alat secara ergonomis			
<b>KONTEN/ ISI</b>				
7	Memberi identitas pada botol spesimen urine agar tidak tertukar dengan pasien lain			
8	Mempersilahkan ibu untuk BAK dan menampung urine dalam botol spesimen yang telah diberi identitas			
9	Memakai sarung tangan DTT			
10	Mengisi tabung reaksi dengan 5 cc Bennedict			
11	Tetesi tabung tersebut dengan 5-8 tetes urine menggunakan pipet tetes.			
12	Memanaskan tabung reaksi di atas lampu spritus hingga mendidih.			
13	Menilai hasil pemeriksaan dengan mengamati apakah terjadi perubahan warna. Ketentuan Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Kehamilan hasilnya adalah sebagai berikut : Negatif (-) : warna tetap biru atau kehijauan Positif 1 (+) : warna hijau kekuningan agak keruh Positif 2 (++) : warna kuning dan keruh Positif 3 (+++) : warna jingga dan keruh Positif 4 (++++) : warna merah bata dan keruh			

14	Membereskan dan membersihkan bahan/ peralatan yang telah digunakan			
15	Melepas sarung tangan dan merendam dalam larutan chlorin 0,5 %.			
16	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan			
17	Melakukan dokumentasi			
	<b>EVALUASI</b>			
18	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
19	Melaksanakan tindakan dengan baik			
	Nilai = $\frac{\quad}{38} \times 100$			

## 2. Pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan protein urine merupakan salah satu jenis pemeriksaan laboratorium pada ibu hamil untuk mengetahui fungsi ginjal. Apabila ginjal berfungsi dengan normal, maka tidak akan terdapat protein dalam urine ibu hamil. Adanya protein dalam urine dapat dikarenakan : makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil, ibu mempunyai infeksi saluran kencing/ urine terkontaminasi dengan darah atau air ketuban, ataupun mengindikasikan adanya preeklamsi baik ringan maupun berat yang dapat mengarah pada keadaan eklamsi.

Preeklamsi sering kali menyebabkan masalah dalam kehamilan maupun persalinan dan terkadang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi jika tidak segera diantisipasi. Pemeriksaan ini menggunakan asam asetat 6 % atau asam sulfo salisilat 20% karena sifatnya dapat mengikat protein. Prinsipnya terjadi endapan urine jika direaksikan dengan asam asetat atau asam sulfo salisilat.

Hasil pemeriksaan dapat dianalisis sebagai berikut :

- a. Negatif (-) : Urine tidak keruh
- b. Positif (+) : Terjadi kekeruhan ringan
- c. Positif 2(++): Kekeruhan mudah di lihat dan ada endapan halus
- d. Positif 3 (+++): Urine lebih keruh ada endapan yang lebih jelas dan terlihat
- e. Positif 4(++++): Urine sangat keruh dan disertai endapan menggumpal



Prosedur pelaksanaan pemeriksaan Protein Urin

0 Jika tidak dilakukan

1 Jika dilakukan tetapi kurang sempurna

2 Jika dilakukan dengan benar

**PEMERIKSAAN PROTEIN URIN**

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
1	<p><b>PERSIAPAN ALAT</b></p> <p>a. Botol spesimen urine</p> <p>b. Reagen Asam Asetat 6 %</p> <p>c. Tabung reaksi 2 buah</p> <p>d. Rak tabung reaksi</p> <p>e. Penjepit tabung reaksi</p> <p>f. Lampu spiritus dan korek api</p> <p>g. Gelas ukur atau spuit 5 cc</p> <p>h. Pipet tetes</p> <p>i. Sarung tangan DTT dalam bak instrumen</p> <p>j. Bengkok</p> <p>k. Air mengalir, sabun, handuk dan cuci tangan</p> <p>l. Buku catatan/alat tulis</p>			
	<b>SIKAP PERILAKU</b>			
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
3	Komunikasi dengan ibu/ pasien selama melakukan tindakan			
4	Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan dengan teknik yang benar			
5	Menjaga privasi pasien			
6	Menempatkan alat secara ergonomis			
	<b>KONTEN/ ISI</b>			
7	Memberi identitas pada botol spesimen urine agar tidak tertukar dengan pasien lain.			
8	Mempersilahkan ibu untuk BAK dan menampung urine dalam botol spesimen yang telah diberi identitas			
9	Memakai sarung tangan DTT			
10	Mengisi tabung reaksi (A dan B) masing-masing dengan 5 cc urine			
11	Memanaskan tabung A di atas lampu spritus hingga mendidih.			
12	Menambahkan 3-5 tetes asam asetat 6 %.			
13	Membandingkan dengan tabung B.			
14	Menilai adanya protein dalam urine dengan ketentuan: Urine tidak keruh : protein urine negatif Urine keruh : protein urine positif			
15	<p>Apabila urine keruh (protein urine positif), maka urine dipanaskan lagi hingga mendidih (untuk menilai derajat kekeruhannya). Ketentuan derajat kekeruhan adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positif 1 (+) : Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir (kadar protein kira-kira 0,01 - 0,05%)</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positif 2 (++) : Kekeruhan mudah terlihat dan tampak butir-butir dalam kekeruhan (kadar protein kira-kira 0,05- 0,2%)</li> <li>• Positif 3 (+++) : Urine jelas keruh dan kekeruhan tersebut berkeping-keping (kadar protein kira-kira 0,2 - 0,5%)</li> <li>• Positif 4 (++++) : Urine sangat keruh dan kekeruhan tersebut berkeping-keping atau bergumpal-gumpal atau memadat (kadar protein kira-kira &gt; 0,5%)</li> </ul>			
16	Membereskan dan membersihkan bahan/ peralatan yang telah digunakan.			
17	Melepas sarung tangan dan merendam dalam larutan chlorin 0,5 %			
18	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan			
19	Melakukan dokumentasi			
	EVALUASI			
20	Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif & efisien			
21	Melaksanakan tindakan dengan baik			
	$\text{Nilai} = \frac{\quad}{42} \times 100$			

## **MATERI 17**

### **PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR**

Pentingnya mempelajari pemeriksaan fisik bayi baru. Praktik ini sangat penting dipelajari mahasiswa sebelum praktik ke pasien. Materi kegiatan belajar ini berfokus pada pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Meliputi pemeriksaan mulai kepala sampai dengan kaki bayi, sehingga didapatkan data yang obyektif terkait kondisi bayi. Kemampuan akhir yang diharapkan setelah menempuh kegiatan belajar ini adalah mahasiswa mampu mempraktikkan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.

#### **A. PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR**

Pemeriksaan fisik bayi baru lahir adalah langkah yang harus dilalui seorang bidan dalam memberikan asuhan pada bayi baru lahir. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir meliputi pemeriksaan kepala, mata, hidung, mulut, leher, klavikula, tangan, dada, genetalia, abdomen, tungkai, spinal, kulit dan reflek bayi baru lahir.

#### **B. TUJUAN PRAKTIKUM**

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan cara pemeriksaan fisik bayi baru lahir dari kepala hingga kaki sesuai daftar tilik yang diberikan.

**PELAKSANAAN PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR**

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
1	Siapkan alat yang diperlukan a. Phantoom bayi. b. Bengkok. c. Stetoscope. d. Lampu senter. e. Kapas pada tempatnya. f. Lampu penghangat.			
2	Dekatkan alat dan nyalakan lampu penghangat			
3	Cuci tangan 7 langkah			
4	Gunakan sarung tangan bersih			
5	Tidurkan bayi telentang dan jaga kehangatannya			
6	Periksa kepala: a. Bentuk kepala simetris/asimetris. b. Adanya caput succedaneum. c. Adanya cephal haematoom. d. Tanda Moulding			
7	Periksa mata: a. Bentuk mata. b. Katarak congenital. c. Strabismus. d. Perdarahan konjungtiva. e. Pus (tanda gonoblenorrhoe).			
8	Pemeriksaan hidung: a. Pemeriksaan cuping hidung. b. Epikantus. c. Septumnasi.			
9	Pemeriksaan mulut: a. Inspeksi simetris atau tidak. b. Inspeksi adanya labiopalatoskizis			
10	Pemeriksaan telinga: a. Inspeksi bentuk telinga. b. Posisi telinga dengan menarik garis khayal dari bagian luar sudut mata secara horizontal ke arah ujung atas daun telinga.			
11	Pemeriksaan leher: Lakukan palpasi pada leher dengan menggerakkan jari ke sekeliling leher.			
12	Pemeriksaan klavikula: Dengan jari telunjuk, raba seluruh klavikula untuk memastikan adanya fraktur.			
13	Pemeriksaan tangan: a. Periksa kedua tangan dan bandingkan b. Periksa adanya sindaktili dan polidaktili			
14	Pemeriksaan dada : a. Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas b. Lihat adanya retraksi interkostal			

	c. Inspeksi puting susu dan areola, transparan atau tidak			
15	Pemeriksaan abdomen: a. Hernia umbilicalis b. Perdarahan tali pusat			
16	Pemeriksaan genetalia: Bayi Laki-laki: a. Ukur panjang penis ( $\pm 3$ cm) b. Pastikan adanya lubang uretra c. Periksa adanya tanda fimosis d. Palpasi skrotum, apakah testis sudah masuk dalam skrotum e. Bayi perempuan: f. Periksa vulva dengan cara membuka labia secara perlahan untuk memastikan adanya orifisium uretra dan lubang vagina.			
17	Pemeriksaan tungkai: a. Periksa kesimetrisan b. Periksa panjang kedua tungkai dengan cara meluruskan kemudian membandingkan. c. Periksa adanya fraktur dengan melakukan tes ortolani: 1) Buka pakaian bayi 2) Periksa panggul dengan cara memegang masing-masing kaki, letakkan ibu jari pada bagian dalam femur, sedang jari tangan dan telunjuk diatas trokanter mayor. 3) Tekuk lutut 90 derajat dan abduksikan kedua tungkai secara perlahan (ada tanda “klek” pada femur yang mengalami dislokasi asetabulum)			
18	Pemeriksaan spinal : a. Telungkupkan bayi, cari tanda abnormalitas, seperti spina bifida b. Pastikan adanya sfingter ani			
19	Periksa kulit : Warna kulit, adanya ruam dan bercak lahir dan memar			
20	Periksa reflex primitive bayi baru lahir : a. Refleks moro b. Refleks rooting c. Refleks sucking dan swallowing d. Refleks Babinski e. Refleks palmar f. Refleks plantar Graff			
21	Bereskan alat			
22	Cuci tangan			
23	Dokumentasi hasil pemeriksaan			
	NILAI : <u>Nilai Perolehan X 100%</u> 66			

## MATERI 15

### MEMANDIKAN BAYI DAN PERAWATAN TALI PUSAT

Saudara mahasiswa saat ini saudara saya persilakan untuk praktikum memandikan bayi. Dalam praktikum ini saudara saya sarankan untuk mengamati betul-betul langkah demi langkah memandikan bayi, agar dalam praktikum pada model saudara terampil. Pada akhirnya saudara mampu untuk memandikan bayi pada saat saudara praktik pada bayi secara langsung. Selanjutnya saudara diharapkan memahami tentang praktikum merawat tali pusat bayi. Dalam praktikum ini saudara saya sarankan untuk mengamati betul-betul langkah demi langkah merawat tali pusat bayi. Agar dalam praktikum pada model saudara terampil. Pada akhirnya saudara mampu untuk merawat tali pusat bayi pada saat saudara praktik pada bayi secara langsung.

#### A. MEMANDIKAN BAYI

##### 1. Pengertian

Memandikan bayi adalah salah satu tindakan perawatan bayi sehari-hari yang dilakukan oleh seorang bidan. Memandikan bayi baru lahir dilakukan pada saat suhu tubuh bayi stabil yaitu  $36,5^{\circ}\text{C}$  -  $37,5^{\circ}\text{C}$  atau menunggu 6 jam setelah bayi lahir. Memandikan bayi adalah kegiatan penting yang harus dilakukan secara benar.

##### 2. Tujuan memandikan bayi:

- a. Membersihkan badan bayi.
- b. Memberi rasa nyaman pada bayi.
- c. Membuat bayi tetap wangi dan bersih.
- d. Mengurangi risiko terjadinya infeksi.
- e. Mandi sebelum tidur akan membantu relaksasi.
- f. Merupakan bentuk perhatian ibu untuk menunjukkan rasa sayangnya.
- g. Merangsang saraf sensorik dan motorik.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam memandikan bayi

- a. Hindari mandi tepat sesudah atau sebelum makan.
- b. Jangan meninggalkan bayi sendirian ketika sedang mandi.
- c. Suhu air  $37^{\circ}\text{C}$  -  $38^{\circ}\text{C}$ .
- d. Hindari bayi dari kedinginan.

### MEMANDIKAN BAYI BARU LAHIR

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
1	Menyiapkan alat dan bahan			
2	Memastikan suhu ruangan normal			
3	Menuangkan air ke dalam bak mandi bayi dan cek temperatur			
4	Mencuci tangan dan mengeringkannya			
5	Melepaskan pakaian bayi			
6	Membersihkan kemaluan/genetalia bayi			
7	Membersihkan muka dan keramasi kepala bayi			
8	Membasahi badan dan menyabuni seluruh tubuh			
9	Memindahkan ke dalam bak mandi bayi			
10	Membersihkan kepala dan badan bagian depan bayi			
11	Membalikkan badan dan membersihkan punggung bayi			
12	Mengangkat bayi			
13	Mengeringkan bayi dan merapikan bayi			
14	Membereskan alat			
15	Mencuci tangan dan mengeringkannya			
16	Mendokumentasikan tindakan memandikan bayi			
17	Jumlah skor = $\frac{\text{Perolehan skor} \times 100}{\text{Skore maksimal}}$			

## MERAWAT TALI PUSAT

Perawatan tali pusat adalah perawatan yang dilakukan pada tali pusat bayi selama tali pusat bayi belum lepas. Perawatan tali pusat adalah tindakan perawatan pada tali pusat bayi baru lahir sejak dipotongnya tali pusat sampai tali pusat puput atau kering dengan tujuan untuk mencegah infeksi pada tali pusat bayi dan mempercepat penyembuhan luka bekas pemotongan tali pusat (Sodikin, 2009). Perawatan tali pusat adalah suatu aktivitas pemeliharaan tali pusat sampai tali pusat mengering dan lepas dengan spontan untuk menjaga kebersihan tali pusat dan mencegah terjadinya infeksi pada potongan tali pusat yang tersisa pada bayi (Farrer, 2001).

Tujuan dari perawatan tali pusat menurut Sodikin (2009) ada empat, yaitu:

1. Mencegah terjadinya infeksi. Bila tali pusat basah, berbau dan menunjukkan tanda-tanda infeksi, harus waspada terhadap infeksi tali pusat. Infeksi ini harus segera diobati untuk menghindari infeksi yang lebih berat. Di mana infeksi tali pusat pada bayi dapat menyebabkan sepsis, meningitis dan tetanus. Infeksi tali pusat pada dasarnya dapat dicegah dengan melakukan perawatan tali pusat yang baik dan benar, yaitu dengan prinsip perawatan kering dan bersih.
2. Mempercepat proses pengeringan tali pusat.
3. Mempercepat terlepasnya tali pusat.
4. Mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir. Penyakit ini disebabkan karena masuknya spora kuman tetanus ke dalam tubuh melalui tali pusat, baik dari alat steril, pemakaian obat-obatan, bubuk atau daundaunan yang ditaburkan ke tali pusat sehingga dapat mengakibatkan infeksi.

Waktu untuk melakukan perawatan tali pusat menurut Sodikin (2009), yaitu :

1. Sehabis mandi pagi atau sore.
2. Sewaktu-waktu bila balutan tali pusat basah oleh air kencing atau kotoran bayi.
3. Lakukan sampai tali pusat puput atau kering.

Tanda-tanda Infeksi Tali Pusat

1. Pangkal tali pusat atau sekitarnya berwarna merah atau bengkak.
2. Keluar cairan yang berbau dan bernanah.
3. Ada darah yang keluar terus menerus.
4. Kejang.
5. Bayi mengalami demam.



Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan tali pusat menurut Sodikin (2009):

1. Jangan menggunakan plester dalam membalut tali pusat bayi karena dapat menyebabkan iritasi sekitar daerah tali pusat.
2. Daerah tali pusat dan sekitarnya harus selalu dalam keadaan kering dan bersih,
3. Jangan mengoleskan alkohol atau betadine pada tali pusat karena akan menyebabkan tali pusat menjadi lembab.
4. Lipatlah popok di bawah puntung tali pusat.
6. Bila terdapat tanda-tanda infeksi pada tali pusat, seperti kemerahan atau mengeluarkan nanah atau darah dan berbau segera hubungi petugas kesehatan.
7. Jangan membungkus pusat atau mengoleskan bahan atau ramuan apapun ke puntung tali pusat.

## PRAKTIKUM MERAWAT TALI PUSAT

Persiapan Peralatan :

- a. Korentang dalam tempatnya.
- b. Handuk lap tangan.
- c. Kasa dan kapas pada tempatnya.
- d. Phantom bayi

### CHECKLIST MERAWAT TALI PUSAT

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
1	Menyiapkan alat dan bahan bahan yang diperlukan			
2	Mencuci tangan			
3	Membersihkan tali pusat dengan kapas DTT			
4	Membungkus tali pusat dengan tidak terlalu kencang			
5	Merapikan bayi dan alat			
6	Mencuci tangan			
7	Membereskan alat			
8	Mendokumentasikan hasil perawatan tali pusat			
	Jumlah skor = $\frac{\text{Perolehan skor} \times 100}{\text{Skore maksimal}}$			

## MATERI 19

### ANTROPOMETRI

#### A. MENIMBANG BERAT BADAN

Pengukuran Berat Badan bertujuan untuk menentukan status gizi anak apakah tergolong normal, kurus, kurus sekali, gemuk atau gemuk sekali. Jadwal pengukuran BB/TB disesuaikan dengan jadwal deteksi dini tumbuh kembang balita. Pengukuran dan penilaian BB/TB dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dan dalam menentukan pengukuran berat badan anak. Hal yang perlu diperhatikan antara lain pengukuran dilakukan dengan memakai alat timbangan yang telah ditera (distandarisasi/kalibrasi) secara berkala dan timbangan yang digunakan adalah timbangan bayi, timbangan injak atau dacin. Untuk menimbang anak usia kurang dari satu tahun, dilakukan dengan posisi berbaring. Usia 1-2 tahun dilakukan dengan posisi duduk dengan menggunakan dacin. Lebih dari dua tahun, penimbangan berat badan dapat dilakukan dengan posisi berdiri.

Pada bayi sehat, kenaikan berat badan normal pada triwulan I sekitar 700-1000 g/bulan, triwulan II sekitar 500-600 g/bulan, triwulan III sekitar 350-450 g/bulan, dan pada triwulan IV sekitar 250-350 g/bulan. Dari perkiraan tersebut, dapat diketahui bahwa pada usia enam bulan pertama berat badan akan bertambah sekitar 1 kg/bulan, enam bulan berikutnya  $\pm 0,5$  kg/bulan. Pada tahun ke dua kenaikan  $\pm 0,25$  kg/bulan. Setelah dua tahun kenaikan berat badan tidak tentu, yaitu sekitar 2-3 kg/tahun. Pada tahap adolesens (masa remaja) akan terjadi pertumbuhan berat badan secara cepat. Selain itu dapat juga memperkirakan berat badan (BB) dengan menggunakan rumus atau pedoman dari Behrman (1992) yang dikutip oleh Rekawati dkk (2013), sebagai berikut.

1. Berat badan lahir rata-rata: 3,25 kg
2. Berat badan usia 3-12 bulan menggunakan rumus:

$$\frac{\text{Umur ( bulan )} + 9}{2} = \frac{n + 9}{2}$$

Untuk menentukan umur anak dalam bulan, bila lebih 15 hari dibulatkan ke atas, sedangkan, kurang atau sama dengan 15 hari dihilangkan. Misalnya, ada bayi berumur 5 bulan 25 hari, maka bayi dianggap berumur 6 bulan berat badan bayi diperkirakan 7,5 kg. Bila anak berumur 2 tahun 6 bulan, perkiraan berat badannya adalah  $(2,5 \text{ tahun} \times 2 \text{ th}) + 8 = 13 \text{ kg}$ .

**PENUNTUN BELAJAR KETERAMPILAN PENIMBANGAN BERAT BADAN**

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
1	Persiapan alat: Timbangan bayi, Timbangan Injak atau Timbangan Dacin, meja, buku catatan dan Buku KIA/KMS			
2	Persiapan pasien: Menjelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan, mengatur posisi pasien yang nyaman			
3	Menjelaskan kepada ibu bayi mengenai prosedur yang akan dilakukan.			
	Menimbang Berat Badan Bayi			
4	Mencuci tangan dengan benar			
5	Memilih timbangan yang sesuai dan meletakkan di atas meja			
6	Mengatur posisi jarum atau angka menunjuk ke angka 0.			
7	Melepas pakaian bayi (bayi telanjang, tanpa topi, kaus kaki, sarung tangan)			
8	Menempatkan bayi/menidurkan bayi pada timbangan dengan hati-hati.			
9	Meletakkan tangan petugas di atas tubuh bayi (tidak menempel) untuk mencegah bayi jatuh saat ditimbang.			
10	Menentukan hasil timbangan sesuai dengan jarum penunjuk pada timbangan			
11	Dokumentasikan dan beritahukan hasil pada ibu bayi			
	Jumlah skor = $\frac{\text{Perolehan skore}}{\text{Skore maksimal}} \times 100$			

## B. MENGUKUR TINGGI BADAN

Ukuran antropometri yang terpenting kedua adalah tinggi badan. Keuntungan dari pengukuran tinggi badan ini adalah alatnya murah, mudah dibuat, dan dibawa sesuai keinginan tempat tinggi badan akan diukur. Seperti terdapat pada tabel tinggi badan dan berat badan, dengan mengetahui tinggi badan dan berat badan anak dapat diketahui keadaan status gizinya, sedangkan kerugiannya adalah perubahan dan penambahan tinggi badan relatif pelan serta sukar pengukurannya karena terdapat selisih nilai antara posisi pengukuran saat berdiri dan saat tidur.

Tinggi badan untuk anak kurang dari 2 tahun sering diistilahkan panjang badan. Pada bayi baru lahir, panjang badan rata-rata +50 cm. Pada tahun pertama pertambahannya 1,25 cm/bulan (1,5 x panjang badan lahir). Penambahan tersebut berangsur-angsur berkurang sampai usia 9 tahun yaitu hanya sekitar 5 cm/tahun. Baru pada masa pubertas ada peningkatan pertumbuhan tinggi badan yang cukup cepat yaitu pada wanita 5-25 cm/tahun sedangkan laki-laki sekitar 10-30 cm/tahun. Pertambahan tinggi badan akan berhenti pada usia 18-20 tahun.

Seperti halnya berat badan, tinggi badan juga dapat diperkirakan berdasarkan rumus dari Behrman (1992), sebagai berikut.

1. Perkiraan panjang lahir: 50 cm.
2. Perkiraan panjang badan usia 1 tahun = 1,5 x Panjang Badan Lahir.
3. Perkiraan tinggi badan usia 2 – 12 tahun = (Umur x 6) + 77 = 6n + 77.

Keterangan: n adalah usia anak dalam tahun, bila usia lebih enam bulan dibulatkan ke atas, bila enam bulan atau kurang dihilangkan.

Atau berdasarkan potensi genetik TB akhir:

1. Wanita =  $\frac{(TB \text{ ayah} - 13 \text{ cm}) + TB \text{ Ibu} \pm 8,5 \text{ cm}}{2}$
2. Pria =  $\frac{(TB \text{ ibu} - 13 \text{ cm}) + TB \text{ ayah} \pm 8,5 \text{ cm}}{2}$

**PENUNTUN BELAJAR KETERAMPILAN PENGUKURAN TINGGI BADAN**

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
1	Persiapan alat: Meja pengukur panjang badan bayi, Alat pengukur Tinggi badan, buku catatan dan Buku KIA/KMS			
2	Persiapan pasien: Menjelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan, mengatur posisi pasien yang nyaman			
3	Menjelaskan kepada ibu bayi mengenai prosedur yang akan dilakukan			
4	Mencuci tangan dengan benar			
5	Memilih alat pengukur yang sesuai (meja pengukur panjang badan atau metelin)			
6	Membaringkan anak terlentang tanpa bantal (supinasi) dan meluruskan lutut sampai menempel meja ( posisi ekstensi).			
7	Meluruskan bagian puncak kepala dan bagian kaki (telapak kaki lurus dengan meja pengukur), lalu ukur sesuai dengan skala yang tertera.			
8	Bila tidak ada papan pengukur, dapat dengan cara memberi tanda pada tempat tidur (tempat tidur harus rata/datar) berupa titik atau garis pada bagian puncak kepala dan bagian tumit bayi, lalu ukur kedua tanda tersebut dengan pita pengukur (meteran)			
9	Tentukan hasil pengukuran panjang badan bayi sesuai dengan angka yang tertera pada pita pengukur			
10	Dokumentasikan dan beritahukan hasil pada ibu bayi			
	Jumlah skor = $\frac{\text{Perolehan skore} \times 100}{\text{Skore maksimal}}$			
	Nilai = Skore melakukan prosedur			

### C. MENGUKUR LINGKAR KEPALA ANAK

Pengukuran Lingkar Kepala Anak (LKA) bertujuan untuk menaksir pertumbuhan otak. Pertumbuhan ukuran kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak. Secara normal, penambahan ukuran lingkaran kepala setiap tahap relatif konstan. Saat lahir, ukuran lingkaran kepala normalnya 34-35 cm, kemudian bertambah  $\pm 0,5$  cm/bulan pada bulan pertama. Pada enam bulan pertama, pertumbuhan kepala paling cepat, kemudian tahun pertama lingkaran kepala bertambahnya tidak lebih dari 5 cm/tahun. Pada dua tahun pertama, pertumbuhan otak relatif pesat, dan setelah itu sampai usia 18 tahun lingkaran kepala hanya bertambah  $\pm 10$  cm.

Jadwal pengukuran disesuaikan dengan umur anak. Umur 0-11 bulan, pengukuran dilakukan setiap bulan. Pada anak yang lebih besar, umur 12-72 bulan, pengukuran dilakukan setiap enam bulan. Pengukuran dan penilaian lingkaran kepala anak dilakukan oleh tenaga yang kesehatan terlatih.

#### PENUNTUN BELAJAR KETERAMPILAN PENGUKURAN LINGKAR KEPALA

NO	KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
1	Persiapan alat: Meja, alat pengukur lingkaran kepala (pita pengukur), buku catatan dan Buku KIA/KMS			
2	Persiapan pasien: Menjelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan, mengatur posisi pasien yang nyaman			
3	Menjelaskan kepada ibu bayi mengenai prosedur yang akan dilakukan.			
4	Mencuci tangan dengan benar			
5	Memilih alat pengukur yang sesuai (meja pengukur panjang badan atau metelin)			
6	Melingkarkan pita pengukur pada kepala anak melewati dahi (daerah glabella/frontalis), menutupi alis mata, diatas telinga dan bagian belakang kepala yang menonjol, tarik agak kencang.			
7	Menentukan hasil pengukuran lingkaran kepala sesuai dengan angka pertemuan dengan angka 0 pada pita pengukur			
8	Mendokumentasikan dan beritahukan hasil pada ibu bayi			
9	Penyelesaian : Membereskan alat			
	Jumlah skor = $\frac{\text{Perolehan skore} \times 100}{\text{Skore maksimal}}$			
	Nilai = Skore melakukan prosedur			

## **MATERI 20**

### **TEKNIK PENJAHITAN LUKA PERINEUM**

#### **A. DEFINISI**

Penjahitan luka adalah suatu tindakan untuk mendekatkan **tepi luka dengan benang sampai** sembuh dan cukup untuk menahan beban fisiologis (Santoso, 2005). Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum **sewaktu persalinan** (Mohtar, 1998).

#### **B. TUJUAN**

1. Untuk mendekatkan jaringan-jaringan perlukaan sehingga proses penyembuhan bisa terjadi, proses penyembuhan itu bukanlah hasil dari penjahitan tersebut tetapi hasil dari pertumbuhan jaringan.
2. Untuk menghentikan perdarahan

#### **C. DERAJAT LASERASI**

1. Derajat I: laserasi mengenai mukosa vagina dan kulit perineum, tidak perlu dijahit.
2. Derajat II: laserasi mengenai mukosa vagina, kulit perineum dan jaringan otot perineum
3. Derajat III: laserasi mengenai mukosa vagina, kulit perineum, jaringan otot perineum dan otot spinkter ani.
4. Derajat IV: laserasi mengenai mukosa vagina, kulit perineum, jaringan perineum dan otot spinkter ani yang meluas hingga dinding depan rektum.

Bila laserasi jalan lahir berada pada derajat III dan IV: Rujuk segera

#### **D. ALAT DAN BAHAN PENJAHITAN**

1. Bak instrumen berisi :
  - a. Nald folder (Needle holder) 1 buah
  - b. Suture Needle dari bentuk 2/3 circle `1 buah
  - c. Pincet 1 buah
  - d. Benang
  - e. Kasa steril
  - f. Tampon
  - g. Spuit 5 ml 1 buah
  - h. Duk steril
2. Bahan lain :
  - a. Anestesi lokal lidokain 1% : 2 buah
  - b. Sarung tangan steril 1 buah



- c. Cairan desinfektan povidon iodine 10% dalam kom kecil
  - d. Kapas DDT
  - e. Lampu sorot
  - f. Neirbeken
3. Langkah-langkah hecting perineum
- a. Persiapan ibu
    - 1) Atur posisi bokong ibu pada posisi litotomi di tepi tempat tidur
    - 2) Pasang duk steril di bawah bokong ibu
    - 3) Atur lampu sorot atau senter ke arah vulva ibu
    - 4) Letakkan neirbeken di dekat ibu
    - 5) Pastikan tangan tidak memakai perhiasan, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
    - 6) Pakaian satu sarung tangan DTT pada tangan kanan
    - 7) Ambil spuit dengan tangan yang besar sarung tangan, isi tabung suntik dengan lidokain dan letakkan kembali ke dalam wadah DTT
    - 8) Lengkapi pemakaian sarung tangan pada tangan kiri
    - 9) Bersihkan vulva dan perineum dengan kapas DTT dengan gerakan satu arah dari vulva ke perineum
    - 10) Periksa vagina, servik dan perineum secara lengkap, pastikan bahwa laserasi hanya merupakan derajat satu atau dua.
  - b. Persiapan Anestesi
    - 1) Beritahu ibu tentang apa yang akan dilakukan
    - 2) Tusukkan jarum suntik pada daerah kamisura posterior yaitu bagian sudut bawah vulva
    - 3) Lakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap
    - 4) Suntikan anestesi sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perineum
    - 5) Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka arahkan jarum suntik sepanjang luka pada mukosa vagina
    - 6) Lakukan langkah 2-5 diatas pada kedua tepi robekan
    - 7) Tunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan

c. Penjahitan Perineum

- 1) Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm diatas ujung laserasi di mukosa vagina. Setelah itu buat ikatan dan potong pendek benang dari yang lebih pendek. Sisakan benang kira-kira 1 cm.
- 2) Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit ke bawah ke arah cincin himen
- 3) Tepat sebelum cincin himen, masukkan jarum ke dalam mukosa vagina lalu ke belakang cincin himen sampai jarum ada di bawah laserasi kemudian ditarik keluar pada luka perineum.
- 4) Gunakan teknik jelujur saat menjahit lapisan otot. Lihat kedalam luka untuk mengetahui letak ototnya.
- 5) Setelah dijahit sampai ujung luka, putarlah jarum dan mulailah menjahit kearah vagina dengan menggunakan jahitan subkutikuler
- 6) Pindahkan jahitan dari bagian luka perineum kembali ke vagina di belakang cincin hymen untuk diikat dengan simpul mati dan dipotong benangnya
- 7) Masukkan jari ke dalam rectum
- 8) Periksa Kembali
- 9) Cuci area genital dan kompres dengan kasa betadin

**E. JENIS-JENIS BENANG**

**1. Benang yang dapat diserap (Absorbable Suture )**

a. Alami ( Natural):

- 1) Plain Cat Gut : dibuat dari bahan kolagen sapi atau domba. Benang ini hanya memiliki daya serap pengikat selama 7 - 19 hari dan akan diabsorpsi secara sempurna dalam waktu 70 hari.
- 2) Chromic Cat Gut dibuat dari bahan yang sama dengan plain cat gut, namun dilapisi dengan garam Chromium untuk memperpanjang waktu absorpsinya sampai 90 hari.

b. Buatan (Synthetic)

Benang- benang yang dibuat dari bahan sintetis, seperti Polyglactin (merk dagang Vicryl atau Safil), Polyglycapron merk dagang Monocryl atau Monosyn), dan Polydioxanone (merk dagang PDS II). Benang jenis ini memiliki daya pengikat lebih lama, yaitu 2-3 minggu, diserap secara lengkap dalam waktu 90-120 hari.

- 1) Benang yang tak dapat diserap (nonabsorbable suture)

**a) Alamiah (Natural)**

Dalam kelompok ini adalah benang silk ( sutera ) yang dibuat dari protein organik bernama fibroin, yang terkandung di dalam serabut sutera hasil produksi ulat sutera.

**b) Buatan (Synthetic)**

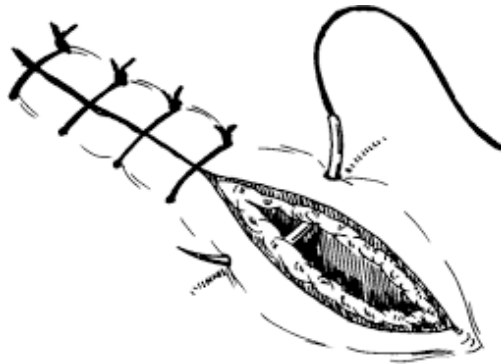
Dalam kelompok ini terdapat benang dari bahan dasar nylon (merk dagang Ethilon atau Dermalon). Polyester ( merk dagang Mersilene) dan Poly propylene ( merk dagang Prolene ).

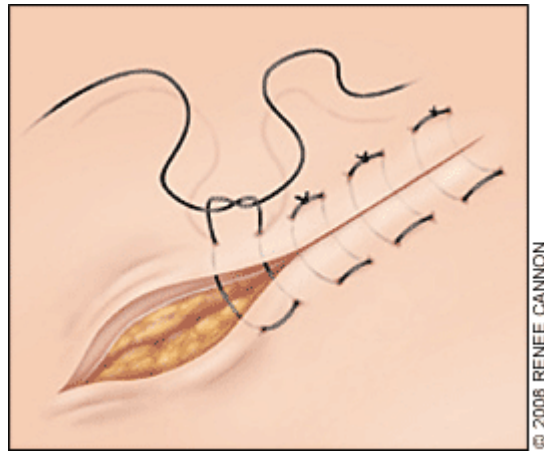
## **F. JENIS DAN TEKNIK PENJAHITAN KULIT**

### **1. Simple Interrupted Suture**

Indikasi : Semua luka, Cara:

- a. Jarum ditusukkan pada kulit sisi pertama dengan sudut sekitar  $90^\circ$ , masuk subkutan terus ke sisi kulit lainnya
- b. Lebar dan kedalaman jaringan kulit dan subkutan diusahakan agar tepi luka yang dijahit dapat membuka ke arah luar (everted)
- c. Dibuat simpul benang dengan memegang jarum dan benang diikat
- d. Penjahitan dilakukan dari ujung luka ke ujung luka lainnya

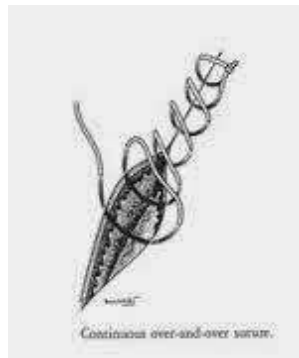




## 2. Continue

Indikasi: Luka pada persendian, Luka pada daerah yang tegangan besar Teknik penjahitan ini dilakukan untuk mendapatkan eversi tepi luka dimana tepinya cenderung mengalami invers, misalnya kulit yang tipis. Teknik ini dilakukan sebagai berikut:

- a. Jarum ditusukkan jauh dari kulit sisi luka, melintasi luka dan kulit sisi lainnya, kemudian keluar pada kulit tepi yang jauh, sisi yang kedua.
- b. Jarum kemudian ditusukkan kembali pada tepi kulit sisi kedua secara tipis, menyeberangi luka dan dikeluarkan kembali pada tepi dekat kulit sisi yang pertama.
- c. Dibuat simpul dan benang diikat.

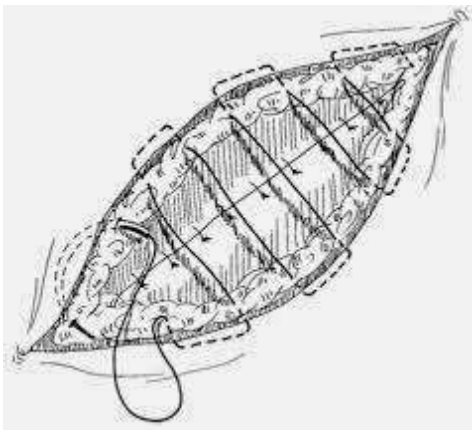


## 3. Subcuticular Continuous Suture

Indikasi : Luka pada daerah yang memerlukan kosmetik

Kontra indikasi : jaringan luka dengan tegangan besar. Pada teknik ini benang ditempatkan bersembunyi di bawah jaringan dermis sehingga yang terlihat hanya bagian kedua ujung benang yang **terletak di dekat kedua ujung** luka yang dilakukan sebagai berikut:

- a. Tusukkan jarum pada kulit sekitar 1-2 cm dari ujung luka keluar di daerah dermis kulit salah satu dari tepi luka.
- b. Benang kemudian dilewatkan pada jaringan dermis kulit sisi yang lain, secara bergantian terus menerus sampai pada ujung luka yang lain, untuk kemudian dikeluarkan pada kulit 1-2 cm dari ujung luka yang lain.
- c. Dengan demikian maka benang berjalan menyusuri kulit pada kedua sisi secara paralel disepanjang luka tersebut.



## DAFTAR PUSTAKA

JNPKR-KR. 2004. *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: YBPP Sarwono Prawirohardjo.

JNPK-KR. 2008. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta.

Potter,Pery. 2000. *Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: EGC.

Kusmiyati, Yuni. 2007. *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.