BUKU PENUNTUN PRAKTIKUM
KETERAMPILAN KLINIS
BLOK
REPRODUKSI

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SURABAYA
2024

CLINICAL SKILLS LABORATORY

FAKULTAS KEDOKTERAN

TATA TERTIB MAHASISWA/I DALAM CSL / PRAKTIKUM

1. **SETIAP MAHASISWA/I WAJIB** berpakaian bersih, rapi dan sopan sesuai dengan peraturan berpakaian dalam Fakultas Kedokteran.
2. Setiap mahasiswa/i **WAJIB HADIR PALING LAMBAT 5 MENIT** sebelum waktu kegiatan yang ditentukan dan dosen berhak melarang mahasiswa/I tidak mengikuti praktikum / dianggap tidak hadir.
3. Setiap mahasiswa/i **WAJIB MEMAKAI JAS PRAKTIKUM** dalam keadaan rapi dan bersih. Bagi mahasiswa/i yang berjilbab, jilbab wajib dimasukkan ke dalam jas laboratorium.
4. **BAGI MAHASISWA** tidak boleh berambut panjang dan bagi **MAHASISWI** berambut panjang harus diikat rapi.
5. Bagi mahasiswa/I **tidak diperbolehkan memiliki kuku panjang.**
6. Simpan tas, buku, hp, dompet anda didalam ruang penyimpanan (Loker) dan kunci loker anda (kunci loker menjadi tanggung jawab masing-masing mahasiswa/i). **JANGAN** menyimpan barang diluar kepentingan praktik di daerah praktik atau pengujian.
7. **DAERAH PRAKTIK/PENGUJIAN :** Ikuti arah / tanda untuk penggunaan ruangan lab dan perlengkapan lab. Minta pengarahan dan untuk lokasi praktik atau perlengkapan yang akan diujikan.
8. TIDAK ADA PENGGUNAAN HANDPHONE selama proses pembelajaran **kecuali untuk mendokumentasikan kegiatan praktikum dan atas seizin dosen pembimbing praktikum,**
9. Setiap mahasiswa/i **TIDAK DIPERBOLEHKAN MEMBAWA ALAT TULIS** selain pensil,penghapus,penggaris.
10. Diharap **MEMBAWA KARTU PENGENAL MAHASISWA/I** dan **BUKU SAKU** (untuk ditandatangani dosen pembimbing**)** selama praktikum.
11. **ANJURAN:** Mulai membuat sebuah buku catatan skill lab pada saat dimulainya program pendidikan dokter anda – Atur semua skill lab yang berhubungan dengan informasi (seperti kertas prosedur, buku Prosedur, catatan). Perlengkapan tersebut dapat digunakan disetiap semester. Bawalah buku panduan manual keterampilan yang akan dipelajari
12. Mahasiswa/I **TIDAK DIPERKENANKAN** menggunakan alat-alat praktikum (Manekin) **TANPA DIDAMPINGI DOSEN PEMBIMBING / PETUGAS CSL.**
13. Mahasiswa/I wajib menguasai materi praktikum yang akan dipraktikkan.

14. Mahasiswa/i akan dibagi menjadi 5 kelompok, 1 kelompok 10 orang dengan 1 ketua kelompok sebagai penanggung jawab. **Setiap anggota kelompok BERTANGGUNGJAWAB ATAS KESELAMATAN DAN KEBERSIHAN ALAT-ALAT** yang digunakan dan pada akhir percobaan alat diserahkan kembali dalam keadaan bersih dan lengkap.
15. Mahasiswa/i mungkin akan diberikan perlengkapan yang ditugaskan pada mereka untuk digunakan selama berlangsungnya blok CSL tertentu. Jika anda ditugaskan pada perlengkapan tersebut dari skill lab, maka akan menjadi tanggung jawab anda untuk **MENJAGA PERLENGKAPAN** (seperti alat Cath atau Selang IV) agar tetap intak. **PROSES PEMINJAMAN ALAT DAN BAHAN HARUS MELALUI PERSONIL LAB YANG TERKAIT DAN DICATAT DALAM KARTU KONTROL MASING MASING.** Jika pada suatu waktu perlengkapan tersebut menjadi cacat, maka dimohon untuk segera menghubungi petugas CSL untuk proses penggantian dan harus segera diganti maksimal dalam 1 minggu.
16. **Pada saat praktikum** mahasiswa/I dilarang meninggalkan laboratorium dan menerima tamu tanpa seizin dosen .
17. Dimohon **UNTUK TIDAK MENGAKSES** daerah lain kecuali di instruksikan. **LIHAT TANDA & ARAHAN YANG TELAH DIPASANG**

    Barang – barang lab : Ruangan, Perlengkapan (manikin, simulator, pompa IV) dan bahan dan alat/ instrumen sangat terbatas sedangkan penggunaan tinggi, sehingga sangat diharapkan MENGGUNAKANNYA DENGAN BAIK DAN BENAR.
18. **GUNAKAN** tempat tidur lab untuk tujuan praktik dan pengujian saja.
19. Orang yang ditunjuk untuk menjadi pasien harus membuka sepatu mereka pada saat berbaring ditempat tidur.
20. **LAPORKAN** setiap kerusakan, ketidakamanan, atau gangguan pada perlengkapan kepada personil lab.
21. Setelah selesai praktikum **dilarang meninggalkan laboratorium sebelum ada instruksi** dari dosen.
22. Mahasiswa/i yang **MELANGGAR TATA TERTIB PRAKTIKUM AKAN DIBERI SANKSI** mulai dari pemberian tugas sampai dengan tidak diikutkan dalam praktikum.
23. Peraturan yang tidak tercantum di atas dan dianggap perlu akan diberitahukan selanjutnya.

VISI

Visi Fakultas Kedokteran Universitas Surabaya (Ubaya) adalah :

"Menjadi Fakultas Kedokteran yang terdepan dan unggul pada tingkat nasional, berbasis inovatif, teknologi kedokteran terkini, dan wawasan kedokteran herbal".

MISI

Misi Fakultas Kedokteran Universitas Surabaya (Ubaya) adalah :

1. **Menyelenggarakan pendidikan kedokteran untuk menghasilkan dokter sesuai dengan SKDI yang memiliki kekhasan pada wawasan kedokteran herbal untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat.**
2. **Mengembangkan riset kedokteran yang inovatif, berkualitas, dan terkini dalam upaya pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.**
3. **Meningkatkan kerjasama dengan berbagai *stakeholder* untuk mengembangkan Tri Dharma yang akan mendorong kemajuan Institusi.**
4. **Menyelenggarakan tata kelola yang baik (*good university governance-GUC*) untuk mendukung pengembangan Tri Dharma perguruan tinggi.**

TIM PENYUSUN

dr. Sjafril Vika Permana, Sp.OG

dr. Rachmad Poedyo Armanto, Sp.OG

dr. Dwi Pangarsa Wisnu, Sp.OG

dr. Puri Safitri Hanum, Sp.PD, FINASIM

dr. Herry Wibowo,M.Kes,Sp.B,FinaCS

dr. Adhimas Setyo Wicaksono, M.Kes

dr. Elita Halimsetiono, M.Kes.

dr. Lucia Pudyastuti R, Sp.A

dr. Agus Cahyono, Sp.A

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan atas segala rahmat serta hidayah-Nya, sehingga penyusunan Buku Modul Ketrampilan Klinis Blok Reproduksi ini dapat diselesaikan dengan baik.

Proses pembelajaran Blok Reproduksi berlangsung selama 8 minggu dan diselenggarakan pada Semester 4. Keterampilan klinis dalam Blok Reproduksi terdiri dari 12x pertemuan. Pada Pertemuan ke-1 diberikan penjelasan tentang pengantar teori secara umum dan keterampilan klinis apa yang harus dikuasai oleh mahasiswa dan metode yang dipakai oleh instruktur dalam membimbing dan memberikan penilaian. Pertemuan ke-2 sampai dengan ke-11 berisi pembelajaran keterampilan klinis tersebut. Adapun keterampilan klinis yang dipelajari pada Blok Reproduksi, meliputi:

- Pemeriksaan Ginekologi
- Papsmear dan IVA
- Anamnesis & Pemeriksaan Fisik Payudara
- Pemasangan dan Pelepasan AKDR / IUD
- KB dan Komplikasi
- Pemeriksaan fisik bayi baru lahir
- Pemeriksaan Kehamilan
- Teknik Episiotomi
- Penanganan Postpartum / HPP
- Pemasangan dan Pelepsan Implan
- Asuhan Persalinan Normal
- Vaksinasi

Pertemuan terakhir pada Blok Reproduksi berupa review yang dihadiri oleh semua instruktur untuk berdiskusi dengan mahasiswa mengenai metode dan kesulitan-kesulitan yang mereka dihadapi dan yang belum dipahami dengan baik.

Kami menyadari dalam penyusunan buku modul keterampilan klinis ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, untuk itu kami mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi peningkatan kualitas pembelajaran mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Surabaya.

Terimakasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku modul keterampilan klinis ini.

Surabaya, Februari 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

COVER ……..... 1

TATA TERTIB …….. 2

VISI MISI FAKULTAS ……. 4

TIM PENYUSUN …….. 5

KATA PENGANTAR …… 6

DAFTAR ISI …….. 7

Pemeriksaan Obstetri 8

Asuhan Persalinan Normal 22

Pemeriksaan Ginekologi 38

Teknik Episiotomi dan Jahitan Perineum 45

Metode Kontrasepsi 56

- Kontrasepsi sederhana 59
- Kontrasepsi modern 62
- KB suntik 66
- Pemasangan dan Pelepasan Implant 71
- Kontrasepsi kimiawi 83
- Kontrasepsi mekanis 84
- Pemasangan dan Pelepasan AKDR……..... 86

IVA dan Papsmear ……..... 99

Hemorrhagic Postpartum …….……....….... 107

Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Payudara ……..... 123

Pemeriksaan fisik bayi baru lahir …….. 136

Vaksinasi …… 145

PEMERIKSAAN OBSTETRI

Laboratorium Keterampilan Klinis
FK UBAYA

KETERAMPILAN
PEMERIKSAAN OBSTETRI

PENGERTIAN

Pemeriksaan obstetri meliputi banyak prosedur yang masing-masing berkaitan dengan tujuan pemeriksaan yang dilakukan. Untuk pemeriksaan dasar obstetri, pada umumnya diperlukan pemeriksaan antenatal, pemeriksaan fisik ibu hamil meliputi inpeksi, palpasi dan auskultasi. Pemeriksaan antenatal hanya memfokuskan pada hal-hal penting yang harus segera dikenali dan bagaimana kondisi-kondisi tertentu berubah sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan. Pemeriksaan fisik berupa palpasi dan auskultasi bertujuan untuk mengetahui usia kehamilan, letak, presentasi, jumlah janin, kondisi janin dan kesesuaian muatan dengan jalan lahir.

INDIKASI

a. Asuhan antenatal.
b. Deteksi dini suatu kondisi patologik dalam kehamilan.
c. Merencanakan persalinan.
d. Persiapan penyelesaian persalinan.
e. Kemajuan perkembangan kehamilan.
f. Mengetahui letak, posisi, presentasi dan kondisi bayi.
g. Menatalaksana masalah yang ditemukan dalam suatu kehamilan.

PEMERIKSAAN ANTENATAL
(ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK)

TUJUAN PEMBELAJARAN :

Pada akhir pembelajaran ini, mahasiswa diharapkan akan mampu :

a. Melakukan anamnesa lengkap pada ibu hamil.

b. Melakukan pemeriksaan fisik menyeluruh pada ibu hamil atau model anatomik.

MEDIA DAN ALAT BANTU PEMBELAJARAN :

a. Penuntun Belajar untuk anamnesa pada kunjungan antenatal pertama.

b. Penuntun Belajar untuk pemeriksaan fisik pada kunjungan antenatal pertama.

c. Stetoskop (monoaural/Laennec dan biaural), pita meteran, termometer, timbangan, reflex Hammer, model anatomik, sarung tangan, kain penutup tubuh, ember untuk cairan dekontaminasi, sabun dan wastafel untuk simulasi mencuci tangan.

d. Kertas, pensil, pena dan kartu ibu.

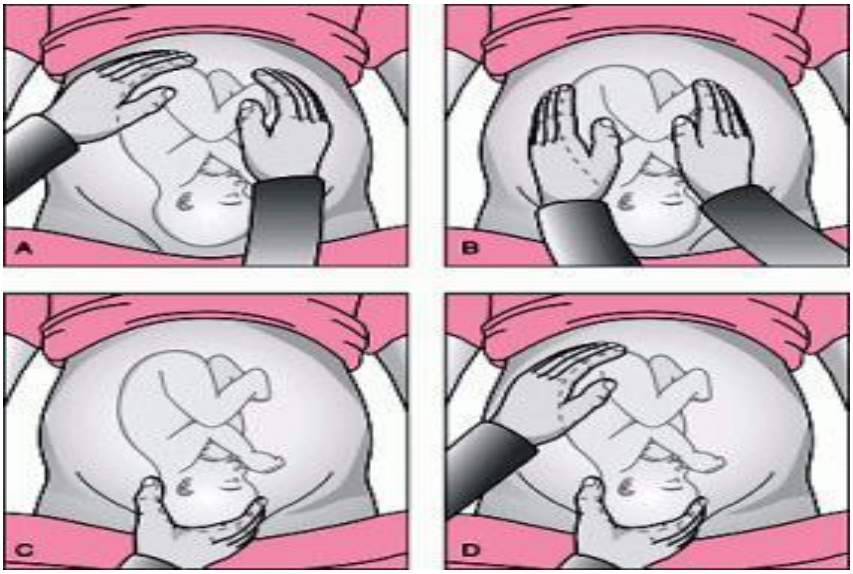
METODE PEMBELAJARAN :

Demonstrasi kompetensi sesuai dengan Penuntun Belajar

A. PEMERIKSAAN FISIK ANTENATAL

Pemeriksaan antenatal meliputi anamnesa dan pemeriksaan fisik. Pada anamnesa harus ditanyakan usia ibu, riwayat hari pertama haid terakhir untuk menentukan usia kehamilan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat penyakit keluarga (seperti adanya riwayat DM pada orang tua penderita), riwayat pemberian TT. Sedangkan pemeriksaan fisik pada pelayanan antenatal meliputi: pengukuran diameter lingkar lengan kiri bagian tengah, berat badan, tinggi badan, ada tidaknya konjungtiva yang anemis, tekanan darah, auskultasi jantung ibu (untuk evaluasi ada tidaknya kelainan katub jantung pada ibu hamil) dan pemeriksaan obstetri yang berupa pemeriksaan leopold serta auskultasi denyut jantung janin. Pada kehamilan enam belas hingga dua puluh pekan, pemeriksaan obstetri yang dapat dilakukan baru palpasi untuk memeriksa adanya *ballotement* dari kepala janin serta auskultasi denyut jantung janin dengan menggunakan *stethoscope laennec* atau *doppler*. Pada usia kehamilan di atas dua puluh empat pekan sudah mulai dpat dilakukan pemeriksaan denga cara palpasi leopold.

Palpasi leopold merupakan suatu teknik pemeriksaan pada ibu hamil dengan cara perabaan pada perut ibu berdasarkan teori yang telah dikembangkan oleh Leopold. Teknik pemeriksaan ini utamanya bertujun untuk menentukan posisi dan letak janin pada uterus, dapat juga berguna untuk memastikan usia kehamilan ibu.



Gambar 1. Pemeriksaan Leopold

1. Pemeriksaan Leopold I

Tujuan: untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu).

Gambar 2. Leopold 1

Teknik:

a. Memposisikan ibu dengan lutut fleksi (kaki ditekuk 45^0 atau lutut bagian dalam diganjal bantal) dan pemeriksa menghadap ke arah ibu.

b. Menengahkan uterus dengan menggunakan kedua tangan dari arah samping umbilical.

c. Kedua tangan meraba fundus kemudian menentukan TFU.

d. Meraba bagian Fundus dengan menggunakan ujung kedua tangan, tentukan bagian janin.

Hasil:

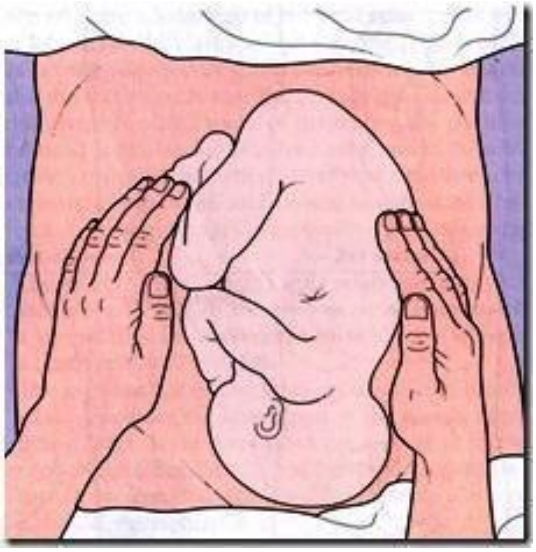
a. Apabila kepala janin teraba di bagian fundus, yang akan teraba adalah keras,bundar dan melenting (seperti mudah digerakkan).

b. Apabila bokong janin teraba di bagian fundus, yang akan terasa adalah lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.

b. Apabila posisi janin melintang pada rahim, maka pada Fundus teraba kosong.

2. Pemeriksaan Leopold II

Tujuan: untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin.



Gambar 3. Leopold 2

Teknik :

a. Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu.

b Meletakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu secara sejajar dan pada ketinggian yang sama mulai dari bagian atas tekan secara bergantian atau bersamaan (simultan) telapak tangan kiri dan kanan kemudian geser ke arah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian-bagian kecil (ekstremitas).

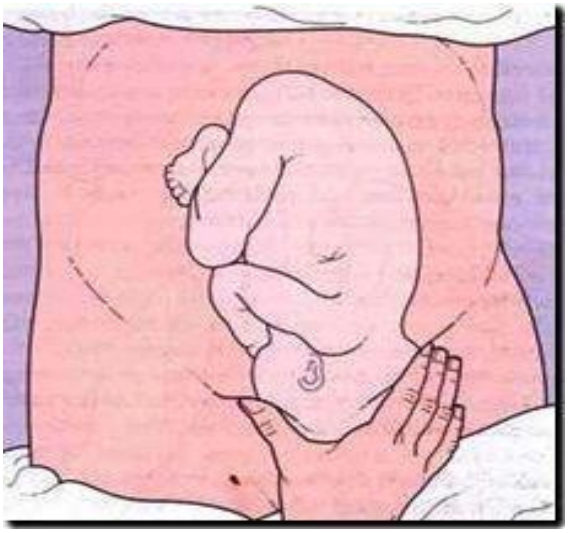
Hasil:

a. Bagian punggung: akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan.

b. Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki): akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif.

3. Pemeriksaan Leopold III

Tujuan: untuk menentukan bagian janin apa (kepala atau bokong) yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta apakah bagian janin tersebut sudah memasuki pintu atas panggul (PAP).



Gambar 4. Leopold III

Teknik:

a. Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu

b. Meletakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan bawah perut ibu, menekan secara lembut dan bersamaan/bergantian untuk mentukan bagian terbawah bayi.

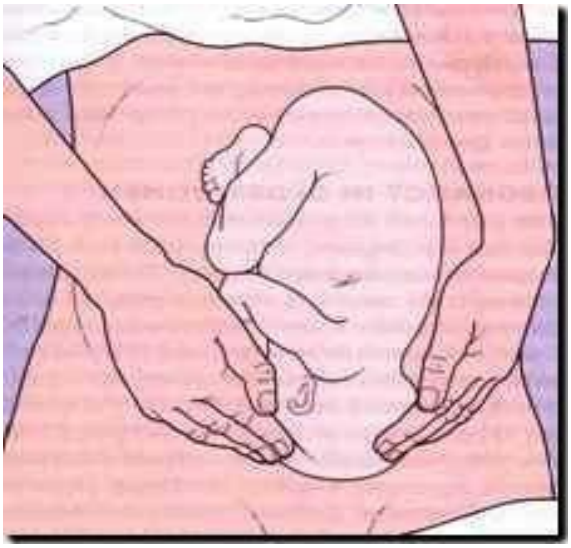
c. Gunakan tangan kanan dengan ibu jari dan keempat jari lainnya kemudian goyang bagian terbawah janin.

Hasil :

Bagian keras,bulat dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong, *Apabila bagian terbawah janin sudah memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang, sudah tidak bisa (seperti ada tahanan).*

4. Pemeriksaan Leopold IV

Tujuan: untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah memasuki pintu atas panggul.



Gambar 5. Leopold IV

Teknik:

a. Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu, dengan posisi kaki ibu lurus.

b. Meletakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis.

c. Menemukan kedua ibu jari kiri dan kanan kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding bawah uterus. Perhatikan sudut yang terbentuk oleh jari-jari: bertemu (konvergen) atau tidak bertemu (divergen).

d. Setelah itu memindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala upayakan memegang bagian kepala di dekat leher dan bila presentasi bokong upayakan untuk memegang pinggang bayi).

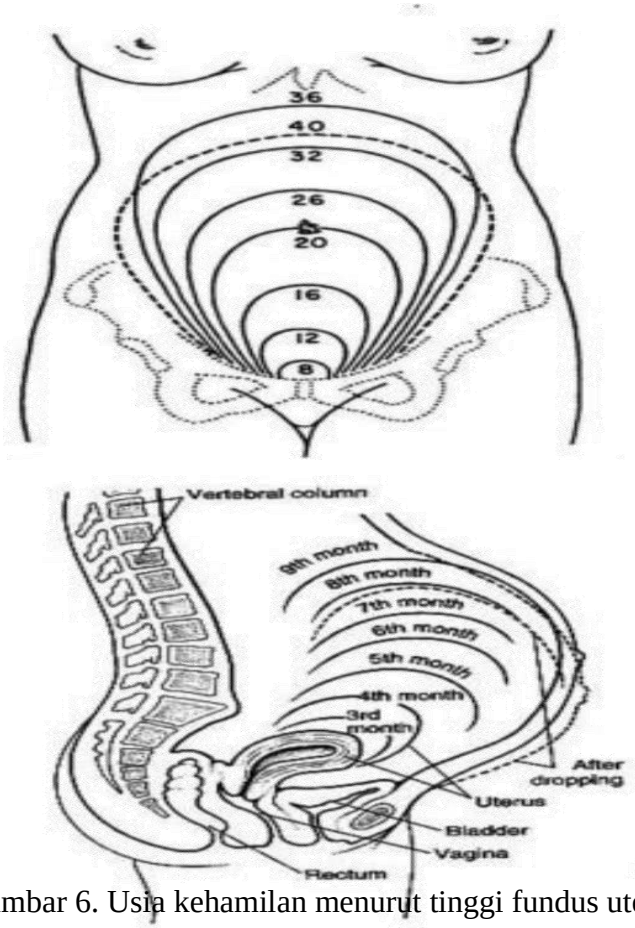
e. Memfiksasi bagian tersebut ke arah pintu atas panggul kemudian meletakkan jari-jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.

Hasil :

Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP).

Penurunan kepala dinilai dengan: 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, bagian terendah kepala belum masuk PAP), 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala yang sudah masuk 4 bagian), dan seterusnya sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP).

B. MENENTUKAN USIA KEHAMILAN BERDASARKAN TINGGI FUNDUS



Gambar 6. Usia kehamilan menurut tinggi fundus uteri

- Pada usia kehamilan 12 minggu, fundus dapat teraba 1-2 jari di atas simpisis.
- Pada usia kehamilan 16 minggu, fundus dapat teraba di antara simpisis dan pusat.
- Pada usia kehamilan 20 minggu, fundus dapat teraba 3 jari di bawah pusat.
- Pada usia kehamilan 24 minggu, fundus dapat teraba tepat di pusat.
- Pada usia kehamilan 28 minggu, fundus dapat teraba 2 jari di atas pusat.
- Pada usia kehamilan 32 minggu, fundus dapat teraba di pertengahan antara Prosesus Xipoideus dan pusat.
- Pada usia kehamilan 36 minggu, fundus dapat teraba 2 jari di bawah Prosesus Xipoideus.
- Pada usia kehamilan 40 minggu, fundus dapat teraba di pertengahan antara Prosesus Xipoideus dan pusat. (Lakukan konfirmasi dengan wawancara dengan pasien untuk membedakan dengan usia kehamilan 32 minggu).

PEMERIKSAAN OBSTETRI

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
# 1. Pengantar	5 menit	Pengantar
# 2. Pentunjuk kerja	30 menit	1. Mengatur posisi duduk mahasiswa 2. Dua orang dosen memberikan contoh bagaimana cara melakukan anamnesa lengkap pada kunjungan antenatal pertama dan pemeriksaan Leopold. Satu orang dosen sebagai dokter dan yang lain sebagai ibu/pasien. Mahasiswa menyimak/mengamati peragaan dengan menggunakan Penuntun Belajar 3. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya dan dosen memberikan penjelasan tentang aspek-aspek yang penting
# 3. Praktek bermain peran dengan Umpan Balik	60 menit	1. Mahasiswa dibagi menjadi pasangan-pasangan. Seorang mentor diperlukan untuk mengamati 3 pasangan. 2. Setiap pasangan berpraktekmelakukan kunjungan Antenatal dan pemeriksaan Leopold (seorang mahasiswa menjadi dokter/penolong dan yang lainnya menjadi ibu/pasien) secara serempak 3. Mentor berkeliling diantaramahasiswa dan melakukan supervisi menggunakan ceklis 4. Mentor memberikan tema khusus umpan balik kepada setiap pasangan
# 4. Curah Pendapat/ Diskusi	15 menit	1. Curah Pendapat/Diskusi : Apa yang dirasakan mudah? Apa yang sulit? Menanyakan bagaimana perasaan mahasiswa yang berperan sebagai ibu. Apa yang dapat dilakukan oleh dokter agar ibu merasa lebih nyaman? 2. Dosen menyimpulkan dengan menjawab pertanyaan terakhir dan memperjelas hal-hal yang masih belum dimengerti
Total waktu	110 menit	

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PEMERIKSAAN ANTENATAL
{Termasuk pemeriksaan palpasi menurut Leopold dan auskultasi monoaural Laenec}
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO.	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
A.	**PERSIAPAN PERTEMUAN**			
1.	Ucapkan salam.			
2.	Dengan sopan , perkenalkan diri anda dan tanyakan identitas ibu (nama,umur,alamat).			
B.	**ANAMNESIS**			
1.	Tanyakan tentang keluhan utama dan menggali riwayat penyakit sekarang, Menanyakan : a. Riwayat kehamilan (GPA), riwayat perkawinan (berapa tahun). b. Riwayat haid, hari pertama haid terakhir (usia kehamilan). c. Riwayat penyakit ibu dan keluarga, riwayat persalinan (kesulitan persalinan yang lalu). d. Riwayat imunisasi TT			
2.	Tentukan usia kehamilan menurut anamnesis haid dan buat taksiran persalinan.			
C.	**PEMERIKSAAN**			
1.	**UMUM**	**1**	**2**	**3**
	a. Keadaan umum.			
	b. Berat badan.			
	c. Tinggi badan			
	d. Diameter lingkar lengan kiri (LiLA)			
	e. Tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu tubuh, pernapasan).			
2.	**KHUSUS**	**1**	**2**	**3**
	a. Jelaskan tentang prosedur pemeriksaan kepada ibu, juga bahwa pemeriksaan ini kadang-kadang menimbulkan perasaan khawatir atau tidak enak tetapi tidak akan membahayakan bayi yang ada didalam kandungan.			
	b. Persilahkan ibu untuk berbaring.			
	c. Tutup paha dan kaki ibu dengan kain yang telah disediakan.			
	d. Cuci tangan pemeriksa dengan sabun, bilas dengan air hangat kemudian keringkan kedua tangan tersebut dengan handuk.			

	e. Pemeriksa berada disisi kanan ibu menghadap bagian lateral kanan.			
	f. Beritahu kepada ibu bahwa pemeriksa akan memulai proses pemeriksaan.			
	g. Leopold 1 : - Atur posisi pemeriksa pada sisi kanan dan menghadap ke bagian kepala ibu.			
	- Letakkan sisi lateral telunjuk kiri pada puncak fundus uteri untuk menentukan tinggi fundus. Perhatikan agar jari tersebut tidak mendorong uterus ke bawah (jika diperlukan, fiksasi uterus bawah dengan meletakkan ibu jari dan telunjuk tangan kanan dibagian lateral depan kanan dan kiri, setinggi tepi atas simfisis). - Angkat jari telunjuk kiri (dan jari-jari yang memfiksasi uterus bawah) kemudian atur posisi pemeriksa sehingga menghadap ke bagian kepala ibu. - Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada fundus uteri dan rasakan bagian bayi yang ada pada bagian tersebut dengan jalan menekan secara lembut dan menggeser telapak tangan kiri dan kanan secara bergantian.			
	Leopold 2 : - Atur posisi pemeriksa pada sisi kanan dan menghadap ke bagian kepala ibu. - Letakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu secara sejajar dan pada ketinggian yang sama. - Mulai dari bagian atas, tekan secara bergantian atau bersamaan (simultan) telapak tangan kiri dan kanan, kemudian geser ke arah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian-bagian kecil (ekstremitas).			
	Leopold 3 : - Atur posisi pemeriksa pada sisi kanan dan menghadap ke bagian kaki ibu. - Letakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan pada dinding lateral kanan bawah perut ibu. - Tekan secara lembut dan bersamaan/bergantian untuk menetukan bagian terbawah bayi (bagian keras, bulat dan hamper homogeny, adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong).			

	Leopold 4 : - Atur posisi pemeriksa pada sisi kanan dan menghadap ke bagian kaki ibu - Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis. - Tentukan kedua ibu jari kiri dan kanan, kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding bawah uterus. - Perhatikan sudut yang dibentuk oleh jari –jari kiri dan kanan (konvergen atau divergen). - Setelah itu, pindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala, upayakan memegang bagian kepala didekat leher dan bila presentasi bokong, upayakan untuk memegang pinggang bayi). - Fiksasikan bagian tersebut ke arah pintu atas panggul kemudian letakkan jari-jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki PAP.			

PEMERIKSAAN AUSKULTASI		**1**	**2**	**3**
1	Angkat kedua tangan dari dinding perut ibu kemudian ambil stetoskop monoaural dengan tangan kiri, kemuadian tempelkan ujungnya pada dinding perut ibu yang sesuai dengan posisi punggung bayi (bagian yang memanjang dan rata).			
2	Tempelkan telinga kiri pemeriksa dan dengarkan bunti jantung bayi (pindahkan titik dengar apabila pada titik pertama bunti jantung tersebut kurang jelas, upayakan untum mendapatkan punctum maximum). *Apabila dinding perut cukup tebal sehingga sulit untuk mendengarkan bunyi jantung bayi, pindahkan ujung stetoskop pada dinding perut yang relative tipis yaitu sekitar 3 cm dibawah perut (sub-umbilikus).*			
3	Dengarkan dan hitung bunyi jantung bayi dalam 60 detik (1 menit) penuh (normal 120-160x/menit).			
4	Letakkan semua peralatan yang telah digunakan pada tempat semula.			
5	Lakukan pemeriksaan tambahan bila diperlukan (laboratorium dan USG) Laboratorium: Hb, GDA, HBsAg, HIV, VDRL, dan UL USG: USG Obstetri Dasar Terbatas			
6	Beritahukan bahwa prosedur pemeriksaan telah selesai, angkat kain penutup dan rapikan kembali pakaian ibu.			
7	Persilahkan ibu untuk duduk kembali dan catat hasil pemeriksaan pada lembar yang telah tersedia didalam status pasien.			
D. PENJELASAN HASIL PEMERIKSAAN				

8	Jelaskan hasil pemeriksaan palpasi dan auskultasi yang meliputi a. Usia kehamilan b. Letak janin (memanjang, melintang, obligh) c. Posisi janin (punggung kiri / kanan, superior / inferior) d. Presentasi (kepala, sungsang, lintang, ganda) e. Kondisi janin (sesuai dengan hasil peemriksaan auskultasi)			
E. RENCANA ASUHAN ANTENATAL				
9	Jelaskan haisl temuan atau penilaian klinis ibu dan kondisi kehamilannya.			
10	Jelaskan tentang rencana asuhan antenatal berkaitan dengan hasil temuan tersebut.			
11	Catat pada buku KIA ibu hamil dan jelaskan tentang langkah atau asuhan lanjutan serta jadwal pemeriksaan ulangan.			
12.	Jelaskan untuk melakukan kunjungan ulang (walaupun diluar jadwal yang telah ditentukan) bila ada keluhan.			
13.	Serahkan kembali buku control ibu hamil dan ucapkan salam.			

ASUHAN PERSALINAN NORMAL

Laboratorium Keterampilan Klinis

FK UBAYA

PANDUAN MEDIK
BLOK KEHAMILAN DAN MASALAH REPRODUKSI
PARTOGRAF

Tujuan Belajar :

Mahasiswa mampu melakukan pengisian partograf.

A. PENGERTIAN

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan.

Tujuan utama penggunaan partograf:

- Mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan.
- Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Partograf harus digunakan:

1. Untuk semua ibu dalam kala I fase aktif (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di tempat terpisah seperti di buku KIA ibu hamil atau rekam medik).
2. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll).
3. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

Kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf :

1. DJJ tiap 30 menit.
2. Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit.
3. Nadi tiap 30 menit.
4. Pembukaan serviks tiap 4 jam.
5. Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam.
6. Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam.
7. Urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam.

Partograf tidak boleh dipergunakan pada kasus :

1. Wanita pendek, tinggi kurang dari 145 cm.
2. Perdarahan antepartum.
3. Pre-eklampsia – eklampsia.
4. Persalinan prematur.

5. Bekas sectio sesarea.
6. Kehamilan ganda.
7. Kelainan letak janin.
8. Fetal distress.
9. Dugaan distosia karena panggul sempit.
10. Kehamilan dengan hidramnion.
11. Ketuban pecah dini.
12. Persalinan dengan induksi.

B. KALA PERSALINAN

Kala I adalah saat mulainya persalinan sesungguhnya sampai pembukaan lengkap.

Kala II adalah saat dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi.

Kala III adalah saat lahirnya bayi sampai keluarnya plasenta.

Kala IV adalah saat keluarnya plasenta sampai keadaan ibu post partum menjadi stabil.

1. Fase-Fase dalam Kala I Persalinan

a. Fase laten persalinan: pembukaan serviks kurang dari 4 cm.

b. Fase aktif persalinan: pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm.

Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat direkam atau dicatat secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau pada buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) bagian ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan.

<u>Kondisi ibu dan janin juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu :</u>

- Denyut jantung janin: setiap ½ jam.
- Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap ½ jam.
- Nadi: setiap ½ jam.
- Pembukaan serviks: setiap 4 jam.
- Penurunan: setiap 4 jam.
- Tekanan darah dan temperatur tubuh: setiap 4 jam.
- Produksi urin, aseton dan protein: setiap 2-4 jam.

<u>Pencatatan kondisi ibu dan janin meliputi :</u>

a. Informasi tentang ibu

- Nama, umur.
- Gravida, para, abortus.
- Nomor catatan medis/nomor puskesmas.

- Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)..

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai "jam") dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Tidak kalah penting, catat waktu terjadinya pecah ketuban.

b. Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin.Yang diamati dari kondisi bayi adalah DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

- DJJ

Menilai dan mencatat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus.

Kisaran normal *DJJ 110-160 x/menit*.

- Warna dan adanya air ketuban

Menilai air ketuban dilakukan bersamaan dengan periksa dalam. Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban telah pecah. Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya:

U : selaput ketuban utuh (belum pecah).

J : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih.

M : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah.

K : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi).

Mekonium dalam air ketuban tidak selalu berarti gawat janin. Merupakan indikasi gawat janin jika juga disertai DJJ di luar rentang nilai normal.

- Penyusupan (molase) tulang kepala

Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposi kepal panggul. Lambang yang digunakan:

- tulang –tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi.
- tulang-tulang kepa janin sudah saling bersentuhan.
- tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.
- tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

c. Kemajuan persalinan

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalinan yang meliputi : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada dan garis bertindak dan waktu.

- Pembukaan serviks

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks.Menggunakan tanda X pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus.

- Penurunan bagian terbawah Janin

Tulisan "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "●" pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus. Contoh:

Jam 17.00 penurunan kepala 3/5

Jam 21.00 penurunan kepala 1/5

Kemudian hubungkan kedua tanda "●" dengan garis tidak terputus Garis waspada.

Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka waspadai kemungkinan adanya penyulit persalianan. Jika persalinan telah berada di sebelah kanan garis bertindak yang sejajar dengan garis waspada maka perlu segera dilakukan tindakan penyelesaian persalianan. Siapkan untuk dirujuk.

- Jam dan Waktu

Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktuall saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinan diberi angka 1-16, setiap kotak: 1 jam yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung. Waktu aktual saat pemeriksaan merupakan kotak kosong di bawahnya yang harus diisi dengan waktu yang sebenarnya saat kita melakukan pemeriksaan.

d. Kolom ketiga berisi kontraksi uterus.

- Kontraksi Uterus

Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontaksi dalam 10 menit. Misal jika dalam 10 menit ada 3 kontraksi yang lamanya 20 setik maka arsirlah angka tiga kebawah dengan warna arsiran yang sesuai untuk menggambarkan kontraksi 20 detik (arsiran paling muda warnanya).

e. Kolom keempat berisi :

- Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

- Kondisi Ibu

Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↕ pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.

- Volume urine, protein dan aseton Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

f. Data lain yang darus dilengkapi dari partograf adalah :

- Data atau informasi umum
- Kala I
- Kala II
- kala III
- kala IV
- bayi baru lahir

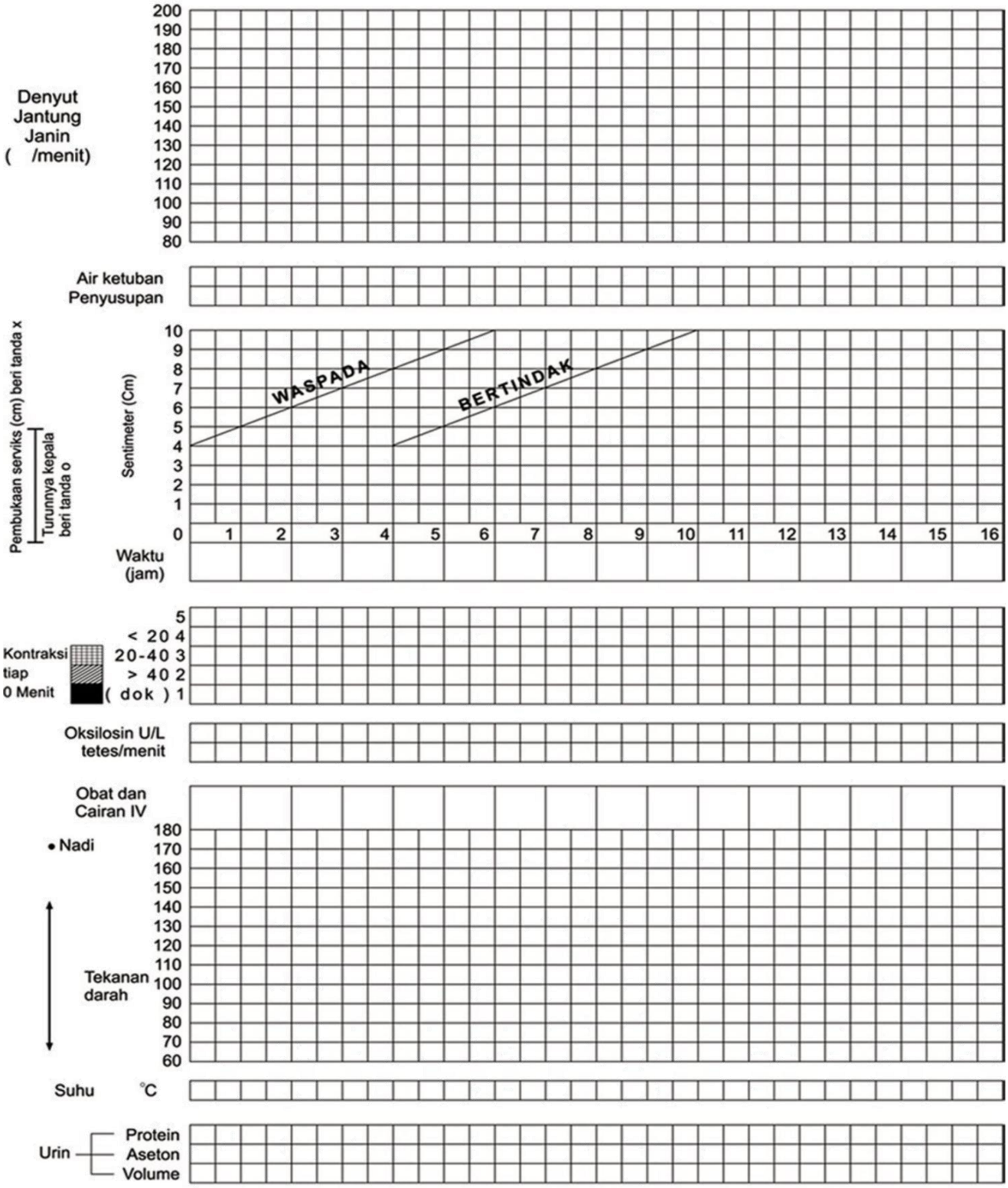
Diisi dengan tanda centang (√) dan diisi titik yang disediakan. Lihat contoh pengisian partograf.

PARTOGRAF

No. Register ☐☐☐☐☐☐☐ Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____

No. Puskesmas ☐☐☐☐☐☐☐ Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____

Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____ _____



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : .....
2. Nama bidan : .....
3. Tempat Persalinan :
   ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
   ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
   ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya : .....
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk: .....
7. Tempat rujukan: .....
8. Pendamping pada saat merujuk :
   ☐ Bidan ☐ Teman
   ☐ Suami ☐ Dukun
   ☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan : .....
    .....
11. Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
    .....
12. Hasilnya : .....

KALA II

13. Episiotomi :
    ☐ Ya, Indikasi .....
    ☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
    ☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
    ☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
    ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☐ Tidak
16. Distosia bahu :
    ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
    .....
19. Hasilnya : .....

KALA III

20. Lama kala III : .....menit
21. Pemberian Olsitosin 10 U im ?
    ☐ Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan
    ☐ Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
    ☐ Ya, alasan .....
    ☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
    ☐ Ya,
    ☐ Tidak, alasan .....
24. Masase fundus uteri ?
    ☐ Ya.
    ☐ Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
    Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
    a. .....
    b. .....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
    ☐ Ya, tindakan :
    a. .....
    b. .....
    c. .....
27. Laserasi :
    ☐ Ya, dimana .....
    ☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
    Tindakan :
    ☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    ☐ Tidak dijahit, alasan .....
29. Atoni uteri :
    ☐ Ya, tindakan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ..... ml
31. Masalah lain, sebutkan .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
    .....
33. Hasilnya : .....

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan .....gram
35. Panjang ..... cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
    ☐ Normal, tindakan :
    ☐ mengeringkan
    ☐ menghangatkan
    ☐ rangsang taktil
    ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    ☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :
    ☐ mengeringkan☐ bebaskan jalan napas
    ☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
    ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    ☐ lain - lain sebutkan .....
    ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
    ☐ Hipotermi, tindakan :
    a. .....
    b. .....
    c. .....
39. Pemberian ASI
    ☐ Ya, waktu : .....jam setelah bayi lahir
    ☐ Tidak, alasan .....
40. Masalah lain,sebutkan : .....
    Hasilnya : .....

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV : .....
Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
Hasilnya : .....

KAB / KOTA ..... Kec. / Puskesmas : ..... / .....

• Semua Ibu Hamil Mempunyai Risiko

• Kehamilan Risiko Rendah (KRR)
Ibu Hamil Tanpa Masalah

• Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)
Ibu Hamil dengan Masalah / Faktor Risiko Tunggal / Ganda

• Semua Persalinan : KRR, KRT dan KRST dapat terjadi komplikasi

Kel. FR. I Ada Potensi Risiko / Potensi Gawat

1. Terlalu muda, hamil Pertama umur 16 Th. Atau kurang
PRIMI MUDA
Skor : 4

2a. Terlalu lambat hamil I setelah kawin 4 tahun lebih
PRIMI TUA
Skor : 4

2b. Terlalu tua, hamil pertama umur 35 Th. Ke atas
PRIMI TUA
Skor : 4

3. Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2th
ANAK TERKECIL < 2 TH
Skor : 4

4. Terlalu lama punya anak lagi, terkecil 10 th lebih
PRIMI TUA SEKUNDER
Skor : 4

5. Terlalu banyak punya anak 4 atau lebih
GRANDE MULTI
Skor : 4

6. Terlalu Tua, hamil umur 35 th atau lebih
UMUR 35 TH / LEBIH
Skor : 4

7. Terlalu pendek : - Hamil pertama Hamil kedua atau lebih belum pernah melahirkan normal, cukup bulan hidup.
TINGGI BADAN 145 CM ATAU KURANG
Skor : 4

8. Pernah gagal kehamilan Hamil ke-II yang I Gagal, hamil ke-III atau Lebih gagal 2 kali / Terakhir lahir mati
RIWAYAT OBSTETRIK JELEK
Skor : 4

9a. Pernah melahirkan dengan Tarikan Tang / Vakum
Skor : 4

9b. Pernah melahirkan dengan
- Uri dirogoh / Uri Manuil
- Perdarahan pp diberi infus
Skor : 4

10. Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum ini
BEKAS OPERASI SESAR
Skor : 8

Kel. FR. II Ada Risiko / Ada Gawat / ada Tanda bahaya

11a. ANEMIA
Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu
Skor : 4

11b. MALARIA
Panas tinggi menggigil, keluar keringat, sakit kepala, muntah-muntah
Skor : 4

11c. TUBERKULOSA PARU
Batuk lama tidak sembuh-2 batuk darah, badan lemas, kurus
Skor : 4

12. KERACUNAN KEHAMILAN PRE-EKLAMPSIA
Bengkak pada Muka dan Tungkai; Tekanan Darah Tinggi, Albumin terdapat dalam air seni
Skor : 4

13. HAMIL KEMBAR
Perut ibu sangat membesar, Gerakan anak terasa di banyak tempat
Skor : 4

14. HYDRAMNION/ KEMBAR AIR
Perut Ibu sangat membesar, Gerakan dari anak tidak begitu terasa
Skor : 4

15. JANIN MATI DLM KANDUNGAN
Ibu Hamil tidak merasa gerakan anak lagi
Skor : 4

16. HAMIL LEBIH BULAN (POST DATE / SEROTINUS)
Ibu Hamil 9 bulan lebih 2 minggu belum melahirkan
Skor : 4

17. LETAK SUNGSANG
Skor : 8

18. LETAK LINTANG
Skor : 8

Kel. FR. III. : Ada Gawat Darurat

19. PERDARAHAN
Skor : 8
Mengeluarkan darah pada waktu hamil ini

20. EKLAMPSIA
Skor : 8
Terjadi kejang-kejang pada hamil 7 bulan lebih pada ibu dengan keracunan kehamilan

PUSAT SAFE MOTHERHOOD
RSUD Dr. SOETOMO / FK. UNAIR SURABAYA

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : ..... Umur Ibu : ..... Th.

Hamil ke ..... Haid Terakhir tgl : ..... Perkiraan Persalinan tgl : ..... bl

Pendidikan : Ibu ..... Suami .....

Pekerjaan : Ibu ..... Suami .....

I	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	Tribulan II	Tribulan III.1	Tribulan III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Peyakit jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENO LONG	RUJUKAN		
						RDR	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6 – 10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKMPS	BIDAN DOKTER			
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Kematian Ibu dalam kehamilan 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : ..... / ..... / .....

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
1. Rujukan Diri Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)
2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
3. Rujukan Terlambat (RTlt)

Gawat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II
1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....

Gawat Darurat Obstetrik :
- Kel. Faktor Risiko III
  1. Perdarahan antepartum
  2. Eklampsia
- Komplikasi Obstetrik
  3. Perdarahan postpartum
  4. Uri Tertinggal
  5. Persalinan Lama
  6. Panas Tinggi

TEMPAT :
1. Rumah Ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

PENOLONG :
1. Dukun
2. Bidan
3. Dokter
4. Lain-2

MACAM PERSALINAN :
1. Normal
2. Tindakan pervaginam
3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :
1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
   a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
   c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 .....

BAYI :
1. Berat lahir : ..... gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Apgar Skor : .....
3. Lahir mati, penyebab .....
4. Mati kemudian, umur ..... hr, penyebab .....
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada .....

TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain-2 .....

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab .....
Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya, ... / Sterilisasi ..... 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan : .....

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST ASUHAN PERSALINAN NORMAL
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO.	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
MENGEALI GEJALA & TANDA KALA II				
1	Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala II : - Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran. - Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. - Perineum tampak menonjol. - Vulva dan sfingter ani membuka.			
MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN		**1**	**2**	**3**
2	Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.			
3	Pakai celemek.			
4	Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.			
5	Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.			
6	Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sraung tangan DTT dan steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada spuit).			
MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN BAIK		**1**	**2**	**3**
7	Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi dengan air DTT. - Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia. - Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam larutan klorin 0,5 %).			
8	Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.			

9	Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan 0,5 %, kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5 % selama 10 meit. Lepaskan hadscoon secara terbalik kemudian cuci tangan.			
10	Periksa DJJ setelah kontraksi saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa dJJ dalam batas normal (120-160x/menit). - Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidaka normal. - Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil penilaian serta suhan lainnya pada partograf.			
Menyiapkan ibu & keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran		**1**	**2**	**3**
11	Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. - Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada - Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar .			
12	Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).			
13	Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan untuk meneran : - Bimbing ibu agar dapat meneran secara baik dan efektif. - Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai. - Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (selain nyaman berbaring terlentang dalam waktu yang lama). - Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi. - Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu. - Berikan cukup asupan per-oral (minum). - Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai. - Segera rujuk bila bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah meneran 120 menit (2 jam) (pada primigravida), atau 60 menit (1 jam) meneran (pada multigravida).			
14	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.			
PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI		**1**	**2**	**3**
15	Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu sejak kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.			
16	Letakkan kain bersih yang telah dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.			

17	Buka tutup partus set da perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.			
18	Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.			
MENOLONG KELAHIRAN BAYI		**1**	**2**	**3**

Lahirnya Kepala				
19	Setelah **pembukaan lengkap (10 cm)** dan tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva (*crowning*), **tangan kiri menahan defleksi kepala** dan **tangan kanan menahan perineum** agar tidak robek. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.			
20	Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi - Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. - Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat da potong di antara dua klem tersebut.			
21	Tunggu kepala bayi melakukan **putaran paksi luar secara spontan**.			
Lahirnya Bahu		**1**	**2**	**3**
22	Setelah kepala melakukan **putaran paksi luar,** pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut **gerakkan kepala ke arah bawah** dan distal hingga **bahu depan** muncul di bawah arkus pubis dan kemudian **gerakkan arah atas** dan distal untuk melahirkan **bahu belakang**. Ini dilakukan untuk mencegah robekan perineum total.			
Lahirnya Badan dan Tungkai		**1**	**2**	**3**
23	Setelah kedua bahu lahir, geser perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dna siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.			
24	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (Masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masinng-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).			
PENANGANAN BAYI BARU LAHIR		**1**	**2**	**3**
25	Bersihkan area mulut dan hidung bayi. Lakukan penghisapan lendir di hidung dan mulutnya. Lalu lakukan penilaian (selintas) : - Apakah bayi menangis keras dan atau bernapas tanpa kesulitan ? - Apakah bayi bergerak dengan aktif ? Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, lakukan langka resusitasi (lanjut ke lagkah resusitasi pada asfiksia bayi di atas perut ibu).			

26	Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.			
27	Periksa uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).			
28	Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.			
29	Dalam wkatu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit 1M (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).			
30	Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.			
31	Pemotongan dan pengikatan tali pusat.			
	- Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. - Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya. - Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.			
32	Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/peut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting. Biarkan bayi bergerak mendekati puting ibu agar terlaksana proses inisiasi menyusui dini **(IMD)**.			
33	Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat, pasang topi di kepala bayi.			
MANAJEMEN AKTIF KALA III		**1**	**2**	**3**
34	Pindahkan klem dari tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva..			
35	Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.			
36	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversiouteri) - Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. - Jika uterus tidak berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.			

37	Lakukan penegangandan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial). - Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta - Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat : 1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM. 2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh. 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan. 4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berkiutnya. 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau jika terjadi pendarahan, segera lakukan plasenta manual.			
38	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selput ketuban terpilinm kemudiakan lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. - Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.			
Rangsangan Taktil (Masase) Uterus		**1**	**2**	**3**

39	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). - Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.			
MENILAI PERDARAHAN		**1**	**2**	**3**
40	Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkn plasenta ke dalam karung plastik atau tempat khusus.			
41	Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. - Bila ada robekan, lakukan penjahitan.			
MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN		**1**	**2**	**3**
42	Patikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.			
43	Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. - Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini (IMD) dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama berlangsung sekitar 10-15 menit. - Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi telah berhasil menyusu.			
44	Setelah 1 jam lakukan penimbangan, pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg IM di paha kiri anteroleteral.			

45	Seteah 1 jam pemberian Vit.K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral. - Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan. - Letakkan kembali nbayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu alam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.			
Evaluasi		**1**	**2**	**3**
46	Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mengevaluasi perdarahan pervaginan - 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan. - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan. - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan. - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan penatalaksanaan.			
47	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus&menilai kontraksi.			
48	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.			
49	Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. - Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pasca persalinan. - Melakukan tindakan yang sesuai utuk temuan yang tidak normal.			
50	Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).			

KEBERSIHAN DAN KEAMANAN		**1**	**2**	**3**
51	Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dikontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.			
52	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.			
53	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.			
54	Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.			
55	Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %.			
56	Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % balikkan bagian dalam ke luar (lepas secara terbalik) dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.			
57	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.			
Dokumentasi		**1**	**2**	**3**
58	Lengkapi partograf (halaman depan san belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.			

PEMERIKSAAN GINEKOLOGI

Laboratorium Keterampilan Klinis
FK UBAYA

PEMERIKSAAN GINEKOLOGI

PENGERTIAN

Pemeriksaan ginekologi adalah suatu prosedur klinik yang dilakukan secara bimanual untuk menentukan atau mengetahui kondisi organ genitalia wanita, berkaitan dengan upaya pengenalan atau penentuan ada tidaknya kelainan pada bagian tersebut. Pemeriksaan ini merupakan rangkaian dari suatu prosedur pemeriksaan yang lengkap sehingga hasil pemeriksaan ini terfokus pada tampilan genitalia eksterna dan upaya untuk mengetahui arah, besar, konsistensi uterus dan serviks, kondisi adneksa, parametrium dan organ-organ disekitar genitalia interna (rongga pelvik).

INDIKASI

- Pemeriksaan bentuk, arah, besar, dan konsistensi uterus.
- Pemeriksaan adneksa dan parametrium.
- Pemeriksaan ballotemen.
- Konfirmasi kehamilan intra atau ekstra uterin.
- Konfirmasi peradangaan atau infeksi.
- Pemeriksaan flour albus, perdarahan, tumor pelvik

PEMERIKSAAN GINEKOLOGI

(Pemasangan spekulum vagina dan Pemeriksaan bimanual)

TUJUAN PEMBELAJARAN :

Pada akhir pembelajaran ini, mahasiswa akan mampu untuk :

- Melakukan pemasangan spekulum vagina dengan benar dan aman.
- Melakukan pemeriksaan bimanual dengan benar.
- Menerapkan kaidah Islam dalam pemeriksaan ginekologi.
-

MEDIA DAN ALAT BANTU PEMBELAJARAN :

- Penuntun Belajar untuk pemasangan spekulum vagina.
- Penuntun Belajar untuk pemeriksaan bimanual.

- Kapas dan larutan antiseptik, spekulum cocor bebek (*Grave's speculum*), meja instrumen, lampu sorot, sarung tangan, sabun dan wastafel/air bersih untuk cuci tangan, handuk bersih dan kering.
- Kertas, pensil dan kartu ibu.

METODE PEMBELAJARAN :

Demonstrasi kompetensi sesuai dengan penuntun belajar

PEMERIKSAAN GINEKOLOGI

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	Pengantar
2. Bermain Peran Tanya & Jawab	35 menit	1. Mengatur posisi duduk mahasiswa, 2. Dua orang dosen memberikan contoh bagaimana cara melakukan Pemeriksaan Ginekologi mengguna-kan Spekulum vagina dan peme-riksaan Bimanual.Satu orang dosen sebagai penolong dan yang lain sebagai ibu/pasien. Mahasiswa me-nyimak/mengamati peragaan de-ngan menggunakan Penuntun Be-lajar, 3. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untukbertanya dan dosen memberikan penjelasan tentang aspek-aspek yang penting
3. Praktek bermain peran dengan Umpan Balik	60 menit	1. Mahasiswa dibagi menjadi pasang-an-pasangan. Seorang mentor diper-lukan untuk mengamati 3 pasangan. 2. Setiap pasangan berpraktek melaku-kan kunjungan (seorang mahasiswa menjadi penolong dan yang lainnya menjadi ibu/pasien) secara serempak 3. Mentor berkeliling diantara maha-siswa dan melakukan supervisi menggunakan ceklis 4. Mentor memberikan tema khusus umpan balik kepada setiap pasangan

4. Curah Pendapat/ Diskusi	10 menit	1. Curah Pendapat/Diskusi : Apa yang dirasakan mudah? Apa yang sulit? Menanyakan bagaimana perasaan mahasiswa yang berperan sebagai ibu. Apa yang dapat dilakukan oleh bidan agar ibu merasa lebih nyaman? 2. Dosen menyimpulkan dengan menjawab pertanyaan terakhir dan
		memperjelas hal-hal yang masih belum dimengerti
Total waktu	110 menit	

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PEMERIKSAAN GINEKOLOGI
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO.	LANGKAH KLINIK	NILA I		
A. PERSETUJUAN PEMERIKSAAN		**1**	**2**	**3**
1.	Ucapakan Salam.			
2.	Jelaskan tentang prosedur pemeriksaan.			
3.	Jelaskan tentang tujuan pemeriksaan.			
4.	Jelaskan bahwa proses pemeriksaan mungkin akan menimbulkan perasaan khawatir atau kurang menyenangkan tetapi pemeriksa berusaha menghindarkan hal tersebut.			
5.	Pastikan bahwa pasien telah mengerti prosedur dan tujuan Pemeriksaan.			
6.	Mintakan persetujuan lisan untuk melakukan pemeriksaan.			
B. PERSIAPAN		**1**	**2**	**3**
1.	**PASIEN**			
	• Kapas dan larutan antiseptik.			
	• Tampon tang.			
	• Spekulum cocor bebek (Grave's speculum).			

	• Meja instrumen.			
	• Ranjang ginekologi dengan penopang kaki.			
	• Lampu sorot.			
2.	**PEMERIKSA**			
	• Sarung tangan DTT.			
	• Apron dan baju periksa.			
	• Sabun dan air bersih.			
	• Handuk bersih dan kering.			
C. MEMPERSIAPKAN PASIEN		**1**	**2**	**3**
1.	Minta pasien untuk mengosongkan kandung kemih dan melepas pakaian dalam.			
2.	Persilahkan pasien untuk berbaring di ranjang ginekologi.			
3.	Atur pasien pada posisi litotomi.			
4.	Hidupkan lampu sorot, arahkan dengan benar pada bagian yang akan diperiksa.			
D. MEMAKAI SARUNG TANGAN		**1**	**2**	**3**
1.	Cuci tangan kemudian keringkan dengan handuk bersih.			
2.	Buka lipatan sarung tangan, ambil sarung tangan dengan ibu jari dan telunjuk tangan kanan pada bagian sebelah dalam kemudian pasang sesuai dengan jari-jari tangan kiri. Tarik pangkat/gelang sarung tangan untuk mengencangkannya.			
3.	Ambil sarung tangan kanan dengan tangan kiri (yang telah menggunakan sarung tangan) dengan menyelipkan jari-jari tangan kiri dibawah lipatan sarung tangan, kemudian tahan pangkal sarung tangan tersebut dengan ibu jari tangan kiri.			
4.	Pasang sarung tersebut pada tangan kanan, sesuaikan dengan alur masing-masing jari tangan, kemudian kencangkan dengan cara menarik pangkal/gekang sarung tangan			
E. PEMERIKSAAN		**1**	**2**	**3**
1	Duduklah pada kursi yang telah disediakan, menghadap ke aspekus genitalis penderita.			
2	Ambil kapas, basahi dengan larutan antiseptik kemudian usapkan pada daerah vagina, vulva dan perineum.			
3	Lakukan **periksa pandang** (inspeksi) pada daerah **vulva** dan **perineum**			
4	Buka celah antara kedua labium mayus, perhatikan **muara uretra** dan **introitus** (bila kandung kemih belum dikosongkan, lakukan pemasangan kateter untuk mengeluarkan air kemih)			
5	Raba dan telusuri **labium mayus kanan dan kiri** (terutama dibagian **kelenjar Bartolin**) dengan ibu jari dan ujung telunjuk (perhatikan dan catat kelainan-kelainan yang ditemukan).			

6	Ambil spekulum dengan tangan kanan, masukkan ujung telunjuk kiri pada introitus (agar terbuka), masukkan ujung spekulum dengan arah sejajar introitus (yakinkan bahwa tidak ada bagian yang terjepit) lalu dorong bilah ke dalam lumen vagina.			
7	Setelah masuk setengah panjang bilah, putar spekulum 90º hingga tangkainya ke arah bawah. - Atur bilah atas dan bawah dengan membuka kunci pengatur bilah atas bawah (hingga masing-masing bila menyentuh dinding atas dan bawah vagina).			
8	Tekan pengungkit bilah sehingga lumen vagina dan serviks tampak jelas (**perhatikan** ukuran dan warna porsio, dinding dan sekret vagina atau forniks).			
9	Setelah periksa pandang selesai, lepaskan pengungkit dan pengatur jarak bilah, kemudian keluarkan spekulum.			
10	Letakkan spekulum pada tempat yang telah disediakan			
11	Berdirilah untuk melakukan tuse vaginal, buka labium mayus kiri dan kanan dengan ibu jari dan telunjuk tangan kiri, masukkan jari telunjuk dan tengah tangan kanan ke dalam vagina (*vaginal toucher*).			
12	Letakkan ujung-ujung jari tangan kiri pada suprasimfisis, tentukan tinggi fundus uteri (apabila besar kandungan memungkinkan untuk diraba dari luar).			

	- Tangan dalam memeriksa **dinding vagina**, kemudian secara bimanual tentukan **besar uterus, konsistensi dan arahnya**. Periksa **konsistensi serviks** dan **keadaan parametrium.** - indahkan jari-jari tangan luar dan dalam ke bagian **isthmus** (tentukan apakah ada **tanda Hegar,** dengan mencoba untuk mempertemukan kedua ujung jari tangan luar dan dalam).			
13	Tangan kiri menahan uterus pada bagian suprasimfisis, keluarkan jari tengah dan telunjuk tangan kanan.			
14	Angkat tangan kiri dari dinding perut, **usapkan larutan antiseptic** pada bekas sekret/cairan di dinding perut dan sekitar vulva/perineum.			
15	Beritahu ibu bahwa pemeriksaan sudah selesai dan persilahkan ibu untuk mengambil tempat duduk.			
F. PENCEGAHAN INFEKSI		**1**	**2**	**3**
1	Kumpulkan semua **peralatan** yang telah dipergunakan kemudian masukkan dalam wadah yang berisi **larutan klorin 0,5%** selama **10** menit.			
2	Masukkan **sampah** bahan habis pakai pada tempat yang telah disediakan (tempat sampah medis). Seka bagian-bagian yang dicemari sekret/cairan tubuh dengan **larutan klorin 0,5%**.			

3	**Masukkan tangan ke dalam lauratan klorin 0,5%**, bersihkan dari sekret/cairan tubuh, kemudian lepaskan sarung tangan secara terbalik dan **rendam** dalam larutan tersebut **selama 10 menit**.			
4	**Cuci tangan** dengan sabun dan air mengalir.			
5	**Keringkan dengan handuk yang bersih**			
G. PENJELASAN HASIL PEMERIKSAAN		**1**	**2**	**3**
1	Jelaskan pada pasien tentang **hasil pemeriksaan**			
2	Jelaskan tentang **diagnosis** dan **rencana pengobatan**			
3	Pastikan pasien mengerti apa yang telah dijelaskan			
4	**Minta persetujuan tertulis** (apabila akan dilakukan pemeriksaan atau tindakan lanjutan).			
5	Persilahkan ibu ke ruang tunggu (apabila pemeriksaan selesai) atau			
	ke ruang tindakan (untuk proses/tindakan lanjutan).			

TEKNIK EPISIOTOMI DAN JAHITAN PERINEUM

Laboratorium Keterampilan Klinis
FK UBAYA

EPISIOTOMI, ROBEKAN PERINEUM & PENJAHITAN JALAN LAHIR

Episiotomi atau perineotomi adalah insisi perineum untuk memperlebar ruang pada jalan lahir yang menyebabkan terpotongnya selaput lender vagina, cincin selaput dara, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum, sehingga memudahkan kelahiran anak.

Sayatan episiotomi umumnya menggunakan gunting khusus, tetapi dapat juga sayatan dilakukan dengan pisau. Berdasarkan lokasi sayatan maka dikenal 4 jenis episiotomi yaitu episiotomi medialis, episiotomi mediolateralis, episiotomi lateralis, dan insisi Schuchardt. Prinsip tindakan episiotomi adalah pencegahan kerusakan yang lebih hebat pada jaringan lunak akibat daya regang yang melebihi kapasitas adaptasi atau elastisitas jaringan tersebut. Oleh sebab itu, pertimbangan untuk melakukan episiotomi harus mengacu pada pertimbangan klinik yang tepat dan tehnik yang paling sesuai dengan kondisi yang sedang dihadapi. Yang perlu diperhatikan, sebelum dilakukan tindakan episiotomi, harus didahului dengan pemberian **injeksi anastesi lokal** pada bagian perineum yang akan digunting. Selain itu, tindakan ini sebaiknya dilakukan **bersamaan dengan saat terjadinya his** agar nyerinya tidak terlalu dirasakan ibu.

Indikasi

Indikasi untuk melakukan episiotomi dapat timbul dari pihak ibu maupun pihak janin.

a. Indikasi Janin :

- Sewaktu melahirkan janin prematur. Tujuannya untuk mencegah terjadinya trauma yang berlebihan pada kepala janin.
- Sewaktu melahirkan janin sungsang, melahirkan janin dengan cunam, ekstraksi vakum, janin besar, posisi abnormal atau fetal distress.

b. Indikasi Ibu :

- Profilaktik untuk melindungi integritas dasar panggul (mencegah robekan perineum grade IV).
- Terdapat halangan kemajuan persalinan akibat perineum kaku, juga untuk menghindari robekan yang tidak teratur (termasuk robekan yang melebar ke rectum).

Kontraindikasi

Kontra indikasi episiotomi antara lain adalah:

- Bila persalinan tidak berlangsung pervaginam.

- Bila terdapat kondisi untuk terjadinya perdarahan yang banyak seperti penyakit kelainan darah maupun terdapatnya varises yang luas pada vulva dan vagina.

A. Jenis Episiotomi

Sayatan episiotomi umumnya menggunakan gunting khusus, tetapi dapat juga sayatan dilakukan dengan pisau. Berdasarkan lokasi sayatan maka dikenal 4 jenis episiotomi yaitu:

1. Episiotomi medialis.

Sayatan dimulai pada garis tengah komissura posterior lurus ke bawah tetapi tidak sampai mengenai serabut sfingter ani.

a. Keuntungan dari episiotomi medialis ini adalah:

- Perdarahan yang timbul dari luka episiotomi lebih sedikit oleh karena merupakan daerah yang relatif sedikit mengandung pembuluh darah.
- Sayatan bersifat simetris dan anatomis sehingga penjahitan kembali lebih mudah dan penyembuhan lebih memuaskan.

b. Kerugiannya adalah dapat terjadi ruptur perinei tingkat III inkomplet (laserasi m.sfingter ani) atau komplet (laserasi dinding rektum).

c. Prosedur :

Dimulai dari ujung terbawah introitus vagina sampai batas atas otot-otot sfingter ani. Cara anestesi yang dipakai adalah cara anestesi infiltrasi antara lain dengan larutan procaine 1-2%. Setelah pemberian anestesi, dilakukan insisi dengan mempergunakan gunting yang tajam dimulai dari bagian terbawah introitus vagina menuju anus, tetapi tidak sampai memotong pinggir atas sfingter ani, hingga kepala dapat dilahirkan.

2. Episiotomi mediolateralis

Sayatan disini dimulai dari bagian belakang introitus vagina menuju ke arah belakang dan samping. Arah sayatan dapat dilakukan ke arah kanan ataupun kiri, tergantung pada kebiasaan orang yang melakukannya. Panjang sayatan kira-kira 4 cm. Sayatan disini sengaja dilakukan menjauhi otot sfingter ani untuk mencegah ruptura perinei tingkat III. Perdarahan luka lebih banyak oleh karena melibatkan daerah yang banyak pembuluh darahnya. Otot-otot perineum terpotong sehingga penjahitan luka lebih sukar. Penjahitan dilakukan sedemikian rupa sehingga setelah penjahitan selesai hasilnya harus simetris.

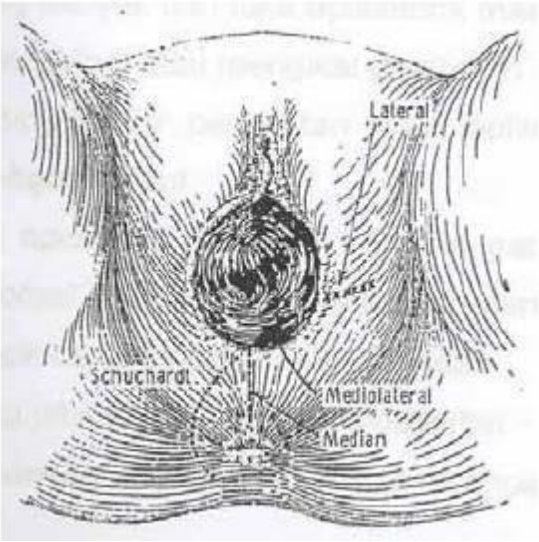
3. Episiotomi lateralis

Sayatan disini dilakukan ke arah lateral mulai dari kira-kira jam 3 atau 9 menurut arah jarum jam. Jenis episiotomi ini sekarang tidak dilakukan lagi, oleh karena banyak menimbulkan komplikasi.

Luka sayatan dapat melebar ke arah dimana terdapat pembuluh darah pudendal interna, sehingga dapat menimbulkan perdarahan yang banyak. Selain itu parut yang terjadi dapat menimbulkan rasa nyeri yang mengganggu penderita.

4. Insisi Schuchardt.

Jenis ini merupakan variasi dari episiotomi mediolateralis, tetapi sayatannya melengkung ke arah bawah lateral, melingkari rektum, serta sayatannya lebih lebar.



Gambar 1. Jenis episiotomi

B. Saat Melakukan Episiotomi

Bila episiotomi dilakukan terlalu cepat, maka perdarahan yang timbul dari luka episiotomi bisa terlalu banyak, sedangkan bila episiotomi dilakukan terlalu lambat maka otot-otot dasar panggul sudah sangat teregang sehingga salah satu tujuan episiotomi itu sendiri tidak akan tercapai.

Berdasarkan hal – hal tersebut diatas banyak penulis mengajukan episiotomi dilakukan pada saat kepala janin sudah terlihat dengan diameter 3-4 cm pada waktu his. Pada penggunaan cunam beberapa penulis melakukan episiotomi setelah cunam terpasang tetapi sebelum traksi dilakukan, dengan alasan bahwa bila dilakukan sebelum pemasangan, akan memperbanyak perdarahan serta memperbesar resiko perluasan luka episiotomi yang tidak terkontrol selama pemasangan cunam.

Pada persalinan letak sungsang, episiotomi sebaiknya dilakukan sebelum bokong lahir, dengan demikian luasnya episiotomi dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

C. Penjahitan/*Repair* Luka Episiotomi

Teknik penjahitan luka episiotomi sangat menentukan hasil penyembuhan luka episiotomi, bahkan lebih penting dari jenis episiotomi itu sendiri. Penjahitan biasanya dilakukan setelah plasenta lahir, kecuali bila timbul perdarahan yang banyak dari luka episiotomi maka dilakukan dahulu hemostasis dengan mengklem atau mengikat pembuluh darah yang terbuka.

Beberapa prinsip dalam penjahitan luka episiotomi yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

1. Penyingkapan luka episiotomi yang adekwat dengan penerangan yang baik, sehingga restorasi anatomi luka dapat dilakukan dengan baik.

a. Hemostasis yang baik dan mencegah dead space.

b. Penggunaan benang jahitan yang mudah diabsorbsi.

2. Pencegahan penembusan kulit oleh jahitan dan mencegah tegangan yang berlebihan.

Jumlah jahitan dan simpul jahitan diusahakan seminimal mungkin.

a. Hati-hati agar jahitan tidak menembus rektum.

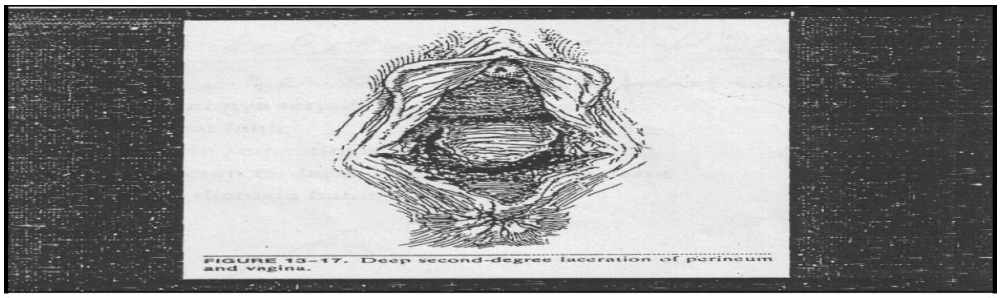
b. Untuk mencegah kerusakan jaringan, sebaiknya dipakai jarum atraumatik.

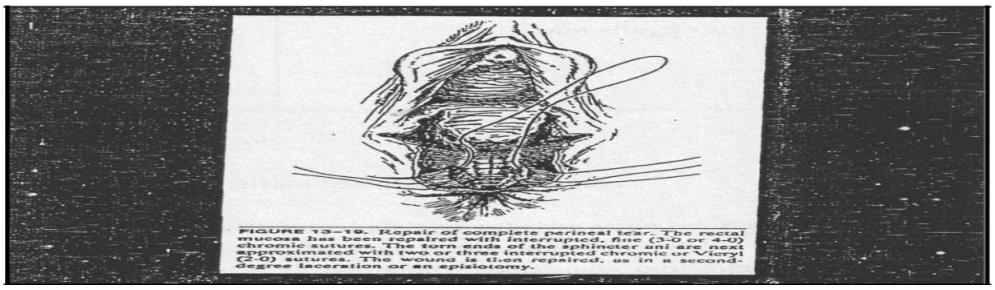
D. Cara penjahitan

<u>Jelujur pada luka episiotomi</u>

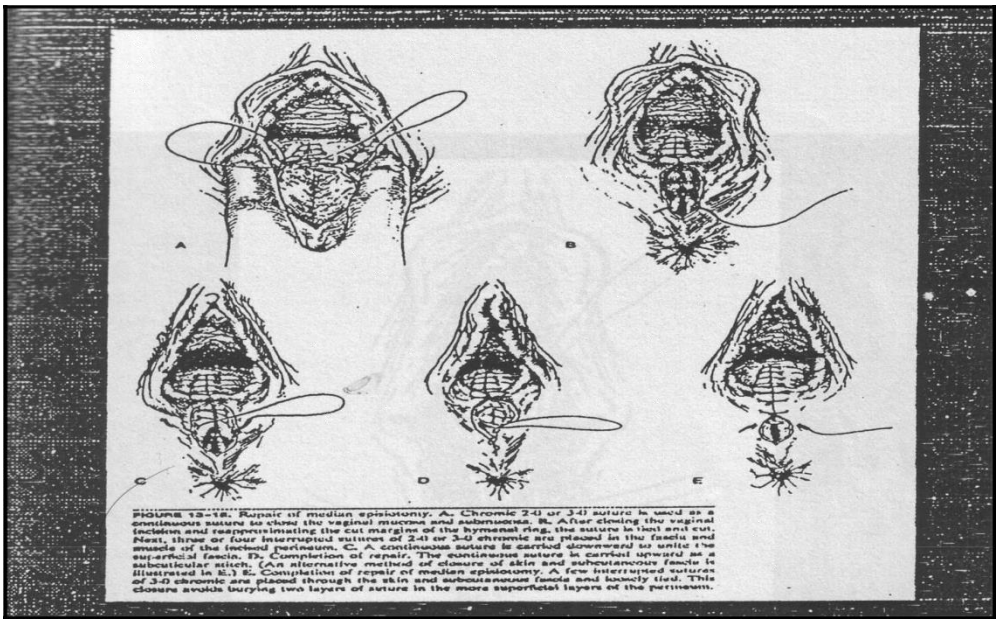
- Telusuri daerah luka dengan jari-jari tangan. Teruskan secara jelas batas-batas luka. Lakukan jahitan sekitar 1 cm diatas ujung luka di dalam vagina. Ikat dan potong salah satu dari benang, tinggalkan sisa benang tidak lebih dari 2 cm.
- Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur ke arah bawah hingga mencapai lingkaran hiemn.
- Tusukkan jarum menembus mukosa vagina di belakang himen hingga ujung jarum mencapai luka pada daerah perineum.
- Teruskan melakukan jahitan jelujur feston hingga ujung kaudal luka pastikan bahwa setiap jahitan pada tiap sisi memiliki ukuran yang sama dan otot yang berada di bagian dalam sudah tertutup.
- Setelah mencapai ujung dari luka, arahkan jarum ke kranial dan mulai lakukan penjahitan secara jelujur feston untuk menutup jaringan subkutikuler. Jahitan ini merupakan lapisan kedua pada daerah yang sama. Lapisan jahitan yang kedua ini akan meninggalkan luka yang tetap terbuka sekitar 0,5 cm dalamnya. Luka ini akan menutup dengan sendirinya pada saat penyembuhan luka.

- Kini masukkan jarum dari robekan di daerah perineum ke arah vagina. Ujung jarum harus keluar di belakang lingkaran himen.
- Ikat benang dengan simpul di dalam vagina. Potong ujung benang sepanjang kira-kira 1,5 cm dari simpul. Jika benang dipotong terlalu pendek maka simpul dapat lepas dan luka akan terbuka.





Gambar 2. Contoh jahitan jelujur



Gambar 3. Contoh teknik jelujur

TINDAKAN DILATASI JALAN LAHIR

A. Robekan perineum karena peristiwa pada persalinan :

1. Robekan perineum umumnya terjadi pada persalinan :

a. Kepala janin terlalu cepat lahir

b. Persalinan tidak dipimpin semestinya

c. Sebelumnya pada perineum terdapat banyak jaringan parut

d. Pada persalinan dengan distosia bahu

2. Jenis / tingkat robekan perineum :

	Derajat 1	Derajat 2	Derajat 3	Derajat 4
Jaringan yang terkena	Mukosa vagina kulit perineum	Mukosa vagina kulit perineum Otot perineum	Mukosa vagina kulit perineum Otot perineum **Otot sfigter ani**	Mukosa vagina kulit perineum Otot perineum **Otot sfingter ani meluas hingga ke mukosa rektum**

3. Cara menjahit robekan perineum :

a. Derajat 1

Robekan ini kalau tidak terlalu lebar tidak perlu dijahit

b. Derajat 2

Sebelum penjahitan bila dijumpai pinggir robekan yang tidak rata atau bergerigi, maka pinggir yang bergerigi tersebut harus diratakan terlebih dahulu, kemudian dilakukan penjahitan robekan perineum. Mula-mula otot dijahit dengan catgut. Kemudian mukosa vagina dijahit secara terputus-putus atau jelujur feston. Penjahitan mukosa vagina dimulai dari puncak robekan. Terakhir kulit dijahit secara subkutikuler.

c. Derajat 3

Mula-mula dinding depan rektum yang robek dijahit. Kemudian fascia pascia perirektal dan fascia septum rektovaginal dijahit, sehingga bertemu kembali. Ujung-ujung otot-sfingter ani yang robek diklem, kemudian dijahit dengan 2-3 jahitan sehingga bertemu kembali. Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum derajat 2.

d. Derajat 4

Penjahitan derajat 4 hampir sama dengan derajat 3, hanya pada derajat 4 mukosa rectum dijahit dengan benang kromik 3-0 atau 4-0 secara interrupted dengan 0,5 cm antara jahitan. Selanjutnya jahitan sama seperti derajat 3.

B. Robekan dinding vagina

1. Perlukaan pada dinding vagina sering terjadi pada :

- Melahirkan janin dengan cunam.
- Ekstraksi bokong.
- Ekstraksi vakum.
- Reposisi presentasi kepala janin seperti pada letak oksipito posterior.

2. Komplikasi

- Perdarahan. Pada umumnya pada luka robek yang kecil dan superficial tidak terjadi perdarahan yang banyak, akan tetapi jika robekan lebar dan dalam menimbulkan perdarahan yang hebat.
- Infeksi. Jika robekan tidak ditangani dengan semestinya dapat terjadi infeksi, bahkan dapat terjadi septikem.

3. Penanganan

Pada luka robek yang kecil dan superfisil, tidak diperlukan penanganan khusus. Pada luka robek yang lebar dan dalam, perlu dilakukan penjahitan secara terputus-putus atau jelujur. Biasanya robekan pada dinding vagina sering diiringi dengan robekan pada vulva maupun perineum.

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST ANASTESI LOKAL DAN PENJAHITAN PERINEUM
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.
TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

No.	LANGKAH KLINIS	NILAI		
		1	2	3
1.	Memasukkan satu jarum ukuran 22 dengan panjang 3-4 cm pada alat suntik 10 cc. Jarum yang lebih panjang dan alat suntik yang lebih besar bias dipakai. Lidocain hydrochloride 1 % adalah anastesi yang dianjurkan.			
2.	Jelaskan kepada ibu apa yang akan anda lakukan dan bantulah ia untuk rileks.			
3	Isilah alat suntik dengan larutan anastesi.			
4	Masukkan seluruh panjang jarum mulai dari fourchette, menembus persis dibawah kulit, sepanjang garis episiotomy. Tarik sedikit flunger penghisap dari alat suntik untuk memeriksa aspirasi darah. Jika anda menginjeksikan larutan anastesi local langsung kedalam pembuluh darah, hal itu bisa menyebabkan kerja jantung menjadi tidak teratur. Injeksi secara merata sambil anda menarik jarumnya keluar.			
5.	Sekarang miringkan arah tusukan jarum ke sisi lain dari garis tengah lalu ulangi langkah 4. Ulangi pada sisi lain mulai dari garis tengah.			
6.	Rubah posisi dari jarum sekali lagi dan ulangi lagi, injeksikan ke bagian tengah dari dinding belakang vagina.			
7.	Tunggu satu atau dua menit sebelum melakukan penjahitan perineum secara jelujur.			
8.	Telusuri daerah luka dengan jari-jari tangan. Teruskan secara jelas batas-batas luka. Lakukan jahitan sekitar 1 cm diatas ujung luka di dalam vagina. Ikat dan potong salah satu dari benang, tinggalkan sisa benang tidak lebih dari 2 cm.			
9.	Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur ke arah bawah hingga mencapai lingkaran himen.			

10.	Tusukkan jarum menembus mukosa vagina di belakang hymen hingga ujung jarum mencapai luka pada daerah perineum.			
11.	Teruskan melakukan jahitan jelujur hingga ujung caudal luka pastikan bahwa setiap jahitan pada tiap sisi memiliki ukuran yang sama dan otot yang berada di bagian dalam sudah tertutup.			
12.	Setelah mencapai ujung dari luka, arahkan jarum ke cranial dan mulai lakukan penjahitan secara jelujur untuk menutup jaringan subkutikuler. Jahitan ini merupakan lapisan kedua pada daerah yang sama. Lapisan jahitan yang kedua ini akan meninggalkan luka yang tetap terbuka sekitar 0,5 cm dalamnya. Luka ini akan menutup dengan sendirinya pada saat penyembuhan luka.			
13.	Kini masukkan jarum dari robekan di daerah perineum kea rah vagina. Ujung jarum harus keluar di belakang lingkaran hymen.			
14.	Ikat bennag dengan ismpul di dalam vagina. Potong ujung benang sepanjang kira-kira 1,5 cm dari simpul. Jika benang dipotong terlalu pendek maka simpul dapat lepas dan luka akan terbuka.			

DAFTAR PUSTAKA

1. Buku Acuan Nasional *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 2001; 455–458 .

2. Albar, E. Perawatan Luka Jalan Lahir, *Ilmu Bedah Kebidanan,* Edit. H. Wiknjosastro, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 2000; 170-187.

Benson RC, Pernoll ML. *Hand book of Obstetric & Gynaecology* , Mc Graw-Hill, Inc, 9th ed, 1994;362-372.

3. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gan NF et al. *Williams Obstetrics*, 20 th ed. Appleton and Lange, 1997; 342-345

4. Craigo S.D, Kapernick P.S , *Current Obstetric and Gynaecology Diagnosis and Treatment* 8th ed.Prentice Hall International Inc.1994;222-223.

5. Dutta DC,*Text Book of Obstetric*.4th Ed.New Central Book Agency (P) Ltd.,Calcutta.India.1998;605-608.

6. Arias F.*Practical Guide to High Risk Pregnancy and Delivery*.2nd Ed.Mosby Year Book Inc.USA.1993;434-435.

METODE KONTRASEPSI

Laboratorium Keterampilan Klinis
FK UBAYA

KONTRASEPSI

Awal pemakaian kontrasepsi tak pernah diketahui dengan pasti, karena keinginan manusia untuk tidak punya anak (dengan berbagai alasan) sudah muncul sejak adanya manusia itu sendiri.

Meskipun sekarang sudah diketemukan berbagai macam alat kontrasepsi maupun metode kontrasepsi modern, namun metode kontrasepsi sederhana masih digunakan oleh mereka yang takut terhadap efek samping yang ditimbulkan oleh alat kontrasepsi modern, karena kalau mau jujur memang sebenarnya sampai saar ini tidak ada alat kontrasepsi yang sama sekali aman atau bebas dari efek samping.

A. JENIS KONTRASEPSI

Metode kontrasepsi dapat dikelompokkan menurut:

- Pemakainya yaitu laki-laki atau perempuan.
- Metodenya yaitu sederhana atau modern.
- Tujuan pemakaian yaitu untuk menunda kehamilan, mengatur kehamilan, atau untuk mengakhiri kesuburan.

1. Berdasarkan pemakainya:

a. Kontrasepsi untuk wanita:

- Metode mekanis:
  - Kap serviks (cervical cap).
  - Diafragma.
  - Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) / *Intra Uterine Device* (IUD)
- Metode hormonal / kimiawi:
  - Pil KB.
  - Suntikan KB.
  - Implant / susuk KB.
  - Spermaticide.
- Metode operatif: Medis Operatif Wanita (MOW) / Tubektomi.

b. Kontrasepsi untuk laki-laki:

- Metode mekanis: Kondom KB.
- Metode operatif: Medis Operatif Pria (MOP) / Vasektomi.

2. Berdasarkan metodenya:

a. Metode kontrasepsi sederhana / Alamiah / Tradisional:

- Metode kalender / Pantang berkala / Metode Ritmil dari Knaus dan Ogino (The Safe Period).
- Metode suhu basal.
- Metode Lendir serviks / Metode Ovulasi.
- Metode sanggama terputus (coitus interuptus).
- Tidak langsung berefek kontrasepsi: Metode laktasi (menyusui).
- Aborsi.

b. Metode kontrasepsi modern / Konvensional:

- Metode mekanis.
- Kondom KB.
- Kap serviks (cervical cap).
- Diafragma.
- Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) / Intra Uterine Device (IUD).

c. Metode hormonal:

- Pil KB.
- Implant / susuk KB.
- Suntikkan KB.

d. Kimiawi:

- Suppositorial.
- Jelly / cream / pasta.
- Tissue.
- Tablet berbusa.
- Aerosol.

e. Metode operatif:

- Medis Operatif Wanita (MOW) / Tubektomi.
- Medis Operatif Pria (MOP) / Vasektomi.

3. Berdasarkan tujuan pemakaiannya:

Sebenarnya tidak ada suatu keharusan memakai suatu alat kontrasepsi tertentu bila ingin menunda, mengatur, atau mengakhiri kehamilan, namun ada saran untuk menggunakan alat kontrasepsi tertentu sesuai dengan tujuan masing-masing agar efektifitas maksimal bisa dicapai.

- Untuk menunda kehamilan:

untuk tujuan ini biasanya digunakan metode atau alat kontrasepsi yang dijamin mempunyai refersibilitas (kemampuan untuk kembali fertil) tinggi. Alat kontrasepsi yang bisa dipakai:

- Kondom KB.
- Pil KB.
- Suntikan KB yang harus diulang setiap 1 bulan sekali.

- Metode sederhana yang dikombinasi dengan pemakaian Kondom, atau Pil KB, atau Diafragma, atau kap serviks, atau suppositorial, jelly, tablet berbusa, aerosol, cream, pasta.

- Untuk mengatur kehamilan:

- Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/ Intra Utrine Device (IUD).
- Pil KB.
- Suntikan KB (bisa yang 3 bulanan atau 1 bulanan).
- Implant / susuk KB.

- Untuk mengakhiri kesuburan:

- Medis Operatif Wanita (MOW) / Tubektomi.
- Medis Operatif Pria (MOP) / Vasektomi.

- Untuk mempelajari tentang kontrasepsi, harus dipahami terlebih dulu konsep :

- Ovulasi: hormon FSH, LH, dan GnRH.
- Siklus menstruasi/haid: estrogen, progesteron.

METODE KONTRASEPSI SEDERHANA (TANPA ALAT)

1. Metode Kalender / Pantang Berkala
   - Mekanisme kerjanya: menghitung masa subur dan masa tidak subur.
   - Kelemahannya: tidak cocok untuk wanita dengan siklus menstruasi tidak teratur dan butuh kerjasama suami dan istri.
   - Keunggulannya: tanpa efek samping (kecuali kadang stress)dan tanpa biaya.
   - Angka kegagalan: ± 24%.

2. Metode Suhu Basal

- Mekanisme kerjanya: menentukan saat ovulasi dengan mengukur suhu tubuh.
- Kelemahannya: butuh kecermatan dan bila sakit, butuh kerjasama suami istri.
- Keunggulannya: tanpa efek samping (kecuali kadang stress).
- Angka kegagalan: ± 24%.

Hasil pengukuran setiap bangun tidur di pagi hari dicatat pada kertas grafik (chart) seperti contoh berikut ini.

	Hari										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12
Suhu Badan											
					x	x	x				
	x	x	x					x	x	x	x
				x							
				↓ Ovulasi				↓ Menstruasi			

3. Metode Pengamatan Lendir Serviks (Metode Ovulasi)

- Mekanisme kerjanya: menentukan masa subur dengan mengukur tingkat keenceran lendir serviks.
- Kelemahannya: keterbatasan mata.
- Keunggulannya: tanpa efek samping.
- Angka kegagalan: tidak diketahui.

4. Sanggama Terputus (Coitus Iinteruptus)

- Mekanisme kerjanya: mengeluarkan penis dari vagina sebelum ejakulasi.
- Kelemahannya: butuh kerjasama suami istri, stress, tidak dijamin tidak ada spermatozoa yg sudah masuk dalam uterus.
- Keunggulannya: dapat dilakukan kapan saja tanpa menghitung masa subur dan tidak subur.
- Angka kegagalan: 22%.

5. Menyusui (Laktasi)

- Mekanisme kerjanya: Interval menyusui < 4 jam, atau minimal bayi menyusu 6 kali sehari masing-masing payudara kanan dan kiri secara bergantian. Bayi hanya mendapat ASI atau sebagian besar ASI. Tidak diperkenankan ada jeda waktu berhenti menyusui

sejak bayi lahir sampai enam bulan berikutnya. Tidak ada perdarahan pervaginal sejak selesainya masa nifas.

- Kelemahannya: bayi malas menyusu, ibu malas menyusui, ibu bekerja, ASI tidak keluar.
- Keunggulannya: dapat dilakukan kapan saja, tanpa biaya.
- Angka kegagalan: ± 2%.

METODE KONTRASEPSI MODERN

1. HORMONAL

1.1 PIL KB

a. PIL KB KOMBINASI

Dua orang Amerika Picus dan Rock mengkombinasikan progesteron dan estrogen untuk membuat pil, suatu metode pencegahan kehamilan yang paling efektif, karena Pil mencegah ovulasi sebagaimana kehamilan mencegah ovulasi.

Cara kerja Pil KB:

Pil KB mengandung hormon estrogen dan progesteron. Hormon progesteron akan mencegah produksi Follicle Stimulating Hormon (FSH) sehingga tidak ada sel telur yang masak. Hormon estrogen akan membantu pembentukan endometrium, rayaitu membran mucosa yang melapisi dinding bagian dalam uterus/rahim.

Di bawah pengaruh kedua hormon tersebut, endometrium terbentuk tetapi karena tidak ada sel telur yang masak maka tidak akan ada kehamilan, meskipun ada sel spermatozoa yang masuk ke dalam rahim.

Bila seorang wanita, setelah menelan Pil selama 21 hari kemudian menghentikan pemakaiannya selama beberapa hari, maka endometrium yang sudah menebal tersebut akan meluruh, dan akan terjadi mentruasi.

Cara pemakaian Pil KB:

Kebanyakan Pil KB dikemas dalam 21-an. Dengan menghitung hari pertama periode menstruasi sebagai hari pertama siklus, seorang wanita meminum Pil pada malam. hari kelima dari siklus, dan kemudian meminum satu tablet setiap hari sampai ke-21 Pil tersebut terminum.

Jika lupa meminum Pil pada malam hari, maka Pil harus diminum pada pagi berikutnya dan kemudian meminum satu lagi malam harinya. Bila lupa minum Pil di satu hari (malam dan pagi lupa minum Pil), maka harus munim 2 (dua) Pil pada malam hari berikutnya. Jika ada kelupaan yang lebih dari 36 jam antara dua waktu minum Pil dalam 21 hari, maka wanita tidak dijamin dari pencegahan kehamilan selama siklus.

Setiap strip (kemasan) Pil KB berisi 21 Pil cukup untuk diminum seorang wanita setiap hari dari hari ke-5 sampai dengan hari ke 25. Kemudian berhenti minum Pil selama beberapa hari sampai mendapatkan haid, biasanya pada hari ke-29 yang akan menjadi hari pertama siklus berikutnya. Pada hari kelima wanita itu mulai minum Pil lagi (21 Pil lagi).

Kemasan Pil KB:

Pil KB ada beberapa merek dan macam, ada yang berisi 20 pil setiap kemasan, ada yang 21 pil, dan ada yang berisi 28 pil. Petunjuk pemakaian setiap kemasan tersebut berbeda-beda. Seharusnya tidak mungkin mendapatkan Pil KB dari Apotik tanpa resep dokter, dan pada beberapa kasus Pil KB harus diminum dibawah pengawasan medis. Namun demikian kadang kenyataanya sering Pil KB dapat dibeli dengan mudah/bebas di Apotik atau toko obat tanpa resep dokter.

Efek Samping Pil KB:

- Sakit Kepala.
- Berdebar-debar.
- Pengencangan patudara.
- Peningkatan berat badan.
- Menurunkan banyaknya air susu ibu.
- Tekanan darah tinggi.
- Perdarahan antar menstruasi (*breakthrough bleeding*).
- Penyumbatan pembuluh darah --$\longrightarrow$ jarang terjadi.
- Sedikit meningkatkan risiko untuk mendapatkan kanker serviks.
- Penggunaan kontrasepsi hormonal lebih dari 2 tahun dapat memicu kanker otak.

Efek samping ini kan hilang setelah beberapa kali siklus pemakaian Pil KB, atau setelah berganti merek Pil. Bila ada perdarahan yang lebih serius, harus berkonsultasi dengan dokter.

Wanita dengan kelainan lever dan gadir berumur dibawah 14 tahun hendaknya tidak menggunakan Pil KB karena berbahaya bagi dirinya.

Kontraindikasi Pil KB:

Wanita yang sebaiknya tidak menggunakan Pil KB adalah mereka yang pernah mengalami:

- Serangan jantung.
- Perdarahan otak.
- Angina pektoris (nyeri dada).
- Trombosis (penyumbatan pembuluh darah).
- Kanker payudara dan empedu.
- Tumor hati atau fungsi hati yang terganggu.

Pertimbangan untuk beralih ke kontrasepsi lain harus diberikan apabila terdapat salah satu keadaan sebagai berikut:

- Haid tidak teratur atau perdarahan dari uterus yang belum dapat diterangkan sebabnya.
- Sakit kepala migren.

- Depresi mental.
- Penyakit jantung atau ginjal.
- Tekanan darah tinggi.
- Diabetes atau epilepsi.

Risiko pemakaian Pil KB akan meningkat dengan bertambahnya umur, dan kalau wanita mendekati umur 40 tahun, pada umumnya dianjurkan untuk beralih ke kontrasepsi lain, apalagi kalau terdapat risiko kardiovaskuler.

Tanda bahaya Pil KB

Apabila terdapat tanda berikut harus segera ke dokter:

- Kaki membengkak aneh atau nyeri pada kaki.
- Kulit atau mata menjadi kuning.
- Nyeri perut, dada atau lengan.
- Sesak napas.
- Sakit kepala atau depresi yang berat.
- Penglihatan kabur atau dobel.

Kegunaan lain dari Pil KB:

Pil KB kadang digunakan untuk terapi kelainan organ seks, misalnya kemandulan yang disebabkan tidak adanya ovulasi maka pemakaian Pil mungkin menghasilkan perbaikan hubungan normal antara kelenjar lendir dengan ovarium sehingga ovulasi dapat terjadi pada waktunya.

Pil KB juga berguna dalam perawatan beberapa bentuk kesulitan menstruasi, seperti periode nyeri haid.

Selain itu pemakaian Pil KB juga dapat:

- Menurunkan kira-kira 50% risiko mendapatkan infeksi pelvik.
- Menurunkan kira-kira 50% risiko mendapatkan kanker ovarium dan kanker uterus dibandingkan dengan mereka yang tidak memakai Pil KB.
- Tidak ada pengaruhnya untuk mendapatkan kanker payudara.
- Haid menjadi sangat teratur, tidak nyeri, dan sedikir menguntungkan bagi wanita yang menderita anemia.
- Menurunkan kira-kira 10% risiko untuk mendapatkan hamil diluar kandungan dibandingkan dengan mereka yang tidak memakai Pil KB.
- Memberikan perlindungan terhadap penyakit kista jinak payudara dan kista ovarium.

Efektivitas dalam pencegahan kehamilan:

- Efektifitas teoritik: 0,5 kehamilan / 100 pemakai / tahun.

- Angka kegagalan: 9 kehamilan / 100 pemakai / tahun.

Keuntungan Pil KB:

Pil KB yang diminum secara teratur adalah suatu metode pencegahan kehamilan yang efektifitasnya nyaris sempurna, mudah dipakainya dan tidak berhubungan dengan kegiatan sanggama.

b. PIL KB MINI

Pil KB mini hanya mengandung progesteron, tetapi tidak mengandung estrogen seperti pada Pil KB kombinasi. Progesteron menyebabkan lendir serviks menjadi pekat sehingga tidak dapat dilalui oleh spermatozoa, dan endometrium menjadi tipis serta atrofi (mengecil). Ovulasi dihambat pada separoh kejadiannya. Cara pemakaian: diminum terus menerus setiap hari.

Keuntungan Pil KB mini

Pil KB mini hanya mengandung progesteron, sehingga tidak mengganggu laktasi (keluarnya ASI), atau efek samping yang biasa ditimbulkan Pil KB kombinasi, seperti tekanan darah tinggi dan sakit kepala, mengurangi gangguan kardiovaskuler, menurunkan nyeri dan banyaknya darah haid.

Kerugian Pil KB mini:

- Tingkat kehamilannya lebih tinggi daripada Pil KB kombinasi.
- Lebih sering menyebabkan haid tidak teratur dan spotting.
- Kemungkinan mendapatkan kehamilan diluar kandungan relatif tinggi.

Kontraindikasi Pil KB mini:

- Sebaiknya hanya diberikan pada ibu yang sedang menyusui saja.
- Tidak dibenarkan dipakai oleh wanita yang sedang mengalami perdarahan abnormal dari uterus.
- Tidak dibenarkan dipakai oleh wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

Tanda bahaya Pil KB mini:

Apabila haid terlambat 14 hari segera pergi ke dokter untuk meyakinkan adanya kehamilan, atau kehamilan di luar kandungan (ektopik).

Checklist:

Dapatkah saudara menyebutkan komposisi Pil KB dan PIL mini?

Dapatkah saudara menjelaskan cara kerja Pil KB dan PIL mini?

Dapatkah saudara menyebutkan kelebihan Pil KB dan PIL mini?

Dapatkah saudara menyebutkan kegunaan lain Pil KB?

Dapatkah saudara menyebutkankekurangan Pil KB dan PIL mini?

Dapatkah saudara menyebutkan efektifitas Pil KB?

Dapatkah saudara menyebutkan kontra indikasi Pil KB dan PIL mini?

Dapatkah saudara menjelaskan cara pemakaian Pil KB dan PIL mini?

Dapatkah saudara menyebutkan macam kemasan Pil KB?

1.2 SUNTIKAN KB

Cara kerja Suntikkan KB:

Hormon progestin sintetik disuntikkan ke dalam otot yang kemudian menyebar sedikit demi sedikit melalui peredaran darah. Mencegah terjadinya kehamilan dengan menghambat ovulasi, endometrium menjadi tipis dan atrofi, dan lendir serviks menjadi sangat pekat sehingga tidak dapat dilalui oleh spermatozoa.

Ada tiga jenis suntikan KB yaitu:

- Suntikan 150 mg DMPA (Depomedroksi-Progesteron Asetat) atau Depo Provera yang diberikan setiap 3 bulan.
- Suntikan 200 mg NET-EN (Noretindron Enantat) yang diberikan setiap 3 bulan.
- Suntikan setiap bulan (Cyclofem).

Efektifitas dalam mencegah kehamilan:

- Efektivitas praktek: 6 kehamilan / 100 pemakai / tahun.

Keuntungan Suntikan KB:

- Merupakan salah satu alat kontrasepsi yang efektif dan refersibel.
- Tidak disertai efek samping yang serius kecuali kadang terjadi perdarahan banyak.
- Pemakaiannya tidak merepotkan, hanya sekali dalam tiga bulan.

- Sangat menarik bagi wanita yang menganggap obat suntikan adalah obat yang paling mujarab.
- Tidak mengganggu laktasi dan tidak terbukti sebagai obat yang masuk ke dalam ASI sehingga tidak mengganggu pertumbuhan bayi.
- Kembalinya kesuburan sama sekali tidak terganggu.

Kerugian Suntikan KB:

- Kira-kira 25% wanita akan tidak meneruskan pemakaian suntikan KB karena gangguan haid atau perdarahan yang banyak.
- Perdarahan diantara haid dan amenorea (tidak haid) setelah pemakaian yang lama dapat terjadi pada 50% para pemakainya.
- Kembalinya kesuburan diperlambat 4 sampai 8 bulan setelah pemberian terakhir.
- Berat badan yang bertambah.
- Kecenderungan adanya peningkatan kadar glukosa darah.
- Keluhan lainnya berupa mual, muntah, sakit kepala, panas dingin, pegal-pegal, nyeri perut, dll.
- Penggunaan kontrasepsi hormonal lebih dari dua tahun dapat memicu kanker otak.

Suntikan KB khususnya berguna kalau:

- Saat kembalinya kesuburan tidak penting.
- Terdapat risiko meningkatnya komplikasi kardiovaskuler kalau memakai Pil KB.
- Sulit memakai kontrasepsi yang harus dipakai setiap hari.
- Kalau memakai Pil KB mengalami komplikasi dari pemakaian estrogen (umpamanya sakit kepala dan tekanan darah tinggi).
- Kalau terjadi amenorea tidak berkeberatan.
- Kontak dengan petugas KB secara teratur tidak mungkin.

Kontraindikasi suntikan KB:

- Tidak boleh dipakai apabila diduga adanya kehamilan atau perdarahan abnormal dari uterus yang belum diketahui diagnosisnya.
- Tidak diberikan kalau ada riwayat keganasan.
- Narices yang luas atau kelainan kardiovaskuler lainnya.
- Penyakit hepar.

Tanda bahaya Suntikan KB:

Harus segera ke dokter kalau terjadi pusing-pusing, sakit kepala atau perdarahan banyak.

Checklist:

Dapatkah saudara menyebutkan macam Suntikan KB?

Dapatkah saudara menjelaskan cara kerja Suntikan KB?

Dapatkah saudara menjelaskan kelebihan Suntikan KB?

Dapatkah saudara menjelaskan kekurangan Suntikan KB?

Dapatkah saudara menyebutkan efektifitas Suntikan KB?

KETERAMPILAN MENYIAPKAN OBAT SUNTIKAN DARI AMPUL DAN VIAL

PENGERTIAN

Ampul adalah wadah gelas bening dengan bagian leher menyempit. Wadah ini berisi obat dosis tunggal dalam bentuk cair. Untuk mengunakan obat daari wadah ampul ini, harus mematahkan leher ampul.Vial adalah wadah dosis tunggal atau multi dosis dengan penutup karet di atasnya. Cap logam pelindungi penutup steril sampai vial siap digunakan. Vial berisi medikasi dalam bentuk cair dan atau kering. Vial merupakan sistem tertutup dan harus menyuntikkan udara ke dalam vial untuk memudahkan mengambil cairan di dalamnya.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah melakukan latihan keterampilan ini, mahasiswa diharapkan sudah dapat menyiapkan obat suntikan dari ampul dan vial.

TARGET PEMBELAJARAN

Setelah melakukan latihan keterampilan ini, mahasiswa diharapkan sudah dapat:

- Menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan untuk persiapan obat suntikan dari ampul dan vial.
- Melakukan prosedur persiapan obat suntikan dari ampul.
- Melakukan prosedur persiapan obat suntikan dari vial.

MEDIA DAN ALAT BANTU PEMBELAJARAN

- Daftar panduan belajar untuk mempersiapkan obat suntikan dari ampul dan vial.
- Bak steril yang dialasi kasa.
- Spoit 1 cc , 3cc, 5cc dan 10 cc, beserta jarumnya.
- Selembar kain kasa & kikir ampul.
- Kapas alkohol.
- Tempat sampah tajam dan tempat sampah non-medis.

METODE PEMBELAJARAN

- Demonstrasi sesuai dengan daftar panduan belajar.
- Ceramah.diskusi.
- Partisipasi aktif dalam skill lab (simulasi).
- Evaluasi melalui check list.

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST KETERAMPILAN MENYIAPKAN OBAT SUNTIKAN DARI AMPUL DAN VIAL
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO.	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
1	Lakukanlah persiapkan alat-alat yang akan digunakan			
2	Lakukanlah cuci tangan			
MENYIAPKAN OBAT SUNTIK DARI AMPUL				
3	Campurlah cairan obat dalam ampul dengan cara menyentil bagian atas			
4	Letakkanlah bantalan kasa kecil atau kapas alkohol mengelilingi leher			
5	Patahkankanlah leher ampul ke arah menjauhi tangan. Jika leher ampul tidak patah, gunakan metal file untuk mengikir salah satu sisi leher. Jadikan marker sebagai acuan untuk mematahkan ampul			
6	Balikah ampul, pegang dengan posisi menjorok atau tegak.			

7	Masukkanlah jarum spoeit ke dalam lubang ampul, ujung jarum Jangan menyentuh pinggiran bukaan ampul.			
8	Isaplah cairan obat pelan-pelan ke dalam spoeit dengan menarik pengisap ke belakang.			

	Catatan : Jika terisap gelembung udara, **jangan mendorong udara ke dalam ampul.** Untuk mengeluarkan gelembung udara : Pegang spoeit dengan jarum dengarah ke atas, sentil bagian barrel, tarik bagian pengisap sedikit, dorong ke atas untuk mengeluarkan udara, **dengan posisi jarum diluar ampul.**			

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PENYUNTIKKAN KB
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO.	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
1	Mempersiapkan alat-alat yang akan digunakan			
2	Memberitahu dan menjelaskan pada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan.			
3	Mengatur posisi pasien.			
4	Mencuci tangan			
5	Menentukan tempat penyuntikkan : - Muskulus Gluteus Maximus (otot bokong) kanan dan kiri. Tempat : 1/3 bagian dari Spina Iliaca Anterior Superior ke os Coxygeus. - Muskulus Quadriceps Femoris (otot paha bagian luar). - Muskulus Deltoideus (otot pangkal lengan).			
6	Membebaskan daerah yang akan disuntikkan dari pakaian.			
7	Menghapushamakan kulit pasien dengan kapas alkohol, membuang kapas ke dalam wadah pembuangan. Tunggu sampai kulit kering dari alkohol.			
8	Menegangkan kulit pasien dengan tangan kiri pada daerah bokong,			
9	Menusukkan jarum ke dalam bokong tegak lurus dengan permukaan kulit			

10	Menarik pengisap sedikit untuk memastikan ujung jarum tidak berada di pembuluh darah dengan memeriksa apakah ada darah atau tidak, bila tidak ada darah, semprotkan cairan obat perlahan-lahan sampai cairan obat masuk seluruhnya			
11	Menekan daerah penusukan jarum dengan kapas alkohol, jarum ditarik keluar dengan cepat. Tutuplah jarum dengan metode satu tangan.			
12	Tempat penyuntikan dimassage			
13	Merapikan pasien dan alat-alat			
14	Mencuci tangan			

1.3. IMPLANT / SUSUK KB

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menjalani praktikum kontrasepsi susuk (implant) mahasiswa diharapkan mampu :

- Menjelaskan jenis-jenis implant.
- Menjelaskan indikasi dan kontra indikasi pemasangan implant.
- Melakukan konseling kontrasepsi susuk (implant).
- Melakukan pemasangan implan 1 atau 2 kapsul dengan baik dan benar.
- Mencabut implant 1 atau 2 kapsul dengan baik dan benar.

Susuk (implan) merupakan kontrasepsi jangka panjang. Saat ini ada dua jenis kontrasepsi susuk (implant), yaitu :

- Susuk **Norplan**.

Kontrasepsi ini terdiri dari 6 batang kapsul kecil yang fleksibel dibuat dari bahan silastik berisi levonorgestrel (LNG) yaitu suatu progestin sintetik dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm. Metode ini memiliki masa kerja sampai 5 tahun. Jenis ini sudah tidak beredar lagi.

- Susuk **Sino-Implan**.

Kontrasepsi ini terdiri dari dua batang putih lentur. Tipe ini efektif untuk digunakan selama empat hingga lima tahun. Tipe ini yang dijamin pembiayaannya oleh JKN.

- Susuk **Implanon**.

Kontrasepsi ini hanya terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang telah dipersiapkan dalam suatu jarum terpasang pada inserter khusus berbentuk semprit dispossible dalam kemasan steril kantong aluminium. Implanon berisi progestin 3-keto-desogestrel (3-keto-DSG). Pemasangan implanon merupakan penyuntikan subkutan biasa yang bisa dilakukan tanpa anestesi local. Metode ini bisa efektif sampai 3 tahun.

<u>Efektifitas dalam mencegah kehamilan</u>:

- Efektifitas mencegah kehamilan: 5 kehamilan / 10.000 pemakai / tahun.

Keuntungan Susuk KB:

- Sangat efektif dan reversibel.
- Pemakainnya hanya sekali dalam tiga hingga lima tahun.
- Pemulihan kesuburan dapat berlangsung cepat.
- Mungkin tidak mempengaruhi laktasi, lipid darah dan tekanan darah.

Kerugian Susuk KB:

- Kira-kira 10% para pemakainya tidak meneruskan cara ini karena ketidakteraturan haid.
- Pemasangan dan pengambilan susuknya memerlukan prosedur pembedahan.
- Kalau tidak meneruskan cara ini batang-batang implant harus dilepas.
- Penggunaan kontrasepsi hormonal lebih dari dua tahun dapat memicu kanker otak.

Pemakaian Susuk KB dianjurkan bagi wanita yang:

- Tidak ingin punya anak lagi.
- Terdapat risiko mendapatkan komplikasi kardiovaskuler, atau komplikasi karena estrogen kalau memakai Pil KB.
- Tidak mungkin memakai kontrasepsi yang harus dipakai setiap hari.
- Jauh dari tempat pelayanan KB.

Kontraindikasi Susuk KB:

- Tidak boleh dipakai kalau dicurigai adanya kehamilan.
- Tidak boleh dipakai kalau ada perdarahan abnormal dari uterus yang belum diketahui diagnosisnya.
- Tidak boleh dipakai kalau ada riwayat keganasan.
- Sebaiknya tidak diberikan kalau ada penyakit kardiovaskuler.

Tanda bahaya Susuk KB:

- Kalau terjadi pusing, sakit kepala, perdarahan banyak atau infeksi pada tempat susukan harus segera ke dokter.

Checklist:

Dapatkah saudara menjelaskan cara kerja kontrasepsi Implant?

Dapatkah saudara menjelaskan kelebihan kontrasepsi Implant?

Dapatkah saudara menjelaskan kekurangan kontrasepsi Implant?

Dapatkah saudara menyebutkan efektifitas kontrasepsi Implant?

Dapatkah saudara menjelaskan kontraindikasi kontrasepsi Implant?

1.3.1. IMPLAN

Susuk KB sistem implan terdiri dari 1 batang kapsul atau 2 batang kapsul yang mengandung progestin levonorgestreal. Batang Implant itu disusukkan dibawah kulit lengan atas bagian dalam oleh dokter atau bidan yang sudah terlatih. Lengan yang dipasang Implan biasanya lengan dari tangan yang tidak banyak digunakan beraktifitas.

Obat yang terdapat dalam setiap batang itu akan berdifusi secara teratur masuk ke dalam peredaran darah. Setelah 5 tahun obat steroid dalam setiap batang itu akan habis, kemudian semua batang tersebut harus dikeluarkan dengan jalan pembedahan kecil, atau kalau wanita yang bersangkutan ingin berhenti pemakaiannya.

Progestin itu bekerjanya menghambat ovulasi, lendir serviks menjadi pekat sehingga tidak dapat dilalui spermatozoa, serta mengakibatkan endometrium menjadi tipis dan atrofik sehingga tidak dapat untuk implantasi hasil pembuahan.

Mekanisme Kerja

Kehamilan dicegah melalui kombinasi beberapa mekanisme. Dua diantaranya yang paling utama ialah :

- Membuat lendir serviks menjadi kental untuk mencegah penetrasi sperma.
- Menghambat ovulasi sekitar 50% siklus haid.

Mekanisme lainnya yang dapat menambah efek kontrasepsi antara lain :

- Menekan pertumbuhan endometrium (hipoplasia).
- Mengurangi produksi progesterone alami dari ovarium selama fase pasca ovulasi (luteal) dalam siklus tersebut dimana terjadi ovulasi.

Pengaruh pada lendir serviks

Pengaruh kontrasepsi yang paling penting dari LNG dalam implan adalah perubahan yang terjadi pada komposisi lendir serviks walaupun siklus haid wanita tersebut teratur. Penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa dalam 24 sampai 48 jam setelah pemasangan, lendir serviks menjadi kental, jumlahnya berkurang sehingga mencegah penetrasi sperma (Brache et al 1985; Croxatto et al 1987).

Pengaruh pada ovulasi

Sejumlah kecil LNG yang dilepas secara terus-menerus dari kapsul bekerja pada daerah tertentu di otak (hipotalamus dan kelenjar hipofise anterior) untuk :

- Menurunkan sekresi FSH (Follicle Stimulating Hormone) dan LH (Luteinizing Hormone).
- Menghambat (mengurangi) sentakan gelombahng (surge) LH pada pertengahan siklus.

Dengan demikian pada pemakaian implan mekanismenya adalah mencegah ovulasi (tidak terjadi LH surge), atau bila terjadi ovulasi kadar progesterone akan berkurang (Davies dan Newton 1992).

Pengaruh pada endometrium

Levonorgestrel dan progestin sintetik lainnya menghambat reseptor progesterone (protein khusus didalam sel endometrium yang mengikat progesterone). Mekanisme kerja ini menyebabkan sel endometrium yang melapisi kavum uteri menjadi lebih sedikit, kelenjar menjadi lebih kecil dengan fungsi yang sangat berkurang (aktivitas sekresi menurun). Hal ini menambah efek dari LNG, sehingga mengurangi kemungkinan keberhasilan implantasi dan ini merupakan efek sekunder yang penting pada pemakaian implan.

Efektivitas

Norplant merupakan salah satu metode kontrasepsi reversible yang sangat efektif. Walaupun disadari bahwa tidak ada satupun metoda kontrasepsi yang memiliki hasil guna 100%, namun rentang angka kehamilan rata-rata per tahun pada penggunaan norplant ternyata tidak lebih dari 1%. Pulihnya kesuburan setelah pencabutan implant hanya memerlukan waktu beberapa hari saja, dimana kadar LNG serum akan segera menghilang. Tidak ditemukan efek jangka panjang penggunaan implant bagi kesuburan wanita tanpa memandang umur ataupun paritas (wanita muda yang belum pernah hamil dapat dengan aman menggunakan metode ini).

Efek samping

Pada pengguna susuk (implant) dapat terjadi perubahan pola daur haid, perubahan-perubahan tersebut dapat berupa :

- Masa haid memanjang (terutama sering dijumpai pada bulan pertama penggunaan).
- Perdarahan bercak di antara 2 siklus.
- Amenorea beberapa bulan, dan pada beberapa klien dapat berlangsung dalam skala tahunan.
- Kombinasi dari pola diatas.

Efek samping lain yang jarang terjadi dapat berupa sefalgia, perubahan berat badan dan gangguan depresi.

Keuntungan pemakaian implan

- Daya guna tinggi.
- Awitan kerja sangat cepat (< 24 jam).
- Pemulihan kesuburan cepat setelah pencabutan.
- Perlindungan jangka panjang (5 tahun).
- Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- Tidak mengandung zat aktif berisiko (bebas estrogen).

- Tidak mengganggu kegiatan sanggama.
- Cara penggunaan mudah.
- Ekonomis.
- Proses penggunaannya mudah (setelah insersi hanya membutuhkan kunjungan follow up dan datang kembali saat pencabutan).
- Tingkat proteksi berkesinambungan.
- Reversibel.
- Tidak mengganggu aktivitas keseharian.
- Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan.
- Tidak mempengaruhi laktasi.
- Mengurangi dismenorea.
- Mengurangi anemia.
- Menurunkan angka kejadian adenokarsinoma endometrii.
- Menurunkan angka kej adian tumor j inak payudara.
- Mencegah terj adinya kehamilan ektopik.

Kerugian implan:

- Tidak memberikan proteksi terhadap penyakit menular seksual termasuk AIDS.
- Membutuhkan tindakan bedah minor saat insersi dan pencabutan.
- Ketergantungan akseptor kepada dokter untuk pemasangan dan pencabutan.
- Dapat mempengaruhi berat badan.
- Memiliki risiko seperti tindakan bedah minor lainnya (infeksi, hematoma, dan perdarahan).
- Secara kosmetik susuk dapat terlihat dari luar.
- Pada beberapa klien dapat terjadi perubahan pola haid.
- Pada beberapa klien timbul keluhan-keluhan nyeri, sefalgia, jerawat, hirsutism.
- Tidak memberikan jaminan pencegahan terhadap terbentuknya kista ovarium bagi wanita yang pernah menderita kista ovarium.

<u>Indikasi Pemakaian Implan</u>

Akseptor KB yang :

- Memilih atau menghendaki kontrasepsi yang tidak perlu dipakai setiap hari atau tidak dipakai setiap hendak sanggama.
- Menghendaki penjarangan kehamilan.
- Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi.
- Memilih untuk tidak memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.

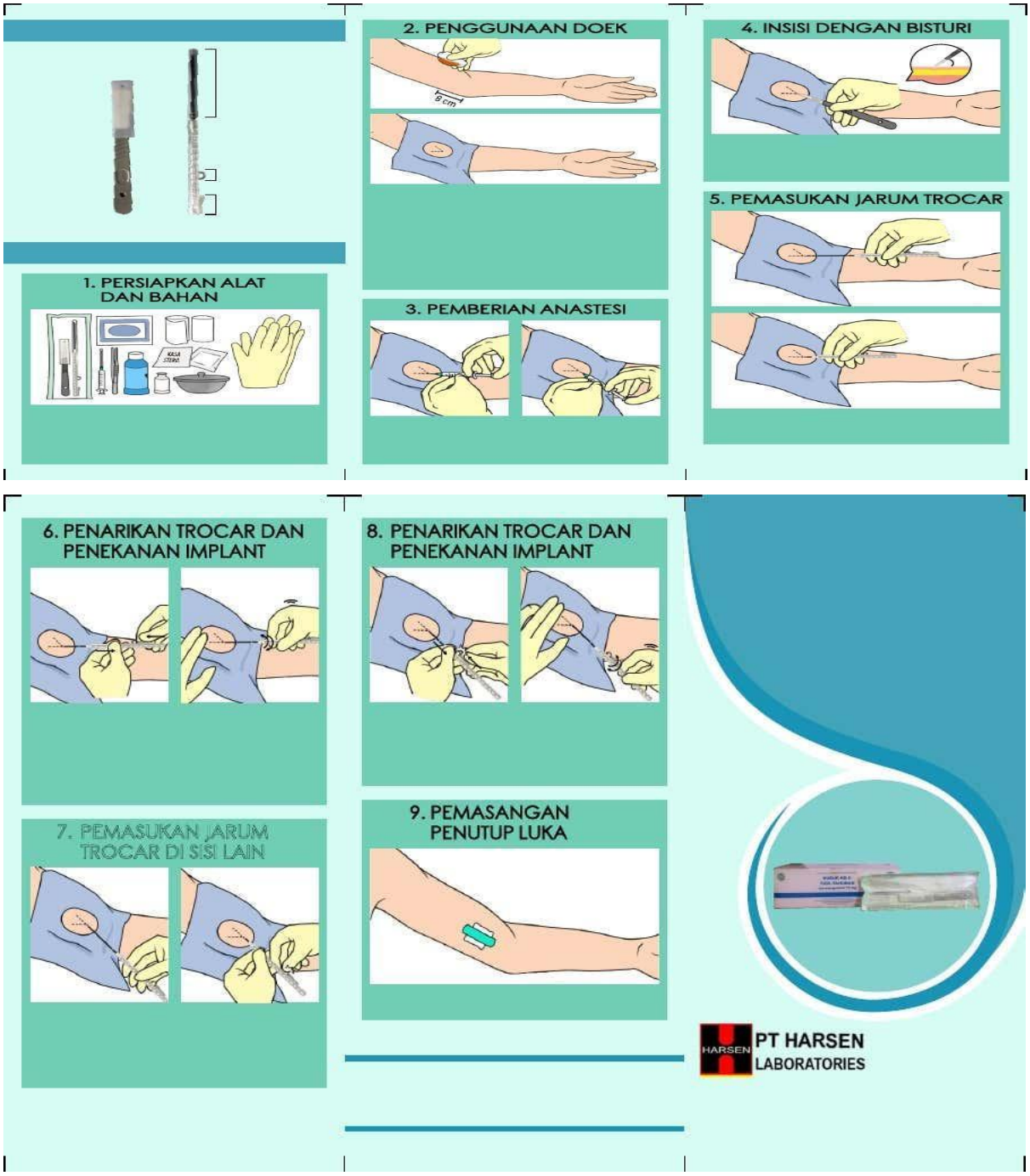
- Menginginkan metode kontrasepsi hormonal, tetapi tidak dapat memakai pil kombinasi karena alasan : perokok aktif, usia lebih dari 35 tahun, mempunyai riwayat klinis timbulnya bekuan darah intravaskular, mengidap hipertensi.

Pada beberapa klien perlu mendapatkan perhatian khusus (kontra indikasi relatif) :

- Dugaan terhadap adanya kehamilan.
- Sedang mengidap penyakit tromboembolik.
- Sedang mengalami perdarahan pervaginam yang belum terdiagnosis.
- Benjolan atau kanker payudara.
- Diabetes Mellitus.
- Hipertensi.
- Sakit kepala atau migren karena kelainan vascular.
- Epilepsi.
- Tuberkulosis.
- Depresi.
- Perokok.
- Wanita yang tidak dapat menerima keadaan amenorea.

ALAT DAN BAHAN

- Meja periksa untuk klien berbaring.
- Alat penyangga lengan.
- Batang Norplant (2 / 6 buah) dalam kantong steril.
- Duk steril.
- Mangkok tempat meletakkan norplant.
- Handscoen steril.
- Sabun cuci tangan.
- Larutan antiseptik (povidon iodine, lengkap dengan cawan/mangkok).
- Zat anestesi local (konsentrasi 1% tanpa epinefrin).
- Spuit 5 ml.
- Trokar #10 dan mandrin.
- Skalpel # 11 atau # 15.
- Kasa pembalut, bandaid, atau plester.
- Kasa steril dan pembalut.
- Epinefrin untuk keperluan darurat (renjatan anafilaktik).
- Klem penjepit atau forseps mosquito.
- Bak/tempat instrumen.



Gambar 1. Persiapan alat dan bahan pemasangan Sino-implan

- Tempat sampah kering.
- Tempat sampah medis.
- Ember berisi larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi instrumen yang selesai digunakan.

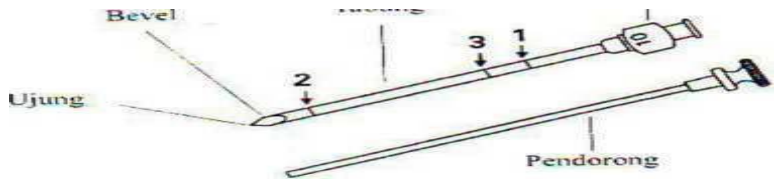
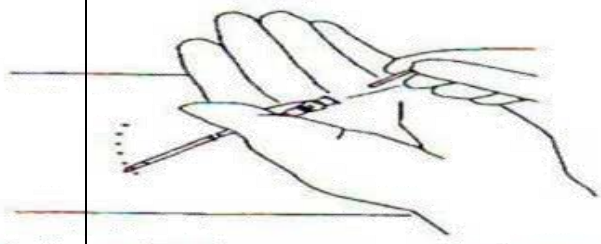
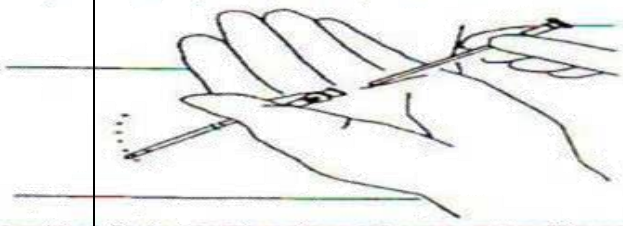
PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PEMASANGAN IMPLAN
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO.	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
KONSEING PRA PEMASANGAN				
1	Jelaskan hal-hal yang perlu diketahui klien tentang norplant (indikasi, perhatian khusus, keuntungan dan kerugiannya).			
PEMASANGAN KAPSUL IMPLANT				
Persiapan				
5	Minta klien mencuci lengannya sebersih mungkin dengan sabun dan air, dan membilasnya sehingga tidak ada sisa sabun.			
6	Tentukan tempat pemasangan pada bagian dalam lengan atas			
7	Beri tanda pada tempat pemasangan			
8	Pastikan bahwa peralatan yang steril atau DTT dan keenam kapsul implant sudah tersedia.			
Pra Pemasangan				
9	Cuci tangan dengan air dan sabun, keringkan dengan kain bersih.			
10	Pakai sarung tangan steril atau DTT.			
11	Usap tempat pemasangan dengan larutan antiseptic.			
12	Pasang duk steril atau DTT disekeliling lengan klien.			
Pemasangan kapsul implant				
13	Suntikkan anestesi lokal tepat dibawah kulit (subkutan) sampai kulit sedikit menggelembung.			
14	Teruskan penusukan jarum kurang lebih 4 cm dan suntikkan masing-masing 1 cc diantara pola pemasangan nomor 1 dan 2.			
15	Uji efek anestesinya sebelum melakukan insisi pada kulit.			
16	Buat insisi dangkal selebar 2 mm dengan scalpel (alternatif lain tusukkan trokar langsung ke lapisan dibawah kulit).			

17	Sambil mengungkit kulit, masukkan terus trokar dan pendorongnya sampai batas tanda 1 (pada pangkal trokar) tepat pada luka insisi.  			
18	Keluarkan pendorong dan masukkan kapsul kedalam trokar (dengan tangan atau pinset).  Gambar 20-8: Memasukkan kapsul  Gambar 20-9: Memasukkan pendorong			
19	Masukkan kembali pendorong dan tekan kapsul kearah ujung dari trokar sampai terasa adanya tahanan.			
20	Tahan pendorong ditempatnya dengan satu tangan, dan tarik trokar keluar sampai mencapai pegangan pendorong.			
21	Tarik trokar dan pendorongnya secara bersama-sama sampai batas tanda 2 terlihat pada luka insisi (jangan mengeluarkan trokar dari tempat insisi)			
22	Tahan kapsul yang telah terpasang dengan satu jari dan masukkan kembali trokar serta pendorongnya sampai tanda 1.			
23	Jangan menarik ujung trokar dari tempat insisi sampai seluruh kapsul sudah terpasang.			
24	Raba kapsul utnuk memastikan kedua / keenam kapsul implant telah terpasang dalam pola kipas.			
25	Raba daerah insisi untuk memastikan seluruh kapsul berada jauh dari insisi.			
Tindakan pasca pemasangan				
26	Dekatkan ujung-ujung insisi dan tutup dengan band- aid.			
27	Beri pembalut tekan untuk mencegah pendarahan dan mengurangi memar.			

28	Taruh alat suntik ditempat terpisah dan letakkan semua peralatan dalam larutan klorin untuk dikontaminasi.			
29	Buang peralatan yang sudah tidak dipakai lagi ke tempatnya (kasa, kapas, sarung tangan / alat suntik sekali pakai).			
30	Lepaskan sarung tangan dan rendam dalam klorin .			
31	Cuci tangan dengan sabun dan air, kemudian keringkan dengan kain bersih.			

Gambar 2. Pemasangan Implanon

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PENCABUTAN IMPLANT
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO.	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
KONSEING PRA PENCABUTAN				
1	Konseling pra pencabutan (alasan pencabutan, rencana klien pasca pencabutan).			
PENCABUTAN KAPSUL IMPLANT				
Persiapan				
2	Minta klien mencuci lengannya sebersih mungkin dengan sabun dan air, dan membilasnya sehingga tidak ada sisa sabun.			
3	Mintalah klien berbaring dengan lengan yang diletakkan lurus atau sedikit bengkok dan disangga dengan baik.			
4	Letakkan kain yang bersih dan kering dibawah lengan klien.			
5	Tentukan lokasi kedua kapsul dengan meraba. Untuk menentukan tempat insisi, raba (tanpa sarung tangan ujung kapsul dekat lipatan siku. Bila tidak dapat meraba kapsul, lihat lokasi pemasangan pada cacatan medik klien. Beri tanda pada posisi setiap kapsul di lengan dengan menggunakan spidol.			
6	Siapkan alat-alat dengan selalu menjaga sterilitas.			
Pra Pencabutan				
7	Cuci tangan dengan air dan sabun, keringkan dengan kain bersih.			
8	Pakai sarung tangan steril atau DTT.			
9	Desinfeksi tempat pencabutan secara sentrifugal dengan kasa iodine.			
10	Pasang duksteril pada daerah pencabutan, raba sekali lagi seluruh kapsul untuk menentukan lokasinya.			
11	Suntikkan obat anenstesi lokal dengan memasukkan jarum dibawah ujung kapsul yang paling dekat dengan siku, kemudian masukkan sampai kurang lebih sepertiga panjang kapsul pertama (1 cm), trik jarum pelan-pelan sambil menyuntikkan obat anastesi sebanyak 0,5 ml. Tanpa mencabut jarum geser ujung jarum ke arah kapsul berikutnya, ulangi proses ini sampai jarum kedua.			

T indakan pencabutan dengan teknik "U				
12	Uji efek anestesinya sebelum membuat insisi pada kulit.			
13	Buat insisi kecil (4mm) dibawah ujung dari kapsul.			
14	Masukkan klem lebih dalam sampai ujungnya menyentuh kapsul, buka klem dan jepit kapsul denga sudut yang tepat pada sumbu panang kapsul lebih kurang 5 mm diatas ujung bawah kapsul. Setelah kapsul teijepit, tarik ke arah insisi dan jatuhkan klem 180 derajat ke arah bahu klien.untuk memaparkan ujung bawah kapsul.			
15	Bersihkan kapsul dari jaringan ikat yang mengelilinginya dengan menggunakan kassa steril untuk memaparkan ujung bawah kapsul sehingga mudah dicabut.Bila tidak bisa dengan kassa, boleh menggunakan sisi tumpul scalpel.			
16	Gunakan klem lain untuk menjepit kapsul yang sudah terpapar. Lepaskan klem pemegang susuk dan cabut kapsul dengan pelan-pelan dan hati- hati.			
17	Setelah kapsul dicabut, letakkan dalam mangkuk kecil berisi larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi. Kapsul dapat dihitung dengan mudah dalam mangkuk kecil untuk memastikan kedua kapsul sudah dicabut.			
18	Pencabutan kapsul berikutnya adalah dengan teknik yang sama seperti di atas.			
T indakan pasca pencabutan				
19	Bila klien tidak ingin memakai susuk lagi, bersihkan daerah sekitar insisi denga kasa antiseptik. Gunakan klem mosquito untuk memegang kedua tepi luka insisi selama lebih kurang 10 - 15 detik untuk mengurangi perdarahan.			
20	Dekatkan kedua tepi luka insisi kemudian tutup dengan bandaid atau kasa steril dan plester. Tutup daerah insisi dengan pembalut tekan mengelilingi lengan untuk homeostasis dan mengurangi perdarahan di bawah kulit.			
21	Taruh alat suntik ditempat terpisah dan letakkan semua peralatan dalam larutan klorin untuk dikontaminasi.			
22	Buang peralatan yang sudah tidak dipakai lagi ke tempatnya (kasa, kapas, sarung tangan / alat suntik sekali pakai).			
23	Lepaskan sarung tangan dan rendam dalam klorin .			
24	Cuci tangan dengan sabun dan air, kemudian keringkan dengan kain bersih.			

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PENCABUTAN IMPLANT
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO.	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
KONSEING PRA PENCABUTAN				
1	Konseling pra pencabutan (alasan pencabutan, rencana klien pasca pencabutan).			
PENCABUTAN KAPSUL IMPLANT				
Persiapan				
2	Minta klien mencuci lengannya sebersih mungkin dengan sabun dan air, dan membilasnya sehingga tidak ada sisa sabun.			
3	Mintalah klien berbaring dengan lengan yang diletakkan lurus atau sedikit bengkok dan disangga dengan baik.			
4	Letakkan kain yang bersih dan kering dibawah lengan klien.			
5	Tentukan lokasi kedua kapsul dengan meraba. Untuk menentukan tempat insisi, raba (tanpa sarung tangan ujung kapsul dekat lipatan siku. Bila tidak dapat meraba kapsul, lihat lokasi pemasangan pada cacatan medik klien. Beri tanda pada posisi setiap kapsul di lengan dengan menggunakan spidol.			
6	Siapkan alat-alat dengan selalu menjaga sterilitas.			
Pra Pencabutan				
7	Cuci tangan dengan air dan sabun, keringkan dengan kain bersih.			
8	Pakai sarung tangan steril atau DTT.			
9	Desinfeksi tempat pencabutan secara sentrifugal dengan kasa iodine.			
10	Pasang duksteril pada daerah pencabutan, raba sekali lagi seluruh kapsul untuk menentukan lokasinya.			
11	Suntikkan obat anenstesi lokal dengan memasukkan jarum dibawah ujung kapsul yang paling dekat dengan siku, kemudian masukkan sampai kurang lebih sepertiga panjang kapsul pertama (1 cm), trik jarum pelan-pelan sambil menyuntikkan obat anastesi sebanyak 0,5 ml. Tanpa mencabut jarum geser ujung jarum ke arah kapsul berikutnya, ulangi proses ini sampai jarum kedua.			
T indakan pencabutan dengan teknik "U				
12	Uji efek anestesinya sebelum membuat insisi pada kulit.			

3.2 AKDR (IUD)

Bentuk AKDR telah disesuaikan berulang kali, untuk menurunkan tingkat kegagalannya dan mengurangi efek sampingnya. Walaupun demikian, masih selalu ada wanita yang merasa tidak puas akan efek sampingnya.

Kira-kira 10-15% pemakai AKDR akan menghentikan pemakaiannya karena nyeri, haid tidak teratur, atau haid terlalu banyak. Sekitar 5-15% AKDR-nya akan copot spontan, dan pada wanita yang dipasang segera setelah melahirkan tingkat ekspulsinya makin tinggi lagi.

Macam AKDR:

- Lippes Loop: yang disebut spiral karena bentuknya seperti spiral.
- Copper T-200: bentuknya seperti huruf T dan dililiti logam tembaga.
- Copper Seven (7): bentuknya seperti angka 7 dan dililiti logam tembaga.
- Multi Load Cu-250: bentuknya seperti kipas dan dililiti logam tembaga.
- Nova T: bentuknya seperti huruf T yang kedua ujungnya melengkung dan batang T - nya dililit dengan logam tembaga yang sangat kecil.
- Mirena, jenis ini juga mengandung levonorgestrel, namun memilki resiko berupa efek samping munculnya jerawat sebesar 3%.

Efektifitas dalam mencegah kehamilan:

- Efektifitas dalam mencegah hamil: 6 - 8 kehamilan / 1000 pemakai / tahun.

Keuntungan AKDR:

Efektifitasnya sangat tinggi karena motivasi pemakaian yang terus menerus. Setelah pemasangan maka dokter dan akseptor harus selalu melakukan pengecekan secara rutin untuk memastikan apakah AKDR masih tetap berada di tempatnya dan masih dalam kondisi baik.

Kerugian AKDR:

- Haid banyak atau spotting, biasanya pada bulan pertama pemakaian.
- Kram dan nyeri.
- Dapat terjadi kehamilan diluar kandungan atau abortus spontan. Kematian ibu yang dikaitkan dengan pemakaian AKDR adalah kalau terjadi abortus septik spontan yang gejalanya seperti pilek, menggigil, demam, nyeri otot, mual, dan muntah.
- Penyakit inflamasi pelvis

Kontraindikasi AKDR

- Sebaiknya dipasang pada akseptor yang telah memiliki anak hidup dan tidak dipasang pada akseptor yang belum memiliki anak.

- Wanita yang pernah mengalami infeksi pelvic atau yang bergaul dengan banyak pria mempunyai peluang lebih besar untuk mendapatkan infeksi.
- Tidak boleh digunakan oleh wanita yang haidnya sangat banyak atau perdarahan abnormal, anemia, wanita yang kemungkinan hamil, pernah mengalami kehamilan di luar kandungan.
- Sakit jantung.

Pemilihan AKDR:

- Lippes Loop merupakan pilihan yang baik untuk efektifitasnya dan lama pemasangannya yang hampir tidak ada batasnya.
- AKDR tembaga dipilih karena efektifitasnya, menurunkan tingkat kehamilan, perdarahan, nyeri, ekspulsi, dan lama pemakaiannya sampai 4 tahun. Tembaganya akan melarut sedit demi sedikit, membuat rongga uterus tidak baik dihuni oleh spermatozoa atau sel telur yang telah dibuahi. Karena tembaganya makin lama makin aus maka harus diganti setiap 4 tahun sekali untuk menjamin efektifitasnya.

Tanda bahaya AKDR:

Harus segera ke dokter bila haidnya terlambat datang, atau perutnya sangat nyeri, menggigil, demam, keputihan, perdarahan banyak atau spoting.

Checklist:

- Dapatkah saudara menyebutkan macam-macam AKDR?
- Dapatkah saudara menyebutkan efektifitas AKDR:
- Dapatkah saudara menjelaskan keuntungan AKDR?
- Dapatkah saudara menjelaskan kerugian AKDR?
- Dapatkah saudara menjelaskan kontra indikasi AKDR?

KETERAMPILAN PEMASANGAN
DAN
PENCABUTAN AKDR
(Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

PENGERTIAN

Keterampilan pemasangan AKDR dirancang untuk menyiapkan tenaga kesehatan lini terdepan agar mampu dan terampil dalam melakukan pemasangan dan
pencabutan AKDR Copper T 380 A dengan baik dan benar.

TUJUAN

- Meningkatkan sikap positif terhadap manfaat dan pemakaian AKDR yang tepat. Melakukan seleksi klien yang mencakup riwayat hidup dan pemeriksaan fisis
- Melaksanakan praktek pencegahan infeksi yang dianjurkan untuk mengurangi infeksi pasca pemasangan dan penularan hepatitis B/AIDS
- Memasukkan lengan AKDR Cu T 380 A didalam kemasan sterilnya tanpa menggunakan sarung tangan.
- Memasang AKDR Cu T 380 A secara hati – hati dengan menggunakan tehnik pemasangan ”tanpa sentuh”.
- Memberikan konseling sebelum dan setelah pemasangan AKDR.
- Menjelaskan indikasi pencabutan AKDR.
- Mencabut AKDR Cu T 380 A dari klien.

MEDIA DAN ALAT BANTU PEMBELAJARAN

Penuntun belajar untuk pemasangan dan pencabutan AKDR Cu T 380 A, Spekulum Cocor Bebek, Tenakulum, Sonde rahim, gunting, tampon tang, gunting, klem aligator, sarung tangan, kain penutup tubuh, model anatomik, ember untuk cairan dekontaminasi, sabun.

METODE PEMBELAJARAN :

Demonstrasi kompetensi sesuai dengan penuntun belajar.

PEMASANGAN DAN PENCABUTAN AKDR CUT380A

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	2 menit	Pengantar
2. Bermain Peran, Tanya & Jawab	30 menit	1. Mengatur posisi model antomi 2. Dua orang dosen memberikan contoh bagaimana cara melakukan Pemasangan dan Pencabutan AKDR Cu T 380 A. Satu orang dosen sebagai dokter / penolong dan yang lain sebagai ibu / pasien. Mahasiswa menyimak/mengamati peragaan dengan menggunakan Penuntun Belajar 3. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya dan dosen memberikan penjelasan tentang aspek-aspek yang penting
3. Praktek bermain peran dengan Umpan Balik	70 menit	1. Mahasiswa dibagi menjadi pasangan-pasangan. Seorang mentor diperlukan untuk mengamati 3 pasangan. 2. Setiap pasangan berpraktek melakukan pemasangan dan pencabutan AKDR Cu T 380 A (seorang mahasiswa menjadi dokter/penolong dan yang lainnya menjadi ibu / pasien) secara serempak 3. Mentor berkeliling diantara mahasiswa dan melakukan supervisi menggunakan ceklis 4. Mentor memberikan tema khusus umpan balik kepada setiap pasangan
Total waktu	112 menit	

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PEMASANGAN AKDR
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

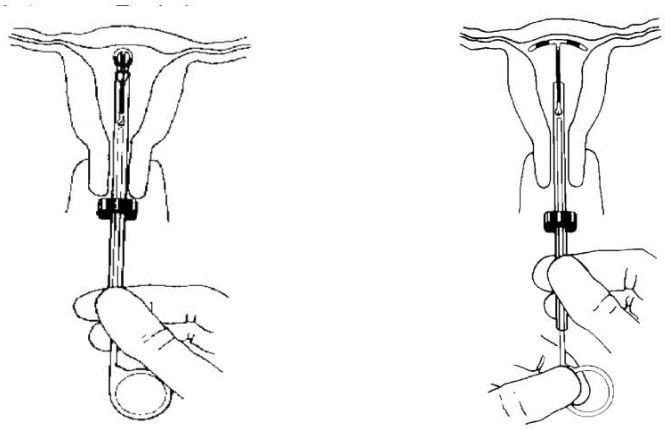
NO.	LANGKAH KLINIK	NILAI		
KONSELING AWAL		**1**	**2**	**3**
1	Sapa klien dengan ramah, perkenalkan diri anda dan tanyakan tujuan kedatangannya.			
2	Berikan informasi umum tentang Keluarga Berencana.			
3	Berikan informasi tentang jenis kontrasepsi yang tersedia dan resiko serta keuntungan dari masing - masing kontrasepsi termasuk perbedaan antara kontap dan metode reversibel : - Tunjukkan dimana dan bagaimana alkon tersebut digunakan. - Jelaskan bagaimana cara kerja. - Jelaskan kemungkinan efek samping dan masalah kesehatan lain yang mungkin akan dialami. - Jelaskan apa yang bias diperoleh.			
KONSELING METODE KHUSUS				
1	Berikan jaminan akan kerahasian yang diperlukan klien.			
2	Kumpulakan data data pribadi klien (nama, alamat, dsb).			
3	Tanyakan tujuan KB yang diinginkan (apakah klien ingin mengatur jarak kelahiran atau ingin membatasi jumlah anaknya).			
4	Tanyakan agama/kepercayaan yang dianut klien yang mungkin menentang penggunaan salah satu metode KB.			
5	Diskusikan kebutuhan, pertimbangan dan kekhawatiran klien dengan sikap yang simpatik.			
6	Bantulah klien untuk memilih metode yang tepat.			
7	*Bila klien memilih AKDR :*Jelaskan kemungkinan-kemungkinan efek samping AKDR Cu T 380 A, sampai benar-benar dimengerti oleh klien.			
KONSELING PRA PEMASANGAN & SELEKSI KLIEN				

1	Lakukan seleksi klien (anamnesa) secara cermat untuk memastikan tidak ada masalah kondisi kesehatan sebagai pemakai AKDR Tanyakan Riwayat kesehatan Reproduksi : - Tanggal haid terakhir, lama haid, pola perdarahan haid. - Paritas dan riwayat persalinan yang terakhir. - Riwayat kehamilan ektopik. - Nyeri yang hebat setiap haid. - Anemia yang berat (Hb < 9 gr % atau Hm < 30). - Riwayat infeksi sistem genital (ISG), -penyakit hubungan seksual (PHS) atau infeksi panggul. - Berganti – ganti pasangan (Risiko ISG tinggi). - Kanker serviks.			

2	Jelaskan bahwa perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan panggul dan jelaskan apa yang akan dilakukan dan persilahkan klien untuk mengajukan pertanyaan			
3	Pastikan klien sufdah mengosongkan kandung kencingnya dan mencuci kemaluannya menggunakan sabun			
4	Cuci tangan dengan air dan sabun keringkan dengan kain bersih.			
5	Tolong klien naik ke meja pemeriksaan.			
6	Palpasi daerah perut dan periksa apakah ada nyeri, benjolan atau kelainan lainnya didaerah supra pubik.			
PEMERIKSAAN PANGGUL				
1	Kenakan kain penutup pada klien untuk pemeriksaan panggul.			
2	Atur lampu yang terang untuk melihat serviks.			
3	Pakai sarung tangan yang sudah di DTT.			
4	Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT.			
5	Lakukan inspeksi pada Genitalia Eksterna.			
6	Palpasi kelenjar Skene dan Bartolini, amati adanya nyeri atau .”discharge”.			
7	Masukkan speculum vagina			
8	Lakukan pemeriksaan spekulum : - Periksa adanya lesi atau keputihan pada vagina. - Inspeksi serviks. - Bila ada sekret vagina yang mencurigakan, dilakukan pemeriksaan spesimen. Bila tidak, dilakukan pembersihan vagina, porsio dan sekitarnya dengan khasa + larutan betadine.			
9	Keluarkan spekulum dengan hati-hati dan letakkan kembali pada tempat semula dengan tidak menyentuh peralatan lain yang belum digunakan.			

10	Lakukan pemeriksaan bimanual : - Pastikan gerakan serviks bebas. - Tentukan besar dan posisi uterus. - Pastikan tidak ada kehamilan. - Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneksa.			
11	Lakukan pemeriksaan retrovaginal bila ada indikasi : - Kesulitan menentukan besar uterus retroversi. - Adanya tumor pada Cavum Douglasi.			
12	Celupkan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian buka dan rendam dalam keadaan terbalik.			
TINDAKAN PRA PEMASANGAN				
13	Jelaskan proses pemasangan AKDR dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan dan persilahkan klien untuk mengajukan pertanyaan.			

14	Masukkan lengan AKDR Cu T380A di dalam kemasan sterilnya : - Buka sebagian plastik penutupnya dan lipat kebelakang. Masukkan pendorong kedalam tabung inserter tanpa menyentuh benda tidak steril. - Letakkan kemasan pada tempat yang datar. - Selipkan karton pengukur dibawah lengan AKDR. - Pegang kedua ujung lengan AKDR dan dorong tabung inserter sampai ke pangkal lengan sehingga lengan akan melipat. - Setelah lengan melipat sampai menyentuh tabung inserter, tarik tabung inserter dari bawah lipatan lengan. - Angkat sedikit tabung inserter, dorong dan putar untuk memasukkan lengan AKDR yang sudah terlipat tersebut ke dalam tabung inserter. - Pastikan cincin biru sejajar dengan arah lengan AKDR, cocokkan dengan ukuran kavum uteri. - Pastikan ujung pendorong menyentuh ujung AKDR. - AKDR siap diinsersikan ke kavum uteri. Gambar 1. Teknik memasukkan lengan AKDR Cut80A dalam kemasan steril			
	TINDAKAN PEMASANGAN AKDR			
1	Pakailah sarung tangan yang baru.			
2	Pasanglah spekulum vagina untuk melihat serviks.			
3	Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali.			
4	Jepit serviks dengan tenakulum secara hati-hati (takik pertama)			
5	Masukkan sonde uterus dengan teknik "**Tidak menyentuh"** *(no touch tehnique)* yaitu secara hati-hati memasukkan sonde ke dalam kavum uteri dengan sekali masuk tanpa menyentuh dinding vagina ataupun bibir spekulum.			
6	Tentukan posisi dan kedalaman kavum uteri dan keluarkan sonde.			

7	Ukur kedalaman kavum uteri pada tabung inserter yang masih berada di dalam kemasan sterilnya dengan menggeser leher biru pda tabung inserter, kemudian buka seluruh plastik penutup kemasan.			
8	Angkat tabung AKDR dari kemasannya tanpa menyetuh permukaan yang tidak steril, hati-hati jangan sampai pendorongnya terdorong.			
9	Pegang tabung AKDR dengan leher biru dalam posisi horisontal (sejajar lengan AKDR). Sementara melakukan tarikan hati-hati pada tenakulum, masukkan tabung inserter ke dalam uterus sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa adanya tahanan.			
10	Pegang serta tahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan.			
11	Lepaskan lengan AKDR dengan menggunakan teknik ***withdrawl*** yaitu menarik keluar tabung inserter sampai pangkal pendorong dengan tetap menahan pendorong.			
12	Keluarkan pendorong, kemudian tabung inserter didorong kembali ke serviks sampai leher biru menyentuh serviks atau terasa adanya tahanan.			
	 Gambar 2. Cara memasukkan AKDR dengan metode tarik			

13	Keluarkan sebagian dari tabung inserter dan gunting benang AKDR kurang lebih 3-4 cm.			
14	Keluarkan seluruh tabung inserter, buang ke tempat sampah terkontaminasi.			
15	Lepaskan tenakulum dengan hati-hati, rendam dalam larutan klorin 0,5%.			
16	Periksa serviks dan bila ada perdarahan dari tempat bekas jepitan tenakulum, tekan dengan kasa selama 30-60 detik.			

17	Keluarkan spekulum dengan hati-hati, rendam dalam larutan klorin 0,5%.			
TINDAKAN PASCA PEMASANGAN				
1.	Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.			
2.	Buang bahan-bahan yang sudah tidak dipakai lagi (kasa, sarung tangan sekali pakai) ke tempat yang sudah disediakan (tempat sampah medik).			
3.	Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, buka dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5%.			
4.	Cuci tangan dengan air dan sabun.			
5.	Pastikan klien tidak mengalami kram hebat dan amati selama 15 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.			
KONSELING PASCA PEMASANGAN				
1.	Ajarkan klien bagaimana cara memeriksa sendiri benang AKDR dan kapan harus dilakukan.			
2.	Jelaskan pada klien apa yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.			
3.	Beritahu kapan klien harus datang kembali ke klinik untuk control.			
4.	Ingatkan kembali masa pemakaian AKDR CuT380A adalah 10 tahun.			
5.	Yakinkan klien bahwa ia dapat datang ke klinik setiap saat bila memerlukan konsultasi, pemeriksaan medik atau bila menginginkan AKDR tersebut dicabut.			
6.	Minta klien untuk mengulangi kembali penjelasan yang telah diberikan.			
7.	Lengkapi rekam medik dan kartu AKDR untuk klien.			

BUKU ACUAN

---------- Pelatihan Keterampilan AKDR. JNPK-KS, Mei 2000.

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PENCABUTAN AKDR
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO.	LANGKAH/KEGIATAN	NILAI		
		0	1	2
KONSELING PRA PENCABUTAN				
1.	Sapa klien dengan ramah dan perkenalkan diri anda.			
2.	Tanyakan tujuan dari kunjungannya.			
3.	Tanyakan apa alasannya ingin mencabut AKDR tersebut dan jawab semua pertanyaannya.			
4.	Tanyakan tujuan dari Keluarga Berencana selanjutnya (apakah klien ingin mengatur jarak kelahiran atau ingin membatasi jumlah anaknya).			
5.	Jelaskan proses pencabutan AKDR dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pencabutan dan setelah pencabutan			
TINDAKAN PRA PENCABUTAN				
1.	Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kencingnya dan mencuci kemaluannya mengguakan sabun.			
2.	Bantu Klien naik ke meja pemeriksaan.			
3.	Cuci tangan dengan air sabun , keringkan dengan kain bersih.			
4.	Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT.			
5.	Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT.			
TINDAKAN PENCABUTAN				
1.	Lakukan pemeriksaan bimanual : • Pastikan gerakan serviks bebas. • Tentukan besar dan posisi uterus. • Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneksa.			
2.	Pasang spekulum vagina untuk melihat serviks.			
3.	Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali			
4.	Jepit benang yang dekat dengan klem.			
5.	Tarik keluar benang dengan mantap tetapi hati-hati			

	untuk mengeluarkan AKDR.			
6.	Tunjukkan AKDR tersebut pada klien, kemudian rendam dalam klorin 0,5 %.			
7.	Keluarkan spekulum dengan hati-hati.			
TINDAKAN PASCA PENCABUTAN				
1	Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.			
2	Buang bahan-bahan yang sudah tidak dipakai lagi (kas, sarung tangan sekali pakai) ketempat yang sudah disediakan.			
3	Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan 0.5 %, kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin tersebut.			
4	Cuci tangan dengan air dan sabun.			
5	Amati selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.			
KONSELING PASCA PENCABUTAN				
1	Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (misalnya pendarahan yang lama atau rasa nyeri pada perut / panggul).			
2	Minta klien untuk mengulangi kembali penjelasan yang diberikan Jawab semua pertanyaan klien.			
3	Ulangi kembali keterangan tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia dan resiko serta keuntungan dari masing-masing alat kontrasepsi bila klien ingin tetap mengatur jarak kelahiran atau ingin membatasi jumlah anaknya.			
4	Bantu klien untuk menentukan alat kontrasepsi yang baru atau berikan alat kontrasepsi sementara sampai klien dapat memutuskan alat kontrasepsi baru yang akan dipakai.			
5	Buat rekam medik tentang pencabutan AKDR.			

BUKU ACUAN

---------- Pelatihan Keterampilan AKDR. JNPK-KS, Mei 2000

3.3 DIAFRAGMA

Diafragma

- Ini adalah bentuk yang paling sering dipakai.
- Terbuat dari karet dan berbentuk setengah bola, pinggirnya mengandung per datar atau berbentuk spiral.
- Dibuat dalam berbagai ukuran dari diameter 45 - 105 mm yang paling sering dipakai adalah yang berdiameter 70 mm, 75 mm dan 80 mm.

Vault Cap

- Juga berbentuk setengah bola yang pas pada fornices dan erat hubungannya dengan cervix.
- Pinggirnya tidak ada per-nya.
- Ukurannya dari 50 sampai dengan 74 mm.

Syarat pemakaian diafragma:

- Tidak ada prolaps uteri (uterus menonjol keluar) yang berat.
- Tonus vagina baik.
- Pasien harus dapat meraba cerviksnya.

3.4 KAP CERVIK (CERVICAL CAP)

Alat kontrasepsi berbentuk karet penutup yang dipasang di mulut rahim untuk mencegah kehamilan. Karet penutup itu dipasang dengan ditekankan pada mulut rahim sebagai selubung mulut rahim.

Pada mulanya alat itu dibuat dari lembaran karet, lempengan emas atau perak.Tetapi kini, alat pembungkus ini pada umumnya dibuat dari karet atau bahan sejenisnya.

Pada saat alat dipasang menyelubungi mulut rahim, dia menempel pada tempatnya karena proses penghisapan. Dokter meletakkan alat tersebut pada tempatnya dan mengajari akseptor bagaimana melakukannya sendiri. Akseptor dapat menyiapkan alat tersebut setelah berakhirnya periode menstruasi dan mengeluarkannya beberapa hari sebelum mulainya periode menstruasi berikutnya. Setelah dipakai alat tersebut kemudian dicuci, dikeringkan, ditaburi sejenis bubuk (powder) kemudian disimpan dalam wadah yang tertutup rapat agar tetap bersih dan aman. Beberapa wanita lebih menyukai untuk memakai dan mengeluarkan kembali setiap beberapa hari.

Untuk pemakaian awal akseptor harus diukur oleh dokter lebih dahulu, dan dokter akan mengajarkan bagaimana cara meletakkannya pada serviks dan cara melepaskannya. Alat kontrasepsi ini tidak hanya menutupi rahim tetapi juga diding vagina.

Apapun tipe karet penutup yang dugunakan, seharusnya pemakaian alat tersebut juga disertai dengan pemakaian kontrasepsi jelly yang berguna untuk mematikan spermatozoa.

Efektifitas alat kontrasepsi ini tergantung pada pelayanan yang diterima si wanita pada saat menggunakan alat tersebut di tempatnya.

Macam – macam kap serviks :

- Kap serviks (cervical cap).
- Terbuat dari karet dan menutup serviks dengan rapat.
- Ada yang mempunyai tali untuk memudahkan pengeluarannya.
- Ukurannya antara 22 sampai 31 mm.
- Plastik ortho-cervical cap.
- Terbuat dari plastik.
- Dapat dipakai terus menerus kecuali pada waktu menstruasi.
- Vimule cap.
- Terbuat dari karet.

Tingkat kegagalan:

Pada 100 wanita yang menggunakan metode ini selama satu tahun,terdapat sebanyak 12 orang yang hamil.

Syarat pemakaian kap serviks:

- Serviks harus dapat dicapai.
- Serviks cukup panjang untuk menahan kap.
- Serviks tidak luka.

Checklist:

- Dapatkah saudara menyebutkan macam diafragma / kap?
- Dapatkah saudara menyebutkan syarat pemakaian diafragma dan kap serviks?
- Dapatkah saudara menjelaskan cara pemakaian kap serviks dan cara pemeliharaanya?

4. Kondom wanita.
5. Medis operatif.

5.1. Tubektomi (MOW): dengan operasi pada tuba,

- Diikat kemudian dipotong.
- Dibakar (*cauterized*).
- Dijepit.

- Diikat melengkung.
- Disuntikkan zat kimia yg dapat mengeras dan dapat meleleh kembali.

5.2. Vasektomi (MOP): dengan operasi pada vas deverens dengan cara yang sama dengan MOW.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, 1980. Teknik Keluarga Berencana (Perawatan Kesuburan). Elstar Offset, Bandung.
2. Soedarto, 1994. Diktat Keluarga Berencana. Disampaikan pada: Kursus Demografi yang diselenggarakan oleh Pusat Penelitian Kependudukan dan Pembangunan Lembaga Penelitian Universitas Airlangga.
3. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, 1980. Atlas Pendidikan Sex, Informasi
4. Biologis Tentang Sexualitas Manusia. FK - Universitas Airlangga.
5. Baverly Winikoff and Suzanne Wymelenberg, 1977. The Whole Truth About Contraseption. Joseph Henry Press, Washington, D.C.
6. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, 1980. Atlas Pendidikan Sex, Informasi Biologis Tentang Sexualitas Manusia. FK - Universitas Airlangga.
7. Brache V et al.1985. Anovulation, inadequate luteal phase and poor sperm penetration in cervical mucus during prolonged use of Norplant implants. Contraception 31 (3): 261-73.
8. Croxatto HB.1987. Treatment with Norplant subdermal implants inhibits sperm penetration through cervical mucus in vitro. Contraception 36(2): 193-201.
9. Davies GC and JA Newton.1992. A review of the effects of long acting progesterone-only contraceptives on ovarian activity. Advances in Contraception 8(1): 1-19.
10. JHPIEGO Corporation.1990. Norplant Guide for Family Planning Service Programs. Baltimore, Maryland. JHPIEGO.
11. Saifudin AB, Djajadilaga, Biran A, Bimo.1996. Buku Acuan.

IVA
DAN PAPSMEAR

Laboratorium Keterampilan Klinis
FK UBAYA

KETERAMPILAN
PENGAMBILAN BAHAN PEMERIKSAAN
DAN PEMBUATAN PREPARAT PAP SMEAR

PENGANTAR

Pemeriksaan Pap smear merupakan porsedur klinik untuk memeriksa sel yang berasal dari serviks. Tujuan utama dari pemeriksaan ini untuk menilai adanya perubahan sel yang abnormal yang mungkin berasal dari kanker serviks atau sebelum berkembang menjadi kanker (lesi prakanker). Untuk pememriksaan ini diperlukan ketrampilan khusus dari bahan pemeriksaan yang diambil dari endoserviks dan ektoserviks.

TUJUAN PEMBELAJARAN :

Pada akhir pembelajaran ini, mahasiswa akan mampu untuk melakukan pemeriksaan Papsmear dengan benar.

STRATEGI DAN CARA PELATIHAN

MEDIA DAN ALAT BANTU PEMBELAJARAN :

- Penuntun Belajar untuk pemeriksaan Pap smear.
- Ruangan yang bersih dan terang.
- Manekin panggul wanita dengan porsio dan uterus didalamnya, Kapas dan larutan antiseptik, spekulum cocor bebek (*Grave's speculum*), spatula ayre, kapas lidi, gelas objek, kasa, meja instrumen, lampu sorot, sarung tangan, sabun dan wastafel/air bersih untuk cuci tangan, handuk bersih dan kering.
- Kertas, pensil, pena dan kartu ibu.

METODE PEMBELAJARAN

Demonstrasi kompetensi sesuai dengan penuntun belajar

DESKRIPSI KEGIATAN

Kegiatan	Waktu	Deskripsi
1. Pengantar	5 menit	Pengantar
2. Bermain Peran Tanya & Jawab	30 menit	1. Mengatur posisi duduk mahasiswa 2. Dua orang dosen memberikan contoh bagaimana cara melakukan Pemeriksaan Pap smear, satu orang dosen sebagai penolong dan yang lain sebagai ibu / pasien. Mahasiswa menyimak / mengamati peragaan dengan menggunakan Penuntun Belajar 3. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk bertanya dan dosen
3. Praktek bermain peran dengan Umpan Balik	50 menit	1. Mahasiswa dibagi menjadi pasangan-pasangan. Seorang mentor diperlukan untuk mengamati 3 pasangan. 2. Setiap pasangan berpraktek melakukan kunjungan (seorang mahasiswa menjadi penolong dan yang lainnya menjadi ibu / pasien) secara serempak 3. Mentor berkeliling diantara mahasiswa dan melakukan supervise menggunakan ceklis
4. Curah Pendapat/ Diskusi	15 menit	1. Curah Pendapat/Diskusi : Apa yang dirasakan mudah? Apa yang sulit? Menanyakan bagaimana perasaan mahasiswa yang berperan sebagai ibu. Apa yang dapat dilakukan oleh bidan agar ibu merasa lebih nyaman? 2. Dosen menyimpulkan dengan menjawab
Total waktu	100 menit	

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PENGAMBILAN BAHAN PEMERIKSAAN
DAN PEMBUATAN PREPARAT PAP SMEAR
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
A. PERSETUJUAN PEMERIKSAAN				
1.	Ucapkan salam dan memperkenalkan diri .			
2.	Tanyakan tentang Identitas pasien serta Keluhan Utama dan menggali riwayat kesehatan ibu.			
3.	Jelaskanlah tentang prosedur pemeriksaan.			
4.	Jelaskanlah tentang tujuan pemeriksaan.			
5.	Jelaskanlah bahwa proses pemeriksaan mungkin akan menimbulkan perasaan khawatir atau kurang menyenangkan tetapi pemeriksa berusaha menghindarkan hal tersebut.			
6	Pastikan bahwa pasien telah mengerti prosedur dan tujuan.			
7	Mintakan persetujuan lisan untuk melakukan pemeriksaan.			
PERSIAPAN ALAT				
ALAT YANG AKAN DIPAKAI PADA KLIEN				
1	Kapas dan larutan antiseptik..			
2	Spekulum cocor bebek (Grave's speculum)			
3	Penjepit kassa.			
4	Spatula Ayre.			
5	Kapas lidi/cytobrush.			
6	Spray atau wadah dengan etil alkohol 95%.			
7	Meja instrument dan lampu sorot.			
8	Ranjang ginekologi dengan penopang kaki.			
9	Manekin panggul wanita dengan porsio dan uterus didalamnya.			

10	Objek glass dan Label nama.			
ALAT YANG AKAN DIPAKAI PEMERIKSA				
1	Sarung tangan DTT.			
2	Apron dan baju periksa.			
3	Sabun dan air bersih.			
4	Handuk bersih dan kering.			
MEMPERSIAPKAN PASIEN				
1	Minta pasien untuk mengosongkan kandung kemih dan melepas celana dalam.			
2	Persilahkan pasien untuk berbaring di ranjang ginekologi.			
3	Atur pasien pada posisi litotomi.			
4	Hidupkan lampu sorot, arahkan dengan benar pada bagian yang akan dilakukan tindakan			
MEMPERSIAPKAN DIRI				
1	Cucilah tangan kemudian keringkan dengan handuk bersih.			
2	Pakailah sarung tangan.			
PEMERIKSAAN				
1	Pemeriksa duduk pada kursi yang telah disediakan, menghadap ke aspekus genitalis.			
2	Lakukan **periksa pandang** (inspeksi) pada daerah **vulva** dan **perineum,** Ambil spekulum dengan tangan kanan, masukkan ujung telunjuk kiri pada introitus (agar terbuka), masukkan ujung spekulum dengan arah sejajar introitus (yakinkan bahwa tidak ada bagian yang terjepit) lalu dorong.			
3	Setelah masuk setengah panjang bilah, putar spekulum 90° hingga tangkainya ke arah bawah. Atur bilah atas dan bawah dengan membuka kunci pengatur bilah atas bawah (hingga masing-masing bila menyentuh dinding atas dan bawah vagina).			
4	Tekan pengungkit bilah sehingga lumen vagina dan serviks tampak jelas (perhatikan ukuran dan warna porsio, dinding dan sekret vagina atau Jika sekret vagina ditemukan banyak, bersihkan secara hati-hati (supaya pengambilan epitel tidak terganggu).			
5	Pengambilan sampel pertama kali dilakukan pada porsio (ektoserviks). Sampel diambil dengan menggunakan spatula ayre yang diputar 360° pada permukaan porsio.			
6	Oleskan sampel pada gelas objek.			
7	Sampel endoserviks (kanalis servikalis) diambil dengan menggunakan kapas lidi dengan memutar 360° sebanyak satu atau dua putaran.			

8	Oleskan sampel pada gelas objek yang sama pada tempat yang berbeda dengan sampel yang pertama.			
9	Sampel segera difiksasi sebelum mengering. Bila mnggunakan spray usahakan menyemprot dari jarak 20 – 25 cm atau merendam pada wadah yang mengandung etilalkohol 95% selama 15 menit, kemudian biarkan mengering kemudian diberi label.			
10	Setelah pemeriksaan selesai, lepaskan pengungkit dan pengatur jarak bilah, kemudian keluarkan spekulum.			
11	Letakkan spekulum pada tempat yang telah disediakan			
12	Pemeriksa berdiri untuk melakukan periksa bimanual untuk tentukan konsistensi porsio, besar dan arah uterus, keadaan kedua adneksa.			
13	Angkat tangan kiri dari dinding perut, usapkan larutan antiseptik pada bekas sekret/ cairan di dinding perut dan sekitar vulva/perineum.			
14	Beritahukan pada ibu bahwa pemeriksaan sudah selesai dan persilahkan ibu untuk mengambil tempat duduk.			
PENCEGAHAN INFEKSI				
15	Kumpulkan semua peralatan dan lakukan dekontaminasi.			
16	Buang sampah pada tempatnya.			
17	Bersihkan dan lakukan dekontaminasi sarung tangan.			
18	Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk yang bersih.			
PENJELASAN HASIL PEMERIKSAAN				

19	Jelaskan pada pasien tentang hasil pemeriksaan.			
20	Pastikan pasien mengerti apa yang telah dijelaskan..			
RENCANA LANJUTAN				
21	Catat hasil pemeriksaan pada rekam medis.			
22	Buat pengantar pemeriksaan ke ahli patologi anatomi.			
23	Buat jadwal kunjungan ulang.			
24	Persilahkan ibu ke ruang tunggu (apabila pemeriksaan selesai) atau ke ruang tindakan (untuk proses/tindakan lanjutan).			

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST KEMAMPUAN KONSELING DAN PROSEDUR IVA (digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

No.	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
Konseling Pra Pemeriksaan IVA				
1	Menyapa dan memperkenalkan diri.			
	Menanyakan kesiapan klien untuk diperiksa IVA : • Memastikan klien tidak berhubungan intim selama 2x24 jam sebelumnya. • Memastikan klien tidak menstruasi 2x24 jam sebelumnya. • Memastikan klien tidak melakukan irigasi vagina dalam 24 jam terakhir.			
2	Memastikan identitas, memeriksa status dan kelengkapan informed comsent klien.			
Persiapan Sebelum Pemeriksaan IVA				
3	Memastikan alat dan seluruh instrumen yang diperlukan sudah tersedia.			
4	Klien diminta untuk mengosongkan kandung kemih dan menanggalkan pakaiannya dari pinggang hingga lutut dan menggunakan kain yang sudah disediakan.			
5	Klien diposisikan dalam posisi litotomi dan Tutup area pinggang hingga lutut klien dengan kain.			
6	Cuci tangan dengan air dan sabun, keringkan, kemudian palpasi perut.			
7	Gunakan sarung tangan.			
Prosedur Pemeriksaan IVA				
8	Bersihkan genetalia eksterna dengan air DTT*.			
9	Inspeksi dan palpasi genetalia eksterna.			
10	Aplikasikan *gel* pada spekulum (dianjurkan) kemudian masukkan speculum.			
11	Tampakkan serviks hingga jelas terlihat.			

12	Perhatikan apakah terdapat discharge, perdarahan, erosi, massa yang rapuh atau keadaan abnormal lainnya, Jika dicurigai kanker, klien dirujuk, pemeriksaan tidak dilanjutkan.			
13	Ambil kasa yang sudah di celup ke dalam larutan Asam Asetat yang sudah diencerkan (3-5%).			
14	Oleskan pada portio /cervix ➔ tunggu hingga 2 menit.			
15	Kemudian evaluasi hasil olesan tersebut, bila (+) rujuk (terjadi perubahan warna menjadi seperti terselimuti kapas putih) , bila (-) Normal. Tidak terjadi perubahan warna pada portio.			
16	Masukkan slide ke dalam larutan fiksasi sesegera mungkin maksimal 30 detik sejak pengambilan sampel.			
17	Keluarkan speculum.			
18	Fiksasi slide dengan larutan fiksasi (larutan ethanol 96%) selama minimal 30 menit, kemudian keringkan.			
Hal yang harus dilakukan Setelah Pemeriksaan IVA				
19	Buang sarung tangan, kapas,dan bahan sekali pakai lainnya ke dalam container (tempat sampah) yang tahan bocor, sedangkan untuk alat-alat yang dapat digunakan kembali, rendam dalam larutan Chlorin 0.5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.			
20	Cuci tangan dengan air dan sabun.			
Konseling Post Pemeriksaan IVA setelah klien dipersilahkan duduk				
21	Klien diminta datang kembali untuk mengambil hasil IVA.			
22	Setelah hasil pemeriksaan IVA ada, klien dijelaskan mengenai hasilnya.			
23	Jika ditemukan sel tidak normal menunjukkan pra kanker, jelaskan mengenai berbagai pilihan terapi yang dapat dilakukan.			
24	Beri kesempatan kepada klien untuk bertanya hingga mengerti dan berikan kesempatan untuk memutuskan terapi yang diinginkan.			

HEMORRHAGIC POSTPARTUM

Laboratorium Keterampilan Klinis
FK UBAYA

PERDARAHAN POST PARTUM

BATASAN

Perdarahan post partum pada persalinan pervaginam adalah perdarahan melebihi 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir. Dalam persalinan sukar untuk menentukan jumlah darah secara akurat karena tercampur dengan air ketuban dan serapan pada pakaian atau kain alas. Oleh karena itu bila terdapat perdarahan lebih banyak dari normal, sudah dianjurkan untuk melakukan pengobatan sebagai perdarahan postpartum.

TUJUAN UMUM

Setelah menyelesaikan bab ini, peserta akan mampu mengidentifikasi dan menatalaksana perdarahan post partum.

TUJUAN KHUSUS

Untuk mencapai tujuan umum, peserta akan memiliki kemampuan untuk:

- Mengidentifikasi tanda dan gejala serta mendiagnosis perdarahan post partum.
- Menatalaksana perdarahan post partum sesuai prosedur baku.
- Melakukan kompresi bimanual uterus.
- Melakukan kompresi aorta abdominal.
- Melakukan pemeriksaan laserasi jalan lahir/ robekan serviks.
- Melakukan penjahitan robekan serviks.
- Melakukan penglepasan plasenta secara manual.

MASALAH

Perdarahan post partum dini yaitu perdarahan setelah bayi lahir dalam 24 jam pertama persalinan dan perdarahan post partum lanjut yaitu perdarahan setelah 24 jam persalinan.

Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta dan kelainan pembekuan darah.

PENGELOLAAN UMUM

- Selalu siapkan tindakan gawat darurat.
- Tata laksana persalinan kala III secara aktif.
- Minta pertolongan pada petugas lain untuk membantu bila dimungkinkan.
- Lakukan penilaian cepat keadaan umum ibu meliputi kesadaran nadi, tekanan darah, pernafasan dan suhu.
- Jika terdapat syok lakukan segera penanganan.
- Periksa kandung kemih, bila penuh kosongkan.

- Cari penyebab perdarahan dan lakukan pemeriksaan untuk menentukan penyebab perdarahan.

Tabel 1.1 Jenis uterotonika dan cara pemberiannya

JENIS DAN CARA	OKSITOSIN	ERGOMETRIN	MISOPROSTOL
Dosis dan cara pemberian	**IV : 20 IU dalam 1 l larutan garam fisio logis dengan tetesan cepat**	**IM atau IV (lambat) : 0.2 mg**	**Oral atau rektal 400 pg dapat diulang sampai 1200 pg**
Dosis lanjutan	**IV : 20 IU dalam 1 l larutan garam fisio-logis dengan 40**	**Ulangi 0.2 mg IM setelah 15 menit**	**400 pg 2-4 jam setelah dosis awal**
Dosis maksimal per hari	**Tidak lebih dari 3 l larutan dengan Oksi-tosin**	**Total 1 mg atau 5 dosis**	**Total 1200 pg atau 3 dosis**
Kontra Indikasi	**Pemberian IV secara cepat atau bolus**	**Preeklampsia, vitium cordis, hipertensi**	**Nyeri kontraksi Asma**

DIAGNOSIS

GEJALA DAN TANDA	TANDA DAN GEJALA LAIN	DIAGNOSIS KERJA
Uterus tidak berkontraksi dan lembek Perdarahan segera setelah anak lahir.	Syok Bekukan darah pada serviks atau posis terlentang akan menghambat aliran darah ke luar	**Atonia uteri**
Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir. Uterus kontraksi dan keras Plasenta lengkap.	Pucat Lemah Menggigil	**Robekan jalan lahir**
Plasenta belum lahir setelah 30 menit. Perdarahan segera (P3)	Tali pusat putus akibat traksi berlebihan	**Retensio plasenta**

Uterus berkontraksi dan keras	Inversio uteri akibat tarikan Perdarahan lanjutan	
Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap Perdarahan segera (P3)	Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	**Tertinggalnya sebagian plasenta atau ketuban**
Uterus tidak teraba Lumen vagina terisi masa Tampak tali pusat (bila plasenta belum lahir)	Neurogenik syok Pucat dan limbung	**Inversio uteri**
Sub-involusi uterus Nyeri tekan perut bawah dan pada uterus Perdarahan Lokhia mukopurulen dan berbau	Anemia Demam	**Endometristis atau sisa fragmen plasenta (terinfeksi atau tidak)** **Late postpartum hemorrhage** **Perdarahan postpartum sekunder**

1. PENGELOLAAN KHUSUS ATONIA UTERI

Atonia uteri terjadi bila miometrium tidak berkontraksi. Uterus menjadi lunak dan pembuluh darah pada daerah bekas perlekatan plasenta terbuka lebar. Atonia merupakan penyebab tersering perdarahan postpartum; sekurang-kuranya 2/3 dari semua perdarahan postpartum disebabkan oleh atonia uteri. Upaya penanganan perdarahan postpartum disebabkan atonia uteri, harus dimulai dengan mengenal ibu yang memiliki kondisi yang berisiko terjadinya atonia uteri. Kondisi ini mencakup hal-hal yang menyebabkan uterus meregang lebih dari kondisi normal seperti pada:

- Polihidramnion.
- Kehamilan kembar.
- Makrosomi.
- Persalinan lama.
- Persalinan terlalu cepat.
- Persalinan dengan induksi atau akselerasi oksitosin.

- Infeksi intrapartum.
- Paritas tinggi.

Jika seorang wanita memiliki salah satu dari kondisi-kondisi yang berisiko ini, maka penting bagi penolong persalinan untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya atoni uteri postpartum. Meskipun demikian, 20% atoni uteri postpartum dapat terjadi pada ibu tanpa faktor-faktor risiko ini. Adalah penting bagi semua penolong persalinan untuk mempersiapkan diri dalam melakukan penatalaksanaan awal terhadap masalah yang mungkin terjadi selama proses persalinan. Langkah berikutnya dalam upaya mencegah atonia uteri ialah melakukan penanganan kala tiga secara aktif, yaitu :

- Menyuntikan Oksitosin.
- Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal.
- Menyuntikan Oksitosin 10 IU secara intramuskuler pada bagian luar paha kanan 1/3

atas setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah.

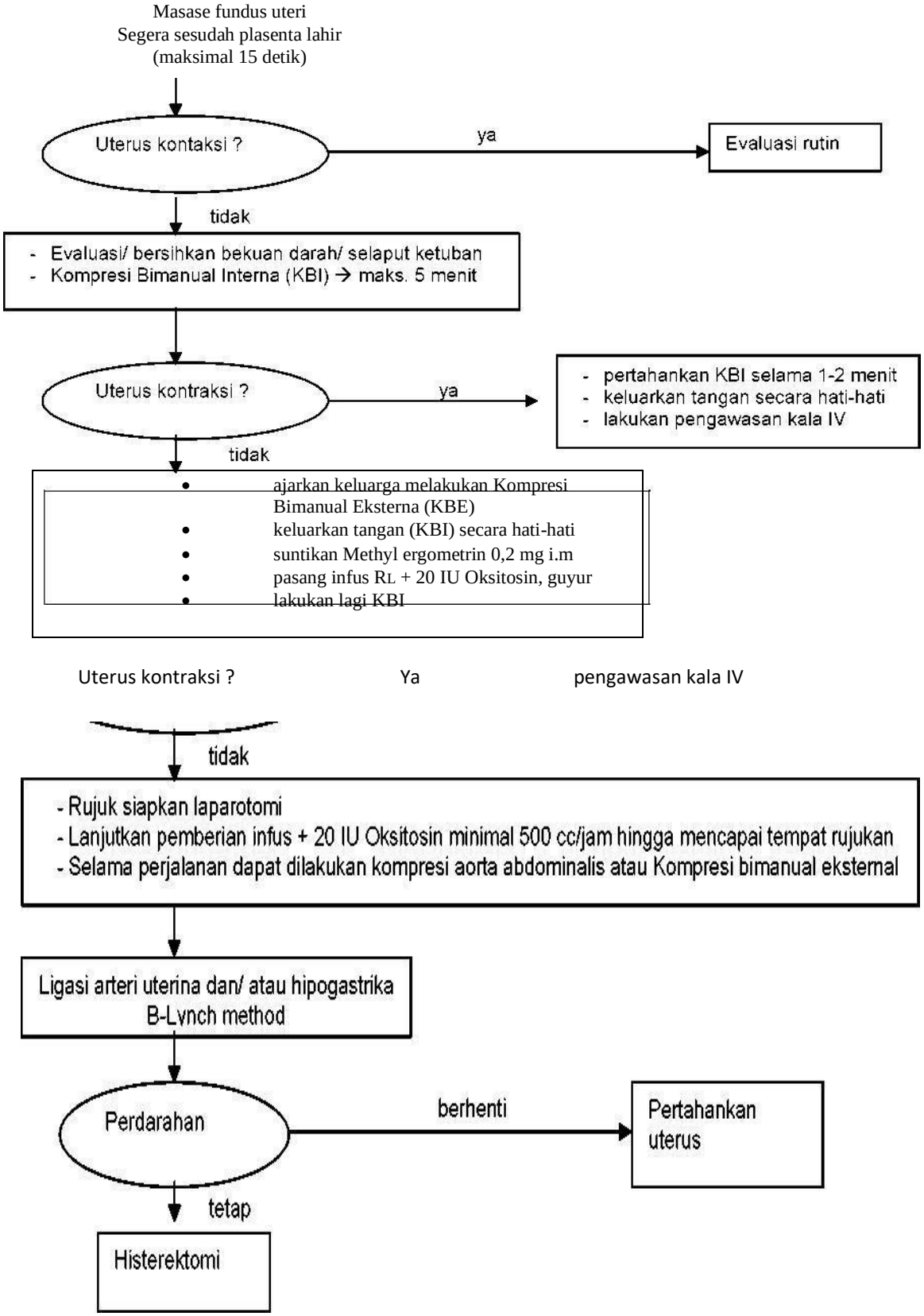
- Peregangan Tali Pusat Terkendali.
- Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva atau menggulung tali pusat.
- Meletakan tangan kiri di atas simpisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kasa dengan jarak 5-10 cm dari vulva.
- Saat uterus kontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso-kranial.
- Mengeluarkan plasenta.
- Jika dengan penegangan tali pusat terkendali tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bahwa kemudian ke atas sesuai dengan kurve jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.
- Bila tali pusat bertambah panjang tetapi plasenta belum lahir, pindahkan kembali klem hingga berjarak ± 5-10 dari vulva.
- Bila plasenta belum lepas setelah mencoba langkah tersebut selama 15 menit.
- Suntikan ulang 10 IU Oksitosin i.m.
- Periksa kandung kemih, lakukan kateterisasi bila penuh.
- Tunggu 15 menit, bila belum lahir lakukan tindakan plasenta manual.
- Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati.

Bila terasa ada tahanan, penegangan plasenta dan selaput secara perlahan dan sabar untuk mencegah robeknya selaput ketuban.

- Masase uterus.
- Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).
- Memeriksa kemungkinan adanya perdarahan pasca persalinan.
- Kelengkapan plasenta dan ketuban.
- Kontraksi uterus.
- Perlukaan jalan lahir.

Langkah-langkah rinci penatalaksanaan atonia uteri pascapersalinan

Bagan Pengelolaan Atonia Uteri



No.	Langkah	Keterangan
1.	Lakukan masase fundus uteri segera setelah plasenta dilahirkan.	Masase merangsang kontraksi uterus sambil melakukan masase sekaligus dapat dilakukan penilaian kontraksi uterus.
2.	Bersihkan kavum uteri dari selaput ketuban dan gumpalan darah.	Selaput ketuban atau gumpalan darah dalam kavum uteri akan dapat menghalangi kontraksi uterus secara baik.
3.	Mulai lakukan kompresi bimanual interna. Jika uterus berkontraksi keluarkan tangan setelah 1-2 menit. Jika uterus tetap tidak berkontraksi teruskan kompresi bimanual interna hingga 5 menit.	Sebagian besar atonia uteri akan teratasi dengan tindakan ini. Jika kompresi bimanual tidak berhasil setelah 5 menit, diperlukan tindakan lain.
4.	Minta keluarga untuk melakukan kompresi bimanual extra.	Bila penolong hanya seorang diri, keluarga dapat meneruskan proses kompresi bimanual secara eksternal selama anda melakukan langkah-langkah selanjutnya.
5.	Berikan Metil ergometrin 0,2 mg intramuscular/ intravena.	Metil ergometrin yang diberikan secara intramuscular akan mulai bekerja dalam 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus. Pemberian intravena bila sudah terpasang infuse sebelumnya.
6..	Berikan infus cairan larutan Ringer Laktat/ Asering dan oksitosin 20IU/500cc.	Oksitosin intravena akan bekerja segra untuk menyebabkan uterus berkontraksi. Ringer laktat akan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama atonia uteri.
7.	Mulai lagi kompresi bimanual interna atau pasang tampon uterovagina.	Jika atoni tidak teratasi setelah 7 langkah pertama, mungkin ibu mengalami masalah serius lainya. Tampon uterovagina dapat dilakukan apabila penolong telah terlatih yaitu dengan menggunakan kondom+kateter diisi dengan PZ500cc. Rujuk segera ke rumah sakit.

8.	Buat persiapan untuk merujuk segera.	Atoni bukan merupakan hal yang sederhana dan memerlukan perawatan gawat darurat di fasilitas dimana dapat dilaksanakan bedah dan pemberian tranfusi darah.
9.	Teruskan cairan intravena hingga ibu mencapai tempat rujukan.	Berikan infus 500cc cairan pertama dalam waktu 10 menit. Kemudian ibu memerlukan cairan tambahan, setidak-tidaknya 500cc/jam pertama, dan 500cc/4jam pada jam-jam berikutnya. Jika anda tidak mempunyai cukup persediaan cairan intravena, berikan cairan 500cc yang ketiga tersebut secara perlahan, hingga cukup.
10.	Lakukan laparotomi: Pertimbangkan antara tindakan mempertahankan uterus dengan ligasi uterine/ hipogastrika.	Pertimbangkan antara lain paritas, kondisi ibu, jumlah perdarahan.

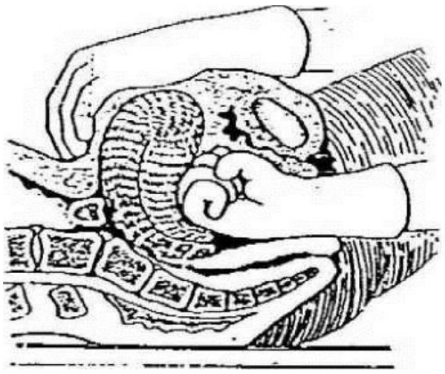
2. KOMPRESI BIMANUAL INTERNA

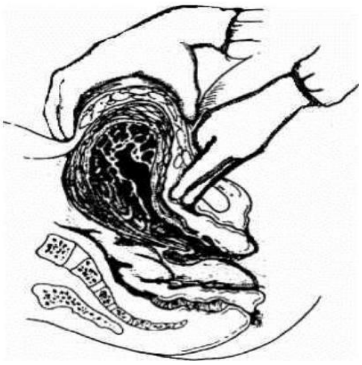
Letakan satu tangan anda pada dinding perut, dan usahakan untuk menahan bagian belakang uterus sejauh mungkin. Letakkan tangan yang lain pada korpus depan dari dalam vagina, kemudian tekan kedua tangan untuk mengkompresi pembuluh darah di dinding uterus. Amati jumlah darah yang keluar yang ditampung dalam pan. Jika perdarahan berkurang, teruskan kompresi, pertahankan hingga uterus dapat berkontraksi atau hingga pasien sampai di tempat rujukan. Jika tidak berhasil, cobalah mengajarkan pada keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal sambil penolong melakukan tahapan.

selanjutnya untuk penatalaksaan atonia uteri.

3. KOMPRESI BIMANUAL EKSTERNA

Letakkan satu tangan anda pada dinding perut, dan usahakan sedapat mungkin meraba bagian belakang uterus. Letakan tangan yang lain dalam keadaan terkepal pada bagiadepan korpus uteri, kemudian rapatkan kedua tangan untuk menekan pembuluh darah di dinding uterus dengan jalan menjepit uterus di antara kedua tangan tersebut (gambar 2.2).





Gambar 2.2 Kompresi bimanual eksternal

4. PERLUKAAN JALAN LAHIR

Perdarahan dalam keadaan di mana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir. Perlukaan jalan terdiri dari:

- Robekan Perineum.
- HematomaVulva.
- Robekan dinding vagina.
- Robekan serviks.
- Ruptura uteri.

5. ROBEKAN PERINEUM

Dibagi atas 4 tingkat

- Tingkat 1 : robekan hanya pada selaput lender vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum.
- Tingkat 2 : robekan mnegenai selaput lender vagina dan otot perineum transverslais, tetapi tidak mengenai spingter ani.
- Tingkat 3 : robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani.
- Tingkat 4 : robekan sampai mukosa rectum.

Kolporeksis adalah suatu keadaan di mana terjadi robekan di vagina bagian atas, sehingga sebagian serviks uteri dan sebagian uterus terlepas dari vagina. Robekan ini memanjang atau melingkar.

Robekan serviks dapat terjadi di satu tempat atau lebih. Pada kasus partus presipitatus, persalinan sungsang, plasenta manual, terlebih lagi persalinan operatif pervaginam harus dilakukan pemeriksaan dengan spekulum keadaan jalan lahir termasuk serviks.

Pengelolaan

- *Episiotomi, robekan perineum, dan robekan vulva* Ketiga jenis perlukaan tersebut harus dijahit.
- **Robekan perineum tingkat I**

Penjahitan robekan perineum tingkat I dapat dilakukan dengan memakai catgut yang dijahitkan secara jelujur atau dengan cara jahitan angka delapan *(figure of eight).*

- **Robekan perineum tingkat II**

Sebelum dilakukan penjahitan pada robekan perineum tingkat I atau tingkat II, jika dijumpai pinggir robekan yang tidak rata atau bergerigi, maka pinggir yang bergerigi tersebut harus diratakan terlebih dahulu. Pinggir robekan sebelah kiri dan kanan masing-masing dijepit dengan klem terlebih dahulu, kemudian digunting. Setelah pinggir robekan rata, baru dilakukan penjahitan luka robekan.

Mula-mula otot-otot dijahit dengan catgut, kemudian selaput lendir vagina dijahit dengan catgut secara terputus-putus atau delujur. Penjahitan mukosa vagina dimulai dari puncak robekan. Sampai kulit perineum dijahit dengan benang catgut secara jelujur.

- **Robekan perineum tingkat III**

Pada robekan tingkat III mula-mula dinding depan rektum yang robek dijahit, kemudian fasia perirektal dan fasial septum rektovaginal dijahit dengan *catgut kromik*, sehingga bertemu kembali. Ujung-ujung otot sfingter ani yang terpisah akibat robekan dijepit dengan klem / pean lurus, kemudian dijahit dengan 2 - 3 jahitan *catgut kromik* sehingga bertemu lagi. Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum tingkat II.

- **Robekan perineum tingkat IV**

Pada robekan perineum tingkat IV karena tingkat kesulitan untuk melakukan perbaikan cukup tinggi dan resiko terjadinya gangguan berupa gejala sisa dapat menimbulkan keluhan sepanjang kehidupannya, maka dianjurkan apabila memungkinkan untuk melakukan rujukan dengan rencana tindakan perbaikan di rumah sakit kabupaten/kota.

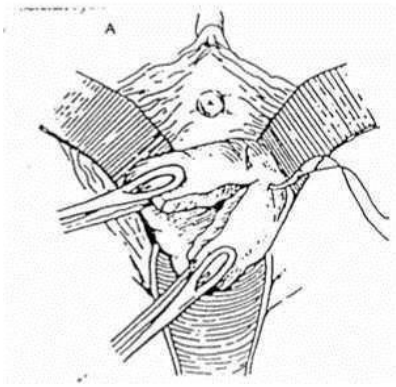
***6.* HEMATOMA VULVA**

- Penanganan hematoma tergantung pada lokasi dan besar hematoma. Pada hematoma yang kecil, tidak perlu tindakan operatif, cukup dilakukan kompres.

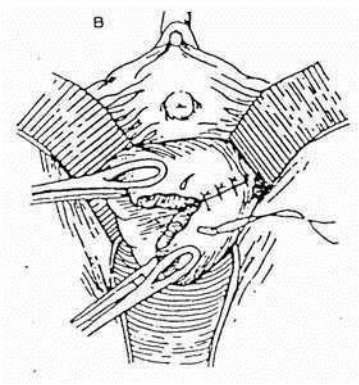
- Pada hematoma yang besar lebih-lebih disertai dengan anemia dan presyok, perlu segera dilakukan pengosongan hematoma tersebut. Dilakukan sayatan di sepanjang bagian hematoma yang paling terenggang. Seluruh bekuan dikeluarkan sampai kantong hematoma kosong. Dicari sumber perdarahan, perdarahan dihentikan dengan mengikat atau menjahit sumber perdarahan tersebut. Luka sayatan kemudian dijahit. Dalam perdarahan difus dapat dipasang drain atau dimasukkan kasa steril sampai padat dan meninggalkan ujung kasa tersebut diluar.
- *Robekan dinding vagina.*
- Robekan dinding vagina harus dijahit.
- Kasus kolporeksis dan fistula visikovaginal harus dirujuk ke rumah sakit.

7. ROBEKAN SERVIKS

Robekan serviks paling sering terjadi pada jam 3 dan 9. Bibir depan dan bibir belakang serviks dijepit dengan klem Fenster (Gambar 2.3). Kemudian serviks ditarik sedikit untuk menentukan letak robekan dan ujung robekan. Selanjutnya robekan dijahit dengan catgut kromik dimulai dari ujung robekan untuk menghentikan perdarahan.



A. Jahitan pertama dimulai dari puncak robekan pada serviks



B. Sebagian robekan serviks setelah dijahit

Gambar 2.3 Teknik menjahit robekan serviks

8. RETENSIO PLASENTA

Retensio plasenta ialah plasenta yang belum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir. Plasenta yang belum lahir dan masih melekat di dinding rahim oleh karena kontraksi rahim kurang kuat untuk melepaskan plasenta disebut **plasenta adhesiva**. Plasenta yang belum lahir dan masih melekat di dinding rahim oleh karena villi korialisnya menembus desidua sampai miometrium disebut **plasenta akreta**. Plasenta yang sudah lepas dari dinding rahim tetapi belum lahir karena terhalang oleh lingkaran konstriksi di bagian bawah rahim disebut **plasenta inkarserata**.

Perdarahan hanya terjadi pada plasenta yang sebagian atau seluruhnya telah lepas dari dinding rahim. Banyak atau sedikitnya perdarahan tergantung luasnya bagian plasenta yang telah lepas dan dapat timbul perdarahan. Melalui periksa dalam atau tarikan pada tali pusat dapat diketahui apakah plasenta sudah lepas atau belum dan bila lebih dari 30 menit maka kita dapat melakukan plasenta manual.

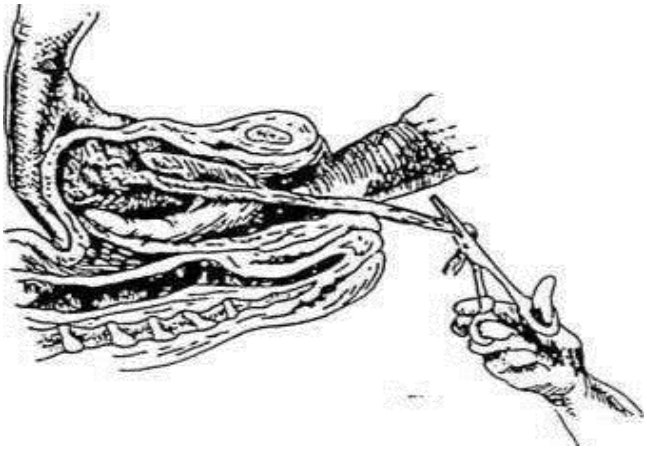
Prosedur plasenta manual sebagai berikut:

Sebaiknya pelepasan plasenta secara manual dilakukan dalam narkosis, karena relaksasi otot memudahkan pelaksanaannya terutama bila retensi telah lama. Sebaiknya juga dipasang infus NaCl 0,9% sebelum tindakan dilakukan. Setelah desinfektan tangan dan vulva termasuk daerah seputarnya, labia dibeberkan dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan dimasukkan secara obstetrik ke dalam vagina.

Sekarang tangan kiri menahan fundus untuk mencegah kolporeksis. Tangan kanan dengan posisi obstetrik menuju ke ostium uteri dan terus ke lokasi plasenta; tangan dalam ini menyusuri tali pusat agar tidak terjadi salah jalan *(false route).* Supaya tali pusat mudah diraba, dapat diregangkan oleh pembantu (asisten). Setelah tangan dalam sampai ke plasenta, maka tangan tersebut dipindahkan ke pinggir plasenta dan mencari bagian plasenta yang sudah lepas untuk menentukan bidang pelepasan yang tepat. Kemudian dengan sisi tangan kanan sebelah kelingking (ulner), plasenta dilepaskan pada bidang antara bagian plasenta yang sudah terlepas dan dinding rahim dengan gerakan yang sejajar dengan dinding rahim. Setelah seluruh plasenta terlepas, plasenta dipegang dan dengan perlahan-lahan ditarik keluar.

Kesulitan yang mungkin dijumpai pada waktu pelepasan plasenta secara manual ialah adanya lingkaran konstriksi yang hanya dapat dilalui dengan dilatasi oleh tangan dalam secara perlahan-lahan dan dalam nakrosis yang dalam. Lokasi plasenta pada dinding depan rahim juga sedikit lebih sukar dilepaskan daripada lokasi di dinding belakang. Ada kalanya plasenta tidak dapat dilepaskan secara manual seperti halnya pada plasenta akreta, dalam hal ini tindakan dihentikan.

Setelah plasenta dilahirkan dan diperiksa bahwa plasenta lengkap, segera dilakukan **kompresi bimanual uterus** dan disuntikkan Ergometrin 0.2 mg IM atau IV sampai kontraksi uterus baik. Pada kasus retensio plasenta, risiko atonia uteri tinggi oleh karena itu harus segera dilakukan tindakan pencegahan perdarahan postpartum. Apabila kontraksi rahim tetap buruk, dilanjutkan dengan tindakan sesuai prosedur tindakan pada atonia uteri. **Plasenta akreta** ditangani dengan histerektomi oleh karena itu harus dirujuk ke rumah sakit.



Gambar 2.4 Pelepasan plasenta secara manual

9. SISA PLASENTA

Sisa plasenta dan ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim dapat menimbulkan perdarahan postpartum dini atau perdarahan pospartum lambat (biasanya terjadi dalam 6 - 10 hari pasca persalinan). Pada perdarahan postpartum dini akibat sisa plasenta ditandai dengan perdarahan dari rongga rahim setelah plasenta lahir dan kontraksi rahim baik. Pada perdarahan postpartum lambat gejalanya sama dengan subinvolusi rahim, yaitu perdarahan yang berulang atau berlangsung terus dan berasal dari rongga rahim.

Perdarahan akibat sisa plasenta jarang menimbulkan syok.Penilaian klinis sulit untuk memastikan adanya sisa plasenta, kecuali apabila penolong persalinan memeriksa kelengkapan plasenta setelah plasenta lahir. Apabila kelahiran plasenta dilakukan oleh orang lain atau terdapat keraguan akan sisa plasenta, maka untuk memastikan adanya sisa plasenta ditentukan dengan eksplorasi dengan tangan, kuret atau alat bantu diagnostik yaitu ultrasonografi. Pada umumnya perdarahan dari rongga rahim setelah plasenta lahir dan kontraksi rahim baik dianggap sebagai akibat sisa plasenta yang tertinggal dalam rongga rahim.

Pengelolaan

- Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Dalam kondisi tertentu apabila memungkinkan, sisa plasenta dapat dikeluarkan secara manual.
- Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.
- Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.
- Antibiotika dalam dosis pencegahan sebaiknya diberikan.

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PENANGANAN HPP
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

NO	LANGKAH KLINIK	NILAI		
		1	2	3
Dengan mengunakan model/bermain peran/simulasi, minta tenaga kesehatan untuk mendemonstrasikan manajemen Perdarahan PostPartum. Beberapa langkah harus dilakukan secara simultan dalam tim jika: • Teriak minta tolong. • Melakukan masase uterus. • Mencari penyebab Perdarahan PostPartum (atonia uteri, robeknya vagina).				
Pada kasus atonia uteri (uterus lembek, tidak berkontraksi):				
1.	Jika perdarahan berlanjut, melakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit. Di pertahankan bila kontraksi uterus baik. Jika berhasil ditambah 2 menit.			
2.	Jika belum berkontraksi, berikan oksitosin 20IU dalam 500 ccRL, 60 tetes/menit IV dan metil ergometrin 0.2 mg IV (jika ibu tidak mempunyai hipertensi).			
3.	Melanjutkan pemberian oksitosin 20IU dalam RLSOOcc, 40 tetes/menit, hingga maksimal 1500 cc.			
4.	Jika belum ada kontraksi, rujuk segera a tan kolaborasi dengan Tim jaga sambil melanjutkan kompresi bimanual uterus atau kompresi aorta abdominal selama perjalanan rujukan.			
Jika sisa plasenta tertinggal didalam rahim (plasenta atau selaput ketuban tidak lengkap):				
1.	Mengeluarkan secara digital sisa plasenta yang tertinggal di dalam rahim.			
2.	Jika plasenta belum lahir 30 menit setelah pemberian oksitosin 2x dan terjadi perdarahan lakukan plasenta manual dengan tetap terpasang cairan infus oksitosin 20 IU dalam 500 ccRL.			

3.	Jika sisa plasenta tidak bisa dikeluarkan,rujuk atau kolaborasi dengan SpOG dan pasien telah dipasang akses intra vena.			
Jika terjadi syok atau dugaan syok (nadi lemah cepat (110 atau lebih permenit), TD sistolik kurang dari 90mmHg, pucat, kulit dingin dan berkeringat, napas cepat). Beberapa langkah harus dilakukan secara simultan dalam tim jika memungkinkan:				
1.	Ibu diselimuti dan kakinya diangkat lebih tinggi dari posisi Jantungnya (300atau bagian kaki diberi 2 bantal).			

2.	Memulai oksigen pada 4L/menit - 5 L/menit.			
3.	Memasang dua jalur infus dengan jarum ukuran16-18.			
4.	Mengambil sampel darah untuk tes hemoglobin, pencocokan silang dan pembekuan darah.			
5.	Memulai infus dengan cairan kristaloid (RL/NaCl/ Ringer Asering).			
6.	Memasukkan infus 1L pada setiap jalur infus dalam waktu 15-20 menit (guyur).			
7.	Memberikan tambahan sedikitnya 2 liter larutan infus ringer laktat selama satu jam, ukur cairan yang masuk dan keluar (balance cairan).			
8.	Melanjutkan penggantian volume mel alui infus sesuai dengan Jumlah kehilangan darah.			
9.	Menilai kebutuhan transfusi, tanyakan hasil laboratorium Hb, serta kondisi klinis dan jumlah perdarahan.			
10.	Melakukan kateterisasi kandung kemih ->dawer catheter, menetap.			

ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK PAYUDARA

Laboratorium Keterampilan Klinis
FK UBAYA

ANAMNESIS

I. PENGERTIAN

Pada anamnesa perlu diketahui keluhan utama yang membawa pasien untuk berobat. Keluhan utama tersebut harus bisa menjelaskan lokasi, jenis keluhan (kualitas), berapa hebat keluhan (kuantitas), kapan timbulnya dan perkembangan selanjutnya (kronologi dan progresifitas), permulaan timbulnya keluhan (onset), hal-hal yang meringankan atau memperberat keluhan dan gejala yang menyertainya. Pada pasien dengan kasus kecurigaan keganasan payudara maka dalam melakukan anamnesa sangat penting mengikuti sistematika dalam perjalanan penyakit kanker itu sendiri. Perjalanan penyakit dimulai dari adanya keluhan lokal (benjolan, perubahan kulit, discharge dsb) kemudian dilanjutkan dengan keluhan pada daerah regional (ketiak, supraklavikula) dan terakhir keluhan yang berkaitan dengan metástasis seperti nyeri tulang, batuk lama sampai sesak, keluhan dispepsia sampai pada sakit kepala hebat hingga kejang. Keluhan utama yang sering dikemukakan oleh pasien tumor payudara adalah kelainan lokal berupa benjolan atau pembengkakan, deformitas (kelainan bentuk) dan nyeri. Khusus pada keganasan payudara, keluhan pasien yang paling sering adalah adanya benjolan pada payudara tersebut. Keluhan nyeri pada payudara sangat jarang disebabkan oleh adanya kanker, kecuali pada kanker payudara stadium lanjut.

Keluhan yang spesifik pada pasien dengan kelainan atau penyakit payudara dapat berupa seperti hal dibawah ini :

a. Keluhan di lokal payudara dan riwayat penyakitnya
   - Benjolan : lokasi, ukuran, progresifitas pembesaran, onset terjadinya penyakit.
   - Rasa sakit (mastalgia) : kapan, apakah ada hubungan dengan siklus haid, apakah ada hubungan dengan obat tertentu.
   - *Nipple discharge*: bisa dari permukaan, warna darah, cairan purulen, serosa, grumous, susu.
   - Nodul satelit
   - Retraksi puting susu dan lamanya
   - Krusta pada areola mammae
   - Kelainan kulit : dimpling, *peau d'orange*, ulserasi, venektasi.
   - Perubahan warna kulit
b. Keluhan pada daerah regional (aksila, supraklavikula).
   - Benjolan diaksila ipsilateral dan kontralateral

- Benjolan di supraclavicula ipsilateral dan kontralateral
- Edema/pembengkakan lengan
- Keluhan pada payudara kontralateral.

c. Keluhan di tempat lain yang berhubungan dengan keluhan sistemik dan metastase, antara lain :

- Penurunan berat badan yang tanpa sebab yang jelas.
- Metastase tulang : Nyeri tulang (vertebrae, femur)
- Metastase hati : Rasa penuh di ulu hati / dyspepsia (metastase hati).
- Metastase Paru : Batuk – batuk kering yang tidak kunjung sembuh, nafas
- Metastase otak : Sakit kepala hebat hingga kejang dan keluhan gangguan fungsi otak lainnya.

d. Faktor-faktor risiko :

- Usia penderita : semakin tua usia penderita semakin tinggi resiko.
- Usia melahirkan anak pertama : semakin tinggi usia melahirkan semakin tinggi resiko.
- Punya anak atau tidak : Resiko tinggi pada wanita yang tidak punya anak.
- Riwayat menyusukan
- Riwayat radiasi dinding dada
- Riwayat menstruasi
  - Menstruasi pertama (menarche) pada usia berapa
  - Keteraturan siklus menstruasi
  - Menopause pada usia berapa : makin tinggi usia menopause makin tinggi resiko.
  - Riwayat pemakaian obat hormonal
  - Riwayat keluarga sehubungan dengan kanker payudara atau tumor ginekologi

II. TUJUAN KEGIATAN

II.1. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan :

- Anamnesis yang sistematik dan tepat.
- Pemeriksaan fisik payudara yang sesuai dengan aturan yang berlaku.

II. 2. TUJUAN KHUSUS

Mahasiswa mampu melakukan :

1. Mampu menjalin komunikasi yang baik dengan pasien
2. Mampu membangun hubungan yang wajar antara dokter dan pasien.
3. Mampu melakukan anamnesis yang baik dan terarah.

4. Mampu mendapatkan riwayat lengkap dan meliputi tinjauan mengenai faktor-faktor yang merupakan etiologi dan risiko dari suatu tumor.
5. Mampu mempersiapkan pasien dan alat pemeriksaan secara benar
6. Mampu menerangkan cara dan tujuan pemeriksaan kepada pasien.

III. MEDIA DAN ALAT BANTU PEMBELAJARAN :

Demonstrasi sesuai dengan checklist penuntun belajar

IV. RANCANGAN ACARA PEMBELAJARAN

Waktu	**Aktivitas Belajar Mengajar**	**Keterangan**
5 menit	*Introduksi* pada kelas besar (terdiri dari 45 mahasiswa)	Instruktur
10 menit	*Demonstrasi* pada kelas besar oleh instruktur	Instruktur
20 menit	*Coaching* : Mahasiswa melakukan simulasi secara bergantian (2 orang) dengan dibimbing oleh instruktur. Instruktur memperlihatkan tata cara pemeriksaan fisik payudara. *Self Practice* : Mahasiswa melakukan sendiri secara bergantian. Sehingga total waktu yang dibutuhkan ± 20 menit (tergantung jumlah mahasiswa).	Instruktur / Mahasiswa
TOTAL	35 menit	

PEMERIKSAAN FISIK PAYUDARA

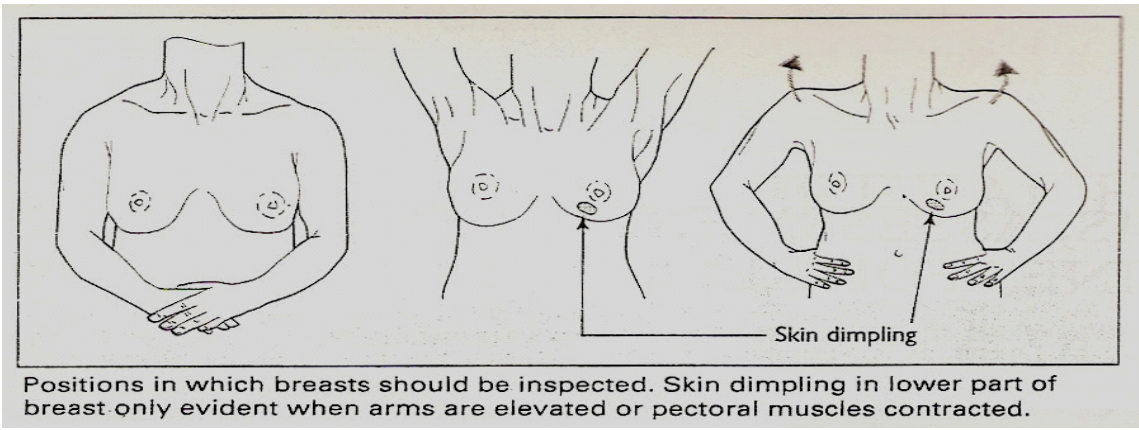
I. PENDAHULUAN

Pemeriksaan fisik pada payudara merupakan rangkaian pemeriksaan yang harus dilakukan oleh seorang dokter untuk menegakkan diagnosa, dilakukan setelah anamnesa, yang terdiri inspeksi dan palpasi, sedangkan perkusi dan auskultasi jarang digunakan.

Pemeriksaan fisik payudara bertujuan untuk melihat adanya kelainan pada daerah payudara yang terdiri dari 5 regional yaitu lateral atas, medial atas, medial bawah, lateral bawah dan subareola dengan batas atas adalah klavikula, medial garis parasternal, bawah setentang prosesus xypoid dan lateral linea aksilaris anterior. Pada saat yang bersamaan pemeriksaan dilakukan di daerah aksila, infra dan supra klavikula.

Kelainan pada payudara dapat berupa kelainan bawaan, peradangan trauma dan neoplasma.

Inspeksi, pengamatan dilakukan pada saat penderita duduk, setelah melepas seluruh pakaian bagian atas yang dibantu oleh seorang paramedis pada 3 posisi, yaitu kedua lengan disisi tubuh, mengangkat lengan keatas kepala dan kacak pinggang.



Gambar 1. Posisi tubuh ketika inspeksi payudara

Hal-hal yang perlu diamati adalah,

- ukuran dan bentuk kedua payudara (size and shape).
- kelainan pada kulit antara lain benjolan, perubahan warna kulit (erythema), tarikan pada kulit (dimpling), luka/ulkus, gambaran kulit jeruk (peau de orange), nodul satelit.
- adanya kelainan pada areola dan putting, putting susu tertarik (nipple retraction), eksema dan keluar cairan dari putting.
- benjolan pada aksila/tanda-tanda radang.
- benjolan infra/supra klafikula.

Palpasi, perabaan dilakukan dengan menggunakan kedua tangan bagian volar distal jari 2,3 & 4, dimana penderita dalam posisi berbaring dengan pundak diganjal bantal kecil dan lengan berada di atas kepala masih didampingi seorang paramedis. Pemeriksa berdiri disisi kanan penderita dan menghadap penderita. Pertama perabaan ditujukan pada payudara yang tanpa keluhan, payudara yang sakit, mulai pada payudara. Areola dan puting payudara.

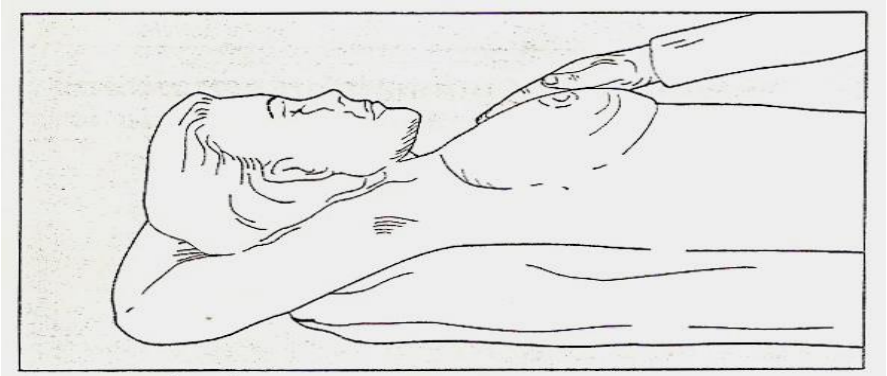
Palpasi pada kelenjar payudara harus mencakup 5 regio, terutama daerah lateral atas dan subareola, karena merupakan tempat lesi tersering. Cara palpasi dapat dengan 3 cara, sirkular , radier dan dilakukan dari pinggir payudara menuju ke areola dan meraba seluruh bagian payudara bertahap.

Hal yang harus diamati bila didapati benjolan adalah :

- lokasi 5 regio payudara, aksila, infra/supra klavikula.

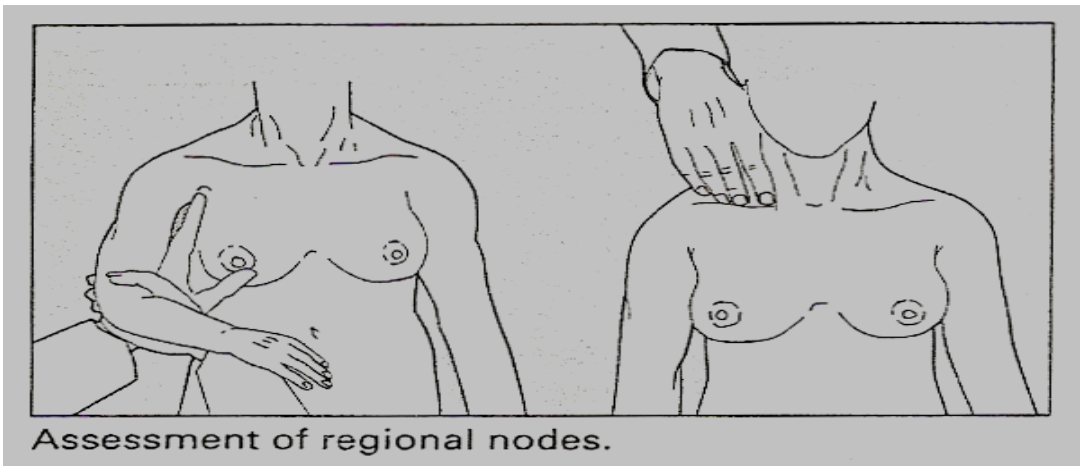
- konsistensi, keras, kenyal, lunak/fluktuasi.
- permukaan: licin rata, berbenjol-benjol .
- mobilitas, dapat digerakkan, terfikser jaringan sekitarnya, kulit/dinding dada.
- batas: tegas/tidak tegas.
- nyeri: ada/tidak ada.
- ukuran dinyatakan diameter terbesar dalam mm dengan menggunakan jangka sorong.

Pada saat palpasi daerah subareola diamati apakah ada keluar sekret dari puting payudara dan diperhatikan warna, berbau, kekentalan. Cairan yang keluar dari puting dapat berupa, air susu, cairan jernih, bercampur darah dan pus. Untuk palpasi puting menggunakan 2 jari, yaitu bagian volar distal ibu jari dan jari telunjuk.



Gambar 2. Posisi palpasi payudara

Palpasi kelenjar aksila, untuk mengetahui apakah pada saat yang bersamaan dengan benjolan pada payudara didapati juga benjolan pada kelenjar getah bening aksila yang merupakan singgahan pertama bila tejadi penyebaran limfogen pada kanker payudara. Posisi penderita sebaiknya duduk, pemeriksa berdiri didepan penderita, bila hendak memeriksa aksila kanan lengan kanan penderita ditopang lengan kanan pemeriksa, diabduksikan dan pemeriksa melakukan palpasi pada daerah aksila dengan lembut dan cermat. Hal yang sama dilakukan untuk aksila sebelah kiri.



Gambar 3. Palpasi dan penilaian payudara

Palpasi infra dan supra klevikula, pasien dalam posisi duduk, pemerisa berdiri dibelakang penderita dan melakukan palpasi dengan mengunakan kedua tangan secara bersamaan.

II. TUJUAN KEGIATAN

II.1. TUJUAN UMUM

Setelah selesai melakukan latihan pemeriksaaan fisik payudara pada blok sitem repruduksi diharapkan mahasiswa terampil dan mampu melakukan pemeriksaan kelainan pada payudara secara benar dan sistematis.

II. 2. TUJUAN KHUSUS

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan kelainan payudara, antara lain:

kelainan bawaan payudara.

1. radang pada payudara.
2. tumor jinak payudara.
3. tumor ganas payudara.

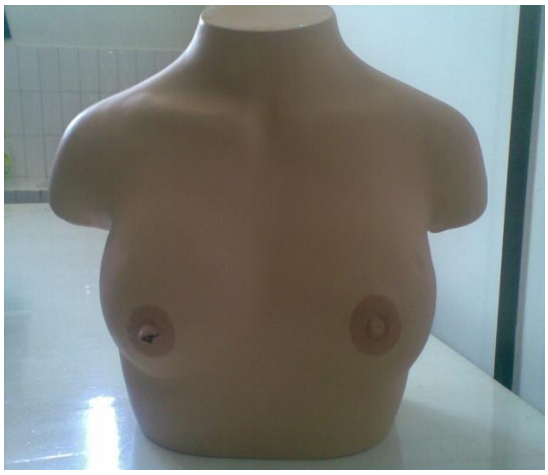
III. RANCANGAN ACARA PEMBELAJARAN

Waktu	Aktivitas Belajar Mengajar	Keterangan
5 menit	*Introduksi* pada kelas besar (terdiri dari 45 mahasiswa).	Narasumber
15 menit	*Demonstrasi* pada kelas besar oleh nara sumber dengan manikin Nara sumber memperlihatkan tata cara *pemeriksaan fisik payudara* yang benar.	Narasumber

50 menit	*Coaching* : Mahasiswa melakukan simulasi secara bergantian (2-3 orang) dengan dibimbing oleh instruktur. Instruktur memperlihatkan tata cara pemeriksaan fisik payudara. *Self Practice* : Mahasiswa melakukan sendiri secara bergantian. Sehingga total waktu yang dibutuhkan ± 90 menit (tergantung jumlah mahasiswa).	Instruktur / Mahasiswa
TOTAL	70 menit	

IV. PERALATAN DAN BAHAN

1. Meja 1 buah .
2. Kursi 3 buah.
3. Jangka sorong .
4. Manekin payudara.



VI. TEKNIK PELAKSANAAN

A. TAHAP PERKENALAN

1.Menyapa dan memprkenalkan diri dengan pasien/keluarga pasien.

2.Menanyakan identitas penderita.

3.*Informed Consent* (meminta persetujuan pasien) .

B. TAHAP PELAKSANAAN

1. Mohon ijin untuk dilakukan pemeriksaan.
2. Pasien dibawa kekamar periksa.

3. Bersama seorang paramedis.

4. Membuka seluruh pakaian bagian atas.

5. Berada diatas tempat tidur pemeriksaan.

C. INSPEKSI

1. Pasien dalam posisi duduk.

2. Pemeriksa berdiri didepan pasien.

3. Pengamatan payudara dilakukan saat posisi kedua lengan disamping penderita, diangkat diatas kepala dan saat kacak pinggang.

4. Hal hal yang diamati :

a. ukuran dan bentuk kedua payudara.

b. warna kulit payudara / luka.

c. adanya benjolan .

d. pemekaran pembuluh darah.

e. tarikan pada kulit .

f. peau de orange.

g. tarikan pada puting.

h. ekzema pada puting / areola.

i. benjolan / tanda-tanda radang di aksila.

j. benjolan di infra / supra klavikula.

D. PALPASI

A. Payudara

1. Posisi pasien berbaring dan pundak diganjal bantal kecil dengan kedua lengan berada diatas kepala.

2. Pemeriksa berada disisi kanan pasien dan didampingi seorang paramedis.

3. Palpasi menggunakan kedua tangan bagian volar, distal digiti 2,3 & 4.

4. Palpasi harus mencakup 5 regio payudara, dapat sirkular, radial dan bertahap.

5. Yang diperhatikan, adanya massa / benjolan :

- lokasi, konsistensi, permukaan ,batas / margin, pergerakan / mobilitas, adanya nyeri dan ukuran diameter terpanjang dalam mm dengan menggunakan jangka sorong.

6. Pada daerah subareola perlu diamati apa ada keluar cairan dari puting , warna dan bau.

B. Kelenjar aksila.

1. Posisi pasien duduk.

2. Pemeriksa berdiri didepan pasien.

3. Lengan kanan pemeriksa menopang lengan kakan pasien dan tangan kiri pemeriksa melakukan palpasi pada aksila kiri, demikian sebaliknya.

4. Hal yang diamati, adanya pembesaran kelenjar getah bening , satu atau lebih, konglumerasi, nyeri.

C. Infra / supra klavikula.

1. Pasien dalam posisi duduk.

2. Pemeriksa berdiri dibelakang.

3. Mengunakan kedua tangan pada daerah yang berbeda.

4. Hal yang diamati apa ada teraba pembesaran kelenjar getah bening.

E. DOKUMENTASI

1. Catat hal-hal yang ditemukan,

2. Menyimpulkan dan menjelaskan kemungkinan penyakit pasien dan anjuran selanjutnya.

REFERENSI

1. Bickley LS, Szilagyi PG. Guide to Physical Examination and History Taking. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

2. Dixon JM, ABC of breast diseases, international student edition, 3 rd edition BMJ Publishing group, 2006.

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN PAYUDARA
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

LANGKAH KLINIK	NILAI		
	1	2	3
I. TAHAP PERKENALAN			
1.Menyapa dan memprkenalkan diri dengan pasien/keluarga pasien. 2. Menanyakan identitas penderita (nama, usia, pekerjaan, status pernikahan, jumlah anak)			
II. ANAMNESIS			
1. Kapan timbul keluhan (onset) 2. Progresifitas tumor (berat badan, kecepatan pembesaran benjolan, kapan timbul ulkus) 3. Menanyakan adanya nyeri pada payudara 4. Menanyakan adanya sekret dari papila mamae 5. Apakah ada benjolan diketiak kanan atau tempat lain (infra, supraklavikula) 6.Menanyakan keadaan mamae kontralateral pasien 7.Tanda metastasis (batuk, mual, dispepsia, sakit pada tulang, sakit kepala hebat) 8. Faktor risiko (riwayat keluarga, menarche,diet,kebiasaan dst) 9. Menanyakan riwayat penyakit sebelumnya			
II. TAHAP PELAKSANAAN			
1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan 2. *Informed Consent.* 3. Pasien dibawa kekamar periksa. 4. Bersama seorang paramedis. 5. Membuka seluruh pakaian bagian atas. 6. Berada diatas tempat tidur pemeriksaan.			

Inspeksi 1. Pasien dalam posisi duduk. 2. Pemeriksa berdiri didepan pasien. 3. Pengamatan payudara dilakukan saat posisi kedua lengan disamping penderita, diangkat diatas kepala dan saat kacak pinggang. 4. Hal- hal yang diamati : a. ukuran dan bentuk kedua payudara. b. warna kulit payudara / luka. c. adanya benjolan . d. pemekaran pembuluh darah. e. tarikan pada kulit . f. peau de orange . g. tarikan pada puting. h. ekzema pada puting / areola. i. benjolan / tanda-tanda radang di aksila. j. benjolan di infra / supra klavikula.			

Palpasi A. Payudara 1. Posisi pasien berbaring dan pundak diganjal bantal kecil dengan kedua lengan berada diatas kepala. 2. Pemeriksa berada disisi kanan pasien dan didampingi seorang paramedis. 3. Palpasi menggunakan kedua tangan bagian volar, distal digiti 2,3 & 4. 4. Palpasi harus mencakup 5 regio payudara, dapat sirkular, radial dan bertahap. 5. Yang diperhatikan, adanya massa / benjolan : - lokasi, konsistensi, permukaan ,batas / margin, pergerakan / mobilitas, adanya nyeri dan ukuran diameter terpanjang dalam mm dengan menggunakan jangka sorong. 6. Pada daerah subareola perlu diamati apa ada keluar cairan dari puting , warna dan bau. B. Kelenjar aksila. 1. Posisi pasien duduk. 2. Pemeriksa berdiri didepan pasien. 3. Lengan kanan pemeriksa menopang lengan kakan pasien dan tangan kiri pemeriksa melakukan palpasi pada aksila kiri, demikian sebaliknya. 4. Hal yang diamati, adanya pembesaran kelenjar getah bening , satu atau lebih, konglumerasi, nyeri. C. Infra / supra klavikula. 1. Pasien dalam posisi duduk. 2. Pemeriksa berdiri dibelakang. 3. Mengunakan kedua tangan pada daerah yang berbeda. Hal yang diamati apa ada teraba pembesaran kelenjar getah bening.			
IV. DOKUMENTASI			
1. Catat hal-hal yang ditemukan .			
2. Menyimpulkan dan menjelaskan kemungkinan penyakit pasien.			
3. Tindakan dan anjuran selanjutnya.			

PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR

LABORATORIUM KETERAMPILAN KLINIS

FK UBAYA

PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR

Pemeriksaan bayi baru lahir memiliki peran penting dalam pengenalan gejala dan tatalaksana awal bayi. Dengan pemeriksaan yang cermat dapat diketahui sejak dini gejala kelainan baik anatomi maupun fisiologi tertentu. Sebelum memulai pemeriksaan fisik, perlu digali informasi baik dari orangtua maupun keluarga tentang riwayat persalinan maupun penyakit yang diderita ibu yang dapat menyebabkan kondisi tertentu pada bayi. Pemeriksaan dimulai dari persiapan yang dilanjutkan penilaian dan penyelidikan lebih lanjut untuk beberapa hal yang menjadi tanda bahaya. Persiapan meliputi komunikasi dan *parental consent*, waktu pemeriksaan segera setelah lahir, meninjau riwayat obstetri dan medikasi ibu, mempersiapkan lingkungan yang hangat, dan peralatan yang diperlukan. Pada pelaksanaan pemeriksaan fisik, dilakukan dengan sistematis mulai dari keadaan umum, antropometri bayi, keadaan fisik mulai dari kepala hingga ekstermitas bawah, serta tidak lupa kondisi punggung bayi. Setelah selesai, selalu mendiskusikan hasil pemeriksaan dengan orangtua. Beberapa tanda bahaya (tulisan berwarna merah) memerlukan penyelidikan lebih lanjut untuk mengetahui penyebab. Secara ringkas hal tersebut dapat dilihat pada gambar 1.

Perawatan yang berpusat pada keluarga

Beberapa prinsip yang perlu dipegang pada pemeriksaan bayi baru lahir adalah *dignity and respect*, pembagian informasi serta partisipasi dan kolaborasi. *Dignity and respect* berarti selalu meminta *parental consent* sebelum memulai pemeriksaan bayi, mendengar dan menghormati pandangan orangtua serta pilihannya mengenai perawatan bayinya, tidak lupa menghargai nilai-nilai keluarga, kepercayaan dan latar belakang budaya serta mempertimbangkan dukungan yang sesuai dengan budayanya (misalnya penerjemah atau penengah). Pembagian informasi berarti berkomunikasi secara penuh dan melibatkan orangtua, menanyakan kepada orangtua mengenai kekhawatirannya akan bayinya, serta memastikan informasi yang dibagikan lengkap, tidak bias, dan tepat waktu sehingga orangtua dapat berpartipasi pada perawatan dan pengambilan keputusan. Partisipasi dan kolaborasi berarti orangtua dan keluarga didorong untuk berpartisipasi pada perawatan dan pengambilan keputusan, serta bilamana memungkinkan melakukan pemeriksaan bayi setidaknya di hadapan salah satu orangtua.

Pemeriksaan lengkap bayi baru lahir

Tujuan pemeriksaan rutin bayi baru lahir

1. Mengenali bayi yang tidak sehat dan memerlukan tatalaksana segera.
2. Meninjau kekhawatiran keluarga tentang bayinya.

3. Meninjau masalah yang ada atau diduga pada penapisan bayi baru lahir, riwayat keluarga atau kelahiran (kesehatan mental, penyalahgunaan obat, perlindungan anak, kondisi genetik).
4. Meninjau pengukuran berat badan dan lingkar kepala.
5. Memeriksa apakah bayi sudah mengeluarkan urin atau mekoneum.
6. Mengenali masalah umum neonatus dan memeberikan nasihat tentang tatalaksananya.
7. Mendiagnosis malformasi kongenital dan merencanakan tatalaksana yang tepat.
8. Mendiskusikan beberapa hal seperti perawatan bayi, pemberian makan, vitamin K, vaksin hepatitis B dan BCG, menurunkan risiko kematian bayi mendadak dan masalah yang berhubungan dengan bayi.
9. Menjelaskan masalah seperti ikterus yang belum terlihat ketika lahir tapi akan tampak pada beberaapa hari atau minggu ke depan.
10. Menginformasikan tentang jaringan lokal, layanan dan akses ke anggota tim perawatan primer.
11. Menginformasikan keluarga tentang bagaimana mereka dapat memesan dan bernegosiasi mengenai bantuan tambahan, nasihat, dan dukungan yang tepat.

Waktu pemeriksaan rutin bayi baru lahir

1. Pemeriksaan lengkap seharusnya dikerjakan dalam 48 jam pertama kehidupan.
2. Orangtua perlu diinformasikan bahwa beberapa kondisi tertentu baru dapat terlihat setelah beberapa hari/minggu.
3. Pemeriksaan lanjutan perlu dilakukan ketika usia 5-7 hari.
4. Pemeriksaan yang lebih jauh pada usia 6 minggu.

Bayi baru lahir yang tidak sehat dan/prematur

1. Gradasikan temuan klinis.
2. Kenali dampak prematuritas pada temuan pemeriksaan fisik.
3. Identifikasi keperluan untuk kondisi yang spesifik (misalnya pemeriksaan optalmologi untuk retinopati pada prematuritas).

Kelainan yang terisolasi

Beberapa kelainan umumnya tidak masalah ketika terisolasi (3 atau lebih dari kelainan tersebut perlu menjadi perhatian):

1. *Folded over ears.*
2. Hiperekstensabilitas ibu jari.
3. Sindaktili dari jari kaki kedua dan ketiga.
4. Palmar crease yang tunggal.

5. Polidaktili terutama bila familial.
6. Arteri umbilikal tunggal.
7. Hidrokel.
8. Klinodaktili jari tangan kelima.
9. *Sacral dimple* sederhana di atas natal cleft (kurang dari 2,5cm dari anus dan lebar kurang dari 5mm).
10. *Cafe au lait spot* tunggal.
11. Makula *ash leaf* tunggal.
12. Fontanela ketiga.
13. Hemangioma kapiler.
14. *Accessory nipples.*

Flow Chart: Routine newborn assessment

Preparation

Family centred care
- Seek parental consent
- Consider cultural needs
- Discuss with parents: purpose, process, timing and limitations of assessments
- Ask about parental concerns
- Encourage participation

Timing
- Initial exam immediately after birth and any resuscitation
- Full and detailed assessment within 48 hours and always prior to discharge
- Follow-up 5-7 days and 6 weeks
- If unwell/premature – stage as clinically indicated

Review history
- Maternal medical/obstetric/social and family
- Current pregnancy
- Labour and birth
- Gender, gestational age, Apgar scores and resuscitation
- Since birth: medications, observations, feeding

Environment
- Warmth, lighting
- Correct identification
- Infection control precautions
- Privacy

Equipment
- Overhead warmer if required
- Stethoscope
- Ophthalmoscope
- Tongue depressor
- Pencil torch
- Tape measure, infant scales, growth charts
- Pulse oximetry (optional)
- Documentation
  - Infant Personal Health Record
  - Medical Health Record

Discharge

Review discharge criteria
- Observations, feeding, output

Discuss
- Routine tests (hearing screen, NNST, Hepatitis B)
- Support Agencies
  - GP, Child/Community Health, Lactation support, 13 HEALTH
- Health promotion
  - Feeding and growth
  - Jaundice
  - SUDI, injury prevention
  - Immunisation
  - Signs of illness
- Infant Personal Health Record
- Referral and follow-up
  - Routine 5-7 days & 6 weeks

Assessment

General appearance
- Skin colour, integrity, perfusion
- State of alertness
- Activity, range of spontaneous movement
- Posture, muscle tone

Growth status
- Chart head circumference, length, weight on centile charts

Head, face, neck
- Head shape, size
- Scalp, fontanelles, sutures
- Eye size, position structure
- Nose, position, structure
- Ear position, structure
- Mouth, palate, teeth, gums tongue, frenulum
- Jaw size

Shoulders, arms, hands
- Length, proportions, symmetry
- Structure, number of digits

Chest
- Size, shape, symmetry, movement
- Breast tissue, nipples
- Heart sounds, rate, pulses
- Breath sounds, resp rate
- Pulse oximetry (optional)

Abdomen
- Size, shape, symmetry
- Palpate liver, spleen, kidneys
- Umbilicus

Genitourinary
- Male - penis, foreskin, testes
- Female - clitoris, labia, hymen
- Anal position, patency
- Passage of urine, stool

Hips, legs, feet
- Ortolani and Barlow's manoeuvres
- Leg length, proportions, symmetry and digits

Back
- Spinal column, skin
- Symmetry of scapulae, buttocks

Neurological
- Behaviour, posture
- Muscle tone, spontaneous movements
- Cry
- Reflexes - Moro, Suck, Grasp

Discuss Document Refer
- Discuss findings with parents
- Document in health record(s)
- Refer as indicated

Further investigation ☑ Urgent

Indications for further investigation and/or urgent follow-up are not exhaustive. Use clinical judgement

Growth and appearance
- Dysmorphic features
- Excessive weight loss
- ☑ Bilious vomiting
- ☑ Jaundice < 24 hours of age
- ☑ Central cyanosis
- Petechiae unrelated to mode of birth
- Pallor, haemangioma

Head and neck
- ☑ Enlarged/bulging/sunken fontanelle
- Macro/microcephaly
- ☑ Subgaleal haemorrhage
- Caput, cephalhaematoma
- Fused sutures
- Facial palsy/asymmetry on crying
- Hazy, dull cornea
- Absent red eye reflex
- Pupils unequal/dilated/constricted
- Purulent conjunctivitis
- ☑ Non-patent nares
- Dacryocyst
- Cleft lip/palate
- Unresponsive to noise
- Absent ear canal or microtia
- Ear drainage
- Small receding chin/micrognathia
- Neck masses, swelling, webbing
- Swelling over or fractured clavicle

Upper limbs
- Limb hypotonia, contractures, palsy
- Palmar crease pattern

Chest
- ☑ Respiratory distress
- ☑ Apnoeic episodes
- Abnormal HR, rhythm, regularity
- Heart murmurs
- ☑ Weak or absent pulses
- ☑ Positive pulse oximetry

Abdomen
- ☑ Organomegaly
- ☑ Gastrochisis/exomphalos
- ☑ Bilateral undescended testes
- Inguinal hernia
- < 3 umbilical vessels
- Signs of umbilical infection

Genitourinary
- ☑ No urine/meconium in 24 hours
- ☑ Ambiguous genitalia
- ☑ Testicular torsion
- Hypospadias, penile chordee micropenis

Hips, legs and feet
- Risk factors for hip dysplasia
- Positive/abnormal Barlow's and/or Ortolani manoeuvres
- Contractures/hypotonia
- Fixed talipes
- Developmental hip dysplasia

Back
- Curvature of spine
- Non-intact spine
- Tufts of hair/dimple along intact spine

Neurological
- Weak/irritable/absent cry
- Absent reflexes
- No response to consoling
- Inappropriate carer response to crying
- ☑ Seizures
- ☑ Altered state of consciousness

Queensland Clinical Guideline: Routine newborn assessment. Guideline No: MN14.04-V4-R19

☑ Urgent follow-up, GP: General Practitioner, HR: Heart Rate, NNST: Neonatal Screening Test, SUDI: Sudden unexpected death in infancy, <: less than, >: greater than

Gambar 1. Ringkasan pemeriksaan fisik bayi baru lahir

Manuver Ortolani dan Barlow

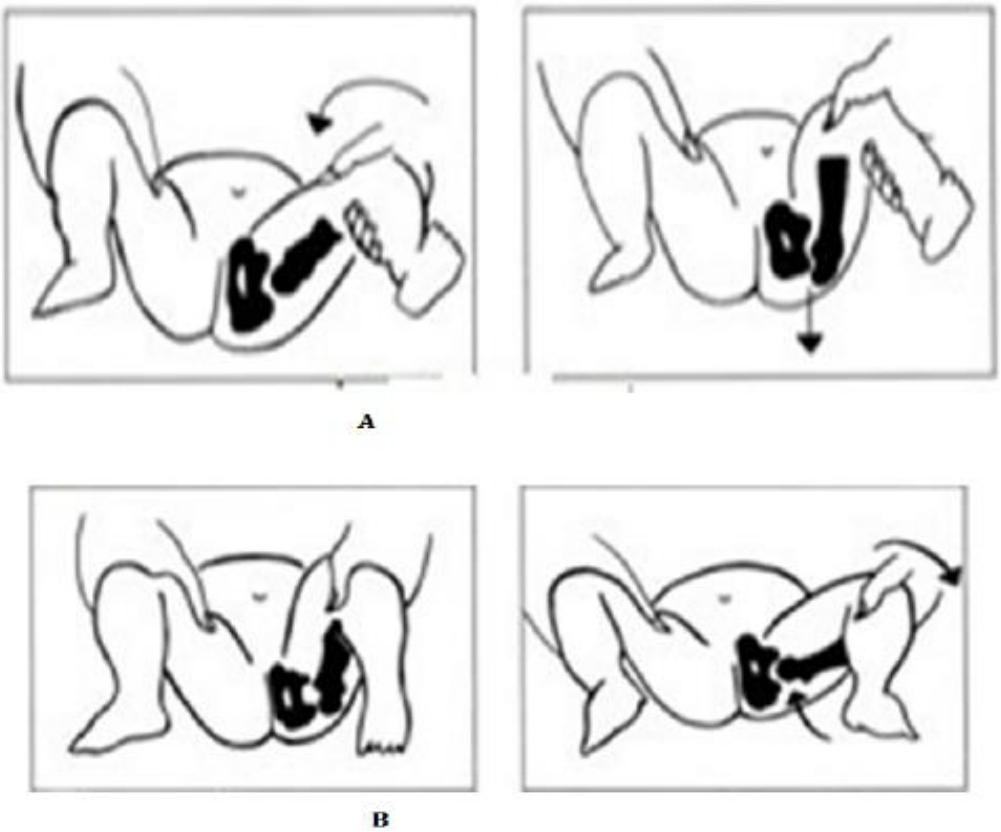
Pemeriksaan tersebut untuk mengetahui adanya *developmental dysplasia of the hip.*

Manuver Barlow

1. Stabilkan pelvis dan posisikan pasien sama dengan posisi Ortolani (supinasi dengan paha fleksi 90°.
2. Manuver Barlow mengidentifikasi sublimasi posterior atau dislokasi.
3. Dengan kekuatan yang lembut tekan paha ke bawah secara longitudinal.
4. Persepsi adanya sendi yang keluar mengindikasikan tes Barlow positif dan bersamaan dengan ini terjadi dislokasi panggul.

Manuver Ortolani

1. Pada pemeriksaan ini bayi diletakkan pada posisi supinasi dengan fleksi panggul 90°.
2. Jari telunjuk dan tengah pemeriksa di sebelah lateral dari trokanter mayor anak sedangkan ibu jari di medial dekat lipatan paha.
3. Stabilkan pelvis anak dengan memegang panggul kontralateral.
4. Abdusikan panggul yang diperiksa sambil mengungkit trokanter mayor ke atas.
5. Persepsi adanya *palpable clunk* mengindikasikan tes Ortolani positif dan bersamaan dengan ini terjadi reduksi panggul yang dislokasi ke dalam asetabulum.



Gambar 2. Manuver Barlow (A) dan Manuver Ortolani (B)

Refleks menggenggam (Grasp reflex)

Palmar grasp reflex

1. Bayi diposisikan supinasi dan simetris ketika bangun .
2. Pemeriksa memasukkan telunjuknya ke palmar bayi dari sisi ulnar dengan tekanan ringan.
3. Fleksi seluruh jari sekeliling jari pemeriksa adalah respon yang positif. Respon ini terdiri dari 2 fase: jari yang menutup dan melekat. Fase yang terakhir akibat reaksi terhadap stimulasi proprioseptif tendon otot jari karena traksi ringan ketika pemberian tekanan pada palmar bayi.

Plantar grasp reflex

1. Tekan ibu jari pemeriksa pada telapak kaki persis di belakang ibu jari kaki bayi.
2. Fleksi dan adduksi dari ibu jari kaki bayi adalah respon yang positif.

Sucking reflex

Menyentuh mulut bayi akan mengakibatkan respon membuka mulut dan melakukan gerakan menghisap.

Refleks Moro

Pada metode yang asli, Moro membangkitkan refleks dengan memukulkan bantal pada salah satu sisi kepala dengan tangan. Selanjutnya varisasi metode untuk membangkitkan refleks di antaranya menjatuhkan bayi pada permukaan meja, rangsangan dingin atau hangat pada perut bayi, dan suatu hentakan pada perut. Saat ini, metode menjatuhkan kepala paling sering digunakan, karena jatuhnya kepala bayi secara relatif terhadap aksis tubuh pada posisi supinasi, secara umum diterima sebagai teknik yang paling efektif (Gambar 3).

1. Pegang bayi di posisi supinasi secara simetris.
2. Salah satu tangan pemeriksa menyangga kepala dan satu lagi di belakang dada.
3. Jatuhkan kepala ke belakang beberapa cm.
4. Kedua tangan yang membuka dan meregang adalah refleks Moro yang positif.
5. Bayi harus diperiksa pada keadaan bangun dan tidak menangis.

Gambar 3.Refleks Moro,positif bila kedua tangan membuka dan meregang secara simetris

PENUNTUN PEMBELAJARAN
CHECKLIST PEMERIKSAAN FISIK BBL
(digunakan oleh **Peserta**)

Beri nilai untuk setiap langkah klinik dengan menggunakan criteria sebagai berikut:

1. **Perlu perbaikan:** langkah-langkah tidak dilakukan dengan benar dan atau tidak sesuai urutannya, atau ada langkah yang tidak dilakukan.
2. **Mampu:** Langkah-langkah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan urutannya, tetapi tidak efisisen.
3. **Mahir :** Langkah-langkah dilakukan dengan benar, sesuai dengan urutan dan efisien.

TS (TidakSesuai): Langkah tidak perlu dilakukan karena tidak sesuai dengan keadaan.

No	**Keterampilan**	**NILAI**		
		1	**2**	**3**
1.	Memperkenalkan diri pada orangtua bayi.			
2.	Melakukan cuci tangan aseptis.			
3.	Menilai *general appearance.*			
4.	Menilai status pertumbuhan (lingkar kepala, berat badan, panjang badan).			
5.	Melakukan pemeriksaan kepala, wajah, leher.			
6.	Melakukan pemeriksaan bahu, lengan, dan tangan.			
7.	Melakukan pemeriksaan dada.			
8.	Melakukan pemeriksaan abdomen.			
9.	Melakukan pemeriksaan genitourinaria.			
10.	Melakukan pemeriksaan panggul, paha, dan kaki.			
11.	Melakukan pemeriksaan punggung.			
12.	Melakukan pemeriksaan neurologis.			
13.	Mendiskusikan hasil pemeriksaan dengan orangtua.			
14.	Mengucapkan salam.			

DAFTAR PUSTAKA

1. Routine newborn examination, 2014, Queensland clinical guidelines.
2. Kumari P, Rani M. Developmental dysplasia of the hip. Ortho & Rheum Open Access 2018; 10(4)
3. Futagi Y, Toribe Y, Suzuki Y. The Grasp reflex and Moro reflex in infants: hierarchy of primitive reflex responses. International Journal of pediatrics 2012.
4. Rousseau PV, Matton F, Lecuyer R, Lahaye W. The Moro reaction: More than a reflex, a ritualized behavior of nonverbal communication. Infant Behav Dev. 2017; 46: 169-177.
5. Understanding behavior of term infants, 2003, March of Dimes.

VAKSINASI

LABORATORIUM KETERAMPILAN KLINIS

FK UBAYA

KETERAMPILAN KLINIK
PEMBERIAN IMUNISASI BCG, HEPATITIS B, DPT-HB-Hib, POLIO (OPV & IPV)DAN CAMPAK

I. PENDAHULUAN

Efektifitas program imunisasi dalam menurunkan angka kematian dan kesakitan yang disebabkan oleh penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi sudah terbukti secara global, nasional maupun lokal. Keberhasilan program imunisasi tersebut ditentukan dengan berbagai strategi termasuk melalui peningkatan pengetahuan dan ketrampilan para petugas yang melaksanakan kegiatan tersebut. Dalam rangka untuk mempersiapkan dokter Indonesia yang terampil dan handal, pelatihan dalam melakukan kegiatan pemberian imunisasi tersebut juga harus dilakukan di bangku kuliah.

TATA CARA PEMBERIAN IMUNISASI

Sebelum melakukan imunisasi, dianjurkan mengikuti tata cara sebagai berikut :

- Memberikan secara rinci tentang resiko vaksinasi dan resiko apabila tidak diimunisasi
- Periksa kembali persiapan untuk melakukan pelayanan secepatnya bila terjadi reaksi ikutan yang tidak diharapkan
- Baca dengan teliti informasi tentang produk (vaksin) yang akan diberikan jangan lupa mengenai persetujuan yang telah diberikan kepada orang tua.
- Melakukan tanya jawab dengan orang tua atau pengasuhnya sebelum melakukan imunisasi
- Tinjau kembali apakah ada indikasi kontra terhadap vaksin yang akan diberikan
- Periksa identitas penerima vaksin dan berikan antipiretik bila diperlukan
- Periksa jenis vaksin dan yakin bahwa vaksin tersebut selama belum digunakan telah disimpan dengan baik.
- Periksa vaksin yang akan diberikan apakah tampak tanda tanda perubahan, periksa tanggal kadaluarsa dan catat hal hal istimewa, misalnya perubahan warna menunjukkan adanya kerusakan.
- Yakin bahwa vaksin yang akan diberikan sesuai jadwal dan ditawarkan pula vaksin lain untuk mengejar imunisasi yang tertinggal (*catch up vaccination*) bila diperlukan.
- Berikan vaksin dengan tehnik yang benar. Lihat uraian dibawah mengenai pemilihan jarum suntik, sudut jarum suntik, lokasi suntikan dan posisi penerima vaksin.

- Minta orang tua atau pengasuhnya untuk menunggu anaknya di tempat pelayanan selama 30 menit setelah anak divaksin untuk melihat ada tidaknya reaksi negatif.

Setelah pemberian vaksin, kerjakan hal hal sebagai berikut :

- Berilah petunjuk (sebaiknya tertulis) kepada orang tua atau pengasuh apa yang harus dikerjakan dalam kejadian reaksi yang biasa atau reaksi ikutan yang lebih berat.
- Catat imunisasi dalam rekam medis pribadi dan dalam catatan klinis
- Catatan imunisasi secara rinci harus disampaikan kepada Dinas Kesehatan bidang Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) melalui Puskesmas wilayah terdekat.
- Periksa status imunisasi anggota keluarga lainnya dan tawarkan vaksinasi untuk mengejar ketinggalan, bila diperlukan.
- Dalam situasi yang dilaksanakan untuk kelompok besar, pengaturan secara rinci bervariasi, namun rekomendasi tetap seperti diatas dan berpegang pada prinsip prinsip higienis, surat persetujuan yang valid dan pemeriksaan/penilaian sebelum imunisasi harus dikerjakan.

Penyimpanan

Vaksin yang disimpan dan diangkut secara tidak benar akan kehilangan potensinya. Instruksi pada lembar penyuluhan (brosur) informasi produk harus disertakan. Aturan umum untuk sebagian besar vaksin, bahwa vaksin harus didinginkan pada temperatur 2-8^{0}C dan tidak membeku. Sejumlah vaksin (DPT-HB-Hib, Hepatitis B, IPV)) akan tidak aktif bila beku. Pengguna dinasehatkan untuk melakukan konsultasi untuk mendapatkan informasi khusus tentang masing masing vaksin.

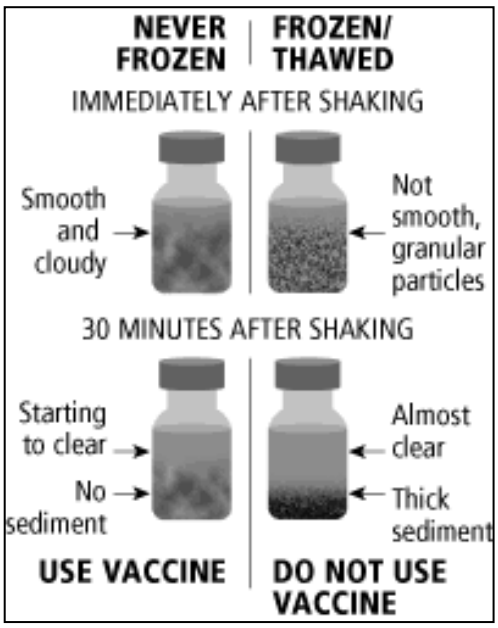
Berikut adalah tabel jenis vaksin dan suhu ideal untuk penyimpanannya.

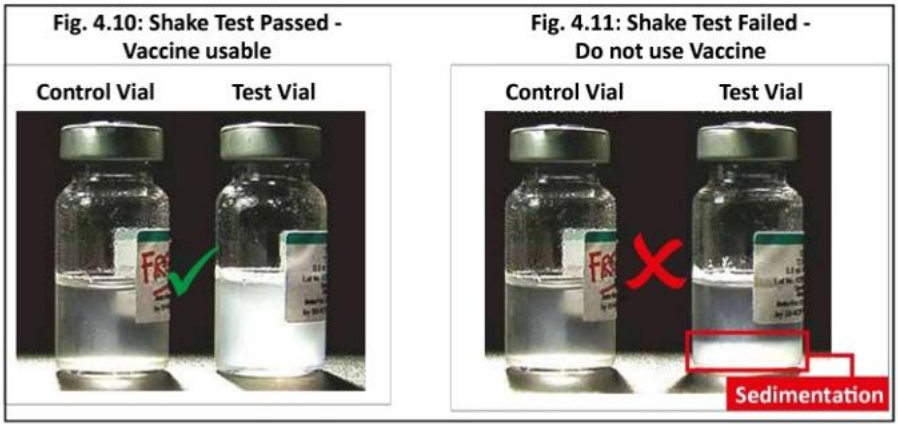
Pengenceran

Vaksin kering yang beku harus diencerkan dengan cairan pelarut khusus dan digunakan dalam periode waktu tertentu. Apabila vaksin telah diencerkan, harus diperiksa terhadap tanda tanda kerusakan (warna dan kejernihan). Perlu diperhatikan bahwa vaksin campak yang telah diencerkan cepat mengalami perubahan warna pada suhu kamar. Jarum ukuran 21 yang steril dianjurkan untuk mengencerkan dan jarum ukuran 23 dengan panjang 25 mm digunakan untuk menyuntikkan vaksin.

Persiapan Vaksin

1. Untuk vaksin "mati" (komponen kuman, toksoid, polisakarida, rekombinan) yang tidak boleh beku karena *cold sensitive*seperti Hepatitis B, DPT, DT, TT, lakukan uji kocok terlebih dahulu. Kocok vaksin selama beberapa detik, kemudian perhatikan larutan vaksinnya, apakah homogen atau didapatkan gumpalan/bekuan. Jika homogen, vaksin dapat digunakan. Jika terdapat gumpalan/bekuan, maka vaksin tidak dapat digunakan. Catat batch dan nomor vaksin sebagai vaksin yang tidak dapat digunakan.

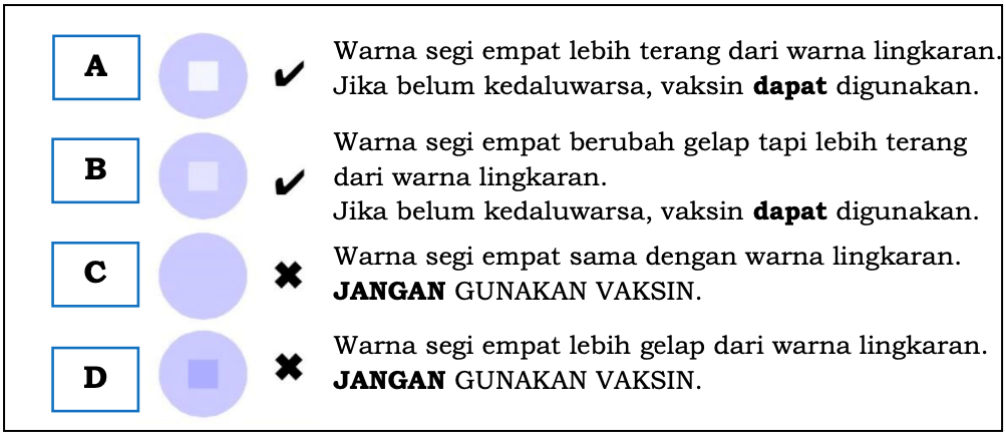




2. Menilai *Vaccine Vial Monitor* (VVM)

   Untuk vaksin yang bersifat *heat labile* yaitu vaksin hidup seperti BCG, Campak/MR, Polio oral, maka perlu dilakukan penilaian apakah vaksin layak digunakan dengan memeriksa VVM yang terletak pada vial vaksin.

   Berikut adalah cara menginterpretasikan VVM vaksin:



Persiapan obat kedaruratan

Sediakan alat dan obat *emergency* untuk antisipasi jika terjadi reaksi alergi (Adrenalin, kortikosteroid, selang dan cairan infus, oksigen).

Pembersihan Kulit

Tempat suntikan harus dibersihkan sebelum imunisasi dilakukan, namun pada pemberian vaksin secara intrakutan desinfeksi dengan alkohol tidak dilakukan.

Pemberian Suntikan

Sebagian besar vaksin diberikan melalui suntikan intramuskular (IM) atau subkutan dalam. Terdapat perkecualian pada dua jenis vaksin yaitu OPV diberikan peroral dan BCG diberikan dengan suntikan intradermal/intrakutan.

Teknik Dasar dan Ukuran Jarum

Petugas medis yang melaksanakan vaksinasi harus memahami tehnik dasar dan petunjuk keamanan pemberian vaksin, untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi dan trauma akibat suntikan yang salah. Pada tiap suntikan harus digunakan semprit dan jarum baru, sekali pakai dan steril. Sebaiknya tidak digunakan botol vaksin yang multidosis, karena risiko infeksi. Apabila memakai botol multidosis (karena tidak ada pilihan vaksin dalam sediaan lain) maka semprit atau jarum suntik yang telah digunakan menyuntik tidak boleh dipakai lagi untuk mengambil vaksin. Semprit dan jarum harus dibuang tanpa menutup kembali *(recaping)* dalam tempat tertutup yang diberi tanda (label) tidak mudah robek dan bocor, untuk menghindari luka tusukan atau pemakaian ulang. Tempat pembuangan jarum suntik bekas harus dijauhkan dari jangkauan anak. Diharapkan semua petugas kesehatan memahami benar petunjuk ini.

Sebagian besar vaksin harus disuntikkan kedalam otot. Penggunan jarum yang pendek meningkatkan risiko terjadi suntikan subkutan yang kurang dalam. Hal ini sering menjadi masalah untuk vaksin yang inaktif (*inactivated*).

Standar jarum suntik ialah ukuran dengan panjang 25 mm, tetapi ada perkecualian lain dalam beberapa hal seperti berikut :

- Pada bayi bayi kurang bulan umur dua bulan atau yang lebih muda, dan bayi bayi kecil lainnya, dapat pula dipakai jarum ukuran 26 dengan panjang 16 mm.
- Untuk suntikan subkutan pada lengan atas dipakai jarum ukuran 25 dengan panjang 16 mm, untuk bayi bayi kecil dipakai jarum ukuran 27 dengan panjang 12.
- Untuk suntikan intradermal pada vaksinasi BCG dipakai jarum ukuran 25-27 dengan panjang 10 mm.

Tempat Suntikan yang Dianjurkan

Paha anterolateral adalah bagian tubuh yang dianjurkan untuk vaksinasi pada bayi bayi dan anak anak umur dibawah 12 bulan. Regio deltoid adalah alternatif untuk vaksinasi pada anak-anak yang lebih besar (mereka yang telah dapat berjalan) dan orang dewasa.

Sejak lahir tahun 1980, WHO telah memberi rekomendasi bahwa daerah anterolateral paha adalah bagian yang dianjurkan untuk vaksinasi bayi bayi dan tidak pada pantat (daerah gluteus) untuk menghindari risiko kerusakan saraf scias (nervus ishiadicus). Buku pedoman ACIP (*Advisory Committee of Immunisation Practies*) dan AAP (*American Academy of Pediatrics*) serta buku pedoman Selandia Baru juga menganjurkan paha anterolateral sebagai tempat suntikan vaksin. Buku pedoman Inggris menganjurkan paha anterolateral atau lengan atas pada bayi sebagai tempat suntukan.

Risiko kerusakan saraf iskhiadika akibat suntikan di daerah gluteus lebih banyak dijumpai pada bayi karena variasi posisi saraf tersebut, masa otot lebih tebal, sehingga pada vaksinasi dengan suntikan intramuskular di daerah gluteal dengan tidak disengaja menghasilkan suntikan subkutan dengan reaksi lokal yang lebih berat. Vaksin hepatitis B dan rabies bila disuntikan di daerah gluteal kurang imunogenik; hal ini berlaku untuk semua umur.

Rekomendasi untuk penyuntikan vaksin di daerah paha anterio lateral sebenarnya telah diketahui, namun beberapa petugas kesehatan masih segan meninggalkan praktek tradisionalnya dengan menyuntik di daerah gluteal. Sehubungan dengan hal tersebut, dianjurkan untuk selalu mengulang kembali dengan memberi peringatan bahwa bila vaksin vaksin tersebut disuntikan di daerah gluteal harus hati hati, yaitu dengan memilih lokasi suntikkan di daerah kuadran lateral atas

untuk menghin dari saraf iskhiadika. Sedangkan untuk vaksinasi BCG, harus disuntik pada kulit diatas insersi otot deltoid (lengan atas), sebab suntikan diatas puncak pundak memberi risiko terjadinya keloid.

Posisi Anak dan Lokasi Suntikan

Vaksin yang disuntikan harus diberikan pada bagian dengan risiko paling kecil terhadap kerusakan saraf, pembuluh vascular serta jaringan lainnya, penting bahwa bayi dan anak jangan bergerak saat disuntik, walaupun demikian cara memegang bayi dan anak yang berlebihan akan menambah ketakutan sehingga meningkatkan ketegangan otot. Perlu diyakinkan kepada orang tua atau pengasuh untuk membentu memegang anak atau bayi, dan harus diberitahu agar mereka memahami apa yang sedang dikerjakan.

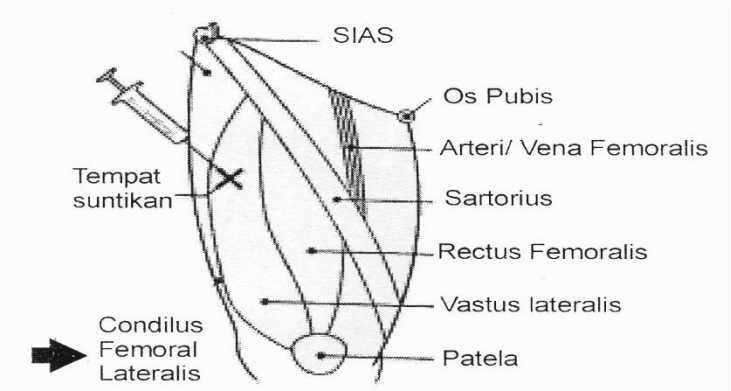
Alasan memilih otot vastus lateralis pada bayi dan anak umur dibawah 12 bulan adalah :

- Menghindari risiko kerusakan saraf iskhiadika pada suntikan daerah gluteal
- Daerah deltoid pada bayi dianggap tidak cukup tebal untuk menyerap suntikan secara adekuat.
- Imunogenisitas vaksin hepatitis B dan rabies akan berkurang apabila disuntikan di daerah gluteal.
- Menghindari risiko reaksi lokal dan terbentuknya nodulus di tempat suntikan yang menahan.
- Menghindari lapisan lemak subkutan yang tebal pada paha bagian anterior.

Vastus lateralis

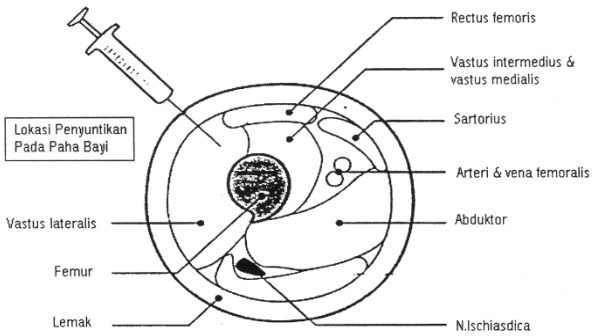
Vastus lateralis adalah otot bayi yang tebal dan besar, yang mengisi bagian anterolateral paha. Vaksin harus disuntikan kedalam batas antara sepertiga otot bagian tengah yang merupakan bagian paling tebal dan padat. Jarum harus membuat sudut 60-90 derajat terhadap permukaan kulit, dengan jarum kearah lutut, maka jarum tersebut harus menembus kulit selebar ujung jari diatas (kearah proksimal) batas hubungan bagian atas dan sepertiga tengah otot.

Anak atau bayi diletakkan diatas meja periksa, dapat dipegang oleh orang tua/pengasuh atau posisi setengah tidur pada pangkuan orang tua atau pengasuhnya. Celana (popok) bayi harus dibuka bila menutupi otot vastus lateralis sebagai lokasi suntikan, bila tidak demikian vaksin akan disuntikan terlalu kebawah di daerah paha. Kedua tangan dipegang menyilang pelvis bayi dan paha dipegang dengan tangan antara jempol dan jari jari. Posisi ini akan mengurangi hambatan dalam proses penyuntikan dan membuatnya lebih lancar.



Gambar. Diagram lokal suntikan yang dianjurkan pada otot paha

Dikutip dan dimodifikasi dari *The Australian Immunization Handbook*, 1997.



Gambar. Potongan/Belahan Lintang Paha; menunjukkan bagian yang disuntik

Dikutip dan dimodifikasi dari *The Australian Immunization Handbook*, 1997

Cara Mencari Lokasi suntikan pada vastus lateralis adalah sebagai berikut :

- Apabila bayi berada diatas tempat tidur atau meja, bayi ditidurkan terlentang
- Tungkai bawah sedikit ditekuk dengan fleksi pada lutut
- Cari trochanter mayor femur dan condilylus lateralis dengan cara palpasi
- Tarik garis yang menghubungkan kedua tempat di atas, tempat suntikan vaksin ialah batas dari bagian atas dan sepertiga tengah pada garis tersebut (bila tungkai bawah sedikit menekuk, maka lekukan yang dibuat oleh tractus iliotibialis menyebabkan garis bagian distal lebih panjang)
- Supaya vaksin yang disuntikan masuk kedalam otot pada batas antara bagian atas dan sepertiga tengah, jarum ditusukkan satu jari diatas batas tersebut (kearah proksimal).

Deltoid, Posisi Anak dan Lokasi Suntikan

- Posisi seorang anak yang paling nyaman untuk disuntik ialah duduk diatas pangkuan ibu atau pengasuhnya
- Lengan yang akan disuntik dipegang menempel pada tubuh bayi, sementara lengan lainnya diletakkan dibelakang tubuh orang tua pengasuh.
- Lokasi deltoid yang benar adalah penting supaya vaksinasi berlangsung aman dan berhasil
- Posisi yang salah akan menghasilkan suntikan yang tidak benar dan meningkatkan risiko penetrasi saraf.

Untuk mendapatkan lokasi deltoid yang baik, buka baju sehingga daerah lengan atas dari pundak sampai ke siku terbuka. Lokasi yang paling baik adalah pada tengah otot, yaitu separuh antara akromion dan insersi pada tengah humerus. Jarum suntik ditusukkan membuat sudut 60-90 derajat mengarah pada akromion, bila bagian bawah deltoid yang disuntik, ada risiko trauma saraf radialis karena saraf tersebut melingkar dan muncul dari otot trisep.

Pengambilan Vaksin Botol (Vial)

Untuk vaksin yang diabil menembus tutup karet atau yang dilarutkan, harus memakai jarum baru. Apabila vaksin telah diambil dari vial yang terbuka, dapat dipakai jarum yang sama. Jarum atau semprit yang telah digunakan menyuntik seseorang tidak boleh digunakan untuk mengambil vaksin dari botol vaksin karena risiko kontaminasi silang. Sisa vaksin dalam botol yang berisi dosis ganda (multidosis) di pelayanan kesehatan dapat digunakan:

- BCG setelah dilarutkan dapat dipakai dalam 3 jam
- Campak/MR setelah dilarutkan dapat dipakai dalam 8 jam
- Polio oral dapat dipakai dalam 2 minggu
- DPT-HB-Hib dapat dipakai dalam 4 minggu

Pemberian Dua atau Lebih Vaksin pada Hari yang sama

Pemberian vaksin-vaksin yang berbeda sesuai umur, pada hari yang sama telah dianjurkan. Vaksin *inactivated* dan vaksin virus hidup, khususnya mereka yang telah terjadwal, dapat diberikan pada lokasi yang berbeda saat kunjungan hari itu. Misalnya pada kesempatan yang sama dapat diberikan vaksin vaksin DPT-HB- Hib, IPV, dan Polio Oral.

Lebih dari satu macam vaksin virus hidup dapat diberikan pada hari yang sama, tetapi apabila hanya satu yang diberikan, vaksin virus hidup yang kedua tidak boleh diberikan dalam

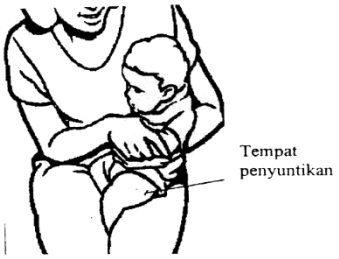
waktu 4 minggu dari vaksin yang pertama, sebab respons vaksin kedua mungkin telah banyak berkurang (hilang). Sebagai tambahan perlu diperhatikan bahwa ada interaksi spesifik antara vaksin demam kuning dan kolera, dan vaksin vaksin tersebut tidak boleh diberikan dalam jarak 4 minggu satu sama lain. Vaksin-vaksin yang berbeda tidak boleh dicampur dalam satu semprit. Vaksin-vaksin yang berbeda yang diberikan pada seseorang pada hari yang sama harus disuntikkan pada lokasi yang berbeda dengan menggunakan semprit yang berbeda.

CARA PENYUNTIKAN VAKSINSUBKUTAN

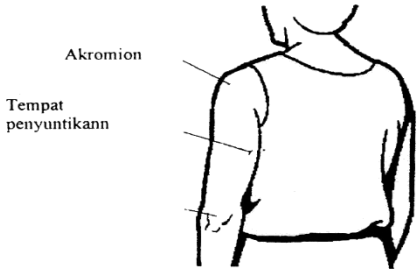
Perhatian

- Penyuntikan subkutan diberikan untuk imunisasi Campak, MR (Measles Rubella)
- Perhatikan rekomendasi untuk umur anak

Umur	**Tempat**	**Ukuran jarum**	**Insersi jarum**
Bayi lahir sampai 12 bulan	Paha daerah anterolateral	Jarum 5/8*-3/4* Semprit no.23-25	Arah jarum 45^0 terhadap kulit, ke arah genu atau acromion.
1-3 tahun	Paha daerah anterolateral atau daerah lateral lengan atas	Jarum 5/8*-3/4* Semprit no.23-25	Cubit tebal untuk suntikan subkutan Untuk suntikan multipel diberikan pada bagian ekstremitas berbeda
Anak > 3 Tahun	Daerah lateral lengan atas	Jarum 5/8*-3/4* Semprit no.23-25	



Gambar (a)



Gambar (b)

Gambar. Lokasi penyuntikan subkutan pada bayi(a) dan anak besar(b)

CARA PENYUNTIKAN VAKSIN INTRA-MUSKULAR

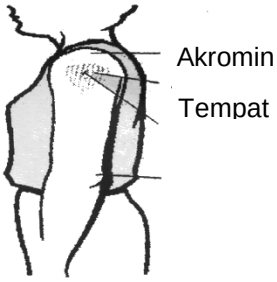
Perhatian

- Diperuntukkan imunisasi DPT-HB-Hib, DT, Td,TT, Hepatitis B dan IPV
- Perhatikan rekomendasi untuk umur anak

Umur	Tempat	Ukuran Jarum	Insersi Jarum
Bayi (lahir sampai 12 bln)	Otot vastus lateralis pada paha daerah anterolateral	Jarum 7/8”-1” Semprit no.22.-25	1. Pakai jarum yang cukup panjang untuk mencapai otot 2. suntik dengan arah jarum 80-90^{0,} ke arah genu atau acromion.Lakukan dengan cepat 3. tekanan kulit sekitar tempat suntikan dengan ibu jari dan telunjuk saat jarum ditusukkan. 4. untuk suntikan
1-3 tahun	Otot vastus lateralis pada paha daerah anterolateral sampai masa otot deltoid cukup besar (pada umumnya umur 3 th)	Jarum 5/8”11/4”(5/8” unt.suntikandi deltoid umur 12-15 bulan) Semprit no.22-25	
Anak >3 tahun	Otot deltoid, dibawah akromion	Jarum 1”-11/4 semprit no.22-25	

			multipel diberikan pada bagian ekstrimitas berbeda.

Gambar (a)



Gambar (b)

Lokasi penyuntikan intramuscular pada bayi (a) dan anak besar (b)

Jadwal imunisasi dasar dan lanjutan dari Kemenkes RI (setelah introduksi IPV) :

Imunisasi Hepatitis B_0 diberikan pada rentang usia 0-7 hari, sebaiknya pada usia < 24 jam

Imunisasi BCG dan OPV1 diberikan pada usia 1 bulan

Imunisasi Rotavirus (RV) diberikan usia 2, 3 (dan 4) bulan tergantung jenis vaksinnya

Imunisasi DPT-HB-Hib1 dan OPV2 diberikan pada usia 2 bulan

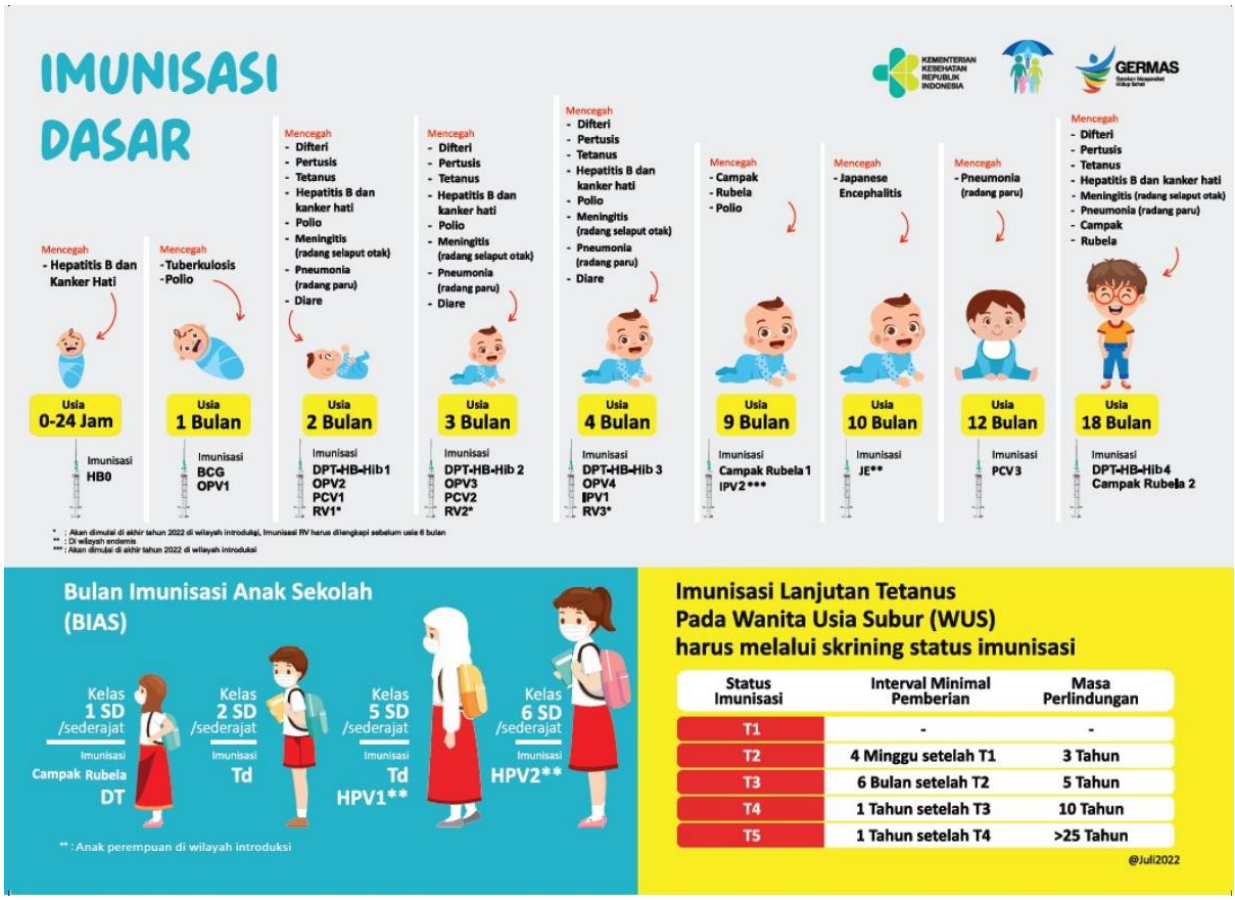
Imunisasi DPT-HB-Hib2 dan OPV3 diberikan pada usia 3 bulan

Imunisasi DPT-HB-Hib3, OPV4 dan IPV diberikan pada usia 4 bulan

Imunisasi Campak/MR diberikan pada usia 9 bulan

Imunisasi Lanjutan DPT-HB-Hib dan Campak/MR usia 18 bulan

Berikut adalah jadwal imunisasi menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia:



Beikut ini adalah gambar berbagai jenis vaksin yang digunakan di Indonesia:

Vaksin Hepatitis B Uniject

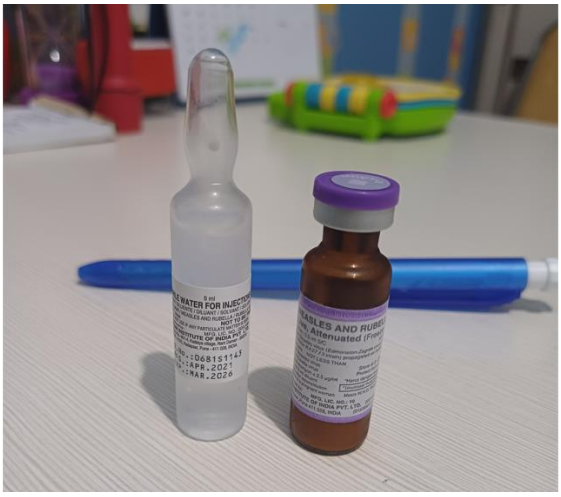
Vaksin BCG

Vaksin Polio Oral

Vaksin Polio Inaktif (IPV) injeksi

Vaksin DPT HB HiB (Pentabio)

Vaksin Campak



Vaksin MR

I. TUJUAN KEGIATAN

II.1. TUJUAN UMUM

Setelah selesai melakukan latihan ini mahasiswa diharapkan dapat melakukan pemberian imunisasi dengan cara yang benar.

II.2. TUJUAN KHUSUS

Mahasiswa mampu :

1. Melakukan pemberian imunisasi BCG
2. Melakukan pemberian imunisasi Polio oral (OPV)
3. Melakukan pemberian imunisasi DPT-HB-Hib
4. Melakukan pemberian imunisasi Polio injeksi (IPV)
5. Melakukan pemberian imunisasi Rotavirus (RV)
6. Melakukan pemberianimunisasi Campak/MR

II. PERALATAN DAN BAHAN

1. Boneka
2. Vaksin BCG dengan pelarutnya. Ada dua vaksin BCG yang tersedia di Indonesia yaitu BCG strain Paris no.1173.P2; yang bisa dipakai untuk populasi yang besar karena setelah dilarutkan dengan pelarutnya yang berisi 4 ml NaCL 0,9%, vaksin berisi 4 ml, bisa dipakai untuk 20 orang anak. Dan satu lagi adalah berisi Micobacterium bovis, Danish strain dengan pelarutnya berisi 1 ml NaCL 0,9%.

3. Polio oral (OPV) dan penetesnya
4. DPT-HB-Hib (Pentabio)
5. Campak strain Cam 70 atau vaksin MR dengan pelarutnya berisi 5 ml aquabidest steril
6. Spuit 1 ml, 5 ml
7. Jarum suntik dengan nomor dan panjang yang sesuai dengan keadaan anak dan jenis imunisasi
8. Kapas alkohol
9. Kapas basah

V. TEKNIK PELAKSANAAN

1. Perkenalan

1. Sapa dan perkenalkan diri. Tanyakan identitas bayi/anak apakah sesuai dengan nama yang terdapat buku KIA, KMS atau buku imunisasi.
2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan, tujuan ataupun manfaat pemberian vaksin, kemungkinan KIPI dan pertolongan pertama bila terjadi KIPI (*informed consent*).
3. Minta persetujuan dan tanyakan kondisi bayi/anak sekarang dan beberapa hari sebelumnya, imunisasi yang telah didapat, jarak dengan imunisasi sekarang, KIPI yang pernah terjadi dan informasi yang berkaitan dengan indikasi kontra untuk vaksin yang akan diberikan.
4. Lakukan pemeriksaan fisik rutin untuk memeriksa kesehatan bayi/anak secara umum, sambil mencari indikasi kontra imunisasi dan memeriksa tempat/bagian tubuh yang akan disuntik.

2. Pemberian Imunisasi BCG

1. Gergaji leher botol vaksin dengan gergaji kecil khusus vaksin yang disediakan (Sebelumnya lihat *Exp.Date* di botol vaksinnya)
2. Masukkan plastik pengaman dari bagian atas botol vaksin.
3. Patahkan leher botol vaksin.
4. Ambil keseluruhan pelarut vaksin dengan spuit 5 ml (pelarut dimasukkan seluruhnya ke arah dinding botol vaksin), masukkan ke botol vaksin dengan menyemprotkan ke arah dinding botol vaksin, homogenkan larutan vaksin BCG dengan cara menarik dan mendorong piston spuit berulang-ulang.
5. Ambil 0,05 ml larutan vaksin dengan spuit 1 ml.

6. Bilas daerah deltoid kanan bayi dengan kapas basah (jangan kapas alkohol).
7. Suntikkan secara intradermal/intrakutan di tempat tersebut, dengan posisi lubang jarum ke arah atas.
8. Penyuntikan yang benar akan memperlihatkan adanya benjolan kecil yang berwarna putih pada tempat suntikan atau kulit daerah tempat suntikan menjadi pucat (indurasi)

3. Pemberian Imunisasi Polio (OPV)

1. Lihat warna larutan vaksin, VVM dan *Exp.Date* vaksin polio. Membuka tutup botol vaksin, dan mengganti dengan penetes yang sudah tersedia.
2. Membuka tutup penetes.
3. Meneteskan sebanyak 2 tetes vaksin polio ke mulut bayi.

4. Pemberian Imunisasi DPT-HB-Hib (Pentabio)

1. Pakai jarum yang cukup panjang untuk mencapai otot
2. Lakukan uji kocok. Kocok larutan vaksin DPT-HB-Hib hingga homogen. Jika didapatkan gumpalan (tidak homogen), tidak dapat digunakan.
3. Lihat VVM dan *Exp. Date* (tanggal kadaluarsa vaksin).
4. Ambil 0,5 ml vaksin DPT-HB-Hib (pentabio) dengan spuit 1 ml.
5. Bilas daerah lateral paha anak dengan kapas alkohol.
6. Tekan kulit sekitar tempat suntikan dengan ibu jari dan telunjuk saat jarum ditusukkan.
7. Suntik dengan arah jarum 80-90^0 (secara intramuskular) lakukan dengan cepat.
8. Suntikkan secara intramuskular di tempat tersebut (lihat gambar).

5. Pemberian imunisasi Rotavirus (RV)

1. Posisikan bayi digendong dengan posisi kepala lebih tinggi dari badan (seperti akan disuapi)
2. Buka penutup vaksin rotavirus.
3. Teteskan vaksin ke bagian *buccal* mulut bayi sedikit demi sedikit sampai habis.

6. Pemberian Imunisasi Campak/MR

1. Larutkan vaksin Campak/MR dengan seluruh isi pelarutnya.
2. Sebelumnya lihat VVM di tutup atas vaksin dan *Exp.Date* di botol vaksin.
3. Ambil 0,5 ml larutan vaksin dengan spuit 1 ml. Pastikan tidak ada udara di dalam semprit.

4. Bilas daerah anterolateral paha anak dengan kapas alkohol.
5. Cubit tebal untuk suntikan subkutan
6. Arah jarum 45^0 terhadap kulit
7. Suntikkan secara subkutan dalam pada daerah tersebut (lihat gambar)

7. Dokumentasi

1. Catat tanggal, tempat penyuntikan dan jam pemberian imunisasi, nama dagang vaksin, nomor batch/lot/serie, produsen dan membubuhkan nama dokter/paramedis yang memberikan vaksin.
2. Catat kapan dan jenis vaksinasi berikutnya akan dilakukan.

VI. LEMBAR PENGAMATAN

LANGKAH/TUGAS	**PENGAMATAN**	
	Ya	Tidak
1. PERKENALAN		
1. Menyapa dan memperkenalkan diri . Menanyakan identitas bayi/anak apakah sesuai dengan nama yang terdapat pada Buku KIA, KMS, kartu atau buku imunisasi.		
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan , tujuan ataupun manfaat pemberian vaksin, kemungkinan KIPI dan pertolongan pertama bila terjadi KIPI (*informed consent*)		
3. Meminta persetujuan dan menanyakan kondisi bayi/anak sekarang dan beberapa hari sebelumnya, imunisasi yang telah didapat, jarak dengan imunisasi sekarang, KIPI yang pernah terjadi dan informasi yang berkaitan dengan indikasi kontra untuk vaksin yang akan diberikan. 4. Melakukan pemeriksaan fisik rutin untuk memeriksa kesehatan bayi/anak secara umum, sambil mencari indikasi kontra imunisasi dan memeriksa tempat/bagian tubuh yang akan disuntik		
2. PEMBERIAN IMUNISASI BCG		

1. Menggergaji leher botol vaksin dengan gergaji kecil khusus vaksin yang disediakan (Sebelumnya lihat *Exp.Date* di botol vaksinnya)		
2. Memasukkan plastik pengaman dari bagian atas botol vaksin.		
3. Mematahkan leher botol vaksin.		
4. Mengambil keseluruhan pelarut vaksin dengan spuit 5 ml, masukkan ke botol vaksin dengan menyemprotkan ke arah dinding botol vaksin, homogenkan larutan vaksin BCG dengan cara menarik dan mendorong piston spuit berulang-ulang.		
5. Mengambil 0,05 ml larutan vaksin dengan spuit 1 ml.		
6. Membilas daerah deltoid kanan bayi dengan kapas basah (jangan kapas alkohol).		
7. Menyuntikkan secara intradermal/intrakutan (dengan sudut penyuntikan sekitar 15 derajat) di tempat tersebut, dengan posisi lubang jarum ke arah atas.		
8. Memperhatikan adanya benjolan kecil (indurasi) yang berwarna putih pada tempat suntikan, atau kulit daerah tempat suntikan menjadi pucat.		
3. PEMBERIAN IMUNISASI POLIO		
1. Lihat warna larutan vaksin, VVM dan *Exp.Date* vaksin polio. Membuka tutup botol vaksin, dan mengganti dengan penetes yang sudah tersedia.		
2. Membuka tutup penetes.		
3. Meneteskan sebanyak 2 tetes vaksin polio ke mulut bayi.		
4. PEMBERIAN IMUNISASI DPT-HB-Hib (Pentabio)		
1. Memakai jarum yang cukup panjang untuk mencapai otot		
2. Mengocok larutan vaksin DPT/Hepatitis B/Hib hingga homogen. Lihat VVM dan *Exp. Date* (tanggal kadaluarsa vaksin).		
3. Mengambil 0,5 ml vaksin dengan spuit 1 ml.		

4. Memastikan tidak ada udara di dalam semprit.		
5. Membilas daerah lateral paha anak dengan kapas alkohol.		
6. Menekan kulit sekitar tempat suntikan dengan ibu jari dan telunjuk saat jarum ditusukkan.		
7. Menyuntik dengan arah jarum 80-90^0 (secara intramuskular)		
5. PEMBERIAN IMUNISASI CAMPAK/MR		
1. Melarutkan vaksin Campak/MR dengan seluruh isi pelarutnya. (Sebelumnya lihat VVM di tutup atas vaksin dan *Exp.Date* di botol vaksinnya)		
2. Mengambil 0,5 ml larutan vaksin dengan spuit 1 ml.		
3. Memastikan tidak ada udara di dalam semprit.		
4. Membilas daerah anterolateral paha anak dengan kapas alkohol.		
5. Mencubit kulit untuk menetukan tebal kulit untuk suntikan subkutan		
6. Mengarahkan jarum 45^0 terhadap kulit		
7. Menyuntikkan secara subkutan dalam pada daerah tersebut (lihat gambar)		
6. DOKUMENTASI		
1. Mencatat tanggal, tempat penyuntikan dan jam pemberian imunisasi, nama dagang vaksin, nomor batch/lot/serie, produsen dan membubuhkan nama dokter/paramedis yang memberikan vaksin.		
8. Mencatat kapan dan jenis vaksinasi berikutnya akan dilakukan		

Note : Ya = Mahasiswa melakukan

Tidak = Mahasiswa tidak melakukan