



PENUNTUN SKILLS LAB

BLOK 2.5

GANGGUAN HORMON DAN METABOLISME

I. Seri keterampilan Pemeriksaan Fisik: PEMERIKSAAN FISIK KELENJAR TIROID

II. Seri Keterampilan Laboratorium: PEMERIKSAAN GLUKOSA DARAH

III. Seri keterampilan pemeriksaan fisik: OBSTETRI 2. : PEMERIKSAAN PANGGUL DAN KEMAJUAN PERSALINAN

IV. Seri keterampilan prosedural: MEMBANTU PERSALINAN EPISIOTOMI DAN REPAIR

Edisi 4

REVISI 2013

**TIM PELAKSANA SKILLS LAB
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG**

CARA PENGGUNAAN BUKU INI:

Untuk mahasiswa

Bacalah penuntun skills lab ini sebelum proses pembelajaran dimulai. Hal ini akan membantu saudara lebih cepat memahami materi skills lab yang akan dipelajari dan memperbanyak waktu untuk latihan dibawah pengawasan instruktur masing-masing.

Bacalah juga bahan /materi pembelajaran yang terkait dengan keterampilan yang akan dipelajari seperti: Anatomi, fisiologi, biokimia, dan ilmu lainnya. Hal ini akan membantu saudara untuk lebih memahami ilmu-ilmu tersebut dan menemukan keterkaitannya dengan skills lab yang sedang dipelajari.

Saudara juga diwajibkan untuk menyisihkan waktu diluar jadwal.

Perhatian.....

Lembar penilaian keterampilan skills lab yang digunakan untuk nilai skills lab Obstetri (minggu III-VI) adalah lembar penilaian kode O (ada sepuluh aitem) yang terdaat pada halaman 46. 2 checklist keterampilan yang lebih banyak aitemnya (lebih dari 40 aitem) berfungsi untuk panduan saudara dalam berlatih.

Selamat belajar dan berlatih ...

Terima kasih

Tim Penyusun

**DAFTAR TOPIK SKILLS LAB BLOK 2.5
TIAP MINGGU**

Minggu Ke	Bentuk keterampilan	Topik	Tempat
I & II	Keterampilan pemeriksaan fisik dan laboratorium	1. Pemeriksaan fisik kelenjar tiroid (T) 2. Pemeriksaan Glukosa Darah (GD)	Ruang skills lab
III		Ujian	
III	Keterampilan pemeriksaan fisik dan prosedural	1. Obstetri 2. :(O) Pemeriksaan panggul dan kemajuan persalinan 2. Membantu persalinan 3. Episiotomi dan repair	Ruang skills lab
IV			
V			
VI		Ujian	

Nilai akhir skills lab: Nilai = $\frac{(T+GD)}{3} + 20$

3

Ketentuan :

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/skills lab/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut :
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 90%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 90%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan skills lab 100%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 100%
 2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang blok.
 3. Batas minimal nilai kelulusan skills lab adalah **81** untuk kesemua keterampilan
 4. Apabila **tidak lulus ujian skills lab**, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali di akhir blok. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang blok
- Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas.

**PENUNTUN SKILLS LAB BLOK 2.5
(GANGGUAN HORMON DAN METABOLISME)**

PEMERIKSAAN FISIK KELENJAR TIROID

Edisi 4

Revisi 2013

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG**

PEMERIKSAAN FISIK KELENJAR TIROID

I. PENGANTAR

Modul ini dibuat untuk mahasiswa dengan tujuan mencapai kemampuan tertentu dalam pemeriksaan fisik kelenjar Tiroid (gondok). Pemeriksaan terdiri dari kegiatan inspeksi, palpasi dan auskultasi. Seorang dokter harus mampu melakukan pemeriksaan Kelenjar Tiroid karena pembesaran kelenjar tiroid berhubungan dengan Diagnosis berbagai penyakit Tiroid seperti akibat insufisiensi iodium, inflamasi, hipertiroid (Graves Disease) dan neoplasma tiroid.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah menyelesaikan blok ini mahasiswa mampu menegakkan diagnosis gangguan hormon tiroid secara klinis praktis dengan melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik kelenjar Tiroid, meliputi inspeksi, palpasi dan auskultasi.

Tujuan Pembelajaran Khusus:

Mahasiswa mampu melakukan:

1. Menginformasikan kepada pasien tentang tujuan dari pemeriksaan.
2. Menginformasikan kepada pasien agar melakukan apa yang diinstruksikan oleh pemeriksa.
3. Dapat melakukan pemeriksaan anamnesis, inspeksi, palpasi dan auskultasi Kelenjar Tiroid.
4. Dapat menentukan derajat pembesaran kelenjar tiroid.
5. Dapat melaporkan keadaan Kelenjar Tiroid tersebut, yaitu meliputi, ukuran, konsistensi, suhu dan warna kulit di atasnya, noduler atau difusa, ada atau tidak ada nyeri, ada atau tidak ada perlengketan serta ada atau tidak adanya bising pembuluh darah (bruit).
6. Dapat menetapkan status fungsi kelenjar tiroid (eutiroid/hipertiroid) dengan menggunakan Indeks Wayne dan New Castle

III. STRATEGI PEMBELAJARAN

- 3.1 Latihan dengan instruktur skillslab
- 3.2 Responsi
- 3.3 Bekerja kelompok
- 3.4 Bekerja dan belajar mandiri

IV. PRASYARAT

- 4.1 Sebelum berlatih mahasiswa harus menguasai ilmu dasar anatomi, histologi, fisiologi, biokimia kelenjar Tiroid pada tubuh manusia.
- 4.2 Sebelum memeriksa kelenjar Tiroid, mahasiswa harus mengetahui Penyakit-penyakit Tiroid atau penyakit yang berhubungan dengan kelenjar tiroid.

V. TEORI

PENDAHULUAN

Pada kegiatan skills lab ini akan dipelajari bagaimana memeriksa penderita dengan dugaan kelainan kelenjar tiroid. Sebagai dasar tentulah dipahami anatomi dan letak kelenjar tersebut dibadan kita. Berapa ukuran normalnya? Pembuluh darah manakah yang memberi vaskularisasi dan di inervasi oleh syaraf apakah kelenjar ini.

Ada tiga komponen yang diharapkan dilakukan oleh dokter dalam mengelola pasien : menegakkan diagnosis, memberi pengobatan dalam arti luas serta memantau pengobatan tersebut. Penegakkan diagnosis maupun pemantauan pasien dapat dikerjakan secara anamnesis dan pemeriksaan fisik, secara biokimia yang rasional dan bila diperlukan menggunakan alat penunjang.

1. ANAMNESIS

Dalam anamnesis ditanyakan mengenai pembesaran didaerah leher depan, adanya keluhan-keluhan hipertiroid (seperti selalu kepanasan, keringatan, makin kurus, dll). Disamping itu apakah ada merasakan nyeri atau tanda-tanda penekanan (seperti gangguan menelan, sesak nafas, suara serak). Apakah terdapat anggota keluarga atau tetangga yang menderita penyakit yang sama.

2. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik kelenjar tiroid merupakan bagian dari pemeriksaan umum seorang penderita. Dalam memeriksa leher seseorang, struktur leher lainnya pun harus diperhatikan. Ada beberapa alasan untuk hal ini, pertama sering struktur ini tertutup atau berubah oleh keadaan kelenjar tiroid, kedua metastasis tiroid sering terjadi ke kelenjar limfe leher dan ketiga banyak juga kelainan leher yang sama sekali tidak berhubungan dengan gangguan kelenjar gondok. Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik sistematis juga diperlukan, sebab dampak yang ditimbulkan oleh gangguan fungsi kelenjar tiroid melibatkan hampir seluruh organ tubuh, sehingga pengungkapan detail kelainan organ lainnya sangat membantu menegakkan maupun mengevaluasi gangguan kelainan penyakit kelenjar tiroid. Pemeriksaan kelenjar tiroid meliputi inspeksi, palpasi dan auskultasi.

A. Inspeksi

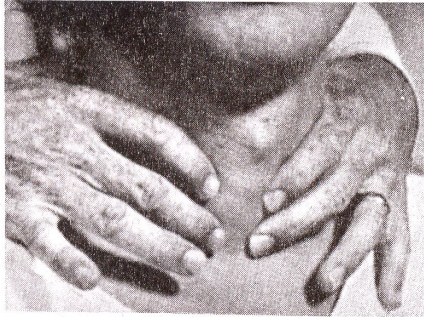
Waktu memeriksa kelenjar tiroid hendaknya dipastikan arah sinar yang tepat, sehingga masih memberi gambaran jelas pada kontur, relief, tekstur kulit maupun benjolan. Demikian pula harus diperhatikan apakah ada bekas luka operasi. Dengan dagu agak diangkat, perhatikan struktur dibagian bawah-depan leher. Kelenjar tiroid normal biasanya tidak dapat dilihat dengan cara inspeksi, kecuali pada orang yang amat kurus, namun apabila dalam keadaan tertentu ditemukan deviasi trachea atau dilatasi vena maka harus curiga kemungkinan adanya gondok substernal. Biasanya dengan inspeksi saja kita dapat menduga adanya pembesaran kelenjar tiroid yang lazim disebut gondok.

Gondok yang agak besar dapat dilihat, namun untuk memastikan serta melihat gambaran lebih jelas maka pasien diminta untuk membuat gerakan menelan (oleh karena tiroid melekat pada trachea ia akan tertarik keatas bersama gerakan menelan). Manuver ini cukup diagnostik untuk memisahkan apakah satu struktur leher tertentu berhubungan atau tidak dengan tiroid. Sebaliknya apabila struktur kelenjar tiroid tidak ikut gerakan menelan sering disebabkan perlengkapan dengan jaringan sekitarnya. Untuk ini dipikirkan kemungkinan radang kronik atau keganasan tiroid.

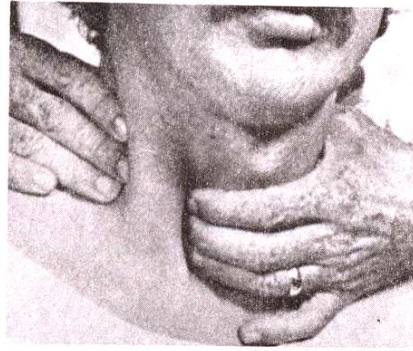
B. Palpasi

Dalam menentukan besar, bentuk konsistensi dan nyeri tekan kelenjar tiroid maka palpasi merupakan jalan terbaik dan terpenting. Ada beberapa cara, tergantung dari kebiasaan pemeriksa. Syarat untuk palpasi tiroid yang baik adalah menundukkan leher sedikit serta menoleh kearah tiroid yang akan diperiksa (menoleh kekanan untuk memeriksa tiroid kanan, maksudnya untuk memberi relaksasi otot sternokleidomastoideus kanan). Pemeriksa berdiri didepan pasien atau duduk setinggi pasien.

Sebagian pemeriksa lebih senang memeriksa tiroid dari belakang pasien. Apapun yang dipilih langkah pertama ialah meraba daerah tiroid dengan jari telunjuk (dan atau 3 jari) guna memastikan ukuran, bentuk, konsistensi, nyeri tekan dan simetri. Untuk mempermudah meraba tiroid, kita dapat menggeser laring dan tiroid ke satu sisi dengan menggunakan ibu jari atau jari tangan lain pada kartilago tiroid. Kedua tiroid diperiksa dengan cara yang sama sambil pasien melakukan gerakan menelan.



Gambar 8.4. Palpasi tiroid. Jari-jari terletak medial terhadap *m. sternocleidomastoideus* dan pasien disuruh menelan. Tundukkan kepala pasien ke depan untuk mengurangi ketegangan *m. sternocleidomastoideus*.



Gambar 8.5. Palpasi tiroid. Jari-jari dalam posisi sedemikian rupa untuk menjabak lobus kanan di bawah *m. sternocleidomastoideus*.

Gambar 1. Pemeriksaan palpasi Kelenjar tiroid

Palpasi lebih mudah dilakukan pada orang kurus, meskipun pada orang gemuk tiroid yang membesar juga dapat diraba dengan mudah. Ukuran tiroid dapat dinyatakan dalam bermacam-macam cara :

- Misalnya dapat diterjemahkan dalam ukuran volume (cc) dibandingkan dengan ukuran volume ibu jari pemeriksa
- Ukuran lebar dan panjang (cm x cm) atau ukuran berat (gram jaringan dengan perbandingan ibu jari pemeriksa yang sudah ditera sendiri berdasarkan volume air yang tergeser oleh ibu jari dan volume dikaitkan dengan berat daging dalam gram)
- Mengukur luas permukaan kelenjar dapat digunakan sebagai ukuran besarnya tiroid
- Gradasi pembesaran kelenjar tiroid untuk keperluan epidemiologi (untuk menentukan prevalensi gondok endemik) menggunakan klasifikasi Perez atau modifikasinya. Umumnya wanita mempunyai gondok lebih besar sehingga lebih mudah diraba. Tujuan menggunakan metoda ini ialah mendapat angka statistik dalam mengendalikan masalah gondok endemik dan kurang yodium, dengan cara yang reploducible. Klasifikasi awal (Perez 1960) adalah sebagai berikut :

- Derajat 0 : Subjek tanpa gondok
- Derajat 1 : Subjek dengan gondok yang dapat diraba (palpable)
- Derajat 2 : Subjek dengan gondok terlihat (visible)
- Derajat 3 : Subjek dengan gondok besar sekali, terlihat dari beberapa cm.

Dalam praktek masih banyak dijumpai kasus dengan gondok yang teraba membesar tetapi tidak terlihat. Untuk ini dibuat subklas baru yaitu derajat IA dan derajat IB.

Derajat IA : Subjek dengan gondok teraba membesar tetapi tidak terlihat meskipun leher sudah ditengadahkan maksimal.

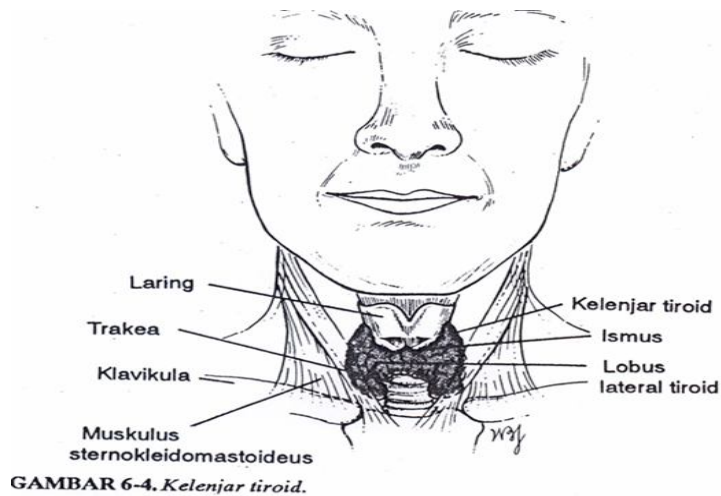
Derajat IB : Subjek dengan gondok teraba membesar tetapi terlihat dengan sikap kepala biasa, artinya leher tidak ditengadahkan.

Adapun kriteria untuk menyatakan bahwa gondok membesar ialah apabila lobus leteral tiroid sama atau lebih besar dari falang akhir ibu jari tangan pasien (bukan jari pemeriksa). Dalam sistem klasifikasi ini setiap nodul perlu dilaporkan khusus (pada survei GAKI dapatan ini mempunyai arti tersendiri).

Apabila dalam pemeriksaan survei populasi ditemukan nodularitas artinya ditemukan nodul pada lobus kelenjar tiroid, maka temuan ini perlu dilaporkan secara khusus. Kita kita duga apabila pada rabaan berbentuk hemisferik, berkonsistensi kenyal, dengan permukaan halus. Gondok keras sering ditemukan pada tiroiditis kronik atau keganasan pada gondok, kenyal atau lembek pada struma colloides dan pada defisiensi yodium. Nyeri tekan atau nyeri spontan dapat dijumpai pada radang atau infeksi (tiroiditis autoimun, virus atau bakteri) tetapi dapat juga karena peregangan mendadak kapsul tiroid oleh hemoragi ke kista, keganasan atau malahan dapat ditemukan pada hipertiroidisme.

Pita ukuran seperti gambar diatas kadang digunakan untuk menilai secara kasar perubahan ukuran kelenjar, membesar, tetap atau mengecil selama pengobatan atau observasi. Dalam pengobatan penyakit Graves pengecilan kelenjar diawal pengobatan memberikan indikasi respon baik sedangkan pembesaran menandakan adanya overtreatment Obat Anti Tiroid (terjadi hipotiroidisme → TSH naik → stimulasi dan lingkaran leher membesar). Namun ini biasanya terlambat 2 minggu sesudah perubahan biokimia.

Palpasi juga berguna dalam menentukan pergeseran trachea (bisa karena trachea terdesak atau tertarik sesuatu). Cari massa yang menyebabkan pergeseran dengan cara palpasi. Rabalah pembesaran limfonodi yang dapat merupakan petunjuk penyebaran karsinoma kelenjar tiroid ke kelenjar limfe regional. Khusus perhatikan limfonodi sepanjang daerah trachea yang menutupi trachea, kartilago krikoid, kartilago tiroid di linea mediana (disebut upper pretracheal node atau delphian group) dan limfonodi mastoid yang terdapat di sudut radang bawah, raba pula kalau ada pembesaran vena.



Gambar 2. Lokasi kelenjar Tiroid.

C. Auskultasi

Tidak banyak informasi yang dapat disumbangkan oleh auskultasi tiroid, kecuali untuk mendengarkan bruit, bising pembuluh di daerah gondok yang paling banyak ditemukan pada gondok toksik (utamanya ditemukan di lobus kanan tiroid-ingat vaskularisasinya).

Menegakkan Diagnosis Klinis Penyakit Graves/Hipertiroid

Diagnosis penyakit Graves diawali dengan mencurigai tanda-tanda hipertiroidisme yang ditegaskannya dengan indeks klinis Wayne dan New Castle. Indeks Wayne ini merupakan cara sederhana menegakkan diagnosis secara klinis, dapat membedakan antara keadaan klinis hipertiroidisme dengan eutiroidisme bukan dengan hipotiroidisme. Dari indeks ini yang menempati posisi penting adalah gejala dan tanda : usia, bising gondok dan jumlah nadi permenit, tremor serta ada tidaknya faktor psikologis yang memicu keadaan.

Dengan indeks-indeks ini dapat ditegakkan diagnosis klinis namun untuk memastikannya diperlukan pemeriksaan lainnya yaitu konfirmasi laboratorik. Maksud dari frequent checking pada indeks Wayne adalah keraguan pasien, misalnya ia berkali-kali mencheck apa pintu sudah dikunci, lampu sudah dimatikan, kran sudah ditutup dan sebagainya.

Dari praktek kita bisa mulai anamnesis dan memeriksa fisik berdasarkan indeks diagnostik Wayne maupun New Castle dengan menggunakan variabel dengan nilai beda besar. Contohnya, usia, kepekaan atas suhu, berat badan, nafsu makan, permukaan gondok, bising gondok, nadi filbrasi atrium. Secara klinis diagnosis dapat dinyatakan dalam indeks

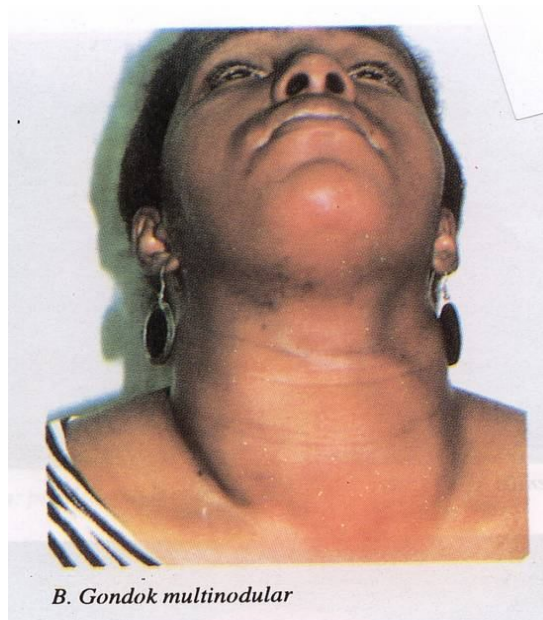
yang keakuratannya sejalan dengan pemeriksaan laboratorium apabila dilaksanakan dengan teliti. Dari indeks Wayne dapat dibedakan dengan orang normal.

Langkah berikutnya memastikan diagnosis hipertiroidisme dengan berbagai cara (laboratorik dan penunjang lain).

Diagnosis penyakit Graves umumnya mudah ditegakkan dengan ditemukannya kombinasi gejala dan tanda mata, gondok serta beberapa tanda khas hipertiroidisme.



Gambar 3. Penonjolan Mata (eksoftalmus) pada hipertiroid (graves disease)



Gambar 4. Pembesaran kelenjar gondok

Tabel 1. Indeks Diagnostik Wayne dan Newcastle

Tabel 10. Indeks diagnostik Wayne dan perbandingannya kasus hipertiroidisme dengan kontrol

Gejala	Nilai apabila		Toxic Kontrol		Tanda	Nilai apabila		Toxic %	Kontrol %
	Pos	Neg	%	%		Pos	Neg		
Dyspnoea	+1		81	40	Gondok	+3		87	11
Palpitasi	+2		75	26	Difus		-3	49	11
Kelemahan	+2		80	31	Noduler			32	0
Suka dingin	+5		73	41	Adenoma singl			4	0
Suka panas		-5			Bising tiroid	+2	-2		
Keringat lebih	+3		68	31	Eksoftalmos	+2		34	2
Nervous			59	21	Lid lag	+1		62	16
Makan tambah	+3		32	2	Hiperkinesis	+4	-2	39	9
Makan kurang		-3	13	3	Tremor tangan	+1		66	26
Berat turun	+3		52	2	Tangan keringat	+1	-1	72	22
Berat naik		-3	4	16	Tangan panas	+2	-2	76	44
Diare			8	0	Fibrilasi atrium	+4		19	0
Konstipasi			15	21	Nadi rerata/men			68	19
Mensis banyak			3	6	Nadi reguler >90	+3		100	78
Mensis sedikit			18	5	80 - 90	0	0		
Abortus	+2				< 80		-3		

* Wayne EJ. Clinical and metabolic studies in thyroid disease. Brit mod J, 1:78, 1960. Klinis dianggap ada hipertiroidi apabila skor yang diperoleh mencapai 20 atau lebih, kurang dari 10 tidak ada hipertiroidi klinis dan antara 10 - 19 dianggap meragukan.

Tabel 11. Indeks diagnostik New Castle

Item	Grade	Score	Item	Grade	Score
Age of onset	15-24	0	Hypokinesis	present	4
	25-34	4		absent	0
	35-44	8	Fine finger tremor	present	7
	45-55	12		absent	0
	55	16		Pulse rate	> 90 /m
Psychological precipitant	present	-5	80-90		8
	absent	0	< 80	0	
Frequent checking	present	-3	Thyroid bruit	present	18
	absent	0		absent	0
Severe anticipatory anxiety	present	-3	Exophthalmos	present	9
	absent	0		absent	0
Increased appetite	present	5	Lid retraction	present	2
	absent	0		absent	0
Goiter	present	3			
	absent	0			

- Gurney C, Owen SG, Hall R et al. New Castle Thyrotoxicosis Index. Lancet ii:1275, 1970
- Euthyroid range -11 to +23, doubtful range +24 to +39 and toxic range +40 to +80

VI. PROSEDUR KERJA

6.1 TAHAP PERSIAPAN:

1. Alat dan sarana:
 - Mistar kecil atau meteran kain
 - Ruangan pemeriksaan yang nyaman dan cukup cahaya.
 - Stetoscope
2. Pasien simulasi dari mahasiswa.

6.2 TAHAP PELAKSANAAN

A. Pembuka dan Mempersiapkan Pemeriksaan pasien

1. Memberikan salam pembuka saling memperkenalkan diri
2. Menginformasikan kepada pasien tentang tujuan pemeriksaan, serta meminta untuk melakukan apa yang diinstruksikan oleh pemeriksa.
3. Mempersiapkan ruangan nyaman, cukup cahaya, meteran dan stetoscope.

B. Melakukan anamnesis sehubungan penyakit kelenjar tiroid

1. Menemukan senang udara dingin/panas, Menemukan banyak/kurang keringat
2. Menemukan keluhan penurunan/peningkatan berat badan, nafsu makan meningkat/menurun

C. Melakukan Pemeriksaan Fisik sehubungan penyakit kelenjar tiroid

1. Menemukan kegelisahan atau mata menonjol (inspeksi dari samping)
2. Mengambil posisi dibelakang/samping pasien, Meminta posisi kepala pasien sesuai kebutuhan, Mengukur lingkaran leher, Mengukur besar kelenjar tiroid
3. Meminta pasien menelan sewaktu inspeksi/palpasi, Melakukan palpasi dengan jari-jari digeser-geserkan
4. Melakukan auskultasi diatas kelenjar tiroid

6.3 TAHAP INTERPRETASI

Membuat Interpretasi

1. Menentukan grade pembesaran kelenjar
2. Mencatat dan melaporkan hasil pemeriksaan meliputi: Menentukan difus/noduler, konsistensi kelenjar, adanya nyeri tekan, ukuran kelenjar dan lingkaran lehernya, Suhu dan Warna kulit, Perlengketan ke sekitarnya.
3. Menentukan status klinis fungsi tiroid dengan menggunakan indeks Wayne
4. Menentukan status klinis fungsi tiroid dengan menggunakan indeks New Castle

Kepustakaan

1. Adams. Textbook of Physical Diagnosis. 17^{ed}. Williams & Wilkins. 1987.
2. Delp MH, Manning RT. Major Diagnosis Fisik. Terjemahan Moelia Radja Siregar. EGC 1996
3. Lynn. S. Bickley; Bates Guide to Physical Examination and History taking, 8 th Edition, Lippincott 2003.
4. Zubir N. Pemeriksaan abdomen. Dalam: Acang N, Zubir N, Najirman, Yuliwansyah R, Eds. Buku Ajar Diagnosis Fisik. Penerbit Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang. 2008

STANDAR KEAHLIAN SKILL-LAB UNTUK UJIAN FORMATIF DAN EVALUASI

Setelah melewati blok 2.5 ini, mahasiswa akan dievaluasi kemampuan keterampilan mereka menggunakan OSCE (*Objective Structure Clinical Examination*). Mahasiswa diizinkan mengikuti evaluasi setelah memenuhi syarat sebagai berikut :

1. Kehadiran 100% pada latihan *skills-lab*. Apabila kehadiran mahasiswa kurang dari 100%, mahasiswa harus melengkapi topik yang tertinggal sebelum bergabung dengan ujian formatif dan harus melalui proses administrasi
2. Ketika praktek tanpa instruktur, mahasiswa memilih teman untuk simulasi pasien dan teman yang lainnya untuk observasi. Dalam observasi harus memberi tanda ceklis pada buku yang berasal dari usulan teman observer. Seluruh ceklits pada buku penuntun harus dilengkapi.
3. Mahasiswa menguji kemampuan keahlian melalui tahap ujian formatif menggunakan ceklis, sementara observasi dilakukan oleh instruktur, kemudian mahasiswa dan instruktur menandatangani format tersebut secara bersama-sama. Ujian ini dilakukan pada minggu terakhir dari blok 2.5.
4. Nilai ujian formatif minimal 81, jika kurang maka dianjurkan ujian ulang
5. Mahasiswa dilarang mencoret-coret blanko ujian formatif. Apabila terjadi pelanggaran akan dikenakan sanksi administrasi

**LEMBAR PENILAIAN SKILLS LAB BLOK 2.5
PEMERIKSAAN FISIK KELENJAR TIROID**

No	Point penilaian	SKOR			
		0	1	2	3
Pembuka dan Mempersiapkan Pemeriksaan pasien					
1	Memberikan salam pembuka saling memperkenalkan diri*				
2	Menginformasikan kepada pasien tentang tujuan pemeriksaan, serta meminta untuk melakukan apa yang diinstruksikan oleh pemeriksa.				
3	Mempersiapkan ruangan nyaman, cukup cahaya, meteran dan stetoscope.*				
Melakukan anamnesis sehubungan penyakit kelenjar tiroid					
4	Menemukan senang udara dingin/panas, Menemukan banyak/kurang keringat				
5	Menemukan keluhan penurunan/peningkatan berat badan, nafsu makan meningkat/menurun				
Melakukan Pemeriksaan Fisik sehubungan penyakit kelenjar tiroid					
6	Menemukan kegelisahan atau mata menonjol (inspeksi dari samping)				
7	Mengambil posisi dibelakang/samping pasien, Meminta posisi kepala pasien sesuai kebutuhan, mengukur besar kelenjar tiroid				
8	Meminta pasien menelan sewaktu inspeksi/palpasi, Melakukan palpasi dengan jari-jari digeser-geserkan				
9	Melakukan auskultasi diatas kelenjar tiroid				
Membuat Interpretasi					
10	Menentukan grade pembesaran kelenjar				
11	Mencatat dan melaporkan hasil pemeriksaan meliputi: Menentukan difus/noduler, konsistensi kelenjar, adanya nyeri tekan, ukuran kelenjar, Suhu dan Warna kulit, Perlengketan ke sekitarnya.				
12	Menentukan status klinis fungsi tiroid dengan menggunakan indeks Wayne				
13	Menentukan status klinis fungsi tiroid dengan menggunakan indeks New Castle				
	TOTAL SCORE				

Keterangan :

Skor 0 : Tidak dilakukan

Skor 1 : Dilakukan dengan banyak kesalahan/dilakukan*

Skor 2 : Dilakukan dengan sedikit kesalahan

Skor 3 : Dilakukan dengan sempurna

Nilai Keterampilan rata-rata = total skor /35 x 100 % =

Padang,2013

Instruktur

(.....)

PENUNTUN SKILLS LAB

SERI KETERAMPILAN LABORATORIUM

PEMERIKSAAN GLUKOSA DARAH

EDISI 4
Revisi 2013

TIM PELAKSANA SKILLS LAB
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG

PEMERIKSAAN KADAR GLUKOSA DARAH

I. PENGANTAR

Pemeriksaan kadar gula darah diperlukan untuk memantau status glikemik seseorang (terutama penderita diabetes melitus). Pemeriksaan ini dapat dilakukan di laboratorium rumah sakit atau di rumah. Oleh karena itu dikembangkan suatu alat yang dapat dipakai oleh penderita sendiri yang disebut glukometer. Banyak alat dikembangkan dengan berbagai bentuk, ukuran, dan metode. Sebagian besar glukometer memiliki prosedur yang sederhana, namun perlu diperhatikan kontrol dan kalibrasi alat serta prosedur pemeriksaan sehingga didapatkan hasil yang akurat. Waktu yang tersedia untuk berlatih adalah 1 kali pertemuan selama 50 menit yang digabung dengan pemeriksaan kelenjar tiroid.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan gula darah menggunakan glukometer dengan sampel darah kapiler dan menginterpretasi hasil pemeriksaan

III. STRATEGI PEMBELAJARAN

- Latihan pemeriksaan gula darah menggunakan glukometer dengan sampel darah kapiler di bawah pengawasan instruktur
- Responsi

IV. PRASYARAT

Pengetahuan yang perlu dimiliki sebelum berlatih:

- Pengetahuan tentang metabolisme karbohidrat/glukosa
- Persiapan pasien sebelum pengambilan sampel
- Cara pengambilan darah kapiler yang benar

V. TEORI

Penentuan status glikemik terutama berguna untuk diagnosis diabetes melitus, deteksi pra-diabetes serta pemantauan pengobatan. Pemeriksaan laboratorium terhadap kadar glukosa darah terdiri dari pemeriksaan skrining dan lanjutan/konfirmasi. Saat ini dikembangkan alat yang dapat digunakan sendiri oleh penderita (glukometer). Alat ini direkomendasikan terutama bagi pasien-pasien dengan tujuan:

- Menjaga kadar glukosa pada kadar yang dianjurkan
- Mengenal dan mencegah keadaan-keadaan darurat seperti hipoglikemi asimtomatik atau hiperglikemi yang berat
- Mendidik diri sendiri bagaimana mengatur kadar glukosa darahnya

Berbagai alat glukometer mempunyai prinsip/metode pemeriksaan yang berbeda seperti:

- Kolorimetrik
- *Reflectance*
- *Amperometric (electrochemical) method*

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

- Glukometer sudah terkontrol dan terkalibrasi sebelum digunakan
- Rentang pengukuran alat (diketahui dari brosur/petunjuk masing-masing alat). Bila mendapat nilai yang sangat tinggi atau sangat rendah sebaiknya dikonfirmasi dengan memeriksa pada alat lain di laboratorium rujukan rumah sakit
- Pemeriksaan dapat dilakukan menggunakan *whole blood* atau plasma. Sampel plasma memberikan hasil 10-15% lebih tinggi daripada *whole blood*. Untuk pengukuran yang akurat dianjurkan untuk selalu menggunakan darah segar.
- Pengguna harus sadar bahwa hasil dapat bervariasi luas dipengaruhi oleh keterampilan pengguna. Oleh karena itu perlu penjelasan dan peningkatan keterampilan tentang cara pemeriksaan yang benar.
- Sebelum pemeriksaan, sesuaikan suhu alat dengan suhu ruangan tempat pemeriksaan dilakukan (sekitar 30 menit). Sebaiknya gunakan alat pada suhu 15-35⁰C
- Untuk mendapatkan hasil yang akurat, hindari pemeriksaan di tempat dengan kelembaban berlebihan. Jangan menggunakan alat dekat dengan televisi, oven, microwave, telepon selular
- Zat-zat tertentu dapat memengaruhi hasil pemeriksaan glukosa darah seperti: asam urat >10 mg/dL, asam askorbat >4 mg/dL, asetaminofen >6 mg/dL, bilirubin total >4 mg/dL
- Pada beberapa alat didapatkan hasil tinggi palsu bila nilai hematokrit kurang dari 20% dan rendah palsu bila nilai hematokrit lebih dari 70%

Sebelum pemeriksaan, persiapan pasien adalah:

- Puasa 12-14 jam sebelum tes
- Dicatat jam pengambilan sampel, jam terakhir makan obat antidiabetes beserta dosisnya.

Interpretasi hasil:

Normal: Kadar glukosa darah puasa: 60-100 mg/dL

Kadar glukosa darah sewaktu: < 200 mg/dL

VI. PROSEDUR

Prosedur Sebelum Pengukuran

1. Tutup batere di bagian belakang alat dibuka (sebelumnya alat dipastikan sudah mati)
2. Batere dipasang/batere lama diganti dengan yang baru (tanda + menghadap ke atas)
3. Tutup batere dipasang kembali. Apabila alat sudah mati, penggantian batere tidak akan menghapus hasil pengukuran yang sudah tersimpan

Mengeset Kode Alat

1. Tombol power ditekan, simbol strip akan berkedip-kedip diikuti dengan munculnya tulisan CODE dan angka.
2. Nomor kode diperiksa dan dipastikan nomor Code pada alat sama dengan nomor pada tabung strip. Bila sudah sama, pemeriksaan dapat dimulai. Apabila belum sama, ikuti langkah selanjutnya (nomor 3)
3. Nomor kode dimasukkan dengan menekan dan menahan tombol c, selanjutnya menekan tombol > dan nomor kode akan bertambah
4. Tombol > ditekan dan dilepaskan sampai diperoleh nomor kode yang sama dengan nomor pada tabung strip dengan tetap menekan tombol c.
Untuk mengubah kode dengan cepat: Tombol c dan > ditekan dan ditahan sampai nomor yang dikehendaki, lalu lepaskan
5. Bila nomor kode alat sudah sama dengan nomor pada tabung strip, pemeriksaan dapat dilanjutkan. Nomor kode akan tersimpan dalam alat

Prosedur Pengukuran

1. Alat dihidupkan dengan menekan tombol power. Simbol strip dan nomor kode akan berkedip-kedip (pastikan nomor kode sama dengan nomor yang terdapat pada tabung strip).
2. Masukkan strip di lubang alat (bagian ujung kanan atas). Pastikan gambar jari tangan terdapat di bagian atas. Bunyi "Bip" akan keluar disertai berkedipnya gambar tetesan darah.
3. Diambil sampel darah dengan *lancing device* kurang lebih 4 mikroliter (jangan kurang dari 2,5 mikroliter untuk mendapatkan hasil yang akurat)
4. Sampel darah ditempelkan pada strip. Darah akan terserap secara otomatis ke dalam strip. Pastikan strip terisi penuh. Alat akan segera mengukur dengan menghitung mundur dari angka 11 sampai 1

5. Tunggu 11 detik untuk memperoleh hasil pengukuran. Hasil akan tersimpan otomatis di dalam alat
6. Strip dilepaskan dengan cara menarik strip keluar dan dibuang.
7. Alat siap untuk melakukan pengukuran berikutnya. Jika tidak melakukan pengukuran lagi, alat dimatikan dengan menekan tombol power atau diamkan saja karena alat akan mati sendiri secara otomatis dalam waktu 3 menit

Catatan: Sebelum pemeriksaan sampel, lakukanlah pemeriksaan terhadap kadar glukosa cairan kontrol yang telah disediakan untuk memastikan reagen/alat baik, dan prosedur sudah dilakukan dengan benar. Kadar glukosa cairan kontrol harus berada dalam rentang $\leq \pm 2$ SD terhadap rerata kadar glukosa yang sudah ditetapkan terhadap cairan kontrol. Jika kadar glukosa cairan kontrol ≥ 3 SD pemeriksaan terhadap sampel tidak dapat dilanjutkan. Lakukanlah terlebih dahulu pengecekan terhadap kemungkinan kesalahan pada reagen/alat dan prosedur. Setelah itu ulangi lagi pemeriksaan terhadap cairan kontrol, jika nilai yang didapatkan masih $\geq \pm 3$ SD, lakukanlah kalibrasi terhadap alat.

Pemeliharaan Alat

1. Alat disimpan dalam ruangan pada suhu 0-40⁰C dengan kelembaban <85% dan dihindarkan dari sinar matahari langsung
2. Kebersihan alat dijaga dan jangan diletakkan alat pada tempat yang panas dan lembab (misalnya dalam mobil, kamar mandi)
3. Alat jangan sampai terjatuh
4. Lubang untuk memasukkan strip hindari dari masuknya air, darah, debu, atau kotoran
5. Bila perlu dibersihkan, gunakan **isopropyl alcohol** atau deterjen ringan

**LEMBAR PENILAIAN PENILAIAN SKILL LAB BLOK 2.5
PEMERIKSAAN KADAR GULA DARAH**

Nama Mahasiswa :
 BP :
 Kelompok :

No	Aspek yang dinilai	Nilai			
		0	1	2	3
1.	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri				
2.	Menerangkan tujuan dan prosedur serta <i>inform consent</i>				
3.	Melakukan persiapan alat dengan benar				
4.	Menghidupkan alat dan memastikan nomor kode sama dengan nomor yang terdapat pada tabung strip.				
5.	Memasukkan strip ke lubang alat				
6.	Mengambil sampel darah menggunakan <i>lancing device</i> dengan volume yang cukup				
5.	Menempelkan sampel darah pada strip dan memastikan strip terisi penuh.				
6.	Membaca hasil				
7.	Melepaskan strip dan membuangnya				
8.	Mengucapkan terima kasih kepada pasien				
9.	Mematikan alat				
10.	Mampu menginterpretasikan hasil pemeriksaan				

Keterangan untuk nomor 1, 8, dan 9:

0= Tidak dilakukan

1 = Dilakukan

Keterangan untuk nomor selain di atas:

0 = Tidak dilakukan

1 = Dilakukan dengan banyak perbaikan

2 = Dilakukan dengan sedikit perbaikan

3 = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian : $\frac{\text{Jumlah Skor}}{24} \times 100\% = \dots\dots\dots$

24

Padang, 2013
Instruktur

(_____)
NIP.

PENUNTUN SKILLS LAB

SERI PEMERIKSAAN FISIK

OBSTETRIK 2:

PEMERIKSAAN PANGGUL DAN KEMAJUAN PERSALINAN

EDISI 4
Revisi 2013

TIM PELAKSANA SKILLS LAB
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG

OBSTETRIK 2: PEMERIKSAAN PANGGUL DAN KEMAJUAN PERSALINAN

1. PENGANTAR

Pemeriksaan dalam saat persalinan adalah suatu prosedur klinik yang dilakukan secara manual dengan dua jari untuk menentukan atau mengetahui kondisi jalan lahir dan bagian terbawah janin, berkaitan dengan upaya pengenalan atau penentuan ada tidaknya kelainan pada bagian tersebut. Ketrampilan ini sangat diperlukan oleh seorang dokter dalam mengetahui kemajuan persalinan seorang pasien.

Pemeriksaan dalam berkaitan dengan ketrampilan yang sudah didapatkan oleh mahasiswa sebelumnya yakni *Handwashing* (Blok 1.1.), Komunikasi (Blok 1.1 – Blok 1.4), Pemeriksaan Fisik Umum (Blok 1.1), Pemeriksaan Tanda Vital (Blok 1.2), Ginekologi 1 (Blok 1.5), Obstetrik 1 (Blok 2.3) dan Ginekologi 2 (Blok 2.4). Ketrampilan ini berkaitan juga dengan ketrampilan pada blok yang sama: Obstetrik 2 (Kemajuan Persalinan) dan Membantu Persalinan. Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan ketrampilan ini adalah 150 menit (3 x 50 menit). Dilakukan di ruangan skills lab FK-Unand.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN:

2.1 Tujuan umum:

Setelah melakukan pelatihan ketrampilan klinik Pemeriksaan dalam saat persalinan, mahasiswa mampu melaksanakan anamnesa, pemeriksaan umum, pemeriksaan khusus obstetri .

1.2 Tujuan khusus:

- 2.2.1. Mahasiswa mampu menjelaskan indikasi pemeriksaan dalam saat persalinan.
- 2.2.2. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan vagina, portio, panggul dan bagian terbawah janin serta presentasi janin.
- 2.2.3. Mahasiswa mampu membuat kesimpulan hasil pemeriksaan /diagnosis.
- 2.2.4. Mahasiswa mampu membuat prognosis dan rencana penatalaksanaan

3. STRATEGI PEMBELAJARAN:

- Demonstrasi
- Supervisi
- Bekerja dan belajar mandiri

4. PRASYARAT:

4.1. Pengetahuan yang perlu dimiliki sebelum berlatih:

- * Anatomi panggul
- * Mekanisme persalinan

4.2. Praktikum yang harus diikuti sebelum berlatih

- * Anatomi genitalia wanita

4.3. Skills yang terkait

- * *Handwashing* (Blok 1.1.)
- * Komunikasi (Blok 1.1 – Blok 1.4)
- * Pemeriksaan Fisik Umum (Blok 1.1)
- * Pemeriksaan Tanda Vital (Blok 1.2)
- * Ginekologi 1 (Blok 1.5)
- * Obstetrik 1 (Blok 2.3)
- * Ginekologi 2 (Blok 2.4)

6. PROSEDUR KERJA

6.1. Tahap persiapan:

1. Menyiapkan alat-alat yang akan digunakan

- Handskun steril
- Kapas Sublimat
- Kain penutup

2. Melakukan informed consent kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan dan gunanya

6.2. Tahap pelaksanaan

1. Menyapa ibu dengan sopan dan ramah . Perkenalkan diri.
2. Menjelaskan prosedur pemeriksaan dan hal yang akan di alami ibu
3. Jelaskan prosedur pemeriksaan dan minta persetujuan Ibu (*Informed Consent*)
4. Memeriksa apakah alat, bahan, dan lampu senter telah tersedia dan siap digunakan
Memeriksa apakah ibu telah buang air kecil dan membersihkan daerah genitalnya bila diperlukan
5. Meminta ibu untuk melepaskan celana dalam serta memakai sarung atau selimut yang tersedia. Membantu Ibu naik ke meja periksa
6. Meminta ibu untuk berbaring ke meja periksa dengan kedua lengan di samping
7. meminta ibu untuk menaruh kedua tumit pada dudukan . jika tidak ada dudukan, membantu ibu menaruh kedua kakinya di tepi luar ujung meja.
8. mencuci tangan dan mengeringkannya
9. menyalakan lampu/senter dan mengarahkan ke daerah genital.

10. memakai sepasang sarung tangan periksa yang baru atau telah di-DDT.
11. Menyentuh paha sebelah dalam sebelum menyentuh daerah genital ibu.
12. Memperhatikan labia, klitoris dan perineum serta anus apakah terdapat parut, lesi, inflamasi atau retakan kulit.
13. Dengan memisahkan labia majora dengan dua jari, memeriksa labia minora, klitoris, mulut uretra dan mulut vagina.
14. Masukkan jari tengah dan telunjuk tangan kanan ke dalam lumen vagina melalui introitus yang terbuka Tangan kiri menahan fundus uteri
15. Arahkan jari dalam ke mulut rahim (bibir portio) tentukan diameter dilatasi servik, arah, konsistensi servik, apakah selaput ketuban masih utuh, tentukan bagian terbawah janin yang menjadi penunjuk (dedominator), tentukan sudah sejauh mana bagian terbawah tsb turun ke rongga panggul menurut bid Hodge atau stationnya
16. Arahkan bagian ventral atau palmar jari-jari tangan dalam ke arah simfisis os pubis, tentukan besar sudut yang dibentuk antara os pubis kiri dan kanan
17. Dengan ujung ventral jari dalam, telusuri linea innominata kiri sejauh mungkin, dan kemudian lakukan pada sisi kanan.
18. Letakkan jari dalam pada sekitar pertengahan linea innominata kiri kemudian geser ke bawah (sejajar sumbu badan ibu) menelusuri dinding samping panggul untuk menilai arah dan sudutnya
19. Menjelang akhir DSP akan teraba tonjolan tulang, kearah dalam jalan lahir berbentuk segi tiga yang disebut spina ischia dika, nilai derajat penonjolan spina ke jalan lahir
20. Lakukan hal yang sama pada sisi lainnya
21. Raba tuberositas iskiadikum dengan meneruskan rabaan DSP hingga bagian paling ujung. Lakukan untuk dinding kiri dan kanan , kemudian nilai distansia intertuberosum. Geser tangan dalam ke arah belakang sehingga teraba bagian tulang yang rata dan mempunyai lekukan kebelakang, bagian ini disebut dengan sakrum. Nilai konkafitas tulang tersebut dengan menelusurinya ke arah atas dan bawah (tepat dibagian tengah).
22. Teruskan perabaan bagian tengah sakrum hingga mencapai ruas dan bagian ujung tulang koksigis. Nilai inklinasi tulang tersebut, kedepan (mengarah ke jalan lahir) atau ke belakang.

23. Pindahkan jari tangan dalam ke linea inominata kanan kemudian telusuri sejauh mungkin ke belakang hingga posisi jari mengarah ke tengah (sumbu badan Ibu). Bila di tengah teraba tonjolan tulang kebagian dalam jalan lahir (promontorium) maka pindahkan (jari) tangan kanan ke tangan kiri untuk menentukan batas atau jarak dari titik tersebut ke ujung jari kanan.
24. Keluarkan telunjuk dan jari tengah tangan kanan sementara jari telunjuk tangan kiri yang menentukan batas tadi, tetap pada posisinya.
25. Ambil alat ukur atau penggaris dengan tangan kiri, dekatkan dengan jari tengah tangan kanan dan batas yang telah dibuat tadi untuk menentukan konjugata vera yang kemudian dikonversikan menjadi konjugata diagonalis.
26. Beritahukan pada ibu bahwa pemeriksaan sudah selesai dan persilahkan ibu untuk mengambil tempat yang sudah disediakan.

DAFTAR TILIK LATIHAN SKILLS LAB

PEMERIKSAAN PANGGUL DAN KEMAJUAN PERSALINAN

No.	Langkah / Tugas	Skor			
		0	1	2	3
1.	Menyapa ibu dengan sopan dan ramah . Perkenalkan diri.				
2.	Menjelaskan prosedur pemeriksaan dan hal yang akan di alami ibu				
3.	Jelaskan prosedur pemeriksaan dan minta persetujuan Ibu (Informed Consent)				
4.	Memeriksa apakah alat, bahan, dan lampu senter telah tersedia dan siap digunakan				
5.	Memeriksa apakah ibu telah buang air kecil dan membersihkan daerah genitalnya bila diperlukan				
6.	Meminta ibu untuk melepaskan celana dalam serta memakai sarung atau selimut yang tersedia. Membantu Ibu naik ke meja periksa				
7.	Meminta ibu untuk berbaring ke meja periksa dengan kedua lengan di samping				
8.	meminta ibu untuk menaruh kedua tumit pada dudukan . jika tidak ada dudukan, membantu ibu menaruh kedua kakinya di tepi luar				
9.	mencuci tangan dan mengeringkannya				
10.	menyalakan lampu/senter dan mengarahkan ke daerah genital.				
11.	memakai sepasang sarung tangan periksa yang baru atau telah di-DTT.				
12.	Menyentuh paha sebelah dalam sebelum menyentuh daerah genital ibu.				
13.	Memperhatikan labia, klitoris dan perineum serta anus apakah terdapat parut, lesi, inflamasi atau retakan kulit.				
14.	Dengan memisahkan labia majora dengan dua jari, memeriksa labia minora, klitoris, mulut uretra dan mulut vagina.				
15.	Masukkan jari tengah dan telunjuk tangan kanan ke dalam lumen vagina melalui introitus yang terbuka				
16.	Tangan kiri menahan fundus uteri				
17.	Arahkan jari dalam ke mulut rahim (bibir portio) tentukan diameter dilatasi servik, arah, konsistensi servik, apakah selaput ketuban masih utuh, tentukan bagian terbawah janin yang menjadi penunjuk (dedominator), tentukan sudah sejauh mana bagian terbawah tsb turnun ke rongga panggul menurut bid Hodge atau stationnya.				
18.	Arahkan bagiann ventral atau palmar jari-jari tangan dalam kearah simfisis os pubis, tentukan besar sudt yang dibentuk antara os pubis kiri dan kanan				
19.	Dengan ujung ventral jari dalam, telusuri linea innominata kiri sejauh mungkin, dan kemudian lakukan pada sisi kanan.				

20.	Letakkan jari dalam pada sekitar pertengahan linea innominata kiri kemudian geser ke bawah (sejajar sumbu badan ibu) menelusuri dinding samping panggul untuk menilai arah dan sudutnya				
21.	Menjelang akhir DSP akan teraba tonjolan tulang, kearah dalam jalan lahir berbentuk segi tiga yang disebut spina ischia dika, nilai derajat penonjolan spina ke jalan lahir				
22.	Lakukan hal yang sama pada sisi lainnya				
23.	Raba tuberositas iskiadikum dengan meneruskan rabaan DSP hingga bagian paling ujung. Lakukan untuk dinding kiri dan kanan , kemudian nilai <u>distansia intertuberosum</u> .				
24.	Geser tangan dalam ke arah belakang sehingga teraba bagaian tulang yang rata dan mempunyai lekukan kebelakang, bagian ini disebut dengan sakrum. Nilai konkafitas tulang tersebut dengan menelusurinya ke arah atas dan bawah (tepat dibagian tengah).				
25.	Teruskan perabaan bagian tengah sakrum hingga mencapai ruas dan bagian ujung tulang koksigis. Nilai inklinasi tulang tersebut, kedepan (mengarah ke jalan lahir) atau k belakang.				
26.	Pindahkan jari tangan dalam ke linea inominata kanan kemudian telusuri sejauh mungkin ke belakang hingga posisi jari mengarah ke tengah (sumbu badan Ibu). Bila di tengah teraba tonjolan tulang kebagian dalam jalan lahir (promontorium) maka pindahkan (jari) tangan kanan ke tangan kiri untuk menentukan batas atau jarak dari titik tersebut ke ujung jari kanan.				
27.	Keluarkan telunjuk dan jari tengah tangan kanan sementara jari telunjuk tangan kiri yang menentukan batas tadi, tetap pada				
28.	Ambil alat ukur atau penggaris dengan tangan kiri, dekatkan dengan jari tengah tangan kanan dan batas yang telah dibuat tadi untuk menentukan konjugata vera yang kemudian dikonversikan menjadi konjugata diagonalis.				
29.	Beritahukan pada ibu bahwa pemeriksaan sudah selesai dan persilahkan ibu untuk mengambil tempat yang sudah disediakan.				
30.	Menjelaskan hasil pemeriksaan mengenai keadaan persalinan				

Keterangan skor:

0 = Tidak dilakukan, langkah tugas atau keterampilan tidak di lakukan oleh peserta pada saat dievaluasi oleh pelatih

1 = Tidak memuaskan: langkah atau tugas tidak di lakukan sesuai prosedur atau panduan Standard, perlu banyak perbaikan

2 = Kurang memuaskan : Dilakukan dengan sedikit perbaikan

3 = Memuaskan : langkah atau tugas yang di lakukan sesuai dengan prosedur atau panduan standar

PENUNTUN SKILLS LAB

Seri keterampilan prosedural:

- 1. ASUHAN PERSALINAN NORMAL**
- 2. EPISIOTOMI DAN REPAIR EPISIOTOMI**

Edisi 4
REVISI 2013

**TIM PELAKSANA SKILLS LAB
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG**

ASUHAN PERSALINAN NORMAL

I. PENGANTAR

Keterampilan menolong persalinan normal merupakan keterampilan wajib yang harus dimiliki dokter umum dan dipelajari sejak mahasiswa berada di jenjang akademik/preklinik. Keterampilan ini meliputi ; membantu persalinan normal , melakukan episiotomi serta penjahitannya dan penanganan bayi baru lahir .Keterampilan ini termasuk level kompetensi IV pada KKI.

Dalam proses persalinan, penolong persalinan harus memiliki pengetahuan dan keterampilan, sehingga menghasilkan out come yang baik untuk ibu dan bayi baru lahir. Asuhan persalinan berdasarkan asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pascapersalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir

Ketrampilan ini sangat berkaitan dengan ketrampilan yang telah diberikan pada blok sebelumnya seperti *Handwashing* (Blok 1.1.), Komunikasi (Blok 1.1 – Blok 1.4), Pemeriksaan Fisik Umum (Blok 1.1), Pemeriksaan Tanda Vital (Blok 1.2), Abdomen 1 (Blok 1.4), Pemeriksaan Payudara (Blok 2.2), Obstetrik 2 (*Vaginal toucher* dan Kemajuan Persalinan) dan Membantu Persalinan (Blok 2.5). Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan ketrampilan ini adalah 120 menit (2 x 60 menit). Dilakukan di ruangan skills lab FK-Unand.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN:

2.1 Tujuan Instruksional Umum

Setelah skill lab pertolongan Persalinan Normal, Episiotomi dan penjahitan episiotomi diharapkan mahasiswa mampu melakukan pertolongan persalinan normal , melakukan episiotomi serta penjahitnya.

2.2 Tujuan Instruksional Khusus :

- 2.2.1 Mahasiswa mampu menjelaskan proses persalinan normal, episiotomi dan penjahitannya serta perawatan bayi baru lahir.
- 2.2.2 Mahasiswa mampu melakukan pertolongan persalinan normal dengan benar.
- 2.2.3 Mahasiswa mampu melakukan episiotomi sesuai indikasi.
- 2.2.4 Mahasiswa mampu menjahit luka episiotomi dengan benar.

III. STRATEGI PEMBELAJARAN:

3.1. Demonstrasi dari video yang disediakan dan dari instruktur

3.2 Supervisi

3.3 Mandiri

3.4 Diskusi

IV. PRASYARAT:

4.1 Pengetahuan yang perlu dimiliki sebelum berlatih:

4.1.1 Anatomi Genitalia Wanita

4.1.2 Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterin

4.1.3 Perubahan fisiologi pada ibu hamil

4.1.4 Episiotomi dan repair episiotomi

4.1.5 Mekanisme persalinan normal

4.1.6 Pertolongan pada bayi baru lahir

4.2 Keterampilan yang terkait:

4.3.1 Komunikasi (Blok 1.1 – Blok 1.4)

4.3.2 Pemeriksaan Fisik Umum (Blok 1.1)

4.3.3 Pemeriksaan Tanda Vital (Blok 1.2)

4.3.4 Abdomen 1 (Blok 1.4)

4.3.5 Pemeriksaan Payudara (Blok 2.2)

4.3.6 Auto dan allo anamnesis pada kasus obstetrik (Blok 2.3)

IV. TEORI ASUHAN PERSALINAN NORMAL

4.1. KALA DUA PERSALINAN

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran.

Beberapa tanda dan gejala kala dua persalinan :

- ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan atau vagina
- perineum terlihat menonjol
- vulva dan anus terbuka
- peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Persiapan penolong persalinan :

1. memakai sarung tangan
2. memakai perlengkapan pelindung pribadi (penutup kepala, masker, kaca mata)
3. persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan.(partus set, hecing set dan resusitasi bayi baru lahir)
4. persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi
5. persiapan ibu dan keluarga
6. membersihkan perineum ibu
7. pengosongan kandung kemih
8. amniotomi
9. memulai meneran (anjurkan ibu untuk mulai meneran pada saat puncak setiap kontraksi)

Diagnosis kala dua persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan telah lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi pada introitus vagina.

Penatalaksanaan fisiologis kala dua persalinan didasarkan pada prinsip bahwa kala dua merupakan peristiwa normal yang akan diakhiri dengan kelahiran normal tanpa adanya intervensi. Anjurkan ibu untuk beristirahat antara dua kontraksi.

- Jika pembukaan sudah lengkap tapi ibu tidak ada dorongan untuk meneran, bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman . Stimulasi puting susu juga dapat memacu kontraksi uterus secara alamiah.
- Jika ibu tidak merasa ingin meneran setelah pembukaan lengkap selama 60menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak setiap kontraksi.

- Jika bayi tidak lahir setelah 60menit, dan kepala juga tidak turun, kemungkinan adalah disproporsi kepala panggul (CPD).

Penilaian yang dilakukan selama kala dua persalinan:

1. nadi ibu setiap 30 menit
2. frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit
3. DJJ setiap selesai meneran
4. penurunan kepala bayi melalui pemeriksaan abdomen(Leopold)
5. warna dan cairan ketuban
6. apakah ada presentasi majemuk
7. putaran paksi luar segera setelah kepala lahir
8. adanya kehamilan kembar yang tidak diketahui sebelumnya (setelah bayi pertama lahir)
9. semua pemeriksaan dan intervensi yang dilakukan pada catatan persalinan

Posisi ibu saat melahirkan

Perbolehkan ibu untuk mencari posisi apapun yang nyaman baginya, posisi telentang (*supine position*), oleh karena berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) akan menekan vena kava inferior. Hal ini dapat mengakibatkan berkurangnya aliran darah dari ibu ke plasenta, sehingga dapat menyebabkan hipoksia/defisiensi oksigen pada janin.

Melahirkan kepala janin :

- Saat kepala sudah mulai membuka vulva sekitar 5-6 cm, letakkan kain atau handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi segera setelah bayi lahir. Lindungi perineum dari robekan total dengan cara menahan perineum dengan jari-jari tangan kanan pada saat meneran dan lindungi robekan uretra dan klitoris dengan mengendalikan keluarnya kepala bayi dengan cara menahan kepala tetap pada posisi fleksi dengan telapak tangan kiri dengan hati-hati agar dapat mengurangi robekan pada vagina dan perineum.Saat kepala lahir, usap muka bayi dengan kasa DTT untuk membersihkan hidung dari lendir dan darah. Isap lendir pada mulut dan hidung dilakukan pada cairan ketuban yang mengandung mekonium.
- Periksa adanya lilitan tali pusat pada leher, jika terdapat lilitan segera longgarkan, atau dapat di klem pada 2 tempat dan di gunting (jika perlu).
- Lahirkan bahu anterior dengan tarikan lembut ke arah bawah dan luar dengan pegangan 2 tangan penolong pada biparietal bayi.
- Lahirkan bahu posterior; dengan pegangan yang sama dengan tarikan lembut kearah atas dan luar.

- Lahirkan bagian tubuh bayi yang lain, gunakan jari-jari tangan untuk mengendalikan dan menahan tubuh bayi saat lahir.
- Keringkan dan rangsang taktil bayi
- Memotong tali pusat : tali pusat di klem pada dua tempat, klem pertama ditempatkan pada jarak 5 cm dari pusat bayi. Klem kedua 1 cm dari klem pertama, tali pusat di potong diantara dua klem, kemudian di jepit/diikat dan di rawat .

4.2 ASUHAN BAYI BARU LAHIR

Penatalaksanaan awal bayi baru lahir meliputi :

1. Persalinan bersih dan aman, dengan menerapkan upaya pencegahan infeksi
2. Memulai/inisiasi pernafasan spontan (0-30 detik), evaluasi :
 - ✓ Ketuban jernih atau mengandung mekonium
 - ✓ Bayi bernafas spontan atau tidak
 - ✓ Kulit bayi kemerahan?
 - ✓ Apakah tonus bayi cukup?
 - ✓ Apakah kehamilan cukup bulan?

Bila salah satu pertanyaan diatas jawabannya 'Tidak' maka segera dilakukan resusitasi bayi baru lahir. Rangsang taktil dapat menstimulasi pernafasan spontan bayi.

3. Stabilisasi temperatur tubuh bayi/ menjaga agar bayi tetap hangat

Kehilangan panas tubuh bayi dapat dihindarkan dengan cara :

- ✓ Keringkan bayi dengan seksama
- ✓ Selimuti bayi dengan handuk hangat
- ✓ Tutup kepala bayi
- ✓ Anjurkan ibu memeluk dan memberi ASI
- ✓ Jangan segera menimbang dan memandikan bayi baru lahir
- ✓ Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat

4. ASI dini dan eksklusif
5. pencegahan infeksi (tetes obat mata atau salep antibiotik harus diberikan dalam waktu satu jam pertama setelah persalinan)
6. pemberian imunisasi

4.3. KALA TIGA DAN EMPAT PERSALINAN

Kala tiga dan empat disebut juga kala uri atau kala pengeluaran plasenta.

Tanda lepasnya plasenta :

1. perubahan ukuran dan bentuk uterus
2. tali pusat memanjang
3. semburan darah tiba-tiba.

Manajemen aktif kala tiga :

1. Pemberian suntikan oksitosin 10 IU, intra muskuler , segra setelah bayi lahir.
2. Melakukan peregangan tali pusat terkendali
3. Rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri (*masase*)

Manajemen aktif kala tiga dilakukan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat memperpendek waktu kala tiga persalinan dan mengurangi kehilangan darah dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

Kala empat ialah masa 2 jam setelah plasenta lahir. Dalam kala empat ini penderita masih membutuhkan pengawasan yang intensif karena atonia uteri masih mengancam. Yang perlu diperhatikan dalam kala empat :

1. Mengawasi perdarahan postpartum
2. Menjahit robekan perineum
3. Memeriksa bayi.

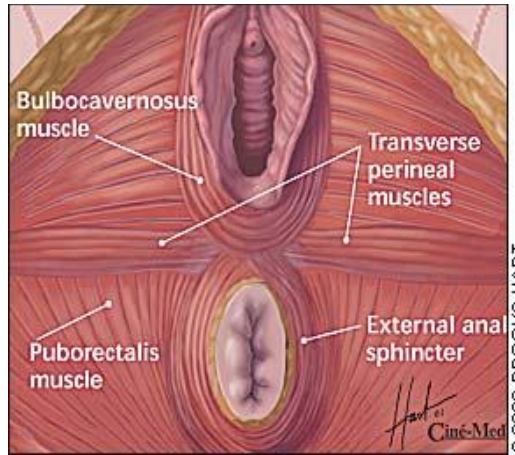
EPISIOTOMI DAN REPAIR EPISIOTOMI

PENDAHULUAN

Pada kala IV persalinan , apabila kontraksi uterus baik selanjutnya di nilai perlukaan jalan lahir apakah spontan (laserasi) atau berupa luka episiotomi. Perbaikan laserasi yang efektif memerlukan pengetahuan tentang anatomi perineum dan teknik pembedahan untuk itu. Laserasi perineum dikelompokkan menurut kedalamannya. Bila laserasi mengenai sfingter ani, maka perhatian khusus harus diberikan pada anatomi dan teknik bedah karena insidensi luaran fungsional yang buruk sangat tinggi setelah repair.

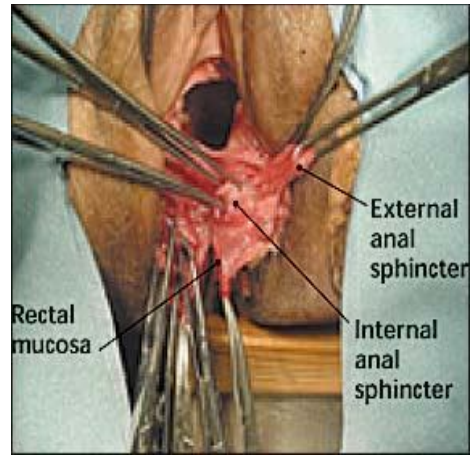
1. ANATOMI PERINEUM

Perineum terletak antara vagina dan rektum, dibentuk terutama oleh otot bulbokavernosus dan muskulus perineum transversal (gambar 1). Selain itu juga ada muskulus puborektalis dan muskulus sfingter ani eksternus sebagai tambahan. Kompleks sfingter ani terletak inferior dari perineum (gambar 2). Sfingter ani eksternus terdiri dari otot lurik. Sfingter ani eksternus yang tumpah tindih dan terletak diatas sfingter ani eksternus, terdiri dari otot polos dan bersambungan dengan otot polos dari kolon. Kompleks sfingter ani bisa selebar 3-4 cm.



Gambar 1. Muskulus pada perineum.

Copyright© Ciné-Med, Inc.



Gambar 2.Sfingter ani (diseksi kadaver)

Sfingter ani internus memberikan kontribusi terhadap sebagian besar tonus anus dalam keadaan istirahat yang penting untuk menjaga kontinensia. Hal yang menarik repair sfingter ani internal tidak dijelaskan dalam buku-buku teks obstetrik standar. Dalam repair perineum, jahitan pada kulit telah dibuktikan meningkatkan insiden nyeri perineum pada 3 bulan setelah persalinan

EPISIOTOMI

Episiotomi adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput dara, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum.

Episiotomi dilakukan untuk memperluas jalan lahir sehingga bayi lebih mudah untuk dilahirkan. Selain itu episiotomi juga dilakukan pada primigravida atau pada wanita dengan perineum yang kaku dan atas indikasi lain.

Tujuan Episiotomi

Saat ini terdapat banyak kontroversi terhadap tindakan tersebut. Sejumlah penelitian observasi dan uji coba secara acak menunjukkan bahwa episiotomi rutin menyebabkan peningkatan insiden robekan sfingter ani dan rektum.

Selain itu penelitian-penelitian lain juga menunjukkan adanya peningkatan inkontinensia platus , inkontinensia alvi, bahkan inkontinensia awal jangka panjang. Eason dan Feldman menyimpulkan bahwa episiotomi tidak boleh dilakukan secara rutin. Prosedur harus diaplikasikan secara selektif untuk indikasi yang tepat, beberapa diantaranya termasuk indikasi janin seperti distosia bahu dan bahir sungsang; ekstraksi forseps atau vakum, dan

pada keadaan apabila episiotomi tidak dilakukan kemungkinan besar terjadi ruptur preinium. Bila episiotomi akan dilakukan, terdapat variabel penting yang meliputi waktu insisi dilakukan, jenis insisi, dan teknik perbaikan.

Waktu Episiotomi

Lazimnya episiotomi dilakukan saat kepala terlihat selama kontraksi sampai diameter 3-4 cm dan bila perineum telah menipis serta kepala janin tidak masuk kembali ke dalam vagina.

Indikasi

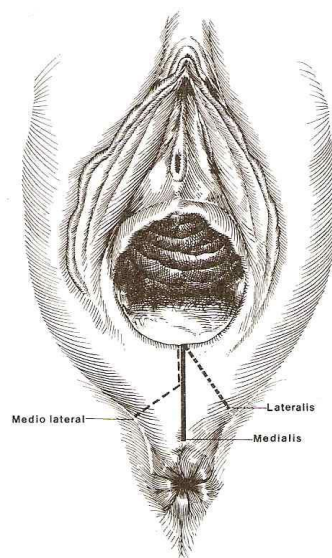
1. Indikasi janin

- a. Sewaktu melahirkan janin prematur, tujuannya untuk mencegah terjadinya trauma yang berlebihan pada kepala janin.
- b. Sewaktu melahirkan janin letak sungsang, melahirkan janin dengan cunam, ekstraksi vakum, dan janin besar.

2. Indikasi ibu

Apabila terjadi peregangan perineum yang berlebihan sehingga ditakuti akan terjadi robekan perineum, umpama pada primipara, persalinan sungsang, persalinan dengan cunam, ekstraksi vakum, dan anak besar.

Teknik Episiotomi



Gambar 1. Teknik Episiotomi

1. *Episiotomi mediana*

Pada teknik ini insisi 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%; atau larutan lidonest 1%-2%; atau larutan Xylocaine 1%-2%. Setelah pemberian anestesi, dilakukan insisi dengan mempergunakan gunting yang tajam dimulai dari bagian terbawah introitus hingga kepala dapat dilahirkan.

2. *Episiotomi mediolateral*

Pada teknik ini insisi dimulai dari bagian belakang introitus vagina menuju ke arah belakang dan samping. Arah insisi ini dapat dilakukan ke arah kanan ataupun kiri, tergantung pada kebiasaan orang yang melakukannya. Panjang insisi kira-kira 4 cm. Insisi ini dapat dipilih untuk melindungi sfingter ani dan rektum dari laserasi derajat tiga atau empat, terutama apabila perineum pendek, arkus subpubik sempit atau diantisipasi suatu kelahiran yang sulit.

3. *Episiotomi lateralis*

Pada teknik ini insisi dilakukan ke arah lateral mulai dari kira-kira pada jam 3 atau 9 menurut arah jarum jam. Teknik ini sekarang tidak dilakukan lagi oleh karena banyak menimbulkan komplikasi. Luka insisi ini dapat melebar ke arah dimana terdapat pembuluh darah pundental interna, sehingga dapat menimbulkan perdarahan yang banyak. Selain itu parut yang terjadi dapat menimbulkan rasa nyeri yang mengganggu penderita.

Tabel 1. Keuntungan dan kerugian episiotomi mediana dan mediolateral

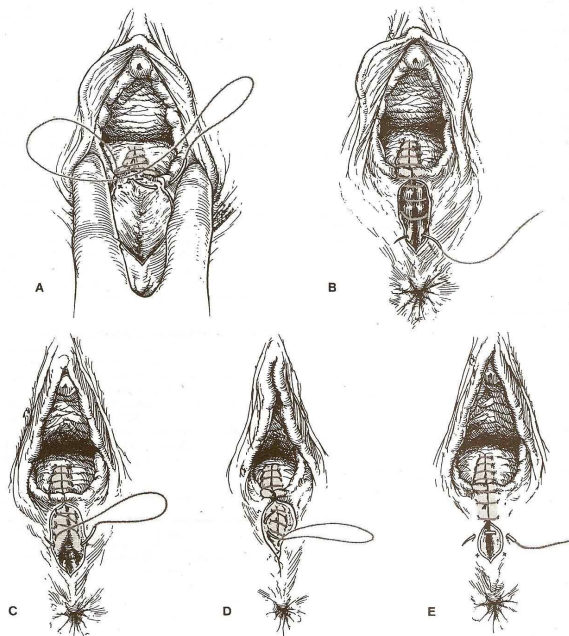
Karakteristik	Tipe episiotomi	
	Mediana	Mediolateral
Perbaikan secara bedah	Mudah	Lebih Sulit
Penyembuhan yang tidak sempurna	Jarang	lebih sering
Nyeri pasca operasi	Minimal	Lazim
Hasil anatomi	Sangat baik	Kadang tidak sempurna
Kehilangan darah	Kurang	Banyak
Dispareuni	Jarang	Kadang-kadang
Pelebaran	Lazim	Tidak lazim

Perbaikan episiotomi

Perbaikan episiotomi paling sering dilaksanakan setelah plasenta dilahirkan, hal ini dilakukan untuk memberikan perhatian penuh pada tanda-tanda pelepasan dan pelahiran plasenta. Pelahiran plasenta sesegera mungkin dipercaya menurunkan perdarahan dari tempat implantasi karena mencegah timbulnya perdarahan retroplasenta yang luas. Selain itu perbaikan episiotomi tidak terputus atau menjadi rusak oleh tindakan melahirkan plasenta khususnya kalau harus dilakukan pelepasan manual.

1. Perbaikan episiotomi mediana

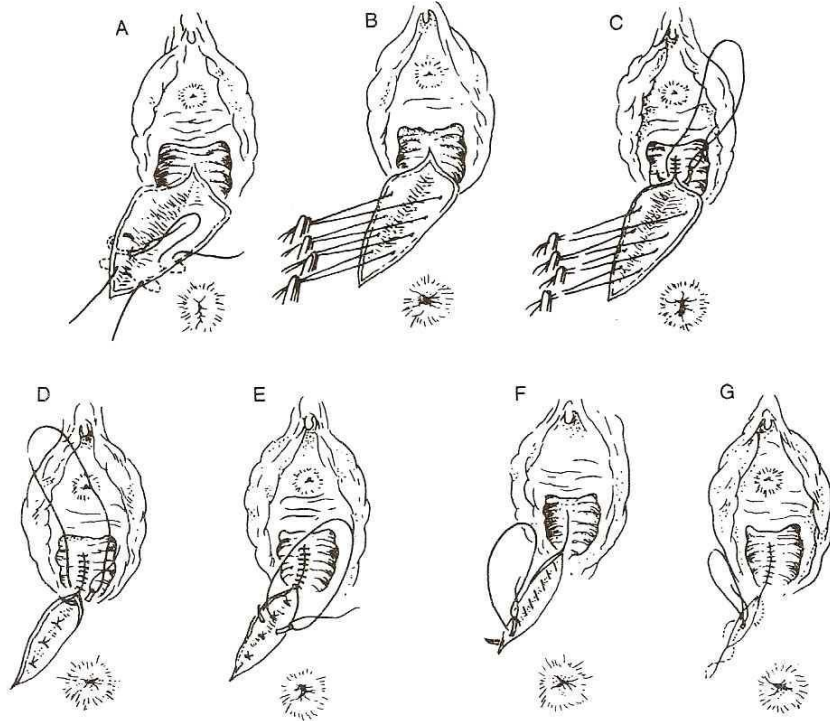
- Jahitan kontinu dengan benang kromik 2-0 atau 3-0 digunakan untuk menutup mukosa dan submukosa di mulai 1 cm dari puncak luka.
- Setelah menutup insisi vagina dan melakukan aproksimasi kembali tepi cincin himen yang terpotong, jahitan diikat dan dipotong. Berikutnya otot dan fascia perineum yang terpotong dijahit secara terputus dengan kromik 2-0 atau 3-0.
- Arahkan jahitan kontinu ke arah bawah untuk menyatukan fascia superfisial.
- Penyelesaian perbaikan, jahitan kontinu mengarah ke atas sebagai jahitan subkutikular. (suatu metode alternatif penutupan kulit dan fascia subkutan)
- Penyelesaian perbaikan episiotomi mediana. Beberapa jahitan terputus kromik 3-0 dijahitkan pada kulit dan fascia subkutan serta diikat longgar. Penutupan ini menghindari tertutupnya dua lapisan jahitan pada lapisan perineum yang lebih superfisial.



Gambar 2. Perbaikan episiotomi mediana

2. Perbaikan Episiotomi Mediolateralis

Teknik menjahit luka pada episiotomi mediolateralis hampir sama dengan teknik menjahit episiotomi mediana, jahitan pertama di mulai 1 cm diatas puncak luka. Penjahitan dilakukan sedemikian rupa sehingga setelah penjahitan selesai hasilnya harus simetris.



Gambar 3. Perbaikan episiotomi mediolateral

**DAFTAR TILIK LATIHAN SKILLS LAB
ASUHAN PERSALINAN NORMAL, EPISIOTOMI DAN REPAIR PERINEUM**

KEGIATAN	SKOR			
	0	1	2	3
PENATALAKSANAAN KALA II DAN EPISIOTOMI				
1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala Dua 1. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran 2. Perineum tampak menonjol 3. Vulva dan anus membuka				
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi → tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm di atas tubuh bayi • Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi • Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set				
3. Pakai celemek plastik				
4. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam				
5. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)				
6. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT • Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang • Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia • Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah # 9)				
7. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. • Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi				
8. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan				

9. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160x/ menit) <ul style="list-style-type: none"> • Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal • Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf 				
10. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm				
11. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu				
12. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan				
13. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan				
14. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 3-4 cm membuka vulva, dan perineum sudah menipis saat kepala turun oleh karena HIS, dimasukan 2 jari tangan kiri diantara perineum dan kepala, dilakukan anestesi lokal infiltrasi pada daerah perineum yang akan dilakukan episiotomi, kemudian dilakukan episiotomi				
15. Saat perineum membuka 5-6 cm lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal				
16. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi <ul style="list-style-type: none"> • 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 dan potong di antara dua klem tersebut 				
17. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan				
18. 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				
19. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.				
20. 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 masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)				
21. Keringkan 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.				

22. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).				
23. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.				
24. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).				
25. 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.				
26. Pemotongan dan pengikatan tali pusat <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 				
27. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu				
28. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.				
PENATALAKSANAAN AKTIF PERSALINAN KALA TIGA , REPAIR PERINENUM				
29. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva				
30. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat				
31. 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 inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.				
32. Lakukan penegangan dan 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)				
33. 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)				

34. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus				
35. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.				
36. Lakukan penjahitan episiotomi Penjahitan dilakukan mulai dari puncak luka episiotomi dengan lurus dan diikat pada batas introitus, kemudian jahitan dilanjutkan pada perineum.				
37. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam				
38. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan ▪ Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan ▪ Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan ▪ Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri 				
39. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan ▪ Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal 				
40. Periksa kembali bayi dan pantau setiap 15 menit untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali / menit), suhu tubuh normal (36,5 – 37,5 °C). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit. ▪ Jika bayi napas terlalu cepat, segera dirujuk. ▪ Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi kulit-ke-kulit dengan ibunya dan selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut. 				

Keterangan skor:

0 = Tidak dilakukan, langkah tugas atau keterampilan tidak dilakukan oleh peserta pada saat dievaluasi oleh pelatih

1 = Tidak memuaskan: langkah atau tugas tidak dilakukan sesuai prosedur atau panduan Standard, perlu banyak perbaikan

2 = Kurang memuaskan : Dilakukan dengan sedikit perbaikan

3 = Memuaskan : langkah atau tugas yang dilakukan sesuai dengan prosedur atau panduan standar

LEMBAR PENILAIAN SKILLS LAB BLOK 2.5

KETERAMPILAN ASUHAN PERSALINAN NORMAL, EPISIOTOMI DAN REPAIR PERINEUM

Nama:

No. BP:

KEGIATAN	SKOR			
	0	1	2	3
PENATALAKSANAAN KALA II DAN EPISIOTOMI DAN REPAIR PERINEUM				
1. Menyebutkan 3 tanda kala II				
2. Menyebutkan persiapan pasien, bayi dan penolong				
3. Memastikan Diagnosis Kala II dengan VT.				
4. Memimpin persalinan, melakukan episiotomy dengan anestesi (atas indikasi)				
5. Melahirkan kepala bayi dengan benar (termasuk bila ada tali pusat di leher)				
6. Melahirkan bahu bayi dengan benar.				
7. Melahirkan bagian tubuh bayi yang lain dan pertolongan bayi baru lahir dengan benar sampai IMD.				
8. Melakukan manajemen aktif kala III.				
9. Melakukan penjahitan episiotomy dengan benar.				
10. Menyebutkan kala IV dan pengawasannya.				
Jumlah				

Keterangan skor:

0 = Tidak dilakukan, langkah tugas atau keterampilan tidak di lakukan oleh peserta pada saat dievaluasi oleh pelatih

1 = Tidak memuaskan: langkah atau tugas tidak di lakukan sesuai prosedur atau panduan Standard, perlu banyak perbaikan

2 = Kurang memuaskan : Dilakukan dengan sedikit perbaikan

3 = Memuaskan : langkah atau tugas yang di lakukan sesuai dengan prosedur atau panduan standar

Nilai Keterampilan rata-rata = total skor /30 x 100 % =

Padang, 2013

Instruktur

Kode lembar penilaian: O

(_____)
NIP.