

BASIC SKILL TRAINING 1

JILID 1



Hanifatur Rosyidah, S.SiT, MPH
Noveri Aisyaroh, S.SiT, M.Kes
Kartika Adyani, S.S.T, M.Keb



BASIC SKILL TRAINING 1 JILID 1

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

BASIC SKILL TRAINING 1 JILID 1

Hanifatur Rosyidah, S.SiT, MPH
Noveri Aisyaroh, S.SiT, M.Kes
Kartika Adyani, S.S.T, M.Keb

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

BASIC SKILL TRAINING 1 JILID 1

Hanifatur Rosyidah, S.SiT, MPH
Noveri Aisyaroh, S.SiT, M.Kes
Kartika Adyani, S.S.T, M.Keb

Editor:

Rintho R. Rerung

Tata Letak:

Dina Verawati

Desain Cover:

Syahrul Nugraha

Ukuran:

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:

vii, 272

ISBN:

978-623-362-658-3

Terbit Pada:

Agustus 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.medsan.co.id

PRAKATA

Assalamu'alaikum Wr Wb

Alhamdulillah rabbilalamin, kami panjatkan segala puji dan syukur kepada Allah SWT yang senantiasa melimpahkan kenikmatan kasih dan sayang-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan buku *Basic Skill Training 1 Jilid 1*.

Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa kebidanan serta bidang kesehatan lainnya. Penulisan buku ini didasarkan pada *evidence based* praktik klinik sehingga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan para bidan dan paramedis lainnya dalam melaksanakan ketrampilan dasar klinik.

Terselesainya penulisan buku ini juga tidak terlepas dari bantuan beberapa pihak. Perkenankan kami mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian buku ini yang senantiasa memberikan semangat dan dukungannya kepada kami untuk berkarya menjalankan tridharma perguruan tinggi serta memfasilitasi terselesainya penulisan buku ini.

Kami menyadari dalam penulisan buku ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat kami harapkan dari para pembaca yang dimuliakan Allah SWT.

Akhir kata, kami berharap agar buku ini dapat membawa manfaat kepada pembaca khususnya para bidan *khaira ummah* Unissula.

Wassalamu'alaikum Wr Wb

Semarang, Agustus 2022
Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR CHECKLISTS	vii
BASIC SKILL TRAINING 1 ANTROPOMETRI	1
Tujuan	2
Strategi Pembelajaran	2
Pendahuluan/Dasar Teori.....	3
Alat Dan Bahan.....	6
Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan	8
Tugas/Latihan	11
Hasil Pengamatan.....	13
Kesimpulan.....	16
BASIC SKILL TRAINING 2 TANDA-TANDA VITAL.....	19
Tujuan	20
Strategi Pembelajaran	20
Pendahuluan/Dasar Teori.....	21
Alat Dan Bahan.....	45
Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan	46
Tugas/Latihan	55
Hasil Pengamatan.....	57
Kesimpulan.....	61
BASIC SKILL TRAINING 3 PEMERIKSAAN FISIK	
DEWASA.....	63
Tujuan	63
Strategi Pembelajaran	64

Pendahuluan/Dasar Teori.....	64
Alat Dan Bahan.....	128
Prosedur Kerja/Tindakan	129
Tugas/Latihan	131
Hasil Pengamatan.....	134
Kesimpulan.....	140
BASIC SKILL TRAINING 4 Pemeriksaan Fisik Bayi	141
Tujuan	141
Strategi Pembelajaran	141
Pendahuluan/Dasar Teori.....	142
Alat Dan Bahan.....	156
Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan	157
Tugas/Latihan	159
Hasil Pengamatan.....	161
Kesimpulan.....	169
BASIC SKILL TRAINING 5 PENGAMBILAN SPESIMEN .	171
Tujuan	172
Strategi Pembelajaran	172
Pendahuluan/Dasar Teori.....	173
Alat Dan Bahan.....	191
Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan	194
Tugas/Latihan	206
Hasil Pengamatan.....	209
Kesimpulan.....	222
BASIC SKILL TRAINING 6 PROSEDUR PASIEN PRA OPERASI DAN PASCA OPERASI	225

Tujuan	225
Strategi Pembelajaran	225
Pendahuluan/Dasar Teori.....	226
Alat Dan Bahan.....	240
Prosedur Kerja / Prosedur Tindakan.....	240
Tugas/Latihan.....	241
Hasil Pengamatan.....	243
Kesimpulan.....	245
BASIC SKILL TRAINING 7 SAKARATUL MAUT DAN	
PERAWATAN JENAZAH	247
Tujuan	248
Strategi Pembelajaran	248
Pendahuluan/Dasar Teori.....	249
Alat Dan Bahan.....	255
Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan	258
Tugas/Latihan.....	263
Hasil Pengamatan.....	265
Kesimpulan.....	272
DAFTAR PUSTAKA	273

DAFTAR CHECKLISTS

Checklist 1. Pengukuran Antropometri	13
Checklist 2. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital	57
Checklist 3. Pemeriksaan Fisik pada Orang Dewasa.....	134
Checklist 4. Pemeriksaan Fisik pada Bayi	161
Checklist 5. Pengambilan Spesimen Urine	209
Checklist 6. Pengambilan Spesimen Urine Kateter	211
Checklist 7. Pengambilan Spesimen Feses	213
Checklist 8. Pengambilan Spesimen Darah vena	215
Checklist 9. Pengambilan Spesimen Cairan Pervaginam	216
Checklist Checklist 10 1. Pengambilan Spesimen Sputum/Dahak	219
CHECKLIST 12. MONITORING PASIEN PASKA OPERASI	243

BASIC SKILL TRAINING 1

ANTROPOMETRI

Standar Kompetensi	Kompetensi Dasar	Indikator
Memahami pengukuran antropometri .	Menjelaskan cara pengukuran antropometri.	<ol style="list-style-type: none">1. Mampu menjelaskan langkah- langkah penimbangan Berat Badan (BB) dengan benar2. Mampu menjelaskan langkah- langkah pengukuran Tinggi Badan (TB) dengan benar3. Mampu menjelaskan langkah- langkah pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) dengan benar
	Mempraktikkan pengukuran antropometri.	<ol style="list-style-type: none">1. Mampu mempraktikkan penimbangan Berat Badan (BB) dengan tepat2. Mampu mempraktikkan pengukuran Tinggi Badan (TB) dengan tepat3. Mampu mempraktikkan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) dengan tepat

Tujuan

Mampu melakukan pengukuran antropometri secara manual dan digital dengan tepat.

Strategi Pembelajaran

No	Tugas Instruktur	Tugas mahasiswa	Waktu
1	Memulai pembelajaran dengan doa belajar bersama.	Membaca doa belajar bersama.	
2	Memberikan soal pre-test	Mengerjakan pre-test	5 menit
3	Mendemonstrasikan sambil menjelaskan pengukuran antropometri dan pemeriksaan TTV	Mengamati demonstrasi	15 menit
4	Mengamati dan menilai ketrampilan mahasiswa	Melakukan praktik pengukuran antropometri	40 menit
5	Memberikan umpan balik	Memperhatikan umpan balik dan menanyakan yang belum dipahami	10 menit
6	Menilai ketrampilan mahasiswa satu persatu	Melakukan tindakan pengukuran antropometri	30 menit
7	Menutup pembelajaran dengan doa kafaratul majlis	Membaca doa kafaratul majlis bersama	
Total Waktu			100 menit

Pendahuluan/Dasar Teori

1. Konsep Dasar Antropometri

Antropometri merupakan suatu system pengukuran dan susunan tubuh dan bagian khusus tubuh. Pengukuran antropometri meliputi: Tinggi Badan (TB), Berat Badan (BB), dan Lingkar Lengan Atas (LiLA).

Pengukuran antropometri merupakan variabel yang banyak digunakan dalam menentukan status gizi dan status kesehatan. Pengukuran harus dilakukan dengan benar agar terhindar dari bias/eror yang dihasilkan. Kesalahan melakukan interpretasi maupun diagnosis dapat terjadi jika data yang digunakan tidak dilakukan dengan cara yang benar.

2. Tinggi Badan (TB)

Pengukuran TB dan BB pasien harus didapatkan ketika masuk Rumah Sakit atau lingkungan pelayanan kesehatan.

Untuk anak berusia lebih dari 2 tahun, ukur tinggi berdiri, paling baik menggunakan stadiometer yang ditempel di dinding. Minta anak berdiri dengan tumit, punggung, dan kepala menempel di dinding atau bagian belakang stadiometer. Jika menggunakan dinding dengan penggaris, pastikan meletakkan sebuah papan atau permukaan datar menempel puncak kepala anak dan bersudut tegak lurus terhadap penggaris. Timbangan berdiri dengan pengukur tinggi biasanya

tidak begitu akurat. Cara berdiri yang benar dan alat ukur yang pas dengan rangka tubuh adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengukur tinggi badan. Anak-anak yang sudah bisa berdiri tegap atau orang dewasa pada umumnya diukur menggunakan *microtoise* (stature meter) atau *shortboard*.

Tubuh pendek, yang definisikan sebagai tinggi subnormal untuk usianya, mungkin merupakan varian normal atau akibat penyakit endokrin atau penyakit lain. Varian normal mencakup *tubuh pendek familial* dan *keterlambatan* (pertumbuhan) *konstitusional*. Penyakit kronik mencakup *defisiensi hormone pertumbuhan*, *penyakit endokrin lain*, *penyakit saluran cerna*, *penyakit ginjal* atau *metabolic*, dan *sindrom genetic*.

3. Setelah usia 2 tahun, anak harus tumbuh paling sedikit 5 cm per tahun. Selama pubertas, kecepatan pertumbuhan meningkat. Berat Badan (BB)

Penimbangan Berat Badan anak yang sudah dapat berdiri harus ditimbang dengan mengenakan pakaian dalam atau gaun saja di timbangan berdiri. Gunakan timbangan yang sama pada setiap kunjungan untuk mengoptimalkan perbandingan.

4. Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) adalah suatu cara untuk mengetahui resiko Kurang Energi Kronis

(KEK) Wanita UsiaSubur (WUS). Pengukuran LiLA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Pengukuran LiLA dapat digunakan untuk tujuan penapisan status gizi Kurang Energi Kronis (KEK). Deteksi KEK denganukuran LiLA yang rendah mencerminkan kekurangan energi dan protein dalam intake makanan sehari hari yang biasanya diiringi juga dengan kekurangan zat gizi lain, diantaranya besi. LiLA merupakan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. Tujuan pengururan LiLA adalah untuk memperkirakan massa otot skelet. Pengukuran dilakukan pada lengan non dominan pasien yang direlaksasikan kemudian lingkaran lengan diukur pada titik tengah antara ujung prosesus acromial scapula dan prosesus olecranon ulna.

Tabel 1. Standar LiLA berdasarkan kelompok umur

Umur	Rata-Rata	
	Laki-Laki	Perempuan
18 - 24 tahun	30,9 cm	27,0 cm
25 - 34 tahun	32,3 cm	28,6 cm
35 - 44 tahun	32,7 cm	30,0 cm
45 - 54 tahun	32,1 cm	30,7 cm
55 - 64 tahun	31,5 cm	30,7 cm
65 - 74 tahun	30,5 cm	30,1 cm

Hal-hal yang harus diperhatikan saat mengukur LiLA adalah :

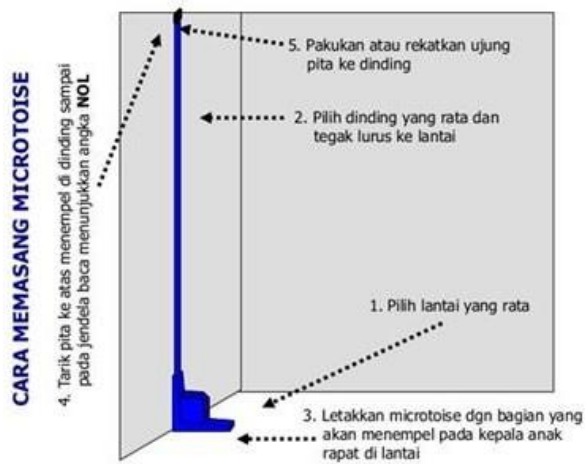
- a. Apabila orang tidak kidal, pengukuran dilakukan

pada lengan **kiri**, sedangkan pada orang kidal dilakukan pada lengan **kanan**.

- b. Lengan dalam posisi bebas (tanpa lengan baju atau pelapis).
- c. Pastikan lengan tidak tegang atau kencang.
- d. Pastikan pita LiLA tidak dalam keadaan kusut.

Alat Dan Bahan

1. Tinggi Badan (TB):
 - a. Pengukur tinggi badan yang menempel di tembok (*microtoise*). Cara menyiapkan alat pengukur tinggi badan (*microtoise*):
 - 1) Pilih bidan vertical yang datar (tembok atau yang lainnya) untuk meletakkan *microtoise*.
 - 2) Pasang *microtoise* pada bidang tersebut dengan kuat dengan cara meletakkan di dasar bidang/lantai, kemudian Tarik ujung meteran hingga 2 meter ke atas secara vertical/lurus hingga *microtoise* menunjukkan angka nol.
 - 3) Pasang penguat seperti paku pada ujung *microtoise* agar posisi alat tidak bergeser, gunakan lakban jika *microtoise* portable.

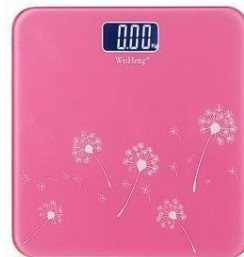


2. Berat Badan (BB)

a. Timbangan berdiri.



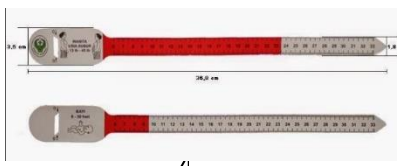
Timbangan manual



Timbangan digital

3. Lingkar Lengan Atas (LiLA)

a. Pita LiLA.



Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan

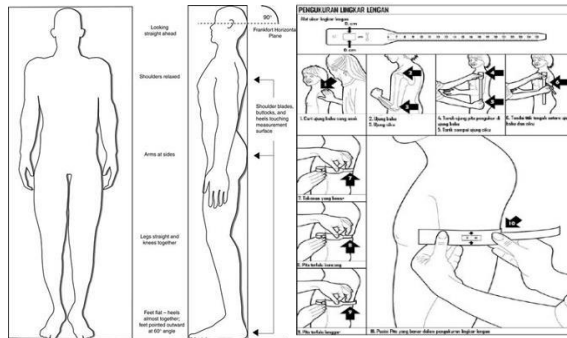
1. Persiapan petugas:
 - a. Verifikasi data pasien.
 - b. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).
 - c. Menyiapkan dan mengecek alat.
 - d. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memposisikan secara ergonomis.
 - e. Membaca basmalah.
 - f. Membaca hamdalah.
2. Persiapan pasien:
 - a. TB
 - 1) Melepas pengalas kaki (sandal/sepatu).
 - 2) Melepaskan topi atau ikatan rambut atau pita.
 - b. BB
 - 1) Meletakkan barang bawaan di atas meja (tas).
 - 2) Melepas jaket.
 - c. LiLA
 - 1) Menyingsingkan lengan baju pada lengan yang akan diukur.
3. Prosedur tindakan:
 - a. Menyapa/memberikan salam pasien,

memperkenalkan diri, dan menjaga privasi pasien.

- b. Menjelaskan maksud, tujuan, prosedur dan informed consent tindakan pengukuran antropometri.
- c. Mencuci tangan 6 langkah untuk mengurangi kontaminasi.

Tinggi Badan (TB):

- d. Mempersilahkan pasien untuk berdiri tepat dibawah microtoise dengan menghadap membelakangi tembok.
- e. Memastikan pasien berdiri tegap, pandangan lurus ke depan, kedua lengan berada di samping, posisi lutut tegak/tidak menekuk, dan telapak tangan menghadap ke paha (posisi siap).
- f. Memastikan juga posisi kepala, punggung, bokong, betis dan tumit menempel pada bidang vertical/tembok/dinding dan pasien dalam keadaan rileks.
- g. Menggunakan tangan kanan, turunkan microtoise hingga mengenai/menyentuh rambut pasien namun tidak terlalu menekan (pas dengan kepala) dan posisi microtoise tegak lurus.
- h. Membaca hasil jika posisi sudah betul dengan melihat angka di dalam kaca pengukuran.
- i. Menaikkan microtoise dari atas kepala pasien. dan melepaskan



Berat Badan (BB):

- j. Meletakkan alat timbang pada bagian yang rata/datar dan keras.
- k. Sebelum melakukan penimbangan, memastikan alat timbang menunjukkan angka 0.
- l. Meminta pasien untuk berdiri di tengah-tengah alat timbang.
- m. Memastikan posisi pasien berdiri tegak dan kepala lurus ke depan.
- n. Membaca hasil dengan cara melihat jarum berhenti pada angka berapa dengan posisi di depan timbangan/tidak menyamping. **Lingkar**

Lingkar Lengan Atas (LiLA):

- o. Menetapkan posisi bahu (acromion) dan siku (olecranon).
- p. Meletakkan pita pengukur antara bahu dan siku.
- q. Menentukan titik tengah lengan.
- r. Melingkarkan pita LiLA tepat pada titik tengah

lengan. Pita jangan terlalu ketat dan jangan terlalu longgar.

- s. Membaca skala yang tertera pada pita (dalam cm).
- t. Menyampaikan hasil tindakan dan mengucapkan terima kasih.
- u. Merapikan pasien dan alat.
- v. Mencuci tangan 6 langkah.
- w. Mendokumentasikan/mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP. (tanggal, jam, tempat, isi/hasil tindakan, tanda tangan, nama terang)

Tugas/Latihan

1. Pre-test
 - a. Mulai usia berapakah seorang anak diukur tinggi badannya dengan berdiri?
 - A. 1 tahun
 - B. 2 tahun**
 - C. 3 tahun
 - D. 4 tahun
 - b. 5 tahun Yang tidak termasuk dalam pengukuran antropometri adalah?
 - A. Tinggi badan
 - B. Berat badan

C. Tekanan darah

- D. Lingkar perut
 - E. Lingkar lengan atas
- c. Pada lengan manakah yang tepat dilakukan pengukuran LiLA?
- A. Kiri
 - B. Kanan
 - C. Semua lengan boleh

D. Lengan yang jarang beraktivitas

- E. Lengan yang banyak beraktivitas
- d. Disebut apakah alat yang digunakan untuk mengukur TB yang ditempel di tembok?

A. Microtoise

- B. Meteran
 - C. Pita LiLA
 - D. Medline
 - E. Pita ukur
- e. Manakah yang **bukan** termasuk tujuan pengukuran LiLA?
- A. Mengetahui KEK
 - B. Penapisan status gizi KEK
 - C. Memperkirakan massa otot skelet

D. Memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek

E. Gambaran keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit

2. Skenario

Seorang perempuan, usia 25 tahun, datang ke Puskesmas untuk mengetahui status gizinya. Klien tidak ada keluhan apapun, datang ke Puskesmas untuk memastikan bahwa status gizinya baik. Kemudian tenaga kesehatan Puskesmas melakukan pengukuran antropometri sebelum dilakukan pemeriksaan selanjutnya.

Tugas : Lakukan pengukuran antropometri(TB, BB, LiLA) !

Hasil Pengamatan

Checklist 1. Pengukuran Antropometri

No	Butir yang Dinilai	Penilaian Ke-		
		1	2	3
1.	Membaca basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, dan menjaga privasi			
2.	Menjelaskan maksud, tujuan, prosedur tindakan dan melakukan informed consent a. Maksud : Akan melakukan pengukuran antropometri yang terdiri dari TB, BB dan LiLA b. Tujuan : untuk mengetahui TB, BB dan LiLA c. Informed consent : Apakah bapak/ibu bersedia?			
3.	Mencuci tangan 6 langkah			

4.	Mengecek kesiapan alat : a. Timbangan badan b. Pengukur TB c. Pita LiLA			
5.	Mengukur berat badan a. Meletakkan alat pada bagian yang rata/datar. b. Memastikan jarum berada di angka nol atau menyalakan tombol on pada timbangan digital dan tunggu sampai alat siap.			
6.	c. Menyiapkan pasien. 1) Meminta pasien melepas sepatu/sandal. 2) Meletakkan barang bawaan. 3) Mempersilahkan pasien untuk naik ke atas timbangan menghadap ke pemeriksa.			
7.	d. Membaca hasil timbangan dari arah depan. Jarum menunjukkan pada angka berapa atau muncul angka berapa pada layar monitor timbangan digital.			
8.	Mengukur tinggi badan a. Menyiapkan pasien. 1) Meminta pasien melepas sepatu/sandal. 2) Memposisikan pasien berdiri tegak dibawah alat pengukur TB membelakangi tembok (posisi tegak bebas, bagian belakang kepala, punggung, pantat, betis, dan tumit menempel ke dinding) dengan pandangan lurus ke depan. 3) Memposisikan kedua lutut dan tumit rapat.			
9.	b. Memegang dagu pasien menggunakan tangan kiri dan tangan kanan menarik meteran (microtoise) sampai puncak kepala.			
10.	c. Membaca hasil dari arah depan, mata pembaca harus sejajar dengan garis merah.			

11.	Mengukur LiLA a. Menyiapkan pasien. 1) Menanyakan tangan yang tidak dominan melakukan aktivitas. 2) Membuka/menyingkap lengan baju pada lengan yang akan diukur.			
12.	b. Mencari titik tengah lengan, dengan cara : 1) Mencari ujung bahu dan siku pasien dengan posisi lengan ditekuk. 2) Menaruh ujung pita pengukur di ujung bahu, tarik sampai ujung siku. 3) Menandai titik tengah antara ujung bahu dan siku.			
13.	c. Mengukur titik tengah lengan, dengan cara :			
	1) Melingkarkan pita ukur pada titik tengah lengan. 2) Memastikan pita benar-benar rata melingkari lengan. 3) Memeriksa tekanan pita, jangan terlalu kencang atau terlalu longgar. 4) Membaca hasil pengukuran sejajar dengan pandangan mata.			
14.	Mengucapkan hamdalah, menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih.			
15.	Merapikan pasien dan alat.			
16.	Mencuci tangan 6 langkah.			
17.	Mendokumentasikan/mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP.(tanggal, jam, tempat, isi/hasil tindakan, tanda tangan, nama			

	terang)			
	Total skore			

Keterangan Penilaian :

0 = Tidak dilakukan

1 = Dilakukan kurang sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna Total Score = 34

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{34} \times 100$

34

Semarang,20....

Instruktur

(_____)

Kesimpulan

No	Jenis Penilaian		Hasil
1	Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	Nilai Pre-test	
2	Ketrampilan (<i>skill</i>)	Nilai Ceklist	
3	Sikap (<i>attitude</i>)*	Sangat baik	
		Baik	
		Kurang baik	
4	Global rating*	Superior	
		Lulus	
		Borderline	
		Tidak lulus	

Catatan Tambahan/Umpan Balik :

.....

*pilih salah satu dengan tanda centang (✓)

BASIC SKILL TRAINING 2

TANDA-TANDA VITAL

Standar Kompetensi	Kompetensi Dasar	Indikator
Melakukan pemeriksaan Tanda-Tanda Vital (TTV)	Menjelaskan cara pemeriksaan TTV	<ol style="list-style-type: none">1. Mampu menjelaskan nilai normal tanda-tanda vital dengan benar.2. Mampu menjelaskan langkah- langkah pengukuran suhu badan dengan benar.3. Mampu menjelaskan langkah- langkah menghitung denyut nadi dengan benar.4. Mampu menjelaskan langkah- langkah menghitung pernafasan dengan benar.5. Mampu menjelaskan langkah- langkah pengukuran tekanan darah dengan benar.
	Mempraktikkan pemeriksaan TTV	<ol style="list-style-type: none">1. Mampu mempraktikkan pengukuran suhu badan dengan tepat.2. Mampu mempraktikkan menghitung denyut nadi dengan tepat.3. Mampu mempraktikkan menghitung pernafasan

		<p>dengan tepat.</p> <p>4. Mampu mempraktikkan pengukuran tekanan darah dengan tepat.</p>
--	--	---

Tujuan

Mampu melakukan pemeriksaan Tanda-Tanda Vital (TTV) secara manual dan digital dengan tepat.

Strategi Pembelajaran

No	Tugas Instruktur	Tugas mahasiswa	Waktu
1	Memulai pembelajaran dengan doa belajar bersama.	Membaca doa belajar bersama.	
2	Memberikan soal pre-test	Mengerjakan pre-test	5 menit
3	Mendemonstrasikan sambil menjelaskan pengukuran antropometri dan pemeriksaan TTV	Mengamati demonstrasi	15 menit
4	Mengamati dan membimbing ketrampilan mahasiswa	Melakukan praktik pemeriksaan TTV	40 MENIT
5	Memberikan umpan balik	Memperhatikan umpan balik dan menanyakan yang belum dipahami	10 MENIT

6	Menilai ketrampilan mahasiswa satu persatu	Melakukan tindakan pemeriksaan TTV	30 MENIT
7	Menutup pembelajaran dengan doa kafaratul majlis	Membaca doa kafaratul majlis bersama	
Total Waktu			100 menit

Pendahuluan/Dasar Teori

1. Konsep Dasar Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital merupakan cara untuk mendeteksi adanya perubahan pada sistem tubuh. Tanda-tanda vital merupakan hal yang sangat penting pada perubahan fungsi tubuh karena dapat menunjukkan ketidakseimbangan fungsi sistem tubuh dan merupakan indikator respon tubuh dari organ-organ penting tubuh terhadap stressor fisik, lingkungan, dan psikologis, sehingga penanganan/asuhan dapat segera diberikan. Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi: pengukuran suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan dan tekanan darah.

1. Waktu yang tepat dalam melakukan pemeriksaan fisik :
 - 1) Pada awal pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 2) Pemeriksaan rutin atau pemeriksaan tertentu.
 - 3) Sebelum dan sesudah melaksanakan prosedur operasi.

- 4) Sebelum dan sesudah melaksanakan prosedur diagnostic invasive.
 - 5) Sebelum dan sesudah pemberian obat-obatan yang berpengaruh terhadap system kardiovaskuler dan pernafasan.
 - 6) Saat kondisi pasien memburuk.
 - 7) Sebelum dan sesudah melaksanakan intervensi keperawatan yang dapat memengaruhi tanda vitalnya.
 - 8) Kapanpun saat pasien mengeluh adanya sesuatu yang tidak nyaman.
2. Hal-hal yang harus diketahui dalam pengukuran tanda-tanda vital :
- 1) Mengetahui nilai normal dari masing-masing tanda vital.

Tabel 2. Variasi TTV normal pada dewasa

<p>Suhu Tubuh membutuhkan waktu untuk merasakan adanya perubahan suhu. Pada usia dewasa lanjut, perubahan suhu tubuh dapat lebih rendah dari suhu tubuh sebenarnya.</p>	<p>Pernafasan Elastisitas paru dan pertukaran gas menurun berdasarkan usia. Semakin bertambah usia (usia lanjut) umumnya pernafasan menjadi lebih cepat dan dangkal.</p>
<p>Nadi Meskipun denyut nadi pada usia dewasa pada berbagai lingkungan tidak terlalu berbeda, perbedaan dapat ditemui pada dewasa lanjut. Disaritmia secara umum</p>	<p>Tekanan Darah Semakin bertambah usia, elastisitas dinding arteri semakin menurun, menyebabkan peningkatan sistolik dan diastolic tekanan</p>

terjadi pada dewasa lanjut.	darah.
-----------------------------	--------

- 1) Mengetahui jenis penyakit dan pengobatan yang sedang dilakukan, karena hal ini dapat memengaruhi nilai tanda-tanda vital tersebut.
- 2) Mengontrol faktor lingkungan yang dapat memengaruhi nilai dari tanda-tanda vital tersebut, misalkan setelah melakukan latihan, maka nadi akan bertambah, suhu tubuh juga akan meningkat, atau pada suhu ruangan yang dingin atau panas, maka nilai suhu yang didapat tidak akan menggambarkan yang sebenarnya.
- 3) Frekuensi pengambilan tanda-tanda vital tergantung kondisi dan keadaan pasien.
- 4) Meyakinkan alat yang digunakan dalam keadaan baik dan sesuai. Hal ini berguna agar dapat menghasilkan nilai tanda-tanda vital yang akurat.
- 5) Melaporkan jika didapatkan hasil yang abnormal, mengingat bahwa tanda vital menggambarkan kondisi organ penting tubuh.

2. Suhu Tubuh

1. Pengukuran Suhu Tubuh

Suhu tubuh adalah derajat panas yang dipertahankan oleh tubuh dan diatur oleh hipotalamus (dipertahankan dalam batas normal yaitu $\pm 6^{\circ}\text{C}$ dari 37°C) dengan menyeimbangkan antara panas yang dihasilkan dan panas yang dilepaskan.

2. Mekanisme Pengaturan Suhu Tubuh

Diawali dengan hipotalamus yang menerima pesan dari reseptor panas yang berlokasi di seluruh tubuh, baik untuk memproduksi panas atau meningkatkan kehilangan panas tubuh. Dalam kondisi normal, pusat panas mengatur suhu tubuh dengan mempertahankan panas tubuh dalam rentang $35,9 - 37,4^{\circ}\text{C}$. Pusat panas tubuh menggambarkan suhu dari visceral (dalam) dan otot, yang disekat oleh jaringan adipose dan kulit untuk mencegah kehilangan panas. Panas akan menghilang ketika panas dari tubuh yang ada dalam pusat panas ditransfer ke seluruh area kulit oleh darah.

Temperature tubuh bervariasi pada beberapa bagian tubuh. Suhu inti tubuh lebih tinggi dari suhu seluruh tubuh. Temperature ini biasanya diukur secara rektal, tetapi dapat juga diukur

dalam esophagus, arteri pulmonari, atau kandung kemih melalui monitor peralatan invasive. Pengukuran suhu tubuh yang lain dapat diukur di oral, aksila, dan membrane timpani.

3. Pengaturan Suhu Tubuh

Rentang suhu tubuh dimana sel dapat berfungsi dengan baik adalah $35,9 - 37,4^{\circ}\text{C}$. Pengaturan suhu tubuh diatur dengan menyeimbangkan antara panas yang diproduksi dan panas yang hilang dengan tujuan untuk mempertahankan homeostatis. Pengaturan suhu tubuh dapat terganggu karena adanya penyakit, menerima panas maupun dingin yang berlebihan, dan gangguan hormonal.

1) Faktor-Faktor yang Memengaruhi Suhu Tubuh :

- a) Irama sirkadian.
- b) Usia.
- c) Stress.
- d) Temperature lingkungan.

2) Suhu Tubuh Normal dan Abnormal

a) Temperature tubuh normal

Variasi dari suhu tubuh normal terjadi pada setiap orang dengan rentang $0,3 - 0,6^{\circ}\text{C}$.

Tabel 3. Rata-rata suhu tubuh normal pada dewasa dalam kondisi sehat

Oral	Rektal	Aksila	Timpani	Dahi
37,0°C	37,5°C	36,5°C	37,5°C*	34,3°C

*rata-rata normal suhu timpani tergantung dari kalibrasi dan pengaturan mode dari thermometer membrane timpani.

Alat yang digunakan untuk mengukur suhu tubuh adalah thermometer. Thermometer yang diletakkan di bawah lidah (area sublingual) digunakan untuk mengukur suhu oral, diletakkan pada lubang anus untuk memperoleh suhu rektal, sedangkan pada aksila untuk memperoleh suhu aksila.

b) Peningkatan suhu tubuh

Pireksia adalah peningkatan suhu tubuh di atas normal, biasa disebut panas. Orang yang mengalami peningkatan suhu tubuh disebut demam (*febrile*). Hiperpireksia adalah panas yang tinggi, umumnya di atas 41°C dan manusia jarang dapat bertahan hidup apabila suhu mencapai 44°C. kematian dapat disebabkan oleh efek kerusakan terhadap pusat pernafasan, tetapi mungkin juga karena tidak berfungsinya enzim tubuh dan perusakan

jaringan protein.

c) Penurunan suhu tubuh

Suhu tubuh dibawah batas normal disebut hipotermia. Kematian dapat terjadi bila suhu tubuh dibawah 34°C. keadaan ini dapat terjadi pada seseorang yang tenggelam di air dingin atau terjebak di salju. Kematian terjadi dikarenakan organ tubuh hamper tidak berfungsi pada batasan ini, oleh karena itu petugas kesehatan seharusnya mencoba untuk menghangatkan hipotermia pasien dan memberikan bantuan resusitasi. Hanya dengan meningkatkan suhu tubuh menggunakan alat perlindungan tubuh akan dapat bermanfaat.

3) Peralatan Pengukuran Suhu Tubuh

Beberapa peralatan yang dibutuhkan untuk pengukuran suhu tubuh adalah sebagai berikut :

a) Thermometer kaca

Thermometer kaca dengan merkuri di atasnya merupakan thermometer yang paling sering digunakan untuk mengukur suhu tubuh. Thermometer ini mempunyai 2 bagian. Bagian yang

menonjol berisi cairan merkuri, yang akan menyebar ketika terpapar panas lalu akan naik sepanjang tangkai. Tonjolan yang panjang dan pipih ditemukan pada thermometer untuk oral sementara tonjolan yang tumpul terdapat pada thermometer rektal. Thermometer kaca umumnya dikalibrasi dalam Celsius atau Fahrenheit dengan rentang 34°C (94°F) sampai 42,2°C (108°F).

b) Thermometer elektrik/digital

Thermometer elektrik mengukur suhu tubuh dalam jangka waktu 25 - 50 detik. Sebagian besar mempunyai dua pengecekan suhu yang tidak mudah pecah, satu untuk oral dan satu lagi untuk rektal. Dilengkapi dengan penutup yang *disposable* untuk meminimalkan infeksi. Suara yang timbul mengindikasikan kenaikan temperature pada batas puncak suhu tubuh seseorang.

c) Thermometer membrane timpani

Merupakan thermometer dengan sensor inframerah untuk mendeteksi panas yang dikeluarkan oleh membrane timpani. Alat pengukur suhu dimasukkan ke dalam lubang telinga. Hasil dapat diperoleh kurang dari dua

detik. Namun, terkadang dipertanyakan keakuratan dari pemeriksaan suhu menggunakan alat ini terutama pada bayi hingga usia 3 bulan.

4. Suhu Tubuh pada Anak

Pada anak, perekaman suhu saluran telinga lebih dianjurkan karena dapat cepat dilakukan hampir tanpa menimbulkan rasa tidak nyaman.

Anak berusia kurang dari 3 tahun, yang tampak sakit berat dengan demam, perlu dievaluasi untuk *sepsis*, *infeksi saluran kemih*, *pneumonia*, atau *infeksi serius* lainnya.

3. Pengukuran Nadi

Nadi adalah gelombang yang diakibatkan oleh adanya perubahan pelebaran (vasodilatasi) dan penyempitan (vasokonstriksi) dari pembuluh darah arteri akibat kontraksi ventrikel melawan dinding aorta. Tekanan nadi adalah tekanan yang ditimbulkan oleh perbedaan sistolik dan diastolic. Denyut nadi dipengaruhi oleh saraf simpatik (untuk meningkatkan) dan saraf parasimpatik (untuk menurunkan).

1. Nadi Normal dan Abnormal

Komponen dari nadi yang umumnya dikaji adalah frekuensi, irama, dan amplitudo. Nadi merupakan tanda vital yang melibatkan system kardiovaskuler. Oleh karena itu, apabila mengkaji keadaan nadi, hal itu sama dengan mengkaji keadaan integritas system kardiovaskuler, sedangkan keadaan system kardiovaskuler mengindikasikan perfusi jaringan (sel).

1) Frekuensi nadi

Frekuensi nadi adalah jumlah denyutan yang melalui arteri perifer dan terdengar di atas apeks dari jantung dalam satu menit. Secara normal frekuensi pada nadi sesuai dengan irama pada jantung. Frekuensi nadi berbeda berdasarkan tingkatan usia. Takikardi adalah frekuensi jantung cepat, sedangkan bradikardi adalah frekuensi jantung yang kurang dari 60 x/menit.

Tabel 4. Frekuensi nadi normal per menit untuk berbagai usia

Usia	Perkiraan Rentang Normal (x/menit)	Perkiraan Rata-Rata (x/menit)
BBL - 1 bulan	120 - 160	140
1 - 12 bulan	80 - 140	120
12 bulan - 2 tahun	80 - 130	110

2 - 6 tahun	75 - 120	100
6 - 12 tahun	75 - 110	95
Remaja Dewasa	60 - 100	80

a) Faktor-faktor yang memengaruhi peningkatan frekuensi nadi adalah :

- (1) Nyeri.
- (2) Emosional yang kuat.
- (3) Latihan.
- (4) Penggunaan panas yang berkepanjangan.
- (5) Penurunan tekanan darah.
- (6) Peningkatan suhu tubuh.
- (7) Kondisi-kondisi yang menyebabkan penurunan oksigenasi darah.
- (8) Beberapa obat-obatan.

b) Faktor-faktor yang memengaruhi lambatnya frekuensi nadi adalah :

- (1) Pada saat istirahat atau bangun tidur.
- (2) Nadi laki-laki lebih lambat dibandingkan perempuan.
- (3) Orang dengan ukuran tubuh yang kecil cenderung nadi lebih lambat.
- (4) Peningkatan usia

(5) Obat-obatan.

2) Irama nadi

Irama nadi adalah pola berdenyut dan berhenti. Irama nadi secara normal adalah regular, yaitu denyut dan jeda yang sama terjadi berulang dalam satu periode pengukuran nadi. Pola denyut nadi yang ireguler disebut disritmia.

3) Kekuatan/amplitudo nadi

Amplitudo nadi menggambarkan kualitas nadi, yaitu kedalaman/kepenuhannya, serta menggambarkan kekuatan dari kontraksi ventrikel kiri. Hal ini dapat dikaji dengan merasakan aliran darah yang mengalir melalui pembuluh darah. Pada kondisi yang normal, amplitudo dari setiap denyut nadi adalah kuatnya nadi pada semua area dimana pembuluh darah arteri dapat dipalpasi.

2. Nadi pada Anak

Laju denyut jantung rerata dan kisaran normal diperlihatkan di tabel berikut. Ukur laju denyut jantung dengan interval 60 detik.

Tabel 5. Laju denyut jantung rerata dan kisaran normal

Laju Denyut Jantung Rerata Naka Saat Istirahat		
Usia	Laju Rerata	Rentang (Dua Simpang Baku)
1 - 2 tahun	110	70 - 150
2 - 6 tahun	103	68 - 138
6 - 10 tahun	95	65 - 125

Bradikardi sinus adalah laju denyut jantung < 10 denyut per menit pada anak berusia kurang dari 3 tahun, dan < 60 denyut per menit pada anak 3 sampai 9 tahun.

3. Peralatan Mengukur Nadi

Alat yang digunakan adalah stetoskop dengan teknik auskultasi.

Selain itu, nadi juga dapat diukur dengan teknik palpasi/perabaan.

4. Lokasi Pengkajian Nadi Perifer

Denyut nadi dapat diraba disemua arteri. Daerah-daerah yang digunakan untuk pengukuran nadi karena mudah diraba adalah nadi radial, karotis, fasial, temporal, dorsalis pedis, tetapi pada umumnya adalah radial.

5. Teknik Pengukuran Nadi

Hal-hal yang perlu dikaji sebelum melakukan

pemeriksaan nadi adalah :

- 1) Mengkaji kondisi pasien yang dapat mengakibatkan perubahan pada keadaan nadinya, seperti : riwayat penyakit jantung, aritmia jantung (diantaranya bradikardia, takikardia), blok jantung, nyeri dada, perdarahan, nyeri akut, post-operasi, pemberian infus dalam jumlah yang besar, mengikuti tes diagnosis kardiovaskuler yang invasive.
 - 2) Mengkaji tanda dan gejala gangguan kardiovaskuler. Seperti : dispneu, lemas, nyeri dada, arthropneu, *syncope*, palpitasi, distensi vena juguler, odema, kulit pucat atau sianosis.
 - 3) Mengkaji faktor-faktor yang secara normal memengaruhi karakter nadi, seperti : umur, frekuensi nadi, oabt-oabatan, antiaritmia, simpatometik, narkotik, analgesic, anstesi umum, stimulus dari susunan saraf pusat, aktivitas, perubahan postur dan demam.
4. Pengukuran Pernafasan

Tujuan utama bernafas adalah menyuplai O₂ ke sel-sel tubuh dan membuang CO₂ keluar dari sel tubuh. Fungsi lain dari bernafas adalah membantu mempertahankan suhu tubuh dan mengeluarkan

kelebihan air (penguapan).

1. Pernafasan Normal dan Abnormal

1) Frekuensi pernafasan

Dalam kondisi normal, pernafasan orang dewasa sehat adalah 16 – 20 kali/menit. Frekuensi pernafasan pada bayi dan anak-anak lebih cepat. Ada hubungan yang konsisten antara frekuensi nadi dengan frekuensi pernafasan pada orang sehat, dimana perbandingannya adalah dalam 1 kali pernafasan akan terdapat 4 kali denyut jantung. Selama sakit, frekuensi pernafasan akan bervariasi.

2) Kedalaman Pernafasan

Dalam keadaan istirahat, kedalaman pernafasan adalah sama. Kedalaman pernafasan secara umum digambarkan dalam rentang dari dangkal hingga dalam. Secara periodic setiap orang secara otomatis menghirup secara dalam, dimana paru-paru akan terisi udara lebih banyak dibandingkan dengan kedalaman pernafasan biasa.

- a) Apneu = periode tidak ada pernafasan (pasien tidak bernafas)

- b) Dispneu = keadaan kesulitan bernafas
- 3) Suara Nafas

Suara nafas didengarkan dengan menggunakan stetoskop di seluruh area paru. Biasanya, pernafasan relative tidak ada suara

2. Laju Nafas pada Anak

Laju nafas per menit berkisar dari 20 hingga 40 selama masa kanak-kanak dini, dan 15 hingga 25 pada masa kanak-kanak lanjut, mencapai tingkat dewasa pada usia sekitar 15 tahun.

Untuk anak berusia muda, amati gerakan dinding dada selama dua kali 30 detik atau satu menit, sebaiknya sebelum menstimulasi mereka. Auskultasi langsung pada dada atau meletakkan stetoskop di depan mulut juga berguna untuk menghitung pernafasan, tetapi pengukuran mungkin menjadi tertalu tinggi jika anak menjadi gelisah. Untuk anak yang lebih tua, gunakan teknik yang sama seperti pada orang dewasa.

Standar yang umumnya diterima untuk takipnea pada anak berusia lebih dari 1 tahun adalah laju nafas > 40 kali/mnt.

Anak dengan penyakit pernafasan seperti

bronkiolitis atau *pneumonia* memiliki pernafasan cepat (hingga 80 – 90/mnt) serta peningkatan usaha bernafas berupa dengkur, pernafasan cuping hidung, atau pemakaian otot-otot tambahan.

3. Teknik Mengukur Pernafasan

Pengkajian harus dilakukan sebelum melakukan pemeriksaan pernafasan, sebagai berikut:

- 1) Mengkaji faktor risiko adanya gangguan pernafasan, seperti: demam, nyeri, trauma dada, dan lain-lain.
- 2) Mengkaji tanda dan gejala gangguan pernafasan, seperti: kuku, bibir, membrane mukosa biru atau kebiruan, lemas, dan lain-lain.
- 3) Mengkaji faktor-faktor yang secara normal memengaruhi pernafasan, seperti: umur, kecepatan bernafas, aktivitas, merokok, obat-obatan yang dapat mendepresi pernafasan, dan lain-lain.
- 4) Mengkaji nilai laboratorium, seperti: analisis gas darah, hemoglobin, dan lain-lain.

5. Pengukuran Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tenaga yang digunakan

darah untuk melawan dinding pembuluh. Tekanan maksimum darah digunakan pada dinding arteri ketika ventrikel kiri pada jantung mendorong darah melalui katup aorta ke dalam aorta selama systole. Tekanan tertinggi tersebut dinamakan tekanan sistolik. Pada orang dewasa sehat normalnya adalah 120 mmHg.

Ketika jantung istirahat di antara denyutan (diatole), maka tekanan akan menurun. Tekanan terendah pada dinding arteri disebut tekanan diastolik. Pada orang dewasa normalnya adalah 80 mmHg. Tekanan darah diukur dalam millimeter, numeratornya adalah tekanan sistolik sementara denominatornya adalah tekanan diastolik. Sebagai contoh tekanan darah 120/80 mmHg, artinya 120 adalah tekanan sistolik dan 80 adalah tekanan distolik.

Perbedaan antara tekanan sistolik dan diatolik adalah tekanan nadi. Jika tekanan nadi kecil menunjukkan adanya *stroke volume* yang kecil atau peningkatan resistensi perifer atau keduanya.

1. Tekanan Darah Normal dan Abnormal

1) Tekanan darah normal

Sangat penting mengetahui tekanan darah normal seseorang karena adanya perbedaan tekanan darah pada setiap individu. Peningkatan atau penurunan 20 – 30 mmHg pada tekanan darah seseorang adalah bermakna,

bahkan walaupun itu masih dalam rentang normal.

Tabel 6. Perkiraan Tekanan Darah dan Hipertensi Berdasarkan Tingkatan Usia

Usia	Rata-rata Tekanan Darah Normal	Perkiraan Hipertensi
Bayi baru lahir	40 mmHg sistolik	Tidak dapat ditentukan
1 bulan	85/54 mmHg	Tidak dapat ditentukan
1 tahun	95/65 mmHg	$\geq 110/75$ mmHg
6 tahun	105/65 mmHg	$\geq 120/80$ mmHg
10 – 13 tahun	110/65 mmHg	$\geq 125/85$ mmHg
14 – 17 tahun	120/80 mmHg	$\geq 134/90$ mmHg
18 tahun ke atas	120/80 mmHg	$\geq 140/90$ mmHg

2) Tekanan darah tinggi (hipertensi)

Tekanan darah tinggi adalah tekanan darah di atas normal. **Hipertensi primer atau esensial** adalah bila penyebab hipertensi tidak diketahui. **Hipertensi sekunder** jika penyebab hipertensi dihubungkan dengan dengan patologis penyakit yang diketahui.

3) Tekanan darah rendah (hipotensi)

Tekanan darah rendah adalah tekanan darah di bawah normal. Tekanan darah rendah yang konsisten dapat terjadi umumnya pada usia

lanjut, misalkan pada sistolik terbaca 90/115 mmHg namun terlihat tidak ada efek sakit.

Hipotensi ortostatik (postural) apabila tekanan darah rendah, dihubungkan dengan kelemahan pada saat berada dalam posisi berdiri atau tegak. Hal ini merupakan hasil dari vasodilatasi perifer tanpa peningkatan kompensasi dalam curah jantung. Hipotensi tipe ini dapat dicegah dengan cara berdiri atau bergerak dengan perlahan-lahan, terutama setelah bangun dari tempat tidur. Selain itu, dapat pula dikoreksi dengan merendahkan kepala, untuk memulihkan aliran darah ke otak.

2. Faktor yang Memengaruhi Tekanan Darah

Faktor-faktor yang memengaruhi tekanan darah pada orang sehat, antara lain :

- 1) Usia.
- 2) Fluktuasi normal terjadi sepanjang hari.
- 3) Wanita biasanya tekanan darah lebih rendah daripada laki-laki.
- 4) Tekanan darah meningkat setelah makan.
- 5) Tekanan darah sistolik meningkat selama periode latihan dan aktivitas yang kuat/berat.
- 6) Tekanan darah biasanya tinggi pada orang-

orang gemuk dibandingkan orang yang kurus.

- 7) Emosi.
- 8) Tekanan darah cenderung menjadi rendah pada posisi *prone* (tengkuran) atau *supine* (telentang) dibandingkan dalam posisi duduk atau berdiri.

B. Tabel 7. Klasifikasi Tekanan Darah dan Kriteria Pemeriksaan Lanjut

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)	Rekomendasi Pemeriksaan Lanjut
Normal	< 130	< 85	Evaluasi tiap 2 tahun
Diatas normal	130 – 139	85 – 89	Evaluasi tiap tahun dan diskusikan modifikasi perubahan gaya hidup
Hipertensi			
Stadium 1 (ringan)	140 – 159	90 – 99	Evaluasi dalam 2 bulan
Stadium 2 (sedang)	160 – 179	100 – 108	Evaluasi atau rujuk dalam 1 bulan
Stadium 3 (berat)	180 – 209	110 – 119	Evaluasi atau rujuk dalam 1 minggu
Stadium 4 (sangat berat)	≥ 219	≥ 120	Evaluasi atau rujuk sesegera mungkin

1. Tekanan Darah pada Anak

Hipertensi pada masa kanak-kanak lebih sering daripada yang semula diduga, dan kelainan ini perlu dikenali, dipastikan, dan ditangani dengan sesuai.

Anak mengalami peningkatan tekanan darah sewaktu berolahraga, menangis dan cemas. Jika

prosedur untuk mengukur tekanan darah dijelaskan dan didemonstrasikan sebelumnya, sebagian besar anak akan mau bekerja sama. Jika tekanan darah pada awalnya meningkat, dapat dilakukan pengukuran ulang pada akhir pemeriksaan. Tinggalkan manset di lengan (dalam keadaan kempis) dan ulangi pemeriksaan kemudian. Hasil pengukuran yang tinggi harus selalu dikonfirmasi dengan pemeriksaan berikutnya.

Penyebab “hipertensi” paling sering adalah cemas atau “hipertensi jubah putih” (*white coat hypertension*). “Penyebab” tersering peningkatan tekanan darah pada anak mungkin adalah *teknik pemeriksaan yang salah*, seringkali karena ukuran manset yang tidak tepat.

Ukuran manset yang tepat merupakan hal esensial untuk mengukur tekanan darah secara akurat pada anak. Pilihlah manset tekanan darah seperti yang dilakukan pada pasien dewasa; manset itu harus cukup lebar untuk menutup dua pertiga dari lengan atas atau tungkai. Manset yang terlalu sempit akan memberi bacaan tekanan darah yang lebih tinggi daripada sebenarnya, sementara manset yang terlalu lebar lebih rendah daripada sebenarnya dan mungkin mengganggu peletakan diafragma

stetoskop di atas arteri.

Pada anak, sama halnya dengan dewasa, bunyi Korotkoff pertama menunjukkan tekanan sistolik dan titik di mana bunyi Korotkoff lenyap adalah tekanan diastolic. Kadang, khususnya pada anak gemuk, bunyi Korotkoff tidak mudah terdengar. Pada kasus-kasus ini, dapat menggunakan palpasi untuk menentukan tekanan sistolik, dengan mengingat bahwa tekanan sistolik adalah sekitar 10 mmHg lebih rendah dengan palpasi daripada dengan auskultasi.

Cara yang relative kurang akurat adalah “inspeksi”. Perhatikan saat jarum berbalik, yaitu 10 mmHg lebih tinggi daripada yang didengar dengan asukultasi. Teknik ini kurang optimal, tetapi kadang merupakan satu-satunya metode bagi anak yang tidak bisa diam.

Pada anak, seperti pada dewasa, pembacaan tekanan darah dari paha adalah sekitar 10 mmHg lebih tinggi daripada pengukuran di lengan atas. Jika keduanya sama atau lebih rendah, maka perlu dicurigai adanya *koarktasio aorta*.

Hipertensi transien pada anak dapat disebabkan oleh beberapa obat yang umum pada anak, termasuk untuk mengobati asma (mis.

Prednisone) dan ADHD (mis. Ritalin).

Penyebab hipertensi menetap pada anak antara lain adalah hipertensi primer (tanpa etiologi yang diketahui) dan hipertensi sekunder (yang memiliki etiologi mendasar). Penyebab hipertensi sekunder mencakup: kausa ginjal, endokrin, dan penyakit neurologik, perubahan vaskular, obat, dan kausa psikologik.

Anak yang mengalami hipertensi perlu dievaluasi secara ekstensif untuk menentukan kausanya. Untuk bayi dan anak, kausa spesifik biasanya dapat ditemukan. Namun, semakin banyak anak yang lebih tua dan remaja mengidap hipertensi essential atau primer. Pada semua kasus, pengukuran perlu diulang untuk mengurangi kemungkinan bahwa peningkatan mencerminkan rasa cemas. Kadang, pengukuran berulang di sekolah merupakan salah satu cara untuk memperoleh bacaan di lingkungan yang lebih santai. Hipertensi dan obesitas sering terdapat bersama-sama pada anak.

2. Alat Pengukur Tekanan Darah

Sphygmomanometer merupakan alat yang digunakan untuk mengukur tekanan darah. Bagian-bagian Sphygmomanometer adalah :

- 1) Manometer (aneroid dan merkuri).

- 2) Manset.
3. Teknik Pengukuran Tekanan Darah

Pengkajian perlu dilakukan sebelum melakukan pengukuran tekanan darah, yaitu :

- 1) Mengkaji adanya tanda dan gejala perubahan pada tekanan darah seperti hipertensi atau hipotensi.
- 2) Mengkaji faktor-faktor yang secara normal memengaruhi tekanan darah, seperti : umur, stimulus system saraf pusat, dan lain-lain.

Alat Dan Bahan

1. Suhu tubuh:
 - a. Thermometer yang sesuai dengan kondisi pasien.



Thermometer infrared

- b. Tissue (untuk mengurangi transmisi organisme dari secret tubuh).
- c. Lubrikan/pelumas (untuk daerah rektal).
- d. Pensil/pulpen dan kertas pencatat/buku observasi.
- e. Sarung tangan (pada penyakit tertentu,

bidan/perawat harus menggunakan sarung tangan atau untuk pengukuran di rektal).

2. Denyut nadi
 - a. Stetoskop.
 - b. Pena.
 - c. Kapas alcohol.
 - d. Jam tangan berdetik.
3. Pernafasan
 1. Jam tangan berdetik.
 2. Pena dan kertas/format observasi tanda vital.
4. Tekanan Darah
 1. Sphygmomanometer.
 2. *Cuff* dan pompa.
 3. Stetoskop.



4. Pena.

Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan

1. Persiapan petugas:
 - a. Membaca basmalah.
 - b. Verifikasi data pasien.

- c. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).
 - d. Menyiapkan dan mengecek alat.
 - e. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memposisikan secara ergonomis.
 - f. Membaca hamdalah.
2. Persiapan pasien:
- Membuka baju bagian yang akan dilakukan pemeriksaan.
3. Prosedur tindakan:
1. Menyapa/memberikan salam pasien, memperkenalkan diri, dan menjaga privasi pasien.
 2. Menjelaskan maksud, tujuan, prosedur dan informed consent tindakan pemeriksaan TTV.
 3. Mencuci tangan 6 langkah untuk mengurangi kontaminasi. Pada pengukuran suhu melalui rektal, setelah cuci tangan gunakan sarung tangan.
 - 1) Suhu Tubuh:
 - a) Membersihkan thermometer dari bawah ke atas dan memegang thermometer di ujung atas thermometer (untuk mengurangi kontaminasi).
 - b) Menurunkan batas angka pada

thermometer hingga menunjukkan angka 35°C dengan cara menggoyang-goyangkan thermometer. Posisi thermometer saat membaca angka adalah sejajar dengan mata (untuk mencegah kesalahan dalam pengukuran).

(1) Pengukuran suhu melalui oral:

(a) Menganjurkan pasien membuka mulut dan meletakkan thermometer di bawah lidah di kantung posterior sublingual secara tepat (peletakan thermometer yang salah dapat mengakibatkan ketidakakuratan dalam pengukuran).

(b) Menganjurkan pasien untuk menahan thermometer dengan bibir dan tidak dengan gigi (menahan thermometer dengan gigi dapat menyebabkan trauma).

(c) Menganjurkan untuk menahan hingga 3 – 8 menit.

(2) Pengukuran suhu melalui rektal:

(a) Memasang sampiran dan membuka daerah yang perlu saja (menjaga privasi pasien).

- (b) Menggunakan sarung tangan.
 - (c) Memberikan lubrikan pada ujung thermometer (untuk mencegah trauma pada anus).
 - (d) Mengatur pasien dalam posisi sims (memudahkan untuk meletakkan thermometer dalam anus).
 - (e) Menganjurkan pasien untuk menarik nafas dalam dan relaksasi. Pada saat Tarik nafas dalam, masukkan thermometer ke anus sedalam 1,2 Cm untuk anak-anak dan 3,5 cm untuk dewasa. Jika thermometer terasa sulit masuk, jangan paksakan (mencegah trauma).
 - (f) Menahan hingga 3 – 8 menit.
- (3) Pengukuran melalui aksila :
- (a) Memposisikan pasien dalam posisi terlentang atau duduk.
 - (b) Membuka baju pasien untuk memudahkan meletakkan thermometer.
 - (c) Meringkikan ketiak pasien

dengan tissue (dapat dilakukan oleh pasien sendiri). Keringat dapat mengakibatkan ketidakakuratan dari pengukuran sebenarnya).

- (d) Meletakkan thermometer di bawah pusat ketiak dan tangan disilangkan (agar thermometer menyentuh pembuluh darah ketiak).
 - (e) Menahan thermometer 5 – 10 menit.
- c) Mengangkat thermometer dari atas ke bawah (mengurangi kontaminasi ke bidan/perawat).
 - d) Membersihkan thermometer menggunakan tissue kering dari pangkal ke ujung.
 - e) Membaca skala thermometer sejajar dengan mata untuk menghindari kesalahan pengukuran.
 - f) Membantu pasien ke posisi semula dan merapikan pasien.
 - g) Membersihkan thermometer dengan mencelupkan ke larutan antiseptic, air

sabun dan air DTT kemudian mengeringkan thermometer.

- h) Menurunkan batas angka pada thermometer hingga menunjukkan angka 35°C dengan cara menggoyang-goyangkan thermometer dan mengembalikan pada tempatnya.
- 2) Tekanan Darah
- a) Menyanggah lengan depan atas (ketika pasien duduk atau terlentang) setinggi jantung (penempatan tangan di atas jantung akan mengakibatkan penurunan palus tekanan darah).
 - b) Membuka lengan baju yang dapat menyempitkan lengan (untuk meletakkan manset dan agar pengukuran tidak salah).
 - c) Memasang manset dengan cukup rapat (jika terlalu keras atau kendur dapat mengakibatkan pengukuran yang salah).
 - d) Meletakkan manometer sejajar dengan mata dan tidak boleh lebih jauh dari 1 meter (untuk mendapatkan hasil pengukuran yang adekuat).
 - e) Melakukan palpasi arteri radial sambil memompa hingga air raksa naik 30 mmHg

di atas dari nilai dimana nadi radial terhenti berdenyut (untuk mendapatkan nilai maksimum dari sistolik yang didapat agar pengukuran lebih akurat).

- f) Menurunkan air raksa dan tunggu hingga 30 detik (mencegah kongesti vena).
- g) Memasang stetoskop di telinga.
- h) Melakukan palpasi arteri brakial hingga didapatkan denyutan dan letakkan stetoskop di arteri brakial dengan tepat/tidak menyentuh manset atau baju (penempatan diafragma stetoskop yang tidak benar dapat mengakibatkan pembacaan sistolik menjadi lebih rendah dan diastolik menjadi lebih tinggi).
- i) Memompa dan menaikkan air raksa hingga 30 mmHg lebih tinggi dari Korotkof satu yang terdengar (sistolik).
- j) Menurunkan air raksa dengan 2 – 3 mmHg tiap denyutnya (penurunan yang terlalu cepat atau lambat dapat mengakibatkan kesalahan pengukuran).
- k) Mendengarkan bunyi denyutan hingga bunyi yang terakhir (korotkof 4) yang menandakan diastolik.

- 3) Nadi (pengukuran nadi radial/perifer):
- a) Jika pasien tidur terlentang, meletakkan lengan depan menyilang dada bawahnya dengan pergelangan tangan ekstensi dan telapak tangan tertelungkup. Jika pasien duduk, lekukan sikunya 90^o dan sanggah lengan bawahnya oleh kursi atau tangan, pergelangan tangan ekstensi dan telapak tangan tertelungkup (posisi relaksasi lengan bawah dan ekstensi pergelangan tangan membuat arteri radial teraba dengan baik).
 - b) Meletakkan 2 atau 3 ujung jari (jari telunjuk, tengah dan manis) di atas nadi radial (ujung jari adalah bagian dari tangan yang sensitive untuk meraba pulsasi).
 - c) Menekan nadi radial tersebut dengan tekanan yang cukup (nadi akan akurat jika diperiksa dengan tekanan sedang).
 - d) Setelah didapatkan nadinya, mulai menghitung dalam 15 detik (jika teratur), hasil dikalikan 4 dan 1 menit (jika tidak teratur). 15 detik adalah waktu yang cukup untuk mengkaji keadaan nadi secara akurat.

- e) Sambil menghitung frekuensi nadi, perhatikan keteraturan antara denyut satu dengan yang lainnya (kontraksi yang tidak efisien akan mengakibatkan gagalnya pengiriman gelombang nadi dan dapat mengganggu curah jantung).
 - f) Menentukan pola kekuatan/amplitudo nadi (amplitude menggambarkan jumlah darah yang disemprotkan oleh jantung untuk setiap kontraksinya).
- 4) Pernafasan

Pelaksanaan pengukuran pernafasan dilakukan setelah pengukuran nadi dan usahakan pasien tidak mengetahui jika sedang diukur.

- a) Memposisikan pasien dengan nyaman dan naik turunnya dada dapat terlihat, dapat dilakukan dengan posisi tidur tetapi lebih baik dalam posisi duduk (posisi yang tidak nyaman dapat menyebabkan pasien bernafas lebih cepat, terlihat naik turunnya dada akan menghasilkan pengukuran yang akurat dan posisi duduk dapat meningkatkan pergerakan ventilasi yang penuh).
- b) Sambil memegang tangan pasien (seolah-

olah sedang menghitung nadi), letakkan tangan bidan/perawat dan pasien di atas perut atau dada bawah. (Posisi tersebut akan lebih mudah dan akurat saat mengukur pernafasan).

- c) Mengobservasi siklus pernafasan secara penuh (satu kali inspirasi dan satu kali ekspirasi).
 - d) Menghitung pernafasan pasien dalam satu menit penuh.
- b. Menyampaikan hasil tindakan dan mengucapkan terima kasih.
 - c. Merapikan pasien dan alat.
 - d. Mencuci tangan 6 langkah.
 - e. Mendokumentasikan/mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP. (tanggal, jam, tempat, isi/hasil tindakan, tanda tangan, nama terang)

Tugas/Latihan

Pre-test

1. Posisi apakah yang tepat pada saat pengukuran suhu tubuh melalui rektal adalah?
 - A. **Sims**
 - B. Supinase

- C. Litotomi
 - D. Semi fowler
 - E. Trendelenburg
2. Dimanakah lokasi pengukuran nadi yang pada umumnya sering digunakan?
- A. Fasial
 - B. Radial**
 - C. Karotis
 - D. Temporal
 - E. Dorsalis pedis
3. Berapakah normal frekuensi pernafasan orang dewasa sehat?
- A. 10 – 16 kali/menit
 - B. 16–20 kali/menit**
 - C. 20–24 kali/menit
 - D. 24–30 kali/menit
 - E. > 30 kali/menit
4. Hasil pemeriksaan tekanan darah didapatkan 135/85 mmHg. Apakah rekomendasi pemeriksaan lanjut?
- A. Evaluasi tiap tahun**
 - B. Evaluasi dalam 2 bulan
 - C. Evaluasi atau rujuk dalam 1 bulan

- D. Evaluasi atau rujuk dalam 1 minggu
- E. Evaluasi atau rujuk sesegera mungkin
5. Pada korotkof berapakah bunyi denyutan terakhir terdengar yang menandakan diastolik?
- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. **4**
- E. 5

Skenario

Seorang perempuan, usia 33 tahun, datang ke UGD RS dengan keluhan kepala sangat pusing. Hasil anamnesis : tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi, dari keluarga juga tidak ada. Sebelum dilakukan pemeriksaan lebih lanjut pasien diukur tanda-tanda vital terlebih dahulu.

Tugas : Lakukan pemeriksaan TTV!

Hasil Pengamatan

Checklist 2. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

No	Butir yang dinilai	Penilaian ke-		
		1	2	3
1.	Membaca basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, dan menjaga privasi			

2.	Menjelaskan maksud, tujuan, prosedur tindakan dan melakukan informed consent a. Maksud : Akan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital b. Tujuan : Untuk mengetahui suhu tubuh, tekanan darah, pernafasan dan nadi. c. Prosedur : Akan dilakukan pemeriksaan di ketiak, lengan atas dan bawah. d. Informed consent : Apakah bapak/ibu bersedia?			
3.	Mencuci tangan 6 langkah.			
4.	Memastikan kelengkapan alat dan meletakkan secara ergonomis.			
5.	Mengukur suhu aksila: a. Membersihkan thermometer dari bawah ke atas dan memastikan batas angka menunjukkan angka 35°C.			
6.	b. Membantu/menawarkan membuka baju pasien dan mengeringkan ketiak dengan tissue.			
7.	c. Meletakkan thermometer di bawah pusat ketiak, tangan disilangkan di depan dada dan tunggu selama 5 - 10 menit.			
8.	Mengukur tekanan darah: a. Menyanggah lengan atas dan membuka lengan baju.			
9.	b. Memasang manset.			
10.	c. Meletakkan manometer sejajar dengan mata.			
11.	d. Melakukan palpasi arteri radial sambil memompa hingga air raksa naik 30 mmHg di atas berhentinya nadi radial tidak berdenyut kemudian turunkan air raksa.			
12.	e. Memasang stetoskop di telinga.			
13.	f. Mencari denyutan arteri brakial dan meletakkan stetoskop di atasnya.			
14.	g. Memompa dan menaikkan air raksa hingga 30 mmHg lebih tinggi dari korotkof satu yang terdengar			

	(sistolik).			
15.	h. Menurunkan air raksa 2 – 3 mmHg tiap denyutan sambil mendengarkan bunyi denyutan terakhir yang menandakan diastolic dan melepas manset.			
16	Menghitung denyut nadi: . a. Memposisikan pasien, jika: 2) Terlentang: meletakkan lengan depan menyilang dada bawahnya dengan pergelangan tangan ekstensi dan telapak tangan tertelungkup. 3) Duduk: melekukkan siku 90 ^o dan menyanggah lengan bawah oleh kursi atau tangan, pergelangan tangan ekstensi dan telapak tangan tertelungkup.			
17	b. Meletakkan 2 atau 3 jari (jari telunjuk, tengah dan manis) di			
	atas nadi radial dengan tekanan yang cukup.			
18	c. Menghitung nadi dalam 15 detik (jika teratur), hasil dikalikan 4 dan 1 menit (jika tidak teratur) sambil memperhatikan keteraturan dan kekuatan antara denyut nadi.			
19	Menghitung pernafasan . a. Meletakkan tangan bidan/perawat dan pasien di atas perut atau dada bawah pasien sambil memegang tangan pasien.			
20	b. Mengobservasi siklus pernafasan secara penuh dan menghitung dalam 1 menit.			
21	Mengangkat thermometer dari atas ke bawah, membersihkan thermometer menggunakan tissue kering dari pangkal ke ujung dan membaca skala thermometer sejajar dengan mata.			
22	Membersihkan thermometer dengan mencelupkan ke larutan antiseptic, air sabun dan air DTT kemudian mengeringkan thermometer, menurunkan batas angka pada thermometer hingga menunjukkan angka 35 ^o C dan mengembalikan pada tempatnya.			

23	Mengucapkan hamdalah, menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
24	Merapikan pasien dan alat.			
25	Mencuci tangan 6 langkah.			
26	Mendokumentasikan/mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP. (tanggal, jam, tempat, isi/hasil tindakan, tanda tangan, nama terang)			
	Total skor			

Keterangan Penilaian :

0 = Tidak dilakukan

1 = Dilakukan kurang sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Total Score = 52

Nilai akhir = $\frac{\Sigma \text{ score}}{52} \times 100$

Semarang,20....

Instruktur

(_____)

Kesimpulan

No.	Jenis Penilaian		Hasil
1	Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	Nilai Pre-test	
2	Ketrampilan (<i>skill</i>)	Nilai Ceklist	
3	Sikap (<i>attitude</i>)*	Sangat baik	
		Baik	
		Kurang baik	
4	Global rating*	Superior	
		Lulus	
		Borderline	
		Tidak lulus	
Catatan Tambahan/Umpan Balik :			
.....			

*pilih salah satu dengan tanda centang (√)

BASIC SKILL TRAINING 3

PEMERIKSAAN FISIK DEWASA

Standar Kompetensi	Kompetensi Dasar	Indikator
Melakukan pemeriksaan fisik (<i>head to toe</i>) pada orang dewasa	Menjelaskan cara pemeriksaan fisik (<i>head to toe</i>) pada orang dewasa	1. Mampu menjelaskan persiapan peralatan pemeriksaan fisik dengan benar. 2. Mampu menjelaskan langkah-langkah pemeriksaan fisik dengan benar.
	Mempraktikkan pemeriksaan fisik (<i>head to toe</i>) pada orang dewasa	Mampu melakukan pemeriksaan fisik pada orang dewasa dengan benar.

Tujuan

Mampu melakukan pemeriksaan fisik (*head to toe*) pada orang dewasa dengan tepat.

Strategi Pembelajaran

No	Tugas Instruktur	Tugas mahasiswa	Waktu
1	Memulai pembelajaran dengan doa belajar bersama.	Membaca doa belajar bersama.	
2	Memberikan soal pre-test	Mengerjakan pre-test	10 menit
3	Mendemonstrasikan sambil menjelaskan pemeriksaan fisik pada orang dewasa	Mengamati demonstrasi	20 menit
4	Mengamati dan membimbing ketrampilan mahasiswa	Melakukan praktik pemeriksaan fisik pada dewasa	130 menit
5	Memberikan umpan balik	Memperhatikan umpan balik dan menanyakan yang belum dipahami	10 menit
6	Menilai ketrampilan mahasiswa satu persatu	Melakukan tindakan pemeriksaan fisik pada dewasa	130 menit
7	Menutup pembelajaran dengan doa kafaratul majlis	Membaca doa kafaratul majlis bersama	
Total			300

Pendahuluan/Dasar Teori

1. Pengertian

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung

rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang pasien dan memungkinkan tenaga kesehatan untuk membuat penilaian klinis.

2. Tujuan

- a. Memperoleh data yang berhubungan dengan keadaan pasien dalam rangka menegakkan diagnosa, tindakan pengobatan dan perawatan
- b. Mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi atau menyangkal data yang diperoleh dari riwayat pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien serta untuk mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan

3. Tehnik

Teknik pemeriksaan fisik yang digunakan yaitu:

a. Inspeksi

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan. Metode ini berupaya melihat kondisi pasien dengan menggunakan “*sense of sign*” baik melalui mata telanjang atau alat bantu penerangan (lampu). Inspeksi adalah kegiatan aktif, proses ketika tenaga kesehatan harus mengetahui apa yang

dilihatnya dan di mana lokasinya. Metode inspeksi ini digunakan untuk mengkaji warna kulit, bentuk, posisi, ukuran dan lainnya dari tubuh pasien.

Cara pemeriksaan:

- 1) Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri
- 2) Bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka (diupayakan pasien membuka sendiri pakaiannya. Sebaiknya pakaian tidak dibuka sekaligus, namun dibuka seperlunya untuk pemeriksaan sedangkan bagian lain ditutupi selimut).
- 3) Bandingkan bagian tubuh yang berlawanan (kesimetrisan) dan abnormalitas. Contoh : mata kuning (ikterus), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dan lain-lain.
- 4) Catat hasilnya.

b. Palpasi

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan “sense of touch”. Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Tangan dan jari-jari adalah instrumen yang sensitif digunakan untuk mengumpulkan data, misalnya metode palpasi ini dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh (temperatur), adanya

getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran, rasa nyeri tekan dan kelainan dari jaringan/organ tubuh. Teknik palpasi dibagi menjadi dua:

1) Palpasi Ringan:

Caranya: ujung-ujung jari pada satu/dua tangan digunakan secara simultan. Tangan diletakkan pada area yang dipalpasi, jari-jari ditekan kebawah perlahan-lahan sampai ada hasil yang diharapkan.

2) Palpasi dalam (*bimanual*)

Caranya: misalnya untuk merasakan isi abdomen, dilakukan dua tangan. Satu tangan untuk merasakan bagian yang dipalpasi, tangan lainnya untuk menekan ke bawah. Dengan posisi rileks, jari-jari tangan kedua diletakkan melekat pada jari-jari pertama. Cara pemeriksaan :

- a) Posisi pasien bisa tidur, duduk atau berdiri.
- b) Pastikan pasien dalam keadaan rileks dengan posisi yang nyaman.
- c) Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- d) Minta pasien untuk menarik

napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.

- e) Lakukan palpasi dengan sentuhan perlahan-lahan dengan tekanan ringan.
 - f) Palpasi daerah yang dicurigai, adanya nyeri tekan menandakan kelainan.
 - g) Lakukan palpasi secara hati-hati apabila diduga adanya fraktur tulang.
 - h) Hindari tekanan yang berlebihan pada pembuluh darah.
 - i) Rasakan dengan seksama kelainan organ/jaringan, adanya nodul, tumor bergerak/tidak dengan konsistensi padat/kenyal, bersifat kasar/lembut, ada/tidaknya getaran/ trill, serta rasa nyeri raba / tekan.
 - j) Catatlah hasil pemeriksaan yang didapat.
- c. Perkusi

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan memukul/mengetuk untuk mendengarkan bunyi getaran/ gelombang suara yang dihantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tubuh yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan dengan ketukan jari atau tangan pada permukaan tubuh.

Perjalanan getaran/ gelombang suara tergantung oleh kepadatan media yang dilalui. Derajat bunyi disebut dengan resonansi. Karakter bunyi yang dihasilkan dapat menentukan lokasi, ukuran, bentuk, dan kepadatan struktur di bawah kulit. Sifat gelombang suara yaitu semakin banyak jaringan, semakin lemah hantarannya dan udara/ gas paling resonan. Cara pemeriksaan :

- 1) Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang akan diperiksa.
- 2) Pastikan pasien dalam keadaan rileks.
- 3) Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- 4) Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- 5) Lakukan perkusi secara seksama dan sistematis yaitu dengan:
 - a) Metode langsung yaitu mengetukkan jari tangan langsung ke bagian tubuh yang akan diperiksa dengan menggunakan 1 atau 2 ujung jari.
 - b) Metode tidak langsung dengan cara sebagai berikut : jari tengah tangan kiri diletakkan dengan lembut di atas permukaan tubuh, ujung jari tengah dari

tangan kanan, untuk mengetuk persendian, pukulan harus cepat dengan menggunakan kekuatan pergelangan tangan, dan lengan tidak bergerak dan pergelangan tangan rilek, berikan tenaga pukulan yang sama pada setiap area tubuh yang diperiksa.

- 6) Bandingkan atau perhatikan bunyi yang dihasilkan oleh perkusi.
 - a) Bunyi timpani mempunyai intensitas keras, nada tinggi, waktu agak lama dan kualitas seperti drum (lambung).
 - b) Bunyi resonan mempunyai intensitas menengah, nada rendah, waktu lama, bergema (paru normal).
 - c) Bunyi hipersonar mempunyai intensitas amat keras, waktu lebih lama, kualitas ledakan (empisema paru).
 - d) Bunyi pekak mempunyai intensitas lembut sampai menengah, nada tinggi, waktu agak lama kualitas seperti petir (hati)

d. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang

dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal hal yang didengarkan adalah: bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus.

Penilaian pemeriksaan auskultasi meliputi:

- 1) Frekuensi yaitu menghitung jumlah getaran permenit.
- 2) Durasi yaitu lama bunyi yang terdengar.
- 3) Intensitas bunyi yaitu ukuran kuat/ lemahnya suara.
- 4) Kualitas yaitu warna nada/ variasi suara.

Pemeriksaan Auskultasi dapat dilakukan untuk memeriksa beberapa bunyi sebagai berikut :

- 1) Bunyi jantung

Waktu mendengar, pemeriksa harus memusatkan pikiran pada sifat, karakteristik dan intensitas bunyi jantung. Penilaian dilakukan berurutan dan sendiri-sendiri mulai dari bunyi jantung I, bunyi jantung II, sistole dan diastole. Yang digolongkan dalam bunyi jantung ialah: Bunyi-bunyi jantung I, II, III, IV, Opening snap, irama derap, dan klik. Bunyi jantung I, II merupakan bunyi jantung normal. Bunyi jantung III juga normal bila terdengar sampai umur 20 tahunan. Bunyi jantung IV,

opening snap, irama derap dan klik ditemukan sebagai keadaan yang patologik. Pada kasus-kasus patologik tertentu dapat pula terdengar kelainan bunyi jantung I, II, III. Bunyi jantung dapat didengar dengan menempatkan telinga langsung di atas dada penderita. Dengan stetoskop, auskultasi mudah, sopan dan bunyi terdengar lebih keras. Stetoskop untuk orang dewasa tidak dapat dipakai pada anak.

Dianjurkan memakai stetoskop dengan panjang selang sekitar 30 cm dan diameter bagian dalam selang kira-kira 1/8 inci. Ada 2 macam stetoskop yaitu berbentuk sungkup dan diafragma. Sungkup lebih baik menangkap bunyi dan bising jantung bernada rendah, diafragma untuk bunyi bernada tinggi. Dalam proses auskultasi yang lebih penting dari stetoskop ialah pemeriksa. Ia harus mengetahui fisiologi dan patofisiologi kardiovaskuler sehingga dapat menentukan di mana mendengar dan bagaimana menginterpretasi bunyi dan bising jantung. Tempat-tempat di permukaan dada dengan intensitas, bunyi jantung paling kuat tidak selalu sesuai dengan lokasi anatomik katup-katup. Daerah katup mitral, lokalisasinya pada sela iga V kiri, katup pulmonal pada sela

iga II kiri. Daerah katup aorta di sela iga II kanan dan katup trikuspid pada peralihan korpus sterni ke processus xiphoideus.

2) Suara Nafas

Suara tidak normal yang dapat diauskultasi pada nafas adalah :

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

berdiri tergantung bagian yang diperiksa dan bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka.

- ii. Pastikan pasien dalam keadaan rilek dengan posisi yang nyaman.
- iii. Pastikan stetoskop sudah terpasang baik dan tidak bocor antara bagian kepala, selang dan telinga.
- iv. Pasanglah ujung stetoskop bagian telinga ke lubang telinga pemeriksa sesuai arah (harus tepat untuk telinga kanan dan kiri), untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang baik.
- v. Hangatkan dulu kepala stetoskop dengan cara menempelkan pada telapak tangan pemeriksa.
- vi. Tempelkan kepala stetoskop pada bagian tubuh pasien yang akan diperiksa.
- vii. Gunakanlah bel stetoskop untuk mendengarkan bunyi bernada rendah pada tekanan ringan yaitu pada bunyi jantung dan vaskuler dan gunakan diafragma untuk bunyi bernada tinggi seperti bunyi usus dan paru.

3) Bising Usus

Untuk mendengarkan bising usus, auskultasi dilakukan pada keempat kuadran abdomen. Dengarkan peristaltik ususnya selama satu menit penuh. Bising usus normalnya 5-30 kali/menit. Jika kurang dari itu atau tidak ada sama sekali kemungkinan ada peristaltik ileus, konstipasi, peritonitis, atau obstruksi. Jika peristaltik usus terdengar lebih dari normal kemungkinan pasien sedang mengalami diare. Dalam melakukan pemeriksaan fisik, ada dua prinsip yang harus kita perhatikan, yaitu:

- a. Kontrol infeksi, meliputi mencuci tangan, memasang sarung tangan steril, memasang masker, dan membantu pasien mengenakan baju periksa jika ada. Karena pada era sekarang penyakit infeksi juga semakin banyak, maka kita harus bisa membatasi penyebarannya dengan melakukan kontrol infeksi ini.
- b. Kontrol lingkungan yaitu memastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, dan cukup penerangan untuk melakukan pemeriksaan fisik baik bagi pasien maupun bagi pemeriksa itu sendiri. Misalnya: menutup pintu/jendela atau skerem untuk menjaga privacy pasien,

komunikasi (penjelasan prosedur), privacy dan kenyamanan pasien, sistematis dan konsisten

(head to toe, dari eksternal ke internal, dari normal ke abnormal), berada di sisi kanan pasien (bila memungkinkan), efisiensi, dan dokumentasi.

b) Selanjutnya materi akan dibahas adalah prosedur pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan, kita harus menyiapkan alat-alat yang kita perlukan dan ditata yang rapi di dekat kita di tempat yang memudahkan kita bekerja.

c) Setelah alat-alat didekatkan ke tempat periksa kita mulai melakukan prosedur dengan mencuci tangan, jelaskan prosedur pemeriksaan, pakai sarung tangan/handschoen bila diperlukan, baru kita mulai melakukan pemeriksaan dari kepala sampai dengan kaki. Harus diingat bahwa posisi pasien pada waktu kita melakukan pemeriksaan bisa duduk/berbaring.

4. Prosedur Pemeriksaan

a. Pengkajian keadaan umum

1) Mulai dilihat sejak pertama kali bertemu.

- 2) Saat mengukur tanda-tanda vital.
- 3) Saat mengukur tinggi badan dan berat badan, mengamati pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki.

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah suku, jenis kelamin, umur, status gizi, kondisi psikologis, cara berbaring, pakaian, kebersihan, bentuk tubuh, ekspresi wajah dan tingkat kesadaran.

Tingkat kesadaran :

- a) Composmentis : sadar sepenuhnya.
 - b) Apatis : sikapnya acuh tak acuh, kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan kehidupan sekitar.
 - c) Somnolen : keadaan yang mau tidur terus, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri akan tetapi jatuh dan tidur kembali.
 - d) Delirium : keadaan motorik yang sangat, memberontak, berteriak-teriak dan tidak sadar terhadap orang lain, tempat dan waktu.
 - e) Stupor : keadaan kesadaran yang menyerupai koma, reaksi hanya dapat ditimbulkan dengan rangsang nyeri.
 - f) Koma : keadaan kesadaran yang hilang
-

sama sekali dan tidak dapat dibangunkan dengan rangsang nyeri.

b. Pemeriksaan Kepala

1) **Pemeriksaan kepala.**

a) Pemeriksaan rambut dan kulit kepala.

- (1). Menjelaskan pada pasien pentingnya pemeriksaan yang akan dilakukan.
- (2). Memposisikan pasien duduk atau tidur, kepala tegak lurus dan diam.
- (3). Bila memakai wig harus dilepas.
- (4). Melakukan pengamatan : ukuran, bentuk dan posisi kepala terhadap tubuh, normal kepala tegak lurus dan digaris tengah tubuh. Tulang kepala umumnya bulat dengan tonjolan frontal dibagian anterior dan oksipital dibagian posterior.
- (5). Melakukan palpasi kepala adakah nodul, tumor dengan cara merotasikan ujung jari kebawah dari garis tengah kulit kepala dengan lembut dan kemudian ke sisi samping kepala. Kulit kepala diatas tulang normalnya halus dan elastis.

b) Mata

(1). Pengkajian mata meliputi 4 bidang : ketajaman, penglihatan, lapang penglihatan, gerakan ekstraokuler dan struktur eksterna.

(2). Prosedur pemeriksaan

(a). Ketajaman penglihatan (visus).

Meminta pasien untuk membaca koran dengan keras untuk memastikan pasien tidak buta huruf kemudian lakukan :

- i. Menyiapkan kartu snellen.
- ii. Mengatur kursi tempat duduk pasien dengan jarak 6 meter dari kartu.
- iii. Mengatur penerangan yang memadai sehingga kartu dapat terbaca dengan jelas.
- iv. Memberitahu pasien untuk menutup sebelah mata dengan satu tangan.
- v. Memeriksa mata yang tidak ditutup dengan menyuruh pasien untuk membaca mulai huruf paling besar ke huruf

yang kecil dan catat tulisan terakhir yang masih bisa terbaca.

- vi. Mengganti pada mata sebelahnya.

(b). Lapang penglihatan

- i. Pasien duduk dan perawat/bidan berdiri kira-kira $\frac{1}{2}$ meter.
- ii. Mata pasien hendaknya sama tinggi dengan mata pemeriksa.
- iii. Mata kanan pasien harus terus menatap mata kiri pemeriksa, sedangkan mata lainnya baik pasien atau pemeriksa harus ditutup.
- iv. Jari pemeriksa sebagai obyek yang bergerak, jari digerakkan dalam satu bidang sama jauhnya antara mata pasien dan pemeriksa, mulai dari perifer menuju ke tanah.
- v. Pasien diminta memberitahu bila sudah melihat jari yang

digerakkan itu.

- vi. Bila pasien tidak melihat sedangkan pemeriksa sudah melihat maka berarti medan penglihatan pasien terganggu, biasanya disebabkan karena kerusakan saraf optik/gangguan retina.

(c). Gerakan ekstraokuler

- i. Menganjurkan pasien duduk atau berdiri berhadapan dengan pemeriksa dengan jarak 60 cm.
- ii. Meminta pasien mengikuti gerakan jari pemeriksa dengan kedua mata.
- iii. Meminta pasien untuk tetap menjaga kepala pada posisi menghadap pemeriksa dan mengikuti gerakan jari hanya dengan mata.
- iv. Menjaga jari agar tetap dalam lapang penglihatan normal.
- v. Mengobservasi gerak paralel mata, posisi kelopak mata

atas terhadap iris dan adanya gerakan abnormal (mata seharusnya bergerak halus dan paralel ke arah tatapan).

- vi. Secara perlahan-lahan menghentikan gerakan jari pemeriksa dan memperhatikan gerakan mata.

(d). Struktur eksternal mata

Yang perlu diamati adalah posisi dan keselarasan, alis mata, daerah orbital (edema), kelopak mata, konjungtiva dan sklera, kornea, pupil dan iris.

c) Hidung

Prosedur pemeriksaan :

- (1). Melakukan inspeksi hidung eksternal mengenai bentuk, ukuran, warna kulit.
- (2). Mengoservasi pengeluaran dan menjelaskan karakteristiknya.
- (3). Melakukan palpasi dengan cara meletakkan satu jari pada masing-masing sisi arkus nasal, melakukan

palpasi dengan lembut, menggerakkan jari dari batang ke ujung hidung. Memperhatikan terhadap nyeri dan massa.

- (4). Untuk memasukkan spekulum dengan menganjurkan pasien mengangkat kepala sedikit ke belakang. Memegang spekulum dengan telapak tangan dan memperkuat dengan jari telunjuk pemeriksa. Tangan satunya untuk mengubah posisi kepala pasien, memasukkan spekulum perlahan dan hati-hati sekitar 1 cm untuk mendilatasi nares, jangan mendilatasi terlalu lebar.
- (5). Melakukan inspeksi mukosa nasal terhadap warna, lesi, pengeluaran, pembengkakan, massa dan perdarahan.
- (6). Melakukan inspeksi septum terhadap letak, perforasi, perdarahan.
- (7). Melakukan palpasi sinus frontal dan maksila dengan memberikan tekanan lembut ke atas menggunakan ibu jari (normalnya tidak nyeri).

(8). Mencatat hasil pemeriksaan.

d) Mulut dan faring

Prosedur pemeriksaan mulut dan faring :

- (1). Mengatur posisi pasien duduk berhadapan dengan pemeriksa dengan tinggi sejajar.
 - (2). Mengamati bibir untuk mengetahui adanya kelainan kongenital (bibir sumbing), warna bibir, ulkus, lesi dan massa.
 - (3). Menganjurkan pasien untuk membuka mulut.
 - (4). Mengatur pencahayaan yang memadai dan bila perlu menggunakan sudip lidah untuk menekan lidah.
 - (5). Mengamati keadaan setiap gigi, kebersihan, bau mulut. (6). Mengamati kelainan, warna dan ulkus pada lidah.
 - (7). Mengamati selaput lendir.
 - (8). Melakukan palpasi pipi dengan cara memegang pipi diantara ibu jari dan jari telunjuk (berada didalam) merasakan adanya tumor dan pembengkakan.
 - (9). Melakukan palpasi palatum dengan
-

jari telunjuk dan merasakan adanya pembengkakan dan fisura.

(10).Melakukan palpasi dasar mulut dengan cara pasien disuruh mengucap 'el' kemudian palpasi dilakukan pada dasar mulut secara sistematis dengan jari telunjuk tangan kanan. Bila perlu memberi sedikit penekanan dengan ibu jari dari bawah dagu untuk mempermudah palpasi.

e) Telinga

(1). Inspeksi dan palpasi telinga

(a). Membantu pasien dalam posisi duduk.

(b). Perawat/bidan duduk menghadap pada sisi telinga pasien yang diperiksa.

(c). Untuk pencahayaan menggunakan lampu kepala/sumber cahaya yang lain.

(d). Mengamati telinga luar dari pinna mengenai bentuk, warna, lesi dan adanya massa.

(e). Palpasi dengan cara memegang

telinga dengan ibu jari dan jari telunjuk.

- (f). Palpasi mulai dari jaringan lunak kemudian jaringan keras dan memperhatikan bila ada nyeri.
 - (g). Menekan tulang telinga dibagian bawah daun telinga, bila ada peradangan maka pasien akan merasa nyeri.
 - (h). Melakukan pada telinga kanan dan kiri. (i). Melanjutkan pengkajian telinga dalam.
 - (j). Memegang pinggir telinga, menarik keatas secara perlahan-lahan dan menarik ke belakang sehingga lubang telinga menjadi lurus dan mudah diamati.
 - (k). Mengamati pintu masuk lubang telinga dan memperhatikan terhadap adanya peradangan, perdarahan dan kotoran.
- (2). Pemeriksaan pendengaran Prosedur pemeriksaan :
- (a). Mengatur posisi pasien berdiri membelakangi perawat/bidan pada jarak 4,5-6 meter.

- (b). Meminta pasien untuk menutup salah satu telinga yang tidak diperiksa.
- (c). Membisikkan suatu bilangan.
- (d). Mencatat hasil pemeriksaan dan memberitahukan setiap hasil pemeriksaan pada pasien.

c. Pemeriksaan leher.

- 1). Inspeksi leher
 - a) Memposisikan pasien duduk menghadap pemeriksa.
 - b) Melakukan inspeksi kesimetrisan otot-otot leher, keselarasan trakea, dan benjolan pada dasar leher serta vena jugularis dan arteri carotid.
 - c) Meminta pasien untuk menundukkan kepala sehingga dagu menempel ke dada, dan menengadahkan kepala ke belakang, memperhatikan dengan teliti area leher dimana nodus terbesar. Membandingkan kedua sisi tersebut.
 - d) Menoleh ke kiri kanan dan kesamping sehingga telinga menyentuh bahu. Memperhatikan fungsi otot-otot sternomastoideus dan trapesius.

- e) Meminta pasien menengadahkan kepala, memperhatikan adanya pembesaran pada kelenjar tiroid.
 - f) Meminta pasien menelan ludah, memperhatikan gerakan pada leher depan daerah kelenjar tiroid, ada tidaknya massa dan kesimetrisan.
- 2). Palpasi leher
- a) Memposisikan pasien duduk santai dan pemeriksa dibelakangnya.
 - b) Pasien menundukkan kepala sedikit atau mengarah kesisi pemeriksa untuk merelaksasi jaringan dan otot- otot.
 - c) Melakukan palpasi lembut dengan 3 jari tangan masing- masing noduslimfe dengan gerakan memutar. Memeriksa tiap nodus dengan urutan sebagai berikut :
 - (1). Nodus oksipital pada dasar tengkorak.
 - (2). Nodus aurikel posterior diatas mastoideus.
 - (3). Nodus preaurikular tepat didepan telinga.
 - (4). Nodus tonsiliar pada sudut mandikula.
 - (5). Nodus submaksilaris dan nodus submental pada garis tengah dibelakang

ujung mandibula.

- d) Membandingkan kedua sisi leher, memeriksa ukuran, bentuk, garis luar, gerakan, konsistensi dan rasa nyeri yang timbul.
- e) Jangan menggunakan tekanan berlebihan saat melakukan palpasi karena nodus kecil dapat terlewati.
- f) Melanjutkan palpasi nodus servikal supervisial, nodus servikal posterior, nodus servikal profunda, nodus supraklavikuler yang terletak pada sudut yang dibentuk oleh klavikula dan otot sternokleidomastoideus.
- g) Melakukan palpasi trakea terhadap posisi tengahnya dengan menyelipkan ibu jari dan jari telunjuk di masing- masing sisi pada cekungan suprasternal. Membandingkan ruang sisi antara trakea dan otot sternokleidomastoideus.
- h) Untuk memeriksa kelenjar tiroid dengan posisi dari belakang. Melakukan palpasi ringan dengan 2 jari dari tangan kanan kiri dibawah kartilago krikoid.
- i) Memberi pasien segelas air, meminta pasien menundukkan dagu dan

menghisap sedikit air dan menelannya, merasakan gerakan isthmus tiroid.

- j) Dengan lembut menggunakan 2 jari untuk menggerakkan trakea kesatu sisi dan meminta pasien untuk menelan lagi. Melakukan palpasi badan lobus utama dan kemudian melakukan palpasi tepi lateral dari kelenjar.
 - k) Mengulangi prosedur untuk lobus yang berlawanan.
 - l) Memberikan informasi hasil pemeriksaan pada pasien dan mencatat pada status.
- 3). Pemeriksaan trakhea
- a) Memposisikan pasien duduk tegak menghadap lurus ke depan dengan leher terbuka.
 - b) Memposisikan pemeriksa didepan pasien agak kesamping.
 - c) Leher pasien sedikitn fleksi sehingga otot sternokleidomastoideus relaksasi.
 - d) Memposisikan dagu pasien harus digaris tengah.
 - e) Memperhatikan bagian bawah trakhea sebelum masuk dalam rongga dada, bagian ini paling mudah bergerak.
-

- f) Periksa dengan menggunakan ujung jari telunjuk yang ditekankan lembut kedalam lekukan suprasternal tepat dimedial dari sendi sternoklavikularis bergantian dikedua sisi trakhea.
- g) Periksa dengan menggunakan ujung jari telunjuk yang ditekankan lembut kedalam lekukan suprasternal tepat dimedial dari sendi sternoklavikularis bergantian dikedua sisi trakhea.
- h) Keadaan normal bila ujung jari hanya menyentuh jaringan lunak disebabkan menyebelah trakhea.
- i) Bila ujung jari menyentuh tulang rawan trakhea tidak digaris median maka deviasi trakhea kearah tersebut, sedangkan sisi lain hanya menyentuh jaringan lunak.
- j) Memberikan informasi hasil pemeriksaan pada pasien dan mencatat pada status.

d. Pemeriksaan Thorax Inspeksi

- 1) Perhatikan irama dan frekuensi pernapasan. Dikenal berbagai tipe:

- **Normal.**

Rate dewasa 8 – 16 x/menit dan anak maksimal 44 x

/menit

- **Tachypnoea.**

Cepat dan dangkal, penyebab : nyeri pleuritik, penyakit paru restriktif, diafragma letak tinggi karena berbagai sebab.

- **Hyperpnoea hiperventilasi.**

Napas cepat dan dalam, penyebabnya: cemas, exercise, asidosis metabolik, pada kasus koma ingat gangguan otak (midbrain/pons).

- **Pernapasan Kussmaul.**

Napas dalam dengan asidosis metabolik

- **Bradypnoea.**

Napas lambat, karena depresi respirasi karena obat, tekanan intrakranial meninggi.

- **Napas Cheyne Stokes**

Ada perioda siklik antara napas dalam dan apnoe bergantian. Gagal jantung, uremi, depresi napas, kerusakan otak. Meskipun demikian dapat terjadi pada manula dan anak-anak

- **Pernapasan Biot**

Disebut pernapasan ataxic, iramanya tidak dapat diramalkan, acap ditemukan pada

kerusakan otak di tingkat medulla.

- **Sighing.**

“Unjal ambegan”, menggambarkan sindrom hiperventilasi yang dapat berakibat pusing dan sensasi sesak napas”, psikologik juga.

- **Ekspirasi diperpanjang.**

Ini terjadi pada penyakit paru obstruktif, karena resistensi jalan napas yang meningkat.

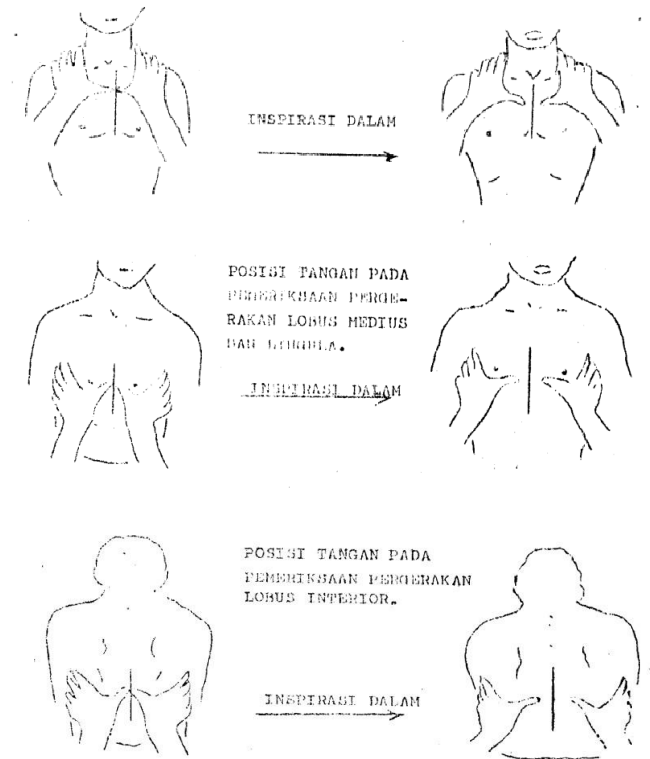
- 2) Gerakan paru yang tidak sama, dapat kita amati dengan melihat lapang dada dari kaki penderita, tertinggal, umumnya menggambarkan adanya gangguan di daerah dimana ada gerakan dada yang tertinggal. (tertinggal = abnormal)
- 3) Dada yang lebih tertarik ke dalam dapat karena paru mengkerut (atelectasis, fibrosis) pleura mengkerut (schwarte) sedangkan dada membesar karena paru mengembung (emfisema pulmo) pleura berisi cairan (efusi pleura)
- 4) Deformitas dan bentukdada
 - a) *Dada normal anak.*
 - b) *Dada normal dewasa*

- c) *bentuk tong*. Diameter antero-post memanjang – usila, kifosis, emfisema paru disebut juga barrel chest
 - d) *Dada bentuk corong*. Funnel chest, pectus excavatum, lekuk di sternum bawah yang dapat membuat kompresi jantung dan vasa besar --- bising
 - e) *Dada Burung*. pigeon chest, pectus carinatum, dada menjorok ke depan
 - f) *Dada kifoskoliosis*. Dada mengikuti deformitas punggung, terjadi distorsi alat dalam yang sering mengganggu interpretasi dapatan diagnosis fisik.
- 5) Palpasi
- a) Dengan palpasi ini diharapkan kita dapat menilai semua kelainan pada dinding dada (tumor, benjolan, muskuloskeletal, rasa nyeri di tempat tertentu, limfonodi, posisi trakea serta pergeserannya, fraktur iga, ruang antar iga, fossa supraklavikuler, dsb) serta gerakan, excursion dinding dada
 - b) Lingkarkan pita ukur (ukur sampai 0.5 cm ketelitian) sekitar dada dan nilai lingkaran ekspirasi dan lingkaran inspirasi dalam, yang menggambarkan elastisitas

paru dan dada.

- c) Untuk ini diperlukan penggunaan dua tangan ditempatkan di daerah yang simetris, kemudian dinilai. Pada waktu pasien bernapas dalam :
- i. tangan diletakkan di bagian depan dada) maka amati gerakan dada simetriskah,
 - ii. (tangan ditaruh di dada samping) gerakan tangan kita naik turun secara simetris apa tidak,
 - iii. (tangan ditaruh di dada belakang bawah) gerakan tangan ke lateral di bagian bawah atau tidak. Gerakan dinding dada maksimal terjadi di bagian depan dan bawah.
- d) Pada waktu melakukan palapasi kita gunakan juga untuk memeriksa fremitus taktil. Dinilai dengan hantaran suara yang dijalurkan ke permukaan dada dan kita raba dengan tangan kita.
- e) Pasien diminta mengucapkan dengan suara dalam, misalnya mengucapkan sembilan puluh sembilan (99) atau satu-dua-tiga dan rasakan getaran yang dijalurkan di kedua tangan saudara.
-

- i. Fremitus akan meninggi kalau ada konsolidasi paru (misal : pneumonia, fibrosis)
 - ii. fremitus berkurang atau menghilang apabila ada gangguan hantaran ke dinding dada (efusi pleura, penebalan pleura, tumor, pneumothorax)
- f) Apabila jaringan paru yang berisi udara ini menjadi kurang udaranya atau padat, suara yang dijalarakan ke dinding dada lewat cabang bronkus yang terbuka ini melemah. Suara dengan nada tinggi (high-pitched sounds) yang biasanya tersaring terdengar lebih jelas. Keadaan ini ditemukan di permukaan dari jaringan paru yang abnormal. Perubahan ini dikenal sebagai : suara bronchial, bronchophonie, egophony dan suara bisikan (whispered pectoriloqui). Untuk mudahnya dikatakan : suara bronchial dan vesikuler mengeras. Hal ini dapat dirasakan dengan palpasi (fremitus taktil) atau didengar dengan auskultasi.



Perkusi

1. Tujuan perkusi dada dan paru ini ialah untuk mencari batas dan menentukan kualitas jaringan paru-paru.
2. Perkusi dapat cara:

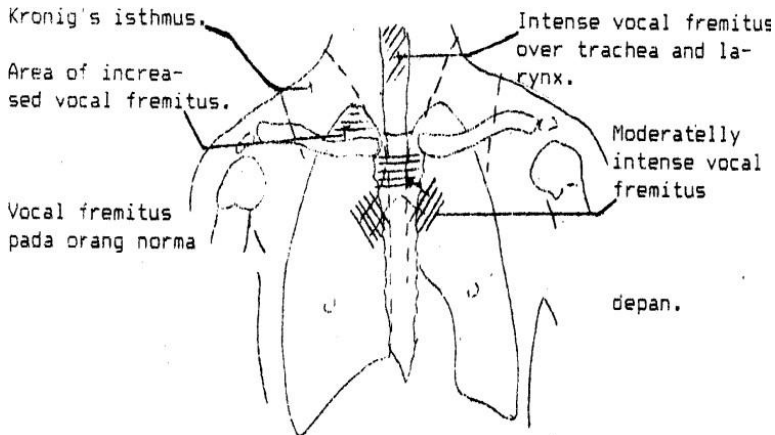
direk : langsung mengetuk dada atau iga(cara klasik Auenbrugger) atau **indirek**: ketukan pada jari kiri yang bertindak sebagai plessimeter oleh jari kanan
3. Di bagian depan mulai di fossa supraclav. Terus ke bawah, demikian juga pada bagian belakang dada. Ketukan perkusi dapat keras atau lemah. Makin keras makin dalam suara dapat „tertembus“. Misalnya

untuk batas paru bawah yang jaringan parunya mulai menipis, dengan perkusi keras maka akan terkesan jaringan di bawahnya sedangkan dengan perkusi lemah maka masih terdeteksi paru yang tipis ini sehingga masih terdengar suara sonor.

4. Dengan perkusi dapat terdengar beberapa kemungkinan suara :
 - a. Sonor (resonant) : suara perkusi jaringan paru normal (latihlah di paru anda).
 - b. Suara memendek (suara tidak panjang)
 - c. Suara redup (dull), ketukan pada pleura yang terisi cairan, efusi pleura.
 - d. Suara timpani (tympanic) seperti ketukan di atas lambung yang kembung
 - e. Suara pekak (flat), seperti suara ketukan pada otot atau hati misalnya. Resonansi amforik, seperti timpani tetapi lebih bergaung, *Metallklang*
 - f. Hipersonor (hyperresonant) disini justru suara lebih keras, contoh pada bagian paru yang di atas daerah yang ada cairannya, suara antara sonor dan timpani, karena udara bertambah misalnya pada emfisema pulmonum, juga pneumothorak.
5. Perkusi dapat menentukan batas paru hati, peranjakan, batas jantung relatif dan batas jantung absolut. Kepadatan (konsolidasi) yang tertutup oleh

jaringan paru lebih tebal dari 5 cm sulit dideteksi dengan perkusi. Kombinasi antara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi banyak mengungkap patologi paru. Perlu diingat bahwa posisi pasien (misalnya tidur miring) mempengaruhi suara perkusi meskipun sebenarnya “normal”

6. Untuk menentukan batas paru bawah gunakan perkusi lemah di punggung sampai terdengar perubahan dari sonor ke redup, kemudian pasien diminta inspirasi dalam-tahan napas-perkusi lagi sampai redup. Perbedaan ini disebut peranjakan paru (normal 2 – 3 cm). Peranjakan akan kurang atau hilang pada emfisema paru, pada efusi pleura, dan asites yang berlebihan. Untuk menentukan batas paru-hati lakukan hal yang sama di bagian depan paru, linea medio clavicularis kanan.
7. Dalam melakukan perkusi ingat selalu pembagian lobus paru yang ada dibawahnya, seperti diketahui paru kanan terdiri dari lobus superior, medius dan inferior dan lobus kiri terdiri hanya dari lobus superior dan lobus inferior.
8. Perkusi hendaknya dimulai di tempat yang diduga sehat (dari inspeksi dan palpasi) menuju ke bagian yang diduga sakit. Untuk lebih meyakinkan, bandingkan dengan bagian yang kontra lateral. Batas-batas kelainan harus ditentukan



9. Perkusi untuk menentukan apek paru (Kronig's isthmus) dilakukan dengan cara melakukan perkusi di pundak mulai dari lateral ke arah medial. Suara perkusi dari redup sampai sonor, diberi tanda. Kemudian perkusi dari medial (leher) ke lateral sampai terdengar sonor, beri tanda lagi. Diantara kedua tanda inilah letaknya apek paru. Pada orang sehat lebarnya 4-6 cm. Pada kelainan di puncak paru (tuberculosis atau tumor) daerah sonor ini menyempit atau hilang (seluruhnya redup).
10. Pada perkusi efusi pleura dengan jumlah cairan kira-kira mengisi sebagian hemitoraks (tidak terlalu sedikit dan juga tidak terlalu banyak) akan ditemukan batas cairan (keredupan) berbentuk garis lengkung yang berjalan dari lateral ke medial bawah yang disebut garis Ellis-Damoiseau.
11. Pada perkusi di kiri depan bawah akan terdengar suara timpani yang berbentuk setengah lingkaran

yang disebut daerah semilunar dari Traube. Daerah ini menggambarkan lambung (daerah bulbus) terisi udara.

Auskultasi

1. Untuk auskultasi digunakan stetoskop, sebaiknya yang dapat masuk antara 2 iga (dalam ruang antar iga). Urutan pemeriksaan seperti pada perkusi. Minimal harus didengar satu siklus pernapasan (inspirasi-ekspirasi). Bandingkan kiri-kanan pada tempat simetris.
2. Umumnya fase inspirasi lebih panjang dan lebih jelas dari ekspirasi. Penjelasan serta perpanjangan fase ekspirasi mempunyai arti penting. Kita mulai dengan melukiskan suara dasar dahulu kemudian melukiskan suara tambahannya. Kombinasi ini, bersama dengan palpasi dan perkusi memberikan diagnosis serta diferensial diagnosis penyakit paru.
3. Suara dasar :
 - a. Vesikuler: Suara paru normal, inspiarium > ekspirium serta lebih jelas
 - b. Vesikuler melemah: Pada bronchostenose, emfisema paru, pneumothorak, eksudat, atelektase masif, infiltrat masif, tumor.
 - c. Vesikuler mengeras: Terdengar lebih keras.
 - d. Vesikuler mengeras dan memanjang: Pada radang

Bronchial: Ekspirasi lebih jelas, seperti suara dekat trachea, dimana paru lebih padat tetapi bronchus masih terbuka (kompresi, radang)

- e. Amforik: Seperti bunyi yang ditimbulkan kalau kita meniup diatas mulut botol kosong sering pada caverne. Eksipirasi Jelas.

4. Suara tambahan :

- a. Ronchi kering (bronchitis geruis, sonorous, dry rales). Pada fase inspirasi maupun ekspirasi dapat nada tinggi (sibilant) dan nada rendah (sonorous) = rhonchi, rogchos berarti „ngorok“. Sebabnya ada getaran lendir oleh aliran udara. Dengan dibatukkan sering hilang atau berubah sifat.
- b. Rhonchi basah (moist rales). Timbul letupan gelembung dari aliran udara yang lewat cairan. Bunyi difase inspirasi.
 - 1) ronkhi basah halus (suara timbul di bronchioli),
 - 2) ronkhi basah sedang (bronchus sedang),
 - 3) ronkhi basah kasar (suara berasal dari bronchus besar).
 - 4) ronkhi basah meletup. Sifatnya musikal, khas pada infiltrat, pneumonia, tuberculosis.
 - 5) Krepitasi. Suara halus timbul karena terbukanya alveolus secara mendadak,

serentak terdengar di fase inspirasi. (contoh: atelectase tekanan)

- 6) Suara gesekan (*wrijfgeruisen, friction-rub*). Ada gesekan pleura dan gesek perikardial sebabnya adalah gesekan dua permukaan yang kasar (mis: berfibrin)

Ronkhi basah sering juga disebut sebagai *crackles*, rhonchi kering disebut sebagai *wheezes* dan gesek pleura atau gesek perikard *sebagai pleural dan pericardial rubs*.

Auskultasi suara

Dapat dilaksanakan dengan auskultasi menggunakan dua cara: suara keras dan suara berbisik (gunakan suara S). Terdengar resonansi suara yang jelas makin kita auskultasi mendekati hilus. (depan di IC 2 dan 3 dekat sternum dan belakang interskapula dekat vertebra). Apabila suara tadi dijalurkankan membaik Maka disebut ada bronchophoni (paling baik digunakan suara bisik). Diatas eksudat yang terlalu besar didengar egophoni suara ini jarang ditemukan.

Rekapitulasi

Palpasi; Tertinggal di daerah yang ada lesi. Vocal fremitus mengeras kalau ada infiltrat, atelektase tekanan (kompresi). Vocal fremitus melemah pada, atelektase masif. Trakea tertarik pada fibrosis paru, schwarte, atelektase masif. Trakea terdorong pada eksudat, pneumothorak, tumor.

Perkusi; Sonor pada paru normal.Redup pada infiltrat, atelektase masif atau tekanan, tumor, eksudat, fibrosis, paru, efusi, schwarte.Hipersonor pada emfisema, pneumothorak.

Auskultasi;Bronkofoni pada infiltrat, juga egofoni (jarang), suara normal vaskuler.bronkiial pada infiltrat, atelektase tekanan. Vesikuler melemah pada emfisema, pneumothorak, atelektasi masif, efusi.Schwarte, fibrosis.Amforik pada caverne.Ronkhi basah pada infiltrat, rhonchi kering pada bronchitis.gesek pleura (dengan gerak napas) dan gesek perikardium (irama jantung).

Tanda diagnosis fisik pada beberapa gangguan paru

Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi

Mulailah menginspeksi dinding abdomen dari posisi Anda berdiri di sebelah kanan penderita. Apabila anda akan memeriksa gerakan peristaltik sebaiknya dilakukan dengan duduk, atau agak membungkuk, sehingga Anda dapat melihat dinding abdomen secara tangensial.

1. Kulit : apakah ada sikatriks, striae atau vena yang melebar. Secara normal, mungkin terlihat vena-vena kecil. Striae yang berwarna ungu terdapat pada sindroma Cushing dan vena yang melebar dapat terlihat pada cirrhosis hepatic atau bendungan vena cava inferior. Perhatikan pula apakah ada *rash* atau lesi-lesi kulit lainnya Perhatikanlah : Umbilikus:

- perhatikan bentuk dan lokasinya, apakah ada tanda-tanda inflamasi atau hernia.
2. Perhatikan bentuk permukaan (countour) abdomen termasuk daerah inguinal dan femoral : datar, bulat, protuberant, atau scaphoid. Bentuk yang melendung mungkin disebabkan oleh asites, penonjolan suprapubikkarena kehamilan atau kandung kencing yang penuh. Tonjolan asimetrimungkin terjadi karena pembesaran organ setempat atau massa.
 3. Simetri dinding abdomen.
 4. Pembesaran organ : mintalah penderita untuk bernapas, perhatikan apakah nampak adanya *hepar* atau *lien* yang menonjol di bawah arcuscosta.
 5. Apakah ada massa abnormal, bagaimana letak, konsistensi, mobilitasnya.
 6. Peristaltik. Apabila Anda merasa mencurigai adanya obstruksi usus, amatilah peristaltik selama beberapa menit. Pada orang yang kurus, kadang-kadang peristaltik normal dapat terlihat.
 7. Pulsasi : Pulsasi aorta yang normal kadang-kadang dapat terlihat di daerah epigastrium.

Auskultasi

Perannya relatif kecil. Dengan mempergunakan diafragma stetoskop didengarkan 15 atau 20 detik pada seluruh abdomen seperti pada gambar.3.



Gambar.3. Auskultasi Abdomen

Ada 3 hal yang harus diperhatikan yaitu :

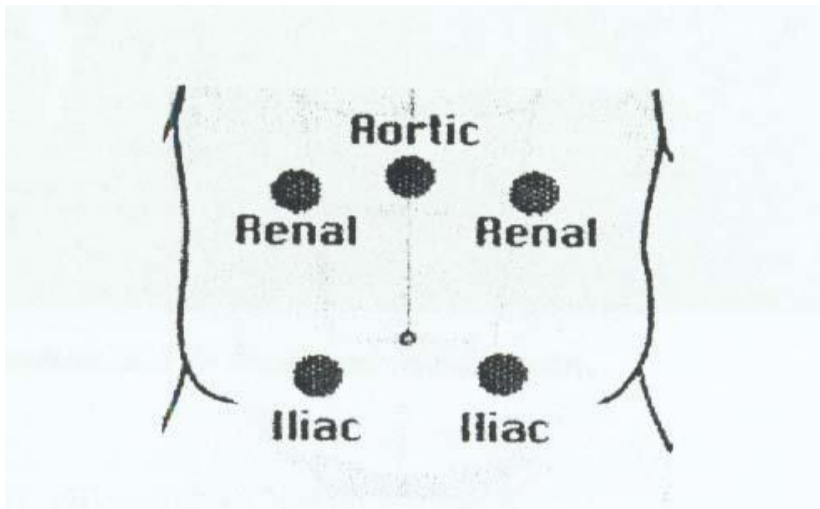
- Apakah suara usus ada ?
- Bila ada apakah meningkat atau melemah (kuantitas)?
- Perkiraan asal dari suara (kualitas)?

Gerakan peristaltik disebut bunyi usus, yang muncul setiap 2-5 detik. Pada proses radang serosa seperti pada peritonitis bunyi usus jarang bahkan hilang sama sekali. Bila terjadi obstruksi intestin maka intestin berusaha untuk mengeluarkan isinya melalui lubang yang mengalami obstruksi dan saat itu muncul bunyi usus yang sering disebut "*rushes*". Kemudian diikuti dengan penurunan bunyi usus gemerincing yang disebut "*tinkles*," dan kemudian menghilang. Pada pasca operasi didapatkan periode bunyi usus menghilang.

Kemudian dengarkan bising arteri renalis pada beberapa sentimeter diatas umbilikus sepanjang tepi lateral otot rektus dan bila ada penyempitan akan terdengar murmur misalnya insufisiensi renal atau pada hipertensi akibat

stenosis arteri renalis.

Untuk mendengarkan bising arteri masing-masing sesuai dengan tempatnya seperti pada gambar.4.



Gambar.4. Lokasi masing-masing arteri

Perkusi

Perkusi berguna untuk orientasi abdomen, untuk memperkirakan *ukuran hepar, lien*, menemukan asites, mengetahui apakah suatu masa padat atau kistik, dan untuk mengetahui adanya udara pada lambung dan usus.

Orientasi

Teknik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien. Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan

seperti pada gambar. 5.



Gambar.5. Perkusi Abdomen.

Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpani karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksa daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar.

Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites.

Hepar

Untuk menentukan ukuran hati, dikerjakan sebagai berikut:

- Mulai perkusi dibawah payudara kanan pada LMC kanan dan merupakan daerah paru kanan, hasilnya suara sonor dari paru.
- Kemudian perkusi beberapa sentimeter ke bawah sampai suara perkusi lebih pekak dan perhitungan mulai dari titik ini.
- Teruskan ke bawah sampai ada perubahan suara perkusi. Titik ini merupakan titik akhir dan kemudian diukur dari titik awal sampai titik akhir. Panjang ukuran disebut liver span yang mempunyai angka normal 6-12 cm.

Lien

Lien yang normal terletak pada lengkung diafragma, disebelah posterior garis midaxiler. Suatu daerah kecil suara redup dapat ditemukan di antara suara sonor paru dan suara timpani, tetapi mencari suara redup lien ini tidak banyak gunanya. Perkusi lien hanya berguna kalau dicurigai atau didapatkan splenomegali. Apabila membesar, lien akan membesar ke arah depan, ke bawah dan ke medial, mengganti suara timpani dari lambung dan kolon, menjadi suara redup. Apabila Anda mencurigai splenomegali, cobalah pemeriksaan-pemeriksaan berikut:

1. Perkusilah daerah spatium intercosta terbawah di garis axilaris anterior kiri (gambar 7). Daerah ini biasanya timpanik. Kemudian mintalah penderita untuk menarik napas panjang, dan lakukan perkusi lagi. Apabila lien tidak membesar, suara perkusi tetap timpani. Apabila suara menjadi redup pada inspirasi, berarti ada pembesaran lien. Walaupun demikian kadang-kadang terdapat juga suara redup pada lien normal (falsely positive splenic percussion sign)
2. Perkusilah daerah redup lien dari berbagai arah. Apabila ditemukan daerah redup yang luas, berarti terdapat pembesaran lienlah yang dominan.



Gambar.7. Perkusi limpa

Pemeriksaan perkusi untuk mengetahui adanya pembesaran lien, dapat terganggu oleh berbagai isi lambung dan kolon, tetapi pemeriksaan ini dapat menunjukkan adanya pembesaran lien sebelum teraba pada palpasi.

PALPASI

Palpasi ringan (superficial) berguna untuk mengetahui adanya ketegangan otot, nyeri tekan abdomen, dan beberapa organ dan masa superficial. Dengan posisi tangan dan lengan bawah horizontal, dengan menggunakan telapak ujung jari-jari secara bersama-sama, lakukanlah gerakan menekan yang lembut, dan ringan. Hindarkan suatu gerakan yang mengentak. Dengan perlahan, rasakan semua kuadran. Carilah adanya masa atau organ, daerah nyeri tekan atau daerah yang tegangan ototnya lebih tinggi (spasme). Apabila terdapat tegangan, carilah apakah ini disadari atau tidak, dengan cara mencoba merelaksakan penderita, dan melakukan palpasi pada waktu ekspirasi. Palpasi dalam biasanya diperlukan untuk memeriksa masa abdomen. Dengan menggunakan permukaan palmar dari ujung jari, lakukan palpasi dalam untuk mengetahui adanya masa. Tentukanlah lokasinya, ukurannya, bentuknya, konsistensinya, mobilitasnya, apakah terasa nyeri pada tekanan. Apabila palpasi dalam sulit dilakukan (misalnya pada obesitas atau otot yang tegang), gunakan dua tangan, satu di atas yang lain. Masa di abdomen dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis: fisiologi (uterus dalam kehamilan); inflamasi (diverticulitis colon atau pseudocyst pancreas); vaskuler (aneurisma aorta); neoplastik (uterus miomatosa, karsinoma kolon, atau ovarium); atau obstruktif (kandung kencing yang teregang).

Mengetahui adanya iritasi peritoneal

Nyeri abdomen dan nyeri tekan abdomen, lebih-lebih bila disertai spasme otot, menunjukkan adanya inflamasi dari peritoneum parietale. Temukanlah daerah ini setepatnya. Sebelum melakukan palpasi, mintalah penderita untuk batuk, dan temukanlah rasa sakitnya. Kemudian lakukanlah palpasi secara lembut dengan satu jari untuk menentukan daerah nyeri, atau lakukanlah pemeriksaan untuk mengetahui adanya nyeri lepas. Tekan jari Anda pelan-pelan dengan kuat, kemudian tiba-tiba lepaskan tekanan Anda. Apabila pada pelepasan tekanan juga timbul rasa sakit (tidak hanya pada penekanan), dikatakan bahwa nyeri lepas tekan positif.

Hepar

Letakkan tangan kiri anda di belakang penderita, menyangga costa ke-11 dan ke-12 dengan posisi sejajar pada costa. Mintalah penderita untuk relaks. Dengan mendorong hepar ke depan, hepar akan lebih mudah terabadari depan dengan tangan kanan. Tempatkan tangan kanan Anda pada abdomen penderita sebelah kanan, di sebelah lateral otot rektus, dengan ujung jari ditempatkan di bawah batas bawah daerah redup hepar. Dengan posisi jari tangan menunjuk ke atas atau obliq, tekanlah dengan lembut ke arah dalam dan ke atas. Mintalah penderita untuk bernapas dalam-dalam. Cobalah merasakan sentuhan hepar pada jari anda pada waktu hepar bergerak ke bawah, dan menyentuh jari Anda. Apabila Anda merasakannya,

kendorkanlah tekanan jari Anda, dan Anda dapat meraba permukaan anterior hepar penderita. Apabila anda dapat merasakannya, batas hepar normal adalah lunak, tegas, dan tidak berbenjol-benjol.

Besarnya tekanan pada dinding abdomen pada pemeriksaan hepar tergantung pada tebal-tipisnya otot rektus. Apabila anda susah merabanya, pindahkan palpasi pada daerah yang lebih dekat ke arcus costa. Pemeriksaandapat juga dilakukan dengan Teknik mengait. Berdirilah di sebelah kanan penderita. Letakkanlah kedua tangan Anda bersebelahan di bawah batas bawah redup hepar. Mintalah penderita untuk bernapas dalam-dalam dengan nafas perut, sehingga pada inspirasi hepar dan juga lien dan ginjal akan berada pada posisi teraba lien.



Gambar.8. Cara palpasi

Letakkan tangan kiri Anda untuk menyangga dan mengangkat costa bagian bawah sebelah kiri penderita. Dengan tangan kanan diletakkan di bawah arcus costa, lakukanlah tekanan ke arah lien. Mulailah palpasi di daerah yang cukup rendah untuk dapat meraba lien yang membesar. Mintalah penderita untuk bernapas

dalam-dalam, dan cobalah untuk merasakan sentuhan lien pada ujung jari Anda. Lien yang membesar dapat terlewatkan dari pemeriksaan (tidak dapat teraba) apabila pemeriksa mulai palpasi pada daerah yang terlalu ke atas. Perhatikanlah adakah nyeri tekan, bagaimana permukaannya, dan perkirakanlah jarak antara lien dengan batas terendah dari kosta kiri yang terbawah. Ulangi pemeriksaan dengan penderita pada posisi miring ke kanan, dengan tungkai fleksi pada paha dan lutut. Pada posisi ini, gaya gravitasi akan menyebabkan lien terdorong ke depan dan ke kanan, sehingga lebih mudah teraba.

Ginjal

Ginjal kanan :

Letakkan tangan kiri Anda di belakang penderita, paralel pada costake-12, dengan ujung jari anda menyentuh sudut kostovertebral. Angkat, dan cobalah mendorong ginjal kanan ke depan. Letakkan tangan kanan Anda dengan lembut pada kuadran kanan atas, di sebelah lateral dan sejajar terhadap otot rektus. Mintalah penderita untuk bernapas dalam. Pada waktu puncak inspirasi, tekanlah tangan kanan anda dalam-dalam ke kuadran kanan atas, di bawah arcus costa, dan cobalah untuk “menangkap” ginjal di antara kedua tangan Anda. Mintalah penderita untuk membuang napas dan menahannapas. Pelan-pelan, lepaskan tekanan tangan kanan Anda, dan rasakan bagaimana ginjal akan kembali ke posisi pada waktu ekspirasi. Apabila ginjal teraba, tentukan

ukurannya, dan ada/tidaknya nyeri tekan.



Gambar.9. Lokasi ginjal dengan pandangan posterior

Ginjal kiri

Untuk meraba ginjal kiri, pindahlah ke sebelah kiri penderita. Gunakan tangan kanan Anda untuk menyangga dan mengangkat dari belakang, dan tangan kiri untuk meraba pada kuadran kiri atas. Lakukan pemeriksaan seperti ginjal kanan. Ginjal kiri yang normal jarang dapat teraba.

Nyeri ketok ginjal

Nyeri tekan ginjal mungkin dapat timbul pada pemeriksaan palpasi, tapi periksalah juga pada daerah sudut costovertebralis. Kadang-kadang tekanan ujung jari dapat menimbulkan nyeri, tetapi seringkali harus digunakan kepalan tangan untuk menumbuhkan nyeri ketok ginjal, letakkan satu tangan pada sudut kostovertebra, dan pukullah dengan sisi unler kepalan tangan Anda.

Pemeriksaan Aorta

Tekanlah kuat-kuat abdomen bagian atas, sedikit di sebelah kiri garis tengah, dan rasakan adanya pulsasi aorta. Pada penderita di atas 50 tahun, cobalah memperkirakan lebar aorta dengan menekan kedua tangan pada kedua sisi.

PEMERIKSAAN KHUSUS

Pemeriksaan asites

Karena cairan asites akan mengalir sesuai gravitasi, sedangkan gas dan udara akan mengapung di atas, perkusi akan menghasilkan pola suara perkusi yang khas. Tandailah batas antara daerah timpani dan redup.

1. Test suara redup berpindah

Setelah menandai batas suara timpani dan redup, mintalah penderita untuk miring ke salah satu sisi tubuhnya, lakukanlah perkusi lagi, dan amatilah batas timpani dan redup. Pada penderita tanpa asites, batas ini tidak berubah dengan perubahan posisi.

2. Test undulasi



Gambar. 10. Tes Undulasi

Mintalah penderita atau asisten untuk menekan kedua tangan pada midline dari abdomennya. Kemudian ketuklah satu sisi abdomennya dengan ujung jari anda, dan rasakan pada sisi yang lain dengan ujung jari anda, dan rasakan pada sisi yang lain dengan tangan anda yang lain, adanya getaran yang diteruskan oleh cairan asites.

Tes untuk apendisitis

1. Mintalah penderita untuk menunjuk tempat mula-mula rasa sakit dan tempat yang sekarang terasa sakit. Mintalah penderita untuk batuk. Amatilah apakah timbul rasa sakit. Rasa sakit pada apendisitis khas mulai dari daerah sekitar umbilicus dan kemudian bergeser ke kanan bawah dan terasa sakit pada waktu batuk.
2. Cari dengan teliti daerah nyeri tekan. Rasa sakit daerah kuadran kanan bawah mungkin menunjukkan

apendisitas.

3. Rasakan dengan spasme otot
4. Lakukan pemeriksaan rektal. Pemeriksaan ini dapat membedakan apendiks normal dengan yang meradang. Rasa sakit pada kuadran kanan bawah mungkin berarti peradangan pada adnexa vesicular seminalis atau apendiks.

Beberapa pemeriksaan lain :

1. Lakukan pemeriksaan nyeri lepas tekan pada daerah yang nyeri tekan. Nyeri tekan lepas menunjukkan adanya peradangan peritoneum, misalnya pada apendisitis. Lakukanlah pemeriksaan tanda Rovsing dan penjaran nyeri lepas-tekan. Tekan dalam-dalam pada kuadran kanan bawah, kemudian lepaskan secara mendadak. Rasa sakit pada kuadran kanan bawah pada waktu kiri bawah ditekan menunjukkan Rosving positif. Rasa sakit pada kanan bawah pada waktutekanan dilepas menunjukkan penjaran nyeri tekan lepas positif.
2. Lakukan pemeriksaan tanda Psoas. Letakkan tangan Anda di atas lutut kanan penderita, dan mintalah penderita untuk mengangkat lututnya melawan tangan Anda. Cara lain, penderita berbaring miring ke kiri, tekuk tungkai kanan pada sendi paha. Timbulnya/bertambahnya rasa sakit menunjukkan tanda psoas positif, berarti ada iritasi otot psoas oleh

apendiks yang meradang.

3. Periksalah tanda obturator. Tekuk tungkai penderita pada sendi paha dengan lutut menekuk, kemudian putarlah ke dalam. Nyeri pada daerah hipogastrik kanan menunjukkan tanda obturator positif, berarti terdapat iritasi otot obturator.
4. Carilah adanya daerah kulit yang hiperestesi, dengan mencubit perlahan beberapa tempat. Dalam keadaan normal, tindakan ini tidak menimbulkan rasa sakit.

Pemeriksaan untuk kecurigaan terhadap kolesistitis akuta: Apabila ada rasa sakit dan nyeri tekan di daerah kanan atas, lakukanlah pemeriksaan Murphy's sign. Kaitkan ibu jari atau jari-jari tangan kiri Anda di bawah tepi costa dimana batas lateral musculus rektus menyilang costa. Mintalah penderita untuk napas dalam-dalam. Amatilah pernapasan dan derajat nyerinya. Penambahan rasa sakit yang tajam yang ditandai dengan Murphy's sign yang positif.

Pemeriksaan Genetalia

Inspeksi

1. Kuantitas dan kualitas penyebaran tumbuhnya rambut pubis. Pastikan bebas dari kotoran dan kutu. Normalnya rambut pubis : pertumbuhan rambut pubis merata membentuk segitiga di atas perineum dan sepanjang permukaan medial paha.

2. Karakteristik permukaan labia mayora. Periksa kesimetrisan, ada/tidaknya edema, lesi, bau atau discharge (pus/lendir/darah).Normalnya labia mayora : simetris,

tampak kering dan lembab. Bila labia mayora tampak menebal, hal tersebut normal pada wanita menopause. Labia minora yang tampak lebih besar/menonjol daripada labia mayora adalah lazim ditemukan pada bayi. Labia mayora tampak membuka pada wanita yang telah melahirkan.
3. Buka dengan lembut labia mayora dengan jari-jari tangan non dominan untuk menginspeksi klitoris, labia minora, orificium uretra, dan orificium vagina (inspeksi bentuk, warna, lesi, edema, posisi).Normalnya : klitoris normalnya tidak akan lebih dari 2 Cm panjangnya, dan diameternya tidak > 0,5 cm. Labia minora normalnya lebih tipis dari labia mayora, salah satu sisi mungkin lebih tebal dari sisi yang lain. Permukaan dalamnya warna merah muda gelap. Perhatikan bila ada fistula, polip, lesi, iritasi dan inflamasi.
4. Observasi perineum dengan seksama, perhatikan warna dan posisi. Normalnya : nampak halus, bila pada nulipara, maka perineum akan terasa tebal dan halus.
5. Lepas sarung tangan dan ganti dengan sarung tangan

steril

Palpasi

1. Dengan telapak tangan menghadap ke atas, masukkan jari telunjuk pemeriksa sedalam buku jari kedua, berikan tekanan ke atas, sambil memerah kelenjar skene ke arah luar, lihat ada tidaknya pengeluaran, perhatikan ada/tidaknya nyeri. Normalnya : tidak terdapat pengeluaran discharge dari skene dan teraba lunak.
2. Palpasi kelenjar Bartholin, pada setiap sisi dengan ibu jari dan jari telunjuk berada diluar labia mayora dan introitus. Perhatikan adanya pembengkakan, nyeri, massa, atau discharge.
3. Minta pasien untuk mengejan ke bawah, menuju ke arah jari pemeriksa (seperti saat BAK) untuk mengkaji tegangan otot pada saluran keluar vagina. Kemudian minta pasien untuk tidak lagi mengejan. Amati ada tidaknya penonjolan dan inkontinensia urin. Normalnya : tidak terdapat penonjolan jaringan keluar dari orificium vagina saat mengejan.
4. Palpasi perineum, rasakan permukaan yang normalnya berkonsistensi halus. Jaringan akan terasa tebal dan halus pada wanita nullipara, dan lebih tebal dan kaku pada wanita multipara

Pemeriksaan Ekstremitas

1. Inspeksi

Perlu diperhatikan apakah ada ulkus atau kelainan lainnya. Pada jari dilihat jumlah dan panjang masing-masing jari.

2. Palpasi

Dilakukan palpasi untuk mengetahui adanya oedem atau tidak

3. Perkusi

a. Pemeriksaan reflek otot biseps

- 1) Posisi pasien tidur terlentang dan siku kanan yang akan diperiksa diletakkan diatas perut dalam posisi fleksi 60 derajat dan rileks.
- 2) Pemeriksa berdiri dan menghadap pada sisi kanan pasien.
- 3) Mencari tendon biseps dengan meraba fossa cubiti, maka akan teraba keras bila siku difleksikan.
- 4) Meletakkan jari telunjuk kiri pemeriksa diatas tendon biseps.
- 5) Mengayunkan hammer reflek sebatas kekuatan ayunan pergelangan tangan, di atas jari telunjuk kiri pemeriksa.
- 6) Terlihat gerakan fleksi pada siku akibat

kontraksi otot biseps dan terasa tarikan tendon otot biseps dibawah telunjuk pemeriksa.

b. Reflek otot triseps

- 1) Posisi pasien tidurterlentang.
- 2) Bila siku tangan kanan yang akan diperiksa, maka diletakkan diatas perut dalam posisi fleksi 90 derajat dan rileks.
- 3) Pemeriksa berdiri pada sisi kanan pasien.
- 4) Mencari tendon triseps 5 Cm diatas siku (proksimal ujung olekranon).
- 5) Meletakkan jari telunjuk kiri pemeriksa diatas tendon otot triseps.
- 6) Mengayunkan hammer reflek sebatas kekuatan ayunan pergelangan tangan, di atas jari telunjuk kiri pemeriksa.
- 7) Terlihat gerakan ekstensi pada siku akibat kontraksi otot triseps dan terasa tarikan tendon otot triseps dan terasa tarikan tendon otot triseps di bawah telunjuk pemeriksa.

c. Reflek tendon patella

- 1) Posisi pasien tidur terlentang atau duduk.
- 2) Pemeriksa berdiri pada sisi kanan pasien.
- 3) Bila posisi tidur terlentang lutut pasien fleksi

60 derajat dan bila duduk 90 derajat.

- 4) Tangan kiri pemeriksa menahan pada fossa poplitea.
- 5) Mencari 2 cekungan pada lutut di bawah patellainferolateral/inferomedial.
- 6) Diantara 2 cekungan terdapat tendon patella yang terasa keras dan tegang.
- 7) Mengayunkan hammer reflek sebatas kekuatan ayunan pergelangan tangan diatas tendon patella.
- 8) Terlihat gerakan ekstensi pada lutut akibat kontraksi otot quadriceps femoris.

d. Reflek tendon achiles

- 1) Posisi pasien tidur terlentang atau duduk.
- 2) Bila pasien posisi terlentang pemeriksa berdiri dan bila pasien duduk pemeriksa jongkok disisi kiri pasien.
- 3) Bila posisi tidur terlentang lutut pasien fleksi 90 derajat dan disilangkan diatas kaki berlawanan, bila duduk kaki menggantung bebas.
- 4) Pergelangan kaki dorsofleksikan dan tangan kiri pemeriksa memegang/menahan kaki.
- 5) Mencari tendon achiles diantara 2 cekungan

- pada tumit yang terasa keras dan makin tegang bila posisi kaki dorsofleksi.
- 6) Mengayunkan reflek hammer diatas tendon achiles.
 - 7) Terasa gerakan plantar fleksi kaki yang mendorong tangan kiri pemeriksa dan tampak kontraksi otot gastrocnemius

Kuku

Inspeksi dan palpasi kuku-kuku tangan dan kaki :

1. Inspeksi warna dasar kuku, ketebalan dan bentuk kuku, tekstur kuku dan kondisi jaringan sekitar kuku, kuku normal transparan, halus dan cembung dengan kulit ari disekitarnya dalam keadaan halus. Warna biru atau ungu pada dasar kuku menandakan sianosis, warna putih pucat pada alas kuku berarti anemia.
2. Inspeksi sudut antar kuku dan dasar : sudut normal kuku adalah 160 derajat.
3. Palpasi dasar kuku : normalnya kokoh.

Kulit

1. Kulit terdiri dari:
 - a. Bagian luar (epidermis).
 - b. Bagian tengah (dermis).
 - c. Bagian dalam (hypodermis).

2. Beberapa organ tambahan :
Rambut, kuku, kelenjar sebacea, kelenjar keringat (kelenjar apokrin, kelenjar endokrin yang terletak pada sebagian besar tubuh kecuali bibir).
3. Hal-hal yang perlu dikaji dengan inspeksi dan palpasi :
 - a. Warna.
 - b. Kelembapan
 - c. Suhu.
 - d. Tekstur : halus, kasar.
 - e. Mobilitas/kemudahan lipatan kulit untuk dapat digerakkan. f). Turgor/kecepatan lipatan kulit kembali pada tempat semula
 - f. Letak anatomisnya : umum, setempat. h).
 - Susunannya : garis, berkelompok.
 - g. Jenisnya : makula, papula, bula, tumor.
4. Jenis-jenis lesi kulit :
 - a. Papula : lesi yang padat dan menonjol.
 - b. Plak : tonjolan lebih besar dari papula dan meluas lebih dalam ke dalam dermis dan dapat menyerupai tepi yang landai. Dapat disebabkan oleh banyak persatuan papula.
 - c. Nodulus berbeda dari papula karena mereka masuk lebih dalam ke dermis. Bentuknya dapat

bulat, oval atau elips. Nodulus dapat berasal dari dalam jaringan subkutis dan hanya secara sekunder mengangkat kulit normal di atasnya.

- d. Bidur : penonjolan kulit khusus yang disebabkan oleh cairan edema didalam lapisan dermis atas. Ukurannya dapat kecil dan besar seringkali gatal. Warnanya merah pucat dan cepat menghilang.
 - e. Vesikel dan bula : tonjolan berisi cairan berbatas tegas, cairan didalamnya dapat berupa limfe, darah atau serum. Bula adalah vesikel besar.
 - f. Pustula : vesikel yang berisi debris purulen, warna krem tapi dapat hijau dan kuning. Setiap vesikel dapat mengalami infeksi sekunder sehingga membentuk pustula.
 - g. Makula yang lazim disebut gangguan melanosit dijumpai pada pemeriksaan fisik. Bintik-bintik coklat muda dan nevus adalah penambahan jumlah melanosit setempat.
5. Pemeriksaan elastisitas kulit
- a. Persiapan alat :
 - 1) Stop watch.
 - 2) Tissue.
 - b. Prosedur pelaksanaan
 - 1) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
 - 2) Menjelaskan pada pasien tentang
-

- pentingnya pemeriksaan yang akan dilakukan.
- 3) Memposisikan pasien berbaring atau duduk.
 - 4) Memastikan bagian (lengan/perut) yang akan diperiksa terbuka.
 - 5) Membersihkan kulit yang diperiksa dengan tissue. (6). Menjepitkan ibu jari dan telunjuk pada kulit.
 - 6) Melepaskan jepitan dan memperhatikan waktu yang diperlukan kulit untuk kembali seperti semula (dalam detik).
 - 7) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada pasien dan mencatat hasilnya pada status.

Alat Dan Bahan

1. Meteran/met line
 2. Timbangan Berat Badan
 3. Penlight
 4. Stetoskop
 5. Tensimeter/ Sphigmomanometer
 6. Thermometer
 7. Arloji/stopwatch
 8. Refleks Hammer
 9. Sarung tangan/*handschoon* bersih (jika perlu)
-

10. Tissue
11. buku catatan
12. Alat untuk melakukan pemeriksaan Mata :
 - a. Surat kabar.
 - b. Kartu indeks/plastik.
 - c. Penutup mata.
 - d. Snellen.
 - e. Kapas pembersih.
 - f. Pen light.
 - g. Oftalmoskop.
 - h. Penggaris kecil.
13. Alat untuk melakukan pemeriksaan telinga:
 - a. Ostopkop.
 - b. Spekulum telinga
 - c. Garputala.

Prosedur Kerja/Tindakan

1. Persiapan Petugas

- a. Membaca basmalah.
- b. Verifikasi data pasien.
- c. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).

- d. Menyiapkan dan mengecek alat.
- e. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memposisikan secara ergonomis.
- f. Melakukan informed consent
- g. Menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan beserta tujuannya
- h. Mengajak pasien bekerjasama dalam pemeriksaan
- i. Menjaga privasi pasien
- j. Membaca hamdalah.

2. Persiapan Pasien

Pasien membuka baju dan berganti dengan baju periksa

3. Pelaksanaan

- a. Mencuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir dengan metode enam langkah
- b. Mengatur posisi pasien. Bisa tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian mana yang akan diperiksa
- c. Memastikan pasien dalam keadaan rileks dengan posisi yang nyaman
- d. Melakukan pengkajian keadaan umum
- e. Melakukan pemeriksaan kepala
- f. Melakukan pemeriksaan mata

- g. Melakukan pemeriksaan hidung
- h. Melakukan pemeriksaan mulut dan faring
- i. Melakukan pemeriksaan telinga
- j. Melakukan pemeriksaan leher
- k. Melakukan pemeriksaan thorax
- l. Melakukan pemeriksaan abdomen
- m. Melakukan pemeriksaan genetalia
- n. Melakukan pemeriksaan ekstremitas
- o. Melakukan pemeriksaan kulit
- p. Mengucapkan hamdalah, memberitahukan hasil pemeriksaan atau tindakan dan mengucapkan terimakasih
- q. Merapikan alat dan pasien
- r. Mencuci tangan 6 langkah.
- s. Mendokumentasikan hasil tindakan dengan metode SOAP

Tugas/Latihan

Pre-test

1. Hal apakah yang tidak ditemukan pada pemeriksaan auskultasi dada?
 - A. Krepitasi
 - B. Friction rub

C. Tumor paru

- D. Ronchi paru
- E. Bising jantung

2. Apakah tehnik pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pemeriksaan wajah?

- A. Perkusi
- B. Auskultasi

C. Inspeksi dan palpasi

- D. Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi
- E. Semua benar

3. Seorang bidan melakukan pemeriksaan perkusi pada abdomen pasien dan didapatkan bunyi yang keluar memiliki intensitas keras, nada tinggi, waktu agak lama dan berkualitas seperti drum.

Disebut apakah bunyi yang terdapat pada kasus di atas?

- A. Bunyi Pekak
- B. Bunyi resonan

C. Bunyi Timpani

- D. Bunyi Hipersonar
- E. Bunyi Jantung

4. Apakah kondisi tidak normal yang dapat ditemukan dari pemeriksaan inspeksi pada mata?

- A. Sklera putih
 - B. Sklera ikterik**
 - C. Bola mata simetris
 - D. Konjungtiva merah cerah
 - E. Semua benar
5. Saat dilakukan auskultasi untuk memeriksa suara nafas, terdengar suara “ngii...kk” pada saat pasien melakukan inspirasi maupun ekspirasi.

Apakah bunyi yang dimaksud pada kasus di atas ?

- A. Rales
- B. Ronchi
- C. Wheezing**
- D. Friction rub
- E. Nafas normal

Skenario

Seorang perempuan berusia 25 tahun datang ke tempat praktek bidan untuk berkonsultasi tentang keadaannya. Pasien tersebut menyampaikan keluhannya yaitu baru saja mengalami kecelakaan motor 2 hari yang lalu sehingga ada beberapa bagian di tangan dan kaki yang masih memar dan nyeri sampai sekarang. Bidan mendengarkan keluhan pasien dan mempersiapkan peralatan untuk melakukan pemeriksaan fisik pada pasien.

Tugas : Lakukan pemeriksaan fisik pada orang dewasa!

Hasil Pengamatan

Checklist 3. Pemeriksaan Fisik pada Orang Dewasa

No	Aspek yang dinilai	Penilaian ke-		
		1	2	3
1	Mengucap salam, menyambut pasien dengan ramah, menjaga privasi dan memperkenalkan diri.			
2	Menjelaskan maksud, tujuan, prosedur tindakan dan melakukan informed consent a. Maksud : Akan melakukan pemeriksaan fisik pada pasie b. Tujuan : Untuk mengetahui kondisi fisik pasien c. Prosedur : Akan dilakukan pemeriksaan dari ujung kepala hingga ujung kaki. d. Informed consent : Apakah bapak/ibu bersedia?			
3	Mencuci tangan dengan tehnik 6 langkah			
4	Memastikan kandung kemih kosong			
5	Mempersilahkan pasien untuk berbaring di tempat tidur			
6	Mempersilahkan klien untuk membuka tali-tali pakaian dan wig bila memakai serta memasang selimut, memastikan klien nyaman mungkin			
7	Memeriksa bagian kepala klien (ukuran, bentuk, posisi kepala dan nodul serta kulit kepala)			
8	Memeriksa bagian wajah klien (hematoma, laserasi, krepitasi, ikterik, sianosis)			
9	Memeriksa bagian mata klien (konjungtiva, pupil, sclera, gerakan, penglihatan dan reaksi terhadap cahaya)			
10	Memeriksa bagian hidung klien (bentuk, ukuran, warna kulit, hematoma, epistaksis, krepitasi,			

	polip/massa)			
11	Memeriksa bagian bibir, mulut, gigi dan faring klien (bibir (mukosa bibir sumbing, warna, turgor), sariawan, gigi (berlubang, plak), gusi, lidah, bucal, faring)			
12	Memeriksa bagiantelinga klien (adakah perdarahan dari telinga, secret, laserasi, tumor, fungsi pendengaran)			
13	Memeriksa bagian leher klien (kesimetrisan, tumor, kondisi vena jugularis dan arteri carotid, fungsi otot leher, kelenjar tiroid, trakea)			
14	Thorax Paru Inspeksi :Melakukan inspeksi dari depan dan belakang penderita untuk menentukan bentuk thorak penderita			
15	Memperhatikan dan menghitung frekuensi pernafasa			
16	Melakukan palpasi daerah dada untuk mengetahui adanya tumor, rasa nyeri, limfonodi, fraktur, serta gerakan dada			
17	Meletakkan kedua telapak tangan pada bagian dada dan punggung penderita kiri dan kanan untuk merasakan perbandingan gerak nafas			
18	Membandingkan fremitus paru kanan dan kiri dengan meletakkan kedua telapak tangan pada punggung penderita dan meminta penderita untuk mengucapkan “Sembilan puluh sembilan”			
19	Perkusi :Melakukan perkusi secara sistematis dari atas ke bawah, depan dan belakang, membandingkan kiri dan kanan			
20	Melakukan perkusi dalam di daerah supra klavikula.			

21	Abdomen Inspeksi : melakukan inspeksi abdomen dengan posisi berdiri			
22	Melakukan inspeksi terhadap peristaltic dengan membungkuk atau duduk			
23	Auskultasi : melakukan auskultasi dengan menggunakan diafragma stetoskop pada tempat-tempat yang benar yaitu memeriksa bising usus dengan cara mendengarkan 15-20 detik pada seluruh daerah abdomen dan mendengarkan bising arteri pada lima tempat arteri.			
24	Perkusi :Melakukan perkusi sebagai orientasi pada keempat kuadran abdomen			
25	Melakukan perkusi untuk menentukan batas atas dan batas bawah hepar pada garis midklavikula			
26	Melakukan perkusi lien di spatium interkosta di bawah garis axilaris anterior kiri			
27	Meminta penderita menarik napas, kemudian mengulangi perkusi yang sama			
28	Melakukan pemeriksaan tes undulasi untuk mengetahui adanya ascites			
29	Perkusi :Melakukan palpasi superficial secara menyeluruh			
30	Melakukan pemeriksaan untuk nyeri tekan dan nyeri lepas tekan			
31	Melakukan palpasi hepar dengan bimanual			
32	Melakukan palpasi lien dengan bimanual			
33	Melakukan palpasi ginjal dengan bimanual			
34	Genetalia, Inspeksi kulit yang menutupi genitalia, ada tidaknya kutu,			

	kemerahan, ekskoriasi, atau lesi-lesi. Normalnya : bersih tanpa lesi-lesi.			
35	Kuantitas dan kualitas penyebaran tumbuhnya rambut pubis. Pastikan bebas dari kotoran dan kutu. Normalnya rambut pubis : pertumbuhan rambut pubis merata membentuk segitiga di atas perineum dan sepanjang permukaan medial paha.			
36	Karakteristik permukaan labia mayora. Periksa kesimetrisan, ada/tidaknya edema, lesi, bau atau discharge (pus/lendir/darah). Normalnya labia mayora : simetris, tampak kering dan lembab. Bila labia mayora tampak menebal, hal tersebut normal pada wanita menopause. Labia minora yang tampak lebih besar/menonjol daripada labia mayora adalah lazim ditemukan pada bayi. Labia mayora tampak membuka pada wanita yang telah melahirkan.			
37	Buka dengan lembut labia mayora dengan jari-jari tangan non dominan untuk menginspeksi klitoris, labia minora, orificium uretra, dan orificium vagina (inspeksi bentuk, warna, lesi, edema, posisi). Normalnya : klitoris normalnya tidak akan lebih dari 2 cm panjangnya, dan diameternya tidak > 0,5 cm. Labia minora normalnya lebih tipis dari labia mayora, salah satu sisi mungkin lebih tebal dari sisi yang lain. Permukaan dalamnya warna merah muda gelap. Perhatikan bila ada fistula, polip, lesi, iritasi dan inflamasi			
38	Observasi perineum dengan seksama, perhatikan warna dan posisi. Normalnya : nampak halus, bila pada nulipara, maka perineum akan terasa tebal dan halus.			

39	<p>Palpasi</p> <p>Dengan telapak tangan menghadap ke atas, masukkan jari telunjuk pemeriksa sedalam buku jari kedua, berikan tekanan ke atas, sambil memerah kelenjar skene ke arah luar, lihat ada tidaknya pengeluaran, perhatikan ada/tidaknya nyeri.</p> <p>Normalnya : tidak terdapat pengeluaran discharge dari skene dan teraba lunak .</p>			
40	<p>Palpasi kelenjar Bartholin, pada setiap sisi dengan ibu jari dan jari telunjuk berada diluar labia mayora dan introitus. Perhatikan adanya pembengkakan, nyeri, massa, atau discharge</p>			
41	<p>Minta pasien untuk mengejan ke bawah, menuju ke arah jari pemeriksa (seperti saat BAK) untuk mengkaji tegangan otot pada saluran keluar vagina. Kemudian minta pasien untuk tidak lagi mengejan. Amati ada tidaknya penonjolan dan inkontinensia urin.</p> <p>Normalnya : tidak terdapat penonjolan jaringan keluar dari orificium vagina saat mengejan.</p>			
42	<p>Palpasi perineum, rasakan permukaan yang normalnya berkonsistensi halus. Jaringan akan terasa tebal dan halus pada wanita nullipara, dan lebih tebal dan kaku pada wanita multipara</p>			
43	<p>Lakukan vulva hygiene untuk membersihkan discharge yang mungkin keluar setelah pemeriksaan. ambil 5 bola kapas, masukkan dalam kom berisi cairan DTT. Peras kapas DTT, kemudian bersihkan dengan kapas DTT mulai dari labia mayora kanan (sekali usap dari arah klitoris ke rektum, buang), labia mayora kiri (sekali usap dari arah klitoris ke rektum, buang), buka bagian dalam dengan ibu jari dan jadi tengah, bersihkan labia minora kanan (sekali</p>			

	usap dari arah klitoris ke rektum, buang), labia minora kiri (sekali usap dari arah klitoris ke rektum, buang), dan terakhir pada bagian tengah sampai perineum (sekali usap dari arah klitoris ke rektum, buang).			
44	Pemeriksaan ekstremitas atas (hematoma, oedema, nyeri tekan)			
45	Pemeriksaan ekstremitas bawah (hematoma, oedema, nyeri tekan)			
46	Mengucapkan hamdalah, menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
47	Mencuci tangan dengan tehnik 6 langkah			
48	Mendokumentasikan/mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP. (tanggal, jam, tempat, isi/hasil tindakan, tanda tangan, nama terang)			

Keterangan Penilaian

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 56**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{56} \times 100$

Instruktur

(_____)

Kesimpulan

No.	Jenis Penilaian		Hasil
1	Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	Nilai Pre-test	
2	Ketrampilan (<i>skill</i>)	Nilai Ceklist	
3	Sikap (<i>attitude</i>)*	Sangat baik	
		Baik	
		Kurang baik	
4	Global rating*	Superior	
		Lulus	
		Borderline	
		Tidak lulus	
Catatan Tambahan/Umpan Balik :			

*pilih salah satu dengan tanda centang (√)

BASIC SKILL TRAINING 4

Pemeriksaan Fisik Bayi

Standar Kompetensi	Kompetensi Dasar	Indikator
Melakukan pemeriksaan fisik (<i>head to toe</i>) pada bayi	Menjelaskan cara pemeriksaan fisik (<i>head to toe</i>) pada bayi	1. Mampu menjelaskan persiapan peralatan pemeriksaan fisik dengan benar. 2. Mampu menjelaskan langkah-langkah pemeriksaan fisik dengan benar.
	Mempraktikkan pemeriksaan fisik (<i>head to toe</i>) pada bayi	Mampu melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dengan benar.

Tujuan

Mampu melakukan pemeriksaan fisik (*head to toe*) pada bayi dengan benar.

Strategi Pembelajaran

No	Tugas Instruktur	Tugas mahasiswa	Waktu
1	Memulai pembelajaran dengan doa belajar bersama.	Membaca doa belajar bersama.	

2	Memberikan soal pre-test	Mengerjakan pre-test	10 menit
3	Mendemonstrasikan sambil menjelaskan langkah-langkah pemeriksaan fisik pada bayi	Mengamati demonstrasi	30 menit
4	Mengamati dan membimbing ketrampilan mahasiswa	Melakukan praktik pemeriksaan fisik pada bayi	240 menit
5	Memberikan umpan balik	Memperhatikan umpan balik dan menanyakan yang belum dipahami	20 menit
6	Menutup pembelajaran dengan doa kafaratus majlis	Membaca doa kafaratus majlis bersama	
Total			300 menit

Pendahuluan/Dasar Teori

1. Pengertian

Pemeriksaan fisik pada bayi adalah pemeriksaan tubuh bayi secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu oleh tenaga kesehatan yang bersangkutan. Pemeriksaan fisik pada bayi dapat

dilakukan oleh bidan, dokter atau perawat untuk menilai status kesehatan bayi. Waktu pemeriksaan fisik dapat dilakukan saat bayi baru lahir, 24 jam setelah lahir, dan akan pulang dari rumah sakit

2. Tujuan

- a. Memperoleh data yang berhubungan dengan keadaan bayi dalam rangka menegakkan diagnosa, tindakan pengobatan dan perawatan
- b. Mengumpulkan data tentang kesehatan bayi, menambah informasi atau menyangkal data yang diperoleh dari riwayat bayi, mengidentifikasi masalah bayi, menilai perubahan status bayi serta untuk mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan

3. Hal yang perlu diperhatikan

- a. Pemeriksaan dilakukan dengan menidurkan bayi pada meja periksa atau tempat tidur dalam keadaan telanjang di bawah lampu terang sehingga bayi tidak mudah kehilangan panas atau melepaskan pakaian hanya pada daerah yang diperiksa
- b. Pemeriksaan dilakukan pada seluruh tubuh, dari ujung rambut sampai ujung kaki. Ubah urutan pengkajian sesuai dengan tingkat aktivitas bayi. Bila bayi diam, hitung nadi dan frekuensi pernapasan dan lakukan auskultasi paru-paru, jantung dan abdomen pada awal pemeriksaan

- c. Ukur suhu rectal dan lakukan pemeriksaan instrusif lain (kerongkongan, telinga atau pemeriksaan lain yang membutuhkan alat) pada akhir pemeriksaan. Sebab dengan melihat atau memakai alat – alat, bayi dapat menjadi takut atau merasa tidak enak sehingga menolak diperiksa lebih lanjut
 - d. Bicara lembut, pegang tangan bayi di atas dadanya atau lainnya.
4. Langkah Pemeriksaan
- a. Pemeriksaan Antropometri
 - 1) Melakukan pengukuran berat badan, panjang badan, lingkaran kepala dan lingkaran dada
 - a) Berat Badan
 - b) Pada bayi, berat badan diukur dengan timbangan bayi. Periksa terlebih dahulu apakah alat sudah dalam keadaan seimbang, sebelum menimbang bayi. Pakaian bayi dibuka (termasuk popok) dan bayi diletakkan di timbangan bayi. Lapisan permukaan timbangan dengan kain. Hasil timbangan dikurangi dengan berat alas. Panjang Badan Bayi ditidurkan telentang tanpa sepatu dan tanpa topi di atas tempat tidur yang keras. Usahakan agar tubuh bayi lurus. Panjang bayi dapat

diukur dengan melatitkan verteks bayi pada kayu yang tetap, sedangkan kayu yang dapat bergerak menyentuh tumit bayi.

c) **Lingkar Kepala**

Alat pengukur yang dipakai ialah pita dari metal yang fleksibel, karena pita yang terbuat dari kain mudah meregang sehingga dapat memberi nilai yang salah. Yang diukur ialah lingkaran kepala terbesar. Caranya dengan meletakkan pita melingkari kepala melalui glabella pada dahi, bagian atas alis mata dan bagian belakang kepala yang paling menonjol yaitu protuberansia oksipitalis. Pita pengukur diletakkan sedemikian rupa sehingga kencang melingkari kepala. Sebaiknya ada yang membantu sehingga kepala bayi dapat diam waktu diukur.

d) **Lingkar Dada**

Alat pengukur lingkaran dada ialah pita dari metal yang fleksibel. Umumnya hanya diukur pada bayi kurang dari 2 tahun. Caranya dengan meletakkan pita mengelilingi dada melalui puting susu dalam keadaan ekspresi maksimal.

- 2) Melakukan penilaian hasil pengukuran
 - a) Berat badan normal adalah 2500-3500 gram, apabila berat badan kurang dari 2500 gram disebut bayi premature dan apabila berat badan lahir lebih dari 3500 maka bayi disebut makrosomia.
 - b) Panjang badan normal adalah 45-50 cm
 - c) Lingkar kepala normal adalah 33-35 cm
 - d) Lingkar dada normal adalah 30-33 cm, apabila diameter kepala lebih besar 3 cm dari lingkar dada maka bayi mengalami *hydrocephalus* dan apabila diameter kepala lebih kecil 3 cm dari lingkar dada maka bayi mengalami *microcephalus*

b. Pemeriksaan Kepala

Melakukan inspeksi daerah kepala. Melakukan penilaian bagian kepala, diantaranya :

- 1) Maulage, yaitu tulang tengkorak yang saling menumpuk pada saat lahir asimetri atau tidak
- 2) Ada tidaknya caput succedenum, yaitu edema pada kulit kepala, lunak dan tidak berfluktuasi, batasnya tidak tegas, dan menyeberangi sutura dan akan hilang dalam beberapa hari

- 3) Ada tidaknya chepal haematum, yang terjadi sesaat setelah lahir dan tidak tampak pada hari pertama karena tertutup oleh caput succedenum. Cirinya konsistensi lunak, berfluktuasi, berbatas tegas pada tepi tulang tengkorak, tidak menyeberangi sutura dan apabila menyeberangi sutura kemungkinan mengalami fraktur tulang tengkorak. Cephal haematum dapat hilang sempurna dalam waktu 2-6 bulan
- 4) Ada tidaknya perdarahan, yang terjadi karena pecahnya vena yang menghubungkan jaringan di luar sinus dalam tengkorak. Batasnya tidak tegas sehingga bentuk kepala tampak asimetris, sering diraba terjadi fluktuasi dan edema
- 5) Adanya fontanel dengan cara palpasi dengan menggunakan jari tangan. Fontanel posterior akan dilihat proses penutupan setelah umur 2 bulan dan fontanel anterior menutup saat usia 12-18 bulan

c. Pemeriksaan Mata

Melakukan inspeksi daerah mata. Perhatikan apakah ada tanda-tanda infeksi. Menentukan ada tidaknya kelainan seperti :

- 1) Strabismus (koordinasi gerakan mata yang

belum sempurna) dengan cara menggoyang kepala secara perlahan-lahan sehingga mata bayi akan terbuka

- 2) Kebutaan, seperti jarang berkedip atau sensitifitas terhadap cahaya berkurang
- 3) Sindrom Down, ditemukan epichentus melebar
- 4) Glaukoma kongenital, terlihat pembesaran dan terjadi kekeruhan pada kornea
- 5) Katarak kongenital, apabila terlihat pupil yang berwarna putih
- 6) Pemeriksaan Telinga
- 7) Memperhatikan hubungan kedua telinga simetris atau tidak
- 8) Membunyikan bel atau suara, apabila terjadi reflek terkejut maka pendengarannya baik, kemudian apabila tidak terjadi reflek maka kemungkinan akan terjadi gangguan pendengaran

d. Pemeriksaan Hidung

- 1) Mengamati pola pernapasan, apabila bayi bernapas melalui mulut maka kemungkinan bayi mengalami obstruksi jalan napas karena adanya atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke

nasofaring. Sedangkan pernapasan cuping hidung akan menunjukkan gangguan pada paru

- 2) Menggunakan senter, memperhatikan mukosa ubang hidung, apabila terdapat secret mukopurulen dan berdarah perlu dipikirkan adanya penyakit sifilis kongenital dan kemungkinan lain

e. Pemeriksaan mulut Cara :

- 1) Menggunakan senter, melakukan inspeksi adanya kista yang ada pada mukosa mulut
- 2) Memperhatikan warna, kemampuan refleks menghisap. Apabila lidah menjulur keluar dapat dinilai adanya kecacatan kongenital
- 3) Memperhatikan adanya bercak pada mukosa mulut, palatum dan pipi biasanya disebut sebagai *Monilia Albicans*
- 4) Mengamati gusi dan gigi untuk menilai adanya pigmen. Pada bayi baru lahir kadang –kadang sudah terdapat 1 atau 2 gigi yang mudah sekali dilepas
- 5) Memperhatikan adanya labioskisis. Biasanya labioskisis lebih sering ditemukan di sebelah kiri, perhatikan ekstensi skisis ini
- 6) Memperhatikan pengeluaran saliva. Pengeluaran

saliva yang berlebihan pada bayi baru lahir mencurigakan terdapatnya atresia esophagus

f. Pemeriksaan Leher Cara :

- 1) Mengamati apakah ada pembengkakan atau pembesaran kelenjar thyroid atau vena jugularis
- 2) Mengamati pergerakan leher apabila terjadi keterbatasan dalam pergerakannya maka kemungkinan terjadi kelainan pada tulang leher
- 3) Mengamati pendeknya leher. Pada bayi, leher tampak pendek. Dan baru pada umur 3-4 tahun tampak memanjang. Leher yang pendek abnormal terdapat pada banyak sindrom, termasuk diantaranya sindrom hunter dan lain-lain
- 4) Meletakkan bayi dalam posisi duduk ketika mengamati kontrol kepala. Bayi yang lebih muda dari 4 bulan mungkin menunjukkan kepala yang terkulai bila diletakkan dalam posisi duduk. Kepala yang terkulai setelah bayi 6 bulan menunjukkan cerebral palsy

g. Pemeriksaan Dada, Paru dan Jantung Cara :

- 1) Melakukan inspeksi bentuk dada:

Bentuk dada neonatus adalah seperti tong. Apabila tidak simetris, kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma

atau hernia diafragma.

- 2) Bentuk dada pada bayi hampir bulat dan dalam pertumbuhannya dada akan membesar pada diameter transversal. Lingkaran dada pada bayi kurang dari 2 tahun lebih kecil atau sama dengan lingkaran kepala. Sebaliknya, pada umur lebih dari 2 tahun lingkaran dada lebih besar daripada lingkaran kepala. Jika terdapat disporposi, mungkin hal ini disebabkan oleh pertumbuhan kepala yang abnormal
- 3) Pernapasan bayi normal pada umumnya dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Frekuensi pernapasan bayi normal antara 40-60 kali per menit, perhitungannya harus satu menit penuh karena terdapat periodic breathing dimana pola pernapasan pada neonatus terutama pada premature ada henti napas yang berlangsung 20 detik dan terjadi secara berkala
- 4) Mengamati bagian payudara, pada bayi prematur dengan masa kehamilan kurang dari 34 minggu, areola payudara hampir tidak terlihat. Pada bayi cukup bulan jaringan payudara teraba 5-6 mm. Setelah umur 2-4 dari dapat terlihat pembesaran kelenjar payudara, yang kemudian berangsur-angsur

menghilang dalam beberapa minggu. Kelebihan jumlah puting susu (supernumary nipples) dapat terlihat, ini tidak mempunyai arti klinis yang penting

- 5) Perlu diperhatikan pengembangan dada dan gerakan celah iga pada pernapasan.
- 6) Melakukan palpasi daerah dada, untuk menentukan ada tidaknya fraktur klavikula dengan cara meraba ictus cordis dengan menentukan posisi jantung
- 7) Melakukan auskultasi paru dan jantung dengan menggunakan stetoskop untuk menilai frekuensi dan suara napas atau jantung. Secara normal frekuensi denyut jantung antara 120-160 kali per menit. Suara bising ditemukan pada bayi, apabila ada suara bising usus pada daerah dada menunjukkan adanya hernia diafragmatika

e. Pemeriksaan Abdomen

- 1) Melakukan inspeksi perut, dinding perut bayi lebih datar dibandingkan dengan dinding dadanya. Bila perut sangat cekung, kemungkinan adanya hernia diafragmatika. Perut yang membuncit kemungkinan disebabkan hepatosplenomegali atau cairan di dalam rongga perut dan adanya kembung

- 2) Melakukan auskultasi adanya bising usus
 - 3) Melakukan perabaan hati. Umumnya teraba 2-3 cm di bawah arkus kosta kanan. Limpa teraba 1 cm di bawah artus kosta kiri. Kadang-kadang hati dan limpa sedemikian besarnya hingga batas bawahnya berada di abdomen bagian bawah
 - 4) Melakukan palpasi ginjal, mengatur bayi dengan posisi telentang dan tungkai dilipat agar otot – otot dinding perut dalam keadaan relaksasi. Tangan kanan pemeriksa diletakkan pada bagian bawah dada kanan bayi dan jari-jari yang berada di atas perut ditekan untuk meraba ginjal. Untuk meraba ginjal kiri dipakai tangan kiri. Batas bawah ginjal mudah diraba, setinggi umbilikus diantara garis tengah dan tepi abdomen. Bagian ginjal dapat diraba sekitar 2-3 cm, adanya pembesaran pada ginjal dapat disebabkan oleh neoplasma, kelainan bawaan atau trombosis vena renalis
- f. Pemeriksaan genitalia

Laki-laki

- 1) Melakukan inspeksi pada genitalia laki-laki seperti keadaan penis, ada tidaknya hipospadia (defek di bagian ventral ujung penis atau defek sepanjang penis) dan epispadia (defek pada

- dorsum penis). Pada bayi laki-laki sering terdapat fimosis. Ukurn penis bekisar antara 3-4 cm dengan lebar 1-1,3 cm
- 2) Menggunakan kapas, papasi bagian skrotum, biasanya besar dan mempunyai banyak rugae. Testis biasanya sudah turun ke dalam skrotum pada bayi cukup bulan, tetapi pada bayi kurang bulan tidka jarang terdapat kriptorkismus (testis yang belum turun ke dalam skrotum)
 - 3) Perhatikan apakah penis berlubang atau tidak

Perempuan

- 1) Melakukan inspeksi pada labi mayora dan labia minora. Pada bayi perempuan labia minora tampak jelas dan bertemu di garis tengah. Pda bayi cukup bulan labia minora tertutup oleh labia mayora, dan ini adalah salah satu kriteria untuk menilai usia neonatus
- 2) Memperhatikan luang uretra maupun vagina. Biasanya lubang uretra terpisah dari lubang vagina, bila hanya terdapat satu lubang berarti ada kelainan. Kadang-kadang tampak sekret yang berdarah dar vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu (withdrawal bleeding)
- 3) Pemeriksaan tulang belakang dan ekstremitas

- 4) Memperhatikan pergerakan ekstremitas. Bila ada asimetri, kemungkinan adanya patah tulang atau kelumpuhan saraf. Kelumpuhan apda lengan mungkin disebabkan oleh fraktur humerus. Paralisis kedua tungkai biasanya disebabkan oleh trauma berat atau kelainan bawaan di tulang belakang. Tonus ekstremitas juga diperhatikan, hipotonia yang umum biasanya disebabkan oleh kelainan susunan saraf pusat
 - 5) Jumlah serta keadaan jari-jari tangan dan kaki perlu diperiksa, memperhatikan adanya polidaktili, sindaktili atau claw hand/ claw feet
 - 6) Meletakkan bayi posisi tengkurap. Tangan pemeriksa meraba sepanjang tulang belakang untuk mencari kemungkinan adanya skoliosis, sinus pilonidalis atau spina bifida yang mungkin hanya berupa tumor lunak di garis tengah
- g. Pemeriksaan anus
- 1) Melakukan inspeksi pada anus untuk menilai adanya kelainan atresia ani atau posisi anus. Kadang-kadang fistula yang besar dapat dianggap sebagai anus yang normal, tetapi bila diperhatikan benar-benar tampak bahwa fistula terletak di depan atau belakang anus yang normal

2) Melakukan inspeksi ada tidaknya mekonium pada bayi baru lahir. Pengeluaran mekonium biasanya terjadi dalam 24 jam pertama. Bila setelah 48 jam belum juga keluar mekonium, perlu dipikirkan kemungkinan meconium plug syndrome, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan. Mekonium yang keluar in utero pada bayi dengan letak kepala adalah salah satu tanda gawat janin. Bila terdapat darah dalam mekonium perlu dibedakan apakah darah tersebut berasal dari bayi ataukah darah ibu yang tertelan. Cara membedakannya adalah dengan uji Apt yaitu dengan menteskan basa kuat (NaOH), darah ibu akan mengalami hemolisis sedangkan darah bayi tidak

h. Pemeriksaan kulit

- 1) Melakukan inspeksi ada tidaknya vernikas kaseosa (zat yang bersifat seperti lemak berfungsi sebagai pelumas atau sebagai isolasi panas yang akan menutupi bayi yang cukup bulan)
- 2) Melakukan inspeksi ada tidaknya lanugo (rambut halus yang terdapat pada punggung bayi). Lanugo ini jumlahnya lebih banyak pada bayi kurang bulan

Alat Dan Bahan

1. Kapas

2. Senter
3. Thermometer
4. Stetoskop
5. Flanel/ selimut bayi
6. Bengkok
7. Timbangan bayi
8. Pita meter / metlin
9. Pengukur tinggi badan

Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan

1. Persiapan petugas

- a. Membaca basmalah.
- b. Verifikasi data pasien.
- c. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).
- d. Menyiapkan dan mengecek alat.
- e. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memposisikan secara ergonomis.
- f. Membaca hamdalah.

2. Persiapan Pasien

- a. Mengatur posisi bayi
 - b. Melepas pakaian bayi
-

3. Prosedur Pelaksanaan

- a. Mencuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir dengan metode enam langkah dan mengeringkan dengan handuk kering dan bersih.
- b. Mengatur posisi bayi yaitu meletakkannya pada tempat yang rata dan aman
- c. Melakukan pemeriksaan kepala bayi
- d. Melakukan pemeriksaan mata bayi
- e. Melakukan pemeriksaan telinga bayi
- f. Melakukan pemeriksaan hidung bayi
- g. Melakukan pemeriksaan mulut bayi
- h. Melakukan pemeriksaan leher bayi
- i. Melakukan pemeriksaan dada, paru dan jantung bayi
- j. Melakukan pemeriksaan abdomen
- k. Melakukan pemeriksaan genitalia
- l. Melakukan pemeriksaan tulang belakang dan ekstremitas
- m. Melakukan pemeriksaan mulut anus
- n. Melakukan pemeriksaan kulit

Tugas/Latihan

Pre-test

1. Bayi Ny.Y lahir secara normal satu jam yang lalu. Bidan melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dan menemukan adanya edema pada kulit kepala, lunak dan tidak berfluktuasi, batasnya tidak tegas, dan menyeberangi sutura.

Disebut apakah kasus tersebut?

- A. Maulage
- B. Fontanel anterior
- C. Cephal hematoma
- D. Fontanel posterior

E. Caput Succedenum

2. Apakah yang disebut dengan strabismus?

- A. Sklera pucat
- B. Kekeruhan kornea
- C. Katarak pada mata
- D. Bola mata asimetris

E. Koordinasi gerakan mata yang kurang sempurna

3. Berapakah frekuensi napas normal pada bayi? 60-80 kali per menit

- A. 80-100 kali per menit

B. 40-60 kali per menit

- C. 100-120 kali per menit
 - D. 120-140 kali per menit
4. Disebut apakah defek di bagian ventral ujung penis?
- a. Fimosis
 - b. Sindaktili
 - c. Epispadia
 - d. Hipospadia**
 - e. Kriptokismus
5. Berapakah frekuensi denyut jantung yang normal pada bayi adalah?
- a. 60-0 kali per menit
 - b. 80-100 kali per menit
 - c. 100-120 kali per menit
 - d. 160-180 kali per menit
 - e. 120-160 kali per menit**

Skenario

Ny.Y baru saja melahirkan bayinya dan telah dilakukan IMD selama 1 jam, kemudian Bidan mengambil bayinya untuk dilakukan pemeriksaan fisik.

Tugas : Lakukan pemeriksaan fisik pada bayi!

Hasil Pengamatan

Checklist 4. Pemeriksaan Fisik pada Bayi

No	Butir yang dinilai	Penilaian ke-		
		1	2	3
1.	Membaca basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, dan menjaga privasi			
2.	Menjelaskan maksud, tujuan, prosedur tindakan dan melakukan informed consent a. Maksud : Akan melakukan pemeriksaan fisik pada bayi b. Tujuan : Untuk mengetahui kondisi fisik bayi c. Prosedur : Akan dilakukan pemeriksaan dari ujung kepala hingga ujung kaki. d. Informed consent : Apakah bapak/ibu bersedia?			
3.	Mencuci tangan dengan tehnik 6 langkah			
4.	Meletakkan bayi pada meja periksa atau tempat yang rata/tempat tidur dan mengupayakan tempat untuk pemeriksaan aman, menghindari bayi terjatuh serta meletakkan di bawah lampu yang terang			
5.	Membuka bedong/pembungkus bayi			
6.	Lakukan pemeriksaan antropometri pada bayi : a. Menimbang berat badan bayi			
7.	b. Mengukur panjang badan bayi			

8.	c. Mengukur lingkaran kepala bayi			
9.	d. Mengukur lingkaran lengan bayi			
6.	Melakukan pemeriksaan kepala dengan cara : a. Melakukan inspeksi daerah kepala (kelainan bentuk, mikrosefal, makrosefal, mesosefal, keadaan UUB sudah menutup atau belum, permukaan apakah datar, cembung atau cekung, adakah tumor atau benjolan) b. Melakukan penilaian pada bagian tersebut (tanda-tanda moulage, caput succedenum, cephal hematoma)			
7.	Melakukan pemeriksaan mata dengan cara : a. Melakukan inspeksi daerah mata (adakah strabismus / juling, kelainan sindrom mongoloid, adanya tanda-tanda infeksi, katarak kongenital) b. Melakukan penilaian ada tidaknya kelainan (sindrom mongl, tes pandangan pada bayi khususnya mulai usia 2 bulan dengan arah lampu senter)			
8.	Melakukan pemeriksaan telinga dengan cara : a. Memperhatikan			

	<p>hubungan kedua telinga simetris atau tidak, ada kecacatan atau tidak</p> <p>b. Membunyikan bel atau suara</p>			
9.	<p>Melakukan pemeriksaan hidung dengan cara :</p> <p>a. Mengamati pola pernafasan apakah ada pernafasan cuping hidung</p> <p>b. Menggunakan senter untuk inspeksi daerah hidung adakah kelainan sinus hidung</p>			
10 .	<p>Melakukan pemeriksaan mulut dengan cara:</p> <p>a. Menggunakan senter untuk inspeksi daerah mulut</p> <p>b. Memperhatikan warna bibir dan kemampuan refleks menghisap</p>			
11 .	<p>c. Perhatikan adanya bercak pada mukosa mulut, palatum dan pipi biasanya disebut sebagai Monilia Albicans</p> <p>d. Mengamati gusi dan gigi untuk menilai adanya pigmen. Pada bayi baru lahir kadang-kadang sudah terdapat 1 atau 2 gigi yang mudah sekali dilepas</p>			
12 .	<p>e. Memperhatikan adanya labioskisis, labiopalatoskisis, labiopalatognatoskisis . Biasanya labioskisis lebih sering</p>			

	<p>ditemukan di sebelah kiri, perhatikan ekstensi skisis ini</p> <p>f. Memperhatikan pengeluaran saliva. Pengeluaran saliva yang berlebihan pada bayi baru lahir mencurigakan terdapatnya atresia esophagus</p>			
13	<p>Melakukan pemeriksaan leher dengan cara :</p> <p>a. Mengamati apakah ada pembengkakan atau pembesaran kelenjar thyroid atau vena jugularis</p> <p>b. Mengamati pergerakan leher apabila terjadi keterbatasan</p>			
	<p>dalam pergerakannya maka kemungkinan terjadi kelainan pada tulang leher ataupun tortikolis/tengeng</p> <p>c. Mengamati pendeknya leher. Pada bayi leher tampak pendek, dan baru pada umur 3-4 tahun tampak memanjang</p>			
14	<p>d. Meletakkan bayi dalam posisi duduk ketika mengamati kontrol kepala. Kepala yang terkulai setelah bayi 6 bulan menunjukkan cerebral palsy</p> <p>e. Melakukan tes dengan mencoba mendudukkan bayi dari posisi terlentang, apabila terdapat kesulitan duduk (bayi tidak membungkuk saat</p>			

	duduk menunjukkan adanya kaku leher atau opistotonus)			
15	Melakukan pemeriksaan dada, paru dan jantung dengan cara : a. Melakukan inspeksi bentuk dada, adakah tarikan dinding dada b. Melakukan palpasi daerah dada, untuk menentukan ada tidaknya fraktur klavikula dengan cara meraba ictus kordis dengan menentukan posisi jantung			
16	c. Melakukan auskultasi paru dan jantung dengan menggunakan stetoskop untuk menilai frekuensi dan suara napas atau jantung			
17	Melakukan pemeriksaan abdomen dengan cara : a. Melakukan inspeksi perut. Dinding perut bayi lebih datar dibandingkan dengan dinding dadanya. Bagaimana kondisi tali pusat (pada neonatus : basah atau tidak, ada tanda- tanda infeksi dan perdarahan atau tidak) b. Melakukan auskultasi adanya bising usus			
18	c. Melakukan perabaan hati. Umumnya teraba 2-3 cm di bawah arkus kosta kanan d. Melakukan palpasi ginjal,			

	<p>atur bayi dengan posisi telentang dan tungkai dilipat agar otot-otot dinding perut dalam keadaan relaksasi. Tangan kanan pemeriksa diletakkan pada bagian bawah dada kanan bayi, dan jari-jari yang berada di atas perut ditekankan untuk meraba ginjal</p>			
19	<p>Melakukan pemeriksaan genitalia dengan cara :</p> <p>a. Genitalia laki-laki</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan inspeksi pada genitalia laki-laki seperti keadaan penis, ada tidaknya hipospadia dan epispadia (defek pada dorsum penis). Pada bayi laki-laki sering terdapat fimosis (melekatnya kulup pada glands penis yang menutupi lubang penis) 2) Menggunakan kapas untuk palpasi bagian skrotum, biasanya besar dan mempunyai banyak rugae. Palpasi apakah skrotum sudah berisi testis pada kedua sisi untuk mendeteksi adenesustesticulorum 3) Memperhatikan apakah 			

	penis berlubang atau tidak			
20	b. Genitalia wanita 1) Melakukan inspeksi pada labia mayora dan labia			
	minora, apakah labia mayora sudah menutupi labia minora, adakah sekret berupa lendir putih kental atau darah dari vulva 2) Memperhatikan lubang uretra maupun vagina			
21	Melakukan pemeriksaan tulang belakang dan ekstremitas dengan cara : 1. Pemeriksaan ekstremitas Memperhatikan pergerakan ekstremitas, saraf pusat. Jumlah serta keadaan jari-jari tangan dan kaki perlu diperiksa, perhatikan adanya polidaktili, sindaktili atau claw hand / claw feet, pemfaligus atau pemvingus			
22	2. Pemeriksaan tulang belakang Meletakkan bayi pada posisi tengkurap. Tangan pemeriksa meraba sepanjang tulang belakang untuk mencari kemungkinan adanya skoliosis, sinus pilonidalis atau spina bifida yang mungkin hanya berupa tumor lunak di garis tengah			
23	Melakukan pemeriksaan anus dengan cara :			

	Lakukan inspeksi pada anus untuk menilai adanya kelainan atresia ani atau posisi anus, adanya kelainan kulit anus berupa diaper rush			
24	Melakukan pemeriksaan kulit dengan cara : 1. Lakukan inspeksi ada tidaknya verniks kaseosa 2. Lakukan inspeksi ada tidaknya lanugo cukup bulan			
25	Mengucapkan hamdalah, menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
26	Merapikan bayi serta memberikan kepada ibunya kembali dan merapikan alat			
27	Mencuci tangan dengan tehnik 6 langkah			
28	Mendokumentasikan/mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP. (tanggal, jam, tempat, isi/hasil tindakan, tanda tangan, nama terang)			

Keterangan Penilaian

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 56**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{3} \times 100$

Instruktur

(_____)

Kesimpulan

No.	Jenis Penilaian		Hasil
1	Pengetahuan <i>(knowledge)</i>	Nilai Pre-test	
2	Ketrampilan <i>(skill)</i>	Nilai Ceklist	
3	Sikap <i>(attitude)*</i>	Sangat baik	
		Baik	
		Kurang baik	
4	Global rating*	Superior	
		Lulus	
		Borderline	
		Tidak lulus	
Catatan Tambahan/Umpun Balik :			

*pilih salah satu dengan tanda centang (√)

BASIC SKILL TRAINING 5

PENGAMBILAN SPESIMEN

Standar Kompetensi	Kompetensi Dasar	Indikator
Mahasiswa mampu melakukan pengambilan spesimen .	Menjelaskan cara Pengambilan specimen.	<ol style="list-style-type: none">1. Mampu menjelaskan pengambilan spesimen urine dengan benar.2. Mampu menjelaskan pengambilan spesimen feses dengan benar.3. Mampu menjelaskan pengambilan spesimen darah dengan benar.4. Mampu menjelaskan pengambilan spesimen cairan pervaginam dengan benar.5. Mampu menjelaskan pengambilan spesimen sputus (dahak) dengan benar.6. Mampu menjelaskan pengambilan spesimen pus (nanah) dengan benar.

	Mempraktikkan pemeriksaan specimen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mempraktikkan pengambilan spesimen urine dengan tepat. 2. Mampu mempraktikkan pengambilan spesimen feses dengan tepat. 3. Mampu mempraktikkan pengambilan spesimen darah dengan tepat. 4. Mampu mempraktikkan pengambilan spesimen cairan pervaginam dengan tepat. 5. Mampu mempraktikkan pengambilan spesimen sputus (dahak) dengan tepat. 6. Mampu mempraktikkan pengambilan spesimen pus (nanah) dengan tepat.
--	------------------------------------	---

Tujuan

Untuk mendapatkan specimen urine, feses, darah, cairan pervaginam, sputus dan pus dengan tepat.

Strategi Pembelajaran

NO	Tugas Instruktur	Tugas Mahasiswa	Waktu
1.	Memulai pembelajaran dengan doa belajar	Membaca doa belajar bersama.	2 menit

	bersama.		
2.	Memberikan soal pre-test	Mengerjakan pre-test	5 Menit
3.	Mendemonstrasikan sambil menjelaskan pengukuran antropometri dan pemeriksaan TTV	Mengamati demonstrasi	30 menit
4.	Mengamati dan membimbing ketrampilan mahasiswa	Melakukan praktik pengukuran antropometri dan pemeriksaan TTV	50 menit
5.	Memberikan umpan balik	Memperhatikan umpan balik dan menanyakan yang belum dipahami	10 menit
6.	Menutup pembelajaran dengan doa kafaratul majlis	Membaca doa kafaratul majlis bersama	3 menit
			100 menit

Pendahuluan/Dasar Teori

1. Pengertian Spesimen

Spesimen merupakan segala macam benda apa saja yang dianggap tercemar oleh suatu penyakit hewan atau jasad renik penyebab penyakit hewan termasuk bagian-bagian tubuh hewan atau berupa hewannya sendiri yang mati, sakit atau tersangka sakit perlu dikirim secara cepat dengan memperhatikan ketentuan yang diperlukan.

2. Pengertian Pengambilan Spesimen

Pengambilan spesimen darah merupakan pengambil dan menyiapkan spesimen darah untuk pemeriksaan diagnostik.

3. Dasar Pengumpulan Spesimen

1. Jenis spesimen yang dikirim tergantung pada jenis penyakit sehingga organ yang dikirim juga spesifik khususnya organ atau jaringan yang secara klinis mengalami perubahan.
2. Spesimen dikirim dalam keadaan aseptik menggunakan bahan yang ditetapkan sesuai prosedur atau peralatan yang telah dicuci, dikeringkan dan disterilisasi.
3. Botol diberi diberi identitas yang jelas dan teknis pemeriksaan apa yang diinginkan. Botol spesimen disimpan dalam termos es dan selama proses pengambilan spesimen lakukan secara hati-hati khususnya terhadap pencemaran.
 - 1) Ada beberapa yang mempengaruhi seleksi pengiriman spesimen diantaranya yaitu: waktu, peralatan, teknik, transportasi, dan tidak kalah penting adanya form/ dokumen spesimen.
 - 2) Pada prinsipnya bahan yang diperlukan, cara pengepakan, dan metode yang dikehendaki

harus disesuaikan dengan apakah spesimen tersebut untuk diperiksa secara bakteriologik, virologik, mikologik, parasitologik, toksikologik, serologik dan pemeriksaan histopatologik. Penyakit dan organ yang terserang biasanya spesifik oleh karenanya pengiriman spesimen harus memperhatikan gejala klinis penyakit dan jenis spesimen serta pengawetan yang digunakan.

4. Persiapan Untuk Pemeriksaan

Pemeriksaan laboratorium merupakan bagian dari rangkaian pemeriksaan untuk mengetahui penyebab penyakit, menilai perkembangan penyakit setelah diberikan pengobatan atau meyakinkan kebenaran penyebab penyakit yang diduga berdasarkan gejala klinisnya yang khas (gejala pathognomonic). Untuk mengetahui penyebab atau perkembangan penyakit infeksi, diusahakan isolasi dan identifikasi mikroorganisme dari spesimen (sampel) yang diambil.

Hasil pemeriksaan ini dipakai sebagai pedoman dalam pengobatan, perawatan atau tindakan lainnya pada klien.

Kegagalan hasil pemeriksaan penyebab penyakit dapat disebabkan oleh beberapa faktor, dan bila hasil pemeriksaan negatif tidak berarti bahwa hasil diagnosis klinik salah tetapi dapat disebabkan oleh tehnik atau

cara kerja pengambilan dan pengiriman spesimen (sampel, bahan pemeriksaan) yang salah. Mengingat hasilnya yang sangat penting, maka pengambilan dan penanganan spesimen harus dilakukan dengan benar. Spesimen pemeriksaan sebaiknya harus diambil sebelum pemberian obat-obatan, bila terlanjur mengkonsumsi antibiotik sebaiknya setelah 24 jam pemberian antibiotik.

Kadang diperlukan bantuan secara aktif dalam pengambilan spesimen pemeriksaan dengan memberikan keterangan kerja yang jelas terhadap pengambilan spesimen yang diperlukan/dikehendaki. Pengambilan harus dilakukan dengan cara aseptik untuk menghindari kontaminasi mikroorganisme lain, dengan wadah (tempat penampung) yang steril. Prinsip pengambilan sampel harus representatif (mewakili proses pemeriksaan yang dikehendaki dan ada kaitannya dengan infeksi mikroorganisme penyebab penyakit), tanpa memandang asal/jenis spesimen. Spesimen dalam wadah/tempat steril yang dapat ditutup dengan baik dan tidak bocor.

Hal penting untuk mencegah pencemaran, sampel spesimen harus segera dikirimkan ke laboratorium mikrobiologi untuk diproses secepatnya, dapat diisolasi dari suatu tempat pada saat akut atau selama perjalanan penyakitnya. Kesalahan dalam pemilihan spesimen dalam pengambilan dan pengiriman dapat

memberikan hasil yang tidak sesuai, dan dapat mengacaukan pengobatan terhadap klien. Dalam pengambilan spesimen harus memperhatikan kenyamanan dan privasi klien, beri penjelasan dan arahan yang cukup, sehingga spesimen yang diambil sesuai dengan kebutuhan pemeriksaan tanpa mengganggu hak klien.

5. Waktu Pengambilan

Waktu pengambilan sangat penting diperhatikan, agar didapatkan hasil yang tepat dan meyakinkan. Waktu ini disesuaikan dengan kepentingan dan tujuan pemeriksaan. Contoh: untuk pemeriksaaan yang dicurigai menderita demam tifoid/typhus abdominalis, maka untuk:

1. kepentingan gal cultur, pengambilan darah dilakukan pada minggu I proses penyakit.
2. kepentingan pemeriksaan Widal (serologis), pengambilan darah dilakukan pada minggu ke III.
3. kepentingan kontrol (pada klien yang sudah sembuh), diambil tinja sebagai bahan pemeriksaan. Hal ini diperlukan untuk menghindari terjadinya bahaya penularan kepada orang lain, karena meskipun secara klinis sudah sembuh, tetapi biasanya masih mengandung bakteri *Salmonella typhi*, terutama dalam fesesnya (keadaan ini disebut carrier). Pengambilan spesimen

yang bertujuan untuk menemukan *microfilaria*

Wuchereria bancrofti, pengambilan darah dilakukan pada malan hari, sedangkan untuk menemukan *Plasmodium sp.* pengambilan darah dilakukan saat demam. Kadang pengambilan spesimen dilakukan secara serial (tiga hari berturut-turut) untuk memperbesar kemungkinan mendapatkan mikrobanya.

Pengambilan spesimen untuk pemeriksaan toksikologik pada dugaan keracunan, harus dilakukan secepatnya agar betul-betul ditemukan bahan penyebab keracunan tersebut. Spesimen dapat berupa sisa makanan yang dimakan, bahan muntahan, dan bahan mentah sisa yang dicurigai sebagai penyebab keracunan.

6. Macam Spesimen

Dalam pemeriksaan laboratorium, diperlukan spesimen yang wujudnya bermacam-macam sesuai dengan kebutuhan yang erat kaitannya dengan penyakit. Spesimen dapat berasal dari pengambilan di tempat pemeriksaan, atau berupa spesimen kiriman berasal dari tempat pelayanan kesehatan lain, bahkan dapat berasal dari pengambilan di lapangan. Di tatanan pelayanan klinik perawat sering harus melakukan pengambilan dan pengumpulan spesimen. Spesimen untuk pemeriksaan meliputi darah, urin, feses atau rectal swab, sputum, drainase luka, makanan maupun

jaringan atau bagian tubuh dan lain-lain tergantung dari gejala klinik

Tabel 1. Jenis Spesimen dan Penyebab Penyakit.

Jenis Spesimen	Mikroba Penyebab Penyakit
Darah	Salmonella typhi, Streptococcus, Staphylococcus.
Urin	Salmonella typhi, Staphylococcus, Escherichia coli, Trichomonas vaginalis.
Feses (rectal swab)	Salmonella , Shigella, Escherchia, Vibrio.
Pus (Nanah)	Neisseria gonorrhoea, Treponema palidum, Streptococcus, Staphylococcus.
Sputum	Mycobacterium tuberculosis, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus, Corynebacterium diptheriae.

7. Sampel Darah

Pada pemeriksaan Widal/gal kultur diperlukan 3-5 ml darah vena. Pada bakterimia 10 ml darah yang diambil dapat diinokulasikan langsung ke media kultur/biakan atau ke dalam tabung berisi antikoagulan.

1. Tujuan Pengambilan Spesimen Darah.

1) Tujuan umum:

Menyediakan spesimen darah untuk analisis pemeriksaan diagnostik.

2) Tujuan khusus :

a) Darah vena.

Tujuan : mendapatkan spesimen darah vena tanpa anti koagulan yang memenuhi persyaratan untuk pemeriksaan kimia klinik dan imunoserologi.

b) Darah kapiler.

Tujuan : mendapatkan spesimen darah kapiler yang memenuhi persyaratan untuk pemeriksaan golongan darah dan beberapa pemeriksaan rapid test imunologi.

2. Indikasi.

- 1) Pada pasien malaria.
- 2) Pada pasien HIV/aids.
- 3) Pada pasien Typus.

3. Tempat Pengambilan Darah.

- 1) Perifer (pembuluh darah tepi).
- 2) Vena.
- 3) Arteri.
- 4) Orang dewasa di ambil pada ujung jari atau daun telinga bagian bawah.
- 5) Bayi dan anak kecil dapat diambil pada ibu jari kaki, tumit, atau daerah kepala.

4. Tempat Pengambilan dan Volume Spesimen.

Ada 2 (dua) tempat pengambilan spesimen darah, yaitu :

- 1) Ujung jari tangan/kaki (Darah Kapiler). Digunakan apabila mengambil darah dalam jumlah sedikit atau tetesan (dipakai untuk screening test).
- 2) Lipatan lengan/siku (Darah Vena). Digunakan apabila mengambil darah dalam jumlah agak banyak, misalnya : 1 s/d 10 ml.

5. Wadah Spesimen

- 1) Untuk darah vena, memerlukan wadah/botol terbuat kaca, atau tetap di dalam spuit.
- 2) Untuk darah kapiler tidak memerlukan wadah.
- 3) Wadah dapat berukuran kecil atau ukuran volume 5 ml.



8. Sampel Urine

1. Pengertian.

Air seni atau urin adalah cairan sisa yang dilepaskan oleh ginjal, yang kemudian dikeluarkan dari tubuh melalui proses urinasi (berkemih).

Ekskresi urin diperlukan untuk membuang molekul-molekul sisa dalam darah yang disaring ginjal dan untuk menjaga kestabilan cairan tubuh.

2. Pengambilan Sampel Urine

Menurut Wachyuni dari bagian Mikrobiologi RSVP Fatmawati, Jakarta Selatan, ada beberapa cara pengambilan sampel urin, yakni:

3. Urin sewaktu

Untuk berbagai pemeriksaan digunakan urin sewaktu, yakni urin dikeluarkan pada waktu yang tidak ditentukan secara khusus.

Pemeriksaan ini baik untuk pemeriksaan rutin tanpa keluhan khusus.

4. Urin pagi

Maksudnya, urin yang pertama-tama dikeluarkan di pagi hari setelah bangun tidur. Urin ini lebih pekat daripada urin yang dikeluarkan di siang hari. Pemeriksaan urin pagi baik untuk sedimen, berat jenis, protein, juga tes kehamilan. Sebaliknya, urin pagi tidak baik untuk pemeriksaan penyaring karena adanya glukosuria.

5. Urin postprandial

Maksudnya, urin yang pertama kali dikeluarkan 1,5 – 3 jam sehabis makan. Sampel ini berguna untuk pemeriksaan glukosuria.

6. Urin 24 jam

Sampel ini digunakan untuk mengetahui keandalan angka analisis. Untuk mengumpulkan urin 24 jam diperlukan botol besar, bervolume 1,5 liter atau lebih yang ditutup dengan baik. Botol harus bersih dan memerlukan zat pengawet.

7. Urin 3 gelas dan 2 gelas pada laki-laki

Urin jenis ini digunakan untuk pemeriksaan urologis. Selain itu, juga untuk mendapatkan gambaran tentang letak radang atau lesi lain, yang mengakibatkan adanya nanah atau darah dalam air kencing pria.

Urine merupakan tempat yang baik untuk

pertumbuhan dan multiplikasi (perkembangbiakan) mikroorganisme sehingga syarat aseptik dalam pengambilan dan pengiriman harus diperhatikan. Urin dapat diambil dengan beberapa cara:

- 1) Kateterisasi, pada kasus khusus. Pada klien dengan kateter yang terpasang selama beberapa hari (dower kateter), urin dapat diambil dengan spuit disposable langsung pada selang karet yang sebelumnya telah didesinfeksi dengan alkohol 70%, dan jangan diambil dari kantong urin (urobag).
- 2) Aspirasi suprapubik pada kasus khusus. Aspirasi suprapubik dilakukan dengan menusukkan jarum langsung ke buli-buli dengan persyaratan atau keahlian tertentu.
- 3) Urin prosi tengah dengan cara clean catch (cara ini sering digunakan), klien harus membersihkan daerah periurethral dengan air dan sabun sampai bersih dan dibilas dengan air matang, baru klien disuruh kencing (aliran awal dibuang, aliran tengah/pori tengah langsung ditampung dalam wadah steril yang telah dipersiapkan, lebih kurang 10-20 ml urin. Jumlah secukupnya dan diambil dari porsi/pancaran urin tengah atau melalui kateter steril. Spesimen harus dikirim dalam 1-

2 jam untuk segera diperiksa, bila tidak memungkinkan dikirim dapat disimpan dalam almari es, paling lama 24 jam.



9. Sampel Sputum / Dahak

Sputum adalah secret mucus yang dihasilkan dari paru-paru, bronkus dan trakea. Individu yang sehat tidak memproduksi sputum karies perlu batuk untuk mendorong sputum dari paru-paru, bronkus dan trakea ke mulut dan mengeluarkan ke wadah penampung. Pemeriksaan sputum dilakukan untuk : kultur (menentukan jenis mikroorganisme) dan tes sensitivitas terhadap obat untuk sitology dalam mengidentifikasi asal, struktur, fungsi dan patologi sel. Specimen untuk sitology (mengidentifikasi kanker paru-paru jenis selnya) seringkali dilakukan secara 3

kali dari sputum yang diambil dipagi hari.

Pada klien diduga pneumonia, klien harus batuk yang dalam dan mengeluarkan dahaknya langsung ke wadah steril, dan apabila diperlukan dapat diberikan nebulizer atau obat ekspektoransia untuk mempermudah pengeluaran sputum. Untuk tujuan pemeriksaan bakteri tahan asam (BTA/Mycobacterium tuberculose), bahan dapat diambil dengan cara:

1. sputum sesaat/spot sputum, yaitu sputum yang keluar saat klien memeriksakan diri.
2. sputum pagi hari (early morning sputum), yaitu sputum yang keluar pada pagi hari.
3. sputum tampung (collecting sputum), yakni sputum yang dikumpulkan selama 24 jam.



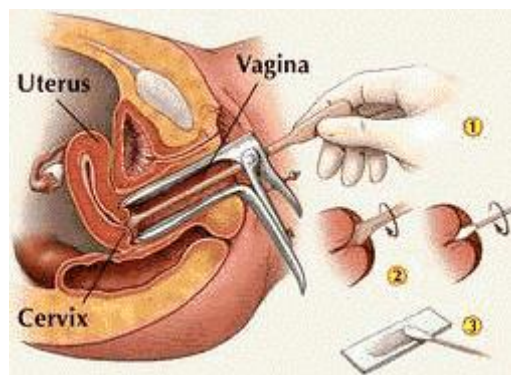
4. Spesimen saluran napas bagian atas.

Spesimen didapat dengan cara swab hidung, nasofaring, tenggorokan, dan aspirasi sinus. Sekresi

nasofaring diambil dengan swab kapas, swab dimasukkan melalui hidung, diputar, dan dikeluarkan dengan hati-hati dan dimasukkan ke medium transport. Usapan tenggorokan diperoleh dengan menekan lidah menggunakan spatellidah, kemudian daerah tonsil kiri kanan, faring sebelah posterior, dan daerah yang ada kelainan diusap dengan lidi kapas steril, dan usahakan tidak menyentuh lidah, uvula, atau bibir klien.

10. Sekret Cairan Vagina

Spesimen berupa usapan vagina atau serviks. Untuk pengambilan sekret serviks dipergunakan speculum (tanpa lubrikan) dan sekret diambil langsung dengan swab lidi, hati hati jangan menyentuh dinding vagina. Bila diperkirakan infeksi disebabkan bakteri gonokokus, sebaiknya langsung diinokulasikan pada medium yang sesuai seperti medium transgrow yang merupakan modifikasi medium Thayer-Martin.



11. Pus Nanah / Luka

Pada luka tertutup paling baik dengan spuit dan jarum yang didesinfeksi sebelumnya, apabila diambil saat operasi sebagian dari dinding abses perlu disertakan. Spesimen permukaan luka diambil dengan swab, juga spesimen dari mata, telinga dan lainnya.



12. Sampel Feses (Tinja)

Pemeriksaan feses dilakukan untuk, melihat ada atau tidaknya darah. Pemeriksaan ini mudah dilakukan baik oleh perawat atau kliesn sendiri. Pemeriksaan ini menggunakan kertas tes Guaiac. Analisa produk diet dan skresi saluran cema, bila feses mengandung banyak lemas, kemungkinan ada masalah dalam penyerapan lemak diusuh halus. Untuk pemeriksaan ini diperlukan jumlah feses sedikit untuk kultur. Pengambilan perlu hati-hati agar tidak terkontaminasi pada lembar pengantar perlu dituliskan antibiotic yang telah dikonsumsi. Jumlah secukupnya dan untuk pemeriksaan Salmonella dan Shigella sebaiknya dipilih tinja yang ada darah atau pus atau lendirnya. Feses yang diambil diusahakan tidak terkena air jamban atau air kencing agar tidak terkontaminasi.



13. Pewadahan Spesimen

Tempat penampungan spesimen atau pewadahan harus memenuhi syarat bersih atau steril. Untuk mendapatkan tempat (wadah) yang steril sebaiknya menggunakan sterilisasi fisik (autoklaf), tidak dianjurkan memakai antiseptik atau desinfektan untuk mensucihamakan wadah tersebut. Wadah dalam pengambilan spesimen yang dipakai disesuaikan dengan kebutuhan. Kadang ada satu wadah yang sekaligus dapat dipergunakan untuk transport (pengiriman).

14. Pengiriman Spesimen

Pengantar Pemeriksaan Tiap spesimen atau bahan pemeriksaan yang dikirim ke laboratorium harus disertai dengan surat pengantar atau blanko permintaan pemeriksaan yang meliputi:

- a. nama lengkap, jenis kelamin, umur, serta alamat;
- b. tanggal pengambilan spesimen;
- c. jenis spesimen (darah, urin, pus dan lain-lain);

- d. jenis pemeriksaan yang diminta, misalnya bahan: feses, jenis pemeriksaan: Shigella, Salmonella, Cholera;
- e. asal spesimen: hasil muntahan, rectum (rectal swab), tenggorokan;
- f. keterangan klinik klien, lebih baik ditambahkan sedikit tentang riwayat penyakit sudah mendapat pengobatan atau belum, kalau sudah maka disebutkan jenis obat yang telah dikonsumsi;
- g. nama, alamat pengirim serta tanda tangannya.
- h. Waktu Pengiriman Waktu pengiriman tidak boleh terlalu lama, untuk menghindari rusaknya spesimen yang dikirim.
- i. Keamanan spesimen Harus diusahakan supaya spesimen yang dikirim tidak mengalami kerusakan dan tetap murni, misalnya tempat harus steril, ditutup dengan rapat supaya tidak terjadi kontaminasi dengan mikroorganisme lain dan tidak mengalami kerusakan dalam perjalanan. Untuk menghindari rusaknya bahan dalam pengiriman, maka diusahakan beberapa cara, misalnya:
 - 1) untuk pemeriksaan Widal tidak perlu ditambahkan anti koagulan karena akan diambil serumnya.
 - 2) spesimen feses, beberapa gram tinja (5-10 gram)

- ditaruh dalam tempat steril kemudian ditutup lalu dibungkus rapat, setelah itu dikirim ke laboratorium segera. c) khusus spesimen untuk pemeriksaan Cholera spesimen terdiri atas:
- d) Feses yang pengambilannya dengan cara rectal swab steril langsung, kemudian swab dan feses dimasukkan ke dalam tabung steril berisi 10 ml pepton alkali.
- 3) Bahan muntahan sejumlah 1 ml dimasukkan ke dalam tabung steril berisi 10 ml pepton alkali. Cairan pepton alkali ini berfungsi sebagai media transport untuk menjaga agar bakteri tidak mati dalam perjalanan pengiriman. Media transport yang lain adalah pepton telurit dan carry dan blair, larutan Selenit broth atau larutan Sach's.

Alat Dan Bahan

1. Pengambilan spesimen urine

- a. Kapas savlon 1% atau kapas air hangat.
- b. Waslap dan sabun mandi.
- c. Pispot 2 buah.
- d. Botol urine yang sudah diberi label.
- e. Surat pemeriksaan laboratorium.
- f. Handschoon.

- g. Bengkok.
- h. Sampiran.

2. Pengambilan spesimen feses.

- a. pispot atau commode yang bersih dan steril.
- b. sarung tangan disposabel.
- c. wadah spesimen dari plastik atau karton (berlabel) dengan penutup atau, hapusan steril pada tabung periksa untuk kultur feses, sesuai kebijakan yang ada.
- d. dua spatel.
- e. handuk kertas.
- f. slip permintaan laboratorium yang terisi lengkap.
- g. penyegar udara.

3. Pengambilan spesimen darah

- a. sarung tangan disposabel.
 - b. bak instrumen.
 - c. spuit 3 cc dan 5 cc.
 - d. Bengkok.
 - e. sarung tangan steril.
 - f. Plester.
 - g. gunting plester.
 - h. Perlak.
 - i. kapas alkohol.
 - j. Tourniquet.
 - k. botol vacum tube.
-

- l. tempat sampah jarum.
- m. wascom larutan chlorine 0,5 %.

4. Pengambilan spesimen cairan pervaginam.

- a. Sarung tangan steril.
- b. Kapas lidi steril.
- c. Kassa steril.
- d. Larutan klorin 0,5%.
- e. Kapas Sublimat.
- f. Krim Antiseptik.
- g. Objek glass.
- h. Piring petri.
- i. 2 buah bengkok.
- j. Spekulum.
- k. Perlak.
- l. Dua buah wadah.
- m. Stetoskop.
- n. Celemek.
- o. Kain sekali pakai.

5. Pengambilan spesimen sputum (dahak).

- a. wadah specimen.
- b. sarung tangan disposable.
- c. disinfektan dan alat pengusap, atau sabun cair

dan air.

- d. handuk kertas.
- e. label yang terisi lengkap.
- f. slip permintaan laboratorium yang terisi lengkap.
- g. obat kumur.

6. Pengambilan spesimen pus (nanah).

- a. kapas alkohol 70%.
- b. lidi kapas steril.
- c. sarung tangan disposabel.
- d. media transport stuart.
- e. Antiseptis.

Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan

Pengambilan Spesimen Urine

- 1. Persiapan petugas:
 - a. Membaca basmalah.
 - b. Verifikasi data pasien.
 - c. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register)
 - d. Menyiapkan dan mengecek alat.
 - e. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memosisikan secara ergonomis.
 - f. Membaca hamdalah.
-

2. Persiapan pasien:

Membawa tempat urin dan menampung urin ditempat urin sesuai arahan bidan.

3. Prosedur tindakan ::

1. Mencuci tangan dengan 6 langkah
2. Menyiapkan wadah penampung yang dialasi bengkok , beri nomer identitas wadah penampung urine
3. Memberitahu tatalaksana penampungan urine di wadah agar tidak trcampur dengan air : pasien mencuci tangan dulu dengan sabun
4. kedua labia dipisahkandan daerah vagina dibersihkan dengan potongan kasa steril+air sabun.Arah pembersihan dari depan ke belakang.Kemudian buang kasa yang telah digunakan ke tempat sampah
5. Lalu keringkan dengan kassa kering
6. Dengan tetap memisahkan kedua labia mulailah berkemih
7. Pancaran urin yang mula – mula keluar dibuang , kemudia aliran urine yang selanjutnya ditampung pot urine steril sampai setengah pot terisi
8. Hentikan penampungan sebelum berkemih selesai
9. Setelah selesai pot urine ditutup rapat dan diting

luar pot dibersihkan dari urine yang tertumpah
specimen segera dikirim ke laboratorium

10. Menganjurkan pasien mencuci tangan dengan sabun
11. Memakai sarung tangan
12. Menerima wadah berisi urine dari pasien
13. Melakukan pemeriksaan / mengirim ke laboratorium
14. Merapikan pasien dan Alat
15. Mencuci tangan dengan 6 langkah
16. Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan

Pengambilan Spesimen Feses

1. Persiapan petugas
 - a. Membaca basmalah.
 - b. Verifikasi data pasien.
 - c. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).
 - d. Menyiapkan dan mengecek alat.
 - e. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memposisikan secara ergonomis.
 - f. Membaca hamdalah.

2. Persiapan pasien

Membuka baju bagian yang akan dilakukan pemeriksaan dan menampung feses ke pispot.

3. Prosedur tindakan

- a. Mencuci tangan dengan 6 langkah
- b. Memakai APD
- c. Menganjurkan klien bila tidak ada kontra indikasi maka klien BAB di tempat tidur dengan pispot. Atau pispot bisa diletakkan diatas kursi atau di toilet
- d. Setelah klien defekasi, tutup pispot agar klien tidak merasa malu
- e. Bersihkan klien dari feses apabila diatas bed
- f. Pindahkan sejumlah feses yang diperlukan ke wadah specimen feses denggan menggunakan dua spatel untuk memindahkan sejumlah atau semua feses ke dalam wadah specimen
- g. Pastikan bagian wadah feses bagian luar tidak terkontaminasi dengan feses
- h. Bungkus spatel yang sudah digunakan dengan handuk kertas

lalu buang ke wadah pembuangan

- i. Tutup wadah segera setelah spesimen berada dalam wadah
- j. Beri label dan kirim spesimen ke laboratorium
- k. Merapikan pasien dan Alat
- l. Mencuci tangan dengan 6 langkah
- m. Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan

Pengambilan Spesimen Darah Vena

1. Persiapan petugas:
 - a. Membaca basmalah.
 - b. Verifikasi data pasien.
 - c. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).
 - d. Menyiapkan dan mengecek alat.
 - e. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memosisikan secara ergonomis.
 - f. Membaca hamdalah.
2. Persiapan pasien:

Membuka baju bagian yang akan dilakukan pemeriksaan.
3. Prosedur tindakan :

- a. Mencuci tangan dengan 6 langkah
- b. Menyiapkan alat secara ergonomis
- c. Memakai APD
- d. Pilih bagian arteri radialis.
- e. Pasang tali pembendung (tourniquet) jika diperlukan
- f. Lakukan palpasi (perabaan) dengan jari tangan untuk memastikan letak arteri.
- g. Desinfeksi kulit yang akan ditusuk dengan kapas alkohol 70%, biarkan kering. Kulit yang telah dibersihkan jangan dipegang lagi.
- h. Tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas. Jika jarum telah masuk ke dalam vena, akan terlihat darah masuk kedalam semprit (flash). Usahakan sekali tusuk vena, lalu tourniquet dilepas.
- i. Setelah volume darah dianggap cukup, minta pasien membuka kepalan tangannya.
- j. Letakan kapas di tempat suntikan lalu segera lepaskan / tarik jarum. Tekan kapas beberapa saat lalu plester selama \pm 15 menit.
- k. Masukkan darah ke tabung vacutainer
- l. Mencatat label dan kirim ke laboratorium
- m. Merapikan pasien dan Alat
- n. Mencuci tangan dengan 6 langkah

- o. Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan

Pengambilan Spesimen Cairan Pervaginam

1. Persiapan petugas
 - a. Membaca basmalah.
 - b. Verifikasi data pasien.
 - c. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).
 - d. Menyiapkan dan mengecek alat.
 - e. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memposisikan secara ergonomis.
 - f. Membaca hamdalah.
2. Persiapan pasien:

Membuka baju bagian yang akan dilakukan pemeriksaan.
3. Prosedur Tindakan
 - a. Mencuci tangan dengan 6 langkah
 - b. Menyiapkan alat secara ergonomis
 - c. Membantu pasien membuka baju di bagian bawah
 - d. Memasang pengalas bokong
 - e. Mengatur posisi pasien yaitu dorsal recumbent
 - f. Ambil lidi kapas steril yang pertama Memakai

sarung tangan

- g. Bersihkan mulut seviks dengan lidi kapas steril kemudian ke fornix posterior dan dinding vagina
- h. Slide diletakkan di meja jika ada asisten pembuatan preparat dapat dilakukan oleh asisten
- i. Dari lidi kapas pertama buatlah apusan berupa dua lingkaran kecil pada sisi kanan dan kiri slide untuk pemeriksaan sediaan basah olesan jangan terlalu tebal dan tipis
- j. Lakukan pemeriksaan kesamaan vagina dengan menempelkan lidi kapas yang telah digunakan untuk mengambil sediaan dari forniks dan dinding vagina pada kertas PH
- k. Buang lidi kapas pada sampah infeksius
- l. Masukkan lidi kapas steril ke dalam saluran endoserviks sedalam 1 – 1.5 cm, putar lidi kapas searah jarum jam 2-3kali(10-30detik) untuk dapatkan sampel yang cukup. Tarik lidi kapas pelan-pelan tanpa menyentuh dinding vagina
- m. Buatlah hapusan pada kaca objek kedua dengan cara menggulirkan lidi kapas dengan berhati-hati
- n. Spesimen yang sudah diambil dengan menggunakan lidi kapas steril dimasukkan ke dalam media transpor (Amies agar) dan dikirim ke

laboratorium

- o. Mengisi blanko formulir pengiriman dengan jelas untuk segera dikirim ke laboratorium
- p. menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih
- q. Merapikan pasien dan Alat
- r. Mencuci tangan dengan 6 langkah
- s. Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP

Pengambilan Spesimen Sputum / Dahak

- 1. Persiapan petugas:
 - a. Membaca basmalah.
 - b. Verifikasi data pasien.
 - c. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).
 - d. Menyiapkan dan mengecek alat.
 - e. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memposisikan secara ergonomis.
 - f. Membaca hamdalah.
- 2. Persiapan pasien:
 - a. Membuka baju bagian yang akan dilakukan pemeriksaan.
 - b. Prosedur Tindakan

- c. Mencuci tangan dengan 6 langkah
- d. Menyiapkan alat secara ergonomis
- e. Memakai sarung tangan
- f. Pengambilan sputum ditempat terbuka ventilasi baik , jauh dari kerumunan setelah itu pasien disuruh untuk berkumur 3 kali dengan air minum
- g. Bantu klien mengambil posisi berdiri atau duduk tegak
- h. Minta klien untuk memegang bagian luar wadah sputum
- i. Minta klien untuk bernafas dalam 2-3 kali dalam dan kemudian keluarkan nafas bersamaan dengan batuk yang kuat dan berulang kali sputum keluar
- j. Keluarkan sputum ke dalam wadah sputum dengan cara mendekatkan ke mulut
- k. Sputum tersebut diamati berkualitas baik atau tidak. Sputum yang sputum tersebut diamati berkualitas baik atau tidak. Sputum yang sputum diamati berkualitas baik atau buruk . sputum yang baik adalah kental, purulen dan volume 2-5 ml
- l. Tutup wadah segera setelah sputum berada di dalam wadah beri label dan kirim ke laboratorium
- m. menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih

- n. Merapikan pasien dan Alat
- o. Mencuci tangan dengan 6 langkah
- p. Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP

Pengambilan Spesimen Pus /Nanah

1. Persiapan petugas:
 - a. Membaca basmalah.
 - b. Verifikasi data pasien.
 - c. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).
 - d. Menyiapkan dan mengecek alat.
 - e. Mendekatkan alat kedekat pasien dan memposisikan secara ergonomis.
 - f. Membaca hamdalah.
2. Persiapan pasien:

Membuka baju bagian yang akan dilakukan pemeriksaan.
3. Prosedur Tindakan
 - a. Mencuci tangan dengan 6 langkah
 - b. Menyiapkan alat secara ergonomis
 - c. Memakai APD
 - d. Posisikan pasien senyaman mungkin sesuai luka

pasien

- e. Memasang pernak pengalas
- f. Buka perban apabila luka ditutup perban
- g. Luka dibersihkan dengan normal saline steril untuk menghilangkan kotoran / floral/eksudat tunggu 1-2 menit sebelum dilakukan swab
- h. Swab dioleskan ke bagian dasar luka dari satu ujung ke ujung lainnya dengan zigzag sembari memutar swab
- i. Jangan mengambil pus untuk kultur dan jangan mengoles pada bagian luka yang sudah mengering
- j. Swab segera dimasukkan ke dalam tabung, lalu tabung ditutup rapat, dan swab harus dimasukkan ke dalam tabung lalu tabung ditutup rapat dan spesimen harus dibawa ke laboratorium secepat mungkin. Jangan mengirimkan swab yang sudah kering
- k. Labelling pada wadah spesimen
- l. Spesimen harus dikirim dalam jangka waktu kurang lebih 2 jam
- m. menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih
- n. Merapikan pasien dan Alat
- o. Mencuci tangan dengan 6 langkah

- p. Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP

Tugas/Latihan

Soal Pre Tes

1. Apakah tujuan pengambilan specimen harus dengan cara aseptik ?
 - A. **Menghindari** **terkontaminasinya mikroorganisme**
 - B. Mencegah membusuknya specimen
 - C. Supaya mudah dilakukan oleh tenaga kesehatan
 - D. Agar pasien tidak merasa kesakitan
 - E. Agar specimen tahan lama
2. Pengambilan spesimen yang bertujuan untuk menemukan microfilaria Wuchereria bancrofti dilakukan pada saat?
 - A. Pagi hari
 - B. Pagi menjelang siang
 - C. Siang hari
 - D. Sore hari
 - E. Malam hari**
3. Pengambilan specimen dahak bertujuan untuk mendeteksi penyakit?

- A. TBC**
 - B. DM
 - C. Hepatitis
 - D. Hipertensi
 - E. HIV/AIDS**
4. Apakah alat yang digunakan saat pengambilan pus pada luka tertutup?
- A. Gunting Operasi
 - B. Spuit dan jarum**
 - C. Kassa
 - D. Kapas
 - E. Kapas Lidi
5. Pengantar Pemeriksaan Tiap spesimen atau bahan pemeriksaan yang dikirim ke laboratorium harus disertai dengan surat pengantar atau blanko permintaan pemeriksaan yang meliputi ?
- A. Rumah sakit yang mengambil specimen.
 - B. nama lengkap, jenis kelamin, umur, serta alamat.**
 - C. tanggal pengantaran specimen.
 - D. orang yang mengambil specimen.
 - E. kelas perawatan pasien.

Skenario

- a. Pengambilan spesimen urine
Seorang perempuan hamil umur 27 UK 35 minggu datang ke bidan dengan keluhan pusing, TD : 170/100, N : 75x /menit , Suhu 36,5 C, RR : 20x / Menit. Bidan akan mengambil specimen urin pasien melakukan pemeriksaan urine protein dan reduksi pada pasien.
- b. Pengambilan spesimen feses
Seorang Balita berumur 16 bulan datang ke IGD dengan keluhan BAB encer , mual dan muntah. Dari hasil pemeriksaan tampak lemas dan pucat. Sesuai advice dokter bidan akan mengambil sampel BAB untuk dikirim ke laboratorium.
- c. Pengambilan spesimen darah
Seorang perempuan umur 10 tahun datang ke IGD diantar oleh orang tuanya mengeluh panas 4 hari tidak turun tubuh merasa lemah dan mual. Saat diperiksa Suhu 39,5 C, bidan akan mengambil specimen darah untuk pemeriksaan widal dengan cara IV.
- d. Pengambilan spesimen cairan pervaginam
Seorang perempuan berumur 35 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan gatal pada alat kelamin, keputihan berwarna hijau dan berbusa. Dokter mengutus bidan untuk mengambil specimen cairan pervaginam untuk di cek laoratorium. Pasien berada diatas bed.
- e. Pengambilan cairan sputum (dahak).
Seorang tenaga laboran akan mengambi specimen dahak pada pasien yang datang dengan keluhan batuk berdahak sudah 3 minggu tidak sembuh dan berat berkurang drastic menggunakan metode batuk efektif.
- f. Pengambilan specimen pus (nanah).
Seorang tenaga kesehatan yang bekerja di poly bedah akan mengambil specimen pus / nanah pada luka dengan keadaan tertutup. Luka pasien dalam keadaan diperban.

Hasil Pengamatan

Checklist 5. Pengambilan Spesimen Urine

No	Butir yang di nilai	Penilaian ke		
		1	2	3
1.	Membaca Basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, menjaga privasi			
2.	Melakukan maksud, tujuan dan melakukan informed consent a. Maksud :akan mengambil sampel urine. Untuk dilakukan pemeriksaan. b. Tujuan : agar mengetahui apakah urin ibu mengandung protein atau glukosa . c. Informed consent : apakah ibu bersedia ?			
3.	Mencuci tangan dengan 6 langkah			
4.	Menyiapkan wadah penampung yang dialasi bengkok , beri nomer identitas wadah penampung urine			
5.	Memberitahu tatalaksana penampungan urine di wadah agar tidak tercampur dengan air : pasien mencuci tangan dulu dengan sabun			
6	kedua labia dipisahkan dan daerah vagina dibersihkan dengan potongan kasa steril + air sabun. Arah pembersihan dari depan ke belakang. Kemudian buang kasa yang telah digunakan ke tempat sampah			
7	Lalu keringkan dengan kassa kering			
8	Dengan tetap memisahkan kedua labia mulailah berkemih			
9	Pancaran urin yang mula – mula keluar dibuang , kemudian aliran			

	urine yang selanjutnya ditampung pot urine steril sampai setengah pot terisi. Hentikan penampungan sebelum berkemih selesai			
10	Setelah selesai pot urine ditutup rapat dan dinding luar pot dibersihkan dari urine yang tertumpah specimen segera dikirim ke laboratorium			
11	Menganjurkan pasien mencuci tangan dengan sabun			
12	Memakai sarung tangan			
13	Menerima wadah berisi urine dari pasien			
14	Melakukan pemeriksaan / mengirim ke laboratorium			
16	Menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
17	Merapikan pasien dan Alat			
18	Mencuci tangan dengan 6 langkah dan mengucapkan hamdalah			
19	Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP			

Keterangan Penilaian 0 = Tidak dilakukan

1 = Dilakukan kurang sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 96**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{96} \times 100$

96

_____,
Instruktur

(_____)

Checklist 6. Pengambilan Spesimen Urine Kateter

No	Butir yang di nilai	Penilaian Ke		
		1	2	3
1.	Membaca Basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, menjaga privasi			
2.	Melakukan maksud, tujuan dan melakukan informed consent a. Maksud : akan mengambil sampel urine. Untuk dilakukan pemeriksaan. b. Tujuan : agar mengetahui apakah urin ibu mengandung protein atau glukosa dan untuk mendeteksi suatu penyakit. c. Informed consent : apakah ibu bersedia ?			
3.	Mencuci tangan dengan 6 langkah			
4.	Menyiapkan alat secara ergonomis			
5.	Memakai APD			
6.	Kateter di klem selama 30 menit pada tube yang tidak berisi urine beberapa centimeter sebelah distal dari tempat penusukan supaya terjadi akumulasi urine			
7.	Tempat penusukan kateter sebaiknya sedekat mungkin dengan ujung distal kateter yang berada dalam kandung kemih			
8.	Lakukan antisepsis pada daerah kateter yang akan ditusuk dengan alkohol 70 %			
9.	Lakukan aspirasi urin dengan menggunakan syringe sebanyak 10 - 12 ml			
10.	Urine dari syringe langsung			

	dimasukan ke dalam pot			
11	Tutup rapat pot			
12	Beri label spesimen urine sesuai petunjuk			
13	Kirim ke laboratorium			
14	menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
15	Merapikan pasien dan Alat			
16	Mencuci tangan dengan 6 langkah dan mengucapkan hamdalah			
17	Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP			

Keterangan Penilaian

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 34**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{34} \times 100$

34

Instruktur

(_____)

Checklist 7. Pengambilan Spesimen Feses

No	Butir yang di nilai	Penilaian Ke		
		1	2	3
1.	Membaca Basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, menjaga privasi			
2.	Melakukan maksud, tujuan dan melakukan informed consent a. Maksud : akan mengambil tinja / feses untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium. b. Tujuan : untuk mengetahui apakah feses mengandung bakteri atau lender. c. Informed consent : apakah ibu bersedia ?			
3.	Mencuci tangan dengan 6 langkah			
4.	Menyiapkan alat secara ergonomis			
5.	Memakai APD			
6.	Menganjurkan klien bila tidak ada kontra indikasi maka klien BAB di tempat tidur dengan pispot. Atau pispot bisa diletakkan diatas kursi atau di toilet			
7.	Setelah klien defekasi, tutup pispot agar klien tidak merasa malu			
8.	Bersihkan klien dari feses apabila diatas bed			
9.	Pindahkan sejumlah feses yang diperlukan ke wadah specimen feses denggan menggunakan dua spatel untuk memindahkan sejumlah atau semua feses ke dalam wadah specimen			
10.	Pastikan bagian wadah feses bagian luar tidak terkontaminasi dengan feses			
11.	Bungkus spatel yang sudah digunakan dengan handuk kertas lalu buang ke wadah pembuangan			

12	Tutup wadah segera setelah spesimen berada dalam wadah			
13	Beri label dan kirim spesimen ke laboratorium			
14	menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
15	Merapikan pasien dan Alat			
16	Mencuci tangan dengan 6 langkah dan mengucapkan hamdalah			
17	Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP			

Keterangan Penilaian

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 34**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{34} \times 100$

34

Instruktur

(_____)

Checklist 8. Pengambilan Spesimen Darah vena

No	Butir yang di nilai	Penilaian Ke		
		1	2	3
1.	Membaca Basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, menjaga privasi			
2.	Melakukan maksud, tujuan dan melakukan informed consent a. Maksud : mengambil darah melalui saluran vena untuk dikirim ke laboratorium. b. Tujuan : untuk mendeteksi penyakit. c. Informed consent : apakah ibu bersedia ?			
3.	Mencuci tangan dengan 6 langkah			
4.	Menyiapkan alat secara ergonomis			
	Memakai APD			
5.	Pilih bagian arteri radialis.			
6.	Pasang tali pembendung (tourniquet) jika diperlukan.			
7.	Lakukan palpasi (perabaan) dengan jari tangan untuk memastikan letak arteri.			
8.	Desinfeksi kulit yang akan ditusuk dengan kapas alkohol 70%, biarkan kering. Kulit yang telah dibersihkan jangan dipegang lagi.			
9.	Tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas. Jika jarum telah masuk ke dalam vena, akan terlihat darah masuk kedalam semprit (flash). Usahakan sekali tusuk vena, lalu tourniquet dilepas.			
10.	Setelah volume darah dianggap cukup, minta pasien membuka kepalan tangannya.			
11.	Letakan kapas di tempat suntikan lalu segera lepaskan / tarik jarum. Tekan kapas beberapa saat lalu plester			

	selama ± 15 menit.			
12	Masukkan darah ke tabung vacutainer			
13	Mencatat label dan kirim ke laboratorium			
14	menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
15	Merapikan pasien dan Alat			
16	Mencuci tangan dengan 6 langkah			
17	Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP			

Keterangan Penilaian 1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 34**

Nilai akhir = $\frac{\Sigma \text{ score}}{34} \times 100$

34

Instruktur

(_____)

Checklist 9. Pengambilan Spesimen Cairan Pervaginam

No	Butir yang di nilai	Penilaian Ke		
		1	2	3
1.	Membaca Basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, menjaga privasi			

2.	Melakukan maksud, tujuan dan melakukan informed consent a. Maksud : mengambil cairan di alat kelamin / bagian vagina untuk dikirim ke laboratorium. b. Tujuan : agar mengetahui apakah ada penyakit menular seksual. c. Informed consent : apakah ibu bersedia ?			
3.	Mencuci tangan dengan 6 langkah			
4.	Menyiapkan alat secara ergonomis			
5.	Membantu pasien membuka baju di bagian bawah			
6.	Memasang pengalas bokong			
7.	Mengatur posisi pasien yaitu dorsal recumbent			
8.	Memakai sarung tangan			
9.	Ambil lidi kapas steril yang pertama			
10.	Bersihkan mulut seviks dengan lidi kapas steril kemudian ke fornix posterior dan dinding vagina			
11.	Slide diletakkan di meja jika ada asisten pembuatan preparat dapat dilakukan oleh asisten			
12.	Sdari lidi kapas pertama buatlah apusan berupa dua lingkaran kecil pada sisi kanan dan kiri slide untuk pemeriksaan sediaan basah olesan jangan terlalu tebal dan tipis			
13.	Lakukan pemeriksaan kesamaan vagina dengan menempelkan lidi kapas yang telah digunakan untuk mengambil sediaan dari fornix dan dinding vagina pada kertas PH			
14.	Buang lidi kapas pada sampah infeksius			
15.	Ambil lidi kapas steril kedua.			

16	Masukkan lidi kapas steril ke dalam saluran endoserviks sedalam 1 – 1.5cm,putarlidikapas searah jarum jam 2-3kali(10-30detik)untukdapatkan sampel yang cukup.Tarik lidi kapas pelan-pelan tanpa menyentuh dinding vagina			
17	Buatlah hapusan pada kaca objek kedua dengan cara menggulirkan lidikapas dengan berhati-hati			
18	Spesimenyang sudah diambil denganmenggunakan lidi kapassterildimasukkan ke dalam media transpor (Amies agar) dan dikirim ke laboratorium			
19	Mengisi blanko formulir pengiriman dengan jelas untuk segera dikirim ke laboratorium			
20	menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
21	Merapikan pasien dan Alat			
22	Mencuci tangan dengan 6 langkah dan mengucapkan hamdalah			
23	Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP			

Keterangan Penilaian

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 46**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{46} \times 100$

46

Instruktur

(_____)

Checklis 11. Pengambilan Spesimen Sputum/Dahak

No	Butir yang di nilai	Penilaian Ke		
		1	2	3
1.	Membaca Basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, menjaga privasi			
2.	Melakukan maksud, tujuan dan melakukan informed consent a. Maksud : akan membantu mengeluarkan dahak melalui batuk yang efektif. Untuk dilakukan pemeriksaan dahak. b. Tujuan : untuk mendeteksi apakah menderita suatu penyakit. c. Informed consent : apakah ibu bersedia ?			
3.	Mencuci tangan dengan 6 langkah			
4.	Menyiapkan alat secara ergonomis			
5.	Memakai sarung tangan			
6.	Pengambilan sputum ditempat terbuka ventilasi baik , jauh dari kerumunan setelah itu pasien disuruh untuk berkumur 3 kali dengan air minum			
7.	Bantu klien mengambil posisi berdiri atau duduk tegak			
8.	Minta klien untuk memegang bagian luar wadah sputum			

9	Minta klien untuk bernafas dalam 2-3 kali dalam dan kemudian keluarkan nafas bersamaan dengan batuk yang kuat dan berulang kali sputum keluar			
10	Keluarkan sputum ke dalam wadah sputum dengan cara mendekatkan ke mulut			
11	Sputum tersebut diamati berkualitas baik atau tidak. Sputum yang sputum tersebut diamati berkualitas baik atau tidak. Sputum yang sputum diamati berkualitas baik atau buruk . sputum yang baik adalah kental, purulen dan volume 2-5 ml			
12	Tutup wadah segera setelah sputum berada di dalam wadah beri label dan kirim ke laboratorium			
13	Menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
14	Merapikan pasien dan Alat			
15	Mencuci tangan dengan 6 langkah dan mengucapkan hamdalah			
16	Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP			

Keterangan Penilaian 1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 32**

Nilai akhir = $\frac{\Sigma \text{score}}{32} \times 100$

32

_____,
Instruktur

(_____)

CHECKLIST PENGAMBILAN SPESIMEN PUS /NANAH

No	Butir yang di nilai	Penilaian Ke		
		1	2	3
1.	Membaca Basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, menjaga privasi			
2.	Melakukan maksud, tujuan dan melakukan informed consent a. Maksud : akan mengambil sampel nanah yang ada diluka. Untuk dikirim ke laboratorium. b. Tujuan : untuk mengetahui bakteri yang berada di luka tersebut. c. Informed consent : apakah ibu bersedia ?			
3.	Mencuci tangan dengan 6 langkah			
4.	Menyiapkan alat secara ergonomis			
5.	Memakai APD			
6	Posisikan pasien nyaman mungkin sesuai luka pasien			
7	Memasang pernak pengalas			
8.	Buka perban apabila luka ditutup perban			
9.	Luka dibersihkan dengan normal saline steril untuk menghilangkan kotoran / floral/eksudat tunggu 1-2 menit sebelum dilakukan swab			
10	Swab dioleskan k bagian dasar luka dari satu ujung ke ujung lainnya dengan zigzag sembari memutar swab			
11	Jangan mengambil pus untuk kultur dan jangan mengoles pada bagian luka yang sudah mengering			
12	Swab segera dimasukkan ke dalam tabung, lalu tabung ditutup rapat, dan Swab harus dimasukkan ke dalam tabung lalu tabung ditutup rapat dan specimen harus dibawa ke laboratorium secepat mungkin. Jangan mengirimkan swab yang sudah kering			
13	Labelling pada wadah spesimen			
14	Spesimen harus dikirim dalam jangka waktu kurang lebih 2 jam			

15	menyampaikan hasil pemeriksaan dan mengucapkan terima kasih			
16	Merapikan pasien dan Alat			
17	Mencuci tangan dengan 6 langkah dan mengucapkan hamdalah			
18	Mendokumentasikan / mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP			

Keterangan Penilaian 1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 36**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{36} \times 100$

36

Instruktur

(_____)

Kesimpulan

No.	Jenis Penilaian	Hasil
1	Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	Nilai Pre-test
2	Ketrampilan (<i>skill</i>)	Nilai Ceklist
3	Sikap (<i>attitude</i>)*	Sangat baik
		Baik
		Kurang baik
4	Global rating*	Superior
		Lulus
		Borderline
		Tidak

		lulus	
Catatan Tambahan/Umpan Balik :			
.....			
.....			
.....			
.....			

*pilih salah satu dengan tanda centang (√)

BASIC SKILL TRAINING 6

PROSEDUR PASIEN PRA OPERASI DAN PASCA OPERASI

Standar Kompetensi	Kompetensi Dasar	Indikator
Menerapkan manajemen pra operasi dan pasca operasi.	Menjelaskan prinsip manajemen pra operasi dan pasca operasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu menjelaskan persiapan pasien pre operasi dengan benar 2. Mampu menjelaskan fungsi perawat/bidan di ruang bedah dengan benar
	Mempraktikkan monitoring pasca operasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu melakukan monitoring pasien pasca operasi dengan tepat

Tujuan

Mampu melakukan manajemen pra operasi dan pasca operasi dengan tepat.

Strategi Pembelajaran

No	Tugas Instruktur	Tugas mahasiswa	Waktu
1	Memulai pembelajaran dengan doa belajar bersama.	Membaca doa belajar bersama.	
2	Memberikan soal	Mengerjakan	5 menit

	pre-test	pre-test	
3	Mendemonstrasikan manajemen pra operasi dan pasca operasi.	Mengamati demonstrasi	20 menit
4	Mengamati dan membimbing ketrampilan mahasiswa	Melakukan praktik monitoring pasien paska operasi	15 menit
5	Memberikan umpan balik	Memperhatikan umpan balik dan menanyakan yang belum dipahami	10 menit
6	Menilai ketrampilan mahasiswa satu persatu	Melakukan praktik monitoring pasien paska operasi	50 menit
7	Menutup pembelajaran dengan doa kafaratul majlis	Membaca doa kafaratul majlis bersama	
Total Waktu			100 menit

Pendahuluan/Dasar Teori

Menurut Himpunan Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) mendefinisikan tindakan operasi sebagai prosedur medis yang bersifat invasif untuk diagnosis, pengobatan penyakit, trauma dan deformitas (HIPKABI, 2014). Definisi lain menyatakan bahwa operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Smeltzer, dkk., 2008). Konsep pre operasi adalah bagian dari keperawatan perioperatif dan merupakan persiapan awal sebelum

melakukan tindakan operasi. Dalam kosep pre operasi membahas tentang pengertian pre operasi, persiapan pre operasi, indikasi dan klasifikasi Pembedahan, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien pre operasi. Pre operasi adalah tahap yang dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika klien dikirim ke meja operasi. Keperawatan pre operatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Tahap ini merupakan awalan yang menjadi kesuksesan tahap-tahap berikutnya. Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya (HIPKABI, 2014).

1. Persiapan Pre Operasi

Keperawatan pre operasi merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Perawatan pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan (Mirianti, 2011).

Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik, biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi. Dalam hal ini persiapan sebelum operasi sangat penting dilakukan untuk mendukung kesuksesan tindakan operasi. Persiapan operasi yang dapat dilakukan diantaranya persiapan fisiologis,

dimana persiapan ini merupakan persiapan yang dilakukan mulai dari persiapan fisik, persiapan penunjang, pemeriksaan status anastesi sampai informed consent. Selain persiapan fisiologis, persiapan psikologis atau persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau lebih dapat berpengaruh terhadap kondisi fisik pasien (Smeltzer, dkk., 2008). Persiapan klien di unit perawatan, diantaranya (Ilmu Bedah, 2010):

1. Persiapan fisik

Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi antara lain:

1) Status Kesehatan Fisik

Secara Umum Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain- lain. Selain itu pasien harus istirahat yang cukup karena dengan istirahat yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik,

tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

2) Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit.

3) Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolik obat-obatan anastesi. Jika fungsi ginjal baik

maka operasi dapat dilakukan dengan baik.

4) Pencukuran Daerah Operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/ menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Meskipun demikian ada beberapa kondisi tertentu yang tidak memerlukan pencukuran sebelum operasi, misalnya pada pasien luka insisi pada lengan. Tindakan pencukuran (*scheren*) harus dilakukan dengan hati-hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur. Sering kali pasien di berikan kesempatan untuk mencukur sendiri agar pasien merasa lebih nyaman. Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi.

5) Personal Hygiene

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang di operasi. Pada pasien yang kondisi fisiknya kuat

diajarkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah operasi dengan lebih seksama. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

6) Pengosongan Kandung Kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengosongan isi bladder tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi balance cairan.

7) Latihan Pra Operasi

Berbagai latihan sangat diperlukan pada pasien sebelum operasi, hal ini sangat penting sebagai persiapan pasien dalam menghadapi kondisi pasca operasi, seperti: nyeri daerah operasi, batuk dan banyak lendir pada tenggorokan. Latihan-latihan yang diberikan pada pasien sebelum operasi, antara lain :

a) Latihan Nafas Dalam Latihan nafas dalam sangat bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi nyeri setelah operasi dan dapat membantu pasien relaksasi sehingga pasien lebih mampu beradaptasi dengan

nyeri dan dapat meningkatkan kualitas tidur. Selain itu teknik ini juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah setelah anastesi umum. Dengan melakukan latihan tarik nafas dalam secara efektif dan benar maka pasien dapat segera mempraktekkan hal ini segera setelah operasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

- b) Latihan Batuk Efektif Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi klien terutama klien yang mengalami operasi dengan anastesi general. Karena pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranastesi. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan. Dengan terasa banyak lendir kental di tenggorokan. Latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setelah operasi untuk mengeluarkan lendir atau sekret tersebut.

Latihan Gerak Sendi Latihan gerak sendi merupakan hal sangat penting bagi pasien sehingga setelah operasi, pasien dapat segera melakukan berbagai pergerakan yang diperlukan untuk mempercepat proses

penyembuhan. Pasien/keluarga pasien seringkali mempunyai pandangan yang keliru tentang pergerakan pasien setelah operasi. Banyak pasien yang tidak berani menggerakkan tubuh karena takut jahitan operasi sobek atau takut luka operasinya lama sembuh. Pandangan seperti ini jelas keliru karena justru jika pasien selesai operasi dan segera bergerak maka pasien akan lebih cepat merangsang usus (peristaltik usus) sehingga pasien akan lebih cepat kentut/ flatus. Keuntungan lain adalah menghindarkan penumpukan lendir pada saluran pernafasan dan terhindar dari kontraktur sendi dan terjadinya dekubitus. Tujuan lainnya adalah memperlancar sirkulasi untuk mencegah stasis vena dan menunjang fungsi pernafasan optimal.

2. Persiapan Penunjang

Persiapan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Tanpa adanya hasil pemeriksaan penunjang, maka dokter bedah tidak mungkin bisa menentukan tindakan operasi yang harus dilakukan pada pasien. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti

EKG, dan lain- lain. Sebelum dokter mengambil keputusan untuk melakukan operasi pada pasien, dokter melakukan berbagai pemeriksaan terkait dengan keluhan penyakit pasien sehingga dokter bisa menyimpulkan penyakit yang diderita pasien. Setelah dokter bedah memutuskan untuk dilakukan operasi maka dokter anastesi berperan untuk menentukan apakah kondisi pasien layak menjalani operasi. Untuk itu dokter anastesi juga memerlukan berbagai macam pemeriksaan laboratorium terutama pemeriksaan masa perdarahan (*bledding time*) dan masa pembekuan (*clotting time*) darah pasien, elektrolit serum, hemoglobin, protein darah, dan hasil pemeriksaan radiologi berupa foto thoraks dan EKG.

3. Pemeriksaan Status Anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk pembiusan perlu dilakukan untuk keselamatan selama pembedahan. Sebelum dilakukan anastesi demi kepentingan pembedahan, pasien akan mengalami pemeriksaan status fisik yang diperlukan untuk menilai sejauh mana resiko pembiusan terhadap diri pasien. Pemeriksaan yang biasa digunakan adalah pemeriksaan dengan menggunakan metode ASA (*American Society of Anesthesiologist*). Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anastesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan,

peredaran darah dan sistem saraf.

d. Inform Consent

Selain dilakukannya berbagai macam pemeriksaan penunjang terhadap pasien, hal lain yang sangat penting terkait dengan aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, yaitu *Inform Consent*. Baik pasien maupun keluarganya harus menyadari bahwa tindakan medis, operasi sekecil apapun mempunyai resiko. Oleh karena itu setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anastesi). *Inform Consent* sebagai wujud dari upaya rumah sakit menjunjung tinggi aspek etik hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi. Artinya apapun tindakan yang dilakukan pada pasien terkait dengan pembedahan, keluarga mengetahui manfaat dan tujuan serta segala resiko dan konsekuensinya. Pasien maupun keluarganya sebelum menandatangani surat pernyataan tersebut akan mendapatkan informasi yang detail terkait dengan segala macam prosedur pemeriksaan, pembedahan serta pembiusan yang akan dijalani. Jika petugas belum menjelaskan secara detail, maka pihak pasien/ keluarganya

berhak untuk menanyakan kembali sampai betul-betul paham. Hal ini sangat penting untuk dilakukan karena jika tidak maka penyesalan akan dialami oleh pasien/ keluarga setelah tindakan operasi yang dilakukan ternyata tidak sesuai dengan gambaran keluarga.

e. Persiapan Mental/ Psikis

Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis (Barbara C. Long, 2000). Contoh: perubahan fisiologis yang muncul akibat kecemasan dan ketakutan misalkan pasien dengan riwayat hipertensi jika mengalami kecemasan sebelum operasi dapat mengakibatkan pasien sulit tidur dan tekanan darahnya akan meningkat sehingga operasi bisa dibatalkan. Ketakutan dan kecemasan yang mungkin dialami pasien dapat dideteksi dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti: meningkatnya frekuensi denyut jantung dan pernafasan, tekanan darah, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama

berulang kali, sulit tidur, dan sering berkemih. Perawat perlu mengkaji mekanisme koping yang biasa digunakan oleh pasien dalam menghadapi stres. Disamping itu perawat perlu mengkaji hal-hal yang bisa digunakan untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah ketakutan dan kecemasan ini, seperti adanya orang terdekat, tingkat perkembangan pasien, faktor pendukung/support system. **Intervensi Pasca Operasi**

f. Mempertahankan Ventilasi Pulmonari

Periode setelah anestesi à ketidaksempurnaan pertukaran paru-paru disebabkan obstruksi jalan nafas dan hipoventilasi

g. Kepatenaan Saluran Nafas

Tersumbatnya saluran nafas à lidah yg releks kepada faring, tumpukan sekresi/lendir di faring, trachea atau pd bronchial. Pencegahan : posisi yg tepat, pipah udara buatan atau membuang sekret

h. Mengatur Posisi

Miring/ setengah telungkup dengan kepala ditengadahkan ke belakang dan rahang didorong ke depan

i. Saluran Nafas Buatan

Terbuat dari pipa karet, plastik atau metal. Diangkat setelah pasien bangun dan reflek menelan

pulih agar tdk iritasi dan bisa merangsang muntah atau spasmus laring

- j. Membuang Sekret
- k. Memastikan Ventilasi
- l. Terapi Oksigen
- m. Mempertahankan Sirkulasi
 - 1) Hipotensi
 - 2) Aritmi Kardiak

Tensi, nadi dan respirasi diperiksa setiap 15 menit sampai stabil, kemudian tiap ½ jam selama 2 jam, kemudian 4 jam sekali

- n. Mempertahankan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit
- o. Mempertahankan Keamanan dan Kenyamanan

2. Fungsi dan Peran Perawat Sirkuler

1. Pre Operasi :

- 1) Menerima pasien yang akan dilakukan pembedahan di ruang persiapan,
- 2) Memeriksa kesiapan fisik dan emosional,
- 3) Melakukan serah terima pasien dan perlengkapan khusus dari perawat ruangan,
- 4) Memberikan penjelasan kepada pasien tentang prosedur persiapan

pembedahan.

2. Intra Operasi :

- 1) Memantau dan mengkoordinir semua aktivitas selama tindakan pembedahan,
- 2) Mengontrol suasana fisik dan emosi tim di kamar bedah,
- 3) Mengendalikan keamanan dan kenyamanan kamar bedah,
- 4) Sebagai advokator pasien,
- 5) Mengaplikasikan asuhan keperawatan, Memfasilitasi komunikasi dengan tim bedah,
- 6) Mengidentifikasi kemungkinan lingkungan yang berbahaya.

3. Post Operasi:

- 1) Memastikan kembali kelengkapan semua instrumen yang digunakan sebelum pasien dipindahkan ke ruang pemulihan,
- 2) Mengganti alat tenun dan memindahkan pasien,
- 3) Memastikan fungsi drain yang digunakan berjalan dengan baik,
- 4) Mendokumentasikan semua tindakan yang dilakukan selama proses pembedahan,

- 5) Melakukan monitoring ABC, hemodinamik, kesadaran dan lain- lain.

Alat Dan Bahan

1. Spignomanometer
2. Stetoskop
3. Jam tangan dengan jarum detik
4. Termometer
5. Tonggue spatel
6. Penlight

Prosedur Kerja / Prosedur Tindakan

1. Persiapan Petugas
 - a. Verifikasi data pasien.
 - b. Mengidentifikasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan no. register).
 - c. Menyiapkan dan mengecek alat.
 - d. Mendekatkan alat ke dekat pasien dan memosisikan secara ergonomis.
 - e. Membaca basmalah.
 - f. Membaca hamdalah.
2. Persiapan Pasien
 - a. Berbaring di tempat tidur

3. Prosedur Pelaksanaan

- a. Mengkaji status respiratori: oksigenasi, kebebasan saluran nafas, kedalaman bernafas, kecepatan, irama nafas, dan bunyi nafas.
- b. Mengkaji status sirkulasi: nadi, tekanan darah, bunyi jantung, irama jantung, suhu, warna kulit, dan pengisian kapiler.
- c. Mengkaji status neurologis: tingkat kesadaran, refleks pupil, refleks menelan, bising usus dan tonus otot.
- d. Mengkaji kenyamanan: respon nyeri, mual, muntah.
- e. Memperhatikan keselamatan klien: penghalang tempat tidur, alat pemanggil, drain
Memperhatikan peralatan: alat pemantau terpasang dan berfungsi dengan baik, cairan infus lancar, sistem drainase.
- f. Mendokumentasikan dalam laporan pemantauan.

Tugas/Latihan

Pre-test

1. Manakah yang bukan termasuk persiapan fisik pre operasi?

A. Nutrisi

B. Pemeriksaan radiologi

- C. Pencukuran daerah operasi
 - D. Pengosongan kandung kemih
 - E. Keseimbangan cairan dan elektrolit
2. Apakah tujuan dilakukan informed consent sebelum dilakukan operasi bedah?
- A. Menjunjung tinggi aspek medis
 - B. Memastikan kondisi kesiapan fisik
 - C. Menjunjung tinggi aspek etik hukum**
 - D. Memastikan adanya sumber dana operasi
 - E. Menjunjung tinggi aspek pembedahan fisik
3. Apakah pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan sebelum dilakukan operasi?
- A. Lila
 - B. Berat badan
 - C. Hemoglobin**
 - D. Tinggi badan
 - E. Reflek patella
4. Apakah yang dikaji pada status sirkulasi?
- A. Irama nafas
 - B. Bunyi nafas
 - C. Respon nyeri
 - D. Tekanan darah**
-

- E. Tingkat kesadaran
5. Untuk mengkaji status apakah dilakukannya reflek pupil?
- A. Sirkulasi
 - B. Neurologis**
 - C. Respiratori
 - D. Keselamatan
 - E. Kenyamanan

Skenario

Seorang perempuan P2A1 baru saja melahirkan melalui operasi Caesar. Operasi berlangsung kurang lebih 3 jam. Bidan terlibat dalam membantu proses operasi tersebut. Bayi lahir sehat dan ibu masih terbaring karena sedang dilakukan penjahitan. Setelah penjahitan selesai, bidan tersebut melakukan monitoring keadaan ibu.

Hasil Pengamatan

CHECKLIST 12. MONITORING PASIEN PASCA OPERASI

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
		1	2	3
1.	Membaca basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, dan menjaga privasi			
2.	Menjelaskan maksud, tujuan, prosedur tindakan dan melakukan informed consent d. Maksud: Akan melakukan monitoring paska operasi e. Tujuan: untuk memastikan keadaan pasien baik setelah operasi f. Informed consent: Apakah bapak/ibu bersedia?			
3.	Mencuci tangan dan menggunakan APD			

4.	Mengecek kesiapan alat : a. Spignomanometer b. Stetoskop c. Jam tangan dengan jarum detik d. Termometer e. Tonggug spatel f. Penlight			
5.	Mengkaji status respiratori: oksigenasi, kebebasan saluran nafas, kedalaman bernafas, kecepatan, irama nafas, dan bunyi nafas.			
6.	Mengkaji status sirkulasi: nadi, tekanan darah, bunyi jantung, irama jantung, suhu, warna kulit, dan pengisian kapiler.			
7.	Mengkaji status neurologis: tingkat kesadaran, refleks pupil, refleks menelan, bisung usus dan tonus otot.			
8.	Mengkaji kenyamanan: respon nyeri, mual, muntah.			
9.	Memperhatikan keselamatan klien: penghalang tempat tidur, alat pemanggil, drain.			
10.	Memperhatikan peralatan: alat pemantau terpasang dan berfungsi dengan baik, cairan infus lancar, sistem drainase.			
11.	Menyampaikan hasil pemeriksaan			
12.	Mengucapkan terima kasih dan salam			
13.	Mendokumentasikan dalam laporan pemantauan.			

Keterangan Penilaian 1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 26**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{26} \times 100$

26

Instruktur

(_____)

Kesimpulan

No.	Jenis Penilaian	Hasil
1	Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	Nilai Pre-test
2	Ketrampilan (<i>skill</i>)	Nilai Ceklist
3	Sikap (<i>attitude</i>)*	Sangat baik
		Baik
		Kurang baik
4	Global rating*	Superior
		Lulus
		Borderline
		Tidak lulus
Catatan Tambahan/Umpan Balik :		
.....		
.....		
.....		
.....		

*pilih salah satu dengan tanda centang (√)

BASIC SKILL TRAINING 7

SAKARATUL MAUT DAN PERAWATAN JENAZAH

Standar Kompetensi	Kompetensi Dasar	Indikator
Melakukan perawatan jenazah	Menjelaskan cara perawatan jenazah	<ol style="list-style-type: none">1. Mampu menjelaskan hal-hal yang dilakukan pada orang yang baru saja meninggal dengan benar2. Mampu menjelaskan persiapan untuk perawatan jenazah dengan benar3. Mampu menjelaskan cara perawatan jenazah dengan benar :<ol style="list-style-type: none">a. Memandikanb. Mengkafani
	Mempraktikkan perawatan jenazah	<ol style="list-style-type: none">a. Mampu melaksanakan hal-hal yang dilakukan pada orang yang baru saja meninggal dengan tepatb. Mampu menyiapkan peralatan untuk perawatan jenazah dengan tepatc. Mampu melakukan perawatan jenazah dengan tepat :

		a. Memandikan b. Mengkafani
--	--	--------------------------------

Tujuan

Mampu melakukan perawatan jenazah dengan tepat

Strategi Pembelajaran

No	Tugas Instruktur	Tugas Mahasiswa	Waktu
1	Memulai pembelajaran dengan doa belajar bersama	Membaca doa belajar bersama	
2	Memberikan soal pre-test	Mengerjakan pre-test	5 menit
3	Mendemonstrasikan sambil menjelaskan cara perawatan jenazah, memandikan dan mengkafani	Mengamati demonstrasi	20 menit
4	Mengamati dan membimbing ketrampilan mahasiswa	Melakukan praktik perawatan jenazah, memandikan dan mengkafani	35 menit
5	Memberikan umpan balik	Memperhatikan umpan balik dan menanyakan yang belum dipahami	10 menit
6	Menilai ketrampilan mahasiswa satu persatu	Melakukan tindakan perawatan jenazah,	80 menit

		memandikan dan mengkafani	
7	Menutup pembelajaran dengan doa kafaratul majlis	Membaca doa kafaratul majlis bersama	
	Total Waktu		150

Pendahuluan/Dasar Teori

1. Perawatan Jenazah

1. Definisi

Perawatan Jenazah adalah perawatan pasien setelah meninggal dunia. Perawatan termasuk menyiapkan jenazah untuk diperlihatkan pada keluarga dan melakukan disposisi (penyerahan) barang-barang milik klien.

2. Tujuan:

- 1) Membersihkan dan merapikan jenazah.
- 2) Memberikan penghormatan terakhir kepada sesama insani.
- 3) Memberi rasa puas kepada keluarga pasien.

3. Tanda-Tanda Kematian:

- 1) Jantung dan pembuluh darah berhenti.
- 2) Paru-paru berhenti bekerja.
- 3) Reflek pupil, kornea tidak ada.
- 4) Otot-otot mengendor.
- 5) Timbul kaku mayat setelah beberapa waktu.

4. Tindakan Perawat.
 - 1) Mencatat waktu meninggal pasien dengan tepat.
 - 2) Melapor kepada perawat, dokter yang bertanggung jawab.
 - 3) Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memberi penghormatan yang terakhir.
 - 4) Menyiapkan surat kematian.
5. Menghadapi Orang yang Sakaratul Maut
 - 1) Menenangkan jiwanya dan kita bimbing agar berkhushuzh-zhan kepada Allah.
 - 2) Mengarahkan tempat tidurnya ke arah kiblat, kepalanya di sebelah timur dan kakinya di sebelah barat, kepalanya agak ditinggikan seperti orang shalat dalam keadaan terlentang. Dijaga kebersihannya/kesuciannya.
 - 3) Membimbing/mentalqinnya dengan kalimat “thoyyibah”.
 - 4) Mendoakan

مِنْهُ وَاعْتِزَّ بِحَبْلِ

اللَّهِ الْعَظِيمِ
يَا رَبِّي

عَسَىٰ خَيْرٌ لَّهَا

- f. Apa yang harus dilakukan seseorang ketika merasa ajalnya sudah dekat?

- 1) Ridha kepada qadha Allah dan qadar-Nya serta berbaik sangka terhadap Allah.
- 2) Tidak boleh mengharapkan mati. Betapapun parahnya penyakit yang dideritanya, ia tidak boleh berangan-angan kematian, walaupun terpaksa, maka hendaknya ia berdoa:

اللهم احيني ما كانت الحياة خيرا لي وتوفني اذا كانت اليناة خيرا لي

“Ya Allah hidupkanlah aku jika kehidupan lebih baik bagiku, matikanlah aku jika kematian lebih baik bagiku”

- 3) Tidak putus asa dari rahmat Allah.
 - 4) Berwasiat kepada orang-orang yang dapat memenuhi keinginannya.
- g. Hal – Hal yang Dilakukan pada Orang yang Baru Saja Meninggal

- 1) Memejamkan kedua matanya.
- 2) Dikatupkan mulutnya dengan mengikatkan kain dari dagu sampai kepala.
- 3) Disedekapkan tangannya di atas dada dan kaki diluruskan.
- 4) Menutup tubuhnya dengan kain.
- 5) Menyebut-nyebut kebaikannya.
- 6) Mendoakan dan memintakan ampun atas dosa-dosanya.

- 7) Menyebarkan berita kematiannya kepada kerabat- kerabatnya, tetangga dan handai taulan.
- 8) Menyegerakan pelunasan hutang-hutangnya.
- 9) Menyegerakan perawatan jenazah yang terdiri:
 - a) Memandikan.
 - b) Mengkafani.
 - c) Menshalati.
 - d) Menguburkan

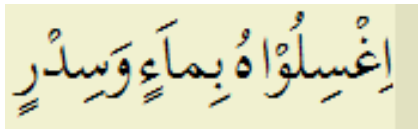
2. Memandikan Jenazah

1. Sifat-sifat yang harus dimiliki seseorang yang hendak mengurus jenazah:
 - 1) Berani.
 - 2) Sabar.
 - 3) Amanah.
 - 4) Mempunyai kemahiran dan ilmu yang cukup.
2. Yang berhak untuk memandikan mayat adalah:
 - 1) Suami atau istri.
 - 2) Muhrim si mayat.
 - 3) Keluarga.
 - 4) Orang yang diamanahkan atau bertugas sebagai tukang memandikan mayat.

3. Hal – hal yang harus Diperhatikan Orang yang Memandikan Mayat
 - 1) Muslim dan dapat dipercaya.
 - 2) Berniat mengharap ridlo Allah.
 - 3) Menutupi dan tidak boleh menyebarluaskan aib mayat.
 - 4) Tidak menyentuh aurat mayat, tetapi mengenakan sarung tangan atau sejenisnya.
 - 5) Menutup luka sekiranya ada dan membersihkan mayat dari darah dan kotoran.

Hadis Nabi:

Artinya : Mandikanlah dia (jenazah) dengan air serta daun bidara (sabun) (H.R. Bukhari dari Ibnu Abbas)



Mengkafani Hadis Nabi :

Artinya: Janganlah kamu berlebih-lebihan untuk kafan karena sesungguhnya kafan itu akan hancur secepatnya. (H.R. Abu Dawud dari Ali bin Abi Talib)

لَا تَغَالُوا فِي الْكَفَنِ فَإِنَّهُ يُسَلَبُ سَلْبًا سَرِيعًا

البسنا من ثيابكم البيضاء فانها من خير ثيابكم وكفننا نبيها من ثيابكم

“Pakailah untuk baju kalian kain-kain yang putih, karena kain putih adalah sebaik-baik baju kalian, dan kafanilah dengannya orang-orang yang mati dari kalian”. (Riwayat Abu Dawud, 2/176 dan at-Tirmidzi, 2/262).

Jumlah kain berdasarkan jenis kelamin

Jenis	Kain Kafan	Cara Mengkafani	Catatan
Laki-laki	3	Ukuran dilebihkan dari panjang jasad. Kain dipotong menjadi tiga dengan ukuran yang sama, lalu jenazah dibungkus dengannya	
Wanita	5	Lapisan paling dalam, izar, kerudung kepala dan dua lapis pembalut	
Syahid dalam perang		Dikafani dgn selembat atau dua lembar kain. Dapat pula langsung dikuburkan dengan pakaian yang dikenakannya	

Orang sedang ihram		Dikubur dengan pakaian yang dikenakannya, baik laki-laki maupun wanita	Ada beberapa hal yang dilarang: Minyak wangi Menutup kepala bagi jenazah laki- laki, untuk wanita tetap ditutupi kepalanya
Anak-anak	1-3	Dikafani dengan satu lembar kain, dua atau tiga	Maksudnya anak-anak yang belum mencapai masa baligh
anak baru disapih	1	Dikafani dengan satu lembar kain	
Anak disusui	1	Dikafani dengan satu lembar kain	
Bayi keguguran	1	Dikafani dengan satu lembar kain	

Alat Dan Bahan

1. Perawatan Jenazah di Rumah Sakit

- a. Verban atau kasa gulung
- b. Gunting verban.
- c. Sarung tangan bersih dalam kom.
- d. Bak instrument berisi pinset.

- e. Bengkok sampah 1 buah.
- f. 1 buah sisir2 waslap. Kantong plastic kecil (tempat perhiasan).
- g. Kartu identitas pasien.
- h. Kasa lipat lembab dalam kom.
- i. Kasa berminyak dalam kom.
- j. Kasa lipat kering dalam kom.
- k. Kapas berminyak (baby oil) dalam kom.
- l. Kapas alcohol dalam kom.
- m. Bengkok Lysol (2-3 %).
- n. 1 ember kosong

3. Memandikan Jenazah

- 1. Tempat yang relatif tinggi dan tertutup.
- 2. Papan alas mandi.
- 3. Air bersih secukupnya.
- 4. Air sabun sebagai pengganti daun bidara.
- 5. Air kapur barus untuk memandikan yang terakhir.
- 6. Shampo.
- 7. Beberapa perca/sobekan kain untuk membersihkan tinja dalam dubur.
- 8. Dua sarung tangan/waslap untuk menggosok tubuh.

9. Kapas putih yang digunakan untuk menutup luka besar dan dua lubang (qubul dan dubur).
10. Ember untuk tempat kotoran.
11. Kain tabir yang digunakan untuk menutupi aurat jenazah ketika dimandikan.
12. Dua buah handuk besar untuk mengeringkan tubuh dan rambut.
13. Kain batik lepas (sarung) atau kain basahan.

4. Mengkafani

1. Kain putih.
 - 1) Selebar lingkaran badan dan yang lebih panjang dari seluruh tubuh.
 - 2) Tujuh utas tali dari sobekan kain putih.
 - 3) Sehelai tutup dada, dengan berlobang pada bagian lehernya.
 - 4) Sehelai tutup aurat dengan berlipat panjang.
 - 5) Khusus wanita dilengkapi :Mukena untuk rambut.
 2. Kapas.
 3. Tikar.
 4. Gunting.
 5. Kapur barus.
 6. Sarung tangan.
-

Prosedur Kerja/Prosedur Tindakan

1. Persiapan petugas

- a. Membaca basmalah.
- b. Memberitahukan kepada keluarga pasien.
- c. Mempersiapkan peralatan dan dekatkan ke jenazah.
- d. Membaca hamdalah.

2. Prosedur tindakan

a. Perawatan jenazah

- 1) Mencuci tangan 6 Langkah.
- 2) Memakai celemek.
- 3) Memakai handscoon bersih.
- 4) Melepaskan perhiasan dan benda-benda berharga lain diberikan kepada keluarga pasien (dimasukkan dalam kantong plastic kecil).
- 5) Melepaskan peralatan invasive seperti selang infuse, kateter, NGT tube, dan lain-lain.
- 6) Membersihkan mata pasien dengan tisu kemudian ditutup dengan kasa lembab.
- 7) Membersihkan bagian hidung dengan tisu dan di tutup dengan kapas berminyak.
- 8) Membersihkan bagian telinga dengan tisu, dan ditutup dengan kapas berminyak.
- 9) Membersihkan bagian mulut dengan kasa

kering.

- 10) Rapikan rambut jenazah dengan sisir.
 - 11) Mengikat dagu dari bawah dagu sampai keatas kepala dengan verban gulung.
 - 12) Menurunkan selimut sampai kebawah kaki.
 - 13) Membuka pakaian bagian atas jenazah, taruh dalam ember.
 - 14) Melipat tangan dan mengikat pada pergelangan tangan dengan verban gulung.
 - 15) Membuka pakaian bagian bawah, taruh dalam ember.
 - 16) Membersihkan genetalia dengan kasa kering dan waslap.
 - 17) Membersihkan bagian anus dengan waslap dengan cara memiringkan jenazah kearah kiri dengan meminta bantuan keluarga.
 - 18) Memasukkan kasa berminyak kedalam anus jenazah.
 - 19) Melepas stik laken dan perlak.
 - 20) Lipat stik laken dan taruh dalam ember.
 - 21) Mengembalikan ke posisis semula.
 - 22) Mengikat kaki di bagian lutut jenazah, pergelangan kaki, dan jari- jari jempol dengan menggunakan verban gulung.
-

- 23) Mengikatkan identitas jenazah pada jempol kaki.
- 24) Membuka boven laken bersamaan dengan pemasangan kain kafan.
- 25) Merapikan alat.
- 26) Melepaskan handscoon, taruh dalam bengkok Lysol 2 %.
- 27) Melepaskan celemek.
- 28) Mencuci tangan.

b. Memandikan jenazah

- 1) Jenazah diletakkan di tempat yang tertutup .
- 2) Membujurkan jenazah menghadap kiblat dengan kepala di sebelah kanan.
- 3) Melepas seluruh pakaian yang melekat, serta pengikat dagu dan pergelangan tangan.
- 4) Di atas auratnya hingga ke lutut dihampari kain penutup.
- 5) Melepas logam seperti cincin, dan gigi palsu.
- 6) Membersihkan rongga mulutnya, kukunya dan seluruh tubuhnya dari kotoran dan najis.
- 7) Menekan perutnya pelan-pelan kecuali jenazah yang hamil.
- 8) Memulai memandikan jenazah dengan menyebut asma Allah.

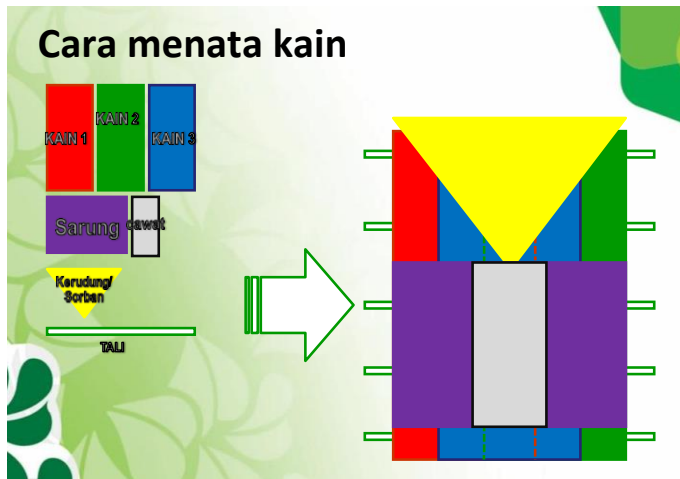
- 9) Mayat diwudhukan.
- 10) Jenazah dimandikan tiga kali:
 - a) Sekali diguyur dengan air saja.
 - b) Sekali diguyur dengan air sabun
 - c) Sekali diguyur dengan air yang bercampur kapurbarus atau minyak kasturi.

Disunnahkan menyiram air mulai anggota kanan diawali dari kepala bagian kanan terus ke bawah, kemudian bagian kiri.

- 11) Menyiram seluruh tubuh.
- 12) Menggosok seluruh tubuh dengan air sabun.
- 13) Menyiram berulang kali sejumlah gasal, misalnya 3, 5, 7, 9, 11 kali, hingga rata dan bersih sesuai kebutuhan.
- 14) Jenazah boleh tidak dimandikan karena :
 - a) Tidak ada air.
 - b) Dikhawatirkan akan merusak jasad mayat bahkan membuat sendi-sendinya terlepas, seperti karena terbakar atau sakit lepra.
 - c) Mayat seorang wanita di tengah kaum laki-laki, sementara suaminya juga tidak ada. Demikian pula sebaliknya

c. Mengkafani jenazah

- 1) Menata kain kafan.



- 2) Letakkan jenazah membujur di atas kain kafan (jangan sampai mayat telanjang secara terbuka).
- 3) Menutup lembaran kapas yang ditaburi serbuk kapur barus pada:
 - a) Wajah/muka.
 - b) Leher kanan dan kiri.
 - c) Ketiak kanan dan kiri.
 - d) Lengan siku kanan dan kiri.
 - e) Di bawah dan atas pergelangan tangan.
 - f) Kedua pergelangan kakinya.
 - g) Kedua lingkaran mulut.

Tugas/Latihan

Pre-test

1. Apakah tujuan dari perawatan jenazah?
 - A. Merapikan jenazah
 - B. Membersihkan jenazah
 - C. Memberikan penghormatan terakhir
 - D. Memperlihatkan jenazah pada keluarga**
 - E. Memberikan rasa puas kepada keluarga pasien

2. Manakah yang tidak termasuk tanda-tanda kematian?
 - A. Paru-paru irreguler**
 - B. Otot-otot menjadi rileks
 - C. Reflek pupil dan kornea tidak ada
 - D. Jantung dan pembuluh darah berhenti
 - E. Timbul kaku mayat setelah beberapa waktu

3. Siapa yang paling berhak untuk memandikan mayat?
 - A. Keluarga
 - B. Muhrim mayat
 - C. Suami atau istri**
 - D. Orang yang sukarela
 - E. Orang yang diamanahkan

4. Berapakah jumlah kain kafan yang disediakan untuk jenazah wanita?
- A. 1 lembar
 - B. 2 lembar
 - C. 3 lembar
 - D. 4 lembar
 - E. 5 lembar**
5. Bagaimanakah urutan membersihkan muka saat memandikan jenazah?
- A. Mata – hidung – mulut – telinga.
 - B. Mata – hidung – telinga – mulut.**
 - C. Hidung – telinga – mulut – mata.
 - D. Telinga – mata – hidung – mulut.
 - E. Mulut – hidung – telinga – mata.

Skenario

Seorang perempuan berusia 65 tahun dinyatakan meninggal dunia setelah 3 hari koma di ruang ICU karena penyakit jantung. Keluarga menginginkan pasien meninggal dirawat jenazahnya dan dimandikan sampai dikafani dirumah sakit.

Tugas : Lakukan perawatan jenazah sampai mengkafani!

Hasil Pengamatan**CHEK LIST PERAWATAN JENAZAH**

No	Butir yang Dinilai	Penilaian Ke-		
		1	2	3
1	Membaca basmalah, memberi salam, menyapa, memperkenalkan diri, dan menjaga privasi			
2	Menjelaskan maksud, tujuan, prosedur tindakan dan melakukan informed consent kepada keluarga a. Maksud : Akan melakukan perawatan jenazah b. Tujuan : untuk c. Informed consent : Apakah bapak/ibu (keluarga) bersedia?			
3	Menjaga privasi (menutup pintu dan memasang sampiran)			
4	Menyiapkan alat dan bahan: a. Verban atau kasa gulung b. Gunting verban c. Sarung tangan bersih dalam kom d. Bak instrument berisi pinset e. Bengkok sampah 1 buah f. 1 buah sisir2 waslap g. Kantong plastic kecil (tempat perhiasan) h. Kartu identitas pasien i. Kasa lipat lembab dalam kom j. Kasa berminyak dalam kom k. Kasa lipat kering dalam kom l. Kapas berminyak (baby oil) dalam kom m. Kapas alcohol dalam kom n. Bengkok Lysol (2-3 %) o. 1 ember kosong			
5	Memakai alat perlindungan diri (celemek)			
6	Mencuci tangan 6 langkah, lalu mengeringkan dengan handuk bersih			
7	Memakai hand soon			
8	Melepaskan perhiasan, dan benda-			

	benda berharga lainnya, diberikan kepada keluarga pasien (masukkan ke kantong plastik)			
9	Melepaskan peralatan invasif, seperti: selang infus, kateter, NGT tube, dll			
10	Membersihkan mata pasien dengan tisu, kemudian ditutup dengan kasa lembab			
11	Membersihkan bagian hidung dengan kapas berminyak			
12	Membersihkan bagian telinga dengan tisu dan ditutup dengan kapas berminyak			
13	Membersihkan bagian mulut dengan kasa			
14	Merapikan rambut jenazah dengan sisir			
15	Mengikat dagu dari bawah dagu sampai keatas kepala dengan verban gulung			
16	Menurunkan selimut sampai kebawah kaki			
17	Membuka pakaian bagian atas, taruh dalam ember			
18	Melipat tangan dan mengikat pada pergelangan tangan dengan verban gulung			
19	Membuka pakaian bagian bawah, taruh dalam ember			
20	Membersihkan genetalia menggunakan waslap			
21	Membersihkan bagian anus dan memiringkan jenazah kearah kiri dengan meminta bantuan keluarga			
22	Memasukkan kasa berminyak kedalam anus jenazah			
23	Melepaskan stick laken dan perlak, kemudian taruh dalam ember			
24	Mengembalikan keposisi semula			
25	Mengikat kaki dibagian lutut jenazah, pergelangan kaki, dan jari-jari jempol dengan menggunakan verban gulung			

26	Mengikatkan identitas jenazah pada jempol kaki			
27	Membuka boven laken bersamaan dengan pemasangan kain kafan			
28	Memindahkan jenazah ke brankard			
29	Melepas alat-alat tenun dan memasukkan kedalam ember serta melipat kasur			
30	Merapikan alat yang telah selesai digunakan			
31	Melepasakan hand scoon dalam keadaan terbalik lalu taruh dalam klorin 0,5 %			
32	Mencuci tangan 6 langkah			
33	Mengucapkan terima kasih kepada keluarga dan membaca hamdalah			
34	Mendokumentasikan/mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP. (tanggal, jam, tempat, isi/hasil tindakan, tanda tangan, nama terang)			

Keterangan Penilaian 1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 68**

Nilai akhir = $\frac{\Sigma \text{ score}}{68} \times 100$

68

Instruktur

(_____)

CHEK LIST MEMANDIKAN JENAZAH

No	Butir yang Dinilai	Penilaian Ke-		
		1	2	3
1	Membaca basmalah dan menjaga privasi (menutup pintu dan memasang sampiran)			
2	Menjelaskan maksud, tujuan, prosedur tindakan dan melakukan informed consent kepada keluarga a. Maksud : Akan memandikan jenazah b. Tujuan : untuk membersihkan jenazah c. Informed consent : Apakah bapak/ibu (keluarga) bersedia?			
3	Menyiapkan alat dan bahan			
4	Memakai alat perlindungan diri (celemek)			
5	Mencuci tangan dengan 6 langkah, lalu mengeringkan dengan handuk bersih			
6	Memakai hand scoon			
7	Meletakkan jenazah di tempat yang tertutup			
8	Membujurkan jenazah menghadap kiblat dengan kepala di sebelah kanan			
9	Melepas seluruh pakaian yang melekat, serta pengikat dagu dan pergelangan tangan			
10	Menghampari kain penutup di atas auratnya hingga ke lutut			
11	Melepas logam seperti cincin, dan gigi palsu			

12	Membersihkan rongga mulutnya, kukunya dan seluruh tubuhnya dari kotoran dan najis			
13	Menekan perutnya pelan-pelan kecuali jenazah yang hamil			
14	Memulai memandikan jenazah dengan menyebut asma Allah			
15	Mayat diwudhukan			
16	Jenazah dimandikan tiga kali. Sekali diguyur dengan air saja. Sekali diguyur dengan air sabun dan sekali diguyur dengan air yang bercampur kapur barus atau minyak Kasturi (Disunnahkan menyiram air mulai anggota kanan diawali dari kepala bagian kanan terus ke bawah, kemudian bagian kiri)			
17	Mulai menyiram anggota wudlu secara urut, tertib dan rata, hingga 3 (tiga) kali serta memulainya dengan anggota wudlu sebelah kanan			
18	Menyiram seluruh tubuh			
19	Menggosok seluruh tubuh dengan air sabun			
20	Menyiram berulang kali sejumlah gasal, misalnya 3, 5, 7, 9, 11 kali, hingga rata dan bersih sesuai kebutuhan			
21	Merapikan alat yang telah selesai digunakan			
22	Melepasakan hand scoon dalam keadaan terbalik lalu taruh dalam klorin 0,5 %			
23	Mencuci tangan 6 langkah			
24	Mengucapkan terima kasih kepada keluarga dan membaca			

	hamdalah			
25	Mendokumentasikan/mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP. (tanggal, jam, tempat, isi/hasil tindakan, tanda tangan, nama terang)			

Keterangan Penilaian 1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna

3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 50**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{50} \times 100$

Instruktur

(_____)

CHEK LIST MENGKAFANI JENAZAH

No	Butir yang Dinilai	Penilaian Ke-		
		1	2	3
1	Membaca basmalah dan menjaga privasi (menutup pintu dan memasang sampiran)			
2	Menyiapkan kain: a. Selembar lingkaran badan dan yang lebih panjang dari seluruh tubuh b. Tujuh utas tali dari sobekan kain putih c. Sehelai tutup dada, dengan			

	berlobang pada bagian lehernya d. Sehelai tutup aurat dengan berlipat Panjang e. Khusus wanita dilengkapi (mukena untuk rambut)			
3	Meletakkan jenazah membujur di atas kain kafan (jangan sampai mayat telanjang secara terbuka)			
4	Menutup lembaran kapas yang ditaburi serbuk kapur barus pada : a. Wajah/muka b. Leher kanan dan kiri c. Ketiak kanan dan kiri d. Lengan siku kanan dan kiri e. Di bawah dan atas pergelangan tangan f. Kedua pergelangan kakinya g. Kedua lingkaran mulut			
5	Membaca Hamdalah 0 Tidak melakukan 1.Melakukan tetapi tidak sempurna 2.Melakukan dengan sempurna			
6	Mendokumentasikan/mencatat hasil pemeriksaan menggunakan SOAP. (tanggal, jam, tempat, isi/hasil tindakan, tanda tangan, nama terang)			

Keterangan Penilaian

1 = Tidak dilakukan

2 = Dilakukan kurang sempurna 3 = Dilakukan dengan sempurna **Total Score = 12**

Nilai akhir = $\frac{\sum \text{score}}{12} \times 100$

Instruktur

(_____)

Kesimpulan

No.	Jenis Penilaian		Hasil
1	Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	Nilai Pre-test	
2	Ketrampilan (<i>skill</i>)	Nilai Ceklist	
3	Sikap (<i>attitude</i>)*	Sangat baik	
		Baik	
		Kurang baik	
4	Global rating*	Superior	
		Lulus	
		Borderline	
		Tidak lulus	
Catatan Tambahan/Umpan Balik :			

*pilih salah satu dengan tanda centang (√)

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. Pedoman Pengukuran Alat Ukur Lingkar Lengan Atas (LiLA) pada Wanita Usia Subur. Jakarta.
- Harnanto, Addi M dan Rahayu, Sunarsih. 2016. Kebutuhan Dasar Manusia II. Jakarta: Kemenkes RI.
- Zeman FJ dan Ney DM, dalam buku Application of Clinical Nutrition.
- Bickley, Lynn S. 2015. Buku Ajar Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Kasiati dan Rosmalawati, Ni Wayan Dwi. 2016. Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Kemenkes RI.
- Sriami, dkk. 2016. Ketrampilan Dasar Kebidanan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Tambunan, Eviana S dan Kasim, Deswani. 2011. Panduan Pemeriksaan Fisik Bagi Mahasiswa Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Bickley, Lynn S, Bates. 2015. Buku Ajar Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan, Alih Bahasa : Brahm U, Edisi 11, Jakarta EGC
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Kebutuhan Dasar Manusia I. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2016. Modul bahan ajar cetak kebidanan : Praktikum asuhan kebidanan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan
- Buku Saku Praktikum Keperawatan Anak. Jakarta: EGC. Joyce Lefever Kee. 2007.
- Direktorat Laboratorium Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 2004.
- Kusmiyati, Yuni. 2008. Penuntun Belajar Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya
- Maryunani, Anik. 2011. Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan (KDPK). Jakarta : Trans Info Media

Pedoman Pemeriksaan Laboratorium &
Diagnostik. Jakarta: EGC.

Pedoman Praktek Laboratorium yang Benar (Good
Laboratory Practice)

Jakarta: ____ .Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008.

PSDMK <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/modul-bahan-ajar-tenaga-kesehatan/>

Uliyah, Musrifatul, dkk. 2008. Keterampilan Dasar
Praktik Klinik untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba
Medika

Standar Pelayanan Keperawatan Kamar Bedah di Rumah
Sakit, Kemenkes 2011

Uliyah, Musrifatul. 2008. Keterampilan Dasar Praktik Klinik
untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

Tim Penulis



Hanifatur Rosyidah, S.SiT, MPH

Penulis lahir di Rembang, 27 Maret 1988. Mengawali pendidikan tinggi Diploma 3 Kebidanan di Universitas Muhammadiyah Semarang (UNIMUS), Diploma 4 Kebidanan di Stikes Karya Husada Semarang dan melanjutkan pendidikan Master in Public Health di Vrije Universiteit Amsterdam, Belanda. Saat ini mengabdikan sebagai Dosen Tetap di Prodi Kebidanan Program Sarjana dan Prodi Pendidikan Profesi Bidan UNISSULA sejak tahun 2010 hingga saat ini. Penulis juga merupakan konselor menyusui sejak tahun 2019. Pada tahun 2022, penulis terpilih menjadi Young Midwife Leader (YML) mewakili Indonesia di kancah internasional.



Noveri Aisyaroh, S.SiT, M.Kes

Penulis lahir di Gresik, 11 November 1980. Mengawali pendidikan tinggi Diploma 3 Kebidanan di Politeknik Sutomo Surabaya, Diploma 4 Bidan Pendidik di Stikes Ngudi Waluyo Ungaran dan melanjutkan pendidikan magister pada Program Pasca Sarjana Promosi Kesehatan Kajian Kesehatan Reproduksi, HIV dan AIDS di Universitas Diponegoro. Penulis pernah mendampingi spog di klinik swasta Semarang, saat ini mengabdikan sebagai dosen Kebidanan di Fakultas Kedokteran UNISSULA dan konselor menyusui.



Kartika Adyani, S. S. T., M. Keb

Penulis lahir di Pekalongan, 22 September 1990. Mengawali pendidikan tinggi Diploma 3 Kebidanan di Universitas Islam Sultan Agung Semarang, Diploma 4 Kebidanan di Stikes Karya Husada Semarang dan melanjutkan pendidikan magister kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung. Saat ini adalah Dosen Tetap di Prodi Kebidanan Program Sarjana dan Prodi Pendidikan Profesi Bidan UNISSULA.

Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa kebidanan serta bidang kesehatan lainnya. Penulisan buku ini didasarkan pada evidence based praktik klinik sehingga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan para bidan dan paramedis lainnya dalam melaksanakan ketrampilan dasar klinik.

Tim Penulis



Hanifatur Rosyidah, S.SiT, MPH

Penulis lahir di Rembang, 27 Maret 1988. Mengawali pendidikan tinggi Diploma 3 Kebidanan di Universitas Muhammadiyah Semarang (UNIMUS), Diploma 4 Kebidanan di Stikes Karya Husada Semarang dan melanjutkan pendidikan Master in Public Health di Vrije Universiteit Amsterdam, Belanda. Saat ini mengabdikan sebagai Dosen Tetap di Prodi Kebidanan Program Sarjana dan Prodi Pendidikan Profesi Bidan UNISSULA sejak tahun 2010 hingga saat ini. Penulis juga merupakan konselor menyusui sejak tahun 2019. Pada tahun 2022, penulis terpilih menjadi Young Midwife Leader (YML) mewakili Indonesia di kancah internasional.



Noveri Aisyarah, S.SiT, M.Kes

Penulis lahir di Gresik, 11 November 1980. Mengawali pendidikan tinggi Diploma 3 Kebidanan di Politeknik Sutomo Surabaya, Diploma 4 Bidan Pendidik di Stikes Ngudi Waluyo Ungaran dan melanjutkan pendidikan magister pada Program Pasca Sarjana Promosi Kesehatan Kajian Kesehatan Reproduksi, HIV dan AIDS di Universitas Diponegoro. Penulis pernah mendampingi spog di klinik swasta Semarang, saat ini mengabdikan sebagai dosen Kebidanan di Fakultas Kedokteran UNISSULA dan konselor menyusui.



Kartika Adyani, S. S. T., M. Keb

Penulis lahir di Pekalongan, 22 September 1990. Mengawali pendidikan tinggi Diploma 3 Kebidanan di Universitas Islam Sultan Agung Semarang, Diploma 4 Kebidanan di Stikes Karya Husada Semarang dan melanjutkan pendidikan magister kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung. Saat ini adalah Dosen Tetap di Prodi Kebidanan Program Sarjana dan Prodi Pendidikan Profesi Bidan UNISSULA.

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia

Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

