MODUL PRAKTIKUM
KETERAMPILAN DASAR KEBIDANAN

PENYUSUN

DINNI RANDAYANI, SST, M.KES

PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEBIDANAN
UNIVERSITAS BINAWAN
TAHUN 2020

Visi dan Misi Program Studi DIII Kebidanan

VISI :

"Menjadi program studi kebidanan unggulan khususnya dalam pelayanan hipnobirthing, berdaya saing Nasional dan Internasional serta relevan dengan kebutuhan pengguna pada tahun 2025"

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi kebidanan sesuai dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Tekhnologi (IPTEK) dan menghasilkan lulusan yang mampu melakukan pelayanan hipnobirthing, serta berkiprah secara aktif dalam pembangunan kesehatan tingkat nasional dan global.
2. Menyelenggarakan penelitian dalam bidang kebidanan dan kesehatan guna menunjang pengembangan ilmu, teknologi dan profesi kebidanan.
3. Menyelenggarakan pengabdian pada masyarakat di bidang kebidanan dan kesehatan untuk membantu meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam pembangunan kesehatan.
4. Menyelenggarakan kerja sama dengan berbagai pihak, baik lokal, nasional maupun internasional.
5. Mengembangkan SDM dan sarana prasarana pendidikan yang mendukung proses belajar mengajar sesuai dengan kebutuhan Iptek.

DAFTAR ISI

Daftar Isi 3
Pendahuluan 4
Kegiatan Belajar 1 6
Kegiatan Belajar 2 11
Kegiaan Belajar 3 18
Kegiatan Belajar 4 24
Kegiatan Belajar 5.....30
Kegiatan Belajar 6 35
Kegiatan Belajar 7.....49
Kegiatan Belajar 8 58
Kegiatan Belajar 9.....62
Kegaiatan Belajar 11.....68
Kegaiatan Belajar 12.....77
Kegaiatan Belajar 13.....85
Kegiatan Belajar 14..... 97

PENDAHULUAN

Deskripsi Singkat, Relevansi, Tujuan, dan Petujuk Belajar

DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini disusun sebagai kerangka acuan Kegiatan pembelajaran di laboratorium dengan tujuan untuk membantu mahasiswa kebidanan untuk mempelajari mata kuliah Keterampilan Dasar Kebidanan (*Basic Midwife)* sebagai acuan untuk memberikan pelayanan asuhan yang terbaik dan berkualitas serta berorientasi kepada kepuasaanklien.

RELEVANSI

Buku kegiatan ini berisi tentang kegiatan pembelajaran yang akan dilaksanakan sebagai panduan kegiatan praktikum yang akan dilaksanakan selama mengikuti kegiatan praktik keterampilan dasar kebidanan. Pelayanan atau asuhan kebidanan yang bersifat langsung kepada pasien atau klien dalam upaya memenuhi kebutuhan dasar manusia. Materi Keterampilan dasar Kebidanan menjelaskan semua kebutuhan dasar manusia yang menjadi kebutuhan yang harus dipenuhi

TUJUAN INSTRUKSIOAL

Setelah mempelajari topik ini maka diharapkan mahasiswa dapat :

1. Melakukan Pencegahan infeksi melalui praktik cuci tangan
2. Melakukan pemeriksaan fisik
3. Melakukan Desinfeksi Tingkat Tinggi
4. Memenuhi Kebutuhan Oksigen
5. Memenuhi Kebutuhan nutrisi
6. Memenuhi Kebutuhan cairan
7. Memenuhi Kebutuhan Eliminasi
8. Memenuhi Kebutuhan Personal Hygiene
9. Memenuhi Kebutuhan Body Alligment
10. Memenuhi Kebutuhan Ambulasi
11. Melakukan pemeriksaan Fisik ibu hamil
12. Melakukan pemeriksaan Fisik ibu nifas
13. Melakukan pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir
14. Melakukan pemeriksaan Fisik Pelayanan Kontrasepsi

PETUJUK BELAJAR

Sebelum melakukan praktikum diharapkan kepada setiap mahasiswa untuk membaca terlebih dahulu modul ini, terutama tujuan dari adanya penuntun modul praktikum ini sehingga diakhir praktikum mahasiswa bisa mampu mengerti serta menguasai tujuan dari kegiatan praktikum.

Kegiatan Belajar: 1

HANDWASHING

100 Menit

PENDAHULUAN

Merupakan teknik yang paling penting dan paling dasar dalam mencegah penyebaran infeksi. Frekwensi dan metode mencuci tangan disesuaikan dengan tujuan dari melakukan cuci tangan tersebut.

TUJUAN

1. **TUJUAN UMUM**

Mahasiswa mampu mempraktekkan teknik handwashing (mencuci tangan) dengan benar

2. **TUJUAN KHUSUS**
   1. **Menjelaskan pengertian mencuci tangan**
   2. **Menjelaskan tujuan mencuci tangan**
   3. **Menyiapkan alat-alat yang diperlukan untuk prosedur mencuci tangan**

URAIAN MATERI

1. Pengertian

Mencuci tangan adalah menggosok kedua pergelangan tangan dengan kuat secara bersamaan menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme sebanyak mungkin. Ada dua prosedur pencucian tangan yang dapat dilakukan.

2. MANFAAT MENCUCI TANGAN

1 Hal utama dalam pencegahan dan pengendalian infeksi
2 Sederhana dan efektif mencegah infeksi
3 Menciptakan lingkungan yang aman
4 Pelayanan kesehatan menjadi aman
5 Mengurangi jumlah mikroorganisme dan residen pada tangan
6 Mengurangi resiko transmisi mikroorganisme petugas kesehatan dank lien serta kontaminasi silang kepada klien, anggota keluarga dan tenaga kesehatan lain.

3. STANDAR PROSEDUR CUCI TANGAN

- Sebelum Kontak Dengan Pasien
- Sesudah kontak Dengan Pasien
- Sebelum Tindakan Asepsis
- Sesudah Terkena Cairan Tubuh Pasien

Sesudah kontak dengan Lingkunagn Sekitar Pasien

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

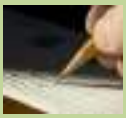
- Sabun dan desinfektan
- Air mengalir
- Handuk

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

No	Keterangan	Gambar
Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembu		
1	Gosok telapak tangan	

2	Telapak tangan kanan menggosok punggung tangan kiri dan sebaliknya	
3	Gosok kedua telapak tangan dan sela jari	
4	Gosok jari-jari sisi dalam kedua dengan posisi tangan saling mengunci	
5	Gosok ibu jari kiri secara berputar dengan genggaman tangan kanan dan sebaliknya	

6	Gosok dengan memutar ujung jari kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya	



TES FORMATIF

LAKUKAN 6 LANGKAH CUCI TANGAN

A.
B.
C.

GLOSARIUM

KEGIATAN BELAJAR 2

TANDA-TANDA VITAL

100 Menit

PENDAHULUAN

Pemeriksaan tanda-tanda vital merupakan cara yang tepat dan efisein dalam memantau kondisi klien dan mengidentifikasi masalah dan mengevaluasi respon klien terhadap intervensi yang diberikan. Pemeriksaan tanda-tanda vital bagian dari proses penerimaan pasien.

Perubahan fungsi tubuh sering kali tercermin pada suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan dan tekanan darah. Setiap perubahan yang berbeda dengan kondisi normal dianggap sebagai indikasi yang penting mengenai keadaan kesehatan seseorang karena keempat komponen ini disebut tanda-tanda vital (Potter&Perry 2001)

TUJUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan observasi tanda-tanda vital pada klien

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan pengertian tanda-tanda vital
2. Menjelaskan suhu normal untuk rata-rata pada bagian tubuh
3. Menjelaskan tempat untuk mengukur bagian tubuh
4. Menjelaskan cara mengukur nadi dan tempat untuk mengukur nadi
5. Menjelaskan cara mengukur pernafasan
6. Menjelaskan cara mengukur tekanan darah

URAIAN MATERI

A. Pemeriksaan Tanda-tanda vital atau Vital Signs

Pengukuran fungsi tubuh yang paling dasar untuk mengetahui tanda klinis dan berguna untuk menegakkan diagnosis suatu penyakit dan berfungsi dalam menentukan perencanaan perawatan medis yang sesuai. Pemeriksaan tanda vital merupakan suatu cara untuk mendeteksi adanya perubahan sitem tubuh. Tanda vital meliputi suhu tubuh, denyut nadi, frekuensi pernafasan dan tekanan darah. Tanda vital mempunyai nilai sangat penting pada fungsi tubuh. Adanya perubahan tanda vital, misalnya suhu tubuh dapat menunjukkan keadaan metabolisme dalam tubuh; Denyut nadi dapat menunjukkan perubahan pada sistem kardiovaskuler; Frekuensi pernafasan dapat menunjukkan fungsi pernafasan; dan Tekanan darah dapat menilai kemampuan sistem kardiovaskuler yang dapat dikaitkan dengan denyut nadi.

1. SUHU TUBUH

Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh proses tubuh dan jumlah panas yang hilang kelingkungan luar. Suhu tubuh diukur dalam derajat. Pusat pengaturan suhu tubuh diatur oleh Hipotalamus. Pusat ini menerima pesan dari lokasi reseptor panas ke tubuh yang lain untuk menghasilkan atau mempertahankan kehilangan panas tubuh. Permukaan tubuh berfluktuasi sesuai dengan respon terhadap factor lingkungan, sehingga tidak tetap untuk pemantauan status kesehatan klien. Kondisi normal dari panas tubuh berada antara 35,9 sampai 37,4 derajat celsius. Sampai saat ini suhu inti tubuh diukur dengan menggunakan alat termometer dan tempat pengukuran suhu tubuh yaitu oral, rectal, axilla, membrane tympany, esophagus, arteri pulmoner.

a. Faktor Yang Mempengaruhi Suhu Tubuh :

1. Kecepatan metabolisme basal Kecepatan metabolisme basal tiap individu berbeda- beda. Hal ini memberi dampak jumlah panas yang diproduksi

tubuh menjadi berbeda pula. Sebagaimana disebutkan pada uraian sebelumnya, sangat terkaitdengan laju metabolisme.

2. Rangsangan saraf simpatis Rangsangan saraf simpatis dapat menyebabkan kecepatan metabolisme menjadi 100% lebih cepat. Disamping itu, rangsangan saraf simpatis dapat mencegah lemak coklat yang tertimbun dalam jaringan untuk dimetabolisme. Hampir seluruh metabolisme lemak coklat adalah produksi panas. Umumnya, rangsangan saraf simpatis ini dipengaruhi stress individu yang menyebabkan peningkatan produksi ephineprin dan norephineprin yang meningkatkan metabolisme.
3. Hormone pertumbuhan Hormone pertumbuhan (growth hormone) dapat menyebabkan peningkatan kecepatan metabolisme sebesar 15-20%. Akibatnya, produksi panas tubuh juga meningkat.
4. Hormone tiroid Fungsi tiroksin adalah meningkatkan aktivitas hampir semua reaksi kimia dalam tubuh sehingga peningkatan kadar tiroksin dapat mempengaruhi laju metabolisme menjadi 50-100% diatas normal.
5. Hormon kelamin Hormon kelamin pria dapat meningkatkan kecepatan metabolisme basal kira-kira 10-15% kecepatan normal, menyebabkan peningkatan produksi panas. Pada perempuan, fluktuasi suhu lebih berfariasi dari pada laki-laki karena pengeluaran hormone progesterone pada masa ovulasi meningkatkan suhu tubuh sekitar 0,3-0,6°C di atas suhu basal.
6. Demam (peradangan) Proses peradangan dan demam dapat menyebabkan peningkatan metabolisme sebesar 120% untuk tiap peningkatan suhu 10°C.
7. Status gizi Malnutrisi yang cukup lama dapat menurunkan kecepatan metabolisme 20-30%. Hal ini terjadi karena di dalam sel tidak ada zat makanan yang dibutuhkan untuk mengadakan metabolisme. Dengan demikian, orang yang mengalami mal nutrisi mudah mengalami penurunan suhu tubuh (hipotermia). Selain itu, individu dengan lapisan lemak tebal cenderung tidak mudah mengalami hipotermia karena lemak merupakan isolator yang cukup baik, dalam arti lemak menyalurkan panas dengan kecepatan sepertiga kecepatan jaringan yang lain.
8. Aktifitas Aktifitas selain merangsang peningkatan laju metabolisme, mengakibatkan gesekan antar komponen otot / organ yang menghasilkan energi termal. Latihan (aktivitas) dapat meningkatkan suhu tubuh hingga 38,3-40,0 °C.

9. Gangguan organ Kerusakan organ seperti trauma atau keganasan pada hipotalamus, dapat menyebabkan mekanisme regulasi suhu tubuh mengalami gangguan. Berbagai zat pirogen yang dikeluarkan pada saat terjadi infeksi dapat merangsang peningkatan suhu tubuh. Kelainan kulit berupa jumlah kelenjar keringat yang sedikit juga dapat menyebabkan mekanisme pengaturan suhu tubuh terganggu.
10. Lingkungan Suhu tubuh dapat mengalami pertukaran dengan lingkungan, artinya panas tubuh dapat hilang atau berkurang akibat lingkungan yang lebih dingin. Begitu juga sebaliknya, lingkungan dapat mempengaruhi suhu tubuh manusia. Perpindahan suhu antara manusia dan lingkungan terjadi sebagian besar melalui kulit.

b. Hal Hal Yang Harus Diperhatikan Pada Saat Pengukuran Suhu Tubuh

1. Termometer harus dalam keadaan nol suhunya ·
2. Penggunaan termometer untuk tiap tempat pengukuran harus pisah
3. Cara menurunkan suhu harus dilakukan hati-hati jangan sampai thermometer jatuh dan pecah
4. Sebelum melakukan pengukuran harus dijelaskan dengan benar tentang tempat dan tujuan pengukuran suhu ·
5. Fungsi thermometer harus menghadap keluar untuk arah yang dibaca
6. Pembacaan thermometer harus ditempat yang cukup cahaya

c. Tempat Pengukuran Suhu Tubuh

1. Rektal

Keuntungan pengukuran suhu tubuh dari rectal Terbukti lebih dapat diandalkan bila suhu oral tidak dapat diperoleh dan menunjukkan suhu inti

Kerugian :

1. Tidak boleh dilakukan pada klien yang mengalami bedah rektal, kelainan rektal, nyeri pada area rektal, atau cenderung perdarahan.
2. Memerlukan perubahan posisi dan dapat merupakan sumber rasa malu dan ansietas klien.
3. Menimbulkan Risiko terkontaminasi cairan tubuh
4. Memerlukan lubrikasi
5. Dikontradiksikan pada bayi baru lahir

2. Oral

Keuntungan :

1. Mudah dijangkau dan tidak membutuhkan perubahan posisi
2. Nyaman bagi klien:

Kerugian :

1. Tidak boleh dilakukan pada klien yang bernapas lewat mulu
2. Tidak boleh dilakukan pada klien yang mengalami bedah oral, trauma oral, riwayat epilepsi, atau gemetar akibat kedinginan
3. Tidak boleh dilakukan pada bayi, anak kecil, anak yang sedang menangis atau klien konfusi, tidak sadar atau tidak kooperatif
4. Berisiko terpapar cairan tubuh

3. Aksilla

Keuntungan:

1. Aman dan non-invasif
2. Cara yang lebih disukai pada bayi baru lahir dan klien yang tidak kooperatif.

Kerugian :

1. Waktu pengukuran lama
2. Memerlukan bantuan untuk mempertahankan posisi klien
3. Membuka area dada klien
4. Tidak akurat karena axial dipengaruhi suhu lingkungan.

ALAT DAN BAHAN

1. Persiapan Alat :

1) Termometer bersih dalam tempatnya.
2) Tiga buah botol.
- botol pertama berisi larutan sabun.
- botol kedua berisi larutan desinfektan.
- botol ketiga berisi air bersih.

3) Bengkok (nierbekken).
4) Potongan-potongan kertas atau tissue.
5) Vaselin dalam tempatnya.
6) Buku catatan suhu dan nadi.
7) Peralatan dibawa ke dekat pasien.

b. Persiapan pasien

Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan

LANGKAH KEGIATAN

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	Petugas mencuci tangan	
2	Memberitahu tindakan yang akan dilakukan	
3.	Memasang thermometer sehingga bagian reservoir tepat ditengah ketiak	
5.	Memastikan thermometer menempel dipermukaan kulit	
6.	Membaca hasil Aksila : Oral :	

	Rektal :	

KEGIATAN BELAJAR 3

DESINFEKSI TINGKAT TINGGI (DTT)

100 Menit

PENDAHULUAN

Dalam bekerja menciptakan lingkungan bebas infeksi, yang penting adalah bahwa rasional setiap proses pencegahan infeksi, yang dianjurkan dan keterbatasannya dimengerti oleh staf klinik pada setiap tingkat, dari petugas pelayanan kesehatan sampai ke petugas pembersih dan pemeliharaan.

TUJUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan proses Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu

1. Menjelaskan cara dekontaminasi alat
2. Menjelaskan cara pembersihan alat
3. Menjelaskan cara pembilasan alat
4. Menjelaskan cara sterilisasi

URAIAN MATERI

1. Pengertian

Proses pencegahan infeksi dasar yang dianjurkan untuk menurunkan penularan penyakit dari instrument yang kotor, sarung tanhgan bedah, dan barang – barang lain yang dipakai kembali oleh dekontaminasi, pembersihan, dan sterilisasi atau desinfeksi tingkat tinggi (DTT).

2. MANFAAT MELAKUKAN DESINFEKSI TINGKAT TINGGI (DTT)

1. Dapat meminimalkan pencegahan yang sangat efektif meminimalkan resiko penularan kepada petugas pelayanan kesehatan.
2. Menciptakan lingkungan yang aman
3. Pelayanan kesehatan menjadi aman

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

- **Sabun dan desinfektan**
- **Air mengalir**
- **Handscoon**
- **Alat Pelindung Diri (APD)**
- **Bak Instrumen**
- **Gelas ukur**
- **Jam tangan**
- **Lakban / plester putih**
- **Bolpoint / Spidol**
- **Alat – alat yang akan direndam**
- **Korentang**
- **Sarung tangan rumah tangga**
- **Handuk /tissue**

- **Klorin 0,5 %**
- **Waskom non logam**
- **Air DTT**
- **Tempat Sampah Basah, Kering, Tajam**
- **Sikat**
- **Detergen / Sabun**
- **Linen**
- **Kain alas**
- **Alat perebusan**
- **Kompor**

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

No	Keterangan	Gambar
1.	Menyiapkan wadah khusus daan bahan anti karat (Waskom) dengan ukuran yang memadai bagi sejumlah peralatan instrument, dan menyiapkan sediaan klorin (cair atau padat), serta menyiapkan air bersih	
2.	Menyiapkan alas kain untuk di letakkan alat	

3.	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih	
4.	Memakai sarung tangan rumah tangga	
5.	Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) Gosok jari-jari sisi dalam kedua dengan posisi tangan saling mengunci	
6.	Membuat larutan 0,5 % • Sediaan cair : campur 1 bagian klorin 5,25 % dengan 9 bagian air bersih(1 liter larutan 100 ml sediaan klorin, 900 ml air bersih) • Sediaan padat : larutkan klorin padat konsentrat 35% sebanyak 14 gram ke dalam 1 liter air bersih Jumlah cairan harus cukup untuk merendam seluruh instrument	
7.	Merendam semua instrument dalam keadaan terbuka selama 10menit	
8.	Setelah 10 menit, mencuci alat dengan air sabun, menggunakan	

	sikat yang lembut untuk membersihkan bagian yang bergerigi dan sekrup alat dari darah dan lender yang tertinggal di bawah permukaan air sabun	
9.	Membilas alat pada air yang mengalir, kemudian ditiriskan, untuk selanjutnya dilakukan tindakan DTT atau sterilisasi	
10.	Setelah di cuci dan di bilas di letakkan di kain bersih	
11.	Masukkan alat – alat ke dalam panci perebusan	
12.	Menutup panci dan memanaskan air, merebus peralatan selama 20 menit dan di hitung saat air mulai mendidih	
13.	Mengangkat alat yang telah direbus selama 20 menit dan letakkan pada linen steril	

14.	Bungkus alat dengan menggunakan linen steril			
16.	Membuka handscoon dan alat pelindung diri			
16.	Mencuci tangan setelah melakukan tindakan			
17.	Mencatat tanggal dilaksanakannya DTT dan masa berlakunya (1 minggu dengan lakban khusus).			

KEGIATAN BELAJAR 4

KONSEP KEBUTUHAN OKSIGENISASI

100 Menit

PENDAHULUAN

Oksigen penting untuk kehidupan. Konsentrasi oksigen dalam darah yang optimal harus dipertahankan agar fungsi selular bekerja terus. Hipoksia merupakan keadaan dimana kandungan oksigen dalam darah arteri rendah (Potter & Perry, 2006). Pada kasus seperti ini pemberian oksigen penting dilakukan untuk meningkatkan konsentrasinya dalam darah. Bagiamanapun oksigen murni merupakan agen terapeutik yang akan memberikan efek yang berlawanan apabila diberikan secara tidak tepat. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus terbiasa denga indikasi- indikasi daripada penggunaan oksigen dan bermacam-macam peralatan dalam pemberian oksigen.

TUJUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan pemberian oksigen dengan nasal kanul pada phantom.

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu :

6. Menyebutkan rasional penggunaan keterampilan pemberian oksigen.

7. Menyebutkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukn pemberian oksigen.

8. Mendemonstrasikan pemberian oksigen melalui nasal kanul pada phantom

URAIAN MATERI

1. Rasional Penggunaan dari Keterampilan ini

Oksigen penting untuk kehidupan. Konsentrasi oksigen dalam darah yang optimal harus dipertahankan agar fungsi selular bekerja terus. Hipoksia merupakan keadaan dimana kandungan oksigen dalam darah arteri rendah (Potter & Perry, 2006). Pada kasus seperti ini pemberian oksigen penting dilakukan untuk meningkatkan konsentrasinya dalam darah. Bagiamanapun oksigen murni merupakan agen terapeutik yang akan memberikan efek yang berlawanan apabila diberikan secara tidak tepat. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus terbiasa denga indikasi- indikasi daripada penggunaan oksigen dan bermacam-macam peralatan dalam pemberian oksigen.

2. Diagosa Keperawatan

Terapi oksigen digunakan paling sering untuk klien dengan diagnosa keperawatan seagai berikut; gangguan pertukaran gas. Gangguan ini kemungkinan berhubungan dengan berbagai fakto, misalnya sekresi yang banyak dalam paru-paru; hipoventilasi; proses penyakit yang menyebabkan pertukaran gas permukaan dalam paru-paru menurun atau kondisi yang menurunkan sirkulasi drah melalui paru-paru.

Tidak semua kondisi hipoksemia akan teraasi dengan pemberian oksigen. Untuk mempertahankan efektifitas oksigen maka darah yang tidak mengandung oksigen harus mengalir melalui paru-paru dan membran alveolus harus mampu melakukan pertukaran gas. Selain itu metode pemberian oksign harus tepat ehingga meningatkan presentase oksigen dalam alveolar udara. Alat-alat yang digunakan dalam pemberian oksigen meliputi; nasal kanul, selang oksigen, humidifier yang telah diisi aquadest, flowmeter, sumber oksigen: sentral tabung.

3. Nasal Kanul

Tabung plastik yang mempunyai cabang kecil yang menonjol untuk dimasukkan ke dalam lubang hidung. Metode ini merupakan metode yang paling mudah dan paling dapat diterima karena lebih efektif, mudah dipakai, dan nyaman bagi klien. Oksigen degan nasal kanul diberikan 1-6 liter per menit

4. Humidifier

Humidifier dilengkapi dengan kontainer air steril yang bisa diisi kembali dan sekali pakai. Alat ini melekat pada alat yang menghasilkan oksigen. Alat ini berfungsi untuk melembabkan, membasahkan oksigen sebelum bergerak melalui hidung ke paru-paru, sehingga mencegah mengeringnya membran mukosa saluran pernafasan.

5. Flowmeter

Sebuah alat yang melekat ke oksigen outlet, yang mengatur jumlah oksigen yang dihasilkan. Ada 2 tipe flowmeter: balon air raksa dan ukuran. Kedua tipe mencatat jumlah liter oksigen yang dikeluarkan per menit.

6. Sumber Oksigen: sentral/tabung

Oksigen sentral berasal dari pusat di dalam institusi dimana salurannya berada di dinding/dalam tembok dan disiapkan untuk digunakan secara tepat. Oksigen ini dihubungkan melalui sebuah pipa yang bertekanan 50-60 pound per inchi persegi.

7. Hal-hal yang Pelu Diperhatikan terkait dengan Terapi Oksigen

a. Oksigen mendukung terjadinya kebakaran.oleh karena itu, api sekecil apapun dan bunga api harus dijauhkan dari daerah tempat penyimpanan atau tmpat pemakaian.

b. Oksigen diberikan untuk menghilangkan hipoksia baik lokal maupun umum

c. Pengukuran gas darah arteri merupkan metode terbaik dalam menentukan kebutuhan dan keadekuatan terapi oksigen.

ALAT DAN BAHAN

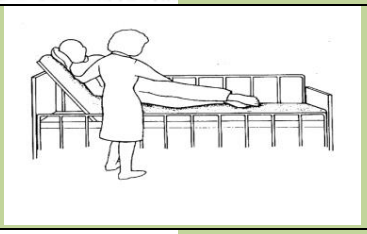
1. Nasal kanul / masker sederhana / masker NRBM, sesuai ukuran pasien
2. Selang oksigen
3. Tabung oksigen dengan manometernya
4. Humidifier
5. Water steril (aquadest) / air matang / air mineral
6. Flowmeter (pengukur aliran)

7. Plester
8. Gunting plester
9. Alat tulis

LANGKAH KEGIATAN

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	Petugas mencuci tangan	
2	Memberitahu tindakan yang akan dilakukan	
3.	Pasang flowmeter dan pastikan alirannya mati terlebih dahulu	
4.	Siapkan humidifier; tambahkan aquades bila perlu sampai batas	+

5.	Pasang botol humidifier	
6.	Sambung selang oksigenasi dengan humidifier	
7.	Buka aliran flowmeter sampai terlihat gelembung untuk mengecek aliran oksigen	
8.	Atur aliran oksigen sesuai indikasi	
9.	Pasang alat terapi oksigen pada pasien	

10.	Amati respon pasien	
11.	Pasang plester untuk fiksasi	
12.	Rapikan pasien dan alat-alat	
13.	Cuci tangan	

KEGIATAN BELAJAR 5

KONSEP KEBUTUHAN NUTRISI

100 Menit

PENDAHULUAN

TUJUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan pemasangan pipa lambung/NGT pada phantom.

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu :

1. **Menyebutkan rasional penggunaan keterampilan pemberian makanan melalui NGT.**
2. **Menyebutkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukn pemasangan NGT.**
3. **Mendemonstrasikan pemasangan NGT pada phantom**

URAIAN MATERI

Pipa lambung secara umum ada dua bentuk yaitu lumen tunggal dan lumen ganda. Ukuran tube untuk dewasa berkisar 14-18 French. Macam-macam pipa NGT :

- **Pipa Levin, terbuat dari karet dengan lumen tunggal untuk intubasi lambung, dimasukan melalui hidung . Variasi dari pipa levin:**

nasogastrik plastik dan salem sump tube, mempunyai lumen ganda, untuk drainase dan utnuk melindungi lambung dari tekanan negatif yang besar

- **Pipa Ewald**
- **Pipa Miller-Abbort, dengan lumen ganda, lumen pertama untuk aspirasi cairan dan gas, lumen kedua dengan kantong udara di ujung distalnya untuk memacu motilitas usus.**

KOMPLIKASI AKIBAT PEMASANGAN NGT:

Aspirasi
Erosi nasal
Sinusitis
Refluks Esofagitis
Ulkus gaster
Aspirasi paru

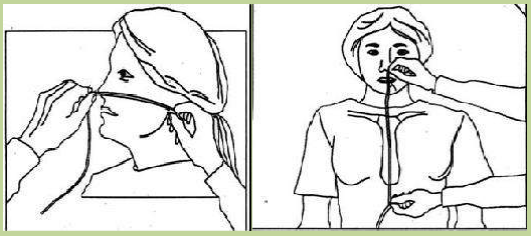
HAL - HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN :

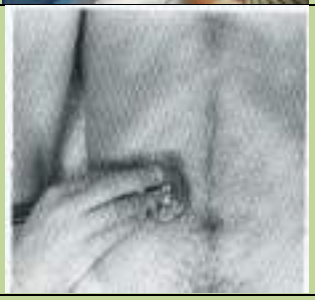
1. **Kaji indikasi pemasangan: gangguan menelan, operasi kepala atau leher, penurunan tingkat kesadaran, operasi saluran cema, trauma wajah**
2. **Kaji cara pemasangan selang, cek kepatenan jalan nafas**
3. **Kaji riwayat medis klien : perdarahan, operasi nasal, deviasi septum**
4. **Kaji kemampuan reflek muntah**
5. **Kaji status kesadaran pasien**

ALAT DAN BAHAN

1. **Naso gastrik tube**
2. **Lubrikan**
3. **Kateter tip**
4. **Stetoskop**
5. **Plester**
6. **Segelas air dan sedotan**
7. **Sarung tangan**
8. **Pinset**
9. **Semprit irigasi berukuran 20ml – 50 ml**

LANGKAH KEGIATAN

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	Petugas mencuci tangan	
2	Memberitahu tindakan yang akan dilakukan	
3.	Tempatkan pasien dalam posisi duduk atau fowler tinggi dengan leher hiperekstensi jika klien koma, tempatkan dengan posisi semi fowler	
4.	Lakukan pengukuran,	

5.	Pakai sarung tangan	
6.	Lubrikasi selang 10 - 20 cm	+
7.	Masukkan selang secara lembut hingga ke posterior nasofaring (fleksikan kepala)	
8.	Dorong klien unruk menelan (Jangan paksakan untuk masukkan)	
10.	Cek pemasangan dengan auskultasi lambung (pemasangan benar terdengar suara udara) dan aspirasi isi lambung	
11.	Lepaskan sarung tangan	

	dan pasang plester	

KEGIATAN BELAJAR 6

KEBUTUHAN CAIRAN (PEMASANGAN INFUS)

100 Menit

PENDAHULUAN

Pemberian cairan intravena adalah pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh ke dalam pembuluh vena untuk memperbaiki atau mencegah gangguan cairan dan elektrolit, darah, maupun nutrisi. Pemberian cairan intravena disesuaikan dengan kondisi kehilangan cairan pada klien, seberapa besar cairan tubuh yang hilang .

TUJUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan pemasangan infus dengan benar

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu :

1. **Menjelaskan pengertian tentang infus**
2. **Memahami Kebutuhan Cairan dan Elektrolit pada Manusia**
3. **Memahami Pemenuhan Kebutuhan Dasar Klien**
4. **Memecahkan Masalah yang berhubungan dengan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia**

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

a. Alkohol
b. Cairan infuse
c. Abocath
d. Handscoon
e. Plester
f. Selang infuse
g. Torniqueth
h. Duk (alas)
i. Kapas alkohol
j. Baki
k. Tiang infus

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	Memberitahu klien tindakan yang akan dilakukan	

2	**Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien**	
3.	**Memasang sampiran**	
5.	**Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih**	

6.	Pemasangan perlak dan pegalasnya dibawah daerah yang akan dipasang infus.	
7	Menggantungkan flabot pada tiang infus	
8	Membuka kemasan infus set	

9	Menusukkan pipa saluran infus kedalam botol cairan dan mengisi tabung tetesan dengan cara memencet tabungan tetesan infus hingga setengahnya	
10	Membuka klem dan mengalirkan cairan keluar sehingga tidak ada udara pada slang infus lalu tutup kembali klem	
11	Memilih vena yang akan dipasang infuse	

13	Meletakkan tourniquet dan Melakukan disinfeksi daerah pemasukan dengan kapas alcohol secara sirkulair dengan diameter ± 5 cm	
14	Memasukkan jarum abbocath ke vena dengan lubang jarum mengahadap ke atas, dengan menggunakan tangan yang dominan	
15	Segera menyambung dengan slang infus Melepaskan torniquet, menganjurkan pasien membuka tangannya dan melonggarkan klem untuk melihat kelancaran tetesan	
16	Merekatkan pangkal jarum pada kulit dengan plester dan Menutup tempat tusukan dengan kasa steril, dan direkatkan dengan plester,	

17	**Mengatur letak anggota badan yang dipasang infus supaya tidak digerak-gerakan agar jarum infuse tidak bergeser dan tidak perlu memasang spalk**	
18	**Membereskan alat dan merapikan pasienn**	
19	**Melepas sarung tangan, rendam dalam larutan chlorin 0,5% selama 10 menit**	
20	**Mencuci tangan dengan sabun air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih**	

21	**Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan**	

KEGIATAN BELAJAR 7

KONSEP KEBUTUHAN ELIMINASI

100 Menit

PENDAHULUAN

Kateter adalah suatu selang unuk memasukkan dan mengeluarkan cairan. Kateterisasi kandung kemih adalah memasukkan kateter melalui uretra ke dalam kandung kemih dengn tujuan untuk mengelurkan urin (Potter&Perry, 2001). Tindakan kateterisasi dapat menyebabkan infeksi nosokomial, oleh karena itu sedapat mungkin tindakan kateterisasi dihindarkan, kecuali bila sangat diperlukan, dan harus meggunakan tekhnik yang tepat. Karena itulah perawatan kateter harus dilakukan. Perawatan kateter adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk merawat kepatenan dan kebersihan selang kateter.

TUJUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan perawatan kateter indwelling dan pengambilan sample urin pada kateter

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu :

8. Menyebutkan pengertian dari perawatan kateter indwelling
9. Menyebutkan tujuan dari perawatan kateter
10. Menyebutkan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan kateter
11. Mendemonstrasikan perawatn kateter

URAIAN MATERI

1. Pengertian

Kateter adalah suatu selang unuk memasukkan dan mengeluarkan cairan. Kateterisasi kandung kemih adalah memasukkan kateter melalui uretra ke dalam kandung kemih dengn tujuan untuk mengelurkan urin (Potter&Perry, 2001). Tindakan kateterisasi dapat menyebabkan infeksi nosokomial, oleh karena itu sedapat mungkin tindakan kateterisasi dihindarkan, kecuali bila sangat diperlukan, dan harus meggunakan tekhnik yang tepat. Karena itulah perawatan kateter harus dilakukan. Perawatan kateter adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk merawat kepatenan dan kebersihan selang kateter.

2. Tujuan

Perawatan kateter dilakukan untuk:

a.Mencegah infeksi nosokomial pada pasien
b.Menjaga kepatenan selang
c. Menjaga kebersihan selang d.Mengefektifkan kegunaan kateter

3. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan dalam Perawatan Kateter:

a.Perineal hiegiene sebaiknya dilakukan minimal 2 kali sehari pada klien dengan kateter tetap
b.Pasin dianjurkan untuk minum minimal 2000 sampai 2500 bila diijinkan untuk menjaga kebersihan kateter dan kandung kemih

ALAT DAN BAHAN

1. **Kateter urin**
2. **Urin bag**
3. **Sarung tangan steril**
4. **Set bengkok dan pinset steril**
5. **Kapas dan cairan sublimate**
6. **Jelly**
7. **Plester**
8. **Perban**

9. Spuit dan Steril water aquadest
10. Bengkok tidak steril
11. Alas/ Perlak kecil
12. Handuk kecil + Waskom isi air hangat + sabun
13. Sampiran
14. Lampu

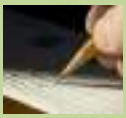
LANGKAH KEGIATAN

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	Petugas mencuci tangan	
2	Memberitahu tindakan yang akan dilakukan	
3.	Pasang sampiran	

4.	Atur posisi (laki2, wanita)	
5.	Pasang urine bag	
6.	Pasang perlak/alas	
7.	Sediakan spuit isi aquadest	

8.	Pasang sarung tangan	
9.	Lakukan vulva/perineum hygiene (wanita)	
10.	Buka set kateter dan berikan jelly di ujung kateter	
11.	Masukkan kateter sampai urin mengalir (pria dan wanita)	
12.	Fiksasi kateter	
13.	Bantu pasien pada posisi yang nyaman	

14.	**Cuci tangan**	



TEST FORMATIF

KEGIATAN BELAJAR 8

KEBUTUHAN PERSONAL HYGINE (MEMANDIKAN PASIEN)

100 Menit

PENDAHULUAN

Memandikan pasien adalah membersihkan tubuh pasien dengan menggunakan air dan sabun. Memandikan pasien dilakukan pada semua pasien baru bila kotor sekali dan keadaan memungkinkan. Pada pasien dirawat rutin 2 kali sehari, segela bila saat post partum, bila diperlukan sewaktu-waktu.

Memandikan pasien dalah membersihkan tubuh pasien dengan meng gunakan air dan sabun, yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri atau memerlukan bantuan.

TUJUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan memandikan pasien

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu :

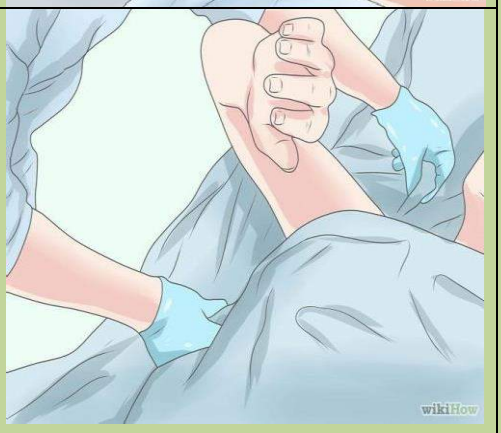
- **membersihkan kulit dan menghilangkan bau badan**
- **Mencegah infeksi kulit**
- **Mendidik pasien dalam kebersihan perorangan**
- **Memperlancar peredaran darah**
- **Memperthankan kenyamanan pasien**

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

- Anduk besar 3 buah (1 untuk wajah 2 buah ektermitas atas dan bawah
- Washlap 3 buah (1 buah untuk wajah 2 buah ektermitas atas dan bawah
- Sabun 1 buah
- Waskom air mandi 2 buah (1 untuk basuh, 1 untuk bilas)
- Selimut ektra 1 buah
- Air hangat
- Lotion/bedak/deodorant
- Pakaian bersih
- Urinal atau pispot
- Pengalas/ under pad
- Sarung tangan bersih
- Laundry bag

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	Persiapan pasien. Pasien diberikan penjelasan, prosedur mandi, kaji kemampuan fisik klien untuk membantu.	

2	Jaga privasi pasien Tutup pintu, jendela atau gorden dan gunakan sherm.	
3	Cuci tangan menurut standar 6 langkah. Cuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih	
4	Pindahkan selimut dan bantal klien dari tempat tidur. jika bantal dibutuhkan gunakan seperlunya.	
5	Beri tahu klien bahwa pakaian harus dilepas. Lepaskan pakaian bagian atas lalu bagian yang terbuka tersebut ditutup dengan selimut	

6	Membasuh muka bentangkan perlak kecil dan handuk kecil di bawah kepala bersihkan muka, telinga, dan leher dengan waslap lembab, lalu keringkan dengan handuk gulungkan perlak dan handuk membersihkan mata pasien tidak dengan menggunakan sabun.	
7	Membasuh lengan turunkan selimut mandi ke bagian perut klien Ke ataskan kedua tang an klien, pasang handuk besar di a tas dada klien secara melintang, lebarkan ke kiri dan kanan sehingga kedua tangan klien dapat diletakkan di atas handuk, Basahi tangan klie n dengan waslap air bersih kemudian sabuni dengan menggunakan waslap. Lakukan dari bagian yang terjauh dari petugas kemudian bilas dengan air hangat sampai bersih. Jika telapak tangan klien kotor,cuci dengan air bersih pada bengkok. Selanjutnya keringkan dengan han duk. Selanjutnya, lakukan prosedur ini pada tangan yang satunya.	

8	Membasuh dada dan perut taggalakan pakain pasien bawah klien dan turunkan selimut sampai perut bagian bawah Basahi ketiak, dada dan perut klien dengan waslap basah, beri sabun kemudian bilas dan keringkan Lakukan pada sisi klien yang terjauh dan kemudian pada sisi yang dekat dengan perawat. Selanjutnya tutup dengan kain penutup atau handuk yang lain	
9	Membasauh punggung miringkan klien ke kiri. Bentangkan handuk dibawah punggung sampai bokong klien Basahi punggung sampai bokong, beri sabun kemudian bilas dankeringkan Miringkan klien ke kanan, bentangkan handuk dibawah punggung sampai bokong Basahi punggung sampai bokong klien dengan waslap, beri sabun, lalu bilas dan keringkan sepertitadi Telentangkan klien, kenakan pakaian bagian atas yang bersih dan rapi. Sebelumnya jika klien menghendaki, beri talk dan gosok badan dengan talk secukupnya	

10	Membasuh kaki Keluarkan kaki klien yang jauh dari petugas dari dalam selimut mandi Bentangkan handuk dibawah kaki dan lutut ditekuk. Basahi kaki mulai dari pergelangan kaki samapai pangkal paha, beri sabun kemudian bilas.Lakukan juga pada kaki yang satu lagi Basuh telapak kakidengan air bersih dalam baskom, lalu keringkan	
11	Membasuh daerah lipat paha dan genital bentangkan handuk dibaw ah bokong, lalu buka selimut bagian bawah Basahi daerah lipat paha dan genital, beri sabun, bilas lalu kerin gakan. Angkat handukdari bawah bokong klien, dan kenakan pakaian bagian bawah klien Untuk daerah genital wanita, sebaiknya gunakan sabun khusus untuk kemaluan, bila tidak tersedia, cukup dibasuh dengan air sampai bersih. Karena sabun biasa dapat mengiritasigenital (PH sabun basa sehingga tidak sesuai)	

12	Ganti selimut pasien dan pasang kembali pakaian pasien Setalah rapi, ganti selimut mandi klien dengan selimut tidur .	
13	Atur posisi pasien Atur posisi klien senyaman mungkin, pasang kembali bantal dan slimutklien.	
14	Bereskan alat Bereskan pakaian dan alat tenun yang kotor serta peralatan lain dan kembalikan ke tempatnya	
15	Cuci tangan menurut standar 6 langkah. Cuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.	

16	Beritahukan tindakan sudah selesai Beritahukan pasien bahwa tindakan sudah selesai .	

KEGIATAN BELAJAR 9

BODY ALLIGMENT (PENGATURAN POSISI)

100 Menit

PENDAHULUAN

TUJUAN

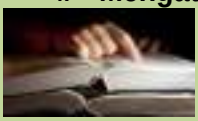
01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan posisi tidur pada mahasiswa lain sesuai dengan yang ditugaskan.

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan tujuan pengaturan posisi dan perubahan posisi secara teratur
2. Menyebutkan jenis-jenis posisi tidur klien
3. Menyebutkan alat bantu yang diperlukan untuk masing-masing posisi
4. Mengatur posisi tidur mahasiswa lain sesuai kebutuhan



URAIAN MATERI

1. Tujuan Pengaturan Posisi

a. Mencegah rasa tidak nyaman pada otot
b. Mempertahankan tonus otot
c. Mencegah terjadinya komplikasi immobilisasi, seperti ulkus dekubitus, kerusakan saraf superficial, kerusakan pembuluh darh, dan kontraktur

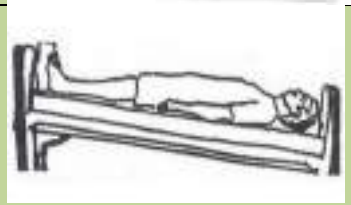
2. Prinsip Pengaturan Posisi
   a. Pertahankan agar kasur yang digunakan dapat memberikan support yang baik bagi tubuh
   b. Yakinkan bahwa alas tidur tetap bersih dan kering, karena alas tidur yang lembab akan meningktkan resiko terjadinya ulkus dekubitus
   c. Letakkan alat bantu di tempat yang membutuhkan, sesuai dengan jenis posisi
   d. Jangan letakkan satu bagian tubuh di atas bagian tubuh yang lain, terutama daerah tonjolan tulang
   e. Rencanakan perubahan posisi selama 24 jam dan lakukan secara teratur

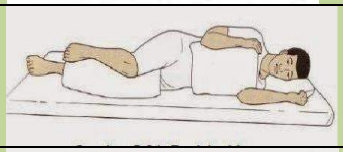
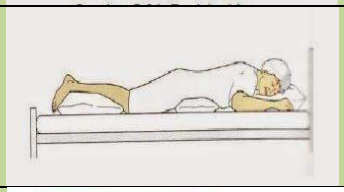
3. Jenis-jenis Posisi Tidur
   a. Fowler
      Adalah posisi tidur klien dimana kepala dan badan dinaikkan 45-60^0. Kombinasi posisi fowler adalah semi fowler (30-45^0) dan posisi high fowler (45-90^0)
   b. Dorsal recumbent
      Adalah posisi tidur terlentang dengan kepala dan bahu sedikit ditinggikan dengan bantal
   c. Prone
      Adalah posisi tidur dimna klien berbaring dengan posisi telungkup dan kepala menghadap ke samping.
   d. Lateral
      Adalah posisi dimana klien berbaring pada satu sisi dari tubuh.
   e. Sims
      Adalah posisi antara lateral dan posisi prone.

ALAT DAN BAHAN

1. 1-6 bantal
2. Hand roll
3. 1-2 trochanter roll dan sandbags (jika perlu)
4. Papan kaki footboard
5. Retraints (kalau perlu)

LANGKAH KEGIATAN

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	Petugas mencuci tangan	
2	Identifikasi kebutuhan klien dan jelaskan tujuan/ manfaat perubahan posisi	
3	Pertahankan privasi	
4	Posisi fowler	
5	Posisi sim	
6	Posisi trendelenberg	

7	Posisi dorsal recumbent	
8	Posisi lateral	
9	Posisi pronasi	
10	mencuci tangan	

TEST FORMATIF

KEGIATAN BELAJAR 10

AMBULASI PASIEN (MEMINDAHKAN PASIEN)

100 Menit

PENDAHULUAN

TUJUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda.

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu :

1. **Menyebutkan tujuan dari prosedur memindahkan pasien**
2. **Menyebutkan hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai teknik memindahkan pasien**
3. **Mendemontrasikan tehnik memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda**

URAIAN MATERI

1. Tujuan dari Memindahkan Pasien:

- **Membantu klien dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya**
- **Meningkatkan kekuatan otot klien**

2. Hal-hal yang perlu Diperhatikan Ketika Memindahkan Pasien:

- **Naikkan selalu penghalang tempat tidur pada sisi yang berlawanan untuk mencegah klien jatuh**
- **Naikkan tempat tidur hingga batas yang memungkinkan bagi tankes**

- **Kaji mobilitas dan kekuatan klien untuk menentukan besarnya bantuan yang diberikan ketika memindahan klien**
- **Tentukan kebutuhan akan bantuan**
- **Kaji body aligment yang benar dan area yang tertkan selama melakukan prosedur**
- **Pastikan prosedur yang tankes lakukan aman bagi klien dan dirinya sendiri**

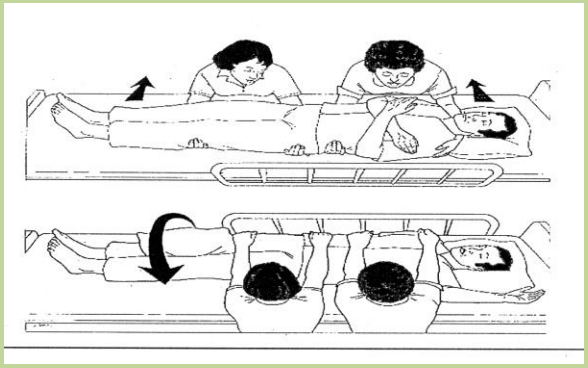
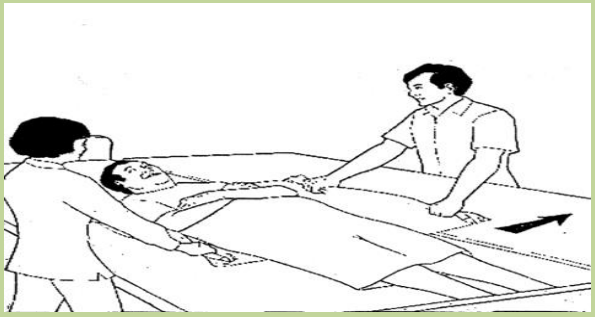
ALAT DAN BAHAN

1. **Kereta dorong yang suah dialasi (brankar)**
2. **Bantal**
3. **Kursi roda (rostur)**

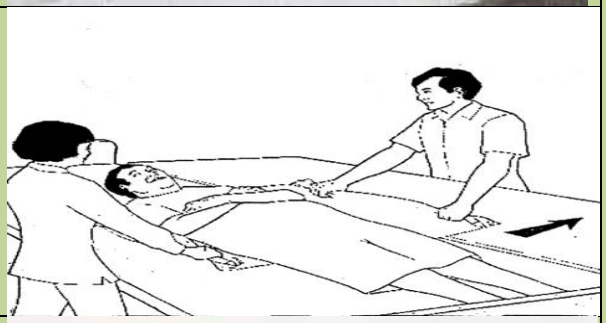
LANGKAH KEGIATAN

1. **Memindahkan pasien/ mengangkat dari tempat tidur ke kereta dorong (oleh 2/3 orang perawat)**

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	**Petugas mencuci tangan**	
2	**Menempatkan dan mengunci brankar**	

3	**Perawat 1 dibagian kepala, tangan kiri menyokong kepala dan memegang pangkal lengan. Tangan kanan melalui atas dada pasin, memegang tangan perawat II di bawah punggung** **Perawat II dibagian tengah tangan kiri dibawah pinggang pasien, berpegangan dengan tangan perawat I , tangan kanan dibawah pangkal paha** **Perawat III dibagian kaki , tangan kiri meyokong paha bawah, tangan kanan pada betis** **Kedua tangan pasien menyilang di dada** **Perawat I memberi aba-aba** **Bersama-sama mengangkat pasien**	  
4	**Petugas mencuci tangan**	

2. Membantu pasien yang dapat pindah sendiri dari tempat tidur ke brankar

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	Petugas mencuci tangan	
2	Menempatkan brankar merpat ke tempat tidur dan mengunci brankar	
3	Menganjurkan pasien bergeser ke brankar	
4	Menyelimuti pasien dengan rapih	
5	Petugas mencuci tangan	

3. Membantu pasien pindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya

NO	KETERANGAN	GAMBAR
1	Petugas mencuci tangan	
2	Meletakkan kursi roda sejajar dengan tempat tidur	
3	Mengunci kursi roda dan membuka sandaran kaki	
4	Kedua kaki pasien digeser ke pinggir tempat tidur dan dibantu untuk duduk dengan terjuntai	
5	Perawat berdiri di depan pasien dengan kaki direntangkan Perawat meletakkan kedua tangan dbawah ketiak pasien dan jari-jari melebar menutupi bagian atas Menganjurkan pasien membelekangi kursi roda Kedua tangan pasien memegang kedua tangan kursi roda kemudian pasien dibantu duduk diatas kursi roda Memasang kembali sandaran kaki dan meletakkan kaki pasien diatas sandaran kaki	

6	Petugas mencuci tangan	

KEGIATAN BELAJAR 11

PEMERIKSAAN FISIK IBU HAMIL

100 Menit

PENDAHULUAN

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil Pemeriksaan pada ibu hamil dapat dilakukan dengan beberapa pemeriksaan secara umum, meliputi pemeriksaan umum dan pemeriksaan kebidanan. Pemeriksaan Umum Pemeriksaan pada ibu hamil bertujuan untuk menilai keadaan umum ibu, status gizi, tingat kesadaran, serta ada tidaknya kelainan bentuk badan. Selain itu pemeriksaan umum juga meliputi pemeriksaan, jantung, paru, reflex, serta tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu dan pernafasan. Pemeriksaan Kebidanan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

TUJUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan langsung kepada pasien secara optimal dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan, sehingga didapat ibu dan anak yang sehat.

02. TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan Mahasiswa mampu :

1. Melaksanakan pengkajian data
2. Mengidentifikasi diagnosa, masalah dan kebutuhan
3. Menentukan antisipasi masalah potensial
4. Mengidentifikasi kebutuhan segera
5. Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai dengan prioritas masalah
6. Melaksanakan rencana asuhan dengan masalah
7. Mengevaluasi keefektifan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

1. Air mengalir
2. Handuk / Tissue
3. Timbangan berat badan
4. Pengukur tinggi badan
5. Pengukur lila
6. Spignomanometer
7. Stetoskop
8. Termometer aksila
9. Metelin
10. Leanec / Doppler
11. Reflek hamer
12. Sarung tangan (handscoon)
13. Senter
14. Spatel lidah
15. Larutan klorin 0.5 % dalam tempatnya
16. Larutan DTT dalam tempatnya
17. 2 buah gelas untuk pemrosesan termometer
18. Kapas DTT dalam tempatnya
19. Bengok
20. Tempat sampah medis, kering, tajam
21. Selimut

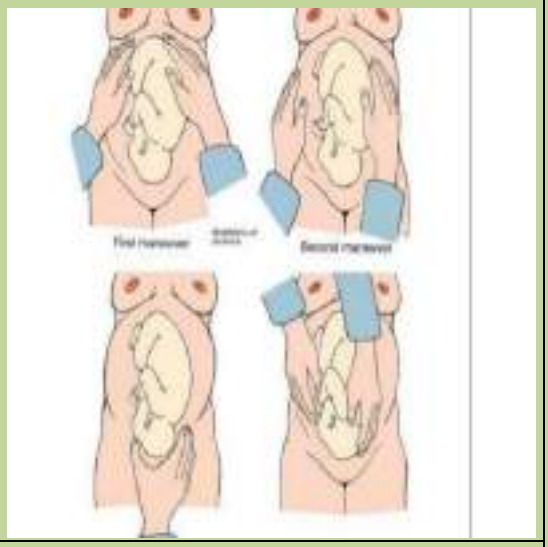
LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

No	Keterangan	Gambar
1.	**Siapkan alat :** **Key point :** **Susun alat secara ergonomis dan lengkap di dekat pasien dan mudah dijangkau**	
2.	**Jaga kenyamanan pasien** **Key point :** **Memasang sampiran untuk menjaga kenyamanan dan privacy pasien**	
3.	**Lakukan informed concent :** **Key point :** **Jelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan bahasa yang mudah di mengerti oleh pasien serta meminta persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan**	
4.	**Lakukan anamnesa :** **Key point :** **Melakukan anamnesa tentang riwayat sosial, kesehatan, kehamilan, dan persalinan ibu sebelumnya**	
5.	**Mengganti baju** **Key point :** **Menganjurkan ibu ganti baju dan mengosongkan kandung kemih**	

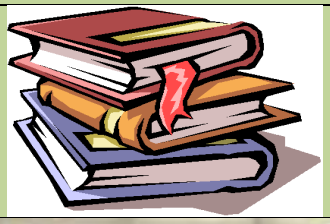
6.	**Cuci tangan :** **Key point :** **Dengan sabun dan air mengalir gunakan teknik 6 langkah untuk mencegah infeksi dan keringkan dengan tissue / handuk bersih**	
7.	**Ukur tinggi badan** **Key point :** **Mengukur tinggi dan berat badan dengan tubuh pasien tegak**	
8.	**Pasien tidur** **Key point :** **Menganjurkan / membantu pasien untuk naik ke tempat tidur**	
9.	**Periksa TTV** **Key point :** **Periksa TD, nadi, suhu, tubuh, dan pernafasan.** **Bahaya : sistole naik 30 / lebih dan diastole naik 15/lebih** **Nadi normal frekuensi 60-90 x/menit. Buruk : 100 x/menit atau lebih. Dalam keadaan santai cara menghitung : ibu dalam keadaan tenang.** **Respirasi normal 16 – 20 x / menit tachipnea : febris, infeksi, anemia, nyeri.** **Suhu normal : 36,5 – 37,5 ^{0}c**	

A.	**Melakukan pemeriksaan (Head To Toe)**	
10.	**Periksa kepala** **Key point :** • **Kulit kepala** • **Kebersihan rambut** • **Kebersihan kepala**	
11.	**Periksa wajah** **Key point :** **Periksa apakah ada oedema pada wajah, mata serta periksa konjungtiva dan sklera pada mata**	
12.	**Periksa hidung, telinga, dan mulut** **keypoint :** • **Apakah ada polip** • **Kebersihan telinga dan pengeluaran cairan** • **Mulut apakah bibir terdapat labioskhicix, palatoskichiz, dan bibir**	

	pucat,dan caries gigi	
13.	**Periksa leher** **Key point :** **Minta pasien mendongak palpasi pada kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening** • **Apakah ada pembesaran kelenjar getah bening**	
14.	**Periksa payudara** **Key point :** **minta tangan ibu ke atas kemudian melakukan palpasi, kondisinya kering, pecah,pendek, rata) dan apakah ada pengeluaran colostrums**	
15.	**Periksa abdomen** **Key point :** **Inspeksi apakah ada bekas luka operasi, bekas sc, linea dan striae**	
16.	**Periksa abdomen** **Key point :** **Menentukan tfu dengan metlin dari simfisis ke fundus** **Tentukan bagian janin yang terdapat di fundus**	

17.	**Leopold II** **Key point :** **Menentukan bagian yang terdapat di kiri dan kanan uterus ibu**	
18.	**Leopold III** **Key point :** **Menentukan bagian terbawah janin sudah masuk pap atau belum**	
19.	**Leopold IV :** **Key point :** **Menentukan seberapa jauh bagian terbawah janin masuk PAP**	
20.	**Periksa DJJ** **Key point :** **Dengarkan suara denyut jantung janin dengan menggunakan leanec** • **Perhatikan iramanya (teratur / tidak), normalnya 120 – 160 x/menit**	
21.	**Periksa ekstremitas** **Key point :** • **Inspeksi dan palpasi daerah pretibia dan punggung kaki untuk mengetahui oedema / tidak**	

22.	**Periksa anogenital** **Key point :** • **Atur posisi pasien** • **Pakai handscoon** • **Anogenital dibersihkan dengan kapas DTT** • **Periksa pembesaran kelenjar bartholini**	
23.	**Periksa rektum** **Key point :** **Pasien dianjurkan miring ke kiri dengan posisi sim kemudian periksa daerah anus untuk melihat hemoroid sambil melihat varises dan oedema di daerah tungkai**	
24.	**Cuci tangan** **Key point :** **Rapihkan alat dan cuci tangan dengan 7 langkah untuk mencegah infeksi dan keringkan**	
25.	**Periksa lumbal** **Key point :** **menganjurkan pasien bersila di tempat tidur untuk melakukan pemeriksaan ginjal** • **Perkusi daerah lumbal kiri dan kanan**	

26.	**Periksa reflek patella** **Key point :** **Menganjurkan pasien duduk di pinggir tempat tidur dengan kaki terjungkai dan rileks** • **Lakukan pemeriksaan reflek patella kanan dan kiri**	
27.	**Rapihkan alat** **Key point :** **Menganjurkan pasien ganti baju dan merapihkan alat dan tempat tidur**	
28.	**Dokumentasi** **Key point :** **Lakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan**	
29.	**Konseling** **Key point :** **Jelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dengan bahasa yang mudah di mengerti dan lakukan konseling**	

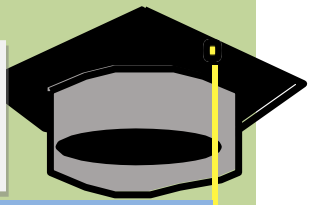
TES FORMATIF

A.
B.
C.

GLOSARIUM

KEGIATAN BELAJAR 12

PEMERIKSAAN FISIK IBU NIFAS



100 Menit

PENDAHULUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan ibu nifas

02. TUJUAN KHUSUS

1. **Menyebutkan tujuan dari prosedur pemeriksaan fisik ibu nifas**
2. **Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu nifas secara sistematis.**
3. **Mendeteksi secara dini adanya kelainan dan masalah pada ibu nifas.**

URAIAN MATERI

1. Pengertian

Pemeriksaan ibu nifas masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

1. Sarung tangan pemeriksaan
2. Tensimeter
3. Stetoskop
4. Termometer
5. Bengkok
6. Handuk cuci tangan
7. Tempat sampah kering
8. Tempat sampah basah
9. Kom berisi cairan klorin 0,5%
10. Jam tangan (ada jarum detiknya)
11. Sampiran bila perlu

Bahan :

1. Kapas DTT
2. Sabun cuci tangan
3. Air mengalir
4. Tissue
5. Phantom ibu
6. Peraga / orang

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

No	Keterangan	Gambar
1.	Siapkan alat : Key Point : Alat,bahan dan perlengkapan disusun secara ergonomis	

2.	Lakukan Informed concent pada Ibu Jaga kenyamanan pasien	
3.	Memasang sampiran untuk menjaga kenyamanan dan privacy pasien	
3.	Cuci tangan dan keringkan Key Point : Cuci tangan dengan 7 langkah,dilakukan memakai sabun, dibawah air yang mengalir, dan keringkan dengan handuk bersih	
4.	Buka baju bagian atas ibu Key Point : Pastikan Privacy ibu tetap terjaga	
5.	Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada ibu Key Point : Amati keadaan ibu dan pastikan ibu tetap merasa nyaman	

6.	**Kepala** **Key Point :** **Lihat keadaan rambut, bersih atau tidak, warna rambut, ada benjolan atau tidak**	
7.	**Muka** **Key Point :** **Lihat apakah simetris, terdapat cloasma, oedema dan lihat apakah ada kelainan.**	
8.	**Mata** **Key Point :** **Lihat kesimetrisan, warna sclera dan conjungtiva.**	
9.	**Telinga** **Key Point :** **Letak, lihat bersih atau tidak.**	
10.	**Hidung** **Key Point :** **Lihat apakah ada polip dan secret**	

11.	**Mulut** **Key Point :** **Lihat apakah ada stomatitis, caries pada gigi dan gigi berlubang**	
12.	**Leher** **Key Point :** **Palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar limfe dan pembesaran vena jugularis**	
14.	**Lakukan pemeriksaan payudara** **Key Point :** **Palpasi pada kedua payudara mengenai benjolan, pembengkakan atau abses. Lihat kesimetrisan antara kiri dan kanan, putting susu menonjol atau tenggelam, ASI apakah sudah ada atau belum.**	
15.	**Lakukan pemeriksaan abdomen** **Key Point :** **Lihat apakah ada luka bekas operasi, palpasi untuk menilai fundus dan kontraksi uterus, menilai apakah ada masa atau**	

	konsistensi otot	
16.	Atur posisi ibu untuk pemeriksaan perineum Key Point : Posisi ibu dorsal recumbent	
17.	Beritahu ibu Key Point : Jelaskan tentang prosedur pemeriksaan perineum dan vulva atau vagina	
19.	Pakai sarung tangan pemeriksaan Key Point : Gunakan sarung tangan yang bersih	
20.	Periksa perineum Key Point : Nilai kesembuhan luka laserasi atau jahitan bila ada. Bersihkan dengan kapas DTT	
21.	Periksa vulva dan vagina Key Point : Perhatikan warna, konsistensi dan bau lokhia. Pastikan tidak ada perdarahan abnormal	
22.	Lepaskan sarung tangan Key Point : Celupkan kedalam bak berisi larutan klorin 0,5 %	

23.	**Cuci tangan dan keringkan** **Key Point :** **Cuci tangan dengan 7 langkah dengan sabun dibawah air mengalir dan keringkan dengan handuk yang bersih**	
24.	**Catat hasil pemeriksaan** **Key Point :** **Dokumentasikan dalam bentuk SOAP**	
25.	**Beritahu hasil pemeriksaan** **Key Point :** **Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan atau hasil temuan, berikan penkes tentang :** **1. Kebersihan diri** **2. Istirahat** **3. Gizi** **4. ASI** **5. Perawatan payudara** **6. Perawatan luka perinieum**	

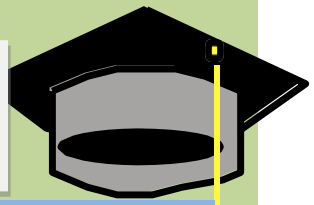
TES FORMATIF

A.
B.
C.

GLOSARIUM

KEGIATAN BELAJAR 13

PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR



100 Menit

PENDAHULUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan bayi baru lahir

02. TUJUAN KHUSUS

1. **Menyebutkan tujuan dari prosedur pemeriksaan bayi baru lahir**
2. **Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir secara sistematis.**
3. **Mendeteksi secara dini adanya kelainan dan masalah pada bayi baru lahir.**

URAIAN MATERI

1. Pengertian

Pemeriksaan Bayi Baru Lahir merupakan salah satu hal yang harus dikerjakan dalam rangkaian pengumpulan data dasar (pengkajian data) pada bayi baru lahir sebagai dasar dalam menentukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir. Dalam melakukan pemeriksaan ini sebaiknya bayi dalam keadaan telanjang di bawah lampu terang, sehingga bayi tidak mudah kehilangan panas. Tujuan pemeriksaan fisik secara umum pada bayi adalah menilai keadaan umum bayi, menentukan status adaptasi atau penyesuaian kehidupan intrauteri ke dalam kehidupan ekstrauteri, dan mencari adanya kelainan / ketidaknormalan pada bayi baru lahir.

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

1. Sarung tangan pemeriksaan
2. Tensimeter
3. Stetoskop
4. Termometer
5. Bengkok
6. Handuk cuci tangan
7. Tempat sampah kering
8. Tempat sampah basah
9. Kom berisi cairan klorin 0,5%
10. Jam tangan (ada jarum detiknya)
11. Sampiran bila perlu

Bahan :

1. Metlin
2. Timbangan bayi dan alasnya
3. Stetoskop
4. Handscoone 1 pasang
5. Pakaian bayi, popok dan kain bedong
6. Kapas mata
7. Bengkok
8. Senter / Pen Light
9. Larutan klorin
10. Buku catatan dan alat tulis

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

No	Keterangan	Gambar
1.	Persiapan ruangan Pintu dan jendela tertutup, tempat pemeriksaan yang hangat dan bersih, pastikan penerangan yang cukup	
2.	Memperkenalkan identitas diri pada klien b. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan sampai klien mengerti dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan kepada bayi nya c. Lakukan informed consent kepada orang tua	
3.	Persiapan alat Siapkan alat, bahan dan perlengkapan untuk melakukan pemeriksaan BBL	

4.	Biasakan mencuci tangan sebelum tindakan dibawah air mengalir dengan menerapkan prinsip enam langkah mencuci tangan	
5.	Gunakan handscoon	
6.	Pemeriksaan Panjang Badan BBL, dengan cara : - Baringkan bayi dengan posisi miring lutut lurus, pengukur diletakkan merapat pada kepala dan badan, ukur dari puncak kepala sampai tumit kaki - Membaca angka pada metlin - Mengangkat bayi dari metlin - Menulis hasil dalam buku Catatan	

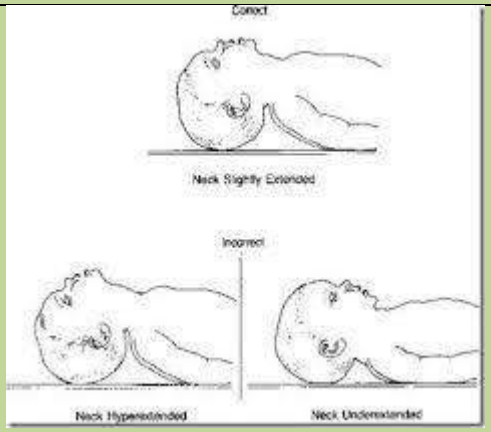
7.	**Pemeriksaan Berat Badan BBL, dengan cara :** **- Timbangan bayi disiapkanbentangkan alas diatas timbangan, kontrol jarum timbangan berada di angka nol, letakkan bayi diatas timbangan dalam keadaan terbungkus** **- Membaca skala jarum timbangan menunjukkan hasil timbangan** **- Mengangkat bayi dari timbangan dan memakaikan pakaian bayi** **- Menimbang alas dan kain yang membungkus bayi** **- Menulis hasil berat badan dalam buku catatan**	

8.	a. Pemeriksaan Kepala BBL, dengan cara : - Lihat ubun-ubun, sutura, molase, caput succedaneum, dan cephal haematoma - Membaringkan bayi diatas meja - Mengukur dengan metlin mulai mento kearah oksipitalis kemudian kembali kearah mento - Mengukur dengan metlin mulai fronto kearah oksipitalis kembali kearah fronto - Mengukur dengan metlin mulai dari bregmatika (ubun-ubun besar) kearah suboksipitalis kemudian kembali kearah bregmatika - Membaca angka pada metlin - Menulis hasil dalam buku Catatan	

	Pemeriksaan Kepala BBL, dengan cara : - Lihat ubun-ubun, sutura, molase, caput succedaneum, dan cephal haematoma - Membaringkan bayi diatas meja - Mengukur dengan metlin mulai mento kearah oksipitalis kemudian kembali kearah mento - Mengukur dengan metlin mulai fronto kearah oksipitalis kembali kearah fronto - Mengukur dengan metlin mulai dari bregmatika (ubun-ubun besar) kearah suboksipitalis kemudian kembali kearah bregmatika - Membaca angka pada metlin - Menulis hasil dalam buku Catatan	

9.	**Pemeriksaan Wajah BBL, dengan cara :** **- Lihat simetris / tidak (kelainan wajah yang khas** **Sindrom Down)**	
10.	**Pemeriksaan Mata BBL, dengan cara :** **- Periksa jumlah, posisi / letak mata** **- Bersihkan mata menggunakan kapas mata** **dari dalam ke luar**	
11.	**Pemeriksaan Hidung dan** **Mulut BBL, dengan cara :** **- Periksa ada pernafasan** **cuping hidung / tidak** **- Periksa ada sumbing / tidak** **- Lihat refleks menelan (bayi** **saat menyusui), refleks rooting, dan refleks sucking**	

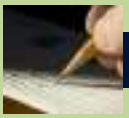
12.	Pemeriksaan Telinga BBL, dengan cara : - Periksa jumlah, bentuk dan posisi telinga - Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas di bagian atas	
14.	Pemeriksaan Leher BBL, dengan cara : - Lihat ada pembengkakan / tidak, ada benjolan / tidak,dan refleks tonick neck(angkat kedua tangan bayi, kepala bayi ikut mengangkat)	
15.	Pemeriksaan Dada BBL, dengan cara : - Lihat dan perhatikan bentuk dada, putting susu,bunyi nafas, dan bunyi jantung - Mengukur lingkar dada dengan metlin (dari daerah dada ke punggung kembali ke dada melalui kedua putting susu) - Membaca angka dengan metlin - Menulis hasil dalam buku catatan	

16.	Pemeriksaan Bahu, Lengan dan Tangan BBL, dengan cara : - Gerakan bahu, lengan dan tangan bayi - Kedua lengan harus sama panjang (luruskan kedua lengan bayi ke bawah) - Kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya fraktur	
17.	Pemeriksaan Sistem Syaraf BBL, dengan cara : - Lihat refleks moro (pemeriksa bertepuk tangan)	
18.	Pemeriksaan Perut BBL, dengan cara : - Lihat bentuk, penonjolan sekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat (1 vena dan2 arteri), ada benjolan /kelainan congenital omfalokel tidak	

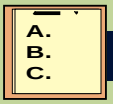
19.	Pemeriksaan Jenis Kelamin BBL, dengan cara : - Pada laki-laki, lihat dan perhatikan : testis berada dalam skrotum, penis berlubang dan lubang ini terletak di ujung penis, ada / tidak kelainan congenital (hipospadia, epispadia, dan fimosis) - Pada perempuan, lihat dan perhatikan : vagina berlubang, uretra berlubang, dan labia mayor menutupi labia minor	
20.	Pemeriksaan Tungkai dan Kaki BBL, dengan cara : - Lihat dan perhatikan gerakan, bentuk, jumlah jari, refleks babinsky dan plantar (memberi rangsangan pada telapak kaki), eflex walking / stepping (bayi di berdirikan)	

21.	Pemeriksaan Punggung BBL, dengan cara : - Lihat pembengkakan / ada cekungan tidak, ada spina bifida tidak, ada atresia ani tidak (ada meconium tidak)	
22.	Pemeriksaan Kulit BBL, dengan cara : - Lihat verniks (tidak perlu dibersihkan untuk menjaga kehangatan tubuh bayi), warna kulit, ada pembengkakan dan bercakbercak hitam tidak, tanda tanda lahir	
23.	Membereskan alat-alat dan bahan	
24.	Melepaskan handscoone dan mencuci tangan kembali	

25.	Memberikan bayi baru lahir pada orang tua dan memberitahukan hasil pemeriksaannya	



TES FORMATIF



GLOSARIUM

KEGIATAN BELAJAR 13

PEMERIKSAAN FISIK PELAYANAN KONTRASEPSI

100 Menit

PENDAHULUAN

01. TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik pelayanan kontrasepsi

02. TUJUAN KHUSUS

1. **Menyebutkan tujuan dari prosedur pemeriksaan fisik pelayanan kontrasepsi**
2. **Melakukan pemeriksaan fisik pada pelayanan kontrasepsi secara sistematis.**

URAIAN MATERI

1. Pengertian

Kontrasepsi ialah usaha – usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha – usaha itu dapat bersifat sementara dapat pula bersifat permanen.

Pemeriksaan fisik pada pelayanan kontrasepsi agar bisa mengetahui atau untuk melakukan tela'ah dan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan kesesuaian penggunaan metode kontrasepsi yang di inginkan.

Tujuan utama untuk menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus dan masalah misalnya klien dengan diabetes atau tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

1. Bivalue speculum (spekulumcocorbebek)
2. Tampon tang
3. Tenakulum
4. Guntingbenang
5. Mangkukuntuklarutan antiseptic
6. SarungtangandanScort
7. Duksteril
8. Kapassublimat/cebok
9. CairanAntiseptik (Bethadine)
10. Cairanklorin 0,5%
11. Korentang
12. Kassa

Bahan :

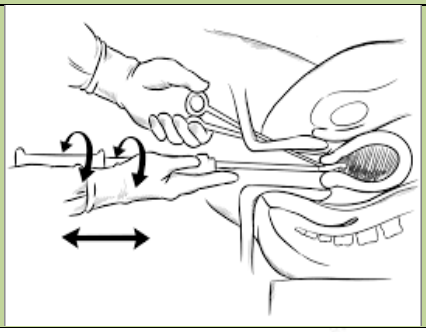
1. IUD copper T 380 A

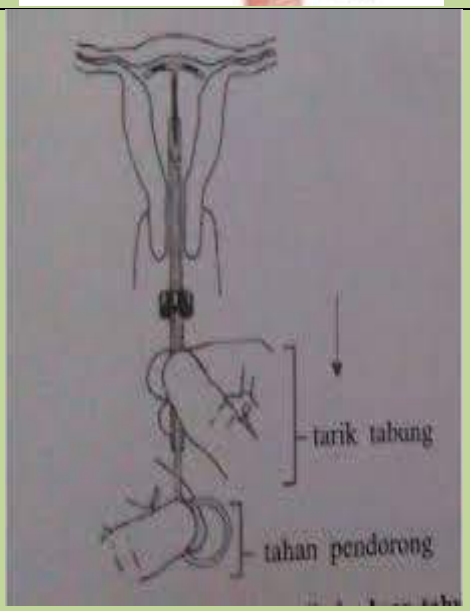
Perlengkapan

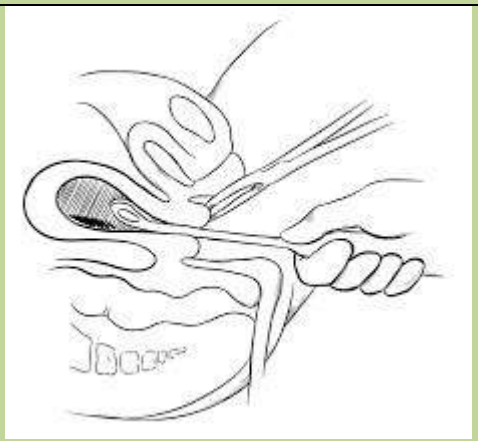
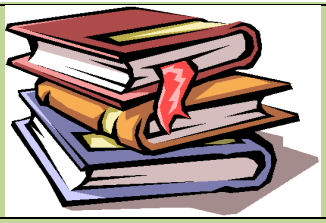
1. Meja gyynekologi
2. Lampus orot/ lampu senter
3. Kursi duduk
4. Tempat klorin 0,5 %
5. Tempat air DTT
6. Tempat sampah basah dan kering

LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

No	Keterangan	Gambar
1.	Persiapan ruangan Pintu dan jendela tertutup, tempat pemeriksaan yang hangat dan bersih, pastikan penerangan yang cukup	
2.	a. Memperkenalkan identitas diri pada klien b. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan sampai klien mengerti dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan kepada bayi nya c. Lakukan informed consent kepada orang tua	
3.	Pakai sarung tangan baru dan steril **Key point :** Jaga kesterilan sarung tangan dan jangan sampai terkontaminasi	

4.	**Pasang spekulum** **Key Point :** **Sebelum dipasang beritahu ibu bahwa akan dipasang alat spekulum** **Pastikan speculum dalam keadaan tertutup, dan masukkan secara miring.**	
5.	**Usap serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali.** **Key Point :** **Satu kassa digunakan untuk satu kali usapan.**	
6.	**Jepit servik dengan tenakulum** **Key point :** **Pastikan tenakulum pada posisi vertikal (jam 11 atau jam 1).**	
7.	**Masukkan sonde uterus dan ukur kedalaman kavum uteri serta tentukan posisi uterus.** **Key Point :** **Dengan teknik ”tidak menyentuh” atau ”no touch techniqaue**	

8.	Keluarkan sonde uterus dan ukur kedalaman kavum uteri pada tabung inserter dengan menggeser leher biru pada tabung inserter. Key point: Sonde uterus tidak menyentuh kemasan Cu T 380 A	
9.	Masukkan tabung inserter ke dalam uterus sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa ada tahanan. Key point: Tanpa menyentuh permukaan yang tidak steril	
10.	Pegang serta tahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan. Lepaskan lengan IUD Cu T 380 A dengan menggunakan teknik with drawal. Key point : Jangan mendorong IUD dengan pendorong.	
11.	Keluarkan pendorong kemudian tabung inserter didorong kembali ke serviks sampai leher biru menyentuh serviks atau terasa ada tahanan Key point : Pastikan IUD telah terpasang sampai fundus, jangan memaksa pemasangan jika ada tahanan	

12.	**Keluarkan sebagian dari tabung inserter dan gunting benang AKDR kurang lebih 3-4 cm** **Key point :** **Lakukan dengan hati-hati agar gunting tidak mengenai bagian tubuh klien.**	
13.	**Keluarkan seluruh tabung inserter dan buang ke tempat sampah terkontaminasi.** **Key point :** **Gunakan prinsippencegahan infeksi**	
14.	**Keluarkan tenakulum dengan hati-hati, dan memeriksa serviks, bila ada perdarahan dari tempat bekas jepitan tenakulum, tekan dengan kassa selama 30 – 60 detik.** **Key point:** **Lakukan dengan hati-hati agar tenakulum tidak mengenai bagian tubuh klien.** **Mengeluarkan spekulum dengan hati-hati.**	
15.	**Key point:** **Pastikan mulut spekulum dalam keadaan tertutup, dan miring.**	

16.	Rendam alat-alat dalam larutan klorin 0,5 %, celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin dan lepaskan dalam keadaan terbalik lalu rendam dalam larutan klorin 0,5 %. Key point: Cuci sarung tangan dengan bersih dan lepaskan dalam keadaan terbalik	
17.	Cuci tangan dan keringkan Key point: Mencuci tangan sesuai dengan standar Pencegahan Infeksi (7 langkah)	
18.	Ajarkan pada pasien untuk memeriksa benang IUD Key point : Lakukan secara hati-hati dan perhatikan kebersihan tangan	
19.	Buat catatan medik