



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS**

PANDUAN KETERAMPILAN KLINIK 5

Kateterisasi dan Punksi Supra Pubis dan Ginekologi 2

BLOK 3.1 Gangguan Sistem Urogenital SEMESTER 5 TA. 2018/2019

**PRODI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG**

BUKU PANDUAN
KETERAMPILAN KLINIK V BLOK 3.1

Tim Penyusun

Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

Bagian Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

Kontributor

MEU (*Medical Education Unit*) Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

Tim pengelola pendidikan tahap akademik

Editor

Koordinator Keterampilan Klinik
Sekretaris KK

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini Koordinator Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Andalas menyatakan bahwa **Buku Penuntun Keterampilan Klinik 5 Blok 3.1 Edisi ketiga, 2018** yang disusun oleh tim Keterampilan Klinis 5;

Koordinator : dr. Fika Tri Anggraini, M.Sc, Ph.D

Sekretaris : dr. Shinta Ayu Intan

telah mengacu pada Kurikulum Berbasis Kompetensi Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Periode 2014-2019 dan dapat digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan blok pada pendidikan tahap akademik Program Studi Kedokteran FK UNAND tahun 2018/2019.

Demikianlah surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 7 Agustus 2018

Mengetahui:

**Koordinator Program Studi
Kedokteran,**

dto

**Dr. dr. Aisyah Ellyanti, Sp.KN, M.Kes
NIP. 19690307 199601 2 001**

Koordinator Keterampilan Klinik 5,

dto

**dr. Fika Tri Anggraini, M.Sc, PhD
NIP. 19841127 200912 2 002**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala, Tuhan Yang Maha Esa, karena rahmat dan pertolongan-Nya kami dapat menyelesaikan penyusunan **PANDUAN KETERAMPILAN KLINIK 5, Blok 3.1. Gangguan Urogenital, Edisi ketiga Tahun 2018**. Kegiatan keterampilan klinik pada blok ini terdiri atas:

1. Keterampilan komunikasi dasar : “**Counseling : Kontrasepsi**” (2 x pertemuan)
2. Pemeriksaan Fisik dan Prosedural Ginekologi: ”**Inspekulo, Bimanual, rektovaginal, dan Pemasangan IUD**” (4 x pertemuan)
3. Keterampilan Prosedural: **Pemasangan Kateter dan Punksi Supra Pubik** (4 x pertemuan)

Ketiga topik materi di atas merupakan kompetensi yang harus diberikan kepada mahasiswa sehingga secara umum mereka mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang cukup dan memadai untuk menjadi seorang dokter.

Panduan keterampilan klinik ini disusun untuk memudahkan mahasiswa dan instruktur dalam melakukan kegiatan keterampilan klinik pada blok ini. Namun, diharapkan juga para mahasiswa dan Instruktur dapat menggali lebih banyak pengetahuan dan keterampilan melalui referensi yang direkomendasikan. Semoga panduan ini akan memberikan manfaat bagi mahasiswa dan instruktur keterampilan klinik yang terlibat dalam pelaksanaan dan pengajaran keterampilan klinik Blok 3.1 ini.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan dan pengadaan penuntun ini. Kritik dan saran yang membangun terhadap isi di dalam panduan ini sangat kami harapkan, untuk perbaikan dan kesempurnaan di masa yang akan datang.

Padang, Agustus 2018

Koordinator Keterampilan Klinik 5

dto

dr. Fika Tri Anggraini, M.Sc, Ph.D
Nip. 198411272009122002

KEGIATAN KETERAMPILAN KLINIK 5
BLOK 3.1*
GANGGUAN UROGENITAL

No.	TOPIK	Jumlah Pertemuan
1.	SERI KETERAMPILAN KOMUNIKASI <i>Counseling:</i> Kontrasepsi	2 x
2.	SERI KETERAMPILAN PEMERIKSAAN FISIK dan PROSEDURAL: GINEKOLOGI : Inspekulo, bimanual, rektovaginal Pemasangan IUD	4 x
3.	SERI KETERAMPILAN PROSEDURAL: Pemasangan Kateter dan Punksi Supra Pubik.	4 x

***Jadwal Lengkap mengacu pada jadwal yang dikeluarkan oleh Bagian Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Andalas**

PENGELOLA KETERAMPILAN KLINIK V

Koordinator : dr. Fika Tri Anggraini, M.Sc, Ph.D (Hp. 085761366328)

Sekretaris : dr. Shinta Ayu Intan (Hp. 08126741656)

Sekretariat : Marliza Erawati, A.Md (Hp. 081266223110)



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS**

PANDUAN KETERAMPILAN KLINIK 5

Kateterisasi dan Punksi Supra Pubis

BLOK 3.1 Gangguan Sistem Urogenital SEMESTER 5 TA. 2018/2019

**PRODI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG**

KATETERISASI URETRA

PENGANTAR

Kateterisasi uretra adalah memasukan kateter kedalam buli-buli melalui uretra. Istilah ini sudah dikenal sejak zaman Hypokrates yang pada waktu itu menyebutkan tentang tindakan instrumentasi untuk mengeluarkan cairan dari tubuh. Bernard memperkenalkan kateter yang terbuat dari karet pada tahun 1779, sedangkan Foley membuat kateter menetap pada tahun 1930. Kateter Folley inilah yang saat ini masih dipakai secara luas sebagai alat untuk mengeluarkan urine dari buli-buli.

Pada keterampilan klinis kali ini, kegiatan latihan difokuskan pada pemasangan kateter pada pria, karena pemasangan kateter pada wanita telah dilakukan pada Blok 1.5 (Blok Urogenital). Namun mahasiswa masih dapat melakukan latihan pemasangan kateter pada wanita. Untuk nilai akhir keterampilan klinis, yang diujikan adalah keteterisasi uretra pada pria.

TUJUAN KATETERISASI

Ada untuk tujuan diagnosis dan terapi :

Tindakan **diagnosis**:

1. Pada wanita dewasa untuk memperoleh contoh urine untuk pemeriksaan kultur.
2. Untuk mengukur residu (sisa) urine setelah pasien miksi.
3. Untuk memasukan bahan kontras untuk pemeriksaan radiologi.
4. Pemeriksaan urodinamik menentukan tekanan intra vesika
5. Untuk menilai produksi urine.

Tujuan **terapi** :

1. Mengeluarkan urine dari buli-buli pada keadaan obstruksi infra vesika.
2. Mengeluarkan urine pada disfungsi buli.
3. Diversi urine setelah tindakan operasi sistem urinari bagian bawah.
4. Sebagai splint setelah operasi rekonstruksi uretra
5. Memasukan obat-obatan intra vesika.
6. Pemakaian kateter secara bersih mandiri berkala .

Kateter untuk diagnostik dilepas setelah tujuan selesai, untuk terapi dipertahankan sampai tujuan terpenuhi.

Kateter dibedakan menurut ukuran, bentuk, bahan, sifat pemakaian dan percabangan. Ukuran kateter dinyatakan dalam skala Chieriere's (French). Ukuran ini merupakan ukuran diameter luar kateter. 1 Ch atau 1 Fr = 0,33 mm. 1 mm=3 Fr.

Bahan kateter dapat berasal dari logam (stainleess), karet (lateks), silikon dan lateks dengan lapisan silikon. Pada dewasa normal, pemasangan kateter untuk tujuan drainase digunakan ukuran 16F – 18F.

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Dapat memberikan pemahaman dan keterampilan kepada mahasiswa indikasi dan cara pemasangan kateter yang benar pada pria, sebab jika dikerjakan dengan keliru dapat menimbulkan kerusakan uretra yang permanen.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

1. Mampu merencanakan dan mempersiapkan alat atau bahan untuk pemasangan kateter pada pria.
2. Mampu menerangkan pada pasien (informed consent) tentang tindakan yang akan dilakukan dan persetujuan atas tindakan tersebut.
3. Mampu melakukan tindakan kateterisasi secara aseptik dan sistematis.
4. Mampu mengajarkan kepada orang lain (misalnya petugas kesehatan lain lain) bagaimana cara melakukan keteterisasi yang benar.

BAHAN DAN ALAT

1. Sabun cuci tangan biasa.
2. Sarung tangan (Hand schoen) steril.
3. Betadine
4. Doek steril
5. Kateter
6. Jelly
7. Spuit 10 cc
8. NaCl 0,9% atau Aqua steril.
9. Urine bag (penampung urine)

PROSEDUR

1. Operator mencuci tangan dengan sabun terlebih dahulu pada air kran mengalir.
2. Operator memakai *hand schoen* secara aseptik.
3. Posisi terlentang
4. Lakukan desinfeksi secukupnya dengan memakai bahan anti septik yang tidak menimbulkan iritasi pada kulit genitalia.
5. Tutupi daerah sekitar genital dengan doek steril.
6. Anestesi topikal pada penderita yang peka dengan jelly xylocaine 2-4% yang dimasukkan dengan spuit 20cc.
7. Kateter yang sudah tersedia diolesi dengan jelly secukupnya lalu dimasukan kedalam orifisium uretra eksterna.
8. Pelan-pelan kateter didorong masuk, kira-kira di daerah bulbo membranacea (spinkter uretra eksterna) akan terasa ada tahanan. Dalam hal ini, pasien disuruh untuk menarik nafas dalam supaya spinkter uretra eksterna jadi relaks.
9. Kemudian kateter terus didorong masuk kebuli-buli, ditandai dengan keluarnya urine dari lobang kateter.
10. Sebaiknya kateter terus didorong sampai percabangan kateter menyentuh meatus uretra eksterna.
11. Balon kateter dikembangkan dengan 5-10 cc.
12. Jika kateter menetap dihubungkan dengan pipa penampung (*urine bag*).
13. Kateter difiksasi dengan plester pada kulit proksimal atas di daerah inguinal dan usahakan agar penis mengarah ke lateral. Hal ini untuk mencegah nekrosis akibat tekanan pada bagian ventral uretra didaerah penoskrotal.

Prosedur diatas adalah untuk pria, pada wanita biasanya jarang dijumpai kesulitan karena uretranya lebih pendek. Biasanya kesulitannya mencari muara uretra, kadang karena stenosis pada muara uretra. Untuk kondisi ini sebelum pemasangan kateter dilakukan dilatasi dahulu dengan bougie.

Bila terjadi kesulitan pemasangan karena ketegangan spinkter eksterna karena pasien kesakitan atau ketakutan dapat diatasi dengan:

1. Menekan tempat tertahan tadi dengan ujung kateter kira-kira beberapa menit sampai terjadi relaksasi spinkter.
2. Pemberian anestesi topikal berupa campuran lidokain hidroklorida 2% dengan jelly 10-20cc, dimasukan melalui uretra sebelum melakukan kateterisasi.
3. Pemberian sedativa parenteral sebelum kateterisasi.

**DAFTAR TILIK PENILAIAN
KATETERISASI URETRA
KETERAMPILAN KLINIK 5 BLOK 3.1 GANGGUAN UROGENITAL
SEMESTER 5 TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

NAMA :
NO. BP :
KELOMPOK :

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
1	Kemampuan menerangkan indikasi pemasangan kateter			
2	Kemampuan untuk menyiapkan bahan dan alat untuk pemasangan kateter.			
3	Kemampuan untuk melakukan informed concern kepada pasien sebelum melakukan pemasangan kateter			
4	Kemampuan untuk melakukan tindakan aseptik sebelum pemasangan kateter			
5	Kemampuan untuk melakukan pemasangan kateter uretra secara benar dan sistematis			
6	Kemampuan menerangkan cara pemasangan kateter secara benar kepada orang lain			

Keterangan:

- 0 = Tidak dilakukan
- 1 = Dilakukan / diterangkan perlu perbaikan.
- 2 = Dilakukan / diterangkan sistematis dan lancar.

Penilaian : $\frac{\text{Jumlah skor}}{12} \times 100\% = \dots\dots\dots$

Padang,

Instruktur,

(.....)

PUNKSI SUPRA PUBIS

PENGANTAR

Pungsi supra pubis biasanya dilakukan untuk pengambilan contoh urine agar tidak terkontaminasi, disamping itu dapat juga digunakan sebagai diversifikasi urine sementara waktu bila pasien retensi dan pemasangan kateter uretra gagal sedang sarana maupun prasarana untuk melakukan sistostomi terbuka atau dengan trokar tidak ada apalagi tersedianya set perkutan sistostomi. Walaupun tidak begitu menyakitkan tetapi tidak menyenangkan bagi pasien. Sebelum melakukan punksi pasien harus banyak minum dulu agar buli-bulinya penuh. Biasanya pada laki-laki teraba puncak buli-bulinya yang penuh karena tonus ototnya relatif lebih kuat, sedangkan pada wanita kadang walaupun sudah penuh buli-bulinya masih tidak teraba. Pungsi supra pubis biasanya dilakukan pada garis tengah diantara umbilikus dan simpisis pubis, pungsinya kira-kira 2 inci diatas simpisis.

Pungsi buli tidak dilakukan pada tumor buli, *contracted* bladder dan hematuri yang belum jelas sebabnya.

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM:

Untuk memberikan pemahaman dan keterampilan kepada mahasiswa indikasi dan cara melakukan punksi supra pubis yang benar.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS:

1. Mampu merencanakan dan mempersiapkan alat atau bahan untuk pemasangan punksi supra pubis.
2. Mampu menerangkan ke pasien (*informed consent*) tentang tindakan yang akan dilakukan dan persetujuan atas tindakan tersebut.
3. Mampu melakukan tindakan punksi supra pubis secara aseptik dan sistematis .
4. Mampu mengajarkan kepada orang lain (misalnya petugas kesehatan lain) bagaimana cara melakukan punksi supra pubis yang benar.

BAHAN DAN ALAT

1. Sabun cuci tangan biasa.
2. Sarung tangan (*Hand schoen*) steril
3. Betadine
4. Doek steril.

5. Spuit 10 cc atau spinal needle 16 F.

PROSEDUR

1. Operator mencuci tangan dengan sabun terlebih dahulu pada air kran mengalir.
2. Operator memakai *hand schoen* secara aseptik.
3. Lakukan desinfeksi secukupnya dengan memakai bahan anti septik yang tidak menimbulkan iritasi pada kulit antara simpisis dengan umbilikus.
4. Lalu daerah yang akan dipungsi ditutupi dengan doek steril.
5. Dilakukan punksi dg spuit atau spinal needle (garis tengah antara simpisis pubis dan umbilikus, biasanya 2 inchi diatas simpisis pubis) tegak lurus dengan daerah punksi terus didorong masuk kebuli-buli ditandai dengan keluarnya urine dari lobang jarum.
6. Kemudian dilakukan aspirasi melalui jarum.

**DAFTAR TILIK PENILAIAN
PUNKSI SUPRA PUBIK
KETERAMPILAN KLINIK 5 BLOK 3.1 GANGGUAN UROGENITAL
SEMESTER 5 TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

NAMA :
NO. BP :
KELOMPOK :

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
1	Kemampuan menerangkan indikasi punksi supra pubis			
2	Kemampuan untuk menyiapkan bahan dan alat untuk punksi supra pubis.			
3	Kemampuan untuk melakukan inform concern kepada pasien sebelum melakukan punksi supra pubis			
4	Kemampuan untuk melakukan tindakan aseptik sebelum melakukan punksi supra pubis			
5	Kemampuan untuk melakukan punksi supra pubis secara benar dan sistematis			
6	Kemampuan menerangkan secara benar tindakan punksi supra pubis kepada orang lain			

Keterangan :

- 0 = Tidak dilakukan
- 1 = Dilakukan / diterangkan tapi perlu perbaikan
- 2 = Dilakukan / diterangkan sistematis dan lancar.

Penilaian : $\frac{\text{Jumlah skor}}{12} \times 100\% = \dots\dots\dots$

Padang,

Instruktur,

(.....)



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS**

PANDUAN KETERAMPILAN KLINIK 5

Ginekologi 2

BLOK 3.1 Gangguan Sistem Urogenital SEMESTER 5 TA. 2018/2019

**PRODI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
I.PADANG**

ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK GINEKOLOGI

PENGANTAR

Keterampilan anamnesis pemeriksaan dan pemeriksaan ginekologi merupakan keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang dokter umum dan dipelajari sejak mahasiswa berada di jenjang akademik/preklinik. Keterampilan ini sangat membantu seorang menentukan kondisi dan keadaan pasien dengan kelainan ginekologi.

Pemeriksaan ginekologi meliputi banyak prosedur yang masing-masing berkaitan dengan tujuan pemeriksaan yang dilakukan. Untuk pemeriksaan dasar ginekologi, pada umumnya diperlukan anamnesis dan pemeriksaan ginekologi meliputi inspeksi, inspekulo dan pemeriksaan dalam. Pemeriksaan fisik berupa inspeksi, inspekulo dan periksa dalam bertujuan untuk mengetahui kondisi dan kelainan alat genitalia interna.

Ketrampilan ini sangat berkaitan dengan ketrampilan yang telah diberikan pada blok sebelumnya seperti *Handwashing*, Komunikasi, Pemeriksaan Fisik Umum, Pemeriksaan Tanda Vital, Abdomen 1, pada blok yang sama: Pemeriksaan Urin 2 (Tes kehamilan) dan pada blok setelah ini yakni Ginekologi II (*endoservikal swab dan pap smear*). Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan ketrampilan ini adalah 150 menit (3 x 50 menit). Dilakukan di ruangan keterampilan klinik FK-Unand.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN:

2.1 Tujuan Instruksional Umum

Setelah melakukan pelatihan keterampilan Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Ginekologi mahasiswa mampu melaksanakan anamnesis dan pemeriksaan ginekologi, pemeriksaan fisik dalam obstetri dan melakukan tes kehamilan.

2.2 Tujuan Instruksional Khusus :

- 2.2.1 Mahasiswa mampu menjelaskan indikasi pemeriksaan ginekologi
- 2.2.2 Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan ginekologi secara umum termasuk anamnesis dan pemeriksaan fisik luar ginekologi.
- 2.2.3 Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan inspekulo secara khusus yaitu menilai keadaan serviks dan vaginal touché bimanual.
- 2.2.4 Mahasiswa mampu membuat kesimpulan hasil pemeriksaan dan diagnosis.
- 2.2.5 Mahasiswa mampu membuat prognosis dan rencana penatalaksanaan.
- 2.2.6 Mahasiswa mampu melakukan tes kehamilan.

3. STRATEGI PEMBELAJARAN:

3.1. Demonstrasi dari video yang disediakan dan dari instruktur

3.2 Supervisi

3.3 Mandiri

3.4 Diskusi

4. PRASYARAT:

4.1 Pengetahuan yang perlu dimiliki sebelum berlatih:

- 4.1.1 Anatomi Genitalia Eksterna dan Interna Wanita
- 4.1.2 Kelainan pada Genitalia Wanita
- 4.1.3 Perubahan pada organ genitalia wanita

4.2 Praktikum yang harus diikuti sebelum berlatih

- 4.2.1 Anatomi genitalia wanita

4.3 Keterampilan yang terkait:

- 4.3.1 Komunikasi
- 4.3.2 Pemeriksaan Fisik Umum
- 4.3.3 Pemeriksaan Tanda Vital
- 4.3.4 Abdomen I

5. TEORI

A. PENDAHULUAN

Anamnesis merupakan gambaran tentang pasien dan penyakitnya. Anamnesa pada pasien ginekologi meliputi :

1. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan pasien diungkapkan sesuai bahasa pasien (keluar darah dari kemaluan, perut membesar, keputihan, dll).

Hal ini perlu ditelusuri lebih lanjut, mengenai berapa lama keluhan dirasakan, apakah pasien sudah berobat sebelumnya, bagaimana awal keluhan tersebut dirasakan pasien (berapa lama progresifitas kelainan tersebut).

2. Riwayat Penyakit yang lalu: Meliputi riwayat pengobatan dan riwayat pembedahan.

3. Riwayat Haid : Bagaimana siklus haid, panjangnya siklus, lamanya haid, banyaknya darah, nyeri, perdarahan di luar siklus.

4. Riwayat Keluarga Berencana :Kontrasepsi yang dipakai sebelumnya, KB yang sedang dipakai, cara KB sebelumnya.

5. Keluhan lain yang berhubungan dengan keluhan utama : Penurunan berat badan (tumor/kanker), dispareuni nyeri saat melakukan hubungan (PID), dispareunia.

6. Gangguan keluhan buang air besar (saluran pencernaan) dan buang air kecil (saluran kencing)

7. Riwayat Obstetri sebelumnya : Keadaan kehamilan, abortus, hamil kurang bulan, hamil cukup bulan, jumlah anak hidup.

8. Anamnesis keluarga dan riwayat penyakit keluarga : Meliputi riwayat keluarga, pernikahan, keadaan kehamilan sebelumnya, adakah riwayat penyakit keturunan (suatu keganasan, DM, hipertensi).

Setelah melakukan anamnesa, maka selanjutnya dilakukan pemeriksaan klinis merupakan proses berkelanjutan yang dimulai dengan inspeksi genitalia eksterna, inspekulo, dan pemeriksaan fisik dalam (bimanual).

Pemeriksaan fisik menyeluruh fisik secara umum harus diselesaikan pada pertemuan awal. Diharapkan perubahan dalam alat genitalia eksterna dan interna dapat ditemukan dari pemeriksaan fisik.

B. GENITALIA EKSTERNAL WANITA

1. Vulva

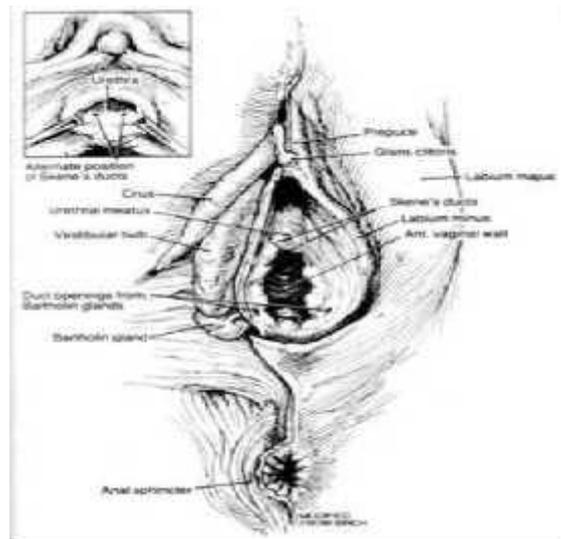
Genitalia eksternal wanita atau vulva (Gambar 1) terdiri dari: mons veneris, labia majora, labia minora, vestibulum dan kelenjar-kelenjarnya, introitus vaginal, meatus urethra and clitoris. Saluran uretra wanita panjangnya sekitar 3,8 cm. Uretra bermuara sekitar 2,5 cm dibawah klitoris dan terletak tepat didepan vagina.

- *Mons veneris* adalah tonjolan bulat dari jaringan lemak diatas simfisis pubis.
- *Labia mayora* adalah dua buah lipatan kulit lebar yang membentuk batas lateral vulva.

Kedua labia mayora bertemu di bagian anterior di mons veneris untuk membentuk komisura anterior. Labia mayor dan mons veneneris mempunyai folikel rambut dan kelenjar sebacea.

- *Labia minora* sesuai dengan skrotum pada pria. Labia minora adalah lipatan kulit yang sempit dan berpigmen yang antara labia mayora dan menutupi vestibulum, yang merupakan daerah diantara kedua labia minora. Diantara anterior, kedua labia minora membentuk prepusium klitoris.
- *Klitoris*, yang analog dengan penis, terdiri dari jaringan erektil dan banyak mengandung ujung saraf, klitoris mempunyai satu glans dan dua korpora kavernosa. Meatus uretra eksternal terletak dibagian anterior vestibulum dibawah klitoris.
- *Kelenjar parauretra*, atau kelenjar Skene, adalah kelenjar-kelenjar kecil yang bermuara di lateral uretra. Sekresi kelenjar sebacea di daerah ini melindungi jaringan yang rentan terhadap urin.
- *Kelenjer Bartholin* terdiri dari struktur kecil ukuran diameter sekitar 0,5 sampai 1 cm, merupakan kelenjar vestibular mayor, terdapat pada batas sisi luar orifisium vagina kearah fourchette.

Ketika melakukan pemeriksaan fisik, usahakan untuk menyentuh pasien dengan punggung tangan sambil mengatakan bahwa akan dilakukan pemeriksaan genitalia. Ini diperlukan agar pasien merasa nyaman.



Gambar 1. Anatomi genitalia eksterna wanita

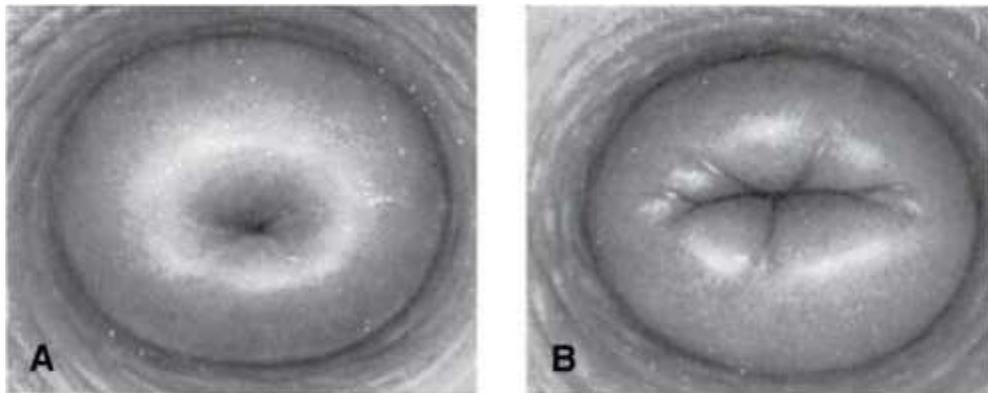
2. Vagina

Vagina merupakan struktur *musculomembranous* yang meluas dari vulva ke uterus dan anterior dan posterior disela antara kandung kemih dan rektum. Bagian atas muncul dari saluran mullerian, dan bagian bawah terbentuk dari sinus urogenital. Panjang vagina bervariasi, namun pada umumnya, dinding vagina anterior dan posterior yang masing-masing, 6 sampai 8 cm dan 7 sampai 10 cm panjangnya. Selama hidupnya, rata-rata wanita mungkin memiliki pemendekan vaginanya dengan 0,8 cm (Tan dan rekan, 2006). Ujung atas kubah vagina dibagi menjadi anterior, posterior, dan dua fornices lateral oleh leher rahim. Ini adalah struktur penting secara klinis karena organ panggul internal biasanya dapat teraba melalui dinding tipis mereka. Selain itu, forniks posterior menyediakan akses bedah ke rongga peritoneal. Ada banyak lipatan melintang tipis, yang dikenal sebagai *rugae*, ditemukan di sepanjang dinding vagina anterior dan posterior.

3. Serviks

Bagian serviks uterus adalah fusiform dan terbuka dengan lubang kecil di ostium internal dan eksternal. Batas atas dari leher rahim adalah ostium internal, yang sesuai dengan tingkat di mana peritoneum tercermin naik ke kandung kemih. Bagian bawah serviks disebut portio.

Sebelum melahirkan, ostium serviks eksternal adalah kecil biasa, membuka oval. Setelah melahirkan pervaginam, lubang ini akan diubah menjadi celah melintang yang terbagi seperti yang ada adalah apa yang disebut anterior dan bibir posterior dari leher rahim. Jika robek saat melahirkan, leher rahim dapat menyembuhkan sedemikian rupa sehingga tampaknya tidak teratur, nodular, atau seperti bintang. Perubahan ini cukup karakteristik untuk memungkinkan suatu pemeriksa untuk memastikan apakah seorang wanita telah melahirkan dengan persalinan pervaginam. Jika seorang wanita mengalami kelahiran caesar, maka penampilan leher rahim pasca operasi mencerminkan derajat dilatasi sebelum operasi.

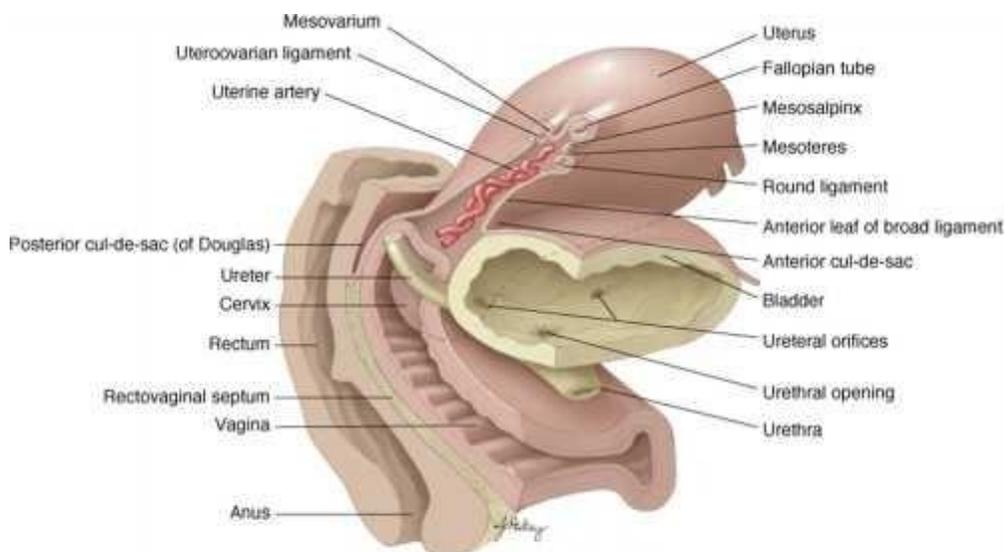


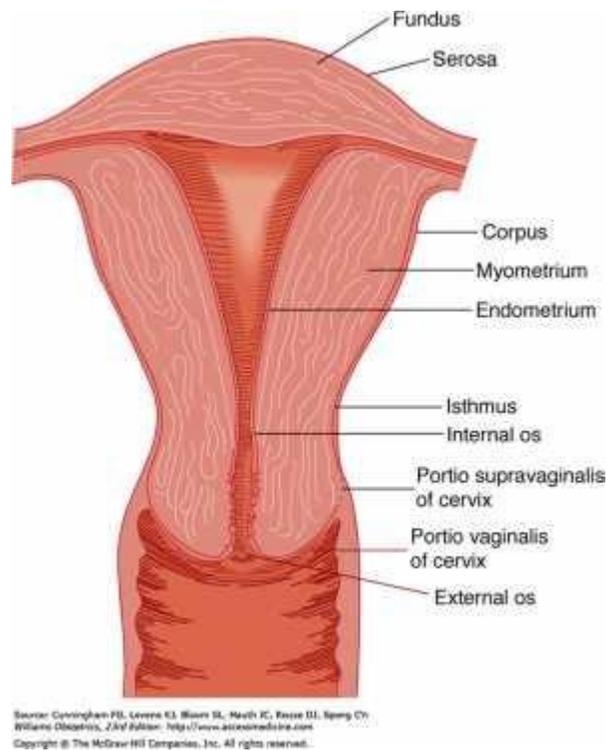
Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY: *Williams Obstetrics, 23rd Edition*: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Bagian luar dari serviks ke ostium eksternal disebut ektoserviks dan sejajar dominan oleh epitel skuamosa berlapis. Sebaliknya, kanalis servikalis ditutupi oleh apisan epitel kolumnar yang mensekresikan lendir /musin. Stroma leher rahim adalah terutama terdiri dari kolagen, elastin, dan proteoglikan, tetapi otot polos sangat sedikit.

4. Uterus

Uterus dalam keadaan tidak hamil terletak dalam rongga panggul di antara kandung kemih anterior dan posterior rektum. Hampir seluruh dinding posterior uterus ditutupi oleh serosa, yaitu, peritoneum visceral. Bagian bawah peritoneum ini membentuk batas anterior dari kantung-recto-uterus cul de sac, atau kantong Douglas (kavum Douglas). Hanya bagian atas dinding depan rahim begitu tertutup. Peritoneum di daerah ini mencerminkan maju ke kubah kandung kemih untuk menciptakan kantong vesicouterine. Bagian bawah dari dinding rahim anterior bersatu ke dinding posterior kandung kemih oleh lapisan longgar yang jelas dari jaringan ikat. Ini adalah ruang vesicouterine.





Uterus digambarkan sebagai pyriform atau berbentuk buah pir, dan seperti yang ditunjukkan pada gambar diatas, menyerupai buah pir rata. Ini terdiri dari dua bagian utama tetapi tidak sama: sebuah bagian atas segitiga badan atau korpus, dan, yang lebih rendah bagian-silinder leher rahim, yang proyek ke dalam vagina. tanah genting ini adalah bagian dari rahim antara os servikal internal dan rongga endometrium. Saluran tuba, juga disebut saluran telur, muncul dari kornu uterus di persimpangan margin superior dan lateral. Fundus adalah segmen atas uterus dengan bagian yang cembung di antara saluran tuba falopii.

C. PEMERIKSAAN FISIK GINEKOLOGI

Serviks dapat divisualisasikan menggunakan spekulum yang telah dilumasi dengan air hangat atau gel pelumas berbasis air. Melebarnya kelenjar serviks karena saluran yang tersumbat, akan terlihat menggebung di bawah ekstoserviks, disebut dengan kista nabothi. Untuk mengidentifikasi penyebab kelainan keputihan (leucorrhea) sebaiknya dilakukan pemeriksaan swab vagina untuk identifikasi *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* dll.

Pemeriksaan bimanual dilengkapi dengan palpasi, dengan perhatian khusus diberikan kepada ukuran dan konsistensi serviks, kelaian di serviks (tumor) bentuk dan ukuran rahim dan bentuk serta ukuran massa adnexa (kedua ovarium/indung telur). Khusus untuk pasien yang belum menikah, maka dilakukan pemeriksaan melalui daerah anus/rektal.

1. PROSEDUR KERJA

6.1. Tahap persiapan

1. Menyiapkan alat-alat yang akan digunakan
 - Sarung tangan steril
 - Kapas Sublimat
 - Kain penutup
 - Spekulum vagina
 - Bak instrument
 - Sondage uterus
 - Tampon tang
 - Fenestra klem
2. Melakukan informed consent kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan dan gunanya

6.2. Tahap pelaksanaan

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

11. Memakai sepasang sarung tangan periksa yang baru atau telah di-DDT.
12. Menyentuh paha sebelah dalam sebelum menyentuh daerah genital ibu.
13. Memperhatikan labia, klitoris dan perineum serta anus apakah terdapat parut, lesi, inflamasi atau retakan kulit.
14. Dengan memisahkan labia majora dengan dua jari, memeriksa labia minora, klitoris, mulut uretra dan mulut vagina.
15. Membuka labia dengan menggunakan 2 jari tangan kiri kemudian memasukkan spekulum cocor bebek dan jari tangan kiri kemudian berpindah menekan perineum sehingga spekulum dapat dimasukkan.
16. Masukkan spekulum dengan arah miring kemudian diputar sehingga terletak melintang dan berada di fornix sehingga portio dapat divisualisasi dengan jelas.
17. Lakukan pengamatan terhadap portio dan dinding vagina. Dapat dilakukan sondase uterus pada keadaan di luar kehamilan.
18. Spekulum cocor bebek kemudian dikeluarkan dengan perlahan.
19. Masukkan jari tengah dan telunjuk tangan kanan ke dalam lumen vagina melalui introitus yang terbuka Tangan kiri menahan fundus uteri.
20. Periksa keadaan vagina apakah terdapat tumor atau kelainan lain.
21. Lakukan palpasi terhadap uterus dan nilai besar dan arah fundus uteri dengan tangan kiri menahan fundus.
22. Periksa kedua adneksa di kanan dan kiri pada fornix lateral dengan tangan kiri menahan dari atas simpisis sehingga dapat dipalpasi kedua adneksa.
23. Lakukan perabaan kearah dinding posterior vagina apakah terdapat penonjolan dari kavum douglas.
24. Keluarkan tangan secara perlahan dan beritahukan pada ibu bahwa pemeriksaan sudah selesai dan persilahkan ibu untuk mengambil tempat yang sudah disediakan.

DAFTAR TILIK PENILAIAN

ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK GINEKOLOGI KETRAMPILAN KLINIK 5 BLOK 3.1 GANGGUAN UROGENITAL SEMESTER 5 TA.2018/2019

NAMA :
NO.BP :
KELOMPOK:

No.	ASPEK YANG DINILAI	SKOR		
		1	2	3
1.	Menyapa ibu dengan sopan dan ramah . Perkenalkan diri.			
2.	Melakukan anamnesa ginekologi dengan lengkap : <ul style="list-style-type: none">- Keluhan utama- Riwayat Penyakit yang lalu:- Riwayat Haid- Riwayat Keluarga Berencana- Keluhan lain yang berhubungan dengan keluhan utama- Gangguan keluhan buang air besar (saluran pencernaan) dan buang air kecil (saluran kencing)- Riwayat Obstetri sebelumnya- Anamnesis keluarga dan riwayat penyakit keluarga			
3.	Jelaskan prosedur pemeriksaan dan hal yang akan di alami ibu			
4.	Jelaskan prosedur pemeriksaan dan minta persetujuan Ibu (Informed Consent)			
5.	Memeriksa apakah alat, bahan, dan lampu senter telah tersedia dan siap digunakan			
6.	Memeriksa apakah ibu telah buang air kecil dan membersihkan daerah genitalnya bila diperlukan			
7.	Meminta ibu untuk melepaskan celana dalam serta memakai sarung atau selimut yang tersedia. Membantu Ibu naik ke meja periksa			
8.	Meminta ibu untuk berbaring ke meja periksa dengan kedua lengan di samping			
9.	Meminta ibu untuk menaruh kedua tumit pada dudukan . jika tidak ada dudukan, membantu ibu menaruh kedua kakinya di tepi luar ujung meja.			
10.	Mencuci tangan dan mengeringkannya			
11.	Menyalakan lampu/senter dan mengarahkan ke daerah genital.			
12.	Memakai sepasang sarung tangan periksa yang baru atau telah di-DDT.			
13.	Melakukan tindakan disinfeksi dengan kapas sublimat pada daerah vulva dan 1/3 proksimal paha bagian depan dan dalam			
14.	Menyentuh paha sebelah dalam sebelum menyentuh daerah genital ibu.			

15.	Memperhatikan labia, klitoris dan perineum serta anus apakah terdapat parut, lesi, inflamasi atau retakan kulit.			
16.	Dengan memisahkan labia majora dengan dua jari, memeriksa labia minora, klitoris, mulut uretra dan mulut vagina.			
17.	Membuka labia dengan menggunakan 2 jari tangan kiri kemudian memasukan spekulum cocor bebek dan jari tangan kiri kemudian berpindah menekan perineum sehingga terjadi relaksasi vagina.			
18.	Masukan spekulum dengan arah miring kemudian diputar sehingga terletak melintang dan berada di fornix sehingga portio dapat divisualisasi dengan jelas.			
19.	Lakukan pengamatan terhadap portio dan dinding vagina			
20.	Lakukan sondage uterus dan tentukan arah dan panjang uterus			
21.	Spekulum cocor bebek kemudian dikeluarkan dengan perlahan			
22.	Masukkan jari tengah dan telunjuk tangan kanan ke dalam lumen vagina melalui introitus yang terbuka. Tangan kiri menahan fundus uteri			
23.	Periksa keadaan vagina apakah terdapat tumor atau kelainan lain.			
24.	Lakukan palpasi terhadap uterus dan nilai besar dan arah fundus uteri dengan tangan kiri menahan fundus.			
25.	Periksa kedua adneksa di kanan dan kiri pada fornix lateral dengan tangan kiri menahan dari atas simpisis sehingga dapat dipalpasi kedua adneksa			
26.	Lakukan perabaan kearah dinding posterior vagina apakah terdapat penonjolan dari kavum douglas			
27.	Keluarkan tangan secara perlahan dan beritahukan pada ibu bahwa pemeriksaan sudah selesai dan persilahkan ibu untuk mengambil tempat yang sudah disediakan			
	TOTAL			

Keterangan:

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

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

2 = Memuaskan : Langkah atau tugas yang di lakukan sesuai dengan prosedur atau panduan standard

Nilai = $\frac{\text{Total}}{54} \times 100 = \dots\dots\dots$

54

Padang,

Instruktur,

(.....)

II. KONSELING KB PASCA PERSALINAN

Peningkatan pelayanan KB pasca persalinan sangat mendukung dan telah sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan dan pada saat yang sama juga ditunjang dengan situasi dan kondisi kesehatan ibu yang sesuai di mana begitu banyak calon peserta KB baru (ibu hamil dan bersalin) yang pernah kontak dengan tenaga kesehatan. Diharapkan dengan adanya kontak yang lebih banyak antara penyedia pelayanan kesehatan kepada ibu hamil saat pemeriksaan kehamilan maupun melahirkan dapat memotivasi mereka untuk menggunakan kontrasepsi segera setelah persalinan. Seorang ibu yang baru melahirkan bayi biasanya lebih mudah untuk diajak menggunakan kontrasepsi, seperti waktu setelah melahirkan adalah waktu yang paling tepat untuk mengajak seorang ibu menggunakan kontrasepsi.

A. Pengertian

Konseling adalah proses pertukaran informasi dan interaksi positif antara klien-petugas untuk membantu klien mengenali kebutuhannya, memilih solusi terbaik dan membuat keputusan yang paling sesuai dengan kondisi yang sedang dihadapi.

B. Keuntungan konseling adalah :

1. Klien dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya
2. Puas terhadap pilihannya dan mengurangi keluhan atau penyesalan
3. Cara dan lama penggunaan yang sesuai
4. Membangun rasa saling percaya
5. Menghormati hak klien dan petugas

C. Hak dari klien dalam konseling

1. Hak untuk memutuskan dalam menggunakan kontrasepsi atau tidak
2. Hak untuk memilih metode yang akan digunakan
3. Hak untuk dilayani secara pribadi (privasi) dan terpeliharanya kerahasiaan
4. Hak untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan tepat
5. Hak untuk mengemukakan pendapatnya
6. Hak untuk menolak pemeriksaan yang akan dilakukan

D. Ciri-ciri komunikasi yang efektif yaitu:

1. Jadilah pendengar yang aktif
2. Gunakan gerakan non-verbal untuk menunjukkan perhatian
3. Gunakan pertanyaan terbuka
4. Gunakan kata-kata yang mendorong
5. Amati gerakan non-verbal dari klien
6. Bantu klien untuk mengeksplorasi perasaan mereka

E. Informasi yang harus diberikan dalam konseling meliputi:

1. Efektivitas dari metode kontrasepsi
2. Keuntungan dan keterbatasan dari metode kontrasepsi
3. Kembalinya kesuburan
4. Efek samping jangka pendek dan jangka panjang
5. Gejala dan tanda yang membahayakan
6. Kebutuhan untuk pencegahan terhadap Infeksi Menular Seksual (seperti: Chlamydia, HBV, HIV/AIDS)

F. Ciri konselor yang efektif:

2. Memperlakukan klien dengan baik
3. Berinteraksi positif dalam posisi seimbang
4. Memberikan informasi obyektif, mudah dimengerti dan diingat serta tidak berlebihan
5. Mampu menjelaskan berbagai mekanisme dan ketersediaan metode kontrasepsi
6. Membantu klien mengenali kebutuhannya dan membuat pilihan yang sesuai dengan kondisinya

G. Poin kunci konseling kontrasepsi pasca persalinan

1. Promosikan ASI eksklusif dan Metode Amenorea Laktasi (MAL)
2. Konseling waktu dan jarak kelahiran yang baik
3. Tanyakan kepada klien kontrasepsi untuk membatasi atau hanya memberi jarak. Bila membatasi sarankan metode permanen
4. Waktu kontrasepsi pasca persalinan dimulai berdasarkan:
 - Status menyusui
 - Metode kontrasepsi yang dipilih
 - Tujuan reproduksi, untuk membatasi atau hanya memberi jarak

5. Untuk ibu menyusui dapat diinformasikan:
 - Jika menggunakan MAL (terpenuhi syarat yang ada) dapat diproteksi sekurangnya enam bulan, setelah enam bulan harus menggunakan metode kontrasepsi lainnya
 - Jika menyusui namun tidak penuh (tidak dapat menggunakan MAL) hanya terproteksi sampai 6 minggu pasca persalinan dan selanjutnya harus menggunakan kontrasepsi lain seperti metode hormonal progestin yang dimulai 6 minggu pasca persalinan
 - Dapat menggunakan kondom kapanpun
 - Dapat memilih Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) yang dimulai post plasental atau 4 minggu pasca persalinan
 - Untuk pasangan yang mau membatasi anak dapat memilih kontrasepsi mantap yaitu tubektomi atau vasektomi dan dapat dimulai segera pasca persalinan
6. Untuk ibu tidak menyusui dapat diinformasikan:
 - Kontrasepsi harus dimulai sebelum terjadinya hubungan seksual yang pertama kali pasca persalinan
 - Metode hormonal progestin dapat dimulai segera pasca persalinan
 - Metode hormonal kombinasi dapat dimulai setelah 3 minggu pasca persalinan
 - Dapat menggunakan kondom kapanpun
 - Dapat memilih Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) yang dimulai post plasental atau 4 minggu pasca persalinan
7. Untuk pasangan yang mau membatasi anak dapat memilih kontrasepsi mantap yaitu tubektomi atau vasektomi dan dapat dimulai segera pasca persalinan.

**DAFTAR TILIK PENILAIAN
KONSELING KONTRASEPSI PASKA PERSALINAN
KETERAMPILAN KLINIK 5 BLOK 3.1 GANGGUAN UROGENITAL
SEMESTER 5 TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

Nama : Kelompok:

No. BP : Tanggal :

No	Prosedur	Skor		
		0	1	2
1	Menyapa klien calon aseptor KB			
2	Memperlakukan klien dengan baik dan berinteraksi positif dalam posisi seimbang			
3	Memberikan informasi obyektif, mudah dimengerti dan diingat serta tidak berlebihan			
4	Mampu menjelaskan berbagai mekanisme dan ketersediaan metode kontrasepsi			
Memberikan penjelasan berupa (no. 5-10) :				
5	Efektivitas dari metode kontrasepsi			
6	Keuntungan dan keterbatasan dari metode kontrasepsi			
7	Kembalinya kesuburan			
8	Efek samping jangka pendek dan jangka Panjang			
9	Gejala dan tanda yang membahayakan			
10	Kebutuhan untuk pencegahan terhadap Infeksi Menular Seksual (seperti:Chlamydia, HBV, HIV/AIDS)			
11	Promosikan ASI eksklusif dan Metode Amenorea Laktasi (MAL)			
12	Konseling waktu dan jarak kelahiran yang baik			
Memberikan penjelasan kontrasepsi sesuai dengan kondisi klien yaitu (no. 13-15):				
13	Ibu yang menyusui anaknya			
14	Ibu yang tidak menyusui anaknya			
15	Klien yang tidak lagi menginginkan fertilitas			
16	Membantu klien mengenali kebutuhannya dan membuat pilihan yang sesuai dengan kondisinya			

Keterangan:

Skor 0: Tidak dilakukan

1: Dilakukan dengan perlu perbaikan

2: Dilakukan tanpa perbaikan

Padang,

Instruktur,

NILAI AKHIR : $\frac{\text{Total}}{32} \times 100 = \dots\dots\dots$

32

(.....)

III. PEMASANGAN ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR)

1. PENGANTAR:

Keterampilan konseling keluarga berencana dan pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), merupakan keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang dokter umum dan dipelajari sejak mahasiswa berada di jenjang akademik/preklinik. Keterampilan ini sangat membantu seorang dokter dalam memberikan pelayanan keluarga berencana secara menyeluruh dari seorang pasien.

Pengetahuan dan keterampilan konseling keluarga berencana dan pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) berperan penting dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi. Peningkatan pelayanan KB tidak semata-mata untuk pengendalian penduduk namun diharapkan akan berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.

Keterampilan ini sangat berkaitan dengan ketrampilan yang telah diberikan pada blok sebelumnya seperti *Handwashing* (Blok 1.1.), Komunikasi (Blok 1.1 – Blok 1.4), Pemeriksaan Fisik Umum (Blok 1.1), Pemeriksaan Tanda Vital (Blok 1.2). Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan ketrampilan ini adalah 150 menit (3 x 50 menit). Dilakukan di ruangan keterampilan klinik FK-Unand.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN:

2.1 Tujuan Instruksional Umum

Setelah melakukan pelatihan Keterampilan konseling keluarga berencana dan pemasangan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) mahasiswa mampu melaksanakan konseling keluarga berencana dan mampu memasang alat kontrasepsi dalam rahim.

2.2 Tujuan Instruksional Khusus :

- 2.2.1 Mahasiswa mampu menjelaskan indikasi konseling keluarga berencana dan pemasangan AKDR.
- 2.2.2 Mahasiswa mampu melakukan konseling keluarga berencana dengan baik.
- 2.2.3 Mahasiswa mampu melakukan pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim dengan baik

3. STRATEGI PEMBELAJARAN:

- 3.1 Demonstrasi yang dilakukan instruktur

3.2 Supervisi

3.3 Mandiri

3.4 Diskusi

4. PRASYARAT:

4.1 Pengetahuan yang perlu dimiliki sebelum berlatih:

4.1.1 Anatomi Genitalia Wanita

4.1.2 Komunikasi efektif

4.1.3 Pengetahuan mengenai berbagai jenis alat kontrasepsi

4.2 Praktikum yang harus diikuti sebelum berlatih

4.2.1 Anatomi genitalia wanita

1.3 Keterampilan yang terkait:

4.3.1. Komunikasi (Blok 1.1 – Blok 1.4)

4.3.2. Pemeriksaan Fisik Umum (Blok 1.1)

2.3.3 Pemeriksaan Tanda Vital (Blok 1.2)

2.3.4 Pemeriksaan Genitalia wanita (Blok 2.3)

5. TEORI

ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR)

A. Program Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana menurut WHO (World Health Organisation) adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk:

- a. Mendapatkan objektif - objektif tertentu.
- b. Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan.
- c. Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan.
- d. Mengatur interval di antara kelahiran.
- e. Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami isteri.
- f. Menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Sasaran utama dari pelayanan KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS). Pelayanan KB diberikan di berbagai unit pelayanan baik oleh pemerintah maupun swasta dari tingkat

desa hingga tingkat kota dengan kompetensi yang sangat bervariasi. Pemberi layanan KB antara lain adalah Rumah Sakit, Puskesmas, dokter praktek swasta, bidan praktek swasta dan bidan desa.

Jenis alat / obat kontrasepsi antara lain kondom, pil KB, suntik KB, IUD, implant, vasektomi, dan tubektomi. Untuk jenis pelayanan KB jenis kondom dapat diperoleh langsung dari apotek atau toko obat, pos layanan KB dan kader desa. Kontrasepsi suntik KB sering dilakukan oleh bidan dan dokter sedangkan kontrasepsi jenis, IUD, implant dan vasektomi / tubektomi harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dan berkompeten.

B. Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata Kontra berarti mencegah atau melawan. Sedangkan Konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari / mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut.

Dalam menggunakan kontrasepsi, keluarga pada umumnya mempunyai perencanaan atau tujuan yang ingin dicapai. Tujuan tersebut diklasifikasikan dalam tiga kategori, yaitu menunda/mencegah kehamilan, menjarangkan kehamilan, serta menghentikan/mengakhiri kehamilan atau kesuburan.

Cara kerja kontrasepsi bermacam macam tetapi pada umumnya yaitu:

- a. Mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi.
- b. Melumpuhkan sperma.
- c. Menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma.

C. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR / IUD)

1. Pengertian IUD (Intra Uterine Device)

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD) merupakan alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim yang relatif lebih efektif bila dibandingkan dengan metode pil, suntik dan kondom. Efektifitas metode IUD antara lain ditunjukkan dengan angka kelangsungan pemakaian yang tertinggi bila dibandingkan dengan metode tersebut diatas.

Alat kontrasepsi dalam rahim terbuat dari plastik elastik, dililit tembaga atau campuran tembaga dengan perak. Lilitan logam menyebabkan reaksi anti fertilitas dengan waktu penggunaan dapat mencapai 2-10 tahun, dengan metode kerja mencegah masuknya spermatozoa/sel mani ke dalam saluran tuba. Pemasangan dan pencabutan alat kontrasepsi

ini harus dilakukan oleh tenaga medis (dokter atau bidan terlatih), dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi namun tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar infeksi menular seksual.

2. Jenis IUD

Jenis IUD yang dipakai di Indonesia antara lain adalah :

a. Copper-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan tembaga halus ini mempunyai efek anti fertilitas (anti pembuahan) yang cukup baik.

b. Copper-7

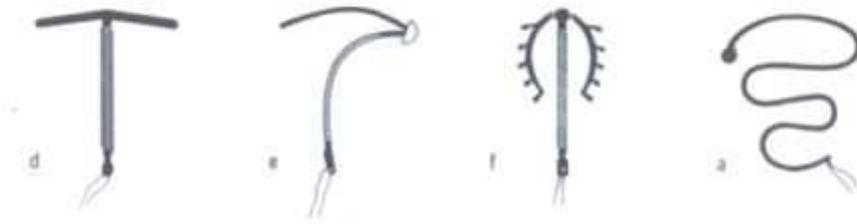
IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga luas permukaan 200 mm², fungsinya sama dengan lilitan tembaga halus pada IUD Copper-T.

c. Multi load

IUD ini terbuat dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjang dari ujung atas ke ujung bawah 3,6 cm. Batang diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambah efektifitas. Ada tiga jenis ukuran multi load yaitu standar, small, dan mini.

d. Lippes loop

IUD ini terbuat dari polyethelene, berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya. Lippes loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru), tipe B 27,5 mm (benang hitam), tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan tipe D berukuran 30 mm dan tebal (benang putih). Lippes loop mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan dari pemakaian IUD jenis ini adalah bila terjadi perforasi, jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik.



Gambar 1: Jenis-jenis AKDR

Keterangan: Dari kiri ke kanan berturut-turut: Copper-T, Copper-7, Multiload, Lippes loop

3. Cara Kerja IUD

Cara kerja dari IUD antara lain yaitu:

- a. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
- b. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai cavum uteri.
- c. Mencegah sperma dan ovum bertemu dengan membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.
- d. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

4. Keuntungan dan Kelemahan IUD

Adapun keuntungan dari penggunaan alat kontrasepsi IUD yakni:

- a. Sangat efektif. 0,6 - 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 - 170 kehamilan).
- b. IUD dapat efektif segera setelah pemasangan.
- c. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- d. Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- e. Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- f. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- g. Tidak ada efek samping hormonal dengan CuT-380A.
- h. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- i. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- j. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- k. Tidak ada interaksi dengan obat-obat.

Sedangkan kelemahan dari penggunaan IUD yaitu :

- a. Efek samping yang umum terjadi, seperti: perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi, saat haid lebih sakit.
- b. Komplikasi lain: merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar).
- c. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- d. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau yang sering berganti pasangan.
- e. Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai IUD, PRP dapat memicu infertilitas.
- f. Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelviks diperlukan dalam pemasangan IUD.
- g. Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan IUD. Biasanya menghilang dalam 1 - 2 hari
- h. Pencabutan IUD hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter atau bidan) yang terlatih.
- i. Mungkin IUD keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila IUD dipasang segera setelah melahirkan)
- j. Perempuan harus memeriksa posisi benang IUD dari waktu ke waktu.

5. Waktu Penggunaan IUD

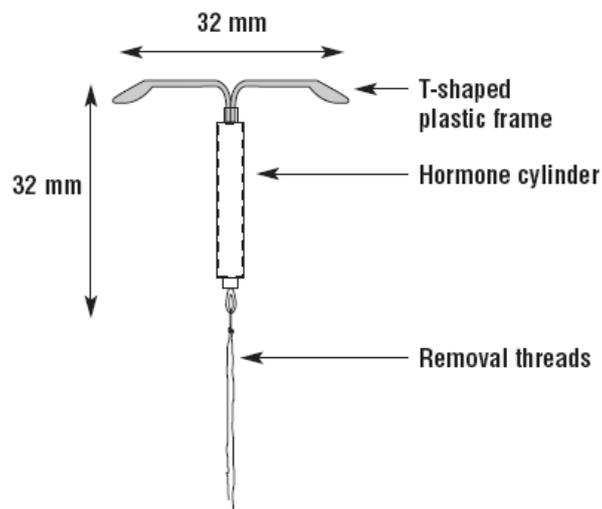
Penggunaan IUD sebaiknya dilakukan pada saat:

- a. Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil.
- b. Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
- c. Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan; setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL).
- d. Setelah terjadinya keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.
- e. Selama 1 sampai 5 hari setelah sanggama yang tidak dilindungi.

6. Waktu Kontrol IUD

Kelemahan dari penggunaan IUD adalah perlunya kontrol kembali untuk memeriksa posisi benang IUD dari waktu ke waktu. Waktu kontrol IUD yang harus diperhatikan adalah:

- a. 1 bulan pasca pemasangan
- b. 3 bulan kemudian
- c. setiap 6 bulan berikutnya
- d. bila terlambat haid 1 minggu
- e. perdarahan banyak atau keluhan istimewa lainnya



Gambar 2: Bagian-bagian IUD Copper-T

7. Prosedur Kerja Pemasangan IUD

Pemasangan maupun pencabutan AKDR tidak memerlukan ruang operasi besar, akan tetapi wajib menggunakan instrumen yang telah disterilisasi atau di Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) dan dilakukan di ruangan yang bersih. Bahan-bahan yang diperlukan dapat dibagi dalam tiga kategori, yaitu sebagai berikut.

- Alat dan instrumen dasar yang biasanya ditemukan pada suatu klinik KB.
- Alat khusus untuk pemasangan/pencabutan AKDR (misalnya: kit pemasangan/pencabutan).
- Bahan-bahan dan peralatan yang diperlukan untuk mencegah infeksi dan mengurangi penyebaran penyakit serius seperti Hepatitis B dan HIV/AIDS.

Persiapan :

- a. Petugas harus siap ditempat dan memahami anatomi genitalia.



Gambar 3: Anatomi Genitalia Wanita

- b. Harus ada permintaan dan persetujuan dari calon peserta.
- c. Ruang pemeriksaan yang tertutup, bersih, dan cukup ventilasi.
- d. Alat-alat yang diperlukan untuk pemasangan AKDR :
- Gyn bed
 - Tensimeter dan stetoskop
 - IUD set steril
 - Bengkok
 - Lampu
 - Meja dengan duk steril.
 - Sym speculum
 - Sonde rahim
 - Lidi kipas dan kapas first aid secukupnya.
 - Kogel tang
 - Pincet dan gunting



Gambar 4: Alat-alat pemasangan IUD

Siapkan peralatan dan instrumen yang diperlukan untuk pencabutan AKDR.

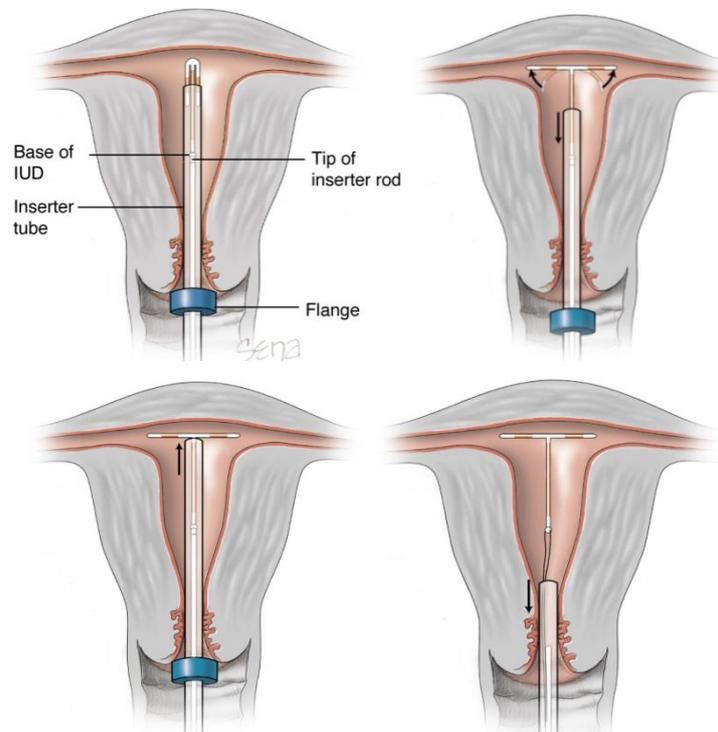
Instrumen dan bahan yang diperlukan adalah:

- Bivalve speculum (kecil, sedang, atau besar).
- Forsep/korentang
- Mangkuk untuk larutan antiseptik
- Sarung tangan (yang telah di DTT atau disterilisasi atau sarung tangan periksa yang baru)
- Cairan antiseptik (mis.: povidon iodin) untuk membersihkan serviks.
- Kain kasa atau kapas
- Sumber cahaya yang cukup untuk menerangi serviks

Langkah-langkah pemasangan AKDR:

- a. Memberi penjelasan kepada calon peserta mengenai keuntungan, efek samping dan cara menanggulangi efek samping.
- b. Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilakan klien mengajukan pertanyaan.
- c. Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberapa langkah waktu pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah-langkah tersebut.
- d. Pastikan klien telah mengosongkan kandung kencingnya.
- e. Melaksanakan anamnesis umum, keluarga.
- f. Melaksanakan pemeriksaan umum, mengukur tensimeter.
- g. Siapkan alat-alat yang diperlukan.
- h. Mempersilakan calon peserta untuk berbaring di bed gynaecologi dengan posisi Lithotomi.
- i. Petugas cuci tangan
- j. Pakai sarung tangan kanan dan kiri
- k. Bersihkan vulva dan vagina dengan kapas sublimat
- l. Periksa genitalia eksterna.
- m. Lakukan pemeriksaan dengan spekulum untuk menentukan keadaan posisi uterus.
 - Pasang speculum sym.
 - Dapat digunakan koreng tang untuk menjepit cervix.
 - Masukkan sonde dalam rahim untuk menentukan ukuran, posisi dan bentuk rahim.

- n. Inserter yang telah berisi AKDR dimasukkan perlahan-lahan ke dalam rongga rahim, kemudian plugger di dorong sehingga AKDR masuk ke dalam inserter dikeluarkan.
- Masukkan lengan AKDR Copper T 380A di dalam kemasan sterilnya.
 - Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman kavum uteri.
 - Hati-hati memasukkan tabung inserter sampai leher biru menyentuh fundus atau sampai terasa ada tahanan.
 - Lepas lengan AKDR dengan menggunakan teknik menarik (withdrawal technique). Tarik keluar pendorong.
 - Setelah lengan AKDR lepas, dorong secara perlahan-lahan tabung inserter ke dalam kavum uteri sampai leher biru menyentuh serviks.
 - Tarik keluar sebagian tabung inserter, potong benang AKDR kira-kira 3 - 4 cm panjangnya.
 - Cara lain, tarik keluar seluruh tabung inserter, jepit benang AKDR dengan menggunakan forseps kira-kira 3-4 cm dari serviks dan potong benang AKDR pada tempat tersebut.



Gambar 5: Pemasangan IUD

- o. Speculum sym dilepas dan benang AKDR di dorong ke samping mulut rahim (forniks).
- p. Peserta dirapikan dan dipersilakan berbaring \pm 5 menit
- q. Alat-alat dibersihkan
 - Buang bahan-bahan habis pakai yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan.
 - Bersihkan permukaan yang terkontaminasi.
- r. Petugas cuci tangan
- s. Memberi penjelasan kepada peserta gejala-gejala yang mungkin terjadi / dialami setelah pemasangan AKDR dan kapan harus kontrol
- t. Ajarkan pada klien bagaimana memeriksa benang AKDR (dengan menggunakan model bila tersedia).
- u. Minta klien menunggu di klinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR

Catatan:

- Bila pada waktu pemasangan terasa ada obstruksi, jangan dipaksa (hentikan) konsultasi dengan dokter spesialis.
- Bila sonde masuk ke dalam uterus dan bila fundus uteri tidak terasa, kemungkinan terjadi perforasi, keluarkan sonde, dan konsultasikan ke dokter spesialis.
- Keluarkan sonde dan lihat batas cairan lendir atau darah, ini adalah panjang rongga uterus. Ukuran normal 6 – 7 cm.
- Bila ukuran uterus kurang dari 5 cm atau lebih dari 9 cm jangan dipasang.

DAFTAR TILIK PENILAIAN
PEMASANGAN ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM
KETERAMPILAN KLINIK 5 BLOK 3.1 GANGGUAN UROGENITAL
SEMESTER 5 TAHUN AKADEMIK 2018/2019

NAMA :
NO. BP :
KELOMPOK :

No	Prosedur	Skor		
		0	1	2
1	Memberi penjelasan kepada calon peserta mengenai keuntungan, efek samping dan cara menanggulangi efek samping.			
2	Melaksanakan anamnese umum, dan keluarga			
3	Melaksanakan pemeriksaan umum, mengukur tensimeter			
4	Mempersilakan calon peserta untuk mengosongkan kandung kemih			
5	Siapkan alat-alat yang diperlukan			
6	Mempersilakan calon peserta untuk berbaring di bed gynaecologi dengan posisi Lithotomi			
7	Petugas cuci tangan			
8	Pakai sarung tangan kanan dan kiri			
9	Bersihkan vulva dan vagina dengan kapas first aid			
10	Melaksanakan pemeriksaan dalam untuk menentukan keadaan posisi uterus			
11	Pasang speculum sym			
12	Dapat digunakan kogel tang untuk menjepit cervix			
13	Masukkan sonde dalam rahim untuk menentukan ukuran, posisi dan bentuk Rahim			
14	Insenter yang telah berisi AKDR dimasukkan perlahan-lahan ke dalam rongga rahim, kemudian plugger di dorong sehingga AKDR masuk ke dalam insenter dikeluarkan			
15	Gunting AKDR sehingga panjang benang \pm 1 cm			
16	Speculum sym dilepas dan benang AKDR di dorong ke samping mulut Rahim			
17	Peserta dirapikan dan dipersilakan berbaring \pm 5 menit			
18	Alat-alat dibersihkan			
19	Petugas cuci tangan			
20	Memberi penjelasan kepada peserta gejala-gejala yang mungkin terjadi / dialami setelah pemasangan AKDR dan kapan harus control			

Keterangan:

Skor 0: Tidak dilakukan
 1: Dilakukan dengan perlu perbaikan
 2: Dilakukan tanpa perbaikan

Instruktur,

NILAI AKHIR : $\frac{\text{Total}}{40} \times 100 = \dots\dots\dots$

40

(.....)

