

**MODUL PRAKTIKUM
KETERAMPILAN DASAR PRAKTIK
KEBIDANAN (KDPK)**



**DISUSUN OLEH :
TIM DOSEN**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
AKADEMI KEBIDANAN
WIJAYA HUSADA BOGOR**

**LEMBARAN PENGESAHAN MODUL KETERAMPILAN DASAR
PRAKTIK KEBIDANAN**

Proses	Nama	Jabatan	Tanda Tangan
Perumus	Salsalina Yuniarti G, SST., M.K.M	Pembantu Direktur I	
Pemeriksa	Elpinaria Girsang, S.ST., M.K.M	Direktur Akademi Kebidanan Wijaya Husada	
Penetapan	Elpinaria Girsang, S.ST., M.K.M	Direktur Akademi Kebidanan Wijaya Husada	
Pengendalian	Iis Lestari, S.SiT., M.Kes	Ketua UPM	

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan modul. Tak lupa juga mengucapkan salawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW, karena berkat beliau, kita mampu keluar dari kegelapan menuju jalan yang lebih terang.

Kami ucapkan juga rasa terima kasih kami kepada pihak-pihak yang mendukung lancarnya modul ini mulai dari proses penulisan hingga selesai.

Modul ini telah selesai kami buat secara semaksimal dan sebaik mungkin agar menjadi manfaat bagi pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan. Dalam modul ini, tertulis materi yang relevan dengan mata kuliah **KDPK** yang menjadi alternatif pegangan bagi mahasiswa dan dosen.

Kami sadar, masih banyak luput dan kekeliruan yang tentu saja jauh dari sempurna tentang modul ini. Oleh sebab itu, kami mohon agar pembaca memberi kritik dan juga saran agar kami dapat terus meningkatkan kualitas.

Demikian modul ini kami buat, dengan harapan agar pembaca dapat memahami informasi dan juga mendapatkan wawasan serta dapat bermanfaat. Terima kasih.

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN	4
PEMBELAJARAN 1	8
PEMBELAJARAN 2	12
PEMBELAJARAN 3	16
PEMBELAJARAN 4	20
PEMBELAJARAN 5	25
PEMBELAJARAN 6	31
PEMBELAJARAN 7	36
PEMBELAJARAN 8	40
PEMBELAJARAN 9	47
PEMBELAJARAN 10	51
PEMBELAJARAN 11	54
PEMBELAJARAN 12	57
PEMBELAJARAN 13	61
PEMBELAJARAN 14	64
PEMBELAJARAN 15	73
PEMBELAJARAN 16	76
PEMBELAJARAN 17	79
PEMBELAJARAN 18	82
PEMBELAJARAN 19	89
PEMBELAJARAN 20	95
PEMBELAJARAN 21	100
PEMBELAJARAN 22	106
BAB III	109
PENUTUP	112

BAB I

PENDAHULUAN

A. Standar Kompetensi

Mahasiswa mampu menguasai dan menerapkan keterampilan dasar praktik kebidanan sesuai dengan standar asuhan kebidanan, etika profesi, dan prinsip keselamatan pasien dalam situasi praktik klinik dan laboratorium secara mandiri atau di bawah supervisi.

B. Deskripsi

Mata kuliah ini adalah mata kuliah dasar yang setelah menyelesaikan mata kuliah ini mahasiswa akan mampu melakukan keterampilan dasar dalam praktik kebidanan. Bahan kajian mata kuliah ini adalah tentang konsep dasar manusia sebagai (system adaptif, makhluk holistic), kebutuhan dasar manusia, keterampilan dasar pemenuhan kebutuhan dasar manusia, konsep sehat sakit, konsep diri, konsep stress adaptasi, kehilangan dan kematian, pencegahan infeksi. Pelaksanaan pembelajaran menggunakan metode kuliah, praktikum laboratorium, dan penugasan mandiri, penugasan mahasiswa dievaluasi dengan penilaian formatif dan sumatif serta nilai tugas.

C. Waktu

Sesuai jadwal

D. Prasyarat

Tidak ada MK Prasyarat

E. Tempat Praktikum

Modul praktikum ini dapat digunakan mahasiswa sebagai pedoman melakukan praktik yang akan dilakukan di kelas, dan juga lahan praktik (BPS, Puskesmas, Rumah Sakit dan Masyarakat)

F. Tujuan Pembelajaran

Menjelaskan dan mempraktekan tentang materi keterampilan dasar praktik kebidanan sesuai dengan standar asuhan kebidanan, etika profesi, dan prinsip keselamatan pasien. Memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk mendemonstrasikan pelaksanaan tindakan kepada klien yang mengalami gangguan pada pemenuhan kebutuhan dasar.

G. Indikator Pencapaian

1. Mahasiswa dapat menjelaskan prosedur setiap tindakan secara teoritis

2. Mahasiswa menunjukkan keterampilan motorik yang tepat sesuai SOP.
3. Mahasiswa menjaga etika, empati, dan komunikasi dalam praktik.
4. Mahasiswa menerapkan prinsip keselamatan pasien dan PPI

H. Petunjuk Penggunaan Modul

1. Setiap mahasiswa harus melakukan tindakan secara individu
2. Baca dan pelajari modul, job sheet serta daftar tilik yang tersedia sebelum melakukan praktikum
3. Setiap kegiatan praktikum mahasiswa diwajibkan membawa modul yang sesuai dengan praktikum yang akan di lakukan
4. Siapkan alat-alat yang dibutuhkan satu hari sebelum tindakan praktikum di mulai dimulai
5. Ikuti petunjuk dosen pembimbing / laboran
6. Tanyakan pada dosen pembimbing / laboran apabila terdapat hal-hal yang kurang dimengerti
7. Selama kegiatan praktek berlangsung mahasiswa wajib menaati tata tertib yang berlaku

I. Kompetensi

1. Memandikan Pasien
2. Mencuci rambut klien
3. Membersihkan gigi dan mulut
4. Perawatan kuku
5. Merawat lingkungan dan mengganti alat tenun (dengan/tidak ada pasien diatasnya)
6. Teknik mencuci tangan
7. Teknik memasang handscoon
8. Teknik menggunakan APD (Masker, kacamata, Gown dan sepatu boots)
9. Teknik melipat kassa
10. Melaksanakan perawatan luka
11. Pemasangan infus
12. Melakukan perawatan infus
13. Aff Infus
14. Mengatur tetesan infus
15. Pemberian oksigen melalui : kateter nasal, masker oksigen dan kanula nasal
16. Melakukan pengisapan lendir

17. Pemberian nutrisi melalui oral
18. Pemberian nutrisi melalui parenteral (sonde)
19. Pemasangan NGT
20. Membantu BAB dengan pispot
21. Membantu BAK dengan urinal
22. Pemberian huknah tinggi/rendah
23. Pemasangan kateter pada pria / wanita
24. Pemasangan kondom kateter
25. Mengatur berbagai posisi antara lain :
 - a) Fowler / semi fowler
 - b) Dorsal Recumbent
 - c) Litotomi
 - d) Trendelemburg
 - e) Sim
 - f) Supinasi
 - g) Pronasi
26. Membantu pasien berpindah tempat (transportasi) klien :
 - a) Dari tempat tidur ke rostur (kursi roda) dan sebaliknya
 - b) Dari tempat tidur ke brancar dan sebaliknya
 - c) Membantu pasien duduk dan berdiri
27. Melatih klien berjalan dengan alat bantu :
 - a) Kurcht
 - b) Tongkat
28. Pengukuran *Blood Pressure* / tekanan darah
29. Pengukuran Suhu / *thermo*
30. Pengukuran Nadi / *Pulse*
31. Pengukuran Pernapasan / *Respirasi rate*
32. Melaksanakan pemberian obat paranteral (Intramuscular, Intravena, Intrakutan dan subkutan)
33. Melaksanaa pemberian obat tetes (mata, telinga dan hidung)
34. Melaksanakan pemberian obat oles (kulit)
35. Melaksanakan pemberian obat supositoria
36. Melaksanakan pemberian obat melalui vagina
37. Pemeriksaan fisik persistem

38. Melakukan tindakan sterilisasi

J. Metode Evaluasi

- | | |
|--------------|-------|
| 1. Log Book | : 30% |
| 2. SOCA | : 30% |
| 3. UPRAK | : 30% |
| 4. Softskill | : 10% |

K. Pembimbing Praktikum

Terlampir sesuai jadwal

L. Tata Tertib

1. Kehadiran praktikum 100%
2. Berpakaian rapi dan sopan (tidak memakai sandal, kaos oblong, baju ketat, anting dan rambut gondrong)
3. Mengenakan jas laboratorium
4. Mengganti apabila menghilangkan, merusak alat laboratorium
5. Mahasiswa menyiapkan alat sehari sebelum pelaksanaan perasat
6. Mahasiswa wajib memiliki modul praktikum

PEMBELAJARAN 1

MEMANDIKAN KLIEN DI TEMPAT TIDUR

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memberikan asuhan kebersihan diri pada klien yang tidak dapat mandiri (misalnya ibu pasca melahirkan, ibu pascaoperasi, atau pasien rawat inap) secara profesional dan sesuai dengan prinsip-prinsip dasar asuhan kebidanan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Memandikan klien di tempat tidur adalah prosedur perawatan dasar yang dilakukan untuk menjaga kebersihan, kenyamanan, dan kesehatan kulit klien yang tidak mampu mandi sendiri di kamar mandi.

2. Tujuan

- a) Menjaga kebersihan dan kesehatan kulit.
- b) Mencegah infeksi, iritasi kulit, dan dekubitus (luka tekan).
- c) Meningkatkan sirkulasi darah.
- d) Memberikan rasa nyaman dan segar pada klien.
- e) Memungkinkan perawat memeriksa kondisi fisik klien, seperti adanya luka, memar, atau perubahan kondisi kulit.

3. Alat dan bahan

- a) Baskom mandi dua buah, masing-masing berisi air dingin dan air hangat
- b) Pakaian pengganti
- c) Kain penutup
- d) Handuk besar
- e) Handuk kecil untuk mengeringkan badan
- f) Sarung tangan pengusap/waslap
- g) Handscoen bersih
- h) Tempat untuk pakain kotor
- i) Sampiran
- j) Sabun

C. Rangkuman

1. Memandikan klien di tempat tidur adalah prosedur penting untuk menjaga kebersihan dan kenyamanan pasien yang tidak mampu mandi sendiri.
2. Prosedur dilakukan dengan menjaga privasi, kebersihan, dan keamanan klien.
3. Proses dimulai dari wajah dan berakhir di area genital, dengan menggunakan air hangat dan kain bersih.
4. Perawat harus memperhatikan kondisi kulit, suhu tubuh, serta memberikan kenyamanan emosional dan fisik selama dan setelah prosedur.
5. Dokumentasi setelah praktik sangat penting sebagai bagian dari asuhan kebidanan.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik memandikan klien di tempat tidur baik pada manekin di laboratorium maupun pasien nyata di lahan praktik klinik. Praktik dilakukan secara sistematis sesuai dengan prinsip hygiene, keselamatan klien, dan etika pelayanan kebidanan.

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami.

1. Jelaskan tujuan utama dari tindakan memandikan klien di tempat tidur
2. Sebutkan minimal 5 alat dan bahan yang harus disiapkan dalam tindakan memandikan klien di tempat tidur, serta fungsinya secara singkat
3. Uraikan secara sistematis langkah-langkah pelaksanaan tindakan memandikan klien di tempat tidur dari awal hingga akhir
4. Mengapa area genital dibersihkan terakhir dalam prosedur bed bath? Jelaskan alasannya secara logis dan ilmiah
5. Sebutkan dan jelaskan 3 prinsip penting yang harus diterapkan saat memandikan klien di tempat tidur agar tindakan berjalan aman dan etis

Keterangan :

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Memandikan Klien

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Tinggikan tempat tidur jika perlu		
8	Tutup pintu dan sampiran, memakai handscoen		
9	Ganti selimut dengan selimut mandi		
10	Tanggalkan baju klien		
11	Cuci bagian muka, telinga, leher		
12	Letakkan handuk dibawah kepala klien		
13	Bersihkan mata dari cantus dalam ke cantus luar menggunakan waslap, dan tidak diberi sabun penggunaan sabun muka disesuaikan dengan kebiasaan klien, kemudian dibilas dan dikeringkan		
14	Bersihkan daun telinga menggunakan waslap dan sabun		
15	Bersihkan leher menggunakan waslap dan sabun		
16	Cuci lengan klien: letakkan handuk dibawah lengan klien yang jauh dari perawat dan meninggikan lengan dengan cara memegang bagian siku, kemudian mencuci lengan dan pergelangan tangan ke ketiak, bilas dengan air bersih lalu dikeringkan. Ulangi lagi untuk tangan yang lain		
17	Mencuci dada dan perut klien: Miringkan klien kearah membelakangi perawat, lalu letakkan handuk besar melintang di bawah punggung klien. Kembalikan klien pada posisi supine turunkan selimut mandi hingga batas atas pubis, cuci dada hingga perut menggunakan waslap dan sabun bilas dada dan perut dengan air bersih, stlh selesai		

18	Mencuci punggung : Miringkan klien membelakangi perawat, cuci dengan sabun, bilas dan keringkan punggung sampai pantat. Massage punggung dapat dilakukan pada tahap ini.		
19	Oleskan lotion atau babyoil pada bagian-bagian penonjolantulang. Jika terdapat luka decubitus, oleskan antiseptik.		
20	Mencuci kaki. Membuka selimut mandi 1 sisi kaki (mulai dari bagian kaki yang terjauh dan perawat), letakkan handuk dibawah kaki yang akan dicuci, cuci dengan sabun, bilas dan keringkan. Cuci kaki yang satu dengan cara yang sama.		
21	Mencuci genitalia : Buka selimut mandi hingga didaerah pubis, atur klien pada posisi litotomi, cuci organ genital dengan sabun, bilas dengan air bersih dan keringkan, kembalikan pada posisi supinasi		
22	Bantu klien memakai baju bersih		
FASE TERMINASI			
23	Merapikan klien dan alat		
24	Mengevaluasi respon klien		
25	Mengucapkan salam		
26	Mencuci tangan		
27	Mendokumentasikan prosedur dalam catatan klien		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 2

MERAWAT RAMBUT

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memberikan asuhan kebersihan rambut kepada klien secara benar, aman, dan sesuai prinsip pelayanan kebidanan profesional, khususnya pada ibu hamil, bersalin, nifas, atau pasien dengan keterbatasan mobilitas.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Perawatan rambut adalah tindakan kebersihan diri yang dilakukan untuk menjaga kebersihan, kenyamanan, dan kesehatan rambut serta kulit kepala klien, terutama bagi klien yang tidak mampu melakukan perawatan mandiri. Perawatan ini meliputi keramas di tempat tidur, menyisir rambut, atau membersihkan kulit kepala

2. Tujuan

- a) Menjaga kebersihan rambut dan kulit kepala.
- b) Meningkatkan kenyamanan dan harga diri klien.
- c) Mencegah infeksi atau gangguan kulit kepala (ketombe, kutu, luka).
- d) Meningkatkan sirkulasi darah pada kulit kepala melalui pijatan ringan.
- e) Membantu observasi kondisi kulit kepala klien.
- f) Menunjang aspek psikologis dan emosional klien.

3. Alat dan Bahan

- a) Handuk
- b) Perlak atau pengalas
- c) Baskom berisi air hangat
- d) Shampoo atau sabun dalam tempatnya
- e) Kasa dan kapas
- f) Sisir
- g) Bengkok
- h) Gayung

- i) Ember kosong

C. Rangkuman

1. Merawat rambut merupakan bagian dari pemenuhan kebutuhan dasar klien, khususnya pada klien dengan keterbatasan aktivitas.
2. Tujuan utama adalah menjaga kebersihan, kenyamanan, dan kesehatan kulit kepala dan rambut.
3. Langkah penting meliputi persiapan alat, pelaksanaan keramas dan penyisiran, serta evaluasi hasil tindakan.
4. Mahasiswa diharapkan dapat melakukan tindakan secara sistematis, higienis, empatik, dan profesional.
5. Setelah praktik ini, mahasiswa mampu memberikan perawatan rambut dengan benar, menjaga kenyamanan dan privasi klien, serta mendokumentasikan tindakan secara lengkap

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik perawatan rambut (keramas di tempat tidur) pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional.

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan tujuan perawatan rambut pada klien yang sedang tirah baring!
2. Sebutkan minimal 5 alat yang dibutuhkan dalam praktik perawatan rambut di tempat tidur dan fungsi masing-masing!
3. Uraikan langkah-langkah lengkap prosedur merawat rambut klien yang tidak dapat duduk di tempat tidur!
4. Apa saja prinsip keselamatan dan kenyamanan klien yang harus diperhatikan saat melakukan perawatan rambut?
5. Sebutkan alasan pentingnya menjaga komunikasi dan privasi klien saat melakukan perawatan rambut!

Keterangan :

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Perawatan Rambut

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi klien		
8	Memakai celemek dan handscoen		
9	Menyiapkan klien: Menutup badan klien dengan selimut mandi		
10	Mengatur posisi klien secara diagonal menyilang tempat tidur		
11	Mengangkat bantal dan kepala klien		
12	Meletakkan perlak dan handuk dibawah kepala klien		
13	Memasang plastik talang daribawah kepala, kesamping bawahmenuju ember. Meletakkan ember diatas kain pel		
14	Menutup dada dengan handuk sampai leher		
15	Menutup mata klien dengan kassa lembap dan lubang telinga dengan kapas		
16	Menuangkan air pelan-pelan dan pangkal sampai ke seluruh rambut		
17	Memberi shampo sampai ke seluruh rambut		
18	Memijit kulit kepala dan menggosok sampai berbusa		
19	Memutar kepala pada sisi yang lain agar semua kulit kepala bersih, dan menambah air bila perlu		
20	Menuangkan air hangat secukupnya diatas rambut untuk membilas rambut dan kulit kepala		
21	Menggesek rambut diatara jari-jari untuk emamstikan bahwa rambut benar-benar bersih		
22	Memperhatikan kelelahan klien		
23	Melepas talang		
24	Mengeringkan rambut, telinga, leher dan wajah dengan handuk		
25	Membungkus kepala dengan handuk		

26	Jika handuk dibawah kepala klien basah/lembab, diganti dengan yang kering		
27	Melepas perlak dan selimut mandi		
28	Membantu klien duduk jika memungkinkan		
29	Menyisir rambut, mengeringkan rambut dengan alat pengering rambut (Jika ada)		
30	Memasang kembali selimut dan membantu klien ke posisi yang nyaman		
FASE TERMINASI			
31	Merapikan klien dan alat		
32	Evaluasi respon klien terhadap tindakan		
33	Cuci tangan		
34	Dokumentasikan intervensi yang telah dilakukan, termasuk shampo, keadaan rambut, kulit kepala serta reaksi klien		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 3

ORAL HYGIENE / MEMBERSIHKAN GIGI DAN MULUT

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memberikan asuhan kebersihan mulut (oral hygiene) kepada klien secara benar, sistematis, dan sesuai standar prosedur dengan memperhatikan keselamatan, kenyamanan, dan prinsip komunikasi terapeutik

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Oral hygiene adalah tindakan membersihkan rongga mulut klien untuk menjaga kebersihan, kenyamanan, dan kesehatan mulut, terutama pada klien yang tidak mampu merawat diri sendiri karena kondisi fisik atau medis tertentu. Mulut yang sehat meliputi kebersihannya, kenyamanan dan kelembabanya. Perawatan mulut bertujuan untuk mencegah mulut dan penyakit dan kerusakan gigi. Klien yang dirawat lama dirumah sakit jarang sekali mendapat perawatan kebersihan mulut yang optimal. Idealnya klien merawat mulut secara rutin setiap kali sesudah makan, mandi dan bangun tidur. Namun tidak semua klien mampu untuk melakukan perawatan mulut pada saat dia berada dirumah sakit, sehingga ada klien yang harus dibantu dalam perawatan mulut. Perawatan mulut diperlukan pada klien yang mendapatkan oksigenasi dan Naso Gastric Tube (NGT), demikian juga pada klien yang lama tidak menggunakan mulut. Pada klien yang tidak mampu melakukan perawatan mulut secara mandiri inilah yang harus mendapatkan bantuan dan perawat untuk merawat mulutnya. Pada kondisi ini klien menggunakan mulut untuk bernafas dan tidak memakan apapun dengan mulutnya, sehingga bakteri, sisa-sisa dan mukosa dan sekresi lain berkumpul dimulut, gigi dan bibir.

2. Tujuan

- a. Menjaga kebersihan mulut
- b. Meningkatkan nafsu makan

3. Alat dan Bahan

- a. Tongue spatel

- b. NaCl 0,9%
- c. Kom kecil
- d. Lidi kapas
- e. Boraks Gliserin
- f. Sikat gigi dan pasta gigi
- g. Bengkok besar
- h. Perlak
- i. Gelas berisi air
- j. Deppers
- k. Alas perlak
- l. Pinset/klem
- m. Tisu
- n. Handscoen bersih

C. Rangkuman

1. Oral hygiene adalah tindakan penting untuk menjaga kebersihan dan kesehatan mulut, terutama pada klien yang tidak dapat melakukan perawatan sendiri.
2. Tindakan ini membantu mencegah infeksi, menjaga kenyamanan, dan memudahkan observasi kondisi mulut.
3. Prosedur dilakukan secara sistematis dan aman, memperhatikan privasi dan kenyamanan klien, serta menghindari risiko aspirasi.
4. Mahasiswa harus mampu melakukan prosedur dengan benar, empatik, dan sesuai standar prosedur operasional (SPO).

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik oral hygiene pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan pengertian dan tujuan oral hygiene pada klien yang tidak sadar!
2. Sebutkan minimal 5 alat yang digunakan dalam praktik oral hygiene serta fungsinya!
3. Uraikan langkah-langkah prosedur oral hygiene pada klien tirah baring!

4. Apa saja prinsip keselamatan yang harus diperhatikan saat melakukan perawatan mulut?
5. Mengapa posisi miring penting saat melakukan oral hygiene pada klien tidak sadar?

Keterangan

1. Nilai minimum lulus 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Oral Hygiene (Memelihara Kebersihan Mulut)

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi (menutup sampiran), memakai handscoen		
8	Atur posisi klien dengan cara miringkan kepala klien dan bentangkan perlak serta alasnya dibawah dagu		
9	Letakkan bengkok besar didekat pipi klien		
10	Berikan air kepada klien untuk berkumur, tampung air bekas kumurkumur pada bengkok.		
11	Berikan sikat gigi yang telah dibubuhi pasta gigi secukupnya. Berikan kesempatan kepada klien untuk menyikat giginya sampai bersih. Jika telah selesai berikan air bersih untuk berkumur kembali.		
12	Letakkan sikat gigi pada gelas yang telah kosong		
Pada klien dengan penurunan kesadaran (tidak mampu menggosok gigi) :			
13	Buka mulut klien, tangan kiri menekan lidah klien dengan tongue spatel/sudip lidah, kemudian tangan kanan menjepit deppers dengan pinset , lalu dicelupkan kedalam NaC1 dan diperas sedikit		
14	Bersihkan rongga mulut seluruhnya sampai bersih mulai dari langit-langit, gigi bagian dalam ke bagian luar, gusi, lidah		
15	Apabila klien mengalami stomatitis oleskan boraks gliserin pada bagian yang sakit dengan menggunakan lidi kapas		

16	Bersihkan bibir dengan deppers yang telah dicelupkan kedalam NaCl		
17	Oleskan boraks gliserin secukupnya pada bibir menggunakan lidi kapas		
18	Angkat bengkok yang berisi, deppers, lidi kapas, tisu dan pinset yang kotor		
19	Bersihkan daerah sekitar mulut dengan tisu		
20	Angkat perlak dan alasnya dan letakkan di rak		
FASE TERMINASI			
21	Merapikan klien dan alat		
22	Mengevaluasi respon klien		
23	Mengucapkan salam		
24	Mencuci tangan		
25	Mendokumentasikan prosedur dalam catatan klien		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 4

MENJAGA KEBERSIHAN LINGKUNGAN DAN MENGGANTI ALAT TENUN

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu melakukan praktik menjaga kebersihan lingkungan pasien dan mengganti alat tenun (linen) dengan benar, sesuai standar prosedur, serta memperhatikan prinsip keselamatan, kenyamanan, dan komunikasi terapeutik kepada pasien.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Kebersihan lingkungan klien adalah keberkahan area sekitar klien berada, baik itu di dalam ruangan maupun di luar ruangan. Kebersihan yang dimaksud di sini yaitu yang berada disekitar klien atau yang ditempati klien, seperti tempat tidur klien. Kebersihan lingkungan klien, khususnya tempat tidur akan memberikan kenyamanan bagi klien. Jika klien merasa nyaman, klien akan dapat tidur tanpa gangguan sehingga membantu dalam proses penyembuhan. Tempat tidur klien perlu dirancang untuk memenuhi keamanan, kenyamanan, dan kemampuan adaptasi untuk mengubah posisi

2. Tujuan

- a. Membersihkan lingkungan klien
- b. Memberikan kenyamanan bagi klien

3. Alat dan Bahan

- a. Tempat tidur, Kasur dan bantal
- b. Laken
- c. Stik laken
- d. Sarung bantal
- e. Perlak
- f. Selimut

C. Rangkuman

1. Kebersihan lingkungan pasien dan linen merupakan bagian penting dari **pelayanan kebidanan dasar** untuk mencegah infeksi dan memberikan kenyamanan.
2. Penggantian linen dilakukan dengan teknik aseptik dan memperhatikan kenyamanan pasien, terutama pada pasien **tirah baring**.
3. Proses ini harus dilakukan dengan **komunikasi yang baik, prinsip ergonomi, dan dokumentasi yang tepat**.
4. Mahasiswa diharapkan mampu melakukan tindakan ini secara **sistematis, aman, dan profesional**

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik menjaga kebersihan lingkungan dan mengganti alat tenun pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

1. Jelaskan mengapa kebersihan lingkungan pasien sangat penting dalam pelayanan kebidanan!
2. Apa saja alat dan bahan yang diperlukan dalam prosedur mengganti linen pada pasien tirah baring?
3. Uraikan langkah-langkah mengganti seprai tempat tidur pada pasien yang masih berada di atas tempat tidur!
4. Sebutkan prinsip-prinsip pencegahan infeksi dalam mengganti linen pasien!
5. Apa risiko yang bisa terjadi jika lingkungan perawatan pasien tidak bersih?

Keterangan

1. Nilai Minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar kerja praktik

Prosedur Tindakan Menyiapkan Tempat Tidur

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
1	Mencuci tangan		
2	Menyiapkan alat		
3	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
4	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		

5	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
6	Memasang laken dengan garis lipatan tepat di tengah kasur/tempat tidur		
7	Mngatur sisi kedua samping laken atau tempat tidur dengan sudut 90^0 , kemudian masukkan ke bawah kasur. (Jika laken tidak sesuai ukurannya, masukkan bagian kepala lebih banyak dari pada bagian kaki)		
8	Memasang pelak, kemudian stik laken di tengah tempat tidur, memasukkan kedua ujungnya di bawah kasur		
9	Melipat selimut menjadi empat secara terbalik, lalu pasang di bagian bawah. Memasukkan ujung selimut ke bawah kasur		
10	Memasang sarung bantal, meletakkan dengan rapi di bagian atas tempat tidur		
11	Merapikan alat		
12	Mencuci tangan		
TOTAL			

Prosedur Tindakan Merapikan Tempat Tidur dengan Klien di Atasnya

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Merapikan tempat tidur sebelah kanan dengan cara sebagai berikut :		
8	Memiringkan klien ke kiri		
9	Menggulung stik laken hingga batas punggung klien		
10	Membersihkan dan rapikan laken		
11	Memasang kembali dengan rapih stik laken		
12	Merapikan tempat tidur sebelah kin dengan cara sebagai berikut :		
13	Memiringkan klien ke kanan		
14	Menggulung stik laken hingga batas punggung klien		
15	Memersihkan dan rapikan laken		

16	Memasang kembali dengan rapih stik laken		
17	Menyusun bantal dan baringkan klien pada posisi yang tepat		
18	Memasang selimut		
FASE TERMINASI			
19	Merapikan alat		
20	Mengevaluasi respon klien		
21	Mengucapkan salam		
22	Mencuci tangan		
TOTAL			

Prosedur Tindakan Mengganti Alat Tenun dengan Klien di Atasnya

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi (menutup sampiran)		
8	Mengenakan sarung tangan bersih		
9	Membantu memindahkan barang-barang/perlengkapan milik klien dan atas tempat tidur jika ada		
10	Membantu klien memiringkan tubuh menjauhi perawat		
11	Menggulunglaken, pelak, danstiklaken ke arahpunggung kliendengan bagian kotor berada dalam gulungan		
13	Memasang alat tenun bersih setengah bagian dengan sisanya tergulung di belakang punggung klien		

14	Membantu klien untuk membalik posisi ke hadapan perawat dengan melewati gulungan linen bersih		
15	Mengangkat semua gulungan kotor dan meletakkan dalam ember atau tempat linen kotor		
16	Membuka gulungan alat tenun yang bersih dan merapikannya		
17	Mengembalikan klien ke posisi yang nyaman		
18	Memasang selimut bersih		
19	Melepaskan bantal dengan hati-hati sambil menyangga kepala klien		

20	Melepaskan sarung bantal yang kotor dan mengganti dengan yang bersih		
21	Menyusun bantal dan membantu klien tidur dengan posisi yang nyaman		
FASE TERMINASI			
22	Merapikan klien dan alat		
23	Mengevaluasi respon klien		
24	Mengucapkan salam		
25	Mencuci tangan		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 5

MENCUCI TANGAN

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami, mempraktikkan, dan menjelaskan prosedur mencuci tangan dengan benar dan sesuai standar WHO untuk mencegah infeksi silang dalam pelayanan kebidanan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Cuci tangan adalah proses membuang kotoran dan debu secara mekanik dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun dan air. Sementara itu menurut Perry & Potter, mencuci tangan merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan infeksi.

2. Tujuan

- a. Mengangkat mikroorganisme yang ada di tangan
- b. Mencegah infeksi silang (cross infection).
- c. Menjaga kondisi steril
- d. Melindungi diri dan klien dari infeksi.
- e. Memberikan perasaan yang segar dan bersih

3. Alat dan Bahan

a. Prosedur cuci tangan bersih

- 1) Air mengalir
- 2) Handuk bersih atau tissue
- 3) Sabun

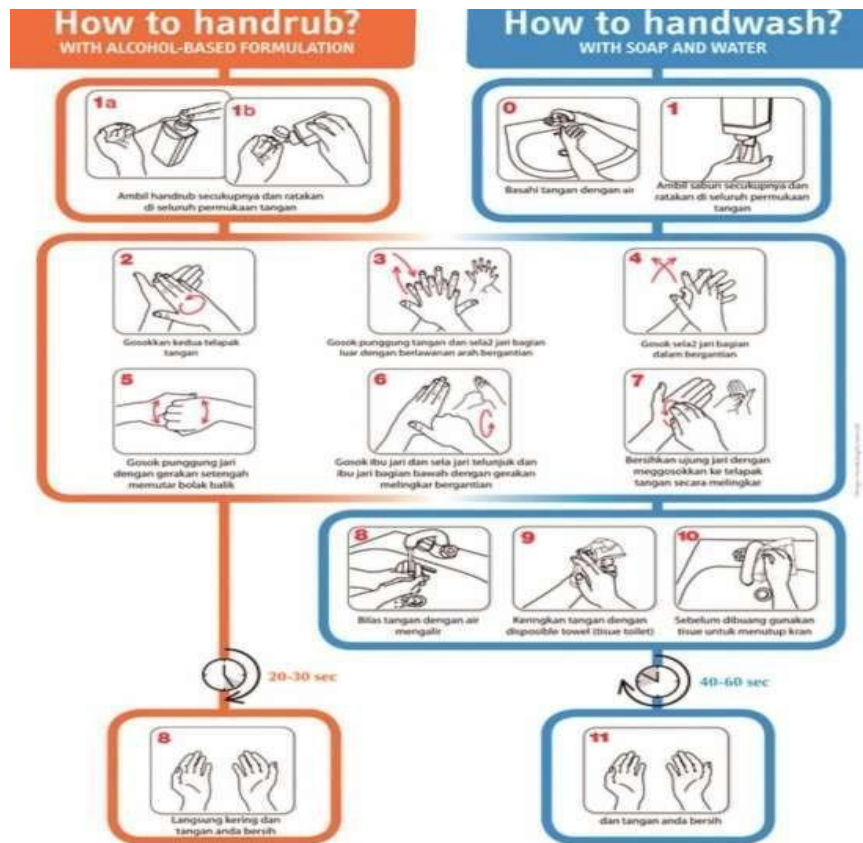
b. Prosedur cuci tangan steril

- 1) Sabun
- 2) Wastafel/air mengalir
- 3) Handuk steril
- 4) Sikat lembut
- 5) Spon
- 6) Bahan antiseptik

4. Prosedur

a. Cuci tangan bersih

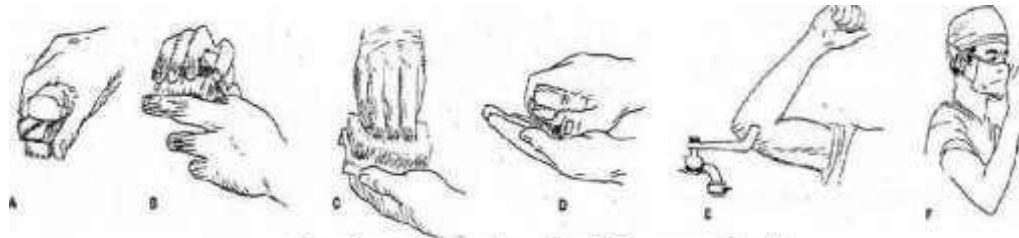
- 1) Basuh tangan dengan air
- 2) Tuangkan sabun secukupnya
- 3) Gosok kedua telapak tangan dengan cara memutar tangan kanan diatas tangan kiri berlawanan dengan arah jarum jam
- 4) Gosok punggung tangan dan sela jari tangan bagian luar dengan berlawanan arah bergantian
- 5) Gosok sela-sela jari bagian dalam bergantian
- 6) Gosok punggung jari dengan gerakan setengah memutar olak balik
- 7) Gosok ibu jari dan sela jari dan sela jari telunjuk dan ibu jari bagian bawah dengan gerakan melingkar bergantian
- 8) Bersihkan sela kuku/ujung jari dengan cara gosokkan ujung jari dengan memutar di telapak tangan dengan bergantian
- 9) Gosok pergelangan tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- 10) Bilas kedua tangan dengan air
- 11) Keringkan dengan tisu sekali pakai sampai benar-benar kering
- 12) Gunakan tisu tersebut untuk menutup keran sebelum dibuang pada tempat sampah



Gambar. Prosedur Cuci Tangan Bersih

b. Cuci tangan steril

- 1) Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan.
- 2) Melepas cincin, gelang dan jam tangan
- 3) Basahi kedua tangan dengan air mengalir sampai siku. Gunakan sabun dari siku ke arah lengan bawah, dan tangan satunya
- 4) Bersihkan kuku dengan pembersih kuku atau sikat lembut ke arah luar, kemudian bersihkan jari hingga siku dengan gerakan sirkular dengan spon. Lakukan hal yang sama pada tangan satunya.
- 5) Bilas tangan secara bergantian dengan air mengalir, setelah bersih tahan kedua tangan mengarah keatas sebatas siku
- 6) Gosok seluruh permukaan kedua belah tangan, jari dan lengan bawah dengan antiseptik minimal selama 2 menit
- 7) Bilas kembali setiap tangan dengan air mengalir secara bergantian
- 8) Tegakkan kedua tangan kearah atas dan jauhkan dari badan, jangan sentuh permukaan atau benda apapun
- 9) Keringkan tangan menggunakan handuk steril atau diangin-anginkan. Seka tangan dimulai dari ujung jari sampai siku. Untuk tangan yang berbeda gunakan sisi handuk yang berbeda



Gambar. Prosedur Cuci Tangan Steril

C. Rangkuman

1. Mencuci tangan adalah tindakan dasar pencegahan infeksi dan bagian penting dalam asuhan kebidanan.
2. Terdapat beberapa indikasi mencuci tangan, terutama saat berinteraksi dengan pasien atau lingkungan pasien.
3. Tindakan ini dilakukan secara berurutan dan sistematis menggunakan 6 langkah WHO, baik dengan sabun maupun hand rub.
4. Praktik mencuci tangan harus menjadi kebiasaan profesional bagi mahasiswa kebidanan untuk menjaga keselamatan pasien dan diri sendiri.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik mencuci tangan pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Cuci Tangan Bersih

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
1	Basuh tangan dengan air		
2	Tuangkan sabun secukupnya		
3	Gosok kedua telapak tangan dengan cara memutar tangan kanan di atas tangan kiri berlawanan dengan arah jarum jam		
4	Gosok punggung tangan dan sela jari tangan bagian luar dengan berlawanan arah bergantian		
5	Gosok sela-sela jari bagian dalam bergantian		
6	Gosok punggung jari dengan gerakan setengah memutarolak balik		
7	Gosok ibu jari dan sela jari dan sela jari telunjuk dan ibu jari bagian bawah dengan gerakan melingkar bergantian		
8	Bersihkan sela kuku/ujung jari dengan cara gosokkan ujung jari dengan memutar di telapak tangan dengan bergantian		
9	Gosok pergelangan tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan dan lakukan sebaliknya		
10	Bilas kedua tangan dengan air		
11	Keringkan dengan tisu sekali pakai sampai benar-benar kering		
12	Gunakan tisu tersebut untuk menutup keran sebelum dibuang pada tempat sampah		
TOTAL			

Prosedur Tindakan Cuci Tangan Steril

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
1	Melepas cincin, gelang dan jam tangan		
2	Basahi kedua tangan dengan air mengalir sampai siku. Gunakan sabun dari siku ke arah lengan bawah, dan tangan satunya		
3	Bersihkan kuku dengan pembersih kuku atau sikat lembut ke arah luar, kemudian bersihkan jari hingga siku dengan gerakan sirkular dengan spon. Lakukan hal yang sama pada tangan satunya.		
4	Membilas tangan secara bergantian dengan air mengalir, setelah bersih tahan kedua tangan mengarah ke atas sebatas siku		
5	Menggosok seluruh permukaan kedua belah tangan, jari dan lengan bawah dengan antiseptik minimal selama 2 menit		
6	Membilas kembali setiap tangan dengan air mengalir secara bergantian		
7	Menegakkan kedua tangan ke arah atas dan jauhkan dari badan, jangan sentuh permukaan atau benda apapun		

8	Mengeringkan tangan menggunakan handuk steril atau diangin-anginkan. Seka tangan dimulai dari ujung jari sampai siku. Untuk tangan yang berbeda gunakan sisi handuk yang berbeda		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 6

MENGGUNAKAN APD

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami, memilih, menggunakan, dan melepas Alat Pelindung Diri (APD) secara benar dan sesuai dengan standar pencegahan infeksi dalam pelayanan kebidanan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Adalah seperangkat alat yang digunakan oleh tenaga kerja untuk melindungi seluruh/sebagian tubuhnya terhadap kemungkinan adanya potensi bahaya/kecelakaan kerja. APD (Alat Pelindung Diri) merupakan satu bentuk proteksi yang harus digunakan oleh perawat dalam melakukan tindakan untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial

2. Tujuan

- Sebagai proteksi diri (Melindungi kulit dan selaput lendir petugas dan resiko paparan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien)
- Mencegah infeksi nosokomial

3. Alat dan Bahan

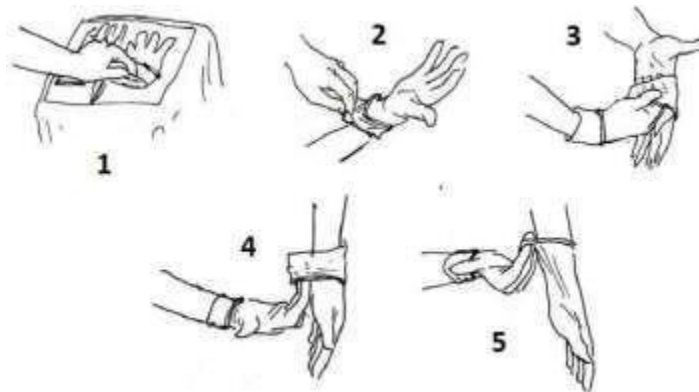
Jenis APD	Fungsi	
Sarung tangan medis	Melindungi tangan dari cairan tubuh dan mikroorganisme	
Masker bedah/N95	Mencegah penularan melalui droplet atau aerosol	
Pelindung wajah (faceshield)	Melindungi wajah dan mata dari percikan cairan	
Kacamata pelindung	Melindungi mata dari paparan	
Gaun medis/apron	Melindungi tubuh dan pakaian dari cairan atau kontaminan	
Penutup kepala	Menjaga kebersihan area kepala	
Penutup kaki (shoe cover)	Mencegah kontaminasi dari alas kaki	

4. Prosedur Tindakan

Ada berbagai macam APD yang sering digunakan di rumah sakit, antara lain : sarung tangan bersih/steril, masker, gaun operasi, penutup kepala, celemek, sepatu, dll.

a. Sarung Tangan

Sarung tangan yang dipakai di rumah sakit untuk tindakan yaitu sarung tangan bersih dan steril. Untuk memakai saris tangan bersih tidak memerlukan proseduran khusus, tapi untuk memakai sarung tangan steril ada protap tertentu yang hams dijalankan.



b. Penutup Kepala

Cuci tangan, mempersiapkan alat, mengambil penutup kepala lalu pasang di kepala dengan posisi pengikat berada di belakang kepala. Usahakan agar seluruh rambut tertutup/berada di dalam penutup kepala. Ikat penutup kepala sesuai kenyamanan. Lepas penutup kepala dengan melepas ikatan tali.

c. Masker

Cuci tangan, Tentukan tepi atas atau bawah masker, Pasang masker menutupi hidung dan mulut, kemudian ikat tali-talnya. Tali bagian atas diikat ke kepala belakang melewati bagian atas telinga. Tali bagian bawah diikat ke belakang leher. Tanggalkan masker dengan melepas ikatan tali-talnya, kemudian lipat masker dengan bagian luar di sebelah dalam, Cuci tangan kembali

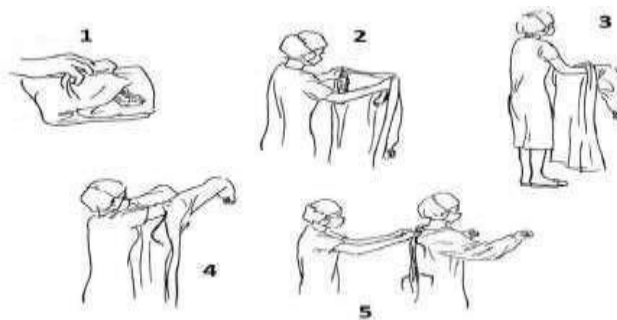
d. Skort/celemek

Mencuci tangan, Peganglah tali penggantung celemek serta masukkan melalui kepala, Kedua tali pada sisi kanan dan kiri diikat pada bagian belakang tubuh dengan ikatan yang mudah di lepas. Untuk melepas, buka ikatan celemek yang

ada dibelakang tubuh, Lepaskan celemek melalui kepala, Gantung celemek.
Mencuci tangan kembali

e. Gown operasi

Menyiapkan alat: pengering tangan (handuk/waslap steril), gaun operasi, Cuci tangan steril, mengeringkan tangan dengan handuk/waslap steril, Mengambil baju dengan cara mengambil baju pada bagian leher dengan tangan kiri sedang tangan kanan diangkat setinggi bahu. Masukkan tangan kanan dengan posisi membentang ke lubang lengan baju. Setelah itu menyusul masukkan tangan kiri ke lubang lengan baju berikutnya tanpa menyentuh bagian luar baju. Perawat yang menggunakan gaun steril maju dan kemudian tali baju yang ada di leher dan pinggang bagian belakang ditalikan oleh orang kedua (asisten) dengan hati-hati, jangan sampai menyentuh baju bagian depan serta menalikannya dengan simpul sederhana agar mudah melepasnya, Menghindari menyentuh benda lain di sekitarnya



C. Rangkuman

1. APD adalah perlindungan utama tenaga kesehatan dalam mencegah penularan penyakit dari dan ke pasien.
2. Penggunaan APD harus dilakukan dengan teknik yang benar, termasuk urutan penggunaan dan pelepasan.
3. Jenis APD disesuaikan dengan tingkat risiko paparan dalam setiap tindakan klinis.
4. Kebiasaan cuci tangan sebelum dan sesudah menggunakan APD wajib dilakukan untuk mencegah kontaminasi.
5. Mahasiswa kebidanan perlu terampil dan disiplin dalam praktik penggunaan APD sesuai dengan standar keselamatan kerja.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik menggunakan APD sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan Alat Pelindung Diri (APD) dan tujuannya dalam pelayanan kesehatan!
2. Sebutkan minimal 5 jenis APD dan fungsi masing-masing!
3. Uraikan urutan memakai APD yang benar menurut standar WHO!
4. Jelaskan urutan melepas APD yang aman untuk mencegah kontaminasi silang!
5. Mengapa mencuci tangan tetap wajib dilakukan setelah melepas APD?

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Memakai Sarung Tangan Steril

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
1	Persiapan alat : a. Sepasang handscoon steril b. Wastafel/air mengalir untuk cuci tangan c. Handuk bersih		
2	Lepaskan jam tangan, cincin dan gelang		
3	Lakukan cuci tangan (lihat prosedur cuci tangan)		
4	Buka kemasan sarung tangan steril, pertahankan sarung tangan pada permukaan dalam pembungkus		
5	Identifikasi sarung tangan kanan dan kiri		

6	Kenakan sarung tangan pada tangan yang lebih dominan (tangan kanan) dengan cara : d. Pegang tepi sarung tangan dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan non dominan e. Masukkan jari tangan ke dalam sarung tangan <i>Hanyabolehmemegangbagiandalamsarungtangansaja, dan pastikan sarung tangan tidak menyentuh bagian yang tidak steril</i>		
7	Ambil sarung tangan yang kedua dengan tangan dominan dengan memegang bagian luar sarung tangan, lalu masukan jari tangan ke dalam sarung tangan		
8	Lakukan penyesuaian sarung tangan dengan jari-jari, pastikan jari-jari pada posisi yang tepat		
9	Menjaga tangan agar tidak menyentuh area yang tidak steril, dengan menekuk siku, telapak tangan sejajar dengan kepala atau kedua tangan mengatup		
TOTAL			

Prosedur Tindakan Memakai Gaun Operasi (Gowning)

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
1	Menyiapkan alat: pengering tangan (handuk, waslap), gaun operasi		
2	Mencuci tangan dan menjaga tangan tidak menyentuh benda lain yang tidak steril disekitarnya		
3	Mengeringkan tangan dengan handuk/waslap steril		
4	Mengambil baju dengan cara mengambil baju pada ban leher dengan tangan kiri sedang tangan kanan diangkat setinggi bahu. Masukkan tangan kanan dengan posisi membentang ke lubang lengan		
5	Setelah itu menyusul masukkan tangan kiri ke lubang lengan baju berikutnya tanpa menyentuh bagian luar baju.		
6	Perawat yang menggunakan gaun steril maju dan kemudian tali baju yang ada di leher dan pinggang bagian belakang ditalikan oleh orang kedua (asisten) dengan hati-hati, jangan sampai menyentuh baju bagian depan serta menalikannya dengan simpul sederhana agar mudah melepasnya		
7	Menghindari menyentuh benda lain di sekitarnya		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 7

MENGHITUNG KESEIMBANGAN CAIRAN

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami dan mempraktikkan perhitungan keseimbangan cairan pasien dengan akurat, serta menggunakan hasilnya untuk mendukung pengambilan keputusan klinis sesuai standar asuhan kebidanan

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Penghitungan keseimbangan cairan masuk dan keluar tubuh

2. Tujuan

- Mengetahui jumlah masukan cairan
- Mengetahui keluaran cairan
- Mengetahui balance cairan
- Menentukan kebutuhan cairan

3. Cara Penghitungan

Cara menghitung keseimbangan cairan yaitu :

Menentukan total jumlah input dan output dengan memperhatikan air metabolisme (AM), Insensible Water Lose (IWL), Suhu, dll. Kemudian dimasukan ke dalam rumus Balance Cairan dengan mengurangi input dan output

Keterangan :

Air Metabolisme (AM)

- Dewasa : AM 5cc kgBB/hari
- Anak
 - Usia 5 - 7 tahun : 8 - 8,5 cc/kgBB/hari
 - Usia 7 - 11 tahun : 6- 7 cc/kgBB/hari
 - Usia 12 - 14 tahun : 5- 6 cc/kgBB/hari

Insensible Water Loss (IWL)

a. Jika suhu tubuh normal

1) Dewasa : $IWL = 15 \text{ cc} \times \text{kg BB/hari}$

2) Anak : $IWL = (30 - \text{usia (Thn)}) \text{cc} \times \text{kg BB/hari}$

Jika anak mengompol menghitung urine $0.5 \text{ cc} - 1 \text{ cc/kgBB/hari}$

b. Jika terjadi kenaikan suhu

$IWL = (15 \text{ cc} \times \text{kg BB}) + 200 \times (\text{Suhu} - 36,8)$ $36,8^{\circ}\text{C}$ adalah nilai Konstanta

$\text{Input} = \text{Jumlah In take} + \text{AM Output} = \text{Jumlah Output} + \text{IWL}$

$\text{Balance Cairan} = \text{Input} - \text{Output}$
--

4. Alat dan Bahan

- Alat tulis
- Gelas ukur urine / urine BAK

C. Rangkuman

- Menghitung keseimbangan cairan penting untuk monitoring status hidrasi pasien, terutama pada kondisi kritis.
- Melibatkan pencatatan semua cairan yang masuk dan keluar tubuh pasien.
- Hasil perhitungan membantu tenaga kesehatan dalam menentukan terapi cairan dan mencegah komplikasi akibat gangguan cairan.
- Praktik ini membutuhkan ketelitian, keterampilan observasi, dan dokumentasi yang akurat.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik menghitung keseimbangan cairan pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

- Jelaskan apa yang dimaksud dengan keseimbangan cairan dan tujuannya dalam pelayanan kebidanan!
- Sebutkan contoh 3 jenis input dan 3 jenis output cairan tubuh pasien!
- Uraikan langkah-langkah menghitung keseimbangan cairan pasien selama 24 jam!
- Jika pasien menerima cairan:

- Infus 1500 mL
- Oral 600 mL
- Muntah 300 mL
- Urin 1000 mL
- Berapa keseimbangan cairannya dan apa artinya?

5. Sebutkan tanda-tanda pasien mengalami defisit cairan dan kelebihan cairan!

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar kerja praktik

Prosedur Tindakan Menghitung Balance Cairan

NO	ASPEK PENILAIAN	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menghitung in take oral (baik yang diminum maupun kandungan cairan dalam makanan yang dikonsumsi)		
8	Menghitung in take parenteral		
9	Menentukan cairan metabolisme (AM)		
10	Menghitung out put urine		
11	Menghitung out put feces		
12	Menghitung out put abnormal (muntah, drain, perdarahan dll)		
13	Menghitung out put IWL (Insensible Water Loss)		
14	Menghitung balance cairan		
FASE TERMINASI			
15	Merapikan klien dan alat		

16	Mencuci tangan		
17	Mengevaluasi respon klien		
18	Mengucapkan salam		
19	Mendokumentasikan prosedur dalam catatan klien		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 8

PEMASANGAN DAN PERAWATAN INFUS

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami dan mempraktikkan prosedur pemasangan dan perawatan infus secara tepat, aman, dan sesuai standar pencegahan infeksi dalam pelayanan kebidanan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

- **Pemasangan infus** adalah tindakan medis untuk memasukkan jarum kanula ke dalam vena dan menghubungkannya dengan selang infus, guna memberikan **cairan, elektrolit, obat-obatan, atau nutrisi** secara intravena.
- **Perawatan infus** adalah pemantauan dan pemeliharaan infus agar tetap **steril, aman, dan efektif**, serta mencegah komplikasi seperti infeksi atau sumbatan.

2. Tujuan

1. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
2. Memberikan obat secara langsung ke sirkulasi darah
3. Mengatasi kekurangan volume cairan tubuh (dehidrasi, perdarahan)
4. Memberikan nutrisi parenteral
5. Menyediakan akses vena untuk tindakan medis lanjutan

3. Indikasi

- a. Dehidrasi
- b. Pre eclampsia atau eclampsia
- c. Perdarahan postpartum
- d. Persiapan tindakan operatif
- e. Pemberian obat-obatan intravena

4. Alat dan Bahan

- a. Infus set
- b. Cairan infus (NaCL, Ringer Laktat, Dextrose)
- c. Kanula

- d. Plester atau perban
- e. Kapas alcohol
- f. Handscoon
- g. Bengkok dan tempat sampah medis

C. Rangkuman

1. Pemasangan infus penting untuk pengelolaan cairan dan obat pada pasien.
2. Prosedur harus dilakukan secara aseptik dan tepat untuk menghindari komplikasi.
3. Perawatan infus wajib dilakukan secara berkala untuk menjaga fungsi dan keamanan jalur infus.
4. Mahasiswa kebidanan perlu memahami indikasi, teknik, serta prinsip keselamatan dalam pemasangan dan perawatan infus.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik pemasangan dan perawatan infus pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan pengertian dan tujuan pemasangan infus pada pasien kebidanan!
2. Sebutkan minimal 5 alat yang digunakan dalam pemasangan infus!
3. Uraikan langkah-langkah pemasangan infus secara aseptik!
4. Apa saja yang harus diperhatikan dalam merawat infus pasien?
5. Sebutkan 3 komplikasi yang bisa terjadi akibat pemasangan infus!

Keterangan

1. Nilai minimum 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Perawatan Luka Infus

NO	ASPEK PENILAIAN	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		

FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Pasang sarung bersih		
8	Lepaskan plester dan kassa yang melekat pada lokasi penusukan		
9	Observasi adanya pembengkakan		
10	Bersihkan dengan cairan desinfektan area penusukan		
11	Pasang kassa di area penusukan		
12	Tutup kembali dan fiksasi kembali di atas kassa		
13	Pasang label atau tanda kapan dilakukan perawatan infus		
FASE TERMINASI			
14	Merapikan klien dan alat		
15	Lepaskan sarung tangan		
16	Mencuci tangan		
17	Mengevaluasi respon klien		
18	Mengucapkan salam		
19	Mendokumentasikan prosedur dalam catatan klien		
TOTAL			

Prosedur Tindakan Mengganti Cairan Infus

NO	ASPEK PENILAIAN	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menyiapkan cairan infuse yang barn sesuai dengan macam infus		
8	Buka plastik pelapis cairan infus		
9	Buka segel cairan infus atau tutup botol cairan infus		
10	Klem aliran infus agar cairan tidak mengalir		
11	Cabut ujung selang infus dan cairan infus yang lama		

12	Dengan gerakan yang cepat sambungkan ujung selang infus dengan cairan infus yang barn tanpa menyentuh area yang steril		
13	Gantung kembali cairan pada tiang (standar),		
14	Cek adanya udara di sepanjang selang		
15	Yakinkan ruang udara terisi dengan baik (1/3-1/2 bagian dengan isi cairan infus)		
16	Atur kembali tetesan infus		
FASE TERMINASI			
17	Merapikan klien dan alat		
18	Mengevaluasi hasil/respon klien		
19	Mengakhiri kegiatan/memberi salam		
20	Mencuci tangan		
21	Mendokumentasikan hasil		
TOTAL			

Prosedur Tindakan Memonitor Tetesan Infus

NO	ASPEK PENILAIAN	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Membaca program dokter dan memastikan larutan/cairan yang diberikan tepat		
8	Mencaritahu kalibrasi dalam terkesan per mililiter dari set infus		
9	Menghitung terkesan infuse		
10	Menetapkankecepatanalirandenganmenghitungtetesan padabilikdril selama 1 menit dengan jam		
11	Atur klem pengatur untuk menaikkan atau menurunkan terkesan infuse		
12	Periksa kecepatan setiap jam		
FASE TERMINASI			
13	Mengevaluasi hasil/respon klien		
14	Mengakhiri kegiatan/memberi salam		
15	Mencuci tangan		
16	Mendokumentasikan hasil		

TOTAL		
--------------	--	--

Keterangan :

Kalibrasi/Faktor Tetesan :

✓ Mikrodrip = 60 tetes

✓ Makrodrip = 20 tetes

✓ Transfusi set=

15 tetes Rumus

Tetesan Infus :

$$\text{Tetesan Infus (tetes/menit)} = \frac{\text{Jumlah Cairan} \times \text{Faktor Tetesan}}{\text{Jam} \times 60}$$

Prosedur Memasang Infus

NO	LANGKAH		
		YA	TIDAK
1	Memberitahu dan menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan		
2	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien		
3	Memasang sampiran		
4	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk		
5	Memasang pengalas di bawah daerah yang akan disuntik		
6	Memakai sarung tangan		
7	Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian		
8	Mencari daerah yang terlihat jelas venanya		
9	Mengatur klem rol sekitar 2 – 4 cm di bawah bilik drip dan menutup klem yang ada pada saluran infus		
10	Menusukkan pipa saluran infus ke dalam botol cairan dan mengisi tabung tetesan dengan cara memencet tabung tetesan infus hingga setengahnya		
11	Membuka klem dan mengalirkan cairan keluar sehingga tidak ada udara pada selang infus lalu tutup kembali klem		
12	Memilih vena yang akan dipasang infus		
13	Meletakkan torniquet 10 – 12 cm di atas tempat yang akan ditusuk, menganjurkan pasien menggenggam tangannya		
14	Melakukan desinfeksi daerah penusukan dengan kapas alkohol secara sirkulair dengan diameter ± 5 cm		
15	Menusukkan jarum abbocath ke vena dengan lubang jarum menghadap ke atas, dengan menggunakan tangan yang dominan		
16	Melihat apakah darah terlihat pada pipa abbocath		
17	Memasukkan abbocath secara pelan – pelan serta menarik secara perlahan – lahan jarum yang ada pada abbocath, hingga plastik abbocath masuk semua dalam vena, dan jarum keluar semua		

18	Segera menyambungkan abbocath dengan selang infus		
19	Melepaskan torniquet, menganjurkan pasien membuka tangannya dan melonggarkan klem untuk melihat kelancaran tetesan		
20	Merekatkan pangkal jarum pada kulit dengan plester		
21	Mengatur tetesan sesuai kebutuhan		
22	Menutup tempat tusukan dengan kassa steril, dan direkatkan dengan plester		
23	Mengatur letak anggota badan yang dipasang infus supaya tidak digerak – gerakkan agar jarum infus tidak bergeser dan bila perlu memasang spalk		
24	Membereskan alat dan merapikan pasien		
25	Melepas sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit		
26	Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih		
27	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan		

Prosedur Melepas Infus

NO	LANGKAH	NILAI	
		YA	TIDAK
1	Memberitahu dan menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan		
2	Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien		
3	Memasang sampiran		
4	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk		
5	Memasang perlak dan pengalasnya		
6	Memakai sarung tangan		
7	Membasahi plester yang melekat pada kulit dengan kapas alkohol		
8	Melepaskan plester dan kassa dari kulit		
9	Menekan tempat tusukan dengan kapas alkohol dan mencabut infus pelan – pelan		
10	Merekatkan kapas alkohol dengan plester		
11	Membereskan alat dan merapikan pasien		
12	Melepas sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit		
13	Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan mengeringkan dengan handuk bersih		

14	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan		
----	---	--	--

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 9

PEMBERIAN OKSIGEN

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan mahasiswa kebidanan mampu memahami prinsip, indikasi, prosedur, dan keterampilan teknis dalam melakukan praktik pemberian oksigen secara aman dan sesuai standar pelayanan kebidanan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Pemberian oksigen adalah pemberian oksigen melalui hidung dengan menggunakan kanule nasal. Kanule nasal merupakan suatu alat sederhana yang dapat memberikan oksigen kontinu dengan aliran 1-6 L/mnt.

Keuntungan : Pemberian O₂ stabil dengan volume tidal dan laju pernafasan teratur, mudah memasukkan kanul dibanding kateter, klien bebas makan, bergerak, berbicara, lebih mudah ditolerir klien dan nyaman.

Kerugian : Tidak dapat memberikan konsentrasi O₂ lebih dari 44%, suplai O₂ berkurang bila klien bernafas lewat mulut, mudah lepas karena kedalam kanul hanya 1 cm, mengiritasi selaput lendir.

2. Tujuan

Tujuan pemberian oksigen adalah untuk mempertahankan dan memenuhi kebutuhan oksigen

3. Indikasi

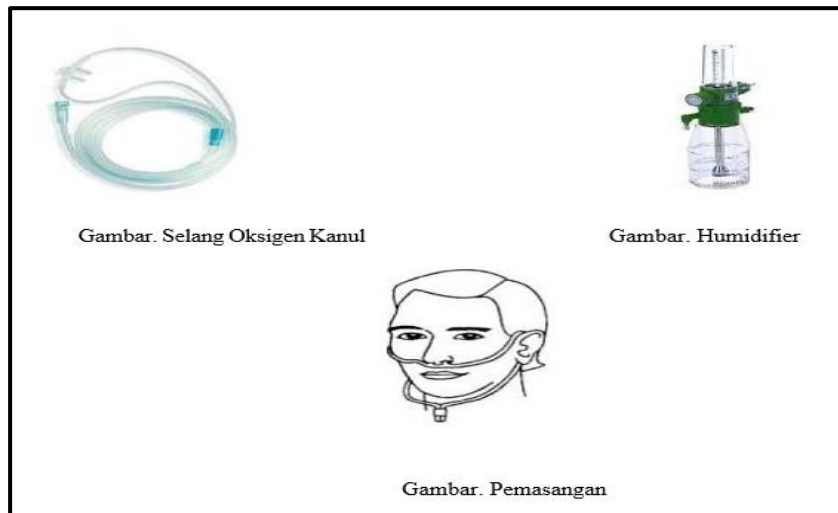
Klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen (memperbaiki terjadinya hipoksemia dan menurunkan stimulus yang dapat meningkatkan kardiak output)

4. Jenis alat pemberian oksigen

Alat	Aliran Oksigen (L/menit)	Keterangan
Nasal kanul	1–6	Ringan, nyaman, untuk pasien sadar
Simple mask	5–10	Memberi konsentrasi oksigen sedang
Non-rebreather	10–15	Konsentrasi tinggi, gawat darurat
Oksigen sungkup bayi	5–8	Untuk neonatus

5. Alat dan Bahan

- Tabung Oksigen
- Humidifier dengan air steril di dalamnya
- Kanule nasal
- Pita/Plaster jika untuk memastikan kanule ditempatnya
- Kain kasa untuk melapisi selang di atas tulang pipi



C. Rangkuman

- Oksigen adalah terapi dasar pada pasien dengan gangguan pernapasan.
- Pemilihan alat dan laju aliran oksigen harus disesuaikan dengan kondisi klinis pasien.
- Praktik pemberian oksigen harus aman, steril, dan terkontrol.
- Mahasiswa harus mampu mengidentifikasi indikasi, memilih alat yang tepat, dan memantau respon pasien secara efektif.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik pemberian oksigen pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan pengertian dan tujuan pemberian oksigen!
2. Sebutkan 4 kondisi pasien yang memerlukan terapi oksigen!
3. Sebutkan minimal 3 jenis alat pemberian oksigen dan jelaskan penggunaannya!
4. Uraikan langkah-langkah pemberian oksigen pada pasien dewasa!
5. Apa saja yang harus dimonitor saat pemberian oksigen?

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan memberikan Inhalasi Zat Asam / Oksigen

NO	LANGKAH	NILAI	
		YA	TIDAK
1	Memberitahu dan menjelaskan pada klien tindakan yang akan dilakukan		
2	Menyiapkan alat dan mendekatkan ke pasien		
3	Memasang sampiran		
4	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih		
5	Mengatur posisi pasien fowler		
6	Mengisi gas humidifier dengan water for irrigation setinggi batas yang tertera		
7	Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen / sentral oksigen		
8	Mengecek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O ₂ dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam gas flow meter		
9	Menhubungkan kateter nasal, kanul nasal / sungkup muka dengan flow meter		
10	Mengalirkan oksigen sesuai kebutuhan		
11	Mengecek aliran kateter nasal / kanul nasal		
12	Mengolesi ujung kateter nasal / kanul nasal dengan jelly sebelum dipakai ke pasien		
13	Memasang alat kateter nasal / kanul nasal / sungkup muka sederhana / sungkup muka non rebreathing pada klien		
14	Membereskan alat dan merapikan pasien		

15	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih		
16	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan		

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 10

PEMBERIAN NUTRISI PERORAL

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan mahasiswa kebidanan mampu memahami konsep, prosedur, dan keterampilan teknis dalam melakukan praktik pemberian nutrisi peroral pada pasien secara tepat dan aman sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Pemberian nutrisi per oral adalah suatu proses pemenuhan makanan dan minuman melalui mulut klien

2. Tujuan

Tujuan pemberian nutrisi per oral, antara lain: tercukupinya keseimbangan nutrisi klien, dan sebagai sosialisasi antara klien - bidan.

3. Alat dan Bahan

- a. Piring berisi makanan
- b. Sendok
- c. Garpu
- d. Gelas minum yang berisi air hangat seta tutupnya
- e. Sedotan
- f. Tisu dalam tempatnya
- g. Serbet
- h. Baki untuk tempat membawa makanan

4. Indikasi dan Kontraindikasi

Adapun indikasi pemberian nutrisi per oral yakni klien yang tidak mampu makan secara mandiri yang disebabkan karena sakit atau trauma tubuh. Sedangkan kontraindikasinya tidak ada

5. Hal yang perlu dikaji

Fungsi gastrointestinal, dan tipe diet yang dapat ditoleransi oleh klien, kemampuan klien menelan, nafsu makan klien, toleransi terhadap makanan, jenis makanan yang disukai dan yang tidak disukai, serta adanya alergi makanan

C. Rangkuman

1. Nutrisi peroral adalah metode utama pemberian gizi pada pasien yang masih bisa menggunakan saluran cerna.

- Praktik ini bertujuan untuk **mendukung kesembuhan pasien** melalui pemenuhan nutrisi yang aman, efektif, dan manusiawi.
- Perawat/bidan harus memperhatikan **kondisi pasien, jenis makanan, dan risiko komplikasi seperti aspirasi.**
- Dokumentasi asupan nutrisi penting untuk memantau status gizi pasien

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik pemberian nutrisi peroral pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

- Jelaskan pengertian dan tujuan pemberian nutrisi peroral!
- Sebutkan 4 indikasi pasien yang perlu diberi nutrisi peroral!
- Uraikan 5 langkah penting dalam prosedur pemberian nutrisi peroral!
- Apa saja yang harus diperhatikan sebelum memberikan makanan kepada pasien?
- Jelaskan posisi yang aman saat memberikan makanan kepada pasien dan alasannya!

Keterangan

- Nilai minimum lulus : 75
- Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Pemberian Nutrisi Per Oral

NO	ASPEK PENILAIAN	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kemampuan klien dalam pemenuhan nutrisi peroral		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien/keluarga untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Membawa makanan dengan menggunakan baki		

8	Menjaga privasi klien		
9	Mendekatkan alat-alat yang akan digunakan		
10	Meminta klien berpartisipasi dalam tindakan (mengatur posisi)		
11	Memberikan penghargaan klien atas kerjasamanya		
12	Membentangkan Serbek di bawa dagu klien		
13	Duduk dengan posisi yang memudahkan pekerjaan		
14	Menawari minum kepada klien		
15	Menyuapkanmakanan sedikit-demidenganmenggunakan sendokatau garpu		
16	Memperhatikan apakah makanan sudah ditelan habis klien		
17	Setelah memberikan makanan klien diberikan minum		
18	Membersihkan mulut klien dan sekitarnya dengan tissue		
FASE TERMINASI			
19	Merapikan klien dan alat		
20	Mengevaluasi respon klien		
21	Minta terima kasih pada klien atas kerjasamanya		
22	Mengucapkan salam		
23	Mencuci tangan		
24	Mendokumentasikan prosedur dalam catatan klien		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 11

MEMBANTU PASIEN BAK

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami prinsip, prosedur, dan teknik keterampilan dalam praktik membantu pasien buang air kecil secara aman, efektif, dan sesuai standar pelayanan kesehatan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Membantu pasien BAK yaitu membantu pasien buang air kecil menggunakan urinal yang diterapkan pada pasien yang tidak mampu buang air kecil sendiri di kamar mandi

2. Tujuan

- a. Untuk pemantauan pola eliminasi
- b. Pengambilan urine untuk pemeriksaan

3. Alat dan Bahan

- a. Urinal
- b. Pengalas
- c. Tisu
- d. Botol berisi air hangat

C. Rangkuman

1. Praktik membantu pasien BAK merupakan bagian dari asuhan dasar kebidanan.
2. Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar eliminasi dengan aman, bersih, dan manusiawi.
3. Perawat/bidan harus memperhatikan kondisi fisik pasien, kebersihan, serta kenyamanan dan martabat pasien.
4. Observasi dan dokumentasi hasil BAK penting sebagai indikator status kesehatan.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik membantu pasien BAK pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara professional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan pengertian dan tujuan dari praktik membantu pasien BAK!
2. Sebutkan minimal 4 kondisi pasien yang membutuhkan bantuan untuk BAK!
3. Sebutkan alat-alat yang dibutuhkan dalam prosedur membantu pasien BAK!
4. Uraikan langkah-langkah dalam membantu pasien BAK menggunakan pispot!
5. Sebutkan 3 hal penting yang harus diperhatikan setelah pasien selesai BAK!

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Membantu Pasien BAK di Atas Tempat Tidur

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi klien		
8	Memakai sarung tangan		
9	Memasang pelak dibawah bokong klien		
10	Melepaskan pakaian bawah klien		
11	Mengatur posisi pasien (dorsal rekumben), tergantung kenyamanan klien		
12	Memasang urinal di bawah gluteal/pinggul atau di antara kedua paha		
13	Menganjurkan klien untuk berkemih		
14	Menyiram genitalia (penis) klien dengan air hangat		
15	Mengeringkan genitalia dengan tisu		
16	Memasang kembali pakaian bawah klien		
FASE TERMINASI			
17	Merapikan klien dan alat		
18	Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan		

19	Memberi salam		
20	Mencuci tangan		
21	Mendokumentasikan hasil kegiatan		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 12

MEMBANTU PASIEN BAB DAN MENGGANTI POPOK

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami prinsip, prosedur, dan teknik yang tepat dalam membantu pasien buang air besar dan mengganti popok, serta mampu melakukannya secara aman, profesional, dan manusiawi sesuai standar pelayanan kesehatan.

B. Uraian materi

1. Pengertian

a. Membantu Pasien BAB

Membantu pasien BAB yaitu membantu pasien buang air besar menggunakan pispot yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu buang air besar di toilet. Pasien dibantu menggunakan pispot (penampung untuk buang air besar di tempat tidur.

b. Mengganti Popok/Diapers Pasien

Yaitu mengganti diaper/popok pasien dengan diapers/popok yang baru. Pemasangan diapers/popok dilakukan pada pasien-pasien yang mengalami penurunan kesadaran atau yang tidak bisa buang air besar di toilet.

2. Tujuan

Untuk pemantauan pola eliminasi dan pemeriksaan diagnostik

3. Alat dan Bahan

a. Membantu Pasien BAB

- 1) Pispot (2 buah)
- 2) Pengalas
- 3) Tissue
- 4) Air bersih dalam tempatnya (botol)
- 5) Sarung tangan

b. Mengganti popok/diapers pasien

- 1) Popok / diapers
- 2) Pengalas
- 3) Tissue basah/waslap
- 4) Air bersih dalam tempatnya (botol)

- 5) Sarung tangan
- 6) Tempat sampah

C. Rangkuman

1. Praktik membantu pasien BAB dan mengganti popok bertujuan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi secara manusiawi dan higienis.
2. Petugas harus memperhatikan kebersihan, kenyamanan, dan integritas kulit pasien.
3. Observasi hasil eliminasi merupakan bagian penting dari pemantauan kondisi pasien.
4. Praktik ini juga melatih empati dan komunikasi terapeutik terhadap pasien yang mengalami keterbatasan fisik.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik membantu pasien BAB dan mengganti popok pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan tujuan dari praktik membantu pasien BAB dan mengganti popok!
2. Sebutkan minimal 4 kondisi pasien yang membutuhkan bantuan BAB!
3. Apa saja alat yang diperlukan dalam mengganti popok pasien?
4. Uraikan langkah-langkah mengganti popok pada pasien dewasa!
5. Sebutkan 3 hal yang harus diperhatikan setelah mengganti popok pasien!

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar kerja praktik

Prosedur Tindakan Membantu Pasien BAB di Atas Tempat Tidur

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		

6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi klien		
8	Memakai sarung tangan		
9	Memasang pelak dibawah bokong klien		
10	Melepaskan pakaian bawah klien		
11	Menempatkan pispot di antara pengalas dan gluteal dengan posisi lubang pispot tepat di bawah rektum		
12	Menanyakan kepada klien apakah sudah merasa nyaman, bila belum atur kembali posisi pispot sesuai dengan kebutuhan		
13	Menganjurkan klien untuk BAB pada pispot yang disediakan		
14	Setelah selesai, singkirkan pispot yang kotor dan ganti dengan pispot yang bersih.		
15	Menyiram anus klien dengan air hingga bersih dan dikeringkan dengan tisu		
FASE TERMINASI			
16	Merapikan klien dan alat		
17	Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan		
18	Memberi salam		
19	Mencuci tangan		
20	Mendokumentasikan hasil kegiatan		
TOTAL			

Prosedur Tindakan Mengganti Popok/Diapers

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi klien, Memakai sarung tangan		
8	Memasang pelak dibawah bokong klien, lalu melepaskan pakaian bawah klien		

9	Melepaskan rekatán diapers pada ke dua sisi, kemudian menekan bagian ujung diaper depan klien ke bawah hingga ke bawah genitalia. Sementara sisi samping diapers yang terjauh dengan perawat digulung ke bawah hingga bagian samping bokong		
10	Membantu pasien mengubah posisi menjadi posisi sim (membelakangi perawat)		
11	Melepaskan popok/diapers dengan menekan dan daerah punggung hingga ujung genitalia, usahakan semua kotoran masuk dalam diapers dan tidak terjatuh		
12	Masukan diapers ke dalam tempat sampah/kantong kresek		
13	Bersihkan area bokong dengan tisu dan bila perlu dengan air hingga bersih		
14	Setelah bersih, memasang popok/diapers yang bare dengan melekatkan bagian sisi yang membelakangi pasien serta memasukkan diantara lipatan paha sisi depan diapers		
15	Membantu pasien kembali ke posisi berbaring (posisi supinasi)		
16	Merapikan sisi diapers yang berada pada sisi terjauh dengan perawat, kemudian rapikan seluruh posisi diapers dan rekatkan diapers		
17	Melepaskan sarung tangan		
FASE TERMINASI			
18	Merapikan klien dan alat		
19	Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan		
20	Memberi salam		
21	Mencuci tangan		
22	Mendokumentasikan hasil kegiatan		
TOTAL			

G. Daftar pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 13

PEMASANGAN KATETER

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami prinsip, indikasi, kontraindikasi, serta keterampilan teknis dalam pemasangan kateter urin pada pasien secara tepat, aman, dan sesuai standar praktik kebidanan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Melakukan kateterisasi urine baik yang menetap atau pun sementara

2. Tujuan

Mahasiswa mampu melakukan Pemasangan kateter menetap sesuai prosedur secara sistematis dan benar, setelah membaca setiap langkah yang terdapat dalam job sheet dan menggunakan peralatan, bahan dan perlengkapan

3. Alat dan Bahan

- a. Urine bag
- b. Sarung tangan steril
- c. Sarung tangan bersih
- d. Bengkok
- e. Kapas + cairan sublimat
- f. Jelly
- g. Plester
- h. Spuit 10cc
- i. Aquades

C. Rangkuman

1. Pemasangan kateter urin adalah prosedur invasif yang bertujuan mengalirkan urine secara efektif, terutama saat eliminasi terganggu.
2. Prosedur ini memerlukan teknik aseptik, ketelitian, dan komunikasi terapeutik.
3. Pemilihan jenis kateter dan pendekatan pasien harus sesuai kondisi klinis dan standar keselamatan pasien.
4. Dokumentasi hasil dan pemantauan komplikasi (misalnya infeksi, iritasi uretra) adalah bagian penting dari asuhan berkelanjutan

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik pemasangan kateter pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan pengertian dan tujuan dari pemasangan kateter urin!
2. Sebutkan 4 indikasi klinis dilakukannya kateterisasi!
3. Apa saja peralatan yang harus disiapkan untuk pemasangan kateter?
4. Uraikan langkah-langkah prosedural pemasangan kateter Foley secara singkat!
5. Sebutkan minimal 3 hal penting yang harus diperhatikan pascapemasangan kateter!

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur pemasangan kateter

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi klien, Memakai sarung tangan		
8	Memasang pelak dibawah bokong klien, lalu melepaskan pakaian bawah klien		
9	Mengatur posisi klien : Wanita : dorsal recumben dengan lutut fleksi Laki-laki : supine dengan kaki aduksi		
10	Melakukan vulva hygiene – Wanita :gunakan tangan non dominan untuk membuka labia mayora. Tangan dominan dengan memegang labia dan kapas sublimat membersihkan vulva dari arah klitoris ke anus lakukan satu arah - Pria : bila klien belum disunat maka lakukan retraksi foreskin dengan tangan non dominan, buka hingga uretra terlihat jelas. Bersihkan		

	dengan menggunakan kapas sublimat dengan arah memutar dari meatus ke kepala penis. Lakukan minimal dua kali		
11	Ambil kateter dan berikan jelly di ujung kateter.		
12	Masukan kateter sampai urine mengalir - Wanita, minta klien melakukan tindakan seperti mau berkemih, masukan kateter secara perlahan sepanjang 5-7,5 cm sampai urine mengalir jangan mendorong bila ditemukan ada tahanan - pria, angkat penis tegak lurus dengan permukaan tubuh (membentuk sudut 90 derajat dengan tubuh). Jangan mendorong kateter bila terdapat tahanan		
13	Bila urine sudah keluar semua, masukkan aquades 10-15 cc		
14	Tangan dominan menghubungkan ujung kateter kearah urine bag		
15	Mengikat urine bag pada sisi tempat tidur dan fiksasi kateter dengan menggunakan plester pada paha bersama dengan kateter dan pinset		
16	Lepaskan sarung tangan steril, pasang plester kateter • Wanita : Ke arah paha • Pria : Kebagian abdomen		
17	Bantu klien untuk mengambil posisi yang nyaman		
18	Kumpulkan dan buang alat-alat yang sekali pakai, bersihkan alat-alat yang bukan sekali pakai		
19	Membantu pasien kembali ke posisi berbaring (posisi supinasi)		
20	Melepaskan sarung tangan		
FASE TERMINASI			
21	Merapikan klien dan alat		
22	Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan		
23	Memberi salam		
24	Mencuci tangan		
25	Mendokumentasikan hasil kegiatan		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 14

MENGATUR POSISI KLIEN

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami prinsip, jenis posisi tubuh, serta keterampilan teknis dalam mengatur posisi pasien secara aman, efektif, dan sesuai kebutuhan klinis untuk meningkatkan kenyamanan dan mencegah komplikasi

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Memposisikan klien adalah memberikan/mengubah posisi klien sesuai dengan posisi yang diinginkan/protap yang ada

2. Tujuan

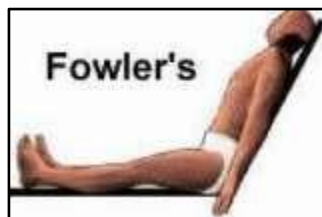
- Memberi kenyamanan pada klien
- Procedural tindakan
- Terapi / pengobatan

3. Macam Macam Posisi

a. Posisi Fowler

Pengertian

Posisi fowler adalah posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan klien. Posisi fowler merupakan posisi bed dimana kepala dan dada dinaikkan setinggi 45-90° tanpa fleksi lutut.



Tujuan

- 1) Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi.
- 2) Meningkatkan rasa nyaman
- 3) Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru

4) Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap

Indikasi

- 1) Pada Klien Yang Mengalami Gangguan Pernapasan
- 2) Pada Klien Yang Mengalami Mobilisasi

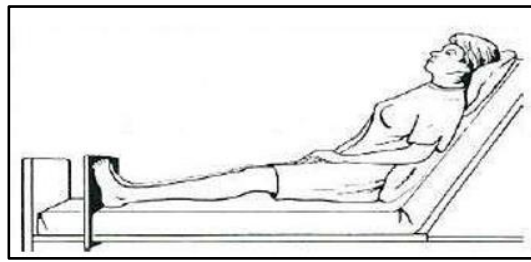
Alat Dan Bahan

- 1) Tempat tidur khusus
- 2) Selimut
- 3) Bantal kecil
- 4) Gulungan handuk
- 5) Bantalan kaki
- 6) Sarung tangan (bila diperlukan)

b. Posisi Semi Fowler

Pengertian

Semi fowler adalah sikap da lam posisi setengah duduk 15-45 derajat



Tujuan

- 1) Mobilisasi
- 2) memberikan perasaan lega pada klien sesak nafas
- 3) memudahkan perawatan misalnya untuk memberikan makan

c. Posisi Litotomi

Pengertian

Posisi berbaring telentang dengan mengangkat kedua kaki dan menariknya ke atas bagian perut. Posisi ini dilakukan untuk memeriksa genitalia pada proses persalinan, dan memasang alat kontrasepsi



Indikasi

- 1) Untuk Ibu Hamil
- 2) Untuk persalinan
- 3) Untuk wanita yang ingin memasang alat kontrasepsi

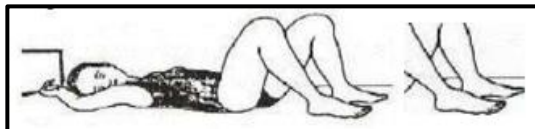
Alat dan Bahan

- 1) Tempat tidur khusus
- 2) Selimut

d. Posisi Dorsal Recumbent

Pengertian

Pada posisi ini klien berbaring terlentang dengan kedua lutut flexi (ditarik atau diregangkan) diatas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk merawat dan memeriksa genetalia serta pada proses persalinan



Tujuan

Meningkatkan kenyamanan klien, terutama dengan ketegangan punggung belakang

Indikasi

- 1) Klien yang akan melakukan perawatan dan pemeriksaan genetalia
- 2) Untuk persalinan

Alat dan Bahan

- 1) Tempat Tidur
- 2) Selimut

e. Posisi Sim (Miring Kanan/ Kiri)

Pengertian

Posisi sim adalah posisi miring ke kanan atau ke kiri, posisi ini dilakukan untuk memberi kenyamanan dan memberikan obat melalui anus (supositoria).



Tujuan

- 1) Mengurangi penekanan pada tulang secrum dan trochanter mayor otot pinggang
- 2) Meningkatkan drainage dari mulut klien dan mencegah aspirasi
- 3) Memasukkan obat supositoria
- 4) Mencegah decubitus

Indikasi

- 1) Untuk klien yang akan di huknah
- 2) Untuk klien yang akan diberikan obat melalui anus

f. Posisi Trendelenberg

Pengertian

Pada posisi ini klien berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki *Posisi ini dilakukan untuk melancarkan peredaran darah ke otak.*



Indikasi

- 1) Klien dengan pembedahan pada daerah perut

- 2) Klien shock
- 3) Klien hipotensi

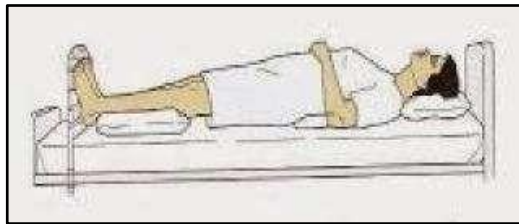
Alat dan Bahan

- 1) Tempat tidur khusus
- 2) Selimut

g. Posisi Supinasi

Pengertian

Posisi terlentang adalah posisi dimana klien berbaring terlentang dengan kepala dan bahu sedikit elevasi menggunakan bantal. Posisi telentang dengan klien menyandarkan punggungnya agar dasar tubuh sama dengan kesejajaran berdiri yang baik



Tujuan

Meningkatkan kenyamanan klien dan memfasilitasi penyembuhan terutama pada klien pembedahan atau dalam proses anestesi tertentu, untuk mengatasi masalah yang timbul akibat pemberian posisi pronasi yang tidak tepat

Indikasi

- 1) Klien Dengan Tindakan Post Anastesi Atau Pembedahan Tertentu
- 2) Klien Dengan Kondisi Sangat Lemah Atau Koma

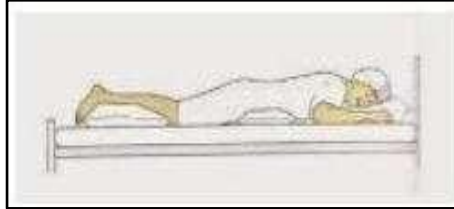
Alat dan Bahan

- 1) Tempat tidur
- 2) Bantal angin
- 3) Gulungan handuk
- 4) Footboard
- 5) Handscoon (bila diperlukan)

h. Posisi Ponasi

Pengertian

Posisi pronasi (posisi telungkup) adalah posisi dimana klien berbaring diatas abdomen dengan kepala menoleh kesamping



Tujuan

- 1) Memberikan ekstensi maksimal pada sendi lutut dan pinggang
- 2) Mencegah fleksi dan kontraktur pada pinggang dan lutut
- 3) Memberikan drainase pada mulut sehingga berguna bagi klien post operasi mulut atau tenggorokan

Indikasi

- 1) Klien yang menjalani bedah mulut dan kerongkongan
- 2) Klien dengan pemeriksaan pada daerah bokong atau punggung

Alat dan Bahan

- 1) Tempat tidur
- 2) Bantal angin
- 3) Gulungan Handuk
- 4) Sarung Tangan (bila diperlukan)

C. Rangkuman

1. Mengatur posisi pasien secara berkala sangat penting untuk mencegah komplikasi akibat imobilisasi.
2. Praktik ini membantu meningkatkan kenyamanan dan fungsi fisiologis pasien.
3. Pengetahuan tentang berbagai posisi dan indikasinya sangat penting bagi mahasiswa kesehatan.
4. Pelaksanaan harus dilakukan secara aman, etis, dan manusiawi, dengan memperhatikan prinsip ergonomi dan keselamatan pasien

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik mengatur posisi pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan 3 tujuan utama dari praktik mengatur posisi klien!
2. Sebutkan dan jelaskan 3 jenis posisi tubuh pasien beserta indikasinya!
3. Apa yang perlu diperhatikan saat mengatur posisi klien yang tidak sadar?
4. Mengapa penting mengubah posisi klien secara berkala?
5. Uraikan langkah-langkah umum dalam praktik mengatur posisi pasien di tempat tidur!

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Memposisikan Klien

NO	ASPEK PENILAIAN	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi (menutup sampiran)		
Posisi Fowler dan Semi Fowler			
8	Menggunakan sarung tangan bila diperlukan		
9	Minta klien untuk memfleksikan lutut sebelum kepala dinaikkan		
10	Naikkan kepala bed 45° sampai 90° sesuai kebutuhan (semi fowler 15- 45°, fowler tinggi 90°)		

11	Letakkan bantal kecil dibawah punggung pada kurva lumbal jika ada celah Diana		
12	Letakkan bantal kecil dibawah kepala klien. Sebagai alternatif kepala klien dapat diletakkan diatas kasur tanpa bantal		
13	Letakkan bantal dibawah kaki, mulai dari lutut sampai tumit		
14	Pastikan tidak ada pada area popliteal dan lutut dalam keadaan fleksi		
15	Letakkan bantal atau gulungan handuk dibawah paha klien		
16	Topang telapak kaki dengan menggunakan footboard		
17	Letakkan bantal untuk menopang kedua lengan dan tangan, bila klien memiliki kelemahan pada kedua lengan tersebut		
Posisi Lithothi			
18	Memposisikan klien dalam keadaan berbaring telentang,		
19	Angkat kedua paha dan tarik ke arah perut		
20	Tungkai bawah membentuk sudut 90 derajat terhadap paha		
21	Letakkan bagian lutut/kaki pada tempat tidur khusus untuk posisi lithotomic		
22	Pasang selimut		
Posisi Dorsal Recumbent			
23	Klien dalam keadaan berbaring terlentang,		
24	Pakaian bawah di buka		
25	Tekuk lutut dan di renggangkan		
26	Pasang selimut untuk menutupi area genitalia		
Posisi Sim			
27	Klien dalam keadaan berbaring		
28	Miringkan ke kiri dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kiri lurus lutut (Bila klien miring ke kanan dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kanan lurus)		
29	Lutut dan paha kanan ditekukdiarahkan ke dada (bila miring ke kanan lutut dan paha kiri ditekuk diarahkan ke dada)		
30	Tangan kiri diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kanan diatas tempat tidur (bila miring ke kanan tangan kanan diatas kepala atau dibelakang punggung dan tangan kiri diatas tempat tidur)		
Posisi Trendelenberg			
31	Posisikan klien berbaring telentang		
32	Angkat bantalan yang menyangga kepala klien		
33	Memasang balok pada kedua kaki tempat tidur, di bagian kaki klien atau menaikkan pada bagian kaki bila ada tempat tidur yang bias diatur		
Posisi Supinasi			
34	Baringkan klien terlentang mendatar ditengah tempat tidur		

35	Letakkan bantal dibawah kepala, leher dan bahu klien		
36	Letakkan bantal kecil dibawah punggung pada kurva lumbal, jika ada celah Diana		
37	Letakkan bantal dibawah kaki mulai dan lutut sampai tumit		
38	Topang telapak kaki klien dengan menggunakan footboard		
Posisi Ponasi			
39	Baringkan klien terlentang mendatar di tempat tidur		
40	Gulingkan klien dengan lengan diposisikan dekat dengan tubuhnya dengan siku lurus dan tangan diatas pahanya. Posisikan tengkurap ditengah tempat tidur yang datar		
41	Putar kepala klien ke salah satu sisi dan sokong dengan bantal		
42	Letakkan bantal kecil dibawah abdomen pada area antara diafragma (atau payudara pada wanita) dan illiac crest		
43	Letakkan bantal dibawah kaki, mulai lutut sampai dengan tumit		
FASE TERMINASI			
44	Merapikan klien dan alat		
45	Mengevaluasi respon klien		
46	Melakukan kontrak kegiatan selanjutnya		
47	Mengucapkan salam		
48	Mencuci tangan		
49	Mendokumentasikan prosedur dalam catatan klien		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 15

MENGGANTI PAKAIAN KLIEN DIATAS TEMPAT TIDUR

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami prinsip, tujuan, dan teknik mengganti pakaian klien yang terbaring di tempat tidur dengan cara yang aman, nyaman, dan sesuai prosedur standar pelayanan kesehatan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Mengganti pakaian klien yaitu merupakan tindakan mengganti pakaian kotor klien dengan pakaian yang bersih

2. Tujuan

- Menjaga kebersihan dan kenyamanan klien
- Untuk meningkatkan gambaran diri dan harga diri klien dengan menciptakan suasana yang bersih, rapih dan nyaman
- Untuk mengontrol penyebab mikroorganisme

3. Alat dan Bahan

- Pakaian bersih

C. Rangkuman

- Mengganti pakaian pasien merupakan asuhan dasar yang berperan besar dalam menjaga kebersihan, kenyamanan, dan harga diri pasien.
- Praktik ini harus dilakukan dengan hati-hati, efisien, dan penuh empati, terutama pada pasien yang tidak mampu bergerak.
- Pengetahuan tentang teknik berpakaian pasien yang memiliki keterbatasan fisik sangat penting untuk menghindari cedera, infeksi, atau ketidaknyamanan

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik mengganti pakaian klien diatas tempat tidur pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

- Jelaskan 3 tujuan mengganti pakaian klien di atas tempat tidur!
- Apa saja alat dan bahan yang diperlukan untuk mengganti pakaian klien?

3. Uraikan langkah-langkah mengganti pakaian pada pasien tirah baring dengan hemiparesis kiri!
4. Mengapa penting menjaga privasi pasien saat mengganti pakaian?
5. Sebutkan minimal 3 hal yang harus diperhatikan saat mengganti pakaian pasien yang memiliki luka operasi!

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Mengganti Pakaian Klien di atas Tempat Tidur

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi (menutup sampiran)		
8	Mengenakan sarung tangan bersih		
	Membuka pakaian klien yang kotor dengan melepas salah satu lengan baju		
10	Memiringkan klien ke arah lengan yang belum terlepas		
	Menggulung baju yang kotor hingga bawah punggung klien		
9	Memasukkan salah satu lengan baju ke tangan klien dan gulung sisi yang lain hingga punggung klien		
13	Miringkan klien ke arah sebaliknya (arah lengan yang telah terpasang pakaian bersih)		
14	Lepaskan dan angkat pakaian yang kotor, lalu letakan di tempat linen kotor		
15	Masukkan sisi lengan pakaian yang bersih		
17	Mengembalikan klien ke posisi yang nyaman		
18	Merapikan pakaian klien		
FASE TERMINASI			
22	Merapikan klien dan alat		
23	Mengevaluasi respon klien		
24	Mengucapkan salam		
25	Mencuci tangan		

TOTAL			
-------	--	--	--

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 16

MEMINDAHKAN KLIEN

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami dan menerapkan prinsip serta teknik memindahkan klien secara aman dan efektif, sesuai dengan prosedur pelayanan kesehatan dan kondisi pasien

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Yaitu memindahkan klien yang tidak dapat/tidak boleh berjalan sendiri dan tempat tidur ke brankard / kursi roda atau sebaliknya

2. Tujuan

- a. Mengurangi atau menghindarkan pergerakan klien sesuai dengan kesadaran fisiknya
- b. Memelihara rasa aman dan nyaman pada klien

3. Indikasi

- a. Klien yang tidak dapat berjalan sendiri
- b. Klien tidak sadar

C. Rangkuman

1. Praktik memindahkan klien dilakukan untuk mendukung mobilisasi pasien, mempercepat pemulihan, dan mencegah komplikasi fisik.
2. Prosedur ini harus dilakukan dengan teknik yang aman dan sesuai standar agar tidak menyebabkan cedera pada pasien maupun tenaga kesehatan.
3. Memahami kondisi fisik pasien, penggunaan alat bantu, dan penerapan body mechanic sangat penting dalam praktik ini

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik memindahkan klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan tujuan utama dari praktik memindahkan klien!

2. Apa saja risiko yang dapat terjadi jika prosedur pemindahan klien tidak dilakukan dengan benar?
3. Sebutkan dan jelaskan langkah-langkah memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi roda!
4. Mengapa penting menggunakan teknik body mechanic saat memindahkan pasien?
5. Apa saja alat bantu yang dapat digunakan dalam proses pemindahan pasien?

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Memindahkan Pasien

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
Memindahkan klien dari tempat tidur ke brankar atau sebaliknya			
7	Klien diangkat sekurang-kurangnya 3 orang perawat (sesuai kebutuhan)		
8	Ketiga perawat berdiri pada sisi kanan klien dengan urutan sbb: a. Perawat I (paling tinggi) berdiri di bagian kepala b. Perawat II berdiri di bagian pinggang c. Perawat III berdiri di bagian kaki		
9	Lengan kin perawat I dibawah kepala dan pangkal lengan klien di lengan kanan di bawah punggung klien (bila klien gemuk, lengan kanan perawat melalui badan klien ke bawah pinggang , sehingga		
10	Lengan kiri perawat II di bawah pinggang klien, lengan kanan dibawah bokong klien		
11	Kedua lengan perawat III mengangkat seluruh tungkai klien		

12	Setelah siap salah seorang perawat memberi aba-aba, kemudian bersama-sama mengangkat klien dari tempat tidur menuju brankard.		
13	Setelah Klien berada diatas brankard, posisi diatur, perhatikan keadaan umum klien , selimut dipasang.		
14	Begitu pula sebaliknya jika memindahkan klien dari brankard ke tempat tidur		
Memindahkan klien dari tempat tidur ke kursi Roda			
15	Kursi roda didorong ke sisi tempat tidur dan roda dibelakangnya dikunci agar tidak terbalik		
16	Berdiri menghadap klien dengan kedua kaki merenggang		
17	Anjurkan klien untuk meletakkan kedua tangan di bahu anda		
18	Kedua tangan perawat menopang bahu klien pada sisi yang lemah/sakit dan klien dianjurkan bertumpu pada sisi yang kuat		
19	Perawat membantu klien untuk turun dari tempat tidur, berdiri tegak dan berjalan menuju kursi roda		
20	Anjurkan klien untuk bersandar pada kursi roda dan letakkan kaki klien diatas sandaran kaki		
21	Observasi keadaan umum klien		
22	Begitu pula sebaliknya jika memindahkan klien dari korsi roda ke tempat tidur		
FASE TERMINASI			
23	Merapikan klien		
24	Mengevaluasi respon klien		
25	Mengucapkan salam		
26	Mencuci tangan		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 17

MELATIH BERJALAN

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan mahasiswa kebidanan mampu memahami dan menerapkan prosedur praktik melatih berjalan secara aman, tepat, dan sesuai kondisi klien untuk mendukung pemulihan mobilitas pasien.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Membantu klien untuk melatih kembali kelompok-kelompok otot yaitu menggerakkan kaki serta tangan secara bergantian tanpa menggunakan alat bantu berjalan

2. Tujuan

- a. Memperbaiki penggunaan mekanika tubuh pada saat melakukan aktivitas sehari-hari.
- b. Memulihkan dan memperbaiki ambulasi.
- c. Mencegah terjadinya cedera akibat jatuh

3. Indikasi

- a. Klien dengan nyeri yang berhubungan dengan fraktur dan/atau trauma
- b. Klien amputasi kaki di atas atau dibawah lutut
- c. Klien dengan kerusakan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri dan kerusakan musculoskeletal
- d. Klien setelah bedah artroskopis lutut
- e. Kerusakan mobilitas fisik yang berhubungan dengan ketidak nyamanan dan mobilisasi yang di programkan.
- f. Klien dengan fraktur ekstremitas bawah
- g. Klien dengan postop amputasi ekstremitas bawah
- h. Klien dengan kelemahan kaki/post stroke

4. Kontraindikasi

- a. Penderita demam dengan suhu tubuh lebih dari 37,0 C.

- b. Penderita dalam keadaan bedrest.
- c. Penderita dengan post op.
- d. Klien dengan nyeri yang berhubungan dengan inflamasi, insisi, dan drainase.
- e. Klien yang potensi kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan perubahan turgor kulit

C. Rangkuman

1. Melatih pasien berjalan adalah tindakan penting dalam rehabilitasi yang membantu memulihkan mobilitas, memperkuat otot, dan mencegah komplikasi.
2. Proses ini harus dilakukan secara bertahap, aman, dan sesuai kondisi fisik pasien.
3. Pendampingan dan motivasi dari petugas sangat membantu dalam membangun percaya diri dan kemajuan pasien

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik melatih berjalan pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Sebutkan 3 tujuan utama praktik melatih berjalan pada pasien!
2. Apa yang harus diperhatikan sebelum membantu pasien berdiri dan mulai berjalan?
3. Jelaskan langkah-langkah utama dalam praktik melatih berjalan pada pasien pasca stroke hemiparesis!
4. Mengapa penting menilai keseimbangan dan kekuatan otot pasien sebelum berjalan?
5. Sebutkan alat bantu yang dapat digunakan dalam latihan berjalan dan jelaskan satu fungsinya!

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Melatih Berjalan

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
----	--------------------	----	-------

FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Kaji toleransi aktivitas, kekuatan, nyeri, koordinasi, dan keseimbangan klien untuk menentukan jumlah bantuan yang diperlukan		
8	Bantu klien untuk bangun dari tempat tidur, lalu berdiri.		
9	Anjurkan klien untuk meletakkan tangan di samping badan atau memegang telapak tangan anda.		
10	Berdiri di samping klien dan pegang telapak dan pinggang klien		
11	Bantu klien berjalan.		
FASE TERMINASI			
12	Merapikan klien		
13	Mengevaluasi respon klien		
14	Mengucapkan salam		
15	Mencuci tangan		
16	Mendokumentasikan kegiatan		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 18

PENGUKURAN TANDA TANDA VITAL

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami konsep dasar, melakukan pengukuran tanda vital dengan teknik yang benar, dan menginterpretasi hasil untuk menentukan kondisi umum klien.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Tekanan Darah

Darah yang mengalir dan menyusut dalam sistem arteri seperti gerakan gelombang, menyebabkan dua tekanan darah : tekanan sistolik dan diastolik. Tekanan sistolik adalah tekanan darah pada puncak gelombang, pada saat ventrikel kiri kontraksi. Inilah yang pertama dicatat dalam pengukuran tekanan darah. Tekanan diastolik adalah tekanan antara dua kontraksi ventrikuler, saat jantung pada fase istirahat.

Denyut Nadi

Denyut nadi dapat dibedakan menjadi denyut nadi apikal dan perifer. Denyut nadi apikal adalah denyut yang dirasakan pada daerah apeks jantung. Denyut perifer adalah denyut yang dirasakan pada perifer tubuh seperti leher, pergelangan dan kaki. Pada klien yang sehat, laju denyut perifer sama dengan denyut jantung. Perubahan kesehatan klien dapat memperlemah denyut perifer dan membuatnya sulit untuk dideteksi. Sehingga pengkajian denyut perifer merupakan suatu komponen penting dalam pengkajian kesehatan menyeluruh. Beberapa arteri yang bisa digunakan sebagai lokasi menghitung denyut nadi antara lain :

- a. Arteri rasialis di pergelangan tangan
- b. Arteri brankialis di siku bagian dalam
- c. Arteri karotis di leher
- d. Arteri temporalis di pelipis
- e. Arteri femoralis di lipatan paha (selangkangan)
- f. Arteri dorsalis di kaki
- g. Arteri frontalis di Bun-ubun (bayi)

Lokasi denyut perifer yang paling umum digunakan adalah denyut radial. Palpasi

denyut radial dilakukan dengan meletakkan dua atau tiga ujung jari pada pergelangan anterior sepanjang tulang radius. Jika denyut teratur, hitunglah denyut selama 30 detik lalu hasilnya di kali 2. Jika denyut tidak teratur, kaji denyut, perhatikan empat hal yaitu: laju, ritme, kekuatan dan elastisitas arteri.

- a. Laju denyut kurang 60 kali permenit disebut Bradikardi (dapat dijumpai pada atlet yang sehat dan terlatih). Denyut yang melebihi 100 kali permenit disebut Takikardi, dapat juga dijumpai pada klien sehat yang cemas atau baru selesai berolahraga
- b. Ritme denyut nadi relatif konstan dan interval diantara dua denyut teratur pada orang sehat
- c. Mengkaji kekuatan denyut nadi dilakukan dengan memeriksa tekanan yang dikeluarkan sebelum denyut dirasakan
- d. Elastisitas arteri dikaji dengan melakukan palpasi sepanjang arteri radius dengan arah dan proksimal ke distal. Arteri yang normal teraba halus, lurus dan lunak

Pernapasan

Kajilah laju pernafasan klien dengan menghitung jumlah nafas selama 30 detik, dan hasilnya kalikan dengan dua. Jika pemeriksa mendeteksi ketidakaturan atau kesulitan bernafas, hitung nafas selama 1 menit penuh. Perhatikan : laju pernafasan pada beberapa klien dapat meningkat jika mereka sadar bahwa nafas mereka sedang dihitung. Untuk itu tetaplah pertahankan posisi atau postur saat menghitung denyut radial pada saat menghitung pernafasan

Suhu Tubuh

Suhu tubuh merupakan indikator untuk menilai keseimbangan antara pembentukan dan pengeluaran panas. Suhu permukaan tubuh (suhu kulit, jaringan sub kutan dan lemak) berfluktuasi sesuai respon terhadap faktor lingkungan sehingga tidak ajeg (unreliable) untuk pemantauan status kesehatan klien. Oleh karena itu lebih tepat mengukur suhu inti atau jaringan tubuh bagian dalam seperti thorax dan rongga abdomen karena suhunya relatif konstan ($\pm 37^0$). Sampai saat ini, suhu inti tubuh diukur biasanya dengan termometer air raksa. Perawat lebih menyukai menggunakan termometer elektronik yang memberikan pengukuran lebih akurat hanya dalam waktu 2-60 detik. Pengukuran suhu inti tubuh dapat dilakukan dengan empat cara yaitu oral, rektal, dan aksila

2. Tujuan

Tanda-tanda vital meliputi suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan dan tekanan darah. Mengukur tanda-tanda vital bertujuan untuk memperoleh data dasar, mendeteksi atau memantau perubahan klien dan memantau klien yang berisiko untuk perubahan kesehatan

3. Alat dan Bahan

- a. Tensi Meter
- b. Oksimeter
- c. Termometer

C. Rangkuman

1. Pengukuran tanda vital adalah keterampilan dasar dan wajib dikuasai mahasiswa kebidanan.
2. Tanda vital menggambarkan **fungsi dasar tubuh** dan perubahan nilai bisa menjadi **indikator awal gangguan kesehatan**.
3. Teknik pengukuran harus dilakukan dengan **akurasi, ketelitian, dan pemahaman tentang alat dan nilai normal**.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik pengukuran tanda tanda vital pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan tanda vital dan sebutkan komponennya!
2. Bagaimana prosedur pengukuran nadi radialis secara manual?
3. Sebutkan nilai normal suhu tubuh, nadi, dan pernapasan pada orang dewasa!
4. Apa saja faktor yang dapat memengaruhi hasil tekanan darah?
5. Mengapa penting melakukan pencatatan dan pelaporan hasil tanda vital?

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Mengukur Tekanan Darah

NO	PENILAIAN	NILAI	
		YA	TIDAK
1	Memberitahu dan menjelaskan pada keluarga tindakan yang akan dilakukan		
2	Menyiapkan alat dan bahan secara ergonomis		
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih		
4	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin (duduk atau tidur)		
5	Membuka lengan baju atau menggulung ke atas		
6	Meletakkan lengan sejajar dengan jantung, dengan cara di ganjal bantal atau buku. Telapak tangan menghadap ke atas. Pastikan lengan atas bebas dari pakaian (untuk mencegah konstiksi dan memudahkan untuk memasang manset), agar pengukuran lebih akurat		
7	Melakukan palpasi arteri brachial menggunakan dua ujung jari (telunjuk dan jari tengah) untuk merasakan denyut kuat dibagian depan siku		
8	Memasang manset, meletakkan manset $\pm 2,5$ cmdi atas arteri tersebut dan bagian tengah bladder dipasang di atas arteri tersebut, pasang manset melingkari lengan atas tersebut dan kaitkan ujungnya		
9	Meletakkan manometer sejajar dengan mata pemeriksa agar pemeriksaan lebih kuat		
10	Menggunakan stetoskop, agar suara terdengar jelas dan bersih		
11	Memasang stetoskop dengan meletakkan bel atau diafragma dari stetoskop di atas arteri brachial untuk mendapatkan suara yang maksimal		
12	Menutup katup dengan mengunci sampai rapat, lalu pompa bola manometer sampai 30 mmHg di atas tekanan systolik (untuk meyakinkan keakuratan pengukuran tekanan systolic)		
13	Membuka katup untuk mengeluarkan udara Katup dibuka secara perlahan – lahan $\pm 2 - 3$ mmHg/detik. Apabila penurunan air raksa terlalu cepat atau terlalulambat dapat mengakibatkan hasil yang tidak akurat. Keluarkan udara dari manset secara berangsur – angsur dan perhatikan angka pada manomater saat terdengar bunyi (dup) pertama (systolik) dan perhatikan suara keras yang terakhir (dyastolik). Kemudian keluarkan seluruh udara dari amnsset dengan cepat		

14	Membuka manset dari lengan pasien, memberitahu hasil pemeriksaan pada pasien		
15	Merapikan pasien		
16	Membersihkan alat		
17	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir		
18	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan		

Prosedur Tindakan Mengukur Suhu Tubuh (Axila)

N O	PENILAIAN	NILAI	
		YA	TIDAK
1	Memberitahu dan menjelaskan pada keluarga tindakan yang akan dilakukan		
2	Menyiapkan alat dan bahan, susun secara ergonomis		
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih		
4	Menggunakan sarung tangan (bila perlu)		
5	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin		
6	Membuka lengan baju pasien		
7	Mengeringkan ketiak pasien bila basah oleh keringat dengan menggunakan baju pasien atau kassa		
8	Mengecek kembali termometer dalam posisi angka di bawah 35°C		
9	Memasang ujung termometer di tengah – tengah ketiak dan menganjurkan pasien menjepit dengan lengannya dengan melipatkan lengan pasien ke dada		
10	Mengangkat termometer kira – kira 10 – 15 menit		
11	Membaca dengan teliti angka pada skala termometer kemudian mencatatnya		
12	Mendisinfeksi termometer dengan larutan chlorin 0,5% selama 10 menit		
13	Mencuci termometer dengan larutan sabun		
14	Membilas termometer dengan air bersih		
15	Mengeringkan termometer dengan kassa		
16	Menurunkan air raksa dan menempatkan termometer ke tempat semula		
17	Menjelaskan pada pasien hasil pemeriksaan		
18	Merapikan pasien		
19	Melepas sarung tangan, sebelumnya cuci tangan dalam larutan chlorin dan rendam sarung tangan dalam larutan chlorin 0,5% selama 10 menit		
20	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih		

21	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan		
----	---	--	--

Prosedur Tindakan Menghitung Pernapasan

NO	PENILAIAN	NILAI	
		YA	TIDAK
1	Menghitung pernapasan bersamaan dengan menghitung denyut nadi		
2	Menyiapkan alat - Jam - Alat tulis		
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih		
4	Mengatur posisi pasien nyaman mungkin		
5	Menghitung pernapasan dengan memperhatikan gerakan pernapasan pada dada pasien (menghitung dalam waktu 1 menit penuh)		
6	Menjelaskan pada pasien hasil pemeriksaan		
7	Merapikan pasien		
8	Membersihkan alat		
9	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir		
10	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan		

Prosedur Tindakan Menghitung Nadi

NO	LANGKAH	NILAI	
		YA	TIDAK
1	Memberitahu pada ibu tentang tindakan yang akan dilakukan		
2	Menyiapkan alat - Jam - Alat tulis		
3	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih		
4	Mengatur posisi pasien nyaman mungkin (duduk atau tidur)		
5	Meraba arteri dengan menggunakan jari telunjuk dan jari tengah		
6	Menghitung denyut nadi selama 1 menit penuh		
7	Mencatat hasil pemeriksaan		
8	Menjelaskan pada pasien hasil pemeriksaan		

9	Merapikan pasien		
10	Membereskan alat		
11	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih		

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 19

PEMBERIAN OBAT

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami prinsip dasar, mengenali rute pemberian obat, dan mampu melakukan pemberian obat kepada pasien secara aman, benar, dan sesuai prosedur pelayanan kesehatan

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Obat merupakan substansi yang diberikan kepada manusia sebagai perawatan, pengobatan, atau pencegahan terhadap berbagai gangguan yang terjadi dalam tubuh. Memberikan obat dengan aman dan akurat merupakan salah satu tanggung jawab perawat. Tanggung jawab perawat dalam pengobatan adalah :

- a. Memahami reaksi dan efek samping obat
- b. Memberikan obat dengan benar
- c. Memonitor respon klien
- d. Membantu klien menggunakan obat dengan benar

2. Kewaspadaan Bidan

Respon klien yang membutuhkan tindakan darurat dengan segera setelah diberikan obat

a. Reaksi alergi

Tetap tenang dan tenangkan klien. Cari bantuan tetapi tetap bersama klien. Mulai pemberian oksigen bila klien merasa sesak nafas. Ukur tanda vital sesuai kebutuhan Ikuti kebijakan lembaga mengenai reaksi alergi

b. Respon vagal refleksi (melambatnya frekuensi jantung) sebagai akibat stimulasi rektal berlebihan

Tetap tenang dan tenangkan klien. Tetap bersama klien ,cari bantuan dan berikan pelumas tambahan

c. Klien melaporkan rasa terbakar atau nyeri pada insersi

Berikan pelumas tambahan

d. Klien menolak obat

Identifikasi alasan klien menolak obat, bila obat disembunyikan dokumentasikan penolakan. Bila obat penting dokumentasikan penolakan dan beritahu dokter

3. Benar Cara Pemberian Obat

PRINSIP 12 BENAR CARA PEMBERIAN OBAT

1. Benar obat
2. Benar dosis
3. Benar pasien
4. Benar cara pemberian
5. Benar waktu
6. Benar dokumentasi
7. Benar pendidikan kesehatan
8. Hak klien untuk menolak
9. Benar pengkajian
10. Benar evaluasi
11. Benar reaksi terhadap makanan
12. Benar reaksi dengan obat lain

4. Cara Penggunaan Obat

Obat dapat digunakan melalui berbagai macam cara. Cara yang dipakai didasarkan pada bentuk obat, efek yang diinginkan baik fisik maupun mental

Rute	Penjelasan Singkat	Contoh Sediaan	Contoh Obat
Oral	Melalui mulut, ditelan	Tablet, kapsul, sirup	Paracetamol
Sublingual	Di bawah lidah	Tablet	Nitroglycerin
Bukal	Di antara pipi dan gusi	Tablet	Miconazole
Rektal	Melalui anus	Supositoria	Paracetamol supositoria
Intravena (IV)	Disuntikkan ke vena	Cairan infus, injeksi	Ceftriaxone IV
Intramuskular (IM)	Disuntikkan ke otot	Injeksi	Vaksin
Subkutan (SC)	Di bawah kulit	Injeksi	Insulin

Intradermal (ID)	Di lapisan dermis	Injeksi kecil	Tes Tuberkulin
Topikal	Dioleskan pada kulit	Krim, salep	Salep antibiotik
Transdermal	Patch di kulit	Plester obat	Fentanyl patch
Nasal	Melalui hidung	Semprotan	Vaksin nasal
Oftalmik	Ke mata	Tetes, salep	Tetes mata antibiotik
Otik	Ke telinga	Tetes	Tetes telinga
Inhalasi	Melalui saluran napas	Aerosol, nebulizer	Salbutamol

C. Rangkuman

1. Pemberian obat adalah prosedur yang **memerlukan ketelitian tinggi** dan **pengetahuan farmakologi dasar**.
2. Prinsip **12 benar** harus dipatuhi untuk mencegah kesalahan dan menjamin keselamatan pasien.
3. Praktik dilakukan sesuai rute pemberian obat, disertai **observasi dan dokumentasi hasil**.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik pemberian obat pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan 6 prinsip benar dalam pemberian obat!
2. Sebutkan dan jelaskan tiga rute pemberian obat beserta contohnya!
3. Mengapa penting memeriksa identitas pasien sebelum pemberian obat?
4. Apa yang harus dilakukan jika pasien menolak minum obat?
5. Jelaskan langkah-langkah pemberian obat secara oral (per oral)!

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Pemberian Obat

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi klien		
8	Memakai sarung tangan		
9	Mengatur posisi klien		
10	Memasang pengalas		
11	Mendekatkan alat		
Injeksi Intramuskuler (IM)			
12	Mengambil obat sesuai dengan dosis yang akan diberikan. Letakan pada bak injeksi		
13	Menentukan area penyuntikan		
14	Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan		
15	Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan		
16	Mengangkat kulit sedikit dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri , menusukkan jarum dengan sudut 90° dari kulit (tegak lurus dengan permukaan kulit)		
17	Lakukan aspirasi untuk menentukan tidak mengenai pembuluh darah, jika tidak ada darah masukkan obat secara perlahan-lahan		
18	Memasukkan obat pelan-pelan		
19	Mencabut jarum sambil menekan tempat tusukan dengan kapas alkohol. Massage bagian tsb		
20	Menutup jarum dengan teknik satu tangan		
21	Mengambil perlak dan pengalas		
22	Melepas sarung tangan		
23	Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman		
Injeksi Intravena (IV) langsung			
24	Menyiapkan obat yang akan disuntikkan		

25	Mencari lokasi penyuntikan dan bebaskan dari pakaian (cari daerah yang terlihat jelas venanya)		
26	Memasang perlak dan alas dibawah daerah yang akan disuntik		
27	Membendung area di atas vena yang akan diinjeksi dengan menggunakan torniquet		
28	Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan		
29	Meregangkan kulit sedikit dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri, tusukkan jarum ke dalam vena dengan lubang jarum menghadap keatas, dengan sudut $\pm 20^\circ$		
30	Lakukan aspirasi untuk mengetahui apakah jarum sudah masuk kedalam vena yang ditandai dengan darah masuk kedalam tabung spuit (jika tidak ada darah masukkan sedikit lagi jarum sampai terasa masuk vena).		
31	Buka karet pembendung (torniquet) dan anjurkan klien membuka kepala tangannya, masukkan obat secara perlahan jangan terlalu cepat		
32	Meletakkan kapas alkohol yang bare diatas jarum, cabut jarum dari kulit secara dengan agak cepat		
Injeksi Intracutan (IC)			
33	Menentukan area penyuntikan		
34	Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan		
35	Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan		
36	Memasukkan jarum dengan sudut 15° - 20° , dengan tangan yang tidak dominan meregangkan area sekitar penyuntikan*		
37	Memasukkan obat pelan-pelan sampai tampak bulatan menonjol		
38	Menarik jarum dan jangan melakukan masage. Tandai bulatan yang menonjol dengan pena serta menganjurkan klien untuk tidak menekan daerah benjolan.		
39	Menutup jarum dengan teknik satu tangan		
40	Mengambil perlak dan pengalas		
41	Melepas sarung tangan		
42	Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman		
Injeksi Subkutan (SC)			
43	Menentukan area penyuntikan		
44	Melakukan desinfeksi pada area yang ditentukan		
45	Melepaskan tutup jarum dengan menggunakan teknik satu tangan		
46	Memasukkan jarum dengan sudut 45° , dengan tangan yang tidak dominan meregangkan area sekitar penyuntikan		
47	Memasukkan obat pelan-pelan		
48	Mencabut jarum sambil menekan tempat tusukan. Massage bagian tsb kecuali kontraindikasi		

49	Menutup jarum dengan teknik satu tangan		
50	Melepas sarung tangan		
51	Mengembalikan klien pada posisi yang nyaman		
Obat Supositoria			
52	Membantu klien pada posisi Sim, jaga agar hanya pada bagian anus saja yang terbuka		
53	Keluarkan supositoria dari bungkusnya, lumasi ujung supositoria dan tangan yang dominan dengan dengan jely atau pelumas larut air		
54	Minta klien tank nafas dalam dengan perlahan melalui mulut agar spingter anus relaksasi*		
55	Retraksi bokong (merenggangkan glutea) dengan tangan tidak dominan. Masukka supositoria dengan perlahan melalui anus melalui sfingter anal internal dan kearah dinding rektum, 10 cm pada dewasa 5 cm pada anak dan bayi*.		
56	Menarik jari tangan dan membersihkan area sekitar anal dengan tisu		
57	Menganjurkan klien untuk menahan ±15 menit agar obat tidak keluar sehingga bereaksi optimal		
58	Melepas sarung tangan		
FASE TERMINASI			
59	Merapikan klien dan alat		
60	Mengevaluasi respon klien		
61	Mencuci tangan		
62	Mengucap salam		
63	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 20

PEMERIKSAAN FISIK PER SISTEM

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan mahasiswa kebidanan mampu melakukan pemeriksaan fisik head to toe secara sistematis, benar, dan lengkap sesuai standar praktik kebidanan dalam rangka pengkajian kondisi kesehatan pasien secara holistik.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Pemeriksaan fisik head to toe adalah pemeriksaan sistematis seluruh bagian tubuh pasien dari kepala hingga kaki untuk mengidentifikasi kondisi umum, kelainan, atau perubahan status kesehatan secara menyeluruh. Teknik ini digunakan sebagai dasar dalam pengkajian fisik.

2. Tujuan

- a. Mengumpulkan data objektif tentang kondisi fisik pasien
- b. Mendeteksi adanya kelainan atau perubahan fisik
- c. Membantu penegakan diagnosis kebidanan atau medis
- d. Menentukan kebutuhan intervensi dan evaluasi asuhan kebidanan
- e. Membangun hubungan terapeutik melalui observasi langsung

3. Metode Pemeriksaan

- a. **Inspeksi** : mengamati dengan mata
- b. **Palpasi** : meraba bagian tubuh
- c. **Perkusi** : mengetuk area tubuh untuk mendengar bunyi
- d. **Auskultasi** : mendengar suara tubuh dengan stetoskop

4. Alat dan Bahan

- a. Stetoskop
- b. Tensimeter
- c. Thermometer
- d. Jam tangan dengan jarum detik
- e. Penlight
- f. Reflex hammer

- g. Timbangan badan dan pengukur tinggi badan
- h. Pita pengukur
- i. Otokop
- j. Oftalmoskop

C. Rangkuman

1. Pemeriksaan Head to Toe dilakukan secara sistematis dari kepala ke kaki, mencakup **inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi**.
2. Pemeriksaan ini memberi **data objektif penting** yang menunjang proses **pengkajian kebidanan**, deteksi dini masalah kesehatan, dan evaluasi kondisi pasien.
3. Teknik dan urutan yang tepat sangat penting untuk **keakuratan hasil** dan **kenyamanan pasien**.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik pemeriksaan fisik per sistem pada klien sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan pengertian dan tujuan dari pemeriksaan head to toe!
2. Sebutkan 4 metode pemeriksaan fisik dan contoh penggunaannya masing-masing!
3. Uraikan urutan pemeriksaan dari kepala hingga kaki secara umum!
4. Apa yang harus diperhatikan saat melakukan pemeriksaan dada dan abdomen?
5. Mengapa penting mendokumentasikan hasil pemeriksaan fisik secara lengkap?

Keterangan

1.Nilai minimum lulus : 75

2.Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Pemeriksaan Fisik

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
FASE PRAINTERAKSI			
1	Mengidentifikasi kebutuhan/indikasi klien		
2	Mencuci tangan		
3	Menyiapkan alat		
FASE ORIENTASI			
4	Mengucapkan salam & memperkenalkan diri		
5	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan		
6	Menanyakan persetujuan klien untuk dilakukan tindakan		
FASE KERJA			
7	Menjaga privasi klien		
8	Memakai sarung tangan		
9	Mengatur posisi klien		
10	Menyapa klien dengan sopan dan ramah Key point : - Memperkenalkan diri pada klien - Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan		
11	Siapkan alat, bahan, dan perlengkapan sesuai standar Key point : Susun alat secara ergonomis		
12	Menjaga privasi pasien dan memasangsampiran Key point : Kenakan kain penutup pada klien		
13	Mencuci tangan dengan sabun dan mengeringkan dengan handuk Key point : Cuci tangan dengan 6 langkah, dilakukan memakai sabun, dibawah air yang mengalir,dan keringkan dengan handuk bersih		
14	Mengukur Tanda-Tanda Vital Key point : Memeriksa tekanan darah, suhu, nadi dan pernapasan		
15	Melakukan pemeriksaan kepala Key point : - Menilai kebersihan kepala dan rambut - Menilai adanya massa benjolan dan nyeri saat ditekan		
16	Pemeriksaan Wajah Key point : Simetris kiri dan kanan, tidak ada odema.		
17	Melakukan pemeriksaan pada mata Key point :		

	• Melihat kesimetrisan mata • Menilai konjungtiva • menilai warna sclera		
18	Melakukan pemeriksaan pada telinga Key point : • Lihat kesimetrisan, bersih atau tidak • Secret apakah dalam batas normal atau tidak		
19	Melakukan pemeriksaan pada hidung Key point : • Kesimetrisan lubang hidung • Adanya polip • Jumlah secret		
20	Melakukan pemeriksaan pada mulut Key point : • Menilai warna bibir • Menilai kebersihan mulut dan lidah • Menilai jumlah gigi yang tanggal		
21	Melakukan pemeriksaan leher Key point : • Menilai pembesaran pada vena jugularis • Menilai pembesaran kelenjar tiroid • Menilai pembesaran kelenjar limfe		
22	Melakukan pemeriksaan pada payudara Key poin : • Nilai adanya massa, benjolan, dan pembengkakan • Cek pengeluaran ASI		
23	Melakukan pemeriksaan pada ekstremitas bawah Key point : • Melihat adanya varices • Melihat adanya oedema		
24	Membantu klien mengambil posisi yang nyaman untuk pemeriksaan preniun Key point :		

	• Mengenakan sarung tangan (hanscoen) • Melihat dan menilai penyembuhan kondisi luka jahitan premium • Perhatikan warna, bau lochea		
25	Lepaskan sarung tangan Key point : Celupkan kedalam bak berisi larutan clorin 0,5%		
26	Merapikan alat		
27	Cuci tangan dan keringkan Key point : Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir dengan 6 langkah dan keringkan dengan handuk bersih		
28	Beritahukan kepada ibu hasil pemeriksaan Key point : Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan.		
29	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan Key point : Catat hasil pemeriksaan dalam bentuk SOAP		
30	Melepas sarung tangan		
FASE TERMINASI			
31	Merapikan klien dan alat		
32	Mengevaluasi respon klien		
33	Mencuci tangan		
34	Mengucap salam		
35	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

PEMBELAJARAN 21

ALAT KESEHATAN

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu mengidentifikasi, menjelaskan fungsi, serta menggunakan alat kesehatan dasar secara tepat dan aman sesuai dengan prinsip pelayanan kesehatan profesional.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

Alat kesehatan adalah instrumen, mesin, alat bantu, bahan, atau perangkat lunak yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, memantau, mengobati, atau meringankan penyakit serta memperbaiki fungsi tubuh

2. Klasifikasi Alat Kesehatan

Menurut penggunaannya, alat kesehatan dibagi menjadi :

a. Alat Kesehatan Diagnostik

Contoh: stetoskop, tensimeter, termometer, EKG

Fungsi: membantu mendiagnosis penyakit atau kondisi pasien

b. Alat Kesehatan Terapi

Contoh: nebulizer, infus pump, alat bantu jalan

Fungsi: membantu terapi atau penyembuhan pasien

c. Alat Kesehatan Bedah

Contoh: gunting bedah, pinset, scalpel

Fungsi: digunakan dalam prosedur pembedahan

d. Alat Kesehatan Laboratorium

Contoh: mikroskop, sentrifus, tabung reaksi

Fungsi: menunjang pemeriksaan sampel biologis

e. Alat Kesehatan Rumah Sakit

Contoh: tempat tidur pasien, kursi roda, termometer digital, kateter

Fungsi: menunjang kenyamanan dan pemantauan pasien

NO	NAMA	FUNGSI
1.	Pus Basin/ Bengkok/ Piala Ginjal	Tempat untuk membuang kapas bekas pakai, nanah, muntahan, dll
2.	Suction catether	Untuk menyedot lendir dan trachea bayi yang baru lahir, untuk menyedot cairan amniotic
3.	Infusion set	Digunakan untuk pemberian cairan infus.
4.	Urinal pria	Tempat air kencing pasien pria. Lubangnya lebih sempit.
5.	Urinal Wanita	Tempat air kencing pasien wanita. Lubangnya lebih lebar.
6.	Reflex Hammer	Untuk memeriksa kemampuan refleksi dari bagian-bagian tertentu tubuh kita, biasanya lutut kita.
7	Scalpel Scalpel Blade Scalpel Handel	Mata Pisau operasi Gagang pisau operasi
8.	Brost pump	Untuk membantu air susu keluar dari tubuh wanita yang sedang menyusui karena air susunya terlalu banyak
9.	Pembalut elastis	Untuk membalut, menutupi sesuatu biasanya luka pada tubuh
10.	Disposable syringe	Untuk menyuntik. Merupakan jarum suntik sekali pakai
11.	Warm water zak/ Buli-Buli	Kantung berisi air panas, disebut juga Hot Water Bottle
12.	Oxy set	Untuk terapi oksigen Kanul Oksigen Masker Oksigen
13.	Pembalut Gips	Sebelum pasien di beri gips, maka bagian tubuh tersebut diberi lapisan kapas gips yang terbuat dari bahan nonwoven yang dikenal dengan nama velband, soffbann
14.	Doek Klem	Untuk menjepit kain, terutama kain linen yang tengahnya berlobang yang diletakkan di atas tubuh yang mau dioperasi
13.	Colostomy Bag	Untuk menampung feces
14.	Umbilical cord scissors	Untuk memotong pusar bayi
15.	Pinset	Pinset bedah. Penggunaannya adalah untuk menjepit jaringan pada waktu diseksi dan penjahitan luka, member tanda pada kulit

		sebelum memulai insisi. Pinset anatomis. Penggunaanya adalah untuk menjepit kasa sewaktu menekan luka, menjepit jaringan yang tipis dan lunak.
16.	Tensimeter/ sphygmanometer	Untuk mengukur tekanan darah tubuh
17.	Stetoskop	Untuk mendeteksi, mempelajari, mendengarkan bunyi yang timbul dari rongga tubuh.
18.	Nebulizer	Untuk pengobatan penyakit asma dan saluran pernapasan lainnya. Cara kerja alat ini: merubah cairan obat yang ada di medication cup menjadi mist- mist yang disemprotkan ke mulut melalui masker yang terhubung dengan medication.
19.	Ampul/ vial	Untuk terapi/ pengobatan
20.	Glukometer	Mat untuk mengukur kadar glukosa dalam darah
21.	Bandage scissors	Untuk menggunting perban (gaas)
22.	Surgical scissors	Digunakan dalam pembedahan
23.	Pean/ Klem Arteri Ada dua jenis yaitu klem yang lurus dan yang bengkok.	Arteri klem untuk memegang jarum. Bedanya dengang kocher: ujungnya tidak bergerigi.
24.	Klem Kocher Ada dua jenis yaitu klem yang lurus dan yang bengkok.	Tidak ditujukan untuk hemostatis. sifat khsanya adalah mempunyai gigi pada ujungnya (mirip gigi pinset sirugis). gunanya adalah untuk menjepit jaringan terutama agar jaringan tidak meleset dari klem dan hal ini dimungkinkan dengan adanya gigi pada ujung klem
25.	Klem Mosquito	Mirip dengan klem arteri pean, tetapi ukuranya lebih kecil. Penggunaannya dalah untuk hemostasis terutama untuk jaringan tipis dan lunak.
26.	Epsiotomy scissors	Untuk keperluan obstetric, untuk memotong vulva

		pada waktu melahirkan bayi, untuk mencegah robeknya Binding perineum
27	Suture forceps	Untuk menjepit luka yang Terbuka
28	Stomach tube	Mengeluarkan cairan yang berada di lambung, dapat juga untuk membersihkan isi lambung pasien, dan untuk pemberian obat
29	Feeding Tube	Fungsi : untuk nutrisi/ pemberian cairan makanan melalui mulut atau hidung.
30	Bedpan	Untuk menampung feses pada pasien yang tidak boleh/bisa ke WC.
31	Bak instrumen	Untuk menaruh peralatan steril saat melakukan tindakan
32	Tongual spatel	Digunakan untuk mencegah lidah agar tidak jatuh ke belakang

C. Rangkuman

1. Alat kesehatan memiliki banyak jenis dan fungsi sesuai tujuan klinisnya seperti diagnosis, terapi, maupun pemantauan.
2. Penggunaan alat kesehatan harus dilakukan sesuai prosedur dan memperhatikan prinsip keselamatan kerja.
3. Mahasiswa wajib memahami fungsi, cara penggunaan, perawatan, dan pengelolaan alat untuk mendukung mutu pelayanan kesehatan.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan pengenalan alat kesehatan sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Apa yang dimaksud dengan alat kesehatan dan sebutkan tiga contohnya!
2. Jelaskan perbedaan alat diagnostik dan alat terapi beserta contohnya!
3. Sebutkan prinsip dasar penggunaan alat kesehatan yang benar!
4. Bagaimana cara memastikan keamanan saat menggunakan alat kesehatan?

5. Mengapa penting bagi tenaga kesehatan untuk memahami klasifikasi alat kesehatan?

Keterangan

1. Nilai minimum lulus : 75
2. Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Mengenal Alat Kesehatan

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
Menyiapkan Alat Pemasangan Infus			
1	Menyiapkan Infus Set		
2	Menyiapkan IV Cateter		
3	Menyiapkan Tourniquet		
4	Menyiapkan Cairan untuk Pemasangan Infus		
5	Menyiapkan Perlak		
6	Menyiapkan Bengkok		
7	Menyiapkan plester/hypafix		
8	Menyiapkan kapas alkohol (cairan desinfektan)		
9	Menyiapkan peralatan steril pada bak instrumen		
10	Menyiapkan handscoen bersih		
11	Menyiapkan gunting		
Menyiapkan Alat Pemasangan Kateter			
12	Menyiapkan selang kateter		
13	Menyiapkan urine bak		
14	Menyiapkan jeli		
15	Menyiapkan bengkok		
16	Menyiapkan hendscoen steril		
17	Menyiapkan plester		
18	Menyiapkan gunting		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
2. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences



PEMBELAJARAN 22

STERILISASI DAN DESINFEKSI ALAT

A. Tujuan

Dalam kegiatan pembelajaran ini diharapkan Mahasiswa kebidanan mampu memahami prinsip, metode, dan pelaksanaan sterilisasi serta desinfeksi alat kesehatan sesuai standar pencegahan infeksi dalam pelayanan kesehatan.

B. Uraian Materi

1. Pengertian

1. **Sterilisasi:** Proses membunuh semua bentuk kehidupan mikroorganisme (termasuk spora) dari alat atau bahan dengan metode fisik atau kimia.
2. **Desinfeksi:** Proses menghilangkan sebagian besar mikroorganisme patogen (kecuali spora) pada permukaan benda mati dengan bahan kimia atau panas.

2. Tujuan

1. Mencegah infeksi silang antar pasien dan tenaga kesehatan.
2. Menjamin keamanan penggunaan alat kesehatan.
3. Mendukung prosedur medis dan bedah yang aman dan bersih.

3. Perbedaan Sterilisasi dan Desinfeksi

Aspek	Sterilisasi	Desinfeksi
Mikroorganisme	Membunuh semua mikroorganisme dan spora	Membunuh sebagian besar mikroorganisme
Tingkat kebersihan	Sangat tinggi (steril total)	Tingkat menengah hingga tinggi
Contoh alat	Alat bedah, jarum suntik	Termometer, stetoskop, meja periksa

4. Metode Sterilisasi

1. **Autoklaf (uap panas bertekanan)**
 - Suhu 121–134°C, tekanan tinggi (20–30 menit)
2. **Sterilisasi kering (oven)**
 - Suhu $\pm 160^{\circ}\text{C}$ selama 2 jam (untuk bahan logam)
3. **Sterilisasi kimia (gas EO, formaldehid)**
 - Untuk alat sensitif panas
4. **Radiasi (gamma rays)**
 - Untuk produk medis sekali pakai

5. Metode Desinfeksi

1. **Desinfeksi tingkat tinggi**
 - Menggunakan larutan glutaraldehyde, peracetic acid
2. **Desinfeksi tingkat menengah**
 - Alkohol 70%, fenol
3. **Desinfeksi tingkat rendah**
 - Klorin, deterjen, dan pembersih permukaan

C. Rangkuman

Sterilisasi dan desinfeksi adalah prosedur penting dalam pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan sesuai jenis alat, bahan, dan tujuan penggunaannya. Setiap tenaga kesehatan wajib mengetahui metode, langkah, dan prinsip kebersihan alat demi keselamatan pasien dan diri sendiri.

D. Tugas

Mahasiswa diminta untuk melakukan praktik sterilisasi dan desinfeksi alat sesuai dengan prinsip dasar asuhan kebidanan, dengan menjaga keselamatan, kenyamanan, dan kebersihan secara profesional

E. Tes

Mahasiswa diminta untuk menjawab soal berikut dengan jelas sesuai dengan pengetahuan anda dan menggunakan Bahasa yang sistematis dan mudah dipahami

1. Jelaskan pengertian sterilisasi dan desinfeksi serta perbedaannya!

- Sebutkan tiga metode sterilisasi dan alat apa saja yang sesuai untuk tiap metode tersebut!
- Mengapa penting melakukan sterilisasi sebelum tindakan medis?
- Apa saja langkah yang harus dilakukan sebelum alat kesehatan disterilkan?
- Jelaskan perbedaan desinfeksi tingkat tinggi dan rendah serta contohnya!

Keterangan

- Nilai minimum lulus : 75
- Tes ini bersifat wajib sebagai bagian dari penilaian praktik keterampilan dasar kebidanan

F. Lembar Kerja Praktik

Prosedur Tindakan Perawatan Alat Kesehatan

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tidak
	Mencuci Alat		
1	Menyiapkan alat dan bahan yang akan digunakan		
2	Membersihkan alat yang kotor dengan sabun di air mengalir		
3	Membersihkan dan mebasahi dengan alkohol 70%		
4	Mengeringkan alat yang sudah dibersihkan		
	Mensterilkan Alat		
5	Menyiapkan alat yang sudah dibersihkan dan keringkan		
6	Memilah alat (membungkus bila perlu dibungkus)		
7	Memasukan dan menata alat ke dalam mesin sterilisator		
8	Menyetel/menyalakan mesin sterilisator		
9	Setelah steril, menyimpan alat pada tempatnya		
TOTAL			

G. Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences

BAB III EVALUASI

A. Kognitif Skill

Instrumen penilaian kognitif dirancang untuk mengukur dan menetapkan tingkat pencapaian kemampuan kognitif (sesuai standar kompetensi dasar). Soal dikembangkan sesuai dengan karakteristik aspek yang akan dinilai dan dapat menggunakan jenis-jenis tes tertulis yang dinilai cocok.

No	Aspek Penilaian	Indikator	Skor Maksimal
1	Pemahaman konsep asuhan kebidanan	Mahasiswa dapat menjelaskan prosedur klinik	20
2	Identifikasi alat dan fungsinya	Dapat menyebutkan alat dan penggunaannya	20
3	Prinsip dasar keselamatan pasien	Menjelaskan prinsip hygiene dan sterilisasi	20
4	Pengambilan keputusan klinis dasar	Mampu menentukan tindakan sesuai kasus	20
5	Dokumentasi asuhan kebidanan	Mampu menyusun catatan asuhan sederhana	20
Total Skor Kognitif			100

B. Psikomotor Skill

Instrumen penilaian psikomotor dirancang untuk mengukur dan menetapkan tingkat pencapaian kemampuan psikomotorik dan perubahan perilaku (sesuai standar kompetensi/kompetensi dasar). Soal dikembangkan sesuai dengan karakteristik aspek yang akan dinilai.

No	Kegiatan Praktik	Kriteria Penilaian	Skor
1	Persiapan alat dan bahan	Alat lengkap, sesuai prosedur	10
2	Cuci tangan sebelum dan sesudah prosedur	Mengikuti langkah WHO 6 langkah	10
3	Prosedur tindakan sesuai SOP (contoh: memandikan pasien, oral hygiene, dll.)	Dilakukan urut, tepat, aman	40

4	Manajemen waktu dan ketepatan tindakan	Tidak bertele-tele, efektif	10
5	Sterilisasi/limbah/penyimpanan alat	Sesuai prosedur IPCLN	10
6	Komunikasi dengan pasien (selama tindakan)	Ramah, menjelaskan, meminta izin	10
7	Dokumentasi hasil tindakan	Ditulis rapi dan benar	10
Total Skor Psikomotor			100

C. Attitude Skill

Instrumen penilaian sikap dirancang untuk mengukur sikap kerja (sesuai kompetensi/standar kompetensi dasar).

No	Sikap yang Dinilai	Indikator Penilaian	Skor (1–4)
1	Tanggung jawab	Datang tepat waktu, menyelesaikan tugas	
2	Disiplin dan kepatuhan SOP	Mengikuti instruksi pembimbing	
3	Etika dan sopan santun terhadap pasien	Salam, memperkenalkan diri, menjaga privasi	
4	Kerja sama tim dan komunikasi	Aktif dalam diskusi dan praktik kelompok	
5	Inisiatif dan empati	Sigap membantu, menunjukkan empati kepada pasien	
Total Skor Attitude		Skor maksimal per aspek: 4 x 5 = 20	/20

D. Penilaian Akhir

Domain	Nilai (Skala 100)
Kognitif	
Psikomotor	
Attitude	 x 5 = ...
Total Akhir	 / 100

Keterangan

1. ≥ 85 = Sangat Baik
2. 75 – 84 = Baik
3. 65 – 74 = Cukup
4. < 65 = Perlu Bimbingan Ulang

PENUTUP

Modul Praktikum Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan ini disusun sebagai panduan bagi mahasiswa dalam melaksanakan praktik klinis dasar secara sistematis, terarah, dan sesuai standar pelayanan kebidanan. Melalui kegiatan praktikum ini, mahasiswa diharapkan mampu menguasai kompetensi dasar keterampilan kebidanan yang mencakup aspek kognitif, psikomotor, dan afektif.

Praktikum ini tidak hanya melatih kemampuan teknis, tetapi juga membentuk sikap profesional, empati, dan tanggung jawab terhadap pasien. Oleh karena itu, mahasiswa diharapkan dapat mengikuti seluruh kegiatan dengan disiplin, aktif, dan penuh tanggung jawab sesuai dengan prinsip-prinsip keselamatan dan etika praktik kebidanan.

Semoga modul ini dapat menjadi landasan yang kuat dalam pengembangan kompetensi mahasiswa sebagai calon bidan profesional yang siap memberikan pelayanan berkualitas dan berorientasi pada keselamatan serta kenyamanan pasien.