

PENUNTUN BELAJAR PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI



Penyusun:
dr. Supriyatiningih, M.Kes., Sp.OG



Program Studi Pendidikan Dokter Tahap Profesi
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Agustus 2014



PENUNTUN BELAJAR PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

Penyusun : dr.Supriyatiningih, SpOG., MKes.

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER TAHAP PROFESI
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
AGUSTUS 2014**



KATA PENGANTAR

Kami panjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, serta shalawat dan salam semoga tercurah kepada junjungan kita, nabi Muhammad SAW.

Pendidikan dokter adalah pendidikan yang diselenggarakan untuk menghasilkan dokter yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan pelayanan kesehatan primer. Dalam menjalankan pembelajaran klinik di rumah sakit pendidikan, dokter muda dapat mengembangkan pengalaman belajar klinik secara nyata sesuai kompetensi minimal yang harus dipenuhi oleh seorang dokter, yaitu berdasar Standar Pendidikan Profesi Dokter dan Standar Kompetensi Dokter dan ketersediaan kasus di RS.

Buku Penuntun Belajar ini disusun dengan maksud untuk membimbing mahasiswa Program Pendidikan Profesi untuk mencapai kompetensi di bidang Ilmu Obstetri dan Ginekologi. Dengan menjalani stase di bidang ini, mahasiswa diharapkan mampu melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan berbagai pemeriksaan penunjang yang sesuai sehingga mampu menegakkan diagnosis dan melakukan penatalaksanaan termasuk melakukan berbagai tindakan ketrampilan dan melakukan edukasi. Sebelum menjalani stase, mahasiswa terlebih dahulu selalu mempersiapkan pengetahuan dan ketrampilan klinis, seperti yang terdapat dalam Daftar Pertanyaan dan Daftar Ketrampilan Klinis, sehingga Tujuan Pembelajaran Klinik dapat tercapai.

Kami menyadari bahwa Buku Penuntun Belajar ini belum sempurna, untuk itu saran perbaikan sangat kami harapkan dari semua pihak. Akhirnya kami senantiasa berharap Semoga Allah SWT meridhai dan Buku Penuntun ini dapat memberikan manfaat sesuai dengan harapan kami.

Yogyakarta, Agustus 2014

Penyusun

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
BAB I Pendahuluan	1
1. Bagaimana meraih sukses dalam Pendidikan Klinik Ilmu Obstetri dan Ginekologi (Obsgin)?	1
2. Cara Menggunakan Buku Panduan Belajar	3
BAB II Proses Pendidikan Profesi di Bagian Ilmu Obstetri dan Ginekologi	5
1. Tujuan Pendidikan Profesi Bagian/SMF IKKK	5
2. Metode Pembelajaran dan Penilaian	11
3. Pelaksanaan Pendidikan Profesi,	11
BAB III Prinsip Penegakan Diagnosis Pada Persalinan Normal	13
BAB IV Alur Penegakan Diagnosis Kehamilan Risiko Tinggi.....	18
BAB V Alur Penegakan Diagnosis Perdarahan Pada Awal Kehamilan.....	21
BAB VI Alur Penegakan Diagnosis Pendarahan Antepartum (PAP)	25
BAB VII Keluarga Berencana.....	29
BAB VIII Alur Penegakan Diagnosis Gangguan Menstruasi	34
BAB IX Alur Penegakan Skrining Keganasan Ginekologis	40
BAB X Alur Penegakan Diagnosis Penyakit Menular Seksual dan Penyakit Radang Panggul.....	43
BAB XI Alur Penegakan Diagnosis Massa Pelvik.....	47
BAB XII Alur Penegakan Diagnosis Nyeri Ginekologik.....	50
Checklist	53
Status Ilmu Penyakit Kandungan	83

BAB I PENDAHULUAN

Bismillahirrohmanirrohim

1. Bagaimana meraih sukses dalam Pendidikan Klinik Ilmu Obstetri dan Ginekologi (Obsgin)?

Selamat datang dan selamat bergabung dalam komunitas pembelajar di bagian Obstetri dan Ginekologi. Keberhasilan belajar di bagian Obsgin merupakan salah satu faktor penentu kompetensi anda sebagai dokter secara keseluruhan. Karenanya, pastikan, bahwa anda meraih sukses di bagian Obsgin ini.

Sukses berarti anda mengikuti semua proses pembelajaran dengan lancar dan dapat menikmati proses tersebut. Sukses juga berarti anda meraih kompetensi yang diharapkan sebagai bagian integral dari kompetensi dokter Indonesia yang diformulasikan dalam 7 area kompetensi. Kompetensi spesifik akan dideskripsikan pada bagian Kegiatan. Sukses juga berarti anda membentuk diri sebagai dokter muslim yang mempunyai karakter sesuai dengan tujuan pendidikan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Akhirnya, sukses juga berarti terselesainya proses pembelajaran dan evaluasinya sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Bagaimana cara meraih sukses dalam Pendidikan Klinik di Bagian Obsgin dapat dinyatakan secara ringkas sebagai berikut :

1. Yakinkan diri anda, bahwa anda adalah seorang sarjana kedokteran dan pastikan bahwa anda akan bersikap dan berpenampilan sebagai seorang sarjana kedokteran.
2. Yakinkan bahwa pencapaian kompetensi profesional sangat memerlukan upaya serius dan berkelanjutan. Pembelajaran dalam tahap Pendidikan Klinik adalah bagian integral dari pendidikan dokter yang anda jalani
3. Yakinkan diri anda bahwa anda siap dan mampu mengatasi perubahan situasi belajar dibandingkan tahap Pendidikan Sarjana Kedokteran.

4. Yakinkan bahwa anda telah menguasai teori yang berhubungan dengan masalah klinik yang anda hadapi. Review ulang teori-teori tersebut dengan bertolak dari masalah klinik riil akan lebih mengesankan dibandingkan dengan belajar teori saja seperti yang pernah anda alami dalam tahap pendidikan sarjana
5. Yakinkan bahwa anda siap untuk menjadi pembelajar seumur hidup (*long life learner*). Perbaharui terus ilmu anda dengan mengikuti perkembangan teori dan dinamika penelitian di bidang kedokteran dengan mengakses artikel-artikel EBM yang relevan
6. Yakinlah, bahwa sekalipun pada tahap pendidikan ini anda tidak dididik untuk menjadi seorang spesialis, tetapi pengetahuan dan ketrampilan klinik yang akan anda dapatkan akan menentukan kompetensi anda secara keseluruhan sebagai dokter, setidaknya anda akan dapat berperan serta secara tepat dalam pengelolaan masalah di bidang Obstetri dan Ginekologi secara tepat dan proporsional. Karenanya, nikmatilah proses pembelajaran ini, supervisor akan membantu anda dalam pencapaian kompetensi profesional melalui berbagai metode supervisi.
7. Jagalah motivasi anda. Siaplah untuk mengerjakan tugas atau prosedur yang sulit, mendiskusikan topik yang anda pilih setidaknya 20 menit, siap untuk mendapat pasien tambahan, siaplah untuk tinggal lebih lama di Rumah Sakit jika diperlukan, siaplah untuk mencari informasi ilmiah yang diperlukan untuk mengelola pasien atau yang diperlukan pasien. Semua itu menunjukkan keingintahuan dan antusiasme anda.
8. Kelola waktu dengan baik. Di poliklinik dan bangsal, misalnya anda harus memeriksa pasien secara mandiri (*bedside learning= follow up*) sebelum supervisor memeriksa pasien sehingga anda dapat mencocokkan temuan anda dengan hasil kunjungan supervisor (*visite*). Waktu-waktu luang harus anda gunakan dengan sebaik-baiknya karena sebenarnya waktu yang tersedia lebih sedikit daripada hal yang harus anda kerjakan.
9. Temukan cara yang efektif untuk mengelola data pasien anda. Membuat rekam medis khusus dokter muda adalah cara efektif untuk mempraktekkan langkah manajemen pasien. Catatan kecil

atau resume berupa kartu indeks berdasarkan kasus mungkin akan sangat membantu.

10. Biasakan sikap dan penampilan profesional, antara lain :
 - a. Pakaian yang relevan dengan profesi, tidak diperkenankan mengenakan jins, pakaian ketat atau yang menimbulkan kesan tidak rapi, sepatu hak tinggi (lebih dari 1,5 inchi), sandal atau sepatu sandal. Selalu kenakan *sni jaz* dengan rapi.
 - b. Bersikap santun, berusaha untuk selalu tersenyum kepada pasien anda (apapun kondisi dan masalah yang anda hadapi), berusaha menghafal nama pasien dan menyapa mereka dengan nama mereka. Berikan empati kepada setiap pasien dan keluarganya.
 - c. Hargai supervisor, teman sejawat dan pegawai rumah sakit serta bekerja sama dengan mereka sebaik-baiknya. Perawat atau bahkan tenaga non medis mungkin akan menjadi guru anda yang baik sesuai dengan bidang mereka. Sapalah Supervisor anda dengan sebutan "Dok" atau "Prof" sesuai dengan kedudukan mereka sebagai bentuk penghargaan akademik kepada mereka.
 - d. Hargai hak-hak pasien, seperti kerahasiaan, hak otonomi mereka (misal untuk menerima atau menolak suatu terapi/tindakan). Jangan membicarakan masalah-masalah pasien di lorong rumah sakit atau kafe misalnya. Jangan mendiskusikan masalah pasien di depan orang lain tanpa seijin pasien.

2. Cara Menggunakan Buku Panduan Belajar

Study guide atau buku panduan belajar ini merupakan panduan bagi mahasiswa yang sedang menjalani pendidikan klinik di Rumah Sakit, untuk mempelajari kasus-kasus Obstetri dan Ginekologi. Sebagai standar kompetensi dan ketrampilan digunakan Daftar Kompetensi Dokter yang disusun oleh Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2012 dan merupakan kompetensi minimal yang harus dikuasai pada saat pendidikan klinik.

Pedoman belajar ini menggunakan pendekatan terhadap gejala atau keluhan yang sering dirasakan oleh pasien dan terdapat pada Standar Kompetensi Dokter. Dengan pendekatan ini, mahasiswa diharapkan mampu berpikir sistematis dan menyeluruh dalam penatalaksanaan penyakit kulit atau kelamin.

- Mahasiswa yang memasuki pendidikan klinik, diharapkan :
1. memahami kompetensi pengetahuan dan ketrampilan yang harus dikuasai selama pendidikan klinik tersebut.
 2. memahami prinsip penegakan diagnosis Obstetri dan Ginekologi yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik terutama terhadap berbagai kasus di bidang Obstetri dan Ginekologi dan berbagai pemeriksaan penunjang yang diperlukan, agar dapat membuat diagnosis dan penanganan secara tepat.
 3. setelah mampu mengidentifikasi kelainan, mahasiswa diharapkan mampu menggunakan alur diagnosis berdasar keluhan atau kelainan spesifik yang ditemui, selanjutnya melakukan penatalaksanaan kasus sesuai pedoman yang ada.
 4. melakukan penatalaksanaan khususnya pemberian terapi sesuai dengan prinsip terapi di bidang Obstetri dan Ginekologi.

BAB II PROSES PENDIDIKAN PROFESI DI BAGIAN ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

1. Tujuan Pendidikan Profesi Bagian/SMF IKKK

Tujuan akhir pendidikan profesi di Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin (IKKK) adalah mahasiswa mampu menegakkan diagnosis dan melakukan tatalaksana sesuai jenis kasus. Penegakan diagnosis berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik, terutama pemeriksaan dermatologi dan pemeriksaan penunjang yang sesuai. Tatalaksana kasus meliputi pemilihan obat serta penulisan resep, edukasi dan atau tindakan terapi. Tujuan pendidikan tersebut diperinci menjadi kompetensi Bagian, seperti berikut ini.

Tabel 1. Mikrokurikulum Bagian Obsgin

NO	KOMPETENSI	AREA KOMPETENSI							METODE PEMBELAJARAN				METODE ASESMEN				
		1	2	3	4	5	6	7	BST	TK	PK	RK	Mini Cex	DOPS	LC	MCQ	
1.	Melaksanakan kegiatan terstruktur sesuai panduan/standar	v	v	v	v				v	v	v	v	v	v	v	v	v
2.	Melakukan Anamnesis (M)	v	v	v	v	v	v	v	v					v	v	v	v
3.	Melakukan Pemeriksaan obstetri dan ginekologi (M)	v	v	v	v	v	v	v	v					v	v	v	v
4.	Pemeriksaan fisik obstetri	v	v	v	v	v	v	v	v					v	v	v	v
5.	Pemeriksaan fisik ginekologi	v	v	v	v	v	v	v	v					v	v	v	v
6.	Pertolongan persalinan normal	v	v	v	v	v	v	v	v					v	v	v	v

		10. Massa vulva, vagina, cervik dan pelvik 11. Nyeri ginekologi 12. Kelainan bawaan organ reproduksi luar dan dalam 13. Gangguan siklus menstruasi 14. Gangguan masa menopause dan perimenopause 15. Kelainan payudara oleh karena proses kehamilan dan menyusui 16. Infertilitas dasar 17. Keluarga Berencana		
2.	BST contoh	Anamnesis	Minimal 4 kasus	Mg 1,2,3,4
3.	BST observasi	Anamnesis	Minimal 1 kali/mahasiswa	Mg 2
4.	BST observasi (dokter pembimbing mengobservasi mahasiswa)	1. Anamnesis, 2. Pemeriksaan fisik obstetri 3. Pemeriksaan fisik ginekologi pada kasus abortus 4. Swab vagina pada kasus Leukorhea 5. Konseling dan advokasi berbagai macam alat kontrasepsi 6. Ketrampilan pemasangan alat kontrasepsi IUD 7. Penanganan ruptur perineum grade 1-2 8. Penanganan kasus infertilitas pada pasutri	Minimal 1 kali/mahasiswa (sesuai kasus yang tersedia)	Mg 2-3
5.	Tutorial klinik	Clinical reasoning, EBM	2 kasus/orang/stase (sesuai kasus yang ditemukan dan kompetensi)	Mg 5,6,7
6.	Presentasi kasus	Clinical reasoning, EBM, menyusun laporan kasus, mempresentasikan kasus,	1 kasus/orang/stase (sesuai kasus yang ditemukan dan kompetensi)	Mg 7-9

7.	Refleksi kasus	Clinical reasoning, EBM	1 kasus/orang/minggu (sesuai kasus yang ditemukan dan kompetensi, kasus tidak boleh sama)	Mg 1-4
Penilaian				
8.	Mini clinical examination (miniCex)	1. Anamnesis, 2. Pemeriksaan fisik obstetri dan ginekologi 3. Pemeriksaan obstetri pada kasus Preeklampsia 4. Pemeriksaan Ginekologi pada kasus Leukorhea 5. Penanganan kasus perdarahan antepartum karena plasenta previa 6. Penanganan kasus pada perdarahan post partum karena atonia uteri 7. Penanganan ketuban pecah dini 8. Menulis resep untuk kasus obstetri dan ginekologi	1 kasus atau skill/orang/minggu (sesuai kasus yang ditemukan, kasus tidak boleh sama)	Ditulis minggu
9.	Direct observational procedural structure (DOPS)	1. Pemeriksaan fisik obstetri dan ginekologi 2. Pemeriksaan antenatal care 3. Pemeriksaan combined rektovaginal pada kasus-kasus kelainan anatomi alat genitalia 4. Proses melahirkan normal. 5. Proses persalinan patologis (contoh presbo) 6. Manual plasenta 7. Pengambilan sampel discharge (keputihan) dengan swab vagina, membuat apusan dan menginterpretasikan hasil pemeriksaan 8. Melakukan pap's smear 9. Melakukan pemeriksaan IVA		

		10. Melakukan pemeriksaan infertilitas dasar, berupa pengukuran temperatur basal, instruksi, penilaian hasil dan konseling 11. Melakukan pemeriksaan infertilitas dasar berupa pemeriksaan mukus, tes Fern, penilaian dan konseling 12. Melatih pemeriksaan payudara sendiri 13. Melakukan konseling dan advokasi berbagai macam alat kontrasepsi 14. Melakukan ketrampilan pemasangan alat kontrasepsi IUD 15. Melakukan ketrampilan pemasangan alat kontrasepsi implant 16. Melakukan kuretase dibawah supervisi 17. CTG (Cardiotokografi): melakukan dan menginterpretasikan 18. Pengisian partograf dan interpretasi 19. Melakukan penjahitan luka episiotomi dan laserasi		
10	Long case examination (ujian akhir)	Anamnesis	1kasus/mahasiswa/stase, dilaksanakan pada akhir stase.	Mg 10
1.	Multiple Choice Question (CBT)	Knowledge	Nilai minimal 70, nilai yang digunakan adalah nilai pertama lulus.	Mg 8-9
2.	Attitude sehari-hari	Professional behaviour	Dinilai pada akhir stase.	Mg 10

2. Metode Pembelajaran dan Penilaian

Berbagai kompetensi tersebut dicapai oleh DM dengan cara melaksanakan metode pembelajaran yang telah ditentukan dan akan dinilai melalui asesmen sesuai dengan Tabel di atas. Rincian kegiatan, kompetensi serta teknis pelaksanaan kegiatan proses dan penilaian dijelaskan dalam Tabel berikut ini. Sedangkan penjelasan bagaimana prosedur pelaksanaan masing-masing kegiatan dapat dibaca di Buku Panduan Umum Pendidikan Profesi Dokter FKIK UMY.

3. Pelaksanaan Pendidikan Profesi,

Semua kegiatan tersebut akan ditempuh selama 5 minggu dengan jadwal seperti terlihat pada Tabel di atas. Kegiatan bimbingan lebih diutamakan untuk mengingatkan kembali materi-materi yang sudah pernah diterima DM saat mereka menjalani pendidikan tahap Sarjana. Sedangkan kegiatan BST dan seterusnya, yang mengikutsertakan pasien pada setting sebenarnya, merupakan kegiatan pendidikan profesi yang baru pertama kali dijalani oleh seorang DM.

Kompetensi di Bagian Obstetri dan Ginekologi diperoleh melalui kegiatan di Poliklinik dan sebagian kecil di Bangsal. Karena kegiatan di poliklinik berlangsung cepat dan pasien diusahakan tidak menunggu terlalu lama untuk diperiksa sampai memperoleh terapi atau tindakan. Oleh karena itu DM harus lebih siap untuk merekam semua kegiatan dan kejadian di Poliklinik. Apalagi penegakan penyakit di Bagian Obstetri dan Ginekologi membutuhkan banyak pengalaman untuk melihat dan memahami berbagai kasus dan keluhan pada pasien. Proses pendidikan profesi Bagian Obstetri dan Ginekologi juga dilaksanakan di 8 RS yang menjadi wahana pendidikan FKIK UMY dengan dokter pendidik klinik masing-masing RS satu atau dua orang, seperti tampak pada Tabel berikut. Kegiatan selama 10 minggu dilaksanakan di masing-masing RS tersebut sampai selesai, tidak ada kegiatan stase perifer ke RS jejaring.

Tabel 2. Daftar RS dan Dokter Pendidik Klinik Bagian Obstetri dan Ginekologi
FKIK UMY

No	Nama RS	Nama Dokter Pendidik Klinik
1	RSU Kota Jogjakarta	Dr. Anisah, SpOG Dr. Tri Budianto, SpOG
2	RSUD Panembahan Senopati, Bantul	Dr. HM. Any Ashari, SpOG(K) Dr. Bambang Basuki, SpOG(K)
3	RSUD Saras Husada, Purworejo	Dr. Tri Turnianti H., SpOG(K) Dr. Dradjat Koerniawan, SpOG Dr. Theresia Jashinta Manu, SpOG
4	RSUD Magelang	Dr. Eddy Gunawan, SpOG(K) Dr. Sapar Setyoko, SpOG Dr. Adi Pramono, SpOG
5	RSUD Salatiga	Dr. H. Mufti Siradj, SpOG Dr. Agung Supriandono, SpOG
6	RSUD Krt Setjonegoro, Wonosobo	Dr. Agung Suhadi, SpOG(K), Mkes Dr. Ai Suratman, SpOG
7	RSUD Djojonegoro, Temanggung	Dr. Prasetyawan, SpOG
8	RSU PKU Muhammadiyah, Yogyakarta	Dr. Ahmad Hidayat, SpOG, M.Kes Dr. Sulistiari Retnowati, SpOG dr. Alfaina Wahyuni, MKes, SpOG dr. Supriyatiningih, MKes, SpOG dr. Bryan, SpOG.

BAB III PRINSIP PENEGAKAN DIAGNOSIS PADA PERSALINAN NORMAL

A. Tujuan Pembelajaran

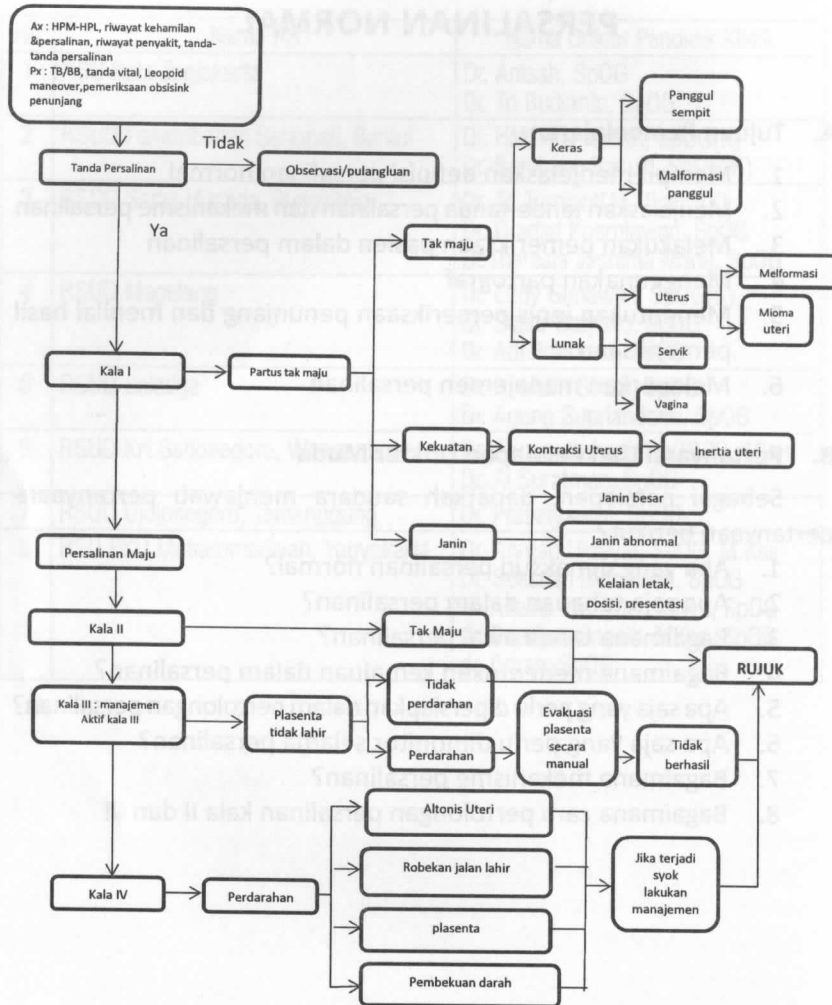
1. Mampu menjelaskan definisi persalinan normal
2. Menjelaskan tanda-tanda persalinan dan mekanisme persalinan
3. Melakukan pemeriksaan pasien dalam persalinan
4. Menggunakan partograf
5. Menentukan jenis pemeriksaan penunjang dan menilai hasil pemeriksaan
6. Melaporkan manajemen persalinan

B. Pertanyaan Dan Persiapan Dokter Muda

Sebagai persiapan, dapatkah saudara menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut?

1. Apa yang dimaksud persalinan normal?
2. Apa saja tahapan dalam persalinan?
3. Bagaimana tanda awal persalinan?
4. Bagaimana menentukan kemajuan dalam persalinan?
5. Apa saja yang perlu dipersiapkan dalam pertolongan persalinan?
6. Apa saja yang perlu dimonitor selama persalinan?
7. Bagaimana mekanisme persalinan?
8. Bagaimana cara pertolongan persalinan kala II dan III

C. Algoritme Kasus



9. Informasi apa yang perlu diberikan pada pasien dan keluarga pasien selama persalinan?
10. Apa yang dilakukan jika terjadi perdarahan post partum?
11. Apa saja penyebab perdarahan post partum?

D. Daftar Ketrampilan (Kognitif dan Psikomotorik)

1. Prosedur pemeriksaan kemajuan persalinan yang harus dilakukan
2. Prosedur pencegahan infeksi
3. Melakukan pemeriksaan fisik
4. Melakukan pemeriksaan obstetric
5. Mengisi dan membaca partograf
6. Melakukan pertolongan persalinan
7. Melakukan manual plasenta pada kasus retensi plasenta
8. Melakukan pemasangan infus dan kateter urin
9. Menilai skor APGAR
10. Melakukan anatesi local perineum

E. Penjabaran Prosedur

1. Pemeriksaan Leopold lihat pada petunjuk skills lab atau suplemen obsgyn
2. Pertolongan, persalinan lihat pada buku suplemen obsgyn
3. Baca kembali teknik komunikasi untuk menyampaikan informasi mengenai persalinan

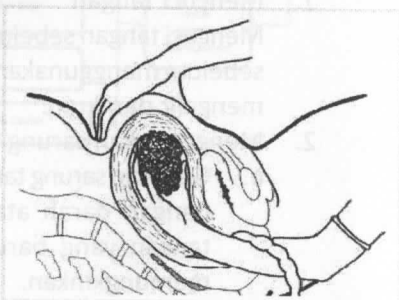
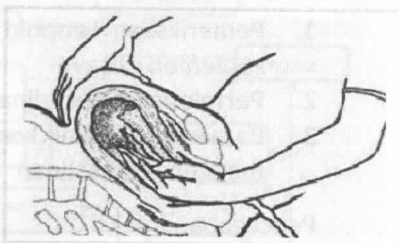
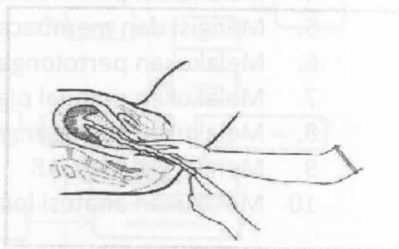
Pencegahan Infeksi

1. Mencuci Tangan
Mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani pasien serta sebelum menggunakan sarung tangan. Gunakan sabun dan air mengalir dari kran.
2. Menggunakan sarung tangan
 - a. Gunakan sarung tangan jika kemungkinan akan bersentuhan dengan darah atau cairan tubuh pasien. Pakai sarung tangan yang baru atau yang dapat dipakai ulang jika memungkinkan.
 - b. Gunakan sarung tangan steril untuk kasus pembedahan

3. Gunakan pakaian yang bersih selama persalinan
4. Gunakan kaca mata (Goggles), masker atau apron
5. Gunakan alas kaki (boots)
6. Lakukan dekontaminasi alat-alat setelah pemakaian.
 - a. Rendam alat-alat dalam cairan klorin 0,5 % selama 10 menit
 - b. Bersihkan dengan sikat, sabun dan air mengalir
 - c. Keringkan
 - d. Alat-alat disterilkan

Manual Plasenta

1. Lakukan pencegahan infeksi
2. Pasang infus
3. Berikan antibiotik profilaksis
4. Klem tali pusat dan tarik tali pusat perlahan sehingga sejajar dengan lantai
5. Pakai sarung tangan steril hingga diatas siku
6. Masukkan tangan dan susuri tali pusat dari vagina hingga ke rongga uterus (Gambar 1).
7. Tangan kiri berada pada fundus uteri untuk menahan uterus
8. Tangan kanan mencari tepi plasenta dan lepaskan plasenta dari insersinya dengan menggunakan isi lateral tangan (Gambar 2). Lakukan dengan perlahan pada seluruh plasenta bed sehingga seluruh plasenta terlepas dari dinding uterus. Jangan keluarkan plasenta lepas dari insersinya karena



hal ini akan menyebabkan terjadinya inversi uterus, (Gambar 2)

9. Keluarkan plasenta secara perlahan uterus (Gambar 3) dan tangan kiri menekan supra pubik untuk mencegah terjadinya counter-traction sehingga tidak terjadi inversi uterus. Pastikan bahwa telah dikeluarkan dari rongga uterus.
10. Berikan oksitosin 20 unit dalam 1 L cairan infus (Ringer Laktat atau Normal saline).
11. Minta asisten untuk melakukan masase pada fundus uteri untuk membantu kontraksi uterus.
12. Jika perdarahan terus berlangsung, berikan ergometrin 0,2 mg intramuskuler atau prostaglandin.
13. Periksa kembali apakah ada robekan pada serviks, vagina atau perineum dan lakukan penjahitan jika terdapat robekan.

Perawatan Setelah Manual Plasenta

1. Monitor tanda vital hingga stabil dan jumlah perdarahan
2. Palpasi tinggi fundus uteri dan pastikan kontraksi uteruis tetap baik
3. Lanjutkan infus atau berikan transfuse jika diperlukan

F. Referensi

- William obstetrics, 22nd edition, 2006
 Current obstetrics and Gynecologi, 9nd edition, 2003
[http://www.who.int/reproductive-health/inpac/Procedurres/manual removal P777 P79.html](http://www.who.int/reproductive-health/inpac/Procedurres/manual%20removal%20P777%20P79.html)
 guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources, JHPIEGO

BAB IV

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS KEHAMILAN RISIKO TINGGI

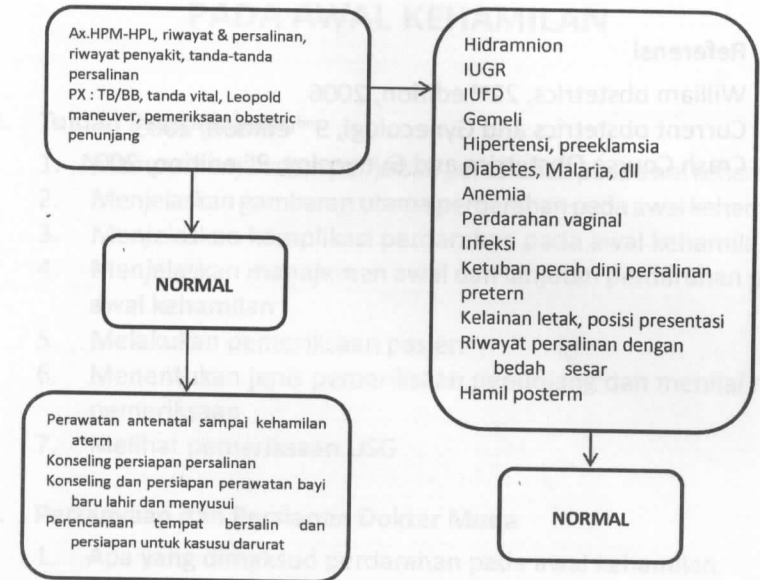
A. Tujuan Pembelajaran

1. Mengerti tujuan pemeriksaan antenatal
2. Mampu menjelaskan definisi kehamilan risiko tinggi
3. Menjelaskan berbagai faktor risiko kehamilan risiko tinggi
4. Menjelaskan komplikasi kehamilan risiko tinggi
5. Menjelaskan manajemen awal dan lanjutan kehamilan risiko tinggi
6. Menilai dan melaporkan pasien dengan kehamilan risiko tinggi
7. Melakukan pemeriksaan pasien
8. Menentukan jenis pemeriksaan penunjang dan menilai hasil pemeriksaan (pemeriksaan pada kasus)

B. Pertanyaan dan Persiapan Dokter Muda

1. Apa yang dimaksud kehamilan risiko tinggi?
2. Apa saja yang termasuk kehamilan risiko tinggi?
3. Bagaimana manifestasi klinik kehamilan risiko tinggi?
4. Apa komplikasi kehamilan risiko tinggi?
5. Bagaimana manajemen awal dan lanjutan kehamilan risiko tinggi?

C. Algoritme Kasus



D. Daftar Ketrampilan (Kognitif dan psikomotor)

1. Membedakan riwayat dan pemeriksaan klinik pada kasus-kasus kehamilan risiko tinggi.
2. Cara mengurangi risiko kehamilan risiko tinggi
3. Cara memberitahu ibu hamil bila kehamilan tidak normal
4. Pengaruh kehamilan risiko pada morbiditas/mortalitas ibu dan janin
5. Tindakan yang perlu diperhatikan ibu dengan kehamilan risiko tinggi
6. Menentukan manajemen awal pada pasien dengan kehamilan risiko tinggi.

E. Penjabaran Prosedur

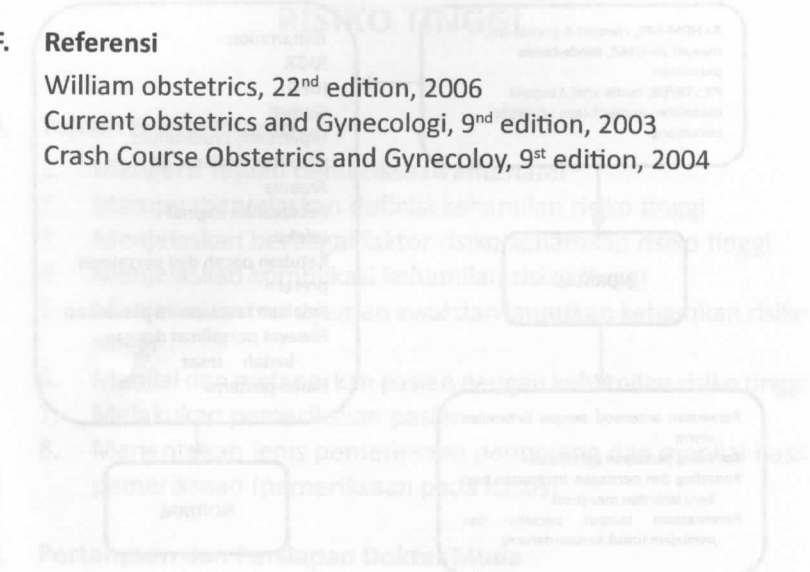
1. Pemeriksaan Leopold dilihat pada checklist

F. Referensi

William obstetrics, 22nd edition, 2006

Current obstetrics and Gynecologi, 9nd edition, 2003

Crash Course Obstetrics and Gynecology, 9st edition, 2004



1. Apa yang dimaksud kehamilan ektopik?
2. Apa saja jenis abortus?
3. Bagaimana manifestasi klinik abortus?
4. Apakah yang dimaksud dengan kehamilan ektopik?
5. Bagaimana manifestasi klinik kehamilan ektopik?
6. Apa komplikasi kehamilan ektopik?
7. Apa yang dimaksud kehamilan mola?
8. Bagaimana manifestasi klinik kehamilan mola?
9. Adakah kondisi lain yang juga menunjukkan gejala perdarahan pada awal kehamilan?
10. Pemeriksaan apa yang dilakukan untuk mengetahui gejala perdarahan pada awal kehamilan?
11. Pemeriksaan apa yang akan dilakukan pada pasien dengan perdarahan pada awal kehamilan?
12. Bagaimana manajemen awal dan lanjutan pasien dengan keluhan perdarahan pada awal kehamilan?

BAB V

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS PERDARAHAN PADA AWAL KEHAMILAN

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu menjelaskan penyebab perdarahan pada awal kehamilan
2. Menjelaskan gambaran utama perdarahan pada awal kehamilan
3. Menjelaskan komplikasi perdarahan pada awal kehamilan
4. Menjelaskan manajemen awal dan lanjutan perdarahan pada awal kehamilan
5. Melakukan pemeriksaan pasien
6. Menentukan jenis pemeriksaan penunjang dan menilai hasil pemeriksaan
7. Melihat pemeriksaan USG

B. Pertanyaan dan Persiapan Dokter Muda

1. Apa yang dimaksud perdarahan pada awal kehamilan
2. Apa yang dimaksud dengan abortus?
3. Apa saja jenis abortus?
4. Bagaimana manifestasi klinik abortus?
5. Apakah yang dimaksud dengan kehamilan ektopik?
6. Bagaimana manifestasi klinik kehamilan ektopik?
7. Apa komplikasi kehamilan ektopik?
8. Apa yang dimaksud kehamilan mola?
9. Bagaimana manifestasi klinik kehamilan mola?
10. Adakah kondisi lain yang juga menunjukkan gejala perdarahan pada awal kehamilan.
11. Pemeriksaan apa yang dilakukan untuk mengetahui gejala perdarahan pada awal kehamilan?
12. Pemeriksaan apa yang akan dilakukan pada pasien dengan perdarahan pada awal kehamilan?
13. Bagaimana manajemen awal dan lanjutan pasien dengan keluhan perdarahan pada awal kehamilan?

1. Nadi cepat, lemah (> 110 kali/menit)

14. Bagaimana menentukan keadaan emergensi dan emergensi pada pasien dengan perdarahan pada awal kehamilan?
15. Apa yang saudara lakukan jika menentukan kasus emergensi pada pasien dengan perdarahan pada awal kehamilan?

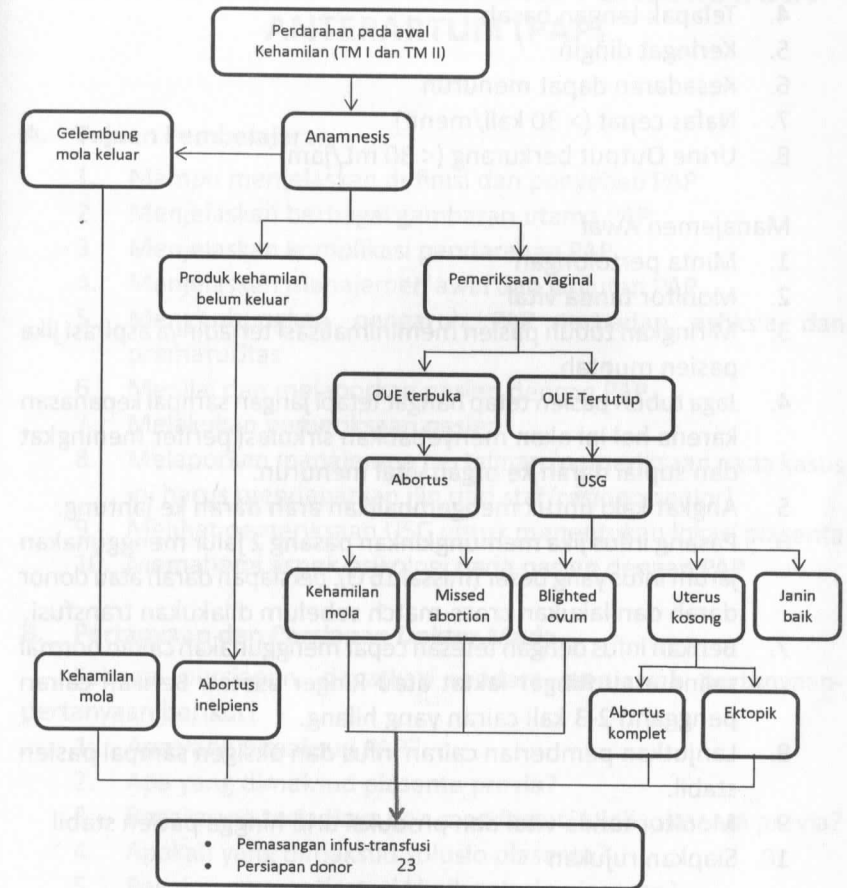
C. Algoritme Kasus

Untuk algoritme kasus lihat diagram

D. Daftar Ketrampilan (Kognitif dan Psikomotor)

1. Membedakan pemeriksaan klinik pada abortus kehamilan ektopik dan kehamilan mola
2. Prosedur pemeriksaan yang harus dilakukan
3. Patofisiologi shock hipovolemik
4. Menilai tingkat shock hipovolemik dan manajemen awal
5. Para profesi lain pada manajemen perdarahan pada awal kehamilan (bidan, spesialis obstetric, spesialis anestesi)
6. Membuat prioritas penanganan pasien
7. Melakukan pemasangan kateter urine dan infus

Algoritme Kasus



E. Penjabaran Prosedur

1. Pemeriksaan ginekologik lihat pada petunjuk skills lab atau suplemen obsgyn
2. Shock Hipovolemik

Diagnosis shock jika didapat tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Nadi cepat, lemah (> 110 kali/menit)

2. Tekanan darah rendah (sistolik < 90 mm Hg)
3. Pucat
4. Telapak tangan basah
5. Keringat dingin
6. Kesadaran dapat menurun
7. Nafas cepat (> 30 kali/menit)
8. Urine Output berkurang (< 30 mL/jam)

Manajemen Awal

1. Minta pertolongan
2. Monitor tanda vital
3. Miringkan tubuh pasien meminimalisasi terjadinya aspirasi jika pasien muntah.
4. Jaga tubuh pasien tetap hangat tetapi jangan sampai kepanasan karena hal ini akan menyebabkan sirkulasi perifer meningkat dan suplai darah ke organ vital menurun.
5. Angkat kaki untuk mengembalikan arah darah ke jantung.
6. Pasang infus jika memungkinkan pasang 2 jalur menggunakan jarum infus yang besar (misal 16 G). persiapkan darah atau donor darah dan lakukan cross-match sebelum dilakukan transfusi.
7. Berikan infus dengan tetesan cepat menggunakan cairan normal saline atau Ringer laktat atau Ringer asetat. Berikan cairan pengganti 2-3 kali cairan yang hilang.
8. Lanjutkan pemberian cairan infus dan oksigen sampai pasien stabil.
9. Monitor tanda vital dan produksi urin hingga pasien stabil
10. Siapkan rujukan

Catatan : jaringan berikan cairan melalui mulut pada pasien syok

F. Referensi

Novak's Gynecology, 14th ed, William & Wilkins
 William obstetrics, 22nd edition, 2006
 Current obstetrics and Gynecologi, 9th edition, 2003
[http://www.who.int/reproductive-health/impac/Symptoms/Shock SI S5.html](http://www.who.int/reproductive-health/impac/Symptoms/Shock%20SI%20S5.html)

BAB VI ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS PENDARAHAN ANTEPARTUM (PAP)

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu menjelaskan definisi dan penyebab PAP
2. Menjelaskan berbagai gambaran utama PAP
3. Menjelaskan komplikasi pendarahan PAP
4. Menjelaskan manajemen awal dan lanjutan PAP
5. Menghubungkan pengaruh PAP terhadap asfiksia dan prematuritas
6. Menilai dan melaporkan pasien dengan PAP
7. Melakukan pemeriksaan pasien
8. Melaporkan manajemen persalinan (pemeriksaan pada kasus ini harus mendapatkan ijin dari staf/residen senior)
9. Melihat pemeriksaan USG untuk menentukan lokasi plasenta
10. Memahami aspek psikologi pada pasien dengan PAP

B. Pertanyaan dan Persiapan Dokter Muda

Sebagai persiapan, dapatkah saudara menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut?

1. Apa yang dimaksud PAP?
2. Apa yang dimaksud plasenta previa?
3. Bagaimana terjadinya dan manifestasi klinik plasenta previa?
4. Apakah yang dimaksud solusio plasenta?
5. Bagaimana manifestasi klinik solusio plasenta?
6. Apa komplikasi utama solusio plasenta?
7. Adakah kondisi lain yang juga menunjukkan gejala PAP?
8. Bagaimana manajemen awal pasien dengan keluhan PAP?
9. Pemeriksaan apa yang akan dilakukan pada pasien dengan PAP?
10. Apa yang saudara lakukan bila menemukan kasus emergensi pada pasien dengan PAP?

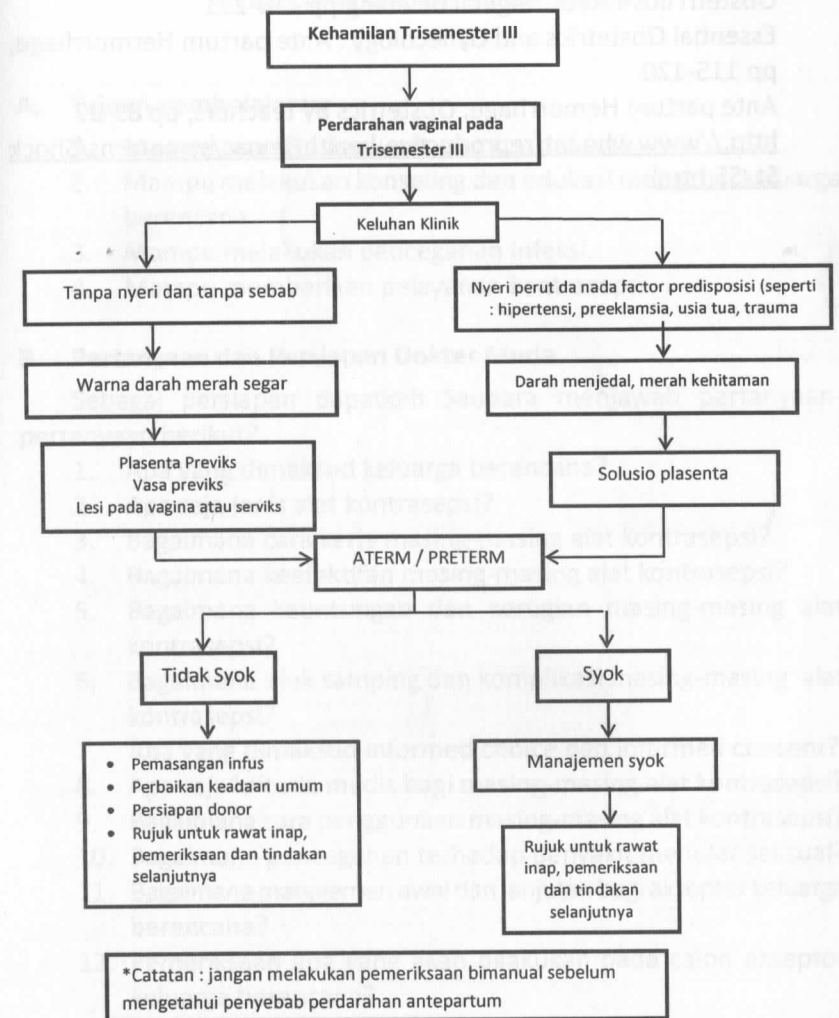
C. Algoritme Kasus

Untuk algoritme kasus lihat diagram

D. Daftar Keterampilan (Kognitif dan Psikomotor)

1. Membedakan riwayat dan pemeriksaan klinik pada PAP
2. Perawatan antenatal
3. Cara mengurangi PAP
4. Cara memberitahu bayi meninggal dalam Rahim pada kasus solusio plasenta
5. Pengaruh PAP pada mortalitas
6. Patofisiologi syok hipovolemik
7. Tindakan yang perlu diperhatikan ibu setelah didiagnosis PAP
8. Menilai tingkat syok hipovolemik dan manajemen awal
9. Peran profesi lain pada manajemen PAP? (bidan, spesialis obstetri, spesialis anastesi)
10. Membuat prioritas menangani pasien

Algoritme Kasus

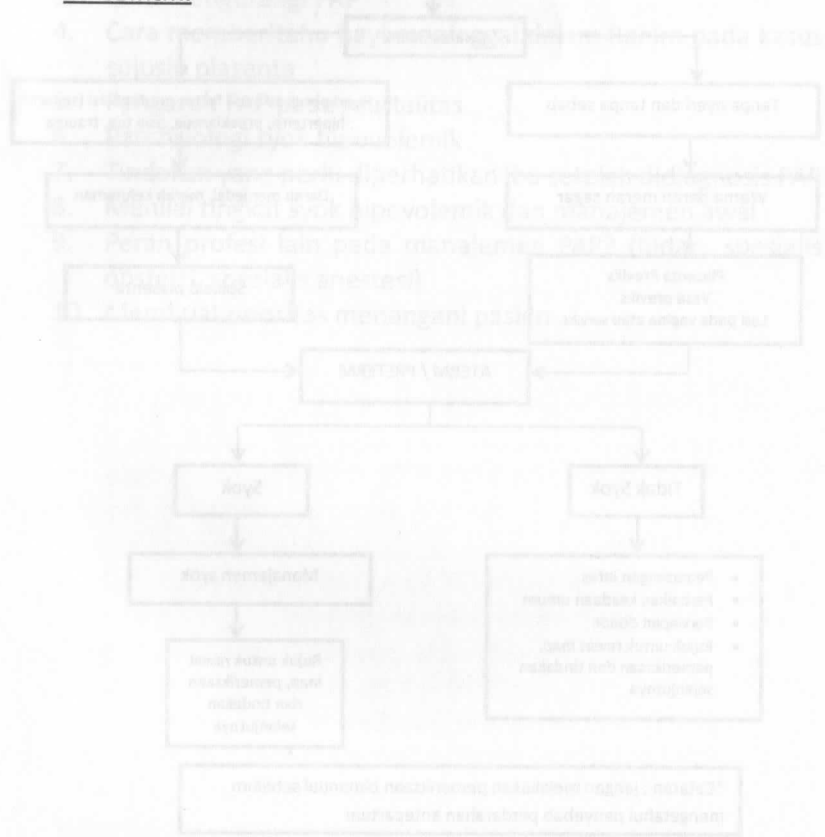


E. Penjabaran Prosedur

1. Baca suplemen obsgyn tentang perdarahan Ante Partum
2. Baca kembali mengenai shock hipovolemik dan penanganannya

F. Referensi

- Obstetri illustrated . Vaginal Bleeding.pp 214-221
Essential Obstetrics and Gynecology : Ante partum Hemorrhage, pp 115-120
Ante partum Hemorrhage, Obstetrics by teachers, pp 89-97
http://www.who.int/reproductive-health/impac/symptoms/ShockSt_S5.html



BAB VII KELUARGA BERENCANA

A. Tujuan pembelajaran

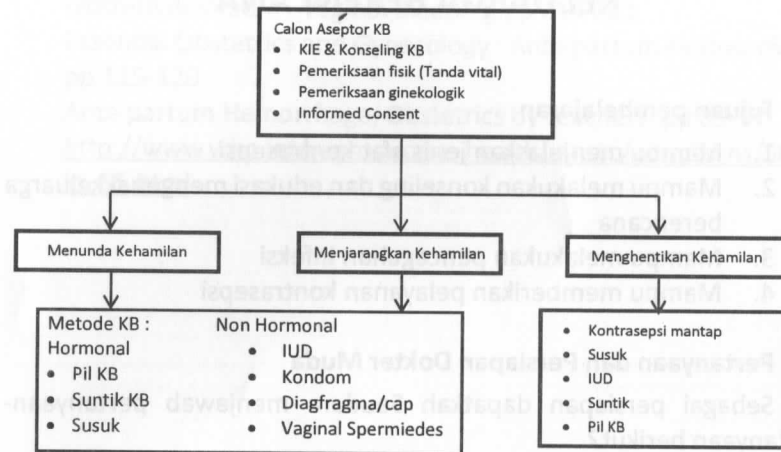
1. Mampu menjelaskan jenis alat kontrasepsi
2. Mampu melakukan konseling dan edukasi mengenai keluarga berencana
3. Mampu melakukan pencegahan infeksi
4. Mampu memberikan pelayanan kontrasepsi

B. Pertanyaan dan Persiapan Dokter Muda

Sebagai persiapan dapatkah Saudara menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut?

1. Apa yang dimaksud keluarga berencana?
2. Apa saja jenis alat kontrasepsi?
3. Bagaimana cara kerja masing-masing alat kontrasepsi?
4. Bagaimana keefektifan masing-masing alat kontrasepsi?
5. Bagaimana keuntungan dan kerugian masing-masing alat kontrasepsi?
6. Bagaimana efek samping dan komplikasi masing-masing alat kontrasepsi?
7. Apa yang dimaksud informed choice dan informed consent?
8. Apa saja kriteria medis bagi masing-masing alat kontrasepsi?
9. Bagaimana cara penggunaan masing-masing alat kontrasepsi?
10. Bagaimana pencegahan terhadap penyakit menular seksual?
11. Bagaimana manajemen awal dan lanjutan bagi akseptor keluarga berencana?
12. Pemeriksaan apa yang akan dilakukan pada calon akseptor keluarga berencana?

C. Algoritme Kasus



Prosedur Penting Untuk Pemilihan Metode KB

Kelas A = Sangat diperlukan untuk keamanan metode KB	Kelas B = Diperlukan bagi beberapa kasus untuk keamanan penggunaan metode KB tetapi tidak untuk seluruh calon akseptor	Kelas C = Baik untuk pencegahan kesehatan tetapi secara materi tidak terkait dengan penggunaan metode KB	Kelas D = Tidak berkaitan dengan perawatan kesehatan maupun keamanan penggunaan metode KB
--	--	--	---

Singkatan

Low-Dose Combined Oral Contraceptives	COCs	Vasectomy	Vas
Progestin-Only Pills During Breasfeeding	POPs	Barrier Methods	BM
DMPA/NET injectables	DMPA	Copper IUDs	IUDs
Implants	I	Lactational Amemorhea method	LAM
Female Sterilization	FS	Fertility Awareness-Based Methods	FABM

Prosedur	COCs	POPs	DMPA	I	FS *	Vas	BM **	IUDs	LAM	FABM
Pemeriksaan pelvis (Spekulum dan Bimanual) untuk wanita pemeriksaan genital untuk pria	C	C	C	C	A	A	C ¹	A	C	C
Pemeriksaan tekanan darah	B	C	C	C	A	C	C	C	C	C
Pemeriksaan payudara	B	C	C	C	C	-	C	C	C	C
Skrening PMS dengan laboratorium	C	C	C	C	C	C	C	B ²	C	C
Skrening Ca Serviks	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Pemeriksaan laboratorium (Contoh, Kolesterol, glukos, Fungsi hati)	D	D	D	D	C ²	D	D	D	-	-
Prosedur pencegahan infeksi	C	C	A	A	A	A	C ⁴	A	C	C
Konseling **	A ⁵	A	A	A	A ⁶	A ⁵	B ⁷	A ⁸	A ⁹	A ⁰
Konseling khusus mengenai perubahan menstruasi, termasuk menstruasi irregular atau amenorea	A	A	A	A	-	-	-	A	-	-

- Klasifikasi untuk anestesi
- Klasifikasi untuk kondom, , *spermicides and diafragma*
- Koseling khusus: efikasi, efek samping, penggunaan metode yang benar, gejala dan tanda yang memerlukan penanganan tenaga kesehatan, proteksi PMS

D. Daftar Ketrampilan (Kognitif dan Psikomotor)

1. Membedakan jenis alat kontrasepsi.
2. Membedakan cara kerja alat-alat kontrasepsi dan efek sampingnya.
3. Konseling bagi calon akseptor KB
4. Prosedur pencegahan infeksi

5. Prosedur pemilihan, pemakaian dan pencabutan alat kontrasepsi.
6. Mengatasi efek samping.
7. Mengatasi komplikasi

E. Penjabaran Prosedur

1. Baca kembali teknik komunikasi dalam konseling
2. Baca kembali petunjuk skills lab mengenai prosedur pemasangan IUD.

Pencegahan Infeksi

1. Mencuci tangan.
2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani pasien serta sebelum menggunakan sarung tangan. Gunakan sabun dan air mengalir dan kran.
3. Menggunakan sarung tangan.
4. Gunakan sarung tangan jika kemungkinan bersentuhan dengan darah atau cairan tubuh pasien. Pakai sarung tangan yang baru atau yang dapat dipakai ulang jika memungkinkan.
5. Gunakan sarung tangan steril untuk kasus pembedahan
6. Pemeriksaan vagina hanya jika diperlukan.
7. Bersihkan kulit pada daerah yang akan dilakukan injeksi atau sebelum pemasangan implant.
8. Prosedur memasukkan lengan IUD inserter secara "no touch technique".
9. Bersihkan serviks uteri dengan antiseptic sebagai bagian dari "no touch" technique sebelum melakukan insersi *Intra uterine Device* (IUD)
10. Alat suntik dan jarum suntik hanya sekali pakai.
11. Lakukan dekontaminasi alat-alat setelah pemakaian.
 - a. Rendam alat-alat dalam cairan klorin 0,5 %
 - b. Bersihkan dengan siakt, sabun dan air mengalir.
 - c. Alat-alat dikeringkan.
 - d. Alat-alat disterilkan.

F. Referensi

- The Essentials of Contraceptive Technology, Population Information Program, The Johns Hopkins University, 2001
- Novak's Gynecology , 14th ed, Williams & Wilkins
- Current obstetrics and Gynecology, 9th edition, 2003

BAB VIII

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS GANGGUAN MENSTRUASI

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu menjelaskan definisi menstruasi
2. Mampu menjelaskan mekanisme terjadinya menstruasi.
3. Mampu menggambarkan pola siklus menstruasi.
4. Mampu menjelaskan macam-macam gangguan menstruasi.
5. Mampu menjelaskan penyebab gangguan menstruasi.
6. Melakukan pemeriksaan pasien.
7. Melihat pemeriksaan pasien.
8. Melihat pemeriksaan USG awal.
9. Mampu melakukan penanganan pada pasien-pasien dengan gangguan menstruasi.

B. Pertanyaan Dan Persiapan Dokter Muda

Sebagai persiapan, dapatkan Saudara menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut?

1. Apa yang dimaksud menstruasi?
2. Jelaskan fase-fase yang terjadi dalam siklus menstruasi!
3. Apa yang dimaksud dengan hipermenorea (menoragia) dan hipomenorea?
4. Apa penyebab terjadinya hipermenorea (menoragia) dan hipermenorea?
5. Apa yang dimaksud dengan polimenorea, oligomenorea, amenorea?
6. Apa penyebab terjadinya polimenorea, oligomenorea, amenorea?
7. Apa yang dimaksud dengan metrogia?
8. Apa penyebab terjadinya metrogia?
9. Apa yang dimaksud dengan menometroragia?
10. Apa penyebab terjadinya menometroragia?

C. Algoritme Kasus

Untuk algoritme kasus lihat di halaman 24 sampai dengan halaman 28

D. Daftar Ketrampilan (Kognitif dan Psikomotor)

1. Menggambarkan pola menstruasi
2. Melakukan pemeriksaan fisik.
3. Melakukan pemeriksaan ginekologik.
4. Mendiagnosis gangguan menstruasi.
5. Memahami penanganan pasien dengan gangguan menstruasi.
6. Membuat prioritas penanganan pasien.

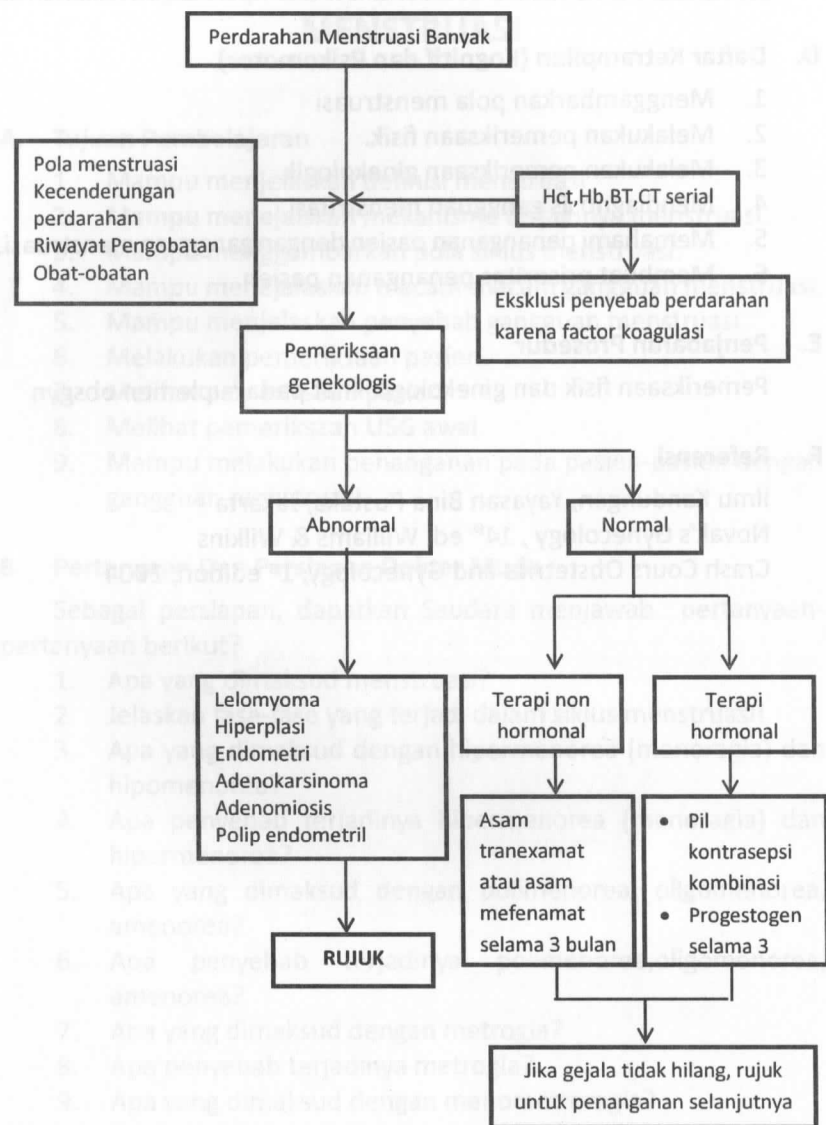
E. Penjabaran Prosedur

Pemeriksaan fisik dan ginekologik lihat pada suplemen obsgyn

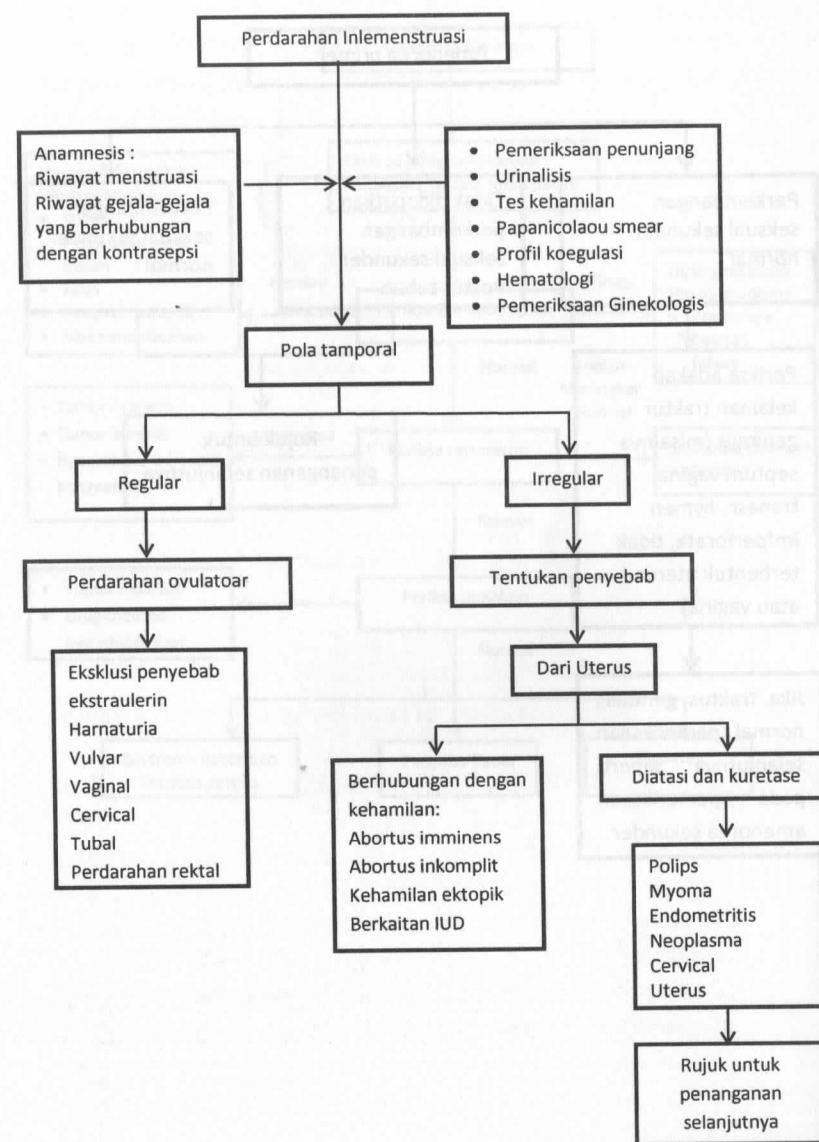
F. Referensi

Ilmu Kandungan, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta
Novak's Gynecology, 14th ed, Williams & Wilkins
Crash Cours Obstetrics and Gynecology, 1st edition, 2004

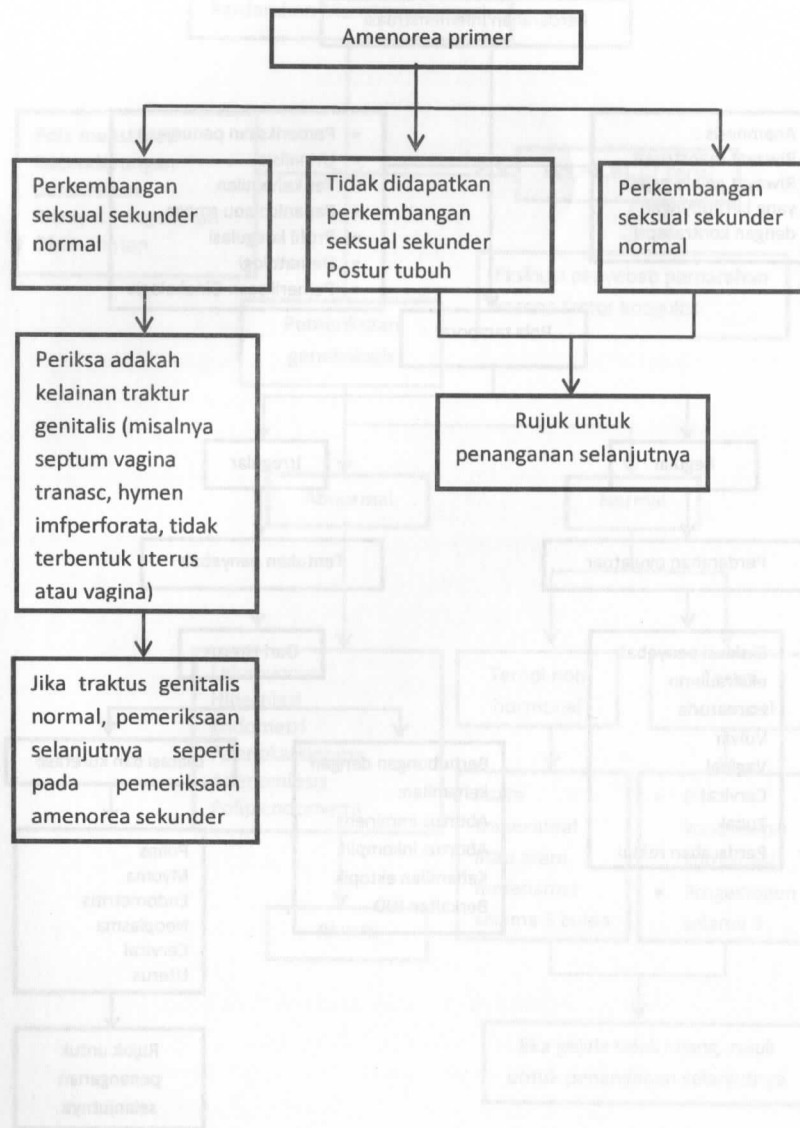
MENORAGIA



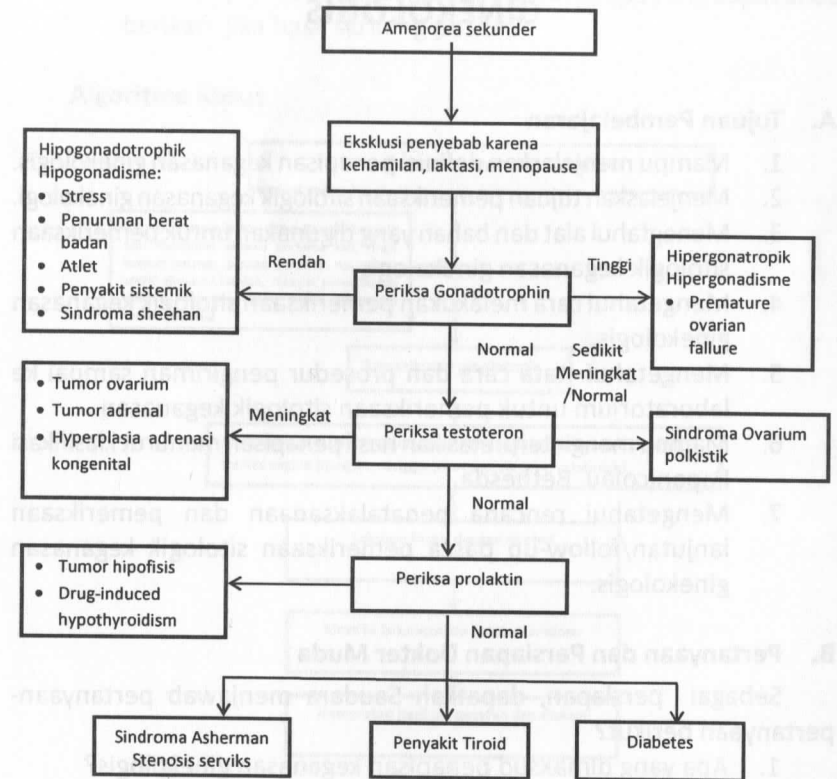
METRORAGIA



AMENOREA



AMENOREA



BAB IX

ALUR PENEGAKAN SKRINING KEGANASAN GINEKOLOGIS

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu menjelaskan definisi penapisan keganasan ginekologis.
2. Menjelaskan tujuan pemeriksaan sitologik keganasan ginekologi.
3. Mengetahui alat dan bahan yang digunakan untuk pemeriksaan sitologik keganasan ginekologis.
4. Mengetahui cara melakukan pemeriksaan sitologik keganasan ginekologis.
5. Mengetahui tata cara dan prosedur pengiriman sampai ke laboratorium untuk pemeriksaan sitologik keganasan.
6. Mampu menginterpretasikan hasil penapisan menurut klasifikasi Papanicolau, Bethesda.
7. Mengetahui rencana penatalaksanaan dan pemeriksaan lanjutan/follow-up pasca pemeriksaan sitologik keganasan ginekologis.

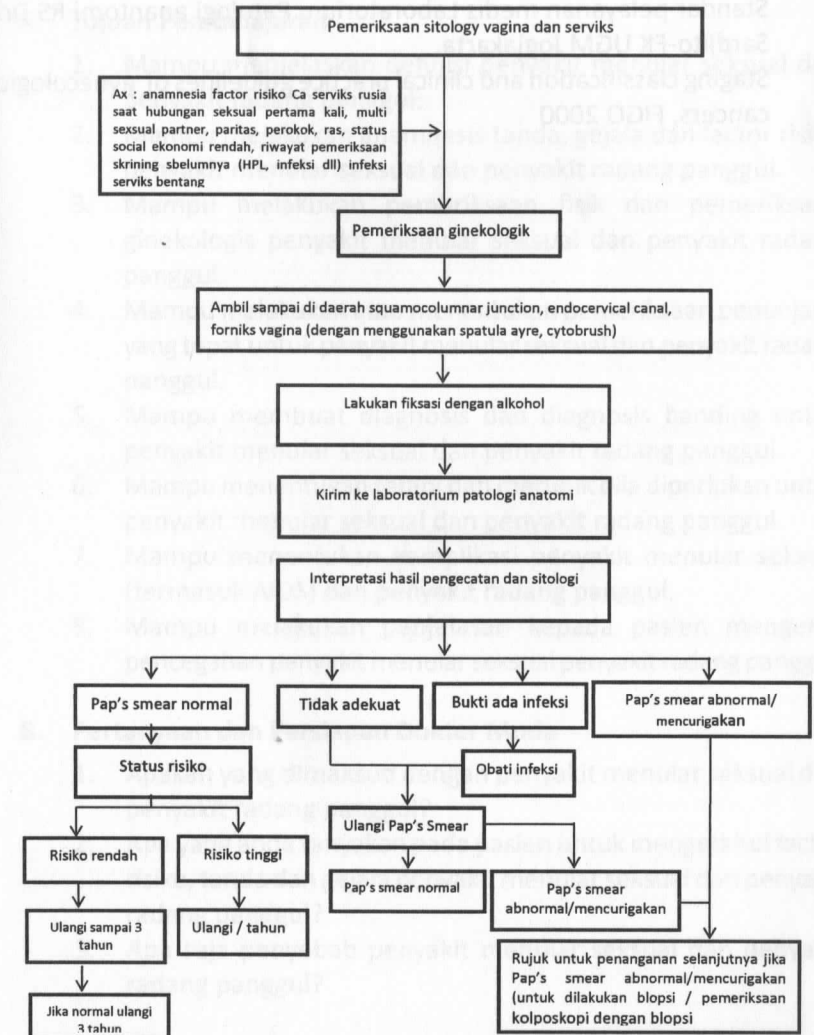
B. Pertanyaan dan Persiapan Dokter Muda

Sebagai persiapan, dapatkah Saudara menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut?

1. Apa yang dimaksud penapisan keganasan ginekologis?
2. Apa maksud dan tujuan penapisan keganasan ginekologis?
3. Alat dan bahan apa saja yang diperlukan untuk pemeriksaan sitologik vagina dan serviks?
4. Bagaimana cara melakukan pemeriksaan sitologik keganasan ginekologis?
5. Apa saja yang perlu dipersiapkan dan bagaimana cara pengiriman sampel ke laboratorium untuk pemeriksaan sitologik keganasan ginekologis?
6. Hasil skrining apa/bagaimana yang disebut sebagai kemungkinan keganasan ginekologis?

7. Rencana penatalaksanaan dan penjelasan apa yang dapat anda berikan jika hasil skrining negatif?
8. Rencana penatalaksanaan dan penjelasan apa yang dapat anda berikan jika hasil skrining positif?

Algoritme Kasus

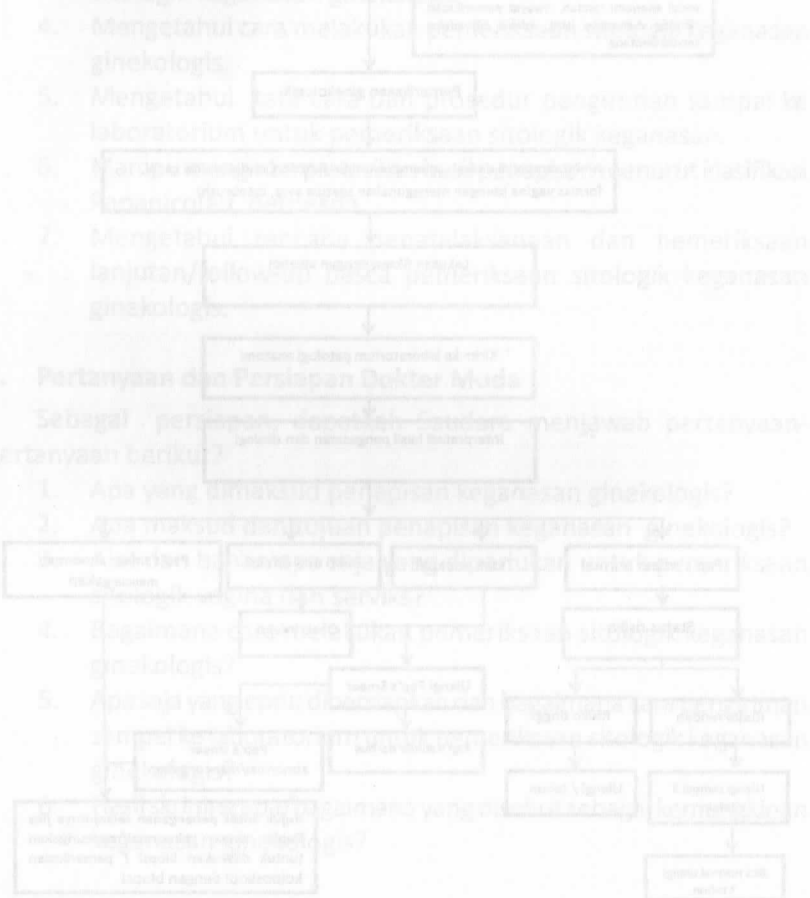


E. Penjabaran Prosedur

1. Pemeriksaan ginekologik lihat pada checklist.
2. Prosedur Pemeriksaan Pap's smear (Papanicolaou Smear)

F. Referensi

Buku petunjuk pemeriksaan ginekologik skills lab
Standar pelayanan medis Laboratorium Patologi anatomi RS.Dr.
Sardjito-FK UGM Jogjakarta.
Staging classification and clinical practice guidelines of gynecologic
cancers, FIGO 2000



BAB X

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN PENYAKIT RADANG PANGGUL

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu menjelaskan definisi penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul.
2. Mampu melakukan anamnesis tanda, gejala dan factor risiko penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul.
3. Mampu melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan ginekologis penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul.
4. Mampu melakukan atau menentukan pemeriksaan penunjang yang tepat untuk penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul.
5. Mampu membuat diagnosis dan diagnosis banding untuk penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul.
6. Mampu menentukan terapi dan merujuk bila diperlukan untuk penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul.
7. Mampu menentukan komplikasi penyakit menular seksual (termasuk AIDS) dan penyakit radang panggul.
8. Mampu melakukan penjelasan kepada pasien mengenai pencegahan penyakit menular seksual penyakit radang panggul.

B. Pertanyaan dan Persiapan Dokter Muda

1. Apakah yang dimaksud dengan penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul?
2. Apa yang anda tanyakan pada pasien untuk mengetahui factor risiko, tanda dan gejala penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul?
3. Apa saja penyebab penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul?

Bagaimana membedakan penyebabnya?

4. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan ginekologik apa saja yang anda lakukan?
5. Pemeriksaan penunjang apa sajakah yang anda perlukan pada penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul?
6. Apa komplikasi penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul?
7. Bagaimana penanganan pasien dengan komplikasi penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul?
8. Bagaimana mencegah penyakit menular seksual dan penyakit radang panggul?

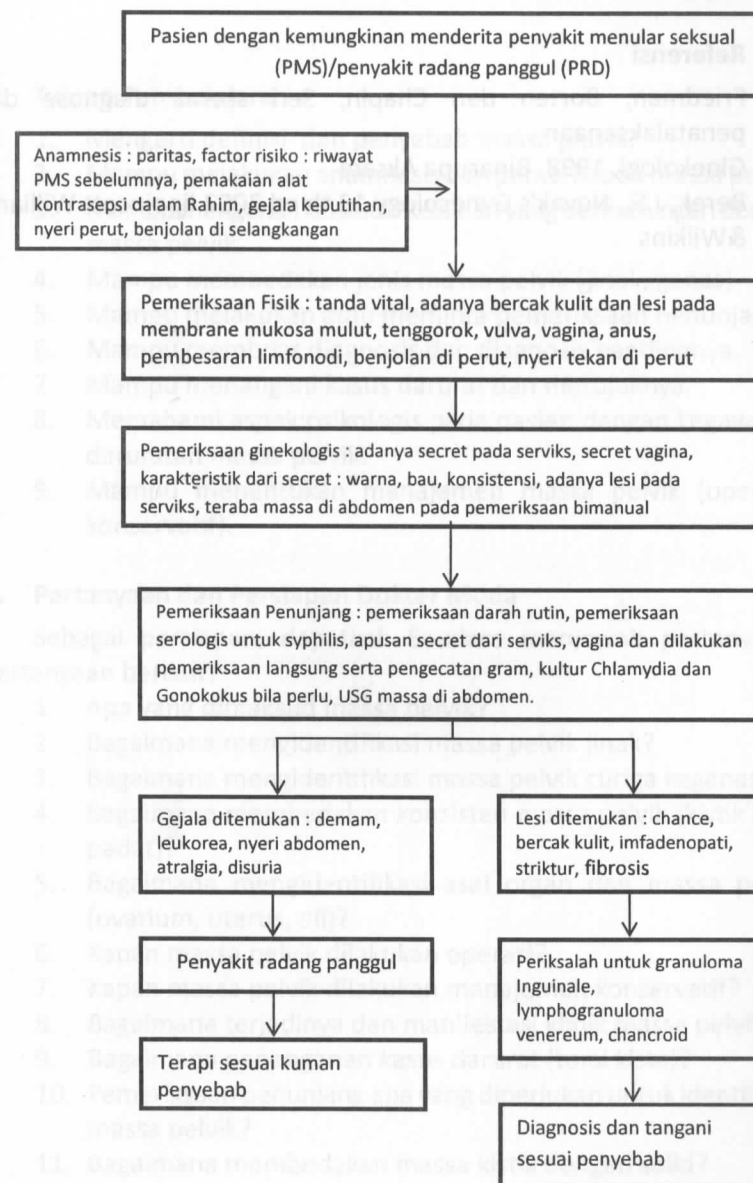
C. Algoritme Kasus

Untuk algoritme kasus lihat halaman 33

D. Daftar Ketrampilan (Kognitif dan Psikomotor)

1. Melakukan anamnesis
2. Melakukan pemeriksaan fisik umum
3. Melakukan pemeriksaan ginekologik.
4. Menentukan jenis pemeriksaan penunjang yang rasional dan penilaian hasil pemeriksaan penunjang.
5. Mampu menetapkan diagnose dan terapi.

Algoritme Kasus



E. Penjabaran Prosedur

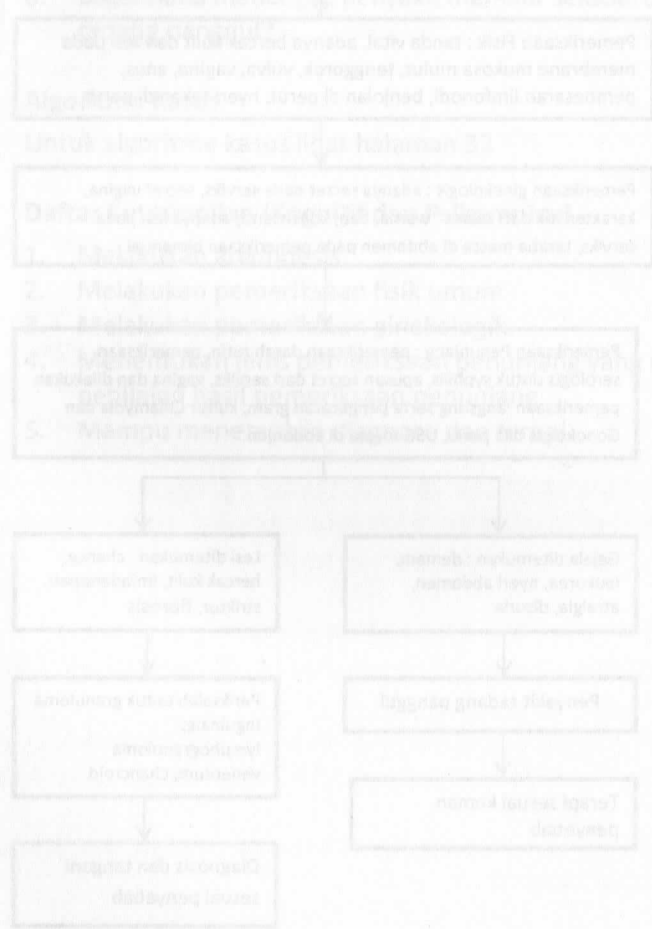
Baca kembali teknik pemeriksaan ginekologik pada checklist

F. Referensi

Friedman, Borten dan Chapin, Seri skema diagnose dan penatalaksanaan

Ginekologi, 1998. Binarupa Aksara

Berek, J.S., Novak's Gynecology 13 th ed 2002 lippincott Williams &Wilkins



BAB XI

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS MASSA PELVIK

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mengerti definisi dan penyebab massa pelvik.
2. Mampu melakukan anamnesis dan pemeriksaan massa pelvik.
3. Mampu mengenali kelainan-kelainan yang berhubungan dengan massa pelvik.
4. Mampu membedakan jenis massa pelvik (jinak, ganas)
5. Mampu melakukan atau meminta pemeriksaan penunjang.
6. Mampu membuat diagnosis dan diagnosis bandingnya.
7. Mampu menangani kasus darurat dan merujuknya.
8. Memahami aspek psikologis pada pasien dengan kegawatan daruratan massa pelvik.
9. Mampu menentukan manajemen massa pelvik (operasi/konservatif).

B. Pertanyaan dan Persiapan Dokter Muda

Sebagai persiapan, dapatkah Saudara menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut?

1. Apa yang dimaksud massa pelvik?
2. Bagaimana mengidentifikasi massa pelvik jinak?
3. Bagaimana mengidentifikasi massa pelvik curiga keganasan?
4. Bagaimana membedakan konsisten massa pelvik (kistik atau padat)?
5. Bagaimana mengidentifikasi asal organ dan massa pelvik (ovarium, uterus, dll)?
6. Kapan massa pelvik dilakukan operasi?
7. Kapan massa pelvik dilakukan manajemen konservatif?
8. Bagaimana terjadinya dan manifestasi klinik massa pelvik?
9. Bagaimana penanganan kasus darurat (torsio kista)?
10. Pemeriksaan penunjang apa yang diperlukan untuk identifikasi massa pelvik?
11. Bagaimana membedakan massa kistik dengan solid?

12. Bagaimana membedakan permukaan massa dengan berbenjol-benjol?
13. Bagaimana menentukan asal massa pelvik?
14. Bagaimana membedakan massa pelvik mobil atau terfiksir?
15. Bagaimana membedakan jenis massa pelvik (jinak/ganas)?

C. Algoritme Kasus

Untuk algoritme kasus lihat halaman 37

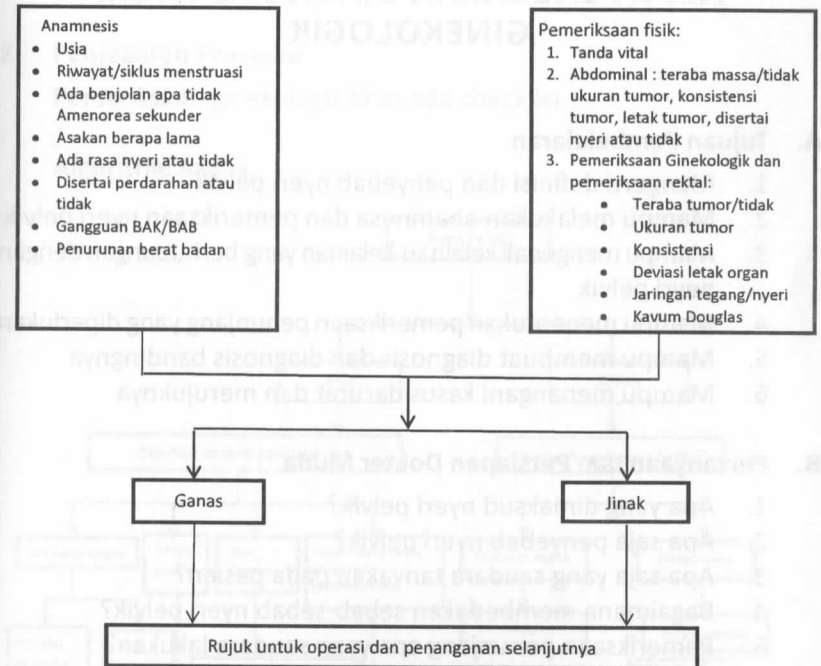
D. Daftar Ketrampilan (Kognitif Dan Psikomotor)

1. Mampu melakukan pemeriksaan ginekologik.
2. Mampu menilai hasil pemeriksaan penunjang.
3. Membedakan pemeriksaan klinik pada pasien dengan massa pelvik.
4. Melakukan tindakan awal pada kasus darurat.

E. Penjabaran Prosedur

Pemeriksaan ginekologik lihat pada petunjuk skills lab

Algoritme Kasus



F. Referensi

- Novak's Gynecology , 12th ed, pp 352-376
 Crash Cours Obstetrics and Gynecology, 1st edition, 2004

BAB XII

ALUR PENEGAKAN DIAGNOSIS NYERI GINEKOLOGIK

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mengerti definisi dan penyebab nyeri pelvik
2. Mampu melakukan anamnesa dan pemeriksaan nyeri pelvik
3. Mampu mengenali kelainan-kelainan yang berhubungan dengan nyeri pelvik
4. Mampu menentukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan
5. Mampu membuat diagnosis dan diagnosis bandingnya
6. Mampu menangani kasus darurat dan merujuknya

B. Pertanyaan dan Persiapan Dokter Muda

1. Apa yang dimaksud nyeri pelvik?
2. Apa saja penyebab nyeri pelvik?
3. Apa saja yang saudara tanyakan pada pasien?
4. Bagaimana membedakan sebab-sebab nyeri pelvik?
5. Pemeriksaan penunjang apa yang saudara lakukan?
6. Bagaimana manajemen awal nyeri pelvik?
7. Nasihat apa yang saudara berikan pada pasien dan keluarga pasien?

C. Algoritme Kasus

Untuk algoritme kasus lihat halaman 39

D. Daftar Ketrampilan (Kognitif dan Psikomotor)

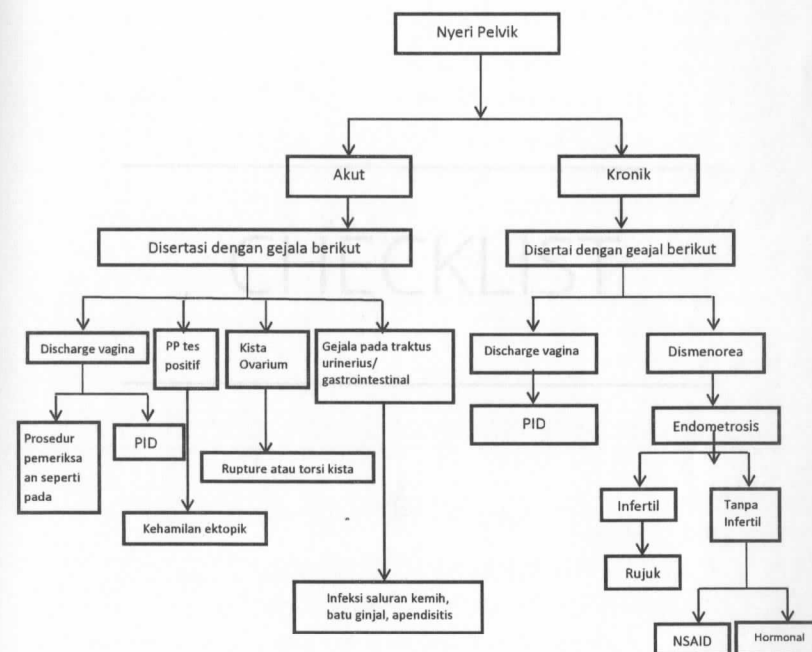
1. Memahami patofisiologi nyeri
2. Memahami patofisiologi shock (hipovolemik, neurogenik)
3. Membedakan riwayat dan pemeriksaan klinik pada pasien dengan nyeri ginekologik
4. Cara mengurangi risiko timbulnya nyeri pelvik
5. Menilai hasil pemeriksaan penunjang

6. Mampu melakukan tindakan pada kasus darurat
7. Melakukan pemasangan infus dan kateter urin

E. Penjabaran Prosedur

Pemeriksaan ginekologis lihat ada checklist

Algoritme Kasus



F. Referensi

- Callahan TL, Caughey AB, Heffner LJ. Blueprints in Obstetrics and Gynecology, 2nd Edition, Pp 12-13, 126-130
- James DK, Jhonson IR, McEwan A. Chronic Pelvic Pain, An Obstetrics & Gynecology Vade-Mecum, Pp 251-155
- Crash Course Obstetrics and Gynecology, 2st edition, 2004

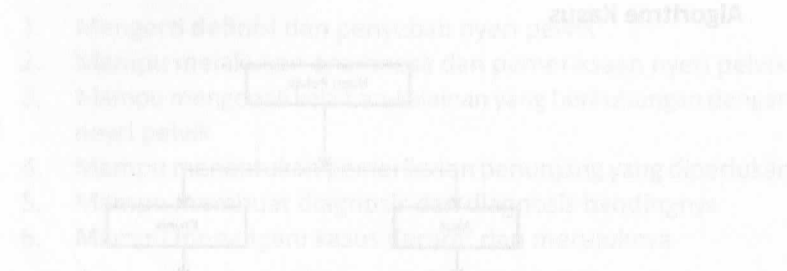
1. Menentukan kebutuhan alat dan bahan
 2. Menentukan prosedur pemeriksaan
 3. Melakukan pemeriksaan
 4. Menentukan hasil pemeriksaan
 5. Menentukan tindakan
 6. Menentukan dokumentasi

KISLOKONING

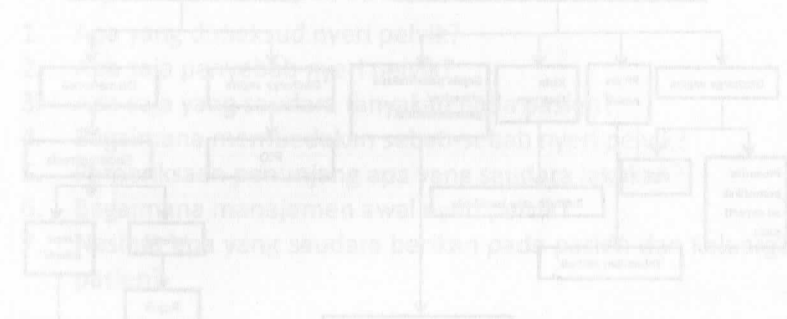
E. Penjabaran Prosedur

Revisi dan penjabaran prosedur pemeriksaan

A. Algoritma Kasus



B. Definisi



C. Daftar Pustaka

1. Daftar Pustaka

D. Referensi

1. Cullinan JT, Caughey AB, Henrichs J. *Obstetrics and Gynecology*. 2018; 120:1-1000.
2. James DK, *Obstetrics and Gynecology*. 2018; 120:1-1000.
3. *Cash Course Obstetrics and Gynecology*. 2018; 120:1-1000.
4. *Obstetrics and Gynecology*. 2018; 120:1-1000.
5. *Obstetrics and Gynecology*. 2018; 120:1-1000.

APPENDIX

No	Uraian	Waktu	Tempat
1	1. Anamnesis	10 menit	Ruang Rawat Inap
2	2. Pemeriksaan Fisik	10 menit	Ruang Rawat Inap
3	3. Pemeriksaan Spesial	10 menit	Ruang Rawat Inap
4	4. Penentuan Tindakan	10 menit	Ruang Rawat Inap
5	5. Dokumentasi	10 menit	Ruang Rawat Inap
6	6. Evaluasi	10 menit	Ruang Rawat Inap
7	7. Anamnesis	10 menit	Ruang Rawat Inap
8	8. Pemeriksaan Fisik	10 menit	Ruang Rawat Inap
9	9. Pemeriksaan Spesial	10 menit	Ruang Rawat Inap
10	10. Penentuan Tindakan	10 menit	Ruang Rawat Inap
11	11. Dokumentasi	10 menit	Ruang Rawat Inap
12	12. Evaluasi	10 menit	Ruang Rawat Inap
13	13. Anamnesis	10 menit	Ruang Rawat Inap
14	14. Pemeriksaan Fisik	10 menit	Ruang Rawat Inap
15	15. Pemeriksaan Spesial	10 menit	Ruang Rawat Inap
16	16. Penentuan Tindakan	10 menit	Ruang Rawat Inap
17	17. Dokumentasi	10 menit	Ruang Rawat Inap
18	18. Evaluasi	10 menit	Ruang Rawat Inap

CHECKLIST

1. Menentukan kebutuhan alat dan bahan
 2. Menentukan prosedur pemeriksaan
 3. Melakukan pemeriksaan
 4. Menentukan hasil pemeriksaan
 5. Menentukan tindakan
 6. Menentukan dokumentasi

ANAMNESIS PERAWATAN ANTENATAL

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PENDAHULUAN				
1	Menciptakan suasana yang nyaman dan menjaga privacy pasien			
2	Mengucapkan salam dan mengenalkan diri			
3	Menyatakan maksud pemeriksaan atau tindakan yang akan dilakukan			
II. ANAMNESIS				
4	Menanyakan tentang: Riwayat perkawinan, riwayat haid, hari pertama haid terakhir, riwayat penyakit ibu dan keluarga (yang berkaitan dengan masalah kehamilan) kebiasaan (missal : merokok, obat dan jamu-jamuan, hewan peliharaan) riwayat persalinan terdahulu, keluhan selama ini.			
5	Menentukan usia kehamilan menurut anamnesis dan membuat taksiran persalinan			
III. MEDICAL RECORD				
6	Mencatat hasil anamnesis dalam medical record			
7	Menandatangani dan menulis nama lengkap			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/semurna

PEMERIKSAAN ANTENATAL

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PENDAHULUAN				
1	Menciptakan suasana yang nyaman dan menjaga privacy pasien			
2	Mengucapkan salam dan mengenalkan diri			
3	Menyatakan maksud pemeriksaan atau tindakan yang akan dilakukan			
II. PEMERIKSAAN				
4	Mempersiapkan ibu berbaring			
5	Mencuci tangan dan mengeringkannya dengan handuk			
6	Mengatur posisi pemeriksa terhadap ibu			
7	Memeberitahu pemeriksaan akan dimulai			
8	Melakukan pemeriksaan Leopold I			
9	Melakukan pemeriksaan Leopold II			
10	Melakukan pemeriksaan Leopold III			
11	Melakukan pemeriksaan Leopold IV			
12	Melakukan pemeriksaan aukultasi			
13	Melakukan pemeriksaan dalam jika ada indikasi			
14	Meletakkan semua peralatan yang telah digunakan pada tempatnya			
15	Memeberitahukan kepada ibu bahwa prosedur pemeriksaan telah selesai			
16	Mempersilakan ibu untuk duduk kembali dan menjelaskan hasil pemeriksaan			
17	Menjelaskan rencana asuhan antenatal			
18	Membuat jadwal kunjungan ulangan			
19	Mengingatkan hal-hal penting yang membuat ibu harus melakukan kunjungan ulang di luar jadwal			
20	Menyerahkan kembali buku control ibu dan mengucapkan salam			
III. MEDICAL RECORD				
21	Mencatat semua tindakan dalam medical record			
22	Menandatangani dan menulis nama lengkap			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/semurna

PENATALAKSANAAN PERTOLONGAN PERSALINAN SPONTAN

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. KALA I				
1	Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan			
2	Melakukan anamnesis seperti, menjelaskan prosedur pemeriksaan			
3	Mempersiapkan ibu berbaring terlentang di atas meja persalinan			
4	Menilai keadaan umum pasien			
5	Menilai tanda vital			
6	Melakukan pemeriksaan Leopold I			
7	Melakukan pemeriksaan Leopold II			
8	Melakukan pemeriksaan Leopold III			
9	Melakukan pemeriksaan Leopold IV			
10	Melakukan taksiran berat janin			
11	Menilai his			
12	Menilai DJJ			
13	Menilai kondisi serviks			
14	Menilai selaput ketuban			
15	Menilai letak, presentasi, sikap, dan posisi janin			
16	Menilai kondisi panggul ibu			
17	Menilai imbang kepala-pelvik			
18	Membuat partograf			
II. KALA II				
19	Menjelaskan teknik mengejan yang baik			
20	Mengatur posisi pasien			
21	Memasang kain steril			
22	Memimpin mengejan saat ada his			
23	Melakukan episiotomy bila ada indikasi			
24	Memberikan uterotonika profilaksi			
25	Melahirkan kepala bayi			
26	Membersihkan lendir di mulut dan hidung bayi			
27	Menunggu putar paksi luar atau membantu putar paksi luar bila ada indikasi			

28	Memebebaskan lilitan tali pusat pada leher bayi jika ada lilitan			
29	Melahirkan bahu bayi			
30	Melahirkan badan bayi			
31	Meletakkan bayi pada kain steril di atas perut ibu			
32	Melakukan resusitasi bayi			
33	Menilai skor Apgar			
34	Memotong dan mengikat tali pusat			

III. KALA III				
35	Mengosongkan kandung kencing dengan kateter			
36	Menilai tanda pelepasan plasenta			
37	Melahirkan plasenta			
38	Menilai kontraksi uterus			
39	Menilai kelengkapan plasenta			
40	Memeberikan uterotonika (metilergonovin)			
41	Menilai perlukaan jalan lahir			
42	Mengukur jumlah perdarahan yang keluar			

IV. PENCEGAHAN INFEKSI				
43	Memasukkan instrument kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit			
44	Memasukkan sampah bahan habis pakai pada tempat yang telah disediakan			
45	Menyeka bagian-bagian yang dicemari secret dan cairan tubuh dengan larutan klorin 0,5 %			
46	Membersihkan dan merendam sarung tangan ke dalam larutan 0,5 %			
47	Mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir			
48	Mengeringkan tangan, dengan sabun dan air yang mengalir			
V. MEDICAL RECORD				
49	Mencatat semua tindakan dalam medical record			
50	Menandatangani dan menulis nama jelas dan lengkap			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/sempurna

PENATALAKSANAAN EVAKUASI PLASENTA SECARA MANUAL

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PERSIAPAN				
1	Memperkenalkan diri			
2	Menjelaskan maksud tindakan			
3	Mempersiapkan medikamentosa untuk evakuasi plasenta secara manual			
4	Memasang infus			
II. PELAKSANAAN				
5	Melakukan preparasi vulva dan sekitarnya			
6	Memasang kain steril			
7	Memakai sarung tangan steril secara aseptik			
8	Memberikan premedikasi dan sedasi			
9	Menegangkan tali pusat sejajar dengan lantai			
10	Memasukkan satu tangan secara obstetric			
11	Tangan kiri menahan fundus uteri			
12	Tangan kanan melepas seluruh plasenta melalui tepi insersi			
13	Mengeluarkan plasenta yang sudah terlepas sambil menahan uterus pada saat plasenta dikeluarkan			
14	Melakukan eksplorasi ulang			
15	Menilai kontraksi uterus dan jumlah perdarahan memberikan uterotonika			
16	Melakukan dekontaminasi pasca tindakan			
17	Mencuci tangan pasca tindakan			
18	Memeriksa kembali tanda vital			
III. MEDICAL RECORD				
19	Mencatat semua tindakan dalam medical record			
20	Menandatangani dan menulis nama jelas dan lengkap			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/sempurna

ANAMNESIS GINEKOLOGI

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PENDAHULUAN				
1	Menciptakan suasana yang nyaman dan menjaga privacy pasien			
2	Mengucapkan salam dan mengenalkan diri			
3	Menyatakan maksud pemeriksaan atau tindakan yang akan dilakukan			
4	Dengan sopan menanyakan identitas : Nama sendiri, status perkawinan, nama suami (bagi yang sudah menikah), alamat, umur, dan pekerjaan.			
5	Menanyakan tujuan pasien mendatangi fasilitas kesehatan ini			
II. MENANYAKAN KELUHAN UTAMA				
III. MENANYAKAN RIWAYAT MENSTRUASI				
6	Menanyakan kapan hari pertama dan hari terakhir, kapan menerka, berapa lama siklusnya, teratur apa tidak, berapa lama darah keluar, berapa banyak darah yang keluar, disertai rasa sakit apa tidak dll.			
IV. MENANYAKAN RIWAYAT OBSTETRI				
7	Kapan mulai, bagaimana warnanya, konsistensinya (kental atau encer), baunya, disertai gatal atau tidak, sakit apa tidak, bercampur darah apa tidak, disertai gangguan kencing apa tidak, dll. Apakah pasien akseptor KB (hormonal, IUD) bagaimana aktifitas seksualnya, apakah ada hubungan pre atau ekstra marital, apa pekerjaan suami dll. Apakah ada riwayat diabetes			
V. MENANYAKAN RIWAYAT OBSTETRI				
8	Berapa jumlah anak, umur anak, bagaimana persalinannya. Apakah pernah abortus, apakah sifatnya spontan atau disengaja. Bila disengaja (abortus provokatus) siapa yang melakukan : dokter, bidan, atau dukun dan apakah terjadi komplikasi			
VI. MENANYAKAN RIWAYAT GINEKOLOGIK				
9	Apakah pernah menderita nyeri perut bagian bawah, infeksi panggul, tumor ginekologik, riwayat pengobatan yang dahulu, apakah pernah melakukan Pap smear, dll			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/sempurna

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
VII. MENANYAKAN RIWAYAT OPERATIF				
10	Apakah pernah dilakukan seksi sesarea, laparotomy, operasi karena kehamilan di luar Rahim, histerektomi, dll. Apakah ada komplikasi selama dan sesudah operasi. Apakah pernah dilakukan operasi vaginal seperti histerektomi vaginal, kolpotomi posterior, dll. Apakah pernah dilakukan kuretase, dll			
VIII. MENANYAKAN RIWAYAT PERKAWINAN DAN HUBUNGAN SEKSUAL				
11	Kapan menikah (sudah berapa lama) frekuensi hubungan seks, bagaimana libidonya, bagaimana orgasmenya, apakah hidup serumah, dll. Apakah pernah berganti suami, apakah pernah melakukan hubungan seks pre dan atau ekstra marital, apakah mempunyai partner lebih dari satu dan apakah ada contact bleeding, dll			
IX. MENANYAKAN RIWAYAT KELUARGA BERENCANA				
12	Menanyakan apakah pasien akseptor KB, apa jenis JB, kapan dipakai, siapa yang memberikan, pernahkah berganti cara, keluhan apa yang menyertainya, dll			
13	Menanyakan keluhan-keluhan sistemik			
X. MENANYAKAN RIWAYAT LAIN				
14	Menanyakan riwayat keluarga. Menanyakan apakah saudaranya, ibunya, atau yang lain ada menderita keluhan yang sama apakah ada penyakit genetik dalam keluarga			
15	Menanyakan riwayat pekerjaan. Menanyakan apa pekerjaan pasien dengan suami			
16	Menanyakan riwayat pemakaian obat-obatan. Menanyakan apakah sedang dalam pengobatan antibiotika, kemoterapi, kortikosteroid, dll			
17	Menanyakan kebiasaan buang air kecil dan besar, dll			
18	Mengatakan bahwa pertanyaan dianggap cukup sambil mengucapkan terima kasih atas keterangan pasien			
19	Menyilahkan pasien untuk masuk ke ruang pemeriksaan dan mempersiapkan diri			
JUMLAH				

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/sempurna

PEMERIKSAAN GINEKOLOGIS

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PENDAHULUAN				
1	Menciptakan suasana yang nyaman dan menjaga privacy pasien			
2	Mengucapkan salam dan mengenalkan diri			
3	Menyatakan maksud pemeriksaan atau tindakan yang akan dilakukan			
4	Dengan sopan menanyakan identitas (Nama, Umur, Paritas, dll)			
II. PERSIAPAN				
5	Melepas cincin, jam tangan, lalu mencuci tangan dengan sabun polos (plain soap)			
6	Mencek alat-alat dan bahan yang diperlukan			
7	Melakukan anamnesis seperti sambil menyilahkan pasien tenang dalam posisi litotomi			
8	Membetulkan posisi pasien dengan perineum di tepi meja periksa			
III. PEMERIKSAAN				
9	Melakukan inspeksi secara umum (Keadaan umum, kesadaran, anemic apa tidak, kesakitan apa tidak, dll) dan mendeskripsikan hasilnya			
10	Melakukan inspeksi abdomen dan mendeskripsikan hasilnya			
11	Melakukan palpasi abdomen dan mendeskripsikan hasilnya			
12	Melakukan perkusi abdomen dan mendeskripsikan hasilnya			
13	Melakukan aukultasi abdomen dan mendeskripsikan hasilnya			
IV. PEMERIKSAAN IN SPECULO, PEMERIKSAAN DUDUK MENGHADAP KE ARAH GENITALIA PASIEN				
14	Memakai sarung tangan secara aseptik			
15	Melakukan preparasi vulva dan sekitarnya dengan larutan antiseptika			
16	Menutup vulva dengan kain lubang steril			
17	Melakukan kateterisasi kantung kencing belum dikosongkan			
18	Melakukan palpasi vulva dan sekitarnya termasuk region ingunalis Meraba dan menelusuri labium majus kanan dan kiri (terutama kelenjar Bartholoni) dengan ibu jari dan ujung telunjuk dan mendeskripsikannya			
19	Memilih speculum dan pengatur sekrapnya			

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
20	Mengoles speculum dengan antiseptika			
21	Memasang spekulum , ambil spekulum dengan tangan kanan, masukkan ujung telunjuk kiri pada introitus agar introitus terbuka. Dalam keadaan tertutup, masukkan ujung speculum dengan arah sejajar introitus (posisi daun adalah vertical) dan yakinkan bahwa tidak ada bagian yang terjepit. Dorong kea rah dalam perlahan-lahan sampai mencapai serviks			
22	Menampilkan mukosa vagina . Tekan pengungkit sehingga speculum terbuka, putar daunnya 90 derajat dan perhatikan mukosa vagina			
23	Menampilkan serviks . Dengan membuka speculum serviks terlihat di antara dua ujung daun speculum. Perhatikan bentuk, yang mungkin ada. Perhatikan pula fornices dengan memutar 90 derajat daun speculum			
24	Mengunci kedudukan speculum			
25	Membersihkan rongga vagina, serviks dan fornices dengan larutan antiseptika. Melakukan inspeksi serviks dan sekitarnya sekali lagi dan mendeskripsikannya			
26	Mengendorkan sekrup pengunci, mencabut speculum dan menaruhnya ke dalam larutan klorin 0,5 %			
V. PEMERIKSAAN BIMANUAL				
27	Pemeriksa berdiri, mengambil sikap tangan kanan I vulva, tangan kiri di supra pubis			
28	Mengusap tangan kanan dengan larutan antiseptika atau pelumas steril sebagai persiapan melakukan pemeriksaan bimanual			
29	Ibu jari dan telunjuk kiri membuka vulva			
30	Melakukan pemeriksaan dalam . Jari ke empat dan e lima tangan kanan dalam posisi fleksi jari yang lain ekstensi, jari tengah kanan menekan introitus kea rah dorsal lalu didorong masuk diikuti jari tengah sampai menyentuh serviks			
31	Tangan kiri berada di daerah supra public untuk mengarahkan organ yang diperiksa			
32	Kedua ujung jari tangan kanan berada di formiks posterior, ujung jari tangan kiri berada di atas abdomen di daerah suprasimfisi. Kedua tangan berusaha menilai organ pelvis, termasuk tumor-tumor yang mungkin ada			
33	Menilai mukosa vagina . Licin kasar, ada massa, septum. Dll			
34	Menilai serviks . Besar, posisi, konsistensi, permukaan, gerakan, benjolan, dll			

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
35	Menilai korpus uteri . Besar, konsistensi, permukaan, gerakan, massa, permukaan, nyeri tekan, dll			
36	Menilai parametrium dan adneksa . Kaku, lemas, massa, nyeri, dll			
37	Menilai massa tumor . Besar, konsistensi, permukaan, gerakan, asal, nyeri tekan, batas kutub bawah, masuk rongga panggul, atau tidak, dll			
38	Menarik tangan kanan dari vagina			
39	Mengangkat tangan kiri dan dinding perut, mengusapkan larutan antiseptika pada bekas secret/cairan di dinding perut dan sekitar vulva			
VI. TAHAP PENCEGAHAN INFEKSI				
40	Mengumpulkan semua peralatan yang telah digunakan kemudian memasukkan ke dalam wadah yang berisi larutan 0,5 % selama 10 menit			
41	Memasukkan sampah bahan habis pakai pada tempat yang telah disediakan			
42	Menyeka bagian-bagian yang dicemari sekret dan cairan tubuh dengan larutan klorin 0,5 %			
43	Memasukkan tangan yang masih bersarung ke dalam larutan klorin 0,5 %, sambil membersihkan dari secret dan cairan dan rendam ke dalam larutan tersebut selama 10 menit			
44	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir			
45	Mengeringkan dengan handuk yang bersih			
VII. PENJELASAN HASIL PEMERIKSAAN KEPADA PASIEN				
46	Memberitahukan kepada pasien bahwa pemeriksaan sudah selesai			
47	Menyilahkan pasien untuk menunggu di ruang tunggu			
48	menjelaskan tentang diagnosis dan rencana pengobatan			
49	Memastikan bahwa pasien telah memahami apa yang telah dijelaskan			
50	Menjawab semua pertanyaan pasien sehubungan dengan hasil pemeriksaan, membesarkan hati, dan tidak menakut-nakuti			
51	Menjelaskan pemeriksaan penunjang bila diperlukan			

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
VIII. MEDICAL RECORD				
52	Mencatat semua hasil pemeriksaan sejak anamnesis sampai pemeriksaan fisik dan ginekologis			
53	Menegakan diagnosis secara klinis atau diagnosis banding (differential diagnostic)			
54	Menandatangani dan menulis nama terang			
55	Meminta persetujuan tertulis apabila akan dilakukan pemeriksaan atau tindakan lanjutan			
56	Melakukan pemeriksaan penunjang (kalau perlu)			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/sempurna

KURETASE

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PERSIAPAN				
1	Mengucapkan salam dan mengenalkan diri			
2	Menyatakan maksud kedatangannya			
3	Menyilakan pasien naik ke atas meja operasi dan membantu pasien dalam posisi litotomi yang pas			
4	Menciptakan suasana yang nyaman dan menjaga privacy pasien			
5	Mengatakan bahwa kuretase akan segera dilakukan			
6	Mengatakan bahwa pasien akan segera dibius			
7	Menyilakan pasien untuk berdoa menurut keyakinannya			
8	Mencek kembali kelengkapan alat rekam medis			
9	Mencek kelengkapan alat dan bahan			
10	Mengatur posisi lampu sorot			
11	Mengatur baju operasi, topi, masker, mencuci tangan dengan antiseptic			
12	Memakai sarung tangan secara aseptik			
13	Mensilahkan dokter anesthesia untuk mulai membius pasien			
II. PELAKSANAAN KURETASE				
14	Preparasi vulva dan sekitarnya, dan vagina dengan larutan anteseptika			
15	Melakukan kateterisasi bila perlu			
16	Memasang kain alas steril, kain penutup tungkai, dan kain lobang penutup genitalia			
17	Memasang daun speculum Sims bawah dan atas sampai serviks terlihat dengan jelas			
18	Mengoles serviks dan fornices dengan antispetika			
19	Memasang tenaculum pada bibir atas serviks pada posisi horizontal pukul 11-13			
20	Melepas spekulum atas dan menyerahkan spekulum bawah pada asisten			
21	Tangan kiri memegang tenaculum dengan jempol dan telunjuk, sedang tiga jari lainnya menahan fundus uteri			
22	Melakukan sondase untuk mengetahui dalam dan posisi uterus, mencabut sonde dan melihat angka yang tertera			
23	<i>Bila perlu, melakukan dilatasi kanalis servikalis dengan dilator Hegar secara bertahap sampai sekurang-kurangnya dilator no 8 dapat masuk dengan mudah</i>			
24	Memilih sendok kuret yang sesuai dengan lebar kanalis servikalis			

25	Tangan kanan memegang sendok kuret dengan menjepit gagangnya antara kedua jari telunjuk dan jari tengah di satu pihak dan ibu jari di pihak lain			
26	Memasukkan sendok kuret melalui kanalis servikalis dengan kelengkungan menurut posisi uterus (ante/retroflexi) sambil tangan kiri tetap menahan fundus.			
27	Melakukan kerokan dari arah fundus melalui kanalis servikalis sesuai dengan putaran jarum jam. Pada uterus snteflexi kerokan dimulai dari posisi pukul 12 sedang pada uterus retroflexi dimulai dari pukul 6.			
28	Meyakinkan diri bahwa seluruh sisa produk kehamilan atau lapisan Endometrium yang akan diambil telah terkerok semua yang ditandai bunyi "krek-krek" dan adanya buih.			
29	Tidak mencabut sendok kuret sebelum seluruh kavum uteri bersih, kecuali mengganti sendok			
30	Mengeluarkan semua jaringan yang masih ada dalam kavum uteri.			
31	Memberikan instruksi suntikan ergometrin.			
32	Meyakinkan kontraksi uterus baik tidak lagi ada perdarahan.			
33	Melepaskan jepitan tenakulum dan serviks dan mengoles dengan antiseptika. Bila ada perdarahan, menekan dengan kasa steril kurang lebih 3 – 5 menit sampai perdarahan berhenti.			
34	Melepaskan speculum dan bawah, melepaskan kain penutup dan membersihkan darah dan cairan tubuh yang melekat di tubuh pasien.			
III. TAHAP PENCEGAHAN INFEKSI				
35	Mengumpulkan semua peralatan yang telah digunakan kemudian memasukkan ke dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.			
36	Memasukkan sampah bahan habis pakai pada tempat yang telah disediakan.			
37	Menyeka bagian-bagian yang dicemari sekret dan cairan tubuh dengan larutan tersebut selama 10 menit.			
38	Memasukkan tangan yang masih bersarung ke dalam larutan klorin 0,5 %, sambil membersihkan dari secret dan cairan tubuh kemudian melepaskan sarung tangan secara terbalik dan rendam ke dalam larutan tersebut selama 10 menit.			
39	Melepas baju operasi dan masker.			
40	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.			
41	Mengeringkan dengan handuk yang bersih.			
IV. PENJELASAN KEPADA PASIEN				
42	Menjelaskan kepada pasien atau keluarganya apa yang telah dikerjakan.			

43	Memebesarkan hati pasien bahwa penyakitnya masih dapat diobati.			
44	Menjelaskan kepada pasien bahwa masih diperlukan pemeriksaan dan tindakan lanjutan (bila perlu).			
45	Memberikan jadwal konseling kepada pasien betapa pentingnya mematuhi jadwal pemeriksaan dan tindakan lanjutan.			

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
V. MEDICAL RECORD				
46	Mencatat semua tindakan (membuat laporan) dalam medical record.			
47	Menandatangani dan menulis nama lengkap.			
48	Membuat surat pengantar pemeriksaan patologi anatomi (kalau perlu).			
49	Mengirim specimen ke laboratorium patologi anatomi (kalau perlu).			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/sem sempurna

PENATALAKSANAAN KONSELING IUD

NO	AKTIVITAS	Nilai		
		0	1	2
WAWANCARA PENDAHULUAN				
1	Menciptakan suasana yang nyaman dan menjaga privacy pasien.			
2	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.			
3	Menanyakan tujuan dan kedatangannya.			
4	Memberikan informasi umum tentang Keluarga Berencana.			
5	Menjelaskan apa yang dapat diharapkan dalam kunjungan ke klinik.			
6	Menanyakan tentang tujuan dan Keluarga Berencana (apakah klien ingin mengatur jarak kelahiran atau ingin membatasi jumlah anaknya).			
7	Menanyakan sikap atau agama kepercayaan yang dapat mendukung atau menolak satu atau lebih dari metode kontrasepsi yang ada.			
METODE KONSELING				
8	Memberikan jaminan akan kerahasiaan yang diperlukan klien.			
9	Mengumpulkan data-data pribadi klien (nama, alamat, dsb).			
10	Memberikan keterangan tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia dan resiko serta keuntungan dari masing-masing kontrasepsi <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan di mana dan bagaimana IUD dipasang - Menjelaskan bagaimana proses kerja IUD dan efektivitasnya - Menjelaskan kemungkinan akibat samping dan masalah kesehatan lain yang mungkin akan dialami - Menjelaskan akibat samping yang umumnya akan dialami oleh klien 			
11	Mendiskusikan kebutuhan, pertimbangan, dan kecemasan klien dengan sikap yang simpatik.			
12	Membantu klien untuk memilih metode yang tepat.			
JIKA KLIEN MEMILIH IUD				
13	Meneliti dengan seksama untuk meyakinkan bahwa klien tidak memiliki kondisi kesehatan yang dapat menimbulkan masalah (lengkapilah catatan medic klien).			
14	Menejelaskan kemungkinan akibat samping, sampai Anda yakin bahwa efek samping itu benar-benar dimengerti klien.			
KONSELING PRA PEMASANGAN				
15	Memeriksa catatan medic klien untuk menentukan apakah klien cocok untuk menggunakan IUD dan jika klien mempunyai masalah maka harus dimonitor pada saat proses pemasangan IUD.			

NO	AKTIVITAS	Nilai		
		0	1	2
16	Menjelaskan bahwa perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan pelvik.			
AKTIVITAS				
17	Memeriksa klien sedang dalam masa tujuh hari saat menstruasi terakhirnya			
18	Menyingkirkan kemungkinan bahwa klien hamil, jika telah dia atas hari ke tujuh (rujuklah jika Anda bukan seorang konselor dengan latar belakang medis)			
19	Menjelaskan proses dari pemasangan IUD dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan			
KONSELING PASCA PEMASANGAN				
20	Melengkapi catatan medic			
21	Mengajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa sendiri benang IUD			
22	Mengajarkan pada klien bagaimana yang harus dilakukan bila ada akibat samping			
23	Mengatakan kepada klien kapan dia harus datang kembali ke klinik untuk pemeriksaan ulang			
24	Mengingatn pada klien bahwa efektivitas IUD Copper T 380 A adalah 8 tahun			
25	Mengingatn pada klien bahwa ia dapat datang ke klinik kapanpun ia memerlukan nasehat, pemeriksaan medic atau jika diinginkan dapat mencabut kembali IUD tersebut			
26	Meminta klien untuk mengulangi kembali penejelasan yang telah diberikan			
27	Menjawab semua pertanyaan klien			
28	Melakukan observasi kurang lebih 15 menit sebelum memperbolehkan klien pulang ke rumahnya			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/sempurna

PENATALAKSANAAN PEMASANGAN IUD

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PERSIAPAN				
1	Menegenalkan diri pada klien			
2	Memastikan bahwa klien sudah mendapatkan konseling			
3	Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan			
4	Mengidentifikasi adanya kontradiksi			
5	Menanyakan tanggal menstruasi terakhir			
6	Menanyakan masalah pada menstruasinya			
7	Menanyakan paritas dan persalinan yang terakhir			
8	Menanyakan riwayat keputihan dan penyakit akibat hubungan seksual			
9	Meminta pasien untuk mengosongkan kandung kencing			
10	Meminta pasien untuk mencuci daerah genital			
11	Menyiapkan alat dan bahan			
II. PELAKSANAAN				
12	Memakai sarung tangan steril			
13	Melakukan preparasi vulva dan sekitarnya			
14	Memasang kain penutup steril			
15	Melakukan pemeriksaan inspekulo			
16	Melakukan pemeriksaan pelvik secara bimanual			
17	Membuka sarung tangan dan merendam ke dalam larutan chlorine 0,5 %			
18	Memasukkan lengan IUD ke dalam inserter dalam kemasan steril			
19	Memakai sarung tangan steril yang baru			
20	Memasang kembali speculum			
21	Mengusap vagina serta serviks dengan larutan antiseptic			
22	Menjepit serviks dengan tenakulum pada posisi jam 12 atau antara jam 11 – jam 1			
23	Memasukkan sonde uterus dengan cara "no touch technique"			
24	Menentukan kedalaman rongga Rahim dan posisi rahim			
25	Mengeluarkan sonde uterus dan mengukur kedalaman rongga Rahim pada inserter IUD yang masih berada dalam kemasan steril dengan menggeser leher biru pada inserter			
26	Memasukkan inserter IUD dengan hati-hati ke dalam rongga Rahim melalui kanalis servikalis sampai leher biru atau sampai terasa adanya tahanan dengan cara "no touch technique"			

27	Melepaskan lengan IUD dengan menggunakan "withdrawal technique"			
28	Mencabut kembali inserter			
29	Melepaskan tenakulum dengan hati-hati			

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
30	Menggunting benang IUD kurang lebih 3 – 4 cm			
31	Memeriksa serviks dan bila ada perdarahan pada tempat penjepitan tenakulum menekan dengan kasa steril selama 50 m – 60 detik			
32	Mengeluarkan speculum			
III. TAHAP PENCEGAHAN INFEKSI				
33	Merendam seluruh peralatan yang sudah dipakai dalam larutan chlorine 0,5 % untuk tindakan dekontaminasi			
34	Membuka sarung tangan dan rendam dalam larutan chlorine 0,5 % selama 10 menit			
35	Mencuci tangan dengan air dan sabun			
IV. MEDICAL RECORD				
36	Membuat catatan medic tentang pemasangan IUD			
37	Menuliskan nama jelas dan membubuhkan tanda tangan			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/sempurna

PENATALAKSANAAN PENCABUTAN IUD

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PERSIAPAN				
1	Mengenalkan diri pada klien			
2	Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan			
3	Mencuci tangan dengan air dan sabun			
4	Meminta pasien untuk mengosongkan kandung kencing			
5	Meminta pasien untuk mencuci daerah genital			
6	Menyiapkan alat dan bahan			
II. PELAKSANAAN				
7	Memakai sarung tangan steril			
8	Memasang kain penutup steril			
9	Memasukkan speculum ke dalam vagina			
10	Mengusap vagina dan serviks dengan larutan antiseptic			
11	Menjepit benang IUD dekat serviks dengan menggunakan klem			
12	Menarik keluar benang IUD dengan hati-hati			
13	Menunjukkan IUD tersebut kepada klien			
14	Mengeluarkan speculum			
III. PENCEGAHAN INFEKSI				
15	Merendam seluruh peralatan yang sudah dipakai ke dalam larutan chlorine 0,5 % untuk tindakan dekontaminasi selama 10 menit			
16	Membuka sarung tangan dan rendam dalam larutan chlorine 0,5 % selama 10 menit			
17	Mencuci tangan dengan air dan sabun			
IV. MEDICAL RECORD				
18	Membuat catatan medic tentang pencabutan IUD			
19	Menuliskan nama jelas dan membubuhkan tanda tangan			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/semurna

PENATALAKSANAAN INSERSI IMPLAN

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PERSIAPAN				
1	Mengenalkan diri pada klien			
2	Meminta pasien untuk mencuci tangan pada tempat implant akan dipasang			
3	Menyiapkan alat dan bahan			
4	Menentukan tidak ada kontradiksi			
5	Menjelaskan pada klien secara singkat teknik insersi implant			
6	Menggambar tempat insersi pada bagian dalam lengan atas, 8 – 10 cm dari liput siku dengan pola yang disediakan			
7	Mencuci tangan dengan larutan antiseptic selama 1 menit			
8	Memakai sarung tangan steril			
9	Melakukan preparasi kulit			
10	Memasang kain penutup steril			
II. PELAKSANAAN				
11	Menyuntikkan anestesi local 0,3 – 0,5 cc intrakutan pada tempat sayatan			
12	Melakukan suntikan anestesi local subkutan secara infiltrasi diantara pola insersi nomor 1 dan 2, nomor 3 dan 4 dan nomor 5 dan 6 (masing-masing 1 cc)			
13	Menunggu 1-2 menit dan memeriksa efek anestesi dengan menjepit kulit dengan pinset			
14	Melakukan sayatan kulit selebar 2 mm dengan cara menusukkan ujung pisau (no 11) dengan posisi 45°			
15	Memasukkan ujung trokar melalui sayatan hingga ujung trokar berada tepat di antara kulit dan subkutan			
16	Sambil mengungkit kulit, menusukkan trokar dan pendorongnya sampai batas tanda -1 (pada pangkal trokar) tepat berada pada luka sayatan (trokar berada di antara kulit dan jaringan subkutan)			
17	Menarik pendorong trokar ke luar			
18	Memasukkan batang implant ke dalam trokar dengan menggunakan jari atau pinset			
19	Memasukkan kembali pendorong trokar dan mendorong batang hingga terasa ada tahanan			
20	Memfiksasi pendorong trokar dengan satu tangan dan menarik trokar sampai pangkal trokar menyentuh pangkal pendorong			
21	Menarik trokar dan pendorongnya secara bersama-sama sampai batas tanda untuk melepaskan implant (ujung trokar harus tetap berada di bawah kulit)			

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
22	Menentukan bahwa batang implant telah lepas dari trokar			
23	Memfiksasi ujung implant yang telah terpasang dengan jari telunjuk agar tidak terdorong trokar			
24	Mengarahkan ujung trokar untuk memasang batang implant berikutnya (15° terhadap arah pertama atau sesuai dengan pola yang telah dibuat)			
25	Sambil tetap memfiksasi ujung batang implant yang pertama, menusukkan trokar dan mendorongnya sesuai langkah sebelumnya untuk memasang batang implant kedua			
26	Ulangi langkah di atas untuk memasang batang ketiga sampai keenam			
27	Memeriksa dan menghitung jumlah batang yang telah terpasang untuk meyakinkan bahwa tidak ada ujung batang yang keluar			
28	Melakukan palpasi ujung batang implant pada sisi luka untuk meyakinkan bahwa tidak ada ujung batang yang keluar			
29	Merapatkan kedua tepi luka dan tutup dengan "band aid"			
30	Melakukan pembalutan			
III. PENCEGAHAN INFEKSI				
31	Merendam seluruh instrument trocar, pendorong trocar binsuri pinset) ke dalam larutan chlorine 0,5 % (rendam selama 10 menit)			
32	Membilas jarum dan sempit dengan larutan chlorine 0,5 % dan menempatkan pada tempat khusus			
33	Membuang sampah kering (kasa, dll) pada tempat yang sudah ditentukan			
34	Membuka sarung tangan dan merendam sarung tangan dalam larutan chlorine 0,5 %			
35	Mencuci tangan dengan air dan sabun			
IV. NASEHAT PASCA PEMASANGAN				
36	Menjelaskan pada klien cara perawatan luka dan minta klien datang untuk memeriksakan ulang setelah 1 minggu			
37	Menjelaskan pada klien bahwa bila ada keluhan sakit pada luka, atau keluhan lainnya klien dapat datang ke klinik untuk mendapatkan pertolongan setiap saat			
V. MEDICAL RECORD				
38	Membuat catatan medic tentang pemasangan implant			
39	Menuliskan nama jelas dan membubuhkan tanda tangan			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/ sempurna

PENATALAKSANAAN PENCABUTAN IMPLAN

NO	Aspek yang Dinilai	Nilai		
		0	1	2
I. PERSIAPAN				
1	Mengenalkan diri pada klien			
2	Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan			
3	Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan			
4	Memastikan bahwa klien telah memutuskan untuk pencabutan implant			
5	Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan			
6	Mencuci tangan dengan air sabun			
7	Memeriksa apakah lengan klien telah dicuci bersih			
8	Melakukan palpasi letak susunan batang implant			
9	Menggambar posisi implan pada kulit			
10	Mencuci tangan dengan larutan antiseptic selama 1 menit			
11	Memakai sarung tangan steril			
12	Melakukan preparasi kulit			
13	Memasang kain penutup berlubang steril			
II. TINDAKAN PENCABUTAN IMPLAN				
14	Menyuntikkan anestesi local 0,3 – 0,5 cc intrakutan pada tempat sayatan pada tempat yang telah ditentukan			
15	Menyuntikkan anestesi local subkutan secara infiltrasi di bawah setiap ujung batang implant sampai sepertiga (1/3) panjang batang			
16	Memeriksa efek anestesi lokal dengan cara menjepit kulit dengan pinset			
17	Melakukan sayatan kulit selebar 3-4 mm sedekat mungkin dengan keenam ujung implant			
18	Membebaskan keenam ujung batang dari jaringan ikat sekitarnya secara tumpul dan hati-hati			
19	Menentukan batang implant yang paling mudah untuk dicabut (ujung dekat sayatan dan batang teraba)			
20	Memfiksasi dan mendorong batang implant hingga ujung implant berada sayatan			
21	Menjepit ujung batang dengan klem (pean) dan membersihkan ujung batang dari jaringan ikat, hingga ujung batang tampak pada luka			
22	Menjepit ujung batang yang bebas dari jaringan ikat dengan klem dan menarik keluar			

III. TEKNIK "FLIP" and "TWIST"				
23	Bila ujung batang agak jauh dari luka : menjepit ujung batang dengan klem bengkok (pean bengkok), melipat (rotasi/flip) klem 180° terhadap poros klem untuk menampakkan ujung batang pada luka			
24	Bila ujung batang belum tampak pada luka : memutar (rotasi/twist) klem 180° terhadap poros klem untuk menampakkan ujung batang pada luka			
25	Membersihkan ujung batang dari jaringan ikat hingga ujung batang tampak pada luka			
26	Menjepit ujung batang yang bebas dari jaringan ikat dan mencabut batang implant			
27	Mengulangi langkah di atas sampai keenam batang implant tercabut			
28	Memeriksa dan menghitung jumlah batang yang telah tercabut untuk meyakinkan bahwa seluruh enam batang implant telah tercabut Memperlihatkan batang yang telah dicabut kepada klien			
29	Merapatkan keua tepi luka dan tutup dengan "band aid"			
30	Melakukan pembalutan			
IV. PENCEGAHAN INFEKSI				
31	Merendam seluruh instrument ke dalam larutan chlorine 0,5 % (rendam selama 10 menit)			
32	Membilas jarum dan semprit dengan larutan chlorine 0,5 % dan menempatkan pada tempat khusus			
33	Membuang sampah kering pada tempat yang sudah ditentukan			
34	Membuka sarung tangan dan merendam sarung tangan dalam larutan chlorine 0,5 %			
35	Mencuci tangan dengan air dan sabun			
36	Membuat catatan pencabutan pada rekam medis			
V. NASEHAT PASCA PENCABUTAN				
37	Menjelaskan pada klien cara perawatan luka dan minta klien datang untuk memeriksakan ulang setelah 1 minggu			
38	Menjelaskan pada klien bahwa bila ada keluhan sakit pada luka, atau keluhan lainnya klien dapat datang ke klinik untuk mendapatkan pertolongan setiap saat			
VI. MEDICAL RECORD				
39	Membuat catatan medic tentang pencabutan impian			
40	Menuliskan nama jelas dan membubuhkan tanda tangan			

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan tetapi tidak benar/ tidak sempurna

2 = dilakukan dengan benar/lengkap/sempurna



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

MATA UJIAN ILMU KEBIDANAN

Nama Mhs :	Hari/tanggal :
NIM :	Rumah Sakit :
NIRM :	Tanda tangan :
Status Ujian :	

IDENTITAS PASIEN

Nama :	Nama suami :
Umur :	Umur :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Agama :	Agama :
Suku/Bangsa :	Suku/bangsa :
Alamat :	Alamat :

I. ANAMNESIS

1. Keluhan Utama

.....
.....
.....

2. Riwayat Haid

Haid pertama umur :tahun

Siklus : teratur/tidak teratur,hari

Lamanya :hari

Banyaknya : ganti kain /cc

Haid pertama dari haid terakhir :

lamanya.....hari

Banyaknya : ganti kain / cc

Taksiran persalinan :

3. Riwayat perkawinan
Kawin sudah :kali Dengan suami sekarang sudah Tahun

4. Riwayat kehamilan, kelahiran dan nifas yang telah lalu.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

5. Riwayat penyakit

a. Penyakit dahulu :

.....
.....
.....

b. Penyakit dalam keluarga :

.....
.....
.....

6. Riwayat operasi

.....
.....
.....

7. Riwayat keluarga Berencana

.....
.....
.....

8. Riwayat Antenatal

Waktu hamil diperiksa di, oleh

Kehamilan dan kelainan

.....
.....
.....

9. Hal-hal lain :

.....
.....
.....

II. PEMERIKSAAN JASMANI

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Keadaan gizi :

Kesadaran : Tekanan darah :

Suhu : B.B : Nadi :

Kulit : Kelenjar limfe :

Muka : Kepala :

Mata : Telinga :

Hidung : Mulut/gigi :

Leher : Payudara :

Jantung : Paru :

Perut :

Hati : Limpa :

Ginjal : Kandung empedu :

Kandung kencing : Punggung :

Ekstremitas : Refleks :

Rektum/anus : Sensibilitas :

2. Pemeriksaan Obstetrik :

1. Pemeriksaan luar :

a. Inspeksi

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b. Palpasi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

c. Auskultasi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Pemeriksaan Dalam

a. Inspekulo

.....
.....
.....
.....
.....
.....

b. Colok vagina ("Vaginal toucher")

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Pemeriksaan panggul

a. Pintu atas panggul ("inlet")

.....
.....
.....
.....
.....

b. Pintu tengah panggul ("midpelvic")

.....
.....
.....
.....
.....

c. Pintu bawah panggul ("Outlet")

.....
.....
.....
.....
.....

d. Kesimpulan hasil pelvimetri klinik :

.....
.....
.....
.....
.....

II. LABORATORIUM (Data sekunder, diberikan sebelum pemeriksaan kasus)

.....
.....
.....
.....
.....

III. URAIAN MASALAH

.....
.....
.....
.....



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

MATA UJIAN ILMU PENYAKIT KANDUNGAN

Nama Mhs :	Hari/tanggal :
NIM :	Rumah Sakit :
NIRM :	Tanda tangan :
Status Ujian :	

IDENTITAS PASIEN

Nama :	Nama suami :
Umur :	Umur :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Agama :	Agama :
Suku/Bangsa :	Suku/bangsa :
Alamat :	Alamat :

I. ANAMNESIS

1. Keluhan Utama

.....

2. Riwayat Perjalanan Penyakit

.....

3. Riwayat Haid

Haid pertama umur :tahun
 Siklus : teratur/tidak teratur,hari
 Lamanya :hari
 Banyaknya : ganti kain /cc
 Haid pertama dari haid terakhir :
 lamanya.....hari
 Banyaknya : ganti kain / cc
 Taksiran persalinan :

4. Riwayat perkawinan

Kawin : Sudah / belum /tidak
 Kawin sudah : kali
 Dengan suami sekarang sudahTahun

5. Riwayat Obstetrik.

- G...P...A...
- Riwayat kehamilan

No	Tahun Kelahiran	Jenis Persalinan	Berat badan lahir	Jenis Kelamin	Penolong persalinan	Tempat persalinan

6. Riwayat Keluarga Berencana

.....

7. Hal-hal lain :

.....

II. PEMERIKSAAN JASMANI

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Keadaangizi :
Kesadaran : Tekanan darah :
Suhu : B.B : Nadi :
Kulit : Kelenjar limfe :
Muka : Kepala :
Mata : Telinga :
Hidung : Mulut/gigi :
Leher : Payudara :
Jantung : Paru :

Punggung :
Reflex :
Penimbangan lemak :
Ekstremitas :
Sendibilitas :

Pertumbuhan Rambut :
Kumis :
Ketiak :
Pubis :
Betis :

2. Payudara

.....
.....
.....
.....

3. Pemeriksaan Perut :

.....
.....
.....
.....

III. PEMERIKSAAN GINEKOLOGIK

1. Inspeksi :

.....
.....
.....
.....

2. Dengan Spekulum:

.....
.....
.....
.....

3. Pemeriksaan bimanual:

.....
.....
.....
.....

IV. LABORATORIUM (Data sekunder, diberikan sebelum pemeriksaan kasus)

.....
.....
.....
.....
.....

V. PEMERIKSAAN LAIN

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VI. URAIAN MASALAH

.....
.....
.....
.....

VII. DAFTAR MASALAH (termasuk dan diferensiasi diagnosis)

.....
.....
.....

VIII. RENCANA PERMULAAN

a. Rencana Diagnostik:

.....
.....
.....

b. Rencana Terapi:

.....
.....
.....

c. Rencana pendidikan

.....
.....
.....

IX. PROGNOISIS

.....
.....
.....
.....
.....



Unggul & Islami

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta