



MODUL PRAKTIK DASAR KLINIK KEBIDANAN II

PROGRAM STUDI SARJANA KEBIDANAN



Anah Sugihanawati, AMKep., M.Pd

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BUDI KEMULIAAN
2022**

VISI MISI PRODI SARJANA KEBIDANAN
STIK BUDI KEMULIAAN

Visi

Menjadi Program Studi Pendidikan Profesi Bidan yang unggul pada pelayanan konseling dalam bidang kesehatan reproduksi di Indonesia tahun 2028

Misi

Menyelenggarakan sistem pendidikan yang efektif, efisien, akuntabel dalam rangka menghasilkan lulusan Profesi Bidan yang berkualitas, mempunyai dedikasi, berahlak mulia dan mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan global. 2. Menyelenggarakan Tridharma Perguruan Tinggi dalam pelayanan kebidanan dengan berpartisipasi aktif civitas akademika dan pemangku kepentingan dalam kesehatan reproduksi. 3. Meningkatkan kontribusi dan kolaborasi dengan berbagai pihak dalam masyarakat dengan melakukan pemberdayaan masyarakat pada pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat regional maupun nasional.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan Ridhonya, Modul pembelajaran mata kuliah Praktik Dasar Klinik Kebidanan II ini dapat diselesaikan dengan baik. Modul ini membahas tentang materi pembelajaran yang disampaikan di kelas maupun di laboratorium kelas terkait materi perawatan luka dan persiapan operasi pada kasus kebidanan.

Modul ini disusun dengan tujuan untuk memudahkan proses pembelajaran. Dalam mempelajari modul ini diharapkan banyak membaca dan berlatih berbagai materi yang disajikan, baik secara mandiri maupun bersama teman-teman, untuk mendapatkan gambaran dan penguasaan yang lebih mendalam dan luas. Sehingga, setelah mempelajari modul ini, diharapkan tujuan pembelajaran dapat tercapai dengan baik.

Mudah-mudahan mahasiswa dapat menyelesaikan modul ini dan mendapatkan hasil yang maksimal. Selamat belajar, semoga Allah SWT memberikan kemudahan dan meridhai upaya kita, aamiin.

Jakarta, September 2022

Penulis,

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI :

Mekanisme Pembelajaran

Tujuan Pembelajaran.....	1
Waktu Pembelajaran.....	1
Rincian Pembelajaran.....	1
Materi 1: Perawatan luka dalam praktik kebidanan.....	4
Materi 2: Asuhan pada pasien pre, intra dan pasca bedah kasus kebidanan.....	24
Materi 3: Praktikum persiapan bedah kebidanan	34
Materi 4: Praktikum perawatan luka bedah kebidanan	39
Materi 5: Praktikum penjahitan luka	46

MEKANISME PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa diharapkan mampu :

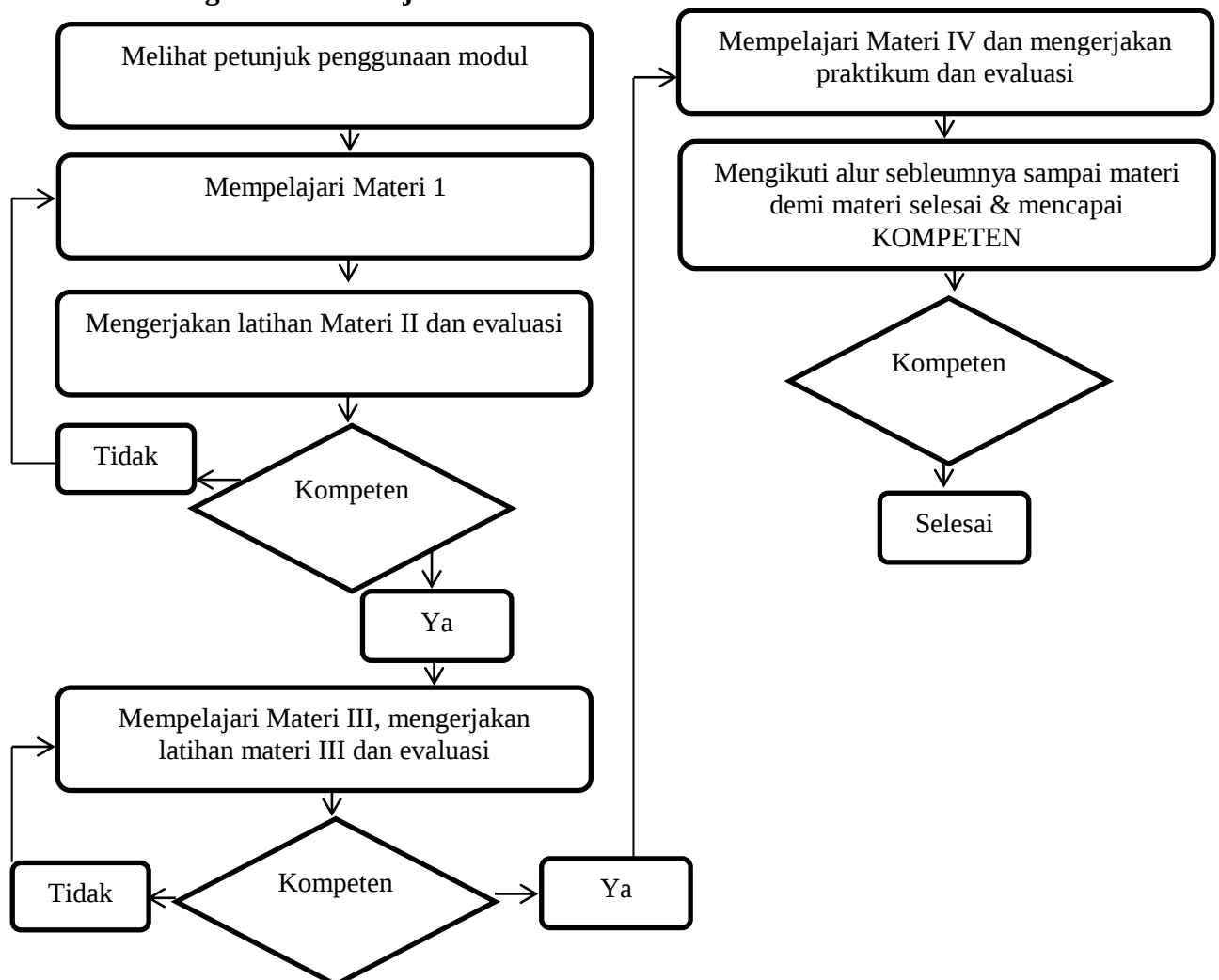
1. Menjelaskan konsep dasar perawatan luka dalam praktik Kebidanan
2. Mengembangkan konsep dasar asuhan pada pasien pre, intra, dan pasca bedah kasus kebidanan
3. Mengaplikasikan teori perawatan luka dalam praktik kebidanan
4. Melakukan praktikum persiapan bedah kebidanan
5. Melakukan praktikum perawatan luka bedah kebidanan
6. Melakukan Praktikum penjahitan luka

B. Waktu Pembelajaran : 3 kali pertemuan

Selasa, Rabu dan Jumat : Teori : pukul 08.00 – 10.00 wib (Rabu dan Jumat)

Praktikum : pukul 08.00 – 12.00 wib (Selasa)

C. Rincian Kegiatan Pembelajaran



Materi 1

Perawatan Luka Dalam Praktik Kebidanan

I. Kompetensi Dasar

Mahasiswa dapat menjelaskan perawatan luka dalam praktik kebidanan.

II. Tujuan Pembelajaran

1. Menjelaskan konsep dasar perawatan luka dalam praktik kebidanan
2. Menjelaskan persiapan dan perawatan operasi
3. Menjelaskan perawatan luka operasi

III. Materi

1. Konsep dasar perawatan luka dalam praktik kebidanan
2. Persiapan dan perawatan operasi
3. Perawatan luka operasi

IV. Uraian Materi

1. Konsep Dasar Perawatan luka Dalam Praktik Kebidanan

A. Pengertian Luka

Luka adalah suatu gangguan dari kondisi normal pada kulit (Taylor, 1997). Sedangkan menurut Kozier (1995), luka adalah kerusakan kontinuitas kulit, mukosa membran dan tulang atau organ tubuh lain. Keadaan luka dapat dilihat dari berbagai sisi, sebagai berikut:

2. Rusak tidaknya jaringan yang ada pada permukaan
3. Sebab terjadinya luka
4. Luas permukaan luka
5. Ada atau tidaknya mikroorganisme.

Sedangkan ketika luka timbul, beberapa efek akan muncul seperti :

1. Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ
2. Respon stres simpatis
3. Perdarahan dan pembekuan darah
4. Kontaminasi bakteri
5. Kematian sel.

B. Jenis-Jenis Luka

Jenis-jenis luka digolongkan berdasarkan :

1. Berdasarkan sifat kejadian, dibagi menjadi 2, yaitu luka disengaja (luka terkena radiasi atau bedah) dan luka tidak disengaja (luka terkena trauma). Luka tidak disengaja dibagi menjadi 2, yaitu :

- a. Luka tertutup : luka dimana jaringan yang ada pada permukaan tidak rusak (kesleo, terkilir, patah tulang, dsb).
- b. Luka terbuka : luka dimana kulit atau selaput jaringan rusak, kerusakan terjadi karena kesengajaan (operasi) maupun ketidaksengajaan (kecelakaan).

2. Berdasarkan penyebabnya, dibagi menjadi :

- a. Luka mekanik (cara luka didapat dan luas kulit yang terkena)
 - 1) Luka insisi (*Incised wound*), terjadi karena teriris oleh instrumen yang tajam. Luka dibuat secara sengaja, misal yang terjadi akibat pembedahan.
 - 2) Luka bersih (*aseptik*) biasanya tertutup oleh sutura setelah seluruh pembuluh darah yang luka diikat (ligasi).
 - 3) Luka memar (*Contusion Wound*), adalah luka yang tidak disengaja terjadi akibat benturan oleh suatu tekanan dan dikarakteristikkan oleh: cedera pada jaringan lunak, perdarahan dan bengkak, namun kulit tetap utuh. Pada luka tertutup, kulit terlihat memar.
 - 4) Luka lecet (*Abraded Wound*), terjadi akibat kulit bergesekan dengan benda lain yang biasanya dengan benda yang tidak tajam.
 - 5) Luka tusuk (*Punctured Wound*), luka ini dibuat oleh benda yang tajam yang memasuki kulit dan jaringan di bawahnya. Luka punktur yang disengaja dibuat oleh jarum pada saat injeksi. Luka tusuk/ punktur yang tidak disengaja terjadi pada kasus: paku yang menusuk alas kaki bila paku tersebut terinjak, luka akibat peluru atau pisau yang masuk ke dalam kulit dengan diameter yang kecil.
 - 6) Luka gores (*Lacerated Wound*), terjadi bila kulit tersobek secara kasar. Ini terjadi secara tidak disengaja, biasanya disebabkan oleh kecelakaan akibat benda yang tajam seperti oleh kaca atau oleh kawat. Pada kasus kebidanan: robeknya perineum karena kelahiran bayi.
 - 7) Luka tembus/luka tembak (*Penetrating Wound*), yaitu luka yang menembus organ tubuh biasanya pada bagian awal luka masuk diameternya kecil tetapi pada bagian ujung biasanya lukanya akan melebar, bagian tepi luka kehitaman.

- 8) Luka bakar (*Combustio*), luka yang terjadi karena jaringan tubuh terbakar.
- 9) Luka gigitan (*Morcum Wound*), luka gigitan yang tidak jelas bentuknya pada bagian luka.

b. **Luka non mekanik** : luka akibat zat kimia, termik, radiasi atau serangan listrik.

3. Berdasarkan tingkat kontaminasi

- a. *Clean Wounds* (luka bersih), yaitu luka bedah takterinfeksi yang mana tidak terjadi proses peradangan (inflamasi) dan infeksi pada sistem pernafasan, pencernaan, genital dan urinari tidak terjadi. Luka bersih biasanya menghasilkan luka yang tertutup, jika diperlukan dimasukkan drainase tertutup. Kemungkinan terjadinya infeksi luka sekitar 1% - 5%.
- b. *Clean-contaminated Wounds* (luka bersih terkontaminasi), merupakan luka pembedahan dimana saluran respirasi, pencernaan, genital atau perkemihan dalam kondisi terkontrol, kontaminasi tidak selalu terjadi, kemungkinan timbulnya infeksi luka adalah 3% - 11%.
- c. *Contaminated Wounds* (luka terkontaminasi), termasuk luka terbuka, fresh, luka akibat kecelakaan dan operasi dengan kerusakan besar dengan teknik aseptik atau kontaminasi dari saluran cerna. Pada kategori ini juga termasuk insisi akut, inflamasi nonpurulen. Kemungkinan infeksi luka 10% - 17%.
- d. *Dirty or Infected Wounds* (luka kotor atau infeksi), yaitu terdapatnya mikroorganisme pada luka.

4. Berdasarkan kedalaman dan luasnya luka

- a. Stadium I : Luka Superfisial (*Non-Blanching Erythema*) : yaitu luka yang terjadi pada lapisan epidermis kulit.
- b. Stadium II : Luka "*Partial Thickness*" : yaitu hilangnya lapisan kulit pada lapisan epidermis dan bagian atas dari dermis. Merupakan luka superficial dan adanya tanda klinis seperti abrasi, blister atau lubang yang dangkal.
- c. Stadium III : Luka "*Full Thickness*" : yaitu hilangnya kulit keseluruhan meliputi kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan yang dapat meluas sampai bawah tetapi tidak melewati jaringan yang mendasarinya. Lukanya sampai pada lapisan epidermis, dermis dan fascia tetapi tidak mengenai otot. Luka timbul secara klinis sebagai suatu lubang yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan sekitarnya.
- d. Stadium IV : Luka "*Full Thickness*" yang telah mencapai lapisan otot, tendon dan tulang dengan adanya destruksi/kerusakan yang luas.

5. Berdasarkan waktu penyembuhan luka

- a. Luka akut : yaitu luka dengan masa penyembuhan sesuai dengan konsep

penyembuhan yang telah disepakati.

- b. Luka kronis : yaitu luka yang mengalami kegagalan dalam proses penyembuhan, dapat karena faktor eksogen dan endogen.

C Fase Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka adalah suatu kualitas dari kehidupan jaringan, hal ini juga berhubungan dengan regenerasi jaringan. Fase penyembuhan luka menurut Taylor (1997) :

1. Fase Inflammatory

Fase inflammatory disebut juga fase peradangan, dimulai setelah pembedahan dan berakhir hari ke 3 – 4 pasca operasi. Dua tahap dalam fase ini adalah Hemostasis dan Pagositosis. Hemostasis adalah kondisi dimana terjadi konstriksi pembuluh darah, membawa platelet menghentikan perdarahan.

Bekuan membentuk sebuah matriks fibrin yang mencegah masuknya organisme infeksius. Sebagai tekanan yang besar, luka menimbulkan sindrom adaptasi lokal. Sebagai hasil adanya suatu konstriksi pembuluh darah, berakibat terjadinya pembekuan darah untuk menutupi luka. Diikuti vasodilatasi menyebabkan peningkatan aliran darah ke daerah luka yang dibatasi oleh sel darah putih untuk menyerang luka dan menghancurkan bakteri dan debris. Lebih kurang 24 jam setelah luka sebagian besar sel fagosit (makrofag) masuk ke daerah luka dan mengeluarkan faktor angiogenesis yang merangsang pembentukan anak epitel pada akhir pembuluh luka sehingga pembentukan kembali dapat terjadi.

2. Fase Proliferative

Disebut juga fase fibroplasia, dimulai pada hari ke 3 atau 4 dan berakhir pada hari ke-21. Pada proses ini akan dihasilkan zat-zat yang akan mempertautkan tepi luka bersamaan dengan terbentuknya jaringan granulasi yang akan membuat seluruh permukaan luka tertutup oleh epitel. Mekanisme: fibroblast secara cepat mensintesis kolagen dan substansi dasar, dua substansi ini membentuk lapis-lapis perbaikan luka, kemudian sebuah lapisan tipis dari sel epitel terbentuk melintasi luka dan aliran darah ada di dalamnya, sekarang pembuluh kapiler melintasi luka (kapilarisasi tumbuh). Jaringan baru ini disebut granulasi jaringan, adanya pembuluh darah, kemerahan dan mudah berdarah.

3. Fase Maturasi

Fase akhir dari penyembuhan, disebut juga fase remodeling, dimulai hari ke-21 dan dapat berlanjut selama 1 – 2 tahun setelah terjadinya luka. Pada fase ini terjadi proses pematangan, yaitu penyerapan kembali jaringan berlebih dan pembentukan kembali

jaringan yang baru terbentuk. Mekanisme: kollagen yang ditimbun dalam luka diubah, membuat penyembuhan luka lebih kuat dan lebih mirip jaringan, kemudian kollagen baru menyatu dan menekan pembuluh darah dalam penyembuhan luka, sehingga bekas luka menjadi rata, tipis dan membentuk garis putih.

D. Prinsip Penyembuhan Luka

Ada beberapa prinsip dalam penyembuhan luka menurut Taylor (1997), yaitu:

1. Kemampuan tubuh untuk menangani trauma jaringan dipengaruhi oleh luasnya kerusakan dan keadaan umum kesehatan tiap orang
2. Respon tubuh pada luka lebih efektif jika nutrisi yang tepat tetap dijaga
3. Respon tubuh secara sistemik pada trauma
4. Aliran darah ke dan dari jaringan yang luka
5. Keutuhan kulit dan mukosa membran disiapkan sebagai garis pertama untuk mempertahankan diri dari mikroorganisme
6. Penyembuhan normal ditingkatkan ketika luka bebas dari benda asing tubuh termasuk bakteri.

E. Faktor-Faktor yang Dapat Mempengaruhi Penyembuhan Luka

1. Faktor Lokal

a. Sirkulasi (Hipovolemia) dan Oksigenasi

Sejumlah kondisi fisik dapat mempengaruhi penyembuhan luka. Adanya sejumlah besar lemak subkutan dan jaringan lemak (yang memiliki sedikit pembuluh darah). Pada orang-orang yang gemuk penyembuhan luka lambat karena jaringan lemak lebih sulit menyatu, lebih mudah infeksi, dan lama untuk sembuh. Aliran darah dapat terganggu pada orang dewasa dan pada orang yang menderita gangguan pembuluh darah perifer, hipertensi atau diabetes millitus, dan pada jahitan atau balutan yang terlalu ketat. Oksigenasi jaringan menurun pada orang yang menderita anemia atau gangguan pernapasan kronik pada perokok. Kurangnya volume darah akan mengakibatkan vasokonstriksi dan menurunnya ketersediaan oksigen dan nutrisi untuk penyembuhan luka.

b. Hematoma

Hematoma atau seroma merupakan bekuan darah. Hematoma ini akan menghalangi penyembuhan luka dengan menambah jarak tepi-tepi luka dan jumlah debredimen yang diperlukan sebelum firosis dapat terbentuk. Seringkali darah pada luka secara bertahap diabsorpsi oleh tubuh masuk ke dalam sirkulasi. Tetapi jika terdapat bekuan yang besar hal tersebut memerlukan waktu

untuk dapat diabsorpsi tubuh, sehingga menghambat proses penyembuhan luka. Hematoma adalah gangguan tersering ketahanan local jaringan terhadap infeksi, sehingga pencegahan pembentukan hematoma merupakan dari teknik operasi yang baik.

c. Infeksi

Infeksi disebabkan oleh adanya kuman/bakteri sumber penyebab infeksi pada daerah sekitar luka. Infeksi menyebabkan peningkatan inflamasi dan nekrosis yang menghambat penyembuhan luka.

d. Benda asing

Benda asing seperti pasir atau mikroorganisme akan menyebabkan terbentuknya suatu abses sebelum benda tersebut diangkat. Abses ini timbul dari serum, fibrin, jaringan sel mati dan lekosit (sel darah putih), yang membentuk suatu cairan yang kental yang disebut dengan nanah ("Pus").

e. Iskemia

Iskemia merupakan suatu keadaan dimana terdapat penurunan suplai darah pada bagian tubuh akibat dari obstruksi dari aliran darah. Hal ini dapat terjadi akibat dari balutan pada luka terlalu ketat. Dapat juga terjadi akibat faktor internal yaitu adanya obstruksi pada pembuluh darah itu sendiri.

f. Keadaan Luka

Keadaan khusus dari luka mempengaruhi kecepatan dan efektifitas penyembuhan luka. Beberapa luka dapat gagal untuk menyatu.

2. Faktor Umum

a. Usia

Anak dan dewasa penyembuhannya lebih cepat daripada orang tua. Orang tua lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah.

b. Nutrisi

Penyembuhan menempatkan penambahan pemakaian pada tubuh. Klien memerlukan diet kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, dan mineral seperti Fe, Zn. Klien kurang nutrisi memerlukan waktu untuk memperbaiki status nutrisi mereka setelah pembedahan jika mungkin. Klien yang gemuk meningkatkan resiko infeksi luka dan penyembuhan lama karena suplai darah jaringan adipose tidak adekuat.

c. Diabetes Mellitus

Hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibat hal tersebut juga akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh.

d. Obat

Obat anti inflamasi (seperti steroid dan aspirin), heparin dan anti neoplasmik mempengaruhi penyembuhan luka. Penggunaan antibiotik yang lama dapat membuat seseorang rentan terhadap infeksi luka.

1. Steroid : akan menghalangi penyembuhan dengan menekan/menurunkan mekanisme peradangan normal dan menambah lisis kolagen. Efeknya sangat nyata selama 4 hari pertama. Setelah itu efeknya berkurang hanya untuk menghambat ketahanan normal terhadap infeksi.
2. Antikoagulan : dapat mengganggu upaya tubuh untuk melakukan penutupan pada luka. Darah, dalam hal ini trombosit akan mengalami kesulitan dalam melakukan penggumpalan untuk menutup luka. Selain itu antikoagulan juga dapat mengakibatkan perdarahan.
3. Antibiotik : efektif diberikan segera sebelum pembedahan untuk bakteri penyebab kontaminasi yang spesifik. Jika diberikan setelah luka pembedahan tertutup, tidak akan efektif akibat koagulasi intravaskular.
4. Obat Sitotoksik : 5-Fluorouasil, metotreksat, siklofosfamid dan mustard nitrogen menghalangi penyembuhan luka dengan menekan pembelahan fibroblast dan sintesis kolagen.

F. Komplikasi Penyembuhan Luka/Masalah yang terjadi pada Luka Bedah

Komplikasi penyembuhan luka meliputi infeksi, perdarahan, dehiscence dan eviscerasi.

1. Infeksi

Infeksi luka tetap merupakan komplikasi tersering dari tindakan operasi dan sering mengikuti hematoma luka. Invasi bakteri pada luka dapat terjadi pada saat trauma, selama pembedahan atau setelah pembedahan. Gejala dari infeksi sering muncul dalam 2 – 7 hari setelah pembedahan. Gejalanya berupa infeksi termasuk adanya purulent, peningkatan drainase, nyeri, kemerahan dan bengkak di sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan jumlah sel darah putih. Dua faktor penting yang jelas berperan pada pathogenesis infeksi adalah dosis kontaminasi bakteri dan ketahanan pasien.

2. Perdarahan

Perdarahan dapat menunjukkan adanya pelepasan jahitan, darah sulit membeku pada garis jahitan, infeksi, atau erosi dari pembuluh darah oleh benda asing (seperti drain). Waspadaai terjadinya perdarahan tersembunyi yang akan mengakibatkan hipovolemia. Sehingga balutan (dan luka di bawah balutan) jika mungkin harus sering dilihat selama 48 jam pertama setelah pembedahan dan tiap 8 jam setelah itu. Jika

perdarahan berlebihan terjadi, penambahan tekanan luka dan perawatan balutan luka steril mungkin diperlukan. Pemberian cairan dan intervensi pembedahan juga mungkin diperlukan.

3. Dehiscence dan Eviscerasi

Dehiscence dan eviscerasi adalah komplikasi operasi yang paling serius. Dehiscence adalah terbukanya lapisan luka partial atau total. Eviscerasi adalah keluarnya pembuluh melalui daerah irisan. Sejumlah faktor meliputi, kegemukan, kurang nutrisi, multiple trauma, gagal untuk menyatu, batuk yang berlebihan, muntah, dan dehidrasi, mempertinggi resiko klien mengalami dehiscence luka. Dehiscence luka dapat terjadi 4 – 5 hari setelah operasi sebelum kollagen meluas di daerah luka. Ketika dehiscence dan eviscerasi terjadi luka harus segera ditutup dengan balutan steril yang lebar, kompres dengan normal saline. Klien disiapkan untuk segera dilakukan perbaikan pada daerah luka.

G. Macam-Macam Luka dalam Praktik Kebidanan

Jenis luka berdasarkan penyebabnya yang sering dijumpai dalam praktik kebidanan adalah luka mekanik: luka insisi (*incised wound*) dan luka gores (*lacerated wound*). Luka insisi karena pembedahan dapat dijumpai pada kasus: kelahiran bayi dengan section caesarea, masektomi, laparotomi (pada kasus: histerektomi, tubektomi, miomektomi, dll), dan kasus yang lain. Sedangkan luka gores terjadi pada kasus luka di jalan lahir (mukosa vagina, perineum) dan atau pada cerviks karena kelahiran bayi. Jenis luka gores dapat juga terjadi pada kasus robekan uterus karena tetania uteri.

Luka pada perineum yang disengaja untuk melebarkan jalan lahir atau disebut episiotomi, termasuk dalam jenis luka insisi.

H. Perawatan Luka dalam Praktik Kebidanan

Perawatan luka dalam praktik kebidanan pada dasarnya sama dengan perawatan luka pada umumnya. Lebih jelasnya akan dijelaskan pada poin ketiga tentang perawatan luka operasi.

Hal yang berbeda adalah perlakuan pada kasus luka gores (*lacerated wound*): luka pada uterus, cerviks, mukosa vagina dan perineum, yang meliputi teknik penjahitan yang dilakukan dan perawatan luka.

Pada bahasan ini, tidak akan dijelaskan perawatan luka secara spesifik pada kasus luka/robekan pada uterus, cerviks, mukosa vagina dan perineum, karena akan dibahas lebih terperinci pada mata kuliah Asuhan Kebidanan.

I. Penjahitan Luka

1. Definisi

- a. Suatu tindakan untuk mendekatkan tepi luka (menutup luka) dengan benang, sampai sembuh dan cukup untuk menahan beban fisiologis.
- b. Teknik yang digunakan untuk hemostasis atau untuk menghubungkan struktur anatomi yang terpotong.
- c. Penjahitan merupakan tindakan menghubungkan jaringan yang terputus atau terpotong untuk mencegah pendarahan dengan menggunakan benang.

2. Tujuan Penjahitan

- a. Penutupan ruang mati
- b. Meminimalkan risiko perdarahan dan infeksi
- c. Mendekatkan tepi kulit untuk hasil estetika dan fungsional
- d. Mendukung dan memperkuat penyembuhan luka sampai meningkatkan kekuatan tarik mereka.

3. Prinsip Umum Penjahitan Luka

- a. Penyembuhan akan terjadi lebih cepat bila tepi-tepi kulit dirapatkan satu sama lain dengan hati-hati.
- b. Tegangan dari tepi-tepi kulit harus seminimal mungkin atau kalau mungkin tidak ada sama sekali. Ini dapat dicapai dengan memotong atau merapikan kulit secara hati-hati sebelum dijahit.
- c. Tepi kulit harus ditarik dengan ringan, ini dilakukan dengan memakai traksi ringan pada tepi-tepi kulit dan lebih rentan lagi pada lapisan dermal daripada kulit yang dijahit.
- d. Setiap ruang mati harus ditutup, baik dengan jahitan subcutaneus yang dapat diserap atau dengan mengikutsertakan lapisan ini pada waktu menjahit kulit.
- e. Jahitan halus tetapi banyak yang dijahit pada jarak yang sama lebih disukai daripada jahitan yang lebih besar dan berjauhan.
- f. Setiap jahitan dibiarkan pada tempatnya hanya selama diperlukan. Oleh karena itu jahitan pada wajah harus dilepas secepat mungkin (48 jam–5 hari), sedangkan jahitan pada dinding abdomen dan kaki harus dibiarkan selama 10 hari atau lebih.
- g. Semua luka harus ditutup sebersih mungkin.
- h. Pemakaian forseps dan trauma jaringan (pincet cirugis) diusahakan seminimal mungkin.

4. Komplikasi Penjahitan

- a. Overlapping: terjadi sebagai akibat tidak dilakukan adaptasi luka sehingga luka

menjadi tumpang tindih dan luka mengalami penyembuhan yang lambat dan apabila sembuh maka hasilnya akan buruk.

- b. Nekrosis: jahitan yang terlalu tegang dapat menyebabkan avaskularisasi sehingga menyebabkan kematian jaringan.
- c. Infeksi: infeksi dapat terjadi karena tehnik penjahitan yang tidak steril, luka yang telah terkontaminasi, dan adanya benda asing yang masih tertinggal.
- d. Perdarahan: terapi antikoagulan atau pada pasien dengan hipertensi.
- e. Hematoma: terjadi pada pasien dengan pembuluh darah arteri terpotong dan tidak dilakukan ligasi/pengikatan sehingga perdarahan terus berlangsung dan menyebabkan bengkak.
- f. Dead space (ruang/rongga mati): yaitu adanya rongga pada luka yang terjadi karena penjahitan yang tidak lapis demi lapis.
- g. Sinus: bila luka infeksi sembuh dengan meninggalkan saluran sinus, biasanya ada jahitan multifilament yaitu benang pada dasar sinus yang bertindak sebagai benda asing.
- h. Dehisensi: adalah luka yang membuka sebelum waktunya disebabkan karena jahitan yang terlalu kuat atau penggunaan bahan benang yang buruk.
- i. Abses: infeksi hebat yang telah menghasilkan produk pus/nanah.

5. **Alat dan Bahan dalam Penjahitan Luka**

Bahan habis pakai yang digunakan dalam penjahitan luka diantaranya: benang jahit (catgut, side), kassa steril, anestesi local, dan larutan antiseptic. Alat-alat yang digunakan diantaranya: *needle*/ jarum jahit, *needle holder*/ nalpoeder, pincet anatomis, gunting jaringan/ gunting benang, bengkok, doek lubang steril dan sarung tangan steril.

Benang dan jarum yang digunakan dalam menjahit luka, disesuaikan dengan jenis luka dan letak luka berada.

6. **Teknik Penjahitan**

Teknik penjahitan yang digunakan dalam menjahit luka disesuaikan dengan keadaan/ kondisi luka dan tujuan penjahitan. Secara umum, teknik penjahitan dibedakan menjadi :

a. ***Simple Interrupted Suture* (Jahitan Terputus/Satu-Satu)**

Teknik penjahitan ini dapat dilakukan pada semua luka, dan apabila tidak ada teknik penjahitan lain yang memungkinkan untuk diterapkan. Terbanyakdigunakan karena sederhana dan mudah. Tiap jahitan disimpul sendiri. Dapat dilakukan pada kulit atau bagian tubuh lain, dan cocok untuk daerah yang banyak bergerak karena tiap jahitan saling menunjang satu dengan lain. Digunakan juga untuk

jahitan situasi. Cara jahitan terputus dibuat dengan jarak kira-kira 1 cm antar jahitan. Keuntungan jahitan ini adalah bila benang putus, hanya satu tempat yang terbuka, dan bila terjadi infeksi luka, cukup dibuka jahitan di tempat yang terinfeksi. Akan tetapi, dibutuhkan waktu lebih lama untuk mengerjakannya.

Teknik jahitan terputus sederhana dilakukan sebagai berikut:

- 1) Jarum ditusukkan jauh dari kulit sisi luka, melintasi luka dan kulit sisi lainnya, kemudian keluar pada kulit tepi yang jauh, sisi yang kedua.
- 2) Jarum kemudian ditusukkan kembali pada tepi kulit sisi kedua secara tipis, menyeberangi luka dan dikeluarkan kembali pada tepi dekat kulit sisi yang pertama
- 3) Dibuat simpul dan benang diikat.

b. *Running Suture/ Simple Continous Suture (Jahitan Jelujur)*

Jahitan jelujur menempatkan simpul hanya pada ujung-ujung jahitan, jadi hanya dua simpul. Bila salah satu simpul terbuka, maka jahitan akan terbuka seluruhnya. Jahitan ini sangat sederhana, sama dengan kita menjelujur baju. Biasanya menghasilkan hasil kosmetik yang baik, tidak disarankan penggunaannya pada jaringan ikat yang longgar, dan sebaiknya tidak dipakai untuk menjahit kulit.

Teknik jahitan jelujur dilakukan sebagai berikut:

- 1) Diawali dengan menempatkan simpul 1 cm di atas puncak luka yang terikat tetapi tidak dipotong
- 2) Serangkaian jahitan sederhana ditempatkan berturut-turut tanpa mengikat atau memotong bahan jahitan setelah melalui satu simpul
- 3) Spasi jahitan dan ketegangan harus merata, sepanjang garis jahitan
- 4) Setelah selesai pada ujung luka, maka dilakukan pengikatan pada simpul terakhir pada akhir garis jahitan
- 5) Simpul diikat di antara ujung ekor dari benang yang keluar dari luka/ penempatan jahitan terakhir.

c. *Running Locked Suture (Jahitan Pengunci/ Jelujur Terkunci/ Foston)*

Jahitan jelujur terkunci merupakan variasi jahitan jelujur biasa, dikenal sebagai *stitch bisbol* □ karena penampilan akhir dari garis jahitan berjalan terkunci. Teknik ini biasa digunakan untuk menutup peritoneum. Teknik jahitan ini dikunci bukan disimpul, dengan simpul pertama dan terakhir dari jahitan jelujur terkunci adalah terikat.

Cara melakukan penjahitan dengan teknik ini hampir sama dengan teknik jahitan jelujur, bedanya pada jahitan jelujur terkunci dilakukan dengan mengaitkan benang pada jahitan sebelumnya, sebelum beralih ke tusukan berikutnya.

d. *Subcuticular Continuous Suture* (Subkutis)

Jahitan subkutis dilakukan untuk luka pada daerah yang memerlukan kosmetik, untuk menyatukan jaringan dermis/ kulit. Teknik ini tidak dapat diterapkan untuk jaringan luka dengan tegangan besar.

Pada teknik ini benang ditempatkan bersembunyi di bawah jaringan dermis sehingga yang terlihat hanya bagian kedua ujung benang yang terletak di dekat kedua ujung luka. Hasil akhir pada teknik ini berupa satu garis saja. Teknik ini dilakukan sebagai berikut :

- a) Tusukkan jarum pada kulit sekitar 1-2 cm dari ujung luka keluar di daerah dermis kulit salah satu dari tepi luka
- b) Benang kemudian dilewatkan pada jaringan dermis kulit sisi yang lain, secara bergantian terus menerus sampai pada ujung luka yang lain, untuk kemudian dikeluarkan pada kulit 1-2 cm dari ujung luka yang lain
- c) Dengan demikian maka benang berjalan menyusuri kulit pada kedua sisi secara parallel di sepanjang luka tersebut.

e. *Matress Suture* (Matras : Vertikal dan Horisontal)

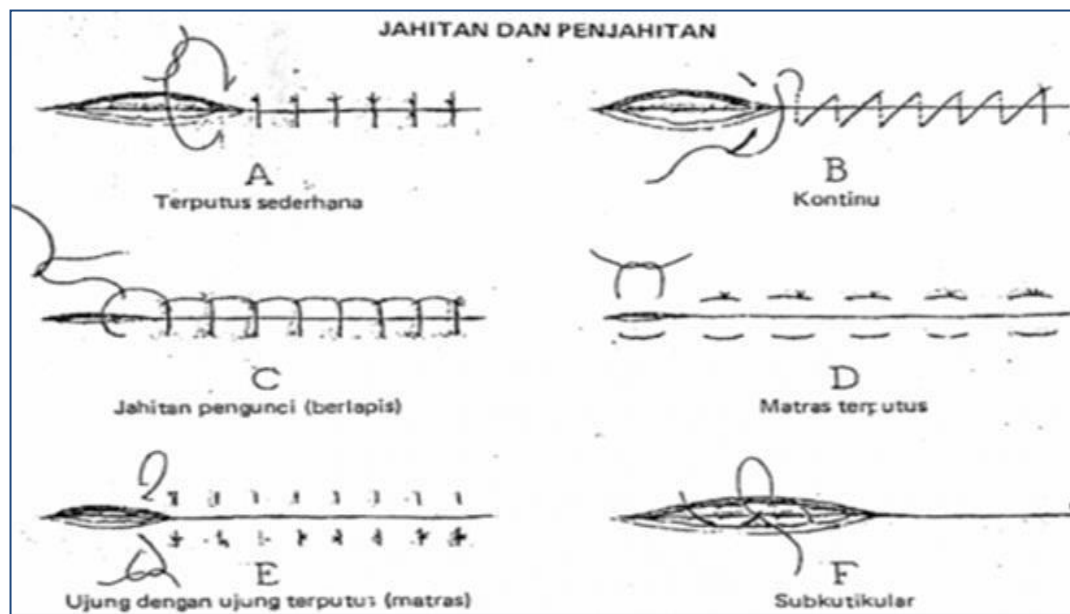
Jahitan matras dibagi menjadi dua, yaitu matras vertical dan matras horizontal. Prinsip teknik penjahitan ini sama, yang berbeda adalah hasil akhir tampilan permukaan. Teknik ini sangat berguna dalam memaksimalkan eversi luka, mengurangi ruang mati, dan mengurangi ketegangan luka. Namun, salah satu kelemahan teknik penjahitan ini adalah penggarisan silang. Risiko penggarisan silang lebih besar karena peningkatan ketegangan di seluruh luka dan masuknya 4 dan exit point dari jahitan di kulit.

Teknik jahitan matras vertical dilakukan dengan menjahit secara mendalam di bawah luka kemudian dilanjutkan dengan menjahit tepi-tepi luka. Biasanya menghasilkan penyembuhan luka yang cepat karena didekatkannya tepi-tepi luka oleh jahitan ini.

Teknik jahitan matras horizontal dilakukan dengan penusukan seperti simpul, sebelum disimpul dilanjutkan dengan penusukan sejajar sejauh 1 cm dari tusukan pertama. keuntungannya adalah memberikan hasil jahitan yang kuat.

Waktu yang dianjurkan untuk menghilangkan benang ini adalah 5-7 hari (sebelum pembentukan epitel trek jahit selesai) untuk mengurangi risiko jaringan parut. Penggunaan bantalan pada luka, dapat meminimalkan pencekikan jaringan ketika luka membengkak dalam menanggapi edema pascaoperasi. Menempatkan/mengambil tusukan pada setiap jahitan secara tepat dan simetris sangat penting dalam teknik jahitan ini.

Gambar 1. Teknik Penjahitan



2. Persiapan dan Perawatan Operasi

Persiapan dan perawatan operasi sebelum, selama dan sesudah operasi pada poin ini akan dijelaskan lebih rinci pada bahasan/ bab selanjutnya.

3. Perawatan Luka Operasi

Dalam bahasan ini, perawatan luka operasi terdiri atas tindakan ganti balutan dan angkat jahitan.

1. Ganti Balutan

Perawatan luka umumnya diawali dengan tindakan penggantian balutan. Ganti balutan/ verban merupakan suatu tindakan mengganti verban untuk melindungi luka dengan drainase minimal terhadap kontaminasi mikroorganisme.

Ganti balutan dilakukan sesuai kebutuhan tidak hanya berdasarkan kebiasaan, melainkan disesuaikan terlebih dahulu dengan: kondisi klinis pasien, sifat operasi, tipe/jenis luka dan tampilan luka. Penggunaan antiseptic hanya untuk yang memerlukan saja karena efek toksiknya terhadap sel sehat. Untuk membersihkan luka hanya memakai normal saline (NaCl). Citotoxic agent seperti povidine iodine, asam asetat, sebaiknya tidak sering digunakan untuk membersihkan luka karena dapat menghambat penyembuhan dan mencegah reepitelisasi. Luka dengan sedikit debris di permukaannya dapat dibersihkan dengan kassa yang dibasahi dengan sodium klorida dan tidak terlalu banyak manipulasi gerakan.

2. Angkat Jahitan

Angkat jahitan adalah suatu tindakan melepas jahitan yang biasanya dilakukan pada hari ke-7 atau sesuai dengan proses penyembuhan luka. Tujuan dilakukan angkat jahitan adalah untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi. Pertimbangan dilakukan angkat jahitan adalah tegangan pada tepi luka operasi/luka jahitan.

Hal-hal yang harus diperhatikan berkaitan dengan tindakan angkat jahitan adalah :

- a. Tepi luka yang searah dengan garis lipatan kulit tidak akan tegang
- b. Luka yang arahnya tegak lurus terhadap garis kulit atau yang dijahit setelah banyak bagian kulit diambil, akan menyebabkan tegangan tepi luka yang besar □ pengambilan jahitan ditunda lebih lama, sampai dicapai kekuatan jaringan yang cukup, sehingga bekas jahitan tidak mudah terbuka lagi
- c. Jahitan yang dibiarkan terlalu lama, akan memperlambat penyembuhan luka.

3. Prinsip Perawatan Luka Operasi

Perawatan luka dapat dilakukan secara terbuka dan tertutup. Perawatan luka terbuka diutamakan pada luka yang sederhana dan dangkal, sedangkan pada luka operasi, dilakukan secara tertutup. Perawatan luka tertutup bertujuan untuk :

- a. Menjaga luka dari trauma mekanik
- b. Menekan dan mengimobilisasi daerah luka
- c. Mencegah perdarahan
- d. Mencegah luka dari kontaminasi oleh kuman
- e. Mengabsorpsi drainase
- f. Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis
- g. Debridemen sel nekrotik
- h. Memberikan lingkungan fisiologis yang sesuai untuk penyembuhan luka
- i. Meningkatkan hemostasis dengan menekan dressing.

Mengganti balutan dilakukan apabila balutan sudah kotor atau basah akibat eksternal maupun karena rembesan eksudat; ingin mengkaji keadaan luka dengan frekuensi tertentu; dan untuk mempercepat debridemen (pengangkatan) jaringan nekrotik.

Tipe penggantian balutan dibagi menjadi dua, yaitu tipe tipe basah dan kering. Balutan basah digunakan untuk luka yang basah atau banyak drainase, sedangkan balutan kering digunakan untuk luka kering atau drainase minimal. Adapun cara membersihkan luka adalah :

1. Luka kering cukup diusap dengan larutan antiseptik
2. Luka berwarna kekuningan/terinfeksi dibersihkan dengan pencucian sampai pus (nanah) terangkat
3. Luka berwarna hitam (nekrotik) harus dinekrotomi secara mekanik atau kimia.

4. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan dalam Perawatan Luka

Dalam melakukan perawatan luka, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan petugas, diantaranya:

1. Menghindari terjadinya pencemaran. Dilakukan dengan membalut luka dengan verban steril, dan melakukan disinfeksi luka dan kulit sebelum mengganti balutan.
2. Mengusahakan balutan tetap kering. Mikroorganisme dengan cepat berkembangbiak dalam lingkungan yang basah.
3. Proses perkembangan aliran darah local. Dilakukan dengan cara : tidak membalut luka terlalu kencang, memberi obat-obatan tertentu, dan melakukan penatalaksanaan panas-dingin sesuai anjuran dokter atau sesuai dengan anjuran kepala bagian

perawatan.

4. Mengembangkan kondisi yang baik. Kondisi pasien yang baik : status nutrisi dan cairan yang baik.
5. Selalu berusaha agar luka bersih. Membersihkan luka dengan : NaCl 0,9%, alcohol, larutan Iodium (betadhin).
6. Penyokong yang baik untuk luka. Sokongan luka dapat dilakukan dengan balutan plester perekat atau balutan yang member dukungan pada luka tersebut.
7. Menghindari kondisi luka yang makin memburuk. Dilakukan dengan observasi luka yang baik, untuk mencegah terjadinya infeksi.
8. Menghindari rasa sakit yang tidak perlu. Hal ini dapat dilakukan dengan :
 - a. Mencukur rambut sebelum menempelkan perekat
 - b. Mengurangi pemakaian plester perekat (jika memungkinkan)
 - c. Tidak memakai bahan-bahan pembalut yang bersifat mengikat
 - d. Sedapat mungkin tidak memakai bahan-bahan yang keras, seperti alcohol
 - e. Memungkinkan pasien mengambil posisi yang rileks

5. Bahan yang Digunakan dalam Perawatan Luka

Bahan yang digunakan untuk perawatan luka bisa berupa larutan antiseptic maupun larutan yang bersifat netral. Secara lebih rinci diuraikan sebagai berikut:

a. Sodium Klorida 0,9 %

Sodium klorida adalah larutan fisiologis yang ada di seluruh tubuh karena alasan ini tidak ada reaksi hipersensitivitas dari sodium klorida. Sodium klorida atau natrium klorida mempunyai Na dan Cl yang sama seperti plasma. Larutan ini tidak mempengaruhi sel darah merah.

Sodium klorida tersedia dalam beberapa konsentrasi, yang paling sering adalah sodium klorida konsentrasi 0,9%. Konsentrasi ini adalah konsentrasi normal dari sodium klorida, dan untuk alasan ini sodium klorida disebut juga normal saline. Normal saline merupakan larutan isotonis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan serta mudah didapat dan harga relatif lebih murah.

b. Larutan povidine-iodine

Iodine adalah element non metalik yang tersedia dalam bentuk garam yang dikombinasi dengan bahan lain. Walaupun iodine bahan non metalik iodine berwarna hitam kebiru-biruan, kilau metalik dan bau yang khas. Iodine hanya larut sedikit di air, tetapi dapat larut secara keseluruhan dalam alcohol dan larutan sodium iodide encer. Iodide tincture dan solution keduanya aktif melawan spora tergantung konsentrasi dan

waktu pelaksanaan. Larutan ini akan melepaskan iodium anorganik bila kontak dengan kulit atau selaput lendir sehingga cocok untuk luka kotor dan terinfeksi bakteri gram positif dan negatif, spora, jamur, dan protozoa. Bahan ini agak iritan dan alergen serta meninggalkan residu.

V. Referensi

- Bobak, K. Jensen. 2005. *Perawatan Maternitas*. Jakarta, EGC.
- Dudley HAF, Eckersley JRT, Paterson-Brown S. 2000. *Pedoman Tindakan Medik dan Bedah*. Jakarta, EGC.
- Johnson, Ruth, Taylor. 1997. *Buku Ajar Praktek Kebidanan*. Jakarta, EGC.
- Kaplan NE, Hentz VR. 1992. *Emergency Management of Skin and Soft Tissue Wounds, An Illustrated Guide*. USA, Boston, Little Brown.
- Kozier, Barbara. 1995. *Fundamental of Nursing: Concepts, Proses and Practice*: Sixth edition, Menlo Park, California.
- Kusmiyati. 2007. *Penuntun Belajar Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta, Fitramaya.
- Oswari E. 1993. *Bedah dan perawatannya*. Jakarta, Gramedia.
- Potter. 2000. *Perry Guide to Basic Skill and Prosedur Dasar*, Edisi III, Alih bahasa Ester Monica. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Samba, Suharyati. 2005. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. Jakarta, EGC.

VI. Tugas Mandiri

1. Jelaskan klasifikasi benang dan jarum jahit yang digunakan dalam penjahitan luka !
2. Sebut dan jelaskan cairan antiseptic selain povidine iodine yang dapat digunakan untuk perawatan luka !

VII. Evaluasi

1. Jelaskan jenis luka yang umum pada kasus kebidanan !
2. Jelaskan proses terjadinya penyembuhan luka !
3. Jelaskan tentang factor nutrisi dalam proses penyembuhan luka !
4. Jelaskan penatalaksanaan komplikasi jahitan pada dehiscence dan eviscerasi !
5. Jelaskan bagaimana cara untuk meminimalisasi komplikasi akibat penjahitan !
6. Jelaskan indikasi dilakukannya penggantian verban !
7. Jelaskan pertimbangan dilakukan angkat jahitan !

Materi 2

Asuhan Pada Pasien Pre, Intra dan Pasca Bedah/ Operasi Pada Kasus Kebidanan

I. Kompetensi Dasar

Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan pada pasien pre, intra dan pasca bedah/operasi pada kasus kebidanan.

II. Tujuan Pembelajaran

1. Menjelaskan persiapan dan asuhan pre operasi
2. Menjelaskan persiapan dan asuhan intra operasi
3. Menjelaskan persiapan dan asuhan post operasi

III. Materi

1. Persiapan dan asuhan pre operasi
2. Persiapan dan asuhan intra operasi
3. Persiapan dan asuhan post operasi

IV. Uraian Materi

Asuhan adalah bantuan yang diberikan oleh tenaga paramedic (bidan, perawat) kepada individu/klien (Depkes, 1996). Asuhan pada pasien pre, intra dan post operasi merupakan suatu bantuan yang diberikan oleh bidan kepada klien selama proses persiapan, proses pelaksanaan dan proses pemulihan operasi untuk memenuhi kebutuhannya.

II. Persiapan dan Asuhan Pre Operasi

Keberhasilan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Hal ini disebabkan fase preoperatif merupakan tahap awal yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan selanjutnya. Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Pengakajian secara integral meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan tindakan operasi. Adapun persiapan klien sebelum memasuki kamar operasi, meliputi:

1. Konsultasi dengan dokter obstetric-ginekologi dan dokter anestesi

Konsultasi dalam rangka persiapan tindakan operasi, meliputi *inform choice* dan *inform consent*.

Inform Consent sebagai wujud dari upaya rumah sakit menjunjung tinggi aspek etik hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi. Artinya apapun tindakan yang dilakukan pada pasien terkait dengan pembedahan, keluarga mengetahui manfaat dan tujuan serta segala resiko dan konsekuensinya. Pasien maupun keluarganya sebelum menandatangani surat pernyataan tersebut akan mendapatkan informasi yang detail terkait dengan segala macam prosedur pemeriksaan, pembedahan serta pembiusan yang akan dijalani (*inform choice*).

2. Pramedikasi

Pramedikasi adalah obat yang diberikan sebelum operasi dilakukan. Sebagai persiapan atau bagian dari anestesi. Pramedikasi dapat diresepkan dalam berbagai bentuk sesuai kebutuhan, misalnya relaksan, antiemetik, analgesik dll. Tugas bidan adalah memberikan medikasi kepada klien sesuai petunjuk/resep.

3. Perawatan kandung kemih dan usus

Konstipasi dapat terjadi sebagai masalah pascabedah setelah puasa dan imobilisasi, oleh karena itu lebih baik bila dilakukan pengosongan usus sebelum operasi. Kateter residu atau indwelling dapat tetap dipasang untuk mencegah terjadinya trauma pada kandung kemih selama operasi.

4. Mengidentifikasi dan melepas prosthesis

Semua prostesis seperti lensa kontak, gigi palsu, kaki palsu, perhiasan, dll harus dilepas sebelum pembedahan. Selubung gigi juga harus dilepas seandainya akan diberikan anestesi umum, karena adanya resiko terlepas dan tertelan. Pasien mengenakan gelang identitas, terutama pada ibu yang diperkirakan akan tidak sadar dan disiapkan juga gelang identitas untuk bayi.

5. Persiapan Fisik

Persiapan fisik pre operasi yang dialami oleh pasien dibagi dalam 2 tahapan, yaitu persiapan di unit perawatan dan persiapan di ruang operasi. Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi antara lain :

a. Status kesehatan fisik secara umum

Pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain-lain. Selain itu pasien harus istirahat yang cukup, karena dengan istirahat dan tidur yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan bagi pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

b. Status nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen.

c. Keseimbangan cairan dan elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolit obat-obatan anastesi. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik. Namun jika ginjal mengalami gangguan seperti oliguria/anuria, insufisiensi renal akut, nefritis akut maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal. Kecuali pada kasus-kasus yang mengancam jiwa.

d. Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus dibersihkan terlebih dahulu. Tindakan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien dipuasakan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enema/lavage. Lamanya puasa berkisar antara 7 sampai 8 jam (biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00 WIB). Tujuan dari pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi (masuknya cairan lambung ke paru-paru) dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi pasca pembedahan.

e. Pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat

menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka.

f. Personal Hygiene

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi, karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang dioperasi. Apabila masih memungkinkan, klien dianjurkan membersihkan seluruh badannya sendiri/dibantu keluarga di kamar mandi. Apabila tidak, maka bidan melakukannya di atas tempat tidur.

g. Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengongan isi kandung kemih, tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi *balance* cairan.

h. Latihan Pra Operasi

Latihan yang diberikan pada pasien sebelum operasi antara lain latihan nafas dalam, latihan batuk efektif dan latihan gerak sendi.

Latihan nafas dalam bermanfaat untuk memperingan keluhan saat terjadi sesak nafas, sebagai salah satu teknik relaksasi, dan memaksimalkan supply oksigen ke jaringan. Cara latihan teknik nafas dalam yang benar adalah :

1. Tarik nafas melalui hidung secara maksimal kemudian tahan 1-2 detik
2. Keluarkan secara perlahan dari mulut
3. Lakukanlah 4-5 kali latihan, lakukanlah minimal 3 kali sehari (pagi, siang, sore)

Batuk efektif bermanfaat untuk mengeluarkan secret yang menyumbat jalan nafas. Cara batuk efektif adalah :

1. Tarik nafas dalam 4-5 kali
2. Pada tarikan selanjutnya nafas ditahan selama 1-2 detik
3. Angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukan dengan kuat
4. Lakukan empat kali setiap batuk efektif, frekuensi disesuaikan dengan kebutuhan
5. Perhatikan kondisi klien

Latihan gerak sendi bermanfaat untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertrahankan fungsi jantung dan pernapasan, serta mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi. Beberapa jenis gerakan sendi: fleksi, ekstensi, adduksi, abduksi, oposisi, dll.

i. Persiapan/ Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi,

laboratorium maupun pemeriksaan lain, seperti: pemeriksaan masa perdarahan (*bledding time*) dan masa pembekuan (*clotting time*) darah pasien, elektrolit serum, hemoglobin, protein darah, dan hasil pemeriksaan radiologi berupa foto thoraks, EKG dan ECG.

- 1) Pemeriksaan Radiologi dan diagnostik, seperti : Foto thoraks, abdomen, foto tulang (daerah fraktur), USG (Ultra Sono Grafi), CT scan (*computerized Tomography Scan*) , MRI (*Magnetic Resonance Imagine*), BNO-IVP, Renogram, Cystoscopy, Mammografi, CIL (*Colon in Loop*), EKGEKG (Electro Cardio Grafi), ECHO, EEG (*Electro Enchephalo Grafi*), dll.
- 2) Pemeriksaan Laboratorium, berupa pemeriksaa darah : hemoglobin, angka leukosit, limfosit, LED (laju endap darah), jumlah trombosit, protein total (albumin dan globulin), elektrolit (kalium, natrium, dan chlorida), CT BT, ureum kretinin, BUN, dll. Bisa juga dilakukan pemeriksaan pada sumsum tulang jika penyakit terkait dengan kelainan darah.
- 3) Biopsi, yaitu tindakan sebelum operasi berupa pengambilan bahan jaringan tubuh untuk memastikan penyakit pasien sebelum operasi. Biopsi biasanya dilakukan untuk memastikan apakah ada tumor ganasjinak atau hanya berupa infeksi kronis saja.
- 4) Pemeriksaan Kadar Gula Darah (KGD). Pemeriksaan KGD dilakukan untuk mengetahui apakah kadar gula darah pasien dalam rentang normal atau tidak. Uji KGD biasanya dilakukan dengan puasa 10 jam (puasa jam 10 malam dan diambil darahnya jam 8 pagi) dan juga dilakukan pemeriksaan KGD 2 jam PP (post prandial).

II. Persiapan dan Asuhan Intra Operasi

Asuhan intra operasi merupakan bagian dari tahapan asuhan perioperatif. Aktivitas yang dilakukan pada tahap ini adalah segala macam aktivitas yang dilakukan oleh tenaga paramedis di ruang operasi. Aktivitas di ruang operasi oleh paramedic difokuskan pada pasien yang menjalani prosedur pembedahan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah-masalah fisik yang mengganggu pasien. Perawatan intra operatif tidak hanya berfokus pada masalah fisiologis yang dihadapi oleh pasien selama operasi, namun juga harus berfokus pada masalah psikologis yang dihadapi oleh pasien.

Secara umum anggota tim dalam prosedur pembedahan ada tiga kelompok besar, meliputi ahli anastesi dan perawat anastesi yang bertugas memberikan agen analgetik dan membaringkan pasien dalam posisi yang tepat di meja operasi, ahli bedah dan asisten yang melakukan *scrub* dan pembedahan serta perawat intra operatif. Perawat intra operatif bertanggung jawab terhadap keselamatan dan kesejahteraan pasien.

1. Prinsip-Prinsip Umum

a. Prinsip aseptis ruangan

Antisepsis dan aseptis adalah suatu usaha agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan, baik secara kimiawi, tindakan mekanis atau tindakan fisik. Termasuk dalam cakupan tindakan antisepsis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/melakukan desinfeksi dari kulit/tangan.

b. Prinsip aseptis personel

Teknik persiapan personel sebelum operasi meliputi 3 tahap, yaitu : *scrubbing* (cuci tangan steril), *gowning* (teknik penggunaan gaun operasi), dan *gloving* (teknik pemakaian sarung tangan steril). Semua anggota tim operasi harus memahami konsep tersebut di atas untuk dapat memberikan penatalaksanaan operasi secara aseptis dan antisepsis sehingga menghilangkan atau meminimalkan angka kuman. Hal ini diperlukan untuk menghindari bahaya infeksi yang muncul akibat kontaminasi selama prosedur pembedahan (infeksi nosokomial).

c. Prinsip aseptis pasien

Pasien yang akan menjalani pembedahan harus diasepsiskan. Maksudnya adalah dengan melakukan berbagai macam prosedur yang digunakan untuk membuat medan operasi steril. Prosedur-prosedur itu antara lain adalah kebersihan pasien, desinfeksi daerah/bagian tubuh pasien yang dioperasi.

d. Prinsip aseptis instrument

Instrumen bedah yang digunakan untuk pembedahan pasien harus benar- benar berada dalam keadaan steril. Tindakan yang dapat dilakukan diantaranya adalah perawatan dan sterilisasi alat, mempertahankan kesterilan alat pada saat pembedahan dengan menggunakan teknik tanpa singgung dan menjaga agar tidak bersinggungan dengan benda-benda non steril.

2. Hal-hal yang dilakukan oleh paramedis terkait dengan pengaturan posisi pasien meliputi :

a. Kesejajaran fungsional

Maksudnya adalah memberikan posisi yang tepat selama operasi. Operasi yang berbeda akan membutuhkan posisi yang berbeda pula.

b. Pemajanan area pembedahan

Pemajanan daerah bedah maksudnya adalah daerah mana yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Dengan pengetahuan tentang hal ini paramedis dapat mempersiapkan daerah operasi dengan teknik drapping.

c. Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi

d. Monitoring Fisiologis

1) Melakukan balance cairan

2) Memantau kondisi cardiopulmonal. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernafasan, nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dll.

3) Pemantauan terhadap perubahan *vital sign*

4) Monitoring psikologis, dukungan psikologis yang dilakukan antara lain :

a) Memberikan dukungan emosional pada pasien

b) Berdiri di dekat klien dan memberikan sentuhan selama prosedur

c) Mengkaji status emosional klien

d) Mengkomunikasikan status emosional klien kepada tim kesehatan (jika ada perubahan).

e. Pengaturan dan koordinasi paramedis, dilakukan dengan tindakan: mengelola keamanan fisik pasien, dan mempertahankan prinsip dan teknik aseptis.

III. Persiapan dan Asuhan Pos Operasi

Asuhan post operasi (segera setelah operasi) harus dilakukan di ruang pemulihan tempat adanya akses yang cepat ke oksigen, pengisap, peralatan resusitasi, monitor, bel panggil emergensi, dan staf terampil dalam jumlah dan jenis yang memadai.

Asuhan pasca operatif secara umum meliputi :

1. Pengkajian tingkat kesadaran. Pada pasien yang mengalami anestesi general, perlu dikaji tingkat kesadaran secara intensif sebelum dipindahkan ke ruang perawatan. Kesadaran pasien akan kembali pulih tergantung pada jenis anestesi dan kondisi umum pasien.
2. Pengkajian suhu tubuh, frekuensi jantung/ nadi, respirasi dan tekanan darah. Tanda-tanda vital pasien harus selalu dipantau dengan baik.
3. Mempertahankan respirasi yang sempurna. Respirasi yang sempurna akan meningkatkan supply oksigen ke jaringan. Respirasi yang sempurna dapat dibantu dengan posisi yang benar dan menghilangkan sumbatan pada jalan nafas pasien. Pada pasien yang kesadarannya belum pulih seutuhnya, dapat tetap dipasang respirator.
4. Mempertahankan sirkulasi darah yang adekuat.
5. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dengan cara memonitor input serta outputnya.
6. Mempertahankan eliminasi, dengan cara mempertahankan asupan dan output serta mencegah terjadinya retensi urine.
7. Pemberian posisi yang tepat pada pasien, sesuai dengan tingkat kesadaran, keadaan umum, dan jenis anestesi yang diberikan saat operasi.
8. Mengurangi kecemasan dengan cara melakukan komunikasi secara terapeutik.
9. Mengurangi rasa nyeri pada luka operasi, dengan teknik-teknik mengurangi rasa nyeri.
10. Mempertahankan aktivitas dengan cara latihan memperkuat otot sebelum ambulatory.
11. Meningkatkan proses penyembuhan luka dengan perawatan luka yang benar, ditunjang factor lain yang dapat meningkatkan kesembuhan luka.

IV. Referensi

- Dudley HAF, Eckersley JRT, Paterson-Brown S. 2000. *Pedoman Tindakan Medik dan Bedah*. Jakarta, EGC.
- Johnson, Ruth, Taylor. 1997. *Buku Ajar Praktek Kebidanan*. Jakarta, EGC.
- Kozier, Barbara. 1995. *Fundamental of Nursing : Concepts, Proses and Practice* : Sixth edition, Menlo Park, Calofornia.
- Oswari E. 1993. *Bedah dan perawatannya*. Jakarta, Gramedia.
- Potter. 2000. *Perry Guide to Basic Skill and Prosedur Dasar*, Edisi III, Alih bahasa Ester Monica. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sabiston, David. 1997. *Buku Ajar Ilmu Bedah*, bagian 1. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.

V. Tugas Mandiri

- a. Jelaskan jenis gerakan dalam latihan gerak sendi, dan sendi apa sajakah yang digerakkan ?
- b. Bagaimanakah cara melakukan latihan gerak sendi ?
- c. Jelaskan cara mengurangi rasa nyeri pada pasien post operasi !

VI. Evaluasi

- a. Jelaskan persiapan klien sebelum operasi ?
- b. Jelaskan tentang persiapan fisik sebelum operasi dilaksanakan ?
- c. Jelaskan cara batuk yang efektif ?
- d. Jelaskan prinsip aseptis personel ?
- e. Jelaskan asuhan post operasi ?

Materi 3

Praktikum Persiapan Bedah Kebidanan

I. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa dapat melakukan persiapan bedah kebidanan (pada pre dan post operasi).

II. Dasar Teori

Keberhasilan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase preoperatif, fase ini merupakan tahap awal yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan selanjutnya. Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Pada fase postoperative juga merupakan fase yang sangat rentan terhadap keberhasilan tindakan operasi secara keseluruhan. Untuk itu pengawasan selama 6 jam pertama perlu diperhatikan. Persiapan klien pada preoperative sebelum memasuki kamar operasi, meliputi:

1. Konsultasi dengan dokter obstetric-ginekologi dan dokter anestesi
2. Pramedikasi
3. Perawatan kandung kemih dan usus
4. Mengidentifikasi dan melepas prosthesis
5. Persiapan Fisik.

Sedangkan pada postoperative dititikberatkan pada pengawasan keadaan umum dan pemenuhan kebutuhan dasar manusia.

III. Petunjuk dan keselamatan kerja

1. Siapkan alat dan bahan yang akan digunakan
2. Perhatikan petunjuk pelaksanaan tindakan
3. Lakukan tindakan secara lembut, hati-hati dan teliti
4. Perhatikan keadaan pasien sebelum bekerja agar tindakan dapat dilaksanakan dengan baik
5. Letakkan pasien dan alat-alat pada tempat yang aman.

IV. Alat dan bahan

Tinjau kembali materi praktikum KDM:

1. Alat tulis dan buku catatan
2. Alat dan bahan untuk pemeriksaan tanda-tanda vital

3. Alat dan bahan untuk pemasangan infus
4. Alat dan bahan untuk pemasangan kateter menetap
5. Alat dan bahan untuk tindakan scereen.

V. Persiapan

1. Persiapan ruang dan tempat pemeriksaan yang bersih dan terjaga privasinya
2. Siapkan alat dan bahan pemeriksaan yang akan digunakan dengan menyusunnya secara ergonomis.

VI. Prosedur Pelaksanaan

Nilai :

0 : apabila tindakan tidak dilakukan

1 : apabila dilakukan tetapi kurang sempurna/ tidak tepat 2 :

apabila dilakukan dengan benar

A. Melakukan Persiapan Dan Perawatan Pre Operasi Sectio Secarea

No	Langkah Kerja
1	Memberitahukan keluarga bahwa ibu harus dilakukan tindakan SC karena ada indikasi medis
2	Memberitahu pasien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan
3	Memberi penjelasan kepada ibu dan keluarga tentang tindakan pembedahan yaitu pemeriksaan yang diperlukan sebelum operasi, alat – alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke kamar bedah, ruang pemulihan dan kemungkinan pengobatan setelah bedah
4	Menganjurkan puasa selama 8 jam sebelum operasi
5	Memberi suport mental (ibu tidak akan merasa sakit karena akan dibius, dll)
6	Melakukan pemeriksaan penunjang (Lab, EKG, USG, dll yang diperlukan)
7	Melakukan pemantauan tanda-tanda vital dan melakukan pencatatan
8	Memeriksa adanya kelainan-kelainan tubuh seperti merah, lecet dan oedema
9	Membimbing malakukan latihan nafas dalam, batuk efektif dan latihan gerak sendi
10	Berkolaborasi dengan dokter dan tim bedah jika hasil pemeriksaan fisik dan penunjang ibu normal
11	Mempersiapkan ibu untuk tindakan operasi - Memasang infus dengan jarum besar No 16/18 dengan larutan RL (sebelum masuk ruang operasi minimal masuk satu flabot) - Memasang DC untuk balance cairan - Membebashamakan daerah yang akan dioperasi dengan cara membersihkan dan mencukur daerah yang akan dioperasi (sekitar pubis dan abdomen)
12	Melakukan tindakan untuk mengatasi risiko terjadinya cedera : - Cek kembali identitas pasien - Periksa keadaan umum pasien - Lepaskan perhiasan pada pasien - Potong kuku jika masih panjang - Periksa apakah pasien memakai gigi palsu - Lepaskan kontak lensa
13	Memberikan obat premedikasi sesuai advice dokter
14	Membereskan alat
15	Mencuci tangan
16	Mencatat pencatatan tindakan yang telah dilakukan

B. Melakukan Persiapan Dan Perawatan Post Operasi Sectio Secarea

No	Langkah Kerja
1	Memberitahukan keluarga bahwa ibu selesai dilakukan operasi
2	Mempersiapkan ruangan dan alat yang diperlukan untuk pengawasan post operasi
3	Memindahkan pasien dari ruang operasi ke ruang rehabilitas
4	Mengatur posisi pasien dengan bantal (30 derajat) jika anastesi spinal dan tanpa bantal jika anastesi umum
5	Memelihara jalan nafas dengan oksigen 2 liter/menit
6	Melakukan pemantauan tanda vital dan melakukan pencatatan setiap 15 menit selama 2 jam pertama dan setiap 30 menit setelah 2 jam
7	Mengkaji tingkat kesadaran dan tingkat nyeri
8	Mengelola pemberian cairan parenteral (anastesi spinal min. 3 L/hari)
9	Mengobservasi intake dan output
10	Mengelola terapi sesuai <i>advice</i> dokter (antibiotik, analgetik)
11	Mengobservasi pengeluaran darah pervagina setiap 30 menit selama 6 jam pertama
12	Mengelola pemberian diet secara bertahap (pada spinal anastesi 6 jam setelah operasi mulai dengan diet BBS, pada anastesi umum setelah peristaltik usus membaik)
13	Melakukan pemeriksaan laboratorium (Hb) setelah minimal 8 jam operasi
14	Memberitahukan penjelasan untuk mobilisasi secara bertahap setelah 24 jam post operasi
15	Melakukan perawatan rutin post operasi - Mengobservasi tanda – tanda vital setiap 6 jam - Mengobservasi involusi uteri setiap 6 jam - Mengobservasi intake output - Melakukan perawatan infus dan DC - Melakukan perawatan luka operasi 7 hari post operasi - Melakukan pengangkatan jahitan
16	Mempersiapkan pasien pulang setelah luka jahitan membaik (7 hari post operasi)
17	Memberikan pendidikan kesehatan : - Perawatan luka operasi di rumah - Konsumsi makanan yang tinggi protein - Mobilisasi - Kebersihan alat genetalia - Laktasi - Istirahat - Rencana penggunaan alat kontrasepsi
18	Menganjurkan pasien kontrol seminggu kemudian
19	Mencuci tangan
20	Mencatat pencatatan tindakan yang telah dilakukan

VII. Referensi

Dudley HAF, Eckersley JRT, Paterson-Brown S. 2000. *Pedoman Tindakan Medik dan Bedah*. Jakarta, EGC.

Johnson, Ruth, Taylor. 1997. *Buku Ajar Praktek Kebidanan*. Jakarta, EGC.

Kozier, Barbara. 1995. *Fundamental of Nursing : Concepts, Proses and Practice* : Sixth edition, Menlo Park, Calofornia.

Potter. 2000. *Perry Guide to Basic Skill and Prosedur Dasar*, Edisi III, Alih bahasa Ester Monica. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Samba, Suharyati. 2005. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. Jakarta, EGC.

Materi 4

Praktikum Perawatan Luka Bedah Kebidanan

I. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa dapat melakukan perawatan luka bedah kebidanan dengan melakukan Ganti Verban/GV dan *Hecting Up* (angkat jahitan).

II. Dasar Teori

Perawatan luka pada luka bedah khususnya bedah kebidanan merupakan salah satu aspek yang penting yang perlu diperhatikan. Hal ini terkait resiko infeksi yang mungkin terjadi pada luka bedah. Infeksi luka dapat ditimbulkan oleh cara perawatannya ataupun alat dan bahan yang digunakannya. Cara melakukan perawatan luka didasari oleh jenis operasinya, jenis insisinya, teknik penjahitannya dan benang yang digunakan. Luka operasi merupakan luka steril, untuk itu perawatan luka dengan mengganti verban dapat dilakukan mulai hari ketiga maupun hari kelima. Angkat jahitan dilakukan pada jahitan terputus sederhana dengan menggunakan banang jenis *side/silk*, dengan hari pengangkatan sesuai dengan kondisi jahitan yang umumnya mulai dilakukan pada hari ketujuh.

III. Petunjuk dan keselamatan kerja

1. Perhatikan petunjuk pelaksanaan tindakan
2. Lakukan tindakan secara hati-hati dan teliti
3. Perhatikan keadaan pasien sebelum bekerja agar tindakan dapat dilaksanakan dengan baik.

IV. Alat dan bahan

A. Mengganti verban

1. Koorntang dan tempatnya
2. Bak instrument, berisi :
 - a. Handschoon steril 1 pasang
 - b. Pinset anatomis 2 buah
 - c. Pincet cirugis 1 buah
 - d. Kom steril 2 buah
3. Kassa steril
4. Bengkok

5. Gunting verban
6. Plester
7. Perlak dan pengalasnya
8. Larutan NaCl 0,9 %
9. Larutan antiseptic (povidone iodine 10%)
10. Obat topical (antibiotic) □ jika diperlukan
11. Framisetin sulfat (Daryant tulle, Supra tulle) □ jika diperlukan
12. Kapas alcohol dalam tempatnya
13. Larutan klorin 0,5 %
14. Tempat sampah basah
15. Sabun antiseptic
16. Handuk bersih.

B. Mengangkat Jahitan

1. Koorntang dan tempatnya
2. Bak instrument, berisi :
 - a. Handschoon steril 1 pasang
 - b. Pinset anatomis 2 buah
 - c. Pinset sirugis 1 buah
 - d. Kom steril 2 buah
 - e. Gunting benang/ *hecting up*
3. Kassa steril
4. Bengkok
5. Gunting verban
6. Plester
7. Perlak dan pengalasnya
8. Larutan antiseptic (povidone iodine 10%)
9. Obat topical (antibiotic)
10. Framisetin sulfat / Daryant tulle (jika diperlukan)
11. Kapas alcohol dalam tempatnya
12. Larutan klorin 0,5 %
13. Tempat sampah basah
14. Sabun antiseptic
15. Handuk bersih.

V. Persiapan

1. Persiapan ruang dan tempat pemeriksaan bersih dan terjaga privasinya
2. Siapkan alat dan bahan yang akan digunakan dan disusun secara ergonomis.

VI. Prosedur Pelaksanaan

Nilai :

0 : apabila tindakan tidak dilakukan

1 : apabila dilakukan tetapi kurang sempurna/ tidak tepat 2 :

apabila dilakukan dengan benar

A. Mengganti Verban/Balutan

N0	Butir yang Dinilai
A	Sikap dan Perilaku
1	Menyambut klien dengan sopan dan ramah
2	Memperkenalkan diri pada klien
3	Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan
4	Merespon terhadap reaksi klien dengan tepat
5	Percaya diri, tidak gugup
B	Prosedur Tindakan
6	Menyiapkan dan mendekatkan alat
7	Memasang sampiran, menutup pintu
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin
9	Memasang alas/perlak, dan mendekatkan bengkok
10	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
11	Membuka paket steril (bak instrument), kemudian memakai sarung tangan steril
12	Membuka balutan lama : a. Mengolesi plester dengan kapas alcohol b. Melepaskan plester menggunakan pincet anatomis ke satu dengan melepaskan ujungnya dan menarik secara perlahan, sejajar dengan kulit ke arah balutan c. Membuang balutan ke bengkok d. Menyimpan pincet on steril ke bengkok
13	Mengkaji luka : a. Keadaan luka : jenis/tipe luka, luas/ kedalaman luka, warna dasar luka, tingkatan luka/fase proses penyembuhan luka, tanda-tanda infeksi (perhatikan kondisinya termasuk bau), kondisi jahitan b. Keadaan balutan dan atau drainase c. Menekan daerah sekitar luka untuk mengkaji ada tidaknya pengeluaran pus/cairan dari tempat luka, dan mengetahui penutupan/ integritas kulit
14	Membersihkan luka : a. Mengambil pincet, tangan kanan memegang pincet cirugis dan tangan kiri memegang pincet anatomis ke dua b. Membuat kassa basah untuk membersihkan luka dengan cara : masukkan kassa de dalam kom berisi NaCl 0,9% dan memerasnya menggunakan pincet c. Membersihkan luka menggunakan kasa basah untuk sekali usapan (satu kali usap buang), gunakan teknik dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi / dari arah dalam ke luar d. Melakukan langkah ini sampai luka benar-benar bersih
15	Mengeringkan luka dengan menggunakan kassa kering steril
16	Memberikan topical therapy apabila diperlukan/sesuai indikasi (antiseptic/antibiotic)

17	Menutup luka dengan kasa steril : <u>Balutan kering – kering</u> a. Lapisan pertama kassa kering steril untuk menutupi daerah insisi dan bagian sekeliling kulit b. Lapisan kedua adalah kassa kering steril yang dapat menyerap c. Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar_ <u>Balutan basah – kering</u> a. Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi cairan steril atau anti mikrobial untuk menutupi area luka b. Lapisan kedua kasa steril yang lebab yang sifatnya menyerap c. Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar_ <u>Balutan basah – basah</u> a. Lapisan pertama kassa steril yang telah dilembabkan dengan cairan fisiologik untuk menutupi area luka b. Lapisan kedua kassa kering steril yang bersifat menyerap c. Lapisan ketiga (lapisan paling luar) kassa steril yang sudah dilembabkan dengan cairan fisiologik
18	Memasang plester dengan rapi
19	Membersihkan alat dan bahan (membuang bahan habis pakai ke tempat sampah, dan merendam alat-alat ke dalam larutan klorin 0,5%)
20	Melepas sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5 %
21	Mengatur dan merapikan posisi pasien
22	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
23	Mengevaluasi keadaan umum pasien
24	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan : waktu pelaksanaan, hasil observasi luka, keadaan balutan dan atau drainase, dan respon klien/pasien
C	Teknis
25	Teruji melaksanakan secara sistimatis
26	Teruji menjaga kesterilan
27	Teruji menjaga privasi pasien
28	Teruji memberikan perhatian terhadap respon pasien
29	Teruji melaksanakan dengan percaya diri dan tidak ragu ragu

B. Mengangkat Jahitan

N0	Butir yang Dinilai
A	Sikap dan Perilaku
1	Menyambut klien dengan sopan dan ramah
2	Memperkenalkan diri pada klien
3	Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan
4	Merespon terhadap reaksi klien dengan tepat
5	Percaya Diri, Tidak Gugup
B	Prosedur Tindakan
6	Menyiapkan dan mendekatkan alat
7	Memasang sampiran, menutup pintu
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin
9	Memasang alas/perlak, dan mendekatkan bengkak
10	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
11	Membuka paket steril (bak instrument), kemudian memakai sarung tangan steril
12	Mengolesi plester dengan kapas alcohol, membuka balutan luka perlahan-lahan dengan menggunakan pinset
13	Mengkaji luka (meyakinkan luka kering/ sudah saatnya jahitan diangkat)
14	Mengolesi luka operasi dengan larutan antiseptic/ povidone iodine 10%
15	Melepaskan jahitan satu persatu dengan cara : a. Meletakkan kassa steril di samping luka untuk meletakkan benang yang sudah diangkat b. Menjepit simpul jahitan dengan pinset anatomis dan ditarik sedikit ke atas (tangan non dominan) c. Menggantung benang di bawah simpul yang berdekatan dengan kulit atau pada sisi yang lain yang tidak simpul (tangan dominan) d. Mencabut benang dari kulit secara perlahan, dengan tangan dominan menahan luka menggunakan pincet e. Melakukan tindakan yang sama untuk semua simpul/jahitan f. Membuang kassa ke dalam bengkak
16	Mengolesi luka dengan larutan antiseptik
17	Memberikan topical therapy bila perlu (zalp antibiotic/framisetin sulfat)
18	Menutup luka dengan kasa kering steril dan memasang plester
19	Membereskan alat dan bahan (membuang bahan habis pakai ke tempat sampah, dan merendam alat-alat ke dalam larutan klorin 0,5%)
20	Melepas sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5 %
21	Mengatur dan merapikan posisi pasien
22	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih

23	Mengevaluasi keadaan umum pasien
24	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan : waktu pelaksanaan, hasil tindakan (jumlah yang diangkat, keadaan luka), dan respon klien/pasien
C	Teknis
25	Teruji melaksanakan secara sistimatis
26	Teruji menjaga kesterilan
27	Teruji menjaga privasi pasien
28	Teruji memberikan perhatian terhadap respon pasien
29	Teruji melaksanakan dengan percaya diri dan tidak ragu ragu

VII. Referensi

Dudley HAF, Eckersley JRT, Paterson-Brown S. 2000. *Pedoman Tindakan Medik dan Bedah*. Jakarta, EGC.

Kozier, Barbara. 1995. *Fundamental of Nursing : Concepts, Proses and Practice* : Sixth edition, Menlo Park, Calofornia.

Potter. 2000. *Perry Guide to Basic Skill and Prosedur Dasar*, Edisi III, Alih bahasa Ester Monica. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Samba, Suharyati. 2005. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. Jakarta, EGC.

Materi 5

Praktikum Penjahitan Luka

I. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa dapat melakukan penjahitan luka pada jaringan kulit dan otot dengan teknik-teknik dasar penjahitan luka. Teknik penjahitan yang akan dipraktikkan: *simple interrupted suture* (jahitan terputus sederhana/satu-satu).

II. Dasar Teori

Penjahitan merupakan tindakan menghubungkan jaringan yang terputus atau terpotong untuk mencegah pendarahan dengan menggunakan benang. Benang dan jarum yang digunakan dalam menjahit luka disesuaikan dengan jenis luka dan letak luka berada. Teknik penjahitan yang digunakan dalam menjahit luka disesuaikan dengan keadaan/ kondisi luka dan tujuan penjahitan. Salah satu teknik penjahitan luka yang tidak memiliki kontra indikasi penjahitan adalah teknik penjahitan *simple Interrupted Suture* (jahitan terputus sederhana/satu-satu). Teknik ini dapat dilakukan pada kulit atau bagian tubuh lain, dan cocok untuk daerah yang banyak bergerak karena tiap jahitan saling menunjang satu dengan lain. Digunakan juga untuk jahitan situasi. Cara jahitan terputus dibuat dengan jarak kira-kira 1 cm antar jahitan. Keuntungan jahitan ini adalah bila benang putus, hanya satu tempat yang terbuka, dan bila terjadi infeksi luka, cukup dibuka jahitan di tempat yang terinfeksi. Akan tetapi, dibutuhkan waktu lebih lama untuk mengerjakannya.

III. Petunjuk dan keselamatan kerja

1. Perhatikan petunjuk pelaksanaan tindakan
2. Lakukan tindakan secara hati-hati dan teliti
3. Perhatikan keadaan pasien sebelum bekerja agar tindakan dapat dilaksanakan dengan baik.

IV. Alat dan bahan

1. Korentang dan tempatnya
2. Spuit 5 cc / 3 cc
3. Kapas alcohol 70 %
4. Lidocain 2 %
5. Aqua destilata (*Water for injection*)

6. Pengalas
7. Kassa steril
8. Gunting benang
9. Nalpoeder
10. Pinset anatomis
11. Jarum kulit
12. Jarum otot
13. Benang kulit / Side
14. Benang otot / Catgut (kalau perlu)
15. Bengkok
16. Larutan antiseptic
17. Kom steril
18. Sarung tangan steril
19. Larutan klorin 0,5 %
20. Tempat sampah basah
21. Tempat sampah kering.

V. Persiapan

1. Persiapan ruang dan tempat pemeriksaan bersih dan terjaga privasinya
2. Siapkan alat dan bahan yang akan digunakan dan disusun secara ergonomis.

VI. Prosedur Pelaksanaan

Nilai :

0 : apabila tindakan tidak dilakukan

1 : apabila dilakukan tetapi kurang sempurna/ tidak tepat 2 :

apabila dilakukan dengan benar

No	Langkah
A	Sikap dan Perilaku
1	Menyambut klien dengan sopan dan ramah
2	Memperkenalkan diri pada klien
3	Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan
4	Merespon terhadap reaksi klien dengan tepat
5	Percaya diri, tidak gugup
B	Prosedur Tindakan
6	Menyiapkan dan mendekatkan alat
7	Memasang sampiran, menutup pintu
8	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin
9	Memasang alas/perlak, dan mendekatkan bengkok

10	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
11	Membuka paket steril, menyiapkan bahan-bahan yang diperlukan, kemudian memakai satu sarung tangan steril (tangan dominan)
12	Menyiapkan injeksi lidokain (hisap lidokain 1 % ke dalam spuit, atau untuk lidokain 2 %, encerkan dengan menggunakan <i>water for injection</i> dengan perbandingan 1:1, dilanjutkan menggunakan satu sarung tangan non dominan
13	Mengkaji luka: keadaan, kedalaman, dan luas luka
14	Membersihkan luka dengan larutan antiseptic dari area yang kurang terkontaminasi ke area kontaminasi (dalam ke luar)
15	Menyuntikkan lidokain di sekitar tepi luka (d disesuaikan dengan kedalaman dan luasnya luka)
16	Melakukan aspirasi, apabila tidak ada darah masukkan lidokain secara perlahan-lahan sambil menarik jarum dan memasukkan obat sepanjang tepi luka
17	Melakukan hal yang sama pada tepi luka yang lain
18	Menunggu kira-kira 2 menit untuk melihat reaksi obat
19	Menguji reaksi obat dengan menggunakan ujung pinset pada daerah luka, apabila pasien sudah tidak mengeluh sakit berarti obat sudah bereaksi, apabila masih mengeluh sakit tunggu 2 menit lagi kemungkinan obat belum bereaksi
20	Menyiapkan nalpoeder, jarum dan benang (apabila luka akan dilakukan penjahitan dalam, gunakan benang otot/catgut dan menggunakan jarum otot yang ujungnya bulat), apabila luka hanya dilakukan penjahitan luar/kulit, gunakan benang kulit/side dengan menggunakan jarum kulit yang ujungnya segitiga
21	Menjahit luka dengan teknik terputus sederhana:
	- Jarum ditusukkan jauh dari kulit sisi luka, melintasi luka dan kulit sisi lainnya, kemudian keluar pada kulit tepi yang jauh, sisi kedua - Jarum kemudian ditusukkan kembali pada tepi kulit sisi kedua secara tipis, menyeberangi luka dan dikeluarkan kembali pada tepi dekat kulit sisi yang pertama - Dibuat simpul dan benang diikat - Memotong benang, sisakan kira-kira 1 cm
22	Melakukan penjahitan satu persatu di bawah jahitan pertama dengan jarak antara jahitan satu dengan lainnya kurang lebih sama dengan kedalaman luka
23	Merapikan kembali jahitan, agar kulit saling bertemu dengan rapi
24	Memberikan antiseptic pada luka
25	Menutup luka dengan kassa steril dan memasang plester (pada pemasangan kassa steril, perhatikan serat kassa jangan sampai ada yang menempel pada luka)
26	Membereskan alat dan bahan (membuang bahan habis pakai ke tempat sampah, merendam alat-alat ke dalam larutan klorin 0,5%)
27	Melepas sarung tangan, merendam dalam larutan klorin 0,5 %
28	Mengatur dan merapikan posisi pasien
29	Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih
30	Mengevaluasi keadaan umum pasien
31	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan : waktu pelaksanaan, hasil tindakan (keadaan luka, teknik jahitan (jumlah jahitan), dan jenis benang), serta respon klien/pasien
C	Teknis
32	Teruji melaksanakan secara sistimatis

33	Teruji menjaga kesterilan
34	Teruji menjaga privasi pasien
35	Teruji memberikan perhatian terhadap respon pasien
36	Teruji melaksanakan dengan percaya diri dan tidak ragu ragu

VII. Referensi

Dudley HAF, Eckersley JRT, Paterson-Brown S. 2000. *Pedoman Tindakan Medik dan Bedah*. Jakarta, EGC.

Johnson, Ruth, Taylor. 1997. *Buku Ajar Praktek Kebidanan*. Jakarta, EGC.

Kozier, Barbara. 1995. *Fundamental of Nursing : Concepts, Proses and Practice* : Sixth edition, Menlo Park, Calofornia.

Potter. 2000. *Perry Guide to Basic Skill and Prosedur Dasar*, Edisi III, Alih bahasa Ester Monica. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Samba, Suharyati. 2005. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. Jakarta, EGC.