

TATA TERTIB PELAKSANAAN *SKILL LAB*

TATA TERTIB PELAKSANAAN PRAKTIKUM KETRAMPILAN BAGI MAHASISWA

1. Mahasiswa harus sudah lengkap dan siap 15 menit sebelum pelaksanaan praktikum.
2. Apabila ada yang tidak hadir, harus memperoleh ijin dari trainer yang mengampu.
3. Apabila sakit harus menyertakan surat keterangan sakit dari dokter (untuk dilampirkan pada daftar presensi mahasiswa). Presentasi presensi yang boleh mengikuti ujian dengan persyaratan kehadiran 100%.
4. Mahasiswa dengan presensi kehadiran <100% (ketentuan minimal harus sudah mengikuti 3 topik secara lengkap) dengan alasan yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan, diperbolehkan mengikuti INHAL (sesuai ketentuan pelaksanaan INHAL) pada blok tersebut.
5. Apabila melanggar ketentuan di point 4 maka diwajibkan mengikuti INHAL pada blok yang sama di tahun berikutnya.
6. Mahasiswa yang tidak pernah mengikuti praktikum selama blok berlangsung dengan alasan yang tidak jelas dan tidak dapat dipertanggungjawabkan, dinyatakan gugur blok.
7. Apabila terlambat lebih dari 15 menit tidak diperbolehkan mengikuti praktikum.
8. Setiap mahasiswa wajib mengenakan jas praktikum dan *name tag* selama pelaksanaan praktikum.
9. Mahasiswa harus sudah mempelajari topik ketrampilan yang akan diajarkan sebelum pelaksanaan praktikum.
10. Perwakilan masing-masing kelompok mahasiswa berkoordinasi dengan laboran *skill lab* dan bertanggungjawab terhadap alat-alat praktikum yang sudah disediakan.
11. Masing-masing mahasiswa harus mempersiapkan buku panduan praktikum, petunjuk pelaksanaan praktikum dan peralatan individu sebaik-baiknya (sesuai petunjuk trainer) pada setiap pertemuan di *skill lab*.
12. Sebelum pelaksanaan praktikum akan diadakan *pre-test* (secara kolektif akan dilaksanakan sebelum pelaksanaan *skill lab*), mahasiswa dilarang membaca

buku panduan, bekerja sama atau mencontoh mahasiswa lain. Bagi mahasiswa yang tidak lulus *pre-test* akan mengikuti remedi *pre-test*.

13. Pada pertemuan kedua akan diadakan evaluasi ketrampilan masing-masing mahasiswa oleh trainer.
14. Tidak diperkenankan menggunakan *Handphone* atau alat komunikasi lain selama pelaksanaan *skill lab*. *Handphone* atau alat komunikasi lain harap dimatikan.
15. Memakai busana yang islami (tidak ketat, tidak memakai celana berbahan jeans), serta tidak menggunakan *make-up* dan aksesoris secara berlebihan.
16. Menjaga situasi kondusif selama kegiatan praktikum, tidak membuat gaduh atau mengobrol antar mahasiswa yang cenderung mengganggu jalannya praktikum.
17. Memperhatikan serta melaksanakan instruksi dan pelatihan yang diberikan trainer.
18. Peminjaman ruangan dan alat-alat *skill lab* sebelumnya sudah dikoordinasikan dengan laboran *skill lab* dengan ketentuan waktu peminjaman masing-masing kelompok (minimal 3 orang) dalam seminggu 1 x 2 jam selama jam kerja FK UNIMUS (07.00-16.00 WIB), di luar jadwal kegiatan *skill lab* rutin. Peminjaman ruangan dan alat di luar waktu yang ditentukan dapat dilakukan dengan pengawasan trainer / asisten *Skill Lab*.
19. Bila terdapat kerusakan dan/atau kehilangan alat *skill lab* pada kegiatan no.17, maka kelompok yang bersangkutan wajib mengganti/ memperbaiki alat tersebut.
20. Bila kerusakan dan atau kehilangan alat *skill lab* terjadi pada saat kegiatan praktikum reguler, maka kelompok yang bersangkutan wajib mengganti/ memperbaiki alat tersebut sampai dapat digunakan dan tidak mengganggu kegiatan praktikum.

TATA TERTIB PELAKSANAAN *SKILL LAB* BAGI TRAINER

1. Trainer harus sudah hadir $\pm$ 15 menit sebelum pelaksanaan *skill lab*.
2. Trainer harus memahami topik ketrampilan yang akan diajarkan.
3. Trainer menyiapkan presensi dan lembar *check list* penilaian *skill lab*.
4. Apabila ada mahasiswa yang tidak hadir, harus memperoleh ijin dari trainer yang mengampu. Ditulis di daftar presensi, apabila sakit harus menyertakan surat keterangan sakit dari dokter (untuk dilampirkan pada lembar presensi mahasiswa).
5. Apabila ada mahasiswa yang datang terlambat lebih dari 30 menit tidak boleh mengikuti *skill lab*.
6. Melakukan koordinasi dengan laboran *skill lab* dalam mengatur jadwal *skill lab*.
7. Melakukan koordinasi dengan laboran *skill lab* dalam pelaksanaan *skill lab*, serta penggunaan alat-alat *skill lab*.
8. Mengadakan pre-test sebelum pelaksanaan *skill lab* dan memberikan pemahaman, pelatihan, motivasi, pembelajaran dan evaluasi kepada mahasiswa selama kegiatan *skill lab* berlangsung.
9. Mengisi lembar penilaian *skill lab* mahasiswa se-objektif mungkin sesuai *checklist* yang tersedia dan mengisi seluruh kolom penilaian mahasiswa.
10. Trainer wajib menyerahkan lembar *check list* penilaian *skill lab* kepada koordinator *skill lab* pada hari itu juga.
11. Apabila trainer berhalangan hadir harus menghubungi koordinator *skill lab* minimal 3 hari sebelum kegiatan *skill lab*. Atau diperbolehkan mencari ganti trainer dengan persetujuan koordinator *skill lab*.

TEKNIS PELAKSANAAN SKILL LAB

Dalam pelaksanaan *skill lab*, mahasiswa dibagi dalam rombongan belajar (rombel), dimana setiap rombel terdiri dari 9-10 orang. *Skill lab* dibimbing oleh dokter sebagai instruktur pembimbing yang sebelumnya telah dilatih ketrampilannya melalui *Training of Trainer (ToT)*.

Alur kegiatan perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan jalannya *skill lab* diatur oleh koordinator *skill lab*. Koordinator *skill lab* membawahi laboran *skill lab* yang mempunyai anggota 1 atau lebih laboran yang bertugas dalam pelaksanaan *skill lab*, perawatan serta penggunaan sarana dan prasarana *skill lab*.

Pada setiap blok terdapat beberapa topik ketrampilan yang harus dipelajari. Sebelum pelaksanaan *skill lab* dilakukan *pre-test*. *Pre-test* dilakukan secara kolektif oleh koordinator *skill lab* bekerja sama dengan penanggung jawab blok.

Satu topik ketrampilan dilaksanakan sebanyak $2 \times \text{pertemuan}$ ($1 \text{ pertemuan} = 2 \text{ tatap muka (TM)}/2 \times 60 \text{ menit}$).

Dalam pelaksanaannya dibagi lagi menjadi :

1. Pertemuan pertama

- a) *Skill lab* diawali dengan melakukan *feedback and reflection* terhadap mahasiswa dengan cara memberi kesempatan kepada salah seorang mahasiswa untuk mencoba topik ketrampilan yang akan dipelajari. Setelah itu memberi motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari.

$1/4 \times 2 \text{ jam TM} = 30 \text{ menit}$

- b) Memberi penjelasan dan contoh tentang topik ketrampilan yang diajarkan

$1/4 \times 2 \text{ jam TM} = 30 \text{ menit}$

- c) Memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk mencoba ketrampilan yang diajarkan

$1/2 \times 2 \text{ jam TM} = 60 \text{ menit}$

- d) Setiap selesai pertemuan pertama mahasiswa diberikan kesempatan untuk mengulangi latihannya dalam kegiatan belajar mandiri dan diberikan kewajiban untuk melakukan refleksi diri dengan cara menuliskan kekurangan dan kelemahan masing-masing individu dalam melakukan ketrampilan yang telah diajarkan, ditulis di buku refleksi diri.

2. Pertemuan kedua

- a) Kegiatan diawali dengan membacakan refleksi diri masing-masing : $1/4 \times 2 \text{ jam TM} = 30 \text{ menit}$.

- b) Memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk memperbaiki hasil refleksi dirinya masing-masing. $3/4 \times 2 \text{ jam TM} = 90 \text{ menit}$.

TAMBAHAN UNTUK INHAL MAHASISWA

1. INHAL Diperuntukan Bagi Mahasiswa yang ijin saat *Skill Lab*, serta mendapat Musibah atau keperluan lain. Musibah atau keperluan yang dimaksud adalah :
 - a. Sakit (dibuktikan dengan surat keterangan dokter)
 - b. Orangtua, saudara kandung, istri/suami, anak kandung mengalami sakit/ meninggal dunia (dibuktikan dengan surat keterangan sakit/kematian)
 - c. Mahasiswa yang izin untuk menjadi delegasi mengikuti kegiatan universitas/ fakultas (dibuktikan dengan surat tugas)
 - d. Pernikahan keluarga inti (dibuktikan dengan surat dari orang tua.).
2. Bagi Mahasiwa yang ijin *Skill Lab* karena mendapat musibah atau keperluan lain, harus segera menyerahkan Surat ijin Asli/copy tersebut **(sesuai ketentuan point 1 a,b,c,d)** kepada **Koordinator Skill Lab** (tidak diberikan ke Trainer / dititipkan melalui mahasiswa) sebagai syarat permohonan INHAL
3. **Surat ijin yang sudah mendapatkan ACC INHAL dapat langsung diserahkan ke bagian skill lab untuk keperluan koordinasi jadwal INHAL**
4. Untuk Pendaftaran INHAL Maksimal 2 (dua) minggu → terhitung mulai dari tanggal mahasiswa Tidak Masuk / Ijin *Skill Lab* dan telah mendapatkan ACC dari Koordinator *Skill Lab*.

TATA TERTIB PELAKSANAAN PRAKTIKUM ASISTENSI MAHASISWA

1. Mahasiswa harus sudah lengkap dan siap 15 menit sebelum pelaksanaan Asistensi Mahasiswa
2. Apabila sakit harus menyertakan surat keterangan sakit dari dokter (untuk diserahkan kepada Pengampu Asisten *Skill Lab*).
3. Mahasiswa yang tidak hadir Asistensi **Tanpa Keterangan** tidak diperkenankan mengikuti Praktikum *Skill Lab* topik selanjutnya.
4. Apabila mahasiswa terlambat hadir pada saat Asistensi Mahasiswa lebih dari 30 menit tidak diperbolehkan mengikuti Asistensi.
5. Setiap mahasiswa wajib mengenakan jas praktikum dan *name tag* selama pelaksanaan Asistensi *Skill Lab*.
6. Perwakilan masing-masing kelompok mahasiswa ataupun Asistens *Skill Lab* berkoordinasi dengan laboran *skill lab* dan bertanggungjawab terhadap alat-alat praktikum yang sudah disediakan.

TATA TERTIB OSCE BAGI MAHASISWA

1. Terdaftar sebagai peserta OSCE, dengan persyaratan presensi kehadiran praktikum 100% untuk pelaksanaan OSCE Blok.
2. Wajib menjunjung tinggi kejujuran, profesionalisme dan kemandirian serta tidak melakukan kecurangan dalam bentuk apapun / bekerjasama dengan orang lain.
3. Dilarang membawa alat komunikasi elektronik dalam bentuk apapun.
4. Membawa alat tulis [ballpoint].
5. Wajib datang **1 Jam** (untuk OSCE blok) sebelum ujian di mulai, jika hadir terlambat maka tidak diperkenankan mengikuti ujian. Menggunakan patokan jam utama di ruang OSCE/*Skill Lab*.
6. Wajib membawa kartu peserta ujian/ kartu identitas
7. Mengisi daftar hadir peserta ujian.
8. Tidak membawa catatan ke lokasi OSCE
9. Semua barang peserta ujian ditiptkan di tempat/loker yang telah disediakan.
10. Mengenakan pakaian sopan dan rapi, sepatu, serta jas putih untuk dokter.
11. Memakai busana yang islami (tidak ketat, tidak memakai celana berbahan jeans), serta tidak menggunakan *make-up* dan aksesoris secara berlebihan.
12. Menjaga ketertiban, ketenangan dan kelancaran penyelenggaraan OSCE.
13. Setiap peserta wajib mengenakan tanda pengenal/ Name Tag.
14. Mahasiswa yang memenuhi syarat untuk dapat mengikuti OSCE (memenuhi presensi praktikum 100%), namun pada pelaksanaannya melanggar ketentuan OSCE maka diwajibkan mengikuti ujian pada blok yang sama di tahun berikutnya (ujian ulang tahun depan).

*** B e r l a k u u n t u k s e m u a
a n g k a t a n ***

MODUL SKILL LAB BLOK 9

- 1. TOPIK 1 :
KOMUNIKASI, ANAMNESIS, DAN EDUKASI KASUS DIGESTIF**
- 2. TOPIK 2 :
PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN**
- 3. TOPIK 3 :
PROSEDUR PENGGUNAAN NASO GASTRIC TUBE
TEKNIK ENEMA/RECTAL WASH OUT**
- 4. TOPIK 4 :
PEMBACAAN X-FOTO POLOS ABDOMEN**
- 5. TOPIK 5 :
PENULISAN RESEP OBAT SISTEM DIGESTIF**

TOPIK 1

KOMUNIKASI, ANAMNESIS, DAN EDUKASI KASUS DIGESTIF

A. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu melakukan sambung rasa dan anamnesis pada kasus digestif dengan urutan dan cara yang benar, sebagai teknik penegakan diagnosis pasien.

B. Tujuan Instruksional Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan sambung rasa dengan sopan, tidak terkesan menyelidiki dan menggunakan bahasa yang dipahami responden.
2. Mahasiswa mampu menanyakan identitas secara lengkap.
3. Mahasiswa mampu menanyakan dan mengeksplorasi keluhan utama.
4. Mahasiswa mampu menggali informasi Riwayat Penyakit Sekarang sesuai *the sacred seven*.
5. Mahasiswa mampu menanyakan tentang Riwayat Penyakit Dahulu.
6. Mahasiswa mampu menanyakan tentang riwayat / kebiasaan pribadi.
7. Mahasiswa mampu menanyakan tentang Riwayat Penyakit Keluarga.

C. Pendahuluan

Dalam profesi kedokteran, komunikasi dokter-pasien merupakan salah satu kompetensi yang harus dikuasai dokter. Kompetensi komunikasi menentukan keberhasilan dalam membantu penyelesaian masalah kesehatan pasien. Selama ini kompetensi komunikasi dapat dikatakan terabaikan, baik dalam pendidikan maupun dalam praktik kedokteran.

Di Indonesia, sebagian dokter merasa tidak mempunyai waktu yang cukup untuk berbincang-bincang dengan pasiennya, sehingga hanya bertanya seperlunya. Akibatnya, dokter bisa saja tidak mendapatkan keterangan yang cukup untuk menegakkan diagnosis dan menentukan perencanaan dan tindakan lebih lanjut. Dari sisi pasien, umumnya pasien merasa dalam posisi lebih rendah di hadapan dokter (*superior-inferior*), sehingga takut bertanya dan bercerita atau hanya menjawab sesuai pertanyaan dokter saja.

Tidak mudah bagi dokter untuk menggali keterangan dari pasien karena memang tidak bisa diperoleh begitu saja. Perlu dibangun hubungan saling percaya yang dilandasi keterbukaan, kejujuran dan pengertian akan kebutuhan, harapan, maupun kepentingan masing-masing. Dengan terbangunnya hubungan saling percaya, pasien akan memberikan keterangan yang benar dan lengkap sehingga dapat membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit pasien secara baik dan memberi obat yang tepat bagi pasien.

Komunikasi yang baik dan berlangsung dalam kedudukan setara (tidak *superior-inferior*) sangat diperlukan agar pasien mau/dapat menceritakan sakit/keluhan yang dialaminya secara jujur dan jelas. Komunikasi efektif mampu mempengaruhi emosi pasien dalam pengambilan keputusan tentang rencana tindakan selanjutnya, sedangkan komunikasi tidak efektif akan mengundang masalah.

Komunikasi efektif diharapkan dapat mengatasi kendala yang ditimbulkan oleh kedua pihak, pasien dan dokter. Opini yang menyatakan bahwa mengembangkan komunikasi dengan pasien hanya akan menyita waktu dokter, tampaknya harus diluruskan. Sebenarnya bila dokter dapat membangun hubungan komunikasi yang efektif dengan pasiennya, banyak hal-hal negatif dapat dihindari. Dokter dapat mengetahui dengan baik kondisi pasien dan keluarganya dan pasien pun percaya sepenuhnya kepada dokter. Kondisi ini amat berpengaruh pada proses penyembuhan pasien selanjutnya. Pasien merasa tenang dan aman ditangani oleh dokter sehingga akan patuh menjalankan petunjuk dan nasihat dokter karena yakin bahwa semua yang dilakukan adalah untuk kepentingan dirinya. Pasien percaya bahwa dokter tersebut dapat membantu menyelesaikan masalah kesehatannya.

Kurtz (1998) menyatakan bahwa komunikasi efektif justru tidak memerlukan waktu lama. Komunikasi efektif terbukti memerlukan lebih sedikit waktu karena dokter terampil mengenali kebutuhan pasien (tidak hanya ingin sembuh). Atas dasar kebutuhan pasien, dokter melakukan manajemen pengelolaan masalah kesehatan bersama pasien.

I. KOMUNIKASI EFEKTIF

1.1 Dasar Komunikasi

Pada dasarnya, setiap orang memerlukan komunikasi sebagai salah satu alat bantu dalam kelancaran bekerja sama dengan orang lain dalam bidang apapun. Komunikasi berbicara tentang cara menyampaikan dan menerima pikiran-pikiran, informasi, perasaan, dan bahkan emosi seseorang, sampai pada titik tercapainya pengertian yang sama antara penyampai pesan dan penerima pesan.

Secara umum, definisi komunikasi adalah “Sebuah proses penyampaian pikiran-pikiran atau informasi dari seseorang kepada orang lain melalui suatu cara tertentu sehingga orang lain tersebut mengerti betul apa yang dimaksud oleh penyampai pikiran-pikiran atau informasi”. (Komaruddin, 1994; Schermerhorn, Hunt & Osborn, 1994; Koontz & Weihrich, 1988)

Aplikasi definisi komunikasi dalam interaksi antara dokter keluarga islami dan pasien di tempat praktik diartikan tercapainya pengertian dan kesepakatan yang dibangun dokter bersama pasien pada setiap langkah penyelesaian masalah pasien sesuai dengan kaidah islam.

Untuk sampai pada tahap tersebut, diperlukan berbagai pemahaman seperti pemanfaatan jenis komunikasi (lisan, tulisan/verbal, non-verbal), menjadi **pendengar yang baik** (*active listener*), adanya penghambat proses komunikasi (*noise*), pemilihan alat penyampai pikiran atau informasi yang tepat (*channel*), dan mengenal mengekspresikan perasaan dan emosi.

1.2 Elemen Proses Komunikasi

Komunikasi dapat efektif apabila pesan diterima dan dimengerti sebagaimana dimaksud oleh pengirim pesan, pesan ditindaklanjuti dengan sebuah perbuatan oleh penerima pesan dan tidak ada hambatan untuk hal itu (Hardjana, 2003).

Pada saat menyampaikan pesan, pengirim perlu memastikan apakah pesan telah diterima dengan baik. Sementara penerima pesan perlu berkonsentrasi agar pesan diterima dengan baik dan memberikan umpan balik (*feedback*) kepada pengirim. Umpan balik penting sebagai proses klarifikasi untuk memastikan tidak terjadi salah interpretasi.

Dalam hubungan dokter-pasien, baik dokter maupun pasien dapat berperan sebagai sumber atau pengirim pesan dan penerima pesan secara bergantian. Pasien sebagai pengirim pesan, menyampaikan apa yang dirasakan atau menjawab pertanyaan dokter sesuai pengetahuannya. Sementara dokter sebagai pengirim pesan, berperan pada saat menyampaikan penjelasan penyakit, rencana pengobatan dan terapi, efek samping obat yang mungkin terjadi, serta dampak dari dilakukan atau tidak dilakukannya terapi tertentu. Dalam penyampaian ini, dokter bertanggung jawab untuk memastikan pasien memahami apa yang disampaikan.

Sebagai penerima pesan, dokter perlu berkonsentrasi dan memperhatikan setiap pernyataan pasien. Untuk memastikan apa yang dimaksud oleh pasien, dokter sesekali perlu membuat pertanyaan atau pernyataan klarifikasi. Mengingat kesenjangan informasi dan pengetahuan yang ada antara dokter dan pasien, dokter

perlu mengambil peran aktif. Ketika pasien dalam posisi sebagai penerima pesan, dokter perlu secara proaktif memastikan apakah pasien benar-benar memahami pesan yang telah disampaikan.

Misalnya dalam menginterpretasikan kata “panas”. Dokter yang mempunyai pasien berumur dua tahun memesankan kepada ibu pasien, “Kalau dia panas, berikan obatnya.” Pengertian panas oleh ibu pasien mungkin saja berbeda dengan yang dimaksudkan oleh dokter. Dokter perlu mencari cara untuk memastikan si ibu mempunyai pemahaman yang sama, misalnya dengan menggunakan ukuran yang tepat, yaitu termometer. Dokter mengajarkan cara menggunakan termometer untuk mengetahui keadaan anaknya. Si ibu diminta memberikan obat yang telah diresepkan dokter kepada anaknya apabila suhu tubuh anak mencapai angka tertentu yang dimaksud dokter mengalami “panas”.

Dalam dunia medik, warna yang berbeda, ukuran yang berbeda, rasa yang berbeda bisa jadi merupakan hal yang amat vital, karena bisa membedakan intensitas radang, intensitas nyeri, yang pada akhirnya bermuara pada perbedaan diagnosis maupun jenis obat yang harus diminum. Peran dokter sebagai fasilitator pembicaraan amat penting agar tidak terjadi salah interpretasi.

1.3 Komunikasi Efektif dalam Hubungan Dokter (dokter keluarga islami) -Pasien

Tujuan dari komunikasi efektif antara dokter dan pasiennya adalah untuk mengarahkan proses penggalan riwayat penyakit lebih akurat untuk dokter, lebih memberikan dukungan pada pasien, dengan demikian lebih efektif dan efisien bagi keduanya (Kurtz, 1998).

Menurut Kurtz (1998), dalam dunia kedokteran ada dua pendekatan komunikasi yang digunakan:

- *Disease centered communication style* atau *doctor centered communication style*. Komunikasi berdasarkan kepentingan dokter dalam usaha menegakkan diagnosis, termasuk penyelidikan dan penalaran klinik mengenai tanda dan gejala-gejala.
- *Illness centered communication style* atau *patient centered communication style*. Komunikasi berdasarkan apa yang dirasakan pasien tentang penyakitnya yang secara individu merupakan pengalaman unik. Di sini termasuk pendapat pasien, kekhawatirannya, harapannya, apa yang menjadi kepentingannya serta apa yang dipikirkannya.

Dengan kemampuan dokter memahami harapan, kepentingan, kecemasan, serta kebutuhan pasien, *patient centered communication style* sebenarnya tidak memerlukan waktu lebih lama dari pada *doctor centered communication style*.

Keberhasilan komunikasi antara dokter dan pasien pada umumnya akan melahirkan kenyamanan dan kepuasan bagi kedua belah pihak, khususnya menciptakan satu kata tambahan bagi pasien yaitu empati. Empati itu sendiri dapat dikembangkan apabila dokter memiliki ketrampilan mendengar dan berbicara yang keduanya dapat dipelajari dan dilatih.

5 Hukum Komunikasi Yang Efektif (The 5 Inevitable Laws of Effective Communication) terangkum dalam satu kata yang mencerminkan esensi dari komunikasi itu sendiri yaitu REACH, yang berarti merengkuh atau meraih. Karena

sesungguhnya komunikasi itu pada dasarnya adalah upaya bagaimana kita meraih perhatian, cinta kasih, minat, kepedulian, simpati, tanggapan, maupun respon positif dari orang lain.

Hukum # 1: Respect

Hukum pertama dalam mengembangkan komunikasi yang efektif adalah sikap menghargai setiap individu yang menjadi sasaran pesan yang kita sampaikan. Rasa hormat dan saling menghargai merupakan hukum yang pertama dalam kita berkomunikasi dengan orang lain. Ingatlah bahwa pada prinsipnya manusia ingin dihargai dan dianggap penting.

Hukum # 2: Empathy

Empati adalah kemampuan kita untuk menempatkan diri kita pada situasi atau kondisi yang dihadapi oleh orang lain. Salah satu prasyarat utama dalam memiliki sikap empati adalah kemampuan kita untuk mendengarkan atau mengerti terlebih dulu sebelum didengarkan atau dimengerti oleh orang lain. Dengan memahami dan mendengar orang lain terlebih dahulu, kita dapat membangun keterbukaan dan kepercayaan yang kita perlukan dalam membangun kerjasama atau sinergi dengan orang lain.

Hukum # 3: Audible

Makna dari audible antara lain: dapat didengarkan atau dimengerti dengan baik. Jika empati berarti kita harus mendengar terlebih dahulu ataupun mampu menerima umpan balik dengan baik, maka audible berarti pesan yang kita sampaikan dapat diterima oleh penerima pesan. Dalam komunikasi personal hal ini berarti bahwa pesan disampaikan dengan cara atau sikap yang dapat diterima oleh penerima pesan.

Hukum # 4: Clarity

Selain bahwa pesan harus dapat dimengerti dengan baik, maka hukum keempat yang terkait dengan itu adalah kejelasan dari pesan itu sendiri sehingga tidak menimbulkan multi interpretasi atau berbagai penafsiran yang berlainan. Karena kesalahan penafsiran atau pesan yang dapat menimbulkan berbagai penafsiran akan menimbulkan dampak yang tidak sederhana. Clarity dapat pula berarti keterbukaan dan transparansi. Dalam berkomunikasi kita perlu mengembangkan sikap terbuka (tidak ada yang ditutupi atau disembunyikan), sehingga dapat menimbulkan rasa percaya (trust) dari penerima pesan.

Hukum # 5: Humble

Hukum kelima dalam membangun komunikasi yang efektif adalah sikap rendah hati. Sikap ini merupakan unsur yang terkait dengan hukum pertama untuk membangun rasa menghargai orang lain, biasanya didasari oleh sikap rendah hati yang kita miliki.

Ada empat langkah yang terangkum dalam satu kata untuk melakukan komunikasi, yaitu **SAJI** (Poernomo, Ieda SS, Program *Family Health Nutrition*, Depkes RI, 1999).

S = Salam

A = Ajak Bicara

J = Jelaskan

I = Ingatkan

Secara rinci penjelasan mengenai SAJI adalah sebagai berikut. **Salam:**

Beri salam (Assalaamu'alaikum wr wb), sapa dia, tunjukkan bahwa Anda bersedia meluangkan waktu untuk berbicara dengannya.

Ajak Bicara:

Usahkan berkomunikasi secara dua arah. Jangan bicara sendiri. Dorong agar pasien mau dan dapat mengemukakan pikiran dan perasaannya. Tunjukkan bahwa dokter menghargai pendapatnya, dapat memahami kecemasannya, serta mengerti perasaannya. Dokter dapat menggunakan pertanyaan terbuka maupun tertutup dalam usaha menggali informasi.

Jelaskan:

Beri penjelasan mengenai hal-hal yang menjadi perhatiannya, yang ingin diketahuinya, dan yang akan dijalani/dihadapinya agar ia tidak terjebak oleh pikirannya sendiri. Luruskan persepsi yang keliru. Berikan penjelasan mengenai penyakit, terapi, atau apapun secara jelas dan detil.

Ingatkan:

Percakapan yang dokter lakukan bersama pasien mungkin memasukkan berbagai materi secara luas, yang tidak mudah diingatnya kembali. Di bagian akhir percakapan, ingatkan dia untuk hal-hal yang penting dan koreksi untuk persepsi yang keliru. Selalu melakukan klarifikasi apakah pasien telah mengerti benar, maupun klarifikasi terhadap hal-hal yang masih belum jelas bagi kedua belah pihak serta mengulang kembali akan pesan-pesan kesehatan yang penting.

1.4 Sikap Profesional Dokter Keluarga Islami

Sikap profesional seorang dokter ditunjukkan ketika dokter berhadapan dengan tugasnya (*dealing with task*), yang berarti mampu menyelesaikan tugas-tugasnya sesuai peran dan fungsinya; mampu mengatur diri sendiri seperti ketepatan waktu, pembagian tugas profesi dengan tugas-tugas pribadi yang lain (*dealing with one-self*); dan mampu menghadapi berbagai macam tipe pasien serta mampu bekerja sama dengan profesi kesehatan yang lain (*dealing with others*).

Di dalam proses komunikasi dokter-pasien, sikap profesional ini penting untuk membangun rasa nyaman, aman, dan percaya pada dokter, yang merupakan landasan bagi berlangsungnya komunikasi secara efektif (Silverman, 1998). Sikap profesional ini hendaknya dijalin terus-menerus sejak awal konsultasi, selama proses konsultasi berlangsung, dan di akhir konsultasi.

Contoh sikap dokter ketika menerima pasien:

- Menyilahkan masuk dan mengucapkan salam (assalaamu'alaikum wr wb).
- Memanggil/menyapa pasien dengan namanya.
- Menciptakan suasana yang nyaman (isyarat bahwa punya cukup waktu, menganggap penting informasi yang akan diberikan, menghindari tampak lelah).
- Memperkenalkan diri, menjelaskan tugas/perannya (apakah dokter umum, spesialis, dokter keluarga, dokter paliatif, konsultan gizi, konsultan tumbuh kembang, dan lain-lain).
- Menilai suasana hati lawan bicara
- Memperhatikan sikap non-verbal (raut wajah/mimik, gerak/bahasa tubuh) pasien

- Menatap mata pasien secara profesional yang lebih terkait dengan makna menunjukkan perhatian dan kesungguhan mendengarkan.
- Memperhatikan keluhan yang disampaikan tanpa melakukan interupsi yang tidak perlu.
- Apabila pasien marah, menangis, takut, dan sebagainya maka dokter tetap menunjukkan raut wajah dan sikap yang tenang.
- Senantiasa melibatkan Allah sebagai dzat yang paling berperan dan menjaga adab dan etika islam.
- Melibatkan pasien dalam rencana tindakan medis selanjutnya atau pengambilan keputusan.
- Memeriksa ulang segala sesuatu yang belum jelas bagi kedua belah pihak.
- Melakukan negosiasi atas segala sesuatu berdasarkan kepentingan kedua belah pihak. Membukakan pintu, atau berdiri ketika pasien hendak pulang.

II. ANAMNESIS

Dalam melakukan anamnesis gunakan cara yang sistematis. Anda akan dihadapkan pada **Empat Pokok Pikiran (*The Fundamental Four*)** serta **Tujuh Butir Mutiara Anamnesis (*The Sacred Seven*)** yaitu pola yang digunakan dalam anamnesis yang baik, yang mencegah anda “tersesat” dalam proses anamnesis.

Yang dimaksudkan dengan **Empat Pokok Pikiran** ialah menuangkan anamnesis dalam :

- i. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)
- ii. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)
- iii. Riwayat Kesehatan Keluarga (RKK)
- iv. Riwayat pribadi serta social

Identitas

Setelah sambung rasa terbina, proses selanjutnya adalah wawancara mengenai identitas pasien meliputi: nama, umur, jenis kelamin, bangsa / suku, tempat tinggal, pekerjaan, keadaan sosial ekonomi dan lain-lain. Data mengenai diri pasien dapat memberikan informasi yang dapat digunakan untuk berbagai macam keperluan dalam rangka mengelola pasien.

Nama, dipakai untuk identitas diri supaya tidak keliru dengan orang lain, untuk menyebutkan / memanggil nama agar lebih akrab, dan dapat menunjukkan suku, bangsa, agama, dan kepercayaan.

Umur, dipakai untuk melengkapi identitas seseorang dan dapat menunjukkan kecenderungan penyakit pada umur tersebut.

Jenis kelamin, dipakai untuk melihat kecenderungan penyakit berdasarkan jenis kelamin, juga dapat dipakai sebagai dasar pemikiran tentang jenis hormon yang berbeda antara pria dan wanita yang mempengaruhi faal tubuh secara berbeda pula.

Bangsa/suku, dipakai untuk mengetahui ketahanan penyakit tertentu pada suku bangsa tertentu.

Tempat tinggal / alamat, dipakai untuk mengetahui kondisi lingkungan yang berkaitan dengan higiene, sanitasi atau daerah endemik penyakit tertentu.

Pekerjaan, dipakai untuk mengetahui memperkirakan status ekonomi, atau faktor resiko terhadap penyakit tertentu.

Riwayat Penyakit Sekarang

Tanya apa yang menjadi keluhan. Usahakan memperoleh rincian yang jelas dari gejala utama atau kelompok gejala. Suatu gambaran umum penyakit pasien saat ini diikuti dengan analisis gejala-gejala ke dalam matra-matra :

1. Lokasi
2. Awitan/onset
3. Kronologis
4. Kualitas
5. Derajat dan atau kuantitas
6. Faktor pengubah (membaik atau memburuk)
7. Gejala-gejala yang menyertai

Riwayat Penyakit Dahulu

Cari penyakit yang relevan dengan keadaan sekarang (penyakit-penyakit khronik, penyakit terdahulu yang sama dengan penyakit sekarang), riwayat alergi, perawatan lama, perawatan inap, imunisasi, riwayat pengobatan, dan untuk wanita riwayat menstruasi. Juga tanyakan kesehatan pada umumnya sebelum menderita penyakit yang sekarang.

Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah penyakit yang menurun dalam keluarga ?
Tentukan riwayat penyakit yang menular

Riwayat pribadi/sosial

Cari masalah sosial yang berkaitan (misalnya keluarga, hal-hal lain yang bermakna, kawan-kawan, tetangga, dan sistem pendukung), pekerjaan (sekarang/yang lalu), pendidikan, rekreasi hobi/perjalanan, kebiasaan-kebiasaan pribadi (misalnya latihan-latihan, pola tidur, minum alkohol, atau kopi, mengisap rokok, penggunaan obat), aktivitas seksual, sumber keuangan dan asuransi, kehidupan spiritual, agama, falsafah hidup dan kepercayaan.

Edukasi

Komunikasi informasi dan edukasi merupakan suatu strategi dan metode pendidikan kesehatan dengan meningkatkan hubungan saling percaya dengan pasien sehingga dapat membantu perubahan perilaku ke arah yang positif. Komponen yang harus diedukasikan kepada pasien antara lain :

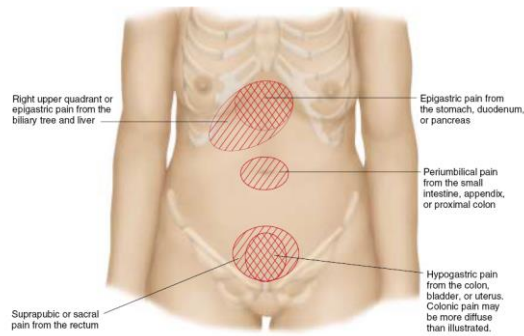
- Penjelasan keadaan/penyakit pasien dan komplikasinya apabila tidak melakukan pengobatan atau pencegahan.
- Penjelasan tatalaksana penyakit pasien, baik farmakologis maupun non farmakologis.
- Motivasi dan penjelasan pola hidup sehat, menghindari faktor risiko penyakit.

Tinjauan gejala spesifik abdomen :

- Nyeri
 - Mual dan atau muntah
 - Perubahan buang air besar (rectum)
 - Ikterus
 - Distensi abdomen
 - Massa (tumor)
 - Gatal-gatal (pruritus)
- ❖ Nyeri abdomen dapat disebabkan oleh iritasi mukosa, spasme otot polos, iritasi peritoneum, pembengkakan kapsul, atau perangsangan saraf secara langsung.
- ❖ Deskripsi nyeri abdomen : dimana lokasinya, apakah nyeri lokasi berubah bila dibandingkan dari awal keluhan, adakah nyeri pada bagian tubuh lain, berapa lama nyeri, apakah nyerinya episodic atau menetap, apakah timbul secara mendadak, kualitas nyeri, apa yang memperberat/memperingan keluhan, apakah ada kaitan dengan mual dan muntah, diare, konstipasi, distensi abdomen pernah menderita batu empedu, kapan haid terakhir.

Lokasi Nyeri pada Penyakit Abdomen

Daerah nyeri	Organ yang terkena	Contoh klinis
Substernal	Esophagus	Esofagitis
Bahu	Diafragma	Abses subfrenik
Epigastrium	Lambung	Tukak peptic lambung
	Duodenum	T. peptic duodenum
	Kandung empedu	Kolesistitis
	Hati	Hepatitis
	Pembuluh empedu	Kolangitis
	Pancreas	Pancreatitis
Scapula kanan	tract billiaris	Kolic billiaris
Pertengahan punggung	Aorta	Deseksi aorta
Periumbilikus	Usus halus	Obstruksi
Hipogastrium	Kolon	Colitis ulseratif
		Diverticulitis
Sakrum	Rectum	Proktitis
		Abses perirektal



❖ Mual dan muntah

- Muntah dapat disebabkan oleh iritasi kuat pada peritoneum yang disebabkan oleh :
 1. Perforasi organ abdomen
 2. Obstruksi ductus bilier, ureter, atau usus
 3. toksin
- pada apendisitis, nyeri biasa terjadi beberapa jam sebelum muntah.
- Gastritis akut menyebabkan pasien memuntahkan isi lambung.
- Kolik bilier menyebabkan muntah yang mengandung empedu atau berwarna kuning kehijauan.
- Obstruksi usus sering menyebabkan pasien memuntahkan bahan mengandung empedu diikuti dengan cairan yang berbau tinja.
- Mual tanpa muntah merupakan gejala yang sering pada pasien dengan penyakit hepatoselular, kehamilan, dan penyakit metastatic.
- Mual mungkin berkaitan dengan gangguan pendengaran dan tinnitus pada pasien dengan nyeri meniere.

❖ Perubahan buang air besar

- Diare : berapa lama ? berapa kali perhari?, diare timbul setelah makan/, apakah tinjanya cair, berdarah, berbau busuk?,...
- Apakah diare berkaitan dengan nyeri perut?, hilangnya selera makan?, mual?, muntah?
- Konstipasi : berapa lama?, frekuensi buang air besar?, bentuk tinja, warna, bercampur darah, mucus?, apakah ada perubahan berat badan?

Pendarahan rectum : berapa lama?, apakah darah bercampur tinja?, apakah ada perubahan kebiasaan buang air besar?, apakah ada perasaan buang air besar tetapi tidak dapat?, apakah ada tenesmus, melena?, hemotischezia?, tinja berwarna seperti dempul?

Ikterus : adanya ikterus dapat disebabkan oleh berkurangnya eksresi billirubin berkonjungsi ke dalam empedu. Hal ini dapat disebabkan oleh obstruksi bilier intrahepatik dan obstruksi bilier ekstrahepatik.

Distensi abdomen : dapat disebabkan karena peningkatan gas dalam saluran pencernaan atau adanya ascites, peritonitis, dan tetanus.

❖ Massa (tumor)

- Massa abdomen dapat berupa neoplasma atau hernia

- Hernia abdominalis mungkin inguinalis, femoralis, umbilicalis atau interna..
- Gejala massa abdomen yang berdenyut diwaspadai kemungkinan adanya aneurisma aorta.

❖ Pruritus

- Pruritus atau gatal sering dijumpai. Gatal yang timbul diseluruh tubuh disebabkan gejala gangguan kulit difus, atau manifestasi penyakit ginjal, atau penyakit hati kronis. Penyakit limfoma atau Hodgkin dan keganasan pada saluran cerna dapat juga menyebabkan keluhan gatal. Pruritus ini dapat disebabkan : fistula, fisura, psoriasis, parasit, higiene buruk, dan diabetes.

Contoh kasus :

Seorang laki-laki dengan nyeri ulu hati.

Perhatikan sebuah contoh, misalnya seorang laki-laki berumur 24 tahun mengeluh ulu hati, maka wawancara yang terpusat pada masalah adalah sebagai berikut :

Riwayat Penyakit sekarang :

Masalah sekarang adalah nyeri ulu hati

1. Lokasi : ulu hati
2. Awitan : 1 hari
3. Kronologis : lamanya 1 hari, pasien telat makan, keluhan hilang timbul
4. Kualitas : nyeri seperti ditusuk-tusuk
5. Derajat dan atau kuantitas : sedang, nemun tidak dapat bekerja, karena rasa kurang nyaman
6. Faktor pengubah : bertambah berat dengan gerakan, Namun membaik bila terlentang diam dan minum obat promag.
7. Gejala yang menyertai : mual
8. Gangguan sistem lain : tidak ada

Riwayat Penyakit Dahulu : penderita sering mengalami sakit mag bila sedang stress atau telat makan. Riwayat penggunaan obat2an dalam jangka lama disangkal.

Riwayat Kesehatan Keluarga :

- Tidak ada anggota keluarga yang mengalami keluhan seperti penderita
- Riwayat penyakit hipertensi, DM, jantung disangkal

Riwayat Pribadi/Sosial yang Relevan :

- Riwayat social : Pasien bertempat tinggal seorang diri
- Pekerjaan : Sebagai seorang “salesman”, selama sepekan pada akhir minggu mengelola sebuah peternakan kecil
- Rekreasi : Bermain bola gelinding (bowling)
- Keuangan : Tidak mempunyai asuransi kesehatan

Kesimpulan :

“The Sacred Seven” dan *“The Fundamental Four”* adalah esensi dari Anamnesis Terarah Masalah. Bila menguasai kedua konsep ini, anda tidak akan kehilangan jejak pada saat anamnesis. Dengan *“The Fundamental Four”* berangsur-angsur anda akan menyusun riwayat klinik yang seimbang, yang bermanfaat untuk pemecahan masalah. Tanpa

kerangka acuan yang menuntun, anda akan mudah dibanjiri dengan rincian yang tidak bermakna. Anda bekerja keras namun menghasilkan sedikit. Kalau melihat secara keseluruhan, anda akan dapat memutuskan rincian apa yang diperlukan dalam anamnesis.

Tugas :

Kasus 1

Seorang laki-laki berumur 34 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan nyeri perut kanan bawah, nyeri dirasakan sejak 3 hari di daerah sekitar pusar, nyeri hilang timbul, seperti diremas-remas.. Penderita mual, tidak muntah. 2 hari sebelum masuk rumah sakit, nyeri berpindah ke perut kanan bawah, seperi ditusuk-tusuk, terus menerus, semakin lama semakin hebat. Nyeri bertambah bila berjalan, nyeri dirasa berkurang saat membungkuk. Penderita demam, diberi obat penurun panas namun tidak ada perubahan. 1 hari sebelum masuk rumah sakit, penderita merasa nyeri semakin hebat dan meluas ke seluruh perut. Penderita tidak dapat flatus, tidak dapat buang air besar. Penderita berobat ke dokter umum namun keluhan tidak berkurang,

Kasus 2 :

Seorang laki-laki 35 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan nyeri hebat pada perut kanan atas yang dirasakan sejak 1 jam yang lalu. Nyeri dirasakan hilang timbul. Nyeri dirasakan menjalar sampai daerah tulang belikat. Sebelumnya pasien tidak merasakan keluhan apa-apa. Riwayat hiperkholesterolemi (+) sejak 2 tahun ini.

Kasus 3 :

Seorang perempuan 16 tahun dibawa ke klinik 24 jam dengan keluhan sejak 5 hari ini badan lemas, nafsu makan menurun, demam nglemeng, parut sebah dan mual. Selama ini pasien hanya tiduran dan minum obat warung.

Kasus 4 :

Seorang laki-laki 25 tahu dibawa ke klinik 24 jam dengan keluhan mencret-mencret $\pm > 5x/hr$ sejak 2 hari ini. BAB cair dan berlendir, tidak ada darah. Pasien juga merasakan perut mulas setiap kali mau BAB, badan lemas, dan demam nglemeng. Pasien belum berobat ke dokter hanya minum obat entrostop dan oralit.

Daftar Pustaka

1. Djokomulyono R. Materi Modul PANUM FK UNDIP. FK UNDIP. Semarang, 2002.
2. Kurtz, S., Silverman, J. & Drapper, J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxon: Radcliffe Medical Press. 1998.
3. Silverman, J., Kurtz, S. & Drapper, J. *Skills for Communicating with Patients*. Oxon: Radcliffe Medical Press. 1998.
4. Komaruddin. *Ensiklopedia Manajemen*, Bumi Aksara, Jakarta, 1994. h.138.
5. Konsil Kedokteran Indonesia. *Komunikasi Dokter-Pasien*. Jakarta: KKI. 2005.

Lembar Kerja I
Komunikasi, Anamnesis, dan Edukasi Kasus Digestif
(Pertemuan 1)

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan : -
- C. Pasien Simulasi : minimal 1 laki-laki/perempuan per kelompok
- D. Kegiatan :
 - 1. Trainer menunjuk dua mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk berperan sebagai dokter. Setelah itu memberikan tanggapan dan motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
 - 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2-3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan atau tanpa pasien simulasi, dengan 1 orang sebagai Dokter , 1 orang sebagai pasien (apabila tidak menggunakan pasien simulasi), dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
 - 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

Lembar Kerja 2
Komunikasi, Anamnesis, dan Edukasi Kasus Digestif (Pertemuan 2)

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan : -
- C. Pasien Simulasi : minimal 1 laki-laki/perempuan per kelompok
- D. Kegiatan :
 - 1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing. Waktu 10 menit.
 - 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2-3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan atau tanpa pasien simulasi, dengan 1 orang sebagai Dokter , 1 orang sebagai pasien (apabila tidak menggunakan pasien simulasi), dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 110 menit.
 - 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

Check list Ketrampilan Komunikasi, Anamnesis, dan Edukasi Kasus Digestif

Aspek yang dinilai		0	1	2	3
1	Membina sambung rasa				
	Mengucapkan bismillah, salam dan memperkenalkan diri				
2	Anamnesis				
	• Menanyakan Identitas (nama, umur, alamat, pekerjaan, status pernikahan)				
	• Menanyakan tentang Keluhan Utama				
	• Menanyakan Riwayat Penyakit Sekarang 1. Lokasi 2. Onset/awitan 3. Kronologis 4. Kualitas 5. Derajat/kuantitas 6. Faktor yang mengubah (memperberat dan memperingan) 7. Gejala penyerta				
	• Menanyakan tentang Riwayat Penyakit Dahulu				
	• Menanyakan tentang Riwayat Penyakit Keluarga				
	• Menanyakan tentang Riwayat Pribadi dan Sosial				
3	Edukasi sesuai penyakit pasien : - Penjelasan keadaan/penyakit pasien dan komplikasinya apabila tidak melakukan pengobatan atau pencegahan (tidak membuat pasien lebih cemas). - Penjelasan tatalaksana penyakit pasien, baik farmakologis maupun non farmakologis (doa, sabar dan ikhlas). - Motivasi dan penjelasan pola hidup sehat, menghindari faktor risiko penyakit.				
4	Mengucapkan Alhamdulillah				
	Jumlah				

Catatan :

- 0** = Tidak Dilakukan
1 = Dilakukan, dengan kesalahan >50%
2 = Dilakukan dengan kesalahan ≤ 50%
3 = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :

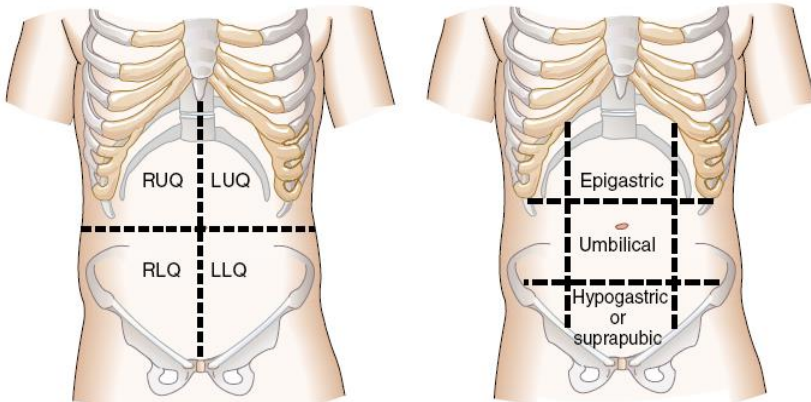
$$\left(\frac{\sum \text{skor seluruh aspek yg dinilai}}{\sum \text{maksimal skor}} \right) \times 100$$

A. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik abdomen meliputi inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi pada kasus digestiv dengan urutan dan cara yang benar, sebagai teknik penegakan diagnosis pasien.

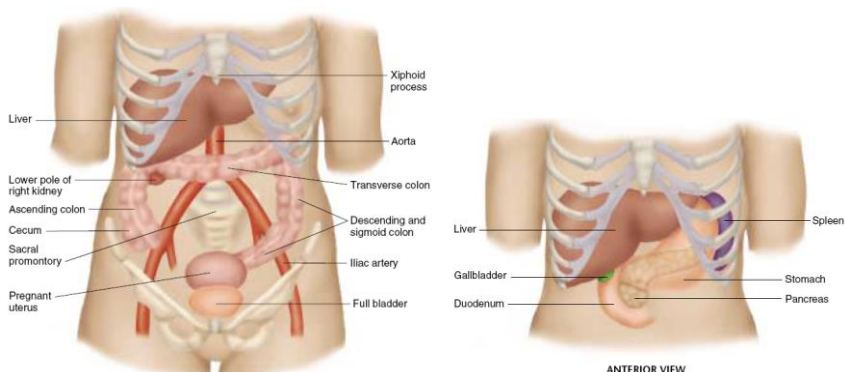
B. Tujuan Instruksional Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan inspeksi abdomen secara benar dan sistematis.
2. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan auskultasi abdomen secara benar dan sistematis.
3. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan perkusi abdomen, hepar, limpa, ascites, ginjal, supra pubik, secara benar dan sistematis.
4. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan palpasi abdomen, hepar, limpa, ginjal secara benar dan sistematis.
5. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan rektum dan kelenjar prostat secara benar dan sistematis.
6. Mahasiswa mampu melakukan tes-tes khusus seperti tes iliopsoas, obturator dan rebound tenderness secara benar dan sistematis.



Struktur abdomen menurut kuadran

Kanan	Kiri
ATAS	ATAS
Hati	Hati : lobus kiri
Kandung empedu	Limpa
Pilorus	Lambung
Deudenum	Pancreas : korpus
Pancreas : kaput	Andrenal kiri
Adrenal kanan	Ginjal kiri kutub atas
Ginjal kanan kutub atas	Fleksura lienalis
Fleksura hepatica	Kolon transversum, sebagian
Kolon ascenden, sebagian	Kolon descenden, sebagian
Kolon transversum, sebagian	
BAWAH	BAWAH
Ginjal kanan, kutub bawah	Ginjal kiri, kutub bawah
Caecum	Kolon sigmoid
Appendik	Kolon descenden, sebagian
Kolon ascenden, sebagian	Ovarium kiri
Ovarium kanan	Tuba falopii kiri
Tuba falopii kanan	Ureter kiri
Ureter kanan	Korda spermatika kiri
Korda spermatika kanan	Uterus (bila membesar)
Uterus (bila membesar)	Kandung kemih (bila membesar)
Kandung kemih (bila membesar)	



PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN

- ❖ Pemeriksaan fisik meliputi : inspeksi, auscultasi, perkusi, palpasi, pemeriksaan rectum, teknik khusus.

Saat memeriksa abdomen pasien harus rileks, dengan cara :

- VU dikosongkan
- Pasien tidur dengan bantal dikepala dan lutut fleksi
- Telapak tangan pemeriksa, stetoskop cukup hangat, kuku harus pendek
- Jangan membuat gerakan yang tiba-tiba
- Arahkan pasien menunjuk tempat paling sakit dan periksalah terakhir
- Bila pasien sangat sensitive, mulailah palpasi dengan tangannya sendiri kemudian dilanjutkan tangan pemeriksa
- Perhatikan raut muka pasien

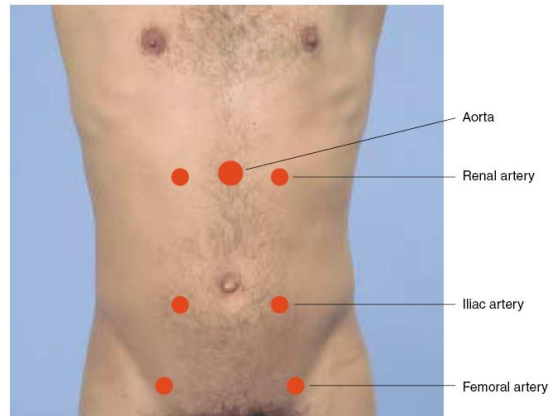
❖ **Inspeksi :**

Cara melakukan inspeksi, pemeriksa disebelah kanan. Untuk melihat kontur perut, peristaltic, pemeriksa berjongkok sejajar perut sehingga bisa melihat perut secara tangensial.

- Permukaan dinding perut : datar, cekung, cembung ?, lihat juga daerah femoral dan inguinal.
- Kulit dinding perut : erupsi, ikterus, spider angioma, venectasi (kolateral), striae, pigmentasi, tumor, umbilicus cekung atau datar atau menonjol ?, hernia ?, ekimosis (pada penyakit pankreatitis hemoragik strangulasi usus, tanda ini disebut tanda gray Turner), tanda Cullen adalah umbilicus kebiru-biruan yang disebabkan karena hemoperitonium, cicatrix, gambaran dan gerakan usus.
- Bentuk perut : simetris/asimetris, perut bentuk perut katak (frog's like appearance) → pemeriksa melihat sejajar ujung kaki
- Saat bernafas apakah ada organ perut yang membesar
- Lihat apakah terlihat gambaran peristaltic? (pada kasus obstruksi dan pasien sangat kurus)

❖ **Auscultasi :**

- Diperiksa bunyi khusus (peristaltic) : normal, melemah sampai menghilang, mengeras sampai terdengar suara logam (metalic sound). Peristaltic normal kira-kira tiap 2-5 detik. Bising usus normal : 5-35 kali per menit.
Diperiksa murmur/bruit yang disebabkan adanya turbulensi aliran darah dikarenakan proses atherosclerosis dengan cara menempelkan stetoskop pada lokasi organ yang dicurigai terdapat bruit. Jangan lupa memeriksa bruit hepar sebagai tanda adanya neovaskularisasi pada pasien hepar kronis/karsinoma.

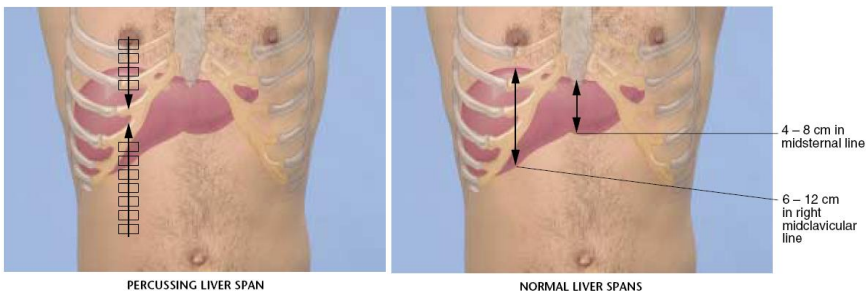


- Succussion splash : dapat ditemukan pada abdomen yang distensi akibat adanya gas dan cairan didalam suatu organ yang mengalami obstruksi. Pemeriksaan meletakkan stetoskopnya diatas abdomen sementara mengguncangkan dari sisi ke sisi. Adanya bunyi percikan biasanya menunjukan distensi lambung atau kolon.

❖ Perkusi :

- Pemeriksaan ini untuk mendeteksi adanya distensi gas, cairan, atau massa padat.
- Perkusi masing-masing kuadran untuk mengetahui distribusi udara
- Timpani merupakan bunyi perkusi yang paling sering ditemukan pada abdomen. Bunyi timpani ini disebabkan adanya gas dalam lambung, usus halus dan kolon.
- Daerah supra pubis mungkin redup/pekak pada perkusi apabila kandung kemih penuh urine pada wanita yang uterusnya membesar.

Perkusi hati : kepekakan hati (batas atas dan bawah) tidak boleh lebih dari 10 cm. pekak hati positif pada orang normal, sedangkan pekak hati yang negative bila ada udara dalam cavum peritoneum, akibat perforasi usus dan dinding perut.

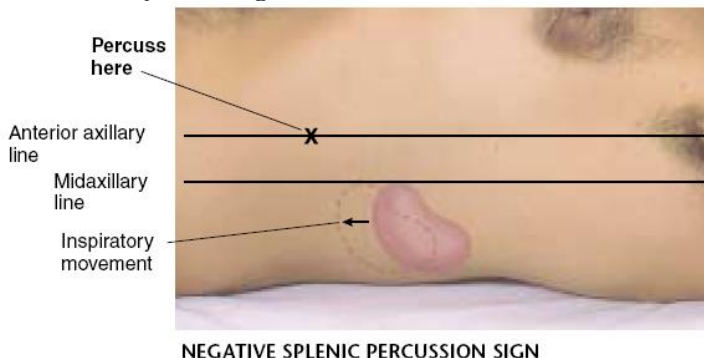


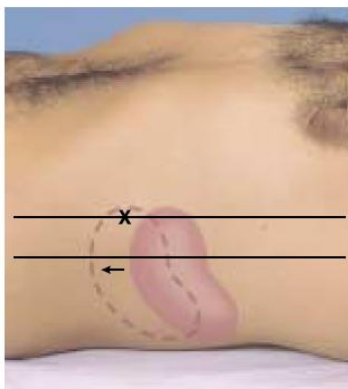


Cara : Perkusi sejajar linea midclavicular kanan. Dari atas sampai terdengar pekak. Dan dari bawah setinggi umbilicus samapi terdengar pekak. Carilah panjang daerah pekak (liver span). Normal 6-12 cm

Perkusi limpa :

- Limpa terletak di cekungan difragma superior, sejajar garis mid axiler. Apabila membesar maka akan menutupi organ gaster, kolon yang biasanya perdengar pekak.
- Meskipun sulit penentuan ukuran limpa harus diusahakan. Ruang traube adalah ruang gelembung udara lambung pada kuadran atas kiri. Tepat disebelah lateral ruang traube ada daerah redup karena adanya limpa. Daerah ini kira-kira terletak pada iga ke 10, disebelah posterior garis mid axilla kiri.



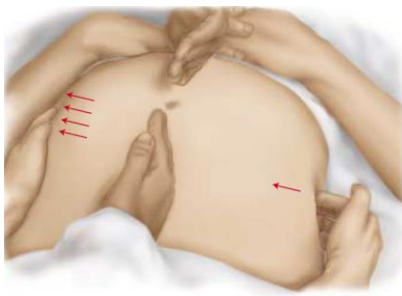
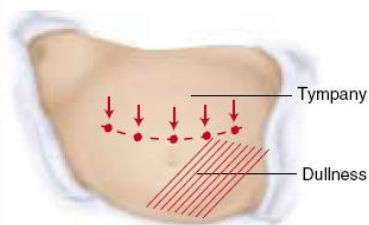
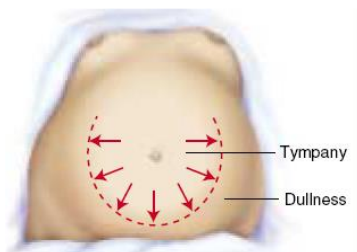


POSITIVE SPLENIC PERCUSSION SIGN

Cara Perkusi limpa :

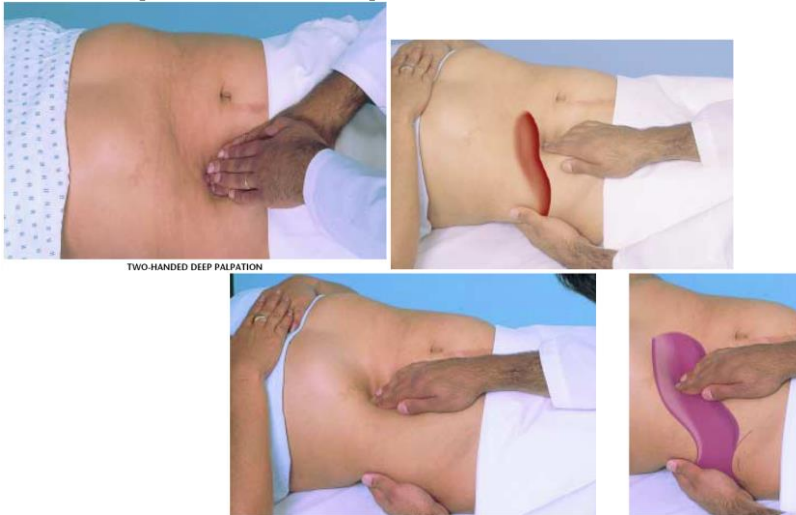
Lakukan perkusi pada SIC terakhir, linea axilaris anterior. Biasanya tympani. Kemudian pasien diminta menarik nafas. Normalnya akan tetap tympani. Untuk memastikan pembesaran lakukan perkusi dari pekak(limpa) ke arah tympani ke segala arah.

Perkusi ascites : adanya ascites (cairan bebas di cavum peritoneum) dapat dideteksi dengan : test undulasi, pekak sisi, pekak alih (sifting dullness).



❖ Palpasi

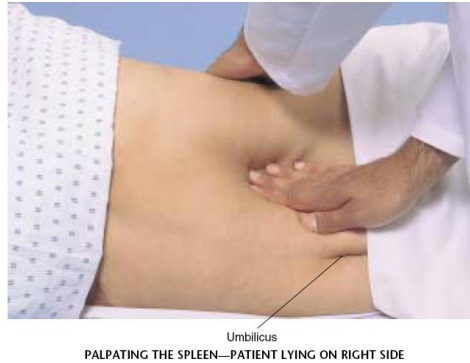
- Palpasi abdomen dapat dilakukan dengan cara palpasi ringan dan palpasi dalam. Palpasi ringan digunakan untuk menentukan nyeri tekan dan daerah spasme otot dan rigiditas.
- Rigiditas adalah spasme involunter otot-otot perut dan menunjukkan iritasi peritoneum. Rigiditas mungkin difus, misalnya pada peritonitis difus, atau setempat misalnya di atas apendik dan kandung empedu yang mengalami infeksi. Pasien dengan peritonitis memperlihatkan abdomen yang tegang dan nyeri (defence musculair). Sedang perut papan didapatkan pada penderita tetanus.
- Cara palpasi ringan : palpasi perlahan disemua kuadran,identifikasi organ yang terasa nyeri. Pada daerah yang sukar dipalpasi misal pada orang gemuk dapat melakukan palpasi dengan 2 tangan, tangan 1 berada dibawah dan lainnya diatas tangan yang lain
- Palpasi dalam : palpasi ini digunakan untuk menentukan ukuran organ dan adanya masa dalam abdomen yang abnormal.
- Cara palpasi dalam : lakukan palpasi diseruruh kwdran, menggunakan permukaan Palmaris dan jari. Bila ada massa identifikasi lokasi, ukuran, massa bentuk, mobilitas terhadap jaringan sekitar dan nyeri tekan.
- **Palpasi hati (hepar)** ditentukan hati teraba atau tidak, bila teraba berapa ukuranya, bagaimana tepinya, permukaanya, konsistensinya nyeri tekan atau tidak. Pembesaran hati dapat disebabkan oleh kongesti vascular, hepatitis, neoplasma, atau sirosis permulaan.





- Cara palpsi hepar: Pasien tidur terlentang. Tangan kiri diletakkan setinggi costa XI-XII sambil mendorong kedepan. Tangan kanan berada diperut sebelah kanan, di lateral musculus rectus, pada daerah batas pekak dan tympani. Mintalah pasien menarik nafas, Intepretasikan.
- **Palpasi limpa** : pada palpasi ini ditentukan apakah ada pembesaran? Bagaimana tepinya? Permukaannya? Konsistensinya? Nyeri tekan atau tidak?
- **Cara palpasi limpa** :
Mulai SIAS kanan melewati umbilicus hingga samapai arcus costa kiri. Dibagi 8 bagian (sufner 0-8)
Penderita dimiringkan 45 ° Kearah pemeriksa. Tangan kiri dibelakang arcus costa, mendorong. Tangan kanan memeriksa tepi arcus costa kiri. Penderita menarik nafas. Apabila teraba, pastikan itu limpa dengan mencari incisura lienalisnya.Intepretasikan





- **Palpasi ginjal :** kedua ginjal (kanan kiri) umumnya tidak teraba pada orang dewasa normal. Ginjal kiri terletak lebih superior dibanding ginjal kanan.



- **Cara memeriksa ginjal :**
Ginjal kanan : letakan tangan kiri sejajar arcus kosta XI-XII, dengan ujung jari menyentuh sudut costovertebra untuk mendorong. Jari tangan kanan sejajar musculus rectus abdominis. Penderita menarik nafas, pemeriksa menangkap ginjal dan deskripsikan teraba/tidak, ukuran, konsistensi, nyeri tekan?

Pemeriksaan Aorta

Tekan di abdomen sebelah kiri linea mediana. Orang dewasa normal tidak lebih dari 2 cm. Bila ditemukan massa pada abdomen atas dan berdenyut perlu dicurigai aneurisma aorta

❖ Pemeriksaan rectum

- Pemeriksaan ini dilakukan dengan jari. Rectum inferior mempunyai permukaan peritoneum, sehingga pemeriksaan rectum dapat mengungkapkan nyeri tekan jika ada peradangan peritoneum. Pemeriksaan rectum dalam dilakukan dengan pasien posisi berbaring terlentang, berbaring pada sisi kiri tubuh (posisi sims), berdiri, membungkuk pada meja pemeriksaan. Posisi litotomi adalah posisi dimana pasien terlentang dengan kedua lutut difleksikan.

- Tangan kanan pemeriksa memakai sarung tangan, memeriksa anus dan jaringan di sekitarnya. Kulit harus diperiksa apakah ada tanda peradangan, ekskoriasi, fisura, nodulus, fistula, parut, tumor, atau hemoroid.
- **Palpasi dinding rectum :**
Meliputi dinding lateral, posterior, dan anterior. Dinding lateral diraba dengan merotasikan jari sepanjang sisi rectum. Spina iskiadika, tulang ekor dan sacrum bawah dalam dapat diraba dengan mudah. Dinding rectum dipalpasi untuk mengetahui adanya polip. Metastase intraperitoneal dapat teraba dibagian anterior, menonjol ke dalam rectum, ini disebut sebagai rak blumer.
- **Palpasi kelenjar prostate**
Pada pria kelenjar prostate terletak di sebelah anterior dinding rectum. Ukuran, permukaan, konsistensi, sensitivitas, dan bentuk kelenjar prostate harus diperiksa. Prostate adalah suatu struktur bilobus berbentuk hati dengan diameter kira-kira 4 cm dalam keadaan normal permukaannya halus dan kokoh dan mempunyai konsistensi seperti bola karet keras. Nodul yang keras tidak teratur akan mengarah pada kanker postat. Karsinoma prostate sering menyerang lobus posterior, yang dapat dikenal dengan mudah selama pemeriksaan rectum. Hipertropi postat benigna (HPB) menimbulkan pembesaran secara sistematis, lunak yang menonjol ke dalam lumen rectum. Prostate yang berfluktuasi seperti Lumpur atau nyeri tekan mungkin menunjukkan prostatitis akut. Vesikulus seminalis terletak dibagian atas kelenjar postat dan jarang teraba kecuali bila membesar.
Cara pemeriksaan prostat:
Letak prostat?
Diameter latero-lateral?
Sulcus medianus?
Polus anterior?
Pemeriksaan masing-masing lobus?
- Pada wanita serviks terletak disebelah anterior rectum.?
- Pemeriksaan darah samar dalam tinja. Jari pemeriksaan harus dilihat. Warna feses dicatat, tes darah samar dilakukan dengan tes guaiak atau bensidine test.

Teknik-teknik khusus :

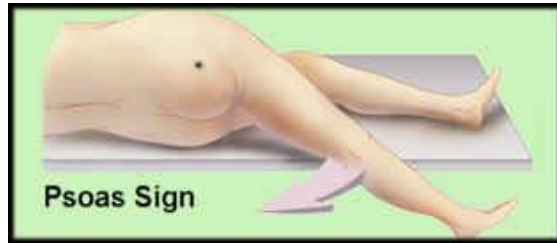
❖ Mengetahui nyeri abdomen

Nyeri dimulai dari mana?sekarang?apakah menjalar?, pasien diminta batuk, dimana yang paling sakit. Pada apendiksitis, nyeri dimulai pd titik Mc. Burney(1/3 SIAS kanan-umbilicus)
kemudian berpindah ke umbilicus. Bila pasien diminta batuk, paling nyeri pada titik tersebut
cari nyeri lokal
carilah rigidits dan defans musculair
lakukan colok dubur: untuk men DD dengan vesiculitis,adnexitis
pemeriksaan tambahan: nyeri lepas, rovsing sign, psoas sign, obturator sign, hyperestesia kulit daerah mc.burney

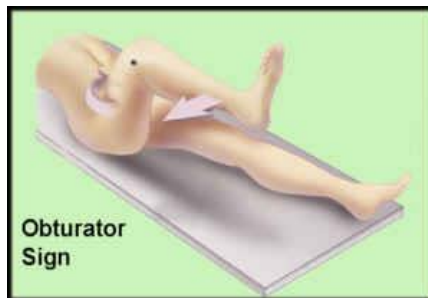
Keterangan :

- Nyeri lepas : titik Mc Burney dipencet kemudian saat dilepas, penderita merasa nyeri
- Roving sign : Nyeri lepas jugamenjalar ke kontralateral
- Peradangan intra abdomen dapat menyerang musculus psoas. Teknik pemeriksaannya dengan tes iliopsoas. Pasien diminta untuk berbaring pada posisi

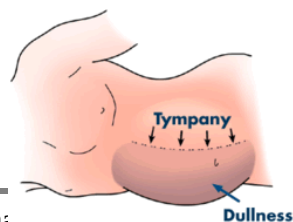
yang tidak terkena dan mengekstensikan tungkai pada sisi yang tidak terkena dan mengekstensikan tungkai lainnya pada sendi pinggul dengan melawan tahanan yang dilakukan oleh tangan pemeriksa. Tanda psoas positif bila timbul nyeri perut. Iritasi muskulus psoas kanan oleh apendik yang meradang akut akan menimbulkan tanda psoas kanan.

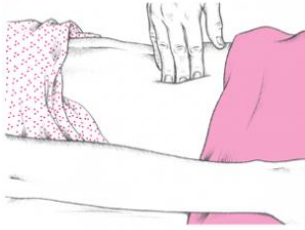


- Tes lain yang berguna untuk mengetahui adanya peradangan adalah tes obturator. Pasien berbaring terlentang, pemeriksa mengfleksikan paha pasien di panggul, dengan lutut dibengkokkan, dan merotasikan tungkai ke arah dalam dan luar sendi panggul. Nyeri akan timbul jika ada proses peradangan di dekat muskulus obturator (lihat gambar).



Rebound Tenderness-Blumberg's sign





This is a test for peritoneal irritation.

1. Warn the patient what you are about to do.
2. Press deeply on the abdomen with your hand.
3. After a moment, quickly release pressure.
4. If it hurts more when you release, the patient has rebound tenderness.

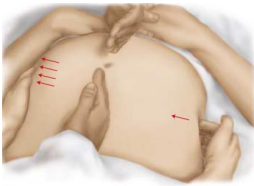
PEMERIKSAAN ASITES

Shifting Dullness

1. This maneuver is performed with the patient supine.
2. Percuss across the abdomen as for flank dullness, with the point of transition from tympany to dullness noted.
3. The patient then is rolled on his/her side away from the examiner, and percussion from the umbilicus to flank area is repeated.
4. Positive test: When ascites is present, the area of dullness will shift to the dependent site. The area of tympany will shift toward the top.

Note: The shift in zone of tympany with position change will usually be at least 3 cm when ascites is present.

Pemeriksaan Test Undulasi



Tujuan : mengetahui gerakan perpindahan cairan.

Pemeriksaan pada colesistitis akut

- Murphy Sign : empat jari ditekan pada pinggir arcus costarum dan musculus rectus. Perintahkan pasien bernafas dalam. Bila pasien merasakannya nyeri tajam dan menghentikan nafasnya, berarti Murphy sign (+) → kolesistitis akut

Lembar Kerja I

Pemeriksaan Fisik Abdomen (Pertemuan 1)

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan : manekin RT, hanscoon, jelly, stetoscop
- C. Pasien Simulasi : minimal 1 laki-laki per kelompok
- D. Kegiatan :
 - 1. Trainer menunjuk dua mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk berperan sebagai dokter. Setelah itu memberikan tanggapan dan motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
 - 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2-3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan atau tanpa pasien simulasi, dengan 1 orang sebagai Dokter , 1 orang sebagai pasien (apabila tidak menggunakan pasien simulasi), dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
 - 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

Lembar Kerja 2

Pemeriksaan Fisik Abdomen (Pertemuan 2)

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- E. Peralatan : manekin RT, hanscoon, jelly, stetoscop
- B. Pasien Simulasi : minimal 1 laki-laki per kelompok
- C. Kegiatan :
 - 1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing. Waktu 10 menit.
 - 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2-3 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan atau tanpa pasien simulasi, dengan 1 orang sebagai Dokter , 1 orang sebagai pasien (apabila tidak menggunakan pasien simulasi), dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 110 menit.
 - 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

Daftar Pustaka

- 1. Sudoyo A. W., Setiyohadi B., Alwi I., Setiati S., dll. Editor. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Edisi IV. Pusat penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jakarta : Juni 2006.
- 2. Bickley LS, Szilagyi P. *Bate's Guide to Physical Examination and History Taking*. 9th ed. Lipincott Williams and Wilkins. Philadelphia, 2007.

Checklist Pemeriksaan Abdomen :

NO	ASPEK YANG DINILAI	0	1	2	3
1	Persiapan pasien - Salam dan pengenalan diri - Komunikasi tindakan apa yang akan dilakukan kepada pasien dan minta ijin melakukan pemeriksaan - Cuci tangan dengan mengucap bismillah - Pasien diminta berbaring terlentang - Pasien diminta membuka pakaian sesuai keperluan - Posisikan pasien relax dengan melipat lutut				
2	INSPEKSI : - permukaan dinding perut? - kulit dinding perut? - bentuk perut?				
3	AUSKULTASI - peristaltik : melemah?mengeras?frekuensi? - succussion splash? - bruit? - peritoneal friction rub				
4	PERKUSI - abdomen : tympani / pekak? - supra pubik : tympani / pekak? - hepar : , liver span, pekak hati + / - - limpa : ukuran limpa? - ascites : tes undulasi ? Pekak sisi ? Pekak alih? (bila ada indikasi) - batas paru hepar				
5	PALPASI - hangatkan tangan -Lakukan palpasi ringan tiap kuadran - lakukan palpasi dalam umum - Palpasi ringan : rigiditas ? defans muskular? - Palpasi hepar : teraba / tidak ? ukuran? Tepi? Permukaan? Konsistensi? Nyeri tekan? - Palpasi limpa : teraba / tidak ? ukuran? Tepi? Permukaan? Konsistensi? Nyeri tekan? - Palpasi ginjal : teraba / tdk? Nyeri ketok? - Palpasi aorta				
6	Pemeriksaan rektum dan kelenjar prostat : - Inspeksi luar : tanda peradangan, ekskoriasi, fisura, nodulus,				

	fistula, jar parut, tumor hemorroid - Palpasi luar : nyeri tekan, benjolan - Palpasi dinding rectum : tons spincter ani (kuat/tidak), mukosa rectum (licin/berbenjol), ampula recti (kolaps/tidak)				
7	Tes-tes khusus • Tes iliopsoas • Tes Obturator • Rebound tenderness • Rovsing sign				
8	Cuci tangan				
9	Mengucapkan alhamdulillah dan Interpretasi hasil				
10	Profesionalisme				

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = disebut/dilakukan, kesalahan > 50 %

2 = disebut / dilakukan, kesalahan ≤ 50%

3 = disebut/dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan : $\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{\sum \text{ maksimal skor}} \times 100$

TOPIK 3

PROSEDUR PENGGUNAAN NASO GASTRIC TUBE

A. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu melakukan prosedural teknik penggunaan nasogastric tube (NGT) dengan urutan dan cara yang benar.

B. Tujuan Instruksional Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan sambung rasa dan menjelaskan tentang tujuan dan tindakan yang akan dilakukan dengan sopan dan menggunakan bahasa yang dipahami responden.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan dan indikasi menggunakan NGT.
3. Mahasiswa mampu menyebutkan dan mempersiapkan peralatan yang dibutuhkan untuk tindakan pemasangan NGT, kubah lambung, dan pemberian nutrisi oral menggunakan NGT.
4. Mahasiswa mampu melakukan teknik pemasangan NGT, kubah lambung, dan pemberian nutrisi oral menggunakan NGT secara benar dan urut.

Dasar Teori

Naso gastric tube adalah selang khusus yang dapat dimasukkan kedalam lambung melalui mulut atau hidung. Selang ini terbuat dari plastik yang lentur dengan nomor ukuran ada bermacam-macam, yang dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan dan indikasi.

INDIKASI

1. Untuk diet sonde pada pasien pasien yang membutuhkan nutrisi via NGT terutama pada pasien kritis, pasien yang nutrisi peroral tidak adequate
2. Pada pasien dengan tindakan kubah lambung (oleh karena keracunan, atau karena Perdarahan saluran cerna .
3. Pada pasien yang memerlukan tindakan dekompresi
4. Pada pasien yang dicurigai terdapat perdarahan saluran cerna bagian atas.

PERSIAPAN PEMASANGAN NGT

1. a. Siapkan NGT dengan nomor yang sesuai
b. Syringe 50 ml, 3 ml
c, Jelly
d. Handschoen
e. Stetoscope
f. Tissue
g. Kontainer bag
2. Bawa peralatan ke tempat tidur pasien
3. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan pada pasien dan keluarga
4. Cuci tangan
5. Ambil posisi sebelah kanan (bila dominan dengan tangan kanan)
6. Letakkan tissue di bawah dagu sampai ke dada pasien

7. Anjurkan pasien untuk rileks dan bernapas secara normal
8. Kenakan sarung tangan bersih.
9. Ukur panjang tube yang akan dimasuki dan beri tanda batas dengan plester yaitu dengan mengukur dari prosessus xypodeus ke puncak hidung sampai ke telinga
10. Olesi ujung tube dengan jelly.
11. Masukkan ujung tube ke dalam salah satu lubang hidung, dorong perlahan hingga daerah nasopharynx dan anjurkan pasien untuk bernapas dari mulut (beri waktu istirahat untuk menghindari rangsangan muntah).
12. Fleksikan kepala pasien, anjurkan pasien untuk menelan dan mendorong tube secara perlahan bersamaan setiap kali pasien menelan (beri kesempatan pasien untuk Bernapas). Hingga tube masuk ke dalam gaster pada tanda batas yang telah ditentukan.
 Note : Jangan mendorong tube secara paksa ketika ada tahanan atau pasien batuk, muntah atau tercekik dan sianosis.
13. Check kebenaran tube sudah berada dalam gaster dengan cara :
 - Mengaspirasi isi gaster
 - Memasukkan udara dengan syringe 30 ml ke dalam gaster melalui tube dengan cepat Sambil mendengarkan hembusan udara ke dalam gaster dengan menggunakan Stetoscope.
14. Fiksasi tube dengan plester ke batang hidung pasien dengan baik (mengeringkan dulu Tube dan kulit sekitar hidung dengan tissue agar plester dapat melekat.
15. Hubungkan pangkal NGT dengan kontainer bag bila pemasangan untuk dekompresi Lambung dan biarkan tube dalam keadaan terbuka.
16. Bila tube harus dalam keadaan tertutup, gunakan spuit steril sebagai pent-up, bila NGT harus ditutup.
 NB : Evaluasi Cairan yang Keluar dari selang NGT (warna, jumlah, bau)

SOP (STANDARD OPERATIONAL PROSEDURE) KUMBAH LAMBUNG

Pengertian:

Kumbah lambung merupakan salah satu tindakan dalam memberikan pertolongan kepada pasien dengan cara memasukkan air atau cairan tertentu dan kemudian mengeluarkannya menggunakan alat yaitu NGT.

Tujuan:

1. Membuang racun yang tidak terabsorpsi setelah racun masuk saluran pencernaan
2. Mendiagnosa perdarahan lambung
3. Membersihkan lambung sebelum prosedur endoscopy
4. Membuang cairan atau partikel dari lambung

Indikasi:

1. Pasien yang keracunan makanan atau obat tertentu
2. Persiapan operasi lambung
3. Persiapan tindakan pemeriksaan lambung
4. Tidak ada reflex muntah

5. Gagal dengan terapi emesis
6. Pasien dalam keadaan tidak sadar

Kontaindikasi:

1. Tidak dilakukan secara rutin. Prosedur dilakukan selama 60 menit setelah tertelan.
2. Pasien kejang
3. Untuk bahan toksik yang tajam dan terasa membakar (resiko aspirasi) seperti pestisida.

Persiapan Peralatan :

1. Baki berisi selang NGT (ukuran dewasa 14 – 20 dan anak-anak 8 – 16)
2. 2 buah baskom
2. Perlak dan handuk pengalas
3. Stetoskop
4. Sduit 10 cc
5. Plester
6. Nierbeken
7. Kom penampung
8. Air hangat
9. Kassa/tissue
10. Jelly
11. Hanscune
12. Pinset
13. Spatel
14. Corong
15. Gelas ukur

Prosedur:

1. Cuci tangan dan atur peralatan
2. Jelaskan prosedur pada klien
3. Bantu klien untuk posisi semifowler (bila memungkinkan)
4. Berdirilah disisi kanan tempat tidur klien bila anda bertangan dominan kanan (atau sisi kiri bila anda bertangan dominan kiri)
5. Periksa dan perbaiki kepatenan nasal : Bersihkan mukus dan sekresi dari hidung dengan tissue lembab atau lidi kapas
6. Tempatkan handuk mandi diatas dada klien. Pertahankan tissue wajah dalam jangkauan klien
7. Gunakan sarung tangan
8. Tentukan panjang slang yang akan dimasukkan dan ditandai dengan plester.
9. Ukur jarak dari lubang hidung ke daun telinga, dengan menempatkan ujung melingkar slang pada daun telinga; Lanjutkan pengukuran dari daun telinga ke tonjolan sternum; tandai lokasi tonjolan sternum di sepanjang slang dengan plester kecil
10. Ujung atas NGT diolesi jelly, dan bagian ujung bawah di klem.

11. Minta klien menengadahkan kepala (bila memungkinkan), masukkan selang ke dalam lubang hidung yang paling bersih
12. Pada saat anda memasukkan selang lebih dalam ke hidung, minta klien menahan kepala dan leher lurus dan membuka mulut (bila klien dalam keadaan sadar)
13. Ketika selang terlihat dan klien bisa merasakan selang dalam faring, instruksikan klien untuk menekuk kepala ke depan dan menelan (bila klien dalam keadaan sadar)
14. Masukkan selang lebih dalam ke esofagus dengan memberikan tekanan lembut tanpa memaksa saat klien menelan (jika klien batuk atau selang menggulung di tenggorokan, tarik selang ke faring dan ulangi langkah-langkahnya), diantara upaya tersebut dorong klien untuk bernafas dalam
15. Ketika tanda plester pada selang mencapai jalan masuk ke lubang hidung, hentikan insersi selang dan periksa penempatannya : minta klien membuka mulut untuk melihat selang, Aspirasi dengan spuit dan pantau drainase lambung, tarik udara ke dalam spuit sebanyak 10-20 ml masukkan ke selang dan dorong udara sambil mendengarkan lambung dengan stetoskop jika terdengar gemuruh, fiksasi selang.
16. Untuk mengamankan selang: gunting bagian tengah plester sepanjang 2 inchi, sisakan 1 inci tetap utuh, tempelkan 1 inchi plester pada lubang hidung, lilitkan salah satu ujung, kemudian yang lain, satu sisi plester lilitan mengitari selang
17. Setelah NGT masuk pasien diatur dengan posisi miring tanpa bantal atau kepala lebih rendah selanjutnya klem dibuka.
18. Corong dipasang diujung bawah NGT, air hangat dituangkan ke dalam corong jumlah cairan sesuai kebutuhan (+ 500 cc). Cairan yang masuk tadi dikeluarkan dan ditampung dalam baskom
19. Pembilasan lambung dilakukan berulang kali sampai air yang keluar dari lambung sudah jernih.
20. Jika air yang keluar sudah jernih selang NGT dicabut secara pelan-pelan dan diletakkan dalam baki.
21. Setelah selesai pasien di rapikan, mulut dan sekitarnya dibersihkan dengan tissue.
22. Perawat mencuci tangan
23. Pendokumentasian

PEMBERIAN MAKAN/MINUM MELALUI GASTRIC TUBE

1. Siapkan peralatan diatas trolley atau baki
 - A. Siapkan makanan sesuai dengan advis
 - B. Syringe atau bag feeding
 - C. Air minum dalam gelas
 - D. Tissue
 - E. Sarung tangan
2. Bawa peralatan dekat pasien
3. Jelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan dan persiapkan pasien
4. Atur posisi pasien
5. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan
6. Pastikan NGT masuk dalam posisi yang benar dengan melakukan aspirasi
7. Memberi makanan :

- Dengan memakai catheter tip (Syringe 50) tanpa dorongan
 - ✓ Hubungkan pangkal tube dengan catheter tip, tinggikan kurang lebih 14 cm diatas kepala pasien.
 - ✓ Isi catheter tip dengan formula / makan cair, alirkan tanpa dorongan
 - ✓ Isi kembali sebelum syringe kosong, hingga jumlah yang dibutuhkan habis.
- Dengan menggunakan catheter tip (syringe 50) dengan dorongan
 - ✓ Isi catheter tip dengan makanan/ formula, hubungkan dengan ujung tube, dorong secara perlahan hingga habis
 - ✓ Bilas tube dengan air minum
 - ✓ Lepaskan syringe / bag feeding dari pangkal tube, tutup kembali NGT Sduit.
 - ✓ Rapiakan pasien dan bereskan peralatan.

Aspek penilaian skill lab "Prosedur Penggunaan NGT"

NO	ASPEK YANG DINILAI	0	1	2	3
1	Mengucapkan bismillah, salam, pengenalan diri dan memberitahukan tindakan apa yang akan dilakukan kepada pasien				
2	Persiapan pasien dan peralatan				
3	1. Cuci tangan dan mengawali dengan bismillah 2. Ambil posisi sebelah kanan (bila dominan dengan tangan kanan) 3. Meminta izin letakkan tissue di bawah dagu sampai ke dada pasien 4. Anjurkan pasien untuk rileks dan bernapas secara normal 5. Kenakan sarung tangan bersih. 6. Ukur panjang tube yang akan dimasukin dan beri tanda batas dengan plester yaitu dengan mengukur dari prosessus xypoides ke puncak hidung sampai ke telinga. 7. Olesi ujung tube dengan jelly. 8. Masukkan ujung tube ke dalam salah satu lubang hidung, dorong perlahan hingga daerah nasopharynx dan anjurkan pasien untuk bernapas dari mulut (beri waktu istirahat untuk menghindari rangsangan muntah). 9. Fleksikan kepala pasien, anjurkan pasien untuk menelan dan mendorong tube secara Perlahan bersamaan setiap kali pasien menelan (beri kesempatan pasien untuk Bernapas). Hingga tube masuk ke dalam gaster pada tanda batas yang telah di tentukan. Note : Jangan mendorong tube secara paksa ketika ada tahanan atau pasien batuk batuk,muntah atau tercekik dan sianosis. Check kebenaran tube sudah berada dalam gaster dengan cara : - Mengaspirasi isi gaster - Memasukkan udara dengan syringe 30 ml ke dalam gaster melalui tube dengan cepat Sambil mendengarkan hembusan udara ke dalam gaster dengan menggunakan Stetoscope. 10. Fiksasi tube dengan plester ke batang hidung pasien dengan baik (mengeringkan dulu Tube dan kulit sekitar hidung dengan tissue agar plester				

	dapat melekat. 11. Hubungkan pangkal NGT dengan kontainer bag bila pemasangan untuk dekompresi Lambung dan biarkan tube dalaam keadaan terbuka. 12. Bila tube harus dalam keadaan tertutup, gunakan spuit steril sebagai pent-up, bila NGT harus ditutup. NB : Evaluasi Cairan yang Keluar dari selang NGT (warna, jumlah, bau)				
4	KUMBAH LAMBUNG : 1. Cuci tangan dengan bismillah dan atur peralatan 2. Jelaskan prosedur pada klien dan meminta ijin 3. Bantu klien untuk posisi semifowler (bila memungkinkan) 4. Berdirilah disisi kanan tempat tidur klien bila anda bertangan dominan kanan (atau sisi kiri bila anda bertangan dominan kiri) 5. Periksa dan perbaiki kepatenan nasal : Bersihkan mukus dan sekresi dari hidung dengan tissue lembab atau lidi kapas 6. Tempatkan handuk mandi diatas dada klien. Pertahankan tissue wajah dalam jangkauan klien 7. Gunakan sarung tangan 8. Tentukan panjang slang yang akan dimasukkan dan ditandai dengan plester. 9. Ukur jarak dari lubang hidung ke daun telinga, dengan menempatkan ujung melingkar slang pada daun telinga; Lanjutkan pengukuran dari daun telinga ke tonjolan sternum; tandai lokasi tonjolan sternum di sepanjang slang dengan plester kecil 10. Ujung atas NGT diolesi jelly, dan bagian ujung bawah di klem. 11. Minta klien menengadahkan kepala (bila memungkinkan), masukkan selang ke dalam lubang hidung yang paling bersih 12. Pada saat anda memasukkan slang lebih dalam ke hidung, minta klien menahan kepala dan leher lurus dan membuka mulut (bila klien dalam keadaan sadar) 13. Ketika slang terlihat dan klien bisa merasakan slang dalam faring, instruksikan klien untuk menekuk kepala ke depan dan menelan (bila klien dalam keadaan sadar) 14. Masukkan slang lebih dalam ke esofagus dengan memberikan tekanan lembut tanpa memaksa saat				

	klien menelan (jika klien batuk atau slang menggulung di tenggorokan, tarik slang ke faring dan ulangi langkah-langkahnya), diantara upaya tersebut dorong klien untuk bernafas dalam 15. Ketika tanda plester pada selang mencapai jalan masuk ke lubang hidung, hentikan insersi selang dan periksa penempatannya:minta klien membuka mulut untuk melihat slang, Aspirasi dengan spuit dan pantau drainase lambung, tarik udara ke dalam spuit sebanyak 10-20 ml masukkan ke selang dan dorong udara sambil mendengarkan lambung dengan stetoskop jika terdengar gemuruh, fiksasi slang. 16. Untuk mengamankan slang: gunting bagian tengah plester sepanjang 2 inchi, sisakan 1 inci tetap utuh, tempelkan 1 inchi plester pada lubang hidung, lilitkan salah satu ujung, kemudian yang lain, satu sisi plester lilitan mengitari slang 17. Setelah NGT masuk pasien diatur dengan posisi miring tanpa bantal atau kepala lebih rendah selanjutnya klem dibuka. 18. Corong dipasang diujung bawah NGT, air hangat dituangkan ke dalam corong jumlah cairan sesuai kebutuhan (+ 500 cc). Cairan yang masuk tadi dikeluarkan dan ditampung dalam baskom 19. Pembilasan lambung dilakukan berulang kali sampai air yang keluar dari lambung sudah jernih. 20. Jika air yang keluar sudah jernih selang NGT dicabut secara pelan-pelan dan diletakkan dalam baki. 21. Setelah selesai pasien di rapikan, mulut dan sekitarnya dibersihkan dengan tissue. 22. Perawat mencuci tangan 23. Pendokumentasian				
5	PEMBERIAN MAKAN/MINUM MELALUI GASTRIC TUBE 1. Siapkan peralatan diatas trolley atau baki a) Siapkan makanan sesuai dengan advis b) Syringe atau bag feeding c) Air minum dalam gelas d) Tissue e) Sarung tangan 2. Bawa peralatan dekat pasien 3. Jelaskan pada pasien tentang tindakan yang akan				

	dilakukan dan persiapkan pasien 4. Atur posisi pasien 5. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan 6. Diawali dengan bismillah 7. Pastikan NGT masuk dalam posisi yang benar dengan melakukan aspirasi 8. Memberi makanan : ▪ Dengan memakai catheter tip (Syringe 50) tanpa dorongan ✓ Hubungkan pangkal tube dengan catheter tip,tinggikan kurang lebih 14 cm diatas kepala pasien. ✓ Isi catheter tip dengan formula / makan cair, alirkan tanpa dorongan ✓ Isi kembali sebelum syringe kosong,hingga jumlah yang dibutuhkan habis. ▪ Dengan menggunakan catheter tip (syringe 50) dengan dorongan ✓ Isi catheter tip dengan makanan/ formula, hubungkan dengan ujung tube, dorong secara perlahan hingga habis ✓ Bilas tube dengan air minum ✓ Lepaskan syringe / bag feeding dari pangkal tube, tutup kembali NGT Sput. ✓ Rapiakan pasien dan bereskan peralatan. ✓ Diakhiri dengan alhamdulillah				
--	---	--	--	--	--

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = disebut/dilakukan, kesalahan > 50 %

2 = disebut / dilakukan, kesalahan ≤ 50%

3 = disebut/dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan : $\left(\frac{\sum \text{skor seluruh aspek yg dinilai}}{\sum \text{maksimal skor}} \right) \times 100$

TEKNIK ENEMA/RECTAL WASH OUT

A. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu melakukan prosedural teknik enema/rectal wash out dengan urutan dan cara yang benar.

B. Tujuan Instruksional Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan sambung rasa dan menjelaskan tentang tujuan serta tindakan yang akan dilakukan dengan sopan dan menggunakan bahasa yang dipahami responden.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan dan indikasi dilakukan enema/rectal wash out
3. Mahasiswa mampu menyebutkan dan mempersiapkan peralatan yang dibutuhkan untuk tindakan enema/rectal wash out.
4. Mahasiswa mampu melakukan teknik enema/rectal wash out untuk pasien dewasa, anak, dan neonatus secara benar danurut.

Dasar Teori

Pengertian : Enema/rectal wash out adalah pemberian cairan ke dalam rektum dan kolon dengan menggunakan selang. Enema diberikan untuk merangsang peristaltik dan segera mengeluarkan feses. Enema pembersih digunakan untuk rnengeluarkan sisa-sisa pencernaan yang terutama dilakukan untuk pemeriksaan dengan sinar-x (rontgen) atau bila perut mengeras/ tegang karena tidak dapat flatas.

Tujuan :

- 1) Meningkatkan defekasi dengan merangsang peristaltik
- 2) Melunakan feses yang telah mengeras
- 3) Mengosongkan kolon bawah untuk prosedur diagnostic dan pembedahan

Dilakukan pada :

- 1) Pasien dengan konstipasi, impaksi feces
- 2) Deficit perawatan diri, toileting
- 3) Nyeri BAB
- 4) Tindakan diagnostik (pemeriksaan radiologi)
- 5) Persiapan pre operasi

Perencanaan :

1. Persiapan Pasien : Informasikan kepada anak dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan, Jaga privacy klien.
2. Persiapan Alat :
 - a. Selimut mandi
 - b. Alas pot/bokong (perlak dan alasnya)
 - c. Semprit gliserin (metal disposable)
 - d. Bengkok

- e. Gliserin dalam botol direndam air panas/ 15 – 20 cc dalam mangkok kecil direndam dalam mangkok ukuran sedang berisi air panas
 - f. Mangkok kecil
 - g. Pispot
 - h. Botol cebok
 - i. Sampiran
 - j. Kertas kloset
 - k. Sarung tangan/handscon
3. Persiapan Petugas : Sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan cuci tangan, Persiapkan peralatan yang akan digunakan.

Checklist Penilaian Teknik Enema/Rectal Wash Out

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI			
		0	1	2	3
1	Menyiapkan alat : 1. Selimut mandi 2. Alas pot/bokong (perlak dan alasnya) 3. Semprit gliserin (metal disposable) 4. Bengkok 5. Gliserin dalam botol direndam air panas/ 15 – 20 cc dalam mangkok kecil direndam dalam mangkok ukuran sedang berisi air panas 6. Mangkok kecil 7. Pispot 8. Botol cebok 9. Sampiran 10. Kertas kloset 11. Sarung tangan/handscon				
2	Persiapan petugas : 1. Memberitahu pasien tentang maksud dan tujuan. 2. Diawali dengan bismillah 3. Meminta ijin pasien melakukan tindakan, pasien dimiringkan kekiri, alas bokong dan perlak dipasang				
3	Persiapan lingkungan : 1. Ciptakan lingkungan yang tenang 2. Gunakan sketsel saat melakukan prosedur				
4	Petugas mencuci tangan, keringkan dan menggunakan sarung tangan				
5	Pakaian bawah dikeataskan/dibuka lalu pasang selimut mandi atau kain penutup				
6	Bengkok diletakkan disisi bokong				
7	Gliserin diteteskan diatas punggung untuk mencoba kehangatan lalu dituangkan kedalam mangkok kecil				
8	Semprit diisi gliserin 10-20 cc. Pastikan udara dikeluarkan				
9	Tangan kiri mendorong bagian atas tangan kanan memasukkan semprit kedalam pelepasan sampai pangkal kanule, ujungnya mengarah kedepan.				
10	Masukkan gliserin perlahan-lahan sambil pasien disuruh menarik nafas				
11	Semprit dicabut diletakkan dalam bengkok direndam dalam				

	larutan desinfektan				
12	Pasien diminta miring kiri selama 10 – 15 menit				
13	Saat pasien merasa ingin BAB petugas segera menyediakan pispot				
14	Cek konsistensi, warna, bau feses.				
15	Alat dibersihkan petugas mencuci tangan				
16	Diakhiri dengan alhamdulillah				
	Jumlah				

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = disebut/dilakukan, kesalahan > 50 %

2 = disebut / dilakukan, kesalahan ≤ 50%

3 = disebut/dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan :
$$\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{\sum \text{ maksimal skor}} \times 100$$

NEONATAL BOWEL WASHOUT (RECTAL)

A. Introduction

Rectal Bowel washouts are performed to decompress the bowel and deflate the abdomen by removing gas and stool using small amounts of Normal Saline 0.9%.

They are :

- Performed in babies with Hirschsprung's Disease (HD) or to relieve low intestinal obstruction due to meconium plug, meconium ileus. or intestinal dysmotility of prematurity.
- Used as a mode of temporary management in proven cases of HD till definitive surgery. (This may be for 4-12 weeks depending on each case)

B. Parameters

This Guideline is to assist clinicians performing Rectal Bowel Washouts for neonatal patients within the neonatal unit at the RCH. It does not include older patients outside of the neonatal unit requiring bowel washouts. Procedure must be ordered by the Surgical Team following patient review.

C. Definition of terms

Hirschsprung's Disease: A rare disorder of the bowel, most commonly of the large bowel (sometimes called megacolon), where there is a lack of nerves, known as ganglion cells in the bowel wall. This prevents effective peristalsis and results in intestinal obstruction. It affects four times as many boys as girls with an increased incidence in infants with Down Syndrome.

Meconium Plug: This condition is the most common and mildest form of mechanical distal obstruction of the newborn. Inspissated and immobile meconium causes a transient form of distal colonic or rectal obstruction. The aetiology of this disorder is unclear. It is most common in preterm infants.

Meconium Ileus: The obstruction is mainly caused by thick tenacious meconium. The sticky meconium is unable to be propelled through the intestine, usually the gut is not damaged and continuity is not disrupted¹. Meconium ileus occurs in 15% of infants with Cystic Fibrosis. In others, the condition is associated with volvulus, atresia or perforation.¹

D. Assessment

Physical

Assess and record any signs of bowel obstruction these include

- Vomiting
 - Note - frequency, colour and amount
 - Is it bile stained?

Note: Green bile staining indicates bowel obstruction, if present notify Surgical Team immediately

- Abdominal distension
 - Is abdomen tight or shiny

- Determine and record degree of distension of the abdomen prior to performing bowel washout
- Bowel action
 - Time since last bowel action
 - Note - frequency, consistency, colour, +/- blood

Note: Measurement of abdominal girth is no longer used as an accurate method of determining abdominal distension

Investigations

- Abdominal X ray
- Rectal biopsy
- Barium Studies

Medical orders

Medical orders for bowel washout must be written clearly on the treatment order sheet by the treating surgeons/senior medical staff. Orders should include:

- Frequency
- Size of tube
- Length to be inserted.
- Amount (mls) Saline solution .9% to be instilled - **Maximum** per procedure **20mls/kg**

Note: Use only saline solution 0.9% - the use of other solutions or concentrations in this patient group may be dangerous

Procedure

Perform bowel washout as prescribed. The frequency of washouts is determined according to the effectiveness of decompression of the bowel. Notify surgeons if two successive washouts fail to achieve abdominal decompression.

Documentation

Observe, and document

- Amount of decompression
Note reduction in abdominal distension - Is the abdomen soft, palpable?
- Washout result
Volume colour consistency amount and type eg. stool/meconium

Equipment

Special consideration

Catheters

Nelaton Catheters



The catheters used should be soft. **Do not use Naso Gastric Tubes with a weighted tip.** Nelaton catheters are softer and less likely to damage mucosa. Orders should include specific size, and length of catheter to be inserted.

Weight, Size, Length to be inserted

Weight < 2kg, Size 8FG Nelaton, 2-3cm

Weight > 2kg, Size 10FG Nelaton, 5cm

Confirm orders with treating surgeon/doctor if they vary from the above guide

Syringe



Terumo 60mls catheter tip syringe

Normal Saline Sachets 0.9%

Ensure normal saline sachets are warmed prior to use (warm to touch). Infants, especially premature infants can cool quite rapidly if solution is cold. Volume of saline to be used is determined by the surgeons and should be written as an order

Lubricant

Use only water based lubricant

Inco-sheets

Use inco-sheets to protect soiling of bed

Recommended Regimes

Surgical Intervention	Dietary Restrictions	Site & Frequency	Solution	Volume	Evaluation
Formation of colostomy	Free fluids for 48 hours prior to surgery. Clear fluids 24 hours prior to surgery NBM as per orders	Per Rectum Twice Daily	Sodium Chloride 0.9% (normal saline) CNC Stomal Therapy will assess need for an Olive Oil enema	30mL/kg	Fluid return is clear Contact the CNC Stomal Therapy if unsatisfactory return
Duhamel Rectosigmoidectomy / Soave Operation	Clear fluids 12 hours prior to surgery NBM as per orders	Distal Loop and Rectal Washout Twice Daily	Sodium Chloride 0.9% (normal saline)	30mL/kg for washout	Fluid return is clear
Posterior Sagittal Anorectoplasty (PSARP)	As Per Duhamel	Distal Loop Washout Twice Daily	Sodium Chloride 0.9% (normal saline)	30mL/kg for washout	Fluid return is clear
Closure of colostomy	Free fluids for 48 hours prior to surgery. Clear fluids 24 hours prior to surgery NBM as per orders	Proximal and Distal Loop Washout Twice Daily	Sodium Chloride 0.9% (normal saline)	30mL/kg for washout	Fluid return is clear
Constipation	Diet as ordered – usually normal	Rectal Once or Twice Daily	Sodium Chloride 0.9% + / - Olive Oil as retention enema may be required prior + / - Glyco prep – C to be ordered by the team if required	50 – 100mL warm olive oil	Fluid return is clear
Irrigation Caecostomy	As per colostomy closure	Rectal Twice Daily	Sodium Chloride 0.9% (normal saline)	30mL/kg for washout	Fluid return is clear

Process

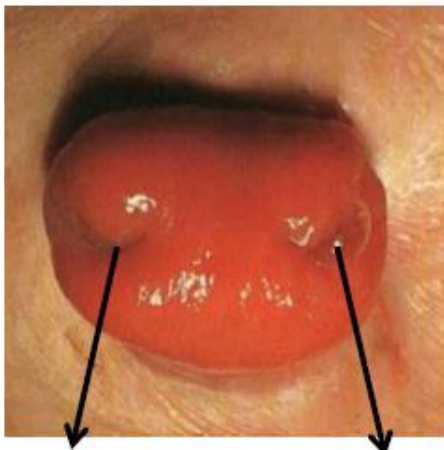
Special Consideration

1. Position infant, usually on his/her back with legs in the frog position
2. Select appropriate sized catheter for use
3. Warm normal saline solution and prime catheter
4. Lubricate tip of catheter and gently insert into the rectum.
5. Length determined by surgical instructions
6. Instil saline in **10 - 20 ml** aliquots (by pushing in with syringe plunger) over 1-2 minutes (there should be no resistance when injecting the normal saline).
7. Remove syringe and let fluid run into nappy/kidney dish
8. Procedure may be repeated twice if return is not clear
9. If there is saline retention or return is not clear contact surgeon
10. Remove catheter from the rectum
11. Note and record results of bowel washout accurately on fluid balance chart

- Use inco-sheets to protect soiling of bed
- Do not use excessive force if resistance is felt. Contact medical staff if unsure
- Do not pull back on syringe to aspirate, allow the saline to run out naturally
- **Do exceed maximum of 20ml/kg**

Colostomy Washout

1. Ascertain which loop/end of stoma is to be irrigated.
2. Explain procedure to child and/or parent/carer. Obtain assistance from the parent/carer if possible.
3. Place the child in a supine position.
4. Remove the bag/appliance then locate/identify the proximal and distal loop. The proximal end is from where faecal matter discharges (working end of stoma).
5. Connect a catheter tip syringe to the catheter, and then run the solution (prime) through the catheter to expel air.
6. Gently introduce the well-lubricated (use KY Jelly) catheter approximately 2 - 3cm into the desired stoma. Do not force catheter.
7. Run the solution slowly by gravity. Each time, for the below age groups, fill:
 - Children over 2 years of age: 1-funnel full (100 – 200mL)
 - Infants and small babies: 20 – 40mL.
8. The fluid is returned by lowering and inverting the catheter/funnel.
9. Repeat the above procedure until all of the desired solution is used.



A. LOOP



Proximal loop (working stoma)

Distal loop (non-working stoma)

Loop Colostomy with proximal and distal end

Complications

Reabsorption of saline

In premature infants, there is a risk of reabsorption of saline, especially if most of the solution is not expelled. In the case of retention

- contact the surgical team

- record volume of saline retained

Panduan Edukasi Wudhu dan Sholat bagi Pasien Kolostomi

Definisi kolostomi

Kolostomi adalah satu lubang yang dibuat melalui proses pembedahan pada dinding abdomen yang mana sebahagian kecil daripada usus besar itu dibawa ke permukaan kulit. Lubang buatan yang baru ini, dipanggil sebagai stoma.

Tujuan kolostomi

Untuk memudahkan najis keluar, tanpa melalui tempat usus yang sakit atau rusak. (karena tidak boleh dikeluarkan daripada saluran biasa).

Prinsip Dasar

1. Pasien kolostomi termasuk dikategorikan masalah dharurat (udzur syar'i) karena keluarnya najis tidak dapat dikendalikan dan tidak dianggap sebagai menanggung najis.
2. Yang membatalkan wudhu ialah keluar sesuatu dari dua jalan, yaitu qubul dan dubur. Namun dalam masalah ini najis yang keluar bukan dari dua jalan tersebut. Karena itu wudhu mereka tidak batal.

Tehnik Wudhu dan Solat

1. Wudhu
 - Wudhu bagi pasien kolostomi seperti orang sehat
 - Tidak harus membersihkan feses terlebih dahulu.
 - Wudhu tidak batal dengan keluarnya feses dari tindakan kolostomi
 - Wudhu bisa digunakan untuk semua ibadah selama wudhu tidak batal, adapun pembaharuan dapat dilakukan itu lebih mustahab.
2. Sholat
 - Sholat bagi pasien kolostomi wajib.
 - Sholat tidak perlu diulang apabila pasien sudah kembali normal.

Lihat: <http://tasekpauh.blogspot.com/2010/03/hukum-wudhuk-dan-solat-bagi-pesakit.html>] [<http://aburedza.wordpress.com/2010/12/07/hukum-wudhuk-dan-solat-bagi-pesakit-yang-menggunakan-beg-kolostomi/>] Ulasan Abu Anas sebelum ini: [<http://www.abuanasmadani.com/?p=43>

Checklist Penilaian Teknik Enema/Rectal Wash Out

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI			
		0	1	2	3
1.	Menyiapkan alat : 1. Alas pot/bokong (perlak dan alasnya) 2. Syringe 60 ml 3. Bengkok 4. Nelaton kateter, ukuran sesuai BB 5. Mangkok kecil 6. Lubricant/jelly 7. Botol cebok 8. Kertas kloset 9. Sarung tangan/handscon				
2.	Persiapan petugas : - Memberitahu keluarga pasien tentang maksud dan tujuan serta minta ijin melakukan tindakan. - Petugas mencuci tangan, keringkan dan menggunakan sarung tangan.				
3.	Teknik Neonatal Rectal Washout : 1. Diawali dengan bismillah 2. Position infant, usually on his/her back with legs in the frog position 3. Select appropriate sized catheter for use 4. Warm normal saline solution and prime catheter 5. Lubricate tip of catheter and gently insert into the rectum. 6. Length determined by surgical instructions 7. Instil saline in 10 - 20 ml aliquots (by pushing in with syringe plunger) over 1-2 minutes (there should be no resistance when injecting the normal saline). 8. Remove syringe and let fluid run into nappy/kidney dish 9. Procedure may be repeated twice if return is not clear 10. If there is saline retention or return is not clear contact surgeon 11. Remove catheter from the rectum 12. Note and record results of bowel washout accurately on fluid balance chart				
4.	Alat dibereskan petugas mencuci tangan				
5.	Diakhiri dengan bismillah				

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = disebut/dilakukan, kesalahan > 50 %

2 = disebut / dilakukan, kesalahan ≤ 50%

3 = disebut/dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan : $\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{\sum \text{ maksimal skor}} \times 100$

Daftar Pustaka

1. Asmadi. Teknik prosedural keperawatan : Konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien. Haroen H, ed. Salemba Medika. Jakarta, 2008.
2. Chris Lim, Registered Nurse, Butterfly Ward. Clinical guidelines (nursing) : Neonatal bowel wash out. Approved by the Clinical Effectiveness Committee. Authorised by Bernadette Twomey, Executive Director Nursing Services. First published November 2007, current as of December 2012.
3. Grace Centre for Newborn Care (GCNC). Bowel washout and enema procedure. Published 11 Februari 2011.

Lembar Kerja I

Prosedur Penggunaan Naso Gastric Tube (Pertemuan 1)

A. Tempat : Ruang *Skill lab*

B. Peralatan :

- NGT ukuran dewasa dan anak (ukuran dewasa 14 – 20 dan anak-anak 8 – 16)
- Syringe 10-20ml, 50-60 ml, 3 ml
- Baskom 2 buah
- Bengkok
- Kom penampung
- Perlak dan handuk pengalas
- Gelas ukur
- Air hangat
- Plester
- Lubricant/jelly
- Handschoen
- Stetoskop
- Tissue
- Corong
- Kontainer bag/bag feeding
- Manikin pemasangan NGT

C. Pasien Simulasi : -

D. Kegiatan :

1. Trainer menunjuk dua mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk berperan sebagai dokter. Setelah itu memberikan tanggapan dan motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan pemasangan NGT, kumbah lambung, dan pemberian nutrisi oral menggunakan NGT dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian, dengan 1 orang sebagai Dokter, dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

Lembar Kerja 2

Teknik Enema/Rectal Wash Out (Pertemuan 2)

A. Tempat : Ruang *Skill lab*

B. Peralatan :

- Selimut mandi
- Alas pot/bokong (perlak dan alasnya)
- Semprit gliserin (metal disposable) 60 ml
- Nelaton kateter ukuran sesuai BB
- Bengkok

- Gliserin dalam botol direndam air panas/ 15–20 cc dalam mangkok kecil direndam dalam mangkok ukuran sedang berisi air panas
- Mangkok kecil
- Pispot
- Botol cebok
- Sampiran
- Kertas kloset
- Sarung tangan/handscon
- Pasien Care Manikin (3B)
- Manikin bayi

C. Pasien Simulasi : -

D. Kegiatan :

1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing. Waktu 10 menit.
2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan teknik enema dan neonatal rectal wash out dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan 1 orang sebagai Dokter, dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 110 menit.
3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

TOPIK 4

PEMBACAAN X-FOTO POLOS ABDOMEN

A. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu melakukan pembacaan x foto polos abdomen dengan urutan dan cara yang benar untuk kepentingan penegakan diagnosis pasien.

B. Tujuan Instruksional Khusus

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan dan indikasi dilakukannya pemeriksaan x foto polos abdomen dengan benar.
2. Mahasiswa mampu melakukan pembacaan x-foto polos abdomen sesuai dengan urutan dan cara yang benar.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan interpretasi hasil pembacaan x foto polos abdomen dengan benar.

TINJAUAN TEORI

Suatu foto abdomen jarang dapat membantu dalam diagnosis nyeri abdomen yang kronis kecuali bila terdapat indikasi klinis khusus tentang penyebabnya. Foto polos abdomen tidak membantu menegakkan diagnosis kehamilan ektopik yang rupture, dan juga tidak bisa mengesampingkan adanya appendicitis akuta.

Oleh karena itu foto abdomen diperuntukkan bagi penderita-penderita yang klinis amat mencurigakan adanya keadaan-keadaan sebagai berikut :

1. Obstruksi usus
2. Perforasi ulcus duodeni/gaster atau perforasi usus
3. Nyeri renal atau bilier, dengan kolik yang khas
4. Benda asing, baik yang tertelan, setelah trauma atau IUD yang dislokasi
5. Pada bayi yang baru lahir, muntah yang menetap atau meconium yang tidak keluar

PENGAWASAN MUTU FOTO

Foto berbaring harus mencakup seluruh abdomen, termasuk pelvis dan diafragma. Bila penderita besar sehingga satu film tidak cukup, pakailah film tambahan. Bila diagnosis klinis adalah obstruksi usus atau perforasi gastrointestinal, perlu tambahan foto berdiri. Kedua foto ini harus mencakup diafragma.

Penderita harus berbaring atau berdiri dengan lurus. Bila penderitanya tidak bisa berdiri, buatlah foto lateral dekubitus kiri (sisi kiri berada di bawah) sebagai gantinya. Bila dicurigai ada perforasi, buatlah foto thorax PA dan lateral sebagai tambahan.

Syarat FPA yang baik

1. Batas atas terlihat, corpus vertebra thorax XI-XII, batas bawah simpisis pubis, bagian lateral terlihat padakedua sisi
2. Vertebrae terletak ditengah film, pelvis dan vertebrae harus simetri
3. Tidak bergerak(bayangan double)
4. Kontras cukup : batas m. psoas , proses transversus dan tulang costa terlihat
5. Batas hepar dan batas ginjal terlihat

- **Foto Polos Abdomen (BNO foto):**

Supine, sinar vertikal/ AP

- **BNO 3 posisi:**

Supine AP dan

Sinar horizontal : posisi erek, LLD, atau supine (sesuai kondisi pasien)



POLA PENGAMATAN :

1. Identitas Pasien
2. Marker foto (kanan-kiri)
3. Lihat posisi pasien saat foto
4. Penilaian kualitas foto : densitas, simetri, cakupan iafragma-pelvis
5. Pre peritoneal fat line, normalnya ada. Bila tidak terlihat kemungkinan terdapat emfisema subcutis.
6. Periksalah semua tulang, terutama vertebra lumbalis dan pelvis. Carilah apakah ada perubahan densitas tulang, baik peningkatan atau pengurangan densitas, dan carilah juga apakah ada vertebra yang kolaps atau alignment yang abnormal. Periksa sendi sacro-iliaca dan pastikan bahwa sendi tersebut bersih dan tidak berselubung (menyatu).
7. Bila terdapat trauma baru, carilah apakah ada fraktur pada iga-iga dan processus transverses vertebra lumbalis. Pastikan bahwa tidak ada fraktur pada pelvis, terutama pada simfisis pubis dan sekitar sendi panggul.
8. Lihat diafragma pada foto berdiri, adakah udara bebas di bawah diafragma. Jangan keliru dengan udara di dalam gaster atau colon. Bila ada foto thorax, konfirmasikan hal ini dengan foto thorax tersebut.
9. Carilah garis bentuk m. psoas (psoas line), yang tidak selalu bisa dilihat pada satu atau kedua sisi, tetapi hal ini tidak penting. Bila terlihat garis psoas haruslah lurus, penonjolan yang asimetris atau adanya tambahan garis lain bisa merupakan suatu petunjuk akan adanya perdarahan, abses atau tumor (limfoma) retroperitoneal.
10. Usahakan untuk mengidentifikasi tepi hepar.
11. Carilah apakah ada kalsifikasi abnormal, terutama di daerah kandung empedu, pancreas dan sepanjang daerah traktus urinarius.
12. Lihat pola gas usus. Bila mengalami distensi, lihat pada foto berdiri adakah fluid-level yang mendatar. Identifikasikan mana gaster, usus halus dan colon. Pastikan bahwa terdapat gas di dalam rectum.

Aspek penilaian skillab “Pembacaan X-Foto Polos Abdomen”

NO	ASPEK YANG DINILAI	0	1	2	3
1	Menyebutkan identitas pasien				
2	Menyebutkan marker foto				
3	Menyebutkan posisi pasien saat foto				
4	Penilaian kualitas foto				
5	Pre peritoneal fat line				
6	Periksalah semua tulang, terutama vertebra lumbalis dan pelvis. Carilah apakah ada perubahan densitas tulang, baik peningkatan atau pengurangan densitas, dan carilah juga apakah ada vertebra yang kolaps atau alignment yang abnormal. Periksa sendi sacro-iliaca dan pastikan bahwa sendi tersebut bersih dan tidak berselubung (menyatu)				
4	Bila terdapat trauma baru, carilah apakah ada fraktur pada iga-iga dan processus transverses vertebra lumbalis. Pastikan bahwa tidak ada fraktur pada pelvis, terutama pada simfisis pubis dan sekitar sendi panggul.				
5	Lihat diafragma pada foto berdiri, adakah udara bebas di bawah diafragma. Jangan keliru dengan udara di dalam gaster atau colon. Bila ada foto thorax, konfirmasi hal ini dengan foto thorax tersebut				
6	Carilah garis bentuk m. psoas (psoas line), yang tidak selalu bisa dilihat pada satu atau kedua sisi, tetapi hal ini tidak penting. Bila terlihat garis psoas haruslah lurus, penonjolan yang asimetris atau adanya tambahan garis lain bisa merupakan suatu petunjuk akan adanya perdarahan, abses atau tumor (limfoma) retroperitoneal.				
7	Usahakan untuk mengidentifikasi tepi hepar				
8	Carilah apakah ada kalsifikasi abnormal, terutama di daerah kandung empedu, pancreas dan sepanjang daerah traktus urinarius.				
9	Lihat pola gas usus. Bila foto berdiri adakah fluid-level yang mendatar. Identifikasikan mana gaster, usus halus dan colon. Pastikan bahwa terdapat gas di dalam rectum.				
	Jumlah				

Keterangan :

0 = tidak dilakukan

1 = disebut/dilakukan, kesalahan > 50 %

2 = disebut / dilakukan, kesalahan ≤ 50%

3 = disebut/dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan : $(\sum \text{skor seluruh aspek yg dinilai}) \times 100$

Σ maksimal skor

Lembar Kerja I

Pembacaan X-Foto Polos Abdomen (Pertemuan 1)

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan :
 - Sample X-Foto Polos Abdomen
 - Pembaca foto rontgen
- C. Pasien Simulasi : -
- D. Kegiatan :
 1. Trainer menunjuk dua mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk berperan sebagai dokter. Setelah itu memberikan tanggapan dan motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian, dengan 1 orang sebagai Dokter, dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

Lembar Kerja 2

Pembacaan X-Foto Polos Abdomen (Pertemuan 2)

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan :
 - Sample X-Foto Polos Abdomen
 - Pembaca foto rontgen
- C. Pasien Simulasi : -
- D. Kegiatan :
 1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing. Waktu 10 menit.
 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan 1 orang sebagai Dokter, dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 110 menit.
 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

TOPIK 5 :

PENULISAN RESEP OBAT RASIONAL

A. Tujuan Umum:

Pada akhir kegiatan diharapkan mahasiswa mampu untuk menulis resep secara benar dan rasional

B. Tujuan Instruksional Khusus:

Pada akhir kegiatan skillslab, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Membedakan indikasi penggunaan masing-masing obat dari resep dokter
2. Menghitung dosis untuk pasien menggunakan metode perhitungan dosis yang tersedia
3. Melakukan pemilihan obat secara rasional untuk terapi farmakologi kepada pasien
4. Menulis resep menggunakan bahasa/singkatan latin atau bahasa ibu untuk menulis resep dengan baik dan benar

PENDAHULUAN

RESEP OBAT

Resep adalah pesanan/permintaan (tertulis) dari dokter, dokter gigi, dokter hewan, dan praktisi lain yang berizin, kepada Apoteker Pengelola Apotek (APA) untuk menyediakan/membuat obat dan menyerahkannya kepada penderita. Arti resep dari penjelasan diatas adalah:

1. Dari definisi tersebut maka resep bisa diartikan/merupakan sarana komunikasi profesional antara dokter (penulis resep), APA (penyedia/pembuat obat), dan penderita (yang menggunakan obat). Agar resep dapat disiapkan tepat dan relatif cepat maka resep harus lengkap, jelas atau komunikatif.
2. Resep ditulis untuk tujuan pemesanan obat/pengobatan penderita, maka isi resep merupakan refleksi/pengejawantahan proses pengobatan. Agar pengobatan berhasil, resep harus benar/rasional.

BAHASA DALAM RESEP

Dalam menulis resep, bahasa yang digunakan adalah bahasa negeri sendiri atau bahasa latin. Umumnya menggunakan campuran bahasa negeri sendiri dan bahasa latin. Bahasa latin sampai saat ini masih digunakan dalam menulis resep khususnya pada bagian signatura, karena bahasa latin mempunyai beberapa keuntungan, antara lain:

1. Bahasa latin merupakan bahasa yang statis/mati, dimana tidak mengalami perkembangan/perubahan. Hal ini menjamin tidak akan ada salah tafsir sepanjang zaman.
2. Bahasa latin merupakan bahasa dunia untuk ilmu kesehatan sehingga apabila resep ditulis dengan bahasa latin oleh siapapun dan dimanapun selalu akan dilayani secara tepat/dimengerti oleh yang terkait (APA)
3. Nama obat yang ditulis dengan bahasa latin akan mengurangi resiko tidak akan terjadi salah tafsir (salah obat)
4. Singkatan bahasa latin dapat merahasiakan sesuatu untuk kepentingan penderita

Meskipun penulisan dalam bahasa latin memiliki banyak keuntungan, namun penggunaan bahasa ibu (bahasa negeri sendiri) dapat dilakukan. Hal tersebut dapat dilakukan untuk cara pemberian spesifik atau tertentu yang dapat menyulitkan seorang penulis resep untuk mengubah ke bahasa latin. Inti dari penulisan resep adalah, terjalinnya komunikasi yang baik antara penulis resep (dokter) dan penyedia resep (apoteker). Komunikasi yang baik akan menurunkan tingkat kesalahan pemberian obat dan akhirnya meningkatkan keberhasilan pengobatan.

PERESEPAN RASIONAL

Obat digunakan secara rasional bermakna bahwa pasien mendapatkan pengobatan yang tepat sesuai kebutuhan, pada dosis yang tepat sesuai kondisinya, selama jangka waktu yang dibutuhkan, dengan biaya paling murah untuk dirinya atau komunitasnya (WHO, 2012).

Penggunaan obat tidak rasional terjadi pada seluruh bagian di dunia, dengan banyak hal yang dapat menjadi faktor pencetusnya. Hampir 50% pasien mendapatkan obat (baik resep ataupun pengobatan sendiri) dengan tidak tepat. Ketidaktepatan dapat berupa *overuse*, *underuse*, atau penggunasalahan obat. Contoh penggunaan obat irrasional adalah polifarmasi, *overuse* antibiotik, penggunaan dosis yang kurang, penggunaan obat injeksi meskipun tersedia bentuk oral yang lebih tepat, pengobatan tidak sesuai guideline/pedoman, dan pengobatan sendiri yang berlebihan.

Secara praktis, penggunaan obat dikatakan rasional apabila memenuhi kriteria berikut (Kemenkes, 2011):

1. Tepat diagnosis
Apabila diagnosis tidak ditetapkan dengan benar, maka pemilihan obat akan mengacu pada obat untuk diagnosa yang keliru.
2. Tepat indikasi
Setiap obat mempunyai spektrum terapi spesifik. Misalnya antibakteri hanya akan digunakan apabila ada indikasi infeksi bakteri.
3. Tepat pemilihan obat
Keputusan melakukan terapi diambil setelah melakukan diagnosis yang benar. Obat dipilih dapat menggunakan guideline/pedoman pengobatan. Pemilihan obat harus mempertimbangkan keamanan obat serta kondisi pasien.
4. Tepat dosis
Dosis yang diberikan diharapkan dapat menghasilkan kadar obat pada jendela terapeutik obat.
5. Tepat cara pemberian
Cara pemberian termasuk pemilihan bentuk sediaan yang paling sesuai dan waktu pemberian obat. Misalnya untuk obat yang berinteraksi dengan makanan, dapat diberikan 1-2 jam sebelum atau setelah makan tergantung sifat obat mengiritasi lambung atau tidak.
6. Tepat interval pemberian
Tepat interval obat akan menyediakan kadar obat yang berada pada jendela terapeutik. Interval pemberian obat sebaiknya tidak merepotkan pasien untuk jadwal

minum obat. Untuk obat antibiotik, sehari adalah 24 jam sedangkan untuk sebagian besar, sehari dinyatakan untuk 16 jam pengobatan.

7. Tepat lama pemberian
Lama pemberian obat tergantung pada jenis dan keparahan penyakit serta kondisi pasien itu sendiri. Untuk obat-obat antibiotik tertentu kesalahan pemberian durasi pengobatan akan dapat menyebabkan kejadian resistensi antibiotik.
 8. Waspada efek samping
Untuk obat dengan resiko efek samping tinggi, dapat diberikan informasi sebelumnya kepada pasien. Misalnya efek samping batuk yang timbul akibat pemakaian captopril.
 9. Tepat penilaian kondisi pasien
Kondisi pasien akan terkait dengan ketepatan pemilihan obat. Misalnya pada pasien asma, harus diwaspadai terjadinya bronkoskonstriksi akibat penggunaan beta bloker. Pasien dengan kehamilan, harus dipilihkan obat yang tidak menyebabkan teratogen.
 10. Obat harus efektif dan aman
Penggunaan obat dapat dipilihkan dari obat yang diproduksi oleh pabrik yang telah memenuhi standar CPOB (Cara Pembuatan Obat yang Baik).
 11. Tepat informasi
Informasi yang tepat dan benar akan menunjang keberhasilan terapi. Jadi selalu berikan informasi terkait penggunaan obat kepada pasien.
 12. Tepat tindak lanjut (follow-up)
Follow-up atau monitoring penting untuk menilai keberhasilan terapi. Misalnya monitoring terhadap kepatuhan minum obat pada pasien TB (Tuberkulosis), monitoring timbulnya efek samping obat, dan monitoring kondisi klinik pasien setelah minum obat (sembuh/tidak).
 13. Tepat penyerahan obat / dispensing
Dispenser (apoteker) juga mempunyai peranan penting dalam keberhasilan terapi obat rasional. Peran tenaga kesehatan selain dokter dapat memberikan masukan yang dapat menunjang keberhasilan terapi.
- Ciri-ciri penggunaan obat yang tidak rasional dapat dikategorikan menjadi seperti berikut:
1. Peresepan berlebihan (*overprescribing*)
Memberikan obat untuk indikasi yang tidak ada atau tidak diperlukan. Misalnya penggunaan antibakteri pada kasus infeksi virus.
 2. Peresepan kurang (*underprescribing*)
Pemberian obat kurang dari yang seharusnya, termasuk dosis dan cara pemberian. Misalnya tidak memberikan oralit pada pasien pediatri yang diare.
 3. Peresepan majemuk (*multiple prescribing*)
Memberikan beberapa untuk indikasi yang sama, dimana pemberian satu jenis obat sudah cukup untuk mengobati penyakit tersebut. Misalnya pemberian proton pump inhibitor dan antasida pada pasien gastritis ringan.
 4. Peresepan salah (*incorrect prescribing*)
Mencakup pemberian obat untuk indikasi yang keliru, untuk kondisi yang sebenarnya merupakan kontraindikasi pemberian obat, atau memberikan kemungkinan resiko

efek samping yang lebih besar. Contoh memberikan primakuin kepada pasien malaria dengan kehamilan, padahal terdapat obat antimalaria yang lebih aman (klorokuin).

TATA CARA PENULISAN RESEP

Supaya proses pengobatan berhasil maka resepnya harus baik dan benar/rasional. Resep yang baik (dapat dilayani secara tepat dan relatif cepat) harus ditulis lengkap dan jelas. Sementara resep rasional akan meningkatkan keberhasilan pengobatan, menghindari polifarmasi, menurunkan resiko kejadian interaksi obat.

Resep yang lengkap menurut SK. Menkes RI No.26/Menkes/Per/1981,BAB III,ps 10, memuat:

1. Nama, alamat, dan Nomor Surat Izin Praktek Dokter
2. Tanggal penulisan resep
3. Nama setiap obat/komponen obat
4. Tanda R/ pada bagian kiri setiap penulisan resep
5. Tanda tangan/paraf dokter penulis resep
6. Tanda seru dan paraf dokter untuk resep yang mengandung obat yang jumlahnya melebihi dosis maksimum

Ke enam bagian resep di atas, juga dapat dibedakan 4 (empat) bagian, yaitu:

1. **Inscriptio**

Bahasa latin yang artinya alamat, isinya identitas dokter (nama, no. Surat Izin Praktek, Alamat), tempat dan tanggal penulisan resep, serta tanda R/ sebelah kiri (pembuka resep atau invocatio).

2. **Praescriptio**

Bahasa Latin yang artinya perintah atau pesanan atau merupakan inti resep, ialah bagian resep yang pokok, terdiri dari nama obat, BSO (Bentuk Sediaan Obat), dan dosis obat

3. **Signatura**

Bahasa Latin yang artinya tanda, ialah tanda yang harus ditulis di etiket obatnya, terdiri dari nama penderita dan petunjuk mengenai penggunaan obat.

Instruksi: memilih obat harus sesuai petunjuk, “apabila tidak sesuai, sebaiknya dihindari”. Petunjuk untuk pasien harus mencakup pengingat tujuan pengobatan, dengan menuliskan kalimat seperti “untuk menghilangkan sakit kepala”, atau “ untuk meredakan gatal”.

Pengambilan Ulang (Itter): Penulis resep sebaiknya menuliskan jumlah pengambilan ulang yang harus diambil oleh pasien.

Berikut ini beberapa catatan untuk menghindari ambigu dan misinterpretasi dalam menulis resep:

- Hati-hati dalam menggunakan angka desimal untuk menghindari kesalahan:
 - a) menghindari penggunaan angka desimal yang tidak perlu: penulis resep akan menuliskan 5mL bukan 5.0ml untuk menghindari kemungkinan kesalahan dari 5.0 ke 50mL
 - b) angka 0 selalu berada di awal dari angka desimal: contoh menggunakan 0.5 bukannya .5 untuk menghindari salah tafsir .5 menjadi 5.

- c) Menghindari menuliskan angka nol dibelakang angka desimal: mis 0.5 bukannya 0.50 untuk menghindari salah tafsir dari 0.5 sebagai 50.
- d) Menghindari penulisan angka desimal sama sekali: penulisan 0.5 g akan lebih membingungkan daripada ditulis 500 mg
- “ml” digunakan sebagai pengganti “cc” atau “cm²” meskipun secara teknis setara
- Petunjuk ditulis secara keseluruhan dalam bahasa inggris/indonesia (meskipun beberapa singkatan latin tersedia)
- Kuantitas/jumlah ditulis langsung atau terlihat dari frekuensi dan durasi pada petunjuk pemberian
- Apabila petunjuk yang diberikan “sesuai kebutuhan”, harus tetap ditentukan jumlah yang diberikan
- Apabila memungkinkan, penggunaan petunjuk menggunakan waktu yang spesifik (7 am, 3 pm, 11 pm) daripada menggunakan frekuensi (3 kali sehari), dan terutama hubungan dengan makanan untuk obat oral yang dikonsumsi
- Gunakan tinta permanen
- Menghindari instruksi yang tidak spesifik seperti “sesuai kebutuhan”, batas dan indikator yang disediakan harus spesifik, contoh : “setiap 3 jam apabila nyeri”
- Untuk pengulangan, waktu minimal antara pengulangan dan jumlah pengulangan harus spesifik
- Memberikan indikasi untuk seluruh pemberian resep, walaupun sudah jelas menurut penulis resep, sehingga apoteker dapat mengidentifikasi kemungkinan kesalahan pemberian obat.
- Menghindari ukuran yang tidak standar seperti :sendok teh” atau “sendok makan”
- Menulis nomer dalam bentuk kata-kata dan angka (“membuang #30 (tigapuluh)” seperti dalam draft bank atau check

4. **Subscriptio**

Bahasa latin yang artinya tanda tangan atau paraf

Masing-masing bagian tersebut mempunyai kegunaan penting. Oleh sebab itu, apabila resep tidak lengkap akan mengganggu kelancaran penyediaan obat. Resep yang jelas adalah resep yang tulisannya terbaca. Misalnya nama obatnya ditulis secara betul dan sempurna atau lengkap.

Nama obat harus ditulis yang betul, hal ini perlu mendapat perhatian karena banyak obat yang tulisannya atau bunyinya hampir sama, sedangkan isi dan khasiatnya berbeda

Contoh:

1. Daricon dengan Darvon
2. Digitoxin dengan Digoxin
3. Doriden dengan Doxidan

Nama obat harus ditulis lengkap/semurna (sesuai yang tercantum dalam label), karena keterangan tiap nama mempunyai arti sendiri. Bila tidak lengkap akan mengakibatkan hal-hal yang merugikan penderita bahkan membahayakan.

Contoh:

1. Adalat, Adalat oros, atau Adalat retard
2. Bactrim, Bactrim paed, atau Bactrim forte
3. Flagyl tab, flagyl supsensi, atau flagyl ovula

FUNGSI OBAT

Apabila dalam resep terdapat macam-macam obat, masing-masing obat dapat berfungsi lain. Dapat dibedakan 4 (empat) fungsi obat:

1. **Remedia Cardinale**

Adalah obat yang berfungsi menyembuhkan penyebab terjadinya sakit. Obat ini disebut obat pokok/utama. Contoh antibiotik untuk menyembuhkan infeksi.

2. **Remedia Adjuvantia**

Adalah obat tambahan yang membantu untuk kesembuhan, biasanya obat-obat simptomatis. Misalnya antipiretik (parasetamol) menghilangkan gejala panas, antalgin untuk pusing.

3. **Remedia Corrigenia (R.C)**

Adalah obat yang berfungsi untuk memperbaiki obat yang diberikan. Ada 4 macam:

a. **R.C actionis** adalah memperbaiki kerja R.Cardinale

Contoh:cx

a. Vitamin C untuk memperbaiki obat Ferro Sulfat

b. Vitamin B6 untuk INH

c. Natrium Bikarbonat untuk preparat Sulfa (Sulfadiazin)

b. **R.C saporis** adalah obat tambahan untuk memperbaiki rasa, misalnya obat puyer yang pahit dapat ditambahkan sacharin

c. **R.C odoris** adalah obat tambahan yang berfungsi untuk memperbaiki/menutupi bau yang tidak enak.

d. **R.C Coloris** dalam praktek jarang digunakan

4. **Remedia Constituen**

Adalah obat yang berfungsi sebagai pelarut. Contoh: pelarut, aquadest untuk obat minum,. Sebagai pengisi/pembawa, contoh sacharum lactis untuk pulveres, vaselin untuk salep, Oleum cacao untuk suppositoria.

BENTUK SEDIAAN OBAT (BSO)

Bentuk sediaan obat (BSO) merupakan salah satu faktor penting dalam menentukan terapi yang rasional. Dalam penulisan resep, obat harus ditulis dalam bentuk sediaan. Berdasarkan konsistensinya, BSO dibedakan BSO padat, setengah padat, dan cair. Masing-masing (konsistensi) terdiri dari bermacam-macam BSO yang mempunyai maksud/tujuan yang berbeda.

1. **BSO konsistensi padat**

Contoh bentuk sediaan padat oral adalah pulveres, tablet, dan kapsul. Untuk bentuk sediaan padat non oral adalah suppositoria. Secara umum absorpsi sediaan padat akan lebih rendah dibandingkan sediaan oral bentuk cair.

2. **BSO setengah padat**

Contoh bentuk sediaan setengah padat adalah unguenta/salep, cremores/krim, pasta, dan gel. Sediaan tersebut tersedia pada obat penggunaan topikal untuk pengobatan lokal.

3. BSO konsistensi cair

Contoh bentuk sediaan cair oral adalah solutio, sirup, eliksir, suspensi, emulsi. Bentuk sediaan cair lainnya antara lain guttae/obat tetes, sediaan injeksi, enema, gargarisma, vaginal douche, dan inhalasi aerosol.

TUGAS

Tulislah resep secara tepat untuk setiap kasus dibawah ini:

1. Seorang anak perempuan usia 3 tahun, BB 10kg, dibawa ibunya ke dokter umum dengan keluhan BAB cair. BAB cair berlangsung selama 1 hari ini. BAB 5-6x/hari dengan konsistensi cair, tiap kali BAB @ $\frac{1}{2}$ gelas belimbing, ampas (-). Lender (-), darah (-). Nyemprot (+), bau asam (+). Demam (+). Pada pemeriksaan fisik : BU (+) meningkat, mata tampak cekung, turgor menurun, kesadaran komposmentis, anak tampak kehausan.
 - a. Jelaskan kemungkinan diagnose pasien
 - b. Tuliskan resep yang rasional untuk pasien diatas.
 - c. Jelaskan alasan pemilihan regimen terapi tersebut
2. Seorang anak laki-laki berusia 2 tahun dibawa ke dokter dengan keluhan BAB bercampur darah. Keluhan berlangsung sejak 1 hari yang lalu. Pasien menangis saat BAB. BAB lembek berwarna merah segar. Frekuensi BAB 3-4x/hari @ 3-5 sendok makan. Pada pemeriksaan fisik ditemukan BB 10 kg, kesadaran komposmentis, pasien tampak iritabel, BU (+) meningkat, nyeri tekan abdomen (+). Turgor cukup
 - a. Jelaskan kemungkinan diagnose pasien
 - b. Tuliskan resep yang rasional untuk pasien diatas.
 - c. Jelaskan alasan pemilihan regimen terapi tersebut
3. Seorang anak perempuan berusia 5 tahun dibawa ke puskesmas karena pucat. Pucat telah berlangsung selama 1 bulan. Pasien tidak mengalami gangguan makan, pasien juga tidak mempunyai riwayat menderita penyakit kronis. Sosial ekonomi orang tua cukup. Sehari-hari anak dititipkan di rumah pembantu karena kedua orang tua bekerja.. Pemeriksaan fisik didapatkan BB : 20 kg, konjungtiva anemis(+), atrofi papil lidah (-), kuku sendok (-), chelitis angularis (-) Pada pemeriksaan feces didapatkan telur dan cacing Ankylostoma deudenale
 - a. Tuliskan resep yang rasional untuk anak tersebut
 - b. Jelaskan alasan pemilihan resep tersebut
4. Seorang perempuan 22 tahun, hamil 2 bulan mengeluh muntah –muntah selama 2 hari ini. Pasien muntah 10x/hari. Muntah dipicu oleh makan atau membaui makanan. Pasien tampak lemas karena kurang cairan. Diare (-), demam (-), nyeri ulu hati (+)
 - a. Tuliskan resep rasional untuk wanita tersebut dan jelaskan alasannya
5. Seorang perempuan 47 tahun datang ke dokter dengan keluhan sembelit. Pasien sudah 6 hari belum bisa BAB. Perut terasa bengkak. Flatus (+), demam (-)nyeri perut (-). Pada pemeriksaan fisik didapatkan BU (+) N, tanda obstruksi traktus digestivus (-)
 - a. Tuliskan resep yang rasional untuk pasien tersebut beserta alasannya
6. Seorang laki-laki 60 tahun datang ke poliklinik karena nyeri ulu hati. Nyeri terasa panas dan sebah, menjalar ke daerah sternum. Nyeri bertambah jika pasien makan. Mual (+),

muntah (-), BAB dalam batas normal. Pada pemeriksaan EKG didapatkan gambaran normal.

a. Jelaskan diagnose pasien

b. Sebutkan pilihan obat yang dianjurkan

c. Jelaskan alasan pemilihan obat tersebut

7. Seorang laki-laki datang ke dokter dengan keluhan benjolan pada anus. Benjolan dapat keluar saat pasien mengejan dan masuk kembali. Benjolan kadang berdarah. Pasien merasakan kesakitan saat BAB. Saat BAB terkadang disertai darah segar yang menetes. Pada pemeriksaan RT didapatkan benjolan diameter 2 cm, perabaan lunak, mobilitas cukup, perdarahan (-). Tuliskan resep yang rasional untuk pasien tersebut beserta alasannya
8. Seorang perempuan 19 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan demam 1 minggu. Demam berlangsung terutama malam hari. Dalam seminggu ini pasien mengalami muntah, diare, terkadang konstipasi. Pada pemeriksaan fisik didapatkan suhu 39°C, nadi 88x/menit. Tensi : 90/60. RR : 20x/menit. Pemeriksaan abdomen didapatkan BU (+) normal, Nyeri tekan abdomen (-), organomegali (-). Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan widal antigen salmonella typhi antigen H : 1/640, antigen O : 1/320. Tuliskan resep secara rasional beserta alasannya
9. Seorang anak laki-laki berusia 1 tahun BB : 10 kg dibawa ke dokter dengan keluhan lidah putih sejak 1 minggu yang lalu. Demam (-), nyeri saat disentuh (-). Pasien menjadi malas makan. Pada pemeriksaan fisik status lokalis ditemukan membrane berwarna putih pada orofaring, mudah dilepas dan tidak berdarah saat dilepas. Pemeriksaan KOH dari specimen kerokan didapatkan blastospora dan pseudohifa. Tuliskan resep yang rasional untuk pasien tersebut beserta alasannya.
10. Seorang laki-laki 40 tahun, datang ke dokter dengan keluhan sariawan sejak 1 minggu yang lalu. Pada pemeriksaan status lokalis intraoral pada mukosa labial dan lingual didapatkan ulserasi disertai jaringan nekrotik disekelilingnya dengan diameter 0,5-1 cm. Pada palpasi tidak terdapat indurasi/peninggian lesi. Berbatas tegas. Pembesaran KGB regional (-). Tuliskan resep yang rasional beserta alasan pemberiannya

Beberapa singkatan latin yang dipakai dalam menuliskan resep:

A	a.c	-ante coenam	-sebelum makan
	ad	-ad	-sampai
	ad.lib	-ad libitus;ad libitum	-seperti yg dikehendaki
	ad.us.int	-ad usus internum	-utk obat dalam
	ad.us.ext	-ad usus externum	-utk obat luar
B	Bis.d.d; 2.d.d	-bis de die	-2 kali sehari
C	C	-cochlear;cibarium	-sendok makan (15cc)
	C.P	-cochlear pultis; -sendok bubur (8cc)	
		cochlear parvum	
	C.th	-cochlear theae	-sendok teh (5cc)
	c.	-cum	-dengan
	collut	-collutio	-obat cuci mulut
	collyr	-collyrium	-obat cuci mata
D	d.	-da	-berikan
	dieb .alt.-diebus	alternis	-tiap 2 hari
	dieb. tert.	-diebus tertius	-tiap 3 hari
	div.i.paeq.	-divide in partes	-bagilah dalam bagian-
		aequales	bagian yang sama
	d.t.d	-da tales dosis	-berikan dengan dosis tersebut diatas
	d.c	-durante coenam	-saat makan
E	emuls	-emulsum	-emulsi
	enem	-enema	-lavemen
	et	-et	-dan
G	garg	-gargarisma	-obat kumur
	gutt;gtt	-guttae	-tetes
H	h	-hora	-jam
	h.m	-hora matutina	-pagi hari
	h.d	-hora decubitus	-sebelum tidur
	h.s	-hora somni	-sebelum tidur
	haust	-haustus	-sekali minum
I	inf	-infusum	-rebusan bahan nabati
		suhu 90°C-98°C selama ¼ jam	
	Inj	-injectio	-untuk injeksi

	Iter In.m.m	-iteretur -in manus medici	-diulang -serahkan kepada dokter
J	Jej	-jejune	-perut kosong
L	l.a lit.or liq	-lege artis -litus oris -liquor	-menurut aturan -obat oles mulut -cairan
M	m. man. m.et.v. m.d.s m.f m.i.	-misce -mane -mane et vespere -misce da signa -misce fac -mihi ipsi	-campur -pagi -pagi dan sore -campur & berilah tanda -campur dan buat -untuk saya sendiri
O	o.1/2h. o.h o.b.h o.d o.s o.m o.n o.q.h o.u	- omni dimidio hora -omni hora -omni bihora -oculus dextra -oculus sinistra -omni mane -omni nocte -omni quarta hora -omni quinta hora -oculi uterque	-tiap ½ jam -tiap 1 jam -tiap 2 jam -mata kanan -mata kiri -tiap pagi -tiap malam -tiap 4 jam -tiap 5 jam -kedua mata
P	p.c p.r.n pulv	-post coenam -pro re nata -pulveres	-sesudah makan -bila perlu -puder
Q	q q.i.d q.s	-quarta -quinta -quarter in die -quantum satis	-empat -lima -4 kali sehari - secukupnya
R	R/	-recipe	-ambilah
S	s. sin.conflect solv sol/solut s.b.d.d s.t.d.d.c	-signa -sine confectione -solve -solutio -signa bis de die -signa ter de die	-tandailah -tdk dgn bungkus asli -larutkan -larutan -tandailah 2 kali sehari -tandailah 3 kali sehari

T	t.i.d	-ter in die	-3 kali sehari
	t.d.d	-ter de die	-3 Kali sehari
U	u.c	-usus cognitus	-cara pemakaian sdh tahu
	u.n	-usus notus	-cara pemakaian sdh tahu
	u.e	-usus externus	-untuk pemakaian luar
	u.i	-usus internus	-untuk pemakaian dalam
V	vesp.	-vespere	-waktu sore

Checklist Penilaian Ketrampilan Menulis Resep :

No	Aspek yang dinilai	0	1	2	3
1.	Mampu merancang peresepan yang rasional				
2.	Menterjemahkan terapi obat rasional dalam bentuk resep dengan menuliskan : 1. Nama 2. Alamat 3. Nomor izin praktek dokter				
3.	Menulis tanggal dan tempat penulisan resep				
4.	Menulis tanda R/ pada bagian kiri setiap penulisan resep. Nama setiap obat atau komposisi obat (<i>invocatio</i>)				
5.	Menulis aturan pemakaian obat yang tertulis (<i>signatura</i>)				
6.	Menulis tanda tangan atau paraf dokter penulis resep sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku (<i>subscriptio</i>)				
7.	Menulis identitas pasien : nama, umur dan berat badan (pada pasien anak), alamat				
8.	Mampu menuliskan sediaan obat, dosis beserta cara pemakaiannya dengan benar (Skor dikalikan 3)				
	Jumlah				

Catatan :

- 0** = Tidak Dilakukan
- 1** = Dilakukan ≤ 50% benar
- 2** = Dilakukan > 50% benar
- 3** = Dilakukan dengan sempurna

Penilaian ketrampilan : $\frac{(\sum \text{ skor seluruh aspek yg dinilai})}{\sum \text{ maksimal skor}} \times 100$

Lembar Kerja I
PENULISAN RESEP OBAT RASIONAL
(Pertemuan 1)

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan :
- Kertas untuk menulis resep
 - Buku MIMS/DOEN
- C. Pasien Simulasi : -
- D. Kegiatan :
1. Trainer menunjuk dua mahasiswa untuk *feedback and reflection* dengan cara memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk berperan sebagai dokter. Setelah itu memberikan tanggapan dan motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari. Waktu 30 menit.
 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian, dengan 1 orang sebagai Dokter, dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 90 menit.
 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.

Lembar Kerja 2
PENULISAN RESEP OBAT RASIONAL
(Pertemuan 2)

- A. Tempat : Ruang *Skill lab*
- B. Peralatan :
- Kertas untuk menulis resep
 - Buku MIMS/DOEN
- C. Pasien Simulasi : -
- D. Kegiatan :
1. Mahasiswa membacakan refleksi diri masing-masing. Waktu 10 menit.
 2. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mencoba ketrampilan dengan membentuk kelompok kecil mahasiswa yang terdiri dari 2 orang per kelompok. Masing-masing melakukan ketrampilan yang dipelajari secara bergantian dengan 1 orang sebagai Dokter, dan 1 orang sebagai pengamat (membawa checklist). Waktu 110 menit.
 3. Trainer memberikan tanggapan dan arahan di masing-masing kelompok.