

**RANCANGAN
PEMBELAJARAN
SEMESTER
[RPS]**

BLOK Konsep Dasar Keperawatan

Penanggungjawab:

Nur Azizah Indriastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep



PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2017

RANCANGAN PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)



BLOK : KONSEP DASAR KEPERAWATAN
KODE MK :

PRODI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2017



HALAMAN PENGESAHAN

Nama Blok : Konsep Dasar Keperawatan
Nomor Kode/ SKS : /6 SKS
Bidang Ilmu : Keperawatan
Status Blok : Wajib

Nama Penanggung-jawab : Nur Azizah Indriastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep
(Koordinator)

NIK : 19841217201507173161
Pangkat/ Golongan : Penata Muda Tingkat 1/IIIb
Jabatan : -
Fakultas/Program Studi : FKIK/PSIK
Universitas : UMY

Jumlah Tim Pengajar : 5 Orang

Yogyakarta,

Menyetujui
Ka Prodi

Mengetahui
PJ Blok,

()

(Nur Azizah I, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	iii
DAFTAR ISI	v
PENDAHULUAN	1
INFORMASI BLOK.....	7
RANCANGAN PEMBELAJARAN SEMESTER	13
BLOK KONSEP DASAR KEPERAWATAN	13
SUPLEMEN	
1. URAIAN TUGAS DAN PENILAIAN TUGAS	33
2. PETUNJUK TEKNIS MENTORING	39
PANDUAN PRAKTIKUM	63
PENGAJIAN KEPERAWATAN.....	63
PENGAJIAN NYERI	84
PEMERIKSAAN FISIK KEPALA DAN LEHER	92
TINJAUAN TEORI FOKUS : PEMERIKSAAN FISIK PADA MATA	96
PEMERIKSAAN FISIK PADA EKSTREMITAS.....	108
PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN	141
PEMERIKSAAN FISIK GENITALIA.....	159

PENDAHULUAN

A. Visi, Misi Dan Tujuan Pendidikan Prodi

1. Visi:

Menjadi Program Studi Pendidikan Ners yang unggul dalam pengembangan keperawatan klinik berdasarkan nilai-nilai ke-Islaman untuk kemaslahatan umat di Asia Tenggara pada 2022.

2. Misi:

- a. Menyelenggarakan pendidikan ners yang unggul dan Islami.
- b. Mengembangkan penelitian yang dapat dijadikan sebagai landasan praktik keperawatan.
- c. Menerapkan ilmu keperawatan sebagai bagian dari pengabdian kepada masyarakat untuk kemaslahatan umat.

3. Tujuan

- a. Menghasilkan ners yang memiliki kemampuan klinik dan mampu menerapkan nilai-nilai Islami dalam memberikan asuhan keperawatan.
- b. Menghasilkan produk penelitian yang dapat digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan ilmu keperawatan.
- c. Menghasilkan kegiatan pelayanan berbasis hasil penelitian untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

B. Capaian Pembelajaran (*Learning Outcome*) Blok

1. Deskripsi Capaian Pembelajaran Prodi berdasarkan Profil Lulusan sebagai berikut :

NO	UNSUR SN PT & KKNI		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
1	SIKAP	S1	Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius;
		S2	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika;
		S3	Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik
		S4	Berperan sebagai warga negara yang bangga dan cinta tanah air, memiliki nasionalisme serta rasa tanggungjawab pada negara dan bangsa
		S5	Menghargai keanekaragaman budaya, pandangan, agama, dan kepercayaan, serta pendapat atau temuan orisinal orang lain
		S6	Berkontribusi dalam peningkatan mutu kehidupan bermasyarakat, berbangsa, bernegara, dan kemajuan peradaban berdasarkan pancasila;
		S7	Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
		S8	taat hukum dan disiplin dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara;
		S9	Menginternalisasi semangat kemandirian, kejuangan, dan kewirausahaan;
		S10	Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
		S11	Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;
		S12	Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia;
		S13	Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya.
		S14	Menunjukkan sikap saling tolong menolong dan mengajak dalam kebaikan dan mengingatkan serta mencegah keburukan (<i>Amar Ma'ruf Nahi Mungkar</i>)
		S15	Menunjukkan sikap menghargai dan menghormati manusia sebagai individu yang bermartabat sejak hasil konsepsi sampai meninggal

NO	UNSUR SN PT & KKNI		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
		S16	Menunjukkan cara beragama yang <i>hanif</i> (lurus) dan <i>washatiyah</i> (moderat)
		S17	Menunjukkan cara beragama yang mampu menggerakkan untuk berbuat kebaikan
		S18	Memiliki nilai-nilai Islam yang berkemajuan sesuai Al Quran dan As Sunah dalam penerapan asuhan keperawatan
		S19	Mampu bekerjasama dengan tenaga kesehatan professional lain dengan berbagai latar belakang budaya
		S20	Mampu menghargai perbedaan nilai, pilihan, kepercayaan dan kebutuhan yang berbeda sesuai dengan nilai Ke-Islaman
2	Penguasaan Pengetahuan	PP1	Menguasai teori keperawatan, khususnya konseptual model dan <i>middle range theories</i> ;
		PP2	Menguasai konsep teoritis ilmu biomedik;
		PP3	Menguasai nilai-nilai kemanusiaan (<i>humanity values</i>);
		PP4	Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok, pada bidang keilmuan keperawatan dasar, keperawatan medikal bedah, keperawatan gawat darurat, kep. kritis, kep. bencana, kep. paliatif dan menjelang ajal, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa, keperawatan komunitas dan keluarga;
		PP5	Menguasai konsep dan teknik penegakkan diagnosis asuhan keperawatan;
		PP6	Menguasai konsep teoretis komunikasi terapeutik;
		PP7	Menguasai konsep, prinsip, dan teknik penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan penyakit pada level primer, sekunder dan tertier;
		PP8	Menguasai prinsip dan prosedur bantuan hidup lanjut (<i>advance life support</i>) dan penanganan trauma (<i>basic trauma cardiac life support/BTCLS</i>) pada kondisi kegawatdaruratan dan bencana;
		PP9	Menguasai konsep dan prinsip manajemen dalam pengelolaan asuhan keperawatan kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan;
		PP10	Menguasai pengetahuan faktual tentang sistem informasi asuhan keperawatan dan kesehatan
		PP11	Menguasai prinsip-prinsip K3, hak dan perlindungan kerja ners;
		PP12	Menguasai metode penelitian ilmiah.

NO	UNSUR SN PT & KKNI	CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
		<p>PP13 Menguasai teknologi informasi untuk mendukung pengelolaan asuhan keperawatan berbasis bukti (<i>evidence based nursing</i>)</p> <p>PP14 Menguasai Bahasa Inggris</p> <p>PP15 Menguasai pengetahuan Islam murni yang berkemajuan</p> <p>PP16 Menguasai pengetahuan tentang konsep Al-Maun</p> <p>PP17 Menguasai pengetahuan tentang konsep akhlakul karimah</p> <p>PP18 Menguasai pengetahuan Islam yang berkemajuan sesuai Al Quran dan As Sunah.</p> <p>PP19 Menguasai pengetahuan nilai nilai Islam dalam penerapan asuhan keperawatan.</p> <p>PP20 Memiliki pengetahuan keragaman budaya baik lokal, nasional maupun internasional</p> <p>PP21 Memiliki pengetahuan tentang factor sosial dan budaya yang dapat mempengaruhi asuhan keperawatan</p>
3	Ketrampilan Umum	<p>KU1 Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesinya;</p> <p>KU2 Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif;</p> <p>KU3 Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik;</p> <p>KU4 Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya;</p> <p>KU5 Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja;</p> <p>KU6 Bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya;</p> <p>KU7 Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat;</p> <p>KU8 Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya;</p> <p>KU9 Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya;</p> <p>KU10 Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya;</p>

NO	UNSUR SN PT & KKNI		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
		KU11	Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya;
		KU12	Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri
4	Ketrampilan khusus	KK1	Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (<i>patient safety</i>) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia;
		KK2	Mampu memberikan asuhan keperawatan pada area spesialisasi (keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa atau keperawatan komunitas) sesuai dengan delegasi dari ners spesialis;
		KK3	Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien dan memberikan informasi yang akurat kepada klien dan/atau keluarga /pendamping/penasehat untuk mendapatkan persetujuan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya;
		KK4	Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif
		KK5	Mampu mempersiapkan pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang
		KK6	Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan;
		KK7	Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat;
		KK8	Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan;
		KK9	Mampu melaksanakan prosedur penanganan trauma dasar dan jantung (<i>basic trauma and cardiac life support/ BTCLS</i>) pada situasi gawat darurat/bencana sesuai standar dan kewenangannya;
		KK10	Mampu melaksanakan penanganan bencana sesuai SOP;
		KK11	Mampu memberikan (<i>administering</i>) obat oral, topical, nasal, parenteral, dan supositoria sesuai standar pemberian obat dan kewenangan yang didelegasikan;
		KK12	Mampu melakukan evaluasi dan revisi rencana asuhan keperawatan secara reguler dengan/atau tanpa tim kesehatan lain;

NO	UNSUR SN PT & KKNI	CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
	KK13	Mampu melakukan studi kasus secara teratur dengan cara refleksi, telaah kritis, dan evaluasi serta <i>peer review</i> tentang praktik keperawatan yang dilaksanakannya;
	KK14	Mampu melakukan upaya pencegahan terjadinya pelanggaran dalam praktik asuhan keperawatan;
	KK15	Mampu mengelola sistem pelayanan keperawatan dalam satu unit ruang rawat dalam lingkup tanggungjawabnya;
	KK16	Mampu melakukan penelitian dalam bidang keperawatan untuk menghasilkan langkah-langkah pengembangan strategis organisasi;
	KK17	Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan, melalui kerjasama dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat.
	KK18	Mampu mengelola asuhan keperawatan dengan ikhlas, jujur, amanah, tabligh, dan bertanggungjawab serta tidak membeda-bedakan status sosial ekonomi dan golongan
	KK19	Mampu melakukan asuhan keperawatan berlandaskan nilai-nilai ke-Islaman
	KK20	Mengaplikasikan nilai Islam yang berkemajuan dalam kehidupan
	KK21	Mengaplikasikan nilai Islam dalam penerapan asuhan keperawatan dan profesi
	KK22	Mampu memberikan asuhan keperawatan yang berpusat pada klien yang mempunyai nilai, kecenderungan, kepercayaan dan kebutuhan yang berbeda
	KK23	Mampu mengintegrasikan hasil-hasil penelitian tentang perspektif budaya dalam keperawatan

INFORMASI BLOK

A. Nama dan bobot SKS, Kode Blok dan Semester Penawaran

- Nama Blok : Konsep Dasar Keperawatan
Bobot SKS : 6 SKS (4 SKS Kuliah, 1 SKS Tutorial, 1 SKS Praktikum)
Kode Blok :
Semester : II (dua)

B. Deskripsi Blok Konsep Dasar Keperawatan

Blok ini membahas tentang konsep caring sepanjang daur kehidupan manusia, standar profesional dalam praktik keperawatan termasuk etika dan aspek legal dalam praktik keperawatan. Blok ini juga membahas konsep berfikir kritis, proses keperawatan dengan penekanan pada proses diagnosis keperawatan dan pendokumentasiannya, dan *evidence based nursing* dengan mengintegrasikan nilai Islam dan aplikasi transkultural sebagai dasar pemberian asuhan keperawatan. Proses pembelajaran pada blok ini meliputi kuliah, diskusi, presentasi, dan demonstrasi. Kegiatan ini dilakukan di kelas dan laboratorium klinik.

C. Ketercapaian Pembelajaran

Capaian Pembelajaran yang dimiliki oleh Mahasiswa setelah mengikuti Blok Konsep Dasar Keperawatan adalah :

	Hard skill		Soft skill	
Penguasaan Pengetahuan	PP2	Menguasai konsep teoritis ilmu biomedik;	S2	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika.
	PP3	Menguasai nilai-nilai kemanusiaan (humanity values);		
	PP4	Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok , pada bidang keilmuan keperawatan dasar, keperawatan medikal bedah, keperawatan gawat darurat, kep. kritis, kep. bencana, kep. paliatif dan menjelang ajal, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa, keperawatan komunitas dan keluarga;	S3	Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik.
			S4	Berperan sebagai warga negara yang bangga dan cinta tanah air, memiliki nasionalisme serta rasa tanggungjawab pada negara dan bangsa.
			S5	Menghargai keanekaragaman budaya, pandangan, agama, dan kepercayaan, serta pendapat atau temuan orisinal orang lain.
	PP5	Menguasai konsep dan teknik penegakkan diagnosis asuhan keperawatan;	S8	Taat hukum dan disiplin dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara;
	PP7	Menguasai konsep, prinsip, dan teknik penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan penyakit pada level primer, sekunder dan tertier;	S9	Menginternalisasi semangat kemandirian, kejuangan, dan kewirausahaan;
	PP9	Menguasai konsep dan prinsip manajemen dalam pengelolaan asuhan keperawatan kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan;	S10	Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
	PP11	Menguasai prinsip-prinsip K3, hak dan perlindungan kerja ners;		

	Hard skill		Soft skill	
	PP12	Menguasai metode penelitian ilmiah.	S11	Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan.
	PP13	Menguasai teknologi informasi untuk mendukung pengelolaan asuhan keperawatan berbasis bukti (<i>evidence based nursing</i>)		
Keterampilan Umum	KU1	Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesinya;	S12	Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia;
	KU2	Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif;	S13	Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya.
	KU3	Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik;		
	KU6	Bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya;		
	KU7	Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat;	S14	Menunjukkan sikap saling tolong menolong dan mengajak dalam kebaikan dan mengingatkan serta mencegah keburukan (<i>Amar Ma'ruf Nahi Mungkar</i>).
	KU9	Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya;		

	Hard skill		Soft skill	
	KU10	Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya;	S15	Menunjukkan sikap menghargai dan menghormati manusia sebagai individu yang bermartabat sejak hasil konsepsi sampai meninggal
Keterampilan Khusus	KK1	Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (<i>patient safety</i>) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia;		
	KK2	Mampu memberikan asuhan keperawatan pada area spesialisasi (keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa atau keperawatan komunitas) sesuai dengan delegasi dari ners spesialis;		
	KK3	Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien dan memberikan informasi yang akurat kepada klien dan/atau keluarga /pendamping/penasihat untuk mendapatkan persetujuan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya;		
	KK4	Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif		
	KK5	Mampu mempersiapkan pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang		

	Hard skill		Soft skill	
	KK6	Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan;		
	KK7	Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat;		
	KK8	Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan;		
	KK11	Mampu memberikan (<i>administering</i>) obat oral, topical, nasal, parenteral, dan suppositoria sesuai standar pemberian obat dan kewenangan yang didelegasikan;		
	KK12	Mampu melakukan evaluasi dan revisi rencana asuhan keperawatan secara reguler dengan/atau tanpa tim kesehatan lain;		

	Hard skill		Soft skill	
	KK13	Mampu melakukan studi kasus secara teratur dengan cara refleksi, telaah kritis, dan evaluasi serta <i>peer review</i> tentang praktik keperawatan yang dilaksanakannya;		
	KK14	Mampu melakukan upaya pencegahan terjadinya pelanggaran dalam praktik asuhan keperawatan;		
	KK17	Mampu mengelola sistem pelayanan keperawatan dalam satu unit ruang rawat dalam lingkup tanggungjawabnya;		
	KK18	Mampu mengelola asuhan keperawatan dengan ikhlas, jujur, amanah, tabligh, dan bertanggungjawab serta tidak membedakan status sosial ekonomi dan golongan		
	KK19	Mampu melakukan asuhan keperawatan berlandaskan nilai-nilai ke-Islaman		
	KK20	Mengaplikasikan nilai Islam yang berkemajuan dalam kehidupan		
	KK21	Mengaplikasikan nilai Islam dalam penerapan asuhan keperawatan dan profesi		
	KK22	Mampu memberikan asuhan keperawatan yang berpusat pada klien yang mempunyai nilai, kecenderungan, kepercayaan dan kebutuhan yang berbeda		
	KK23	Mampu mengintegrasikan hasil-hasil penelitian tentang perspektif budaya dalam keperawatan		

RANCANGAN PEMBELAJARAN SEMESTER BLOK KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
1	2	<p>3</p> <p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu membangun hubungan baik dengan dosen dan sesama mahasiswa. Mahasiswa mengetahui bahan, materi, dan jadwal perkuliahan. Mahasiswa mengetahui dan memahami kompetensi yang akan dicapai pada Blok Konsep Dasar Keperawatan. 	4 RPS	5 Penjelasan RPS Kontrak Belajar	6 <i>Instruction learning.</i> (Nur Azizah, M.KeP)	7 <ol style="list-style-type: none"> Interaksi akrab dosen dengan mahasiswa. Interaksi akrab mahasiswa dengan mahasiswa. Motivasi mahasiswa untuk belajar mandiri. Mahasiswa dapat mengikuti perkuliahan sesuai dengan jadwal. 	8	9 2 x 50'
1	1	<p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa memiliki kemampuan membangun kerjasama intra, inter, dan ekstra personal. Mahasiswa mampu menunjukkan sikap bertanggung jawab terhadap komitmen pada proses pembelajaran. 						

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menerapkan standar profesional dalam pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dalam sistem pelayanan kesehatan. Mahasiswa mampu bekerjasama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. Mahasiswa mampu bekerjasama dengan tenaga kesehatan profesional lain dengan berbagai latar belakang budaya. 	Sistem klien dan pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> Pelayanan keperawatan dalam sistem pelayanan kesehatan (sistem klien dan tingkatan pelayanan klien). Keperawatan sebagai suatu profesi (peran perawat profesional dan standar praktik keperawatan profesional). Interprofessional Education dan interprofessional collaboration 	Contextual learning (Novita Kurmiasari, M.KeP)	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan. Kebenaran menjawab Kemampuan menyampaikan pendapat. Nilai ujian akhir blok. 		2 x 50'
	5, 6				Contextual learning (Novita Kurmiasari, M.KeP)			2 x 50'

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menerapkan prinsip-prinsip legal etis pada pengambilan keputusan dalam konteks keperawatan. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik. Mahasiswa mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan kode etik perawat Indonesia. Mahasiswa bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik dibawah tanggung jawabnya, dan hukum/peraturan perundangan. 	Legal dan etik	<ol style="list-style-type: none"> Prinsip moral dan etika. Ethic of care. Kode etik keperawatan. Isue etik dalam praktik keperawatan. Prinsip-prinsip legal dalam praktik. Aspek hukum dalam keperawatan. Perlindungan hukum dalam praktik keperawatan. Nursing advocacy. Pengambilan keputusan legal etis. 	Contextual learning (Shanti W, PhD)	<ol style="list-style-type: none"> Keaktian mahasiswa kemampuan berpendapat. Kebenaran menjawab pertanyaan. Nilai ujian akhir blok. 		2 x 50'
	7							

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mahasiswa mampu menerapkan konsep berfikir kritis. 2. Mahasiswa mampu membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. 2. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. 3. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	Berfikir kritis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi berfikir kritis. 2. Berfikir kritis dalam keperawatan. 3. Fungsi berfikir kritis dalam keperawatan. 4. Komponen berfikir kritis. 5. Ciri perilaku berfikir kritis. 6. Model berfikir kritis dalam keperawatan. 	Contextual learning (Shanti W, PhD)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keaktian mahasiswa 2. Kemampuan berpendapat. 3. Kebenaran menjawab pertanyaan. 4. Nilai ujian akhir blok. 		2 x 50'
	8							

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
	9, 10	<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menemukan, menilai, serta menganalisis dasar-dasar keilmuan (<i>evidence</i>) dan dapat menggunakannya dalam aplikasi keperawatan. Mahasiswa mampu menguasai teknologi informasi untuk mendukung pengelolaan asuhan keperawatan berbasis bukti (<i>evidence based nursing</i>). Mampu mengintegrasikan hasil-hasil penelitian tentang perspektif budaya dalam keperawatan. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	<p><i>Evidence Based Nursing</i> (EBN)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pengantar <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN). Level evidence Search literature PICO How to finding relevant evidence. Contoh <i>EvidenceBased Nursing</i> (EBN) dalam penelitian dan praktik keperawatan. Mencari contoh <i>EvidenceBased Nursing</i> (EBN) dalam penelitian dan praktik keperawatan. 	<p>Contextual learning (Resti Y, M.Kep.,Sp. Kep.MB)</p> <p><i>Small group discussion</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampuan berpendapat. Keberanian menjawab pertanyaan. Nilai mentoring Nilai ujian akhir blok. 		<p>2 x 50'</p> <p>1 x 100'</p>

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menguasai pengetahuan tentang proses perawatan. Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan yang berpusat pada klien yang mempunyai nilai, kecenderungan, kepercayaan, dan kebutuhan yang berbeda. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	Proses Keperawatan	<p>Overview Proses Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sejarah proses keperawatan Definisi proses keperawatan Mengetahui perspektif dan falsafah proses keperawatan. Mengetahui ruang lingkup proses keperawatan. Mengetahui trend dan isu proses keperawatan. 	Contextual learning (Nur Azizah I, M.Kep)	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampuan berpendapat. Kebenaran jawaban pertanyaan. Nilai ujian akhir blok. 		2 x 50'
	10							

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menguasai pengetahuan tentang proses keperawatan. Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan yang berpusat pada klien yang mempunyai nilai, kecenderungan, kepercayaan, dan kebutuhan yang berbeda. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	Proses Keperawatan	<p>Tahapan Proses Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Proses keperawatan dan langkah – langkahnya Lima karakteristik proses keperawatan Keterampilan keterampilan penting dalam proses keperawatan <i>Critical thinking & clinical reasoning</i> dalam proses keperawatan Manfaat proses keperawatan bagi perawat dan bagi pasien. Konsep holistik: bio- psiko, sosio,kultural dan spiritual dalam proses keperawatan. 	Team based learning (Arianti, M.Kep.,Sp. Kep.MB)	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampu-an berpendapat. Kebenaran menjawab pertanyaan. Nilai ujian akhir blok. 		2 x 50'
	11							

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu melakukan pengkajian secara komprehensif. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya. Mahasiswa mampu Menunjukkan sikap menghargai dan menghormati manusia sebagai individu yang bermartabat sejak hasil konsepsi sampai meninggal. 	<p>Proses Keperawatan</p>	<p>Pengkajian Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Definisi pengkajian keperawatan. Mengetahui jenis-jenis pengkajian keperawatan. Mengetahui prinsip pengkajian (DS: auto dan allo anamnesa, DO: pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (nilai lab dan diagnostik, bio- psiko-sosial-spiritual). Mengetahui teknik- teknik pengkajian keperawatan. Perbedaan pengkajian keperawatan dengan pengkajian medis. Perbedaan antara pengkajian fokus, inisial, <i>emergency</i>, <i>time lapsed</i>, komprehensif dan berdasarakan masalah. Mengintegrasikan faktor budaya pada pengkajian keperawatan 	<p>Contextual learning (Resti Y, M.Kep.,Sp. Kep.MB)</p> <p><i>Small Group discussion</i></p> <p><i>Skills lab.</i></p> <p><i>Self Directed Learning</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampuan berpendapat. Keberanian menjawab pertanyaan. Nilai akhir skills lab. Nilai ujian akhir blok. 		2 x 50'
	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18							1 x 100'
								5 x 120'
								2 x 50'

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu melakukan analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	Proses Keperawatan	<p>Analisa Data:</p> <ol style="list-style-type: none"> Definisi analisa data Prinsip-prinsip dalam analisa data. Analisa data berdasarkan data yang diperoleh dalam pengkajian. Hubungan pengkajian dengan analisa data dan proses keperawatan selanjutnya. Manfaat melakukan analisa data. 	Contextual learning (Resti Y, M.Kep.,Sp. Kep.MB) <i>Small group discussion</i> <i>Self Directed Learning</i>	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampuan berpendapat. Kebenaran menjawab pertanyaan. Nilai mentoring. Nilai ujian akhir blok. 		2 x 50'
	19, 20							1 x 120'
								2 x 50'

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menegakkan diagnosis dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	Proses Keperawatan	<p>Diagnosa Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengetahui konsep diagnosa keperawatan dan langkah-langkahnya. Mengetahui macam2 diagnosa keperawatan (NANDA, dan Perumusan Dx lain). Mengetahui hubungan antara interpretasi data, validasi data dan pengelompokan data dengan diagnosa keperawatan. Merumuskan diagnosa keperawatan (PES, diagnosa actual, resiko potensial). Mengetahui cara menentukan prioritas diagnosa. Menghubungkan diagnose keperawatan dengan <i>web of causation</i>. Mengetahui perbedaan diagnosa keperawatan dengan diagnosa medis ataupun diagnosa kolaboratif. 	<p>Contextual learning (Resti Y, M.Kep.,Sp. Kep.MB)</p> <p><i>Small group discussion</i></p> <p><i>Skills lab.</i></p> <p><i>Self Directed Learning</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampuan berpendapat. Keberanian menjawab pertanyaan. Nilai mentoring. Nilai akhir skills lab. Nilai ujian akhir blok. 		<p>2 x 50'</p> <p>1 x 120'</p> <p>1 x 120'</p> <p>2 x 50'</p>

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menyusun tujuan intervensi keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	Proses Keperawatan	<p>Tujuan intervensi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Definisi tujuan dan kriteria hasil. Manfaat menuliskan tujuan dan kriteria hasil dalam asuhan keperawatan Hubungan antara perencanaan, dengan pengkajian dan diagnosis keperawatan Kriteria yang digunakan pada penetapan tujuan. Penetapan tujuan Perbedaan antara tujuan dan hasil yang diharapkan Tujuh pedoman dalam menuliskan pernyataan hasil Cara menuliskan tujuan dan kriteria hasil. Menuliskan tujuan dan kriteria hasil. 	Contextual learning (Nur Azizah I, M.Kep) Small group discussion Skills lab. Self Directed Learning	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa berpendapat. Kemampuan berpendapat. Keberanian menjawab pertanyaan. Nilai mentoring. Nilai akhir skills lab. Nilai ujian akhir blok. 		<p>2 x 50'</p> <p>1 x 120'</p> <p>1 x 120'</p> <p>2 x 50'</p>

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	Proses Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> Intervensi dan Implementasi Keperawatan. Perencanaan pelayanan berdasarkan pengkajian keperawatan dan diagnosa Keperawatan. Tujuan dan manfaat dari rencana asuhan keperawatan tertulis. Perbedaan antara tindakan perawat, dokter dan kolaborasi. Proses/Langkah langkah pemilihan intervensi keperawatan yang tepat sesuai masalah klien. Contoh Intervensi berdasarkan NIC. Menuliskan implementasi keperawatan. 	Contextual learning (Nur Azizah I, M.Kep) Small group discussion Skills lab Self Directed Learning	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampuan berpendapat. Keberanian menjawab pertanyaan. Nilai mentoring. Nilai akhir skills lab. Nilai ujian akhir blok. 		<p>2 x 50'</p> <p>1 x 120'</p> <p>1 x 120'</p> <p>2 x 50'</p>

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	<p>Proses Keperawatan</p>	<p>Implementasi Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Hubungan antara implementasi dengan proses diagnostik keperawatan. Perbedaan antara protokol dan peraturan tetap. Hubungan antara berpikir kritis dan pemilihan intervensi. Persiapan yang dilakukan sebelum implementasi. Langkah revisi rencana perawatan sebelum melaksanakan implementasi. Tiga keterampilan implementasi. Perbedaan antara tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung. Memilih intervensi yang sesuai untuk klien dengan memperhatikan faktor budaya. 	<p>Contextual learning (Arianti, M.Krp.,Sp. Kep.MB)</p> <p><i>Small group discussion</i></p> <p>Self Directed Learning</p>	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampuan berpendapat. Kebenaran menjawab pertanyaan. Nilai mentoring. Nilai ujian akhir blok. 		<p>2 x 50'</p> <p>1 x 120'</p> <p>2 x 50'</p>

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu melakukan evaluasi dan revisi rencana asuhan keperawatan secara reguler dengan/atau tanpa tim kesehatan lain. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama. 	Proses Keperawatan	<p>Evaluasi Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengetahui konsep dan macam – macam evaluasi keperawatan. Merumuskan evaluasi keperawatan. Tujuan evaluasi. Lima unsur proses evaluasi. SOAP, SOAPIER. Hubungan antara tujuan pelayanan, hasil yang diharapkan dan kriteria evaluasi saat melakukan evaluasi asuhan keperawatan. Contoh tindakan evaluasi untuk menentukan kemajuan klien. Evaluasi kumpulan tindakan keperawatan yang dipilih untuk klien. Bagaimana evaluasi dapat menghentikan, merevisi atau memodifikasi rencana pelayanan. Hubungan antara evaluasi dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan. 	<p>Contextual learning (Arianti, M.Kep.,Sp. Kep.MB)</p> <p><i>Small group discussion</i></p> <p><i>Self Directed Learning</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampuan berpendapat. Keberanian menjawab pertanyaan. Nilai mentoring. Nilai ujian akhir blok. 		<p>4 x 50'</p> <p>1 x 120'</p> <p>2 x 50'</p>

Mg Ke	Pert Ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Bahan Kajian	Materi/Pokok Bahasan	Strategi /Bentuk Pembelajaran	Kriteria Penilaian (Indikator)	Bobot Nilai	Jumlah jam
		<p>Hardskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya. <p>Softskills</p> <ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa mampu menghargai pendapat dan menerima masukan dari mahasiswa lain. Mahasiswa mampu bertanggung jawab dengan komitmen terhadap kontrak belajar yang sudah disepakati. Mahasiswa mampu bekerjasama dan saling tolong menolong dalam belajar bersama 	Proses Keperawatan	<p>Dokumentasi Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Tujuan rekaman pelayanan keperawatan. Pedoman hukum untuk dokumentasi. Memelihara kerahasiaan rekaman dan laporan. Lima pedoman kualitas untuk dokumentasi dan laporan. Hubungan antara dokumentasi dan penggantian biaya pelayanan kesehatan. Metode penyimpanan rekaman. Keuntungan dokumentasi terstandarisasi. Unsur yang harus disertakan dalam dokumentasi pemulangan klien. Aspek penting dalam dokumentasi perawatan rumah dan jangka panjang. Tujuan dan isi dari laporan pergantian giliran jaga Cara melakukan verifikasi instruksi telepon. 	Contextual learning (Novita K, M.Kep) <i>Small group discussion</i> <i>Self Directed Learning</i>	<ol style="list-style-type: none"> Keaktifan mahasiswa Kemampuan berpendapat. Kebenaran menjawab pertanyaan. Nilai mentoring. Nilai ujian akhir blok. 		<p>4 x 50'</p> <p>1 x 120'</p> <p>2 x 50'</p>

SMALL GROUP DISCUSSION (Mentoring)

No	Pertemuan Ke	Topik	Durasi
1.	1	Searching literature	1 x 120 menit
2.	2	Pengkajian keperawatan	1 x 120 menit
3.	3	Analisa data	1 x 120 menit
4.	4	Diagnosis keperawatan	1 x 120 menit
5.	5	Tujuan perencanaan keperawatan	1 x 120 menit
6.	6	Intervensi keperawatan	1 x 120 menit
7.	7	Implementasi dan Evaluasi keperawatan	1 x 120 menit
8.	8	Dokumentasi keperawatan	1 x 120 menit

SKILLS LAB

No	Pertemuan Ke-	Topik	Durasi
1.	1	Pengkajian keperawatan	1 x 120 menit
2.	2	Pengkajian nyeri dan pemeriksaan fisik ekstremitas	1 x 120 menit
3.	3	Pemeriksaan fisik kepala dan leher	1 x 120 menit
4.	4	Pemeriksaan fisik thorax	1 x 120 menit
5.	5	Pemeriksaan fisik abdomen	1 x 120 menit
6	6	Pemeriksaan fisik genetalia	1 x 120 menit

PENUGASAN MANDIRI

No	Penugasan Ke-	Topik	Durasi
1.	1	Role Play: Aplikasi <i>caring</i> dalam kehidupan sehari-hari dan praktik keperawatan	6 x 50 menit
2	2	<i>Self Directed Learning</i> : Proses keperawatan (Pengkajian, analisa data, diagnosa, tujuan, intervensi, implementasi dan dokumentasi keperawatan)	8 x 50 menit

REFERENSI :

1. Aiken, T.D. (2004). *Legal, Ethical, and Political Issues in Nursing*. 2nd Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
2. Bertens, K. (2002). *Etika*. Jakarta. Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama.
3. Beauchamp TL & Childress JF (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. New York : Oxford University Press.
4. Daniels. 2010. *Nursing Fundamental: Caring & Clinical Decision Making*. New York. Delmar Cengage Learning
5. Franz Magniz S (2002). *Etika Dasar*, Yogyakarta: Penerbit Kanisius
6. Potter, P.A. & Perry ,A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set) Edisi Bahasa Indonesia 7 Edition*.Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
7. Kozier, B., Erb, G.,Berwan, A.J., & Burke,K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
8. Kode Etik Perawat Indonesia
9. PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
10. Sistem Kesehatan Nasional dan Pelayanan Keperawatan, Kemenkes RI
11. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
12. UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
13. Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
14. Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
15. Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc. Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions. Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
16. Kozier, B., Erb, G.,Berwan, A.J., & Burke,K. (2008). *Fundamentals of Nursing:Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health. Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier Inc.Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vot set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
18. Rubenfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed.Jones and Bartlett Publishers.
19. Rubenfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

SUPLEMEN

- 1. Uraian Tugas dan Penilaian Tugas**
- 2. Petunjuk Teknis Mentoring**
- 3. Tata Tertib Praktikum Skills Lab**
- 4. Panduan Praktikum Skills Lab**

1. URAIAN TUGAS DAN PENILAIAN TUGAS

RANCANGAN TUGAS DAN KRITERIA PENILAIAN 1

Nama Blok	: Konsep Dasar Keperawatan	SKS	: 6 SKS
Program Studi	: Ilmu Keperawatan	Pertemuan ke	: 4
Fakultas	: FKIK	Bobot nilai	: 10%
Materi	: <i>Role Play:</i> Aplikasi <i>caring</i> dalam kehidupan sehari-hari dan praktik keperawatan		

1. TUJUAN TUGAS

Mahasiswa mampu mengaplikasikan konsep *caring* dalam kehidupan sehari-hari dan dalam praktik keperawatan.

2. URAIAN TUGAS

a. Obyek Garapan

Mahasiswa melakukan *role play* tentang konsep *caring* sesuai dengan pemahaman konsep yang telah didapat saat kuliah.

b. Batasan yang harus dikerjakan

1. Mahasiswa membuat makalah latar belakang situasi tentang setting *role play* yang dipilih beserta penyelesaian masalahnya. Tata tulis makalah: Font: Times new roman, 12pt, dengan spasis 1,5. Margin: atas dan kiri: 4cm, kanan dan bawah 3 cm dan menggunakan EYD
2. Mahasiswa melakukan *role play* tentang situasi yang sudah dipilih

c. Metode/Cara Pengerjaan (acuan cara pengerjaan)

Tugas ini dikerjakan secara berkelompok sesuai dengan kelompok tutorial. Durasi *role play* maksimal 20 menit. Semua mahasiswa harus berperan dalam *role play*.

d. Deskripsi Luaran tugas yang dihasilkan

Tugas berupa makalah dan *role play* tentang *caring*.

e. Bobot dan sistem penilaian

Nilai tugas memiliki kontribusi 10% terhadap nilai akhir blok.

3. KRITERIA PENILAIAN

Petunjuk Pengisian :

- ✓ Berikan nilai pada setiap item (skor 1-2) sesuai dengan rubrik penilaian isi makalah untuk role play

No.	Aspek yang diobservasi	Skor
1	Pendahuluan	
	A. Latar belakang situasi role play yang dipilih	
	B. Tujuan Role Play	
2	Isi	
	A. Deskripsi pelaksanaan role play	
	1. Setting tempat	
	2. Setting waktu	
	3. Pembagian peran	
	B. Skenario/dialog/percakapan	
3	Penutup	
	1. Kesimpulan	
	2. Saran	
4	Referensi	
Jumlah skor		
Nilai akhir		

Rumus Nilai Akhir (NA) :

$$NA = \frac{\Sigma \text{Skor} \times 100}{18}$$

RUBRIK PENILAIAN ISI Makalah untuk Role Play

Aspek	Kriteria	Skor
Latar Belakang	Mampu menjelaskan latar belakang berdasarkan situasi role play yang dipilih dengan tepat	2
	Latar belakang yang dituliskan tidak sesuai dengan situasi role play yang dipilih	1
Tujuan	Mampu menentukan tujuan umum dan tujuan khusus role play secara SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Time-based)	2
	Tidak mampu menentukan tujuan role play secara SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Time-based)	1
Setting waktu	Setting waktu ada, jelas dan sesuai dengan situasi role play yang dipilih	2
	Setting waktu tidak ada atau tidak jelas atau tidak sesuai dengan situasi role play yang dipilih	1
Setting tempat	Setting tempat ada, jelas dan sesuai dengan situasi role play yang dipilih	2
	Setting tempat tidak ada atau tidak jelas atau tidak sesuai dengan situasi role play yang dipilih	1
Pembagian peran	Pembagian peran merata untuk semua anggota kelompok dan sesuai dengan situasi role play yang dipilih	2
	Pembagian peran tidak merata dan kurang sesuai dengan situasi role play yang dipilih	1
Dialog	Dialog sesuai dengan situasi role play yang dipilih	
	Dialog tidak sesuai dengan situasi role play yang dipilih	
Kesimpulan	Memberikan kesimpulan dengan logis dan sistematis	2
	Memberikan kesimpulan dengan tidak logis dan sistematis	1
Saran	Memberikan saran yang logis dan sistematis	2
	Memberikan saran yang tidak logis dan tidak sistematis	1
Referensi	Mencantumkan referensi yang up date dengan jumlah dan penulisan sesuai standar	2
	Mencantumkan referensi yang tidak up date dengan jumlah dan penulisan sesuai standar	1

RANCANGAN TUGAS DAN KRITERIA PENILAIAN 2

Nama Blok	: Konsep Dasar Keperawatan	SKS	: 6 SKS
Program Studi	: Ilmu Keperawatan	Pertemuan ke	: 4
Fakultas	: FKIK	Bobot nilai	: 10%
Materi	: <i>Self Directed Learning:</i> Proses keperawatan (Pengkajian, analisa data, diagnosa, tujuan, intervensi, implementasi dan dokumentasi keperawatan)		

1. TUJUAN TUGAS

Mahasiswa mampu menganalisis proses keperawatan pada contoh kasus yang diberikan

2. URAIAN TUGAS

a. Obyek Garapan

Mahasiswa mengkritisi proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi pada contoh kasus yang diberikan.

b. Batasan yang harus dikerjakan

1. Mahasiswa diberikan contoh dokumentasi asuhan keperawatan
2. Mahasiswa menganalisis proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi pada contoh asuhan keperawatan.

c. Metode/Cara Pengerjaan (acuan cara pengerjaan)

Tugas ini dikerjakan secara berkelompok sesuai dengan kelompok tutorial dan dikumpulkan kepada PJ Blok maksimal satu hari sebelum pelaksanaan presentasi. Durasi presentasi maksimal 20 menit.

d. Deskripsi Luaran tugas yang dihasilkan

Hasil analisis mahasiswa tentang proses keperawatan

4. Bobot dan sistem penilaian

Nilai tugas memiliki kontribusi 10% terhadap nilai akhir blok.

5. KRITERIA PENILAIAN

Petunjuk Pengisian :

Mahasiswa menganalisis setiap item proses keperawatan, menuliskan tanda v pada kolom sesuai atau tidak sesuai dan menuliskan alasannya

Item yang dianalisis	Sesuai	Tidak sesuai	Alasan
Pengkajian			
Diagnosa			
Tujuan			
Intervensi			
Implementasi			
Evaluasi			

Petunjuk Pengisian :

- ✓ Berikan nilai pada setiap item (skor 0-2) sesuai dengan rubrik penilaian isi hasil analisis

No.	Aspek yang diobservasi	Skor
1	Pengkajian	
2	Diagnosa keperawatan	
3	Tujuan Keperawatan	
4	Intervensi	
5	Implementasi	
6	Evaluasi	
Jumlah skor		
Nilai akhir		

Rumus Nilai Akhir (NA) :

$$NA = \frac{\Sigma \text{Skor} \times 100}{12}$$

RUBRIK PENILAIAN ISI HASIL ANALISIS

Aspek	Kriteria	Skor
Pengkajian	Mampu menjawab dengan benar disertai alasan yang tepat	2
	Mampu menjawab dengan benar namun alasannya tidak tepat	1
	Tidak mampu menjawab dengan benar maupun memberikan alasan dengan tepat	0
Diagnosa	Mampu menjawab dengan benar disertai alasan yang tepat	2
	Mampu menjawab dengan benar tanpa disertai alasan yang tepat	1
	Tidak mampu menjawab dengan benar maupun memberikan alasan dengan tepat	0
Tujuan	Mampu menjawab dengan benar disertai alasan yang tepat	2
	Mampu menjawab dengan benar tanpa disertai alasan yang tepat	1
	Tidak mampu menjawab dengan benar maupun memberikan alasan dengan tepat	0
Intervensi	Mampu menjawab dengan benar disertai alasan yang tepat	2
	Mampu menjawab dengan benar tanpa disertai alasan yang tepat	1
	Tidak mampu menjawab dengan benar maupun memberikan alasan dengan tepat	0
Implementasi	Mampu menjawab dengan benar disertai alasan yang tepat	2
	Mampu menjawab dengan benar tanpa disertai alasan yang tepat	1
	Tidak mampu menjawab dengan benar maupun memberikan alasan dengan tepat	0
Evaluasi	Mampu menjawab dengan benar disertai alasan yang tepat	2
	Mampu menjawab dengan benar tanpa disertai alasan yang tepat	1
	Tidak mampu menjawab dengan benar maupun memberikan alasan dengan tepat	0

2. PETUNJUK TEKNIS MENTORING

1. Mentoring dipimpin oleh mentor, mentor menunjuk satu mahasiswa sebagai ketua untuk memimpin diskusi dan satu mahasiswa sebagai sekretaris untuk mencatat semua hasil diskusi. Mentor yang bertugas sebagai fasilitator akan mengarahkan diskusi dan membantu mahasiswa dalam cara memecahkan masalah, dan apabila diperlukan mentor dapat memberikan penjelasan. Mentor dapat pula menunjuk mahasiswa untuk melaporkan hasil belajar sebelumnya.
2. Mentoring dibagi ke dalam 8 kali pertemuan
3. Proses mentoring menggunakan metode diskusi kelompok kecil
4. Pada pertemuan pertama untuk topik *search evidence*, setiap mahasiswa wajib membawa laptop
5. Pada pertemuan kedua mahasiswa dibagikan contoh asuhan keperawatan
6. Selanjutnya mahasiswa akan belajar bagaimana melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, membuat tujuan, menentukan intervensi, implementasi dan evaluasi
7. Pada pertemuan terakhir mahasiswa melakukan presentasi terkait hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan

**INSTRUMEN PENILAIAN
INSTRUMEN PENILAIAN PROSES MENTORING
(Individu)**

Angkatan : Blok : Semester :
 Topik :
 Pertemuan ke :
 Pembimbing :
 Kelompok :
 Nama mahasiswa :

Petunjuk Pengisian:

- ✓ Rubrik 3 merupakan penilaian individu
- ✓ Berikan nilai pada setiap item (skor 1-4) sesuai dengan rubrik penilaian proses mentoring

No.	Aspek yang diobservasi	Nilai				
		Mentoring 1	Mentoring 2	Mentoring 3	Mentoring 4	Rata-rata
1	Preparation					
	<i>Prior knowledge</i>					
	Sumber yang tepat					
	Tepat waktu					
	<i>Syar'i performance</i>					
2	Pelaksanaan					
	Keaktifan dan relevansi					
	<i>Feedback</i>					
	Menghargai pendapat orang lain					
	Menerima masukan dari orang lain					
Jumlah skor						
Nilai akhir						

Rumus Nilai Akhir (NA) :

$$NA = \frac{\Sigma \text{Skor} \times 100}{24}$$

RUBRIK PENILAIAN PROSES MENTORING

Tahapan	Deskripsi kegiatan	Kriteria	Skor
Preparation	Prior knowledge	Memiliki pengetahuan awal sesuai dengan topic dan cukup untuk proses diskusi mentoring	4
		Memiliki pengetahuan awal sesuai dengan topic namun tidak memadai untuk proses diskusi mentoring	3
		Memiliki pengetahuan awal kurang relevan dengan topic dan tidak memadai untuk proses diskusi mentoring	2
		Memiliki pengetahuan awal tidak sesuai dengan topik	1
	Sumber yang tepat	Sumber yang dibawa sesuai dengan topic minimal 2 text book dan 3 jurnal	4
		Sumber yang dibawa sesuai dengan topik minimal 1 text book dan 2 jurnal	3
		Sumber yang dibawa sesuai dengan topic minimal 1 text book dan 1 jurnal	2
		Sumber yang dibawa tidak sesuai dengan topik	1
	Tepat waktu	Datang sesuai dengan yang dijadwalkan	4
		Terlambat 15 menit dari yang dijadwalkan	3
		Terlambat 20 menit dari yang dijadwalkan	2
		Terlambat 30 menit dari yang dijadwalkan	1
	Syar'i performance	Penampilan rapi, tidak ketat, menutup aurat, tidak transparan	4
		Penampilan tidak rapi, tidak ketat, menutup aurat, tidak transparan	3
		Penampilan tidak rapi, ketat, menutup aurat, tidak transparan	2
		Penampilan tidak rapi, ketat, tidak menutup aurat, transparan	1

Tahapan	Deskripsi kegiatan	Kriteria	Skor
Pelaksanaan	Keaktifan dan relevansi	Menyampaikan pendapat dan relevan dengan topic diskusi selama proses diskusi	4
		Menyampaikan pendapat namun kadang-kadang relevan dengan topic diskusi selama proses diskusi	3
		Menyampaikan pendapat dan sebagian besar tidak relevan dengan topic diskusi selama proses diskusi	2
		Tidak menyampaikan pendapat selama proses diskusi	1
	Feedback	Aktif memberikan feedback yang membangun selama proses diskusi	4
		Aktif memberikan feedback kadang-kadang membangun selama proses diskusi	3
		Aktif memberikan feedback yang tidak membangun selama proses diskusi	2
		Tidak memberikan feedback selama proses diskusi	1
	Menghargai pendapat orang lain	Mendengarkan, memperhatikan pendapat dan merespon	4
		Memperlihatkan 2 aspek dari 3 aspek menghargai pendapat orang lain	3
		Memperlihatkan 1 aspek dari 2 aspek menghargai pendapat orang lain	2
		Tidak memperlihatkan sikap menghargai pendapat orang lain	1
	Menerima masukan dari orang lain	Mendengarkan saran, pertanyaan maupun kritik dengan sikap terbuka, lapang dada, dan asertif	4
		Mendengarkan saran, pertanyaan maupun kritik namun aspek non verbal tidak sesuai	3
		Mendengarkan saran, pertanyaan maupun kritik namun menerima dengan emosional	2
		Tidak mau menerima saran, pertanyaan maupun kritik dari orang lain	1

**INSTRUMEN PENILAIAN PRESENTASI LISAN
(Kelompok)**

Angkatan : Blok : Semester :
 Topik :
 Pertemuan ke :
 Pembimbing :
 Kelompok :

No	NIM	Nama Mahasiswa

Petunjuk Pengisian:

- ✓ Berikan nilai sesuai dengan petunjuk rubrik penilaian (skor 1-4) untuk setiap mahasiswa
- ✓ Diperbolehkan memberikan nilai dengan pecahan desimal (misal 3,5)

No	Aspek yang diobservasi	Nama Mahasiswa ke-				
		1	2	3	4	5
1	Kelengkapan materi					
2	Penulisan materi					
3	Kemampuan presentasi					
Jumlah skor						
Nilai akhir						

Rumus Nilai Akhir (NA) :

$$NA = \frac{\Sigma \text{Skor} \times 100}{12}$$

RUBRIK PENILAIAN PRESENTASI LISAN

Aspek	Kriteria	Skor
Kelengkapan materi	<ul style="list-style-type: none"> - Power point terdiri dari judul, isi materi dilengkapi dengan citasi referensi, dan daftar pustaka - Power point disusun sistematis sesuai materi - Referensi yang digunakan dari sumber yang relevan - Dilengkapi dengan gambar/animasi yang menarik dan sesuai dengan materi 	4
	Terdapat 3 kriteria pada kelengkapan materi dari skor 4 yang terpenuhi	3
	Terdapat 2 kriteria pada kelengkapan materi dari skor 4 yang terpenuhi	2
	Terdapat 1 kriteria pada kelengkapan materi dari skor 4 yang terpenuhi	1
Penulisan materi	<ul style="list-style-type: none"> - Materi dibuat dalam bentuk power point - Setiap slide dapat terbaca dengan jelas - Isi materi dibuat ringkas dan berbobot (<i>evidence based, critical thinking, clinical reasoning</i>) - Bahasa yang digunakan sesuai materi 	4
	Terdapat 3 kriteria pada penulisan materi dari skor 4 yang terpenuhi	3
	Terdapat 2 kriteria pada penulisan materi dari skor 4 yang terpenuhi	2
	Terdapat 1 kriteria pada penulisan materi dari skor 4 yang terpenuhi	1
Kemampuan presentasi	<ul style="list-style-type: none"> - Dipresentasikan dengan percaya diri, antusias, dan bahasa yang jelas - Mampu mengintegrasikan nilai – nilai islam - Seluruh anggota kelompok berpartisipasi dalam presentasi - Dapat mengemukakan ide dan berargumen dengan baik - Manajemen waktu presentasi dengan baik 	4
	Terdapat 3 kriteria pada kemampuan presentasi dari skor 4 yang terpenuhi	3
	Terdapat 2 kriteria pada kemampuan presentasi dari skor 4 yang terpenuhi	2
	Terdapat 1 kriteria pada kemampuan presentasi dari skor 4 yang terpenuhi	1

MENTORING 1

Topik: Search Evidence

Kasus:

Ny. J, umur 39 tahun, post operasi sectio caesaria. Pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti di tusuk tusuk, di regio perut, skala nyeri 7, dan nyeri terasa saat bergerak. Pasien tampak meringis menahan nyeri. hasil pemeriksaan tanda vital: tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 88 x/menit, suhu: 37°C, pernafasan: 22x/menit. Dokter memberikan terapi farmakologis ketorolax dengan dosis 10 mg/8 jam intra vena. Perawat memberikan manajemen nyeri non farmakologis berupa napas dalam, guided imagery dan massage.

Learning Objective:

Setelah melakukan Mentoring 1 diharapkan:

1. Mahasiswa mampu mencari artikel keperawatan
2. Mahasiswa mampu melakukan diskusi tentang kemungkinan aplikasi artikel keperawatan tsb di lahan praktek keperawatan

MENTORING 2

TOPIK: PENGKAJIAN

Learning Objective:

Setelah melakukan Mentoring 2 diharapkan:

1. Mahasiswa mampu mengidentifikasi anamnesa
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi pemeriksaan fisik
3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi pemeriksaan penunjang

MENTORING 3

TOPIK: ANALISA DATA

Learning Objective:

Setelah melakukan Mentoring 3 diharapkan:

1. Mahasiswa mampu mengidentifikasi data subyektif
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi data obyektif
3. Merumuskan masalah keperawatan

MENTORING 4

TOPIK: DIAGNOSA KEPERAWATAN

Learning Objective:

Setelah melakukan Mentoring 4 diharapkan:

1. Mahasiswa mampu memilih diagnosa keperawatan yang sesuai TAKSONOMI NANDA
2. Mahasiswa mampu mengetahui Diagnosa aktual, resiko dan kesejahteraan

MENTORING 5

TOPIK: TUJUAN (NOC)

Learning Objective:

Setelah melakukan Mentoring 5 diharapkan:

1. Mampu memilih label NOC yang sesuai
2. Mampu memilih kriteria hasil

MENTORING 6

TOPIK: INTERVENSI (NIC)

Learning Objective:

Setelah melakukan Mentoring 6 diharapkan:

1. Mampu memilih label NIC yang sesuai
2. Mampu memilih aktifitas keperawatan yang sesuai

MENTORING 7

TOPIK: IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Learning Objective:

Setelah melakukan Mentoring 7 diharapkan:

1. Mampu menuliskan tindakan keperawatan yang telah dilakukan di lembar implementasi
2. Mampu mengisi format catatan perkembangan

MENTORING 8

TOPIK: IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Learning Objective:

Setelah melakukan Mentoring 8 diharapkan:

Mahasiswa mampu melakukan presentasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan

Lampiran: Format format yang dapat digunakan dalam mentoring

1. Mentoring 1

Format Pengkajian

A. Pengkajian

Data umum

1. Identitas Klien

N a m a :

U m u r :

Jenis kelamin :

A g a m a :

Suku/Bangsa :

Alamat :

Tanggal/jam Pengkajian :

Diagnosa Medis :

2. Riwayat Kesehatan saat ini

a) Keluhan utama :

b) Riwayat keluhan utama

3. Riwayat kesehatan masa lalu

Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian pola fungsi

a) Pola menejemen kesehatan dan persepsi kesehatan

--

b. Pola nutrisi

No	Kegiatan Sehari-hari	Sebelum sakit	Saat sakit
1	Nutrisi : Jenis makanan Pola makan Frekwensi Porsi Nafsu makan		
2	Minum : Frekwensi minum Pola minum Jenis minum Jumlah minuman		

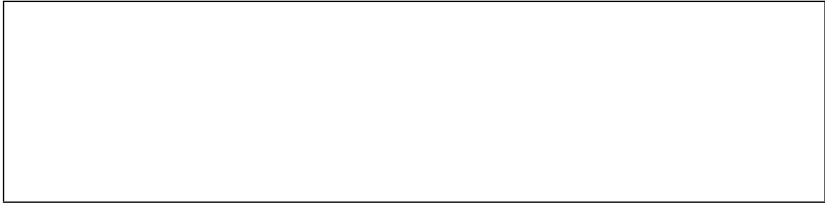
c) Pola eliminasi

No	Pola eliminasi	Sebelum sakit	Sesudah sakit
1	Eliminasi BAK : Frekwensi Warna Bau BAB : Frekwensi Warna Konsistensi		

d) Pola istirahat tidur dan kebersihan diri

No	Pola kebiasaan	Sebelum sakit	Saat sakit
4	Pola istirahat (tidur) Tidur malam Tidur siang		
5	Personal Hygiene Mandi Gosok gigi Cuci rambut Ganti pakaian		

e) Pola aktivitas dan latihan



f) Pola Kognitif dan Persepsi



g) Pola Persepsi Diri



h) Pola Peran dan Hubungan



i) Pola Seksualitas dan Reproduksi



j) Pola Koping – Toleansi Stress



k) Pola Nilai dan Keyakinan

--

6. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum :
Kesadaran :
Tanda-tanda vital
Suhu :
Nadi :
R R :
BB sebelum masuk RS :
BB masuk RS :
BB ideal :

7. Head to toe

a) Kepala dan Leher

--

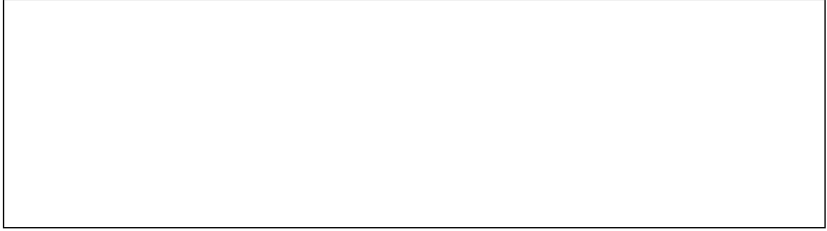
b) Dada,Paru-paru Jantung

--

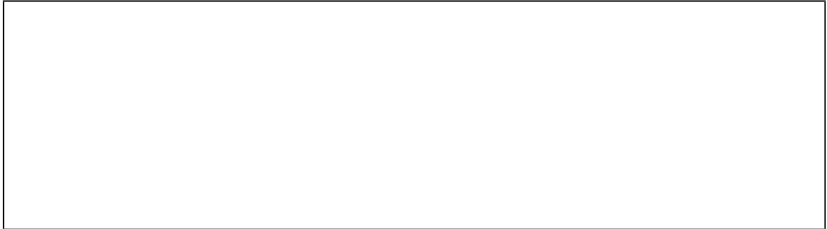
Abdomen

--

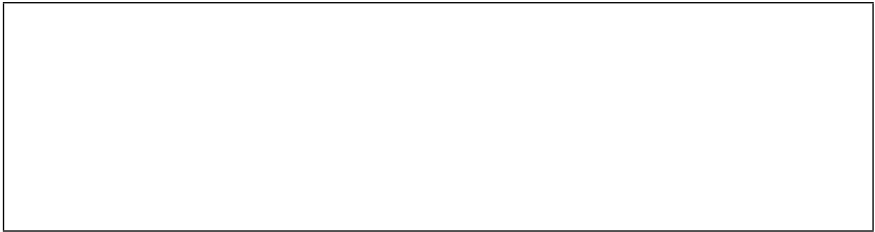
d) Genetalia/Anus



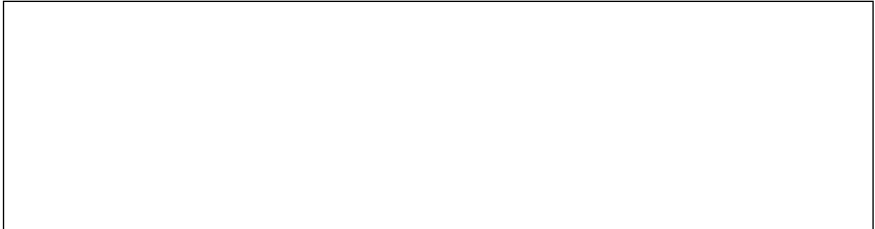
e) Ekstremitas



8. Pemeriksaan Penunjang.



Therapi/pengobatan yang diterima



2. Mentoring 2

Data subjektif	Data objektif

3. Mentoring 3

Analisa data	Masalah

3. Mentoring 4

Diagnosa Keperawatan

Prioritas Diagnosa Keperawatan

4. Mentoring 5,6 dan 7

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi

PANDUAN PRAKTIKUM PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Tahap pertama dari proses keperawatan dinamakan pengkajian, yaitu mengumpulkan data untuk tujuan keperawatan melalui observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan intuisi seorang perawat. Data dapat diambil dari berbagai sumber antara lain klien, anggota keluarga, rekam medis, anggota tim kesehatan lain, juga review literatur.

Tujuan dilakukannya pengkajian keperawatan adalah untuk mengumpulkan data klien (individu, keluarga, komunitas) yang dapat digunakan untuk menentukan diagnosa, mengidentifikasi hasil, merencanakan, dan mengimplementasikan asuhan keperawatan.

Pengkajian dilakukan untuk beberapa alasan dibawah ini:

- Mendapatkan informasi awal dari klien langsung
- Menemukan fungsi normal klien
- Menemukan resiko disfungsi klien
- Menemukan ada atau tidak adanya disfungsi
- Menemukan kekuatan klien
- Menyediakan data untuk menentukan diagnosa

Aktivitas yang dilakukan pada saat melakukan pengkajian antara lain :

- Mengumpulkan data
- Memvalidasi data
- Mengkoordinasi data

Persiapan yang dilakukan untuk melakukan pengkajian

Tipe Data

Berbagai macam pengkajian dapat dilakukan tergantung pada situasi klinik, status klien, waktu yang tersedia, dan tujuan dari pengumpulan data. Beberapa tipe pengkajian dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

Tipe	Tujuan	Kerangka waktu
<i>Initial assessment</i>	Identifikasi awal fungsi normal, status fungsional dan mengumpulkan data actual maupun potensial terjadinya disfungsi	Dalam rangka waktu yang spesifik setelah klien masuk sebuah rumah sakit maupun tempat perawatan lainnya
<i>Focus assessment</i>	Menentukan status masalah khusus yang ditemukan pada pengkajian sebelumnya	Selama proses, terintegrasi dengan asuhan keperawatan , beberapa menit sampai beberapa jam
<i>Time-lapses reassessment</i>	Membandingkan status kesehatan klien saat ini dengan data yang ditemukan sebelumnya, mendeteksi perubahan pada semua pola kesehatan fungsional	Beberapa bulan (3, 6, 9 bulan atau lebih)
<i>Emergency assessment</i>	Mengidentifikasi situasi yang mengancam jiwa	Kapan saja saat terjadi krisis fisiologis, psikologis, atau emosional

Pengaturan dan Kondisi Lingkungan

Pengkajian dapat dilakukan disemua tempat dimana seorang ners dapat memberikan asuhan keperawatan kepada klien dan anggota keluarganya. Kenyamanan fisik klien membantu saat dilakukannya pengambilan data, walaupun pengkajian seharusnya dijadwalkan pada waktu yang tepat, misalnya saat klien tidak sedang kelelahan, lapar atau nyeri.

Ners harus mengetahui bahwa lingkungan yang sangat mendukung didapatkannya data secara akurat dan lengkap.

- Pengkajian sangat baik dilakukan di ruangan yang tenang dan terjaga privasinya sehingga memungkinkan untuk mendiskusikan hal-hal yang sensitif, personal dan rahasia.
- Pengunjung dan anggota keluarga dimohon untuk meninggalkan ruangan untuk sementara waktu selama dilakukannya pengkajian.
- Minimalkan distraksi seperti adanya televisi, radio, pengumuman melalui pengeras suara, ruangan yang terlalu dingin atau terlalu panas.
- Pindahkan klien ke tempat yang memungkinkan jika ruangan tidak bisa dimodifikasi.

Tehnik untuk Melakukan Pengkajian

Agar mendapatkan data yang komprehensif, ners harus menggunakan bermacam-macam tehnik untuk mengkaji klien dan anggota keluarganya. Membaca referensi tentang macam-macam tehnik melakukan pengkajian dapat membantu, namun pengalaman klinik dan praktek menggunakan macam-macam tehnik yang dapat meningkatkan keahlian melakukan pengkajian keperawatan.

Ners menggunakan ketrampilan klinik dalam melakukan observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan intuisi untuk mengkaji klien dalam berbagai kondisi. Ners menggunakan ketrampilan ini secara terus menerus ketika mengkaji klien. Sebagai contoh, selama melakukan wawancara dengan klien, ners mengajukan beberapa pertanyaan, mengobservasi klien, mendengarkan jawaban klien, dan menyimpan informasi rohaniah untuk eksplorasi kedepan selama melakukan pemeriksaan fisik.

Ketrampilan klinik yang dilakukan untuk melakukan pengkajian :

1. Observasi

- Penglihatan

Kemampuan seorang ners untuk melihat klien merupakan kata kunci. Apakah klien menunjukkan tanda-tanda distress atau ketidaknyamanan? Apakah klien bias duduk nyaman di atas kursi roda atukah klien hanya terbaring di tempat tidur? Bagaimanakah ukuran berat badan dan status nutrisi klien? Apakah klien kelebihan berat badan, obesitas, berat badan normal atau kurus?

- Penghidu

Indra yang paling tajam adalah penghidu, digunakan juga untuk melakukan observasi pada klien. Bau badan atau bau nafas mengidentifikasi adanya gangguan fungsi tubuh. Sebagai contoh, bau nafas yang busuk bisa terjadi karena adanya infeksi oral atau infeksi pulmoner.

- Pendengaran

Observasi meliputi kemampuan ners untuk mendengarkan semua perkataan klien. Kemampuan klien menyebutkan siapa namanya, dimana dia berada sekarang dan menyebutkan waktu yang relevan dapat digunakan untuk menentukan nilai GCS dan kesadaran klien. Anggota keluarga klien dapat diminta klarifikasi data yang diberikan klien.

- Sentuhan

Sentuhan digunakan ketika menyambut klien (dengan bersalaman), untuk melengkapi komunikasi nonverbal dan meraba suhu badan serta kelembaban kulit klien.

2. Wawancara

Wawancara dibagi menjadi 4 fase: pra interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi

- Fase Pra Interaksi

Dilakukan sebelum perawat bertemu dengan klien. Selama fase ini melakukan :

- Review informasi yang sudah ada tentang klien
- Memutuskan data apa yang dibutuhkan dan bentuk pengumpulan data yang akan digunakan
- Review literature yang berhubungan dengan usia perkembangan klien, aspek psikososial dan perkembangan patologis jika diperlukan
- Mengkaji perasaan atau reaksi klien sebelumnya yang mungkin bias berpengaruh terhadap hubungan perawat-klien
- Mencari teman dari perawat yang lebih berpengalaman jika khawatir tentang jalannya wawancara
- Rencanakan sebuah wawancara yang bersifat pribadi dengan lingkungan yang tenang, terjadwal pada waktu yang paling nyaman untuk klien, dan waktu yang cukup untuk pengumpulan data
- Modifikasi lingkungan untuk memfasilitasi wawancara

- Fase Orientasi

Fase ini dimulai ketika perawat bertemu dengan klien. Selama fase orientasi, lakukan hal-hal seperti dibawah ini:

- Perkenalkan nama dan jabatan anda, jelaskan tujuan dilakukannya wawancara
- Mulailah dengan hubungan yang menyenangkan dengan klien, hubungan ini diperlukan untuk membina hubungan saling percaya
- Perhatikan tingkah laku klien, dengarkanlah klien dengan penuh perhatian untuk mengetahui persepsi diri klien dan cara klien mengatasi masalah kesehatannya
- Beritahu klien kapan hubungan antara perawat-klien akan berakhir
- Beritahu klien bahwa informasi yang dikumpulkan ini akan digunakan untuk mengatasi masalah kesehatannya
- Mulailah dengan pertanyaan yang spesifik, pendek dan mudah

- Fase Kerja

Pada fase kerja lakukan hal-hal ini dibawah ini :

- Tetap focus pada tujuan untuk mendapatkan data
- Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya, masalahnya dan pertanyaan yang dimiliki
- Gunakan tehnik untuk memfasilitasi komunikasi antara perawat-klien

- Perhatikan sikap non verbal klien yang tidak sesuai dengan respon verbalnya
 - Kaji kemampuan klien apakah klien dapat melanjutkan wawancara (misal : nyeri, sesak nafas, lelah)
 - Bantu klien untuk pindah ke topik diskusi lain setelah data yang diinginkan terkumpul
- Fase Terminasi
- Selama fase terminasi, lakukan hal-hal di bawah ini:
- Lihat kembali tujuan wawancara
 - Rangkum garis besar hasil wawancara
 - Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya mengenai terminasi ini
 - Gunakan bahasa yang sesuai dengan budaya setempat untuk berpaitan, bicarakan dengan klien bahwa perawat anda menemuinya lagi apabila diperlukan
3. Pemeriksaan Fisik
- Pemeriksaan fisik digunakan untuk membuktikan dan mengembangkan data yang berhasil diumpulkan selama wawancara. Pemeriksaan ini dilakukan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*). Ada empat teknik yang digunakan, yaitu :
- a. Inspeksi

Selama inspeksi struktur anatomis klien diperhatikan, apakah ada abnormalitas yang dapat diidentifikasi. Hal ini seperti warna, bentuk, kesimetrisan, pergerakan, pulsasi dan tekstur dari bagian tubuh juga dicatat.
 - b. Palpasi

Palpasi digunakan untuk meyakinkan data yang diperoleh saat inspeksi. Dengan menggunakan ujung jari dan telapak tangan, ukuran, bentuk dan susunan struktur dasar tubuh dapat diketahui.
 - c. Perkusi

Struktur dasar tubuh mempunyai suara perkusi yang berbeda tergantung konsistensi struktur tubuh.
 - d. Auskultasi

Auskultasi adalah teknik mendengarkan suara organ tubuh dengan menempatkan stetoskop pada permukaan tubuh untuk memperjelas suara yang normal dan abnormal.
4. Intuisi
- Intuisi didefinisikan sebagai penggunaan wawasan, naluri dan pengalaman klien untuk menentukan keputusan klinik klien. Intuisi

adalah kata khusus untuk mengetahui (biasa disebut sebagai indera keenam) yang mendasari tindakan keperawatan dan/atau refleksi dan mempengaruhi langsung kemampuan perawat untuk menganalisa isyarat klien

Aktivitas Pengkajiaan

Selama melakukan pengkajiaan, ners mengumpulkan data, memvalidasi data dan mengkoordinasi data.

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data, merupakan proses penyusunan data klien, dimulai saat pertama kali bertemu dengan klien. Ners menggunakan observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik. Pengumpulan data menggunakan sebuah format sistematis yang komprehensif dan berisi informasi yang akurat.

Tipe data

Data obyektif dan subyektif, keduanya merupakan bagian integral dari pengkajiaan yang didapatkan selama pengumpulan data. Berikut perbedaan antara data subyektif dan obyektif.

	Data Subyektif	Data Obyektif
Metode pengumpulan data	Wawancara	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi • Hasil pengukuran • Catatan kesehatan • Hasil pemeriksaan laboratorium, hasil radiologi, prosedur diagnostik
Contoh	Gejala Nilai Persepsi Perasaan Sikap Sensasi Kepercayaan	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan fisik : suara jantung, teraba adanya tumor, perubahan warna kulit. • Tekanan darah, suhu, tekanan intracranial • Catatan tim kesehatan lain pada catatan medis • Hasil pemeriksaan darah lengkap, hasil rontgen dada

2. Validasi data

Validasi data, pada umumnya dilakukan untuk memeriksa ulang semua informasi yang didapatkan pada saat pengkajian. Validasi membantu dalam melakukan verifikasi dan klarifikasi agar antara data yang ada dengan kesimpulan tidak bias dan diinterpretasikan benar.

Metode untuk memvalidasi data meliputi :

- Membandingkan tanda yang ada dengan fungsi normal
- Mengacu pada buku teks, jurnal dan laporan penelitian
- Lihat kembali kebenaran tanda dan gejala yang ada

- Klarifikasi pernyataan klien
- Mencari kesepakatan dengan rekan sejawat tentang kesimpulan yang diambil.

Contoh antara data yang ada dengan kesimpulan

Contoh 1 Tanda yang ditemukan Klien mengalami : - Penglihatan kabur - Nyeri kepala - Rasa kebal di ekstremitas - Pusing	Kemungkinan klien mengalami : - Tumor otak - Tanda-tanda stroke - Diabetes Militus - Cemas
Contoh 2 Tanda yang ditemukan Kulit Tn.H kering dan bersisik	Kemungkinan klien mengalami : - Dehidrasi - Hipotiroidism - Dermatitis
Contoh 3 Tanda yang ditemukan Klien mengeluh sering kencing dan rasa seperti terbakar saat kencing	Kemungkinan klien mengalami: Infeksi saluran urinaria
Contoh 4 Tanda yang ditemukan Gula darah Tn.H 55 mg/dl	Kemungkinan klien mengalami : Reaksi hipoglikemia
Contoh 5 Tanda yang ditemukan Klien mengatakan "Saya tidak ingin merasakan nyeri di lutut saya ini!"	Kemungkinan klien mengalami : Inadekuat manajemen nyeri

3. Pengorganisasian data

Pola Kesehatan Fungsional

Pengkajian dengan menggunakan pola kesehatan fungsional fokus pada fungsi normal klien, perubahan atau resiko terjadinya perubahan fungsi normal tubuh. Gordon (1994), mengidentifikasi 11 macam data pengkajian yang disebut sebagai pola kesehatan fungsional. Parameter pengkajian membantu ners untuk mengumpulkan informasi yang spesifik tentang masing-masing pola kesehatan fungsional

Pengorganisasian Data menurut 11 Pola Kesehatan Fungsional Gordon		
Pola Kesehatan Fungsional	Deskripsi Pola	Contoh
Persepsi Kesehatan/ Pengelolaan Kesehatan	Pola perasaan klien tentang kesehatan dan bagaimana kesehatan itu diatur	Keluhan/komplain sewaktu mendapatkan perawatan, melakukan aktivitas untuk meningkatkan kesehatan seperti latihan secara teratur, general check up

Pengorganisasian Data menurut 11 Pola Kesehatan Fungsional Gordon		
Pola Kesehatan Fungsional	Deskripsi Pola	Contoh
Nutrisi-Metabolisme	Pola konsumsi makanan dan cairan sesuai dengan kebutuhan, indikator dari asupan nutrisi	Kondisi kulit, gigi, mulut, kuku, membran mukosa: tinggi badan dan berat badan
Eliminasi	Pola fungsi ekskresi (BAB, BAK, keringat). Termasuk persepsi klien tentang fungsi normal	Frekuensi BAB, BAK, nyeri saat berkemih, warna urin dan feses
Aktivitas-Latihan	Pola latihan, aktivitas, waktu luang dan rekreasi	Latihan, hobi. Mungkin termasuk status kardiovaskuler dan respirasi, mobilitas dan aktivitas sehari-hari
Kognitif-Persepsi	Pola sensori-persepsi dan kognitif	Penglihatan, pendengaran, pengecap, sentuhan, penghidu, persepsi dan manajemen nyeri; fungsi kognitif seperti bahasa, memori dan pengambilan keputusan
Tidur-Istirahat	Pola tidur, istirahat dan relaksasi	Persepsi klien mengenai persepsi kualitas dan kuantitas tidur dan energi, dan alat-alat bantu tidur yang biasa digunakan
Persepsi Diri/ Konsep Diri	Pola konsep diri klien dan persepsi dirinya	Body comfort, gambaran diri, status kesehatan, sikap terhadap dirinya, persepsi terhadap kemampuannya, data obyektif seperti postur tubuh, kontak mata dan nada suara
Peran-Hubungan	Pola peran klien terhadap hubungan dan ikatan	Persepsi terhadap peran utamanya dan tanggungjawab (ayah, suami, pedagang, dll); kepuasan terhadap keluarga, pekerjaan atau hubungan sosial
Seksualitas-Reproduksi	Pola kepuasan dan ketidakpuasan terhadap pola seksualitas; pola reproduksi	Jumlah anak dan riwayat kehamilan dan persalinan, kesulitan terhadap fungsi seksual; kepuasan terhadap hubungan seksual
Koping/Toleransi Stres	Pola koping umum dan efektifitas toleransi stress	Cara klien dalam menangani stress, ketersediaan sistem pendukung, kemampuan untuk mengontrol atau mengatur situasi
Nilai-Keyakinan	Pola nilai, keyakinan (termasuk agama)	Kegiatan keagamaan ; nilai keyakinan yang tidak sesuai dengan kesehatan

Petunjuk ini akan membantu ners dalam mengumpulkan data pengkajian berdasarkan Pola Kesehatan Fungsional klien untuk mempermudah menentukan diagnosa keperawatan. Pertanyaan – pertanyaan di bawah ini dapat digunakan sebagai panduan dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan mengidentifikasi kekuatan klien dan keluarga.

Nama Mhs : Tanggal :
Inisial Klien : Ruang :
Pendidikan
Diagnosa Medis :
Keluhan Utama
RPD
RPS
Riwayat alergi
Riwayat merokok/alkohol
Pekerjaan

Format Pengkajian Data

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pengelolaan Kesehatan

- a. Bagaimana persepsi klien tentang sehat-sakit ?
- b. Gambaran kesehatan anda saat ini. Apakah lebih baik atau lebih buruk dari 1 tahun yang lalu?
- c. Apa yang anda lakukan saat ini untuk menjaga kesehatan dan atau mengatasi saat sakit ?
- d. Apakah anda pernah mendapatkan informasi tentang kesehatan ? dari mana ?
- e. Apa informasi yang anda butuhkan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan?
- f. Jelaskan hambatan-hambatan yang ada dalam usaha anda menjaga keseshatan?

2. Pola Nutrisi – Metabolisme

- Bagaimana nafsu makan anda?
- Apakah ada keluhan mual dan muntah ?
- Berapa kali anda makan sehari?

Apakah klien selalu menghabiskan porsi makanannya? Kalau tidak, seberapa habisnya?

- Apakah ada perubahan pada pola makanan klien sebelum dan sesudah sakit ?
- Makanan apa yang anda sukai?
- Jelaskan makanan anda sehari-hari?
- Apakah ada makanan yang dipantang?
- Apakah anda mempunyai alergi terhadap makanan? Sebutkan
- Apakah anda mengkonsumsi suplemen?
- Adakah kesulitan makan dan minum anda?
- Berapa banyak cairan yang anda minum dalam sehari?
- Apakah berat badan anda naik/turun dalam kurun waktu 6 bulan terakhir?
- BB: TB: IMT:

3. Pola Eliminasi

Kebiasaan BAB

- Frekuensi BAB dalam sehari? Seperti apa warna dan konsistensinya?
- Adakah perubahan dalam pola BAB anda?
- Apakah anda mempunyai masalah dengan BAB?
- Jika ada masalah dalam BAB, bagaimana klien mengatasinya (misal : ketika konstipasi, diare, ada darah, dll)

Kebiasaan BAK

- Frekuensi/volume BAK ? Apa warna urin anda? Jernih atau keruh?
- Apakah anda mengalami rasa seperti terbakar, sakit atau bau tidak sedap pada urin?
- Apa anda mempunyai masalah dengan BAK?
- Apa ada perubahan pada pola BAK?

4. Pola Aktivitas dan Latihan

- Jelaskan aktifitas harian anda saat ini?
- Seperti apa tipe pekerjaan anda? ringan/sedang/berat
- Rekreasi seperti apa yang anda nikmati dan seberapa anda sering melakukannya?
- Gambarkan tingkat kebugaran fisik anda?
- Bagaimana anda menjaga kebugaran fisik anda? (frekuensi olah raga dalam satu pekan dan lama olah raga?)
- Apakah anda mengalami masalah/ kesulitan dalam melakukan aktivitas?

5. Pola Istirahat dan Tidur

- Berapa jam biasanya anda tidur? Jam berapa anda tidur dan bangun?
- Apa anda merasa cukup dengan kualitas tidur anda?
- Adakah anda mengalami gangguan atau perubahan pada pola tidur anda? Penyebabnya ?
- Apakah anda beristirahat(tidur) pada siang hari?
- Apa yang anda rasakan saat bangun tidur ?
- Apakah ada penggunaan obat/alat bantu tidur/kebiasaan sebelum tidur

6. Pola Kognitif dan Persepsi

- Kaji kemampuan klien dalam belajar, tingkat konsentrasi, daya ingat ?
- Apakah ada masalah pada penglihatan, pendengaran, pembau, perasa ?
- Apakah anda memakai kacamata, lensa kontak, alat bantu dengar atau alat bantu yang lain?

7. Pola Persepsi Diri

- Gambaran diri : Gambarkan tubuh anda! Apa yang anda suka/tidak pada tubuh anda?, Bagaimana perasaan anda tentang berat badan dan penampilan anda? Pernahkah anda mengalami perubahan pada tubuh anda? Jika ya, apakah anda sulit untuk menerima perubahan itu?
- Identitas Diri : Orientasi seksual/gender, sebagai remaja/dewasa
- Ideal diri : Standar dirinya ingin menjadi seperti apa
- Harga Diri : Penghargaan atas dirinya sendiri (contoh : percaya diri, minder)

8. Pola Peran dan Hubungan

- Apakah anda tinggal sendiri?
- Jika tidak, dengan siapa anda tinggal?
- Gambarkan hubungan interaksi dalam keluarga anda
- Apa yang keluarga anda harapkan dari anda?
- Apa yang anda harapkan dari diri anda terkait peran dalam keluarga ?
- Apakah ada perubahan peran saat sakit ? dan bagaimana mengatasinya ?
- Pada siapa anda menceritakan rahasia anda atau ketika ada masalah?
- Apakah ada orang terdekat yang anda temui selain keluarga? Seberapa sering?
- Jelaskan latar belakang budaya anda!

9. Pola Seksualitas dan Reproduksi

- Menarche / Menopause / Siklus Menstruasi teratur atau tidak / Masalah menstruasi ada tidak ?
- Apakah anda pernah melakukan hubungan seksual ?

- Pola seksual klien ? Apakah klien puas dengan hubungan seksual klien?
- Apakah ada masalah seksual atau reproduksi ?
- Apakah ada perubahan pola hubungan seksual selama sakit ?
- Apakah anda menggunakan alat kontrasepsi? Jika ya, jenis apa yang dipakai?
- Apakah anda melakukan SADARI/SABURI?
- Seberapa sering anda melakukannya? Kapan terakhir anda melakukannya?
- Pernahkah anda melakukan pap smears/mammograms? Kapan terakhir anda melakukannya?

10. Pola Koping – Toleransi Stress

- Bagaimana cara anda menyelesaikan masalah?
- Apa stressor yang sering menyebabkan terjadinya permasalahan ?
- Apakah anda pernah mengalami masalah yang sangat berat/kehilangan dalam hidup anda?
- Bagaimana anda menerima masalah di atas?
- Apakah masalah di atas mempengaruhi hubungan anda dengan orang lain?
- Siapakah yang memberikan semangat kepada anda?

11. Pola Nilai dan Keyakinan

- Apa agama dan keyakinan spiritual yang anda yakini ?
- Bagaimana peran agama dalam kehidupan anda ?
- Apa saja kegiatan ibadah dan keagamaan yang anda sering lakukan?
- Apakah anda tetap beribadah ketika sakit ? Kendala dalam beribadah selama sakit ?

Format Pengkajian

A. Pengkajian

Data umum

1. Identitas Klien

- N a m a :
U m u r :
Jenis kelamin :
A g a m a :
Suku/Bangsa :
Alamat :
Tanggal/jam Pengkajian :
Diagnosa Medis :

2. Riwayat Kesehatan saat ini

a) Keluhan utama :

b) Riwayat keluhan utama

3. Riwayat kesehatan masa lalu

4. Riwayat kesehatan keluarga

5. Pengkajian pola fungsi

a. Pola menejemen kesehatan dan persepsi kesehatan

--

b. Pola nutrisi

No	Kegiatan Sehari-hari	Sebelum sakit	Saat sakit
1	Nutrisi : Jenis makanan Pola makan Frekwensi Porsi Nafsu makan		
2	Minum : Frekwensi minum Pola minum Jenis minum Jumlah minuman		

c. Pola eliminasi

No	Pola eliminasi	Sebelum sakit	Sesudah sakit
1	Eliminasi BAK : Frekwensi Warna Bau BAB : Frekwensi Warna Konsistensi		

d. Pola istirahat tidur dan kebersihan diri

No	Pola kebiasaan	Sebelum sakit	Saat sakit
4	Pola istirahat (tidur) Tidur malam Tidur siang		
5	Personal Hygiene Mandi Gosok gigi Cuci rambut Ganti pakaian		

e. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Berpindah					

Ket:

0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: di bantu orang lain, 3: di bantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

--

f) Pola Kognitif dan Persepsi

--

g) Pola Persepsi Diri

--

h) Pola Peran dan Hubungan

--

i) Pola Seksualitas dan Reproduksi

p) Pola Koping – Toleansi Stress

q) Pola Nilai dan Keyakinan

6. Pemeriksaan fisik

Kedaaan umum :

Kesadaran :

Tanda-tanda vital

Suhu :

Nadi :

R R :

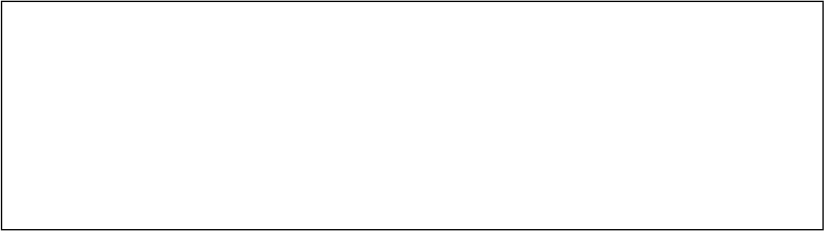
BB sebelum masuk RS :

BB masuk RS :

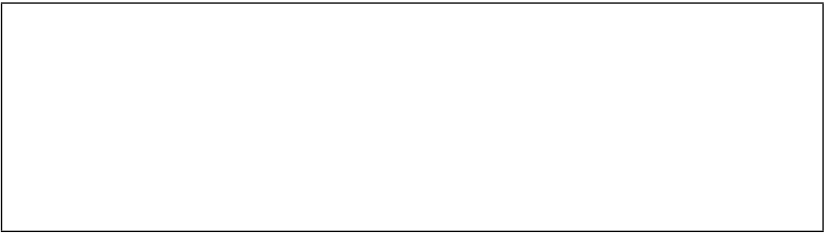
BB ideal :

7. Head to toe

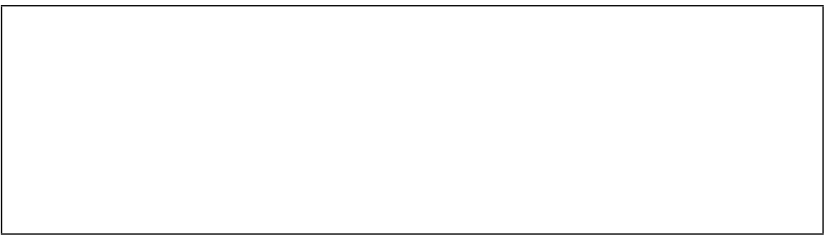
a) Kepala dan Leher



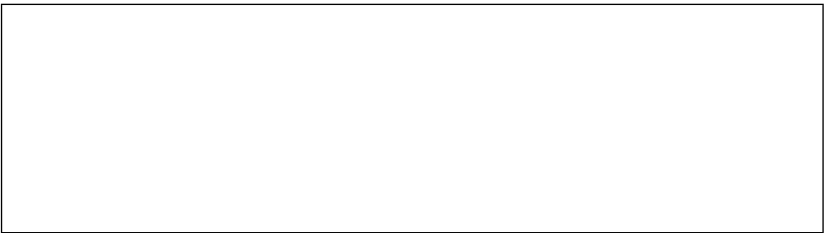
b) Dada,Paru-paru Jantung



c) Abdomen



d) Genetalia/Anus



e) Ekstremitas



8. Pemeriksaan Penunjang.

--

9. Therapi/pengobatan yang diterima

--

**Check List Pengkajian Keperawatan Pola Fungsi Gordon
dengan Wawancara**

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
Tahap pre in-teraksi	1. Baca catatan keperawatan/catatan medis	0	1					1		3
	2. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1					1		3
	3. Persiapan Alat: - Alat tulis - Hand Rub - Sarung tangan bila perlu - Bengkok	0	1					1		3
Tahap Ori-entasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1		2
	2. Klarifikasi nama dan tgl lahir, nomor rekam medis pasien	00	1	2				3		6
	3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan	0	1	2				1		4
	4. Kontrak waktu	0	1					1		1
	5. Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk ber-tanya	0	11					1		1
	6. Minta persetujuan klien/keluarga	0	1					2		2
	7. Dekatkan alat	0	1					1		1
	8. Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu							1		1

Perfor- mance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
Tahap Kerja	1. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1					3	1		3
	2. Baca Basmalah	0	1					2	1		2
	3. Pola Fungsi										
	Persepsi Kesehatan/Pengelolaan Kesehatan	0	1	2	3	4		1	1		4
	Nutrisi-Metabolisme	0	1	2	3	4		1	1		4
	Eliminasi	0	1	2	3	4		1	1		4
	Aktivitas-Latihan	0	1	2	3	4		1	1		4
	Kognitif-Persepsi	0	1	2	3	4		1	1		4
	Tidur-Istirahat	0	1	2	3	4		1	1		4
	Persepsi Diri/Konsep Diri	0	1	2	3	4		1	1		4
	Peran-Hubungan	0	1	2	3	4		1	1		4
	Seksualitas-Reproduksi	0	1	2	3	4		1	1		4
	Koping/Toleransi Stres	0	1	2	3	4		1	1		4
	Nilai-Keyakinan	0	1	2	3	4		1	1		4
	3. Bereskan alat		0	1					1	1	
4. Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai		0	1					2	1		2
5. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)		0	1					3	1		3

Perfor- mance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
Tahap terminasi	1. Evaluasi respon klien	0	1				2	1		2
	2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan	00	1				1	1		1
	3. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien	0	1				1	1		1
	4. Doa kesembuhan klien dengan mengucapkan sya-fakalloh (laki-laki) dan syafakillah (perempuan)	0	1				2	1		2
	5. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya	0	1				1	1		2
	6. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam		1				1	1		1
Dokumentasi	1. Nama dan umur atau nama dan alamat klien	0	11	2			2	1		4
	2. Diagnosa keperawatan	0	1				2	1		2
	3. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1				2	1		2
	4. Evaluasi: Respon klien, hasil pengkajian	0	1	2			2	1		4
	5. Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	1			2	1		2
	6. Nama dan tanda tangan ners	0		2			2	1		4

PENGAJIAN NYERI

Novita Kurnia Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep



Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti praktikum, mahasiswa mampu mendemonstrasikan cara melakukan pengkajian nyeri.



Skenario

Seorang wanita berusia 32 tahun memeriksakan diri dengan keluhan nyeri di perut kanan bawah hilang timbul dan sudah berlangsung selama 3 hari.

Lakukan pengkajian pada wanita tersebut!



Pertanyaan Minimal

1. Apa saja yang perlu disiapkan perawat untuk melakukan pengkajian nyeri?
2. Apa saja yang perlu dikaji jika pasien mengalami nyeri?
3. Bagaimana prosedur melakukan pengkajian nyeri ?



Masalah Keperawatan

Nyeri



Definisi

Nyeri didefinisikan sebagai sensasi tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang sifatnya aktual maupun potensial atau keadaan yang menggambarkan terjadinya kerusakan (Internasional Association for Study of Pain, 2012).

Pengkajian nyeri adalah suatu evaluasi nyeri yang dilaporkan oleh pasien yang berisi faktor-faktor yang meringankan atau memperburuk nyeri serta respon terhadap manajemen nyeri yang diberikan (Medical Dictionary, 2009).

Pengkajian nyeri yaitu pengkajian multidimensi yang dilakukan melalui observasi pada pasien yang mengalami nyeri (Royal Children Hospital, 2015).

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Perawat berperan penting dalam melakukan skrining nyeri. Nyeri sifatnya sangat subyektif pada tiap pasien. Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri pada pasien antara lain:

1. Usia

Anak-anak lebih sulit untuk melaporkan nyeri secara verbal baik kepada orang tuanya maupun kepada perawat. Anak toddler dan pra sekolah belum mampu mengingat untuk mendeskripsikan melalui kata-kata tentang nyeri atau berbagai situasi yang dapat menimbulkan nyeri.

Pada lanjut usia, kemampuan menginterpretasikan nyeri sangat bervariasi. Hal ini dimungkinkan karena komplikasi dari berbagai penyakit yang pernah diderita lansia. Tidak semua lansia mengalami gangguan kognitif, namun pada lansia yang mengalami kesulitan untuk mengingat pengalaman nyeri terdahulu maka perawat perlu menjelaskan dengan lebih detail.

2. Jenis Kelamin

Pada umumnya, laki-laki dan perempuan tidak memiliki perbedaan yang signifikan terhadap respon nyeri (Potter & Perry, 1997).

3. Budaya

Beberapa budaya mempercayai bahwa mengekspresikan rasa nyeri merupakan sesuatu yang alami. Namun, budaya tertentu juga mempercayai bahwa rasa nyeri itu harus ditutupi.

4. Makna dari Nyeri

Makna nyeri seseorang berdampak pada pengalaman nyeri yang dimiliki dan adaptasi yang dilakukan terhadap nyeri yang muncul. Individu akan memaknai nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Derajat dan kualitas nyeri yang diterima seseorang berhubungan dengan makna dari nyeri tersebut.

5. Perhatian

Fokus perhatian seseorang terhadap nyeri berdampak pada persepsi nyeri yang diterima. Meningkatnya perhatian berhubungan dengan meningkatnya nyeri, sementara perubahan upaya seseorang berhubungan dengan menurunnya respon terhadap nyeri.

6. Kecemasan

Hubungan antara kecemasan dengan nyeri sangat kompleks. Kecemasan seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menyebabkan perasaan cemas.

7. Kelemahan
Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri. Kelemahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Hal ini umum terjadi pada individu yang menderita penyakit dalam waktu yang lama.
8. Pengalaman Terdahulu
Masing-masing individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya. Pengalaman yang telah ada ini bukan berarti individu akan dengan mudah menerima nyeri pada masa mendatang. Jika nyeri sebelumnya sangat berat mungkin saja kecemasan atau ketakutan akan semakin besar.
9. Koping
Individu yang memiliki kendali internal yang baik akan dapat mengendalikan lingkungan dengan baik pula, termasuk nyeri.
10. Dukungan Keluarga dan Sosial
Individu yang memiliki pengalaman dengan nyeri seringkali menjadi tergantung pada anggota keluarga atau orang terdekat.

Prinsip-prinsip Pengkajian Nyeri

1. Lakukan berkesinambungan.
 - a. Pada saat pasien masuk RS pertama kali atau pada saat kunjungan oleh tenaga kesehatan.
Skринing nyeri pada saat kunjungan pertama harus dilakukan (*acute-long term care*) oleh tenaga kesehatan sampai kita nyeri bukan lagi menjadi fokus perawatan pasien (AMDA, 2012; Cancer Care Ontario, 2008; RNAO, 2007).
 - b. Setelah ada perubahan status medis.
Tingkat dan intensitas nyeri dipersepsikan oleh pasien sangat fluktuatif tergantung kondisi kesehatan dan perubahan status medis terutama pasien dengan kanker, nyeri persisten non kanker, osteoarthritis, fibromyalgia, atau degeneratif (AMDA, 2012; Cancer Care Ontario, 2008; Cornally & McCarthy, 2011; RNAO, 2007; Spence et al., 2010).
 - c. Sebelum, selama, dan setelah pelaksanaan tindakan.
Tindakan-tindakan yang beresiko menimbulkan nyeri akut antara lain operasi imunitasi, pembedahan atau insersi/pelepasan selang drainase (Herr, Bursch, Miller, & Swafford, 2010; Hutson, 2009; Taddio et al., 2010).

2. Individual.
Persepsi nyeri tiap individu berbeda maka saat melakukan pengkajian nyeri tenaga kesehatan tidak bisa menyamakan nyeri dengan penyebab sama akan dipersepsikan sama juga oleh individu yang lain.
3. Didokumentasikan.
Lakukan segera dokumentasi setelah selesai melakukan pengkajian nyeri. Dokumentasi yang sesuai dapat digunakan untuk menilai perkembangan perawatan yang dilakukan untuk mengatasi nyeri pasien.

Discussion of Evidence:

Tidak semua pasien dapat mengekspresikan nyerinya dengan baik. Herr (2011) mengidentifikasi pasien yang tidak mampu berbicara atau melaporkan sendiri nyerinya antara lain:

1. Neonatus, bayi, dan anak-anak yang belum dapat berbicara.
2. Dewasa yang mengalami gangguan kognitif (seperti demensia).
3. Seseorang dengan disabilitas intelektual.
4. Seseorang dengan kondisi kritis atau kebingungan.
5. Seseorang dengan penyakit terminal.

Beberapa cara dibawah ini dapat digunakan dalam melakukan pengkajian nyeri untuk seseorang yang tidak mampu melaporkan sendiri nyeri yang dialami.

1. Cari cara agar pasien mampu melaporkan sendiri.
Misal dengan meminta pasien untuk menjawab ya atau tidak, dengan menunjuk format pengkajian nyeri, atau dengan mengidentifikasi perilaku pasien saat nyeri muncul.
2. Cari indikator dari perilaku pasien yang menunjukkan rasa nyeri.
3. Tanyakan kepada keluarga tentang perilaku yang biasa ditunjukkan pasien saat nyeri muncul.
4. Minimalkan menggunakan data vital sign untuk menegakkan nyeri.

Cara Mengukur Nyeri

Ada 3 cara mengukur nyeri:

1. Melaporkan sendiri – golden standard.
2. Perilaku – bagaimana pasien menunjukkan perilaku saat nyeri muncul.
3. Fisiologi – observasi klinis (nadi meningkat, respirasi meningkat/ menurun/ terjadi perubahan, tekanan darah meningkat, saturasi oksigen menurun).

Macam-macam Instrumen Pengkajian Nyeri

Pengkajian Nyeri Untuk Dewasa

1. Symptom Assessment Acronym O, P, Q, R, S, T, U, V

Onset	Kapan nyeri muncul ? berapa lama? Berapa sering nyeri muncul?
Provoking	Apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuatnya berkurang? Apa yang membuat nyeri bertambah parah?
Quality	Bagaimana rasanya? Bisakah anda gambarkan?
Region/ Radiaton	Dimana lokasinya? Apakah menyebar?
Severity	Berapa skala nyerinya? (dari angka 0 sampai 10?) saat ini? Skala nyeri teringan yang dirasakan? Skala nyeri terparah? Seberapa mengganggu nyeri yang anda rasakan? Apakah ada gejala lain yang menyerta nyeri?
Treatment	Pengobatan atau terapi apa yang anda gunakan saat ini? Seberapa efektif hasilnya? Apakah ada efek samping? Pengobatan dan terapi apa yang pernah anda gunakan di masa lalu?
Understanding/ impact on you	Apa yang anda yakini sebagai penyebab nyeri yang anda alami? Bagaimana gejala (nyeri) ini mempengaruhi anda dan keluarga?
Values	Apa target hasil yang anda harapkan dari manajemen nyeri ini?(pengurangan skala nyeri pada level berapa?) berapa skala nyeri (hasil) yang dapat anda toleransi? Apakah ada keyakinan atau pandangan lain tentang nyeri yang penting bagi anda dan keluarga?

2. McGill Pain Questionnaire – 3 dimensi (sensory, affective, evaluative)
3. Brief Pain Inventory – digunakan untuk pasien kanker, HIV dan artritis.
4. Memorial Pain Assessment Card – untuk pasien kanker.
5. Numeric Rating Score
6. Verbal Rating Score
7. Behavioural Pain Scale
8. Critical-Care Pain Observation Tool
9. Checklist of Nonverbal Pain Indicators

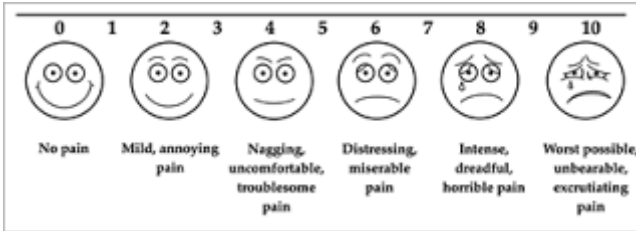
Pengkajian Nyeri pada Bayi

1. CRIES – menggunakan 5 variabel (tangisan, kebutuhan oksigen, peningkatan tanda vital, ekspresi, gangguan tidur) to assess nyeri post operatif pada neonatal
2. Modified Behavioral Pain Scale – menggunakan 3 faktor (ekspresi wajah, tangisan dan gerakan); sesuai digunakan untuk bayi usia 2-6 bulan.
3. PAT Tool – Neonatal Intensive Care Unit.
4. Comfort B – Ventilated paediatric.
5. Neonatal Infant Pain Scale.
6. Premature Infant Pain Profile.

Pengkajian Nyeri pada Anak

Kurangnya pengetahuan dan ketrampilan bahasa yang digunakan akan mempengaruhi hasil pengukuran nyeri pada anak. Untuk anak usia lebih dari 3-4 tahun, self report measures may be used. Walaupun terkadang anak-anak banyak yang mengungkapkan nyeri dengan perilaku misal menolak diinjeksi atau prosedur lain yang menyebabkan nyeri.

1. FLACC – Face-Legs-Activity-Cry-Consolability
2. Wong-Baker Faces Pain Scale
3. Visual Analog Scale



4. Pediatric Pain Questionnaire
5. Non-communicating Children's Pain Checklist

Pengkajian Nyeri pada Lanjut Usia

1. Pain Assessment in Advanced Dementia Scale.
2. Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate.
3. DOLOPLUS 2 Scale.

CHECK LIST PROSEDUR PENGKAJIAN NYERI

Tahap	Prosedur 0	Raw Score				Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3 Actual	Score	
		1	2	3	4			Max	
Tahap pre inter-aksi	1	0	1			3	1		3
	2	0	1			3	1		3
	3	0	1			3	1		3
Tahap Orientasi	4	0	1			3	1		3
	1	0	1	2		1	1		2
	2	0	1	2		2	1		4
	3	0	1	2		3	1		6
Tahap Kerja	4	0	1			1	1		1
	5	0	1			1	1		1
	6	0	1			3	1		3
Tahap Kerja	7	0	1			1	1		1
	1	0	1			1	1		1
	2	0	1	2	3	2	2		12
	3	0	1	2	3	2	2		12
	4	0	1	2	3	2	2		12
5	0	1	2	3	2	2		12	

Tahap	Prosedur 0	Raw Score				Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3 Actual	Score		
		1	2	3	4			Max		
	6	Kaji skala nyeri. Tanyakan skala teringan dan terberat. Minta pasien menggambarkan gangguan yang dialami akibat nyeri dan gejala lain yang menyertai nyeri.						2		12
		7						2		12
		8						2		12
		9						2		12
Tahap Terminasi	1	Evaluasi respon klien						3	1	3
	2	Simpulkan hasil						3	2	12
	3	Beri reinforcement sesuai kemampuan klien						1	1	1
	4	Kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya						1	1	1
	5	Ucapkan salam						1	1	1
Dokumen-tasi	1	Identitas pasien						2	1	2
	2	Hasil pengkajian nyeri						2	2	8
	3	Tanggal dan jam pelaksanaan						1	1	1
	4	Nama dan tanda tangan						1	1	1
Perilaku Profesional	1	Hati-hati						2	1	2
	2	Teliti						2	1	2
	3	Memperhatikan kenyamanan pasien						2	1	2
	4	Penampilan islami						2	1	2
							Total Nilai		165	

PEMERIKSAAN FISIK KEPALA DAN LEHER

Oleh: Ferika Indarwati, MNg dan Arianti, M.Kep.,Sp.Kep.MB



Tujuan Instruksional Khusus :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan prosedur pengkajian fisik pada kepala leher
2. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian fisik kepala leher

Skenario

Seorang laki-laki (52 tahun), dirawat hari pertama di bangsal rawat. Kondisi pasien saat ini mampu membuka mata secara spontan, sadar penuh, namun tidak mampu berbicara dan tidak mampu menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya. Berdasarkan keterangan keluarga (istrinya), pasien memiliki riwayat penyakit diabetes dan hipertensi. Anda sebagai Ners akan melakukan pemeriksaan fisik pada area kepala dan leher



Pertanyaan Minimal :

1. Apa yang perlu Ners siapkan untuk mengkaji pasien tersebut?
2. Bagaimana cara melakukan pengkajian fisik kepala leher?
3. Apa saja yang harus di kaji pada saat pemeriksaan fisik pasien tersebut?

Masalah Keperawatan

- a. Gangguan persepsi sensori
- b. Nyeri
- c. Risiko tinggi terhadap infeksi



PEMERIKSAAN FISIK KEPALA DAN LEHER

1. Pemeriksaan Kepala
 - Inspeksi :
bentuk kepala (dolicephalus/ lonjong, Brakhiocephalus/ bulat), kesimetrisan, dan pergerakan. Adakah hirocephalus/ pembesaran kepala.
 - Palpasi :
Nyeri tekan, fontanella cekung / tidak (pada bayi).

2. Pemeriksaan Rambut
 - Inspeksi dan Palpasi :
penyebaran, bau, rontok ,warna.
Distribusi, merata atau tidak, adakah alopesia, daerah penyebaran Quality, Hirsutisme (pertumbuhan rambut melebihi normal) pada sindrom chasing, polycistik ovarii, dan akromrgali, penurunan jumlah dan pertumbuhan rambut seperti pada penderita hipotiroitisme (alopesia). Warna, putih sebelum waktunya terjadi pada penderita anemia perniciososa, merah dan mudah rontok pada malnutrisi.

3. Pemeriksaan Mata
 - Inspeksi :
 - a. Kelengkapan dan kesimetrisan mata
 - b. Adakah ekssoftalmus (mata menonjol), atau Enoftalmus (mata tenggelam)
 - c. Kelopak mata / palpebra : adakah oedem, ptosis, peradangan, luka, atau benjolan
 - d. Bulu mata : rontok atau tidak
 - e. Konjunctiva dan sclera, adakah perubahan warna, kemerahan ,kuning atau pucat.
 - f. Warna iris serta reaksi pupil terhadap cahaya, miosis /mengecil, midriasis/ melebar, pin point / kecil sekali, nomalnya isokor / pupil sama besar.
 - g. Kornea, warna merah biasanya karena peradangan, warna putih atau abu-abu di tepi kornea (arcus senilis), warna biru, hijau pengaruh ras. Amati kedudukan kornea,
Nigtasmus : gerakan ritmis bola mata, Strabismus konvergent : kornea lebih dekat ke sudut mata medial, Strabismus devertent : Klien mengeluh melihat doble, karena kelumpuhan otot.

4. Pemeriksaan Telinga

□ Inspeksi dan palpasi

Amati bagian telinga luar: bentuk, ukuran, warna, lesi, nyeri tekan, adakah peradangan, penumpukan serumen.

Dengan otoskop periksa amati, warna, bentuk, transparansi, perdarahan, dan perforasi.

Uji kemampuan kepekaan telinga :

- dengan bisikan pada jarak 4,5 – 6 M untuk menguji kemampuan pendengaran telinga kiri dan kanan
- dengan arloji dengan jarak 30 Cm, bandingkan kemampuan mendengar telinga kanan dan kiri
- dengan garpu tala lakukan uji weber: mengetahui keseimbangan konduksi suara yang didengar klien, normalnya klien mendengar seimbang antara kanan dan kiri
- dengan garpu tala lakukan uji rinne: untuk membandingkan kemampuan pendengaran antara konduksi tulang dan konduksi udara, normalnya klien mampu mendengarkan suara garpu tala dari konduksi udara setelah suara dari konduksi tulang
- dengan garpu tala lakukan uji swabach: untuk membandingkan kemampuan hantaran konduksi udara antara pemeriksa dan lien, dengan syarat pendengaran pemeriksa normal.

5. Pemeriksaan Hidung

□ Inspeksi dan palpasi

Amati bentuk tulang hidung dan posisi septum nasi (adakah pembengkokan atau tidak)

Amati meatus, adakah perdarahan, kotoran, pembengkakan, mukosa hidung, adakah pembesaran (polip)

6. Pemeriksaan Mulut dan Faring

□ Inspeksi dan Palpasi

- Amati bibir, untuk mengetahui kelainan konginetal (labioseisis, palatoseisis, atau labiopalatoseisis), warna bibir pucat, atau merah ,adakah lesi dan massa.
- Amati gigi ,gusi, dan lidah, adakah caries, kotoran, kelengkapan, gigi palsu, gingivitis, warna lidah, perdarahan dan abses.
- Amati orofaring atau rongga mulut, bau mulut, uvula simetris atau tidak
- Adakah pembesaran tonsil, T : 0, Sudah dioperasi, T : 1, Ukuran normal, T : 2, Pembesaran tonsil tidak sampai garis tengah, T : 3, Pembesaran sampai garis tengah, T : 4 , Pembesaran melewati garis tengah

- Perhatikan suara klien ada perubahan atau tidak
- Perhatikan adakah lendir dan benda asing atau tidak

7. Pemeriksaan Wajah

Inspeksi : Perhatikan ekspresi wajah klien, Warna dan kondisi wajah klien, struktur wajah klien, sembab atau tidak, ada kelumpuhan otot-otot fasialis atau tidak.

8. Pemeriksaan Leher

Dengan inspeksi dan palpasi amati dan rasakan :

- a. Bentuk leher simetris atau tidak, ektomorf / kurus ditemukan pada orang dengan gizi jelek, atau TBC, sedangkan endomorf ditemukan pada klien obesitas, adakah peradangan ,jaringan parut, perubahan warna, dan massa
- b. Kelenjar tiroid, ada pembesaran atau tidak dengan meraba pada suprasternal pada saat klien menelan, normalnya tidak teraba kecuali pada orang kurus
- c. Vena jugularis, ada pembesaran atau tidak, dengan cara lakukan pembundungan pada supraclavikula kemudian tekan pada ujung proximal vena jugularis sambil melepaskan bundungan pada supraclavikula, ukurlah jarak vertical permukaan atas kolom darah terhadap bidang horizontal, katakanlah jaraknya a Cm di atas atau di bawah bidang horisontal. Maka nilai tekanan vena jugularisnya adalah : $JVP = 5 - a \text{ Cm}$, (bila di bawah bidang horizontal) $JVP = 5 - a \text{ CmHg}$ (bila di atas bidang horizontal), normalnya $JVP = 5 - 2 \text{ CmHg}$
 - Pengukuran langsung tekanan vena melalui pemasangan CVP dengan memasukan cateter pada vena ,tekanan normal CVP = $5 - 15 \text{ CmHg}$
 - Palpasi pada leher untuk mengetahui pembesaran kelenjar limfe, kelenjar tiroid dan posisi trakea
 - Pembesaran kelenjar limfe leher (Adenopati limfe)menandakan adanya peradangan pada daerah kepala, orofaring, infeksi TBC, atau syphilis.
 - Pembesaran tiroid dapat terjadi karena defisiensi yodium
 - Perhatikan posisi trakea, bila bergeser atau tidak simetris dapat terjadi karena proses desak ruang atau fibrosis pada paru atau mediastinum

TINJAUAN TEORI FOKUS : PEMERIKSAAN FISIK PADA MATA

Pemeriksaan fisik mata

Perawat menggunakan pendekatan sistematis, dari luar ke dalam. Struktur eksternal mata dan bola mata diperiksa terlebih dahulu, kemudian diperiksa struktur internal. Teknik yang dipergunakan adalah inspeksi dan palpasi. Inspeksi dilakukan dengan instrument oftalmik khusus dan sumber cahaya. Palpasi dilakukan untuk mengkaji nyeri tekan mata, deformitas dan untuk mengeluarkan cairan dari puncta, serta mendeteksi secara kasar tingkat tekanan intra okuler.

- a) **Postur dan gambaran klien**, catat kombinasi pakaian yang tidak lazim, yang mungkin mengindikasikan *colou vision defect*. Demikian juga karakteristik postur yang menarik perhatian seperti mendongakan kepala yang dapat merupakan tanda sikap kompensasi untuk memperoleh pandangan yang jelas. Sebagai contoh, klien dengan double vision dapat mengangkat kepalanya ke satu sisi sebagai usaha untuk memfokuskan pandangan menjadi satu (Vaughan, 2009).
- b) **Kesimetrisan mata**, observasi kesimetrisan mata kanan dan kiri. Kaji kesimetrisan wajah klien untuk melihat apakah kedua mata terletak pada jarak yang sama. Kaji letak mata pada orbit. Periksa apakah salah satu mata lebih besar atau menonjol ke depan.
- c) **Alis dan kelopak mata**, aobservasi kuantitas dan penyebaran bulu alis. Inspeksi kelopak mata, anjurkan pasien melihat ke depan, baringkan mata kiri dan kanan, anjurka pasien menutup kedua mata, amati bentuk dan keadaan kulit dari kedua kelopak mata, serta pinggiran kelopak mata, catat jika ada kelainan (kemerahan). Perhatikan keluasan mata dalam membuka, catat adanya dropping kelopak mata atas atau sewaktu membuka (ptosis)
- d) **Bulu mata**, periksa bulu mata untuk posisi dan distribusinya. Selain berfungsi sebagai pelindung, juga dapat menjadi iritan bagi mata bila menjadi panjang dan salah arah. Dan hal ini dapat mengakibatkan iritan pada kornea. Orang yang emnderita depigmentasi abnormal, albinisme, infeksi kronik, dan penyakit autoimun, bulu mata akan memutih atau poliosis (Vaughan, 2009).

- e) **Kelenjar lakrimalis**, observasi bagian kelenjar lakrimal dengan cara meretraksi kelopak mata atas dan menyuruh klien untuk melihat ke bawah. Kaji adanya edema pada kelenjar lakrimal, perawat dapat emnekan saku lakrimalis dekat pangkal hidung untuk memeriksa adanya obstruksi duktus nasolakrimalis, jika di dalamnya terdapat peradangan akan keluar cairan puntum lakrimalis. Puntum lakrimalis dapat diobservasi dengan cara menarik kelopak mata bawah secara halus melalui pipi. (Potter, 2006).
- f) **Konjungtiva dan sclera**, sclera dan konjungtiva bulbaris diinspeksi secara bersama. Jika pada konjungtiva palpebra klien dicurigai kelainan, palpebra atas and bawah harus dibalik. Palpebra bawah dibalik dengan cara menarik batas atas ke arah pipi sambil klien dianjurkan untuk melihat ke atas. (Brunner, 2002). Amati keadaan konjungtiva, kantong konjungtiva bagian bawah, catat bila ada pus atau warna tidak normal seperti anemis. Kaji warna sclera, pada keadaan normal berwarna putih. Warna kekuning – kuning dapat mengindikasikan jaundis/ikterik atau masalah sistemik.
- g) **Kornea**, observasi dengan cara memberikan sinar secara serong dari beberapa sudut. Kornea seharusnya transparan, halus, jernih dan bersinar. Observasi adanya kekeruhan yang mungkin adalah infiltrate atau sikatrik akibat trauma atau cedera. Cikatrik kornea dapat berupa nebula (bercak seperti awan yang hanya dapat dilihat di kamar gelap dengan cahaya buatan). Macula (bercak putih yang dapat dilihat di kamar terang) dan leukoma (bercak putih seperti porselen yang dapat dilihat dari jarak jauh). Jika klien sadar juga dapat dilakukan reflek berkedip.
- h) **Pupil**, amati warna iris ukuran dan bentuk pupil yang bulat dan teratur. Pupil yang tidak bulat dan teratur akibat perlengketan iris dengan lensa/kornea (sinekkia). Lanjutkan pengkajian terhadap reflek cahaya. Pupil yang normal akan berkonstriksi secara reguler dan konsentris, efek tidak langsung, pupil mengecil pada penyinaran mata disebelahnya. Reaksi yang lambat atau tidak adanya reaksi dapat terjadi pada kasus peningkatan tekanan intrakranial (bentuk normal: isokor, pupil yang mengecil (<2mm) disebut **miosis**, amat kecil disebut : **pinpoint**, sedangkan yang melebar (>5mm) disebut **midriasis**). Nyatakan besarnya pupil dalam mm (normalnya 2-5mm). Pemeriksaan pupil normal biasanya didokumentasikan

dan disingkat *PERRLA* : *Pupil Equal Round and Reaktif to Light and Accomodation* (pupil seimbang, bulat, dan bereaksi terhadap cahaya dan akomodasi).

3. Pengkajian mata diagnostic

a. **Pemeriksaan fundus**, dengan alat yang disebut oftalmoskop yang mempunyai tujuan untuk memeriksa bagian mata sebelah dalam yang dinamakan fundus, yang meliputi retina, evaluasi diskus optikus, pembuluh darah retina, karakteristik retina, area macula, dan humor vitreus diskus. Tujuannya adalah untuk melihat susunan retina, melihat warna retina apakah kemungkinan adanya perdarahan, mengamati pembuluh darah besar, mengamati warna macula (yang normalnya lebih terang dari retina), warna, batas dan pigmentasi diskus optikus (normalnya berbetuk melingkar, warna merah muda agak pink, batas terang dan tetap dengan jumlah pigmen yg bervariasi).

b. **Pemeriksaan ketajaman penglihatan (visus)**

a) **Snellen chart**, adalah salah satu dari beberapa lat sederhana yang digunakan perawat untuk mencatat penglihatan jauh. Tulisan E atau C adalah yang sering digunakan pada kartu dengan huruf tunggal. Ketajaman penglihatan diekspresikan dalam rasio yang membandingkan dengan bagaimana seseorang dengan penglihatan normal melihat dari jarak 20 kaki dengan yang dilihat klien dari jarak 20 kaki. Ketajaman penglihatan 20/50 berarti klien dapat melihat 20 kaki jauhnya, sedangkan orang normal mampu melihat 50 kaki jauhnya. Nilai 20/200 adalah batas kebutaan legal. Klien seperti ini hanya dapat membaca dengan akurat huruf benar di baris paling atas kartu Snellen (Vaughan, 1999).

b) **Uji penglihatan dekat**, dilakukan pada klien yang mengemukakan kesulitan membaca dan dan berusia kurang dari 40 tahun. Perawat dapat memakai Koran dengan berbagai ukuran huruf atau kartu Jaeger untuk menguji penglihatan. Kartu ini dipegang klien dengan jarak 35 cm dari mata. Klien diinstruksikan untuk membaca huruf – huruf dalam kartu. Perawat mencatat nilai jaeger yaitu baris terbawah tempat klien dapat mengidentifikasi lebih dari setiap karakter. Tajam penglihatan diuji pada tiap mata (monocular 0, dan kemudian pada kedua mata secara bersama – sama (binocular).

- c) **Uji hitung jari**, dilakukan apabila pasien tidak dapat membaca huruf terbesar. Perawat dapat menentukan ketajaman dari penglihatan pasien dengan cara meletakkan jari di depan pasien dan meminta pasien menghitung jari. Jika pasien dapat menghitung atau melihat jari pemeriksa dari jarak 6 meter, maka visus adalah 6/60 atau jarak 5 meter dengan visus 5/60.

- d) **Uji gerak tangan**, dilakukan pada pasien yang tidak dapat menghitung jari. Dapat dilakukan dengan cara menutup salah satu mata klien dan sinar lampu diarahkan pada tangan perawat. Perawat menunjukkan tiga kemungkinan perintah, perintah tersebut adalah tegak berhenti, kiri ke kanan, dan atas ke bawah. Perawat menggerakkan tangan dengan perlahan dan tanyakan pada klien " ke arah mana tangan saya sekarang". Jika pasien dapat menjawab 3 dari 5 perintah ketajaman visus adalah 1/300 atau jarak terjauh dimana pasien dapat mengidentifikasi mayoritas perintah gerakan.

- e) **Uji persepsi cahaya (light perception)**, dilakukan pada pasien yang tidak dapat mendeteksi gerak tangan. Dilakukan pada lingkungan yang gelap, salah satu mata pasien ditutup , arahkan sinar senter pada mata yang tidak ditutup selama 1 – 2 detik. Pasien diinstruksikan mengatakan hidup pada saat sinar diterima dan mati pada saat padam. Jika pasien menjawab benar 3 dari 5 perintah maka visus adalah LP, dan yang tidak dapat mendeteksi disebut Non Light Perception/ NLP.

c. Pengukuran tekanan okuler

Tonometri adalah cara pengukuran tekanan intra okuler dengan memakai alat – alat terkalibrasi yang melekuakan atau meratakan apeks kornea. Tonometer adalah alat yang digunakan untuk memeriksa tekanan intraokuler (TIO). TIO normal adalah 10-21/24 mm Hg. Tonometri harus dilakukan pada klien berusia 40 tahun. Ada dua jenis tonometri yang digunakan untuk mengukur TIO yakni tonometer Schiotz dan tonometer Applanasi (Vaughan,1999).

1. **Tonometri Schiozt**, mengukur besarnya indentansi kornea yang dihasilkan oleh beban atau gaya yang telah disiapkan. Makin lunak mata, makin besar lekukan yang diakibatkan pada kornea.

2. **Tonometri Applanasi**, adalah satu dari metode yang paling populer dan akurat untuk pengukuran TIO. Kuantitas kekuatan yang diperlukan dapat ditentukan. Dapat mengubah dan mengukur besarnya beban yang diperlukan untuk meratakan apeks kornea dengan beban standar. Makin tinggi TIO, makin besar beban yang dibutuhkan.

d. Pemeriksaan lapang pandang

Menurut beberapa ahli merupakan suatu pemeriksaan penglihatan perifer. Pemeriksaan medan penglihatan dapat menghasilkan informasi yang mengungkapkan lesi di seluruh susunan optikus, mulai dari nervus optikus, kiasma, traktus optikus, traktus genikulo kalkarina pada tingkat lobus temporal, parietal dan oksipital. **Tes konfrontasi**, memakai jari sebagai objek yang harus dilihat di dalam batas medan penglihatan. **Perimeter**, alat diagnostic yang berbentuk lengkungan, tes dilakukan secara monocular. Objek yang dilihat oleh pasien dapat berwarna dan berukuran kecil atau besar tergantung dari sifat informasi yang hendak diungkapkan oleh tes perimeter ini.

e. Uji penglihatan warna

Color vision yang normal sangat penting untuk pekerjaan tertentu. Kurang lebih 8% pria dan 0,5% wanita mengalami kelainan color vision congenital. Terdapat beberapa metode yang dapat digunakan untuk menguji color vision (Vaughan, 1999). Alat yang paling sering digunakan adalah ISHIHARA Chart, yang berisi angka yang tersusun dari titik – titik berwarna, berada dalam lingkaran yang juga tersusun dari titik – titik warna. Uji ini sensitive untuk mendiagnosis buta warna merah atau hijau, tetapi tidak efektif untuk mendeteksi kelainan warna biru.

f. Uji otot ekstraokuler

Meliputi tiga komponen yaitu corneal light reflex, the six cardinal position of gaze and cover uncover test. Ketiganya untuk observasi perawat terhadap paralisme mata dan kehalusan pergerakan mata. (Smeltzer, 2002).

g. Corneal light reflex

Menentukan paralelisme atau kelurusan kedua mata. Kelemahan otot ekstraokuler dapat menyebabkan deviasi okuler.

h. The six cardinal position of gaze, menggerakkan bola mata ke enam arah utama, yaitu lateral, kanan atas (temporal), kanan bawah, kiri klien, kiri atas, kiri bawah.

- 1 **Diplopia**, adalah pandangan ganda, selama transisi dari salah satu posisi cardinal lirikan, pemeriksa dapat mengetahui adanya salah satu atau lebih otot ekstraokuler yang gagal berfungsi dengan benar.
- 2 **Nistagmus**, suatu gerakan involunter pada mata secara mendadak ireguler seperti gerakan lirikan ke posisi lateral.

TINJAUAN TEORI FOKUS: PEMERIKSAAN FISIK TELINGA

1. Pemeriksaan fisik telinga

Perawat meninspeksi dan memalpasi struktur telinga luar, inspeksi telinga tengah dengan otoskop dan menguji telinga dalam dengan mengukur ketajaman pendengaran.

- Pemeriksaan harus dimulai dengan inspeksi dan palpasi aurikula dan jaringan sekitarnya. Liang telinga juga harus diperiksa, mula – mula tanda speculum sebelum memeriksa membrane timpani. Liang telinga tidak berjalan lurus untuk meluruskannya pada pemeriksaan, pegang aurikula dan tarik sedikit ke belakang dan keatas pada orang dewasa, dan ke arah bawah pada bayi.
- **Speculum telinga yang dipegang dengan tangan** digunakan bersama dengan suatu kaca kepala dan sumber cahaya. Berdinding tipis dan berbentuk corong, permukaannya bersifat tidak memantulkan serta tersedia dalam berbagai ukuran. Karena lubang telinga kecil maka speculum perlu digerakan ke dalam liang telinga untuk dapat melihat seluruh membrane timpani. **Otoskop bertenaga baterai** dapat memperbesar pandangan terhadap membrane timpani. **Otoskopi pneumatic** dengan mudah mendeteksi adanya perforasi membrane timpani atau cairan dalam telinga tengah.
- **Uji Webber**, memanfaatkan konduksi tulang untuk menguji adanya lateralisasi suara. Sebuah garpu tala dipegang erat pada gagangnya dan pukulkan pada lutut atau pergelangan tangan pemeriksa, letakan pada dahi atau gigi pasien. Tanyakan apakah terdengar suara di tengah kepala, di telinga kanan, atau telinga kiri. Individu dengan pendengaran normal akan mendengar suara seimbang pada kedua telinga atau terpusat pada tengah kepala. Bila ada kehilangan pendengaran konduktif (otosklerosis, otitis media), suara akan jelas terdengar pada sisi yang sakit. Bila terjadi kehilangan sensorineural, suara akan mengalami lateralisasi ke telinga yang pendengarannya lebih baik. Uji Webber berfungsi untuk kasus kehilangan pendengaran unilateral (Smeltzer, 2002).

- **Uji Rinne**, gagang garputala yang bergetar diletakan di belakang aurikula pada tulang mastoid samapi pasien tidak mampu lagi mendengar suara. Kemudian pindahkan ke dekat telinga sisi yang sama. Telinga normal masih akan mendengar suara melalui hantaran udara yang menunjukkan konduksi udara belangsung lebih lama dari konduksi tulang. Pada kehilangan pendengaran konduktif, konduksi tulang akan melebihi konduksi udara. Kehilangan pendengaran sensorineural memungkinkan suara dihantarkan melalui udara lebih baik dari tulang, meskipun keduanya merupakan konduktor yang buruk dan segala suara diterima seperti sanagt jauh dan lemah.
- **Uji Schwabach**, membandingkan hantaran tulang pasien dengan pemeriksa. pasien diminta melaporkan saat penala bergetar yang ditempelkan pada mastoidnya tidak lagi dapat didengar. Pada saat itu pemeriksa memindahkan penala ke mastoidnya sendiri dan menghitung berapa lama ia masih dapat menangkap gelombang bunyi. Uji ini dikatakan normal bila hanatran tulang pasien dan pemeriksa hampir sama. Uji ini dikatakan memanjang atau meningkat bila hantaran tulang pasien lebih lama dibandingkan pemeriksa, misalnya pada kasus kehilangan pendengarn konduktif. Dan dikatakan memendek jika pemeriksa masih bias mendengar penala setelah pasien tidak lagi mendengar.

2. Pengkajian diagnostic

Pengkajian diagnostic yang sering dilakukan adalah audiometric dan timfanometri. Terutama dilakukan pada pasien yang mempunyai riwayat penurunan fungsi pendengaran.

- **Audiometric** , ada dua macam yaitu :
 - **Audiometric nada murni**, dimana stimulus suara terdiri dari nada murni atau music (semakin keras nada sebelum pasien bisa mendengar berarti semakin besar kehilangan pendengaran).
 - **Audiometric wicara**, dimana kata yang diucapkan digunakan untuk menentukan kemampuan mendengar dan membedakan suara

Audiogram dapat membedakan kehilangan pendengarn konduktif maupun sensorineural. Pemeriksa memakai earphone dan sinyal mengenai nada yang didengarkan. Agar hasilnya lebih akurat evaluasi audiometric dilakukan pada ruang kedap suara. Respon yang dihasilkan dicatat dalam bentuk grafik yang dinamakan audiogram.

- **Timpanografi atau audiometric impedans,** mengukur reflek otot telinga tengah terhadap stimulus suara, selain kelenturan membrane timpani, dengan mengubah tekanan udara dalam kanalis telinga yang tertutup. Kelenturan akan berkurang pada penyakit telinga tengah

CHECK LIST PROSEDUR PEMERIKSAAN FISIK KEPALA DAN LEHER

Nama :

NIM :

Prosedur	raw score	critically	difficulty	Max score
PRA INTERAKSI				
1. Baca catatan keperawatan/catatan medis	1	2	1	2
2. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	1	3	1	3
3. Persiapan Alat:	1	3	1	3
Alat tulis penlight				0
Hand Rub Refleks hammer				0
Bengkok				0
FASE KERJA				0
1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	1	2	1	2
2. Klarifikasi nama, tanggal lahir, dan alamat (bisa klarifikasi ke keluarga)	1	2	1	2
3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pemeriksaan kepala, leher dan ekstremitas (alat gerak)	1	2	2	4
4. Kontrak waktu	1	1	1	1
5. Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya	1	1	1	1
6. Minta persetujuan klien/keluarga	1	2	1	2
7. Dekatkan alat	1	2	1	2
8. Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu	1	3	1	3
				0
1. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	1	3	1	3
2. Baca Basmalah	1	2	1	2
3. Pemeriksaan Kepala				0
➤ Inspeksi :	1	2	2	4
bentuk kepala, kesimetrisan, pergerakan, dan ukuran kepala, fontanella cekung / tidak				0
➤ Palpasi : Nyeri tekan	1	2	1	2
4. Pemeriksaan Rambut				0
➤ Inspeksi :				0

Prosedur	raw score	critically	difficulty	Max score
Penyebaran rambut, bau, rontok ,warna, Hirsutisme (pertumbuhan rambut melebihi normal) alopesia (botak).	1	2	1	2
5. Pemeriksaan Mata				0
➤ Inspeksi :				0
a. Kelengkapan dan kesimetrisan mata (termasuk gerakan bola mata)	1	2	1	2
b. Adakah ekssoftalmus (mata menonjol), atau Enofthalmus (mata tenggelam)	1	2	1	2
c. Kelopak mata / palpebra : adakah oedem, ptosis, peradangan, luka, atau benjolan	1	2	1	2
d. Bulu mata : rontok atau tidak	1	2	1	2
e. Konjunctiva dan sclera, adakah perubahan warna, kemerahan ,kuning atau pucat.	1	2	1	2
f. Warna iris serta reaksi pupil terhadap cahaya, miosis / mengecil, midriasis/ melebar, pin point / kecil sekali, nomalnya isokor / pupil sama besar.	1	2	2	4
g. Kornea, warna	1	2	1	2
h. Tes fungsi penglihatan dengan jari pemeriksa. Minta pasien menyebutkan berapa jumlah jari pemeriksa dalam jarak 3 meter, 2 meter atau 1 meter.	1	2	2	4
6. Pemeriksaan Telinga				0
➤ Inspeksi : Amati bagian teliga luar: bentuk, ukuran, warna, lesi, adakah peradangan, penumpukan serumen, ada sekret.	1	2	1	2
➤ Palpasi: Nyeri tekan	1	2	1	2
Tes pendengaran dengan tes rhinne / swabach	1	2	2	4
7. Pemeriksaan Hidung				0
➤ Inspeksi dan palpasi				0
Amati bentuk tulang hidung dan posisi septum nasi (adakah pembengkokan atau tudak)	1	2	1	2
Amati meatus, adakah perdarahan, kotoran, pembengkakan, mukosa hidung, adakah pembesaran (polip)	1	2	1	2

Prosedur	raw score	critically	difficulty	Max score
Tes penciuman dengan bau kopi atau yang dikenal pasien	1	2	1	2
8. Pemeriksaan Mulut dan gigi				0
➤ Inspeksi				0
Amati bibir, untuk mengetahui kelainan konginetal (labioseisis, palatoseisis, atau labiopalatoseisis), warna bibir pucat, atau merah ,adakah lesi dan massa.	1	2	1	2
Kesimetrisan : minta pasien untuk senyum, amati ada bagian yang tertinggal / tidak simetris	1	2	1	2
Amati gigi ,gusi, dan lidah, adakah caries, kotoran, kelengkapan, gigi palsu, gingivitis,warna lidah, perdarahan dan abses.	1	2	2	4
Amati orofaring atau rongga mulut, bau mulut, uvula simetris atau tidak	1	2	2	4
Adakah pembesaran tonsil,	1	2	2	4
Perhatikan suara klien ada perubahan atau tidak	1	2	1	2
Perhatikan adakah lendir dan benda asing atau tidak	1	2	1	2
9. Pemeriksaan Wajah				0
Inspeksi : Simetris/tdk, perhatikan ekspresi wajah klien, Warna dan kondisi wajah klien, struktur wajah klien, sembab atau tidak, ada kelumpuhan otot-otot fasialis atau tidak.	1	2	2	4
10. Pemeriksaan Leher				0
Dengan inspeksi :				0
- Bentuk leher simetris atau tidak, adakah peradangan ,jaringan parut, perubahan warna, dan massa	1	2	2	4
Dengan palpasi:				0
Raba kelenjar tiroid, ada pembesaran atau tidak, klien diminta menelan, raba nadi karotis, raba kelenjar limfe dibawah mandibula	1	2	2	4

Prosedur	raw score	critically	difficulty	Max score
FASE TERMINASI				0
1. Bereskan alat	1	3	1	3
2. Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	1	2	1	2
3. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)	1	3	1	3
4. Evaluasi respon klien	1	2	1	2
5. Menyimpulkan hasil pemeriksaan yang dilakukan	1	2	2	4
6. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien	1	1	1	1
7. Doa kesembuhan klien	1	3	2	6
8. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya	1	2	1	2
9. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	1	1	1	1
DOKUMENTASI				0
1. Nama dan umur atau nama dan alamat klien	1	3	1	3
2. Jenis pemeriksaan yang dilakukan	1	2	1	2
3. Tuliskan hasil pemeriksaan dalam DO dan DS	1	3	2	6
4. Tanggal dan jam pelaksanaan	1	2	1	2
5. Nama dan tanda tangan ners	1	3	1	3
SOFT SKILLS				0
1. Empati	1	2	1	2
2. Teliti	1	2	1	2
3. Rapih	1	2	1	2
4. Tenang	1	2	1	2
Total skor				184

Pemeriksaan Fisik Pada Ekstremitas

Oleh: Ferika Indarwati, MNg dan Arianti, M.Kep.,Sp.Kep.MB

1. Ekstermitas

a. Ekstermitas atas

Inspeksi

- bagaimana pergerakan tangan,dan kekuatan otot

Palpasi

- apakah ada nyeri tekan,masa/benjolan

Motorik

- untuk mengamati besar dan bentuk otot,melakukan pemeriksaan tonus kekuatan otot,dan tes pergerakan sendi

Reflex

- memulai reflex fisiologi seperti biceps dan triceps

Sensorik

- apakah klien dapat membedakan nyeri, sentuhan,temperature,rasa ,gerak dan tekanan.

Pemeriksaan Refleks Otot Biceps

- a. Posisi pasien tidur terlentang dan siku kanan yang akan diperiksa, diletakan diatas perut dalam posisi fleksi 60 derajat dan rileks.
- b. Pemeriksa berdiri dan menghadap pada sisi kanan pasien.
 - a. Carilah tendon biceps dengan meraba fossa kubiti, maka akan teraba keras bila siku difleksikan.
 - b. Letakan jari telunjuk kiri pemeriksa diatas tendon otot biceps.
 - c. Ayunkan hammer reflek sebatas kekuatan ayunan pergelangan tangan, diatas jari telunjuk kiri pemeriksa.
 - d. Terlihat gerakan fleksi pada siku akibat kontraksi otot biceps dan terasa tarikan tendon otot biceps dibawah telunjuk pemeriksa.

Pemeriksaan Refleks Otot Triceps

- a. Posisi pasien tidur terlentang.
- b. Bila siku tangan kanan yang akan diperiksa, maka diletakan diatas perut dalam posisi fleksi 90 derajat dan rileks.
 - a. Pemeriksa berdiri pada sisi kanan pasien.
 - b. Carilah tendon triseps 5 cm diatas siku (proksimal ujung olecranon).
 - c. Letakan jari telunjuk kiri pemeriksa diatas tendon otot triseps.
 - d. Ayunkan hammer reflek sebatas kekuatan ayunan pergelangan tangan diatas jari telunjuk kiri pemeriksa.

- e. Terlihat gerakan ekstensi pada siku akibat kontraksi otot triseps dan terasa tarikan tendon otot triseps dibawah telunjuk pemeriksa.

b. Ekstermitas bawah

- Inspeksi : bagaimana pergerakan kaki,dan kekuatan otot
- Palpasi : apakah ada nyeri tekan,masa/benjolan
- Motorik : untuk mengamati besar dan bentuk otot,melakukan pemeriksaan tonus kekuatan otot,dan tes pergerakan sendi
- Reflex : memulai reflex fisiologi seperti patella, achiles
- Sensorik : apakah klien dapat membedakan nyeri, sentuhan, temperature,rasa ,gerak dan tekanan.

2.3. Pemeriksaan Refleks Tendon Patela

- a. Posisi pasien tidur terlentang atau duduk.
- b. Pemeriksa berdiri pada sisi kanan pasien.
- c. Bila posisi pasien tidur terlentang, lutut pasien fleksi 60 derajat dan bila duduk lutut fleksi 90 derajat.
- d. Tangan kiri pemeriksa menahan pada fossa poplitea.
- e. Carilah 2 cekungan pada lutut dibawah patela inferolateral/ inferomedial, diantara 2 cekungan tersebut terdapat tendon patela yang terasa keras dan tegang.
- e. Ayunkan hammer reflek sebatas kekuatan ayunan pergelangan tangan diatas tendon patella.
- f. Terlihat gerakan ekstensi pada lutut akibat kontraksi otot quadriseps femoris.

2.4. Pemeriksaan Refleks Tendon Achiles

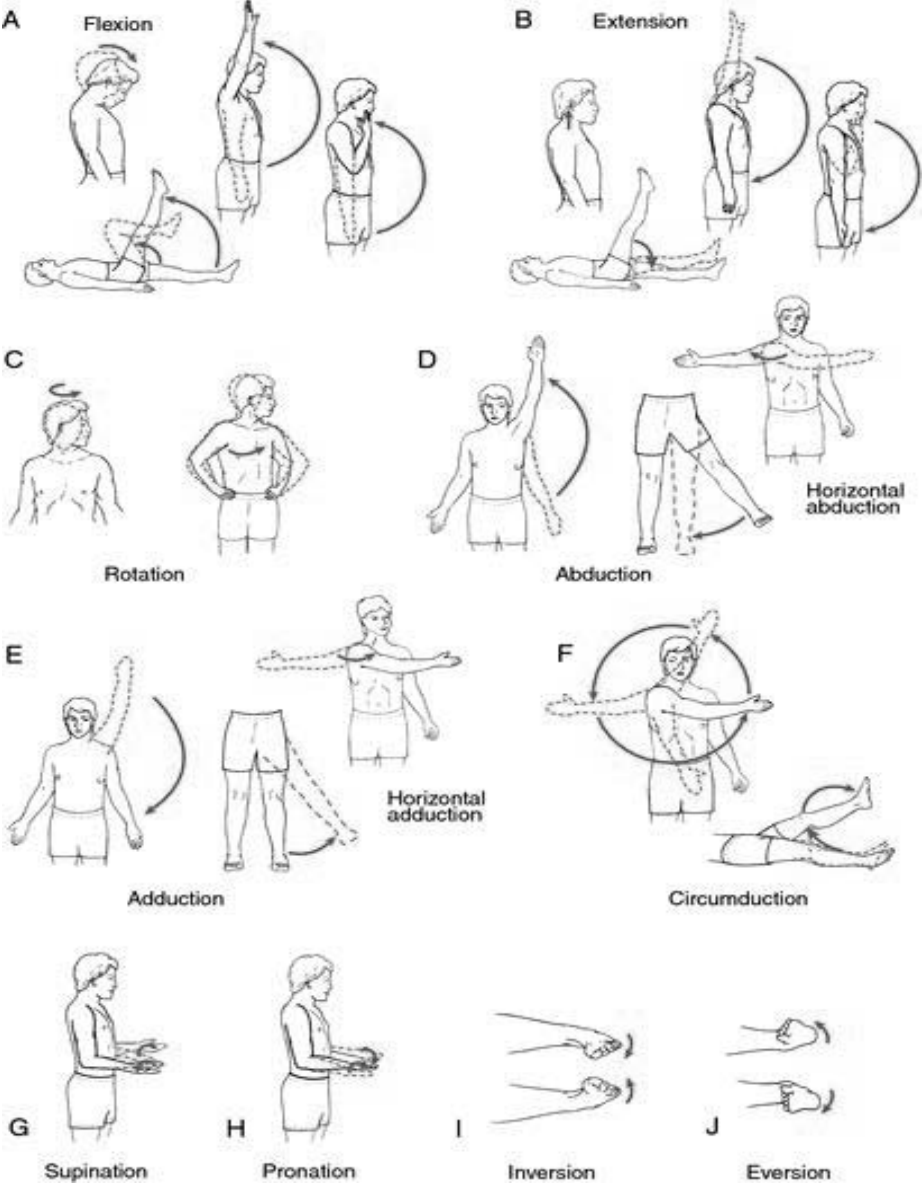
- a. Pasien tidur terlentang atau duduk.
- b. Bila pasien tidur terlentang pemeriksa berdiri dan bila pasien duduk pemeriksa jongkok disisi kiri pasien.
- c. Bila pasien tidur terlentang lutut fleksi 90 derajat dan disilangkan diatas kaki berlawanan, bila pasien duduk kaki menggantung bebas.
- d. Pergelangan kaki dorsofleksikan dan tangan kiri pemeriksa memegang/ menahan kaki pasien.
- e. Carilah tendon achiles diantara 2 cekungan pada tumit yang terasa keras dan makin tegang bila posisi kaki dorsofleksi.

- f. Ayunkan reflek hammer diatas tendon achiles.
- g. Terasa gerakan plantar fleksi kaki yang mendorong tangan kiri pemeriksa dan tampak kontraksi otot gastrocnemius

TES KEKUATAN OTOT

- Setelah diadakan pemeriksaan ekstermitas bawah evaluasi hasil yang di dapat dengan membandingkan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan yang didapat tersebut.
 - Otot adalah satu unit pergerakan yang menyebabkan suatu pergerakan. Fungsi motor normal tergantung dari Upper Motor Neuron dan Lower Motor Neuron yang sempurna atau tidak ada kerusakan pada UMN dan LMN, respon sensorik dan masukan dari bagian atau system neurology yang lain. Gangguan dari pergerakan dapat disebabkan oleh beberapa hal yang mempengaruhi system.
 - *Kekuatan:* Sesuai dengan besarnya otot, tes kekuatan otot harus disesuaikan dengan usia, jenis kelamin dan tingkat olahraga pasien. Sebagai contoh, kelemahan, ketuaan, pasien bedrest mungkin mempunyai otot yang lemah. Interpretasi harus terdiri dari kekuatan dari kelompok otot yang diuji. Sebagai contoh Otot-otot quadices seharusnya lebih kuat dibandingkan dengan otot biseps.
 - Tingkatan skala kekuatan otot:
 - 0/5 Tidak ada pergerakan
 - 1/5 Ada tanda dari konttaksi tetapi tidak ada gerakan sendi.
 - 2/5 Bergerak tetapi tidak mampu menahan gaya gravitasi.
 - 3/5 Bergerak melawan gaya gravitasi tapi tidak dapat melawan tahanan otot pemeriksa
 - 4/5 Bergerak dengan lemah terhadap tahanan otot pemeriksa
 - 5/5 Kekuatan otot normal
- '+' dan '-' dapat ditambahkan pada skala pasien , jika ada tingkatan/ peralihan dari kekuatan. Kemudian, pasien yang menjadi "moderate tetapi tidak dapat menahan secara penuh" bias dilanjutkan menjadi 4+ atau 5-, Hal ini cukup subyektif, dengan sumber para klinisi yang sangat bervariasi.

MEMERIKSA PERGERAKAN ROM SEDERHANA



CHECK LIST PROSEDUR PEMERIKSAAN EKSTREMITAS

Nama :

NIM :

PEMERIKSAAN FISIK EKSTREMITAS					
Prosedur	raw score	critically	difficulty	Max score	
PRA INTERAKSI					
1. Baca catatan keperawatan/catatan medis	1	2	1	2	
2. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	1	3	1	3	
3. Persiapan Alat:	1	3	1	3	
Alat tulis penlight				0	
Hand Rub Refleks hammer				0	
Bengkok				0	
FASE KERJA					
1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	1	2	1	2	
2. Klarifikasi nama, tanggal lahir, dan alamat (bisa klarifikasi ke keluarga)	1	2	1	2	
3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pemeriksaan kepala, leher dan ekstremitas (alat gerak)	1	2	2	4	
4. Kontrak waktu	1	1	1	1	
5. Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya	1	1	1	1	
6. Minta persetujuan klien/keluarga	1	2	1	2	
7. Dekatkan alat	1	2	1	2	
8. Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu	1	3	1	3	

PEMERIKSAAN EKSTREMITAS					
Ekstermitas atas					0
1. bagaimana pergerakan tangan,dan kekuatan otot	1	2	1	2	0
2. apakah ada nyeri tekan, massa/benjolan	1	2	1	2	2
3. memeriksa tonus otot, kekuatan otot, dan tes pergerakan	1	2	1	2	6
4. memulai reflex fisiologi seperti biceps dan triceps	1	2	1	2	6
5. apakah klien dapat membedakan nyeri, sentuhan,temperature, rasa ,gerak dan tekanan.	1	2	1	2	2
Ekstremitas Bawah					0
1. Inspeksi : bagaimana pergerakan kaki,dan kekuatan otot	1	2	1	2	2
2. Palpasi : apakah ada nyeri tekan,massa/benjolan	1	2	1	2	2
3. Motorik : untuk mengamati besar dan bentuk otot,melakukan pemeriksaan tonus kekuatan otot,dan tes pergerakan	1	2	1	2	2
4. Reflex : memulai reflex fisiologi patela	1	2	1	2	6
5. Sensorik : apakah klien dapat membedakan nyeri, sentuhan,temperature, rasa ,gerak dan tekanan.	1	2	1	2	2
FASE TERMINASI					
1. Bereskan alat	1	3	1	3	0
2. Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	1	2	1	2	3
3. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)	1	3	1	3	2
4. Evaluasi respon klien	1	2	1	2	3
5. Menyimpulkan hasil pemeriksaan yang dilakukan	1	2	1	2	2
6. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien	1	1	1	1	4
7. Doa kesembuhan klien	1	3	1	3	1
8. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya	1	2	1	2	6
9. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	1	1	1	1	2

DOKUMENTASI					0
1. Nama dan umur atau nama dan alamat klien	1	3	1	3	0
2. Jenis pemeriksaan yang dilakukan	1	2	1	2	3
3. Tuliskan hasil pemeriksaan dalam DO dan DS	1	3	2	3	2
4. Tanggal dan jam pelaksanaan	1	2	1	2	6
5. Nama dan tanda tangan ners	1	3	1	3	2
SOFT SKILLS					0
1. Empati	1	2	1	2	2
2. Teliti	1	2	1	2	2
3. Rapih	1	2	1	2	2
4. Tenang	1	2	1	2	2
Total skor					105

PEMERIKSAAN FISIK JANTUNG DAN PARU

Oleh:

Erfin Firmawati, S.Kep., Ns., MNS

Ferika Indarwati, S.Kep.,Ns., MNg

Resti Yulianti Sutrisno,M.Kep.,Ns., Sp.Kep.MB



Learning Objective:

Setelah menyelesaikan praktikum ini, mahasiswa dapat :

1. Melakukan pemeriksaan fisik jantung dan paru dengan benar

Scenario

A man 55 years old was admitted to hospital with left heart failure. Chest-X Ray showed cardiomegaly dan edema pada paru. Nurse will do physical examination of heart and lung.



Pertanyaan minimal:

1. Tehnik apa saja yang harus dilakukan oleh ners saat melakukan pemeriksaan fisik jantung?
2. Bagian jantung apa saja yang harus diperiksa oleh ners?



Masalah keperawatan:

1. Decreased cardiac output
2. Ineffective gas exchange

PEMERIKSAAN FISIK JANTUNG

A. Definisi

Pemeriksaan pada jantung dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

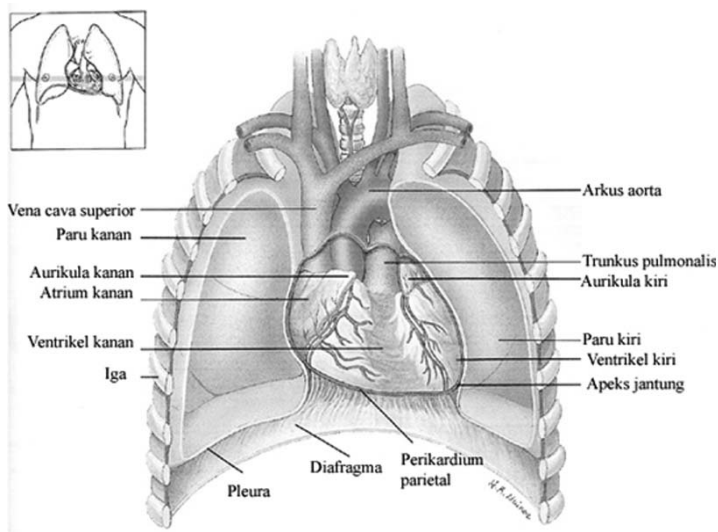
B. Tujuan

1. Mahasiswa mampu melakukan inspeksi jantung
2. Mahasiswa mampu melakukan palpasi jantung
3. Mahasiswa mampu melakukan perkusi jantung
4. Mahasiswa mampu melakukan auskultasi jantung

C. Anatomi dan Fisiologi Jantung

Jantung adalah organ muscular yang bentuknya mirip pyramid dan terletak di mediastinum. Dua pertiga bagian jantung terletak di sebelah kiri garis tengah dan sepertiganya terletak di sebelah kanan garis tengah. Jantung merupakan pompa muscular dengan fungsi ganda dan pengaturan diri secara otomatis. Sisi kanan jantung menerima darah yang miskin oksigen dari tubuh melalui vena cava superior dan inferior, sedangkan sisi kiri jantung menerima darah yang kaya oksigen dari paru-paru yang kemudian dipompa ke dalam aorta yang akan disalurkan ke seluruh tubuh. Jantung terdiri dari empat ruangan yaitu atrium dextra, atrium sinistra, ventrikel dextra, dan ventrikel sinistra.

Di antara atrium kanan dan kiri dipisahkan oleh septum interatriale sedangkan ventrikel kanan dan kiri dipisahkan oleh septum interventrikulare. Jantung memiliki beberapa katup yaitu katup trikuspidalis yang merupakan katup yang memiliki 3 daun katup yang terletak diantara atrium kanan dan ventrikel kanan; katup bikuspidalis yang merupakan katup dengan 2 daun katup yang terletak diantara atrium kiri dan ventrikel kiri; katup aorta dan pulmonalis.



D. Langkah pemeriksaan fisik jantung

1. Inspeksi Jantung

Inspeksi jantung berarti mencari tanda-tanda tentang keadaan jantung pada permukaan dada dengan cara melihat/mengamati. Posisi klien saat dilakukan inspeksi adalah terlentang. Bagian yang harus di inspeksi adalah:

a. Bentuk prekordium

- Pada keadaan normal kedua belah dada adalah simetris
- Bila cekung / cembung pada satu sisi berarti ada penyakit jantung / paru pada satu sisi

- Cekung

Pada perikarditis menahun, fibrosis / atelektasis paru, skoliosis, kifoskoliosis, akibat beban yang menekan dinding dada (contoh: pemahat, tukang kayu)

- Cembung atau menonjol

Pada pembesaran jantung, efusi fleura, tumor paru, tumor mediastinum, skoliosis, atau kifoskoliosis. Penonjolan akibat efusi fleura/ perikard merupakan penonjolan daerah inter kostalis. Penonjolan akibat kelainan jantung menahun / bawaan merupakan penonjolan iga.

b. Denyut apeks jantung (iktus kordis)

Pada umumnya denyut jantung tampak didaerah apeks. Pemeriksaan dilakukan sambil penderita berbaring atau duduk dengan sedikit membungkuk. Normal dewasa : terletak di ruang sela iga ke 4 kiri 2 – 3 cm dari garis mid klavikularis. Normal anak : terletak diruang sela iga ke 4 kiri.

Bila denyut berada di belakang tulang iga payudara besar, dinding toraks tebal, emfisema, efusi perikard maka denyut tersebut tak tampak.

Denyut apeks tergeser ke samping kiri pada keadaan patologis, misalnya : penyakit jantung, skoliosis/kifoskoliosis, efusi fleura, pneumothorak, tumor mediastinum, abdomen membuncit (asites, hamil, dll.)

c. Denyut nadi.

Nadi didada secara normal tak tampak denyutannya.

2. **Palpasi Jantung**

Palpasi dapat menguatkan hasil yang di dapat dari inspeksi. Denyutan yang tidak tampak saat inspeksi, dapat ditemukan dengan palpasi. Posisi klien saat dilakukan palpasi adalah terlentang. Pemeriksaan palpasi yang dilakukan adalah:

- Pemeriksaan iktus kordis. Denyut ini dapat teraba di interkostal 5 kiri agak ke medial dari linea midklavikularis kiri.
- Pemeriksaan getaran/thrill
Getaran jantung dapat diartikan sebagai bising jantung yang teraba. Getar jantung sangat jarang teraba.

3. **Perkusi jantung**

Perkusi jantung dilakukan untuk menetapkan batas-batas jantung. Perkusi normal pada jantung adalah dullness (redup).

- Perkusi dilakukan dengan meletakkan jari tengah kiri pada dinding thoraks dan mengetuk dengan jari tengah tangan kanan dan memindahkan jari tersebut menuju ke arah jantung.
- Perkusi dilakukan dari arah lateral ke medial. Perhatikan perubahan dari bunyi ketukan, jika resonan berarti bagian yang diperkusi adalah area paru-paru. Apabila bunyi yang terdengar dullness/redup adalah area jantung.
- Batas jantung kanan atas: garis parasternalis dextra interkostalis II
- Batas jantung kanan bawah: garis parasternalis dextra interkostalis IV
- Batas jantung kiri atas: garis parasternalis sinistra interkostalis II
- Batas jantung kiri bawah: garis medioklavikularis sinistra interkostalis V

4. **Auskultasi Jantung**

Auskultasi adalah merupakan cara dengan mendengarkan bunyi akibat vibrasi (getaran suara) dengan menggunakan alat stetoskop

a. Bunyi jantung

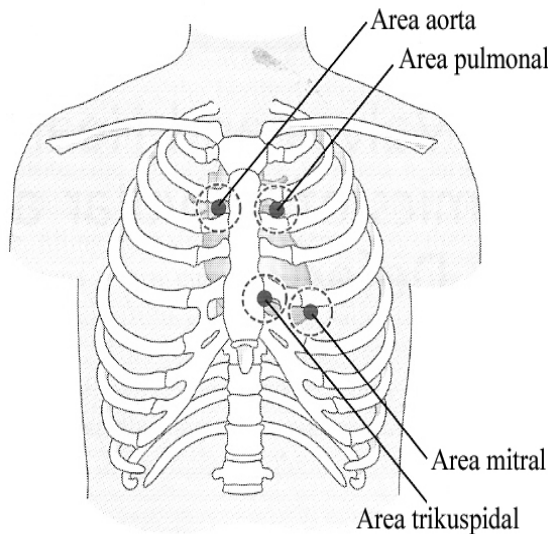
- Bunyi jantung I (Suara jantung I/SI)

Bunyi jantung I adalah bunyi "lub" yang dihasilkan akibat menutupnya katup atrioventrikularis (katup mitral dan tricuspidalis), yang terjadi pada saat kontraksi isometris dari bilik pada permulaan systole. Bunyi jantung I didengar dengan menggunakan diafragma stetoskop karena memiliki frekuensi bunyi yang tinggi. Daerah auskultasi bunyi jantung I yaitu

garis midklavikula sinistra interkostal V (katup mitralis), garis parasternal sinistra interkostal IV (katup trikuspidalis). Lama bunyi jantung I kira-kira 0.14 detik.

- Bunyi jantung II (Suara jantung II/SII)
Bunyi jantung II adalah bunyi yang dihasilkan akibat menutupnya katup aorta dan arteri pulmonalis, yang terjadi pada permulaan diastole. Bunyi jantung II normal selalu lebih lemah daripada bunyi jantung I. Bunyi jantung II dapat di dengar pada garis parasternalis dextra interkostal II (katup aorta) dan garis parasternalis sinistra interkostal II (katup pulmonalis). Lama bunyi jantung kedua kira-kira 0.11 detik

Bunyi jantung II secara normal memiliki frekuensi lebih tinggi daripada bunyi jantung I karena: (1) ketegangan katup aorta dan pulmonalis jauh lebih besar dibandingkan dengan katup mitral dan triskuspidalis, (2) koefisien elastisitas arteri lebih besar sehingga menyebabkan ruang-ruang utama jantung bergetar selama bunyi jantung kedua, dibandingkan dengan ruang ventrikuler yang jauh lebih longgar yang menimbulkan system getaran pada bunyi jantung pertama.



PEMERIKSAAN FISIK PARU

1. Tujuan :

- a) Mengetahui bentuk, kesimetrisas, ekspansi, keadaan kulit, dan dinding dada
- b) Mengetahui frekuensi, sifat, irama pernafasan,
- c) Mengetahui adanya nyeri tekan, masa, peradangan, traktil premitus

2. Persiapan alat

- a) Stetoskop
- b) Penggaris centimeter
- c) Pensil penada

3. Anatomi dan Fisiologi Paru

a) Sistem Respirasi

Respirasi adalah pertukaran gas, yaitu oksigen (O^2) yang dibutuhkan tubuh untuk metabolisme sel dan karbondioksida (CO^2) yang dihasilkan dari metabolisme tersebut dikeluarkan dari tubuh melalui paru.

Berdasarkan anatomi:

Saluran nafas bagian atas : rongga hidung, faring dan laring

Saluran nafas bagian bawah; trachea, bronchi, bronchioli dan percabangannya sampai alveoli

Berdasar fungsionalnya:

Area konduksi: sepanjang saluran nafas berakhir sampai bronchioli terminalis, tempat lewatnya udara pernapasan, membersihkan, melembabkan & menyamakan udara dg suhu tubuh hidung, faring, trakhea, bronkus, bronkiolus terminalis.

Area fungsional atau respirasi: mulai bronchioli respiratory sampai alveoli, proses pertukaran udara dengan darah

b) Paru

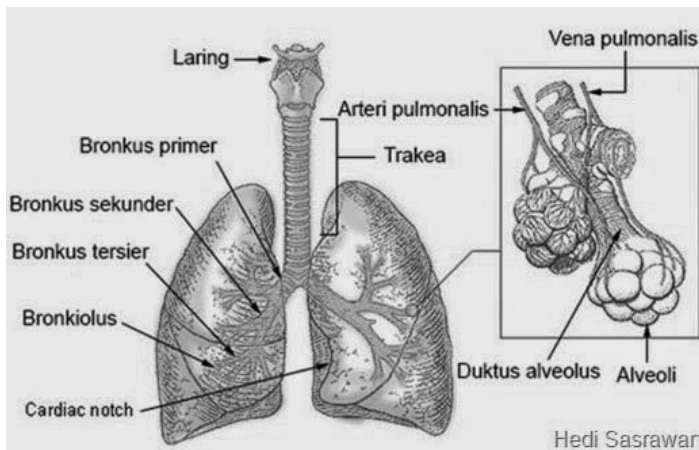
Paru-paru adalah organ yang sangat lunak, elastis, ringan, dan dapat terapung di dalam air. Wujud paru-paru seperti spons berwarna merah muda dan berjumlah sepasang.

Paru-Paru Kiri dan Kanan

Paru-paru berjumlah sepasang yang mengisi sebagian besar rongga dada. Paru-paru kiri lebih kecil dibandingkan paru-paru kanan. Hal ini dikarenakan paru-paru kiri memiliki lekukan untuk memberi ruang kepada jantung. Kedua paru-paru dihubungkan oleh bronkus dan trakea.

Paru-paru kanan terbagi menjadi tiga lobus (lobus superior, lobus medialis, dan lobus inferior), sedangkan paru-paru kiri terbagi menjadi dua lobus (lobus superior dan lobus inferior). Lobus-lobus tersebut dipisahkan oleh fisura. Paru-paru kanan memiliki dua fisura yaitu fisura oblique (interlobularis primer) dan fisura transversal (interlobularis sekunder). Sedangkan paru-paru kiri terdapat satu fisura yaitu fisura obliques. Tiap-tiap lobus terdiri atas bagian yang lebih kecil yang disebut segmen.

c) Bagian – bagian Paru dan fungsinya



Gambar diatas adalah gambar anatomi paru-paru manusia. Berikut adalah penjelasan bagian-bagian tersebut:

1. **Laring** adalah organ yang berfungsi untuk melindungi trakea dan menghasilkan suara.
2. **Trakea** atau batang tenggorok adalah saluran berbentuk pipa yang dindingnya terdiri dari 3 lapisan: lapisan luar (jaringan ikat), lapisan tengah (otot polos dan cincin tulang rawan), dan lapisan dalam (jaringan epitel bersilia).
3. **Bronkus** adalah percabangan trakea yang menuju paru-paru kanan dan paru-paru kiri. Bronkus primer adalah percabangan pertama, bronkus sekunder adalah percabangan kedua, sedangkan bronkus tersier adalah percabangan ketiga.
4. **Bronkiolus** adalah percabangan dari bronkus.
5. **Cardiac notch** adalah lekukan yang berfungsi untuk memberikan ruang kepada jantung.
6. **Arteri pulmonalis** adalah pembuluh nadi yang membawa darah kaya karbon dioksida dari jantung ke paru-paru.

7. **Vena pulmonalis** adalah pembuluh balik yang membawa darah kaya oksigen dari paru-paru menuju jantung untuk dipompa ke seluruh tubuh.
8. **Duktus alveolus** adalah percabangan dari bronkiolus yang bermuara di alveolus.
9. **Alveoli** adalah kantung kecil yang memungkinkan oksigen dan karbon dioksida untuk bergerak di antara paru-paru dan aliran darah.

4. Prosedur pelaksanaan pemeriksaan

Pemeriksaan paru dan thoraks posterior akan lebih mudah dilakukan pada pasien yang duduk, sementara pemeriksaan paru anterior pada pasien yang berbaring telentang. Lakukan pemeriksaan dengan urutan yang benar inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

Saat pasien duduk, lakukan pemeriksaan dada posterior. Atur posisi pasien duduk, kemudian minta pasien untuk menyilangkan kedua lengannya di depan dada, kedua lengan tersebut diletakkan pada sisi yang berseberangan. Posisi ini akan menggerakkan kedua scapula ke samping sehingga memperlebar daerah antar scapula dan memudahkan untuk mengakses lapang paru.

Saat pasien berbaring telentang, lakukan pemeriksaan paru anterior. Posisi ini akan memudahkan pada saat memeriksa pasien wanita karena payudara dapat disisihkan ke samping dengan hati-hati. Selanjutnya jika ada gejala wheezing, kemungkinan bunyi tersebut dapat didengar lebih jelas. Akan tetapi, posisi duduk juga cukup baik untuk melakukan pemeriksaan ini.

Pada pasien yang tidak mampu duduk tanpa bantuan, minta bantuan orang lain untuk menahan tubuh pasien agar tidak jatuh, supaya kita dapat memeriksa dada posterior dalam posisi pasien duduk. Jika tidak mungkin, baringkan pasien pada salah satu sisinya, kemudian gulingkan agar berbaring di sisi lain.

Pemeriksaan fisik tambahan pada respirasi yaitu warna kulit terutama area kuku dan bibir. Warna cyanosis pada area tersebut menunjukkan bahwa pasien hipoksia. Lihat bentuk kuku apakah ditemukan clubbing finger.

Pemeriksaan Paru

a. Inspeksi

Pada saat inspeksi, perawat mendapatkan data dari hasil observasi pernapasan pasien. Hal yang harus diperhatikan adalah:

1. Chest Configuration

Normally, the ratio of the anteroposterior diameter to the lateral diameter is 1 :2. However, there are four main deformities of the chest associated with respiratory disease that alter this relationship:

barrel chest, funnel chest (pectus excavatum), pigeon chest, (pectus carinatum), and kyphoscoliosis.

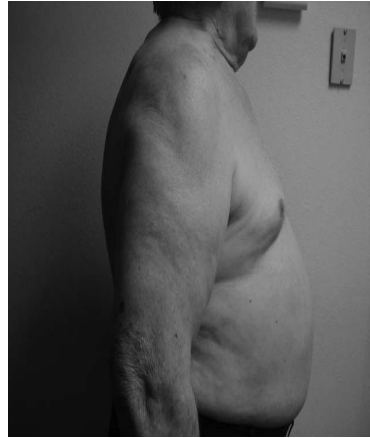
- a. **Barrel Chest.** Barrel chest occurs as a result of overinflation of the lungs. There is an increase in the anteroposterior diameter of the thorax. In a patient with emphysema, the ribs are more widely spaced and the intercostal spaces tend to bulge on expiration. The appearance of the patient with advanced emphysema is thus quite characteristic and often allows the observer to detect its presence easily, even from a distance.
- b. **Funnel Chest (Pectus Excavatum).** Funnel chest occurs when there is a depression in the lower portion of the sternum. This may compress the heart and great vessels, resulting in murmurs. Funnel chest may occur with rickets or Marfan's syndrome.
- c. **Pigeon Chest (Pectus Carinatum).** A pigeon chest occurs as a result of displacement of the sternum. There is an increase in the anteroposterior diameter. This may occur with rickets, Marfan's syndrome, or severe kyphoscoliosis.
- d. **Kyphoscoliosis.** A kyphoscoliosis is characterized by elevation of the scapula and a corresponding S-shaped spine. This deformity limits lung expansion within the thorax. It may occur with osteoporosis and other skeletal disorders that affect the thorax.



Funnel Chest

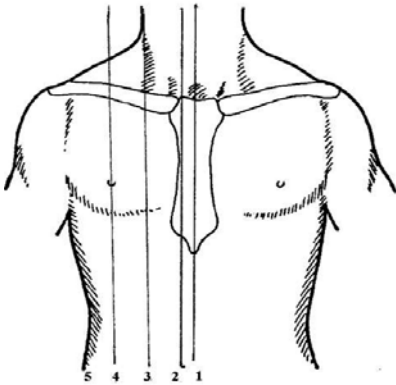


Pigeon Chest

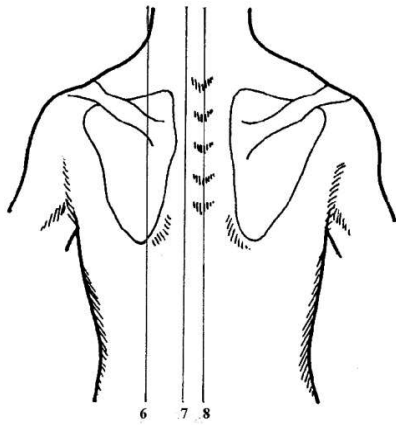


Barrel Chest

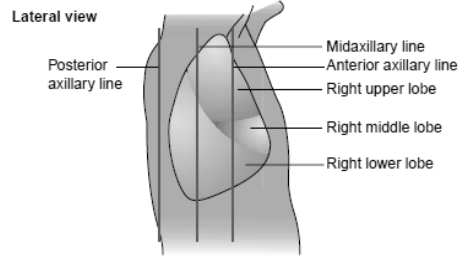
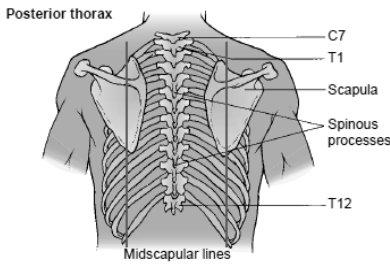
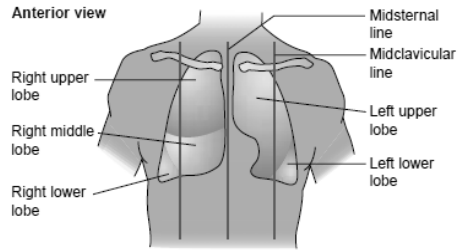
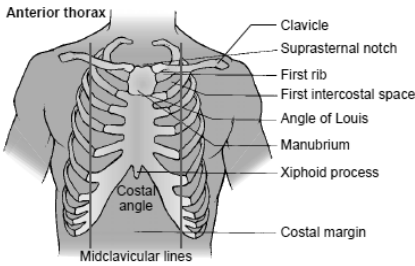
2. Kesimetrisan dada kanan dan kiri



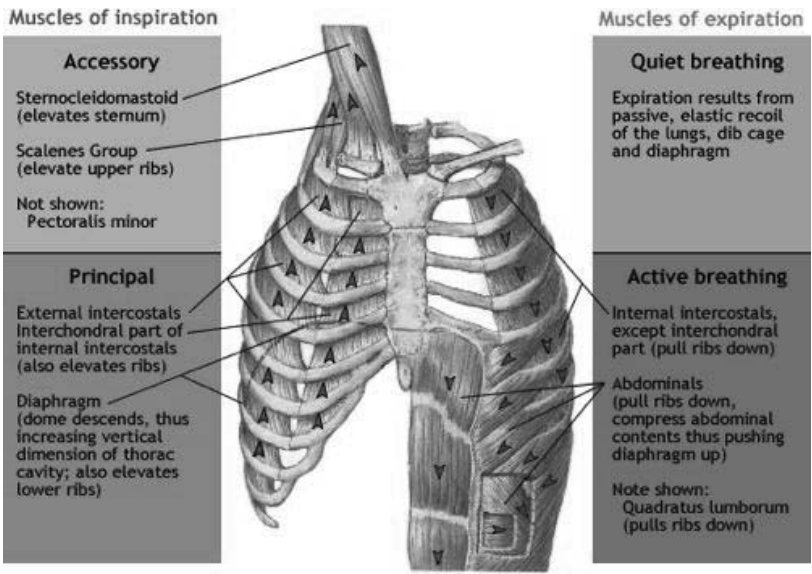
Orientation chest lines:
 1. Anterior middle line
 2. Right sternal line
 3. Right parasternal line
 4. Right midclavicular line
 5. Right anterior axillary line



Orientation chest on lines:
 6. Left scapular line
 7. Left paravertebral line
 8. Posterior middle line



- Penggunaan otot-otot pernapasan tambahan (misal scalenes, sternocleidomastoids). Pasien yang menggunakan otot-otot pernapasan tambahan menunjukkan bahwa pasien mengalami kesulitan bernafas.
- Ada tidaknya retraksi intercosta atau retraksi supraclavikuler
Retraksi yang berat ditemukan pada asma yang berat dan PPOK.



- Amati pola pernapasan (irama, kedalaman dan frekuensi dalam satu menit)

1. PALPASI

1. Palpasi seluruh area dada (nyeri tekan dan massa).

Nyeri tekan intercosta terdapat pada daerah pleura yang mengalami inflamasi.

2. Palpasi kesimetrisan ekspansi dinding dada kiri dan kanan.
Penyebab berkurangnya atau tertinggalnya ekspansi dada yang unilateral meliputi penyakit fibrotik kronik pada paru atau pleura yang ada di bawah dinding dada, efusi pleura, pneumonia lobaris.

Prosedur untuk Anterior :

- a. Ibu jari diletakkan sepanjang setiap margin costa dibawah prosesus xifoid, sementara tangan terletak sepanjang sangkar iga lateral,
- b. pasien diminta napas dalam,
- c. pemeriksa mengamati gerakan ibu jari selama inspirasi dan ekspirasi)

Prosedur untuk Posterior :

- a. Ibu jari kedua lengan diletakkan di sekitar ketinggian iga ke-10 dengan jari-jari tangan yang memegang secara longgar dinding dada sebelah lateral.
- b. pasien diminta napas dalam,
amati gerakan ibu jari selama inspirasi dan ekspirasi (jarak antara kedua ibu jari saling menjauh saat inspiaraasi dan rasakan luasnya serta kesimetrisannya,)

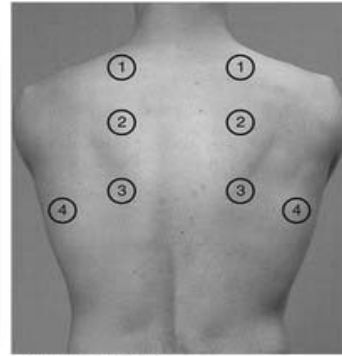
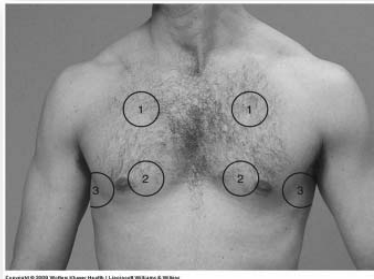


3. Palpasi Taktil Fremitus

Fremitus akan berkurang atau tidak teraba jika suara yang dikeluarkan pasien sangat pelan atau transmisi dari laring ke permukaan dada terhalang. Penyebabnya meliputi obstruksi bronkial, PPOK, efusi pleura, pneumotoraks, fibrotik.

Prosedur untuk Anterior:

- membandingkan fremitus suara kanan dan kiri dengan meletakkan kedua tangan di dada,
- kemudian pasien diminta mengucapkan sembilan puluh sembilan, tujuh puluh tujuh,
- rasakan getaran yang menjalar di tangan.
- Lakukan dengan menukar tangan kanan dan kiri di setiap area pemeriksaan taktil fremitus



Fremitus Raba (FR)	Kesan Isi Dominan
FR meningkat	<ul style="list-style-type: none">• Cairan• Massa
FR normal	<ul style="list-style-type: none">• Jaringan paru
FR menurun	<ul style="list-style-type: none">• Udara

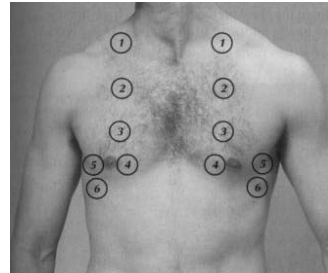
C.PERKUSI

Tujuan dari perkusi adalah berusaha menangkap getaran suara yang dihasilkan dari phalange (tulang jari). ada beberapa jenis suara yang mungkin dihasilkan dari perkusi.

1. Melakukan perkusi secara sistematis dari atas ke bawah membandingkan kanan dan kiri
2. Melakukan perkusi dalam daerah-daerah supraklavikula
3. Meminta pasien untuk mengangkat kedua tangan dan melakukan perkusi mulai dari ketiak

Pada Bagian Anterior

4. Menentukan garis tepi hati menentukan batas paru – hepar. Perkusi dilakukan di sepanjang garis midklavikula dextra. Batas paru hepar ditentukan setelah terjadi perubahan suara dari sonor ke redup
5. Menentukan batas paru – lambung. Perkusi dilakukan di sepanjang garis axilla anterior sinistra. Batas paru - lambung ditentukan setelah terjadi perubahan suara dari sonor ke timpani. (secara normal : batas paru - lambung orang Indonesia berada di Intercostae VII atau intercostae VIII)



Pada Bagian Posterior

6. Perkusi secara sistematis dari atas ke bawah
7. Menentukan letak diafragma



Characteristic of Percussion Sounds

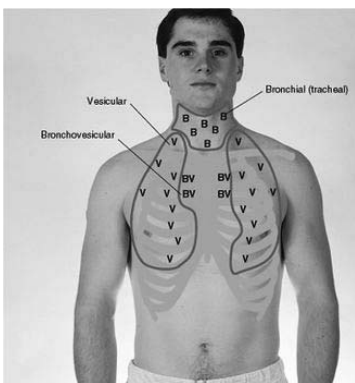
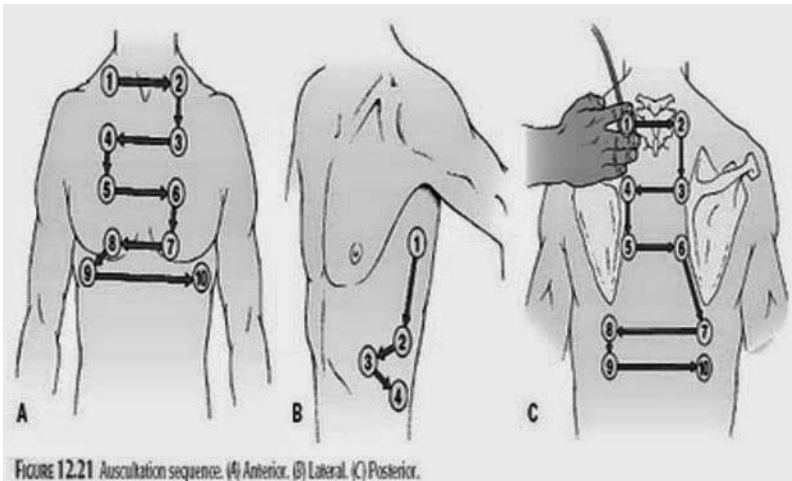
SOUND	RELATIVE INTENSITY	RELATIVE PITCH	RELATIVE DURATION	LOCATION EXAMPLE	EXAMPLES
Flatness	Soft	High	Short	Thigh	Large pleural effusion
Dullness	Medium	Medium	Medium	Liver	Lobar pneumonia
Resonance	Loud	Low	Long	Normal lung	Simple chronic bronchitis
Hyperresonance	Very loud	Lower	Longer	None normally	Emphysema, pneumothorax
Tympany	Loud	High*	*	Gastric air bubble or puffed-out cheek	Large pneumothorax

Perkusi	Kesan Isi Dominan
Hipersonor	• Udara
Sonor	• Jaringan paru
Redup	• Cairan
Pekak	• Darah
	• Padat

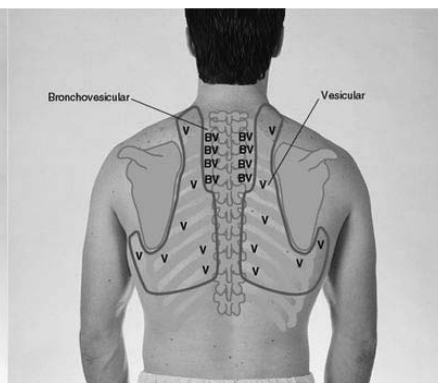
D.AUSKULTASI

Suara auskultasi normal pada paru adalah bronkhial, bronkhovesikuler dan vesikuler. Berikut ini tahap-tahap yang perlu diperhatikan saat melakukan perkusi.

1. Meminta pasien menarik nafas dengan pelan-pelan, mulut terbuka.
2. Melakukan auskultasi dengan urutan yang benar
3. Mendengarkan inspirasi dan ekspirasi pada tiap tempat yang diperiksa
4. Melakukan auskultasi pada sisi samping dada kanan dan kiri
5. Melakukan auskultasi pada dinding punggung dengan urutan yang benar







Copyright © 2003, Elsevier Science (USA). All rights reserved.



Copyright © 2003, Elsevier Science (USA). All rights reserved.

Breath sounds

	DURATION OF SOUNDS	INTENSITY OF EXPIRATORY SOUND	PITCH OF EXPIRATORY SOUND	LOCATIONS WHERE HEARD NORMALLY
 Vesicular*	Inspiratory sounds last longer than expiratory ones.	Soft	Relatively low	Entire lung field except over the upper sternum and between the scapulae
 Bronchovesicular	Inspiratory and expiratory sounds are about equal.	Intermediate	Intermediate	Often in the 1st and 2nd interspaces anteriorly and between the scapulae (over the main bronchus)
 Bronchial	Expiratory sounds last longer than inspiratory ones.	Loud	Relatively high	Over the manubrium, if heard at all
 Tracheal	Inspiratory and expiratory sounds are about equal.	Very loud	Relatively high	Over the trachea in the neck

Suara Paru-Paru

Normal	Abnormal	Adventitious
Tracheal	Absent/Decreased	<i>Crackles</i>
Vesicular	Harsh Vesicular	<i>Wheeze</i>
Bronchial		Stridor
Bronchovesicular		Rhonchi
		Pleural Rub

Activate Windows

Abnormal (Adventitious) Breath Sounds

BREATH SOUND	DESCRIPTION	ETIOLOGY
<i>Crackles</i>		
Crackles in general	Soft, high-pitched, discontinuous popping sounds that occur during inspiration	Secondary to fluid in the airways or alveoli or to opening of collapsed alveoli
Coarse crackles	Discontinuous popping sounds heard in early inspiration; harsh, moist sound originating in the large bronchi	Associated with obstructive pulmonary disease
Fine crackles	Discontinuous popping sounds heard in late inspiration; sounds like hair rubbing together; originates in the alveoli	Associated with interstitial pneumonia, restrictive pulmonary disease (eg, fibrosis). Fine crackles in early inspiration are associated with bronchitis or pneumonia.
<i>Wheezes</i>		
Sonorous wheezes (rhonchi)	Deep, low-pitched rumbling sounds heard primarily during expiration; caused by air moving through narrowed tracheo-bronchial passages	Secretions or tumor
Sibilant wheezes	Continuous, musical, high-pitched, whistle-like sounds heard during inspiration and expiration caused by air passing through narrowed or partially obstructed airways; may clear with coughing	Bronchospasm, asthma, and buildup of secretions
<i>Friction rubs</i>		
Pleural friction rub	Harsh, crackling sound, like two pieces of leather being rubbed together. Heard during inspiration alone or during both inspiration and expiration. May subside when patient holds breath. Coughing will not clear sound.	Secondary to inflammation and loss of lubricating pleural fluid

Assessment Findings in Common Respiratory Problems

PROBLEM	TACTILE FREMITUS	PERCUSSION	AUSCULTATION
Consolidation (eg, pneumonia)	Increased	Dull	Bronchial breath sounds, crackles, bronchophony, egophony, whispered pectoriloquy
Bronchitis	Normal	Resonant	Normal to decreased breath sounds, wheezes
Emphysema	Decreased	Hyperresonant	Decreased intensity of breath sounds, usually with prolonged expiration
Asthma (severe attack)	Normal to decreased	Resonant to hyperresonant	Wheezes
Pulmonary edema	Normal	Resonant	Crackles at lung bases, possibly wheezes
Pleural effusion	Absent	Dull to flat	Decreased to absent breath sounds, bronchial breath sounds and bronchophony, egophony, and whispered pectoriloquy above the effusion over the area of compressed lung
Pneumothorax	Decreased	Hyperresonant	Absent breath sounds
Atelectasis	Absent	Flat	Decreased to absent breath sounds

Bickley, Lynn. 2009. *Buku Ajar Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan Bates*.

Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Smeltzer, SC & Bare, BG. 2005. *Brunner & Suddarth's Textbook of medical nursing*.

Philadelphia: Lippincott

Check List Pemeriksaan Fisik Jantung dan Paru

Performance	No	Procedure	Raw Score			Critic-ally	Difficulty	Actual Score	Max Score
			0	1	2				
Tahap pre interaksi	1	Baca catatan keperawatan/catatan medis	0	1		3	1		3
	2	Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1		3	1		3
	3	Persiapan Alat:	0	1		3	1		3
		- Stetoskop							
		- Alat tulis							
		- Sarung tangan (jika diperlukan)							
Tahap Ori-entasi	1	Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2	1	1		2
	2	Klarifikasi nama dan umur atau nama dan alamat klien	0	1	2	3	1		6
	3	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan	0	1	2	2	1		4
	4	Kontrak waktu	0	1		1	1		1
	5	Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya	0	1		1	1		1
	6	Minta persetujuan klien/keluarga	0	1		2	1		2
	7	Dekatkan alat	0	1		1	1		1
	8	Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu	0	1		1	1		1

Performance	No	Procedure	Raw Score			Critically	Difficulty	Actual Score	Max Score
			0	1					
Tahap Kerja	1	Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1		3	1		3
	2	Baca Basmalah	0	1		2	1		2
		DADA ANTERIOR							
		INSPEKSI							
	3	Atur posisi supinasi	0	1		2	1		2
	4	Meminta pasien untuk membuka baju bagian atas	0	1		2	1		2
	5	Amati warna kulit dan ada tidaknya jejas, luka,	0	1		2	2		4
	6	Amati bentuk dada (normal atau deformitas)	0	1		2	2		4
	7	Amati kesimetrisan dada kanan dan dada kiri serta diameter anterior posterior	0	1	2	2	1		4
	8	Amati pergerakan dinding dada kanan dan kiri (simetris atau ada ketinggalan gerak)	0	1		2	2		4
9	Amati penggunaan otot bantu pernapasan (intercostal, sternocleidomastoideus, supra-clavicular)	0	1		2	2		4	
10	Amati pola pernapasan (irama, kedalaman, dan frekuensi dalam satu menit)	0	1		2	2		4	

Performance	No	Procedure	Raw Score				Critically	Difficulty	Actual Score	Max Score
			0	1	2	3				
	12	Amati pulsasi ictus cordis (denyut apeks jantung) di ICS IV, V midclavicularis sinistra menuju medial 2 cm	0	1			2	2	4	
	13	Amati denyutan nadi di ICS II dextra dan ICS II sinistra	0	1			2	2	4	
		PALPASI	0	1			2	2	4	
	14	Palpasi seluruh area dada ada tidaknya nyeri tekan, massa								
	15	Palpasi kesimeterisan ekspansi dinding dada kanan dan kiri	0	1	2	3	2	2	12	
		Prosedur : a. Ibu jari diletakkan sepanjang setiap margin costa dibawah prosesus xifoid, sementara tangan terletak sepanjang sangkar iga lateral, b. pasien diminta napas dalam, c. pemeriksa mengamati gerakan ibu jari selama inspirasi dan ekspirasi)								
	16	Palpasi Taktil Fremitus	0	1	2	3	2	2	12	
		Prosedur: a. membandingkan fremitus suara kanan dan kiri dengan meletakkan kedua tangan di dada, b. kemudian pasien diminta mengucapakan sembilang puluh sembilang, tujuh puluh tujuh, c. rasakan getaran yang menjalar di tangan. d. Lakukan dengan menukar tangan kanan dan kiri di setiap area pemeriksaan taktil fremitus								

Performance	No	Procedure	Raw Score				Critically	Difficulty	Actual Score	Max Score
			0	1	2	3				
	17	Palpasi ictus cordis di ICS IV; V midclavicularis sinistra menuju medial 2 cm	0	1			2	2	4	
	18	Pemeriksaan getaran / thrill yang menunjukkan kelainan katup <ul style="list-style-type: none"> · Katup mitral (midclavicular sinistra ICS V) · Katup trikuspidalis (garis parasternal sinistra ICS IV) · Katup Aorta (ICS II dextra) · Katup pulmonalis (ICS II sinistra) 	0	1	2	3	4	2	16	
		PERKUSI								
	19	Lakukan perkusi secara sistematis dari atas ke bawah membandingkan kanan dan kiri pada tiap-tiap ketinggian. (Suara Paru Sonor)	0	1	2	3	4	2	16	
		Perkusi Dinding Dada Untuk Melihat Batas Paru								
	20	Lakukan perkusi dada kiri untuk mengetahui batas paru-jantung dari supraklavikula ke bawah. Dengarkan perubahan suara dari sonor ke redup di sebelah kiri sternum antara ICS 3-5 adalah jantung	0	1	2		2	2	8	
	21	Lakukan perkusi dada kiri untuk mengetahui batas paru-lambung dari supraklavikula ke bawah. Dengarkan perubahan suara dari sonor ke timpani di axilla anterior sinistra ICS VII	0	1	2		2	2	8	

Performance	No	Procedure	Raw Score				Critically	Difficulty	Actual Score	Max Score
			0	1	2					
	22	Lakukan perkusi dada kanan untuk mengetahui batas paru-hepar dari supraklavikula ke bawah. Dengarkan perubahan suara dari sonor ke redup ICS V sampai margin costa kanan pada garis midclavicular	0	1	2		2	2		8
	23	Perkusi Dinding Dada untuk Melihat Batas Jantung	0	1	2	3	4	2		16
		Prosedur :								
		Perkusi dari arah lateral ke medial di dada kanan kemudian kiri, perhatikan perubahan bunyi ketukan, jika resonan/sonor berarti bagian yang diperkusi adalah area paru, apabila bunyi yang terdengar adalah redup berarti area jantung								
		Batas jantung kanan atas di garis parasternalis dextra ICS II								
		Batas jantung kanan bawah di garis parasternalis dextra ICS IV								
		Batas jantung kiri atas di garis parasternalis sinistra ICS II								
		Batas jantung kiri bawah di garis midclavicularis sinistra ICS V								

Performance	No	Procedure	Raw Score					Critically	Difficulty	Actual Score	Max Score
			0	1	2	3	4				
		AUSKULTASI									
	24	Auskultasi Suara Paru Auskultasi suara paru paru dengan urutan yang benar, dengarkan pada saat inspirasi dan ekspirasi. Minta pasien untuk tarik napas kemudian hembuskan. Dengarkan pada saat inspirasi dan ekspirasi. Dengarkan suara paru normal atau tambahan.	0	1	2	3	4	3	2		24
	25	Auskultasi Suara Jantung Auskultasi bunyi jantung sebagai berikut a. Bunyi jantung I (S1): - ICS III sinistra (katup mitralis) - ICS IV (katup triskuspidalis) b. Bunyi jantung II (S2) - Garis parasternalis ICS II dextra (katup aorta) - Garis parasternalis ICS II sinistra (katup arteri pulmonalis)	0	1	2	3	4	3	2		24
	26	DADA POSTERIOR Atur posisi pasien duduk, kemudian minta pasien untuk menyalangkan kedua lengannya di depan dada, kedua lengan tersebut diletakkan pada sisi yang berseberangan.	0	1	2			2	1		4

Performance	No	Procedure	Raw Score				Critically	Difficulty	Actual Score	Max Score
		INSPEKSI								
	27	Amati warna kulit dan ada tidaknya jejas, luka,	0	1		2	2		4	
	28	Amati kesimetrisan dada kanan dan dada kiri serta diameter anterior posterior	0	1	2	2	1		4	
	29	Amati pergerakan dinding dada kanan dan kiri (sime- tris atau ada ketinggalan gerak)	0	1		2	2		4	
		PALPASI								
	30	Palpasi seluruh area dada (nyeri tekan dan massa).	0	1		2	1		2	
	31	Palpasi kesimetrisan ekspansi dinding dada kiri dan kanan.	0	1	2	3	1		9	
		Prosedur:								
		a. Ibu jari kedua lengan diletakkan di sekitar keti- ngan iga ke-10 dengan jari-jari tangan yang memegang secara longgar dinding dada sebelah lateral.								
		b. pasien diminta napas dalam,								
		c. amati gerakan ibu jari selama inspirasi dan ekspirasi (jarak antara kedua ibu jari saling menjauh saat inspi- rasi dan rasakan luasnya serta kesimetrisannya,)								
	32	Palpasi Taktil Fremitus	0	1	2	3	4	2	16	
		Prosedur:							1	
		1) membandingkan fremitus suara kanan dan kiri dengan meletakkan kedua tangan di dada,								

Performance	No	Procedure	Raw Score				Critically	Difficulty	Actual Score	Max Score
		2) kemudian pasien diminta mengucapkan <i>sembilan puluh sembilan, tujuh puluh tujuh</i> , 3) rasakan getaran yang menjalar di tangan.							1	
		Lakukan dengan menukar tangan kanan dan kiri di setiap area pemeriksaan taktil fremitu							2	
		PERKUSI								
	33	Lakukan perkusi secara sistematis dari atas ke bawah membandingkan kanan dan kiri pada tiap-tiap ketinggian. (Suara Paru Sonor)	0	1	2	3	4	2	16	
	34	Lakukan perkusi dada kanan dan kiri untuk melihat letak diafragma	0	1	2			2	8	
		1) Lakukan perkusi di bagian tengah hemitoraks agak lateral								
		2) Dengarkan perubahan dari sonor ke struktur yang lebih redup di bawah diafragma								
		AUSKULTASI								
		Auskultasi Suara Paru	0	1	2	3	4	3	24	
	35	Auskultasi suara paru dengan urutan yang benar, dengarkan pada saat inspirasi dan ekspirasi. Minta pasien untuk tarik napas kemudian hembuskan. Dengarkan pada saat inspirasi dan ekspirasi. Dengarkan suara paru normal atau tambahan.								

Performance	No	Procedure	Raw Score				Critically	Difficulty	Actual Score	Max Score
			0	1	2					
Terminasi	36	Rapikan pasien dan alat	0	1	2		1	1	2	
	37	Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	0	1			2	1	2	
	38	Cuci tangan setelah tindakan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1			3	1	3	
	1	Simpulkan hasil kegiatan	0	1			2	1	2	
	2	Evaluasi respon pasien	0	1			2	1	2	
	3	Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan pasien	0	1			1	1	1	
Dokumentasi	4	Doakan kesembuhan pasien	0	1			2	2	4	
	5	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1			1	1	1	
	6	Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	0	1			1	1	1	
	1	Nama dan umur atau alamat pasien	0	1	2		2	1	4	
	3	Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1			2	1	2	
	4	Tuliskan hasil pemeriksaan fisik dada (IPPA)	0	1	2	3	4	1	8	
Soft Skills	5	Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2		1	1	2	
	6	Nama dan tanda tangan ners	0	1	2		1	1	2	
	1	Empati	0	1			2	1	2	
	2	Teliti	0	1			2	1	2	
	3	Hati-hati	0	1			2	1	2	
	4	Menunjukkan perilaku profesional	0	1			2	1	2	
	5	Pakaian rapi dan tertib sesuai tata tertib	0	1			2	1	2	
		TOTAL							361	

PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN

Oleh:

Erfin Firmawati, S.Kep., Ns., MNS

Learning Objective:

Setelah menyelesaikan praktikum ini, mahasiswa dapat :

1. Melakukan pemeriksaan abdomen (inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi) dengan benar
2. Mengidentifikasi abnormalitas hasil pemeriksaan abdomen

Scenario

Seorang perempuan, 22 tahun, datang ke rumah sakit dengan keluhan nyeri ulu hati sejak 2 hari yang lalu, mual dan muntah, perut terasa sebah. Klien sering terlambat makan. Ners akan melakukan pemeriksaan abdomen.

Pertanyaan minimal:

1. Apakah tujuan dari pemeriksaan abdomen
2. Bagaimana tehnik pemeriksaan abdomen

Definisi

Pemeriksaan pada thorax dengan melakukan inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi.

Langkah-langkah pemeriksaan fisik abdomen:

1. Inspeksi
2. Auskultasi
3. Perkusi
4. Palpasi

Tujuan pemeriksaan fisik abdomen

1. Mendapatkan kesan kondisi dan fungsi alat-alat dalam abdomen.
2. Mengetahui keluhan klien yang muncul dari sistem gastrointestinal
3. Mengkaji nyeri pada abdomen, tenderness, adanya massa
4. Memonitor klien post operasi

Tahapan dalam pemeriksaan abdomen:

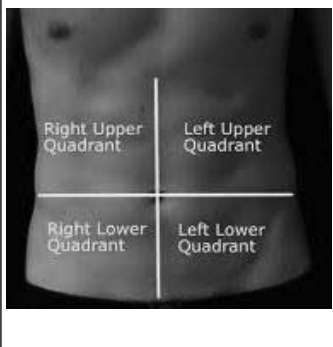
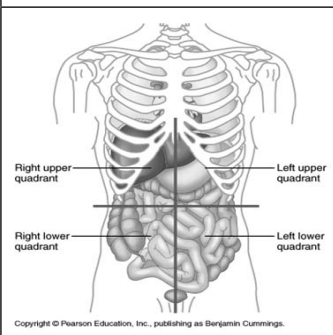
- Inspeksi: dilakukan pertama kali dengan tujuan untuk mengetahui bentuk dan gerakan-gerakan abdomen.
- Auskultasi: untuk mendapatkan kesan fungsi lambung/gaster, intestinum dan pembuluh darah intraabdomen.
- Perkusi: Untuk mendapatkan kesan bentuk dan ukuran alat serta adanya kelainan intra abdomen dengan mendeteksi adanya gas, cairan/massa di dalam abdomen.
- Palpasi: untuk mengetahui bentuk, ukuran dan konsistensi organ-organ dan struktur di dalam abdomen.

Persiapan klien sebelum dilakukan pemeriksaan abdomen:

- Anjurkan klien untuk mengosongkan kandung kemih untuk meminimalkan distensi kandung kemih dan keakuratan pemeriksaan
- Anjurkan klien untuk membuka area abdomen
- Bantu klien untuk mengatur posisi supine

Topografi abdomen dapat dibagi menjadi 4 quadran dan 9 regio.

Area abdomen serta organ dalam 4 quadran

	<p>A. Right upper quadrant (RUQ) Liver & gallbladder, pyloric spincter, duodenum, head of pancreas, right adrenal gland, portion of right kidney, hepatic flexure of colon, portions of ascending & transverse colon</p>	<p>B. Left upper quadrant (LUQ) Left lobe of liver, spleen, stomach, body of pancreas, left adrenal gland, portion of left kidney, splenic flexure of colon, portions of tranverse & descend-ing colon</p>
	<p>C. Right lower quadrant (RLQ) Lower pole of right kidney, cecum & appendix, portion of ascending colon, ovary & uterine tube, right spermatic cord, right ureter</p>	<p>D. Left lower quadrant (LLQ) Lower pole of left kidney, sigmoid colon, portion of descending colon, ovary & uterine tube, left spermatic cord, left ureter</p>

Area abdomen serta organ dalam 9 regio

<p>A. Right Hypochondriac Right lobe of liver, gallbladder, portion of duodenum, hepatic flexure of colon, portion of right kidney, right adrenal gland</p>	<p>B. Epigastric Pyloric spincter, duodenum, pancreas, portion of liver, aorta</p>	<p>C. Left Hypochondria Stomach, spleen, tail of pancreas, splenic flexure of colon, upper pole of left kidney, left adrenal gland</p>
<p>D. Right Lumbar Ascending colon, lower half of right kidney, portion of duodenum & jejunum</p>	<p>E. Umbilical Lower part of duodenum, jejunum & ileum</p>	<p>F. Left Lumbar Descending colon, lower half of kidney, portions of jejunum & ileum</p>
<p>G. Right Inguinal Cecum, appendix, lower end of ileum, right ureter, right spermatic cord, right ovary & uterine tube</p>	<p>H. Hypogastric (Pubic) Ileum, bladder, uterus</p>	<p>I. Left Inguinal Sigmoid colon, left ureter, left spermatic cord, left ovary & uterine tube</p>

Langkah-langkah pemeriksaan abdomen

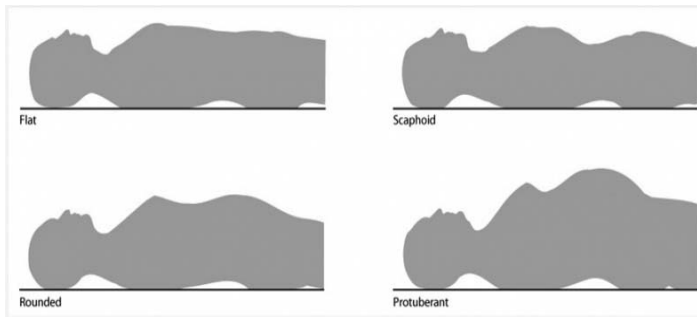
Langkah pemeriksaan fisik abdomen:

A. Persiapan Alat

1. Stetoskop
2. Sarung tangan bersih
3. Alat tulis
4. Penggaris
5. Bengkok

B. INSPEKSI

1. Perhatikan permukaan (countour) abdomen termasuk daerah inguinal dan femoral : flat/datar, rounded/bulat, protuberant/membuncit, atau scaphoid/cekung.



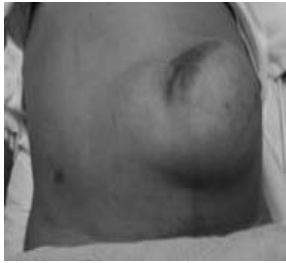
2. Amati keadaan kulit: pertumbuhan rambut, pigmentasi, adanya luka/scar atau lesi, adanya sikatriks, striae atau vena yang melebar. Secara normal, mungkin terlihat vena-vena kecil. Spider naevi dapat terlihat pada cirrhosis hepatic.



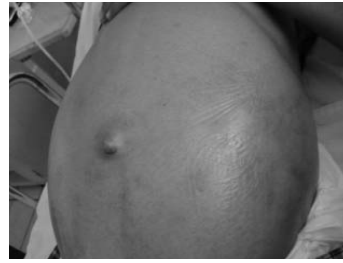
Pertumbuhan Rambut



Scar



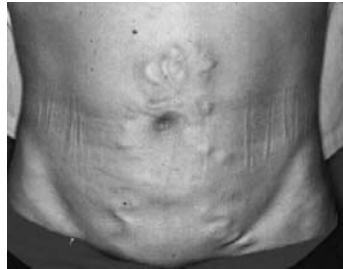
Hernia umbilikal



Ascites



Striae gravidarum



Caput Medusa/Pelebaran vena

3. Umbilikus: perhatikan bentuk dan lokasinya, apakah ada tanda-tanda inflamasi atau hernia.

1. Amati kesimetrisan dinding abdomen. Tonjolan asimetri mungkin terjadi karena pembesaran organ setempat atau masa.



5. Amati pergerakan dinding abdomen. Peristaltik usus akan terlihat dalam keadaan normal pada orang sangat kurus. Bila ada obstruksi usus perhatikan beberapa menit.
6. Amati pulsasi: pulsasi aorta yang normal kadang-kadang dapat terlihat di daerah epigastrium.

C. AUSKULTASI

Auskultasi ditujukan untuk mendengarkan peristaltik usus/bising usus dan bising pembuluh darah (bruits)

Auskultasi peristaltic usus

- Auskultasi peristaltic usus/bising usus menggunakan stetoskop bagian diafragma yang sudah dihangatkan dengan menggosok ditelapak tangan
- Letakkan stetoskop yang sudah dihangatkan dengan tekanan ringan pada setiap area kuadran perut secara sistematis dan dengarkan suara peristaltik usus. Auskultasi dimulai dari kuadran kanan bawah.

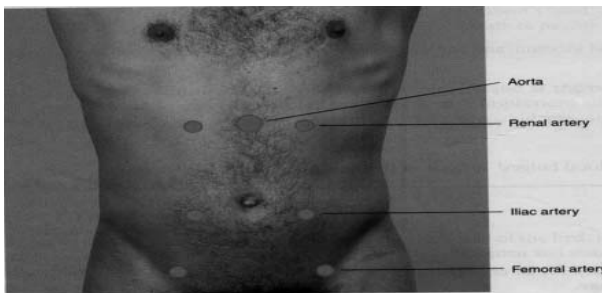


Catat karakteristik suara peristaltik usus dan frekuensi dalam 1 menit.

- Frekuensi persiltatik usus/*bowel sound* normalnya antara 5 – 30 x/mnt. Suara normal adalah ireguler dan gurgling. Terkadang terdengar suara *borborygmy* (suara yang terdengar saat klien lapar). Penurunan frekuensi peristaltik usus terjadi pada klien post operative abdomen, peritonitis, ileus paralitik. Hyperperistaltik sering terjadi padaklien dengan diare. Peristaltik usus negatif terjadi pada klien dengan obstruksi intestinal, perforasi usus, dan infark intestinal.

Auskultasi suara bising pembuluh darah (bruits)

- Auskultasi bising pembuluh darah menggunakan stetoskop bagian bell
- Dengarkan suara bising pembuluh darah aorta (menandakan adanya aneurisma aorta), arteri renal (menandakan stenosis arteri renal), arteri iliaka (menandakan adanya peripheral atherosclerosis), dan arteri femoral (menandakan adanya peripheral atherosclerosis).



Area Auskultasi bising pembuluh darah

D. PERKUSI

Perkusi dilakukan untuk mengetahui adanya udara pada lambung dan usus, memperkirakan ukuran hepar dan lien, adanya asites, dan adanya masa padat atau kistik. Tehnik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan.

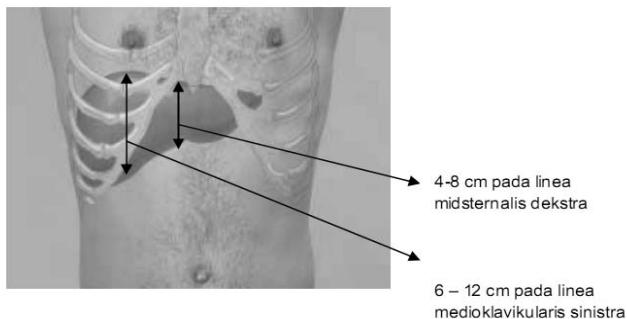
Suara perkusi abdomen

- Tympani: suara yang keras (loud hollow) terdengar sangat keras karena adanya gas/gelembung udara dalam gaster dan colon
- Dullness/redup: terdengar pada area hepar, limpe, dan distensi vesika urinary
- Hyperresonan: terdengar lebih nyaring dari suara tympani, akibat adanya distensi colon.

Perkusi abdomen terdiri dari:

1. Perkusi empat kuadran dari abdomen untuk menentukan suara tympani dan dullness
2. Perkusi Hepar

Untuk menentukan ukuran hati (batas atas dan batas bawah):



- Mulai perkusi pada daerah setinggi umbilicus, kemudian ke atas sepanjang garis mid clavicula line (MDL)
- Suara pertama akan terdengar tympani. Bila suara berubah menjadi dullness, suara tersebut merupakan batas bawah hepar. Beri tanda titik dengan pena
- Perkusi ke arah bawah dari intercostals ke-4 sepanjang garis MCL kanan (ICS). Suara pertama akan terdengar resonan (area paru-paru). Lanjutkan perkusi hingga terdengar dullness, suara tersebut merupakan batas atas hepar. Beri tanda titik dengan pena.

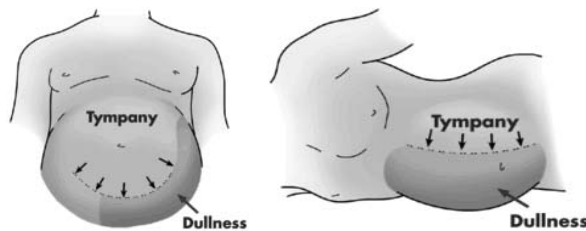
- Batas atas setingkat ICS ke-6.
- Perkusi sepanjang garis midsternum. Teruskan kebawah sampai ada perubahan suara perkusi.
- Ukuran hepar pada garismidsternum kurang lebih 4-9 cm. Jarak antara batas atas dan bawah kurang lebih 6-12 cm.

3. Perkusi Lien

- Perkusi dari samping kiri abdomen posterior ke garis midaxilaris. Jika terdengar suara dullness pada bagian left anterior axillary line mengindikasikan adanya pembesaran lien.
- Perkusi juga dapat dilakukan pada daerah intercosta terbawah di garis axilaris anterior kiri, kemudian minta klien inspirasi panjang dan lakukan perkusi lagi, jika normal suara tetap timpani, apabila suara menjadi dullness saat inspirasi berarti ada pembesaran lien.

4. Mendeteksi Ascites

- Shifting Dullness



Atur posisi klien supinasi, perkusi dari midline abdomen ke arah lateral. Berikan tanda jika ada perubahan suara dari timpani menjadi dullness/redup.

Cara lain yaitu dengan atur posisi klien miring kanan atau kiri. Lakukan perkusi dari bagian atas ke bawah. Berikan tanda jika ada perubahan suara dari timpani menjadi dullness/redup

- Fluid Wave

Dilakukan dengan dua pemeriksa. Letakkan telapak tangan tepat berada di tengah abdomen (untuk mencegah getaran melalui dinding abdomen) dan telapak tangan lainnya pada kedua sisi abdomen. Gerakkan tangan pada dinding abdomen. Rasakan adanya gelombang cairan pada telapak tangan pada sisi yang berlawanan. Hasil ini menunjukkan adanya ascites



5. Perkusi Ginjal

Perkusi costovertebral ginjal

- Atur posisi klien berbaring dengan posisi miring/duduk
- Letakkan telapak tangan kiri di atas sudut costovertebral (tulang costa menempel pada spinal column dan perkusi dengan tangan kanan yang mengepal. Lakukan kanan dan kiri.
- Hasil normal, klien tidak merasakan nyeri, jika terdapat nyeri mengindikasikan adanya infeksi saluran kencing (ISK) atau pyelonephritis



Copyright ©2002 by Mosby, Inc.

E. PALPASI ABDOMEN

Tujuan palpasi adalah mengetahui ukuran, kondisi, dan konsistensi organ abdomen, ketegangan otot abdomen, lokasi nyeri abdomen.

Teknik palpasi:

1. Light palpation: melakukan palpasi dengan penekanan abdomen secara lembut sekitar 1-2 cm.
2. Deep palpation: melakukan palpasi dengan dua tangan yaitu dengan kedalam sekitar 4 cm.
3. Ballotement: gerakan menekan dinding abdomen kemudian dengan cepat melepas tekanan memantul dinding abdomen.

Palpasi Hepar

- Perawat berdiri di sebelah kanan pasien
- Letakkan telapak tangan kiri dibawah costa ke-11 dan 12.
- Anjurkan klien untuk rileks
- Angkat daerah costa tersebut dengan tangan kiri
- Letakkan tangan kanan pada abdomen atau dibawah batas bawah hepar kemudian tekan kedalam dan keatas sepanjang batas lengkung costa.
- Klien diminta nafas dalam, kemudian rasakan tepi hepar halus/berbenjol, adanya nyeri.



Palpasi Lien

- Atur posisi supinasi
- Perawat berdiri di sebelah kanan pasien
- Letakkan telapak tangan kiri di bawah costa terakhir sebelah kiri.
- Tekan jemari tangan kanan ke arah costa terakhir sebelah kiri secara ringan
- Klien diminta nafas dalam
- Apabila ada pembesaran limpa akan terasakan dorongan tepi limpa pada jari-jari tangan kanan.
- Tentukan adanya pembesaran lien, konsistensinya, dan adanya nyeri.



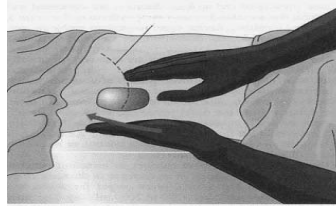
Palpasi Ginjal

Ginjal kanan

- Atur posisi klien supinasi
- Letakkan tangan kiri di bawah costa 12
- Letakkan tangan kanan dibagian atas, sedikit di bawah lengkung iga kanan
- Anjurkan klien untuk nafas dalam. Pada akhir inspirasi tekan tangan kanan kuat dan dalam dan raba ginjal kanan antara 2 tangan. Tangan kanan menekan kebawah sementara tangan kiri mendorong ke atas

Ginjal kiri

- Prinsipnya sama dengan ginjal kanan, bedanya :
- Pemeriksa pindah ke sisi kiri penderita
- Gunakan tangan kanan untuk mendorong ginjal ke arah belakang
- Gunakan tangan kiri untuk melakukan palpasi dari depan



Palpasi Vesika Urinaria

- Atur posisi klien supinasi
- Lakukan palpasi di bawah umbilikus ke arah bawah mendekati simfisis.
- Palpasi adanya distensikandung vesika urinaria.

Palpasi Pulsasi Aorta

- Atur posisi klien supinasi
- Palpasi dengan jemari daerah sebelah kiri midline/garis tengah abdomen bawah proses xiphioideus.
- Rasakan pulsasi aorta.



CHECKLIST PEMERIKSAAN ABDOMEN

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
Tahap pre interaksi	1. Baca catatan keperawatan/catatan medis	0	1					1		3
	2. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1					1		3
	3. Persiapan Alat:	0	1					1		3
	- Stetoskop - Alat tulis - Sarung tangan (jika diperlukan) - Bengkok									
Tahap Orientasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1		2
	2. Klarifikasi nama dan umur atau nama dan alamat klien	0	1	2				3		6
	3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan	0	1	2				2		4
	4. Kontrak waktu	0	1					1		1
	5. Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya	0	1					1		1
	6. Minta persetujuan klien/keluarga	0	1					2		2
	7. Dekatkan alat	0	1					1		1
	8. Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu	0	1					1		1

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
Tahap Kerja	1. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1				3	1		3
	2. Baca Basmalah	0	1				2	1		2
	INSPEKSI									
	3. Perhatikan permukaan (countour) abdomen termasuk daerah inguinal dan femoral	0	1				2	2		4
	4. Amati keadaan kulit	0	1				2	2		4
	5. Amati daerah umbilikus	0	1				2	2		4
	6. Amati kesimetrisan dinding abdomen	0	1				2	1		2
	7. Amati pergerakan dinding abdomen	0	1				2	2		4
	8. Amati pulsasi aorta	0	1				2	2		4
	AUSKULTASI									
	Auskultasi peristaltic usus									
	9. Hangatkan stetoskop bagian diafragma dengan menggosokkan ditelapak tangan	0	1				2	1		2
10. Tanyakan terakhir makan	0	1				2	1		2	
11. Letakkan stetoskop dengan tekanan ringan pada setiap area kuadran perut secara sistematis dan dengarkan suara peristaltik usus. Auskultasi dimulai dari kuadran kanan bawah	0	1	2	3		3	2		18	
12. Catat karakteristik suara peristaltik usus dan frekuensi dalam 1 menit	0	1	2			2	1		4	

Perfor- mance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Diffi- culty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
	Auskultasi suara bising pembuluh darah (bruits) 13. Letakkan stetoskop bagian bell pada area aorta										18
	14. Dengarkan bising pembuluh darah	0	1				2	1			2
	PERKUSI Perkusi Empat Kuadran 15. Perkusi empat kuadran dari abdomen. Dengarkan hasil perkusi	0	1	2			2	2			8
	Perkusi Hepar 16. Mulai perkusi pada daerah setinggi umbilicus, kemudian ke atas sepanjang garis mid clavícula line (MDL)	0	1	2			3	3			18
	17. Dengarkan suara pertama akan terdengar tympani. Bila suara berubah menjadi dullness, suara tersebut merupakan batas bawah hepar. Beri tanda titik dengan pena	0	1	2			3	3			18
	18. Perkusi ke arah bawah dari intercostals ke-4 sepanjang garis MCL kanan (ICS). Dengarkan suara pertama akan terdengar resonan (area paru-paru).	0	1	2			3	3			18
	19. Lanjutkan perkusi hingga terdengar dullness, suara tersebut merupakan batas atas hepar. Beri tanda titik dengan pena.	0	1	2			3	3			18
	20. Perkusi ke bawah sampai ada perubahan suara perkusi.	0	1	2			3	3			18

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
	Perkusi Lien 21. Perkusi dari samping kiri abdomen posterior ke garis midaxilaris. Jika terdengar suara dullness pada bagian left anterior axillary line mengindikasikan adanya pembesaran lien. 22. Perkusi juga dapat dilakukan pada daerah intercosta terbawah di garis axilaris anterior kiri, 23. Minta klien inspirasi panjang dan lakukan perkusi lagi, jika normal suara tetap timpani, apabila suara menjadi dullness saat inspirasi berarti ada pembesaran lien.	0	1				3	3		18	
	Perkusi untuk Mendeteksi Ascites 24. Atur posisi klien supinasi 25. Perkusi dari midline abdomen ke arah lateral. Berikan tanda jika ada perubahan suara dari timpani menjadi dullness/redup. 26. Atur posisi klien miring kanan atau kiri. 27. Lakukan perkusi dari bagian atas ke bawah. Berikan tanda jika ada perubahan suara dari timpani menjadi dullness/redup 28. Letakkan telapak tangan tepat berada di tengah abdomen (untuk mencegah getaran melalui dinding abdomen) dan telapak tangan lainnya pada kedua sisi abdomen. 29. Gerakkan tangan pada dinding abdomen. Rasakan adanya gelombang cairan pada telapak tangan pada sisi yang berlawanan.	0	1	1	2		3	1		3	
		0	1	2			3	3		18	
		0	1	2			3	3		18	
		0	1	2			3	2		12	

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
	Perkusi Ginjal									
	30. Atur posisi klien duduk	0	1				3	1		3
	31. Letakkan telapak tangan kiri di atas sudut costovertebral (tulang costa menempel pada spinal column. Perkusi dengan tangan kanan yang mengepal. Lakukan kanan dan kiri.	0	1	2			3	3		18
	PALPASI									
	Palpasi Hepar									
	32. Letakkan telapak tangan kiri dibawah costa ke-11 dan 12, tekan ke depan serta keatas dengan jari-jari sedikit menekuk	0	1	2			3	3		18
	33. Anjurkan klien untuk rileks	0	1				1	1		1
	34. Tekankan tangan kiri kedepan sehingga hati akan mudah teraba dari depan	0	1				3	2		6
	35. Letakkan tangan kanan pada abdomen atau dibawah batas bawah hepar kemudian tekan kedalam dan keatas sepanjang batas lengkung costa.	0	1	2			3	3		18
	36. Minta klien nafas dalam, saak akhir inspirasi, tekan jemari tangan kanan ke arah costa, kemudian raba tepi hepar. Catat adanya nyeri, permukaan hepar halus/berbenjol.	0	1	2			3	2		12
	Palpasi Lien									
	37. Letakkan telapak tangan kiri di bawah costa terakhir sebelah kiri.	0	1				3	2		6
	38. Minta klien untuk nafas dalam	0	1				2	1		2

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual	Max
		0	1	2	3	4			5	RxCxD	Score
	39. Saat akhir inspirasi, tekan jari tangan kanan ke arah costa terakhir sebelah kiri secara ringan	0	1				3	2		6	
	40. Tentukan adanya pembesaran lien, konsistensinya, dan adanya nyeri.	0	1				2	1		2	
	Palpasi Ginjal										
	41. Letakkan tangan kiri di bawah sela iga 12 dan ujung jari tepat di sudut kostovertebra kanan	0	1				3	3		9	
	42. Letakkan tangan kanan sedikit di bawah lengkung costa kanan	0	1				3	2		6	
	43. Anjurkan klien untuk nafas dalam. Pada saat akhir inspirasi, tangan kanan menekan ke bawah sementara tangan kiri mendorong ke atas. Raba ginjal kanan anantara dua tangan	0	1	2	3		3	3		27	
	44. Lakukan palpasi ginjal kiri										
	Palpasi Vesika Urinaria										
	45. Lakukan palpasi di bawah umbilikus ke arah bawah mendekati simfisis	0	1				3	2		6	
	46. Palpasi adanya distensi kandung vesika urinaria.	0	1				2	2		4	
	Palpasi Pulsasi Aorta										
	47. Palpasi dengan jari daerah sebelah kiri midline/garis tengah abdomen bawah proses xiphioideus.	0	1				3	2		6	
	48. Tekan agak kuat dan dalam. Rasakan pulsasi aorta.	0	1	2			3	2		12	
	49. Bereskan alat	0	1				1	1		1	
	50. Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	0	1				2	1		2	
	51. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)	0	1				3	1		3	

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
Dokumentasi	1. Nama dan umur atau nama dan alamat klien 2. Diagnosa keperawatan 3. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan 4. Evaluasi: Respon klien, hasil pemeriksaan abdomen (inpeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi) 5. Tanggal dan jam pelaksanaan 6. Nama dan tanda tangan ners	0	1					1		2
		0	1					1		2
		0	1					1		2
		0	1	2	3	4		1		8
		0	1					1		2
		0	1					1		2
Soft Skill	1. Empati 2. Teliti 3. Hati-hati 4. Menunjukkan perilaku profesional 5. Pakaian rapi dan tertib sesuai tata tertib	0	1					1		2
		0	1					1		2
		0	1					1		2
		0	1					1		2
		0	1					1		2

Nilai Batas Lulus ≥ 75

Nilai = $\frac{\text{Actual Score} \times 100}{\dots}$

529

PEMERIKSAAN FISIK GENITALIA

Oleh:

Ferika Indarwati, MNg

Nur Azizah Indriastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Learning Objective:

Setelah menyelesaikan praktikum ini, mahasiswa dapat :

1. Melakukan pemeriksaan genetalia dengan benar
2. Mengidentifikasi abnormalitas hasil pemeriksaan genetalia

Scenario

Seorang perempuan, 50 tahun, datang ke rumah sakit dengan keluhan nyeri saat berkemih dan keluar keputihan serta gatal. Ners akan melakukan pemeriksaan genetalia

Pertanyaan mInimal:

1. Apakah tujuan dari pemeriksaan genetalia
2. Bagaimana tehnik pemeriksaan genetalia

Nursing Diagnosis

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis (infeksi bakteri)

MATERI

Pemeriksaan ini dapat membuat klien merasa malu sehingga anda harus melakukan pendekatan yang tenang,. Berikan penjelasan dan alasan mengapa harus melaakikan prosedur pemeriksaan ini. Posisi litotomi juga membuat klien merasa malu. Pemeriksaan genetalia dapat dilakukan sambil melaksanakan tindakan hygiene dan mempersiapkan pemasangan kateter urine . pemeriksaan internal merupakan bagian tiap pelayanan kesehatan preventif wanita karena kanker ovarium merupakan penyebab kematian pertama dibandingkan kanker system reproduktif. Remaja dan dewasa muda diperiksa insiden penyakit menular seksual (PMS) yang semakin banyak. Usia menarche semakin turun dan sebagian besar remaja pria dan wanita sudah aktif secara seksual pada usia 19 tahun(Hockenberry dan Wilson,2007). Pemeriksaan rectum dan anus digabungkan kedalam pemeriksaan ini karena klien berada pada posisi litotomi atau berbaring dipunggung.

A. PEMERIKSAAN GENITALIA WANITA

GENITALIA EKSTERNAL

Pastikan area perineum mendapatkan cahaya yang cukup. Kenakan sarung tangan untuk mencegah kontak dengan organism infeksius. Perineum sangat sensitif sehingga klien harus diberitahu terlebih dahulu. Sebaiknya anda menyentuh paha terlebih dahulu sebelum mencapai perineum.

Sambil duduk di ujung meja, inspeksi kuantitas dan distribusi rambut. Individu pra remaja tidak memiliki rambut pubis. Selama pubertas, rambut tumbuh di sepanjang labia dan menjadi lebih gelap, kasar dan kriting. Pada individu dewasa, rambut tumbuh dalam bentuk segitiga di perineum wanita dan sepanjang permukaan medial paha. Rambut normalnya bebas kutu dan telurnya. Ulit yang terletak di bawahnya bebas dari radang, iritasi, atau lesi.

Inspeksi karakteristik permukaan labia mayor. Kulit perineum tampak mulus, bersih dan sedikit lebih gelap di bandingkan kulit lainnya. Membrane mukosa tampak merah muda gelap dan lembab. Labia mayora dapat terbuka ataupun tertutup dan tampak kering atau lembab. Biasanya ini tampak simetris. Setelah melahirkan, labia mayora akan terpisah sehingga labia miira lebih jelas terlihat. Saat mencapai menopause, labia mayora akan menipis dan mengalami atrofi siring usia. Labia mayora yang normal tidak mengalami inflamasi, edema, lesi, atau laserasi.

PEMERIKSAAN SPEKULUM GENITALIA INTERNAL

Pemeriksaan ini membutuhkan banyak keterampilan dan latihan. Pemeriksaan ini di lakukan oleh praktisi keperawatan ahli dan penyedia layanan primer. Siswa biasanya hanya mengamati atau membantu pemeriksaan dengan membantu klien mengambil posisi, memberikan alat, dan meningkatkan kenyamanan klien.

Pemeriksaan ini menggunakan speculum plastik/metal yang terdiri atas dua mata dan alat penyesuaian. Pemeriksa memasukan speculum ke dalam vagina untuk melihat lesi kanker atau kehilangan di genetelia internal. Selama pemeriksaan, pemeriksa akan mengambil specimen pemeriksa **Papanicolaou (Pap)** untuk kanker serviks dan vagina. Pemeriksaan ini tidak akan dibahas di sini.

B. Pemeriksaan Genitalia pada laki-laki

1) GENITALIA PRIA.

Pemeriksaan ini mencakup pengkjian integritas genitalia eksternal, cinxin inguinalis, dan salurannya. Karenan tingginya angka PMS pada remaja dan dewasa muda, pemeriksaan ini harus menjadi prosedur rutin pada kelompok

usia ini. Pastikan ruangan pemeriksaan bersuhu hangat. Minta klien berbaring supinasi dengan dad, abdomen, dan kaki bawah ditutupi duk atau berdiri selama pemeriksaan. Kenakan sarung tangan yang bersih. Gunakan pendekatan yang tenang dan lembut untuk mengurangi kegelisahan klien. Posisi pemeriksaan dapat membuat klien merasa malu. Untuk mengurangi kegelisahan, jelaskan tujuan pemeriksaan sehingga klien dapat mengantisipasinya. Sentuh genitalia secara perlahan untuk menghindari ereksi atau rasa tidak nyaman. Anamnesis dilakukan dengan lengkap sebelum pemeriksaan yang menjamin pemeriksaan komplit.

2) KEMATANGAN SEKSUAL

Pertama, perhatikan kematangan seksual dengan mengamati ukuran dan bentuk penis dan testis, ukuran, warna, tekstur kulit skrotum, dan karakter dan distribusi rambut pubis. Testis pertama kali bertambah ukuran pada usia pra remaja. Pada saat ini belum ada rambut pubis. Pada akhir pubertas, testis dan penis membesar sampai ukuran dan bentuk dewasa, dan kulit skrotum. Menjadi lebih gelap dan berkerut. Pada masa pubertas, rambut menjadi kasar dan banyak pada pubis. Penis tidak memiliki rambut, skrotum memiliki sedikit sekali rambut. Lakukan juga inspeksi kulit genitalia untuk mengamati kuku, ruam, ekskoriasi, atau lesi. Normalnya kulit nampak bersih tanpa lesi.

3) PENIS

Untuk menginspeksi permukaan penis dengan menyeluruh, lakukan manipulasi genitalia atau minta bantuan klien, inspeksi batang, korona, preputium, glans, dan meatus uretra. Vena dorsal tampak jelas. Pada pria yang tidak disikumisasi, tarik preputium untuk melihat glans dan meatus uretra. Preputium biasanya mudah ditarik. Terkadang terdapat smegma putih tebal di bawahnya. Jika ada cairan abnormal, lakukan kultur. Meatus uretra nampak seperti celah dan berada di permukaan ventral, beberapa milimeter dari ujung glans. Pada kondisi kongenital, meatus berada disepanjang batang penis. Area antara preputium dan glans merupakan lokasi umum untuk lesi venera. Perlahan tekan glans diantara ibu jari dan telunjuk, ini akan membuka meatus uretra untuk inspeksi lesi, edema, dan inflamasi. Normalnya, meatus nampak berkilat dan merahmuda tanpa cairan. Lakukan palpasi lesi perlahan untuk mendeteksi nyeri tekan, ukuran, konsistensi, dan bentuk. Setelah inspeksi dan palpasi glans selesai, tarik preputium kembali ke posisi awal. Lanjutkan dengan inspeksi batang penis, termasuk permukaan bawah, untuk melihat lesi, jaringan parut, atau edema. Palpasi batang penis diantara ibu jari dan dua jari pertama untuk mendeteksi nyeri tekan atau kekerasan lokal. Berbaring di tempat tidur dalam jangka waktu lama terkadang menyebabkan edema batang penis.

4) SKROTUM

Berhati hatilah saat menginspeksi dan memalpasi skrotum, karena struktur didalamnya sangat sensitif. Skrotum terbagi menjadi dua bagian. Tiap bagian mengandung satu testis, epididimis, dan vas deferens yang berjalan keatas menuju cincin inguinalis. Biasanya, testis kiri lebih rendah dibandingkan yang kanan. Inspeksi ukuran, bentuk dan kesimetrisan skrotum sambil mengamati adanya lesi atau edema. Perlahan angkat skrotum untuk melihat permukaan posterior. Kulit skrotum biasanya kendur dan permukaannya kasar. Kulit skrotum lebih gelap dibandingkan kulit tubuh. Hilangnya keriput menandakan edema. Ukuran skrotum biasanya berubah sesuai variasi suhu karena otot dartos berkontraksi di suhu dingin dan berelaksasi pada suhu hangat. Benjolan pada kulit skrotum biasanya berupa kista sebacea.

Kanker testis merupakan tumor padat yang umum ditemukan pada usia 18-34 tahun. Deteksi dini sangat penting. Jelaskan pemeriksaan testis sambil memeriksa klien. Testis normal bersifat sensitif namun tidak nyeri. Testis biasanya berbentuk telur dan berukuran 2-4 cm. perlahan palpasi testis dan epididimis diantara ibu jari dan kedua jari pertama. Testis terasa mulus, seperti karet, dan bebas nodul. Epididimis terasa kenyal. Perhatikan ukuran, bentuk dan konsistensi organ. Gejala umum kanker testis adalah pembesaran satu testis tanpa nyeri dan adanya benjolan keras, kecil terpalpasi sebesar kacang pada bagian depan atau sisi samping testis. Pada lansia, testis mengecil dan kurang keras saat dipalpasi. Teruskan palpasi vas deferens terpisah karena ia membentuk tali spermatic menuju cincin inguinalis, lihat adanya nodul atau pembengkakan. Normalnya ia tampak mulus.

Pemeriksaan genetalia sendiri (pria)

Semua pria berusia 15 tahun keatas harus melakukan pemeriksaan ini tiap bulan.

Pemeriksaan genetalia :

- a. Lakukan pemeriksaan setelah mandi air hangat saat kulit skrotum lebih tipis.
- b. Berdirilah tanpa pakaian didepan cermin, pegang penis dengan tangan dan perhatikan kepalanya. Tarik kulit depan jika anda tidak pernah disunat untuk memperlihatkan glans.
- c. Inspeksi dan palpasi seluruh kepala penis searah jarum jam, lihat adanya benjolan, luka (benjolan dan luka dapat berwarna terang atau merah seperti jerawat)
- d. Lihat adanya kutil genetalia
- e. Lihat pada lubang (meatus uretra) di ujung penis, adakah cairan ?
- f. Lihat disepanjang batang penis untuk mencari tanda yang sama.
- g. Pastikan untuk memisahkan rambut pubis pada dasar penis dan periksa dengan cermat kulit dibawahnya.

Pemeriksaan testis sendiri :

- a. Lihat adanya pembengkakan /benjolan pada kulit skrotum sambil melihat ke cermin.
- b. Gunakan kedua tangan, letakan jari telunjuk dan jari tengah di bawah testis dan ibu jari diatas.
- c. Perlahan, lakukan gerakan seperti menggulung pada testis. Rasakan adanya benjolan, pembengkakan, luka, atau perubahan konsistensi(pengerasan)
- d. Cari epididimis (struktur seperti tali pada puncak dan belakang testis; bukan suatu benjolan)
- e. Rasakan adanya benjolan kecil sebesar kacang didepan dan samping testis. Benjolan biasanya tidak nyeri dan abnormal.
- f. Hubungi penyelenggaraan kesehatan anda jika ada temuan abnormal.

6) Rektum dan anus

Waktu terbaik untuk pemeriksaan ini adalah setelah pemeriksaan genetalia. Biasanya anda tidak melakukannya pada anak atau remaja, pemeriksaan ini mendeteksi kanker kolorektal pada stadium dini. Pada pria pemeriksaan ini juga berguna untuk mendeteksi tumor prostat. Lakukan anamnesis yang komplit untuk mendeteksi resiko klien akan penyakit usus, rektum, atau prostat.

Pemeriksaan rektum membuat klien tidak nyaman. Oleh karena itu, jelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan agar klien merasa tenang. Setelah pemeriksaan genetalia, klien wanita berada pada posisi berbaring dorsal atau pada posisi menyamping(sims'). Cara pemeriksaan terbaik pada pria adalah dengan meminta klien berdiri dan memiringkan tubuh ke depan sambil memfleksikan pinggang dan tubuh atas bersandar pada meja pemeriksaan. Periksa klien nonambulatori pada posisi sims'. Gunakan sarung tangan sekali pakai.

7) Inspeksi

Dengan tangan yang nondominan, perlahan tarik bokong untuk melihat area perianal dan sakrokosigeal. Kulit perianal tampak mulus dan lebih gelap dan kasar dibandingkan kulit bokong. Inspeksi jaringan anus untuk melihat karakteristik kulit, lesi, hemoroid eksternal (dilatasi vena yang tampak sebagai penonjolan merah), ulkus, fisura, dan fistula, inflamasi, ruam, tidak ekskoriiasi. Jaringan anus tampak lembap dan tidak berambut dan otot sfingter eksternal yang bersifat volunter membuat anus tetap tertutup. Selanjutnya, minta klien mengedan. Setiap hemoroid internal atau fisura akan tampak pada saat ini. Gunakan referens jam(misal : jam 3 atau jam 8) untuk menggambarkan lokasi temuan. Normalnya, tidak ada protrusi jaringan.

8) Palpasi Jari

Periksa saluran anus dan sfingter dengan palpasi jari, dan pada klien pria, palpasi kelenjar prostat untuk menyingkirkan pembesaran. Biasanya pemeriksaan ini dilakukan oleh praktisi ahli. Teknik ini tidak akan didiskusikan disini.

CHEKLIST PEMERIKSAAN GENETALIA

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
Tahap pre inter-aksi	1) Baca catatan keperawatan/catatan medis		1				3	1		3
	2) Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)		1				3	1		3
	3) Persiapan Alat: Alat tulis Hand Rub Sarung tangan bila perlu Bengkok Perilak		1				3	1		3
	Perineal hygiene bila perlu: kom berisi savlon, kapas bulat, handuk									
Tahap Orientasi	4) Ucapkan salam dan perkenalkan diri		1	2			1	1		2
	5) Klarifikasi nama dan tgl lahir, nomor rekam medis pasien		1	2			3	1		6
	6) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan		1	2			2	1		4
	7) Kontrak waktu		1				1	1		1
	8) Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya		11				1	1		1
	9) Minta persetujuan klien/keluarga		1				2	1		2
	10) Dekatkan alat		1				1	1		1
	11) Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu						1	1		1
	12)Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)		1				3	1		3
	13)Baca Basmalah		1				2	1		2

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCx/D
	Wanita									
	14. Memposisikan pasien litotomi		1				1			2
	Inspeksi									
	15. Amati kulit dan area pubis, perhatikan adanya lesi, eritema, fisura, leukoplakia, dan ekskorasi		1				2			6
	16. Amati rambut pubis, perhatikan distribusi dan jumlahnya, dan bandingkan sesuai usia perkembangan pasien		1				3			3
	17. Amati bagian dalam labia mayora, labia minora, klitoris, dan meatus uretra. Perhatikan setiap ada pembengkakan, ulkus, rabas atau nodular					4	2			24
	Palpasi									
	18. Memeriksa Kelenjar Skene untuk melihat adanya keputihan dan nyeri. Dengan telapak tangan menghadap ke atas, masukkan jari telunjuk ke dalam vagina lalu dengan lembut mendorong ke atas mengenai uretra dan menekan kelenjar pada kedua sisi kemudian langsung ke uretra		1				3			9
	19. Memeriksa Kelenjar Bartholin untuk melihat apakah ada cairan dan nyeri. Masukkan Jari telunjuk ke dalam vagina di sisi bawah mulut vagina dan meraba dasar masing-masing labia majora. Dengan menggunakan jari dan ibu jari, palpasi setiap sisi untuk mencari apakah ada benjolan atau nyeri		1				3			9

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
		20. Amati ukuran, laserisasi, erosi, nodular, massa, rabas, dan warna serviks. Normalnya bentuk serviks melingkar atau oval pada nulipara. Siapkan speculum dengan ukuran dan bentuk yang sesuai	1							3	3
21. Palpasi serviks dengan dua jari anda dan perhatikan posisi, ukuran, konsistensi, regularitas, mobilitas, dan nyeri tekan. Normalnya serviks dapat digerakkan tanpa terasa nyeri	1					3	3		9		
22. Palpasi uterus dengan cara jari-jari tangan yang ada dalam vagina menghadap ke atas. Tangan yang ada diluar letakkan di abdomen dan tekankan ke bawah. Palpasi uterus untuk mengetahui ukuran, bentuk, konsistensi, dan mobilitasnya	1					3	3		9		
23. Palpasi ovarium dengan cara menggeser dua jari yang ada dalam vagina ke formiks lateral kanan. Tangan yang ada di abdomen tekankan ke bawah ke arah kuadran kanan bawah. Palpasi ovarium kanan untuk mengetahui ukuran, mobilitas, bentuk, konsistensi, dan nyeri tekan (normalnya tidak teraba) ulangi untuk ovarium sebelahny	1					3	3		9		
Pria											
24. Memposisikan pasien tidur terlentang											

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
	Inspeksi:		1				2			2
	25. Pertama-tama inspeksi rambut pubis, perhatikan penyebaran dan pola pertumbuhan rambut pubis. Catat bila rambut pubis tumbuh sedikit atau tidak sama sekali		1				3	1		3
	26. Inspeksi kulit, ukuran, dan adanya kelainan lain yang tampak pada penis		1				3	1		3
	27. Lubang uretra normalnya terletak di tengah kepala penis. Pada beberapa kelainan lubang uretra ada yang terletak di bawah batang penis (hipospadia) dan ada yang terletak di atas batang penis (epispadia)		1				3	2		6
	28. Inspeksi skrotum dan perhatikan bila ada tanda kemerahan, bengkak, ulkus, ekskoriasi (goresan), atau nodular. Angkat skrotum dan amati area di belakang skrotum			2			3	2		6
	Palpasi									
	29. Lakukan palpasi penis untuk mengetahui adanya nyeri tekan, benjolan, dan kemungkinan adanya cairan kental yang keluar		1				3	3		9
	30. Palpasi skrotum dan testis dengan menggunakan jempol dan tiga jari pertama. Palpasi tiap testis dan perhatikan ukuran, konsistensi, bentuk, dan kelicinannya. Testis normalnya teraba elastis, licin, tidak ada benjolan atau massa, dan berukuran sekitar 2-4 cm			2			3	3		18

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual Rx/CxD	Max Score
	31. Palpasi epididimis yang memanjang dari puncak testis ke belakang. Normalnya epididimis teraba lunak		1				3	3		9	
	32. Palpasi saluran sperma dengan jempol dan jari telunjuk. Saluran sperma biasanya ditemukan pada puncak bagian lateral skrotum dan teraba lebih keras daripada epididimis		1				3	3		9	
	33. Bereskan alat		1				1	1		1	
	34. Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai		1				2	1		2	
	35. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)		1				3	1		3	
Tahap terminasi	36. Evaluasi respon klien		1				1	1		1	
	37. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan		1				1	1		1	
	38. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien		1				1	1		1	
	39. Doa kesembuhan klien (doa orang sakit)		1				1	1		1	
	40. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya		1				1	1		1	
	41. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam		1				1	1		1	
Dokumentasi	42. Nama, umur dan alamat klien				3		2	1		6	
	43. Diagnosa keperawatan		1				2	1		2	
	44. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan		1				2	1		2	
	45. Evaluasi: Respon klien, hasil pemeriksaan abdomen (inpeksi,auskultasi, perkusi, dan palpasi)			2			2	1		4	
	46. Tanggal dan jam pelaksanaan			2			2	1		4	
	47. Nama dan tanda tangan ners			2			2	1		4	

Minggu ke 1 (30 Januari-4 Februari 2017)									
Jam	SENIN	SELASA	RABU	KAMIS	JUMAT	SABTU			
07.30-08.30		Penjelasan silabus	Praktikum Blok 4,5,6 (belum mulai)	Tutorial Blok 4,5,6		Agama II			
09.00-09.30		kosong	Praktikum Blok 4,5,6	Tutorial Blok 4,5,6		Agama II			
09.30-10.30	Kosong	Bahasa Inggris II (11.00-12.30)	Praktikum Blok 4,5,6		Bahasa Inggris II (10.30-11.50)				
11.00-11.30	Kosong	Bahasa Inggris II (11.00-12.30)	Praktikum Blok 4,5,6		Bahasa Inggris II (10.30-11.50)				
11.30-12.30									
12.30-13.30	Tutorial Blok 4,5,6 (belum mulai)	kosong		Kuliah topik EBN (Resti Y)	Praktikum Blok 4,5,6				
13.30-14.30	Tutorial Blok 4,5,6	kosong		Kuliah topik EBN (Resti Y)	Praktikum Blok 4,5,6				
14.30-15.15	ISTIRAHAT & SHOLAT								
15.15-16.15			LPII		Praktikum Blok 4,5,6				
16.15-17.15					Praktikum Blok 4,5,6				

Minggu ke-2 (6-11 Februari 2017)								
Jam	SENIN	SELASA	RABU	KAMIS	JUMAT	SABTU		
07.30-08.30		Kuliah topik: Proses Keperawatan (Nur Azizah)	Praktikum Blok 4,5,6	Mentoring 2		Agama II		
09.00-09.30		Kuliah topik: Proses Keperawatan (Nur Azizah)	Praktikum Blok 4,5,6	Mentoring 2		Agama II		
09.30-10.30	Kuliah topik: Berpikir Kritis (Shanti W)	Bahasa Inggris II (11.00-12.30)	Praktikum Blok 4,5,6		Kuliah topik: Analisa Data (Nur Azizah)			
11.00-11.30	Kuliah topik: Berpikir Kritis (Shanti W)	Bahasa Inggris II (11.00-12.30)	Praktikum Blok 4,5,6		Kuliah topik: Analisa Data (Nur Azizah)			
11.30-12.30								
12.30-13.30	Mentoring 1		Kuliah topik: Tahapan proses Keperawatan (Arianti)	Kuliah topik:Pengkajian (Resti Y)	Praktikum topik 1			
13.30-14.30	Mentoring 1		Kuliah topik: Tahapan proses Keperawatan (Arianti)	Kuliah topik:Pengkajian (Resti Y)	Praktikum topik 1			
14.30-15.15	ISTIRAHAT & SHOLAT				Praktikum topik 1			
15.15-16.15			LPII		Praktikum topik 1			
16.15-17.15					Praktikum topik 1			

Minggu ke-3 (13-18 Februari 2017)		SENIN	RABU	KAMIS	JUMAT	SABTU
Jam		SELASA				
07.30-08.30		Kuliah topik: Tujuan (Resti Y)	Praktikum topik 2	Mentoring 4		Agama II
09.00-09.30		Kuliah topik: Tujuan (Resti Y)	Praktikum topik 2	Mentoring 4		Agama II
09.30-10.30	Kuliah topik: Diagnosa (Nur Azizah)	Kuliah topik: Intervensi (Resti Y)	Praktikum topik 2		Kuliah topik: Dokumentasi (Novita K)	
11.00-11.30	Kuliah topik: Diagnosa (Nur Azizah)	Kuliah topik: Intervensi (Resti Y)	Praktikum topik 2		Kuliah topik: Dokumentasi (Novita K)	
11.30-12.30						
12.30-13.30	Mentoring 3	Kuliah topik: Evaluasi (Arianti)		Kuliah topik: Evaluasi (Arianti)	Praktikum topik 3	
13.30-14.30	Mentoring 3	Kuliah topik: Evaluasi (Arianti)		Kuliah topik: Evaluasi (Arianti)	Praktikum topik 3	
14.30-15.15	ISTIRAHAT & SHOLAT				Praktikum topik 3	
15.15-16.15			LPI		Praktikum topik 3	

Minggu ke-4 (20-25 Februari 2017)		SENIN	SELASA	RABU	KAMIS	JUMAT	SABTU
Jam							
07.30-08.30			Kuliah topik: Caring (Sri Sumaryani)	Praktikum topik 4	Mentoring 6		Agama II
09.00-09.30			Kuliah topik: Caring (Sri Sumaryani)	Praktikum topik 4	Mentoring 6		Agama II
09.30-10.30	Kuliah topik: Dokumentasi (Novita K)		Kuliah: Role play caring (Sri Sumaryani)	Praktikum topik 4		Kuliah Topik:Sistem Klien dan Pelayanan Kesehatan (Novita)	
11.00-11.30	Kuliah topik: Dokumentasi (Novita K)		Kuliah: Role play caring (Sri Sumaryani)	Praktikum topik 4		Kuliah Topik:Sistem Klien dan Pelayanan Kesehatan (Novita)	
11.30-12.30							
12.30-13.30	Mentoring 5		Kuliah: Role play caring (Sri Sumaryani)		Kuliah: Role play caring (Sri Sumaryani)	Praktikum topik 5	
13.30-14.30	Mentoring 5		Kuliah: Role play caring (Sri Sumaryani)		Kuliah: Role play caring (Sri Sumaryani)	Praktikum topik 5	
14.30-15.15	ISTIRAHAT & SHOLAT					Praktikum topik 5	
15.15-16.15				LPM		Praktikum topik 5	

Minggu ke-5 (27 Februari-4 Maret 2017)		SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
Jam													
07.30-08.30			Kuliah Topik: Berpikir Kritis (Shanti W)			Praktikum topik 6		Mentoring 8					Agama II
09.00-09.30			Kuliah Topik: Berpikir Kritis (Shanti W)			Praktikum topik 6		Mentoring 8					Agama II
09.30-10.30			Kuliah Topik: IPE dan IPC (Novita K)			Praktikum topik 6							
11.00-11.30			Kuliah Topik: IPE dan IPC (Novita K)			Praktikum topik 6							
11.30-12.30													
12.30-13.30			Kuliah: SDL Proses Keperawatan (Resti Y)					Kuliah: SDL Proses Keperawatan (Nur Azizah)					
13.30-14.30			Kuliah: SDL Proses Keperawatan (Resti Y)					Kuliah: SDL Proses Keperawatan (Nur Azizah)					
14.30-15.15													
15.15-16.15							LPM						

Minggu ke-6 (6-11 maret 2017)		SENIN	SELASA	RABU	KAMIS	JUMAT	SABTU
Jam							
07.30-08.30				Praktikum: OSCE	Tutorial Blok 4,5,6		Agama II
09.00-09.30				Praktikum: OSCE	Tutorial Blok 4,5,6		Agama II
09.30-10.30	Kuliah: SDL Proses Keperawatan (Novita K)			Praktikum: OSCE		Bahasa Inggris II (10.30-11.50)	
11.00-11.30	Kuliah: SDL Proses Keperawatan (Novita K)			Praktikum: OSCE		Bahasa Inggris II (10.30-11.50)	
11.30-12.30							
12.30-13.30	Tutorial Blok 4,5,6					Praktikum OSCE	
13.30-14.30	Tutorial Blok 4,5,6					Praktikum OSCE	
14.30-15.15	ISTIRAHAT & SHOLAT					Praktikum OSCE	
15.15-16.15				LPI		Praktikum OSCE	

