

# MODUL INTEGRASI KETRAMPILAN KEPERAWATAN

T.A. 2016/2017



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

**MODUL  
INTEGRASI  
KETRAMPILAN  
KEPERAWATAN**

T.A. 2016/2017

---



## IDENTITAS MAHASISWA



.....  
(nama lengkap)

.....  
(Nomor Mahasiswa)

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



# **VISI, MISI, DAN TUJUAN**

## **PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS**

### **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.

### **MISI**

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

### **TUJUAN**

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



## **BAB I**

### **GAMBARAN BLOK INTEGRASI KETRAMPILAN KEPERAWATAN (BLOK 25)**

Blok Integrasi Ketrampilan Keperawatan diberikan pada mahasiswa semester 8 dengan beban sks adalah 4 SKS. Blok ini bertujuan untuk mempersiapkan mahasiswa PSIK sebelum memasuki program pendidikan profesi Ners dan review keterampilan serta pengelolaan asuhan keperawatan.

Kegiatan belajar mahasiswa berorientasi pada pencapaian kemampuan berfikir sistematis, komprehensif dan kritis dalam mengaplikasikan konsep-konsep ilmu keperawatan dengan pendekatan asuhan keperawatan sebagai dasar penyelesaian masalah dengan memperhatikan aspek legal dan etis. Evaluasi belajar mahasiswa dilakukan melalui proses belajar blok, penugasan dan sikap selama melaksanakan kegiatan belajar..



**BAB II**

**CAPAIAN PEMBELAJARAN**

**BLOK INTEGRASI KETRAMPILAN KEPERAWATAN**

(BLOK 25)

NO	UNSUR SN PT & KKNI	CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
<b>1</b>	<b>SIKAP</b>	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 kritis yang membangun dan berkemajuan
		S16 Menunjukkan sikap menghargai dan menghormati manusia sebagai individu yang bermartabat sejak hasil konsepsi sampai meninggal

NO	UNSUR SN PT & KKNi		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
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.
		PP13	Menguasai teknologi informasi untuk mendukung pengelolaan asuhan keperawatan berbasis bukti ( <i>evidence based nursing</i> )
		PP14	Menguasai Bahasa Inggris
		PP15	Menguasai pengetahuan Islam murni yang berkemajuan
		PP16	Menguasai pengetahuan tentang konsep Al-Maun
		PP17	Menguasai pengetahuan tentang konsep akhlakul karimah
		PP18	Menguasai pengetahuan Islam yang berkemajuan sesuai Al Quran dan As Sunah.
		PP19	Menguasai pengetahuan nilai nilai Islam dalam penerapan asuhan keperawatan.
		PP20	Memiliki pengetahuan keragaman budaya baik lokal, nasional maupun internasional
		PP21	Memiliki pengetahuan tentang factor sosial dan budaya yang dapat mempengaruhi asuhan keperawatan

NO	UNSUR SN PT & KKN1		CAPAIAN PEMBELAJARAN (CP)
3	Ketrampilan Umum	KU1	Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesinya;
		KU2	Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif;
		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;
		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;
		KU5	Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja;
		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;
		KU8	Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya;
		KU9	Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya;
		KU10	Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya;
		KU11	Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya;
		KU12	Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

**BAB III**

**PELAKSANAAN PROSES BELAJAR MENGAJAR**  
**BLOK INTEGRASI KETRAMPILAN KEPERAWATAN**  
 (BLOK 25)

**A. METODE**

**1. Bedside Teaching (BST)**

a. Pengertian

*Bedside Teaching* (BST) adalah metode pembelajaran klinis yang melibatkan pasien, mahasiswa dan pembimbing klinis.

b. Tujuan

Memberikan pengalaman klinis pada setting nyata (*real setting*) dan mahasiswa dapat belajar dari pengalaman tersebut dan dari umpan balik pembimbing dan pasien. Metode ini efektif dalam melatih kemampuan klinis mahasiswa seperti berkomunikasi kepada pasien, ketrampilan pemeriksaan fisik, observasi dan penerapan etika klinis, profesionalisme dan mengembangkan kemampuan nalar klinis (*clinical reasoning*).

c. Manfaat

- 1) Memberikan pengalaman pembelajaran dengan berinteraksi langsung dengan pasien.
- 2) Memberikan pengalaman pada mahasiswa untuk belajar melakukan pengkajian yang tidak hanya fokus pada penyakit tetapi juga dengan pendekatan personal dan profesional terhadap dampak penyakit pada pasien.
- 3) Meningkatkan ketrampilan klinis mahasiswa (Qureshi Z. 2014)

d. Tahapan

*Bedside teaching* (BST) terdiri atas 3 tahap:

Tahapan BST	Kegiatan	
	Preseptor	Mahasiswa
<b>Pre BST</b> (Persiapan)	1) Menetapkan tujuan belajar 2) Pemilihan pasien sesuai dengan topik BST 3) <i>Informed consent</i> dengan pasien 4) Menilai kesiapan mahasiswa terkait topik BST	1) Mendiskusikan tujuan belajar 2) Mempersiapkan materi sesuai topik BST
<b>BST</b> (disamping)	1) Memperkenalkan diri dan tim	1) Observasi demonstrasi yang

pasien)	2) Menjelaskan tujuan BST kepada pasien 3) Mendemonstrasikan ketrampilan sesuai topik 4) Meminta mahasiswa melakukan redemonstrasi BST (bila memungkinkan) 5) Berperan sebagai <i>role model</i> 6) Melakukan komunikasi dengan pasien 7) Memperhatikan privasi pasien 8) Melakukan terminasi kepada pasien	dilakukan oleh preseptor 2) Melakukan redemostrasi (bila memungkinkan)
<b>Post BST</b>	1) Melakukan eksplorasi perasaan mahasiswa 2) Memberikan umpan balik ( <i>feedback</i> ) kepada mahasiswa 3) Memberikan <i>reinforcement</i> pada mahasiswa 4) Memberikan penekanan pada hal-hal yang penting 5) Memberikan kesimpulan 6) Menutup kegiatan BST	1) Menyampaikan perasaan yang dialami 2) Mengajukan pertanyaan

Keterangan:

- a) Pada saat pelaksanaan BST, demonstrasi direkomendasikan pada saat mahasiswa mempelajari ketrampilan baru atau awal-awal fase pembelajaran.
- b) Preseptor memberikan umpan balik atau *feedback* yang bersifat konstruktif kepada ners muda terkait dengan hal-hal yang sudah baik dan hal-hal yang perlu diperbaiki baik dari sisi ketrampilan maupun sikap kepada pasien.

BST dilaksanakan dengan memperhatikan daftar kompetensi skills tiap-tiap bagian. Dengan demikian, BST lebih menekankan pada sisi ketrampilan kliniknya bukan variasi kasusnya. Waktu pelaksanaan BST sesuai kesepakatan ko-ners dengan preseptor. Durasi BST disesuaikan dengan jenis kompetensi yang ditentukan. Bisa singkat atau lama. Umumnya BST cukup dilakukan 15-30 menit per kelompok kecil dan satu pertemuan bisa melibatkan 2-3 ko-ners.

BST dilakukan dengan 3 tahap yaitu:

- a) Pre BST: preseptor melakukan kontrak waktu dengan pasien sehari sebelumnya atau beberapa jam sebelum pelaksanaan BST. Sebelum interaksi dengan pasien

preseptor mengecek kembali kesiapan pengetahuan mahasiswa seputar prosedur/ketrampilan yang akan di lakukan BST.

- b) BST: Sesi BST dilaksanakan di samping pasien. Tahap awal preseptor memberikan contoh prosedur/ketrampilan mulai dari pra interaksi sampai terminasi kemudian ko-ners bisa melakukan tindakan sesuai yang dicontohkan. Untuk ko-ners tahap akhir bisa langsung melakukan prosedur/ketrampilan dibawah supervisi dari preseptor. Apabila selama melakukan prosedur ada ketidaktepatan prosedur langsung dapat diambil alih oleh preseptor.
- c) Post BST: Preseptor melakukan evaluasi perasaan Ners muda setelah berinteraksi atau melakukan prosedur kepada pasien. Selain itu, pada tahap ini preseptor memberikan umpan balik atau *feedback* yang bersifat konstruktif kepada ners muda terkait dengan hal-hal yang sudah baik dan hal-hal yang perlu diperbaiki baik dari sisi ketrampilan maupun sikap kepada pasien. Pelaksanaan *bedside teaching* diharapkan preceptor memberikan komentar terhadap proses BST pada lembar BST.

e. Peran Ko-ners

Peran ko-ners:

Ko-Ners melakukan perannya secara bertahap, sesuai dengan level ketrampilan dan pendelegasian tugas yang diberikan pendidik.

- 1) Tahap awal, ko-ners hanya mengobservasi ketrampilan atau tindakan yang dilakukan oleh preseptor (bagi yang belum pernah melakukan ketrampilan yang dimaksud). BST dimulai persiapan (termasuk persiapan dasar teori oleh ko-ners) dan ditutup dengan diskusi tentang ketrampilan yang telah di pelajari dalam BST.
- 2) Tahap selanjutnya, ko-ners dapat melakukan ketrampilan dengan diobservasi oleh preseptor. Preseptor siap mengambil alih tindakan jika diperlukan. Praktek ketrampilan ini dapat didelegasikan pada segmen tertentu atau keseluruhan prosedur ketrampilan tersebut.

Catatan: untuk ketrampilan prosedural yang kompleks, ners muda mungkin baru melakukan tindakan secara mandiri pada pasien kedua, ketiga dan seterusnya.

f. Peran Preseptor

- 1) Memastikan tujuan dan kasus yang dipilih.
- 2) Memberitahu pasien/keluarga pada saat BST akan dimulai.
- 3) Melaksanakan pembelajaran ketrampilan klinik.

- 4) Preceptor menentukan pendelegasian tugas yang diberikan kepada ko-ners (mengobservasi ketrampilan yang dilakukan preceptor sampai memberi kesempatan ko-ners melakukan ketrampilan secara mandiri dengan supervisi.
- 5) Siap mengambil alih tindakan jika diperlukan.

## **2. Direct Observed Procedural Skills (DOPS)**

Penilaian untuk mengetahui kemampuan ko-ners terkait dengan ketrampilan yang bersifat prosedural.

## **3. Mini Clinical Examination (Mini-Cex)**

Kegiatan ini bertujuan untuk menilai kemampuan mahasiswa dalam melakukan tindakan keperawatan, yang meliputi: pre-interaksi, orientasi, fase kerja, dan terminasi.

## **4. Bimbingan Kasus**

Kegiatan ini merupakan kegiatan bimbingan LP dan kasus kelolaan ko-ners. Kegiatan ini biasa disebut dengan *conference*. *Conference* merupakan sesi diskusi dan menjadi kesempatan yang ideal untuk menilai kesiapan dan kemampuan mahasiswa, memperbaiki kemampuan *problem solving* serta *performance* mahasiswa secara keseluruhan dari aspek *skill, knowledge* dan *attitude*.

*Conference* terdiri dari *pre-conference* dan *post-conference*.

- a. *Pre-conference* bertujuan untuk mengetahui kesiapan knowledge ko-ners sebelum memberikan asuhan keperawatan pada klien kelolaan. Hal ini dapat dilihat dari nilai laporan pendahuluan yang dibuat ko-ners.
- b. *Conference* atau bimbingan asuhan keperawatan dilaksanakan setiap minggu selama ko-ners melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien kelolaannya. Bimbingan asuhan keperawatan dilakukan sebagai proses pendampingan pemberian asuhan keperawatan oleh preceptor kepada ko-ners.
- c. *Post-conference* bertujuan untuk menilai sejauh mana kemampuan ko-ners dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien kelolaannya. Hal ini dapat dinilai dari laporan asuhan keperawatan dan follow up yang dibuat ko-ners.

## **5. Presentasi Kasus**

Kegiatan pembelajaran ini merupakan diskusi tentang kasus kelolaan kelompok. Pembahasan presentasi kasus dititikberatkan pada anatomi, fisiologi, *pathway*, dan perkembangan asuhan keperawatan dari kasus yang telah dikelola oleh kelompok. Penyampaian presentasi kasus tidak sekedar membacakan laporan tetapi harus mampu melakukan resume dari perkembangan pasien serta mendiskusikan hal-hal penting selama proses pengelolaan pasien tersebut.

Untuk penilaian diharapkan preceptor menilai sesuai form yang ada.

## 6. Presentasi Jurnal

Kegiatan ini merupakan diskusi kasus atau isu-isu ilmiah (jurnal) yang berkaitan dengan topik pembelajaran. Presentasi jurnal ini bertujuan untuk melatih kemampuan mahasiswa dalam menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) dalam memecahkan masalah-masalah klinis.

Pemilihan topik jurnal disesuaikan dengan kasus kelolaan kelompok dengan mengangkat satu tema dan didukung oleh beberapa jurnal oleh masing-masing ko-ners dengan tema yang sama. Untuk penilaian diharapkan pembimbing klinik/preceptor menilai sesuai form yang ada.

Format resume jurnal:

- a. *Citation*
- b. *Background*
- c. *Research questions*
- d. *Study Design*
- e. *Time and setting*
- f. *Sample*
- g. *Instruments*
- h. *Procedure*
- i. *Data analysis*
- j. *Result*
- k. *Discussion*
- l. *Comments*
- m. *Limitation of the study*

**Telaah Kritis jurnal:**

**Penggunaan Hasil Penelitian**

- a. Apakah penelitian relevan dengan praktek?
- b. Apakah hasil penelitian dapat diaplikasikan oleh perawat?
- c. Apakah keuntungan penelitian lebih besar daripada resikonya jika hasil penelitian diaplikasikan oleh perawat?
- d. Kemukakan tentang pendapat anda mengenai hasil penelitian ini, apakah dapat diaplikasikan pada praktek keperawatan anda saat ini, jika ya kemukakan alasannya dan jika tidak kemukakan alasannya.
- e. Jika dapat diaplikasikan kemukakan pendapat anda bagaimana cara pengaplikasiaanya dalam praktek. Apakah ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika akan mengaplikasikan hasil penelitian tersebut.



## 7. *Case Based Learning* (Tutorial Klinik)

*Case based learning* merupakan salah satu metode pembelajaran dengan kasus nyata yang membandingkan kasus nyata dengan teori-teori berdasarkan *evidence based nursing* (EBN). Pembelajaran *case based learning* menyajikan data-data *real* pasien didiskusikan secara berkelompok dengan aktivitas tutorial. Tutorial ini menggunakan pendekatan *Case Analysis*. Tutorial dilaksanakan dalam satu kelompok stase. Kasus yang diambil bisa dipilih oleh preceptor dan sudah dilakukan pengkajian sebelumnya oleh kelompok.

Tujuan dari *case based learning* adalah meningkatkan kemampuan berfikir kritis dan kemampuan *clinical reasoning* ko-ners dalam proses pengelolaan asuhan keperawatan.

Tutorial klinik dilaksanakan 2 kali pertemuan:

- a. Pertemuan I membahas tentang *Problem* sampai *Learning Issue*)
  - b. Pertemuan II membahas tentang *Problem solving* dengan berdasarkan *evidence based*
- Sesi diskusi tutorial klinik difasilitasi oleh satu orang preceptor.

Format Tutorial dengan *Case Analysis*:

- a. *Problem*  
Mahasiswa mengidentifikasi data pasien (mengelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif).
- b. *Hypothesis*  
Mahasiswa menyusun kemungkinan masalah keperawatan yang muncul berdasarkan data yang ada.
- c. *Pathway*  
Mahasiswa menjelaskan mekanisme penyakit pasien berdasarkan masalah keperawatan yang muncul sesuai kasus.
- d. *More Info*  
Mahasiswa mengidentifikasi data tambahan lain yang diperlukan untuk mendukung diagnosa keperawatan.
- e. *Don't Know*  
Mahasiswa mengidentifikasi hal-hal yang berkaitan dengan kasus yang belum diketahui oleh mahasiswa.
- f. *Learning Issue*  
Mahasiswa menganalisis isu-isu terkini yang berkaitan dengan kasus.
- g. *Problem Solving*  
Mahasiswa menyusun tujuan dan intervensi keperawatan dari kasus yang dibahas.

## 8. Refleksi

Refleksi merupakan salah satu langkah sebagai upaya pengembangan kemampuan profesional tenaga kesehatan. Refleksi ini dilakukan 1 kali per mahasiswa di minggu terakhir setiap stase. Proses pembelajaran dengan jalan merefleksikan pengalaman tentang kasus yang pernah ditangani dan dianggap menarik/menyentuh perasaan ko-ners yang sesuai dengan kompetensi untuk mempelajari berbagai aspek yang terkait dalam penanganan pasien misalnya aspek medis, legal, sosial, psikologi, budaya, ekonomi, etika, kebijakan pemerintah, sistem kesehatan, perundangan dan lain sebagainya.

Pengalaman tersebut mendiskripsikan tentang situasi yang dialami dan orang-orang yang terlibat dalam situasi tersebut. Ners muda melakukan eksplorasi perasaan terhadap kejadian tersebut serta melakukan analisis untuk tujuan pembelajaran serta melakukan perencanaan kedepan apabila kejadian dialami kembali.

Adapun langkah-langkah refleksi sebagai berikut:

- a. Diskripsi kejadian
- b. Perasaan saat menghadapi kasus tersebut
- c. Evaluasi: Sisi Negatif dan positif dari kasus/kejadian
- d. Analisis:
  - 1) Mengapa kasus tersebut menarik?
  - 2) Mengapa bisa terjadi?
  - 3) Bagaimana hubungannya dengan kompetensi Ners?
  - 4) Analisis dapat dilihat dari berbagai aspek seperti aspek etik, moral, budaya, sosial, ekonomi, komunikasi, hukum, kebijakan dan lain-lain sesuai dengan kejadian yang dihadapi.
- e. Kesimpulan dari kasus tersebut
- f. *Action Plan*: Seandainya ke depan kasus tersebut terjadi lagi, rencana apa yang akan dilakukan.

## 9. Portofolio

Portofolio merupakan laporan lengkap yang berisi perkembangan hasil belajar mahasiswa. Portofolio diisi oleh masing-masing mahasiswa setiap departemen/stase yang bertujuan untuk mendokumentasikan proses belajar untuk mencapai tujuan stase.

## 10. Long Case

Bertujuan untuk menilai sejauhmana pemahaman teori mahasiswa terhadap kasus yang ditangani dan asuhan keperawatan yang dilakukan secara komprehensif. Pemilihan kasus dan pengkajian dilakukan sehari sebelum pelaksanaan *long case*. Mahasiswa wajib melengkapi pengkajian dan menyelesaikan dokumentasi pengkajian, perencanaan,

implementasi dan evaluasi pada hari ujian. Responsi ujian dilakukan setelah selesai menyelesaikan implementasi asuhan keperawatan.

## **B. SKILLS**

Kegiatan pembelajaran pada Blok Integrasi Keterampilan Keperawatan ini terdiri dari review ketrampilan anamnesis, procedural ketrampilan keperawatan dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien berdasar pada proses keperawatan. Pada blok ini akan direview sebanyak 36 skills yang akan disajikan pada halaman halaman berikut ini.



**PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
RAWAT INAP**

Ruang : .....	Nama pasien : .....
Tgl. Pengkajian : .....	Dx Medis : .....
Tgl. Masuk Rawat : .....	NRM : .....
TB/BB : .....cm/.....kg	Tindakan medis di RS:
Gol.Darah : ..... Rh:.....	a. ....
	b. ....

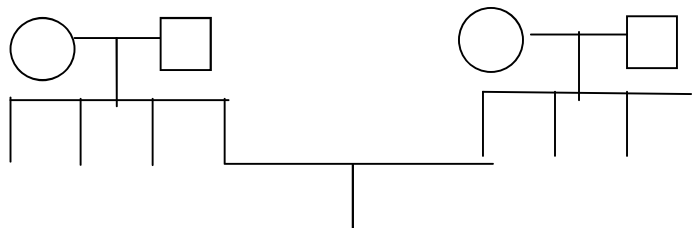
**I. STATUS KESEHATAN SAAT INI**

1. Keluhan Utama : .....
2. Lama Keluhan : .....
3. Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan : .....

**II. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU**

- A. Penyakit yang pernah dialami .....
- Tidak dirawat
  - Di Rawat, tgl/ bln/ tahun.....
  - Operasi....., tgl/ bln/ tahun.....
- B. Alergi
- Tidak
  - Ya:  Makanan  Debu  Dingin  Panas  Obat,.....
  - lain- lain.....
  - Reaksi : .....
  - Tindakan : .....
- C. Kebiasaan:
- Merokok :  Tidak  Ya , berapa batang...../ hr, lamanya.....
  - Minum Alkohol :  Tidak  Ya, berapa gelas...../ hr, lamanya.....
  - Obat- Obatan :  Tidak  Ya, nama obat.....
  - Jamu/herbal:  Tidak  Ya, nama jamu/herbal.....
  - Lama mengkonsumsi jamu/herbal:..... tahun
  - Lain- lain.....

**III. GENOGRAM**



Keterangan :

- Perempuan
- Laki- laki
- Perempuan meninggal
- Laki- laki meninggal

**IV. PENGAJIAN**

Tanda- tanda Vital : TD.....mmHg, N.....X/mnt, S.....°C, RR.....X/ mnt  
 Tingkat Kesadaran :  CM  Apatis  Delirium  Somnolen  Sopor  Coma

45  
th Pasien dgn umur?

**A. NUTRISI**

BMI = .....

1. Keluhan :  Tidak ada masalah yang berhubungan dengan nutrisi

- dapat masalah yang berhubungan dengan nutrisi
- Tidak nafsu makan
  - Mual
  - Muntah
  - Lain-lain.....

2. Kebiasaan
  - a. Pola makan :  Teratur (3X/ hari)       Tidak Teratur,.....porsi/ hari
  - b. Jenis makanan dan minuman
    - Disukai : .....
    - Tidak disukai: .....
  - c. Diet saat ini .....
3. Pengkajian nutrisi
  - a. Mulut :  Benjolan     Stomatitis     Bau
  - b. Gigi :  Lengkap     Tdk lengkap     Caries     Nyeri
  - c. Lidah :  Benjolan     Kotor     Nyeri
  - d. Esoefagus : Reflek Menelan                       Ada     Tdk ada
  - e. Tenggorokan :  Merah     Tdk merah     Dysphagia
  - f. Abdomen : - Bising Usus:  Normal ( 12-16 X/mnt)     Abnormal
    - Suara :  Tymphani                       Redup
  - g. Gangguan Sal. Cerna:  Nyeri     Mual     Muntah     Distensi
    - Asites     Tumor     luka     lain2:.....
  - h. Intake Nutrisi :  Oral     NGT     Parenteral     Gastrostomi     Yeyunustomi
4. Berat badan :  Penurunan BB (5 kg/6 bulan)
5. Penyakit :  DM yang tidak terkontrol     Gangguan saluran cerna
  - Terapi Diet                       .....
6. Pemeriksaan Penunjang ( Laboratorium/ Radiologi ) :
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....

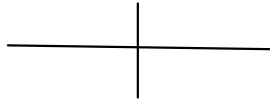
## B. ELIMINASI

1. Keluhan : .....
2. Kebiasaan
  - a. Frekuensi Buang Air Besar (BAB) : .....X/ hari
  - b. Frekuensi Buang Air Kecil (BAK) : .....X/ hari
3. Pengkajian eliminasi
  - a. BAB : - Warna :  Kuning     Hitam     Dempul     Merah
    - Konsistensi :  Encer     Lunak     Keras     Berbusa
    - Berlendir
    - Alat bantu :  Colostomy     Ileostomy
  - b. BAK:  Normal
    - Abnormal :  Retensi     Polyuria (> 1500 cc/ 24 jam)
    - Dysuria     Anuria     Inkontinen
    - Oliguri ( < 400 cc/ 24 jam )
    - Warna :  Kuning     Seperti Teh     Merah     Keruh
    - Alat Bantu :  Kondom cateter     Chateter urine, ukuran.....
    - Nefrostomy     Urostomy
    - Cystostomi
4. Pemeriksaan Penunjang ( Laboratorium/ Radiologi ) :
  - .....
  - .....

## C. AKTIVITAS/ ISTIRAHAT

1. Keluhan .....
2. Kebiasaan:
  - a. Mandi :  1x/ hari     2 x/hari     3 X/ hari
  - b. Cuci Rambut :  1 x/ mg     2 x/mg     3 x/mg     4 x/ mg
  - c. Sikat gigi :  1 x/hari     2 x/hari     3 x/hari     4 x/ hari
  - d. Tidur : lama.....jam
3. Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari
  - Tidak tergantung     Perlu pengawasan     Ketergantungan Total     antuan sebagian
4. Pengkajian Sistem Muskuloskeletal
  - a. Berjalan :  Penurunan kekuatan dan/ROM     aralysis     ering jatuh
    - Tidak ada kesulitan     Hilang keseimbangan
    - Deformitas     Riwayat patah tulang

- b. Lokasi : Ekstremitas :  Atas  Bawah  Kiri  Kanan  
 c. Aktivitas :  Mandiri  Bantu sebagian  Bantu total  
 d. Gangguan Pergerakan:  Oedem  Tumor  luka  
 e. Alat ambulatory :  Walker  Tongkat  Kursi roda  .....  
 f. Kekuatan otot :



5. Pemeriksaan Penunjang ( Laboratorium/ Radiologi ) :

.....  
 .....

**D. SIRKULASI**

1. Keluhan.....

2. Pengkajian sirkulasi

CRT : .....detik Akral : dingin/hangat

a. Hidung :  Benjolan  Polip  Epistaksis  Luka

- Warna Cairan :  Kuning  Merah  Hijau

- Bau :  Ya  Tidak

b. Dada :  Benjolan  luka  
 VCSS ( Syndroma Vena Cava Superior )

c. Jantung

- Inspeksi : .....

- Perkusi : .....

- Palpasi : .....

- Auskultasi : .....

- HR :  Reguler  Irregular

d. Gangguan Paru :  Batuk  Sekret  Ronkhi  Wheezing

Tachypneu/ Bradypneu  Dyspnea  Cuping hidung

Cyanosis  Retraksi dada  Krepitasi Sub Kutis

e. Perdarahan : Lokasi perdarahan..... Volume : .....cc/24 jam

f. Turgor :  Normal  Tidak normal

g. Ascites :  Ya  Tidak

h. Oedema Ekstremitas :

Atas,  Tidak  Ya. didaerah.....pitting/non pitting.....grade= .....

Bawah,  Tidak  Ya, didaerah.....pitting/non pitting.....grade= .....

3. Pemeriksaan Penunjang ( Laboratorium/ Radiologi ) :

.....  
 .....

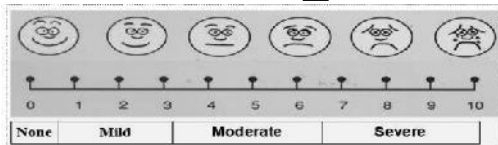
**E. KENYAMANAN**

1. Keluhan.....

2. Nyeri/Tidak nyaman :  Ya  Tidak

Lokasi	Intensitas (0-10)	Lama Nyeri	Faktor Pencetus	Kualitas Nyeri	Pola Serangan	Hal-hal yang menyebabkan nyeri hilang
1						
2						
3						

Nyeri mempengaruhi :  tidur  mosi  Fisik  Konsentrasi  Nafsu makan Ativitas



K	<u>KUALITAS</u>	<u>POLA</u>	<u>METODE PENGALIHAN NYERI</u>
E	Terbakar, Tumpul,	Menetap	Istirahat, Panas, Dingin, Obat-obatan, Lain-lain
Y	Tertekan, Berat, Tajam, Kram	Intermiten	

3. Kesehatan Mulut :  Stomatitis  Benjolan  Halitosis (bau Mulut )  
 Hipersalivasi  perdarahan gusi  Caries  Nyeri
4. Integritas Kulit:  Petechie  Hematom  Oedema  
 Lymphedema  Pruritus  Urtikaria
5. Luka  Tidak  
 Ya, - Lokasi.....  
- Eksudat:  Banyak  Sedikit  
- Warna :  Merah  Kuning  Hitam  
 Bau  Nyeri  Mudah Berdarah
6. Dekubitus :  Tidak  
 Ya, - Lokasi : .....  
- Warna :  Merah  Kuning  Hitam  
- Grade :  I  II  III
7. Tanda-tanda Infeksi:  Tidak  
 Ya,  Tumor  Dolor  Kalor  Rubor  
 Fungiolesia  Lokasi.....
8. Pemeriksaan Penunjang ( Laboraturium/ Radiologi ) :  
.....  
.....

#### F. SEKSUAL/REPRODUKSI

1. Pola seksualitas setelah sakit:  Tidak terganggu  Terganggu
2. ♀ a. Gangguan :  Keputihan  Benjolan  Luka  Jamur  
 Oedema  Prolaps  Bau  
b. Perdarahan di luar haid:  
 Tidak  
 Ya, kapan....., warna....., banyaknya.....
3. ♂ a. Penis :  Benjolan  Luka  Oedema  Nyeri  
b. Sekret :  Kuning  Merah  Bau  
c. Skrotum :  Membesar  Hernia  Oedema
4. Tanggal haid terakhir : ..... Masalah Prostat :  Tidak  Ya
5. Pemeriksaan cervix terakhir (Pap Smear) : .....
6. Pemeriksaan Payudara sendiri :  Tidak  Ya Mammografi terakhir tgl : .....
7. Penggunaan alat kontrasepsi :  Tidak  Ya, Jenis : .....  
Lama menggunakan alat kontrasepsi: .....tahun
5. Pemeriksaan Penunjang ( Laboratorium/ Radiologi ) :  
.....  
.....

#### G. PSIKOSOSIAL

1. Suasana hati :  Gembira  Sedih
2. Emosi :  Stabil  Labil  Takut  Cemas  
 Depresi  Mudah Tersinggung
3. Kepribadian :  Terbuka  Tertutup
4. Komunikasi :  Jelas  Relevan  Tidak Relevan
5. Pertahanan/ Koping  
a. Pengambilan Keputusan :  Sendiri  Dibantu  Orang Lain  
b. Cara untuk mengatasi kecemasan:  Sendiri  Dibantu  Orang Lain  
c. Mekanisme Koping yang digunakan :  Sendiri  Dibantu  Orang Lain
6. Sistem Nilai Kepercayaan  
a. Apakah Agama/ Kepercayaan penting bagi anda?.....  
b. Ajaran agama yang dilakukan ?.....  
c. Ketaatan dalam beragama :  Sering dilakukan  Jarang dilakukan  
 Tidak pernah dilakukan
7. Pasien/keluarga menginginkan informasi tentang :  Penyakit yang diderita  
 Tindakan pemeriksaan lanjut  Perubahan aktifitas sehari-hari  
 Tindakan/pengobatan dan perawatan yang diberikan  Rencana diet  
 Perawatan setelah di rumah
8. Dukungan keluarga :  Sering dilakukan  Jarang dilakukan  
 Tidak pernah dilakukan

**H. KESELAMATAN**

1. Sistem Penglihatan

- a. Bola Mata :  Simetris  Asimetris  Menonjol
- b. Palpebra :  Ptosis  Oedema  Benjolan
- c. Konjunctiva :  Pucat  Merah Muda
- d. Sklera :  Ikteric  Merah  Normal

2. Sistem Pendengaran

- a. Gangguan :  Benjolan  Serumen  Cairan  Bau  Tinitus
- b. Pendengaran :  Baik  Tuli  Kurang

3. Pemeriksaan Penunjang ( Laboraturium/ Radiologi ) :

.....  
.....

**I. PROTEKSI**

Status mental : Orientasi Agitasi Menyerang Tidak ada respon

letargi kooperatif

disorientasi : Orang empat aktu

Kejang – tipe & frekuensi : .....

Pengkajian Restrain :

Tidak ada masalah yang teridentifikasi

Pernah menggunakan restrain sebelumnya tidak ya .....

Kondisi saat ini yang merupakan resiko tinggi .....

Diskusi dengan keluarga dan pasien mengenai kebijakan penggunaan restrain

**J. KEBUTUHAN KOMUNIKASI/PENDIDIKAN DAN PENGAJARAN**

Bahasa sehari-hari : Indonesia, aktif/pasif Daerah, sebutkan : .....

Inggris, aktif/pasif Lain-lain, sebutkan : .....

Perlu penerjemah : Tidak Ya, bahasa .....Bahasa isyarat : Ya/Tidak

Hambatan belajar : Bahasa Pendengaran Jilang Memori

Kognitif .....

Cara belajar yang disukai : Menulis Audio-visual/gambar diskusi

Demonstrasi

**L. KEBUTUHAN SPIRITUAL**

**Faith (makna hidup):**

a. Agama : .....

b. Makna ber-agama:

.....  
.....

**Importance & Influence**

Bagaimana peran agama bagi hidup pasien:

.....  
.....

**Community**

a. Apakah pasien menjadi anggota dari kegiatan keagamaan?

.....  
.....

b. Peran organisasi keagamaan selama pasien sakit?

.....  
.....

**Address and Application**

a. Bagaimana makna sakit saat ini bagi pasien?



.....  
.....  
b. Bagaimana kegiatan keagamaan pasien saat sakit?  
.....  
.....

c. Apakah pasien membutuhkan bantuan untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya?  
.....  
.....

**MASALAH KEPERAWATAN yang muncul .**

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan | 18. <input type="checkbox"/> Penurunan Curah Jantung         |
| 2. <input type="checkbox"/> Perubahan Nutrisi Lebih dari Kebutuhan  | 19. <input type="checkbox"/> Resiko Aspirasi                 |
| 3. <input type="checkbox"/> Mual                                    | 20. <input type="checkbox"/> Kekurangan Volume Cairan        |
| 4. <input type="checkbox"/> Konstipasi                              | 21. <input type="checkbox"/> Kelebihan Volume Cairan         |
| 5. <input type="checkbox"/> Resiko Konstipasi                       | 22. <input type="checkbox"/> Resiko Kekurangan Volume Cairan |
| 6. <input type="checkbox"/> Diare                                   | 23. <input type="checkbox"/> Resiko Ketidakseimbangan Cairan |
| 7. <input type="checkbox"/> Retensi Urin                            | 24. <input type="checkbox"/> Gangguan perfusi Jaringan       |
| 8. <input type="checkbox"/> Inkontinensia Urin                      | 25. <input type="checkbox"/> Nyeri                           |
| 9. <input type="checkbox"/> Perubahan Eliminasi Urin                | 26. <input type="checkbox"/> Resiko Infeksi                  |
| 10. <input type="checkbox"/> Resiko Intoleransi Aktivitas           | 27. <input type="checkbox"/> Distungsi Seksual               |
| 11. <input type="checkbox"/> Intoleransi Aktivitas                  | 28. <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Pola Seksual   |
| 12. <input type="checkbox"/> Kurangnya perawatan diri               | 29. <input type="checkbox"/> Ansietas                        |
| 13. <input type="checkbox"/> Resiko kerusakan integritas Kulit      | 30. <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Koping         |
| 14. <input type="checkbox"/> Kerusakan Integritas kulit             | 31. <input type="checkbox"/> Gangguan Identitas Personal     |
| 15. <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas  | 32. <input type="checkbox"/> Konflik Peran Pengasuhan        |
| 16. <input type="checkbox"/> Gangguan Pertukaran Gas                | 33. <input type="checkbox"/> Resiko Cedera                   |
| 17. <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan pola napas            | 34. <input type="checkbox"/> Lain- lain.....                 |



# FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN ANAK & NEONATUS

## PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FKIK UMY

Gedung F Kampus Terpadu UMY Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta. 55183

Tanggal Pengkajian	:	Ruang/Kelas/Kamar	:
Tanggal Masuk RS	:	Nomor Rekam Medis	:
Jam Masuk RS	:	Diagnosa Medis	:

### IDENTITAS ANAK/BAYI

Nama : \_\_\_\_\_  
Tempat, Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Umur : \_\_\_\_\_  
Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Agama : \_\_\_\_\_  
Golongan : \_\_\_\_\_  
Darah : \_\_\_\_\_



### IDENTITAS IBU

Nama : \_\_\_\_\_  
Tempat, Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Umur : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Agama : \_\_\_\_\_  
Kultur/Suku : \_\_\_\_\_  
Pendidikan : \_\_\_\_\_  
Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Nomor Telepon : \_\_\_\_\_  
Golongan : \_\_\_\_\_  
Darah : \_\_\_\_\_



### IDENTITAS AYAH

Nama : \_\_\_\_\_  
Tempat, Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Umur : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Agama : \_\_\_\_\_  
Kultur/Suku : \_\_\_\_\_  
Pendidikan : \_\_\_\_\_  
Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Nomor Telepon : \_\_\_\_\_  
Golongan : \_\_\_\_\_  
darah : \_\_\_\_\_





**Alasan Masuk Rumah Sakit** : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Riwayat Penyakit Saat Ini** : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Keluhan Utama** : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Riwayat Kesehatan Dahulu** : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PENGAJIAN NYERI**

**A. NEONATAL INFANT PAIN SCALE**

**(NIPS) NIPS**

<b>Ekspresi Wajah</b> <input type="checkbox"/> 0 – Otot Relaks <input type="checkbox"/> 1- Meringis	Wajah tenang, ekspresi netral Otot wajah tegang, alis berkerut (Ekspresi wajah negatif)
<b>Tangisan</b> <input type="checkbox"/> 0 – Tidak Menangis <input type="checkbox"/> 1 – Merengek <input type="checkbox"/> 2 – Menangis Keras	Tenang tidak meringis Mengerang lemah intermiten Menangis kencang, melengking terus menerus
<b>Pola Nafas</b> <input type="checkbox"/> 0– Relaks <input type="checkbox"/> 1 – Perubahan Nafas	Bernafas Biasa Tarikan ireguler, lebih cepat dibanding biasa, menahan nafas, tersedak
<b>Lengan</b> <input type="checkbox"/> 0– Relaks <input type="checkbox"/> 1– Fleksi/Ekstensi	Tidak ada kekuatan otot, gerakan lengan biasa Tegang kaku
<b>Tungkai</b> <input type="checkbox"/> 0– Relaks <input type="checkbox"/> 1– Fleksi/Ekstensi	Tidak ada kekuatan otot, gerakan tungkai biasa Tegang kaku
<b>Kesadaran</b> <input type="checkbox"/> 0– Tidur/bangun <input type="checkbox"/> 1– Gelisah	Tenang tidur lelap atau bangun Sadar atau gelisah
<b>Total:</b>	<b>Interpretasi:</b> Skor 0 : Tidak perlu intervensi Skor 1-3: Intervensi non-farmakologis Skor 4-5: Terapi analgetik non-opioid Skor 6-7: Terapi Opioid

**B. Wong Baker FACES Pain Rating Scales**



©1983 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org  
 Used with permission.

## PENGKAJIAN RISIKO JATUH

### *HUMPTY DUMPTY FALL SCALE*

Beri tanda  pada kolom skor tiap komponen sesuai dengan hasil asesmen

Komponen Penilaian		Tanggal				
		Jam				
<b>Usia</b>	<3 Tahun	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	3-7 Tahun	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	7-13 Tahun	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 13 Tahun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Jenis Kelamin</b>	Laki-Laki	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Perempuan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Diagnosis</b>	Diagnosis Neurologi	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	Perubahan oksigenasi (Diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anemia, anoreksia, sinkop, pusing)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	Gangguan Perilaku/psikiatri	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Diagnosis lainnya	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Orientasi Kognitif</b>	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	Lupa akan adanya keterbatasan	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>Faktor Lingkungan</b>	Orientasi baik terhadap diri sendiri	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	Riwayat jauh/bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	Pasien menggunakan alat bantu/bayi diletakkan didalam tempat tidur bayi/perabot rumah	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	Pasien diletakkan di tempat tidur	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Area di luar rumah sakit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Respon Terhadap:</b>						
<b>1. Pembedahan/ Sedasi/ Anestesi</b>	Dalam 24 jam	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	Dalam 48 jam	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	>48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>2. Penggunaan Medikamentosa</b>	Penggunaan multipel: sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, anti depresan, pencahar, diuretik, narkose	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	Penggunaan salah satu obat di atas	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Penggunaan medikasi lainnya/ tidak ada medikasi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SKOR</b>						

**Humpty Dumpty Fall Scale :**

**Skor 7-11: Risiko Rendah; Skor >12: Risiko Tinggi**



## PENGAJIAN RIWAYAT KELUARGA DAN GENOGRAM

1. Riwayat Kesehatan Keluarga : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Pola Asuh Anak

Pengasuh :  Ayah  Ibu  Nenek  Saudara  Lainnya,  
Orang Terdekat dengan anak  Ayah  Ibu  Nenek  Saudara  Lainnya,  
Pembawaan umum pengasuh :  Periang  Penyendiri  Pemalu  Pemberani  Lainnya,  
Temperamen Pengasuh :  Pemarah  Ramah  Lainnya,  
Perilaku unik pengasuh :  Tidak  Ada, Jelaskan

### 3. Kebutuhan Edukasi Keluarga

- Penerima Edukasi :  Ayah  Ibu  Nenek  Saudara  Lainnya
- Bahasa sehari-hari :  Indonesia aktif/pasif  Lainnya
- Budaya (sebutkan keinginan khusus keluarga dan pasien) :
- 
- Perlu Penerjemah :  Ya  Tidak
- Bahasa Isyarat :  Ya  Tidak
- Cara Belajar yang disukai :  Menulis  Diskusi  Audio/visual  Demonstrasi
- Tingkat Pendidikan :  TK  SD  SMP  SMA  Sarjana
- Hambatan : **Emosional**  
 Ada  Tidak Ada  
**Fisik**  
 Ada  Tidak Ada  
**Kognitif**  
 Ada  Tidak Ada
- Kebutuhan Edukasi :  Diagnosa, penyebab, tanda & gejala penyakit  
 Penggunaan obat-obatan  
 Keamanan dan efektifitas penggunaan peralatan medis  
 Diet dan Nutrisi  
 Manajemen Nyeri  
 Teknik Rehabilitasi  
 Lain-lain,
- Kesediaan menerima edukasi :  Bersedia  Tidak Bersedia

### 4. Riwayat Sosial

Sistem pendukung/keluarga terdekat yang dapat dihubungi :

#### a. Hubungan orang tua dengan bayi atau anak

Hubungan	Ayah	Ibu
Menyentuh	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan
Memeluk	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan
Berbicara	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan
Berkunjung	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan
Kontak Mata	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan

**b. Anak yang lain**

<b>Jenis Kelamin Anak</b>	<b>Riwayat Persalinan</b>	<b>Riwayat Imunisasi</b>	<b>Riwayat Kesehatan</b>



**5. Genogram**

Keterangan Simbol:

Jelaskan : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Masalah Keperawatan (Keluarga) :
- Disfungsi Proses Keluarga (Nan.309)
  - Gangguan Proses Keluarga (Nan.312)
  - Gangguan Ketegangan Peran asuhan (Nan.297)
  - Penurunan Koping Keluarga (Nan.351)
  - Ketidakefektifan Hubungan (Nan.314)
  - Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga (Nan. 164)
  - Ketidakefektifan Performa Peran (Nan.319)
  - Konflik Peran Orang Tua (Nan.318)
  - Defisiensi Pengetahuan (Nan.274)
  - Kesiapan Meningkatkan Pengetahuan (Nan.275)



**RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN**

Khusus usia anak 0-5 tahun

**1. Prenatal**

- a. Jumlah Kunjungan : \_\_\_\_\_
- b. Bidan/dokter : \_\_\_\_\_
- c. Penkes yang didapat : \_\_\_\_\_
- d. HPHT : \_\_\_\_\_
- e. Kenaikan BB selama hamil : \_\_\_\_\_
- f. Komplikasi obat : \_\_\_\_\_
- g. Obat – obatan yang didapat : \_\_\_\_\_
- h. Riwayat hospitalisasi :  A  B  AB  O
- i. Golongan darah ibu :  Rubela  GO  Hepatitis
- j. Riwayat penyakit :  CMV  HIV  Herpes
- Lainnya, \_\_\_\_\_

**2. Natal**

- a. Tempat melahirkan : \_\_\_\_\_
- b. Awal persalinan : \_\_\_\_\_
- c. Lama persalinan : \_\_\_\_\_
- d. Komplikasi persalinan : \_\_\_\_\_
- e. Terapi yang diberikan : \_\_\_\_\_
- f. Tipe persalinan : \_\_\_\_\_
- g. Penolong persalinan : \_\_\_\_\_
- h. Usia gestasi : \_\_\_\_\_

### 3. Postnatal

a. Usaha nafas :  Bantuan  Tanpa Bantuan

b. Pemeriksaan Fisik

Suhu : \_\_\_\_\_ °C      Denyut jantung : \_\_\_\_\_ x/menit      Nafas : \_\_\_\_\_ x/menit  
 SpO2 : \_\_\_\_\_ %      Berat badan : \_\_\_\_\_ kg      PB/TB : \_\_\_\_\_ cm  
 Lingkar kepala : \_\_\_\_\_ cm      Lingkar dada : \_\_\_\_\_ cm  
 LILA : \_\_\_\_\_ cm      Lingkar perut : \_\_\_\_\_ cm

c. Kebutuhan Resusitasi

- 1) Jenis dan lamanya : \_\_\_\_\_
- 2) Skor APGAR

0	1	2	APGAR SCORE	1'	5'	10'
Tidak ada	<100	>100	Denyut Jantung			
Tidak ada	Tidak teratur	Baik	Pernafasan			
Lemah	Sedang	Baik	Tonus Otot			
Tidak ada	Meringis	Menangis	Peka Rangsang			
Biru/putih	Ujung-ujung Biru	Merah Jambu	Warna			
<b>Nilai Total</b>						

d. Obat-obatan yang diberikan pada ibu

Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi	Efek Samping

e. Obat-obatan yang diberikan pada neonatus

Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi	Efek Samping

f. Interaksi ibu dan bayi :

- 1) Kualitas : \_\_\_\_\_
- 2) Lamanya : \_\_\_\_\_

g. Trauma Lahir :  Ada  Tidak ada

h. Narkosis :  Ada  Tidak ada

i. Keluarnya urin :  Ada  Tidak ada

j. Keluarnya feces :  Ada  Tidak ada

k. Status Imunisasi

Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian
Hepatitis			
BCG			
DPT (I, II, III)			
Polio (I, II, III, IV)			
Campak			



## ANTROPOMETRI & RIWAYAT TUMBUH KEMBANG ANAK

Saat pengkajian

### 1. Antropometri

Berat Badan : \_\_\_\_\_ kg      Panjang/Tinggi Badan : \_\_\_\_\_ cm  
 Lingkar Kepala : \_\_\_\_\_ cm      Lingkar dada : \_\_\_\_\_ cm  
 Lingkar Perut : \_\_\_\_\_ cm      Lingkar lengan atas : \_\_\_\_\_ cm

### 2. Pertumbuhan

#### Gigi

Gigi tumbuh usia : \_\_\_\_\_ bulan  
 Gigi tanggal usia : \_\_\_\_\_ bulan  
 Jumlah gigi : \_\_\_\_\_ buah

3. **Perkembangan Tiap**

**Tahap** Usia anak saat:

Berguling	:	<u>          </u> bulan	Berdiri	:	<u>          </u> bula <u>          </u> n
Duduk	:	<u>          </u> bulan	Derjalan	:	<u>          </u> bula <u>          </u> n
Merangkak	:	<u>          </u> bulan	Senyum kepada orang lain pertama kali	:	<u>          </u> tahu <u>          </u> n
Bicara pertama kali	:	<u>          </u> bulan	Berpakaian tanpa bantuan	:	<u>          </u> tahu <u>          </u> n

4. **Untuk semua usia**

- a. Klien pernah mengalami penyakit :
- b. Usia sakit :
- c. Obat diberikan oleh : \_\_\_\_\_
- d. Riwayat kecelakaan : \_\_\_\_\_
- e. Riwayat mengonsumsi obat-obahan : \_\_\_\_\_
- f. berbahaya tanpa anjuran dokter
- f. Mengonsumsi zat/substansi kimia berbahaya : \_\_\_\_\_
- g. Perkembangan anak dibanding saudara-saudaranya : \_\_\_\_\_



# FORMAT PENGKAJIAN 14 KEBUTUHAN DASAR MANUSIA VIRGINIA HENDERSON (Anak dan Neonatus)

## PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FKIK UMY

Gedung F Kampus Terpadu UMY Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta. 55183

### 1. PERNAFASAN DAN SIRKULASI

#### ANAMNESIS

- Sesak
- napas                       Mengi                       Sekret
- Nyeri dada                 Batuk                       Sputum bernoda darah  
(Hemoptisis)
- Merokok                    :  Aktif                       Pasif, siapa....
- :  Tuberkulosis (TB)         *Patent Ductus Arteriosus* (PDA)
- :  *Asthma*                       *Tetralogy of Fallot* (TF)
- :  Lainnya

, Obat Pernapasan yang  
dikonsumsi a.

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Obat \_\_\_\_\_

Jantung a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

#### PEMERIKSAAN UMUM

- a. Tekanan darah            : \_\_\_\_\_ mmHg
- b. Frekuensi nadi            : \_\_\_\_\_ x/menit
- c. Irama Nadi                :  Reguler                       Irreguler
- d. Sianosis                    :  Ya                               Tidak
- Capillary Refill*
- e. *Time*                        : \_\_\_\_\_ Detik
- f. Akral                        :  Hangat                       Dingin

#### PEMERIKSAAN FISIK

##### DADA

##### Inspeksi

- a. Bentuk dada              :  Simetris                       Asimetris
- :  *Funnel Chest*                 *Barrel Chest*
- :  *Flail Chest*                     Deformitas
- :  *Flat chest*                     *Pigeon Chest*
- b. Jejas                        :  Ada                               Tidak
- c. Luka                        :  Ada                               Tidak
- Pergerakan dinding
- d. dada                        :  Simetris                       Tidak Simetris
- e. Tipe Pernapasan         :  Dada                               Perut
- f. Pola Pernapasan        :  Normal                         Apneu
- :  Takipnea                       Hiperventilasi

- Retraksi Ruang Sela
- g. Iga :  Kussmaul's  
 Bradipnea
- h. Frekuensi Napas :  Ada  
: \_\_\_\_\_ x/menit
- i. Irama Napas :  Reguler  
 *Air Trapping*  
 *Cheyne-Stokes*  
 Tidak  
 Irreguler

**Palpas**

i

- a. Nyeri Tekan :  Ada  Tidak  
Ekspansi dinding dada
- b. :  Sama kanan-kiri  Tidak sama kanan kiri
- c. Vokal Fremitus :  Sama kanan-kiri  Tidak sama kanan-kiri
- d. Massa :  Ada  Tidak

**Perkus**

i

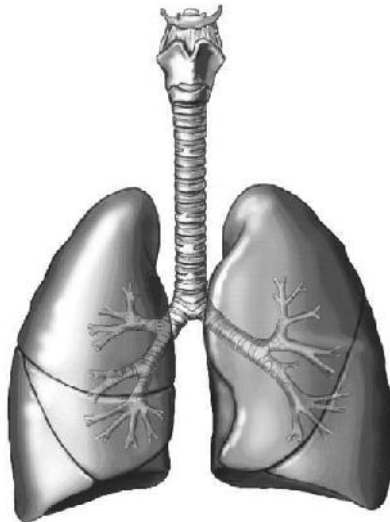
- a. Suara Paru :  Resonan/Sonor  Hipersonor
- b. Batas Paru
  - Atas : \_\_\_\_\_
  - Bawah : \_\_\_\_\_
  - Kanan : \_\_\_\_\_
  - Kiri : \_\_\_\_\_

**Auskultasi**

- a. Suara Paru :  Vesikuler  Bronkovesikuler  
 Ronchi  Rales/Crackles  
 Wheezing  Gargling  
 Bronkial  Stridor

Bunyi suara tambahan terdengar di : *Lingkari*

b. *bagian*



Penjelasan: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PEMERIKSAAN FISIK JANTUNG**

- a. Ictus Cordis :  Tidak tampak  Tampak  
 Teraba  Tidak teraba  
 Letaknya tepat  Letaknya bergeser ke kanan  
 Letaknya bergeser ke kiri

b. Batas Jantung

- Atas : \_\_\_\_\_
- Bawah : \_\_\_\_\_
- Kanan : \_\_\_\_\_
- Kiri : \_\_\_\_\_

c. Pelebaran :  Tidak ada  Ada  
 Jantung :  Kanan  Kiri  
 Frekuensi Jantung : \_\_\_\_\_ x/menit

Keterangan	Kuat	Lemah	Tidak ada
Brachial kanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brachial kiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femoral kanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femoral kiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bunyi Jantung	<input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> S4	

#### PEMERIKSAAN PENUNJANG

- Pemeriksaan Sputum (BTA)
- Analisis Gas Darah
- Rontgen Thoraks
- Uji Fungsi Pulmonal (Spirometri)
- Elektrokardiogram (EKG)
- Lainnya,

**Hasil:**

---



---



---



---

#### PENGUNAAN ALAT BANTU NAPAS

- Tidak  Ya
- Inhaler  Nasal Kanul (Kanul Binasal)
- Nebulizer  Rebreathing Mask
- Non-Rebreathing Mask

Aliran: Liter/menit \_\_\_\_\_

#### TERAPI YANG DIDAPAT

No	Nama Obat Dosis dan Rute	Frekuensi	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping
1					
2					

3					
---	--	--	--	--	--



<b>Masalah Keperawatan:</b> (Sirkulasi & Pernafasan)	<input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas (Nan: 406)	<input type="checkbox"/> Risiko Penurunan Perfusi Jaringan Jantung (Nan: 251)	
	<input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Pola Napas (Nan: 243)	<input type="checkbox"/> Risiko Gangguan i Kardiovaskuler (Nan: 247)	Fungs
	<input type="checkbox"/> GangguanPertukaranGas (Nan: 220)	<input type="checkbox"/> Risiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak (Nan: 252)	
	<input type="checkbox"/> Gangguan Ventilasi Spontan (Nan: 250)	<input type="checkbox"/> Risiko Ketidakefektifan Perfusi Gastrointestinal (Nan: 248)	
	<input type="checkbox"/> Disfungsi Respons Penyapihan Ventilator (Nan: 255)	<input type="checkbox"/> Risiko Ketidakefektifan Perfusi Ginjal (Nan: 249)	
	<input type="checkbox"/> Penurunan Curah Jantung (Nan: 244)	<input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Perfusi Perifer (Nan: 253)	Jaringa n
	<input type="checkbox"/> Risiko Penurunan Curah Jantung (Nan: 246)	<input type="checkbox"/> Risiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer (Nan:254)	Perfusi

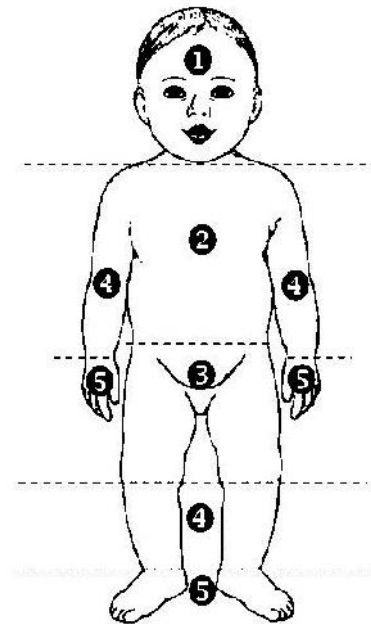
## 2. MAKAN DAN MINUM

ANAMNESIS			
Kebutuhan dan pemenuhan makan			
<b>Tempat</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Kuantitas</b>	<b>Kualitas</b>
Saat di rumah			
Saat di rumah sakit			
Nafsu Makan	:	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada	
Makanan disukai	:		
Suplemen	:		
Keluhan makan	:	<input type="checkbox"/> Mual Nyeri perut Menela	<input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Sendawa <input type="checkbox"/> Cegukan
Gangguan makan	:	<input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> Pencernaan	<input type="checkbox"/> Atresia Bilier <input type="checkbox"/> DM
Riwayat ASI	:	<input type="checkbox"/> Labioschiziz <input type="checkbox"/> Palatoschiziz	<input type="checkbox"/> Labiopalatoschiziz
	:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
	:	Jika ya, berapa lama,	
Penggunaan alat bantu pemberian nutrisi	:	<input type="checkbox"/> NGT, dipasang tanggal,	Jenis asupan:
	:	<input type="checkbox"/> OGT, dipasang tanggal,	Jenis asupan:
	:	<input type="checkbox"/> Infus, dipasang tanggal,	Cairan infus:
<b>Susu Formula</b>			
Alasan Pemberian	:		
Jumlah Pemberian	:		
Cara Pemberian	:	<input type="checkbox"/> Botol <input type="checkbox"/> Sendok <input type="checkbox"/> Gelas <input type="checkbox"/> Lainnya	

**PEMERIKSAAN FISIK  
UMUM**

- Sklera :  Bersih  Keruh  Kuning
- Konjungtiva :  Pink  Merah  Anemis  
Kembali
- Turgor kulit :  i  Kembali  Kembali sangat  
segera lambat lambat (>2detik)
- Jaundice/Ikterik : **Derajat Jaundice Sesuai Luas**  
 0 – Tidak ada jaundice  
 1 – Hanya wajah dan leher

- 2 – Dada dan punggung
- 3 – Perut dibawah umbilikus hingga lutut
- 4 – Kedua lengan dan kedua tungkai dibawah lutut
- 5 – Kedua tangan dan kaki



*Klasifikasi derajat ikterus apabila ditemukan satu atau lebih tanda dan gejala yang didapatkan*

**IKTERUS BERAT**

- Timbul kuning pada hari pertama (<24jam) setelah lahir, ATAU
- Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari, ATAU
- Kuning sampai telapak tangan/telapak kaki, ATAU
- Tinja berwarna pucat, ATAU

**IKTERUS**

- Timbul kuning pada umur 24 jam sampai 14 hari dan tidak sampai telapak tangan/telapak kaki

**INSPEKSI**

Permukaan abdomen : **TIDAK ADA IKTERUS**

Pergerakan dinding : **PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN**

- Sebaran rambut :  Flat  Rounded  Protuberant
- Pigmentasi :  Scaphoid  Simetris  Asimetris
- Luka/scar :  Simetris  Asimetris
- Hernia umbilikal :  Simetris  Asimetris
- Ascites :  Rata  Sedikit
- Pelebaran vena :  Tidak ada  \*Jelaskan
- Spider navi :  Tidak ada  \*Jelaskan
- Umbilikus :  Tidak ada  \*Jelaskan
- Pulsasi aorta :  Tidak ada  \*Jelaskan
- \*Jelaskan lokasi dan ukuran
- AUSKULTASI**
- Bising usus :  Tidak ada  \*Jelaskan
- Bruits :  Tidak ada  \*Jelaskan
- Tidak ada  Ada,





176)

- Ketidakseimbangan Nutrisi:  ..  
Kurang dari Kebutuhan  
Tubuh  
(Nan: 177)

### 3. ELIMINASI

#### ANAMNESIS

##### Buang Air Besar

Frekuensi : \_\_\_\_\_ kali/hari

Konsistensi

- i :  Cair       Lunak       Keras       Berbusa       Berlendir  
Warna :  Merah       Hitam       Normal       Dempul  
Keluhan :  Kembung       Sebah       Konstipasi       Diare

Peristaltik : \_\_\_\_\_ kali/menit

usus  Flatus  
Colostomy

Alat bantu :  y  Ileostomy Diaper

Cara BAB :  Duduk  Jongkok  s

**Buang Air Kecil**

Frekuensi : \_\_\_\_\_ kali/hari

:  Incontinensia  Retensi  Disuria  Anuria  
Polyuria

a  Oliguri  
(<400cc/24 jam) jam

Jumlah : \_\_\_\_\_ ml/hari

Warna urine :  Jernih  Mera  Kekuningan  Keruh

Alat bantu :  Kondom  Kateter Urine  Nefrostomy  Urostomy  Cystotomy

Cara BAK :  Berdiri  Jongkok  Diapers

### PEMERIKSAAN FISIK

#### Inspeksi

Anus :  Paten  Atresia  
 Ani

Meatus urinarius :  Ditengah  Hipospadia  Epispadia

Skrotum :  Normal  Bengkak  Ulkus  
 Kemeraha  Nodula  
 n  r  Eskoriasi

#### Palpasi

Penis :  Nyeri  Benjolan

Skrotum :  Ukuran normal  Bentuk bulat  Bentuk asimetris  
 Elastis  Licin  Benjolan

### PEMERIKSAAN PENUNJANG

#### Pemeriksaan Laboratorium

Leukosit : \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Eosinofil : \_\_\_\_\_ % Monosit : \_\_\_\_\_ %

Lekosit : \_\_\_\_\_ % Neutrofil : \_\_\_\_\_ % Eritrosit : \_\_\_\_\_ %

Basofil : \_\_\_\_\_ % Limfosit : \_\_\_\_\_ %

Kultur Urin : \_\_\_\_\_

Kultur

Feses : \_\_\_\_\_

**Masalah Keperawatan n:**

Inkontinensi Defekasi (Nan:  Kesiapan Meningkatkan Eliminasi Urine (Nan: 200)

219)

- (Eliminasi)
- Konstipasi (Nan: 208)
  - Risiko Konstipasi (Nan: 210)
  - Persepsi Konstipasi (Nan: 215)
  - Konstipasi Fungsional Kronis (Nan: 212)
  - Risiko Konstipasi Fungsional Kronis (Nan: 214)
  - Diare (Nan: 216)
  - Inkontinensi Urinarius Fungsional (Nan: 201)
  - a Urinarius Aliran Berlebih (Nan: 202)
  - Inkontinensia Urinarius Refleks (Nan: 203)
  - a Urinarius Stres (Nan: 204)
  - a Urinarius Dorongan (Nan: 205)
  - o Inkontinensia Urinarius Dorongan (Nan: 206)



- Disfungsi  
 i Motilitas  Retensi Urine (Nan: 207)  
 Gastrointestinal (Nan: 217)
- Risiko Disfungsi Motilitas  Risiko Cedera Saluran  
 Gastrointestinal (Nan: 218)  Kemih  
 (Nan: 416)
- Gangguan Eliminasi Urin (Nan: .....  
 .....  
 199) .....

#### 4. AKTIVITAS DAN MOBILISASI

##### ANAMNESIS

- 1) Keluhan : \_\_\_\_\_  
 Kemampuan
- 2) Mobilisasi :  
 Mobilisasi Penuh  Mobilisasi Sebagian Temporer  
 Mobilisasi Sebagian  Mobilisasi Sebagian Permanen  
 Kemampuan melakukan kegiatan sehari-
- 3) hari :  
 Tidak Tergantung  Perlu  
 Bantuan Sebagian  Pengawasan  
 Ketergantungan Total
- 4) Kesulitan Mobilisasi :  Ya  Tidak
- 5) Nyeri saat Mobilisasi :  Ya  Tidak
- 6) Kebiasaan Olahraga : \_\_\_\_\_

##### PEMERIKSAAN FISIK

- Kekuatan
- 1) Otot
- |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- 2) Postur saat berdiri :  Normal/Tegak  Kifosis  
 Lordosis  Skoliosis  
 Hilang Keseimbangan  Riwayat Fraktur
- 3) Postur saat duduk :  Normal  Abnormal
- 4) Postur saat tidur :  Normal  Abnormal
- 5) Fraktur :  Ada  Tidak
- 6) Tonus :  Aktif  Tenang  
 Letargi  Kejang
- 7) Aktivitas neonatus :  Menangis keras  Lemah  
 Melengking  Sulit menangis

##### REFLEK NEONATUS

- Reflek pada neonatus :  Rooting  Sucking  
 Swallowing  Palm grasp  
 Tonic neck  Moro  
 Babinski  Berkedip  
 Pupil  Glabela

- Crawling
- Plantar

- Stepping

**PENGGUNAAN ALAT BANTU MOBILISASI**

- Tidak

- Ya,
- Walker
- Kursi Roda
- Cruck
- Lainnya

- Masalah Keperawatan:** (Aktivitas dan Mobilisasi)
- Hambatan Mobilitas di Tempat Tidur (Nan: 231)
  - Hambatan Mobilitas Fisik (Nan: 232)
  - Hambatan Mobilitas Berkursi Roda (Nan: 234)
  - Hambatan Duduk (Nan: 235)
  - Hambatan Berdiri (Nan: 236)
  - Hambatan Kemampuan Berpindah (Nan: 237)
  - Hambatan Berjalan (Nan: 238)
  -

## 5. ISTIRAHAT DAN TIDUR

- 1) Lama Tidur
  - Tidur Malam : \_\_\_\_\_ Jam/hari
  - Tidur Siang : \_\_\_\_\_ Jam/hari
- 2) Kualitas Tidur :  Puas  Tidak Puas
- 3) Kebiasaan Sebelum Tidur : \_\_\_\_\_
- 4) Gangguan Tidur :  Tidak  Ya
  - Insomnia  Mendengkur
  - Sleep apnea  Narkolepsi
 Penyebabnya \_\_\_\_\_
- 5) Dampak Gangguan Tidur : \_\_\_\_\_
- 6) Penggunaan Obat :  Tidak  Ya
- 7) Penggunaan Alat Bantu :  Tidak  Ya
- 8) Faktor yang membantu tidur : \_\_\_\_\_
  - Tidur Sendiri  Ditemani Orang Tua

- Masalah Keperawatan:** (Istirahat dan tidur)
- Intoleransi Aktivitas (Nan: 241)
  - Risiko Intoleransi Aktivitas (Nan: 242)
  - Defisiensi Aktivitas Pengalih (Nan: 154)
  - Kelelahan (Nan: 239)
  - Insomnia (Nan: 225)
  - Gaya Hidup Kurang Gerak (Nan: 155)
  - Kesiapan Meningkatkan Tidur (Nan: 228)
  - Deprivasi Tidur (Nan: 226)
  - Gangguan Pola Tidur (Nan: 229)
  - Keluyuran (Nan: 240)

## 6. BERPAKAIAN

- a. Memilih pakaian Mengambil :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- b. pakaian :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- c. Mengenakan pakaian atas Mengenakan pakaian :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- d. bawah :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- e. Melepaskan pakaian atas Melepaskan pakaian :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- f. bawah :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- g. Menggunakan risleting :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- h. Mengancingkan pakaian :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- i. Mengenakan kaus kaki :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- j. Melepaskan kaus kaki Kerapihan :  Mampu  Terhambat  Dibantu
- k. pakaian :  Rapi  n
- l. Kebersihan :  Bersih  Wangi

pakaian

Kotor     Berbau

**Masalah Keperawatan:**  
(Berpakaian)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Defisit Perawatan Diri: Berpakaian (Nan: 259)   | <input type="checkbox"/> Pengabaian Diri (Nan: 263) |
| <input type="checkbox"/> Kesiapan Meningkatkan Perawatan Diri (Nan: 262) | <input type="checkbox"/> .....                      |

## 7. SUHU TUBUH

Suhu Tubuh : \_\_\_\_\_ °C

### Interpretasi

Dewasa & anak :  Hipotermi ringan (32-35<sup>0</sup>C)  Hipotermi sedang (32-35<sup>0</sup>C)  Hipotermi berat (<30<sup>0</sup>C)  Hipertermia

Neonatus :  Hipotermi tingkat 1 (36-35<sup>0</sup>C)  Hipotermi tingkat 2 (35-35,9<sup>0</sup>C)  Hipertermia

Rabaan kulit :  Hipotermi tingkat 3 (34-34,9<sup>0</sup>C)  Hipotermi tingkat 4 (<34<sup>0</sup>C)  Teraba hangat  Teraba dingin  Normal

Obat penurun demam :  Tidak  Ya, \_\_\_\_\_

Masalah Keperawatan :  Risiko Ketidakseimbangan Suhu Tubuh (Nan: 456)  Risiko Hipotermia (Nan: 460)

(Suhu Tubuh)  Hipertermia (Nan: 457)  Risiko Hipotermia Perioperative (Nan: 462) Ketidakefektifan  Hipotermia (Nan: 458)  Termoregulasi (Nan: 463)

## 8. KEBERSIHAN DIRI DAN KEUTUHAN KULIT

### PEMERIKSAAN FISIK KEPALA-LEHER

- |                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| a. Bentuk kepala     | : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mikrosefali                          | <input type="checkbox"/> Mikrosefal <input type="checkbox"/> i                                       |
| b. Fontanel anterior | : <input type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cekung | <input type="checkbox"/> Anensefali <input type="checkbox"/> Tegas <input type="checkbox"/> Menonjol |
| c. Sutura sagitalis  | : <input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Menjauh                               | <input type="checkbox"/> Terpisah  |
| d. Gambaran wajah    | : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Caput                              | <input type="checkbox"/> Asimetris   |
| e. Molding           | : <input type="checkbox"/> suksadenum   | <input type="checkbox"/> Chephalohematoma  |

### RAMBUT

- |                     |  |
|---------------------|--|
| a. Penyebaran       | : <input type="checkbox"/> Merata <input type="checkbox"/> Tidak merata                        |
| b. Bau              | : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya                                   |
| c. Rontok           | : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya                                   |
| d. Alopesia (botak) | : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya                                   |
| e. Hirsutisme       | : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya                                   |
| f. Warna            | : <input type="checkbox"/> Hitam <input type="checkbox"/> Merah <input type="checkbox"/> Putih |

### TELINGA

- |           |   |
|-----------|---|
| 1) Bentuk | : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal |
| 2) Ukuran | : <input type="checkbox"/> Sama <input type="checkbox"/> Tidak      |

- |                     |   |                                     |                                |      |                                    |
|---------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|------|------------------------------------|
| 3) Warna            | : | <input type="checkbox"/> Merah muda | <input type="checkbox"/> Hitam | sama | <input type="checkbox"/> Kemerahan |
| 4) Lesi             | : | <input type="checkbox"/> Tidak      | <input type="checkbox"/> Ada   |      |                                    |
| 5) Nyeri tekan      | : | <input type="checkbox"/> Tidak      | <input type="checkbox"/> Ya    |      |                                    |
| 6) Peradangan       | : | <input type="checkbox"/> Tidak      | <input type="checkbox"/> Ada   |      |                                    |
| 7) Penumpukan serum | : | <input type="checkbox"/> Tidak      | <input type="checkbox"/> Ya    |      |                                    |
| 8) Perdarahan       | : | <input type="checkbox"/> Tidak      | <input type="checkbox"/> Ada   |      |                                    |

- 9) Perforasi :  Tidak  Ada
- 10) Uji Kemampuan Telinga
- Dengan Bisikan :  Normal  Gangguan  
Ada
- Dengan Arloji :  Normal  Gangguan  
Ada
- Uji Weber :  Normal  Gangguan  
Ada
- Uji Rinne :  Normal  Gangguan  
Ada
- Uji Swabach :  Normal  Gangguan

### HIDUNG

- 1) Bentuk :  Normal  Tidak
- 2) Septum nasi :  Normal  Tidak  
Perdaraha
- 3) Meatus :  Normal  n  
 Kotoran  Lainnya,  
Pembesaran  
 (Polip)
- 4) Mukosa hidung :  Lembab  Tidak  
 Iritasi  Sekret  
 Kemerahan  Polip
- 5) Luka :  Tidak  Ya, Jelaskan

### MULUT

- 1) Bentuk :  Normal  Labioseisi  
 Palatoseisis  s  
 Labiopalatoseisis
- 2) Warna bibir :  Merah  Pucat
- 3) Lesi :  Tidak  Ada
- 4) Massa :  Tidak  Ada
- 5) Mukosa :  Lembab  Kering  
Sariawa  
 n  Luka  
 Jamur  Lainnya,  
 Tidak  Ada
- 6) Caries gigi :  Tidak  Ada
- 7) Gingivitis :  Tidak  Ada
- 8) Warna lidah :  Pink  Merah  Ungu  Kuning  
 Coklat  Biru  Hitam  Putih
- 9) Perdarahan :  Tidak  Ada
- 10) Abses :  Tidak  Ada
- 11) Bau mulut :  Ya  Tidak  
 Tidak
- 12) Uvula :  Simetris  Simetris
- 13) Tonsil :  Ukuran Normal  
 Pembesaran tidak sampai garis tengah  
 Pembesaran sampai garis tengah  
 Pembesaran melewati garis Tengah  
 Sudah di operasi
- 14) Suara :  Ada perubahan  Tidak ada
- 15) Lendir :  Tidak ada  Ada

16) Benda Asing :  Tidak ada  Ada

### KUKU

- 1) Bentuk :  Normal  Cekung  Cembung  
2) Warna :  Merah muda  Pucat  
 Kuning  Kebiruan  
3) Lesi :  Tidak ada  Ada  
4) Keadaan :  Rapi  Panjang  
5)  Bersih  Kotor

### KULIT

- 1) Warna Kulit :  Merah muda  Kuning  
 Kecoklatan  langsung  
 Hitam  
 Kemeraha  
 n  
 Pucat  
2) Kelembapan :  Lembab  Kering  
3) Mengelupas :  Tidak  Ya  
4) Lesi :  Tidak  Ya  
5) Turgor kulit : \_\_\_\_\_ detik  
6) Kebiasaan  
a. Mandi :  1 x/hari  2 x/hari  3 x/hari  
b. Cuci Rambut :  1 x/mg  2 x/mg  3 x/mg  4 x/mg  
4  
c. Sikat Gigi :  1 x/hari  2 x/hari  3 x/hari  x/hari

**Masalah Keperawatan:**  
(Kebersihan dan Keutuhan Kulit)

Risiko Cedera Kornea (Nan: Kerusakan Integritas Kulit (Nan: 425) 413)

- Kerusakan Gigi (Nan: 417)  Risiko Kerusakan Integritas Kulit (Nan: 426)  
 Risiko Mata Kering (Nan: )  Risiko Cedera Termal (Nan: 415)  
 Kerusakan Membrane Mukosa Oral (Nan: 418)  Kerusakan Integritas Jaringan (Nan: 431)  
 Risiko Kerusakan Membrane Mukosa Oral (Nan: 420)  Risiko Kerusakan Integritas Jaringan (Nan: 432)  
 Risiko Decubitus (Nan: 422)  Risiko Trauma Vaskuler (Nan: 435)

## 9. MENGHINDARI BAHAYA DARI LINGKUNGAN

- a. Pasien mengenal bahaya disekitar :  Ya  Tidak  
Orang tua mengenal  
b. bahaya disekita :  Ya  Tidak  
c. Bahaya disekitar :  Desain rumah  Tidak ada pagar pada tangga  Tidak ada terali pada jendela  Ruang kosong  
 Kurang cahaya  Lantai licin  Karpet tidak rata  Dekat jalan raya  
d. Pencegahan bahaya yang telah keluarga dan pasien lakukan : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Masalah Keperawatan:**  
(Bahaya Lingkungan)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontaminasi (Nan: 445)        | <input type="checkbox"/> Risiko Cedera Akibat Posisi Perioperative (Nan: 414) |
| <input type="checkbox"/> Risiko Kontaminasi (Nan: 448) | <input type="checkbox"/> Risiko Infeksi (Nan: 405)                            |
| <input type="checkbox"/> Risiko Keracunan (Nan: 450)   | <input type="checkbox"/> Risiko Trauma (Nan: 433)                             |
| <input type="checkbox"/> Risiko Jatuh (Nan: 410)       | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Risiko Cedera (Nan: 412)      | .....   |

**10. KOMUNIKASI**

- |                                       |   |   |   |  |                                    |
|---------------------------------------|---|---|---|--|------------------------------------|
| a. Kemampuan dan cara komunikasi anak | : | <input type="checkbox"/> Normal         | <input type="checkbox"/> Afasia         | <input type="checkbox"/> Disfasia        | <input type="checkbox"/> Apraksi   |
|                                       |   | <input type="checkbox"/> Disleksia      | <input type="checkbox"/> Afonia         | <input type="checkbox"/> Dislalia        | <input type="checkbox"/> Disatria  |
|                                       |   | <input type="checkbox"/> Ekspresi wajah | <input type="checkbox"/> Ekspresi tubuh | <input type="checkbox"/> Gagap           | <input type="checkbox"/> Tangisa n |
| b. Penghambat komunikasi              | : | <input type="checkbox"/> Tidak ada      | <input type="checkbox"/> Intubasi       | <input type="checkbox"/> Defek orofaring |                                    |
|                                       |   | <input type="checkbox"/> Trakeostomi    | <input type="checkbox"/> Lingkungan     |  |                                    |

- c. Mengekspresikan emosi :  Ekspresi wajah  Ekspresi tubuh  Verbal  Tangisa  
n
- d. Mengekspresikan kebutuhan :  Ekspresi wajah  Ekspresi tubuh  Verbal  Tangisa  
n
- e. Mengekspresikan rasa takut :  Ekspresi wajah  Ekspresi tubuh  Verbal  Tangisa  
n
- f. Mengekspresikan pendapat :  Ekspresi wajah  Ekspresi tubuh  Verbal  Tangisa  
n

**Masalah Keperawatan:**  Kesiapan Komunikasi (Nan: 277)  Meningkatkan .....  
(Komunikasi)  Verbal (Nan: 278)

## 11. BERIBADAH

- a. Pelaksanaan ibadah :  Rutin  Sesekali  Tidak dilaksanakan  
Proses belajar
- b. Kebutuhan pembimbing rohani :  Ya  Tidak

**Masalah Keperawatan:**  Hambatan Religiositas (Nan: 393)  Distress Spiritual (Nan: 397)  
(Beribadah)  Kesiapan Meningkatkan Religiositas (Nan: 395)  Risiko Distress Spiritual (Nan: 399)  
 Risiko Hambatan Religiositas (Nan: 396)

## 12. BEKERJA

- a. Apakah pasien telah bekerja? :  Ya  Tidak
- b. Visi dan harapan dalam bekerja : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. Hambatan dalam bekerja Dampak sakit ke :  Fisik  Lingkungan  Sosial  Emosional
- d. pekerjaan :  Terhambat  Tidak terhambat

### 13. BERMAIN

(Berpartisipasi dalam berbagai jenis rekreasi atau penggunaan waktu luang)

Frekuensi bermain : \_\_\_\_\_ x/hari  
Bentuk permainan : \_\_\_\_\_  
Frekuensi rekreasi : \_\_\_\_\_ x/bulan  
Bentuk rekreasi : \_\_\_\_\_  
Manfaat rekreasi dan bermain : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 14. BELAJAR

(Menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah terhadap perkembangan kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan)

a. Cara Belajar yang disukai :  Menulis   Diskusi  Audio/visual  Demonstrasi

b. Tingkat Pendidikan :  TK  SD  SMP  SMA  Sarjana

c. Hambatan : **Emosional**  
 Ada  Tidak Ada  
**Fisik**  
 Ada  Tidak Ada  
**Kognitif**  
 Ada  Tidak Ada  
Diagnosa, penyebab, tanda & gejala

d. Kebutuhan Edukasi :  penyakit  
 Penggunaan obat-obatan  
 Keamanan dan efektifitas penggunaan peralatan medis  
 Diet dan Nutrisi  
Manajemen  
 Nyeri  
 Teknik Rehabilitasi  
 Lain-lain,  
Bersedi  Tidak

e. Kesiapan menerima edukasi :  a  Bersedia

f. Penggunaan layanan kesehatan :  Puskesmas  Posyandu  Rumah sakit  Praktek dokter

<b>Masalah Keperawatan:</b>	<input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan (Nan: 161)	<input type="checkbox"/> Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko (Nan: 160)
(Belajar)	<input type="checkbox"/> Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan-Diri (Nan: 162)	<input type="checkbox"/> Defisiensi Pengetahuan (Nan: 274)
	<input type="checkbox"/> Kesiapan Meningkatkan Manajemen Kesehatan (Nan: 163 )	<input type="checkbox"/> Kesiapan Meningkatkan Pengetahuan (Nan: 275)

**a. PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA**

- 1) Identitas Pasien
  - a) Nama :
  - b) Umur :
  - c) Jenis kelamin :
  - d) Alamat :
  - e) Agama :
  - f) Pendidikan :
  - g) Pekerjaan :
  - h) Tgl. Dirawat :
  - i) Tgl. Pengkajian :
  - j) Ruang rawat :
  - k) No. CM :
  - l) Dx. Medis :
  - m) Penanggung jawab :

2) Alasan masuk

.....

.....

3) Faktor Predisposisi

Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

Ya

Tidak

Pengobatan sebelumnya

Berhasil

Kurang berhasil

Tidak berhasil

Trauma

Trauma	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya fisik	...	...	...	...
Aniaya seksual	...	...	...	...
Penolakan	...	...	...	...
Kekerasan dalam keluarga	...	...	...	...
Tindakan Kriminal	...	...	...	...

Jelaskan: .....

Masalah Keperawatan: .....

4) Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Ada

Tidak Ada

Hub. Keluarga : .....

Gejala : .....

Riwayat pengobatan : .....

Masalah Keperawatan: .....

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan? .....

Masalah Keperawatan: .....

- 6) Pemeriksaan fisik
- TD.....mm/Hg
  - N.....x/mnt
  - S..... °c
  - P.....x/mnt.
  - BB.....kg
  - TB.....cm
- Masalah Keperawatan : .....
- 7) Psikososial
- Genogram
- Jelaskan: .....
- 8) Konsep Diri
- Citra /Gambaran Tubuh : .....
  - Identitas Diri : .....
  - Peran : .....
  - Ideal Diri : .....
  - Harga Diri : .....
- Masalah Keperawatan: .....
- 9) Hubungan Sosial
- Orang yang Berarti : .....
  - Peran Serta dalam Kegiatan Kelompok atau Masyarakat : .....
  - Hambatan dalam Berhubungan dengan Orang Lain : .....
- Masalah Keperawatan: .....
- 10) Spiritual
- Nilai dan Keyakinan : .....
  - Kegiatan Ibadah : .....
- Masalah Keperawatan: .....
- 11) Status Mental
- Penampilan
- Tidak Rapi
  - Penggunaan Pakaian Tidak Sesuai
  - Cara Berpakaian Tidak Seperti Biasanya
- Jelaskan : .....
- Masalah Keperawatan: .....
- Pembicaraan
- Cepat
  - Keras
  - Gagap
  - Inkoheren
  - Apatis
  - Lambat
  - Membisu
  - Tidak mampu memulai pembicaraan
- Jelaskan : .....
- Masalah Keperawatan: .....
- 12) Aktifitas motorik
- Lesu
  - Tegang
  - Gelisah
  - Agitasi

- Tic
  - Grimace
  - Tremor
  - Kompulsive
  - Jelaskan: .....
  - Masalah Keperawatan: .....
- 13) Alam perasaan
- Sedih
  - Takut
  - Putus asa
  - Khawatir
  - Euphoria
  - Jelaskan : .....
  - Masalah Keperawatan: .....
- 14) Afek
- Datar
  - Tumpul
  - Labil
  - Tidak sesuai
  - Jelaskan : .....
  - Masalah Keperawatan : .....
- 15) Interaksi selama wawancara
- Bermusuhan
  - Tidak kooperatif
  - Mudah tersinggung
  - Kontak mata kurang
  - Defensif
  - Curiga
  - Jelaskan : .....
  - Masalah Keperawatan : .....
- 16) Persepsi
- Halusinasi:
- Pendengaran
  - Penglihatan
  - Peraban
  - Pengecapan
  - Penghidu
  - Jelaskan : .....
  - Masalah Keperawatan : .....
- Isi pikir
- Obsesi
  - Phobia
  - Hipokondria
  - Depersonalisasi
  - Ide terkait
  - Pikiran magis
  - Jelaskan : .....
  - Masalah Keperawatan : .....
- Waham
- Agama

- Somatik
- Kebesaran
- Curiga
- Nihilistik
- Sisip pikir
- Siar pikir
- Kontrol pikir

Jelaskan : .....

Masalah Keperawatan: .....

17) Arus pikir

- Sirkumtansial
- Tangensial
- Kehilangan asosiasi
- Flight of idea
- Blocking
- Pengulangan pembicaraan

Jelaskan : .....

Masalah Keperawatan : .....

18) Tingkat kesadaran

- Bingung
- Sedasi
- Stupor
- Disorientasi waktu
- Disorientasi orang
- Disorientasi tempat

Jelaskan : .....

Masalah Keperawatan: .....

19) Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang
- Gangguan daya ingat jangka pendek
- Gangguan daya ingat saat ini
- Konfabulasi

Jelaskan : .....

Masalah Keperawatan: .....

20) Tingkat kosentrasi dan berhitung

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : .....

Masalah Keperawatan: .....

21) Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan : .....

Masalah Keperawatan: .....

22) Daya tilik diri

- Positif
- Negatif

Jelaskan : .....

Masalah Keperawatan: .....

23) Kebutuhan perencanaan pulang

	Bantuan Minimal	Bantuan total
1. Makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. BAB/BAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Berpakaian/berhias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Penggunaan obat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24) Istirahat dan tidur

- Tidur siang lama : .....s/d .....
- Tidur malam lama : .....s/d .....
- Kegiatan sebelum/ sesudah tidur : .....

25) Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan Lanjutan

- Ya
- Tidak

Perawatan Pendukung

- Ya
- Tidak

26) Kegiatan Di Dalam Rumah

	Ya	Tidak
Mempersiapkan makanan		
Menjaga kerapian rumah		
Mencuci pakaian		
Pengaturan keuangan		

27) Kegiatan Di Luar Rumah

	Ya	Tidak
Belanja		
Transportasi		
Lain-lain		
Jelaskan: .....		
Masalah Keperawatan: .....		

28) Mekanisme Koping

Adaptif:

- Membicarakan masalah dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah
- Menggunakan tehnik relaksasi
- Aktivitas konstruktif
- Distraksi
- Lain-lain : .....

Maladaptif:

- Reaksi lamban/berlebihan
- Mengonsumsi alkohol
- Bekerja berlebihan
- Menghindar
- Mencederai diri
- Lain-lain : .....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:



29) Masalah Psikososial dan Lingkungan

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik.....
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik.....
- Masalah dengan pendidikan, spesifik.....
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik.....
- Masalah dengan perumahan, spesifik.....
- Masalah dengan ekonomi, spesifik.....
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

30) Pengetahuan Kurang tentang

- Gangguan jiwa
- Faktor predisposisi
- Koping
- Sistem pendukung
- Penyakit fisik
- Terapi
- Lain-lain.....

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

**b. PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA**  
**Format Pengkajian Keperawatan Keluarga Friedman**

- 1) Data Umum
  - a) Nama Kepala Keluarga (inisial) :
  - b) Usia Kepala Keluarga :
  - c) Alamat :
  - d) Pendidikan Kepala Keluarga :
  - e) Pekerjaan :
  - f) Komposisi Keluarga :

No	Nama (inisial)	Jenis Kelamin	Hubungan dengan KK	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Ket.

- g) Genogram:
- h) Ecomap:
- i) Tipe Keluarga:
- j) Suku:
- k) Agama:
- l) Status sosial ekonomi keluarga:
- m) Aktivitas rekreasi keluarga:
- 2) Riwayat dan Tahapan Perkembangan Keluarga
  - a) Tahap perkembangan keluarga saat ini
  - b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
  - c) Riwayat keluarga inti
  - d) Riwayat keluarga sebelumnya
- 3) Lingkungan
  - a) Karakteristik rumah
  - b) Denah rumah:
  - c) Karakteristik tetangga dan komunitas
  - d) Mobilitas geografis keluarga
  - e) Perkumpulan keluarga dan interaksi komunitas
  - f) Sistem pendukung keluarga
- 4) Struktur Keluarga
  - a) Struktur peran
  - b) Pola komunikasi
  - c) Struktur kekuatan keluarga
  - d) Nilai atau norma keluarga
- 5) Fungsi Keluarga
  - a) Fungsi afektif
  - b) Fungsi sosialisasi
  - c) Fungsi reproduksi
  - d) Fungsi ekonomi
  - e) Fungsi Perawatan kesehatan
- 6) Tugas Kesehatan Keluarga:

- a) Kemampuan keluarga mengenal masalah
  - b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan
  - c) Kemampuan keluarga melakukan perawatan anggota keluarga yang sakit
  - d) Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan anggota keluarga
  - e) Kemampuan keluarga memanfaatkan sumber dan fasilitas kesehatan di masyarakat
- 7) Stres dan Koping Keluarga
- a. Stresor yang di miliki
    - Stresor jangka pendek:
    - Stresor jangka panjang:
  - b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor
  - c. Strategi koping yang digunakan
  - d. Adaptasi Keluarga
  - e. Adaptasi yang disfungsional
- 8) Harapan Keluarga:
- 9) Pemeriksaan Fisik:
- 10)

<b>Nama Klien (Inisial)</b>	<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil Pemeriksaan</b>
	Kepala	
	Leher	
	Telinga	
	Mata	
	Mulut dan hidung	
	Dada dan paru- paru	
	Abdomen	
	Reproduksi	
	Eliminasi	
	Sistem Integumen	
	Sistem muskuloskeletal	
	BB dan TB	
	Tanda- tanda vital	TD: HR: RR: S :
	Capillary refill	
	Lainnya	

## Format Pengkajian Keperawatan Keluarga Depkes

Fasilitas Yankes		No. Register	
Nama Perawat yang mengkaji		Tanggal Pengkajian	

### 1. DATA KELUARGA

Nama Kepala Keluarga		Bahasa sehari-hari	
Alamat Rumah & Telp		Jarak yankes terdekat	
Agama & Suku		Alat Transportasi	

### DATA ANGGOTA KELUARGA

No	Nama	Hub dgn KK	Umur	J K	Suku	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan Saat Ini	Status (TB, BMI)	Gizi BB,	TTV (TD, N, S, P)	Status Imunisasi Dasar	Alat Bantu/Protesa

### LANJUTAN

No	Nama	Penampilan Umum	Status Kesehatan Saat ini	Riwayat Penyakit/ Alergi	Analisis Masalah Kesehatan INDIVIDU

### 2. DATA PENGKAJIAN INDIVIDU YANG SAKIT (terlampir)

### 3. DATA PENUNJANG KELUARGA

<p><b>Rumah dan Sanitasi Lingkungan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kondisi Rumah : ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilasi : Cukup/Kurang* ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Pencahayaan Rumah : Baik/ Tidak* ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Saluran Buang Limbah : Baik /Cukup/Kurang* ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Sumber Air Bersih : Sehat/Tidak Sehat* ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Jamban Memenuhi Syarat : Ya/Tidak* ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Tempat Sampah: Ya/Tidak* ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Rasio Luas Bangunan Rumah dengan Jumlah Anggota Keluarga 8m<sup>2</sup>/orang : Ya/Tidak* ..... .....</p>	<p><b>PHBS Di Rumah Tangga</b></p> <p><input type="checkbox"/> Jika ada Bunifas, Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan : Ya/..... Tidak*</p> <p><input type="checkbox"/> Jika ada bayi, Memberi ASI eksklusif : Ya/..... Tidak*</p> <p><input type="checkbox"/> Jika ada balita, Menimbang balita tiap bln : Ya/ Tidak*.....</p> <p><input type="checkbox"/> Menggunakan air bersih untuk makan &amp; minum: Ya/..... Tidak*</p> <p><input type="checkbox"/> Menggunakan air bersih untuk kebersihan diri: Ya/ Tidak*.....</p> <p><input type="checkbox"/> Mencuci tangan dengan air bersih &amp; sabun : Ya/..... Tidak*</p> <p><input type="checkbox"/> Melakukan pembuangan sampah pada tempatnya : Ya/..... Tidak*</p> <p><input type="checkbox"/> Menjaga lingkungan rumah tampak bersih : Ya/..... Tidak*</p> <p><input type="checkbox"/> Mengonsumsi lauk dan pauk tiap hari : Ya/..... Tidak*</p> <p><input type="checkbox"/> Menggunakan jamban sehat : Ya/ Tidak*.....</p> <p><input type="checkbox"/> Memberantas jentik di rumah sekali seminggu : Ya/..... Tidak*</p> <p><input type="checkbox"/> Makan buah dan sayur setiap hari : Ya/ Tidak*.....</p> <p><input type="checkbox"/> Melakukan aktivitas fisik setiap hari : Ya/..... Tidak*</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak merokok di dalam rumah : Ya/..... Tidak*</p>
--	--

#### 4. KEMAMPUAN KELUARGA MELAKUKAN TUGAS PEMELIHARAAN KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA

1) Adakah perhatian keluarga kepada anggotanya yang menderita sakit: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	2) Apakah keluarga mengetahui masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
3) Apakah keluarga mengetahui penyebab masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	4) Apakah keluarga mengetahui tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
5) Apakah keluarga mengetahui akibat masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya bila tidak diobati/dirawat : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	6) Pada siapa keluarga biasa menggali informasi tentang masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya: <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Tetangga <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Tenaga kesehatan
7) Keyakinan keluarga tentang masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya: <input type="checkbox"/> Tidak perlu ditangani karena akan sembuh sendiri biasanya <input checked="" type="checkbox"/> Perlu berobat ke fasilitas yankes <input type="checkbox"/> Tidak terpikir	8) Apakah keluarga melakukan upaya peningkatan kesehatan yang dialami anggota keluarganya secara aktif : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
9) Apakah keluarga mengetahui kebutuhan pengobatan masalah kesehatan yang dialami yang dialami anggota keluarganya : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	10) Apakah keluarga dapat melakukan cara merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan yang dialaminya: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
11) Apakah keluarga dapat melakukan pencegahan masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	12) Apakah keluarga mampu memelihara atau memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak
13) Apakah keluarga mampu menggali dan memanfaatkan sumber di masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak	

#### KRITERIA KEMANDIRIAN KELUARGA :

#### Kesimpulan:

1. Menerima petugas puskesmas	5. Melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran	- Kemandirian I : Jika memenuhi kriteria 1 & 2
2. Menerima yankes sesuai rencana	6. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif	- Kemandirian II; jika memenuhi kriteria 1 s.d 5
3. Menyatakan masalah kesehatan secara benar	7. Melaksanakan tindakan promotif secara aktif	- Kemandirian III: Jika memenuhi kriteria 1 s.d 6
4. Memanfaatkan faskes sesuai anjuran		- Kemandirian IV: Jika memenuhi kriteria 1 s.d 7

### Lampiran

#### 2. DATA PENGKAJIAN INDIVIDU YANG SAKIT

Nama Individu yang sakit :	Diagnosa Medik :
Sumber Dana Kesehatan :	Rujukan Dokter/ Rumah Sakit :
<b>Keadaan Umum</b> Kesadaran : GCS : TD : P : x/ menit S : °C N : x/ menit <input type="checkbox"/> Takikardia <input type="checkbox"/> Bradikardia <input type="checkbox"/> Tubuh teraba hangat <input type="checkbox"/> Menggigil	<b>Sirkulasi/ Cairan</b> <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Bunyi jantung: ..... <input type="checkbox"/> Asites <input type="checkbox"/> Akral dingin <input type="checkbox"/> Tanda Perdarahan: purpura/ hematom/ petekie/ hematemesis/ melena/ epistaksis* <input type="checkbox"/> Tanda Anemia : Pucat/ Konjungtiva pucat/ Lidah pucat/ Bibir pucat/ Akral pucat* <input type="checkbox"/> Tanda Dehidrasi: mata cekung/ turgor kulit berkurang/ bibir kering * <input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> Kesemutan <input type="checkbox"/> Berkeringat <input type="checkbox"/> Rasa Haus <input type="checkbox"/> Pengisian kapiler > 3 detik
<b>Pencernaan</b> <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Kembung <input type="checkbox"/> Nafsu Makan : Berkurang/Tidak* <input type="checkbox"/> Sulit Menelan <input type="checkbox"/> Disphagia <input type="checkbox"/> Bau Nafas <input type="checkbox"/> Kerusakan gigi/gusi/ lidah/ geraham/rahang/palatum* <input type="checkbox"/> Distensi Abdomen <input type="checkbox"/> Bising Usus: ..... <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Diare .....x/hr <input type="checkbox"/> Hemoroid, grade .....	<b>Muskuloskeletal</b> <input type="checkbox"/> Tonus otot <input type="checkbox"/> Kontraktur <input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/> Nyeri otot/tulang* <input type="checkbox"/> Drop Foot Lokasi ..... <input type="checkbox"/> Tremor Jenis ..... <input type="checkbox"/> Malaise / fatigue <input type="checkbox"/> Atropi <input type="checkbox"/> Kekuatan otot ..... <input type="checkbox"/> Postur tidak normal ..... <input type="checkbox"/> RPS Atas : bebas/ terbatas/ kelemahan/ kelumpuhan (kanan / kiri)*
	<b>Perkemihan</b> <input type="checkbox"/> Pola BAK ...x/hr,vol ...ml/hr <input type="checkbox"/> Hematuri Poliuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Inkontinensia <input type="checkbox"/> Retensi <input type="checkbox"/> Nyeri saat BAK <input type="checkbox"/> Kemampuan BAK : Mandiri/ Bantu sebagian/tergantung* <input type="checkbox"/> Alat bantu: Tidak/Ya*..... <input type="checkbox"/> Gunakan Obat :Tidak/Ya*... <input type="checkbox"/> Kemampuan BAB :Mandiri/ Bantu sebagian/tergantung* <input type="checkbox"/> Alat bantu: Tidak/Ya*...
	<b>Pernapasan</b> <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Sekret / Slym <input type="checkbox"/> Irama ireguler <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronki ..... <input type="checkbox"/> Otot bantu napas ..... <input type="checkbox"/> Alat bantu nafas ..... <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Sesak <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Krepirasi
	<b>Neurosensori</b> <b>Fungsi Penglihatan :</b> <input type="checkbox"/> Buram <input type="checkbox"/> Tak bisa melihat <input type="checkbox"/> Alat bantu ..... <input type="checkbox"/> Visus ..... <b>Fungsi pendengaran :</b> <input type="checkbox"/> Kurang jelas <input type="checkbox"/> Tuli <input type="checkbox"/> Alat bantu <input type="checkbox"/> Tinnitus <b>Fungsi Perasa</b> <input type="checkbox"/> Terganggu <input type="checkbox"/> Terganggu
	<b>Fungsi perabaan :</b> <input type="checkbox"/> Kesemutan pada ..... <input type="checkbox"/> Kebas pada ..... <input type="checkbox"/> Disorientasi <input type="checkbox"/> Parese <input type="checkbox"/> Halusinasi <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Amnesia <input type="checkbox"/> Paralisis <input type="checkbox"/> Refleks patologis ..... <input type="checkbox"/> Kejang : sifat ..... lama ..... frekwensi ..... <b>Fungsi Penciuman</b> <input type="checkbox"/> Mampu <input type="checkbox"/> Mampu

<input type="checkbox"/> Teraba Masa abdomen ..... <input type="checkbox"/> Stomatitis <input type="checkbox"/> Warna ..... <input type="checkbox"/> Kluywat obat pencemar ..... <input type="checkbox"/> Maag <input type="checkbox"/> Koncistenci ..... Diet Khusus: Tidak Ya* ..... <input type="checkbox"/> Kebiasaan makan-minum : Mandiri Bantu sebagian Tergantung* <input type="checkbox"/> Alergi makanan minuman : Tidak Ya* ..... <input type="checkbox"/> Alat bantu : Tidak Ya* .....	<input type="checkbox"/> RPS Dawah: Aelbas/terbatas/ kelemahan kelumpuhan (kanan/kiri)* <input type="checkbox"/> Pardiri : Mandiri Bantu sebagian tergantung* <input type="checkbox"/> Berjalan : Mandiri Bantu sebagian tergantung* <input type="checkbox"/> Alat Dantu : Tidak Ya* ..... <input type="checkbox"/> Nyari : Tidak Ya* .....	<b>Kulit</b> <input type="checkbox"/> Jaringan parit <input type="checkbox"/> Memar <input type="checkbox"/> Acaraki <input type="checkbox"/> Ulcerasi <input type="checkbox"/> Puc ..... <input type="checkbox"/> Bulae-tepuh <input type="checkbox"/> Perdarahan bawah <input type="checkbox"/> Krustae <input type="checkbox"/> Luka bakar Kulit ..... Derajat ..... <input type="checkbox"/> Perubahan warna ..... <input type="checkbox"/> Decubitus: grade ... <input type="checkbox"/> okasi .....	
		<b>Tidur dan Istirahat</b> <input type="checkbox"/> Susah tidur <input type="checkbox"/> Waktu tidur ..... jarang tidur siang malam tidur sekitar jam 21.00 ..... <input type="checkbox"/> Bantuan obat ..... tidak menggunakan obat tidur .....	
<b>Mental</b> <input type="checkbox"/> Emas <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Putus asa <input type="checkbox"/> Depresi <input type="checkbox"/> Rendah diri <input type="checkbox"/> Menarik diri <input type="checkbox"/> Agresif <input type="checkbox"/> Perilaku kekerasan <input type="checkbox"/> Respon pasca trauma ..... <input type="checkbox"/> Tidak mau melihat bagian tubuh yang rusak	<b>Komunikasi dan Dudaya</b> <input type="checkbox"/> Interaksi dengan Keluarga : Baik/terhambat* ..... <input type="checkbox"/> Berkomunikasi : Lancar/terhambat* ..... <input type="checkbox"/> Kegiatan sosial sehari-hari : mengikuti pengajian	<b>Kebersihan Diri</b> <input type="checkbox"/> Gigi/Mulut kotor <input type="checkbox"/> Mata kotor <input type="checkbox"/> Kulit kotor <input type="checkbox"/> Perineal/genital kotor <input type="checkbox"/> Hidung kotor <input type="checkbox"/> Kuku kotor <input type="checkbox"/> Telinga kotor <input type="checkbox"/> Rambut Kepala kotor	<b>Pelawatan Diri Sehari-hari</b> <input type="checkbox"/> Mandi : Mandiri Bantu sebagian tergantung* <input type="checkbox"/> Berpakaian : Mandiri Bantu sebagian tergantung* <input type="checkbox"/> Menyisir Rambut : Mandiri Bantu sebagian tergantung*
<b>Keterangan Tambahan terkait Individu</b>			
<b>DATA PENUNJANG MEDIS INDIVIDU YANG SAKIT</b>			
<b>Laboratorium</b>	<b>Radiologi</b>	<b>EKG</b>	<b>USG</b>

### Diagnosa Keperawatan

--

### Mengotahui:

Nama Koordinator		Tanggal / Tanggalan	
------------------	--	---------------------	--

### CHECK LIST WINSHIELD SURVEY

Lokasi pengamatan :

Tanggal pengkajian :

Nama perawat yang mengkaji:

Detail	Temuan (Dinarasikan)
<b>Tipe perkampungan/pedesaan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perumahan</li> <li>- Semi usaha</li> <li>- Lingkungan usaha/bisnis</li> </ul>	
<b>Lingkungan tempat tinggal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rumah tunggal (terpisah antara rumah satu dengan lainnya)</li> <li>- Apartemen</li> <li>- Lainnya</li> </ul>	
<b>Umur area perumahan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bangunan baru</li> <li>- Bangunan lama tetapi terpelihara bagus</li> <li>- Bangunan banyak yang rusak</li> </ul>	
<b>Karakteristik social-kultural</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variasi umur penduduk</li> <li>- Ras dan etnik grup</li> <li>- Pekerja/pengangguran</li> <li>- Siswa sekolah/drop-out</li> <li>- Tanda adanya kurang punya harapan</li> </ul>	
<b>Lingkungan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Tampilan umum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Halaman, jalan, pekarangan</li> <li>- Tanaman</li> <li>- Patung, tanda-tanda seni</li> </ul> </li> <li><b>2. Bahaya lingkungan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Polusi udara</li> <li>- Sampah</li> <li>- Area bermain yang berbahaya</li> <li>- Penerangan jalan</li> <li>- Alat pemadam kebakaran</li> <li>- Lalu lintas</li> <li>- Polisi/anggota pengaman/penyeberangan jalan untuk anak sekolah</li> </ul> </li> <li><b>3. Stressor lingkungan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegaduhan/ramai/kemacetan</li> <li>- Tanda-tanda yang menyebabkan banyak angka criminal</li> <li>- Tanda-tanda adanya penyalahgunaan bahan-bahan terlarang</li> <li>- Tanda-tanda adanya kemiskinan</li> </ul> </li> </ol>	

<p><b>4. Pelayanan Kesehatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas Kesehatan (Ada/tidak ada) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rumah sakit</li> <li>- Klinik, Lainnya</li> </ul> </li> <li>2. Sumber pelayanan kesehatan pertama <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puskesmas</li> <li>- Nursing centre</li> <li>- Praktek dokter swasta, Lainnya</li> </ul> </li> </ol>	
---	--

## 1. PENGKAJIAN INTI KOMUNITAS

Pengkajian Inti Komunitas	Temuan (dinarasikan)
<p><b>Riwayat :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Riwayat wilayah</li> <li>▪ Apakah pernah ada pemekaran wilayah</li> <li>▪ Berapa usia penduduk yang paling tua di wilayah tersebut</li> </ul>	
<p><b>Demografi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usia dan jenis kelamin kelompok atau komunitas yang dibina</li> <li>▪ Ras atau etnik</li> <li>▪ Tingkat pendidikan</li> <li>▪ Status pekerjaan</li> <li>▪ Tingkat penghasilan masyarakat.</li> </ul>	
<p><b>Statistik Vital :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angka prevalensi masalah kesehatan di komunitas</li> <li>▪ Angka kesakitan dan angka kematian dalam 2 tahun terakhir</li> </ul>	
<p><b>Nilai dan Kepercayaan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Latar belakang budaya yang mempengaruhi perilaku masyarakat</li> <li>▪ Agama</li> <li>▪ Bangunan tempat ibadah</li> <li>▪ Keyakinan terhadap suatu penyakit</li> <li>▪ Kepercayaan masyarakat tentang penyakit dan kesehatan.</li> </ul>	

## 2. PENGKAJIAN 8 SUBSISTEM KOMUNITAS

Pengkajian Sub Sistem 1: Lingkungan	Temuan (dinarasikan)
<p><b>Inspeksi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peta RW rawan masalah kesehatan di RW yang dikelola</li> <li>▪ Adanya pasar</li> <li>▪ Tempat rekreasi</li> </ul>	



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Data windshield survey</li> </ul>	
<b>Tanda Vital :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kondisi iklim/cuaca</li> <li>▪ Kondisi lingkungan dan rumah</li> </ul>	
<b>System Review :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dukungan sosial dari keluarga, kelompok maupun masyarakat sekitarnya</li> <li>▪ Observasi sistem sosial seperti perumahan, tempat ibadah, tempat bisnis dan lain-lain</li> </ul>	

<b>Pengkajian Subsistem 2: Pelayanan Kesehatan dan Sosial</b>	<b>Temuan (dinarasikan)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jenis pelayanan yang diberikan (Fasilitas di ekstra dan <i>intracommunity</i>)</li> <li>▪ Harga</li> <li>▪ Waktu pelayanan</li> <li>▪ Siapa pemberi pelayanan/tenaga kesehatan</li> <li>▪ Karakteristik pengguna pelayanan</li> <li>▪ Angka statistik jumlah pengguna setiap hari, mingguan dan bulanan</li> <li>▪ Keadekuatan, aksesibilitas dan penerimaan fasilitas oleh pengguna pelayanan</li> <li>▪ Kegiatan posyandu (waktu, kegiatan dan penyuluhan yang diberikan di posyandu)</li> </ul>	

<b>Pengkajian Sub Sistem 3: Ekonomi</b>	<b>Temuan (dinarasikan)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Status Pekerjaan penduduk: <ul style="list-style-type: none"> <li>% bekerja</li> <li>% tidak bekerja</li> <li>% pensiun</li> </ul> </li> <li>▪ Kategori pekerjaan penduduk (jenis pekerjaan)</li> <li>▪ Rata-rata pendapatan keluarga per bulan</li> <li>▪ Rata-rata pengeluaran keluarga per bulan</li> <li>▪ Kemampuan keluarga menyediakan makanan bergizi</li> <li>▪ Tabungan kesehatan</li> <li>▪ Alokasi dana untuk kebutuhan pangan</li> </ul>	

<b>Pengkajian Sub Sistem 4: Keamanan dan Transportasi</b>	<b>Temuan (dinarasikan)</b>
<b>Keamanan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pelayanan polisi</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kebakaran</li> <li>▪ Sanitasi (Sumber air, Kualitas air, pembuangan limbah)</li> <li>▪ Kualitas udara (adanya polusi udara)</li> <li>▪ Keamanan makanan jajanan</li> </ul>	
<b>Transportasi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jenis transportasi yang digunakan oleh masyarakat</li> <li>▪ Pelayanan transportasi</li> <li>▪ Jumlah penduduk yang mengalami keterbatasan dalam hal transportasi</li> <li>▪ Kondisi jalan</li> </ul>	

<b>Pengkajian Sub Sistem 5: Politik dan Pemerintahan</b>	<b>Temuan (dinarasikan)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kebijakan pemerintahan setempat dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat</li> <li>▪ Kegiatan yang telah dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat</li> <li>▪ kemitraan yang dilakukan dalam menanggulangi masalah kesehatan</li> </ul>	

<b>Pengkajian Sub Sistem 6: Komunikasi</b>	<b>Temuan (dinarasikan)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Media komunikasi yang dimiliki oleh keluarga (koran, televisi, radio)</li> <li>▪ Alat komunikasi (telepon)</li> <li>▪ Media komunikasi di masyarakat (arisan, pengajian, dll)</li> <li>▪ Konsultasi dengan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan.</li> </ul>	

<b>Pengkajian Sub Sistem 7: Pendidikan</b>	<b>Temuan (dinarasikan)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prosentase keluarga yang buta huruf</li> <li>▪ Fasilitas pendidikan atau informasi yang ada di masyarakat yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga seperti koran dinding, dan perpustakaan</li> </ul>	

<b>Pengkajian Sub Sistem 8: Rekreasi</b>	<b>Temuan (dinarasikan)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kebiasaan makan bersama di luar rumah</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Makanan yang sering dikonsumsi saat makan di luar</li> <li>▪ Kebiasaan rekreasi</li> <li>▪ Sarana rekreasi</li> <li>▪ Jenis rekreasi yang ada di keluarga maupun masyarakat.</li> </ul>	
--	--

### 3. PERSEPSI

Pengkajian Persepsi	Temuan (dinarasikan)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Persepsi komunitas (tanyakan ke beberapa orang dengan berbagai usia yang berbeda misal remaja, lansia, pekerja, tokoh masyarakat, dll): Bagaimana pendapat masyarakat mengenai komunitas Kekuatan yang dimiliki komunitas Adakah masalah yang dimiliki komunitas</li> <li>▪ Persepsi perawat: Pernyataan umum mengenai kondisi kesehatan di komunitas Kekuatan komunitas Apa masalah dan potensial masalah di komunitas yang dapat diidentifikasi oleh perawat</li> </ul>	

## PENGAJIAN KEPALA LEHER

1. Pemeriksaan Kepala
  - a. Inspeksi: bentuk kepala (*dolicephalus*/ lonjong, *Brakhiocephalus*/ bulat), kesimetrisan, dan pergerakan. Adakah *hirocephalus*/ pembesaran kepala.
  - b. 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 *akromgali*, penurunan jumlah dan pertumbuhan rambut seperti  
pada penderita hipotiroitisme (alopesia). Warna, putih sebelum waktunya terjadi pada  
penderita anemia *perniciosa*, merah dan mudah rontok pada malnutrisi.
  
3. Pemeriksaan Mata  
Inspeksi:
  - a. Kelengkapan dan kesimetrisan mata
  - b. Adakah *ekssoftalmus* (mata menonjol), atau *Enofthalmus* (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, normalnya 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 devergent*: Klien mengeluh melihat *double*, karena  
kelumpuhan otak.
  
4. Pemeriksaan Telinga  
Inspeksi dan Palpasi  
Adakah peradangan, penumpukan serumen.  
Dengan otoskop periksa amati, warna, bentuk, transparansi, perdarahan, dan perforasi.  
Uji kemampuan kepekaan telinga :
  - a. dengan bisikan pada jarak 4,5 – 6 M untuk menguji kemampuan pendengaran telinga  
kiri dan kanan
  - b. dengan arloji dengan jarak 30 Cm, bandingkan kemampuan mendengar telinga kanan  
dan kiri
  - c. dengan garpu tala lakukan uji *weber*: mengetahui keseimbangan konduksi suara yang  
didengar klien, normalnya klien mendengar seimbang antara kanan dan kiri
  - d. 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
  - e. dengan garpu tala lakukan uji *swabach*: untuk membandingkan kemampuan hantaran  
konduksi udara antara pemeriksa dan klien, 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

  - a. Amati bibir, untuk mengetahui kelainan konginetal ( labioseisis, palatoseisis, atau labiopalatoseisis ), warna bibir pucat, atau merah ,adakah lesi dan massa.
  - b. Amati gigi ,gusi, dan lidah, adakah caries, kotoran, kelengkapan, gigi palsu, gingivitis,warna lidah, perdarahan dan abses.
  - c. Amati orofaring atau rongga mulut, bau mulut, uvula simetris atau tidak
  - d. 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.
  - e. Perhatikan suara klien ada perubahan atau tidak
  - f. Perhatikan adakah lendir dan benda asing atau tidak
  
7. Pemeriksaan Wajah
 

Inspeksi : Perhatikan ekspresi wajah klien, Warna dan kondisi wajah klien, struktur wajah klien, sebab 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 pembendungan pada supraclavikula kemudian tekan pada ujung proximal vena jugularis sambil melepaskan bendungan 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 :  $JVP = 5 - a$  Cm, (bila di bawah bidang horizontal)  $JVP = 5 - a$  CmHg (bila di atas bidang horizontal), normalnya  $JVP = 5 - 2$  CmHg.
    - 1) Pengukuran langsung tekanan vena melalui pemasangan CVP dengan memasukan cateter pada vena, tekanan normal  $CVP = 5 - 15$  CmHg
    - 2) Palpasi pada leher untuk mengetahui pembesaran kelenjar limfe, kelenjar tiroid dan posisi trakea
    - 3) Pembesarn kelenjar limfe leher (Adenopati limfe) menandakan adanya peradangan pada daerah kepala, orofaring, infeksi TBC, atau syphilis.
    - 4) Pembesaran tiroid dapat terjadi karena defisiensi yodium
    - 5) 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, anjurkan 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 *drooping* 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 menderita 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 mere retraksi kelopak mata atas dan menyuruh klien untuk melihat ke bawah. Kaji adanya edema pada kelenjar lakrimal, perawat dapat menekan sakus 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 refleksi 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 **PERLLA** : *Pupil Equal Round and Reaktif to Light and Accomodation* (pupil seimbang, bulat, dan bereaksi terhadap cahaya dan akomodasi).

### **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)**
- 1) **Snellen chart**, adalah salah satu dari beberapa lat srderhana yang digunakan perawat untuk mencatat penglihatan jauh. Tulisan E atau C adalah yang sering digunakan pada kartu denagn 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).
  - 2) **Uji penglihatan dekat**, dilakukan pada klien yang mengemukakan kesulitan membaca dan dan berusia kurang dari 40 tahun. Perawat dapt 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 ).
  - 3) **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.
  - 4) **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 tanagn 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.

- 5) **Uji persepsi cahaya ( light perception )**, dilakukan pada psien yang tidak dapat mendeteksi gerak tangan. Dilakuakn pada lingkungan yang gelap, salah satu mata pasien ditutup , arahkan sinar senter pada mata yang tidak ditutup selama 1 – 2 detik. Pasien diintruksikan 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 dapt mendeteksi disebut Non Light Perception/ NLP.

### **Pengukuran Tekanan Okuler**

Tonometri adalah cara pengukuran tekanan intra okuler dengan memakai alat – alat terkalibrasi yang melelukan 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 ).

- a. **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.
- b. **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.

### **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, khiasma, 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.

### **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.



## 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 ).

### Corneal Light Reflex

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

**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

### Pemeriksaan Fisik Telinga

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

1. 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.
2. **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.
3. **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 pendengarn 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 ).

4. **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.
5. **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.

### **Pengkajian Diagnostic**

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

1. **Audiometric** , ada dua macam yaitu :
  - a. **Audiometric nada murni**, dimana stimulus suara terdiri dari nada murni atau music ( semakin keras nada sebelum pasien bisa mendengar berarti semakin besar kehilangan pendengaran ).
  - b. **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.
2. **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 PENGKAJIAN KEPALA LEHER**

Performance	Procedure	Raw Score					Critical-ly 1,2,3	Diffic-ulty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
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
	- Alat tulis - Hand Rub - Sarung tangan bila perlu - Bengkok										
Tahap Orientasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1	1		2
	2. Klarifikasi nama dan tgl lahir, nomor rekam medis pasien	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					1	1		1
	7. Dekatkan alat	0	1					1	1		1
	8. Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu										
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. Pemeriksaan Kepala ➤ Inspeksi : bentuk kepala, kesimetrisan, pergerakan, dan ukuran kepala, fontanella cekung / tidak ➤ Palpasi : Nyeri tekan	0	1	2				2	1		4
	4. Pemeriksaan Rambut ➤ Inspeksi : Penyebaran rambut, bau, rontok ,warna, Hirsutisme ( pertumbuhan rambut melebihi normal ) alopesia (botak).	0	1	2				2	1		4
	5. Pemeriksaan Mata ➤ Inspeksi : a. Kelengkapan dan kesimetrisan mata b. Adakah ekssoftalmus (mata menonjol), atau Enofthalmus (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	0	1	2	3	4		2	1		8
	6. Pemeriksaan Telinga ➤ Inspeksi : Amati bagian teliga luar: bentuk, ukuran, warna, lesi, adakah peradangan, penumpukan serumen, ada sekret. ➤ Palpasi: Nyeri tekan	0	1	2				2	1		4
	1. Pemeriksaan Hidung ➤ Inspeksi dan palpasi Amati bentuk tulang hidung dan posisi septum nasi ( adakah pembengkokan atau tidak	0	1	2				2	1		4

Performance	Procedure	Raw Score					Critic-ally 1,2,3	Diffic-ulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
	) Amati meatus, adakah perdarahan, kotoran, pembengkakan, mukosa hidung, adakah pembesaran ( polip )									
	2. Pemeriksaan Mulut dan gigi ➤ Inspeksi - 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, - Perhatikan suara klien ada perubahan atau tidak - Perhatikan adakah lendir dan benda asing atau tidak	0	1	2	3	4	5	2	1	8
	3. Pemeriksaan Wajah Inspeksi : Simetris/tdk, perhatikan ekspresi wajah klien, Warna dan kondisi wajah klien, struktur wajah klien, sebab atau tidak, ada kelumpuhan otot-otot fasialis atau tidak.	0	1	2				1	1	2
	4. Pemeriksaan Leher Dengan inspeksi : - Bentuk leher simetris atau tidak, adakah peradangan jaringan parut, perubahan warna, dan massa Dengan palpasi: Raba kelenjar tiroid, ada pembesaran atau tidak klien diminta menelan, raba nadi karotis, raba kelenjar limfe dibawah mandibula	0	1	2				2	1	4
	1. Bereskan alat	0	1					1	1	1
	2. Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	0	1					2	1	2
	3. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)	0	1					3	1	3
Tahap terminasi	1. Evaluasi respon klien 2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan 3. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien 4. Doa kesembuhan klien dengan mengucapkan syafakalloh (laki-laki) dan syafakillah (perempuan) 5. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya 6. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	0	1					1	1	1
		0	1					1	1	1
		0	1					1	1	1
		0	1					1	1	1
		0	1					1	1	1
		0	1					1	1	1
Dokumen tasi	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	2				2	1	4
		0	1					2	1	2
		0	1					2	1	2
		0	1	2				2	1	4
		0	1	1				2	1	2
		0	1	2				2	1	2

## PEMERIKSAAN FISIK JANTUNG DAN PARU

### PEMERIKSAAN FISIK JANTUNG

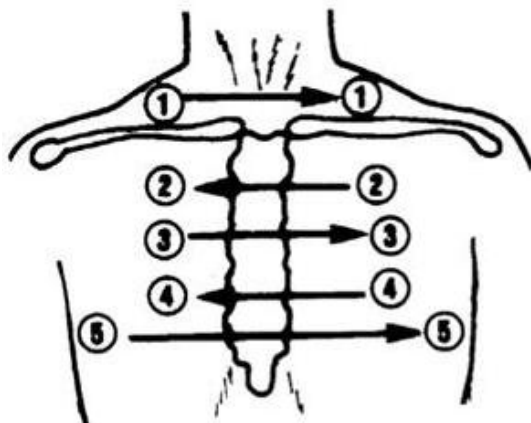
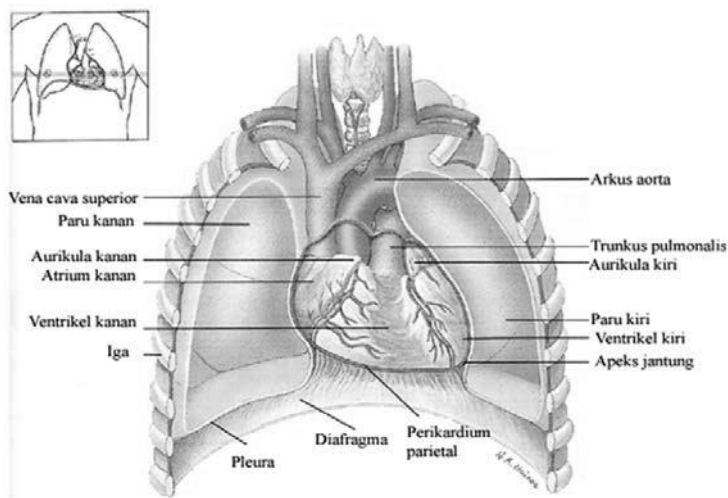
#### A. Definisi

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

#### B. 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.



#### C.

## **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
  - 1) Pada keadaan normal kedua belah dada adalah simetris
  - 2) Bila cekung / cembung pada satu sisi berarti ada penyakit jantung / paru pada satu sisi
  - 3) Cekung  
Pada perikarditis menahun, fibrosis / atelektasis paru, skoliosis, kifoskoliosis, akibat beban yang menekan dinding dada (contoh: pemahat, tukang kayu)
  - 4) 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 di ruang 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, pneumothorax, tumor mediastinum, abdomen membuncit (asites, hamil, dll.)
- c. Denyut nadi.
- d. 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:

- a. Pemeriksaan iktus kordis. Denyut ini dapat teraba di interkostal 5 kiri agak ke medial dari linea midklavikularis kiri.
- b. Pemeriksaan getaran/thrill
- c. 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).

- a. 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.
- b. 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.
- c. Batas jantung kanan atas: garis parasternalis dextra interkostalis II
- d. Batas jantung kanan bawah: garis parasternalis dextra interkostalis IV

- e. Batas jantung kiri atas: garis parasternalis sinistra interkostalis II
- f. 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

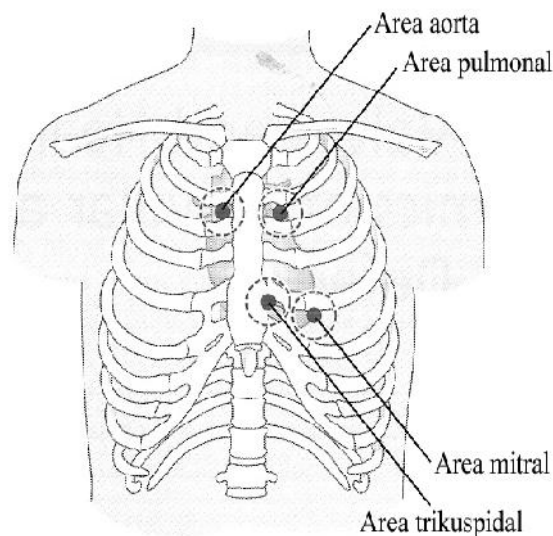
##### 1) Bunyi jantung I (Suara jantung I/SI)

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.

##### 2) 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.

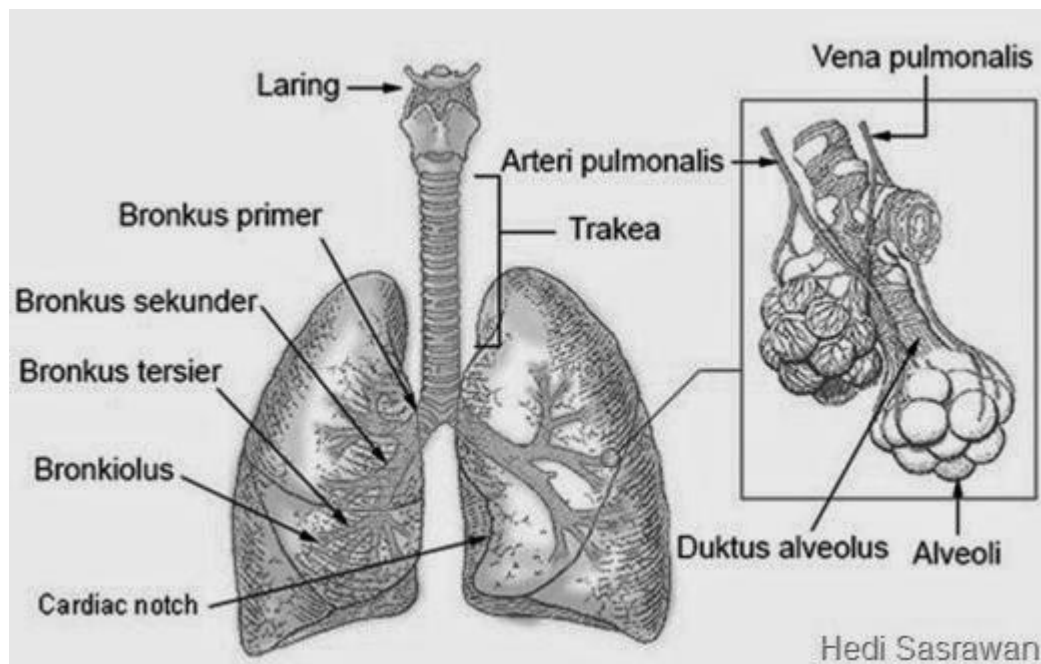
#### **Paru-Paru Kiri dan Kanan**

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 oblises. 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

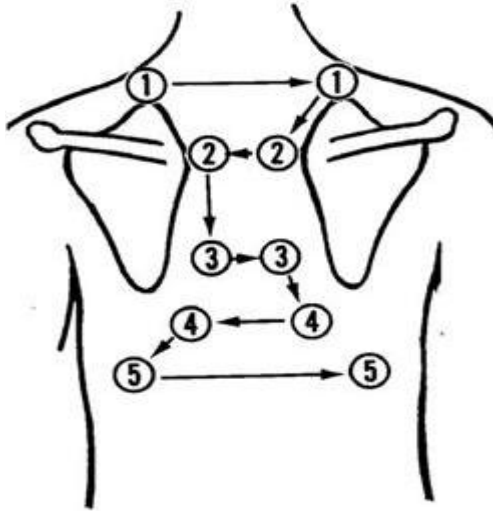
Pemeriksaan Thorax saat pasien **duduk**

##### **Pemeriksaan Posterior paru**

- a. **Inspeksi**, melihat bentuk dada anterior dan posterior, melihat ada tidaknya deviasi, dan melihat ada tidaknya bendungan vena pada dinding dada.
- b. **Palpasi**, membandingkan gerakan dada posterior kanan – kiri, merasakan fremitus taktil suara dengan cara meminta pasien mengucapkan "**tujuh – tujuh**".

**NOTE :** Mulai dari palpasi hingga auskultasi, Posisi kedua skapula harus dalam keadaan terbuka untuk memperluas lapang pemeriksaan. \*minta pasien untuk meletakkan kedua tangannya pada bahu

posisi kedua tangan pada pemeriksaan dada posterior :



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

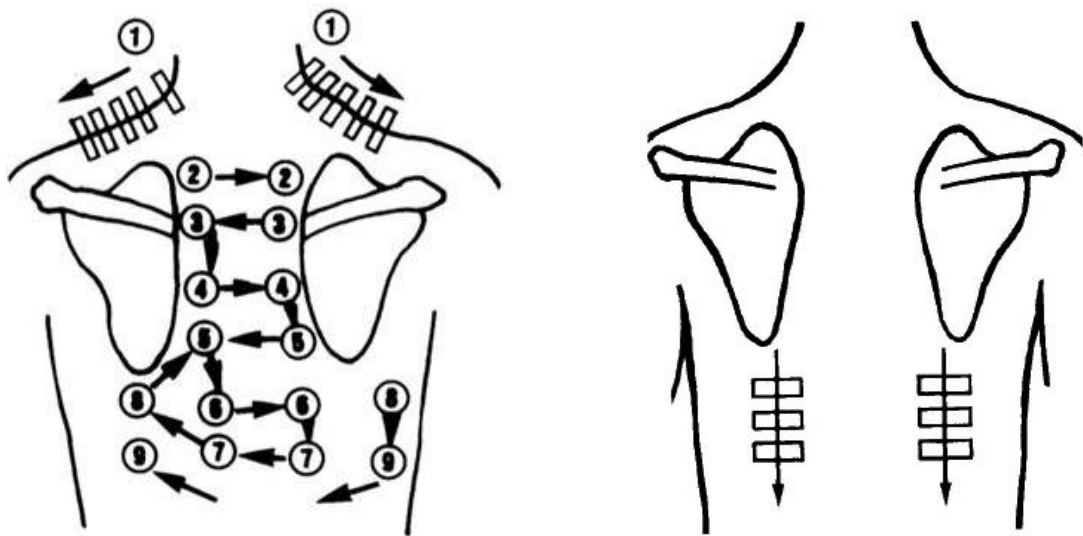
### c. Perkusi

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

	<u>Intensity</u>	<u>Pitch</u>	<u>Duration</u>	<u>Example Location</u>
Flatness	soft	high	short	thigh
Dullness	medium	medium	medium	liver
Resonance	loud	low	long	normal lung
Tympany	loud	"musical timbre"		gastric air bubble or puffed out cheek

**Pemeriksaan:**

membandingkan bunyi perkusi paru kanan dan kiri secara berurutan



menentukan batas bawah paru

Perkusi	Kesan Isi Dominan
Hipersonor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udara</li></ul>
Sonor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jaringan paru</li></ul>
Redup	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cairan</li></ul>
Pekak	<ul style="list-style-type: none"><li>• Darah</li><li>• Padat</li></ul>

**d. Auskultasi Pada Pernafasan Normal :**

**NOTE:** Two normal breath sounds can be auscultated as follows:

	<u>Duration of inspiration and expiration</u>	<u>Pitch of expiration</u>	<u>Intensity of expiration</u>	<u>Sample location</u>
vesicular breath sounds	inspiration greater than expiration	low	soft	most of lungs
bronchial or tubular breath sounds	expiration greater than inspiration	high	usually loud	over the trachea

Pemeriksaan yang dilakukan sewaktu pasien **berbaring**

### **Pemeriksaan Paru Anterior**

**Inspeksi**, melihat keadaan sela iga sewaktu bernafas (secara normal : sela iga akan ekspansi atau meregang saat inspirasi dan kembali ke posisi semula sewaktu ekspirasi)

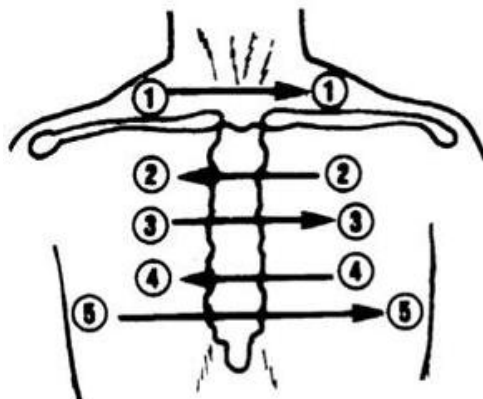
**Palpasi**, membandingkan gerakan dinding dada sewaktu bernafas dan merasakan getaran fremitus suara

Posisi kedua tangan sewaktu palpasi thorax anterior



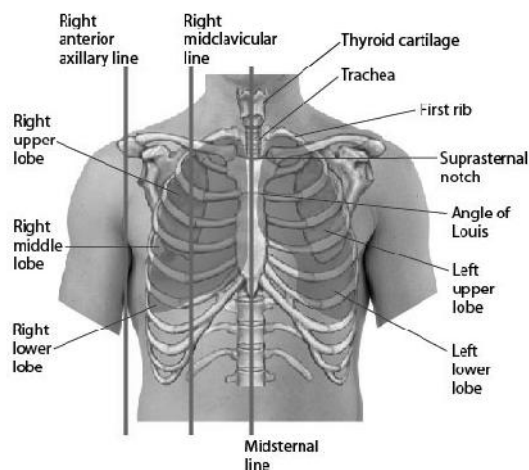
### **Perkusi.**

Membandingkan bunyi perkusi paru kanan - kiri anterior secara berurutan.



Menentukan batas paru-hepar.

Perkusi dilakukan di sepanjang garis midklavikula dextra. Batas paru hepar ditentukan setelah terjadi perubahan suara dari sonor ke pekak.



Menentukan batas paru – lambung.

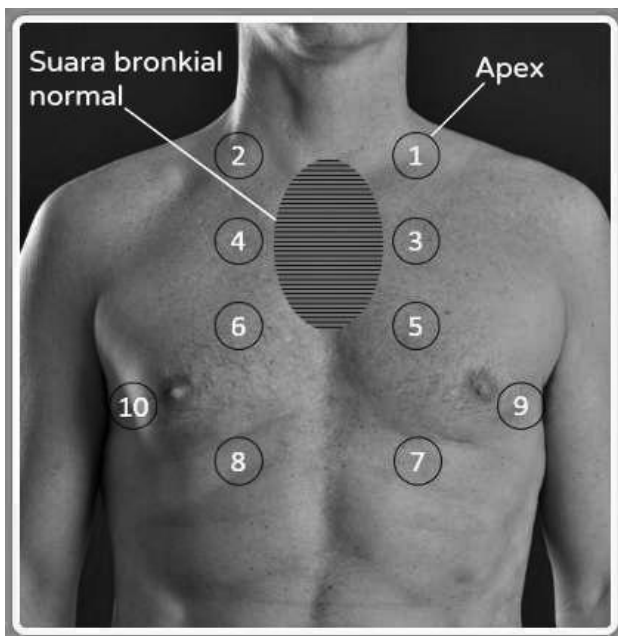
Perkusi dilakukan di sepanjang garis axilla anterior sinistra. Batas paru - lambung ditentukan setelah terjadi perubahan suara dari sonor ke timpani. (secara normal : batas paru - lambung orang Indonesia berada di Intercostae VII atau intercostae VIII)

Menentukan batas peranjakan paru

Perkusi dilakukan di batas paru - hepar. setelah pasien diminta untuk menahan nafas, batas paru- hepar yang semula berbunyi perkusi "pekak" akan berganti menjadi "sonor". Perkusi dilanjutkan sampai ditemukan batas paru - hepar yang baru, kemudian tentukan seberapa besar batas peranjakan paru. (secara normal : batas peranjakan paru adalah 2 cm atau sebesar 2 jari orang dewasa)

### Auskultasi

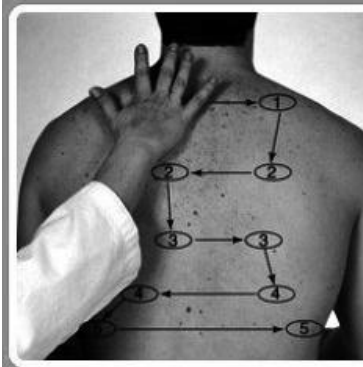
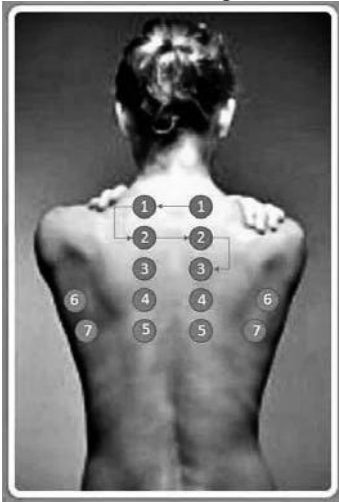
Membandingkan bunyi nafas dasar paru anterior dan bronkial pada pasien



## CHECK LIST PEMERIKSAAN FISIK JANTUNG DAN PARU

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual Rx/CxD	Max Score
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: - Alat tulis - Hand Rub - Sarung tangan bila perlu - Stetoskop	0	1								
Tahap Orientasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1	1		2
	2. Klarifikasi nama dan tgl lahir, nomor rekam medis pasien	00	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					1	1		1
	7. Dekatkan alat	0	1								
	8. Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu	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
	<b>Jantung</b>										
	<b>Atur Posisi klien</b>	0	1					1	1		1
	1. Inspeksi a. Bentuk thorak simetris/tidak simetris b. Denyut apeks jantung (iktus kordis): interkostalis sinistra IV 2 – 3 cm dari garis mid klavikularis c. Denyut nadi pada dada	0	1	2	3			2	1		6
	2. Palpasi a. Bunyi jantung I (S1) - Katup mitral (garis midklavikula sinistra interkostal V) - Katup trikuspidalis (garis parasternal sinistra interkostal IV) b. Bunyi jantung II (S2) - Katup aorta (interkostal dextra II) - Katup pulmonalis (interkostal sinistra II)	0	1	2	3	4		2	1		8
	3. Perkusi a. Perkusi dilakukan dengan meletakkan jari tengah kiri pada dinding thoraks dan mengetuk dengan jari tengah tangan kanan dan memindahkan jari tersebut	0	1	2	3	4		2	1		8

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual Rx/CxD
	<p>menuju ke arah jantung.</p> <p>b. Perkusi 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.</p> <p>c. Batas jantung kanan atas: garis parasternalis dextra interkostalis II</p> <p>d. Batas jantung kanan bawah: garis parasternalis dextra interkostalis IV</p> <p>e. Batas jantung kiri atas: garis parasternalis sinistra interkostalis II</p> <p>f. Batas jantung kiri bawah: garis medioklavikularis sinistra interkostalis V</p>									
	<p>4. Auskultasi</p> <p>a. Bunyi jantung I (S1):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interkostalis III sinistra (katup mitralis)</li> <li>- Interkostalis IV (katup triskuspidalis)</li> </ul> <p>b. Bunyi jantung II (S2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garis parasternalis interkostalis II dextra (katup aorta)</li> <li>- Garis parasternalis interkostalis II sinistra (katup arteri pulmonalis)</li> </ul>	0	1	2	3	4		2	1	8
	<b>Paru posterior</b>									
	<b>Memposisikan pasien duduk</b>	0	1					2	1	2
	<p>- <b>Inspeksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• melihat bentuk dada posterior</li> <li>• melihat ada tidaknya deviasi</li> <li>• melihat ada tidaknya bendungan vena pada dinding dada</li> </ul>	0	1	2	3			1	1	3
	<p>- <b>Palpasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minta pasien untuk meletakkan kedua tangannya pada bahu</li> <li>• Meletakkan kedua tangan di punggung pasien pada daerah skapula</li> <li>• membandingkan gerakan dada posterior kanan – kiri</li> <li>• merasakan fremitus taktil suara dengan cara meminta pasien mengucapkan "<i>tujuh - tujuh</i>"</li> </ul>	0	1	2	3			2	2	12

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa taktil fremitus dengan menempatkan telapak tangan di interskapula</li> </ul> 									
	<p><b>Perkusi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meminta pasien menempatkan tangan diatas bahu</li> <li>Melakukan perkusi dengan urutan sebagai berikut</li> </ul> 	0	1	2	3			2	2	12
	<p><b>Auskultasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menginstruksikan pasien untuk bernapas dalam-dalam melalui mulut yang terbuka.</li> <li>Melakukan auskultasi bergerak dari satu sisi ke sisi lain secara simetris.</li> <li>Mendengarkan setidaknya satu napas penuh di setiap lokasi</li> <li>Jika pasien menjadi pusing akibat hiperventilasi, beri pasien waktu untuk mengambil beberapa bernafas biasa</li> </ol>	0	1	2	3			2	2	12



Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
	<b>Paru Anterior</b>										
	<b>Memposisikan pasien berbaring</b>	0	1				1	1		1	
	<b>Inspeksi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• amati bentuk dada</li> <li>• amati kesimetrisan gerakan dinding dada</li> <li>• amati penggunaan otot bantu pernafasan/retraksi dinding dada</li> </ul>	0	1	2			1	1		2	
	<b>Palpasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempatkan ibu jari sejajar dengan iga ke `10, posisi tangan dan jari-jari lain di arah lateral sepanjang tulang rusuk</li> <li>• geser kedua tangan sedikit ke arah medial untuk mengangkat lipatan kulit antara kedua ibu jari</li> <li>• Instruksikan pasien untuk menghirup dalam-dalam</li> <li>• Amati seberapa jauh ibu jari memisah saat dada mengembang, dan identifikasi simetri gerakan pernapasan dan ekspansi pernafasan (inspirasi dan ekspirasi)</li> </ul>	0	1	2	3	4		2	2		16
	<b>Perkusi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• membandingkan bunyi perkusi paru kanan - kiri anterior secara berurutan</li> </ul> menentukan batas paru - hepar <ul style="list-style-type: none"> <li>• perkusi dilakukan di sepanjang garis midklavikula dextra. Batas paru hepar ditentukan setelah terjadi perubahan suara dari sonor ke pekak</li> </ul> menentukan batas paru - lambung <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> </ul> menentukan batas peranjakan paru <ul style="list-style-type: none"> <li>• perkusi dilakukan di batas paru - hepar. setelah pasien diminta untuk menahan nafas, batas paru- hepar yang semula berbunyi perkusi "pekak" akan berganti menjadi "sonor".</li> </ul>	0	1	2	3	4		2	2		16

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
	Perkusi dilanjutkan sampai ditemukan batas paru - hepar yang baru, kemudian tentukan seberapa besar batas peranjakan paru. (secara normal : batas peranjakan paru adalah 2 cm atau sebesar 2 jari orang dewasa)									
	<b>Auskultasi</b> 9. Menginstruksikan pasien untuk bernapas dalam-dalam melalui mulut yang terbuka. 10. Melakukan auskultasi bergerak dari satu sisi ke sisi lain secara simetris. 11. Mendengarkan setidaknya satu napas penuh di setiap lokasi 12. Jika pasien menjadi pusing akibat hiperventilasi, beri pasien waktu untuk mengambil beberapa bernafas biasa	0	1	2	3	4		2	2	16
	4. Bereskan alat	0	1					1	1	1
	5. Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	0	1					2	1	2
	6. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)	0	1					3	1	3
Tahap terminasi	7. Evaluasi respon klien	0	1					1	1	1
	8. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan	0	1					1	1	1
	9. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien	0	1					1	1	1
	10. Doa kesembuhan klien dengan mengucapkan syafakalloh (laki-laki) dan syafakillah (perempuan)	0	1					1	1	1
	11. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya	0	1					1	1	1
	12. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	0	1					1	1	1
			0	1					1	1
Dokumentasi	7. Nama dan umur atau nama dan alamat klien	0	1	2				2	1	4
	8. Diagnosa keperawatan	0	1					2	1	2
	9. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1	2				2	1	4
	10. Evaluasi: Respon klien, hasil pemeriksaan abdomen (inpeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi)	0	1	1				2	1	2
		0	1	2				2	1	2
	11. Tanggal dan jam pelaksanaan									
	12. Nama dan tanda tangan ners									

## PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN

### 1. Definisi

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

### 2. Langkah-langkah 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.

### 3. Tujuan Pemeriksaan Abdomen

- Mendapatkan kesan kondisi fisik dan fungsi alat-alat dalam abdomen.
- Mengetahui keluhan klien yang muncul dari sistem gastroeintestinal
- Mengkaji nyeri pada abdomen, tenderness, adanya massa
- Memonitor klien post operasi

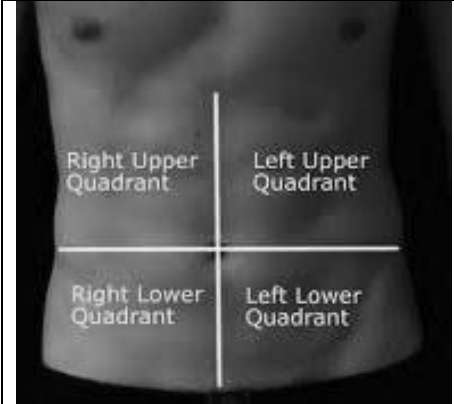
### 4. Langkah-langkah Pemeriksaan Abdomen

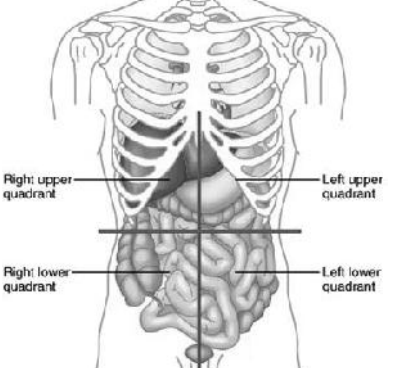
#### Persiapan klien sebelum dilakukan pemeriksaan abdomen.

- 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

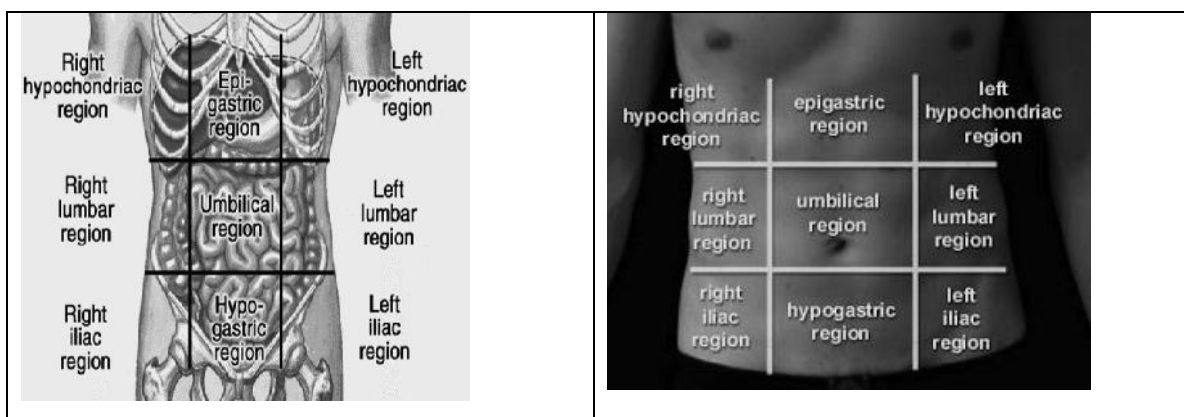
Topografi abdomen dapat dibagi menjadi 4 quadran dan 9 regio.

Area abdomen serta organ dalam 4 quadran

	<p>A. Right upper quadrant (RUQ) Liver &amp; gallbladder, pyloric spincter, duodenum, head of pancreas, right adrenal gland, portion of right kidney, hepatic flexure of colon, portions of ascending &amp; 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 &amp; descending colon</p>
---	--	---

	<p>C. Right lower quadrant (RLQ) Lower pole of right kidney, cecum &amp; appendix, portion of ascending colon, ovary &amp; 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 &amp; 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 sphincter, 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 &amp; jejunum</p>	<p>E. Umbilical Lower part of duodenum, jejunum &amp; ileum</p>	<p>F. Left Lumbar Descending colon, lower half of kidney, portions of jejunum &amp; ileum</p>
<p>G. Right Inguinal Cecum, appendix, lower end of ileum, right ureter, right spermatic cord, right ovary &amp; uterine tube</p>	<p>H. Hypogastric (Pubic) Ileum, bladder, uterus</p>	<p>I. Left Inguinal Sigmoid colon, left ureter, left spermatic cord, left ovary &amp; uterine tube</p>

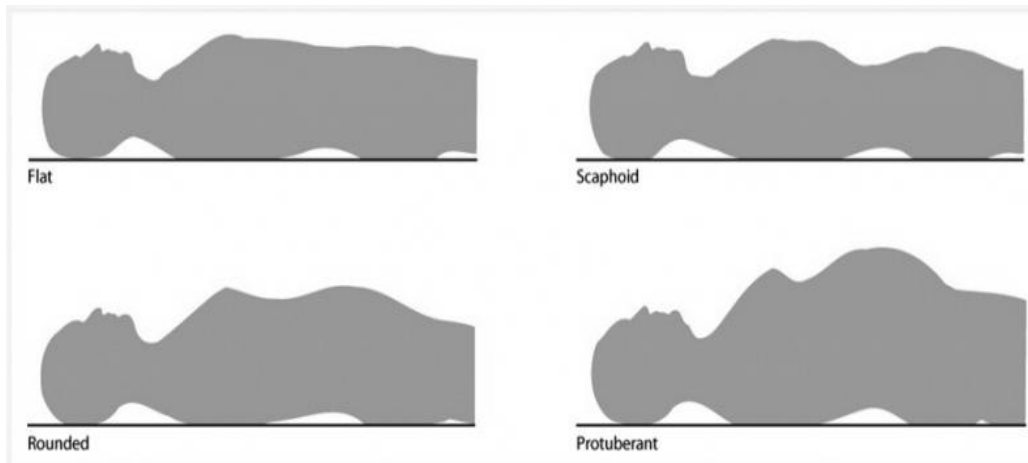
**Persiapan Alat**

1. Stetoskop

2. Sarung tangan bersih
3. Alat tulis
4. Bengkok

### 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.
4. 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.

## B. AUSKULTASI

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

### Auskultasi peristaltic usus

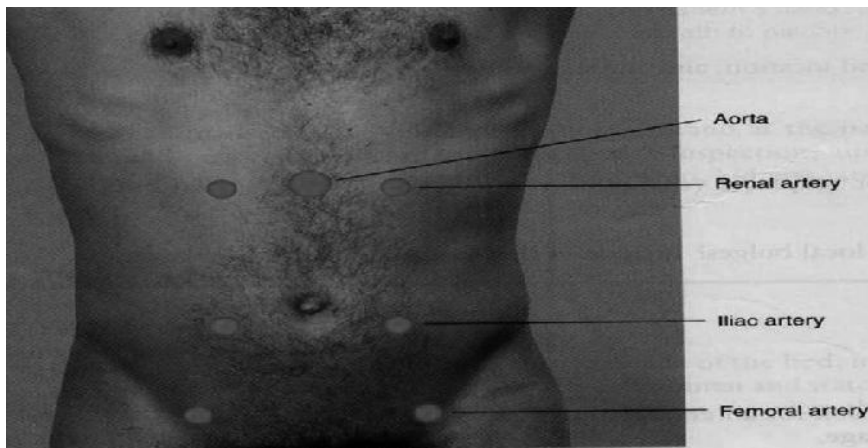
- Auskultasi peristaltic usus/bising usus menggunakan stetoskop bagian diafragma yang sudah dihangatkan dengan menggosok ditelapak tangan
- Letakkan stetoskop yang sudah dihangatkan dengan tekanan ringan pada setiap area kuadran perut secara sistematis dan dengarkan suara peristaltik usus. Auskultasi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



- Catat karakteristik suara peristaltik usus dan frekuensi dalam 1 menit.
- Frekuensi persitaltik 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 pada klien 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 bisng pembuluh darah**

### C. 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

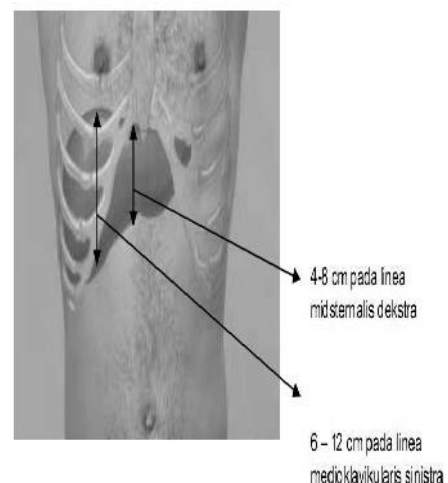
- Tympani: suara yang keras (loud hollow) terdengar sangat keras karena adanya gas/gelembung udara dalam gaster dan colon
- Dullness/redup: terdengar pada area hepar, limpe, dan distensi vesika urinary
- Hyperresonan: terdengar lebih nyaring dari suara tympani, akibat adanya distensi colon.

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.

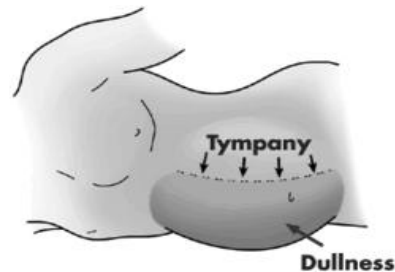
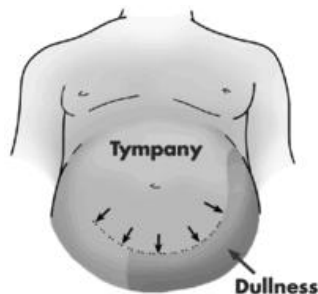
- Batas atas setingkat ICS ke-6.
- Perkusi sepanjang garis midsternum. Teruskan kebawah sampai ada perubahan suara perkusi.
- Ukuran hepar pada garis midsternum kurang lebih 4-9 cm. Jarak antara batas atas dan bawah kurang lebih 6-12 cm.

### 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 menggepal. Lakukan kanan dan kiri.
- Hasil normal, klien tidak merasakan nyeri, jika terdapat nyeri mengindikasikan adanya infeksi saluran kencing (ISK) atau pyelonephritis



### D. PALPASI ABDOMEN

Tujuan palpasi adalah mengerahui 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 rekaman 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/herbenjol, 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.



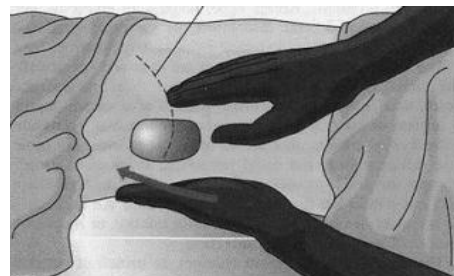
### Palpasi Ginjal

#### 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 :
- Periksa 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.



### CHEKLIST PEMERIKSAAN ABDOMEN

Perfor man ce	Procedure	Raw Score					Crit icall y 1,2, 3	Diff icul ty 1,2, 3	Score			
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCx D	Max Scor e	
Tahap pre intera ksi	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: Stetoskop Alat tulis Sarung tangan bila perlu Bengkok											
Tahap Orient asi	4. Ucapkan salam dan perkenalka diri	0	1	2				1	1		2	
	5. Klarifikasi nama dan umur atau nama dan alamat klien	0	1	2				3	1		6	
	6. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan	0	1	2				2	1		4	
	7. Kontrak waktu	0	1					1	1		1	
	8. Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya	0	1					1	1		1	
	9. Minta persetujuan klien/keluarga	0	1					1	1			
	10. Dekatkan alat											
	11. Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu											
	Tahap Kerja	12. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1					3	1		3
		13. Baca Basmalah	0	1					2	1		2
		<b>INSPEKSI</b>										
14. Perhatikan permukaan (countour) abdomen termasuk daerah inguinal dan femoral		0	1					3	2		6	
15. Amati keadaan kulit		0	1					2	2		4	
16. Amati daerah umbilikus		0	1					2	2		4	
17. Amati kesimetrisan dinding abdomen		0	1					2	1		2	
18. Amati pergerakan dinding abdomen		0	1					2	2		4	
19. Amati pulsasi aorta	0	1					2	2		4		
	<b>AUSKULTASI</b>											

Perfor man ce	Procedure	Raw Score					Crit icall y 1,2, 3	Diff icul ty 1,2, 3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCx D
	<b>Auskultasi peristaltic usus</b>									
	20. Hangatkan stetoskop bagian diafragma dengan menggosokkan ditelapak tangan	0	1					2	1	2
	21. Tanyakan terakhir makan	0	1					2	1	2
	22. 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
	23. Catat karakteristik suara peristaltik usus dan frekuensi dalam 1 menit	0	1	2				2	1	4
	<b>Auskultasi suara bising pembuluh darah (bruits)</b>									
	24. Letakkan stetoskop bagian bell pada area aorta, arteri renal, dan arteri iliaka		1	2	3			3	2	18
	25. Dengarkan bising pembuluh darah	0	1					2	2	4
	<b>PERKUSI</b>									
	<b>Perkusi Empat Kuadran</b>									
	26. Perkusi empat kuadran dari abdomen. Dengarkan hasil perkusi	0	1	2				2	2	4
	<b>Perkusi Hepar</b>									
	27. Mulai perkusi pada daerah setinggi umbilicus, kemudian ke atas sepanjang garis mid clavícula line (MDL)	0	1	2				3	3	18
	28. 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
	29. 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
	30. Lanjutkan perkusi hingga terdengar dullness, suara tersebut merupakan batas atas hepar. Beri tanda titik dengan pena.	0	1	2				3	3	18
	31. Perkusi kebawah sampai ada perubahan suara perkusi.	0	1	2				3	3	18
	<b>\Perkusi Lien</b>									
	32. Perkusi dari samping kiri abdomen posterior ke garis midaxilaris. Jika terdengar suara dullness pada bagian left anterior axillary line mengindikasikan adanya pembesaran lien.	0	1					3	3	18
	33. Perkusi juga dapat dilakukan pada daerah intercosta terbawah di garis axilaris anterior kiri,	0	1					3	3	18
	34. 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

Perfor man ce	Procedure	Raw Score					Crit icall y 1,2, 3	Diff icul ty 1,2, 3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCx D
	<b>Perkusi untuk Mendeteksi Edem</b>									
	35. Atur pisisi klien supinasi	0	1				3	1		3
	36. Perkusi dari midline abdomen ke arah lateral. Berikan tanda jika ada perubahan suara dari timpani menjadi dullness/redup.	0	1	2			3	3		18
	37. Atur posisi klien miring kanan atau kiri.	0	1				3	1		3
	38. Lakukan perkusi dari bagian atas ke bawah. Berikan tanda jika ada perubahan suara dari timpani menjadi dullness/redup	0	1	2			3	3		18
	39. Letakkan telapak tangan tepat berada di tengah abdomen (untuk mencegah getaran melalui dinding abdomen) dan telapak tangan lainnya pada kedua sisi abdomen.	0	1	2			3	3		18
	40. Gerakkan tangan pada dinding abdomen. Rasakan adanya gelombang cairan pada telapak tangan pada sisi yang berlawanan.	0	1	2			3	2		12
	<b>Perkusi Ginjal</b>									
	41. Atur posisi klien berbaring dengan posisi miring/duduk	0	1				2	1		2
	42. Letakkan telapak tangan kiri di atas sudut costovertebral (tulang costa menempel pada spinal column. Perkusi dengan tangan kanan yang mengempal. Lakukan kanan dan kiri.	0	1	2			3	3		18
	<b>PALPASI</b>									
	<b>Palpasi Hepar</b>									
	43. 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
	44. Anjurkan klien untuk rileks	0	1				1	1		1
	45. Tekankan tangan kiri kedepan sehingga hati akan mudah teraba dari depan	0	1				3	2		6
	46. 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
	47. Minta klien nafas dalam, kemudian raba tepi hepar. Catat adanya nyeri, permukaan hepar halus/berbenjol.	0	1	2			3	2		12
	<b>Palpasi Lien</b>									
	48. Letakkan telapak tangan kiri di bawah costa terakhir sebelah kiri.	0	1				3	2		6
	49. Tekan jemari tangan kanan ke arah costa terakhir sebelah kiri secara ringan	0	1				3	2		6
	50. Minta klien untuk nafas dalam	0	1				2	1		2
	51. Tentukan adanya pembesaran lien, konsistensinya,dan adanya nyeri.	0	1				2	1		2
	<b>Palpasi Ginjal</b>									
	52. Letakkan tangan kiri di bawah sela iga	0	1				3	3		9

Perfor man ce	Procedure	Raw Score					Crit icall y 1,2, 3	Diff icul ty 1,2, 3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCx D
	12 dan ujung jari tepat di sudut kostovertebra kanan									
	53. Letakkan tangan kanan sedikit di bawah lengkung costa kanan	0	1					3	2	6
	54. Anjurkan klien untuk nafas dalam. Pada saat akhir inspirasi, tangan kanan menekan kebawah sementara tangan kiri mendorong ke atas. Raba ginjal kanan anantara dua tangan	0	1	2	3			3	3	27
	<b>Palpasi Vesika Urinaria</b> 55. Lakukan palpasi di bawah umbilikus ke arah bawah mendekati simfisis	0	1					3	2	6
	56. Palpasi adanya distensi kandung vesika urinaria.	0	1					2	2	4
	<b>57. Palpasi Pulsasi Aorta</b> 58. Palpasi dengan jemari daerah sebelah kiri midline/garis tengah abdomen bawah proses xiphioideus.	0	1					3	2	6
	59. Tekan agak kuat dan dalam. Rasakan pulsasi aorta.	0	1	2				3	2	12
	60. Bereskan alat	0	1					1	1	1
	61. Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	0	1					2	1	2
	62. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)	0	1					3	1	3
Tahap termin asi	63. Evaluasi respon klien 64. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan 65. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien 66. Doa kesembuhan klien dengan mengucapkan syafakalloh (laki-laki) dan syafakillah (perempuan) 67. Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya 68. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	0	1	2	3	4	5	1	1	5
Doku menta si	69. Nama dan umur atau nama dan alamat klien 70. Diagnosa keperawatan 71. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan 72. Evaluasi: Respon klien, hasil pemeriksaan abdomen (inpeksi,auskultasi, perkusi, dan palpasi) 73. Tanggal dan jam pelaksanaan 74. Nama dan tanda tangan ners	0	1	2	3	4	5	1	1	5

## PEMERIKSAAN FISIK EKSTREMITAS

### 1. Ekstermitas Atas

- a. **Inspeksi**, bagaimana pergerakan tangan, dan kekuatan otot.
- b. **Palpasi**, apakah ada nyeri tekan, massa/benjolan.
- c. **Motorik**, untuk mengamati besar dan bentuk otot, melakukan pemeriksaan tonus kekuatan otot, dan tes pergerakan sendi.
- d. **Reflex**, memulai reflex fisiologi seperti biceps dan triceps.
- e. **Sensorik**, apakah klien dapat membedakan nyeri, sentuhan, temperatur, 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.
- b. Carilah tendon biceps dengan meraba fossa kubiti, maka akan teraba keras bila siku difleksikan.
- c. Letakan jari telunjuk kiri pemeriksa diatas tendon otot biceps.
- d. Ayunkan hammer reflek sebatas kekuatan ayunan pergelangan tangan, diatas jari telunjuk kiri pemeriksa.
- e. Terlihat gerakan fleksi pada siku akibat kontraksi otot biceps dan terasa tarikan tendon otot biceps dibawah telunjuk pemeriksa.

#### Pemeriksaan Refleks Otot Triseps

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

### 2. Ekstermitas bawah

- a. **Inspeksi**, bagaimana pergerakan kaki, dan kekuatan otot.
- b. **Palpasi**, apakah ada nyeri tekan, massa/benjolan.
- c. **Motorik**, untuk mengamati besar dan bentuk otot, melakukan pemeriksaan tonus kekuatan otot, dan tes pergerakan sendi.
- d. **Reflex**, memulai reflex fisiologi seperti patella, achilles.
- e. **Sensori**, apakah klien dapat membedakan nyeri, sentuhan, temperature, rasa, gerak dan tekanan.

#### Pemeriksaan Refleks Tendon Patela

- a. Posisi pasien tidur terlentang atau duduk.
- b. Pemeriksa berdiri pada sisi kanan pasien.
- b. Bila posisi pasien tidur terlentang, lutut pasien fleksi 60 derajat dan bila duduk lutut fleksi 90 derajat.

- c. Tangan kiri pemeriksa menahan pada fossa poplitea.
- d. 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.

### **Pemeriksaan Refleks Tendon Achilles**

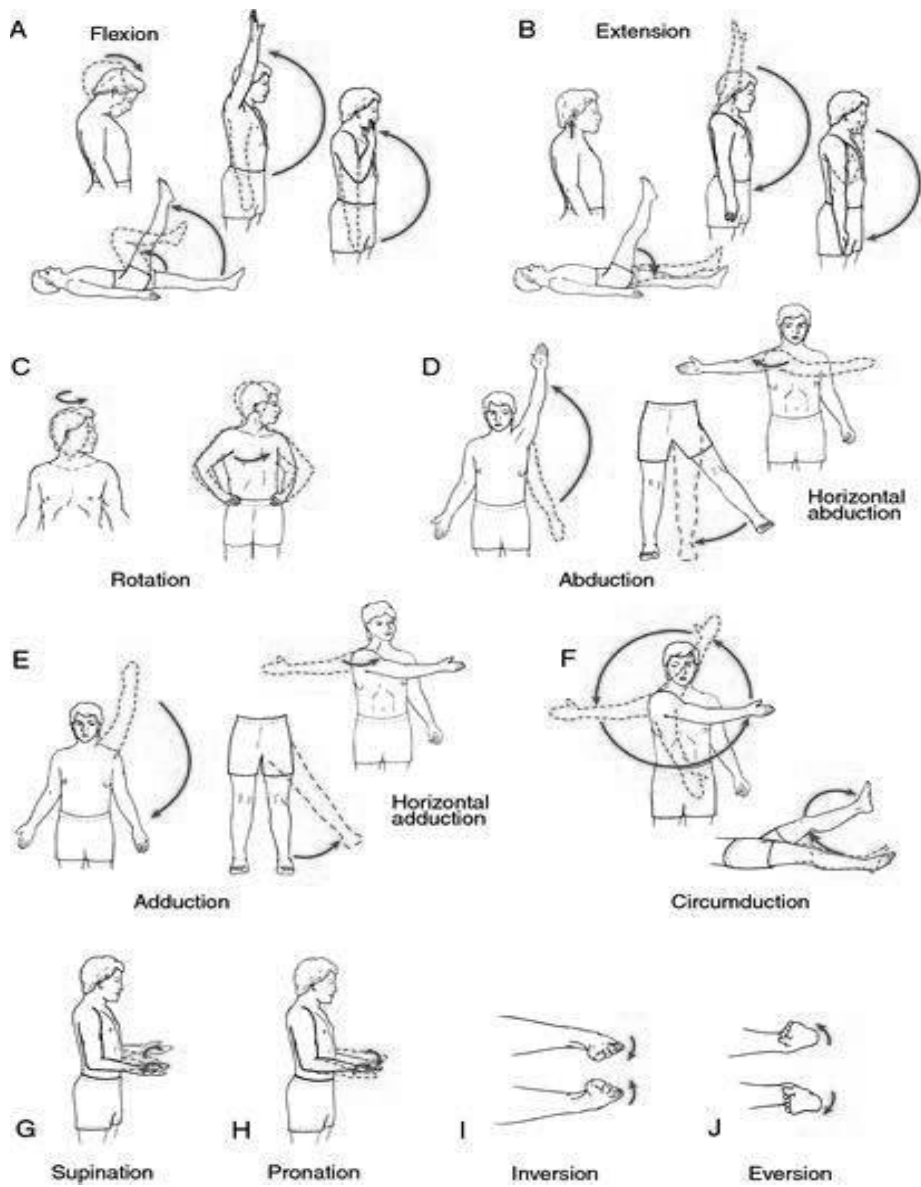
- a. Pasien tidur terlentang atau duduk.
- b. Bila pasien tidur terlentang pemeriksa berdiri dan bila pasien duduk pemeriksa jongkok disisi kiri pasien.
- b. Bila pasien tidur terlentang lutut fleksi 90 derajat dan disilangkan diatas kaki berlawanan, bila pasien duduk kaki menggelayut bebas.
- c. Pergelangan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



**CEKLIST PEMERIKSAAN EKSTREMITAS**

Performance	Procedure	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score			
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score	
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: Alat tulis Hand Rub Sarung tangan bila perlu Bengkok Perlak Perineal hygiene bila perlu: kom berisi savlon, kapas bulat, handuk	0	1					3	1		3	
Tahap Orientasi	4) Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1	1		2	
	5) Klarifikasi nama dan tgl lahir, nomor rekam medis pasien	0	1	2				3	1		6	
	6) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan	0	1	2				2	1		4	
	7) Kontrak waktu	0	1					1	1		1	
	8) Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya	0	1					1	1		1	
	9) Minta persetujuan klien/keluarga	0	1					2	1		2	
	10) Dekatkan alat	0	1					1	1		1	
	11) Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu	0	1					1	1		1	
	Tahap Kerja	12) Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1					3	1		3
		13) Baca Basmalah	0	1					2	1		2
		14) <b>Ekstermitas atas</b> <b>Inspeksi</b> - bagaimana pergerakan tangan,dan kekuatan otot <b>Palpasi</b> - apakah ada nyeri tekan,masa/benjolan <b>Motorik</b> - untuk mengamati besar dan bentuk otot,melakukan pemeriksaan tonus kekuatan otot,dan tes pergerakan <b>Reflex</b> - memulai reflex fisiologi seperti biceps dan triceps <b>Sensorik</b> - apakah klien dapat membedakan nyeri, sentuhan,temperature,rasa ,gerak dan tekanan.	0	1	2	3	4	5	2	2		20
15) <b>Ekstremitas Bawah</b> - 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	0	1	2	3	4	5	2	2		20		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflex : memulai reflex fisiologi patela</li> <li>- Sensorik : apakah klien dapat membedakan nyeri, sentuhan,temperature,rasa ,gerak dan tekanan.</li> </ul>									
	16) Bereskan alat	0	1				1	1		1
	17) Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	0	1				2	1		2
	18) Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)	0	1				3	1		3
Tahap terminasi	19) Evaluasi respon klien	0	1				1	1		1
	20) Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan	0	1				1	1		1
	21) Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien	0	1				1	1		1
	22) Doa kesembuhan klien dengan mengucapkan syafakalloh (laki-laki) dan syafakillah (perempuan)	0	1				1	1		1
	23) Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya	0	1				1	1		1
	24) Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam									
Dokumentasi	25) Nama dan umur atau nama dan alamat klien	0	1	2			2	1		4
	26) Diagnosa keperawatan	0	1				2	1		2
	27) Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1				2	1		2
	28) Evaluasi: Respon klien, hasil pemeriksaan abdomen (inpeksi,auskultasi, perkusi, dan palpasi)	0	1	2			2	1		4
	29) Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	1			2	1		2
	30) Nama dan tanda tangan ners	0	1	2			2	1		2

## **PEMERIKSAAN FISIK GENITALIA**

Pemeriksaan ini dapat membuat klien merasa malu sehingga anda harus melakukan pendekatan yang tenang,. Berikan penjelasan dan alasan mengapa harus melakukan prosedur pemeriksaan ini. Posisi litotomi juga membuat klien merasa malu. Pemeriksaan genitalia 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 atrofik 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 dilakukan 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 **Papanicololaou (Pap)** untuk kanker serviks dan vagina. Pemeriksaan ini tidak akan dibahas di sini.

### **B. PEMERIKSAAN GENITALIA LAKI-LAKI GENITALIA PRIA**

Pemeriksaan ini mencangkup pengkajian 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 mengantisipasi. Sentuh genitalia secara perlahan untuk menghindari ereksi atau rasa tidak nyaman. Anamnesis dilakukan dengan lengkap sebelum pemeriksaan yang menjamin pemeriksaan komplit.

### **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.

### **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.

### **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 vasdefens 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.

#### **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.

### **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 ekskoriasi. 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 referensi jam (misal : jam 3 atau jam 8) untuk menggambarkan lokasi temuan. Normalnya, tidak ada protrusi jaringan.

### **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					Criticallly 1,2,3	Diffi culty 1,2,3	Score			
		0	1	2	3	4			5	Act ual Rx Cx D	Max Score	
Taha p pre inter aksi	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: Alat tulis Hand Rub Sarung tangan bila perlu Bengkok Perlak Perineal hygiene bila perlu: kom berisi savlon, kapas bulat, handuk	0	1					3	1		3	
Taha p Ori entasi	4) Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1	1		2	
	5) Klarifikasi nama dan tgl lahir, nomor rekam medis pasien	0	1	2				3	1		6	
	6) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan	0	1	2				2	1		4	
	7) Kontrak waktu	0	1					1	1		1	
	8) Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya	0	1					1	1		1	
	9) Minta persetujuan klien/keluarga	0	1					1	1		1	
	10) Dekatkan alat											
	11) Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu											
	Taha p Kerj a	12) Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1					3	1		3
		13) Baca Basmalah	0	1					2	1		2
		<b>14) Pemeriksaan Payudara</b> - posisi klien duduk atau supine - letakkan bantal di bawah bahu - pemeriksaan pada payudara kanan, tangan kanan diletakkan dibawah kepala dan sebaliknya - inspeksi : kontur(lembut, halus), bentuk (turun seperti pepaya atau ga), kesimetrisan (kanan, kiri, wajar apa enggak), warna kulit (kemerahan apalagi di lipatnya, pada kanker merah terang) daerah niple (puting masuk/keluar) dan areola (warna dan kondisi), keluaran(darah, purulen) - palpasi : nodus lympa, dari puting di pencet(keluarannya apa), palpasi jaringan payudara dari niple sampai seluruh bagian dengan sirkuler atau zigzag.	0	1	2				2	1		4
<b>Wanita:</b> a. <b>Memposisikan pasien litotomi</b> b. <b>Inspeksi genitalia eksternal:</b> mukosa kulit, integritas kulit, contour simetris, edema, pengeluaran. c. <b>Inspeksi vagina dan servik :</b> integritas kulit, massa, pengeluaran d. <b>Palpasi vagina, uterus dan ovarium:</b> letak	0	1	2				2	1		4		



Performance	Procedure	Raw Score					Criticallly 1,2,3	Diffi culty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual Rx Cx D
	ukuran, konsistensi dan, massa e. <b>Memposisikan pasien miring lateral</b> f. <b>Pemeriksaan anus dan rectum:</b> feses, nyeri, massa edema, haemoroid, fistula ani pengeluaran dan perdarahan.									
	<b>Pria</b> a. <b>Memposisikan pasien tidur terlentang</b> b. <b>Inspeksi dan palpasi penis:</b> Integritas kulit, massa dan pengeluaran a. <b>Inspeksi dan palpasi skrotum:</b> integritas kulit, ukuran dan bentuk, turunan testes dan mobilitas, massa, nyeri dan tonjolan b. <b>Memposisikan pasien miring lateral</b> c. <b>Pemeriksaan anus dan rectum :</b> feses, nyeri, massa, edema, hemoroid, fistula ani, pengeluaran dan perdarahan.	0	1	2	3	4	2	1		8
	15) Bereskan alat	0	1				1	1		1
	16) Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	0	1				2	1		2
	17) Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)	0	1				3	1		3
Tahap terminasi	18) Evaluasi respon klien	0	1				1	1		1
	19) Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan	0	1				1	1		1
	20) Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien	0	1				1	1		1
	21) Doa kesembuhan klien dengan mengucapkan syafakalloh (laki-laki) dan syafakillah (perempuan)	0	1				1	1		1
	22) Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya	0	1				1	1		1
	23) Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam									
Dokumentasi	24) Nama dan umur atau nama dan alamat klien	0	1	2			2	1		4
	25) Diagnosa keperawatan	0	1				2	1		2
	26) Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1				2	1		2
	27) Evaluasi: Respon klien, hasil pemeriksaan abdomen (inpeksi,auskultasi, perkusi, dan palpasi)	0	1	2			2	1		4
	28) Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	1			2	1		2
	29) Nama dan tanda tangan ners	0	1	2			2	1		2

## 1. Keterampilan Prosedural Keperawatan

# PEMASANGAN INFUS

Erna Rochmawati, SKp., Ns., MNSc., M.Med.Ed  
Fitri Arofiati, Skep.,Ns, M.A (Nursing)  
Yanuar Primanda, MNS

## 1. Pengertian

Memasukkan alat infus ke dalam vena untuk memberikan jalan masuk bagi pengobatan secara parenteral.

## 2. Indikasi

- a. Penggantian cairan
- b. Pemberian darah/produk darah
- c. Obat – obat intravena

## 3. PEMILIHAN VENA

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemilihan vena , antara lain :

- a. Riwayat kesehatan klien
- b. Usia, kondisi umum dan tingkatan/kemampuan klien dalam beraktifitas
- c. Kondisi vena
- d. Jenis cairan yang akan diberikan
- e. Rencana lamanya pemberian terapi intravena
- f. Kemampuan perawat dalam melakukan vena pungsi

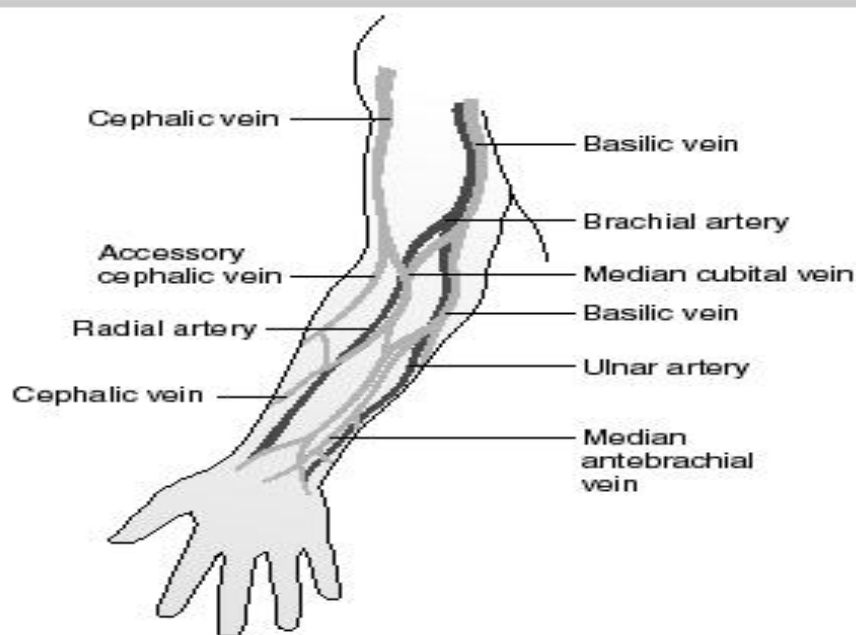
## 4. Prinsip pemilihan vena adalah :

- a. Vena pada bagian distal terlebih dahulu
- b. Vena pada tangan non dominan

**Sedangkan vena yang harus dihindari, yaitu :**

- a. Vena pada jari, karena mudah terjadi komplikasi (flebitis, infiltrasi) dan dekat dengan persarafan.
- b. Vena yang terletak dibawah vena yang terjadi flebitis dan infiltrasi
- c. Vena yang mengalami trombosis
- d. Area kulit yang mengalami inflamasi, lebam dan terluka
- e. Lengan dimana dilakukan mastektomi radikal, edema, infeksi, *arteriovenous shunt*, fistula

### Superficial Vessels of the Forearm

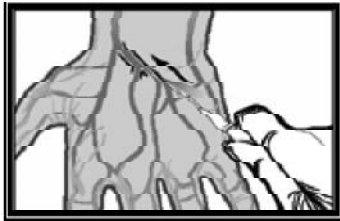


### Selection of Gauge of Catheter and Insertion Site

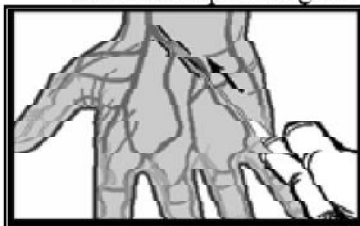
Vein Location	Size of Catheter	Considerations
<i>Digital: Lateral and dorsal portions of fingers</i>	Small gauge: 20–22 g	Use only solutions that are isotonic Use a padded tongue blade to splint the catheter
<i>Metacarpal: Dorsum of hand</i>	20–22 g; 3/4–1 inch in length	Good site to begin therapy Easy to visualize Avoid if infusing antibiotics, potassium chloride, or chemotherapeutic agents!
<i>Cephalic: Radial portion of lower arm along radial bone of forearm</i>	18–22 g	Large vein, easy to access Useful for infusing blood and chemically irritating medications
<i>Basilic: Ulnar aspect of lower arm, runs up ulnar bone</i>	18–22 g	Difficult to access Large vein, easily palpated but moves easily; stabilizes with traction Vein dilates with multiple tourniquet technique
<i>Upper cephalic: Radial aspect of upper arm above elbow</i>	16–20 g	Difficult to visualize Excellent site for confused patients
<i>Median antecubital veins: In the bend of the elbow; three veins Median basilic Median cubital Median cephalic</i>	16–20 g	Should be reserved for blood draws Uncomfortable placement site owing to arm extending in an unnatural position Area difficult to splint with armboard If used in an emergency situation, change site within 24 hours

5. Beberapa cara untuk melakukan penusukan vena :

- a. *Approaching the vein from the top.* Insert the cannula at a 5- to 15-degree angle (depending on vein depth; for example, use a 5- to 10-degree angle for a superficial hand vein). Take care not to insert it too far into the lumen or it may penetrate the back wall.



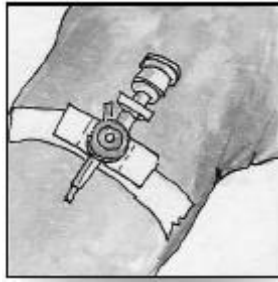
- b. *Approaching the vein from the side.* Position the cannula tip adjacent to the vein, aimed toward it. This method, which is preferred if you've injected a local anesthetic, reduces the risk of piercing the vein's back wall.



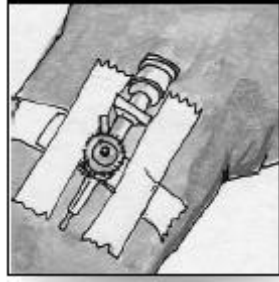
- c. *Approaching a vein that's palpable and visible for only a short segment.* This technique may help you cannulate a vein that extends into deeper tissues, where you can't see or feel it. Insert the cannula about 1 to 2 cm below the vein's visible segment, then tunnel the cannula through the tissue to enter the vein. Tunneling may reduce trauma to the vein wall on insertion.



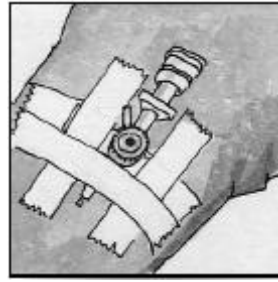
**Note:** Avoid performing venipuncture in areas where valves are palpated or where two veins bifurcate. The insertion site should be proximal to a valve or a bifurcation, according to the INS.



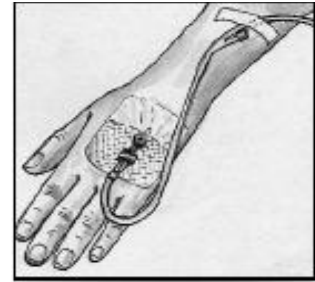
**Figure 7.4.1**  
Place strip under cannula wings.



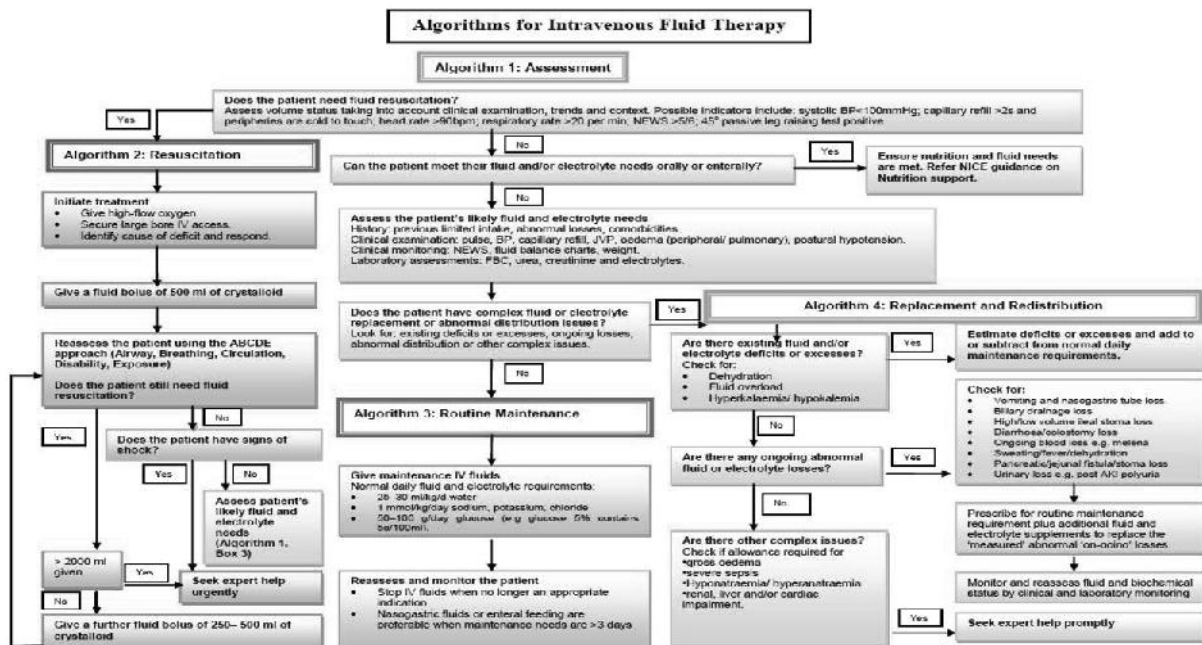
**Figure 7.4.2**  
Secure each wing parallel to cannula.



**Figure 7.4.3**  
Tuck strip around cannula hub.



**Figure 7.5**  
Transparent dressing to cannula and securing IV set to arm.



## 6. Jenis cairan terapi intravena

Memahami jenis cairan intravena dan fungsinya merupakan aspek penting bagi perawat, hal ini karena setiap jenis cairan intravena memiliki efek yang berbeda pada tubuh dan memiliki indikasi tertentu sesuai kebutuhan pasien. Secara umum, terdapat 3 macam jenis cairan yaitu koloid, kristaloid, dan darah serta produk darah.

### **a. Koloid**

Cairan koloid merupakan cairan yang mengandung larutan berbentuk molekul protein yang besar atau molekul lain seukuran protein. Protein dan molekul tersebut sangat besar sehingga tidak dapat melewati dinding kapiler pembuluh darah menuju sel. Oleh sebab itu, cairan koloid akan terus berada dalam pembuluh darah dalam periode yang lama dan dapat secara signifikan meningkatkan volume intravaskuler (volume darah). Protein ini juga memiliki kemampuan untuk menarik cairan dari sel menuju pembuluh darah. Meskipun perpindahan cairan dari sel ke dalam pembuluh darah ini memiliki manfaat penting dalam jangka waktu pendek, perpindahan terus menerus cairan intra sel ke dalam pembuluh darah bisa menyebabkan sel kehilangan banyak air dan sel menjadi dehidrasi.

Cairan koloid sangat bermanfaat untuk mempertahankan volume darah, tetapi penggunaannya di lapangan masih sangat terbatas. Cairan koloid mahal, memiliki prosedur penyimpanan tertentu, dan memiliki jangka waktu batas kadaluarsa yang terbatas, sehingga penggunaan produk ini lebih cocok digunakan di setting rumah sakit. Beberapa cairan yang termasuk koloid adalah plasma protein fraction, salt poor albumin, dextran, dan hetastarch.

### **b. Kristaloid**

Cairan kristaloid merupakan cairan yang paling sering digunakan terutama pada fase pre-hospital. Cairan ini mengandung elektrolit seperti sodium, potasium, calcium, dan chloride tetapi sangat sedikit mengandung protein dan molekul besar seperti yang terkandung di cairan koloid. Cairan kristaloid ini dibagi menjadi beberapa jenis tergantung tonisitasnya. Tonisitas cairan kristaloid menggambarkan konsentrasi elektrolit (zat terlarut) yang larut di dalam air, dibandingkan dengan cairan plasma (cairan yang berada di sekitar sel). Cairan kristaloid dapat mempengaruhi distribusi cairan di dalam tubuh tergantung konsentrasinya melalui mekanisme osmosis, dimana cairan tubuh berpindah dari konsentrasi yang rendah menuju konsentrasi yang lebih tinggi melalui membran semi permeabel sel. Perpindahan cairan tubuh ini akan berhenti jika konsentrasi cairan antara kedua bagian yang dibatasi oleh membran semi permeabel tersebut memiliki konsentrasi yang sama. Berdasarkan tonisitasnya, cairan kristaloid dibagi menjadi:

**c. Isotonis**

Cairan kristaloid isotonis memiliki tonisitas yang sama dengan plasma tubuh. Ketika diberikan pada pasien dengan status hidrasi normal, cairan ini tidak akan menyebabkan perpindahan cairan yang signifikan antara pembuluh darah dan sel. Sehingga, tidak terjadi atau sangat minimal terjadi proses osmosis. Pasien yang mengalami kekurangan volume darah sangat memerlukan cairan jenis ini.

**d. Hipertonis**

Cairan hipertonis memiliki tonisitas lebih tinggi daripada plasma tubuh. Pemberian cairan kristaloid hipertonis menyebabkan perpindahan cairan dari ekstrasvaskuler menuju pembuluh darah dan meningkatkan volume vaskular darah. Proses osmosis terjadi dimana tubuh berusaha mengencerkan konsentrasi elektrolit yang ada di dalam pembuluh darah dengan memindah cairan dari intra sel menuju intra vaskuler. Cairan ini bermanfaat terutama pada pasien yang mengalami kekurangan volume darah.

**e. Hipotonis**

Cairan hipotonis memiliki tonisitas yang lebih rendah daripada plasma tubuh. Pemberian cairan ini menyebabkan perpindahan air dari ruang intra vaskuler menuju ekstra vaskuler, yang pada akhirnya akan bermuara di dalam sel. Karena pemberian cairan kristaloid hipotonis ini, lingkungan ekstra vaskuler menjadi lebih tinggi konsentrasinya dibandingkan lingkungan intra vaskuler. Proses osmosis menyebabkan cairan intra vaskuler keluar menuju ekstra vaskuler dan pada akhirnya akan meningkatkan jumlah cairan intra sel. Pasien dengan dehidrasi seluler sangat memerlukan cairan jenis ini. Beberapa jenis cairan kristaloid dan manfaatnya adalah:

Name of Solution	Type of Solution	Ingredients in 1-Liter	Uses	Complications
0.45% Sodium Chloride (½NS)	Hypotonic pH 5.6	77 mEq Sodium 77 mEq Chloride	hypotonic hydration; replace sodium and chloride; hyperosmolar diabetes	if too much is mixed with blood cells during transfusions, the cells will pull water into them and rupture
0.9% Sodium Chloride (NS)	Isotonic pH 5.7	154 mEq Sodium 154 mEq Chloride	isotonic hydration; replace sodium and chloride; alkalosis; blood transfusions (will not hemolyze blood cells)	None known



Name of Solution	Type of Solution	Ingredients in 1-Liter	Uses	Complications
3% Sodium Chloride	Hypertonic pH 5.0	513 mEq Sodium 513 mEq Chloride	- symptomatic hyponatremia due to excessive sweating,	- rapid or continuous infusion can result in hypernatremia or
5% Sodium Chloride	Hypertonic pH 5.8	855 mEq Sodium 855 mEq Chloride	- vomiting, renal impairment, and excessive water intake	- hyperchloremia
5% Dextrose in Water (D5W)	Isotonic pH 5.0	5 grams dextrose (170 calories/liter)	isotonic hydration; provides some calories	water intoxication and dilution of body's electrolytes with long, continuous infusions
10% Dextrose in Water (D10W)	Hypertonic pH 4.3	10 grams dextrose (340 calories/liter)	may be infused peripherally; hypertonic hydration; provides some calories	
5% Dextrose in 1/4 Strength (or 0.25%) Saline (D5 $\frac{1}{4}$ NS)	Hypertonic pH 4.4	5 grams Dextrose 34 mEq Sodium 34 mEq Chloride	fluid replacement; replacement of sodium, chloride and some calories	vein irritation because of acidic pH, causes agglomeration (clustering) if used with blood transfusions; hyperglycemia with rapid infusion leading to osmotic diuresis
5% Dextrose in 0.45 Sodium Chloride (D5 $\frac{1}{2}$ NS)	<b>Hypertonic</b> pH 4.4	5 grams Dextrose 77 mEq Sodium 77 mEq Chloride	hypertonic fluid replacement; replace sodium, chloride, and some calories	
5% Dextrose in Normal Saline (D5NS)	Hypertonic pH 4.4	5 grams Dextrose 154 mEq Sodium 154 mEq Chloride	hypertonic fluid replacement; replace sodium, chloride and some calories	
Ringer's Injection, U.S.P.	Isotonic pH 5.8	147 mEq Sodium 4 mEq Potassium 4 mEq Calcium 155 mEq Chloride	electrolyte replacement; hydration; often used to replace extracellular fluid losses	rapid administration leads to excessive introduction of electrolytes and leads to fluid overload and congestive conditions; provides no calories and is not an adequate maintenance solution if abnormal fluid losses are present

Name of Solution	Type of Solution	Ingredients in 1-Liter	Uses	Complications
Lactated Ringer's (LR)	Isotonic pH 6.6	130 mEq Sodium 4 mEq Potassium 3 mEq Calcium 109 mEq Chloride 28 mEq Sodium Lactate (provides 9 calories/liter)	isotonic hydration; replace electrolytes and extra-cellular fluid losses; mild to moderate acidosis (the lactate is metabolized into bicarbonate which counteracts the acidosis)	not enough electrolytes for maintenance; patients with hepatic disease have trouble metabolizing the lactate; do not use if lactic acidosis is present
5% Dextrose in Lactated Ringer's Injection (D5LR)	Hypertonic pH 4.9	5 grams Dextrose (170 calories/liter) 130 mEq Sodium 4 mEq Potassium 3 mEq Calcium 109 mEq Chloride 28 mEq Sodium Lactate (provides 9 calories/liter)	hypertonic hydration; provides some calories; replace electrolytes and extra-cellular fluid losses; mild to moderate acidosis (the lactate is metabolized into bicarbonate which counteracts the acidosis), the dextrose minimizes glycogen depletion	

#### f. Darah dan produk darah

Darah dan produk darah (platelet, PRC, plasma, Whole Blood) merupakan cairan pengganti yang sangat penting. Tidak seperti koloid dan kristaloid, produk darah juga mengandung hemoglobin yang bermanfaat untuk mengangkut oksigen, terutama pada produk darah yang mengandung sel darah merah. Pemberian produk ini tidak hanya meningkatkan volume intra vaskuler, tetapi juga meningkatkan transport oksigen menuju sel. Tetapi, mengungat darah dan produk darah ini merupakan cairan yang sulit diperoleh, maka penggunaannya menjadi terbatas pada kasus kasus tertentu yang memang sangat membutuhkan darah. Beberapa darah dan produk darah yang sering dipakai diantaranya:

<b>General Considerations:</b>	Wear gloves and face shield when working with blood products; ideally a 20g or larger IV catheter is preferred unless the patient is very young or very old and has smaller veins; use normal saline only between transfusions and to keep the vein open if there is a reaction; hang and start blood infusion within 30 minutes of obtaining blood from the blood bank; remain with the patient and assess vital signs/patient complaints during the first 15 minutes of the transfusion. If no signs of a reaction, adjust flow to ordered rate or as fast as patient's circulatory system can tolerate.
--------------------------------	--

**SYMPTOMS OF A TRANSFUSION REACTION:** flushing, feverish feeling, chills, nausea, low back pain and headache

**OTHER SYMPTOMS:** palpitations (usually when hypotension is present); difficulty swallowing or breathing (possible anaphylaxis); tingling of fingers, muscle cramps, vomiting, faintness (hypotension, arrhythmia, hypocalcemia); muscle weakness, irritability, bradycardia (hyperkalemia when large volumes of older stored blood is transfused)

<b><u>Component</u></b>	<b><u>What's in it</u></b>	<b><u>Why use it</u></b>	<b><u>Administration/Nursing Considerations</u></b>
<b>Whole Blood</b>	one unit contains 500 mL of all blood components: RBCs, WBCs, plasma, platelets, clotting factors (some clotting factors are not viable after 24 hours of storage)	Increases blood volume and oxygen carrying capacity after hemorrhage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- must be ABO and Rh compatible</li> <li>- one unit must be infused within a 4-hour time period</li> <li>- use a Y-type blood administration set with filter (to remove microaggregates of degenerating platelets and fibrin strands)</li> <li>- one unit increases Hgb by 1 gm/dL</li> </ul>
<b>Packed Red Blood Cells (RBCs)</b>	one unit contains 250 mL of whole blood (RBCs, WBCs, platelets and plasma) with 80% of the plasma removed	Increases red blood cell mass and oxygen carrying capacity in chronic anemia not due to nutritional or drug therapy and other bleeding conditions	
<b>White Blood Cells (WBCs)</b>	one unit contains 150 mL of WBCs or leukocytes suspended in 20% of the plasma	Sepsis that has been unresponsive to antibiotics with positive blood cultures, persistent fever, and granulocytopenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- must be ABO and Rh compatible</li> <li>- can use a straight-line or component drip IV administration set with an in-line blood filter</li> <li>- periodically agitate the bag of cells to prevent the WBCs from settling and to prevent accidental bolus of white blood cells</li> <li>- fever and chills in the patient is an expected occurrence</li> <li>- may reduce flow rate per MD order for patient comfort if fever and chills occur</li> <li>- give antipyretics or premedicate with Benadryl if ordered</li> </ul>

<b>Platelets</b>	one unit contains 35 to 50 mL of platelet sediment from RBCs or plasma, may have small numbers of RBCs and WBCs  blood bank may pool up to 8 units for one infusion	Bleeding due to thrombocytopenia, decreased platelet counts or presence of abnormal platelets; leukemia; aplastic anemia; DIC; post-transfusion thrombocytopenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- must be ABO compatible when possible and Rh compatible is preferred</li> <li>- use a filtered component drip administration set</li> <li>- infuse at rate of 100mL per 15 minutes</li> <li>- should not be given if patient has a fever</li> <li>- platelet count should be drawn 1 to 3 hours after platelet transfusion</li> </ul>
<b>Fresh Frozen Plasma (FFP)</b>	one unit contains 200 to 250 mL of plasma and all clotting factors	Bleeding, coagulation factor deficiencies, Warfarin reversal, thrombotic thrombocytopenic purpura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- must be ABO compatible; Rh match is not required</li> <li>- use a straight-line IV administration set</li> <li>- infuse rapidly</li> <li>- hypocalcemia can occur with multiple transfusions of FFP due to presence of citric acid in the FFP which binds serum calcium</li> </ul>
<b>5% Albumin (buffered saline)</b> <b>10% Albumin (salt poor)</b>	one unit of 5% Albumin contains 12.5 grams of albumin in 250 mL  one unit of 10% Albumin contains 12.5 grams of albumin in 50 mL	Replaces volume lost by shock in burns, trauma, surgery or infections; hypoproteinemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ABO/Rh compatibility is NOT necessary</li> <li>- manufacturer usually supplies the administration set you should use</li> <li>- rate and volume infused dictated by patients response</li> <li>- watch for circulatory overload in patients with cardiac or pulmonary disease</li> </ul>

## 7. Pemilihan kanul

Untuk pemilihan kanula, tergantung pada vena digunakan. Untuk pemasangan infus, kanula sebaiknya berukuran  $\frac{3}{4}$  -  $1 \frac{1}{4}$  inchi. Saat akan memilih ukuran kanula, pertimbangkan kondisi pasien dan jenis cairan yang akan diberikan. Dibawah ini adalah ukuran kanul serta penggunaannya :

- a. 24 – 22 : untuk anak – anak dan lansia
- b. 24 – 20 : untuk klien penyakit dalam dan post operasi

- c. 18 : untuk pasien yang operasi dan diberikan tranfusi darah
- d. 16 : untuk pasien yang trauma dan memerlukan rehidrasi yang cepat

### 8. Intervention: regulation of flow rate

The flow rate of an infusion is determined by the amount of fluid to be given over a prescribed time. Fluid rate can be controlled manually by using a slide or roller clamp, which can be adjusted to deliver fluid at a number of drops per minute by a gravity administration set. This method will deliver approximate amounts, and therefore will not be suitable for all IV fluids. Fluids that require an exact delivery rate should be given by a syringe driver, electronic pump or mechanical pump. It is important to deliver fluids as prescribed to prevent fluid overload, and to ensure accurate drug doses. To accurately deliver fluids the correct administration set should be selected. Check the label on the packaging to determine how many drops per minute it will deliver and the compatible type of electronic infusion device:

- a. Standard administration set = 20 drops per ml for aqueous solutions. This set may be used with or without a compatible electronic device.
- b. Blood administration set = 15 drops per ml. This set has an integral filter system but particular treatments may require additional filtration.
- c. Pediatric administration set (burette) = 60 drops per ml. A burette may also be used for adults when delivering some intravenous drugs or small amounts of fluid.

### 9. Cara penghitungan tetesan infus

**volume x drip factor = tetesan/menit**  
**waktu (dalam menit)**

**volume /jam = ml/jam**  
**ml/jam = ml/menit**  
**ml/menit x dripfactor = tetesan/menit**

**Keterangan :** Drip factor : 10 tetes/menit, 15 tetes/menit , 20 tetes/menit

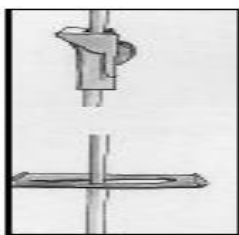
Mikrodrip : 60 tetes/menit

## 10. Alat dan bahan

- a. Cannula – green (21G) or pink (23G) are the commonest sizes.
- b. Use the smallest size as possible, depending on the patient's treatment needs, to reduce trauma to the vein (RCN, 1999).
- c. Antiseptic skin preparation, e.g. 2% chlorhexidine solution or 70% alcohol wipes (Ayliffe et al., 1999).
- d. Sterile tape and sterile dressing or designated IV dressing.
- e. Sterile gloves (correct size for the trained nurse or doctor inserting the cannula).
- f. Towel or disposable waterproof pad to protect the bed.
- g. Tourniquet.
- h. Intravenous infusion administration set.
- i. IV fluid as prescribed.
- j. Prescription sheet.
- k. 10 ml 0.9% saline solution to flush cannula; needle and 10 ml syringe to administer.
- l. Disinfectant hand rub.
- m. IV pole – this may be portable with casters, or fixed to the bed.
- n. Receiver.

### TIP!

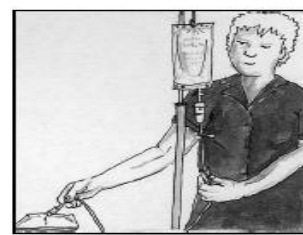
Some local policies advocate the use of local anaesthetic prior to insertion of IV cannula. Anaesthetic cream should be applied at least 20–90 minutes before procedure (depending on the type used) to allow for full effect; check the manufacturer instructions regarding this. Local anaesthetic cream may be particularly useful for patients who are afraid of needles. Injecting local anaesthetic may be as painful as siting the cannula, and the resultant localized swelling may obscure the vein (Dougherty 1998).



**Figure 7.1** Types of IV clamp. Roller clamp. Slide clamp



**Figure 7.2** Connecting IV bag and Administration set aseptically.



**Figure 7.3** Running through administration set.

## 11. Komplikasi

- a. **Phlebitis** (peradangan pembuluh darah vena), tanda – tanda: kemerahan, hangat, merah, bengkak di daerah luka tusukan, nyeri atau tidak nyaman saat penyuntikan

obat. Penyebab: kurangnya aliran darah di sekitar kanula, gesekan dari kanula di dalam vena, clotting pada ujung kanula. Intervensi: ganti kanula, gunakan kompres hangat, gunakan krem heparin, laporkan dokter untuk pemberian analgesik anti inflamasi. Terdapat 3 jenis phlebitis yaitu mechanical phlebitis, chemical phlebitis, dan infective phlebitis.

- b. **Mechanical phlebitis:** terjadi akibat pergerakan benda asing (kanula IV/abocath) didalam pembuluh darah yang menyebabkan inflamasi pada pembuluh darah. Biasanya phlebitis ini disebabkan oleh pemilihan ukuran kanul yang terlalu besar pada vena yang dipasang kanul. Untuk mencegah terjadinya phlebitis jenis ini, dianjurkan untuk memilih kanul mulai dari ukuran yang paling kecil meskipun terap harus menyesuaikan dengan tujuan pemasangan kanul, sebagai contoh pada pasien yang memerlukan rehidrasi secara cepat, pemilihan kanul ukuran besar merupakan pilihan yang sesuai.
- c. **Chemical phlebitis:** disebabkan oleh obat atau cairan yang dimasukkan melalui kanul/abocath. Faktor-faktor seperti pH dan osmolaritas cairan/obat memiliki pengaruh signifikan terhadap kejadian flebitis jenis ini. Cairan antibiotik menyebabkan phlebitis jenis ini karena rendahnya pH (bersifat asam). Cairan isotonik lebih sedikit menyebabkan phlebitis dibandingkan dengan cairan hipertonik yang menyebabkan terjadinya respon inflamasi pada vena
- d. **Infective phlebitis:** terjadi karena masuknya bakteri ke dalam vena. Biasanya hal ini terjadi ketika proses perlukaan akibat pemasangan infus yang mengakibatkan inflamasi vena dan memungkinkan terjadinya kolonisasi bakteri dan menyebabkan infeksi. Faktor lain yang menyebabkan terjadinya phlebitis jenis ini adalah karena teknik membersihkan area insersi kanul yang kurang sempurna saat akan memasang kanul. Phlebitis ini dapat menyebabkan sepsis sistemik yang mungkin berujung pada kematian pasien.

#### **Pengkajian dan klasifikasi phlebitis**

Semua pasien yang terpasang infus wajib dikaji secara rutin terkait kemungkinan terjadi phlebitis. Area yang dikaji meliputi tempat penusukan infus. Beberapa instrumen untuk mengkaji dan mengklasifikasikan phlebitis telah dikembangkan. Dua instrumen yang dianjurkan untuk digunakan sebagai pengkajian phlebitis adalah *The*

**Phlebitis Scale** (Infusion Nurses Society, 2006) dan **Visual Infusion Phlebitis / VIP** (Jackson, 1998).

**The Phlebitis Scale:** dikembangkan oleh the Infusion Nurses Society pada 2006. Skala ini menggunakan skala derajat 0-4. Instrumen ini terbukti cepat, mudah, dan dapat digunakan dalam praktek perawat sehari-hari.

Derajat	Tanda dan Gejala
0	Tidak terdapat tanda dan gejala
1	Kemerahan pada area yang terpasang infus dengan atau tanpa nyeri
2	Nyeri di area yang terpasang infus dengan kemerahan dan/atau edema
3	Nyeri di area yang terpasang infus dengan kemerahan dan/atau edema, perubahan warna area yang terpasang infus yang semakin jelas, teraba pembuluh darah
4	Nyeri di area yang terpasang infus dengan kemerahan dan/atau edema, perubahan warna area yang terpasang infus yang semakin jelas, teraba pembuluh darah lebih besar dari 1 inci dari tempat penusukan dan terdapat pus

Figure 1



Grade 1 - Measure by cm from site to the extent of erythema; pain scale

Figure 3



Grade 3 - Measure by cm from site for presence of red streak; pain scale

Figure 2



Grade 2 - Measure by cm from site for presence of erythema and/or edema (arm circumference by cm); pain scale

Figure 4









Grade 4 - Measure by cm from site presence of erythema and/or edema, cording; Pain scale



**Visual Infusion Phlebitis:** dikembangkan oleh Jackson (1998) dan direkomendasikan oleh the Royal College of Nursing. Alat ini merupakan alat yang valid dan reliabel untuk menentukan apakah sebaiknya infus tetap terpasang atau harus dipindah.

## Visual Infusion Phlebitis Score

<p><b>Policy Statement</b> All patients with an intravenous access device in place must have the IV site checked at least daily for signs of infusion phlebitis. The subsequent score AND action(s) taken (if any) must be documented. The cannula site must also be observed when:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolus injections are administered</li> <li>• IV flow rates are checked or altered</li> <li>• Solution containers are changed</li> </ul> <p>The incidence of infusion phlebitis varies. The following 'Good Practice Points' may assist in reducing the incidence of infusion phlebitis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Observe cannula site at least daily</li> <li>2 Secure cannula with a proven intravenous dressing</li> <li>3 Replace loose, contaminated dressings</li> <li>4 Cannula must be inserted away from the joints whenever possible</li> <li>5 Aseptic technique must be followed</li> <li>6 Consider your policy position on resiting of the cannula</li> <li>7 Plan and document continuing care</li> <li>8 Use the smallest gauge cannula most suitable for the patient's needs</li> <li>9 Replace the cannula at the first indication of infusion phlebitis (Stage 2 on the VIP score)</li> </ol>	IV site appears healthy		<b>0</b>	>	No signs of phlebitis	OBSERVE CANNULA
	One of the following is evident: • Slight pain near IV site or • Slight redness near IV site		<b>1</b>	>	Possible first signs	OBSERVE CANNULA
	Two of the following are evident: Pain at IV site • Erythema • Swelling		<b>2</b>	>	Early stage of phlebitis	RESITE CANNULA
	All of the following signs are evident: • Pain along path of cannula • Erythema • Induration		<b>3</b>	>	Mid-stage of phlebitis	RESITE CANNULA CONSIDER TREATMENT
	All of the following signs are evident and extensive: • Pain along path of cannula • Erythema • Induration • Palpable venous cord		<b>4</b>	>	Advanced stage of phlebitis or start of thrombophlebitis	RESITE CANNULA CONSIDER TREATMENT
	All of the following signs are evident and extensive: • Pain along path of cannula • Erythema • Induration • Palpable venous cord • Pyrexia		<b>5</b>	>	Advanced stage of thrombophlebitis	INITIATE TREATMENT

### Pencegahan phlebitis

Beberapa tindakan sederhana perawat dapat mencegah terjadinya phlebitis, yaitu:

- 1) Mencuci tangan dengan benar sebelum memasang infus
- 2) Menggunakan sarung tangan saat memasang infus
- 3) Membersihkan kulit pasien dengan baik sebelum memasang infus pada pasien
- 4) Menjaga sterilitas alat-alat yang digunakan saat memasang infus
- 5) Memperhatikan dan menjaga kebersihan area terpasang infus saat memberikan obat melalui intravena
- 6) Memilih ukuran kanul yang sesuai
- 7) Memilih vena yang tepat
- 8) Melakukan dressing yang tepat untuk meminimalkan pergeseran kanul

e. **Hematoma.** Tanda – randa: tenderness, memar. Penyebab: vena terrembus, jarum tidak pada tempatnya, dan darah mengalir. Intervensi: kanula dipindahkan, gunakan tekanan dan kompres. cek kembali tempat keluar darah.

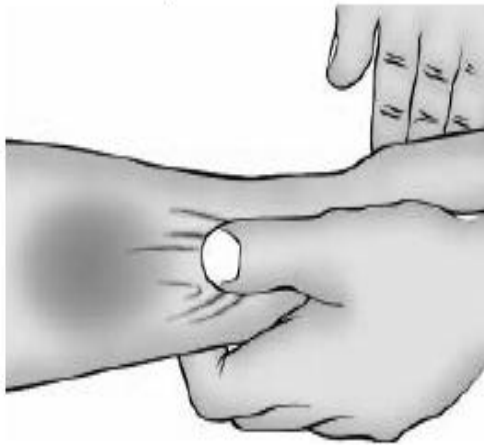
f.**Infiltrat.** Infiltrat merupakan kebocoran cairan infus ke jaringan sekitar. Biasanya ditandai dengan: kepuatan, bengkak, dingin, nyeri, dan terhentinya tetesan infus. Tindakan yang dapat dilakukan adalah: kaji tingkat keparahan, lepas infus, dan tinggikan ekstremitas yang terpasang infus.

Local Complications of Peripheral IV Therapy			
Complication	Signs & Symptoms	Treatment	Prevention
<i>Hematoma</i>	Echymoses Swelling Inability to advance catheter Resistance during flushing	Remove catheter Apply pressure with 2 x 2 Elevate extremity	Use indirect method of venipuncture Apply tourniquet just before venipuncture
<i>Thrombosis</i>	Slowed or stopped infusion Fever/malaise Inability to flush catheter	Discontinue catheter Apply cold compresses to site Assess for circulatory impairment	Use pumps Change microdrip sets with gravity flow if rate is below 50 mL/hr Avoid flexion areas
<i>Phlebitis</i>	Redness at site Site warm to touch Local swelling PAIN Palpable cord Sluggish infusion rate	Use phlebitis scale for documentation Discontinue catheter Apply COLD COMPRESSES initially; then warm Consult physician if 3+	Use larger veins for hypertonic solutions Choose smallest catheter appropriate Good hand hygiene Add buffer to irritating solutions Change solutions containers every 24 hr Rotate infusion sites every 72-96 hr
<i>Infiltration (extravasation)</i>	Coolness of skin at site Taut skin Dependent edema Backflow of blood absent Infusion rate slowing	Use infiltration scale Discontinue catheter Apply cool compresses Elevate extremity slightly Follow extravasation guidelines Have antidotes available	Stabilize catheter Place catheter in appropriate site AVOID antecubital fossa
<i>Local infection</i>	Redness and swelling at site Possible exudate Increase WBC count Elevated T lymphocytes	Discontinue catheter and culture site and catheter Apply sterile dressing over site Administer antibiotics if ordered	Inspect all solutions Good technique during venipuncture and site maintenance
<i>Venous spasm</i>	Sharp pain at site Slowing of infusion	Apply warm compress to site Restart infusion only if spasm continues	Thorough history Verify allergies Proper patient identification Warm solutions with appropriate warming device if appropriate

Systemic Complications of Peripheral IV Therapy			
Complication	Signs & Symptoms	Treatment	Prevention
<i>Septicemia</i>	Fluctuating temperature Profuse sweating Nausea/vomiting Diarrhea Abdominal pain Tachycardia Hypotension Altered mental status	Restart new IV system Obtain cultures Notify physician Initiate antimicrobial therapy as ordered Monitor patient closely	Good hand hygiene Careful inspection of fluids Use Luer locks Cover infusion sites with appropriate dressings Follow standards of practice related to rotation of sites/hang time of infusions Use appropriate preparation solutions
<i>Fluid overload</i>	Weight gain Puffy eyelids Edema Hypertension Changes in I&O Rise in CVP Shortness of breath Crackles in lungs Distended neck veins	Decrease IV flow rate Place patient in high Fowler's position Keep patient warm Monitor vital signs Administer oxygen Consider changing to microdrip set	Monitor infusion flow at prescribed rate Monitor I&O Know patient's cardiovascular history Do not "catch up" infusion—recalibrate
<i>(Continued on the following page)</i>			
<i>Air embolism</i>	Lightheadedness Dyspnea, cyanosis, tachypnea, expiratory wheezes, cough Mill wheel murmur, chest pain, hypotension Changes in mental status Coma	Call for help! Place patient in Trendelenburg position Administer oxygen Monitor vital signs Notify physician	Remove all air from administration sets Use Luer locks Attach piggyback to appropriate port
<i>Speed shock</i>	Dizziness Facial flushing Headache Tightness in chest Hypotension Irregular pulse Progression of shock	Call for help! Give antidote or resuscitation medications	Reduce the size of drops by using microdrip set Use EID Monitor infusion sites Dilute IV push medications if possible; give slowly
<i>Catheter embolism</i>	Sharp sudden pain at IV site Rough, uneven catheter noted on removal Chest pain Tachycardia	Apply tourniquet above elbow Contact physician Start new IV Measure remainder of catheter	Use radiopaque catheters! Do not apply pressure over site. Avoid joint flexions. Never reinsert stylet that has been removed from sheath.

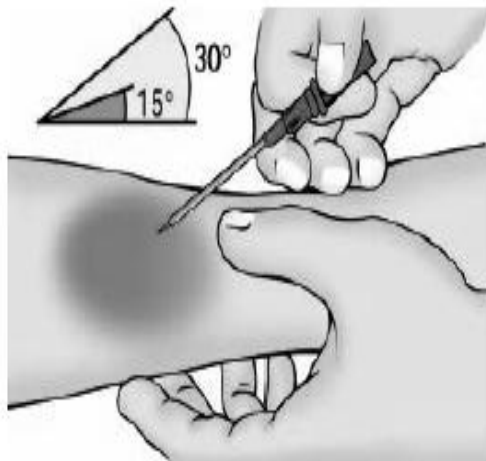
## 12. Gambar prosedur pemasangan infus

**Step a**—Pull skin below puncture site to stabilize the skin and prevent the vein rolling



**Step b**—Grasp flashback chamber on catheter

**Step c**—Insert needle **bevel up** at 30-45 degree angle



**Step d**—Insert catheter by direct or indirect method with steady motion

### **Direct: One-Step Method**

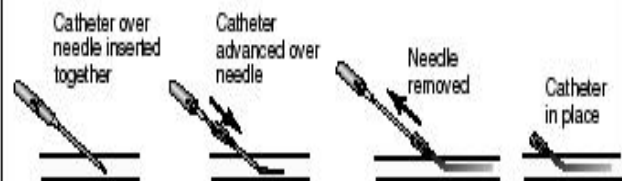
Insert catheter directly over vein

Penetrate all layers of vein in one motion

### **Indirect: Two-Step Method**

Insert catheter at a 30-45 degree angle to skin alongside vein; gently insert catheter distal to point at which needle will enter vein; maintain parallel alignment and advance through the subcutaneous tissue

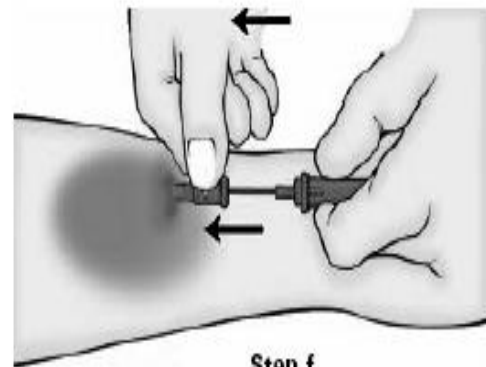
Relocate the vein and decrease the angle as the catheter stylet enters vein



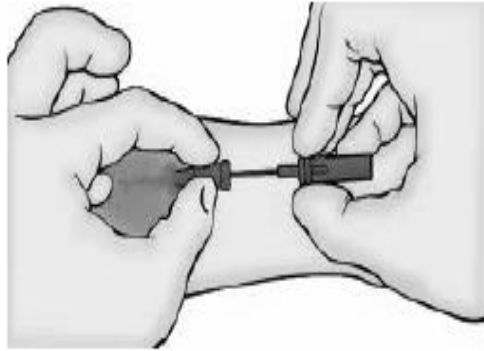
**Step e**—After bevel enters vein and blood flashback occurs, lower angle of catheter and stylet as one unit and advance into vein

**Note:** A steady backflow of blood indicates successful entry.

**Step f**—After vein is entered, cautiously advance catheter into vein lumen. Hold catheter hub with your thumb and middle finger and use your index finger to advance catheter, maintaining skin traction. A one-handed technique is recommended to advance catheter off the stylet.



**Step f**



**Step h**

**Step g**—While stylet is still partially inside catheter, release tourniquet.

**Step h**—Remove stylet

**Step i**—Connect adaptor on administration set or PRN device to catheter hub

**Step 10: Catheterization**

**Catheter stabilization and dressing management**

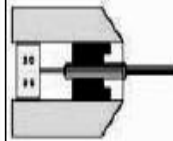
Catheter Stabilization

Key Points

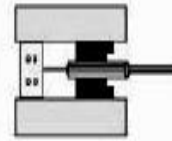
- Catheter should be stabilized in a manner that does not interfere with visualization.
- Methods appropriate for stabilization of catheter hub
  - U method
  - H method
  - Chevron method

**STABILIZING THE CATHETER\***

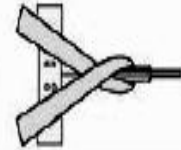
U Method



H Method



Chevron Method



Use for Winged Set	Use for Winged Set	Use for Winged Set
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cut three strips of 1/2-in tape. With sticky side up, place one strip under tubing.</li> <li>2. Bring each side of the tape up, folding it over the wings of the needle. Press it down, parallel with the tubing.</li> <li>3. Loop the tubing and secure it with a piece of 1-in tape.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cut three strips of 1-in tape.</li> <li>2. Place one strip of tape over each wing, keeping the tape parallel with the needle.</li> <li>3. Place another strip of tape perpendicular to the first two. Place over the wings to stabilize wings and hub.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cover the venipuncture with transparent dressing or 2 x 2 gauze dressing.</li> <li>2. Cut a long 5- to 6-in strip of 1/2-in tape. Place one strip of tape, sticky side under hub, parallel with the dressing.</li> <li>3. Cross the end of the tape over the opposite side of the needle so that the tape sticks to the patient's skin.</li> <li>4. Apply a piece of 1-in tape across the wings of the chevron. Loop the tubing and secure it with another piece of 1-in tape.</li> </ol>

\*For all methods, include on the last piece of tape the date, time of insertion, size of gauge, length of needle or catheter, and your initials.

## CEKLIST PEMASANGAN INFUS

Thp	Prosedur	Raw score					C	D	SC	
		0,1,2,3,4,5					1,2,3	1,2,3	Max	
PI	1	Baca basmalah	1					2	1	2
	2	Baca catatan keperawatan dan catatan medis	0	1				2	1	2
	3	Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1				2	1	2
	4	Persiapkan diri	0	1				2	1	2
	5	Persiapkan alat: Cairan infus yang benar sesuai kebutuhan, perhatikan: Keutuhan kemasan, kejernihan, warna, nama, dan waktu kadaluwarsa Infus set /tranfusi set sesuai yang dibutuhkan, perhatikan: Keutuhan kemasan dan waktu kadaluwarsa Intra vena kateter (abocath) sesuaikan ukuran alcohol 70 %, Kapas alcohol atau kapas alcohol swap Kasa steril ukuran kecil 2x2 cm pada tempatnya, Tourniquet kassa steril, plester transparan dan gunting Kertas label, jam tangan detikan, korentang Sarung tangan bersih, tiang infus, alat tulis perlak, bengkok	0	1				3	1	3
Or	1	Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2			1	1	2
	2	Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien	0	1	2	3		3	1	9
	3	Jelaskan tujuan & prosedur tindakan yang akan dilakukan kpd pasien/keluarga	0	1	2			2	1	4
	4	Kontrak waktu	0	1				1	1	1
	5	Beri kesempatan pasien untuk bertanya	0	1				1	1	1
	6	Minta persetujuan klien/keluarga	0	1				2	1	2
	7	Dekatkan alat didekatkan klien	0	1				1	1	1
	8	Jaga privacy pasien, tutup tirai/pintu	0	1				2	1	2
Kj	1	Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i> )	0	1				3	1	3
	2	Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1				2	1	2
	3	Periksa jenis cairan, kejernihan, warna, dan waktu kadaluwarsa dari cairan infus	0	1	2	3	4	3	1	12
	4	Periksa set infus/tranfusi set sesuai order, periksa keutuhan pembungkus (sterilitas), dan waktu kadaluwarsa	0	1	2	3		3	1	9
	5	Atur posisi nyaman bagi klien	0	1				1	1	1
	6	Buka set infus, dengan memperhatikan sterilitas	0	1				3	1	3
	7	Tempatkan klem rol kurang lebih 2 – 5 cm dibawah ruang drip dan gerakan klem rol pada posisi off	0	1	2			3	1	6
	8	Buka penutup ujung infus set, tusukkan ujung infus set pada botol infus ditempat yang telah ditentukan	0	1				3	1	3

	9	Isi tabung pengontrol ½ bagian cairan infuse*	0	1					3	1	3
	10	Alirkan cairan dengan membuka klem dan pastikan slang infus bebas dari udara sampai ke ujung jarum	0	1	2	3			3	3	27
	11	Klem ditutup kembali	0	1					3	1	3
	12	Gantung slang infus pada tiang infus	0	1					1	1	1
	13	Pasang pengalas dibawah tempat yang akan ditusuk	0	1					1	1	1
	14	Tentukan tempat penusukan	0	1					3	2	6
	15	Pasang tourniquet 10-15 cm arah proksimal dari area yang akan ditusuk	0	1					2	1	2
	16	Pastikan vena tampak dengan jelas b/p raba vena yang akan ditusuk, gunakan tempat paling distal pada lengan non dominan bila mungkin	0	1	2				3	3	18
	17	Minta klien menggenggam (jempol didalam)	0	1					1	1	1
	18	Lakukan desinfeksi pada area yang akan ditusuk menggunakan kapas alcohol 70 %/alcohol swab dengan gerakan melingkar dari arah dalam keluar sampai area seluas 5 cm dan biarkan kering	0	1					3	1	3
	19	Buka tutup jarum, pegang jarum dengan posisi 10-30 sejajar vena, bevel menghadap keatas, tusuk vena perlahan dan pasti. Jika jarum tepat mengenai vena, darah akan masuk melalui lubang jarum.	0	1	2	3			3	3	27
	20	Rendahkan posisi jarum sejajar kulit, dorong sedikit jarum (untuk memastikan bawa IV kateter sudah masuk ke pembuluh darah) tarik mandrin sedikit, lalu dorong jarum masuk ke dalam vena*	0	1	2	3	4		3	3	36
	21	Lepaskan tourniquet, lepaskan mandrin dari IV catheter, stabilkan IV catheter dengan tangan non dominan tanpa menyentuk tempat tusukan IV catheter, lalu hubungan slang infus dengan IV catheter yang telah dipasang, tidak boleh ada udara pada slang, kemudian alirkan cairan infus dengan membuka klem pada slang infus *	0	1	2	3	4	5	3	3	45
	22	Tutup tempat insersi dengan plester transparan	0	1	2				2	2	8
	23	Fiksasi IV kateter sedemikian rupa menggunakan plester atau heparix (tidak boleh disambungkan antara abochat dan selang infus)	0	1	2				2	2	8
	24	Atur tetesan infus sesuai dengan program pengobatan*	0	1	2				2	2	8
	25	Pasang label di plester tempat fiksasi: tanggal pemasangan, jam pemasangan, ukuran IV catheter, inisial nama pemasang	0	1					3	1	3
	25	Pasang label di botol infus: tetesan per menit, botol ke berapa, obat tambahan	0	1					3	1	3
Ter	1	Bereskan alat	0	1					1	1	1
	2	Baca hamdallah setelah melakukan tindakan	0	1					2	1	2
	3	Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan hand rub)	0	1					3	1	3
	4	Simpulkan hasil kegiatan dan reinforcement positif	0	1					2	1	2

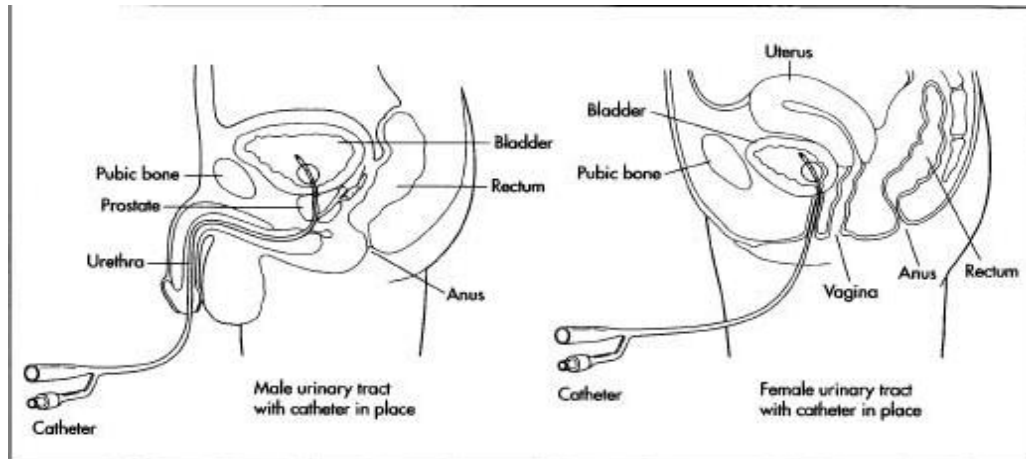
	5	Evaluasi respon pasien	0	1					2	1	2
	6	Doakan kesembuhan pasien	0	1					4	1	4
	7	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1					1	1	1
Do k	1	Nama, umur pasien,& alamat pasien	0	1	2	3	4	5	3	1	15
	2	Tanggal dan jam pelaksanaan									
	3	Diagnosis keperawatan bila ada, Tindakan keperawatan yang dilakukan (Jenis cairan, jumlah tetetsan per menit, botol keberapa)									
	4	Evaluasi hasil tindakan:SOAP									
	5	Nama dan TTD perawat									
Skp	1	Empati	0	1	2	3			2	1	6
	2	Teliti									
	3	Memperhatikan keamanan pasien									
		TOTAL SCORE									311
		NILAI	score/311 X 100								



## PEMASANGAN KATETER

### A. DEFINISI

Kateterisasi urin adalah pemasukan selang yang terbuat dari plastik atau karet melalui uretha menuju ke kandung kemih (*vesica urinaria*).



### B. TUJUAN

Kateterisasi urin bertujuan:

- ☐ Melancarkan pengeluaran urin pada klien yang tidak dapat mengontrol miksi atau mengalami obstruksi pada saluran kemih.
- ☐ Memantau pengeluaran urin pada klien yang mengalami gangguan hemodinamik.

Karena kateterisasi urin beresiko bagi klien untuk mengalami *Urinary Tract Infection* (UTI) atau Infeksi Saluran Kemih (ISK) dan menyebabkan trauma pada uretra, maka kateterisasi lebih dianjurkan untuk pemasangan sementara.

### C. INDIKASI PEMASANGAN KATETER

Pemasangan kateter merupakan tindakan yang sangat penting bagi beberapa pasien. Tetapi penelitian menunjukkan bahwa 21-54% pemasangan kateter dilakukan atas indikasi yang kurang tepat (CDC, 2012). Keputusan dilakukan tindakan pemasangan kateter harus berdasarkan pengkajian yang komprehensif terkait resiko dan kebutuhan pasien. Secara umum, indikasi pemasangan kateter adalah:

1. Pasien yang mengalami retensi urin akut dan kronis
2. Menjaga keteraturan pengeluaran urin pada pasien yang mengalami kesulitan berkemih, sebagai akibat gangguan neurologis yang menyebabkan paralisis atau kehilangan sensasi berkemih yang berefek pada proses berkemih
3. Pasien dengan penyakit gawat yang membutuhkan pengukuran urin output
4. Pasien yang menjalani pembedahan urologi atau operasi lain yang terkait dengan saluran genitourinary
5. Untukantisipasi proses operasi yang panjang
6. Pasien yang membutuhkan monitoring urine output pada saat pembedahan

7. Untuk membantu proses penyembuhan luka di area sacral dan perineal pada pasien yang mengalami inkontinensia
8. Pasien yang mengalami imobilisasi jangka panjang seperti pasien yang mengalami fraktur spinal atau lumbar, multiple fracture, multiple trauma di area pelvis, dll
9. Untuk irigasi kandung kemih
10. Untuk memasukkan obat atau untuk proses pemeriksaan diagnostic terkait system urologi (contoh: cystogram)
11. Untuk memfasilitasi proses berkemih dan menjaga integritas kulit
12. Untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien terminal (palliative care)

#### **D. KONTRAINDIKASI PEMASANGAN KATETER**

1. Pasien dengan prostatitis akut
2. Pasien dengan suspek trauma urethral
3. Pasien dengan riwayat striktur urethra
4. Pasien yang baru selesai menjalani TURP (Trans-Urethral Reserction of the Prostate) dalam jangka waktu 24 jam
5. Pasien yang mengalami phymosis
6. Pasien yang mengalami riwayat sulit dipasang kateter
7. Pasien yang dicurigai mengalami hematuria
8. Pasien yang mengalami atau menunjukkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih

#### **E. DURASI KATETERISASI URIN**

Secara umum, durasi kateterisasi urin dibagi menjadi sementara (intermitten), tetap jangka pendek, dan tetap jangka panjang. Pemasangan kateter dalam jangka waktu yang pendek akan meminimalkan infeksi.

##### **☐ Kateter Sementara**

Kateter sementara adalah pemasangan dan pelepasan kateter segera setelah kandung kemih kosong. Kateter sementara biasanya menggunakan kateter satu lumen dan hanya memerlukan waktu 5 – 10 menit sampai kandung kemih. Penggunaan kateter sementara dapat diulangi penggunaannya tetapi penggunaan yang terus menerus akan meningkatkan resiko infeksi dan trauma pada uretra. Kateter sementara dapat digunakan untuk:

- Mengurangi ketidaknyamanan pada distensi *Vesica Urinaria*
- Mengatasi retensi urin akut
- Pengambilan specimen urin
- Pengambilan urine residu setelah pengosongan *Vesica Urinaria*

##### **☐ Kateter Tetap Jangka Pendek**

Kateter tetap jangka pendek dibiarkan terpasang pada pasien selama 1 minggu. Untuk keperluan ini, biasanya bahan kateter yang digunakan berbahan latex kecuali ada alergi terhadap latex. Kateter tetap jangka pendek digunakan untuk:

- Obstruksi saluran kemih (pembesaran kelenjar prostat)
- Pembedahan untuk memperbaiki organ perkemihan, seperti *Vesica Urinaria*, uretra dan organ sekitarnya
- Preventif pada obstruksi uretra dari perdarahan
- Untuk memantau output urin
- Irigasi *Vesica Urinaria*

#### □ Kateter Tetap Jangka Panjang

Pemasangan kateter tetap dalam jangka waktu yang lama dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan. Termasuk dalam kategori ini jika pasien memerlukan kateter untuk durasi 6 minggu hingga 3 bulan. Kateter yang digunakan untuk kateter jangka panjang harus diganti secara teratur sesuai dengan batas waktu pemasangan dari setiap produk kateter (sesuai pabrik) dan sesuai kebutuhan dan kondisi individu dan tidak terbatas waktu secara kaku. Pertimbangan penggantian kateter adalah berdasarkan: fungsi kateter, banyaknya kerak atau kotoran yang menempel pada kateter, frekuensi sumbatan pada kateter, dan kenyamanan pasien. Kateter tetap jangka panjang digunakan untuk:

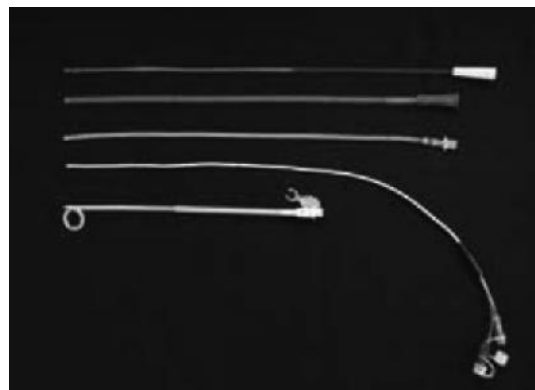
- Retensi urin pada penyembuhan penyakit ISK/UTI
- Skin rash, ulcer dan luka yang iritatif apabila kontak dengan urin
- Klien dengan penyakit terminal

## F. TIPE KATETER

### 1. One-way catheter/single lumen catheter/kateter 1 jalur

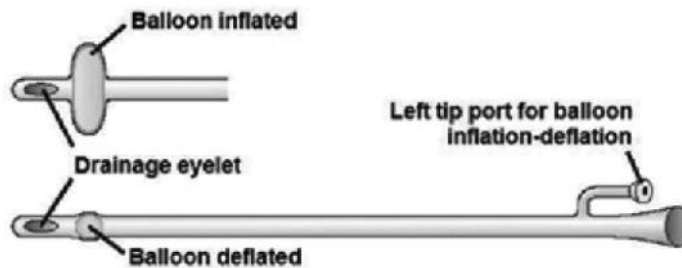
Kateter ini hanya mempunyai saluran yang berfungsi untuk mengeluarkan urin, tidak memiliki balon untuk fiksasi dan tersedia dalam sediaan berlapis silicon atau tidak dan biasa disebut dengan kateter langsung. Tipe ini tidak digunakan dalam jangka waktu lama di kandung kemih tetapi sangat berfungsi untuk:

- Kateterisasi intermitten atau sementara dan pengambilan specimen urin
- Mengatasi striktur urethra
- Memasukkan obat ke dalam vesica urinaria
- Proses pemeriksaan penunjang seperti urodinamik
- Kateterisasi suprapubik tanpa balon



### 2. Two-way catheter/double lumen catheter/kateter double lumen

Kateter ini terdiri dari 2 saluran pada ujung kateternya. Satu saluran untuk keluarnya urine dan satu saluran untuk mengembangkan balon yang berfungsi sebagai fiksasi kateter di dalam kandung kemih pasien. Tipe kateter ini paling sering digunakan.



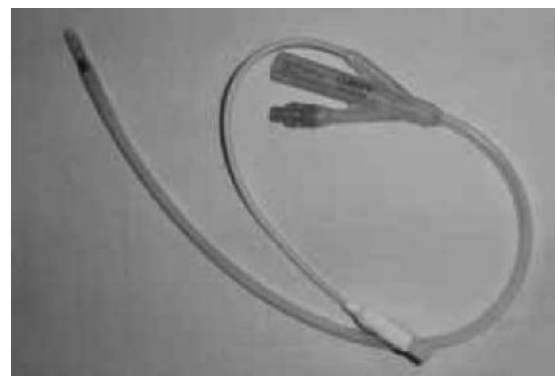
3. Three-way catheter/triple lumen catheter/kateter triple lumen

Kateter 3 lumen memiliki lumen ketiga (selain untuk urin dan untuk mengembangkan balon) yang berfungsi untuk proses irigasi kandung kemih secara terus menerus. Kateter ini terutama digunakan pada pasien yang menjalani pembedahan saluran kemih atau perdarahan dari kandung kemih atau tumor prostat sehingga kandung kemih membutuhkan baik irigasi terus menerus atau irigasi sementara untuk membersihkan dari gumpalan darah atau debris.



4. Catheter with integrated temperature sensor

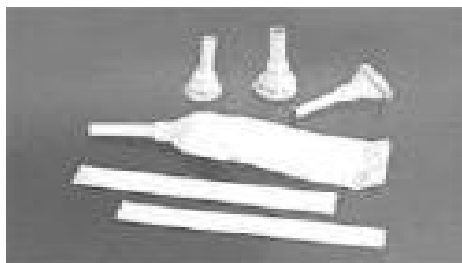
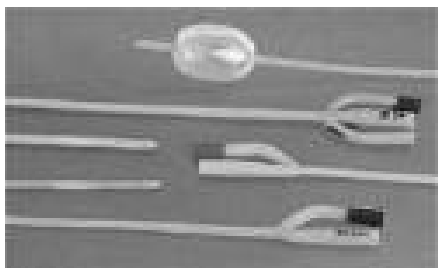
Kateter ini mempunyai fasilitas sensor pengukur suhu yang terintegrasi didalam kateter yang terletak di ujung proksimal. Kateter ini khususnya digunakan pada pasien yang membutuhkan perawatan intensif atau pada saat menjalani operasi tertentu. Fungsi dari sensor suhu adalah untuk mengukur suhu urine di dalam kandung kemih dan merupakan alat yang efektif untuk mengetahui suhu tubuh bagian dalam (core temperature).



**G. JENIS KATETER**

- ☐ Kateter plastik: digunakan sementara karena mudah rusak dan tidak fleksibel
- ☐ Kateter Latex/Karet: berbahan dasar karet, fleksibel tetapi kurang nyaman karena gesekan permukaan, mudah terjadi pengerasan akibat mineral yang terkumpul dari urin, dan alergi yang menyebabkan urethritis dan urethral stricture. Digunakan untuk pemakaian dalam jangka waktu pendek.

- ❑ Kateter Silicon murni (100% silicon): sangat lembut untuk jaringan dan hipoalergenik. Ukuran lumen/saluran besar karena tidak ada lapisan karet dan tidak mudah menggumpal. Kerugiannya adalah mudahnya balon mengempes sehingga sering terjadi kateter terlepas atau tidak sesuai pada tempatnya lagi. Kateter ini lebih sering digunakan untuk penggunaan jangka waktu selama 2-3 bulan.
- ❑ PTFE (Polytetrafluoroethylene)/teflon: PTFE-coated latex catheter adalah kateter latex yang dilapisi teflon pada bagian dalam maupun luar. Kateter ini lebih lembut daripada kateter latex karena adanya lapisan Teflon yang membantu mencegah pengerakan dan iritasi. Jangan menggunakan jenis ini untuk pasien yang alergi terhadap latex.
- ❑ Silicone-coated/silicone elastomer-coated: adalah kateter latex yang dilapisi silicon pada bagian dalam dan luar. Kateter ini memiliki kekuatan dan fleksibilitas sejenis kateter latex tetapi lebih awet dan tidak mudah mengerak seperti jenis silicon murni (100% silicon).
- ❑ Hydrogel-coated: merupakan kateter yang lembut dan biocompatible. Kateter ini bersifat hidrofilik sehingga menyerap cairan yang akan membentuk kerak di sekitar kateter dan karena tidak terlalu banyak gesekan maka tidak menyebabkan iritasi.
- ❑ Silver-coated catheter: merupakan jenis kateter dengan kombinasi lapisan silver alloy dan hydrogel yang berfungsi sebagai antiseptic. Silver-hydrogel coated catheter tersedia dalam bahan dasar latex dan silicon. Jenis ini terbukti menurunkan insiden bakteriurea asimtomatik dalam jangka waktu 1 minggu.
- ❑ Kateter Logam : digunakan untuk pemakaian sementara, biasanya pada pengosongan kandung kemih pada ibu yang melahirkan



## Jenis Kateter, Keuntungan, dan Kerugiannya

Catheter material	Recommended Usage*	Advantages	Disadvantages
Polyvinyl chloride (PVC)	Short-term use only	Wide lumen allowing rapid flow rate	Rigid and inflexible which may result in patient discomfort
Polyvinyl chloride non balloon	Intermittent catheterization (IC)	Suitable for single use for instillation of medications	Reusable IC catheters: Must be rinsed thoroughly after washing
Teflon coated with latex core	Short-term, up to 20 days	Smoother on external surfaces for insertion	Unsuitable for patients allergic to latex Teflon coating may wear thin if left too long in situ
Silicone	Long term, up to 12 weeks	Wide lumen for drainage. May reduce the potential for encrustation Suitable for patients with latex allergy	May have difficulty removing when placed in the suprapubic site due to 'cuffing' of the balloon.
Hydrogel coated latex	Long-term, up to 12 weeks	May reduce friction on the urethra mucosal during insertion May reduce potential for encrustation	Unsuitable for patients allergic to latex
Silicone elastomer coated latex (silicone bonding to outer and inner surfaces)	Long-term, up to 12 weeks	May help to reduce potential for encrustation. May reduce mucosal irritation	Unsuitable for patients allergic to latex
Hydrogel coated silicone	Long term, up to 12 weeks	May reduce friction on the urethra mucosal during insertion Suitable for patients with latex allergy	Rigid materials: May result in patient discomfort

## II. UKURAN KATETER

Prinsip pemilihan ukuran kateter adalah memilih ukuran yang terkecil yang mampu mengalirkan urin secara adekuat. Meskipun demikian, ukuran kateter tetap harus disesuaikan dengan indikasi dan kondisi klinis pasien. Ukuran kateter bervariasi antara 5 – 24 French (Fr). Secara umum, ukuran yang disarankan adalah:

- ☒ Anak : 8 – 10 Fr
- ☒ Wanita : 12 – 14 Fr
- ☒ Laki-laki : 16 – 18 Fr
- ☒ Hematuria : 20 – 24 Fr

Pasien yang mengalami hematuria sebaiknya menggunakan kateter 3 jalur sehingga memungkinkan dilakukannya irigasi kandung kemih tanpa mengganti kateter.

### I. PANJANG KATETER

Panjang kateter terdiri dari 3 ukuran: ukuran anak, anak, perempuan, dan laki-laki. Ukuran kateter laki-laki standar dengan panjang 41-45 cm dapat digunakan untuk laki-laki dan perempuan, tetapi ukuran perempuan yang lebih pendek yaitu 25 cm dianggap lebih nyaman pada beberapa wanita yang bias beraktivitas dan membutuhkan pemasangan kateter dalam jangka waktu yang lama. Ukuran wanita yang pendek tidak sesuai untuk wanita yang obese atau imobilisasi karena akan mudah terlepas dan menyebabkan trauma pada kandung kemih.

## J. UKURAN BALON

Kembangkan balon dengan ukuran yang sekecil mungkin. Hal ini akan mencegah adanya residu urine di kandung kemih, menurunkan resiko spasme kandung kemih dan meminimalkan trauma pada leher kandung kemih. Ukuran balon berkisar antara 5 – 30 ml tergantung produksi pabrikan. Ukuran yang biasa digunakan adalah 10 ml. kembangkan balon sesuai dengan yang direkomendasikan oleh pabrik pembuatnya. Ukuran balon 30 ml digunakan untuk haemostat post prosedur urologi dan tidak dianjurkan untuk penggunaan rutin. Gunakan air steril untuk mengembangkan balon.

## K. SISTEM DRAINASE

Sistem drainase tertutup dimana saluran yang menghubungkan antara kateter dan urin bag selalu tersambung dan urin dikeluarkan dari urine bag melalui saluran pembuangan pada urin bag, menurunkan resiko infeksi, tetapi efektifitas system ini tergantung pada kebersihan dan perawatan kateter.

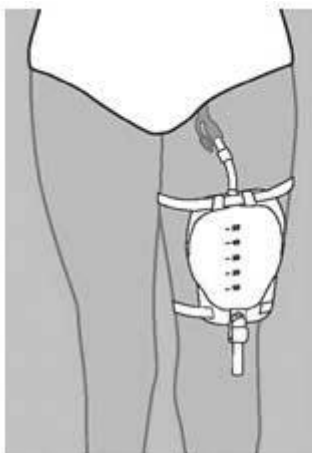


Figure 2: A closed drainage system using a leg bag

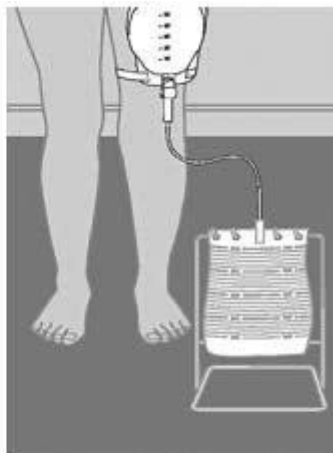


Figure 3: A closed drainage link system using a leg bag & non-drainage night bag

Sistem drainase yang baik dapat mencegah munculnya infeksi akibat pemasangan kateter (CaUTI). Manajemen system drainase yang baik adalah sebagai berikut:

1. Jaga agar system drainase atau urin bag tetap berada di bawah/lebih rendah daripada kandung kemih
2. Minimalkan kontaminasi dari urine bag dan hindarkan kontak antara urin bag dengan lantai atau dengan permukaan lainnya
3. Kaji secara rutin kondisi urin bag dan anti jika perlu
4. Kosongkan urin bag secara rutin atau jika telah mencapai 2/3 kantong untuk mencegah reflux dan mencegah urine bag terlalu berat
5. Saat mengosongkan urin bag, jangan sampai konektor pembuangan pada urin bag menyentuh penampung. Gunakan penampung yang bersih dan terpisah antara satu pasien dengan pasien yang lainnya
6. Anjurkan pasien untuk banyak minum jika tidak ada kontraindikasi secara klinis

#### **L. PEDOMAN UMUM PEMASANGAN KATETER**

- Pemasangan kateter dilakukan atas program dari dokter.
- Prinsip pemasangan kateter menggunakan tehnik aseptik/steril
- Kateter tetap dan sementara menggunakan prinsip yang sama, perbedaannya adalah pada kateter tetap difiksasi dengan balon.
- Setelah pemasangan kateter perawat menjaga sistem drainase untuk meminimalkan resiko infeksi
- *Urine bag* terbuat dari plastik yang dapat menampung 1.000 – 1.500 ml urin. *Urine bag* harus digantung pada tepi tempat tidur atau kursi roda tanpa menyentuh lantai. Jangan pernah menggantungkan *urine bag* pada posisi lebih tinggi dari abdomen. Jika klien berjalan, klien atau perawat membawa *urine bag* dibawah lutut klien. Hal ini karena urin didalam kantong dapat menjadi medium bagi hidupnya mikroorganisme dan infeksi dapat terjadi apabila urin kembali (refluk) ke *Vesica Urinaria*. Sebagian *Urine Bag* dirancang menjadi antirefluk untuk menjaga kembalinya urin pada *Vesica Urinaria*.
- Karena urin dapat menjadi media bagi tumbuhnya mikroorganisme, maka pengosongan *urine bag* dilakukan setiap 6 – 8 jam sekali.

#### **M. KOMPLIKASI PEMASANGAN KATETER**

- Trauma urethral akibat peniupan balon fiksasi ketika kateter belum sampai di vesica urinaria.
- Infeksi Saluran Kemih (ISK) atau *Catheter-associated Urinary Tract Infection (CaUTI)*.
- Trauma psikologi.
- Perdarahan diakibatkan proses insersi kateter atau peniupan balon.
- Salah saluran akibat trauma saat insersi kateter.
- Striktur urethra merupakan komplikasi lanjutan akibat adanya cedera kronis pada uretra.
- Paraphimosis (terjadi pada laki-laki yang tidak sirkumsisi dimana preputium terjebak di belakang kepala penis dan tidak dapat ditarik kembali ke posisi normal) akibat kegagalan pengembalian kulit permukaan ke posisi normal setelah pemasangan kateter sehingga kulit di sekitar gland penis membengkak.



Performance	Procedure	Raw Score					Criticality 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score			
		0	1	2	3	4			5	Actual Rx/Cx D	Max Score	
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 (sebutkan 5 alat utama) - <i>Foley catheter</i> - Perlak dan - <i>Urine bag</i> pengalas - Sarung tangan - NaCl steril - Kapas/kassa steril - Korentang - Kassa gulung - Kom steril - Bak instrument - Plester/hypavix - Spuit 10cc 1 buah - Bengkok - Spuit 3 cc 1 buah - Duk steril - <i>Lydocain Jelly</i> - Gunting - Aquabidest 30 ml - Perban/plester - Pinset steril - Pinset surgis	0	1	2					3	1		6
	4. Buka 1 spuit 3cc, masukkan ke dalam bak instrument dengan menjaga kesterilan spuit	0	1	2					1	1		2
	5. Tampung jelly ke dalam kom steril yang ada di bak instrument, jaga kesterilan saat mengeluarkan jelly dari tube dan menampung dalam bak instrument	0	1	2					1	1		2
	6. Buka 1 spuit 10cc dan isi dengan aquadest untuk fiksasi folley catheter, letakkan di luar bak instrument	0	1	2					1	1		2
Tahap Orientasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1	1		2	
	2. <b>Klarifikasi nama dan umur atau nama dan alamat klien</b>	0	1	2				3	1		6	
	3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan (pemasangan kateter, nafas dalam saat kateter dipasang)	0	1	2				2	1		4	
	4. Kontrak waktu	0	1	1				1	1		1	
	5. Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya	0	1	1				2	1		2	
	6. Minta persetujuan klien/keluarga	0	1	1				1	1		1	
	7. Dekatkan alat	0	1	1				1	1		1	
	8. Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu	0	1	1				1	1		1	
Tahap Kerja	Baca Basmalah	0	1					2	1		2	
	Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1					3	1		3	
	Atur posisi yang nyaman - Pasien anak atau pasien tidak sadar dengan bantuan - Pasien wanita dengan posisi dorsal recumbent - Pasien laki-laki dengan supine	0	1					3	1		3	
	Memasang pengalas/perlak dibawah pantat klien	0	1					1	1		1	
	Pakaian bagian bawah klien diketaskan/dilepas	0	1					1	1		1	
	Bengkok diletakkan didekat bokong klien	0	1					1	1		1	

Performance	Procedure	Raw Score					Criticality 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
	Sambungkan ujung folley catheter dengan urine bag, buka sedikit pembungkus luar dari folley catheter dan jaga kesterilan folley catheter	0	1					2	1		2
	Pakai sarung tangan steril	0	1	2	3			3	1		9
	Persiapkan jelly:* - Untuk klien laki-laki: ambil 1 buah spuit 3ml, lepaskan jarumnya, isi dengan lydocain jelly yang ada di kom steril sebanyak 5 – 10 ml untuk diinjeksikan kedalam urethra* - Untuk klien perempuan, ambil jelly yang ada pada kom steril dengan menggunakan kassa steril*	0	1	2	3			3	2		18
	Membersihkan bagian genitalia:* - Klien laki-laki: Penis dipegang dengan tangan non dominan. Penis dibersihkan dengan menggunakan kapas steril/ kassa steril yang diolesi NaCl oleh tangan dominan dengan gerakan memutar dari meatus ke luar dengan menggunakan pinset, dilanjutkan dengan membersihkan gland penis. Tindakan bisa dilakukan beberapa kali hingga bersih. Kemudian pinset diletakkan dalam bengkok* - Klien perempuan: Gunakan tangan yang tidak dominan untuk membuka labia mayora, dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk. Kemudian bersihkan labia mayora dengan menggunakan kapas sublimat atau kassa steril yang diolesi cairan antiseptik dengan menggunakan pinset dari arah atas kebawah, dilanjutkan ke daerah labia minora, dan selanjutnya meatus urethra (dari luar ke dalam), sekali usap pada satu sisi kapas atau kassa. Tindakan bisa dilakukan beberapa kali hingga bersih. Kemudian pinset diletakkan dalam bengkok*	0	1	2	3			3	2		18
	Pasang duk steril dengan menggunakan tangan kanan dan tangan kiri memegang penis, jaga kesterilan duk	0	1	2				2	1		4
	Pasang selang kateter:* - Klien laki-laki: pegang penis dengan tangan non dominan, injeksikan jelly ke dalam uretra klien tanpa menggunakan jarum. Keluarkan folley catheter dengan hati-hati dan menjaga kesterilannya. Pegang penis dengan tangan non dominan, masukkan kateter kedalam uretra secara perlahan-lahan sampai urine keluar. Pasien diminta tarik napas dalam selama pemasangan * - Klien perempuan: oleskan jelly yang telah disiapkan di kassa pada ujung kateter dengan menggunakan kassa steril minimal sepanjang 6 inchi dari ujung kateter. Gunakan tangan yang	0	1	2	3	4	5	3	3		45

Performance	Procedure	Raw Score					Criticality 1,2,3	Difficulty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD
	tidak dominan untuk membuka labia mayora, dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk temukan meatus uretra. Masukkan kateter kedalam uretra secara perlahan-lahan sampai urine keluar. Pasien diminta tarik napas dalam selama pemasangan*									
	<b>Masukkan cairan aquades 20-30 cc dimasukkan atau sesuai ukuran yang tertulis untuk fiksasi kateter di dalam vesica urinaria. Kateter sedikit ditarik sampai ada tahanan*</b>	0	1	2	3	4	3	2		24
	Lepaskan duk dengan menarik ke bawah, hati-hati saat melewati urin bag. Jika urine bag penuh, urin bag dikosongkan dulu dengan membuang urine di bengkok atau pispot	0	1				1	1		1
	Fiksasi kateter ke pasien - Untuk laki-laki di bawah abdomen - Untuk wanita ke paha atau dengan longgar diatas kaki tanpa fiksasi	0	1	2			2	1		4
	Gantung urine bag ditempatnya	0	1				1	1		1
	Lepaskan sarung tangan	0	1				1	1		1
	Bantu pasien untuk posisi yang nyaman dan rapikan kembali pakaian pasien	0	1				1	1		1
	Bereskan alat	0	1				1	1		1
	Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	0	1				1	1		1
	Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand scrub)	0	1				3	1		3
Tahap terminasi	- Evaluasi respon klien	0	1	2			2	1		2
	- Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan	0	1	2			2	1		2
	- Berikan reinforcement atas kemampuan klien	0	1				1	1		1
	- Berikan pendidikan kesehatan singkat tentang tidak meninggikan <i>urine bag</i> diatas paha ketika berjalan, menjaga kebersihan, cara thoharoh, beribadah dengan kateter dan urine bag melekat)	0	1				1	1		1
	- Doa kesembuhan klien dengan mengucapkan syafakalloh (laki-laki) dan syafakillah (perempuan)	0	1				2	1		2
	- Melakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya	0	1				2	1		1
	- Mengucapkan Alhamdulillah setelah selesai tindakan	0	1				1	1		1
	- Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam	0	1				1	1		1
Dokumentasi	- Nama dan umur atau nama dan alamat klien	0	1	2			1	1		2
	- Diagnosa keperawatan	0	1	2			1	1		2
	- Tanggal dan jam tindakan keperawatan	0	1	2			1	1		2
	- Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1	2			1	1		2
	- Evaluasi: DS (respon klien), DO: tipe dan ukuran kateter, deskripsi urine: warna, jumlah	0	1	2			1	1		2
	- Nama dan tanda tangan ners	0	1	2			1	1		2

**Keterangan:** \* critical point dari prosedur. Jika critical point tidak dilakukan, otomatis mahasiswa tidak lulus

## **EKG (ELEKTROKARDIOGRAM)**

**Fitri Arofiati, S.Kep., Ns., MAN**

### **I. DEFINISI**

**EKG** adalah merupakan grafik hasil catatan potensial listrik yang dihasilkan oleh denyut jantung (*Mervin J. Goldman*).

### **II. TUJUAN**

1. Untuk mengetahui adanya kelainan irama jantung/aritmia
2. Untuk mengetahui adanya kelainan miokardium seperti infark, hipertropi atrial atau ventrikel
3. Untuk mengetahui pengaruh/efek obat-obat jantung terutama digitalis
4. Untuk mengetahui adanya gangguan elektrolit
5. Untuk mengetahui adanya perikarditis

### **III. SISTEM KONDUKSI**

#### **1. SA Nodes**

Frekwensi 60 – 100 x/menit, iramanya sinus (sinus rhythm)

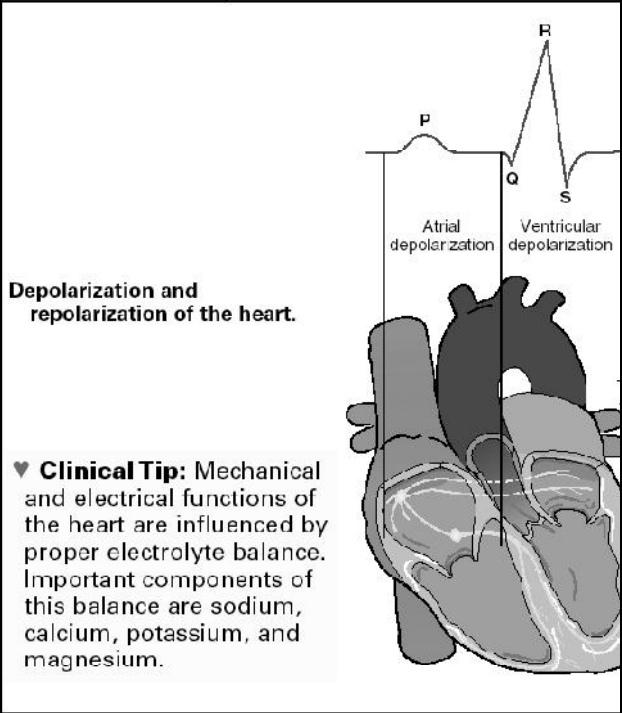
#### **2. AV Nodes**

Frekwensi 40 – 60 x/menit, iramanya junctional rhythm

#### **3. Berkas His**

#### **4. Serabut Purkinje**

Frekwensi 20 – 40 x/menit, iramanya idioventrikuler rhythm

Electrical Conduction System of the Heart		Electrical Conduction System of the Heart	
Conduction System Structures and Functions		Electrophysiology	
Structure	Function and Location	Action	Effect
Sinoatrial (SA) node	Dominant pacemaker of the heart, upper portion of right atrium. Intrinsic rate 60–100 bpm.	Depolarization	The electrical charge of a cell is altered by a shift of electrolytes on one side of the cell membrane. This change stimulates muscle fiber to contract.
Internodal pathways	Direct electrical impulses between nodes.	Repolarization	Chemical pumps re-establish a negative charge as the cells return to their resting state.
Atrioventricular (AV) node	Part of AV junctional tissue. Slows conduction, creating a slight delay as impulses reach ventricles. Intrinsic rate 40–60 bpm.	 <p><b>Depolarization and repolarization of the heart.</b></p> <p>▼ <b>Clinical Tip:</b> Mechanical and electrical functions of the heart are influenced by proper electrolyte balance. Important components of this balance are sodium, calcium, potassium, and magnesium.</p>	
Bundle of His	Transmits impulses to bundle branches. Located below AV node.		
Left bundle branch	Conducts impulses that lead to left ventricle.		
Right bundle branch	Conducts impulses that lead to right ventricle.		
Purkinje system	Network of fibers that spreads impulses rapidly throughout ventricular walls. Located at terminals of bundle branches. Intrinsic rate 20–40 bpm.		

#### IV. UKURAN KERTAS EKG

Gambaran EKG akan tergores horisontal dan vertikal pada kertas grafik dengan kotak-kotak kecil berukuran 1 x 1 milimeter (mm). Tiap milimeter pada sumbu horizontal menyatakan interval waktu 0,04 detik dan tiap milimeter pada sumbu vertikal menyatakan kekuatan listrik sebesar 0,1 milivolt (mV). Umumnya pada setiap lima kotak sedang terdapat satu garis tanda yang menunjukkan panjang kertas EKG, ialah 5 x 5 mm = 25 mm.

Pada rekaman EKG baku telah ditetapkan bahwa :

- Kecepatan rekaman : 25 mm/detik
- Kekuatan voltage : 1 mV = 10 mm

Jadi berarti ukuran kertas EKG :

a. Pada garis horizontal

- Tiap satu mm =  $1/25$  detik = 0,04 detik
- Tiap lima mm =  $5/25$  detik = 0,20 detik
- Tiap 25 mm = 1,00 detik

b. Pada garis vertikal

- 1 mm = 0,10 mV
- 10 mm = 1,00 mV

## V. SANDAPAN EKG

Untuk rekaman rutin, terdapat 12 sandapan yaitu :

a. Tiga buah ***bipolar standard lead*** (I, II, dan III)

- Sandapan I : Menggambarkan perbedaan potensial antara lengan kanan (RA) dan lengan kiri (LA), dimana LA bermuatan lebih positif dari RA
- Sandapan II : Menggambarkan perbedaan potensial antara lengan kanan dan tungkai kiri (LL), dimana LL bermuatan lebih positif dari RA
- Sandapan III : Menggambarkan perbedaan potensial antara lengan kiri dan tungkai kiri, dimana LL bermuatan lebih positif dari LA

### Limb Leads

Electrodes are placed on the right arm (RA), left arm (LA), right leg (RL), and left leg (LL). With only four electrodes, six leads are viewed.

- Standard leads: I, II, III
- Augmented leads: aVR, aVL, aVF

#### Standard Limb Lead Electrode Placement

### Standard Limb Leads

#### Elements of Standard Limb Leads

Lead	Positive Electrode	Negative Electrode	View of Heart
I	LA	RA	Lateral
II	LL	RA	Inferior
III	LL	LA	Inferior

b. Tiga buah **unipolar limb lead** (aVR, aVL, aVF)

Sandapan unipolar limb lead adalah rekaman perbedaan potensial antara lengan kanan, lengan kiri atau tungkai kiri terhadap elektroda indifferen yang berpotensi nol.

- Sandapan aVR = sandapan unipolar lengan kanan yang diperkuat (augmented)
- Sandapan aVL = sandapan unipolar lengan kiri yang diperkuat (augmented)
- Sandapan aVF = sandapan unipolar tungkai kiri yang diperkuat (augmented)

### Augmented Limb Leads

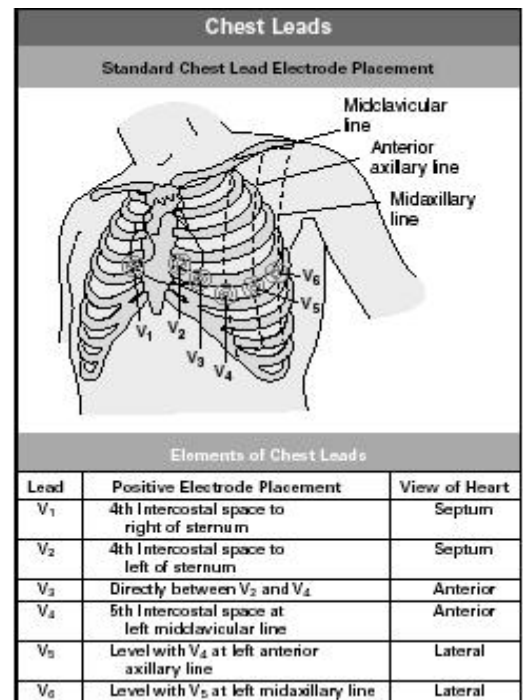
#### Elements of Augmented Limb Leads

Lead	Positive Electrode	View of Heart
aVR	RA	None
aVL	LA	Lateral
aVF	LL	Inferior

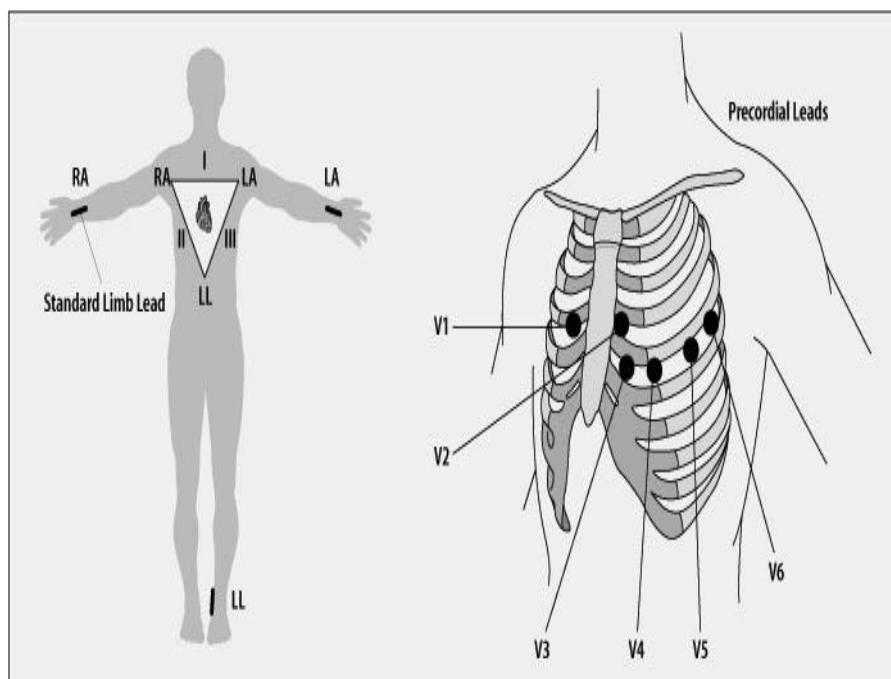
c. Enam buah **unipolar chest lead** (V1 sampai dengan V6)

Unipolar chest lead adalah rekaman potensial dari satu titik di permukaan dada

- Sandapan V1= Sela iga IV garis sternal kanan
- Sandapan V2= Sela iga IV garis sternal kiri
- Sandapan V3= Antara V2 dan V4
- Sandapan V4= Sela iga V garis midklavikular kiri
- Sandapan V5= Setinggi V4 garis aksilaris anterior kiri
- Sandapan V6= Setinggi V4 garis aksilaris media kiri



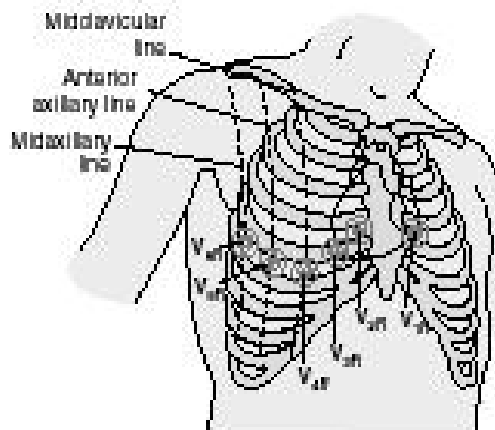
**EKG Lead Placement**





## The Right-Sided 12-Lead ECG

- The limb leads are placed as usual but the chest leads are a mirror image of the standard 12-lead chest placement.
- The ECG machine cannot recognize that the leads have been reversed. It will still print "V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>" next to the tracing. Be sure to cross this out, and write the new lead positions on the ECG paper.



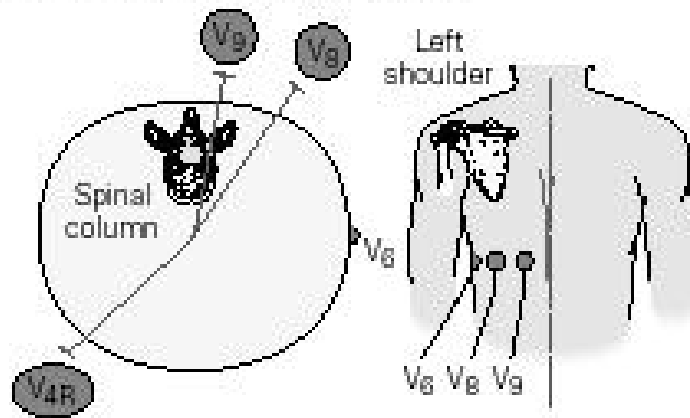
The Right-Sided 12-Lead ECG

Chest Leads	Position
V <sub>1R</sub>	4th Intercostal space to left of sternum
V <sub>2R</sub>	4th Intercostal space to right of sternum
V <sub>3R</sub>	Directly between V <sub>2R</sub> and V <sub>4R</sub>
V <sub>4R</sub>	5th Intercostal space at right midclavicular line
V <sub>5R</sub>	Level with V <sub>4R</sub> at right anterior axillary line
V <sub>6R</sub>	Level with V <sub>5R</sub> at right midaxillary line

▼ **Clinical Tip:** Patients with an acute inferior MI should have right-sided ECGs to assess for possible right ventricular infarction.

## The 15-Lead ECG

Areas of the heart that are not well visualized by the six chest leads include the wall of the right ventricle and the posterior wall of the left ventricle. A 15-lead ECG, which includes the standard 12 leads plus leads  $V_{4R}$ ,  $V_8$ , and  $V_9$ , increases the chance of detecting an MI in these areas.



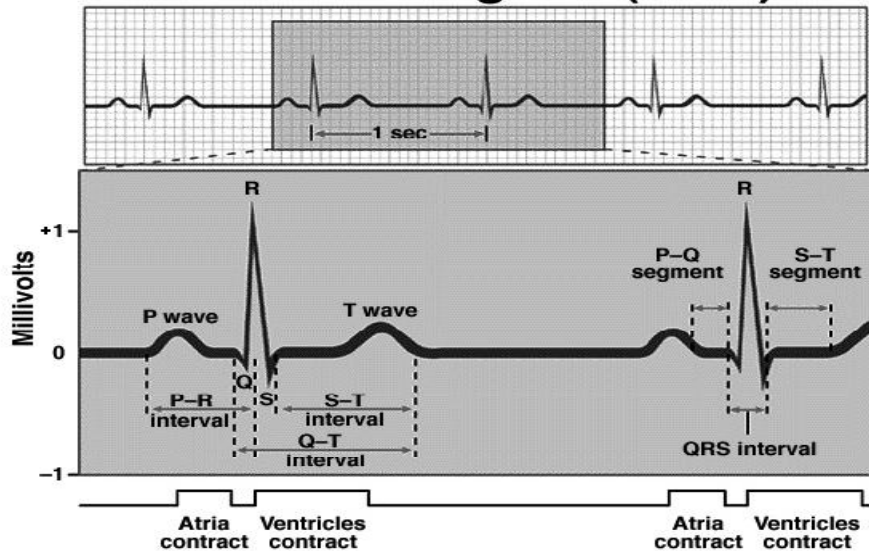
## The 15-Lead ECG

Chest Leads	Electrode Placement	View of Heart
$V_{4R}$	5th Intercostal space in right anterior midclavicular line	Right ventricle
$V_8$	Posterior 5th intercostal space in left midscapular line	Posterior wall of left ventricle
$V_9$	Directly between $V_8$ and spinal column at posterior 5th intercostal space	Posterior wall of left ventricle

♥ **Clinical Tip:** Use a 15-lead ECG when the 12-lead is normal but the history is still suggestive of an acute infarction.

## Gambar sebuah EKG Normal

## Electrocardiogram (ECG)



### Keterangan Gambar:

**Gelombang P:** menggambarkan aktivitas *depolarisasi atrium*. Repolarisasi atrium tidak tergambar karena terlalu kecil dan tertutup oleh kompleks QRS.

**Gelombang Q:** menggambarkan *awal fase depolarisasi ventrikel* dan merupakan *defleksi negatif pertama* dari kompleks QRS.

**Gelombang R:** menggambarkan *fase depolarisasi ventrikel* dan merupakan *defleksi positif pertama* dari kompleks QRS.

**Gelombang S:** menggambarkan *fase depolarisasi ventrikel* dan merupakan *defleksi negatif* sesudah gelombang R

**Kompleks QRS:** menggambarkan seluruh *fase depolarisasi ventrikel*

**Gelombang T:** menggambarkan *fase repolarisasi ventrikel*

**Interval PR:** merupakan penjumlahan waktu **depolarisasi atrium dan waktu perlambatan dari simpul AV ( AV nodes delay )**, yang dihitung dari permulaan gelombang P sampai dengan permulaan kompleks QRS. Batas normal nilainya adalah 0,12 – 0,20 detik

**Interval QRS:** menggambarkan lamanya aktivitas **depolarisasi ventrikel**, yang dihitung dari permulaan gelombang Q sampai akhir gelombang S. Nilai normalnya < 0,12 detik

**Interval QT:** jarak permulaan gelombang Q sampai dengan akhir gelombang T, yang menggambarkan lamanya **aktivitas depolarisasi dan repolarisasi ventrikel**. Nilai normalnya 0,42 detik.

**Segment ST** dimulai dari akhir gelombang S sampai dengan awal gelombang T. Normalnya **isoelektris** berkisar antara  $-0,5$  mm sampai  $+2$  mm.

## CEKLIST PEMASANGAN EKG

Thp		Prosedur	Raw score					C	D	SC	
			0	1	2	3	4	5	1,2,3	1,2,3	Max
PI	1	Baca Basmalah	0	1					2	1	2
	2	Baca catatan keperawatan dan catatan medis	0	1					2	1	2
	3	Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1					2	1	2
	4	Persiapkan diri	0	1					1	1	1
	5	Persiapkan alat:Mesin EKG,Jelly, tissue/handuk, alat tulis	0	1					2	1	2
Or	1	Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1	1	2
	2	Klarifikasi nama, umur dan alamat pasien	0	1	2	3			3	1	9
	3	Jelaskan tujuan & prosedur tindakan yang akan dilakukan kpd pasien/keluarga	0	1	2				2	1	4
	4	Kontrak waktu	0	1					1	1	1
	5	Beri kesempatan pasien untuk bertanya	0	1					1	1	1
	6	Minta persetujuan klien/keluarga	0	1					2	1	2
	7	Dekatkan alat didekatkan klien	0	1					1	1	1
	8	Jaga privacy pasien, tutup tirai/pintu	0	1					2	1	2
Kj	1	Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i> )	0	1					3	1	3
	2	Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1					2	1	2
	3	Bantu klien dalam posisi supine. Posisi semi fowler dapat digunakan untuk klien dengan masalah respirasi	0	1					2	1	2
	4	Lepaskan semua perhiasan dari logam yang dikenakan oleh pasien: cincin, kalung, gelang, jam tangan, gesper, dll	0	1					3	1	3
	5	Instruksikan klien untuk tetap berbaring, tidak bergerak, batuk atau berbicara saat dilakukan perekaman EKG	0	1					2	1	2
	6	<b>Kabel RA (Right Arm, merah) dihubungkan dengan elektroda di pergelangan lengan kanan*</b>	0	1					3	2	6
	7	<b>Kabel LA (Left Arm, kuning) dihubungkan dengan elektroda di pergelangan kiri*</b>	0	1					3	2	6
	8	<b>Kabel LL (Left Leg, hijau) dihubungkan dengan pergelangan kaki kiri*</b>	0	1					3	2	6
	9	<b>Kabel RL (Right Leg, hitam) dihubungkan dengan pergelangan kaki kanan*</b>	0	1					3	2	6
	10	<b>V1 : di ruang interkostal 4 kanan, ditepi kanan sternum*</b>	0	1					3	3	9
	11	<b>V2 : di ruang interkostal 4 kiri di tepi kiri sternum*</b>	0	1					3	3	9
	12	<b>V3 : di pertengahan V2 dan V4*</b>	0	1					3	3	9
	13	<b>V4 : perpotongan antara linea medioklavikularis kiri dengan ruang interkostal 5 kiri*</b>	0	1					3	3	9
	14	<b>V5 : di perpotongan antara linea axillaris anterior kiri dengan interkostal 5 kiri*</b>	0	1					3	3	9
	15	<b>V6 : diperpotongan antara linea axillaris media kiri dengan interkostalis 5 kiri*</b>	0	1					3	3	9
	16	Hidupkan mesin EKG. Putar pengatur lead pada daerah netral (huruf C) dan aturlah agar jarum pencatat menunjukkan ke tengah grafik	0	1					2	2	8

	17	Lakukan kalibrasi dengan menekan tombol kalibrasi beberapa kali	0	1						2	2	8
	18	Putar tombol pengatur lead pada pengatur lead I, II, III. Jalankan kembali kertas grafik minimal 3 gambaran EKG setiap lead	0	1						3	2	6
	19	Putar tombol pengatur lead pada pengatur lead aVR, aVL, aVF Jalankan kembali kertas grafik minimal 3 gambaran EKG setiap lead	0	1						3	2	6
	20	Putar tombol pengatur lead pada pengatur lead V1, V2, V3, V4, V5, dan V6. Jalankan kembali kertas grafik minimal 3 gambaran EKG setiap lead	0	1						3	2	6
	21	Matikan mesin EKG	0	1						1	1	1
	22	Lepaskan elektroda dan bersihkan kulit dari gel yang tersisa menggunakan tissue atau handuk	0	1	2					1	1	2
Ter	1	Bereskan alat	0	1						1	1	1
	2	Baca hamdallah setelah melakukan tindakan	0	1						2	1	2
	3	Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan hand rub)	0	1						3	1	3
	4	Simpulkan hasil kegiatan dan reinforcement positif	0	1						2	1	2
	5	Evaluasi respon pasien	0	1						2	1	2
	6	Doakan kesembuhan pasien	0	1						4	1	4
	7	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1						1	1	1
Do k	1	Nama, umur pasien,& alamat pasien	0	1	2	3	4	5		3	1	15
	2	Tanggal dan jam pelaksanaan										
	3	Diagnosis keperawatan, Tindakan keperawatan yang dilakukan										
	4	Evaluasi hasil tindakan: SOAP (hasil EKG)										
	5	Nama dan TTD perawat										
Skp	1	Empati	0	1	2	3				2	1	6
	2	Teliti										
	3	Memperhatikan keamanan pasien										
		<b>TOTAL SCORE</b>										194
		<b>NILAI</b>	score/194x100									

## LUKA

Luka adalah terganggunya integritas normal dari kulit dan jaringan di bawahnya. Trauma dapat terjadi secara tiba-tiba atau disengaja, luka dapat terbuka atau tertutup, bersih atau terkontaminasi, superfisial atau dalam (Kozier, 1992 hal 43 Taylan, 1990). Seseorang yang menderita luka akan merasakan ketidaksempurnaan yang pada akhirnya mempunyai kecenderungan untuk mengalami gangguan fisik dan emosional (Hayland dkk, 1994).

Luka diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

### 1. Luka akut

Luka akut adalah luka baru yang terjadi mendadak dan penyembuhan luka sesuai dengan waktu yang diperkirakan (Moreau, 2003). Luka akut dapat dikategorikan sebagai luka karena pembedahan seperti insisi, eksisi dan skin graf; luka akut bukan pembedahan seperti luka bakar atau trauma seperti abrasi dan laserasi. Proses penyembuhannya sekitar satu bulan.

### 2. Luka kronik

Luka yang mengalami kegagalan atau keterlambatan dalam proses penyembuhan, yang biasanya disebabkan oleh masalah multifaktor dari penderita (eksogen atau endogen)

Macam-macam luka kronik antara lain:

<i>a. Ulcers</i>	<i>b. Leg Ulcer</i>	<i>c. Atypical wound</i>
- <i>Pressure</i>	- <i>Arterial ulcer</i>	- <i>Scleroderma</i>
- <i>Traumatic wound</i>	- <i>Venous ulcer</i>	- <i>Epidermolysis Bullosa (EB)</i>
- <i>Surgical Wound</i>	- <i>Neuropathic ulcer</i>	- <i>Pyoderma Gangrenosum (PG)</i>
- <i>Neoplastic Wound</i>		- <i>Phembigus bulgaris</i>

### A. Penyembuhan luka

Penyembuhan luka merupakan suatu proses yang kompleks dengan melibatkan banyak sel. Manajemen luka yang baik akan membantu proses penyembuhan luka berjalan sesuai dengan fase penyembuhan luka. Adapun prinsip dari manajemen luka adalah:

1. Mengontrol atau menghilangkan faktor-faktor penyebab (Tekanan, goresan, gesekan, kerusakan sirkulasi dan neuropathy)
2. Memberikan support sistemik untuk mengurangi kofaktor yang ada dan berpotensi
3. Menjaga keadaan fisiologis lokal di area sekitar luka

Terdapat 3 fase penyembuhan luka, yaitu:

#### 1. Fase Inflamasi

Fase inflamasi terjadi segera setelah terjadi luka sampai dengan 2-5 hari. Apabila pembuluh darah mengalami trauma selama injuri, kolagen subendotelial terekspos dengan platelet yang akan menghasilkan awal koagulasi yang merupakan awal proses penyembuhan luka dengan melibatkan platelet. Awal pengeluaran platelet akan menyebabkan vasokonstriksi dan terjadi koagulasi. Norepineprin disekresikan oleh pembuluh darah, dan serotonin oleh platelet serta sel mast bertanggungjawab terhadap terjadinya vasokonstriksi.

Setelah pembentukan pembekuan fibrin, terjadi mekanisme pertahanan tubuh. Selama fase ini sel-sel inflamatory terikat dalam luka dan aktif melakukan pergerakan dengan lekosit, yang pertama kali muncul adalah neutrophil karena densitasnya lebih tinggi dalam *bloodstream*. Kemudian neutrophil akan memfagosit dan membunuh bakteri yang masuk ke matriks fibrin dalam persiapan untuk jaringan baru. Kemudian akan mensekresi mediator vasodilatasi dan sitokain yang mengaktifkan fibroblast dan keratinocytes dan mengikat makrofag ke dalam luka. Makrofag akan memfagosit pathogen, dan mensekresi sitokain dan growth factor sebagai *fibroblast growth factors (FGF)*, *epidermal growth factors (EGF)*, *vascular endothelial growth factors (VEGF)*, *tumor necrosis factors (TNF)*, *interferon gamma (IFN-gamma)*, *interleukin-1 (IL-1)*. Kimia ini juga akan merangsang infiltrasi, proliferasi dan migrasi fibroblast dan sel endothelial (angiogenesis) dimana pembuluh-pembuluh kapiler darah yang baru mulai tumbuh dalam luka dan sangat penting perannya dalam fase proliferasi.

#### 2. Fase Proliferasi

Fase proliferasi terjadi proses granulasi dan kontraksi yang terjadi 2 hari sampai 3 minggu. Fase proliferasi ditandai dengan pembentukan jaringan granulasi pada luka dengan peran makrofag dan lymphocytes, sedangkan faktor predominan mengalami proliferasi dan migrasi termasuk sel epitelial, fibroblast dan sel endotelial. Fibroblast merupakan elemen sintetik utama yang berperan dalam produksi struktur protein yang diperlukan selama rekonstruksi jaringan. Fibroblast menghasilkan sejumlah kolagen yang banyak, yang akan tampak di sekeliling luka. Proses ini tergantung pada metabolik, konsentrasi oksigen dan growth factors.



Kemudian fase selanjutnya adalah kontraksi luka yang akan memfasilitasi penutupan luka. Kontraksi terjadi bersamaan dengan sintesis kolagen.

### 3. Fase Remodelling

Fase remodelling terjadi pembentukan komponen matrik, komponen hyaluronic acid, proteoglycan dan kolagen yang berdeposit selama perbaikan untuk memudahkan perekatan pada migrasi seluler dan menyokong jaringan. Serabut-serabut kolagen meningkat secara bertahap dan bertambah tebal yang kemudian disokong oleh proteinase untuk perbaikan sepanjang garis luka, Kolagen merupakan unsur utama pada matrik. Serabut kolagen menyebar dan saling terikat dan menyatu dan berangsur-angsur menyokong pemulihan jaringan. Remodelling kolagen selama pembentukan skar tergantung pada sintesis dan katabolisme kolagen secara terus menerus.

Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka antara lain:

- ◆ Perfusi jaringan & Oksigen
- ◆ Status Nutrisi
- ◆ Infeksi
- ◆ Diabetes Mellitus
- ◆ Obesitas
- ◆ Obat-obatan
- ◆ Umur
- ◆ Stress
- ◆ Immunosupresan

## B. Pengkajian luka

Pengkajian luka secara akurat dan lengkap merupakan hal esensial dalam perawatan luka. Hal ini dikarenakan tindakan perawatan luka secara tepat, efektif dan efisien didasarkan pada pengkajian luka secara komprehensif dan holistik.

Pengkajian pada pasien dengan luka meliputi:

### 1. Pengkajian awal

Pengkajian awal meliputi riwayat pasien: informasi mengenai proses penyakit, patologi, penyebab, pengobatan/perawatan yang telah diberikan, serta faktor-faktor yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka (*Cormobid condition, medication, impaired access to appropriate resource, host infection, pressure ulcer, decreased oxygenation & tissue perfusion, alteration in nutrition & hydration, psychosocial barriers: family support, financial resources, etc*)

## 2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan meliputi pengkajian kulit yang meliputi *Color, Moisture, Temperature, Olfaction, Texture, Mobility, Turgor, Lesions, Skin injury, Nails, Hair*

## 3. Pengkajian *wound bed* (kondisi luka)

Pengkajian kondisi luka meliputi lokasi, penyebab luka, usia luka, ukuran (panjang, lebar, kedalaman) dan derajat, eksudat (jumlah, type: sanguinous, serosanguinous, serous, seropurulent, purulent), jaringan (nekrotik, eschar, slough, granulasi, epitel), sekeliling luka (eritema, edema, indurasi, hangat, dingin, kering, basah, kotor), bau, nyeri, tepi luka, *tunneling, undermining*.

## PENGENALAN DRESSING KONVENSIONAL & MODERN

*Dressing* merupakan tahap penutupan luka yang mempunyai tujuan untuk membantu proses penyembuhan luka dengan sempurna, mengurangi bau, mengurangi nyeri, mencegah infeksi, menampung eksudat serta untuk alasan kosmetik. Prinsip *dressing* adalah untuk mempertahankan fisiologi kelembaban (moist) pada local lingkungan luka yang akan memicu perbaikan jaringan, menggunakan produk yang aman dan disesuaikan dengan kondisi luka. Sehingga sebelum melakukan *dressing* perawat harus mengetahui karakteristik luka untuk menentukan jenis *dressing* yang tepat.

Terdapat beberapa kategori *dressing*, antara lain:

a. *Primary Dressing*

Merupakan bahan yang berfungsi secara terapeutik dan protektif, digunakan untuk menutup luka yang secara langsung mengenai luka untuk membantu proses penyembuhan luka.

b. *Secondary Dressing*

Merupakan bahan yang berfungsi secara terapeutik dan protektif yang digunakan untuk meningkatkan kemampuan proses penyembuhan luka yang akan melindungi *primary dressing*.

c. *Semiocclusive dressing*

Merupakan bahan yang berfungsi untuk melindungi luka dan sekitar luka dari agen microbial dan physical, termasuk mengontrol suhu, bau, tekanan dan memberikan efek antimikrobia.

Saat ini terdapat berbagai macam produk *dressing* yang disesuaikan dengan kondisi luka, antara lain *gauze*, *hydrogel*, *foam*, *hydrocolloid*, *alginate*, *cellulose*, dan *transparent dressing*

Tabel dibawah ini menjelaskan tentang penggunaan *dressing* sesuai dengan karakteristik luka.

Dressing types	Brand names	Dressing properties	Indications for use according to ulcer characteristics					
			Mild exudate	Moderate exudate	Heavy exudate	Dry necrotic	Clean wound	Superficial granulating
Films	Bioclusive Opsite Polyskin Tegaderm	Adhesive, thin, transparent, impermeable.	+				+	
Hydrocolloids	Comfeel Curaderm Duoderm Cutinova	Adhesive, waterproof, hydrophilic, promote granulation tissue formation.	+	+				
Foams	Hydrosorb Allevyn Curafoam Lycofoam	Highly absorbent, soft, opaque, adhesive or non-adhesive, helpful in cushioning bony prominences.		+	+			
Hydrogels	Curagel Vigilon Hypergel Elastogel	Available in gels or thin sheets, help breakdown of necrotic tissue by autolytic debridement.				+		
Alginates	Kaltostat Sorbsan Algisorb Dermacea	Absorbant, biodegradable, derived from seaweed		+	+			
Collagen dressings	Fibracol Medifil Nugel	Provide a collagen matrix for cellular migration.					+	
Hydrofibers	Aquacel	Pads or ribbon dressings, form a soft gel that maintain moist environment.	+	+				
Hydropolymers	Tielle	The absorbant material is a synthetic material. It can be molded around awkward areas.						+
Super-absorbents	CombiDem Polymen	Highly absorbant, may be used under Unna boot with a weekly dressing change.		+	+			

## Primary dressing

Antibacterial

Silver dressing

*Silver dressing* digunakan sebagai agen antimicrobial dengan mengubah/merusak dinding sel mikroorganisme sehingga dinding sel lisis (mikroorganisme mati) karena mengalami kegagalan mekanisme metabolisme. *Silver dressing* bisa bertahan sampai 7 hari (tergantung jumlah eksudat).



Gambar 1. Silver Dressing

Tulle





Gambar 2. Tulle dressing

Berbentuk seperti jaring-jaring (kassa single) biasanya berisi antibiotic, dressing ini dipakai sebagai antimicrobial, dipakai untuk luka lecet, luka bakar derajat 2 ringan, luka post operasi. Kelemahan, mudah kering dan mudah menempel di dasar luka. Harus sering di ganti. Pergantian dressing menimbulkan nyeri.

### Gel

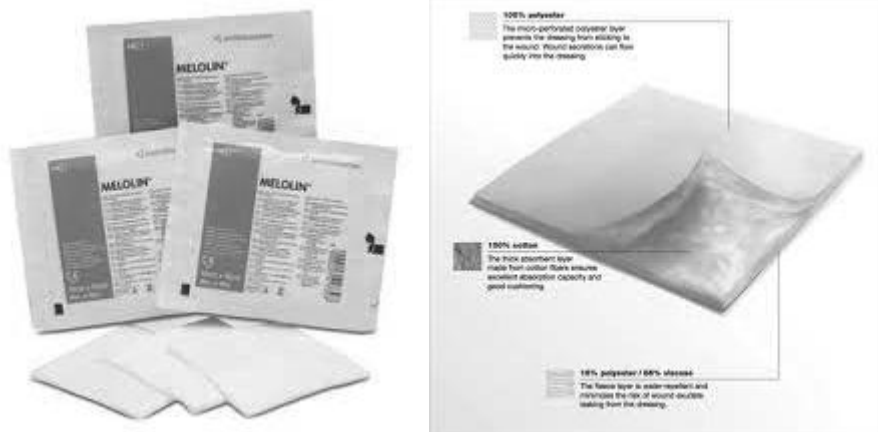


Gambar 3. Gel

Komposisi gel biasanya terdiri dari air, digunakan untuk memberikan suasana lembab (*moist*). Dengan mempertahankan suasana lembab, proses migrasi makrofag dan *growth factor* pada fase proliferasi dapat terjadi.

Selain hidrogel, terdapat hidrofiber dressing. Hidrofiber ini sekilas seperti serat fiber, akan tetapi ketika bersinggungan dengan air (eksudat) akan berubah menjadi gel (menyerap eksudat) sehingga penggunaannya efektif untuk penampung eksudat.

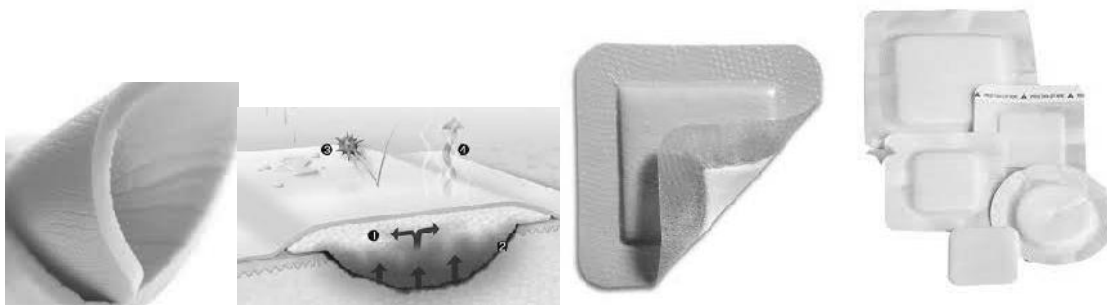
## Secondary dressing Gauze



Gambar 4. Gauze

Gauze sendiri berfungsi sama seperti kassa pada umumnya, akan tetapi di modern dressing terdapat dua lapisan yang dapat mengurangi perlekatan antara luka dan kassa sehingga menambah kenyamanan klien khususnya saat pergantian balutan

## Foam



Gambar 5. Foam

Foam berfungsi untuk menyerap eksudat luka. Eksudat yang keluar akan ditampung oleh foam dan produk modern dressing (foam) ini anti bakteri, pori-porinya memungkinkan evaporasi terjadi dan dapat menjaga kelembaban luka.

## Cavity



Gambar 6. Foam (cavity)

Cavity merupakan produk *modern dressing* sejenis foam, untuk menampung eksudat akan tetapi fungsinya lebih *primary dressing* karena menyentuh langsung ke luka (tunneling).

## Semiocclusive dressing

### Transparent film



Gambar 7. Transparent film

Transparent film digunakan untuk fiksasi luka superficial. Pada luka bakar bisa digunakan langsung bersentuhan dengan primary dressing untuk memantau keadaan luka bakarnya dan mengurangi resiko infeksi. Penggunaan pada luka bakar biasanya kurang efektif karena harus sering diganti yang disebabkan oleh eksudat.

## Plester & modifikasi dressing



Gambar 8. Modifikasi dressing

Modifikasi *dressing* ini dibuat sesuai dengan berjalannya waktu yang disesuaikan dengan hasil penelitian dan kasus yang terjadi. Sebagai contoh, *dressing* dengan perpaduan antara fiksasi (*transparent film*) dan foam menjadi satu. Contoh lain *gauze* dengan plester, *gauze* dengan *transparent film*.



## PERAWATAN LUKA

Teknik perawatan luka meliputi *cleansing, debridement dan dressing*

### 1. *Cleansing*

*Cleansing* atau pencucian luka pada perawatan luka merupakan hal yang penting dalam perawatan luka. Teknik pencucian luka yang baik akan mempengaruhi proses penyembuhan luka karena dapat mencegah proses infeksi dan mengurangi bau. Bahan yang digunakan untuk pencucian luka yang paling baik adalah larutan normal salin, sesuai dengan hasil penelitian dari Konya, dkk (2005) bahwa terdapat peningkatan waktu penyembuhan luka pada luka dikubitus yang dibersihkan dengan normal salin dan tidak. Selain itu teknik membersihkan luka yang baik juga akan mempengaruhi proses penyembuhan luka. Tekanan yang sesuai saat melakukan irigasi (10 – 70 psi) akan mencegah rusaknya jaringan granulasi dan mengurangi bakteri dan sel debris (Rodeheaver GT, 2001).

### 2. *Debridement*

*Debridement* merupakan tindakan mengangkat jaringan nekrotik, eksudat dan sisa-sisa metabolik luka untuk perbaikan atau memfasilitasi proses penyembuhan luka.

Terdapat berbagai macam teknik *debridement*, yaitu

- a. *Mekanik debridement*
- b. *Sharp debridement*
- c. *Autolytic Debridement*
- d. *Enzymatic debridement*

### 3. *Dressing*

*Dressing* merupakan tahap penutupan luka yang mempunyai tujuan untuk membantu proses penyembuhan luka dengan sempurna, mengurangi bau, mengurangi nyeri, mencegah infeksi, menampung eksudat serta untuk alasan kosmetik. Prinsip *dressing* adalah untuk mempertahankan fisiologi kelembaban (moist) pada local lingkungan luka yang akan memicu perbaikan jaringan, menggunakan produk yang aman dan disesuaikan dengan kondisi luka. Sehingga sebelum melakukan *dressing* perawat harus mengetahui karakteristik luka untuk menentukan jenis *dressing* yang tepat. Penjelasan tentang *dressing* telah dijelaskan pada bab sebelumnya.

## CHECKLIST PENGKAJIAN & PERAWATAN LUKA

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score		
		Actual (RxCx D)		Max Score							
Pra Inter aksi	1. Baca catatan keperawatan atau catatan medis	0	1				3	1		3	
	2. Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1				2	1		2	
	3. Persiapkan diri	0	1				2	1		2	
	4. <b>Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)</b>	0	1				3	1		3	
	5. Persiapkan alat: 1. Sarung tangan bersih      9. Pinses sirurgis 2. Sarung tangan steril      0. Bengkok 3. Penggaris                      1. Perlak 4. Cottonbud steril              2. Sabun antiseptik 5. NaCl (k/p)                      3. Dressing luka 6. Pinset anatomis              4. Plester 7. Gunting plester              5. Gunting jaringan 8. Kassa steril                    6. Kom	0	1				3	1		3	
Orie ntasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2			1	1		2	
	2. <b>Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien</b>	0	1	2			3	1		6	
	3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga	0	1	2			2	1		4	
	4. Kontrak waktu	0	1				1	1		1	
	5. Beri kesempatan pasien 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 pasien, tutup tirai/pintu	0	1				2	1		2	
Kerja	1. <b>Cuci tangan (lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)</b>	0	1				3	1		3	
	2. Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1				2	1		2	
	3. <b>Kenakan sarung tangan bersih</b>	0	1				3	1		3	
	4. Turunkan pembatas tempat tidur pada sisi perawat (mahasiswa melaporkan)	0	1				2	1		1	
	5. Buka balutan										
	6. Pengkajian Awal 1)                                      Kaji penyebab luka 2)                                      Mengkaji pengobatan dan perawatan yang pernah dilakukan 3)                                      Mengkaji support sistem	0	1	2	3			3	3		27
	7. Mengkaji luas luka	0	1				3	3		9	
	8. Mengkaji kedalaman luka	0	1				3	3		9	
	9. Mengkaji wound bed (kondisi luka) 1)                                      Eksudat (Laporkan) 2)                                      Inflamasi (Laporkan) 3)                                      Granulasi (Laporkan) 4)                                      Jaringan nekrotik (Laporkan) 5)                                      Pocket	0	1	2	3	4	5	3	3		45
	10. Mengkaji periwound (Laporkan)	0	1				3	3		3	
	11. Mengkaji bau (Laporkan)	0	1				3	3		3	
	12. Membersihkan kulit sekeliling luka dengan sabun antiseptic	0	1				3	3		9	
	13. Membersihkan luka apabila terdapat slough dan jaringan nekrotik	0	1				3	3		9	
	14. Melakukan irigasi luka dengan normal saline	0	1				3	3		9	

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score		
		Actual (RxCxD)	Max Score								
	15. Melepas sarung tangan bersih	0	1				3	3		9	
	16. <b>Menggunakan sarung tangan steril</b>	0	1				3	3		9	
	17. <b>Mempertahankan teknik steril</b>	0	1				3	3		9	
	18. Melakukan debridement	0	1				3	3		9	
	19. Melakukan irigasi luka dengan normal saline	0	1				3	3		9	
	20. Keringkan luka dengan kassa steril	0	1				3	3		9	
	21. <b>Tutup luka dengan primary dressing yang sesuai</b>	0	1				3	3		9	
	22. <b>Tutup luka dengan secondary dressing yang sesuai</b>	0	1				3	3		9	
	23. <b>Tutup luka dengan semioclusive dressing yang sesuai</b>	0	1				3	3		9	
	24. Kembalikan klien pada posisi yang nyaman	0	1				2	2		4	
	25. <b>Naikkan pembatas tempat tidur (side rail)</b>	0	1				3	3		9	
	26. Observasi keadaan pasien	0	1				2	1		2	
	27. Bereskan alat	0	1				1	1		1	
	28. Lepaskan sarung tangan	0	1				2	1		2	
	29. Baca hamdalah setelah melakukan tindakan	0	1				1	1		1	
	30. <b>Cuci tangan setelah tindakan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)</b>	0	1				3	1		3	
Terminasi	1. Simpulkan hasil kegiatan	0	1				1	1		1	
	2. Evaluasi respon pasien	0	1				2	1		2	
	3. Evaluasi: a. Kondisi luka berdasarkan hasil pengkajian: luas, kedalaman, wound bed, periwound, bau b. Kenyamanan pasien	0	1	2				2	1		4
	4. Berikan pendidikan kesehatan singkat untuk menjaga kebersihan luka	0	1					2	1		2
	5. Doakan kesembuhan pasien dengan membaca	0	1					3	3		9
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>DOA PENYEMBUH SAKIT</b></p> <p>اللَّهُمَّ رَبَّ النَّاسِ أَذْهِبِ الْبَاسَ، إِشْفِ أَنتَ الشَّافِي، لَا شِفَاءَ إِلَّا بِشِفَاؤِكَ، حَيْفَاءَ لَا يَغَادِرُ سَقَمًا</p> <p>Ya Allah, tuhan kepada manusia, hilangkanlah kesakitan, dan sembuhkanlah. Sesungguhnya engkau Maha Penyembuh. Tidak kesembuhan melainkan dengan kesembuhan daripada Engkau yang Maha Ampuh.</p> </div> <p>Jika pasien non muslim, doakan saja agar pasien segera sembuh.</p>										
6. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1					1	1		1	
Dokumentasi	1. Nama & umur pasien atau nama & alamat pasien	0	1				2	1		4	
	2. Diagnosis keperawatan	0	1				2	1		2	
	3. Tindakan keperawatan yang dilakukan	0	1				1	1		1	
	4. Respon klien	0	1				1	1		1	
	5. Evaluasi hasil tindakan/temuan saat melakukan tindakan a. Kondisi luka berdasarkan hasil pengkajian: luas, kedalaman, wound bed, periwound, bau b. Kenyamanan pasien	0	1	2				2	2		8
	6. Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2				1	1		2
	7. Nama dan TTD perawat	0	1	2				1	1		2

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

**Nilai batas lulus  $\geq 75$**

**Keterangan :**

<b>Raw Score:</b>	<b>Critically Level (C)</b>	<b>Difficulty Level (D)</b>
0 – Tidak dilakukan	1 – Kurang kritikal	1 – Kurang sulit
1 – Melakukan 1	2 – Kritikal	2 – Sulit
2 – Melakukan 2	3 – Sangat kritikal	3 – Sangat sulit
3 – Melakukan 3		
4 – Melakukan 4		
5 – Melakukan 5		

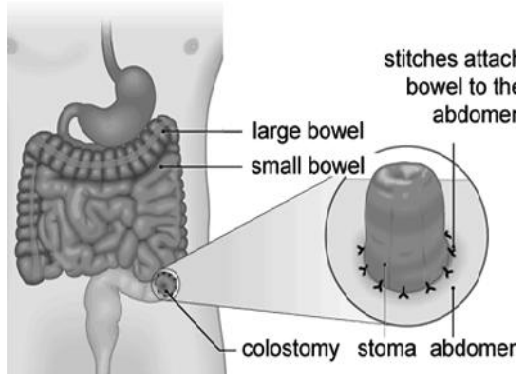
Berikut ini adalah salah satu instrument yang bisa digunakan untuk mengkaji luka, yaitu dengan DESIGN Wound Assessment.

D E S I G N			Tanggal				
<b>Dept</b>	0	Tidak ada luka dan tiadak ada kemerahan					
	1	Kemerahan persisten					
	2	Sampai dermis					
	3	Hanya sampai subkutan					
	4	Sampai otot					
	5	Sampai tulang					
<b>Exudat</b>	0	Tidak ada exudat					
	1	Exudat ringan (tidak perlu ganti balutan tiap hari)					
	2	Moderat (perlu ganti balutan setiap hari)					
	3	Berat (perlu ganti balutan minimal sekali/lebih dalam sehar)					
<b>Size</b>	0	Tidak ada luka					
	1	> 4 cm					
	2	4 cm s.d 16 cm					
	3	16 cm s.d 36 cm					
	4	36 cm s.d 64 cm					
	5	64 cm s.d 100 cm					
<b>Inflamasi</b>	0	Tidak ada tanda gejala inflamasi					
	1	Tanda gejala inflamasi ( rubor, dolor, calor, tumor, fungsi lesi)					
	2	Sebagian tanda infeksi (tanda inflamasi dan sedikit bau)					
	3	Luka mengalami infeksi dan sampai infeksi sistemik (hipertermia)					
<b>Granulasi</b>	0	Supervisial tidak dapat dievaluasi					
	1	Granulasi > 90%					
	2	Granulasi 50%- < 90%					
	3	Granulasi 10% s.d < 50%					
	4	Granulasi < 10%					
	5	Tidak ada granulasi					
<b>Nekrotik</b>	0	Tidak terdapat jaringan nekrotik					
	1	Jaringan nekrotik lunak					
	2	Jaringan nekrotik keras dan tebal					
<b>Pocket</b>	0	Tidak ada pocket					
	1	4 cm					
	2	4 cm s.d 16 cm					
	3	16 cm s.d 36 cm					
	4	lebih dari 36 cm					
		TOTAL SKOR					
		Tanda tangan					

Keterangan: semakin kecil jumlah skor semakin baik perkembangan luka

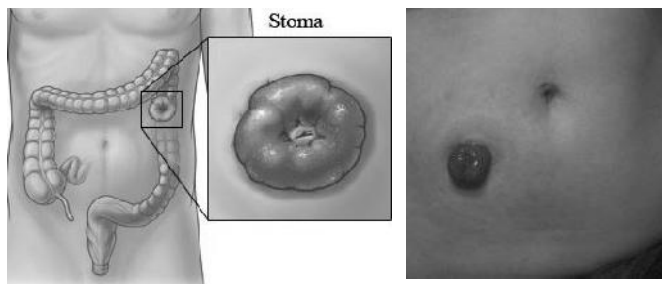
## COLOSTOMY CARE

### A. Pengertian Kolostomi



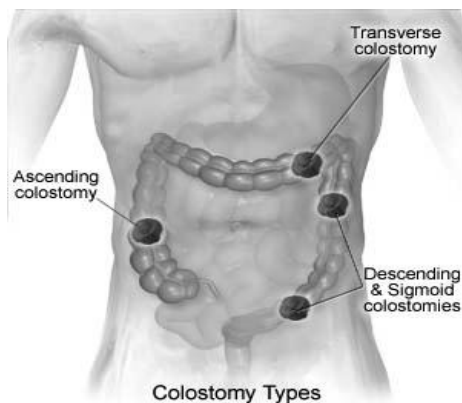
Kolostomi adalah:

- Sebuah lubang buatan yang dibuat oleh dokter ahli bedah pada dinding abdomen untuk mengeluarkan feces
- Pembuatan lubang sementara atau permanen dari usus besar melalui dinding perut untuk mengeluarkan feces
- Kolostomi adalah membuat ostomi di kolon, dibentuk bila usus tersumbat oleh tumor (Harahap, 2006)



Stoma adalah lubang kolostomi yang muncul dipermukaan abdomen berupa mukosa kemerahan.

### B. Jenis – jenis kolostomi



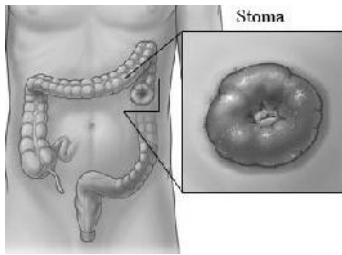
Jenis kolostomi berdasarkan lokasinya;

1. Transversokolostomi (kolostomi di kolon transversum,
  2. Kolostomi desenden (kolostomi di kolon desenden)
  3. Kolostomi asenden (kolostomi di asenden)
  4. Sigmoid kolostomi (kolostomi di sigmoid)
- (Suriadi, 2006).

Kolostomi dibuat berdasarkan indikasi dan tujuan tertentu, sehingga jenisnya ada beberapa macam tergantung dari kebutuhan pasien. Kolostomi dapat dibuat secara permanen maupun sementara.

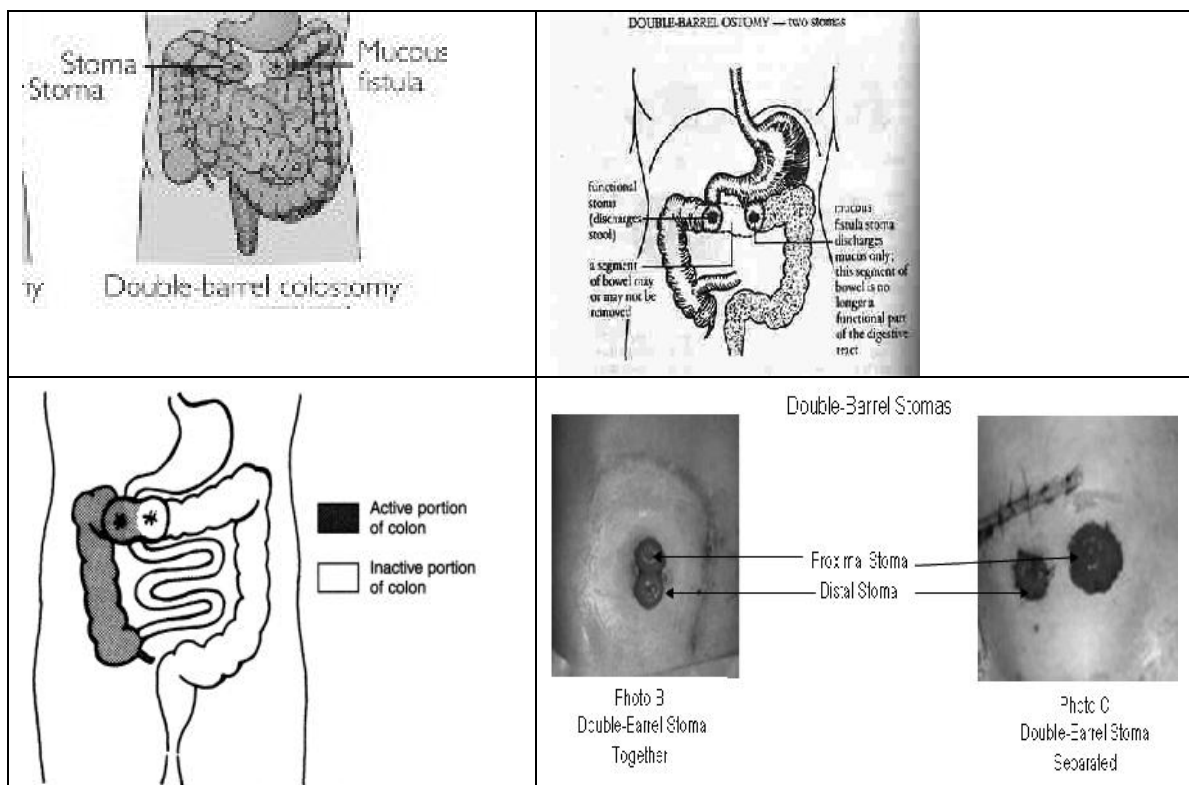
#### 1. Kolostomi permanen

Pembuatan kolostomi permanen biasanya dilakukan apabila pasien sudah tidak memungkinkan untuk defekasi secara normal karena adanya keganasan, perlengketan, atau pengangkatan kolon sigmoid atau rektum sehingga tidak memungkinkan feces melalui anus. Kolostomi permanen biasanya berupa kolostomi *single barrel* (dengan satu ujung lubang)



## 2. Kolostomi temporer / sementara

Pembuatan kolostomi biasanya untuk tujuan dekompresi kolon atau untuk mengalirkan feces sementara dan kemudian kolon akan dikembalikan seperti semula dan abdomen ditutup kembali. Kolostomi temporer ini mempunyai dua ujung lubang yang dikeluarkan melalui abdomen yang disebut kolostomi *double barrel*.



Pada minggu pertama post kolostomi biasanya masih terjadi pembengkakan sehingga stoma tampak membesar. Pasien dengan pemasangan kolostomi biasanya disertai dengan tindakan laparatomi (pembukaan dinding abdomen). Luka laparatomi sangat beresiko mengalami infeksi karena letaknya bersebelahan dengan lubang stoma yang kemungkinan banyak mengeluarkan feces yang dapat mengkontaminasi luka laparatomi, perawat harus selalu memonitor kondisi luka dan segera merawat luka dan mengganti balutan jika balutan terkontaminasi feces.

Perawat harus segera mengganti kantong kolostomi jika kantong kolostomi telah terisi feces atau jika kantong kolostomi bocor dan feces cair mengotori abdomen. Perawat juga harus mempertahankan kulit pasien disekitar stoma tetap kering, hal ini penting untuk menghindari terjadinya iritasi pada kulit dan untuk kenyamanan pasien. Kulit sekitar stoma yang mengalami iritasi harus segera diberi zink salep/zink oil atau konsultasikan pada dokter ahli jika pasien alergi terhadap perekat kantong kolostomi. Pada pasien yang alergi tersebut mungkin perlu dipikirkan untuk memodifikasi kantong kolostomi agar kulit pasien tidak teriritasi.

### **C. Pendidikan Kesehatan pada Klien dengan Kolostomi**

Pasien dengan pemasangan kolostomi perlu berbagai penjelasan baik sebelum maupun setelah operasi terutama tentang perawatan kolostomi bagi pasien yang harus menggunakan kolostomi permanen. Berbagai hal yang harus diajarkan pada pasien adalah :

1. Teknik penggantian/pemasangan kantong kolostomi yang baik dan benar
2. Teknik perawatan stoma dan kulit sekitar stoma
3. Waktu penggantian kantong kolostomi
4. Teknik irigasi kolostomi dan manfaatnya bagi pasien
5. Jadwal makan/pola makan yang harus dilakukan untuk menyesuaikan
6. Pengeluaran feces agar tidak mengganggu aktivitas pasien
7. Berbagai jenis makanan bergizi yang harus dikonsumsi
8. Berbagai aktivitas yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh pasien
9. Berbagai hal/keluhan yang harus dilaporkan segera pada dokter (jika pasien sudah dirawat di rumah)
10. Berobat/kontrol ke dokter secara teratur.
11. Makanan : yang tinggi serat.

### **D. Komplikasi kolostomi**

1. Obstruksi/Penyumbatan

Penyumbatan dapat disebabkan oleh adanya perlengketan usus atau adanya pengerasan feces yang sulit dikeluarkan. Untuk menghindari terjadinya sumbatan, pasien perlu dilakukan irigasi kolostomi secara teratur. Pada pasien dengan kolostomi permanen tindakan irigasi ini perlu diajarkan agar pasien dapat melakukannya sendiri di kamar mandi.

2. Infeksi

Kontaminasi feces merupakan faktor yang paling sering menjadi penyebab terjadinya infeksi pada luka sekitar stoma. Oleh karena itu pemantauan yang terus menerus sangat diperlukan dan tindakan segera mengganti balutan luka dan mengganti kantong kolostomi sangat bermakna untuk mencegah infeksi.

3. Retraksi stoma/mengkerut

Stoma mengalami pengikatan karena kantong kolostomi yang terlalu sempit dan juga karena adanya jaringan scar yang terbentuk disekitar stoma yang mengalami pengkerutan.

4. Prolaps pada stoma

Terjadi karena kelemahan otot abdomen atau karena fiksasi struktur penyangga stoma yang kurang adekuat pada saat pembedahan.

5. Stenosis

Penyempitan dari lumen stoma

6. Perdarahan Stoma

### **E. Bowel Training**

Pasien yang terpasang kolostomi sementara suatu saat akan dikembalikan fungsi ususnya dan ditutup kolostominya, sehingga pasien membutuhkan tindakan khusus agar dapat mengembalikan fungsi usus dan anus seperti sebelum dilakukan kolostomi dan memiliki pola buang air besar yang teratur. Bowel training



dilakukan untuk membantu pasien mengontrol buang air besar, mencegah konstipasi, mencegah iritasi kulit dan meningkatkan konsep diri pasien. Secara umum, panduan melakukan bowel training adalah sebagai berikut:

1. Kaji kondisi pasien untuk mengetahui adanya kebutuhan khusus pada pasien
2. Sebelum dilakukan bowel training, pasien harus telah diperiksa oleh dokter untuk menentukan penyebab inkontinensia BAB
3. Pengkajian riwayat BAB dan gaya hidup dapat digunakan sebagai data dasar untuk menentukan pola BAB yang akan menjadi target bowel training
4. Diet pasien harus disesuaikan dan dimodifikasi sehingga mengandung cukup serat dan air sehingga kotoran menjadi lembek dan tidak keras. Makanan tinggi serat diantaranya gandum utuh, sayuran segar, dan kacang-kacangan
5. Kecuali dikontraindikasikan, pasien harus mengonsumsi 1-2 liter cairan setiap hari
6. Libatkan pasien, keluarga dan interdisciplinary team dalam program bowel training ini

**Alat yang dibutuhkan untuk bowel training:**

1. Bedpan atau toilet
2. Tisu toilet
3. Alat perlindungan diri (APD)

**Prosedur bowel training**

1. Tentukan waktu untuk pergerakan usus. Waktu yang paling tepat adalah 20-40 menit setelah makan
2. Anjurkan pasien untuk menstimulasi pergerakan usus 30 menit setelah makan. Bantu pasien menuju kamar mandi dan berikan privacy
3. Pergerakan usus dapat distimulasi dengan cara stimulasi digital. Stimulasi digital dilakukan dengan memasukkan jari yang telah dioles jelly ke dalam anus dan melakukan gerakan memutar di dalam anus. Stimulasi usus besar dilakukan hingga sphincter relaksasi. Prosedur ini mungkin memerlukan waktu beberapa menit. Jika stimulasi digital tidak menyebabkan pergerakan usus yang ditandai dengan mulas dan perasaan ingin BAB dalam waktu 20 menit, ulang prosedur stimulasi digital. Jika stimulasi digital berhasil, maka prosedur ini harus dilakukan setiap hari hingga mencapai pola yang reguler. Pergerakan usus dapat distimulasi dengan menggunakan supositoria atau enema
4. Setelah stimulasi dilakukan, pasien dianjurkan berada dalam posisi BAB seperti duduk atau jongkok
5. Bantu klien membersihkan diri setelah BAB
6. Prosedur yang dilakukan secara konsisten merupakan aspek krusial dari bowel training ini

**PERAWATAN KOLOSTOMI**

**A. Pengertian**

Membersihkan stoma kolostomi, kulit sekitar stoma, dan mengganti kantong kolostomi secara berkala sesuai kebutuhan.

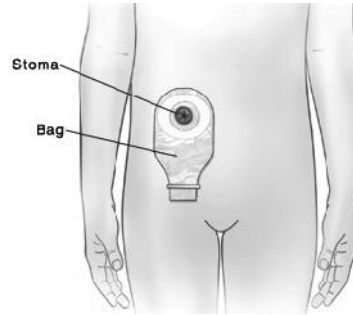
**B. Tujuan**

- Menjaga kebersihan pasien
- Mencegah terjadinya infeksi

- ❑ Mencegah iritasi kulit sekitar stoma
- ❑ Mempertahankan kenyamanan pasien dan lingkungannya

### C. Persiapan Klien

- ❑ Memberi penjelasan pada pasien tentang tujuan tindakan dll
- ❑ Mengatur posisi tidur pasien (supinasi)
- ❑ Mengatur tempat tidur pasien dan lingkungan pasien (menutup gorden jendela, pintu, memasang penyekat tempat tidur (k/p), mempersiapkan keluarga untuk menunggu di luar kecuali jika diperlukan untuk belajar merawat kolostomi pasien.



## CHEKLIST PERAWATAN KOLOSTOMI

Perform ance	Procedure	Raw Score					Critic ally 1,2,3	Difficult y 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
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:										
	- Masker - Sepasang sarung tangan bersih - Perlak dan pengalasnya - Bengkok - Kantong plastik - Kantong kolostomi (colostomy bag) - Larutan NaCl - Zink salep/zink oil - Bak instrument berisi: pinset anatomis, pinset chirugis, kassa steril, kom kecil, gunting) - Kassa steril - Plester (k/p) - Gunting										
Tahap Orientasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1	1		2
	2. Klarifikasi nama dan umur atau nama dan alamat klien (jika pasien tidak sadar, cek gelang pasien)	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		1
	5. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya	0	1	1				2	1		2
	6. Minta persetujuan klien/keluarga	0	1	1				1	1		1
	7. Dekatkan alat	0	1	1				1	1		1
	8. Jaga privacy klien dengan menutup tirai/pintu	0	1	1				1	1		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

Perform ance	Procedure	Raw Score					Critic ally 1,2,3	Difficult y 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
	3. Atur posisi nyaman klien dengan hati-hati	0	1					2	1		2
	4. Menggunakan sarung tangan bersih	0	1					2	1		2
	5. Meletakkan perlak dan alasnya di bagian kanan pasien sesuai letak stoma	0	1					1	1		1
	6. Meletakkan bengkak di atas perlak dan didekatkan ke tubuh pasien	0	1					1	1		1
	7. Mengobservasi produk stoma (warna, konsistensi, dll)	0	1					3	1		3
	8. Membuka kantong kolostomi secara hati-hati dengan menggunakan pincet atau tangan dengan tangan dominan dan tangan non dominan menekan kulit pasien	0	1					3	3		9
	9. Membersihkan kulit sekitar stoma dengan menggunakan kassa NaCl dengan hati-hati	0	1					3	3		9
	10. Membersihkan stoma dengan menggunakan kassa NaCl dengan sangat hati-hati	0	1					3	3		9
	11. Mengeringkan kulit sekitar stoma dengan kassa steril	0	1					3	3		9
	12. Observasi stoma dan kulit sekitar stoma, amati adanya iritasi, kemerahan, dan tanda-tanda infeksi	0	1	2	3			2	1		6
	13. Memberikan zink salep/zink oil (tipis-tipis) jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma	0	1					2	1		2
	14. Menutup stoma sementara dengan menggunakan kassa kering untuk persiapan pemasangan kantong kolostomi	0	1					2	2		2
	15. Mengukur stoma dan membuat lubang kantong kolostomi sesuai ukuran stoma	0	1					3	2		6
	16. Membuka salah satu sisi (sebagian) perekat kantong kolostomi	0	1					2	2		4
	17. Menempelkan kantong kolostomi dengan posisi vertikal/horisontal/miring sesuai kebutuhan pasien, jika perlu dengan menggunakan pinset untuk mempermudah menempelkan kantong kolostomi	0	1					3	2		6
	18. Memasukkan stoma melalui lubang kantong kolostomi	0	1					3	2		6
	19. Membuka sisi perekat, hindari masuknya udara dalam kantong kolostomi	0	1					2	2		4
	20. Merapikan pasien	0	1					1	1		1
	21. Merapikan alat-alat dan membuang sampah	0	1					1	1		1
	22. Melepas sarung tangan	0	1					1	1		1
	23. Baca Hamdalah setelah kegiatan selesai	0	1					2	1		2
	24. Cuci tangan (gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)	0	1					3	1		3

Performance	Procedure	Raw Score					Criticallly 1,2,3	Difficult 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual RxCxD	Max Score
Tahap terminasi	1. Evaluasi respon klien	0	1					2	1		2
	2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan	0	1					2	1		2
	3. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien	0	1					1	1		1
	4. Berikan pendidikan kesehatan singkat (diet, personal hygiene, cara thoharoh, beribadah dengan kolostomi yang terpasang)	0	1					2	1		2
	5. Doa kesembuhan klien dengan mengucapkan syafakalloh (laki-laki) dan syafakillah (perempuan)	0	1					1	1		1
	6. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	0	1					1	1		1
	7. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam										
Dokumenasi	1. Nama dan umur atau nama dan alamat klien	0	1					2	1		2
	2. Diagnosa keperawatan	0	1					2	1		2
	3. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan	0	1	2	3			2	1		6
	4. Evaluasi: Respon klien, produk stoma (jumlah, konsistensi, warna, bau)	0	1					2	1		2
	5. Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1					2	1		2
	6. Nama dan tanda tangan ners										
Soft Skill	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

Nilai Batas Lulus  $\geq 75$

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Actual Score} \times 100}{158} =$$

## PERAWATAN WSD (*WATER SEAL DRAINAGE*)

### Definisi

WSD adalah suatu unit yang memungkinkan cairan atau udara keluar dari rongga pleura dan mencegah aliran balik ke pleura.

### Fungsi WSD:

1. Memungkinkan cairan (darah, pus, efusi pleura) keluar dari rongga dada
2. Memungkinkan udara keluar dari rongga pleura
3. Mencegah udara masuk kembali (terhisap) ke rongga pleura yang dapat menyebabkan pneumothorax
4. Mempertahankan agar paru tetap mengembang dengan jalan mempertahankan tekanan negatif pada intra pleura

### Jenis WSD:

1. Botol drainage dengan kedap air (water seal)
  - a. Digunakan sebuah botol dengan kapasitas 1 – 2 liter dan harus steril
  - b. Diisi dengan air steril sehingga ujung pipa terendam  $\pm$  1-2 cm dibawah permukaan air
  - c. Ekspansi kembali paru dipengaruhi oleh daya rentan keaktifan pasien.
2. Botol drainage dengan continous suction dilengkapi dengan manometer
  - a. Botol pertama untuk menampung sekret
  - b. Botol kedua untuk mengatur besarnya tekanan negatif
  - c. Dihubungkan dengan pompa hisap ringan bertekanan 100 cmH<sub>2</sub>O
  - d. Untuk penderita dewasa, besarnya skala tekanan negatif 12-15 cmH<sub>2</sub>O untuk anak-anak 8 – 10 cm H<sub>2</sub>O
  - e. Dengan hisapan kontinue ekspansi paru tidak perlu secara aktif
3. Botol drainage dengan sistem 3 botol  
Gabungan antara sistem water seal 2 botol dan sistem hisapan kontinu. Keuntungannya bila listrik mati akan terjadi keadaan seperti water seal 2 botol.

### Patofisiologi dada rongga thorax

Di dalam rongga thorax terjadi inspirasi dan ekspirasi. Inspirasi adalah menarik nafas aktif karena kontraksi otot-otot interkosta menyebabkan rongga thorax mengembang tekanan

negatif yang menarik dapat menyebabkan mengalirkan udara melalui saluran nafas atas ke paru-paru. Ekspirasi adalah keluar nafas pasif karena elastisitas jaringan paru ditambah relaksi otot interkosta hingga mengecilkan volume rongga torax. Fungsi rongga torax ada 4 yaitu:

1. Ventilasi: memasukkan udara melalui jalan nafas ke dalam/dari paru dengan cara inspirasi dan ekspirasi
2. Distribusi; menyebarkan/mengalirkan udara merata ke seluruh sistem jalan nafas sampai alveoli
3. Difusi: O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> bertukar melalui membran semi permeabel pada dinding allveoli.
4. Perfusi: darah arterial di kapiler meratakan pembagian muatan O<sub>2</sub> dan darah digantikan isinya dengan muatan oksigen yang cukup untuk menghidupi jaringan tubuh.

#### **Indikasi Pemasangan WSD:**

1. Pneumothorax:
  - a. Terbuka: penetrasi dinding dada dan rongga pleura
  - b. Tertutup: penetrasi melalui dinding dada yang memungkinkan udara masuk ke rongga pleura dari paru.
  - c. Tension
2. Hemothorax
3. Hemopneumothorax
4. Thoracostomy
5. Phyothorax/emphyema
6. Chylothorax
7. Hydrothorax
8. Pleural Efusion

#### **Tempat pemasangan selang dada:**

1. Bagian apeks paru (apikal)

Tempat pemasangan antero lateral tepatnya linea medio clavicularis antara costa II – III.  
Fungsinya mengeluarkan udara
2. Bagian basal  
Tempat pemasangan posterolateral, tepatnya linea axilaris anterior antara iga IX – X.  
Fungsinya adalah mengeluarkan cairan/darah dari rongga pleura.

**Cara perawatan pada klien yang terpasang WSD:**

1. Klien diberi penjelasan tentang sistem WSD tersebut.
2. Klien diletakkan dalam posisi semi fowler
3. Harus selalu dijaga bahwa nafas klien selalu bersih dan bebas obstruksi
4. Melakukan pemeriksaan tanda vital dan keadaan umum
5. Disamping klien diberi bel agar klien dapat memanggil perawat bila perlu
6. Cegah terjadinya dekubitus dengan merubah posisi klien setiap 2-4 jam
7. Seluruh sistem drainase: pipa-pipa, botol harus dalam keadaan rapi dan aman
8. Pipa yang keluar dari rongga thorax harus difiksasi ke tubuh dengan plester yang lebar hingga mencegah goyangan dan dirawat luka setiap hari.
9. Selang dada transparan, maka keluarnya sekret dapat diobservasi dan bila ada gumpalan harus segera diurut sehingga tidak ada sumbatan.
10. Kolaborasi setiap hari/6-8 jam dilakukan foto thorax untuk mengetahui keadaan paru, posisi drain.
11. Melakukan pemeriksaan AGD, darah lengkap dan kimia darah.
12. Jumlah sekret pada botol penampung dicatat jumlah dan jenisnya tiap jam/tiap hari.
13. Pemberian obat-obat analgetika untuk mengurangi nyeri dada saat bernafas.
14. Fisioterapi pernafasan dan anggota-anggota gerak
15. Kelainan sistem drainage harus segera dilaporkan dan dikoreksi.

**Penatalaksanaan selang dada sebelum klem dilepas harus diperiksa:**

1. Hubungan antara sistem drainase dengan selang dari klien berada pada posisi yang benar, penyambungannya cukup kuat
2. Ujung selang yang dari klien harus terendam dalam botol cairan sistem drainage kira-kira 2,5 cm dibawah permukaan air.
3. Selangnya harus cukup panjang memungkinkan klien bergerak
4. Bila semuanya telah diperiksa dengan baik, hubungan sistem drainage ke sumber pengisap dan atur tekanan rongga pleura
5. Observasi botol WSD mengenai: Jenis dan jumlah cairan yang keluar setiap setengah jam. Keluarnya gelembung udara dari drain, adanya gelembung udara terus-menerus menunjukkan adanya fistula bronkho pleura.
6. Undulasi adalah gerakan naik turun cairan di dalam tabung/selang

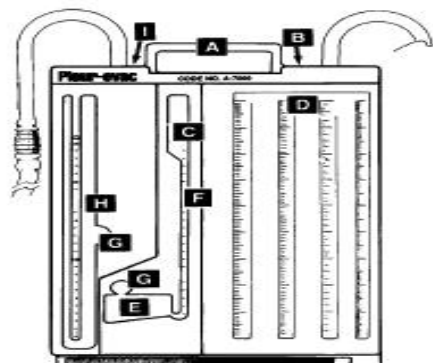
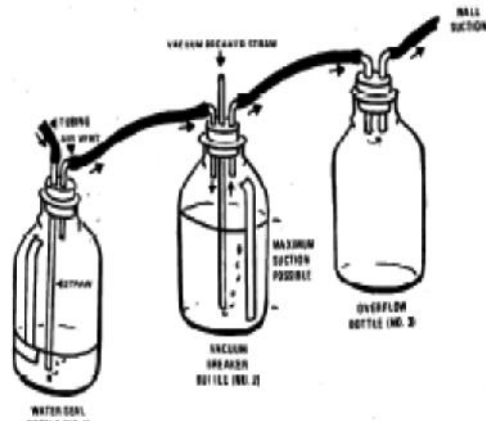
7. Apabila tidak terdapat undulasi pada botol WSD yang tidak dihubungkan dengan alat pengisap maka kemungkinan terdapat sumbatan pada selangnya. Untuk mencegah sumbatan maka selang harus sering diurut dan dicegah tidak tertekuk.
8. Penggunaan alat pengisap dapat membantu pengeluaran cairan dan mencegah terjadinya sumbatan.
9. Apabila paru sudah berkembang sempurna maka undulasi akan berhenti.

### Indikasi pencabutan selang dada/WSD:

1. Sekresi serous, tidak hemoragis
  - Dewasa: jumlah kurang dari 100 cc/24 jam
  - Anak-anak: jumlah kurang dari 25-50 cc/24 jam
2. Paru-paru mengembang yang secara klinis ditandai dengan adanya suara paru kanan dan kiri.
3. Evaluasi dengan foto torak
4. Selang WSD tersumbat

Figure 5 : Three Bottle Suction System.

Bottle no. 3 can be omitted and suction applied to Bottle no. 2 instead.



#### Pleur-evac<sup>®</sup> A-7000/A-8000

- A Carrying Handle
- B High Negativity Relief Valve
- C High Negativity Float Valve and Relief Chamber
- D Collection Chamber
- E Patient Air Leak Meter (A-7000 only)
- F Calibrated Water Seal
- G Self-Sealing Diaphragm in Water Seal Chamber and Suction Control Chamber
- H Suction Control Chamber
- I Positive Pressure Relief Valve



Carilah referensi lain dengan berkaitan dengan WSD!

Lakukan perawatan WSD berdasarkan ceklist penilaian berikut!

#### **REFERENSI**

1. Chulay & Burn, 2006, AACN, *Essentials of Critical Care Nursing*, International Edition, Mc Graw Hill, USA
2. Instalasi Rawat Intensif, 2005, *Materi Pelatihan Keperawatan Intensif*, RS. dr. Sardjito Yogyakarta

## CHECKLIST KETERAMPILAN PERAWATAN WSD

Aspek yang di nilai	Nilai		
	0	1	2
<p><b>A. Tahap Pre Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cek catatan perawatan klien dan validasi kebutuhan perawatan selang dada</li> <li>2. Cuci tangan</li> <li>3. Siapkan alat-alat dan lingkungan klien</li> </ol> <p><b>B. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya</li> <li>2. Jelaskan tujuan tindakan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien/keluarga</li> </ol> <p><b>C. Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan</li> <li>2. Menanyakan keluhan utama</li> <li>3. Jaga privacy klien</li> <li>4. Atur posisi tidur klien semifowler dengan posisi kepala mengarah berlawanan dengan letak selang dada</li> <li>5. Gunakan sarung tangan dengan <b>prinsip bersih</b></li> <li>6. Letakkan alas perlak dan alasnya di bawah punggung pasien sesuai dengan letak selang dada (kiri/kanan)</li> <li>7. Periksa balutan luka pada insersi selang dada terhadap adanya rembesan cairan dan bunyi berdesis.</li> <li>8. Periksa alat WSD atau Continuous Suction yang digunakan. Yakinkan alat tersebut berfungsi dengan baik. SEGERA klem selang dada jika alat tak berfungsi dengan baik (rusak/pecah/cairan dalam botol tumpah)</li> <li>9. Periksa selang dada terhadap kebocoran terutama pada daerah konektor dan kemungkinan selang tertekuk/terpelintir. Cek produk drainase (warna, jumlah, dll)</li> <li>10. Anjurkan klien untuk latihan tarik napas panjang 5 kali</li> <li>11. Lakukan KLEM selang dada selama tindakan perawatan*</li> <li>12. Lepas balutan luka pada insersi selang dada, cek ulang adanya suara berdesis, buka sarung tangan</li> <li>13. Buka set steril, gunakan sarung tangan <b>STERIL*</b></li> <li>14. Lakukan desinfeksi dengan kasa betadin di bagian insersi dan selang dada sepanjang 8 – 10 cm, bersihkan dengan kassa kering kemudian tutup dengan kassa steril. (Hati-hati terhadap benang jahitan, jangan sampai tertarik simpulnya)</li> <li>15. Lakukan fiksasi selang dada dengan baik dan benar</li> <li>16. Ganti botol WSD dan cairan desinfektan jika diperlukan</li> <li>17. Buka klem selang dada dan yakinkan alat WSD berfungsi kembali</li> <li>18. Rapikan kembali alat-alat yang telah digunakan</li> <li>19. Rapikan klien dan atur posisi tidur semi fowler yang nyaman bagi klien dan anjurkan klien untuk tetap berlatih napas dalam</li> </ol> <p><b>D. Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil kegiatan</li> <li>2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</li> <li>3. Akhiri kegiatan</li> <li>4. Cuci tangan</li> </ol> <p><b>E. Dokumentasi</b></p>			

## TERAPI OKSIGEN

### Pengertian:

Terapi oksigen merupakan tindakan memberikan aliran gas lebih dari 20 % pada tekanan 1 atmosfir sehingga konsentrasi oksigen meningkat dalam darah.

### Tujuan:

1. Mempertahankan oksigen jaringan yang adekuat
2. Menurunkan kerja nafas
3. Menurunkan kerja jantung

### Indikasi:

1. Pada penurunan PaO<sub>2</sub> dengan gejala dan tanda hipoksia; dispnoe, takhipnoe, disorientasi, gelisah, apatis atau penurunan kesadaran, takikardia atau bradikardia dengan tekanan darah turun
2. Keadaan lain: gagal nafas akut, shok, keracunan CO<sub>2</sub>

## METODE PEMBERIAN OKSIGEN

### A. SISTEM ALIRAN RENDAH

1. Low flow low concentration
  - a. Kateter nasal
  - b. Kanul binasal
2. Low flow high concentration
  - a. Sungkup muka sederhana
  - b. Sungkup muka dengan kantong “rebreathing”
  - c. Sungkup muka dengan kantong “nonrebreathing”

### B. SISTEM ALIRAN TINGGI

1. High flow low concentration
  - a. Sungkup venturi
2. High flow high concentration
  - a. Head box
  - b. Sungkup CPAP

## **KATETER NASAL**

Memberikan oksigen secara kontinyu dengan aliran 1-3 L/mnt dengan konsentrasi 24 – 32 %. Dalamnya kateter dari hidung sampai pharing diukur dengan cara mengukur jarak dari telinga ke hidung.

Keuntungan:

- Pemberian oksigen stabil
- Pasien bebas bergerak, berbicara, makan atau minum
- Alat murah

Kerugian:

- Tidak dapat memberikan oksigen lebih dari 3 liter/menit
- Dapat terjadi iritasi selaput lendir nasopharing
- Kateter mudah tersumbat dengan sekret atau tertekuk
- Teknik memasukkan kateter agak sulit
- Pada aliran tinggi terdengar suara dari aliran oksigen pada nasopharing

## **KANUL NASAL**

Memberikan konsentrasi oksigen antara 24 – 44 % dengan aliran 1 6 liter/menit.

Konsentrasi oksigen akan naik 4% pada tiap kenaikan aliran 1 liter/ menit

Keuntungan:

- Pemberian oksigen stabil dengan tidal volume dan laju nafas teratur
- Baik diberikan dalam jangka waktu lama
- Pasien dapat bergerak bebas, makan, minum dan berbicara
- Efisien dan nyaman untuk pasien

Kerugian:

- Dapat menyebabkan iritasi pada hidung, bagian belakang telinga tempat tali binasal
- Konsentrasi oksigen akan berkurang jika pasien bernafas dengan mulut



### **SUNGKUP MUKA SEDERHANA**

- Merupakan sistem aliran rendah dengan hidung, nasopharing dan oropharing sebagai penyimpan anatomik.
- Aliran yang diberikan 5 – 8 liter/menit dengan konsentrasi oksigen 40 – 60 %



### **SUNGKUP MUKA DENGAN KANTONG “REBREATHING”**

- Aliran yang diberikan 8 – 12 liter/menit dengan konsentrasi 60 – 80 %
- Udara inspirasi sebagian bercampur dengan udara ekspirasi 1/3 bagian volume ekhalasi masuk ke kantong, 2/3 bagian volume ekhalasi melewati lubang pada bagian samping

### **SUNGKUP MUKA DENGAN KANTONG “NON REBREATHING”**

- Aliran yang diberikan 8 – 12 liter/menit dengan konsentrasi 80 – 100 %
- Udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi
- Tidak dipengaruhi oleh udara luar



### **SUNGKUP VENTURI**

- Memberikan aliran yang bervariasi dengan konsentrasi oksigen 24 – 50 %
- Dipakai pada pasien dengan tipe ventilasi tidak teratur

### KERUGIAN PADA PENGGUNAAN SUNGKUP

- Mengikat (sungkup harus terus melekat pada pipi/wajah pasien untuk mencegah kebocoran)
- Lembab
- Pasien tidak dapat makan, minum atau berbicara
- Dapat terjadi aspirasi jika pasien muntah, terutama pada pasien tidak sadar atau anak-anak

### PENGHITUNGAN KEBUTUHAN OKSIGEN

Dalam kondisi tertentu, terapi oksigen diperlukan. Jumlah aliran oksigen yang dibutuhkan dihitung menggunakan rumus sebagai berikut:

$$MV = TV \times RR$$

MV: Minute volume (pemberian O<sub>2</sub> per menit)

TV: Tidal Volume (500 cc)

RR: 16-24 x/menit

Pada klien yang menderita kelainan pernafasan karena infeksi atau yang lainnya, terdapat *dead space* pada paru. Dead space adalah ruang yang tidak bisa dimasuki Oksigen .

Perhitungan kebutuhan Oksigen menggunakan rumus sebagai berikut.

$$MV = (TV - (\text{dead space})) \times RR$$

Dead space: 150 cc

Pada pasien yang pernafasannya cepat dan dangkal

TV – 200 cc

Sedangkan pada pasien yang pernafasannya dalam dan lambar,

TV – 1000 cc

## PENGGUNAAN KANUL NASAL

No	Aspek yang Dievaluasi	Nilai		
		0	1	2
<b>TAHAP PRE INTERAKSI</b>				
1	Inspeksi adanya tanda dan gejala yang berubangan dengan hipoksia dan adanya sekresi di jalan nafas			
2	Jelaskan pada klien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan terapi oksigen			
3	Siapkan alat yang diperlukan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nasal kanul</li> <li>- Pipa Oksigen</li> <li>- Humidifier</li> <li>- Air destilasi steril</li> <li>- Tabung oksigen dengan flowmeter</li> <li>- Tanda “dilarang merokok”</li> </ul>			
<b>TAHAP KERJA</b>				
4	Cuci tangan			
5	Hubungkan nasal kanul ke pipa oksigen kemudian sambungkan dengan tabung humidifier .			
6	Letakkan ujung kanul ke lubang hidung dan atur selang sehingga rapi dan nyaman bagi pasien.			
7	Alirkan oksigen sesuai kebutuhan			
8	Cuci tangan			
9	Inspeksi keadaan klien terhadap berkurangnya hypoksia			
<b>TAHAP TERMINASI</b>				
10	Catat dalam catatan keperawatan mengenai pemberian oksigen, kecepatan aliran, keadaan kanul oksigen, respon pasien, dan hasil pengkajian pernafasan.			
	Observasi dilakukan setiap 8 jam meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pengecekan terhadap kanul</li> <li>- observasi kulit di sekitar pemasangan kanul dan lubang hidung</li> <li>- Pengecekan aliran oksigen dan order dokter</li> </ul>			

## PEMASANGAN NASAL/ KANUL NASAL

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
<b>TAHAP PRE INTERAKSI</b>				
1	Cuci Tangan			
2	Memberi tahu pasien			
<b>TAHAP KERJA</b>				
3	Isi gelas humidifier dengan water for irrigation setinggi batas yang tertera			
4	Menghubungkan flow meter dengan tabung oksigen/sentral oksigen			
5	Cek fungsi flow meter dan humidifier dengan memutar pengatur konsentrasi O <sub>2</sub> dan amati ada tidaknya gelembung udara dalam gelas flow meter			
6	Menghubungkan kateter nasal/kanul nasal dengan flow meter			
7	Alirkan Oksigen ke: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kateter nasal dengan aliran antara 1-6 liter / menit</li> <li>- Kanule nasal dengan aliran antara 1-6 liter per menit</li> </ul>			
8	Cek aliran kateter nasal/kanul nasal dengan menggunakan punggung tangan untuk mengetahui ada tidaknya aliran oksigen			
9	Olesi ujung kateter nasal/kanul nasal dengan jelly sebelum dipakai ke pasien			
10	Pasang kateter nasal/kanul nasal pada klien			
11	Tanyakan pada klien apakah oksigen telah mengalir sesuai yang diinginkan			
<b>TAHAP TERMINASI</b>				
12	Cuci tangan			
13	Rapihkan peralatan kembali			
14	Dokumentasikan pada status klien			



## ORAL HYGIENE

Oleh:

**Falasifah Ani Yuniarti, S.Kep., Ns., MAN., HNC**  
**Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS., HNC**

### A. PERAWATAN MULUT

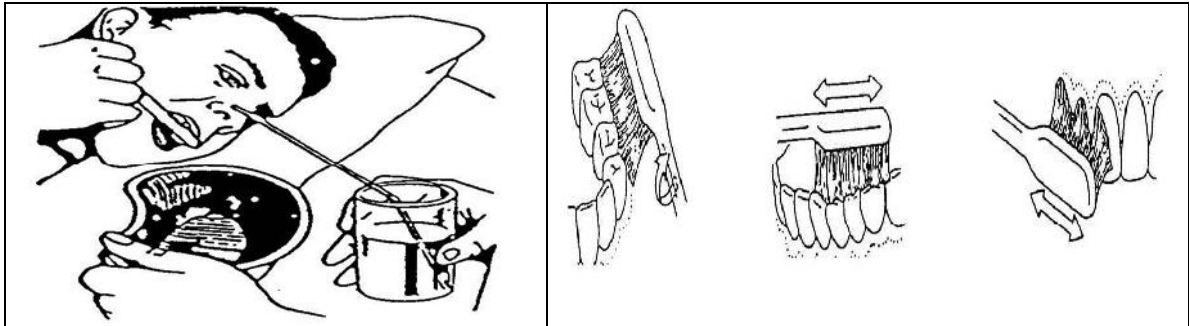
Klien dengan penurunan tingkat kesadaran memberikan masalah khusus bagi perawat dalam hal perawatan mulut. Banyak klien dengan penurunan tingkat kesadaran mengalami penurunan atau tak adanya refleks gag. Sehingga sekret cenderung terakumulasi didalam mulut, meningkatkan aspirasi. Klien dengan penyakit kritis sering memerlukan jalan nafas buatan dan/atau selang nasogastrik. Alat ini dapat menyebabkan iritasi pada struktur mukosal mulut yang sensitif. Klien tak sadar akan memerlukan perawatan mulut yang sering untuk menjaga agar mukosa mulut terhidrasi dengan baik dan utuh.

Mulut yang sehat meliputi kebersihannya, kenyamanan dan kelembabannya. Perawatan mulut bertujuan mencegah mulut dari penyakit dan kerusakan gigi. Klien yang dirawat lama dirumah sakit jarang sekali mendapatkan perawat kebersihan mulut yang optimal. Idealnya klien seharusnya merawat mulut secara rutin setiap kali sesudah makan, mandi dan bangun tidur. Namun tidak semua klien mampu untuk melakukan perawatan mulut pada saat dia berada di rumah sakit, sehingga ada klien yang harus dibantu dalam perawatan mulut.

Perawatan mulut diperlukan pada klien yang mendapatkan oksigenasi dan Naso Gastric Tube (NGT), demikian juga pada klien yang lama tidak menggunakan mulut. Pada klien yang tidak mampu melakukan perawatan mulut secara mandiri inilah yang harus mendapatkan bantuan dari perawat. Klien yang tidak sadarkan diri memerlukan bantuan penuh dari perawat untuk merawat mulutnya. Pada kondisi ini klien menggunakan mulut untuk bernafas dan tidak memakan apapun dengan mulutnya, sehingga bakteri, sisa-sisa dari mukosa dan sekresi lain berkumpul di mulut, gigi dan bibir.

Secara umum, membersihkan gigi dan mulut sebaiknya dilakukan sedikitnya 4 kali sehari (setelah makan dan sebelum tidur) adalah dasar program oral hygiene yang efektif. Bantuan yang diberikan perawat dalam pemenuhan kebutuhan oral hygiene tergantung pada kebutuhan pasien, beberapa pasien dapat melakukan sendiri dan hanya membutuhkan sedikit bantuan perawat, terutama untuk memastikan bahwa gerakan

menyikat gigi dilakukan dengan benar, sedang lainnya memerlukan perawat untuk membantu pasien secara total.

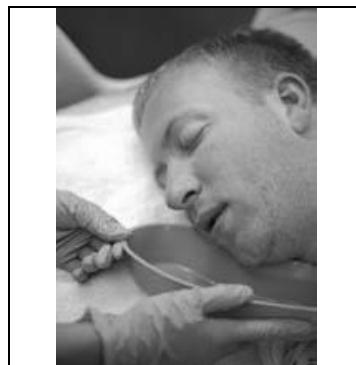


### Kewaspadaan Perawat

Untuk memastikan sekret didalam faring klien tidak teraspirasi, akan sangat membantu bila meminta perawat kedua untuk melakukan penghisapan. Hindari penggunaan swab gliserin lemon, yang dapat menyebabkan kering pada mukosa dan kehilangan email gigi.

Beberapa klien memerlukan metode perawatan mulut dan gigi khusus karena tingkat ketergantungan mereka pada perawat atau adanya masalah sukrosa mulut

- a. Klien tidak sadar. Klien ini lebih rentan terkena kekeringan sekresi air liur pada mukosa yang tebal karena mereka tidak mampu untuk makan atau minum, sering bernafas melalui mulut, dan seringkali memperoleh terapi oksigen. Klien ini juga tidak dapat menelan sekresi air liur yang mengumpul dalam mulut. Sekresi ini sering terdiri dari bakteri gram-negatif yang menyebabkan pneumonia jika terhirup kedalam paru-paru. Perawat harus mencegah kemungkinan terjadinya aspirasi dan obstruksi saluran nafas. Posisi kepala klien harus diposisikan miring pada sisi yang dekat dengan perawat dan pembilasan serta penghisapan berulang sangat penting untuk dilakukan.



Posisi Kepala Saat Melakukan Oral Hygiene

- b. Klien beresiko stomatitis. Kemoterapi, radiasi, dan intubasi selang nasogastrik dapat menyebabkan stomatitis. Klien harus mencuci mulut mereka sebelum dan sesudah makan dengan larutan yang mengandung 0,5 sampai 1 sendok teh garam atau baking sode dalam 1 gelas air.
- c. Klien diabetes. Pasien dengan diabetes perlu melakukan kunjungan untuk memeriksakan kondisi mulutnya setiap 3-4 bulan sekali. Pada pasien dengan diabetes, perawat harus melakukan oral hygiene dengan hati-hati untuk meminimalkan iritasi dan trauma.
- d. Klien infeksi mulut. Saat melakukan oral hygiene, perawat harus mengkaji adanya tanda-tanda infeksi seperti ulserasi yang tertutupi, merah, kering, lidah yang bengkak, halitosis, dan lidah yang berselaput.

### **Kewaspadaan Geriatri**

Dalam proses penuaan terdapat penurunan vaskularisasi gusi. Pada orang lansia gigi mungkin rapuh, lebih kering, dan lebih gelap warnanya. Bila kebersihan gigi tidak dipertahankan, inflamasi dan pembengkakan jaringan periodental dapat terjadi lebih mudah.

### **B. PERAWATAN MULUT DALAM ISLAM**

Gigi termasuk nikmat Allah yang perlu disyukuri digunakan untuk memakan yang halal, dan perlu dijaga kebersihannya dengan melakukan siwak (gosok gigi), dan dikala sakit perlu diobati, ada kalanya karena sudah tidak bisa diobati lagi dan kalau dibiarkan akan membawa dampak negatif, maka perlu dicabut. Untuk menjaga kerapian gigi yang lain atau untuk menjaga kesehatan mulut dan dapat berbicara dengan terang ataupun dapat membaca Al Qur'an dengan baik. Orang yang giginya banyak yang rusak kemudian dicabut dan diganti dengan gigi imitasi (tiruan) dengan niat baik dan berobat tidak bertentangan dengan ajaran Islam.

### CHECK LIST ORAL HYGIENE

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
		Actual (RxCxD)	Max Score							
Pra Interaksi	1. Baca catatan keperawatan atau catatan medis	0	1				3	1		3
	2. Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1				2	1		2
	3. Persiapkan diri	0	1				2	1		2
	4. Persiapkan alat: 1. Larutan pencuci mulut/larutan antiseptik 2. Tangle spatel 3. Sarung tangan bersih 4. Handuk wajah 5. Basin/waskom 6. Tissue 7. Gelas dengan air 8. Bengkok 9. Jelly/vaselin 10. Handuk 11. Perlak 12. Kassa bulat 13. Kom kassa 14. Klem arteri 15. Selang suction	0	1				3	1		3
Orientasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2			1	1		2
	2. <b>Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien</b>	0	1	2			3	1		6
	3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga	0	1	2			2	1		4
	4. Kontrak waktu	0	1				1	1		1
	5. Beri kesempatan pasien 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

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
		Actual (RxCxD)	Max Score							
	8. Jaga privacy pasien, tutup tirai/pintu	0	1				2	1		2
Kerja	1. <b>Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i>)</b>	0	1				3	1		3
	2. Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1				2	1		2
	3. <b>Kenakan sarung tangan bersih</b>	0	1				3	1		3
	4. Tinggikan tempat tidur pada ketinggian horisontal paling tinggi	0	1				3	3		9
	5. Turunkan pembatas tempat tidur pada sisi perawat	0	1				2	1		2
	6. Posisikan klien pada sisi dekat perawat	0	1				2	1		2
	7. Letakkan handuk dibawah wajah klien dan bengkok dibawah dagunya	0	1	2			2	2		8
	8. Dengan hati-hati regangkan gigi atas dan bawah klien dengan tongue spatel, secara cepat tapi lembut, diantara molar belakang. Sisipkan bila klien relaks, bila memungkinkan	0	1				3	3		9
	9. Bersihkan mulut klien dengan menggunakan kassa bulat yang dibasahi dengan pencuci mulut atau air. Lakukan suction sesuai kebutuhan selama pembersihan	0	1				3	3		9
	10. Bersihkan	0	1	2			3	3		18

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
									Actual (RxCxD)	Max Score
	permukaan pengunyah dan permukaan dalam pertama. Ulangi sesuai kebutuhan									
	11. Gosok atap mulut dan bagian dalam pipi dan bibir. Ulangi sesuai kebutuhan	0	1	2			3	3		18
	12. Gosok lidah tetapi hindari menyebabkan refleks gag bila ada. Ulangi sesuai kebutuhan	0	1				3	3		9
	13. Berikan jeli petroleum/vaseline pada bibir klien	0	1				3	2		6
	14. Bantu klien tidur dengan posisi yang nyaman	0	1				2	2		4
	15. <b>Naikkan pembatas tempat tidur (side rail)</b>	0	1				3	3		9
	16. Observasi keadaan pasien	0	1				2	1		2
	17. Bereskan alat	0	1				1	1		1
	18. Lepaskan sarung tangan	0	1				2	1		2
	19. Baca hamdalah setelah melakukan tindakan	0	1				1	1		1
	20. <b>Cuci tangan setelah tindakan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i>)</b>	0	1				3	1		3
Terminasi	1. Simpulkan hasil kegiatan	0	1				1	1		1
	2. Evaluasi respon pasien	0	1				2	1		2
	3. Evaluasi: a. Kebersihan mulut dan gigi	0	1	2	3	4	2	1		8

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
									Actual (RxCxD)	Max Score
	b. Bau yang ditimbulkan c. Masalah terkait mulut dan gigi d. Kenyamanan pasien									
	4. Berikan pendidikan kesehatan singkat untuk menjaga kebersihan mulut dan gigi	0	1				2	1	2	
	5. Doakan kesembuhan pasien dengan membaca Syafakallah untuk pasien laki-laki dan Syafakillah untuk pasien perempuan	0	1				2	2	4	
	6. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1				1	1	1	
Dokumenta si	1. Nama & umur pasien atau nama & alamat pasien	0	1				2	1	4	
	2. Diagnosis keperawatan	0	1				2	1	2	
	3. Tindakan keperawatan yang dilakukan	0	1				1	1	1	
	4. Respon klien	0	1				1	1	1	
	5. Evaluasi hasil tindakan/temuan saat melakukan tindakan a. Kebersihan mulut dan gigi b. Bau yang ditimbulkan c. Masalah terkait mulut dan gigi d. Kenyamanan pasien	0	1	2	3	4		2	2	16
	6. Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2				1	1	2

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C	D	Score	
		0	1	2			1, 2, 3	1, 2, 3	Actual (RxCxD)	Max Score
7.	Nama dan TTD perawat	0	1	2			1	1		2

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Actual Score}}{\text{Max Score}} \times 100 = \frac{\text{Actual Score}}{195} \times 100 = \dots\dots\dots$$

Nilai batas lulus  $\geq 75$

**Keterangan :**

**Raw Score:**

- 0 – Tidak dilakukan
- 1 – Melakukan 1
- 2 – Melakukan 2
- 3 – Melakukan 3
- 4 – Melakukan 4
- 5 – Melakukan 5

**Critically Level (C)**

- 1 – Kurang kritikal
- 2 – Kritikal
- 3 – Sangat kritikal

**Difficulty Level (D)**

- 1 – Kurang sulit
- 2 – Sulit
- 3 – Sangat sulit



## **MEMANDIKAN PASIEN**

**Oleh:**

Falasifah Ani Yuniarti, S.Kep., Ns., MAN., HNC

Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS., HNC

### **Memandikan dan Mandi Janabat**

Perawat memberikan bantuan kepada pasien dalam memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya, perawat didorong agar dapat membantu melakukannya dengan bantuan seperlunya dari perawat. Meskipun perawat merencanakan untuk melakukan bed bath, namun ada bagian dari prosedur ini yang dapat dilakukan oleh pasien sendiri, sehingga hal ini dapat mendorong kemandirian pasien. Perawat harus memandirikan pasien dan mendorong pasien dapat melakukan mandi sendiri.

Faktor latar belakang budaya pasien juga perlu diperhatikan dalam memberikan asuhan keperawatan.

### **Prosedur Umum Dalam Pemberian Kebutuhan Personal Hygiene**

#### **A. Pengkajian**

1. Lihat kembali catatan keperawatan dan rencana untuk perawatan serta kemungkinan keterlibatan pasien dalam mengikuti prosedur.
2. Kaji pasien untuk mengetahui adanya prioritas lain yang lebih penting daripada kebersihan diri.
3. Lihat dan cek kembali peralatan yang diperlukan.

#### **B. Analisis**

1. Berfikir kritis mengenai data yang sudah diperoleh serta kaitannya dengan data yang lain.
2. Identifikasi masalah yang spesifik dan modifikasi prosedur untuk pasien yang bersangkutan.

#### **C. Perencanaan**

1. Tetapkan tujuan rencana keperawatan yang sesuai dengan kebersihan diri.
2. Rencanakan prosedur dengan memperhatikan:
  - Kebutuhan jenis kebersihan diri yang diperlukan
  - Bahan atau alat-alat yang diperlukan
  - Jenis bantuan yang diperlukan

## MEMANDIKAN PASIEN DI ATAS TEMPAT TIDUR

Perawat memberikan bantuan kepada pasien dalam memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya, perawat didorong agar dapat membantu melakukannya dengan bantuan seperlunya dari perawat. Meskipun perawat merencanakan untuk melakukan bed bath, namun ada bagian dari prosedur ini yang dapat dilakukan oleh pasien sendiri, sehingga hal ini dapat mendorong kemandirian pasien. Faktor latar belakang budaya pasien juga perlu diperhatikan dalam memberikan asuhan keperawatan. Prinsip dalam memandikan adalah dengan memandikan dari kepala ke kaki, dari tempat yang bersih ke tempat yang kotor.

Tujuan memandikan pasien adalah:

1. Membersihkan kulit. Pembersihan kulit dapat mengurangi keringat, beberapa bakteri, sebum, dan sel kulit mati, yang meminimalkan iritasi kulit dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.
2. Stimulasi sirkulasi. Sirkulasi yang baik ditingkatkan melalui penggunaan air hangat dan usapan yang lembut pada ekstremitas
3. Peningkatan citra diri. Mandi meningkatkan relaksasi dan perasaan segar kembali dan kenyamanan.
4. Pengurangan bau badan. Sekresi keringat yang berlebihan dari kelenjar apokrin berlokasi di area aksila dan pubis menyebabkan bau badan yang tidak menyenangkan. Mandi dan penggunaan deodoran meminimalkan bau
5. Peningkatan rentang gerak. Gerakan ekstremitas selama mandi mempertahankan fungsi sendi.

Tipe mandi terapeutik:

1. Mandi bak air panas. Perendaman dengan air panas membantu mengurangi kesakitan dan kejang otot. Bagaimanapun, hal ini menyebabkan terjadinya kemungkinan luka bakar, sehingga perawat harus memperhatikan suhu yang digunakan untuk mandi air panas ini. Suhu air harus dijaga antara 45-46°C untuk pasien dewasa.
2. Mandi bak air hangat. Mandi dengan air hangat dapat mengurangi resiko kejang otot. Suhu air yang digunakan antara 43°C
3. Mandi bak air dingin. Mandi dengan air hangat-hangat kuku dapat membantu suhu badan lebih rendah pada kasus suhu badan anak lebih dari 40°C. Suhu air yang digunakan pada mandi ini adalah sekitar 37°C untuk menghindari kedinginan dan meningkatkan pendinginan yang lambat, yang menghindari fluktuasi suhu. Tipe mandi ini dapat efektif dalam mengurangi suhu badan anak kecil. Mulai dengan air

hangat dan secara bertahap tambahkan air dingin sampai suhu 37°C dicapai untuk membiasakan anak pada suhu rendah. Anak ditempatkan dalam bak ketika air disiram diatas punggung dan dada selama 30 menit.

4. Berendam. Aplikasi lokal air atau larutan medikasi dapat menghapus jaringan yang mati atau melembutkan sekresi yang mengeras. Teknik aseptik perlu ketika membersihkan yang terbuka atau menggosok daerah kulit. Berendam juga berguna dalam mengurangi nyeri dan bengkak dari permukaan kulit yang meradang atau iritasi.
5. Rendam duduk. Rendam duduk ini membersihkan dan mengurangi inflamasi area perineal dan anal klien yang telah menjalani operasi rektal atau vaginal atau melahirkan atau yang memiliki iritasi rektal lokal dari hemoroid atau fisur. Temperatur air tergantung pada kondisi klien tetapi harus 43°C hingga 45°C. Mandi duduk air dingin lebih efektif dalam mengurangi nyeri periode post partum.

## **PROSEDUR MEMANDIKAN PASIEN DI ATAS TEMPAT TIDUR**

### **Peralatan**

Perawat harus memastikan semua alat yang dibutuhkan telah tersedia. Jika perawat akan meninggalkan pasien di tempat tidur untuk keperluan mengambil alat yang kurang atau belum tersedia, maka perawat harus memastikan bahwa pasien tidak dalam resiko cedera misalnya jatuh.

### **Perhatian Khusus**

Terdapat beberapa area yang harus diperhatikan perawat ketika memandikan pasien untuk menjaga pasien tetap sehat dan merasa nyaman. Jika terdapat luka, kemerahan, kulit yang kering, luka atau pressure ulcer, perawat harus berhati-hati dan memastikan tidak terjadi kerusakan lebih lanjut di area yang luka. Perawat juga harus mengevaluasi adanya kelainan pada kulit dan mendokumentasikan hasil temuannya pada catatan keperawatan.

Pada pasien yang perlu dimandikan mungkin terpasang IV line, drain, dressing luka, akses arteri, dan sebagainya. Perawat harus dengan sangat hati-hati membersihkan area tersebut untuk menurunkan resiko infeksi dan mencegah terganggunya aliran pada selang-selang yang terpasang.

Perhatian penting juga harus diberikan pada pasien yang mengalami nyeri atau ketidaknyamanan saat bergerak, misalnya pada pasien post-operasi. Perawat harus memastikan bahwa pergerakan yang kurang perlu dapat diminimalisir dan mungkin perlu kolaborasi untuk pemberian analgesik sebelum dimandikan. Perhatian extra juga harus

diberikan pada pasien yang mengalami ketidakstabilan hemodinamik, contohnya pasien dengan gangguan fungsi jantung.

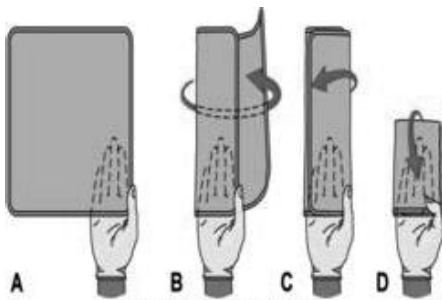
Penggunaan waslap disposable sangat dianjurkan. Hal itu untuk mencegah resiko infeksi akibat tumbuhnya mikroorganisme yang tumbuh di waslap. Penggunaan waslap berulang terutama pada area axila, genital, pantat, anal, dan perineal tanpa menjaga kebersihannya dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi.

Linen yang kotor dan terkontaminasi harus segera diganti sesuai ketentuan tempat bekerja. Sarung tangan disposable dan baju kerja (apron) harus digunakan perawat sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan misalnya untuk mencegah kontaminasi *Clostridium difficile*. Perawat harus memastikan bahwa dia menggunakan universal precaution selama prosedur memandikan dilakukan.

Air untuk memandikan harus diganti setiap saat jika air telah menjadi kotor, dingin, terlalu banyak sabun, dan harus selalu diganti setelah membersihkan genitalia, pantat, dan area anal. Temperatur air harus selalu dicek oleh perawat sebelum memandikan pasien agar air tidak terlalu panas/dingin. Temperatur air harus disesuaikan dengan keinginan atau kebiasaan pasien, atau berdasarkan standar di tempat bekerja.

Selama proses memandikan, perawat dapat memberikan gosokan atau pijatan punggung. Hal ini dapat menstimulasi sirkulasi kulit. Selama gosokan atau pijatan punggung, perawat dapat mengkaji kondisi kulit klien.

### Prosedur Memandikan Pasien Dewasa



1. Cara Melipat Waslap



2. Cara Membersihkan Mata



3. Membersihkan Lengan dan Axila



4. Membersihkan Dada



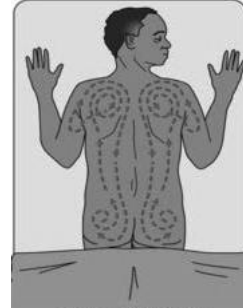
**5. Membersihkan Perut**



**6. Membersihkan Kaki**



**7. Membersihkan Punggung**



**8. Gosokan/Pijatan Punggung**

### **9. Membersihkan Pantat dan Anus**

#### **10a. Membersihkan Perineum Laki-Laki**

#### **10b. Membersihkan Perineum Wanita**

### **MEMANDIKAN BAYI**

Bayi dapat dimandikan dengan cara yang sama seperti memandikan orang dewasa. Meskipun demikian, perawat harus memperhatikan kemungkinan terjadinya hipotermi pada bayi karena mekanisme kontrol temperatur bayi masih belum matang. Pemaparan

tubuh bayi yang lama menyebabkan pendinginan yang cepat. Jika perawat akan memberikan mandi spons pada bayi, maka bagian tubuh bayi harus tertutupi sebanyak mungkin. Jika bayi akan dimandikan di bak, perawat harus bekerja dengan cepat dan memastikan suhu air cukup hangat untuk mencegah kedinginan. Mandi pada bayi dapat dilakukan dengan sponge bath atau memandikan tanpa dicelupkan ke dalam bak. Prosedur yang kedua yaitu dengan memandikan di dalam bak. Pemandikan didalam bak dilakukan setelah umbilical bayi terlepas. Sebelum umbilical lepas, bayi cukup dimandikan dengan sponge bath.

### PROSEDUR MEMANDIKAN BAYI

1. Persiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan untuk memandikan bayi: handuk, waslap, kapas, popok bersih, dan pakaian bersih. Letakkan semua peralatan dekat dengan bak mandi. Bentangkan handuk di samping bak mandi untuk mengeringkan tubuh bayi
2. Masukkan air dingin terlebih dahulu dalam bak, lalu tambahkan air hangat sedikit demi sedikit hingga terasa hangat. Tes suhu air dengan menggunakan pergelangan tangan. Seharusnya tidak terasa panas di kulit. Suhu yang dianjurkan adalah sekitar 36°C. Tinggi air sekitar 5 cm dari dasar bak
3. Jika air telah siap, lepas pakaian bayi. Sebelum bayi dicelupkan kedalam bak mandi, celupkan tangan perawat pada air dan usapkan pada ujung kaki dan tangan bayi untuk beradaptasi. Dukung bayi dengan memastikan bagian kepala, leher dan bahu tersangga dengan aman, demikian juga bagian punggung dan pantat. Secara pelan pelan, masukkan bayi ke dalam bak
4. Bersihkan mata bayi dengan kapas yang dibasahi air hangat dari arah kantung dalam ke luar. Jika ada kotoran di mata yang mengering, maka berikan waktu lebih lama untuk membersihkan mata agar kotoran menjadi lunak
5. Cuci rambut bayi dengan cara melerakkan bayi di dalam bak dengan satu tangan menyangga bagian kepala, leher, dan bahu bayi, lalu percikkan air di atas kepala untuk membasahi rambut. Shampoo tidak perlu digunakan pada bayi baru lahir.
6. Gunakan waslap secara lembut untuk membersihkan bawah bayi, kemudian bagian leher dan tubuli. Bersihkan area genital dan pantat terakhir kali. Jika bayi BAB sebelum dimandikan, sebelumnya bersihkan sisa kotoran pada bayi.

## MANDI JANABAT

Mandi janabat diwajibkan pada siapapun yang:

1. Mengeluarkan mani atau berhubungan suami istri. Jika seseorang junub, maka seseorang wajib mandi janabat. Hal ini berdasarkan QS Al-Maidah:6 yang menyatakan”Dan jika kamu junub, maka bersuci (mandilah) kamu. Selain itu terdapat hadis: “Sesungguhnya air itu dari air” (diriwayatkan oleh Muslim dan Abu Sa’id Khudri). Hadis lain dari Ali r.a. yang berkata: “Adalah aky seorang yang sering mengeluarkan madzi, maka aku bertanya kepada Nabi s.a.w., maka jawabnya:”Keluar madzi, harus wudhu, dan keluar mani, mandi (Diriwayatkan oleh Ahmad, Ibnu Majah, dan Tirmidzi). Hadis dari Ummi Salamah yang tersebut dalam Bukhari Muslim berkata:”Hai Rasulullah s.a.w., sungguh Tuhan tidak malu dari barang hak, adakah wajib mandi bagi wanita kalau mimpi?”, Beliau s.a.w. menjawab:”Ya, kalau melihat mani”. Menurut hadis lain, disebutkan apabila seorang bersetubuh, mala wajiblah mandi (Diriwayatkan oleh Bukhari, Muslim dan lain-lainnya dari Abu Hurairah).
2. Akan menghadiri sholat Jum’at. Hadis Ibnu ‘Umar pada riwayat Muslim, bersabda Rasulullah s.a.w.:”Apabila salah seorang dari kamu sekalian akan menghadiri shalat Jum’at, maka hendaklah mandi.
3. Setelah selesai haid atau nifas. Yang menunjukkan wajib mandi setelah haid atau nifas adalah nash dari Al-Qur’an surat Al-Baqarah : 222: yang artinya:”Dan janganlah kamu mendekat istri (yang sedang haid) sehingga bersuci, dan apabila sudah bersuci (mandi)...”. Hadis lain dari ‘Aisyah r.a. bahwa Fathimah binti Abi Hubaisj “berair merah” (istihadhah), lalu menanyakan kepada Nabi s.a.w., maka beliau s.a.w. bersabda:”Itulah darah penyakit, bukan haid. Kalau kau berhaid, maka tinggalkanlah sholat dan kalau sudah selesai maka mandilah, lalu shalatlah” (Diriwayatkan oleh Bukhari).

Berikut tata cara mandi janabat:

1. Membasuh (mencuci) kedua tangan
2. Berniat untuk mandi janabat
3. Membasuh kemaluan dengan tangan kiri dan menggosok tangan pada tanah atau apa yang menjadi penggantinya
4. Berwudhu
5. Mengambil air dan memasukkan jari-jari pada pokok rambut dengan sedikit wangi-wangian dengan terlebih dahulu melepas ikatan rambut
6. Memulai pada sisi sebelah kanan

7. Menuangkan air ke atas kepala sebanyak 3 kali lalu meratakan pada seluruh badan
8. Menggosok
9. Membasuh (mencuci) kedua kaki dengan mendahulukan sebelah kanan daripada yang kiri
10. Tidak berlebih-lebihan dalam menggunakan air

Jika pasien dalam kondisi yang lemah dan tidak memungkinkan untuk mandi janabat sementara pasien harus mandi janabat, maka pasien bisa melakukan tayamum. Tayamum dilakukan jika seseorang berhalangan menggunakan air karena sakit atau khawatir mendapat kemudharatan, atau sedang bepergian kemudian tidak mendapat air. Tayamum dilakukan dengan menggunakan debu yang baik untuk mengganti wudhu dan mandi. Tata cara tayamum adalah sebagai berikut:

1. Letakkan kedua telapak tangan ke tanah lalu tiuplah keduanya
2. Dengan ikhlas niatkan karena Allah
3. Bacalah Bismillahirrahmanirrahim
4. Usapkan kedua tangan pada muka dan kedua telapak tangan

### **MENGHILANGKAN NAJIS**

Dalam merawat pasien, perawat akan sering kontak dengan benda benda najis. Apabila terkena najis, misalnya darah haid, maka hendaknya yang terkena najis dibasuh dengan air yang suci dengan menggosok dan menghilangkannya sehingga hilanglah sifat-sifatnya dari rupa, bau, dan rasanya. Tidak mengapa tertinggal bekas salah satu sifat najis tadi dan untuk menghilangkan najis kencing anak laki-laki yang masih kecil yang belum memakan makanan, perciki dengan air sampai basah. Apabila terkena air liur anjing, cucilah sebanya 7 kali dan salah satunya dengan debu bersih. Perawat juga harus membantu pasien bersuci dari hadas dengan beristinja'. Beristinja' dapat dilakukan dengan air atau dengan tiga batu atau lainnya, yang bukan tulang atau kotoran. Dalam hal ini, perawat juga dapat menggunakan tisu basah untuk membantu pasien beristinja'.

Sebagai perawat profesional yang Islami, perawat wajib memenuhi kebutuhan pasien dalam thoharoh agar pasien dapat tetap beribadan dengan kaffah dan khusyu'.



### CHECK LIST MEMANDIKAN PASIEN DI TEMPAT TIDUR

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score		
		Actual (RxCxD)	Max Score								
Pra Interaksi	1. Baca catatan keperawatan atau catatan medis	0	1					3	1		3
	2. Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1					2	1		2
	3. Persiapkan diri	0	1					2	1		2
	4. Persiapkan alat (mahasiswa melaporkan telah menyiapkan alat): 1. Sabun mandi 2. Sabun muka (jika perlu) 3. Sarung tangan bersih 4. Handuk 5. Ember 6. Gayung 7. Perlak 8. Slimut mandi 9. Sisir 10. Alat cukur 11. Washlap	0	1					3	1		3
Orientasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1	1		2
	2. <b>Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien</b>	0	1	2				3	1		6
	3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga	0	1	2				2	1		4
	4. Kontrak waktu	0	1					1	1		1
	5. Beri kesempatan pasien 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 pasien, tutup tirai/pintu	0	1					2	1		2
Kerja	1. <b>Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)</b>	0	1					3	1		3
	2. Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1					2	1		2
	3. <b>Kenakan sarung tangan bersih</b>	0	1					3	1		3
	4. Tutup pasien dengan selimut mandi	0	1					2	1		2
	5. Isi baskom dengan air hangat untuk mandi	0	1					1	1		1
	6. Cek temperature air dengan tangan perawat	0	1					2	1		2
	7. Posisikan pasien untuk mandi, biasanya supinasi, semifowler	0	1					2	1		2

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5						C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
		Actual (RxCxD)		Max Score							
	atau fowler										
8.	Turunkan pembatas tempat tidur ( <i>side rail</i> ) di sisi perawat	0	1					2	1		2
9.	Lepas baju pasien dan jaga pasien agar tetap tertutup selimut mandi	0	1	2				1	1		2
10.	Bentangkan handuk di dada pasien	0	1					2	1		2
11.	Kenakan washlap	0	1					2	1		2
12.	Tanpa menggunakan sabun, bersihkan mata pasien dari kantung dalam ke kantung luar	0	1	2				2	2		8
13.	Bersihkan wajah dan leher pasien 1) awarkan penggunaan sabun 2) eri tekanan yang halus saat membersihkan muka 3) unakan sabun untuk membersihkan telinga dan leher 4) ersihkan sisa sabun menggunakan waslap pada bagian muka, telinga, dan leher	0	1	2	3	4		3	3		36
14.	Bersihkan kedua tangan dan aksila: 1) Angkat tangan pasien yang jauh dari perawat, letakkan handuk di bawahnya 2) Gunakan gosokan yang panjang kearah pusat tubuh 3) Bersihkan tangan, jari-jari sampai aksila menggunakan sabun 4) Sokong pada bagian pergelangan tangan dan siku 5) Bersihkan sisa sabun menggunakan waslap dan keringkan <b>*Ulangi untuk tangan, jari-jari dan aksila yang dekat dengan sisi perawat</b>	0	1	2	3	4	5	3	3		45
15.	Bersihkan dada: 1) Letakkan handuk diatas dada pasien & lipat selimut mandi kebawah hingga pinggang 2) Bersihkan dada menggunakan sabun	0	1	2	3	4	5	3	3		45

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5						C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
										Actual (RxCxD)	Max Score
	3) Bersihkan sisa sabun menggunakan waslap dan keringkan dada pasien 4) Tetap jaga privacy dengan handuk diantara pencucian dan pembilasan. 5) Berikan perhatian pada daerah dibawah payudara (pada pasien perempuan)										
16.	Bersihkan perut: 1) Lipat selimut mandi hingga tulang pubic & handuk tetap diatas dada. 2) Bersihkan area perut menggunakan sabun 3) Bersihkan sisa sabun menggunakan waslap dan keringkan bagian perut ke bawah 4) Perhatikan daerah umbilikus 5) Tanggalkan handuk dan ganti dengan selimut mandi di atas dada dan lengan	0	1	2	3	4	5	3	3		45
17.	Bersihkan kedua kaki: 1) Lepas selimut mandi dari kaki yang jauh dari perawat 2) Letakkan handuk secara memanjang dibawah kaki 3) Lipat dan pegang kaki di lututnya, 4) Bersihkan kaki ke arah pusat tubuh menggunakan sabun 5) Bersihkan sisa sabun menggunakan waslap dan keringkan <b>*Ulangi untuk kaki yang dekat dengan sisi perawat</b>	0	1	2	3	4	5	3	3		45
18.	Bersihkan kedua jari-jari kaki: 1) Letakkan handuk di kaki pasien yang dekat dengan perawat 2) Bersihkan kedua jari-jari kaki menggunakan sabun 3) Bersihkan sisa sabun menggunakan waslap dan keringkan jari-jari kaki, beri perhatian pada sela-sela jari <b>*Ulangi untuk jari-jari kaki yang dekat dengan sisi perawat</b>	0	1	2	3	4	5	3	3		45
19.	Ganti air mandi bila diperlukan,	0	1					2	2		4

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
									Actual (RxCxD)	Max Score
	sesegera mungkin. Tutup pembatas tempat tidur saat Anda meninggalkan pasien. (Mahasiswa bisa melaporkan telah mengganti air mandi).									
20.	Bersihkan punggung: 1) Bantu pasien untuk miring membelakangi Anda. Bila pasien mampu boleh ditelungkupkan 2) Letakkan handuk secara memanjang dari punggung hingga pantat 3) Jaga agar pasien tertutup selimut dan punggung terlihat 4) Bersihkan punggung menggunakan sabun dan berikan tekanan/pijatan di area punggung 5) Bersihkan sisa sabun menggunakan waslap dan keringkan dari leher hingga punggung dengan menggunakan usapan panjang bertekanan	0	1	2	3	4	5	3	3	45
21.	Bersihkan pantat: 1) Cuci daerah pantat 2) Bersihkan sisa sabun menggunakan waslap dan keringkan 3) Perhatikan daerah sacral (tulang ekor) dan lipatan gluteal, perhatikan jika ada kemerahan atau luka 4) Lepas sarung tangan dan buang. Kenakan sarung tangan bersih yang baru	0	1	2	3	4		3	3	36
22.	Ganti air mandi sesegera mungkin. Tutup pembatas tempat tidur saat Anda meninggalkan pasien. (Mahasiswa bisa melaporkan telah mengganti air mandi)	0	1					2	2	4
23.	Bersihkan perineum: 1) Bantu pasien ke posisi telentang untuk membersihkan daerah perineum 2) Bila pasien tidak dapat melakukannya sendiri, cuci	0	1	2	3			3	3	27

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score		
									Actual (RxCxD)	Max Score	
	perineal dari depan ke belakang, dari labia mayora, labia minora, lalu ke meatus urethra. Gunakan hanya satu arah. 3) Keringkan. <b>* Bila pasien dapat melakukannya sendiri, bantu pasien untuk menyediakan alat yang diperlukan di tempat yang dapat diraih, berikan privasi. Siapkan air bersih untuk mencuci tangan setelah membersihkan perineum mandiri.</b>										
	24. Bantu pasien untuk menggunakan deodoran dan memakai pakaian, tawarkan penggunaan lotion ke pasien	0	1				2	1		2	
	25. Sisiri rambut pasien	0	1				2	1		2	
	26. Ganti pengalas atau alat tenun tempat tidur (jika perlu)	0	1				2	2		4	
	27. Kembalikan pasien pada posisi semula	0	1				2	1		3	
	28. <b>Naikkan pembatas tempat tidur (side rail)</b>	0	1	2			3	1		6	
	29. Observasi keadaan pasien	0	1				2	1		2	
	30. Bereskan alat	0	1				1	1		1	
	31. Lepaskan sarung tangan	0	1				2	1		2	
	32. Baca hamdalah setelah melakukan tindakan	0	1				1	1		1	
	33. <b>Cuci tangan setelah tindakan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i>)</b>	0	1				3	1		3	
Terminasi	1. Simpulkan hasil kegiatan	0	1				1	1		1	
	2. Evaluasi respon pasien	0	1				2	1		2	
	3. Evaluasi: a. Kebersihan kulit b. Bau yang ditimbulkan c. Keutuhan kulit dan membran kulit d. Kenyamanan pasien	0	1	2	3	4		2	1		8
	4. Berikan pendidikan kesehatan singkat untuk menjaga kebersihan kulit	0	1					2	1		2
	5. Doakan kesembuhan pasien dengan membaca Syafakallah untuk pasien laki-laki dan Syafakillah untuk pasien	0	1					2	2		4

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score		
									Actual (RxCx D)	Max Score	
	perempuan										
	6. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1				1	1		1	
Dokumen tasi	1. Nama & umur pasien atau nama & alamat pasien	0	1	2			2	1		4	
	2. Diagnosis keperawatan	0	1				2	1		2	
	3. Tindakan keperawatan yang dilakukan	0	1				1	1		1	
	4. Respon klien	0	1				1	1		1	
	5. Evaluasi hasil tindakan/temuan saat melakukan tindakan a. Kebersihan kulit b. Bau yang ditimbulkan c. Keutuhan kulit dan membran kulit d. Kenyamanan pasien	0	1	2	3	4		2	2		16
	6. Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2				1	1		2
	7. Nama dan TTD perawat	0	1	2				1	1		2
Sikap/Sof t skill	1. Empati	0	1				3	1		3	
	2. Teliti	0	1				3	1		3	
	3. Hati-hati	0	1				3	1		3	
	4. Berpakaian rapi dan Islami	0	1				3	1		3	
	5. Professional behavior	0	1				3	1		3	

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Actual Score}}{\text{Max Score}} \times 100 = \frac{\text{Actual Score}}{573} \times 100 = \dots\dots\dots$$

Nilai batas lulus  $\geq 75$

**Keterangan :**

**Raw Score:**

- 0 – Tidak dilakukan
- 1 – Melakukan 1
- 2 – Melakukan 2
- 3 – Melakukan 3
- 4 – Melakukan 4
- 5 – Melakukan 5

**Critically Level (C)**

- 1 – Kurang kritikal
- 2 – Kritikal
- 3 – Sangat kritikal

**Difficulty Level (D)**

- 1 – Kurang sulit
- 2 – Sulit
- 3 – Sangat sulit

## **HAIR CARE**

**Oleh:**

**Falasifah Ani Yuniarti, S.Kep., Ns., MAN., HNC**

**Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS., HNC**

### **Mencuci Rambut**

Banyak pasien sakit mengharuskan mereka untuk berbaring lama di tempat tidur selama beberapa hari. Pasien memerlukan keramas bukan saja untuk membersihkan rambut dan minyak dari kulit kepala, namun juga untuk melancarkan sirkulasi ke kulit kepala. Pada umumnya keramas dilakukan tidak bersamaan dengan mandi karena prosedur yang lama.

Sebelum melakukan perawatan rambut, perawat mengkaji kondisi rambut dan kulit kepala. Rambut normal adalah bersih, bercahaya, dan tidak kusut, untuk kulit kepala harus bebas dari lesi. Rambut klien berkulit gelap biasanya lebih tebal, lebih kering dan lebih keriting daripada rambut klien berkulit terang. Kehilangan rambut (alopesia) dapat disebabkan oleh praktik perawatan yang tidak tepat atau penggunaan medikasi kemoterapi.

Rambut yang tidak bercahaya, kusut, kotor, berbau, menunjukkan perawatan rambut yang tidak tepat. Rambut yang tidak disisir mungkin karena kurangnya minat, depresi atau ketidakmampuan fisik untuk merawat rambut. Dalam pemberian praktek perawatan rambut, perawat dapat mengkaji gaya rambut pasien dan mengajak pasien berpartisipasi dalam proses perawatan rambutnya sehingga pasien dapat lebih mandiri. Produk perawatan rambut yang biasa dipakai pasien juga harus menjadi perhatian perawat sehingga dapat menghindari kemungkinan kerusakan rambut akibat pemakaian produk kebersihan rambut yang tidak sesuai.

Tujuan dari perawatan rambut atau mencuci rambut adalah:

1. Pasien akan memiliki rambut dan kulit kepala yang sehat dan bersih
2. Pasien akan merasa nyaman dan meningkat harga dirinya
3. Pasien akan berpartisipasi dalam pemenuhan perawatan rambut

Penyisiran rambut merupakan bagian dari perawatan rambut. Tujuan penyisiran rambut adalah untuk membentuk gaya rambut dan mencegah kekusutan rambut serta menjaga

kerapian. Untuk mencegah kekusutan berulang, perawat dapat memegang rambut pasien dengan seijin pasien. Pengepangan tidak boleh terlalu kuat untuk mencegah kebotakan.

### **Cara Menyisir Rambut**

Penggunaan shampo untuk keramas merupakan kebiasaan masing-masing pasien, termasuk frekuensi melakukan keramas. Perawat harus memberi perhatian lebih pada pasien yang bedrest, berkeringat banyak, atau mendapatkan pengobatan yang meninggalkan darah atau larutan pada rambut untuk menjaga kebersihan rambutnya.

Pencukuran rambut yang berada di bagian wajah dapat dilakukan setelah mandi atau bershampo. Wanita biasanya menyukai pencukuran di daerah kaki dan aksila. Perawat sebaiknya berhati-hati dalam menggunakan pisau cukur pada pasien resiko bunuh diri. Sebelum dilakukan pencukuran, kulit harus diperhalus untuk mencegah abrasi pada permukaan kulit yang akan dicukur. Hal ini dapat dilakukan dengan meletakkan lap yang hangat selama beberapa menit dan mengoleskan krim cukur atau busa sabun yang lembut untuk memperhalus rambut secara efektif.

### **Mencuci Rambut & Cukur Rambut Dalam Islam**

Mencuci rambut merupakan usaha untuk menjaga kebersihan. Mencuci rambut data dilakukan setiap saat. Ada sebuah mitos menyatakan bahwa saad haid, seorang wanita dilarang untuk mencuci rambut. Dalam ajaran Islam, tidak ada satu hadis pun yang menyatakan bahwa wanita yang sedang haid dilarang untuk mencuci rambut.

Mencukur rambut menjadi perhatian dalam Islam. Tentang rambut, ada hadis Nabi yang menerangkan bahwa rambut kumis supaya dicukur, sekurang-kurangnya dipendekkan untuk tidak menyerupai orang musyrik. Ada yang menerangkan rambut jenggot supaya dipelihara, demikian pula agar tidak menyerupai orang majusi. Hal ini didasarkan pada hadis riwayat Ahmad, Muslim, dan Bukhari. Mengenai rambut kepala, Nabi pernah bersabda: “Man kaana lahu sya’run falyukrimuhu”, artinya barang siapa yang mempunyai rambut, maka hendaknya memeliharanya dengan baik (muliakan). Hal ini tidak tertutup kemungkinan untuk mencukur dan mewarnai rambut jika sudah kusut dan ubanan agar menjadi berwarna kembali, dan disamping adanya larangan mencabut uban, maka uban kadang-kadang menimbulkan kewibawaan orang Islam (HR. Abu Dawud).

Mengenai mencukur rambut, Nabi menganjurkan untuk mencukur rambut anak-anak pada waktu hari ke tujuh dari kelahirannya. Tetapi Nabi pernah menyampaikan larangan mencukur rambut, kalau mencukurnya tidak rapi, membuat gumbuk-gumbuk di kepala, seperti hadis



riwayat Bukhari dan Muslim dari Ibnu Umar, ia menceritakan:”Naha Rasulullah saw’anil qaza’i”, artinya Nabi melarang membuat qaza’i. Artinya qaza’i adalah menyisakan sebagian rambut dikala mencukur rambut. Barangkali larangan ini untuk menjaga agar kita tidak bertingkaJ yang kurang sesuai dengan akhlak Islam.

Dapat disimpulkan, rambut merupakan nikmat Allah yang perlu dipelihara dengan baik, untuk menunjukkan kebaikan Islam dan keteraturan orang Islam. Tidak dilarang menyemir rambut, kalau tidak menghalangi masuknya air pada kulit kepala di waktu mandi dan tidak pula menimbulkan dampak negatif, seperti sikap sombong dan dengan niat mengelabui dan sebagainya.

### CHECK LIST MENCUCI RAMBUT

Tahapan	Prosedur		Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
										Actual (RxCxD)	Max Score
Pra Interaksi	1.	Baca catatan keperawatan atau catatan medis	0	1				3	1		3
	2.	Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1				2	1		2
	3.	Persiapkan diri	0	1				2	1		2
	4.	Persiapkan alat: 1. Shampo dan conditioner 2. Perlak/pengalas dan talang 3. Hairdyer (jika ada) 4. Selimut mandi 5. Ember/baskom 6. Sarung tangan bersih 7. Handuk 8. Sisir 9. Gayung 10. Bengkok	0	1				3	1		3
Orientasi	1.	Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2			1	1		2
	2.	<b>Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien</b>	0	1	2			3	1		6
	3.	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga	0	1	2			2	1		4
	4.	Kontrak waktu	0	1				1	1		1
	5.	Beri kesempatan pasien untuk bertanya	0	1				1	1		1
	6.	Minta persetujuan klien/keluarga	0	1				2	1		2
	7.	Dekatkan alat didekatkan klien	0	1				1	1		1
	8.	Jaga privacy pasien, tutup tirai/pintu	0	1				2	1		2

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score		
		Actual (RxCxD)		Max Score							
Kerja	1.	<b>Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i>)</b>	0	1				3	1		3
	2.	Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1				2	1		2
	3.	<b>Kenakan sarung tangan bersih</b>	0	1				3	1		3
	4.	Tutup dada pasien dengan selimut mandi/handuk	0	1				2	1		2
	5.	Isi baskom dengan air hangat untuk mencuci rambut	0	1				1	1		1
	6.	Posisikan pasien untuk mencuci rambut, biasanya supinasi, semifowler atau fowler	0	1				2	1		2
	7.	Turunkan pembatas tempat tidur ( <i>side rail</i> ) di sisi perawat	0	1				2	1		2
	8.	Lepas baju bagian atas pasien dan jaga pasien agar tetap tertutup selimut/handuk	0	1	2			1	1		2
	9.	Letakkan pengalas di bawah kepala pasien	0	1				2	1		2
	10.	Lingkarkan handuk di bahu dan leher pasien, sehingga ujungnya bertemu di depan	0	1				2	2		4
	11.	Letakkan talang di bawah kepala pasien dan hubungkan dengan tempat air kotor	0	1	2			3	3		18
	12.	Basahi rambut dan jaga agar air tidak mengenai mata pasien	0	1	2			3	3		18
	13.	Cuci dengan sedikit shampo dan bilas hingga bersih. Bila perlu gunakan kondisioner (sesuai keinginan pasien/keluarga)	0	1	2			3	3		18
	14.	Keringkan rambut pasien, telinga dan leher dengan handuk. Bila ada, hair dryer dapat digunakan, terutama jika rambut pasien panjang	0	1				3	3		9
	15.	Sisiri dengan membagi rambut pasien, bila perlu minta bantuan pada pasien atau keluarga	0	1				3	3		9
	16.	Lepas pengalas, handuk, talang, dan baskom. Keringkan peralatan	0	1				2	1		2
	17.	Angkat selimut mandi/handuk dan pasang kembali baju bagian atas pasien	0	1	2			2	1		4
	18.	Kembalikan pasien pada posisi semula	0	1				2	1		2
	19.	<b>Naikkan pembatas tempat tidur (<i>side rail</i>)</b>	0	1	2			3	1		6
	20.	Observasi keadaan pasien	0	1				2	1		2

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
		Actual (RxCx D)		Max Score						
	21.	Bereskan alat	0	1				1	1	1
	22.	Lepaskan sarung tangan	0	1				2	1	2
	23.	Baca hamdalah setelah melakukan tindakan	0	1				1	1	1
	24.	<b>Cuci tangan setelah tindakan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)</b>	0	1				3	1	3
Terminasi	1.	Simpulkan hasil kegiatan	0	1				1	1	1
	2.	Evaluasi respon pasien	0	1				2	1	2
	3.	Evaluasi: a. Kebersihan rambut b. Bau yang ditimbulkan c. Masalah terkait rambut d. Kenyamanan pasien	0	1	2	3	4	2	1	8
	4.	Berikan pendidikan kesehatan singkat untuk menjaga kebersihan rambut	0	1				2	1	2
	5.	Doakan kesembuhan pasien dengan membaca Syafakallah untuk pasien laki-laki dan Syafakillah untuk pasien perempuan	0	1				2	2	4
	6.	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1				1	1	1
Dokumen tasi	1.	Nama & umur pasien atau nama & alamat pasien	0	1	2			2	1	4
	2.	Diagnosis keperawatan	0	1				2	1	2
	3.	Tindakan keperawatan yang dilakukan	0	1				1	1	1
	4.	Respon klien	0	1				1	1	1
	5.	Evaluasi hasil tindakan/temuan saat melakukan tindakan a. Kebersihan rambut b. Bau yang ditimbulkan c. Masalah terkait rambut d. Kenyamanan pasien	0	1	2	3	4	2	2	16
	6.	Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2			1	1	2
	7.	Nama dan TTD perawat	0	1	2			1	1	2
Sikap/Soft skill	1.	Empati	0	1				3	1	3
	2.	Teliti	0	1				3	1	3
	3.	Hati-hati	0	1				3	1	3
	4.	Berpakaian rapi dan Islami	0	1				3	1	3
	5.	Profesional behavior	0	1				3	1	3

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Actual Score}}{\text{Max Score}} \times 100 = \frac{\text{Actual Score}}{218} \times 100 = \dots\dots\dots$$

**Nilai batas lulus  $\geq 75\%$**

**Keterangan :**

**Raw Score:**

- 0 – Tidak dilakukan
- 1 – Melakukan 1
- 2 – Melakukan 2
- 3 – Melakukan 3
- 4 – Melakukan 4
- 5 – Melakukan 5

**Critically Level (C)**

- 1 – Kurang kritikal
- 2 – Kritikal
- 3 – Sangat kritikal

**Difficulty Level (D)**

- 1 – Kurang sulit
- 2 – Sulit
- 3 – Sangat sulit

## ROM

Range of Motion (ROM) disebut juga rentang pergerakan sendi. ROM bermanfaat untuk meningkatkan rentang gerak, kekuatan otot, stabilitas sendi dan kardiovaskuler. ROM dapat dilakukan secara aktif atau pasif. ROM yang dilakukan secara aktif maupun pasif akan meningkatkan fleksibilitas dan kekuatan pada otot ataupun sendi. Tipe ROM dilakukan berdasarkan tingkat keparahan luka, diagnosis pasien dan tipe prosedur operasi.

### Tipe ROM

#### 1. ROM Pasif

ROM pasif adalah latihan ROM yang dilakukan dengan menggunakan tenaga dari luar tanpa kontraksi otot secara aktif. ROM pasif dapat dilakukan oleh terapis atau orang lain selain klien. Tujuan dilakukan ROM pasif adalah untuk mencegah kontraktur sendi, mempertahankan rentang pergerakan sendi dan suatu metode yang aman digunakan pada kelemahan otot dan paralisis. ROM pasif akan menstimulasi proses penyembuhan.

#### 2. ROM aktif

##### a. Aktif asistif

Pada metode ini otot digerakkan secara aktif dengan bantuan tenaga dari luar seperti terapis atau dilakukan sendiri oleh klien dengan bantuan bagian ekstremitas yang lain. ROM dengan aktif asistif dapat meningkatkan fleksibilitas, kekuatan otot dan meningkatkan koordinasi otot. Pada saat latihan ROM dengan aktif asistif, klien harus dibantu dalam melakukan rentang geraknya, karena berlebihnya tekanan otot yang digunakan pada saat latihan dapat menyebabkan nyeri. ROM dengan aktif asistif diindikasikan pada pasien dengan program untuk menguatkan otot.

##### b. Aktif

ROM aktif adalah latihan rentang gerak dengan melibatkan kontraksi otot dengan cara melawan gaya gravitasi. ROM aktif dilakukan pada pasien yang secara progresif terjadi peningkatan kekuatan otot.

##### c. Aktif resistif

ROM aktif resistif adalah kontraksi otot secara aktif melawan tahanan. Tahanan terhadap otot dapat berupa beban berat, *manual resistance*, atau *weight bearing*. Aktif resistif digunakan untuk meningkatkan kekuatan dan stabilitas otot.

Tabel 1. ROM and ADL (*Activity Daily Living*)

<i>Joint exercised</i>	<i>Activity of Daily Living</i>	<i>Movement</i>
<i>Neck</i>	<i>Nodding head yes</i>	<i>Flexion</i>
	<i>Shaking head no</i>	<i>Rotation</i>
	<i>Moving right ear to right shoulder</i>	<i>Lateral flexion</i>
	<i>Moving left ear to left shoulder</i>	<i>Lateral flexion</i>
<i>Shoulder</i>	<i>Reaching to turn on overhead light</i>	<i>Flexion, extension</i>
	<i>Reaching to bedside stand for book</i>	<i>Hyperextension</i>

	<i>Rotating shoulders toward chest</i>	<i>Abduction</i>
	<i>Rotating shoulders towards back</i>	<i>Adduction</i>
<i>Elbow</i>	<i>Eating, bathing, shaving, grooming</i>	<i>Flexion, extension</i>
<i>Wrist</i>	<i>Eating, bathing, shaving, grooming</i>	<i>Flexion, extension, hyperextension, abduction, adduction</i>
<i>Fingers and thumb</i>	<i>All activities requiring fine motor coordination (e.g writing, eating, painting)</i>	<i>Flexion, extension, abduction, adduction, opposition</i>
<i>Hip</i>	<i>Walking</i>	<i>Flexion, extension, hyperextension</i>
	<i>Moving to side-lying position</i>	<i>Flexion, extension, abduction</i>
	<i>Moving from side-lying position</i>	<i>Extension, adduction</i>
	<i>Rolling feet inward</i>	<i>Internal rotation</i>
	<i>Rolling feet outward</i>	<i>External rotation</i>
<i>Knee</i>	<i>Walking</i>	<i>Flexion, extension</i>
	<i>Moving to and from side-lying position</i>	<i>Flexion, extension</i>
<i>Ankle</i>	<i>Walking</i>	<i>Dorsoflexion, plantar flexion</i>
	<i>Moving toe toward head of bed</i>	<i>Dorsoflexion</i>
	<i>Moving toe toward foot to bed</i>	<i>Plantarflexion</i>
<i>Toes</i>	<i>Walking</i>	<i>Extension, hiperextension</i>
	<i>Wiggling toes</i>	<i>Abduction, adduction</i>

## CHECK LIST PROSEDUR ROM

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
1.	Tahap pre interaksi: 1. Baca catatan keperawatan/catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien untuk prosedur ROM 3. Cuci tangan		
2.	Tahap Orientasi: 1. Ucapkan salam, perkenalkan diri 2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya		
3.	Tahap kerja: 1. Menanyakan keluhan utama 2. Menanyakan riwayat kesehatan klien a) Riwayat kesehatan dahulu b) Riwayat kesehatan sekarang 3. Menempatkan posisi klien sesuai dengan kenyamanan klien dengan mempertimbangkan kemudahan pemeriksaan 4. Menjaga privacy 5. Melakukan ROM a) Leher (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, rotasi, lateral fleksi,) b) Bahu (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, aduksi, rotasi internal, rotasi eksternal, sirkumduksi) c) Siku (fleksi, ekstensi) d) Lengan bawah (supinasi, pronasi) e) Pergelangan tangan (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi/radial fleksi, aduksi/ulnar fleksi) f) Jari dan ibu jari (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, oposisi) g) Panggul (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, aduksi, rotasi internal, rotasi eksternal, sirkumduksi) h) Lutut (fleksi, ekstensi) i) Pergelangan kaki (dorsofleksi, plantar fleksi) j) Jari kaki (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, aduksi) k) Telapak kaki (inversi, eversi)		
4.	Tahap terminasi: 1. Menanyakan pada klien apa yang dirasakan setelah dilakukan kegiatan 2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan 3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya		

	4. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien 5. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam		
5.	Dokumentasi (tgl, jam, nama klien, respon klien, pengkajian yang dilakukan, hasil temuannya)		
6.	Sikap 1. Teliti 2. Empati 3. Memperhatikan keamanan		
	Total Nilai		

Referensi:

Perry, A., Potter, P., 2006. *Clinical Nursing Skills Techniques*. 6<sup>th</sup>. Vol 1. Elseiver Mosby.

Maher, A., Salmond, S.W., Pellino, T.A., 2002. *Othopaedic Nursing*. Third Edition. Elseiver Science.

<http://www.alsa-or.org/treatment/ROMExercises> (9 of 12) [2/19/2004 9:59:45 PM]



## MEMINDAHKAN PASIEN

Pada saat memberikan bantuan, perawat atau terapis harus memperhatikan keamanan dan *body mechanics* yang benar. Otot pada ekstremitas bawah harus siap digunakan pada saat mengangkat pasien, membawa atau mendorong. Ketepatan dalam menggunakan *body mechanics* akan mencegah resiko terjadinya cedera pada terapis atau perawat khususnya injuri pada tulang belakang.

Macam-macam transfer:

1. *Mechanical lift*, indikasi pada pasien dengan *non weight-bearing status* dan tidak stabil



2. *Walking belt*, digunakan pada pasien dengan *partial weight bearing*, tidak stabil dan kooperatif. *Walking belt* dapat digunakan untuk memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi, kursi ke kursi. *Walking belt* digunakan oleh perawat untuk membantu pasien dalam berpindah tempat untuk mencegah resiko jatuh.



### 3. *Horizontal transfer*

#### a. (bed ke kursi roda)

Contoh: memindahkan pasien dari bed ke kursi roda.

Tahapan:

##### 1). Persiapan

- Diasumsikan pasien dapat menggunakan satu kakinya, apabila tidak dapat menggunakan satu kakinya maka perawat harus mengangkat.
- Pikirkan langkah-langkah yang akan dilakukan dan mintalah pertolongan jika diperlukan. Jika perawat tidak dapat menolong pasien sendiri, maka hal ini dapat melukai perawat dan pasien.
- Pastikan untuk terhindar dari hal-hal yang menyebabkan tergelincir
- Jelaskan langkah-langkah yang akan dilakukan kepada pasien
- Tempatkan kursi roda pada posisi dekat dengan tempat tidur
- Kursi roda diposisikan dalam posisi diam (dikunci)
- Sebelum dipindahkan ke kursi roda, pasien harus duduk

##### 2). Pelaksanaan

- Letakkan kedua lengan di bawah bahu pasien yang berada dalam posisi duduk, pindahkan pasien dalam posisi yang sama dengan kursi roda
- Biarkan pasien duduk beberapa saat, mungkin pasien merasa pusing setelah berpindah tempat
- Letakkan salah satu lengan anda dibawah bahu pasien, satu dibelakang lutut pasien, tekuk lutut anda.
- Mengayunkan kaki pasien ketepi tempat tidur
- Pindahkan pasien ke tepi tempat tidur dan turunkan tempat tidur sehingga kaki pasien menyentuh tanah
- Jika anda mempunyai *gait belt*, maka gunakanlah untuk pasien karena dapat membantu perawat ketika memindahkan pasien.
- Pada saat memindahkan pasien, pasien dapat berpegangan pada perawat atau pada kursi roda.
- Berdiri sedekat mungkin dengan pasien, mencapai dada pasien dan letakkan tangan anda dibelakang pasien atau menggunakan *gait belt*.
- Lutut pasien berada diantara kaki perawat



- Hitung sampai dengan 3 sambil mengangkat, pada saat yang sama pasien seharusnya meletakkan tangannya pada sisi bed dan mendorong badannya dengan kedua tangan (jika pasien mampu).
- Pasien menopang badannya dengan menggunakan kaki pada saat berpindah tempat.
- Putar badan sesuai poros menuju kursi roda, pindahkan kaki perawat sehingga punggung sejajar dengan panggul.
- Ketika kaki pasien menyentuh kursi roda, tekuk lutut Anda untuk menurunkan pasien ke kursi. Pada saat yang sama mintalah pasien untuk meraih sandaran tangan kursi roda.
- Jika pasien akan terjatuh ketika berpindah tempat, turunkan pasien pada daerah yang paling dekat dengan permukaan yang datar, seperti bed, kursi atau lantai.



## CHECK LIST MEMINDAHKAN PASIEN DARI BED KE KURSI RODA

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
1.	Tahap pre interaksi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baca catatan keperawatan/catatan medis</li> <li>2. Kaji kebutuhan pasien untuk pelaksanaan <i>tilt table</i></li> <li>3. Cuci tangan</li> <li>4. Siapkan alat</li> </ol>		
2.	Tahap Orientasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ucapkan salam, perkenalkan diri</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya</li> </ol>		
3.	Tahap kerja: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diasumsikan pasien dapat menggunakan satu kakinya, apabila tidak dapat menggunakan satu kakinya maka perawat harus mengangkat.</li> <li>- Pikirkan langkah-langkah yang akan dilakukan dan mintalah pertolongan jika diperlukan. Jika perawat tidak dapat menolong pasien sendiri, maka hal ini dapat melukai perawat dan pasien.</li> <li>- Pastikan untuk terhindar dari hal-hal yang menyebabkan tergelincir</li> <li>- Jelaskan langkah-langkah yang akan dilakukan kepada pasien</li> <li>- Tempatkan kursi roda pada posisi dekat dengan tempat tidur</li> <li>- Kursi roda diposisikan dalam posisi diam (dikunci)</li> <li>- Sebelum dipindahkan ke kursi roda, pasien harus duduk</li> </ul> </li> <li>2. Pelaksanaan                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- posisi duduk, pindahkan pasien dalam posisi yang sama dengan kursi roda</li> <li>- Biarkan pasien duduk beberapa saat, mungkin pasien merasa pusing setelah berpindah tempat</li> <li>- Letakkan salah satu lengan anda dibawah bahu pasien, satu dibelakang lutut pasien, tekuk lutut anda.</li> <li>- Mengayunkan kaki pasien ketepi tempat tidur</li> <li>- Pindahkan pasien ke tepi tempat tidur dan turunkan tempat tidur sehingga kaki pasien menyentuh tanah</li> </ul> </li> </ol>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika anda mempunyai <i>gait belt</i>, maka gunakanlah untuk pasien karena dapat membantu perawat ketika memindahkan pasien.</li> <li>- Pada saat memindahkan pasien, pasien dapat berpegangan pada perawat atau pada kursi roda.</li> <li>- Berdiri sedekat mungkin dengan pasien, mencapai dada pasien dan letakkan tangan anda dibelakang pasien atau menggunakan <i>gait belt</i>.</li> <li>- Lutut pasien berada diantara kaki perawat</li> <li>- Hitung sampai dengan 3 sambil mengangkat, pada saat yang sama pasien seharusnya meletakkan tangannya pada sisi bed dan mendorong badannya dengan kedua tangan (jika pasien mampu).</li> <li>- Pasien menopang badannya dengan menggunakan kaki pada saat berpindah tempat.</li> <li>- Putar badan sesuai poros menuju kursi roda, pindahkan kaki perawat sehingga punggung sejajar dengan panggul.</li> <li>- Ketika kaki pasien menyentung kursi roda, tekuk lutut Anda untuk menurunkan pasien ke kursi. Pada saat yang sama mintalah pasien untuk meraih sandaran tangan kursi roda.</li> <li>- Jika pasien akan terjatuh ketika berpindah tempat, turunkan pasien pada daerah yang paling dekat dengan permukaan yang datar, seperti bed, kursi atau lantai.</li> </ul>		
4.	<p>Tahap terminasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan pada klien apa yang dirasakan setelah dilakukan kegiatan</li> <li>2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan</li> <li>3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya</li> <li>4. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien</li> <li>5. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam</li> </ol>		
5.	Dokumentasi (tgl, jam, nama klien, respon klien, pengkajian yang dilakukan, hasil temuannya)		
6.	<p>Sikap</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teliti</li> <li>2. Empati</li> <li>3. Memperhatikan keamanan</li> </ol>		
	Total Nilai		

b. Kursi ke bed

- Tempatkan kursi sejajar dengan bed, jika memungkinkan letakkan sandaran tangan terdekat ke tempat tidur.



- Berdiri didekat pasien, menghadap ke arah yang sama dengan pasien dengan kaki perawat menghadap ke arah yang sama dengan pasien. Kaki perawat dipisahkan dengan salah satu kaki maju kedepan. Pastikan bahwa kaki pasien siap untuk berdiri.
- Tekuk lutut perawat dan menempatkan satu tangan perawat di pinggul pasien. Tangan perawat yang lain memegang tangan pasien yang terdekat dengan perawat.



- Mintalah pasien untuk menopang tubuhnya kedepan dan bersama-sama bergerak maju dan berdiri.



- Sekali pasien berdiri tegak mintalah pasien untuk bergerak bersamaan dengan perawat dan bersama-sama menghadap dan mendekat ketempat tidur.



- Tekuk lutut anda dan bantu pasien duduk di bed



### CHECK LIST MEMINDAHKAN PASIEN DARI KURSI KE BED

No	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak
1.	Tahap pre interaksi: 1. Baca catatan keperawatan/catatan medis 2. Kaji kebutuhan pasien untuk pelaksanaan <i>tilt table</i> 3. Cuci tangan 4. Siapkan alat		
2.	Tahap Orientasi: 1. Ucapkan salam, perkenalkan diri 2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya		
3.	Tahap kerja: - Tempatkan kursi sejajar dengan bed. jika memungkinkan lerakkan sandaran tangan terdekak ke tempat tidur. - Berdiri didekat pasien, menghadap kearah yang sama dengan pasien dengan kaki perawat menghadap kearah yang sama dengan pasien. Kaki perawat dipisahkan dengan salah satu kaki maju kedepan. Pastikan bahwa kaki pasien siap untuk berdiri. - Tekuk lutut perawat dan menempatkan satu tangan perawat di pinggul pasien. Tangan perawat yang lain memegang tangan pasien yang terdekak dengan perawat. - Mintalah pasien untuk menopang tubuhnya kedepan dan bersama- sama bergerak maju dan berdiri. - Sekali pasien berdiri tegak mintalah pasien untuk bergerak bersamaan dengan perawat dan bersama-sama menghadap dan mendekat ketempat tidur. - Tekuk lutut anda dan bantu pasien duduk di bed		
4.	Tahap terminasi: 1. Menanyakan pada klien apa yang dirasakan setelah dilakukan kegiatan 2. Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan 3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya 4. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien 5. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam		
5.	Dokumentasi (tgl, jam, nama klien, respon klien, pengkajian yang dilakukan, hasil temuannya)		
6.	Sikap 1. Teliti 2. Empati 3. Memperhatikan keamanan		
	Total Nilai		



## KANGAROO MOTHER CARE (KMC)

Oleh: Sri Sumaryani, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat.

### Tujuan Instruksional Umum:

Setelah selesai kegiatan ini mahasiswa diharapkan mampu mendemonstrasikan cara melakukan *kangaroo mother care*

### Tujuan Instruksional Khusus :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan manfaat KMC
2. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan metode KMC
3. Mahasiswa mampu mengajarkan ke orang lain metode KMC



Seorang ibu muda, 3 hari yang lalu melahirkan bayi prematur dengan BB 1900 gram. Ibu tersebut mendapat informasi bahwa salah satu cara mencegah bayi kedinginan menggunakan metode *Kangaroo Mother Care* (KMC).

### Pertanyaan Minimal:

1. Apa yang dimaksud dengan metode KMC?
2. Apa manfaat metode KMC?
3. Bagaimana cara melakukannya?

### METODE KMC

Metode KMC dalam perawatan bayi mulai diperkenalkan oleh Rey dan Martinez di Columbia. Prinsip dasar metode KMC ini adalah mengganti perawatan BBLR dalam inkubator dengan metode KMC. Suhu optimal (36,5-37,5 C) diperoleh dengan adanya kontak langsung antara kulit bayi dan kulit ibu. Suhu ibu merupakan sumber panas yang efisien dan murah yang dapat memberikan lingkungan hangat kepada bayi. Kontak yang erat dan interaksi antara ibu dan bayi akan meningkatkan perkembangan psikomotor bayi sebagai reaksi rangsangan sensoris yang diberikan ibu kepada bayinya.

Bayi baru lahir yang telah memakai popok dan tutup kepala/topi diletakkan diantara dua payudara ibu, ditutupi oleh baju ibu yang berfungsi sebagai kantong kanguru. Ibu berperan sebagai induk bayi. Posisi bayi dalam kantong kanguru adalah tegak/vertikal pada siang hari ketika ibu berdiri atau duduk dan tengkurap/miring pada malam hari ketika ibu berbaring tidur.

### Manfaat Metode Kanguru (KMC):

Adapun manfaat yang bisa didapat dari metode ini, antara lain :

1. **Mempercepat kenaikan berat badan bayi**  
Umumnya berat bayi naik 30 gram/ hari, dengan KMC bisa naik sampai 50 gram/hari. Karena makanan yang masuk tidak dipakai untuk menghangatkan tubuhnya dan bisa dipakai untuk menaikkan berat badan.
2. **Menstabilkan denyut jantung dan pernapasan**  
Bayi premature suka berhenti bernafas karena otaknya belum matang, dengan KMC ini ia terstimulasi terus untuk bernapas karena mendengar napas ibunya. Begitu juga dengan denyut jantung.

3. **Memperpanjang waktu tidur**

Karena si bayi merasa tenang dalam dekapan ibunya, otomatis waktu tidurnya akan lebih panjang.

4. **Menciptakan suasana nyaman dan mengurangi stress pada bayi**

Bayi yang diberikan KMC, kadar kortisol (hormon stress) nya lebih rendah dibanding bayi yang diletakkan di inkubator. Karena di inkubator ia hanya sendiri sedangkan dengan KMC ia nyaman bersama ibunya seperti waktu dalam kandungan.

**Sebab-sebab Keberhasilan Perawatan Metode Kangguru:**

Bayi seperti berada dalam kandungan ibu dan dapat:

1. mendengarkan bunyi jantung ibu
2. mendengarkan suara ibu
3. merasakan seperti diayun
4. memudahkan reflek menghisap
5. merasa terlindung

Mencegah bayi dari:

1. cahaya yang terlalu terang
2. udara yang berhembus semilir
3. kebisingan yang berlebihan

Mendapatkan keuntungan dirawat tegak dan tengkurap:

1. tidur lebih lelap
2. kebutuhan energi lebih sedikit
3. regurgitasi lebih jarang

**Kriteria BBLR yang akan menggunakan metode kangguru (KMC):**

1. Berat badan lahir antara 1500 – 2500 gram
2. Grafik berat badan cenderung naik
3. Kondisi secara umum
4. Suhu tubuh stabil (36,5 – 37,5)
5. Mempunyai cukup kemampuan untuk mengisap dan menelan
6. Ibu atau pengganti ibu ingin memakai metode kangguru

**Waktu pelaksanaan metode KMC:**

1. Segera setelah lahir
2. Sangat awal, setelah 10 – 15 menit
3. Awal, setelah umur 24 jam
4. Menengah, setelah 7 hari perawatan
5. Lambat, setelah bayi bernafas sendiri tanpa O2.
6. Setelah keluar dari perawatan inkubator di rumah sakit

**CHECKLIST KANGAROO MOTHER CARE (KMC)**

Tahapan	Prosedur		Raw Score 0,1,2,3,4,5,6							C 1,2,3	D 1,2,3	Score	
			Actual (RxCx D)	Max Score									
Pra Interaksi	1	Baca catatan medis dan catatan keperawatan klien	0	1						2	1		2
	2	Cuci tangan	0	1						2	1		2
	3	Persiapkan alat: a. Thermometer b. Selendang/gendongan kanguru c. Baju kanguru	0	1						1	1		1
Orientasi	1	Ucapkan salam	0	1						1	1		1
	2	Identifikasi klien: a. nama, b. umur, c. alamat	0	1						2	1		2
	3	Panggil klien dengan namanya serta perkenalkan diri	0	1						1	1		1
	4	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien/keluarga	0	1						1	1		1
	5	Klarifikasi kontrak waktu KMC	0	1						1	1		1
	6	Beri kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya	0	1						1	1		1
	7	Minta persetujuan klien/keluarga	0	1						1	1		1
Kerja	1	Ucapkan bismillah	0	1						1	1		1
	2	Periksa TTV bayi: frekuensi nadi, frekuensi nafas, suhu	0	1	2	3				3	1		9
	3	Persiapkan Ibu: a. Pastikan tubuh ibu bersih dan kuku tangan pendek. b. Minta ibu untuk cuci tangan c. Lepaskan pakaian atas ibu, termasuk pakaian dalam dan bra	0	1	2	3				3	1		9
	4	Memasukkan Bayi: a. Lepas pakaian bayi, kecuali tutup kepala, kaos kaki, popok, dan diapers b. Angkat bayi secara hati-hati dengan satu tangan diletakkan di belakang leher sampai punggung bayi. Topang bagian bawah rahang bayi dengan ibu jari dan jari-jari lainnya agar kepala bayi tidak tertekuk dan menutup saluran nafas ketika berada pada posisi tegak. Posisikan tangan lainnya di bawah pantat bayi. c. Masukkan bayi ke dalam selendang kanguru. d. Letakkan pada dada ibu, di antara dua payudara atau sedikit ke samping kiri/kanan sesuai dengan kebutuhan kenyamanan bayi serta	0	1	2	3	4	5	6	3	3		54

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5,6						C 1,2,3	D 1,2,3	Score	
										Actual (RxCx D)	Max Score
	ibu. e. Posisi bayi tegak/vertikal, kepala menoleh ke kanan/kiri, dada menempel pada dada ibu, tangan dan kaki fleksi menyerupai katak. f. Ikatkan ujung-ujung selendang kanguru										
5	Kenakan baju kanguru untuk ibu a. Cara memakai baju kangguru sama seperti memakai baju tidur: masukkan tangan kanan kemudian tangan kiri lalu baju disilangkan dan dikancingkan. b. Bagian bawah baju diikat dengan pengikat baju (ikatan simpul mati) *Jika baju kanguru tidak ada, dapat menggunakan baju longgar	0	1	2				3	2		12
6	Observasi bayi satu jam sekali: a. Suhu tubuh b. Warna kulit normal (kemerahan, tidak berubah) c. Bergerak normal d. Bernafas normal e. Mampu menyusui	0	1	2	3	4	5	3	2		30
7	Waspada dan ajarkan adanya tanda bahaya	0	1					3	2		6
8	Akhiri kegiatan dengan mengucapkan hamdalah	0	1					1	1		1
Terminasi	1. Evaluasi kegiatan KMC	0	1					1	1		1
	2. Sampaikan rencana tindakan berikutnya	0	1					1	1		1
	3. Akhiri pertemuan dengan salam	0	1					1	1		1
	4. Cuci tangan	0	1					1	1		1
Dokumentasi	1. Dokumentasikan kegiatan KMC	0	1					3	2		6
Soft skill	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 aturan	0	1					2	1		2
Total Maximum Score											155

## MANAJEMEN LAKTASI DAN PIJAT OKSITOSIN

Oleh: Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp.Mat  
Nur Azizah Indriastuti, Ns., M.Kep  
Yuni Astuti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat

### MANAJEMEN LAKTASI

#### 1. Mitos Seputar Menyusui

Masyarakat masih banyak yang mempunyai anggapan bahwa menyusui akan menyebabkan tubuh ibu sukar kembali ke bentuk aslinya yang ramping, padahal timbunan lemak yang terjadi selama masa kehamilan justru lebih mudah lenyap karena digunakan dalam proses menyusui. Justru kalau tidak menyusui timbunan lemak akan menetap (Suradi, et al., 2004).

Masyarakat juga sering punya anggapan bahwa “penampilan” payudara akan berubah karena menyusui, padahal payudara berubah karena kehamilan bukan menyusui. Bagus dan tidaknya payudara juga berkaitan dengan usia dan faktor keturunan (Suradi, et al., 2004).

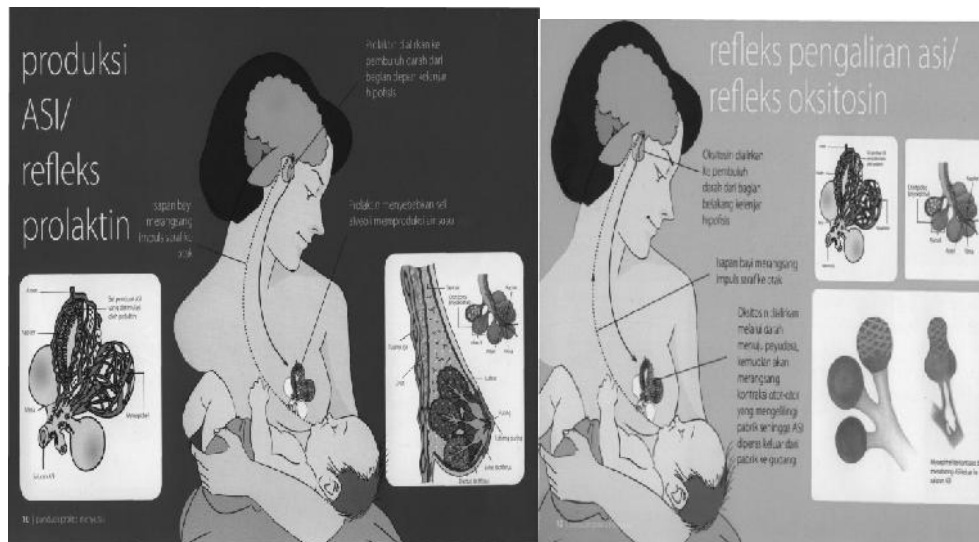
#### 2. Fisiologi Laktasi

##### a. Fisiologi Laktasi

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluaran ASI (Suradi, et al, 2004). ASI diproduksi atas hasil kerja gabungan antar hormon dan refleks. Waktu bayi mulai menghisap ASI akan terjadi dua refleks yang menyebabkan ASI keluar pada saat yang tepat dengan jumlah yang tepat pula, yaitu refleks pembentukan/produksi ASI atau refleks prolaktin yang dirangsang oleh hormone prolaktin dan refleks pengaliran/pelepasan ASI (*let down reflex*).

Kelenjar hipofisa bagian depan yang berada di dasar otak menghasilkan hormon prolaktin. Prolaktin akan merangsang kelenjar payudara untuk memproduksi ASI. Fungsi lain prolaktin adalah menekan fungsi indung telur (ovarium). Efek penekanan ini pada ibu yang menyusui secara eksklusif adalah memperlambat kembalinya fungsi kesuburan dan haid sehingga dapat menjarangkan kehamilan (Roesli, 2005)

Hormon lain yang berperan dalam proses laktasi adalah oksitosin. Hormon oksitosin berfungsi memacu kontraksi otot polos yang berada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga memeras ASI keluar. Fungsi lain oksitosin adalah memacu kontraksi otot rahim sehingga involusi rahim makin cepat dan baik (Suradi, et al., 2004).



Sumber: Roesli (2005)

### 3. Manfaat dan Keunggulan ASI

Setiap mamalia telah dipersiapkan dengan sepasang atau lebih payudara yang akan memproduksi susu untuk makanan bayi yang baru dilahirkannya. Susu setiap jenis mamalia berbeda dan bersifat spesifik untuk tiap spesies, yaitu disesuaikan dengan keperluan, laju pertumbuhan, dan kebiasaan menyusunya. Bayi manusia akan mencapai 2 (dua) kali berat lahirnya dalam waktu kurang lebih 6 (enam) bulan, sedangkan anak sapi hanya memerlukan waktu 6 (enam) minggu, sehingga dapat dimengerti bahwa komposisi ASI dan susu sapi berbeda (Suradi, et al., 2004).

ASI bermanfaat bukan hanya untuk bayi saja, tetapi juga untuk ibu, keluarga dan Negara. Manfaat ASI bagi bayi adalah: ASI mengandung nutrisi yang lengkap dan seimbang bagi bayi sehingga ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi. ASI mampu meningkatkan daya tahan tubuh bayi karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang akan melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi bakteri, parasit, virus, dan jamur. Hasil penelitian di Brasil Selatan menunjukkan bayi yang diberi ASI eksklusif mempunyai resiko 14,2 kali lebih rendah terjadinya kemungkinan meninggal akibat diare (Roesli, 2005)

ASI dapat menyebabkan pertumbuhan sel otak bayi lebih optimal, terutama karena ASI mengandung taurin, laktosa dan asam lemak ikatan panjang (DHA, AA, omega-3, omega-6). Hasil penelitian Lucas (1993) terhadap 300 bayi premature membuktikan bahwa bayi-bayi premature yang diberi ASI eksklusif mempunyai IQ yang lebih tinggi secara bermakna (8,3 point lebih tinggi) dibanding bayi premature yang tidak diberi ASI. Riva

(1997) menemukan bahwa bayi yang diberi ASI eksklusif, ketika berusia 9,5 tahun mempunyai tingkat IQ 12,9 point lebih tinggi dibanding anak yang ketika bayi tidak diberi ASI eksklusif (Roesli, 2005).

Manfaat lain pemberian ASI eksklusif bagi bayi adalah meningkatkan jalinan kasih sayang. Perasaan terlindung dan disayangi akan menjadi dasar perkembangan emosi bayi dan membentuk kepribadian yang percaya diri dan dasar spiritual yang baik. ASI juga dapat menunjang perkembangan motorik sehingga bayi ASI eksklusif akan lebih cepat bisa berjalan, dan mampu menunjang perkembangan kepribadian, kecerdasan emosional, kematangan spiritual, dan hubungan sosial yang baik. ASI dapat mengurangi resiko terkena penyakit diabetes mellitus, kanker pada anak, dan diduga mengurangi kemungkinan menderita penyakit jantung (Roesli, 2005).

Manfaat ASI bagi ibu yaitu: mengurangi perdarahan pasca melahirkan, mengurangi terjadinya anemia, menjarangkan kehamilan, mengecilkan rahim, ibu dapat lebih cepat langsing kembali, mengurangi resiko terjadinya kanker rahim dan payudara serta memberi kepuasan bagi ibu.

ASI juga bermanfaat bagi keluarga. Memberi ASI berarti menghemat pengeluaran (ekonomis), tidak merepotkan dan menghemat waktu (praktis) serta portable atau mudah dibawa kemana – mana. ASI dapat diberikan kapan saja dan dimana saja dalam keadaan siap dimakan/diminum, serta dalam suhu yang selalu tepat (Roesli, 2005; Suradi, et al., 2004).

Manfaat ASI bagi Negara antara lain: menurunkan angka kematian dan kesakitan, mengurangi subsidi rumah sakit, dan meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa. ASI dapat dianggap sebagai kekayaan nasional karena jika semua ibu menyusui, diperkirakan dapat menghemat devisa sebesar 8,6 milyar yang seharusnya dipakai untuk pembelian susu formula (Roesli, 2005; Suradi, et al., 2004).

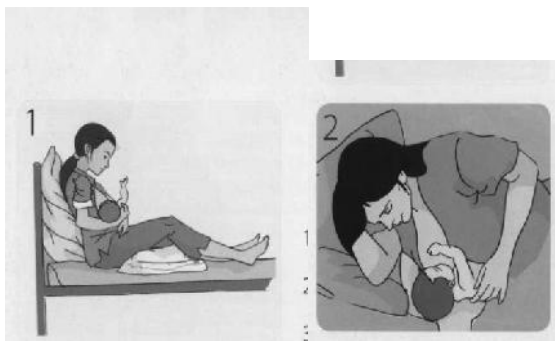
#### **4. Teknik Menyusui**

Seorang ibu yang baru pertama kali mempunyai seorang bayi mungkin akan mengalami masalah ketika menyusui yang sebetulnya hanya karena belum tahu cara-cara yang sebenarnya sangat sederhana. Tenaga kesehatan seharusnya mengetahui bahwa menyusui itu merupakan proses alamiah, namun untuk mencapai keberhasilan menyusui diperlukan pengetahuan mengenai teknik-teknik menyusui yang benar.

Cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri, atau berbaring. Menyusui bayi kembar secara bersamaan dilakukan dengan cara

*doublefootball position*. Keberhasilan dalam menyusui memerlukan langkah – langkah menyusui yang benar. Adapun langkah – langkah tersebut adalah:

- a. Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- b. Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara
  - 1) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.



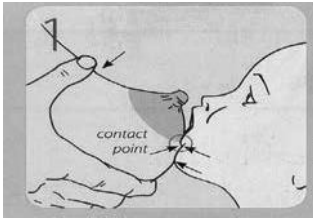
- 2) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- 3) Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu, dan yang satu di depan.
- 4) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi)
- 5) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 6) Ibu menatap bayi dengan penuh kasih sayang



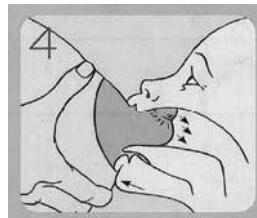
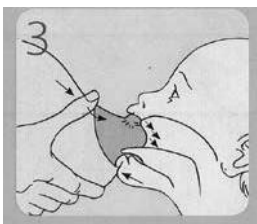
- c. Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah.
- d. Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (*rooting reflex*) dengan cara:
  - 1) Menyentuh pipi dengan puting susu



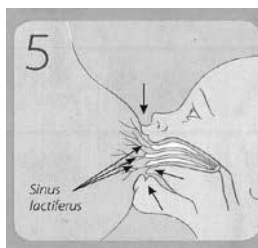
2) Menyentuh sisi mulut bayi



e. Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi



- 1) Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit – langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola
- 2) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.



### 5. Rawat Gabung dalam Proses Laktasi

Rawat gabung adalah satu cara perawatan dimana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan bersama dalam sebuah ruang selama 24 jam penuh. Manfaat rawat gabung dalam proses laktasi sangat besar yang meliputi:

a. Aspek fisik

Bila ibu berada dekat dengan bayinya maka ibu dapat dengan mudah menjangkau bayinya dan menyusui setiap saat, kapan saja bayinya menginginkan (*nir-jadwal*). Menyusui dini dapat merangsang kolostrum untuk segera keluar.

b. Aspek fisiologis

Bila ibu dekat dengan bayi, maka bayi dapat disusui dengan frekuensi lebih sering. Proses ini merupakan proses fisiologis yang alami, sehingga bayi mendapatkan nutrisi alami yang terbaik.

c. Aspek psikologis

Rawat gabung menyebabkan terjalinnya proses lekat (*early infant-mother bonding*) ibu dan bayi akibat sentuhan badaniah antara ibu dan bayinya. Hal ini sangat mempengaruhi perkembangan psikologis bayi selanjutnya, karena kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi mental yang mutlak dibutuhkan oleh bayi. Bayi yang merasa aman terlindungi merupakan dasar terbentuknya rasa percaya diri di kemudian hari.

d. Aspek edukatif

Rawat gabung memfasilitasi ibu untuk mendapatkan pengalaman yang berguna, yaitu mampu menyusui serta merawat bayinya sepulang dari rumah sakit karena selama di rumah sakit, ibu akan melihat, belajar dan mendapat bimbingan bagaimana cara menyusui yang benar, memandikan bayi, merawat tali pusat, dll. Rawat gabung juga dapat menjadi sarana pendidikan bagi keluarga, terutama suami dengan mengajak suami membantu isteri dalam proses belajar menyusui. Suami akan termotivasi untuk memberi dukungan moral bagi isterinya agar mau menyusui bayinya.

e. Aspek ekonomi

Pemberian ASI dapat dilakukan sedini mungkin melalui rawat gabung. Bagi rumah bersalin pemerintah, hal tersebut merupakan suatu penghematan anggaran pengeluaran untuk pembelian susu formula, botol susu, dot, serta peralatan lain yang dibutuhkan. Beban petugas kesehatan menjadi lebih ringan karena ibu berperan lebih besar dalam merawat bayinya. Lama perawatan ibu lebih pendek karena involusi rahim terjadi lebih cepat dan memungkinkan tempat tidur digunakan oleh pasien lain.

f. Aspek medis

Pelaksanaan rawat gabung dapat mencegah infeksi nosokomial. Perubahan fisik atau perilaku bayi dapat diketahui lebih cepat dan ibu dapat menanyakan kepada petugas kesehatan apabila didapatkan hal yang dianggap tidak wajar.

## 6. ASI dan Ibu Bekerja

Bekerja bukan merupakan alasan untuk menghentikan pemberian ASI secara eksklusif setelah ibu menjalani cuti hamil selama 3 (tiga) bulan. Idealnya setiap tempat kerja yang mempekerjakan perempuan menyediakan fasilitas yang dapat dimanfaatkan ibu untuk penitipan bayi maupun tempat untuk pemerah ASI (Pojoek Laktasi). Namun, bila tidak

memungkinkan, Ibu tetap bisa memberikan ASI kepada bayinya dengan ASI perah atau ASI pompa.

Manfaat pemerahan ASI antara lain: bayi akan tetap mendapat ASI saat ibunya kembali bekerja, menghilangkan bendungan ASI, menjaga kelangsungan persediaan ASI pada saat ibu sakit atau bayi sakit, menghilangkan perembesan ASI, memudahkan bayi minum bila ASI terlalu banyak, dan untuk memberi minum bayi dengan berta lahir rendah atau bayi sakit yang belum dapat langsung menyusu pada ibu karena terlalu lemah.

## 7. Pengeluaran ASI

Pengeluaran ASI berguna untuk ibu bekerja yang akan meninggalkan bayinya di rumah, ASI yang merembes karena payudara penuh, bayi yang mempunyai masalah menghisap (BBLR), menghilangkan bendungan atau memacu produksi ASI. Pengeluaran ASI dapat dilakukan dengan dua cara yaitu:

### a. Pengeluaran dengan tangan

Cara ini lazim digunakan karena tidak membutuhkan sarana dan lebih mudah.

- 1) Ibu diminta mencuci tangan sampai bersih
- 2) Ibu atau keluarganya menyiapkan cangkir/gelas bertutup yang telah dicuci dengan air mendidih
- 3) Ibu melakukan massase atau pemijatan payudara dengan kedua telapak tangan dari pangkal ke arah areola. Ibu diminta mengulangi pemijatan ini pada sekeliling payudara secara merata.
- 4) Pesankan kepada ibu untuk menekan daerah areola ke arah dada dengan ibu jari di sekitar areola bagian atas dan jari telunjuk pada sisi areola yang lain.
- 5) Peras areola dengan ibu jari dan jari telunjuk, jangan memijat/menekan puting karena dapat menyebabkan nyeri/lecet
- 6) Minta ibu mengulangi tekan-peras-lepas-tekan-peras-lepas. Pada mulanya ASI tidak keluar, jangan berhenti, setelah beberapa kali maka ASI akan keluar.
- 7) Pesankan kepada ibu agar mengulangi gerakan ini pada sekeliling areola dari semua sisi sehingga yakin bahwa ASI telah diperas dari semua segmen payudara.

### b. Pengeluaran dengan pompa

Payudara bengkak/terbendung dan puting susu terasa nyeri, maka akan lebih baik bila ASI dikeluarkan dengan pompa payudara, dengan memberikan kompres hangat terlebih dahulu. Pengeluaran asi dengan pompa baik digunakan bila ASI benar-benar penuh, tetapi pada payudara yang lunak akan lebih sukar.

## 8. Penyimpanan ASI

ASI yang dikeluarkan dapat disimpan untuk beberapa saat, namun ada perbedaan lamanya penyimpanan terkait dengan tempat penyimpanan. Di udara terbuka/bebas, ASI mampu bertahan dalam waktu 6 – 8 jam. Di lemari es (suhu 4°C), ASI mampu bertahan selama 24 jam, sedangkan di lemari pendingin/*freezer* (suhu – 18°C), ASI mampu bertahan selama 6 bulan.

ASI yang telah didinginkan tidak boleh direbus bila akan diminumkan, karena kualitasnya akan menurun. ASI tersebut cukup didiamkan beberapa saat di dalam suhu kamar agar tidak terlalu dingin atau dapat pula direndam di dalam wadah yang telah berisi air panas.

## 9. “Ayah Menyusui”

Menurut Utami Roesli (2005), ayah merupakan bagian yang vital dalam keberhasilan atau kegagalan menyusui. Pendapat yang salah dari para ayah bahwa menyusui adalah urusan ibu dan bayinya merupakan salah satu factor kegagalan menyusui. Ayah mempunyai peran yang sangat menentukan dalam keberhasilan menyusui karena ayah akan turut menentukan kelancaran pengeluaran ASI (*let down reflex*) yang sangat dipengaruhi oleh keadaan emosi atau perasaan ibu.

Ayah dapat berperan aktif dalam keberhasilan pemberian ASI. Ayah cukup memberikan dukungan emosional dan bantuan-bantuan yang praktis seperti menyedawakan bayi, menggendong bayi dan menenangkan bayi yang gelisah, mengganti popok, memandikan bayi, membawa jalan-jalan ke taman, memberikan ASI perah, dan memijat bayi.

## 10. Lama dan Frekuensi Menyusui

Sebaiknya menyusui bayi berdasar (*on demand*), karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (misal: kencing) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5 –7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusu dengan jadwal yang tak teratur dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1 –2 minggu kemudian.

Menyusui yang dijadwal akan berakibat kurang baik karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Dengan menyusui sesuai kebutuhan bayi akan mencegah banyak masalah yang mungkin timbul. Menyusui pada malam hari sangat berguna bagi ibu yang bekerja karena dengan sering disusukan pada malam hari akan memacu produksi ASI dan juga dapat mendukung keberhasilan menunda kehamilan.

Untuk menjaga keseimbangan besarnya kedua payudara maka sebaiknya setiap kali menyusui harus dengan kedua payudara dan diusahakan sampai payudara terasa kosong agar produksi ASI lebih baik. Setiap menyusui dimulai dengan payudara yang terakhir disusukan. Selama menyusui sebaiknya menggunakan Bra yang menyangga payudara, tetapi tidak terlalu ketat atau justru menekan payudara.

## REFERENSI

- Pilliteri, A. (2003). *Maternal & child health nursing: care of the childbearing family*. (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott
- Reeder, S.J., Martin, L.L., & Koniak, D. (1999). *Maternity nursing, family, newborn & women health*. Philadelphia: Lippincott
- Roesli, U. (2005). *Mengenal ASI eksklusif*. Jakarta: Trubus Agriwidya
- Roesli, U. (2005). *Panduan praktis menyusui, dukung bunda memberikan yang terbaik bagi si buah hati*. Jakarta: Puspa Swara
- Suradi, R., Kristina, H., Sidi, I.P.S., Masuara, S.(2004). *Bahan bacaan manajemen laktasi*. Cetakan ke-2. Jakarta: Program manajemen laktasi perkumpulan perinatologi Indonesia
- Swasono, M.H. (1998). *Kehamilan, kelahiran, perawatan ibu dan bayi dalam konteks budaya*. Jakarta: UI Press.

### CHEKLIST PENILAIAN MANAJEMEN LAKTASI

Performance criteria	Prosedur	Raw Score						Critic ally 1,2,3	Difficu It 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4	5			Actual (RxCxD)	Maxi Score
<b>Pre interaksi</b>	Membaca basmalah		1					1	1	1	1
	Membaca catatan keperawatan		1					2	1	2	2
	Menyiapkan alat		1					2	1	2	2
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
<b>Fase Orientasi</b>	Mengucapkan salam		1					1	1	1	1
	Mengidentifikasi klien - Nama - Umur - Alamat				3			1	1	3	3
	Perkenalkan diri		1					1	1	1	1
	Menjelaskan tujuan dan prosedur			2				1	1	2	2
	Kontrak waktu dan tempat			2				1	1	2	2
	Memberikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai		1					1	1	1	1
	Menutup pintu/tirai untuk privasi klien		1					1	1	1	1
	<b>Fase Kerja</b>	Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya		1					3	1	3
Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara: a. Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi. b. Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu c. Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu, dan yang satu di depan				3				3	1	9	9
Pastikan posisi bayi benar: a. Telinga dan bahu bayi terletak pada satu garis lurus b. Wajah bayi menghadap payudara ibu dan hidungnya berhadapan dengan puting ibu c. Badan bayi dekat dengan badan bayi					4			3	2	24	24

Performance criteria	Prosedur	Raw Score					Critic ally 1,2,3	Difficu lt 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	d. Ibu menatap bayi dengan penuh kasih sayang										
	Pastikan cara menyangga payudara ibu benar: a. Jari – jari diletakkan pada dinding dada di bawah payudara b. Jari telunjuk menyangga payudara c. Ibu jari diatas payudara, dan jari – jari ibu tidak boleh terlalu dekat dengan puting				3			2	2	12	12
	Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan menyentuh bibir bayi dengan puting ibu		1					3	1	3	3
	- Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi - Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit – langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola - Setelah bayi mulai menghisap, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.				3			2	2	12	12
	Pastikan pelekatan bayi benar: - <i>Aerola</i> bagian atas tampak terlihat lebih banyak daripada <i>aerola</i> bagian bawah ( <i>aerola</i> bagian bawah masuk kemulut lebih banyak) - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah bayi terputar/terlipat keluar - Dagu bayi menempel pada payudara					4		3	1	12	12
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
	Melakukan pendidikan kesehatan: - Makanan/nutrisi yang penting untuk ibu menyusui sayuran hijau (daun katuk dsb) - anjuran untuk menyusui sesuai ajaran islam yaitu sampai bayi berumur 2 tahun			2				2	1	4	4
Terminasi	Menyimpulkan hasil tindakan yang telah dilakukan		1					1	1	1	1
	Evaluasi perasaan klien		1					1	1	1	1
	Memberikan reinforcement		1					1	1	1	1

Performance criteria	Prosedur	Raw Score					Critically 1,2,3	Difficult 1,2,3	Score		
		0	1	2	3	4			5	Actual (RxCxD)	Maxi Score
	Melakukan rencana tindak lanjut		1					1	1	1	1
	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya		1					1	1	1	1
	Memberikan salam		1					1	1	1	1
	Hamdalah		1					1	1	1	1
<b>Dokumentasi</b>	- Identitas Klien: Nama, Umur, Alamat - Tindakan - Hasil - Rencana tindak lanjut					4		3	1	12	12
<b>TOTAL</b>										<b>120</b>	



## PIJAT OKSITOSIN

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan padasepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Biancuzzo, 2003; Indiyani, 2006; Yohmi & Roesli, 2009).

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau *reflex let down*. Selain untuk merangsang *refleks let down* manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan *hormone oksitosin*, merangsang kontraksi uterus, dan mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Depkes RI, 2007).

Pijat oksitosin adalah tindakan yang dilakukan oleh suami atau keluarga pada ibu menyusui yang berupa *back massage* pada punggung ibu untuk meningkatkan pengeluaran hormon oksitosin. Pijat oksitosin yang dilakukan oleh suami akan memberikan kenyamanan pada ibu sehingga akan memberikan kenyamanan pada bayi yang disusui. Adapun cara kerjanya sebagai berikut (Suherni, dkk, 2007):

1. Memberitahu ibu, membantu ibu secara psikologis
2. Membangkitkan rasa percaya diri
3. Membantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya
4. Menstimulir puting susunya, dengan menarik secara pelan-pelan dan memutar puting susu dengan jari-jarinya.
5. Mengusap ringan payudara
6. Ibu duduk bersandar kedepan melipat lengan diatas meja didepannya dan meletakkan kepalanya diatas lengannya.
7. Payudara tergantung lepas tanpa baju dan BH
8. Mengoleskan minyak zaitun, minyak kelapa atau baby oil
9. Suami menggosoki kedua sisi tulang belakang dengan menggunakan kepalan tinju kedua tangan dan ibu jari menghadap kearah atas/depan.
10. Suami menekan dengan kuat, membentuk lingkaran kecil dengan kedua ibu jarinya
11. Suami menggosok kearah bawah dikedua sisi tulang belakang, pada saat yang sama, dari leher kearah tulang belikat selama 2 atau 3 menit.

## CHEKLIST PENILAIAN PIJAT OKSITOSIN

Perform ance criteria	Prosedur	Raw Score						Cri tica lly 1,2, 3	Diff icul t 1,2, 3	Score	
		0	1	2	3	4	5			Actual (RxCxD)	Maxi Score
<b>Pre interaksi</b>	Membaca basmalah		1					1	1	1	1
	Membaca catatan keperawatan		1					2	1	2	2
	Menyiapkan alat		1					1	1	1	1
	Mencuci tangan dengan 6 langkah		1					3	1	3	3
<b>Fase Orientasi</b>	Beri salam		1					1	1	1	1
	Mengidentifikasi klien - Nama - Umur - Alamat		1					2	1	2	2
	Perkenalkan diri		1					1	1	1	1
	Menjelaskan tujuan dan prosedur			2				1	1	2	2
	Kontrak waktu dan kegiatan		1					1	1	1	1
	Memberikan kesempatan klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai		1					1	1	1	1
	Menutup pintu/tirai untuk privasi klien		1					2	1	2	2
	<b>Fase Kerja</b>	Melepaskan baju ibu bagian atas		1					2	1	2
Memposisikan ibu duduk rileks bersandar kedepan, tangan dilipat diatas meja dengan kepala diletakkan diatasnya dan payudara dibiarkan menggantung tanpa BH				2				3	2	12	12
Memasang handuk di pangkuan ibu			1					2	1	2	2
Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak kelapa,minyak zaitun atau baby oil			1					3	1	3	3
Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan ibu jari (dua kepalan tangan dengan ibu jari menghadap kedepan) dari 3 jari dibawah punuk ibu hingga sebatas tali BH dengan membentuk gerakan melingkar kecil-kecil selama 15-30 menit				2				3	3	18	18
Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian				2				2	1	4	4
Mencuci tangan dengan 6 langkah			1					3	1	3	3
Memberikan pendidikan kesehatan Nutrisi/makanan yang dapat			1					2	1	2	2

Perform ance criteria	Prosedur	Raw Score					Cri tica lly 1,2, 3	Diff icul t 1,2, 3	Score	
		0	1	2	3	4			5	Actual (RxCxD)
	meningkatkan produksi ASI									
<b>Termina si</b>	Menyimpulkan hasil tindakan yang telah dilakukan		1				1	1	1	1
	Evaluasi perasaan klien		1				1	1	1	1
	Memberikan reinforcement		1				1	1	1	1
	Melakukan rencana tindak lanjut		1				1	1	1	1
	Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya		1				1	1	1	1
	Memberikan salam		1				1	1	1	1
	Mengucapkan Hamdalah		1				1	1	1	1
<b>Dokume ntasi</b>	- Identitas Klien: Nama, Umur, Alamat									
	- Tindakan									
	- Hasil					5	1	1	5	5
	- Rencana tindak lanjut									
	- Nama dan paraf									
<b>TOTAL</b>									<b>75</b>	

Evaluator,

(.....)

**CHECKLIST PENILAIAN KETRAMPILAN  
MEMANDIKAN BAYI DAN PERAWATAN TALIPUSAT**

Tahapan	Prosedur		Raw Score 0,1,2,3,4,5,6						C 1,2,3	D 1,2,3	Score	
			Actual (RxCxD)	Max Score								
Pra Interaksi	1	Baca catatan medis dan catatan keperawatan klien	0	1					2	1		2
	2	Cuci tangan	0	1					2	1		2
	3	Persiapkan alat: d. Waskom/bak mandi bayi berisi air hangat e. Sabun, shampoo (sesuai kebutuhan) f. Handuk g. Washlap	0	1					1	1		1
Orientasi	1	Ucapkan salam	0	1					1	1		1
	2	Identifikasi klien: d. nama, e. umur, f. alamat	0	1					2	1		2
	3	Panggil klien dengan namanya serta perkenalkan diri	0	1					1	1		1
	4	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien/keluarga	0	1					1	1		1
	5	Klarifikasi kontrak waktu	0	1					1	1		1
	6	Beri kesempatan pada ibu dan keluarga untuk bertanya	0	1					1	1		1
	7	Minta persetujuan klien/keluarga	0	1					1	1		1
	8	Jaga privacy	0	1					1	1		1
Kerja	1	Ucapkan bismillah	0	1					1	1		1
	2	Pastikan bayi dalam posisi nyaman dalam pegangan atau terbaring dalam inkubator	0	1					2	1		2
	3	Kaji tanda vital dan cek kembali suhu air (37°C-38°C). (hangat-hangat kuku). Air dalam waskom hanya digunakan untuk menyeka ( <i>sponge bathing</i> ) dan membersihkan rambut.	0	1					3	2		6
	4	Mulai memandikan dengan mengusap mata dari kantung dalam ke luar. Gunakan air bersih dan sisi waslap yang lain untuk tiap-tiap mata. Bersihkan wajah dengan lembut. Gunakan air biasa/tanpa menggunakan sabun	0	1					3	3		9
	5	Membersihkan rambut: a. Pegang bayi dengan aman, gunakan <i>football hold</i> , basahi rambut dengan air secara lembut	0	1	2	3			3	3		27

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5,6						C 1,2,3	D 1,2,3	Score	
										Actual (RxCxD)	Max Score
	<p>b. Usapkan <i>shampoo</i> (jika diperlukan) dengan menggunakan lap. Bilas rambut dan keringkan kulit kepala dengan cepat.</p> <p>c. Bersihkan telinga luar dengan gerakan memutar dan gunakan bagian yang berbeda untuk masing-masing telinga</p>										
	<p>6 Membersihkan tubuh dan ekstremitas</p> <p>a. Setelah melepas selimut mandi/pakaian bayi, bersihkan leher, dada, lengan, dan punggung dengan cara yang sama</p> <p>b. Bersihkan tubuh dengan sabun dan air, bilas dengan hati-hati dan keringkan bagian tubuh yang dibersihkan sebelum berpindah ke bagian tubuh yang lain</p>	0	1	2				3	3		18
	<p>7 Membersihkan genitalia</p> <p>a. Bayi perempuan: bersihkan labia secara perlahan dengan arah dari depan ke belakang</p> <p>b. Bayi laki-laki: tarik kulup dengan lembut dan sejauh-jauhnya, bersihkan ujung <i>glands</i> dengan gerakan memutar dan kembalikan kulup dengan segera setelah dibersihkan</p>	0	1	2				3	3		18
	<p>8 Perawatan tali pusat (terbuka): gunakan air steril untuk perawatan tali pusat, jika perlu angkat tali pusat agar perawatan lebih adekuat.</p>	0	1					3	3		9
	<p>9 Memakaikan pakaian sesuai kondisi bayi dan lingkungan</p>	0	1					3	3		9
	<p>10 Akhiri kegiatan dengan mengucapkan hamdalah</p>	0	1					1	1		1
Terminasi	<p>1 Evaluasi respon bayi dan keluarga</p>	0	1					1	1		1
	<p>2 Simpulkan kegiatan</p>	0	1					1	1		1
	<p>3 Sampaikan rencana tindakan berikutnya</p>	0	1					1	1		1
	<p>4 Akhiri pertemuan dengan salam</p>	0	1					1	1		1

Tahapan	Prosedur		Raw Score 0,1,2,3,4,5,6							C 1,2,3	D 1,2,3	Score	
			Actual (RxCxD)	Max Score									
	5	Rapikan alat	0	1						1	1		1
	6	Cuci tangan	0	1						1	1		1
Dokumentasi	1	Dokumentasikan kegiatan	0	1						3	2		6
<i>Soft skill</i>	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 professional	0	1						2	1		2
	5	Pakaian rapi dan tertib sesuai aturan	0	1						2	1		2
<i>Total Maximum Score</i>													136

## **PENGAJIAN 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 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 coping. 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. Coping

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.

Skrining 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 operasim imunisasi, 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

<b>Onset</b>	Kapan nyeri muncul ? berapa lama? Berapa sering nyeri muncul?
<b>Provoking</b>	Apa yang menyebabkan nyeri? Apa yang membuatnya berkurang? Apa yang membuat nyeri bertambah parah?
<b>Quality</b>	Bagaimana rasanya? Bisakah anda gambarkan?
<b>Region/ Radiaton</b>	Dimana lokasinya? Apakah menyebar?
<b>Severity</b>	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?
<b>Treatment</b>	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 arthritis.
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 PENGAJIAN NYERI

Tahap	Prosedur	Raw Score					Critical ly 1,2,3	Difficul ty 1,2,3	Score	
		0	1	2	3	4			Actu al	Ma x
Tahap pre interaksi	1 Baca catatan keperawatan	0	1				3	1		3
	2 Cuci tangan	0	1				3	1		3
	3 Persiapkan alat: alat tulis dan form pengkajian nyeri	0	1				3	1		3
	4 Antisipasi kelemahan dan kekuatan diri	0	1				3	1		3
Tahap Orientasi	1 Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2			1	1		2
	2 Klarifikasi identitas pasien	0	1	2			2	1		4
	3 Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan	0	1	2			3	1		6
	4 Kontrak waktu	0	1				1	1		1
	5 Beri kesempatan pasien/ keluarga untuk bertanya	0	1				1	1		1
	6 Minta persetujuan pasien/keluarga	0	1				3	1		3
	7 Jaga privacy	0	1				1	1		1
Tahap Kerja	1 Baca Basmallaah	0	1				1	1		1
	2 Kaji kapan nyeri muncul, berapa lama dan seberapa sering nyeri muncul.	0	1	2	3		2	2		12
	3 Kaji penyebab nyeri, apa yang membuat nyeri berkurang dan bertambah.	0	1	2	3		2	2		12
	4 Kaji bagaimana manifestasi nyeri yang muncul. Minta pasien untuk menggambarkan.	0	1	2	3		2	2		12
	5 Tanyakan lokasi nyeri dan sifatnya.	0	1	2	3		2	2		12
	6 Kaji skala nyeri. Tanyakan skala teringan dan terberat. Minta pasien menggambarkan gangguan yang dialami akibat nyeri dan gejala lain yang menyertai nyeri.	0	1	2	3		2	2		12
	7 Tanyakan pengobatan apa saja yang sudah dilakukan, hasilnya, efek sampingnya, dan terapi apa yang	0	1	2	3		2	2		12

		digunakan di masa lalu.									
	8	Kaji pengetahuan pasien tentang penyebab nyeri yang ada dan bagaimana pengaruhnya terhadap pasien dan keluarganya.	0	1	2	3		2	2		12
	9	Kaji keyakinan atau pandangan lain tentang nyeri yang penting bagi pasien dan keluarga.	0	1	2	3		2	2		12
Tahap Terminasi	1	Evaluasi respon klien	0	1				3	1		3
	2	Simpulkan hasil	0	1	2			3	2		12
	3	Beri reinforcement sesuai kemampuan klien	0	1				1	1		1
	4	Kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya	0	1				1	1		1
	5	Ucapkan salam	0	1				1	1		1
Dokumen-tasi	1	Identitas pasien	0	1				2	1		2
	2	Hasil pengkajian nyeri	0	1	2			2	2		8
	3	Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1				1	1		1
	4	Nama dan tanda tangan	0	1				1	1		1
Perilaku Profesional	1	Hati-hati	0	1				2	1		2
	2	Teliti	0	1				2	1		2
	3	Memperhatikan kenyamanan pasien	0	1				2	1		2
	4	Penampilan islami	0	1				2	1		2
Total Nilai											165

## PENATALAKSANAAN NYERI

### 1. **Cutaneous Stimulation**

Merupakan teknik reduksi nyeri dengan melakukan stimulasi pada kulit untuk menghilangkan nyeri. Alat yang dibutuhkan:

- a. Skin lubricant
- b. Bantal

### 2. **Distraction**

Merupakan teknik reduksi nyeri dengan mengalihkan perhatian kepada hal lain sehingga kesadaran klien terhadap nyerinya berkurang. Teknik distraksi dapat dilakukan dengan mendengarkan musik, membaca, menonton TV dll.

### 3. **Anticipatory Guidance**

Merupakan teknik reduksi nyeri yang dilakukan oleh perawat dengan cara memberikan informasi yang dapat mencegah terjadinya misinterpretasi dari kejadian yang dapat menimbulkan nyeri dan membantu pemahaman apa yang diharapkan. Informasi yang diberikan kepada klien meliputi :

- a. Penyebab nyeri
- b. Terjadinya nyeri
- c. Lama dan kualitas nyeri
- d. Berat-ringannya nyeri
- e. Lokasi nyeri
- f. Informasi tentang keamanan yang akan diberikan kepada klien
- g. Metode yang digunakan perawat pada klien untuk mengurangi nyeri
- h. Hal-hal yang diharapkan klien selama prosedur

### 4. **Relaxation and Guided Imagery**

Teknik relaksasi dan guided imagery menghambat *affective-motivational* dan persepsi nyeri kognitif sehingga dapat mengurangi stress fisik dan emosional dari nyeri.

Beberapa alasan relaksasi efektif dalam mengatasi nyeri :

- Latihan relaksasi memiliki efek umum terhadap tingkat ketegangan otot tubuh
- Relaksasi dapat dihubungkan dengan penurunan kecemasan
- Proses relaksasi mempunyai fungsi distraksi sehingga perhatian tidak berpusat pada perasaan tidak nyaman
- Secara tidak langsung relaksasi dapat merubah tingkat persepsi dan kontrol persepsi

Kelompok utama yang digunakan dalam teknik relaksasi adalah :

- a. Tangan, lengan bawah dan otot biceps
- b. Kepala, muka, tenggorokan dan bahu, termasuk pemusatan perhatian pada dahi, pipi, hidung, mata, rahang, bibir, lidah dan leher. Sedapat mungkin perhatian dicurahkan

pada kepala, karena pandangan emosional, otot yang paling penting dalam tubuh ada di sekitar area ini.

- c. Dada, lambung dan punggung bagian bawah
- d. Paha, pantat, betis dan kaki.

Sedangkan guided imagery merupakan teknik reduksi nyeri dengan menggunakan kekuatan imajinasi klien dengan diiringi music yang lembut. Alat yang dibutuhkan adalah tape recorder dan kaset.

### CHECK LIST GUIDED IMAGERY

Tahapan	Prosedur		Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1,2,3	D 1,2,3	Score	
			Actual RxCxD	Max score							
Pra Interaksi	1.	Baca catatan keperawatan atau catatan medis	0	1				3	1		3
	2.	Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1				2	1		2
	3.	Persiapkan diri	0	1				2	1		2
	4.	Persiapan alat	0	1				3	1		3
Orientasi	1.	Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2			1	1		2
	2.	<b>Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien</b>	0	1	2			3	1		6
	3.	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga	0	1	2			2	1		4
	4.	Kontrak waktu	0	1				1	1		1
	5.	Beri kesempatan pasien untuk bertanya	0	1				1	1		1
	6.	Minta persetujuan klien/keluarga	0	1				2	1		1
	7.	Dekatkan alat didekatkan klien	0	1				1	1		1
	8.	Jaga privacy pasien, tutup tirai/pintu	0	1				2	1		2
Kerja	1.	<b>Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci</b>	0	1				3	1		3

		<b>tangan dengan menggunakan hand rub)</b>										
	2.	Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1					2	1		2
	3.	Mengatur posisi klien yang nyaman menurut klien	0	1					2	2		4
	4.	Memutar musik yang lembut	0	1					3	3		9
	5.	Melakukan bimbingan dengan baik terhadap klien Meminta klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membantu penggunaan semua indera dengan suara yang lembut.	0	1					3	3		9
	6.	Apabila klien menunjukkan tanda-tanda agitasi, gelisah atau tidak nyaman, perawat harus menghentikan latihan dan memulainya lagi ketika klien sudah siap	0	1					3	1		3
	7.	Mencatat hal-hal yang digambarkan klien untuk digunakan pada latihan selanjutnya.	0	1					2	1		2
	8.	<b>Cuci tangan setelah tindakan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)</b>	0	1					3	1		3
Terminasi	1.	Simpulkan hasil kegiatan	0	1					1	1		1



	2.	Evaluasi respon pasien: - Rasa nyeri pasien	0	1					3	1		3
	3.	Doakan kesembuhan pasien dengan membaca Syafakallah untuk pasien laki-laki dan Syafakillah untuk pasien perempuan	0	1					2	2		4
	4.	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1					1	1		1
Dokumentasi	1.	Nama & umur pasien atau nama & alamat pasien	0	1	2				2	1		4
	2.	Diagnosis keperawatan	0	1					2	1		2
	3.	Tindakan keperawatan yang dilakukan	0	1					1	1		1
	4.	Respon klien	0	1					1	1		1
	5.	Evaluasi hasil tindakan/temuan saat melakukan tindakan: respon nyeri klien	0	1					1	1		1
	6.	Tanggal dan jam pemeriksaan	0	1	2				1	1		2
	7.	Nama dan TTD perawat	0	1	2				1	1		2

#### CHECK LIST TEKNIK MASSAGE

Tahapan	Prosedur	Raw Score		C	D	Score				
		0,1,2,3,4,5	1,2,3			Actual RxCx	Max score			
Pra Interaksi	1. Baca catatan keperawatan atau catatan medis	0	1				3	1		3
	2. Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1				2	1		2
	3. Persiapkan diri	0	1				2	1		2
	4. Persiapkan alat: Skin	0	1				3	1		3

		lubricant/lotion, bantal									
Orientasi	1.	Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2			1	1		2
	2.	<b>Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien</b>	0	1	2			3	1		6
	3.	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga	0	1	2			2	1		4
	4.	Kontrak waktu	0	1				1	1		1
	5.	Beri kesempatan pasien untuk bertanya	0	1				1	1		1
	6.	Minta persetujuan klien/keluarga	0	1				2	1		2
	7.	Dekatkan alat didekatkan klien	0	1				1	1		1
	8.	Jaga privacy pasien, tutup tirai/pintu	0	1				2	1		2
Kerja	1.	<b>Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i>)</b>	0	1				3	1		3
	2.	Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1				2	1		2
	3.	Mengatur posisi tempat tidur klien	0	1				2	1		2
	4.	Menentukan daerah yang dimassage - Tangan : Tempatkan lengan pada bantal jika klien duduk/posisi supine	0	1	2	3		3	2		18

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengan : Tempatkan lengan pada bantal jika klien duduk/posisi supine</li> <li>- Lehar: Posisi klien pronasi</li> </ul>									
	5.	Memakai lotion di tangan dan gosok-gosokkan dengan kedua tangan hingga hangat	0	1				3	2		6
	6.	<p>Massage bagian tubuh paling sedikit 10 menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tangan : Buat kontak pertama dengan satu tangan, kemudian dengan kedua tangan secara perlahan buka telapak tangan klien. Saat menyanggah tangan klien gunakan kedua ibu jari untuk menggosok telapak tangan, gunakan kedua ibu jari dengan gerakan sirkuler untuk merentangkan bagian telapak tangan keluar. Massage setiap jari secara terpisah,</li> </ul>	0	1	2	3		3	3		27

		<p>gunakan gerakan seperti pembuka tutup botol dari dasar sampai ujung jari dengan ibu jari lainnya, remas otot kecil dan jari-jari klien. Luncurkan tangan perawat dengan lembut dari ujung jari sampai pergelangan tangan. Ulangi pada tangan yang lain.</p> <p>- Lengan: Gunakan usapan meluncur untuk massage dari pergelangan sampai lengan bawah, dengan ibu jari dan jari telunjuk dari kedua tangan, remas otot dari lengan bawah sampai ke bahu, lanjutkan meremas biceps, deltoid, dan triceps. Selesaikan dengan usapan</p>									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>meluncur dari pergelangan tangan sampai bahu.</p> <p>- Leher Dukung leher dengan satu tangan dan massage leher atas dengan usapan meluncur, remas otot samping leher, pindah tangan untuk mendukung leher dan remas samping leher yang lain. Rentangkan leher perlahan-lahan dengan satu tangan pada bagian atas dan yang lain bagian bawah</p>									
	7.	<b>Cuci tangan setelah tindakan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i>)</b>	0	1				3	1		3
Terminasi	1.	Simpulkan hasil kegiatan	0	1				1	1		1
	2.	Evaluasi respon pasien	0	1				2	1		2
	3.	Doakan kesembuhan pasien dengan membaca Syafakallah untuk pasien laki-laki dan Syafakillah untuk pasien	0	1				2	2		4

		perempuan									
	4.	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1				1	1		1
Dokumentasi	1.	Nama & umur pasien atau nama & alamat pasien	0	1	2			2	1		4
	2.	Diagnosis keperawatan	0	1				2	1		2
	3.	Tindakan keperawatan yang dilakukan	0	1				2	1		1
	4.	Respon klien	0	1				1	1		1
	5.	Evaluasi hasil tindakan/temuan saat melakukan tindakan	0	1				1	1		1
	6.	Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2			1	1		2
	7.	Nama dan TTD perawat	0	1	2			1	1		2

### CHECK LIST TEKNIK RELAKSASI PROGRESSIVE

Tahapan	Prosedur		Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1,2,3	D 1,2,3	Score		
										Actual RxCxD	Max score	
Pra Interaksi	1.	Baca catatan keperawatan atau catatan medis	0	1					3	1		3
	2.	Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1					2	1		2
	3.	Persiapkan diri	0	1					2	1		2
	4.	Persiapan alat	0	1					1	1		1
Orientasi	1.	Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2				1	1		2
	2.	<b>Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien</b>	0	1	2				3	1		6
	3.	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga	0	1	2				2	1		4
	4.	Kontrak waktu	0	1					1	1		1
	5.	Beri kesempatan pasien untuk bertanya	0	1					1	1		1
	6.	Minta persetujuan klien/keluarga	0	1					2	1		2
	7.	Dekatkan alat didekatkan klien	0	1					1	1		1
	8.	Jaga privacy pasien, tutup tirai/pintu	0	1					2	1		1
Kerja	1.	<b>Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan <i>hand rub</i>)</b>	0	1					3	1		3
	2.	Baca basmalah sebelum melakukan	0	1					2	1		2

	tindakan										
3.	Mengatur posisi klien Posisi berbaring atau duduk di kursi dengan kapala ditopang	0	1					3	2		6
4.	Membimbing klien untuk melakukan teknik relaksasi Kepalkan kedua telapak tangan, kencangkan biceps dan lengan bawah selama lima sampai tujuh detik, perawat membimbing klien ke daerah otot yang tegang, anjurkan klien untuk memikirkan rasanya dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaks selama 12 sampai 30 detik	0	1	2	3			3	3		27
5.	Kerutkan dahi ke atas, pada saat yang sama tekan kepala sejauh mungkin ke belakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya, kemudian anjurkan klien untuk mengerutkan otot muka seperti kenari : cemberut, mata dikedipkan, bibir dimonyongkan ke depan, lidah ditekan ke langit-langit, dan bahu dibungkukkan. Selama lima sampai tujuh detik,	0	1	2	3			3	3		27



	perawat membimbing klien ke daerah otot yang tegang, anjurkan klien untuk memikirkan rasanya dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaks selama 12 sampai 30 detik										
6.	Lengkingkan punggung ke belakang sambil menarik nafas dalam masuk, tekan keluar lambung, tahan, relaks. Tarik nafas dalam keluar perut, tahan, relaks	0	1	2	3			3	3		27
7.	Tarik kaki dan ibu jari ke belakang mengarah ke muka, tahan, relaks, lipat ibu jari, secara serentak kencangkan betis, paha dan pantat. Selama lima sampai tujuh detik, perawat membimbing klien ke daerah otot yang tegang, anjurkan klien untuk memikirkan rasanya dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaks selama 12 sampai 30 detik	0	1	2	3			3	3		27
8.	<b>Cuci tangan setelah tindakan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci</b>	0	1					3	1		3

		<b>tangan dengan menggunakan hand rub)</b>									
Terminasi	1.	Simpulkan hasil kegiatan	0	1				1	1		1
	2.	Evaluasi respon pasien	0	1				2	1		2
	3.	Doakan kesembuhan pasien dengan membaca Syafakallah untuk pasien laki-laki dan Syafakillah untuk pasien perempuan	0	1				2	2		4
	4.	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1				1	1		1
Dokumentasi	1.	Nama & umur pasien atau nama & alamat pasien	0	1	2			2	1		4
	2.	Diagnosis keperawatan	0	1				2	1		2
	3.	Tindakan keperawatan yang dilakukan	0	1				1	1		1
	4.	Respon klien	0	1				1	1		1
	5.	Evaluasi hasil tindakan/temuan saat melakukan tindakan	0	1				1	1		1
	6.	Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2			1	1		2
	7.	Nama dan TTD pelaksana	0	1	2			1	1		2

## MENGGANTI ALAT TENUN

Oleh:

Falasifah Ani Yuniarti, S.Kep., Ns., MAN., HNC

Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS., HNC

### MENGGANTI LINEN

Mengganti alat tenun merupakan tindakan yang penting dilakukan oleh perawat, terutama perawat pelaksana. Tindakan ini dilakukan untuk membuat tempat tidur tetap dalam kondisi bersih dan nyaman dengan bercirikan tempat tidur yang bersih, kering dan rapi ( tidak ada kerutan atau lipatan pada permukaan tempat tidur.

Rasional tindakan mengganti alat tenun :

- Mengurangi adanya paparan terhadap mikroorganisme pada klien
- Memberikan rasa nyaman kepada klien
- Mencegah terjadinya dekubitus (luka tekan) pada klien

Kapan dilakukannya menggantinya alat tenun?

- Setelah klien mandi
- Ketika alat tenun basah dan kotor oleh sisa makanan atau dari cairan yang berasal dari tubuh klien atau cairan yang lainnya

Prinsip-prinsip mengganti alat tenun :

- a. Menggunakan prinsip aseptis dengan menjaga alat tenun lama agar jauh dari badan perawat (tidak menempel pada seragam)
- b. Jangan mengibaskan alat tenun lama, karena hal ini dapat menyebarkan mikroorganisme lewat udara
- c. Linen (alat tenun) lama jangan diletakkan dilantai untuk mencegah penyebaran infeksi
- d. Ketika mengganti alat tenun, gunakan prinsip *body mechanics*
- e. Jaga privasi, kenyamanan dan keamanan dari klien
- f. Bila klien kurang kooperatif gunakan *rails*

Alat dan bahan :

1. Linen bersih
2. Sarung bantal bersih
3. Perlak dan pengalas
4. Sarung tangan bersih

## Prosedur Mengganti Alat Tenun dengan Pasien Diatasnya

3. Posisikan pasien miring membelakangi perawat. Pastikan side rail terpasang dengan benar untuk mencegah pasien jatuh (patient safety). Gulung linen yang kotor ke arah punggung pasien sehingga linen kotor akan tergulung sepanjang punggung pasien. Pastikan linen kotor tergulung dengan rapi dan tidak ada kotoran yang tertinggal.
4. Pertahankan posisi pasien miring membelakangi perawat dan side rail masih terpasang. Bentangkan sebagian linen bersih pada sisi yang sudah tidak ada linen kotornya. Gulungan linen bersih diletakkan berdekatan dengan gulungan. Jaga agar linen bersih tidak terkontaminasi oleh bagian linen kotor. Rapikan linen bersih yang telah dibentangkan dengan membuat sudut di ujung sisi kasur.
5. Pasang side rail di sisi yang lain, balikkan tubuh pasien miring melewati gulungan linen kotor dan bersih. Gulung bagian linen kotor, kumpulkan, dan letakkan linen kotor pada tempat linen kotor. Tarik sisa gulungan linen bersih menutupi seluruh permukaan kasur. Rapikan ujung linen.

## Prosedur Melipat Ujung Linen

Tutup permukaan kasur dengan linen bersih, biarkan ujung linen menjuntai menutupi sisi kasur.

Tarik ujung selimut menuju sisi kasur, buat ujung bawah dan samping menjadi segitiga.

Masukkan ujung menjuntai dibawah kasur dan rapikan. Jaga agar sisi segitiga tetap rapi.

Masukkan sisi segitiga linen dibawah kasur. Lakukan pada semua ujung kasur.

## CHECK LIST MENGGANTI ALAT TENUN DENGAN KLIEN DIATASNYA

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
		Actual (RxCxD)	Max Score							
Pra Interaksi	1. Baca catatan keperawatan atau catatan medis	0	1				3	1		3
	2. Tentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	0	1				2	1		2
	3. Persiapkan diri	0	1				2	1		2
	4. Persiapkan alat: 1. Linen bersih 2. Sarung bantal bersih 3. Perlak dan pengalas 4. Sarung tangan bersih 5. Selimut bersih 6. Ember/ tempat linen kotor	0	1				3	1		3
Orientasi	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri	0	1	2			1	1		2
	2. <b>Klarifikasi nama dan umur pasien atau nama dan alamat pasien</b>	0	1	2			3	1		6
	3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga	0	1	2			2	1		4
	4. Kontrak waktu	0	1				1	1		1
	5. Beri kesempatan pasien 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 pasien, tutup tirai/pintu	0	1				2	1		2
Kerja	1. <b>Cuci tangan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)</b>	0	1				3	1		3
	2. Baca basmalah sebelum melakukan tindakan	0	1				2	1		2
	3. <b>Kenakan sarung tangan bersih</b>	0	1				3	1		3
	4. Menganjurkan klien untuk berbaring telentang (bila mampu)	0	1				2	1		2
	5. Memindahkan alat/perlengkapan milik klien yang ada di tempat tidur	0	1				2	1		2
	6. Melepas selimut, melipatnya dan meletakkan pada ember/tempat kain kotor	0	1				2	2		4
	7. Turunkan pembatas tempat tidur ( <i>side rail</i> ) di sisi anda	0	1				2	1		2
	8. Membantu klien tidur miring, menjauhi perawat, dengan tetap memperhatikan keadaan umum klien	0	1				2	2		4
	9. Lepas linen, perlak, dan pengalas	0	1				3	3		9

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
									Actual (RxCxD)	Max Score
	dengan menggulungnya ke arah punggung klien, bagian kotor berada di dalam gulungan									
10.	Pasang alat tenun: 1) Gulung alat tenun 2) Memasang linen, perlak, dan pengalas bersih pada bagian separuh kasur 3) Sisa gulungan linen diletakkan di belakang punggung klien 4) Sisi yang bersih yang telah terpasang dibuat sudut	0	1	2	3	4		3	3	36
11.	Bantu pasien untuk membalikkan posisi ke hadapan perawat dengan melewati gulungan linen bersih tersebut	0	1					3	2	6
12.	Lanjutkan pasang alat tenun: 1) Semua linen kotor diambil 2) Masukkan linen kotor ke dalam tempat kain kotor 3) Tarik sisa gulungan linen bersih dan bentangkan hingga menutupi kasur 4) Masukkan sisa-sisa linen pada sisi tempat tidur ke bawah kasur dengan membentuk sudut 5) Rapihan	0	1	2	3	4	5	3	3	45
13.	Kembalikan klien pada posisi supinasi (posisi yang nyaman)	0	1					3	2	6
14.	Pasang selimut yang bersih & pakaikan selimut	0	1	2				3	2	12
15.	Lepas bantal dengan hati-hati sambil menyangga kepala klien	0	1					3	3	9
16.	Lepas sarung bantal yang kotor & ganti sarung bantal yang bersih	0	1	2				3	2	12
17.	Pasang kembali bantal yang sudah diganti sarung bantal bersih & bantu klien tidur dengan posisi yang nyaman	0	1	2				3	3	18
18.	<b>Naikkan pembatas tempat tidur (side rail)</b>	0	1	2				3	1	6
19.	Observasi keadaan pasien	0	1					2	1	2
20.	Bereskan alat	0	1					1	1	1
21.	Lepaskan sarung tangan	0	1					2	1	2
22.	Baca hamdalah setelah melakukan tindakan	0	1					1	1	1
23.	<b>Cuci tangan setelah tindakan (Lakukan gerakan 6 langkah cuci tangan dengan menggunakan hand rub)</b>	0	1					3	1	3

Tahapan	Prosedur	Raw Score 0,1,2,3,4,5					C 1, 2, 3	D 1, 2, 3	Score	
		Actual (RxCxD)		Max Score						
Terminasi	1. Simpulkan hasil kegiatan	0	1				1	1		1
	2. Evaluasi respon pasien	0	1				2	1		2
	3. Evaluasi: a. Kebersihan dan kerapian linen b. Kenyamanan pasien	0	1	2			2	1		4
	4. Berikan pendidikan kesehatan singkat untuk menjaga kebersihan linen	0	1				2	1		2
	5. Doakan kesembuhan pasien dengan membaca Syafakallah untuk pasien laki-laki dan Syafakillah untuk pasien perempuan	0	1				2	2		4
	6. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya	0	1				1	1		1
Dokumentasi	1. Nama & umur pasien atau nama & alamat pasien	0	1				2	1		4
	2. Diagnosis keperawatan	0	1				2	1		2
	3. Tindakan keperawatan yang dilakukan	0	1				1	1		1
	4. Respon klien	0	1				1	1		1
	5. Evaluasi hasil tindakan/temuan saat melakukan tindakan a. Kebersihan dan kerapian linen b. Kenyamanan pasien	0	1	2			2	2		8
	6. Tanggal dan jam pelaksanaan	0	1	2			1	1		2
	7. Nama dan TTD perawat	0	1	2			1	1		2
Sikap/Soft skill	1. Empati	0	1				3	1		3
	2. Teliti	0	1				3	1		3
	3. Hati-hati	0	1				3	1		3
	4. Berpakaian rapi dan Islami	0	1				3	1		3
	5. Professional behavior	0	1				3	1		3

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Actual Score}}{\text{Max Score}} \times 100 = \frac{\text{Actual Score}}{268} \times 100 = \dots\dots\dots$$

Nilai batas lulus  $\geq 75$

Keterangan :

**Raw Score:**

- 0 – Tidak dilakukan
- 1 – Melakukan 1
- 2 – Melakukan 2
- 3 – Melakukan 3
- 4 – Melakukan 4
- 5 – Melakukan 5

**Critically Level (C)**

- 1 – Kurang kritikal
- 2 – Kritikal
- 3 – Sangat kritikal

**Difficulty Level (D)**

- 1 – Kurang sulit
- 2 – Sulit
- 3 – Sangat sulit

## **RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

### **1. Pengertian**

Perilaku kekerasan didefinisikan sebagai perilaku individu yang dapat membahayakan orang lain, diri sendiri baik secara fisik, emosional dan atau seksualitas (Nanda, 2005), sedangkan menurut Maramis (1998), perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perilaku yang dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan dan termasuk orang lain (Maramis, 1998).

Perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Resiko mencederai merupakan suatu tindakan yang kemungkinan dapat melukai/membahayakan diri, orang lain dan lingkungan.

### **2. Etiologi**

Menurut Budiana Keliat (2004) faktor presipitasi dan predisposisi dari perilaku kekerasan adalah:

#### **1. Faktor predisposisi**

##### **a. Psikologi**

Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk

##### **b. Perilaku**

Reinforcement yang diterima jika melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan, merupakan aspek yang menstimulasi dan mengadopsi perilaku kekerasan.

##### **c. Sosial budaya**

Budaya tertutup, kontrol sosial tidak pasti terhadap perilaku kekerasan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.

##### **d. Bioneurologis**

Kerusakan sistem limbik, lobus frontal atau temporal dan ketidakseimbangan neurotransmitter.

#### **2. Faktor presipitasi**

a. Klien, misalnya : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri kurang.

b. Lingkungan sekitar klien, misalnya : padat,ribut, kritikan mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan dan kekerasan.

c. Interaksi dengan orang lain, misalnya: provokatif dan konflik.



## Terapi farmakologis

1. Clorpimazine (CPZ)  
Untuk mensupresi gejala-gejala psikosa: agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan insomnia, halusinasi, waham dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, maniak, depresi, gangguan personalitas, psikosa involusion, psikosa masa kecil. cara pemberian peroral atau intra muskular.
2. Haloperidol  
Untuk gangguan psikotik, sindroma Gilles de la Tourette pada anak-anak dan dewasa. Kontraindikasi: depresi saraf pusat. Penyakit Parkinson, mengantuk, tremor, letih, lesu, gelisah, gejala ekstra piramidal.
3. Trihexyphenidyl (THP, Artane, Tremin)  
Untuk gejala skizofrenia

## Tindakan keperawatan

### PEDOMAN ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama klien : ..... Dx Medis : .....

No RM : ..... Ruangan : : .....

<i>Tgl/ No Dx</i>	<i>Tindakan Keperawatan Untuk Pasien</i>	<i>Tindakan Keperawatan untuk keluarga</i>
	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi penyebab, tanda &amp; gejala, PK yang dilakukan, akibat PK</li><li>2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual</li><li>3. Latihan cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal</li><li>4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik</li></ol>	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien</li><li>2. Jelaskan pengertian, tanda &amp; gejala, dan proses terjadinya PK (gunakan booklet)</li><li>3. Jelaskan cara merawat PK</li><li>4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal</li><li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian</li></ol>

SP 2

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian
2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)
3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat

SP 2

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik. Beri pujian
2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat
3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat
4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian

SP 3

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik & obat. Beri pujian
2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)
3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal

SP 3

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberikan obat. Beri pujian
2. Latih cara membimbing: cara bicara yang baik
3. Latih cara membimbing kegiatan spiritual
4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian

SP 4

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik<sup>1,2</sup> & obat & verbal & spiritual. Beri pujian
2. Nilai kemampuan yang telah mandiri
3. Nilai apakah PK terkontrol

SP 4

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik, memberikan obat, cara bicara yang baik & kegiatan spiritual dan follow up. Beri pujian
2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien
3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM

1. DOPS

**FORM PENILAIAN DOPS (KETRAMPILAN KEPERAWATAN)**

No.	Hari/tgl	Prosedur Ketrampilan Keperawatan	Aspek yang dinilai					Rata-rata	Preceptor	
			1	2	3	4	5		Nama	TTD
1.										
2.										
3.										

**Aspek yang Dinilai:**

1. Ketrampilan komunikasi terapeutik
  - Memfasilitasi pasien menceritakan riwayat kesehatannya
  - Kemampuan menyampaikan pertanyaan yang efektif dan tepat untuk mendapatkan informasi yang akurat dan adekuat
  - Kemampuan untuk memberikan respon yang sesuai terhadap reaksi verbal maupun non verbal
2. Profesionalisme keperawatan
  - Menunjukkan sikap hormat, empati, percaya pada pasien, percaya diri, dan sensitif terhadap penyakit atau penderitaan klien
  - Kemampuan menjelaskan prosedur kepada klien dan/atau keluarganya
  - Memperhatikan aspek keselamatan pasien
  - Menunjukkan teknik aseptik dan bersih serta mengimplementasikan standar universal precaution
3. Kemampuan melakukan ketrampilan keperawatan
  - Mempersiapkan alat dan bahan yang sesuai
  - Keruntutan tindakan
  - Keefektifan waktu dan tindakan, alat, dan tempat
4. Kemampuan memberikan konsultasi/pendidikan kesehatan
  - Kemampuan memberikan pendidikan kesehatan sesuai dengan kebutuhan klien
  - Kemampuan mengevaluasi pemahaman klien
  - Kemampuan menggunakan media yang sesuai
5. Pengetahuan terhadap ketrampilan keperawatan
  - Menunjukkan pengetahuan dan pemahaman yang relevan terhadap ketrampilan keperawatan yang dilakukan yang meliputi indikasi, kontraindikasi, anatomi, teknik, efek samping, dan komplikasinya

**FEEDBACK DOPS**

<b>No.</b>	<b>Aspek yang sudah bagus</b>	<b>Aspek yang perlu ditingkatkan</b>	<b>Saran untuk perbaikan</b>	<b>Nama dan TTD preceptor</b>

2. Mini – Cex

**FORM PENILAIAN MINI-C EX**

No.	Hari/tgl	Tindakan yang dilakukan	Aspek yang dinilai					Rata-rata	Preceptor	
			1	2	3	4	5		Nama	TTD
1.										
2.										
3.										

**Aspek yang Dinilai:**

1. Ketrampilan komunikasi teraupetik dan Islami
  - Memfasilitasi pasien menceritakan riwayat kesehatannya
  - Memampukan menyampaikan pertanyaan yang efektif dan tepat untuk mendapatkan informasi yang akurat dan adekuat
  - Kemampuan untuk memberikan respon yang sesuai terhadap reaksi verbal maupun non verbal
2. Ketrampilan pemeriksaan fisik
  - Efisiensi, logis, dan sopan
  - Kesesuaian pemeriksaan dengan masalah kesehatan yang ada
  - Kemampuan memberikan penjelasan kepada pasien (sensitif terhadap kenyamanan pasien)
3. Profesionalisme keperawatan
  - Memperhatikan aspek keselamatan pasien
  - Menunjukkan sikap hormat, percaya diri, percaya pada pasien, empati dan sensitif terhadap penyakit atau penderitaan klien
4. Pengetahuan
  - Menunjukkan pengetahuan dan pemahaman yang relevan terhadap kasus
5. Organisasi/efisiensi
  - Struktur dan keruntutan tindakan
  - Keefektifan alat, waktu, tindakan, tempat

**FEEDBACK MINI-CEX (PENGKAJIAN) :**

<b>No. Mini C-ex</b>	<b>Aspek yang sudah bagus</b>	<b>Aspek yang perlu ditingkatkan</b>	<b>Saran untuk perbaikan</b>	<b>Nama dan TTD preceptor</b>

3. Tutorial Klinik

**FORM PENILAIAN TUTORIAL**

Nama Mahasiswa : \_\_\_\_\_

NIPP : \_\_\_\_\_

Kelompok : \_\_\_\_\_

No	Hari/ Tanggal	Kasus/ masalah kep	1	2	3	4	Nilai Akhir	TTD Preceptor

**Keterangan:**

1. Partisipasi selama diskusi
2. Tingkat persiapan pengetahuan/knowledge selama diskusi
3. Kemampuan mendiskusikan prinsip-prinsip dasar terhadap skill/kasus yang didiskusikan.
4. Performance mahasiswa: *critical thinking*, *attitude*, dan *logical thinking* dalam penyampaian pendapat/pertanyaan

#### 4. Bimbingan Klinik

##### 1. Form Penilaian *Pre Conference*

### FORM PENILAIAN PRE CONFERENCE ASUHAN KEPERAWATAN

No.	Hari/Tgl	Kasus	Aspek yang dinilai							Rata-rata	Nama dan TTD preceptor
			1	2	3	4	5	6	7		
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											

#### **Keterangan Aspek yang Dinilai :**

1. Kemampuan membuat tinjauan teori sesuai kasus kelolaan
2. Kemampuan membuat tinjauan teori sesuai kasus kelolaan
3. Kemampuan membuat pathway sesuai kasus kelolaan
4. Kemampuan menyusun rencana pengkajian sesuai kasus kelolaan
5. Kemampuan menentukan diagnosis yang mungkin muncul sesuai kasus kelolaan
6. Kemampuan menyusun rencana asuhan keperawatan sesuai diagnosis keperawatan
7. Kemampuan menganalisis masalah sesuai kasus kelolaan

#### **Penilaian:**

Sesuai sistem atau standar penilaian pendidikan klinik PSIK FKIK UMY yaitu (A $\geq$ 85,0; AB 80,0 -84,9; B 75,0 – 79,9; BC <75)



2. Form Penilaian *Conference*

**FORM PENILAIAN CONFERENCE ASUHAN KEPERAWATAN**

No.	Hari/Tgl	Kasus	Aspek yang dinilai						Rata-rata	Nama dan TTD preceptor
			1	2	3	4	5	6		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Keterangan Aspek yang dinilai:

1. Ketepatan penyusunan hasil pengkajian sesuai kasus kelolaan
2. Ketepatan penyusunan diagnosis keperawatan sesuai kasus kelolaan
3. Kesesuaian antara intervensi dan impementasi
4. Ketepatan pendokumentasian catatan perkembangan kasus kelolaan
5. Kemampuan menganalisis masalah sesuai kasus kelolaan
6. Kemampuan menampilkan perilaku professional dan islami

**Penilaian:**

Sesuai sistem atau standar penilaian pendidikan klinik PSIK FKIK UMY yaitu ( $A \geq 85,0$ ;  $AB 80,0 - 84,9$ ;  $B 75,0 - 79,9$ ;  $BC < 75$ )

3. Form Penilaian *Post Conference*

**FORM PENILAIAN *POST CONFERENCE* ASUHAN KEPERAWATAN**

No.	Hari/Tgl	Kasus	Aspek yang dinilai				Rata-rata	Nama dan TTD preceptor
			1	2	3	4		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

**Keterangan Aspek yang Dinilai:**

1. Kesesuaian antara tujuan dan intervensi yang dilakukan
2. Ketepatan pendokumentasian
3. Kemampuan menganalisis masalah sesuai kasus kelolaan
4. Kemampuan menampilkan perilaku professional dan Islami

5. Presentasi Kasus

**FORM PENILAIAN PRESENTASI KASUS**

**Waktu** (Hari/Tanggal/Jam) : \_\_\_\_\_

**Diagnosa/Problem** : \_\_\_\_\_

**Bangsal** : \_\_\_\_\_

**Presenter** : \_\_\_\_\_

No.	Nama Mhs	NIM	1	2	3	4	5	6	7	Nilai Akhir

**Keterangan:**

1. Kemampuan mempresentasikan overview kasus
2. Kemampuan mengidentifikasi data-data yang esensial dari masalah pasien
3. Kemampuan mengidentifikasi dan mendiskusikan mekanisme dasar dalam bentuk *pathway*
4. Kemampuan mengintegrasikan dan mengaplikasikan ilmu-ilmu dasar terhadap kasus
5. Kemampuan penguasaan pengetahuan selama presentasi
6. Organisasi/efisiensi dalam proses penyampaian kasus
7. Performance mahasiswa: *attitude*, sistematis, dan skill komunikasi

6. Presentasi Jurnal

**FORM PENILAIAN PRESENTASI JURNAL**

**Waktu** (Hari/Tanggal) : \_\_\_\_\_

**Judul Jurnal** : \_\_\_\_\_

**Presenter** : \_\_\_\_\_

No.	Nama Mhs	NIM	1	2	3	4	5	6	Nilai Akhir

**Keterangan:**

1. Kemampuan mempresentasikan resume jurnal
2. Kemampuan mengkorelasikan isi jurnal dengan seting klinik/RS atau evidence based nursing
3. Kemampuan penguasaan pengetahuan selama presentasi
4. Kemampuan melakukan analisa jurnal berdasarkan referensi yang lain
5. Organisasi/efisiensi dalam penyampaian analisa jurnal
6. Performance mahasiswa: attitude, sistematis, dan skill komunikasi

7. Refleksi

**FORMAT PENILAIAN REFLEKSI**

Nama : .....  
 NIM : .....  
 Departemen : .....

NO	KOMPONEN YANG DINILAI		<i>Bobot</i>	<i>SKOR</i>
1	Diskripsi kejadian		20	
2	Eksplorasi Perasaan		10	
3	Hal positif dan negatif dari kejadian		15	
4	Analisa		30	
5	Kesimpulan		10	
6	Rencana Tindak lanjut		15	

Kesimpulan: refleksi **diterima/ditolak/perlu perbaikan**  
**Bila ditolak/perlu perbaikan: tuliskan penugasan untuk memperbaikinya**  
**Feedback** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Preceptor

(.....)

8. Portofolio

**FORMAT PENILAIAN PORTOFOLIO**

Nama : .....  
 NIM : .....  
 Departemen : .....

NO	KOMPONEN YANG DINILAI	<i>INSUFFICIENT</i> (Tuliskan area insufficient dan masukan untuk pengembangan)	<i>Bobot</i>	<i>SKOR</i>
1	Pengetahuan, pengalaman, dan ketrampilan		25	
2	Kemajuan dan perkembangan		25	
3	Pendapat mengenai hal menarik dan tidak menarik		25	
4	Hasil karya terbaik		25	
			100	

Kesimpulan: portofolio **diterima/ditolak/perlu perbaikan**

**Bila ditolak/perlu perbaikan: tuliskan penugasan untuk memperbaikinya**

**Feedback** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Preceptor

(.....)

## 9. Long Case

**FORM PENILAIAN LONG CASE**

No	Penilaian ketrampilan	Bobot	Skor		TTD Preceptor	
			Akad emik	Klinik	Akade mik	Klinik
1	Menyusun pengkajian data dasar lengkap - Menggunakan komunikasi efektif baik dengan pasien/keluarganya, atau tenaga kesehatan yang lainnya. - Membuat prioritas sesuai dengan kebutuhan/kondisi pasien - Menggunakan teknik atau instrument pengkajian yang sesuai - Memasukkan data subjektif dan objektif yang sesuai dengan kondisi pasien (fisiologis, psikososial, perkembangan, budaya, dan spiritual)	15				
2	Menegakkan diagnosa keperawatan - Menyusun diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian - Melakukan validasi melalui komunikasi yang efektif dengan pihak-pihak yang terkait (pasien/keluarganya, dan tenaga kesehatan yang lain) - Menyusun diagnosa keperawatan sesuai dengan terminologi dalam NANDA	10				
3	Menyusun prioritas keperawatan - Menyusun prioritas berdasarkan kebutuhan atau kondisi pasien yang berdasarkan pada landasan teori	5				
4	Menyusun perencanaan - Merumuskan tujuan 1. Spesifik 2. Dapat diukur 3. Dapat dicapai	10				

	4. Relevan 5. Batas waktu - Sasaran dan tujuan diarahkan pada pencapaian kemandirian - Mengidentifikasi intervensi keperawatan yang sesuai					
5	Implementasi - Memperhatikan aspek keselamatan pasien ( <i>patient safety</i> ) - Teliti dan hati-hati - Menunjukkan konsistensi dan sesuai dengan perencanaan keperawatan beserta hasil yang diharapkan - Mengkomunikasikan tindakan keperawatan dengan pasien/keluarganya sebelum implementasi - Sesuai dengan evidence-based practice - Menunjukkan kompetensi dalam melakukan ketrampilan keperawatan dan sesuai dengan seting praktek	20				
6	Evaluasi - Mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan - Didasarkan pada ketercapaian outcome yang diharapkan - Digunakan untuk memperbaiki diagnosa, perencanaan, dan outcome sesuai kebutuhan	10				
7	Responsi - Kemampuan analisis dan <i>critical thinking</i> - Penguasaan kasus - Kemampuan argumentasi	20				
8	Perilaku profesional dan Islami	10				
<b>Total</b>		<b>100</b>				

FEEDBACK:

---



---



---



10. Sikap

**FORM PENILAIAN PERILAKU PROFESIONAL PENDIDIKAN TAHAP PROFESI  
FKIK UMY**

NO	Atribut dan deskripsi	Penilaian (oleh Dosen Pembimbing, Perseptor, Instruktur atau Asisten )			
		Sering (>3x) Nilai 0	Pernah (2-3x) Nilai 45	Pernah (1x) Nilai 75	Tidak Pernah (0) 100
1	<b>Integrity</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membuat laporan askep, tutorial, jurnal dan/atau tugas lain secara tidak jujur/plagiat</li> <li>• Memalsukan dokumen/ data di buku kegiatan</li> <li>• Memalsukan data pengkajian</li> <li>• Memberi contekan atau mencontek</li> <li>• Memalsukan tanda tangan presensi kehadiran</li> <li>• Memalsukan tanda tangan dosen/pembimbing/perseptor/CI</li> <li>• Melakukan tindakan tercela (berkata kasar/kotor, perzinahan, pencurian, perkelahian, pembunuhan, perjudian, penggunaan narkoba, dll)</li> </ul>				
2	<b>Responsibility</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaksanakan tugas tidak sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan</li> <li>• Melanggar tata tertib yang sudah ditetapkan</li> <li>• Kehadiran tidak tepat waktu</li> <li>• Tidak menyampaikan kepada dosen tentang penemuan pelanggaran tata tertib</li> <li>• Tidak memelihara fasilitas pembelajaran dan sarana prasarana dengan baik</li> </ul>				
3	<b>Altruism</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak menunjukkan kepedulian terhadap sesama teman atau orang lain</li> <li>• Tidak menyediakan waktu yang cukup untuk menyelesaikan tugas kelompok</li> </ul>				
4	<b>Respect &amp; empathy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak menghormati/menghargai orang lain (teman, perseptor, perawat,pasien,keluarga dll)</li> <li>• Tidak mendengarkan secara aktif terhadap orang lain (teman, perseptor,</li> </ul>				

	<p>perawat,pasien,keluarga dll)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak bersikap empati terhadap orang lain (teman, perseptor, perawat,pasien,keluarga dll)</li> </ul>				
<b>5</b>	<p><b>Competence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak mampu merespon secara positif terhadap <i>feed back</i> yang diberikan</li> <li>• Tidak mampu berdiskusi dan mengerjakan tugas dengan berbasis bukti ilmiah</li> <li>• Tidak mampu mencapai <i>learning outcome</i> atau kompetensi yang dilaksanakan dalam pembelajaran</li> </ul>				
<b>6</b>	<p><b>Leadership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak mampu mengambil keputusan secara mandiri dalam proses pembelajaran</li> <li>• Tidak mampu berperan sebagai pemimpin/anggota yang baik dalam kerja tim</li> <li>• Tidak mampu menunjukkan inisiatif dalam menyelesaikan permasalahan</li> <li>• Tidak memiliki motivasi terhadap diri sendiri</li> <li>• Tidak memiliki kemampuan memberikan motivasi kepada orang lain</li> </ul>				
		<b>Penilaian</b> ( <i>self assessment</i> dan <i>peer assessment</i> )			
		<b>Selalu</b>	<b>Sering</b>	<b>Kadang-kadang</b>	<b>Tidak Pernah</b>
<b>7</b>	<p><b>Mampu menunjukkan aspek-aspek aqidah, syariah, dan akhlak</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan aktivitas ibadah (sholat) secara tepat waktu</li> <li>Memiliki kebiasaan mengucapkan kalimat thoyyibah (bismillah, alhamdulillah, subhanallah, dll) dan doa dalam setiap kegiatan sehari-hari</li> <li>Berbusana muslim dan muslimah sesuai kaidah Islam</li> <li>Menjaga akhlak dalam interaksi dengan lawan jenis maupun sejenis</li> <li>Tidak melakukan tindakan tercela (berkata kasar/kotor, perzinahan, pencurian, perkelahian, pembunuhan, perjudian, penggunaan narkoba, dll)</li> </ol>				

**Komentar :**

Kolom Dosen :

Kolom Mahasiswa :

Kriteria

**Kriteria kelulusan PB :**

Poin 1 : tidak pernah  
Poin 2-6 : maksimal “pernah”  
Poin 7 (a, b, c) : minimal “sering”  
Poin 7 (d, e) : selalu

**Catatan :**

- Poin 1-6 : pernah 1-3x melakukan, kemudian diberikan treatment dan ada motivasi dari tim konseling untuk memperbaiki
- Setiap mahasiswa mempunyai format penilaian ini
- Verifikasi dilakukan oleh DPK pada setiap akhir stase
- Konsekuensi/sanksi terhadap pelanggaran PB merujuk pada peraturan Universitas dan Fakultas yang berlaku



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

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

*[www.keperawatan.fkik.umy.ac.id](http://www.keperawatan.fkik.umy.ac.id)*