UNIVERSITAS BINAWAN



MODUL KETERAMPILAN DASAR PRAKTIK KEBIDANAN

Prodi Pendidikan S1 Kebidanan & Profesi Bidan
Fakultas Keperawatan & Kebidanan
Universitas Binawan

Penulis:

Bdn. Lutfi Handayani, S.ST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN

Koordinator
Lutfi Handayani, S.ST., M.Keb

Dosen Team:
1. Irwanti Gustina, M.Kes

Jakarta, Agustus 2023

Ketua Prodi Sarjana dan Profesi Bidan	Koordinator MK
Eggy Widya Larasati, S.ST., M.Keb	Lutfi Handayani, S.ST., M.Keb

KATA PENGANTAR

Assalaamu'alaikum Warahmatullaahi Wabarakaatuh

Alhamdulillaahirabbil'aalamiin, puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT dapat menyelesaikan modul KDPK sehingga dapat mendukung pembelajaran .

Modul ini berisi mengenai pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologi, pencegahan infeksi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, pemberian obat dan perawatan pasien yang akan dicapai dengan capaian pembelajaran yang sudah ditentukan. Capaian pembelajaran yang diharapkan pada pembelajaran ini adalah ketepatan Pencegahan infeksi, Pemenuhan kebutuhan dasar manusia, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic sederhana, pemberian obat dan perawatan pada pasien.

Semoga modul ini bermanfaat bagi kita semua. Amin

Wassalaamu'alaikum Warahmatullaahi Wabarakaatuh

Jakarta, Agustus 2023

Penyusun

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN ii
KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI iv
BAB I iv
VISI, MISI, TUJUAN PROGRAM STUDI ..... **Error! Bookmark not defined.**
BAB II ..... **Error! Bookmark not defined.**
PENDAHULUAN ..... **Error! Bookmark not defined.**
DESKRIPSI PROSES PEMBELAJARAN ..... **Error! Bookmark not defined.**
PENILAIAN HASIL BELAJAR MAHASISWA ..... **Error! Bookmark not defined.**
SARANA PENUNJANG ..... **Error! Bookmark not defined.**
BAB III MATERI PASIEN SAFETY ..... **Error! Bookmark not defined.**
BAB IV KEBUTUHAN DASAR MANUSIA ..... **Error! Bookmark not defined.**
BAB V PEMBERIAN OBAT ..... **Error! Bookmark not defined.**
BAB VI PEMERIKSAAN FISIK ..... **Error! Bookmark not defined.**
BAB VII PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK ..... **Error! Bookmark not defined.**
BAB VIII PERAWATAN PASIEN ..... **Error! Bookmark not defined.**

PENUTUP 213

I. VISI DAN MISI

A. VISI KEILMUAN

Menjadi program studi yang unggul dalam mengembangkan IPTEK dan pelayanan kebidanan dengan prinsip *Respectful Midwifery Care*.

B. MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan bidan yang unggul melalui kurikulum yang adaptif terhadap pengembangan IPTEK dalam menghasilkan bidan yang memberikan pelayanan dengan prinsip *Respectful Midwifery Care.*
2. Menyelenggarakan penelitian kebidanan yang berlandaskan pada pemberdayaan perempuan dan pelayanan kebidanan holistik.
3. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat yang berlandaskan pada kolaborasi dan kemitraan bidan dengan masyarakat.
4. Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia yang berlandaskan prinsip *Respectful Midwifery Care.*

II. TINJAUAN MATA KULIAH

A. Deskripsi Mata Kuliah

Pada Mata kuliah ini mahasiswa akan belajar mengenai pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologi, pencegahan infeksi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, pemberian obat dan perawatan pasien. Pengalaman belajar meliputi kuliah praktikum, dan penugasan. Mata kuliah KDPK terdiri dari 3 sks praktik klinik.

B. Kegunaan Mata Kuliah

Mahasiswa akan dibekali dengan pembelajaran secara langsung mengenai pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologi, pencegahan infeksi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, pemberian obat dan perawatan pasien sehingga mahasiswa memiliki ketrampilan dasar dalam perawatan umum kepada pasien.

C. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Mahasiswa mampu menerapkan prinsip pencegahan infeksi pada setiap tindakan dengan benar (KK6)

2. Mahasiswa mampu menganalisis dan memutuskan tindakan pemenuhan kebutuhan manusiadengan benar (KU5)
3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi permasalahan/ kelainan dengan benarc (KK2)
4. Mahasiswa mampu memerikan tatalaksana secara mandiri, melakukan konsultasi, kolaborasidan rujukan dengan benar (KK3)

D. Bahan Kajian

1. *Prinsip pencegahan infeksi*
2. *Pengenalan alat*
3. *Pemrosesan alat dan penanganan sampah*
4. *Pengaturan posisi pasien dan mobilisasi*
5. *Pemeriksaan Vital sign*
6. *Pemeriksaan fisik dan GCS*
7. *Infus dan trafnfusi darah*
8. *Vulva Hygiene, Membantu BAK dan BAB, Kateterisasi*
9. *Oksigenasi*
10. *Pemberian obat, perhitungan dosis*
11. *NGT/OGT*
12. *Memandikan pasien*
13. *Perawatan luka dan penjahitan luka*
14. *Persiapan CTG, EKG dan USG*
15. *Penggunaan syring dan infus pump*
16. *Menghitung intake output*
17. *Pengambilan sampel (darah, vaginal swab)*
18. *Manajemen nyeri*
19. *Pemberian bantuan hidup*
20. *P3K*

E. Sasaran belajar

Mata kuliah ini diperuntukkan bagi mahasiswa S1 Kebidanan Semester III regular (lulusan SMA).

F. Petunjuk Belajar bagi Mahasiswa dalam mempelajari modul

1. Kuliah Praktikum

   Kuliah praktikum bertujuan untuk mempraktikkan pemahaman mahasiswa tentang ketrampilan dasar praktik kebidanan. Aktifitas pembelajaran dilaksanakan dalam Skill Laboratorium dengan model pembelajaran demonstrasi dan redemonstarasi. Setiap ketranpilan akan dievaluasi pada saat praktikum dengan instrumen *checklist.*

2. Praktikum klinik

   Kegiatan ini bertujuan untuk memaparkan secara riil pelaksanaan asuhan

pada pasien di lahan praktik. Target mahasiswa dalam kegiatan ini adalah melakukan observasi kerampilan dasar praktik kebidanan yang dilaksanakan di lahan, mendoumentasikan dan merefleksikan kasus.

3. Pembelajaran Teori dan Mandiri

   Aktivitas pembelajaran teori dan mandiri merupakan inti dari kegiatan pembelajaranyang didasarkan pada paradigma pembelajaran mahasiswa aktif (*student centered learning- SCL*). Dalam hal ini secara bertahap, mahasiswa dilatihdan dibiasakan untuk belajar secara mandiri (tidak harus menunggu pemberian materi oleh dosen).

III. Pendahuluan

A. Sasaran pembelajaran yang ingin dicapai : Mahasiswa memiliki kemampuan level C2-C3, A3, P2-P3

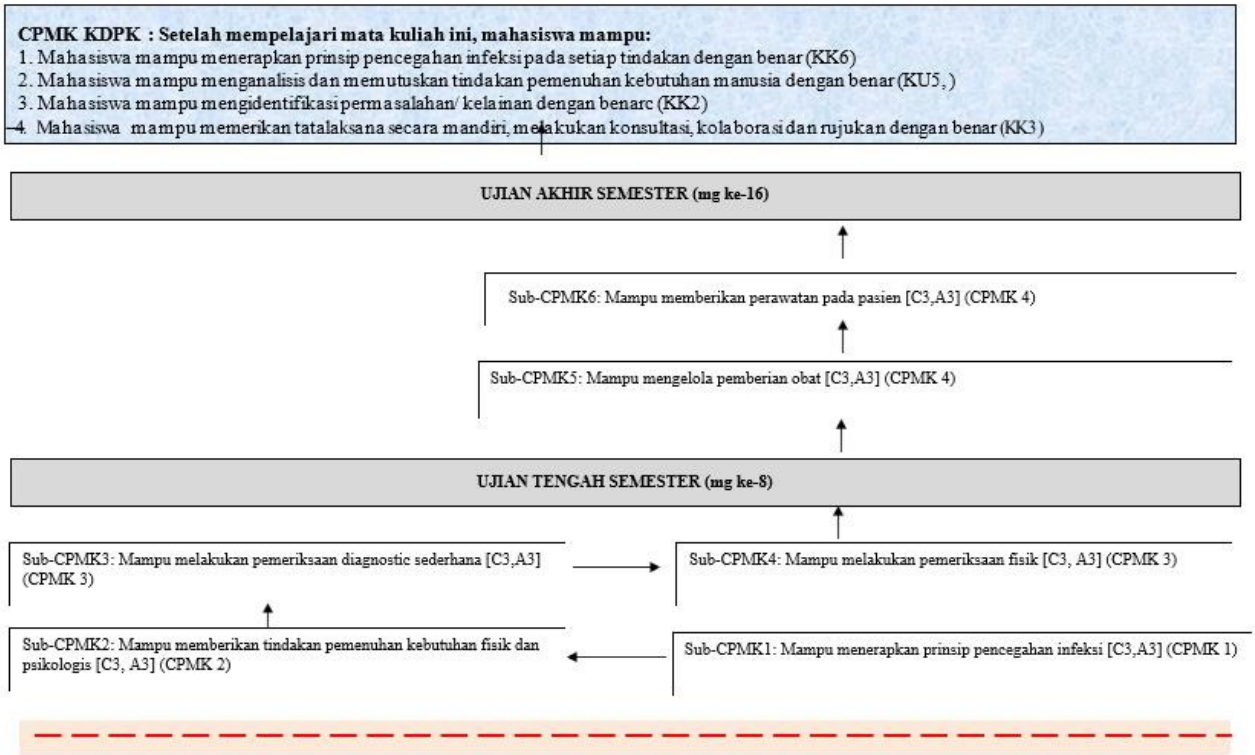
B. Ruang Lingkup bahan modul

C. Manfaat mempelajari modul

   1. Pedoman bagi mahasiswa dalam pembelajaran
   2. Mempermudah dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan perkuliahan

D. Urutan Pembahasan

Analisis Pembelajaran/Peta Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CONTOH)



E. Petunjuk Khusus

1. Datang tepat waktu sesuai jadwal
2. Setiap mahasiswa wajib hadir/jumlah kehadiran 100% untuk praktikum
3. Mahasiswa yang ijin karena sakit harus disertai surat keterangan sakit dari dokter
4. Bila berhalangan hadir harus disertai surat ijin
5. Tugas dikumpulkan tepat waktu

IV. MATERI PEMBELAJARAN

A. Judul Materi 1
Pencegahan Infeksi

B. Sub Capaian Pembelajaran MK
Mahasiswa mampu menerapkan prinsip pencegahan infeksi [C3,A3] (CPMK 1)

C. Materi

Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

1) Pengurangan risiko pasien jatuh

b. Ketepatan identifikasi pasien

Biru: Laki Laki
Pink: Perempuan
Merah: Alergi
Kuning: Risiko Jatuh



Tujuan sasaran ini ada dua yaitu

1) Mengidentifikasi dengan benar
2) Mencocokkan layanan dengan individu tersebut

Saat pemasangan gelang oleh petugas

1) Jelaskan manfaat gelang ke pasien

Hj. N njnbjhbnjbnnbj mjnhy

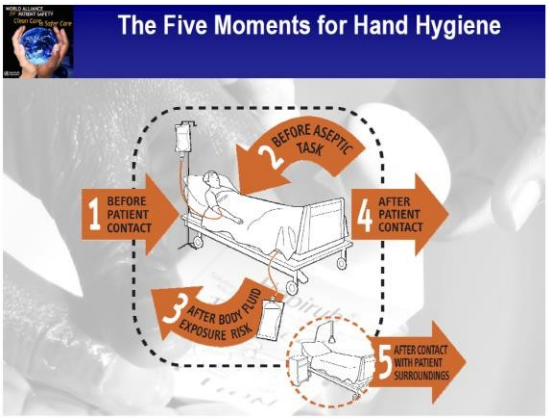
c. Cara identifikasi pasien

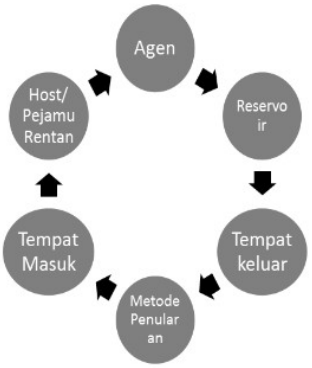
1) Kebijakan dan/atau prosedur, **dua cara** untuk mengidentifikasi pasien:
   a) nama pasien
   b) nomor rekam medis
   c) tanggal lahir
   d) gelang identitas pasien dengan bar-code, dll
2) Dilarang identifikasi dg nomor kamar pasien atau lokasi
3) Proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi dapat diidentifikasi contoh: pasien koma tanpa identitas, pasien jiwa

d. Peningkatan komunikasi yang efektif



e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan





Gambar 1. Skema rantai penularan penyakit infeksi

2. Alat Perlindungan Diri

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam APD sebagai berikut:

a. Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius.
b. APD terdiri dari sarung tangan, masker/Respirator Partikulat, pelindung mata (goggle), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (Sepatu Boot).
c. Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.
d. Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.
e. Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai di lakukan.
f. Tidak dibenarkan menggantung masker di leher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentuh permukaan lingkungan.

Jenis-Jenis APD

a. Sarung tangan

   Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

   1) Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasif atau pembedahan.
   2) Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin
   3) Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

KEGIATAN/TINDAKAN	PERLU SARUNG TANGAN?	JENIS SARUNG TANGAN YANG DIANJURKAN*
Pengukuran Tekanan Darah	Tidak	
Pengukuran suhu	Tidak	
Menyuntik	Tidak	
Penanganan dan pembersihan alat-alat	Ya	Rumah tangga
Penanganan limbah terkontaminasi	Ya	Rumah tangga
Membersihkan darah/cairan tubuh	Ya	Rumah tangga
Pengambilan Darah	Ya	Pemeriksaan*
Pemasangan dan pencabutan infus	Ya	Pemeriksaan*
Pemeriksaan Dalam – Mukosa (Vagina, Rectum, Mulut)	Ya	Bedah
Pemasangan dan pencabutan Implan, Kateter Urin, AKDR dan lainnya (terbungkus dalam paket steril dan dipasang dengan teknik tanpa sentuh)	Ya	Bedah
Laparoskopi, Persalinan per vaginam	Ya	Bedah
Pembedahan Laparotomi, Seksio Sesarea atau Tulang	Ya	Bedah

b. Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugaspada saat batuk atau bersin. Masker yang di gunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan Fit Test (penekanan di bagian hidung). Terdapat tiga jenis masker, yaitu: ⁻ Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet. ⁻ Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui airborne. ⁻ Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur.

c. Gaun Pelindung Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari

d. Kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril. Jenis-

jenis gaun pelindung: ⁻ Gaun pelindung tidak kedap air ⁻ Gaun pelindung kedap air ⁻ Gaun steril ⁻ Gaun non steril Indikasi penggunaan gaun pelindung Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti: ⁻ Membersihkan luka ⁻ Tindakan drainase ⁻ Menuangkan cairan terkontaminasi kedalam lubang pembuangan atau WC/toilet ⁻Menangani pasien perdarahan masif ⁻ Tindakan bedah ⁻ Perawatan gigi Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah).

e. Goggle dan perisai wajah
Harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata. Tujuan pemakaian Goggle dan perisai wajah: Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi. Indikasi: Pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasidi laundry, di ruang dekontaminasi CSSD

f. Sepatu pelindung
Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindung kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal. Jenis sepatu pelindung seperti sepatu boot atau sepatu yang menutup seluruh permukaan kaki. Indikasi pemakaian sepatu pelindung: - Penanganan pemulasaraan jenazah - Penanganan limbah - Tindakan operasi - Pertolongan dan Tindakan persalinan - Penanganan linen - Pencucian peralatan di ruang gizi - Ruang dekontaminasi CSSD

g. Topi pelindung
Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien. Indikasi pemakaian topi pelindung: - Tindakan operasi - Pertolongan dan tindakan persalinan - Tindakan insersi CVL - Intubasi Trachea - Penghisapan lendir massive - Pembersihan peralatan kesehatan

3. Pencegahan Infeksi

a) Tindakan-tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan :

1) Meminimalkan infeksi yang disebabkan mikroorganisme (bakteri, virus, jamur).

2) Menurunkan resiko penularan penyakit yang mengancam jiwa (hepatitis dan HIV/AIDS).

b) Penolong persalinan dapat terpapar hepatitis dan HIV di tempat kerjanya melalui :

1) Percikan darah atau cairan tubuh pada mata, hidung, mulut atau melalui diskontinuitas permukaan kulit (luka atau lecet kecil).

2) Luka tusuk akibat jarum yang terkontaminasi atau peralatan tajam lainnya, baik saat prosedur dilakukan atau saat memproses peralatan.

c) Prinsip-prinsip pencegahan infeksi yang efektif berdasarkan :

1) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapatmenularkan penyakit karena infeksi yang terjadi bersifat asimptomatik (tanpagejala).
2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
3) Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan dan benda-benda lain yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tak utuh, selaput mukosa, atau darah harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar.
4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses dengan benar, harus dianggap telah terkontaminasi.
5) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi yang benar dan konsisten.

d) Tindakan-tindakan pencegahan infeksi meliputi :

1) Cuci tangan
2) Memakai sarung tangan
3) Memakai perlengkapan pelindung
4) Menggunakan asepsis atau teknik aseptik
5) Memproses alat bekas pakai
6) Menangani peralatan tajam dengan aman
7) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar.

e) Pembuangan sampah

1) Tujuan pembuangan sampah secara benar

a. Mencegah penyebaran infeksi kepada petugas klinik yang menangani sampah dan kepada masyarakat
b. Melindung petugas pengelolah sampah dari luka atau cedera tidak sengaja oleh benda tajam yang terkontaminasi

2) Jenis sampah

a. Sampah medis atau sampah basah misalnya : darah, jaringan, tinja, urin, dahak, kasa, kapas.
b. Sampah nonmedis atau sampah kering misalnya : kertas, plastik,gardus dll
c. Sampah tajam : pisau operasi, jarum suntik, bekas ampul obat, jarumjahit bedah,skapel, gunting, pecahan kaca, dan benda lain yang dapat menusuk atau melukai

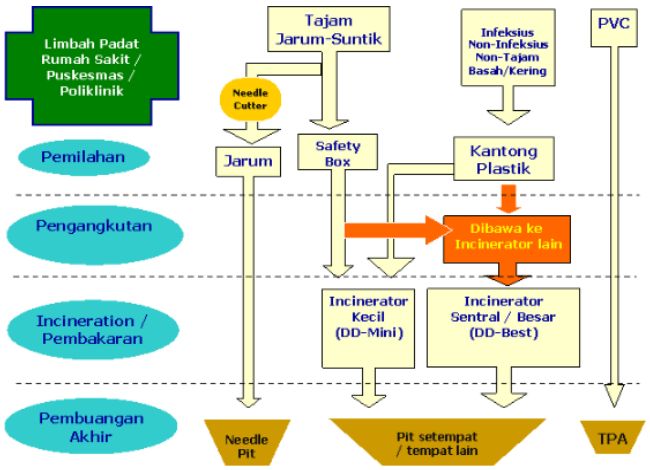
3) Cara pembuangan

a. Untuk sampah medis menggunakan kantong plastik warna merah
b. Untuk sampah nonmedis / kering menggunakan kantong plastik warna hitam
c. Untuk sampah tajam gunakan wadah tahan tembus yang dapat ditutup dengan baik

4) Cara pengolahan

a. Sampah cair dituang ke dalam sistem pembuangan kotoran tertutup.

b. Sampah medis dan nonmedis dilakukan insenerasi (pembakaran) atau dikubur
c. Sampah tajam dilakukan enkapsulisasi atau disemenkan



Gambar 27. Alur Tata Kelola Limbah

Tabel 2. Jenis wadah dan label limbah medis padatsesuai kategorinya

No	Kategori	Warna kontainer/ kantong plastik	Lambang	Keterangan
1	Radioaktif	Merah		- Kantong boks timbal dengan simbol radioaktif
2	Sangat Infeksius	Kuning		- Katong plastik kuat, anti bocor, atau kontainer yang dapat disterilisasi dengan otoklaf
3	Limbah infeksius, patologi dan anatomi	Kuning		- Plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
4	Sitotoksis	Ungu		- Kontainer plastik kuat dan anti bocor
5	Limbah kimia dan farmasi	Coklat	-	- Kantong plastik atau kontainer



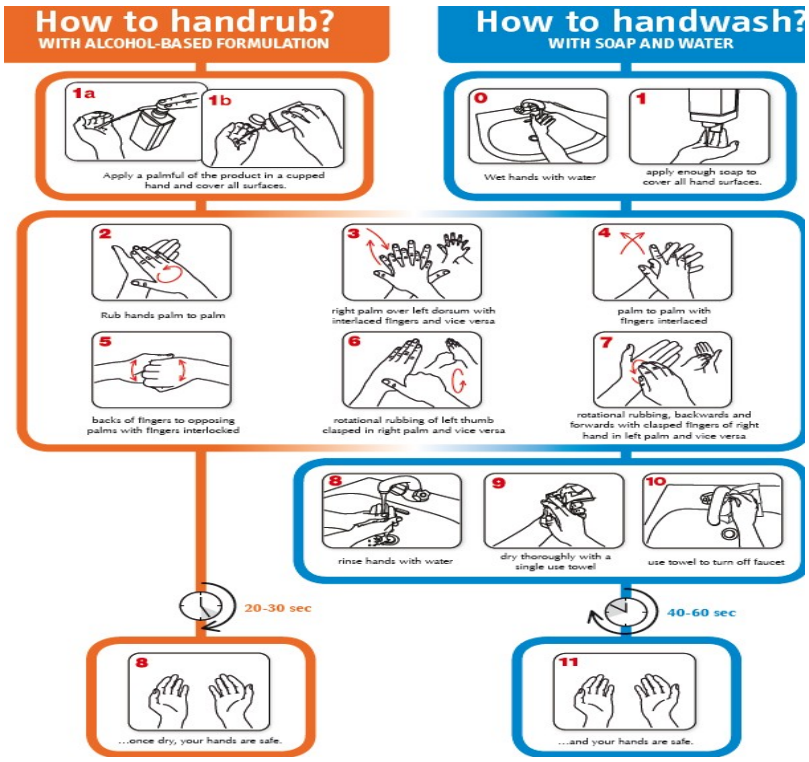
Gambar 25. Wadah Limbah Laboratorium



Gambar 26. Wadah Tahan Tusuk

5) Definisi dalam PI

a. Hand hygiene/Kebersihan Tangan yaitu Terdiri atas handwashing, antiseptic handwash, alcohol-based handrub, surgical hand hygiene/antisepsis
b. Handwashing/Kebersiha tangan dengan air mengalir yaitu mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun netral
c. Antiseptic handwash yaitu Kebersiha tangan dengan air mengalir dan sabun mengandung antiseptik
d. Alcohol-based handrub yaitu Kebersihan tangan dengan menggosok tangan dengan preparat yang mengandung alkohol
e. Surgical hand hygiene/antisepsis yaitu Handwashing or using analcohol-based handrub sebelum operasi oleh tenaga kesehatan di OK

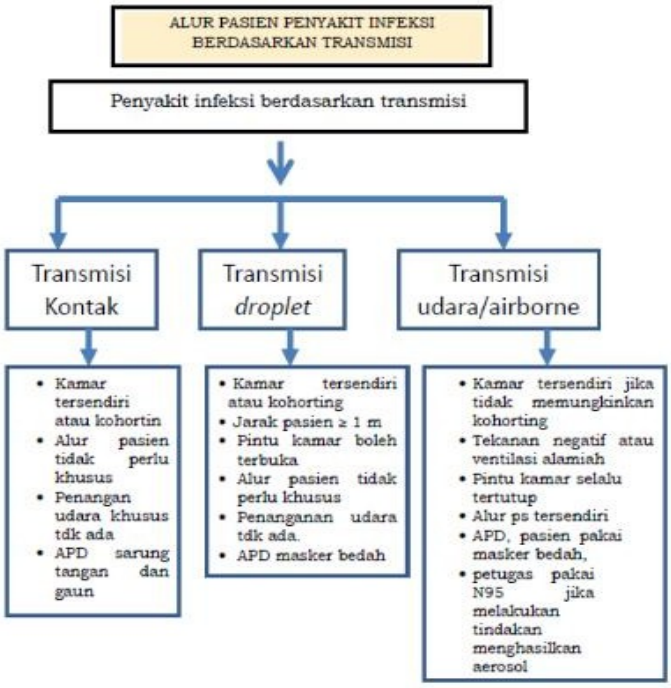


6) Penggunaan Glove

Table 1: Procedures and Expected Glove Use

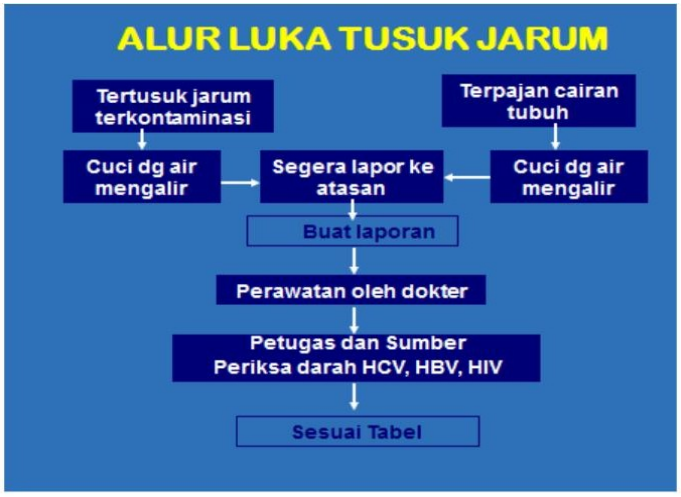
Procedure	Glove Use
1. Drawing blood	Y
2. Doing finger or heel sticks	Y
3. Giving injections	O
4. Spinning blood in centrifuges	Y
5. Taking temperatures	N
6. Testing urine with dipsticks	Y
7. Doing pap smears and testing for sexually transmitted diseases	Y
8. Pelvic and/or rectal exams	Y
9. Taking blood pressure	N
10. Taking heights, weights	N
11. Doing breast exams	N
12. Changing diapers	Y
13. Doing an oral exam	Y
14. Handling/preparing lab specimens	Y
15. Doing physical exams on children	O

Y = yes
N = No
O = Optional



7) Tatalaksana pajanan

a. Bila tertusuk jarum segera bilas dengan air mengalir dan sabun/cairan antiseptik sampai bersih
b. Bila darah/cairan tubuh mengenai kulit yang utuh tanpa luka atau tusukan, cuci dengan sabun dan air mengalir
c. Bila darah/cairan tubuh mengenai mulut, ludahkan dan kumur-kumur dengan air beberapa kali
d. Bila terpecik pada mata, cucilah mata dengan air mengalir (irigasi), dengan posisi kepala miring kearah mata yang terpercik
e. Bila darah memercik ke hidung, hembuskan keluar dan bersihkan dengan air
f. Bagian tubuh yang tertusuk tidak boleh ditekan dan dihisap dengan mulut



Gambar 30. Alur luka tusuk jarum

4. Pre Cleaning dan sterilisasi

Pada tahun 1968 Spaulding mengusulkan tiga kategori risiko berpotensi infeksi untuk menjadi dasar pemilihan praktik atau proses pencegahan yang akan digunakan (seperti sterilisasi peralatan medis, sarung tangan danperkakas lainnya) sewaktu merawat pasien. Kategori Spaulding adalah sebagai berikut:

a. Kritikal : Bahan dan praktik ini berkaitan dengan jaringan steril atau sistem darah sehingga merupakan risiko infeksi tingkat tertinggi.Kegagalan manajemen sterilisasi dapat mengakibatkan infeksi yang serius dan fatal.

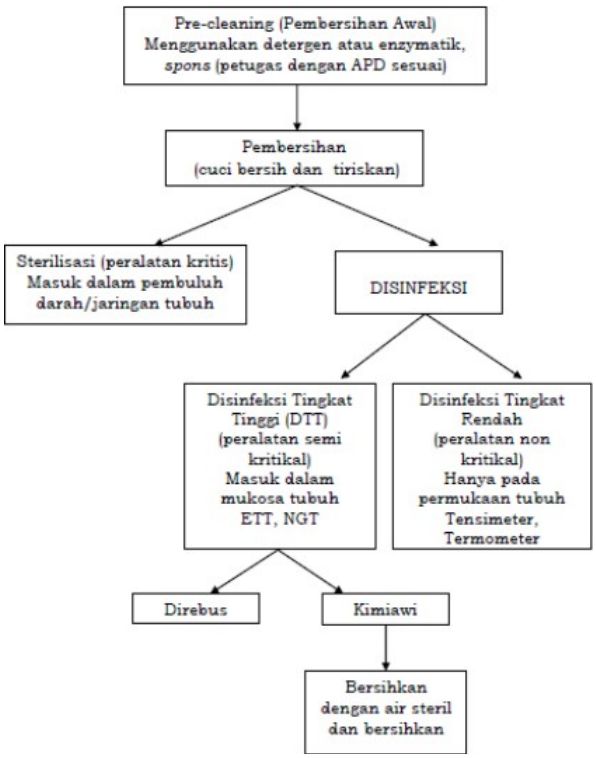
b. Semikritikal : Bahan dan praktik ini merupakan terpenting kedua setelah kritikal yang berkaitan dengan mukosa dan area kecil di kulit yang lecet. Pengelola perlu mengetahui dan memiliki keterampilan dalam penanganan peralatan invasif, pemrosesan alat, Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), pemakaian sarung tangan bagi petugas yang menyentuh mukosa atau kulit tidak utuh

c. Non-kritikal : Pengelolaan peralatan/bahan dan praktik yang berhubungan dengan kulit utuh yang merupakan risiko terendah. Walaupun demikian, pengelolaanyang buruk pada bahan danperalatan non-kritikal akan dapat menghabiskan sumber daya dengan manfaat yang terbatas (contohnya sarung tangan steril digunakan untuk setiap kali memegang tempat sampah atau memindahkan sampah).

Dalam dekontaminasi peralatan perawatan pasien dilakukan penatalaksanaan peralatan bekas pakai perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh

(pre-cleaning, cleaning, disinfeksi, dan sterilisasi) sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO)sebagai berikut:

a. Rendam peralatan bekas pakai dalam air dan detergen atau enzyme lalu dibersihkan dengan menggunakan spons sebelum dilakukan disinfeksi tingkattinggi (DTT) atau sterilisasi.
b. Peralatan yang telah dipakai untuk pasien infeksius harus didekontaminasi terlebih dulu sebelum digunakan untuk pasien lainnya.
c. Pastikan peralatan sekali pakai dibuang dan dimusnahkan sesuai prinsip pembuangan sampah danlimbahyang benar. Hal ini juga berlaku untuk alat yang dipakai berulang, jika akan dibuang.
d. Untukalat bekas pakai yang akan di pakai ulang, setelah dibersihkan dengan menggunakan spons, di DTT dengan klorin 0,5% selama 10 menit.
e. Peralatan nonkritikal yang terkontaminasi, dapat didisinfeksi menggunakan alkohol 70%. Peralatan semikritikal didisinfeksi atau disterilisasi, sedangkan peralatan kritikal harus didisinfeksi dan disterilisasi.
f. Untuk peralatan yang besar seperti USG dan X-Ray, dapat didekontaminasi permukaannya setelah digunakan di ruangan isolasi



Keterangan Alur:

1. Pembersihan Awal (pre-cleaning): Proses yang membuat benda mati lebih aman untuk ditangani oleh petugas sebelum dibersihkan (umpamanya menginaktivasi HBV, HBC, dan HIV) dan mengurangi, tapi tidak menghilangkan, jumlah mikroorganisme yang mengkontaminasi.
2. Pembersihan: Proses yang secara fisik membuang semua kotoran,darah, atau cairan tubuh lainnya dari permukaan benda mati ataupun membuang sejumlah mikroorganisme untuk mengurangi risiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau menangani objek tersebut. Proses ini adalah terdiri dari mencuci sepenuhnya dengan sabun atau detergen dan air atau menggunakan enzim, membilas dengan air bersih, dan mengeringkan. Jangan menggunakan pembersih yang bersifat mengikis, misalnya Vim®atau Comet® atau serat baja atau baja berlubang, karena produk- produk ini bisa menyebabkan goresan. Goresan ini kemudian menjadi sarang mikroorganisme yang membuat proses pembersihan menjadi lebih sulit serta meningkatkan pembentukan karat.
3. Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT): Proses menghilangkan semua mikroorganisme, kecuali beberapa endospora bakterial dari objek, dengan merebus, menguapkan atau memakai

disinfektan kimiawi.

4. Sterilisasi: Proses menghilangkan semua mikroorganisme (bakteria, virus, fungi danparasit) termasuk endospora menggunakan uap tekanan tinggi (otoklaf), panas kering (oven), sterilisasi kimiawi, atau radiasi.
   a. Sterilisator Uap Tekanan Tinggi (autoklaf): Sterilisasi uap tekanan tinggi adalah metode sterilisasi yang efektif, tetapi juga paling sulit untuk dilakukan secara benar. Pada umumnya sterilisasi ini adalah metode pillihan untuk mensterilisasi instrumen dan alat-alat lain yang digunakan pada berbagai fasilitas pelayanan kesehatan.Bila aliran listrik bermasalah, maka instrumen-instrumen tersebut dapat disterilisasi dengan sebuah sterilisator uap non-elektrik dengan menggunakan minyak tanah atau bahan bakar lainnya sebagai sumber panas.Atur agar suhuharus berada pada 121°C; tekanan harus berada pada 106 kPa; selama 20 menit untuk alat tidak terbungkus dan30 menit untuk alat terbungkus. Biarkan semua peralatan kering sebelum diambil dari sterilisator. Set tekanan kPa atau lbs/in² mungkin berbeda tergantung pada jenis sterilisator yang digunakan.Ikuti rekomendasi pabrik, jika mungkin.
   b. Sterilisator Panas Kering (Oven): Baik untuk iklim yang lembab tetapi membutuhkan aliran listrik yang terus menerus, menyebabkan alat ini kurang praktis pada area terpencil atau pedesaan. Selain itu sterilisasi panas kering yang membutuhkan suhu lebihtinggi hanya dapat digunakan untuk benda-benda dari gelas atau logam–karena akan melelehkan bahan lainnya. Letakkan instrumen di oven, panaskan hingga 170°C, selama 1 (satu) jam dan kemudian didinginkan selama 2-2,5 jam atau 160°C selama 2 (dua) jam.Perlu diingat bahwa waktu paparan dimulai setelah suhu dalam sterilisator telah mencapai suhu sasaran. Tidak boleh memberi kelebihan beban pada sterilisator karena akan mengubah konveksi panas. Sisakan ruang kurang lebih 7,5 cm antara bahan yang akan disterilisasi dengan dinding sterilisator.

D. Referensi

1. Skill for Midwifery third edition; Johnson R & Taylor W; Elsevier; 2010
2. Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia I; Kemenkes RI; Kasiati & Rosmalawati NWD; 2016
3. Ketrampilan Dasar Kebidanan; Kemenkes RI; Sriami, Susilaningrum, Sukesi; 2016
4. Ketrampilan Klinik Praktik Kebidanan I. FKK UMJ; Hamidah, Fakhriah, Ismiarika; 2017

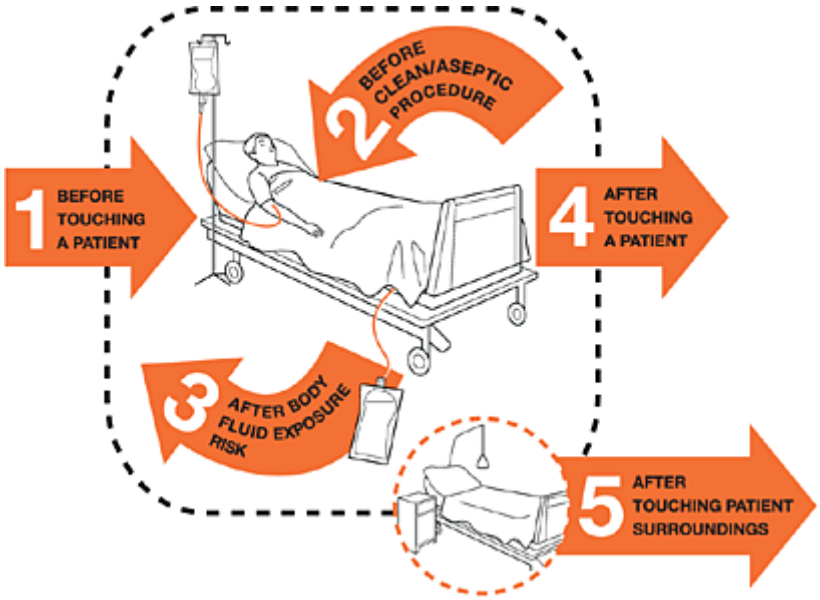
E. Panduan Belajar

DAFTAR TILIK PATIENT SAFETY

Kriteria Penilaian:
0: Perasat tidak dilakukan sama sekali
1: Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2: Perasat dilakukan dengan sempurna

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI		
A	**SIKAP DAN PERILAKU**	**0**	**1**	**2**
1	Mengawali dengan basmallah			
2	Bersikap empati kepada klien			
B	**CONTENT/ ISI**			
3	**Sasaran I Ketepatan identifikasi pasien** Identifikasi pasien dilakukan mulai saat pasien mendaftar *(admission)*, memperoleh pelayanan sampai pasien pulang *(discharge)*.			
	a) Mengenal warna gelang risiko  ✓ **Merah:** Alegi Obat ✓ **Kuning:** Resiko Jatuh ✓ **Hijau**: Alergi Latex ✓ **Ungu:** Harapan hidup rendah ✓ **Pink:** Perhatian/ perlu kewaspadaan ekstra pada daerah tertentu			
	b) Identifikasi pasien secara verbal minimal 2 identitas			
	1) Meminta pasien menyebutkan nama			
	2) Meminta pasien menyebutkan tanggal lahir			
	3) Cross check nomor Rekam Medis di gelang identitas pasien			
	c) Identifikasi pasien yang tidak dapat berkomunikasi atau terlantar			
	d) Identifikasi bayi baru lahir			
	e) Identifikasi bayi kembar			
	f) Identifikasi pada pasien yang tidak mungkin dipasang gelang identitas			
4	**Sasaran II Peningkatan komunikasi efektif**			
	LISAN			
	a) SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)			
	b) Tulis lengkap			
	c) Baca ulang atau eja untuk NORUM atau LASA			
	d) Konfirmasi →lisan atau tanda tangan			

	TERTULIS			
	a) Tulisan lengkap dapat terbaca			
	b) Menuliskan nama, waktu, tanda tangan			
	c) Hindari penggunaan singkatan, akronim, simbol			
5	**Sasaran III Peningkatan keamanan obat yang perlu di waspadai (*high alert*)**			
	a) Setiap unit harus memiliki daftar obat high alert, LASA (Look Alike Sound Alike atauTampilan mirip Bunyi mirip, elektrolit konsentrat serta panduan penatalaksanaan obat high alert			
	b) Setiap staf klinik harus tahu penatalaksanaan obat high alert			
	c) Obat high alert harus disimpan terpisah, akses terbatas dan label yang jelas			
	d) Intruksi lisan obat high alert hanya boleh dalam keadaan emergency atau nama obat harus di eja perhuruf			
6	**Sasaran IV Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi**			
	Tepat Lokasi			
	a) Penandaan dilakukan pada semua kasus			
	b) Melibatkan pasien			
	c) Tidak mudah luntur terkena air/alcohol/povidone iodine			
	d) Mudah dikenali			
	e) Digunakan secara konsisten di RS			
	f) Dibuat oleh operator/dokter yang akan melakukan tindakan			
	g) Dilaksanakan saat pasien terjaga atau sadar jika memungkinkan			
	Tepat Prosedur			
	a) Sign In (before induction of anesthesia)			
	b) Time out (Before skin incision)			
	c) Sign out (Before patient leaves operating room)			
7	**Sasaran V Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan**			
	a) Hand wash/rub →TEPUNGSELACIPUPUT **Te**lapak Tangan **Pung**gung Tangan **Sela**-sela jari Kun**ci** tangan **Pu**tar- **put**ar			
	b) 5 movement **1) Sebelum bertemu/ kontak dengan Pasien** **2) Setelah Melakukan kegiatan aseptik** **3) Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien** **4) Setelah kontak dengan pasien** **5) Setelah kontak dengan lingkungan pasien**			

				
8	**Sasaran VI Pengurangan risiko jatuh**			
	a) Assessment/ penilaian awal ketika pasien masuk dengan Morse fall scale/ Humpty dumpty			
	b) Assessment ulang setiap transfer ke unit lain, adanya perubahan kondisi pasien, adanya kejadian jatuh, setelah mendapatkan pengobatan sedative			
C	TEKNIK			
9	Menjaga privasi ibu			
10	Melakukan prosedur dengan benar			
	TOTAL SCORE :			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 20			

PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN DEWASA
SKALA JATUH MORSE (SJM)

Nama Pasien: **Umur:** **Th** **No. Rekam Medik:** **Nama Ruangan:**

No	Risiko	Skala	Skoring 1 Saat Masuk Tgl	Skoring 2 Tgl	Skoring 3 Tgl	Skoring 4 Tgl ...	Skoring 5 Tgl	Skoring 6 Tgl .....
1	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak 0 Ya 25						
2	Diagnosis Medis Sekunder > 1	Tidak 0 Ya 15						
3	Alat bantu jalan: - *Bed rest*/ dibantu perawat - Penopang/ tongkat/ *walker* - Furnitur	 0 15 30						
4	. Terpasang infus/ terapi antikoagulanis	Tidak 0 Ya 25						
5	Cara berjalan/ berpindah - Normal/ *bed rest*/ imobilisasi - Lemah - Terganggu	 0 15 30						
6	Status Mental: - Orientasi sesuai kemampuan diri - Lupa keterbatasan diri	0 15						
	Jumlah Skor							
	Nama & paraf yang melakukan penilaian							

Tidak berisiko	0-24	Perawatan yang baik
Risiko Rendah	25-50	Lakukan intervensi jatuh standar
Risiko Tinggi	≥51	Lakukan intervensi jatuh risiko tinggi

CARA MENILAI SKALA JATUH MORSE (SJM)

1. Riwayat jatuh
   - Skor 25 : bila pasien pernah jatuh sebelum perawatan saat ini, atau jika ada riwayat jatuh fisiologis karena kejang atau gangguan gaya berjalan menjelang dirawat.
   - Skor 0 : bila tidak pernah jatuh.
   - Catatan: bila pasien jatuh untuk pertama kali, skor langsung 25.
2. Diagnosis sekunder:
   - Skor 15 : jika diagnosis medis lebih dari satu dalam status pasien.
   - Skor 0 : jika tidak.
3. Bantuan berjalan:
   - Skor 0 : jika pasien berjalan tanpa alat bantu/ dibantu, menggunakan kursi roda /tirah baring dan tidak dapat bangkit dari tempat tidur sama sekali.
   - Skor 15 : jika pasien menggunakan kruk, tongkat, atau *walker*.
   - Skor 30 : jika pasien berjalan mencengkeram furnitur untuk topangan.
4. Menggunakan infus:
   - Skor 25 : jika pasien diinfus.
   - Skor 0 : jika tidak.
5. Gaya berjalan/ Transfer:
   - Skor 0 : jika gaya berjalan normal dengan ciri berjalan dengan kepala tegak, lengan terayun bebas di samping tubuh, dan melangkah tanpa ragu-ragu.
   - Skor 10 : jika gaya berjalan lemah, membungkuk tapi dapat mengakat kepala saat berjalan tanpa kehilangan keseimbangan. Langkah pendek-pendek dan mungkin diseret.
   - Skor 30 : jika gaya berjalan terganggu, pasien mengalami kesulitan bangkit dari kursi, berupaya bangun dengan mendorong lengan kursi atau dengan melambung (menggunakan beberapa kali upaya untuk bangkit). Kepala tertunduk, melihat ke bawah. Karena keseimbangan pasien buruk, beliau menggenggam furnitur, orang, atau alat bantu jalan dan tidak dapat berjalan tanpa bantuan.

6. Status mental:
   - Skor 0 : jika penilaian diri terhadap kemampuan berjalannya normal. Tanyakan pada pasien, “Apakah Bapak / Ibu dapat ke kamar mandi sendiri atau perlu bantuan?” Jika jawaban pasien menilai dirinya konsisten dengan kemampuan ambulasi, pasien dinilai normal.
   - Skor 15 : jika respon pasien tidak sesuai dengan kemampuan ambulasi atau jika respon pasien tidak realistis, dan pasien *over estimate* kemampuan dirinya dan lupa keterbatasannya

PENILAIAN RISIKO JATUH PADA PASIEN ANAK DENGAN SKALA HUMPTY DUMPTY (SHD)

Parameter	Kriteria	Skor	Skoring 1 saat masuk tgl …..	Skoring2 tgl …..	Skoring3 tgl ….	Skoring4 Tgl …..
Umur	Di bawah 3 tahun	4				
	3 - 7 tahun	3				
	7 - 13 tahun	2				
	> 13 tahun	1				
Jenis Kelamin	Laki-laki	2				
	Perempuan	1				
Diagnosa	Kelainan Neurologi	4				
	Perubahan dalam oksigenasi (Masalah Saluran Nafas. Dehidrasi, Anemia, Anoreksia, Sinkop/sakit kepala, dll)	3				
	Kelainan Psikis/ Perilaku	2				
	Diagnosis Lain	1				
Gangguan Kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3				
	Lupa keterbatasan	2				
	Mengetahui kemampuan diri	1				
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi-anak	4				
	Pasien menggunakan alat bantu atau box atau mebel.	3				
	Pasien berada di tempat tidur	2				
	Di luar ruang rawat	1				
Respon Terhadap Operasi/ Obat Penenang/ Efek Anestesi	Dalam 24 jam	3				
	Dalam 48 jam Riwayat Jatuh	2				
	> 48 jam	1				

Penggunaan Obat	Bermacam-macam obat yang digunakan: obat sedatif (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisis) , Hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Antidepresan, Laksans/ Diuretika,Narkotik	3				
	Salah satu dari pengobatan di atas	2				
	Pengobatan lain	1				
TOTAL						
Nama & paraf yang melakukan penilaian						

Standar Risiko Rendah (Skor 7 - 11):

1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga .
2. Buat posisi tempat tidur rendah dan ada remnya.
3. Ada pengaman samping tempat tidur dengan 2 atau 4 sisi pengaman. Mempunyai luas tempat tidur yang cukupuntuk mencegah tangan dan kaki atau bagian tubuh lain terjepit.
4. Menggunakan alas kaki yang tidak licin untuk pasien yang dapat berjalan.
5. Menilai kemampuan untuk ke kamar mandi & memberikan bantuan bila dibutuhkan.
6. Menempatkan pasien dekat nurse station dengan penerangan yang cukup.
7. Lingkungan harus bebas dari peralatan yang mengandung risiko.
8. Memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga.
9. Brosur edukasi jatuh harus berada pada tempatnya

Standar Risiko Tinggi (skor ≥ 12):

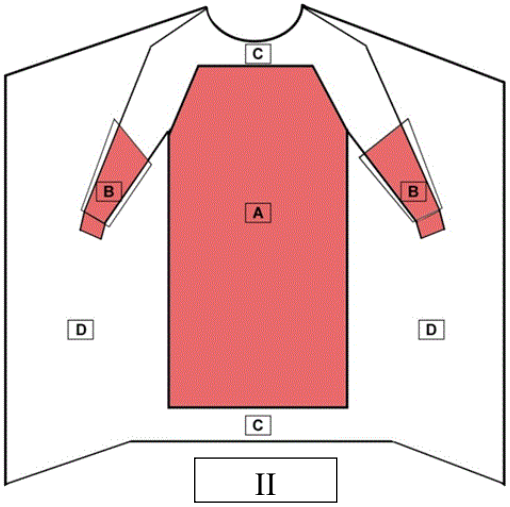
1. Pakaikan gelang risiko jatuh berwarna kuning.
2. Memasang tanda peringatan risiko jatuh, berupa segitigakuning yang di pasang pada bed pasien.
3. Melakukan observasi pasien minimal setiap satu jam.
4. Menemani pasien pada saat mobilisasi.
5. Tempat tidur pasien harus disesuaikan dengan perkembangan tubuh pasien.
6. Mempertimbangkan penempatan pasien yang perlu perhatiandiletakkan dekat nurse station.
7. Perbandingan pasien dengan perawat 1:3, libatkan keluarga pasien sementara perbandingan belum memadai
8. Biarkan pintu terbuka setiap saat kecuali pada pasien yangmembutuhkan ruang isolasi.
9. Tempatkan pasien pada posisi tempat tidur yang rendah kecualipada pasien yang ditunggu keluarga.
10. Semua kegiatan yang dilakukan pada pasien harus didokumentasikan

MEMAKAI APD

1. **Masker:**
    a. **Masker bedah** -> loose – fitting dan mampu memblokir percikan dan tetesan partikel besar
    b. **Masker N95** -> harus di segel ketat di sekitar hidung dan mulut
2. **Pelindung wajah** (face shield) -> bahan : plastik jernih transparan menutup wajah sampai dagu
3. **Pelindung mata** (goggles) -> harus menutupi erat area sekitar mata, bahan dari plastic
4. **Apron** -> Bahan plastik sekali pakai atau bahan plastik berkualitas tinggi yang dapat digunakan kembali (*reuseable*)
5. **Jubah/gown** -> Persyaratan : efektif barrier (mampu mencegah penetrasi cairan), fungsi atau mobilitas,nyaman, tidak mudah robek, pas pada badan tenaga kesehatan, biocompatibility, flammability, odor, dan quality maintenance).Menurut jenis penggunaannya :
    a. Gaun Sekali Pakai (reuseable) -> bahan synthetic fibers (misalnya polypropylene, polyester,polyethylene)
    b. Gaun dipakai berulang -> bahan 100% katun atau 100% polyester, atau kombinasi antara katun dan polyester. Dapat dipakai berulang maksimal sebanyak 50 kali dengan catatan tidak mengalami kerusakan



I



I : Gaun isolasi bedah (area A,B, dan C merupakan area kritikal tingkat tinggi); II : gaun bedah (area A dan B merupakan area kritikal tingkat tinggi) (Sumber : CDC, 2020)

6. **Sarung tangan** : Sarung tangan yang ideal harus tahan robek, tahan bocor, biocompatibility dan pas pada tangan pasien. Bahan : lateks karet, *polyvinyl chloride (PVC), nitrile*, *polyurethane*
7. **Penutup kepala** -> bahan : tahan cairan, tidak mudah robek dan ukuran nya pas di kepala
8. **Sepatu pelindung** -> harus menutup seluruh kaki bahkan bisa sampai betis apabila gaun yang digunakan tidak mampu menutup sampai ke bawah. Bahan : karet atau bahan tahan air atau bisa dilapisi dengan kain tahan air

HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN PADA PENGGUNAAN APD:

1. Menggunakan baju kerja (*scrub suit*)
2. Melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah menggunakan APD
3. **Melakukan kebersihan tangan setiap melepaskan item APD**
4. **Mandi** setelah selesai menggunakan APD



Jenis APD	Jenjang	Macam APD
1.Tingkat 1	T tenaga kesehatan yang bekerja di tempat praktik umum dimana kegiatannya tidak menimbulkan risiko tinggi, tidak menimbulkan aerosol.	Masker bedah, gaun, dan sarung tangan pemeriksaan.
2.Tingkat 2	tenaga kesehatan, dokter, perawat, dan petugas laboratorium yang bekerja di ruang perawatan pasien, di ruang itu juga dilakukan pengambilan sampel non pernapasan atau di laboratorium.	penutup kepala, google, masker bedah, gaun, dan sarung tangan sekali pakai
3.Tingkat 3	bagi tenaga kesehatan yang bekerja kontak langsung dengan pasien yang dicurigai atau sudah konfirmasi Covid-19 dan melakukan tindakan bedah yang menimbulkan aerosol,	penutup kepala, pengaman muka, pengaman mata atau google, masker N95, cover all, sarung tangan bedah dan sepatu boots anti air

MANAJEMEN PENGGUNAAN APD YANG DAPAT DIGUNAKAN KEMBALI (REUSEABLE)

Gaun reuseable, *Coverall, Apron*

Gaun reusable dan *coverall* dapat digunakan kembali setelah dilakukan pencucian dan desinfektan dengan cara :
Pencucian gaun dilakukan pada suhu 57.2°C – 71°C selama minimal 25 menit.
Desinfektan yang digunakan adalah klorin dengan konsentrasi 1: 99

Masker N95

Masker N95 digunakan kembali setelah dilepaskan dengan cara disimpan di kantong kertas berlabel nama petugas. Masker N95 saat dilepaskan tidak boleh disentuh bagian dalam nya dengan tangan untuk menghindari kontaminasi



Pelindung Mata, Pelindung Wajah

Pelindung mata antara lain *goggles*, kaca mata renang dan pelindung wajah (*face shield*) dapat digunakan kembali setelah dilakukan pencucian dan desinfektan oleh petugas yang telah menggunakan sarung tangan dengan cara : **bagian dalam** pelindung wajah dan *face shield* dibersihkan dengan menggunakan kain bersih yang sudah dicelupkan ke deterjen, **bagian luar** pelindung wajah dan *face shield* dibersihkan dengan menggunakan kain bersih yang sudah dicelupkan ke desinfektan (klorin) → air bersih atau alkohol untuk melepaskan residu. Mengeringkan *goggles* dan *face shield* dengan cara di jemur atau dilap bersih.

Sepatu pelindung

Sepatu pelindung kaki antara lain boots, sepatu karet dan sepatu kets dapat digunakan kembali setelah dilakukan pencucian dan desinfektan oleh petugas yang telah menggunakan sarung tangan dengan cara :

a. Mencuci sepatu pelindung kaki dengan menggunakan deterjen pada suhu 20 – 30oC
b. Menggunakan desinfektan klorin setelah dibilas dengan menggunakan air bersih
c. Mengeringkan sepatu pelindung dengan cara di jemur

PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

		NILAI		
		0	**1**	**2**
I	**Sikap dan Perilaku**			
1	Mengucapkan bismillah			
II	**Conten**			
2	Melepas perhiasan yang ada ditangan (cincin, gelang, dan jam tangan)			
3	Menggulung lengan baju sampai diatas siku			
4	Mencuci Tangan 6 Langkah			
5	Ganti baju dengan baju kerja/scrub suit			
6	Pakai gown atau jubah bersih			
7	Pakai masker bedah/masker N95			
8	Pasang googles			
9	Pasang pelindung kepala, bila perlu menggunakan face shield			
10	Pasang Sarung tangan			
II	**Teknik**			
11	Melakukan dengan sistemati			
12	Menjaga kebersihan saat memapakai APD			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{24} \times 100$			

MELEPAS ALAT PELINDUNG DIRI

Kriteria Penilaian:

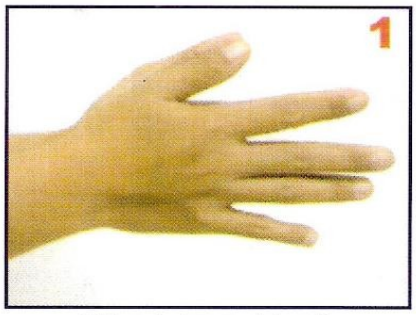
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

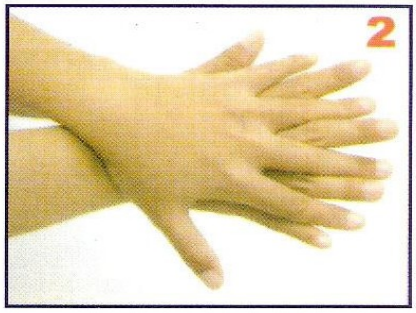
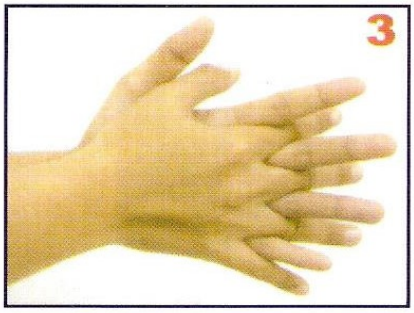
No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1	Menyucapkan alhamdulillah			
II	**Conten**			
2	Membuka sarung tangan			
3	Membuka gown atau jubah			
4	Membuka pelindung kepala, atau face shield			
5	Membuka googles			
6	Membuka pelindung sepatu atau sepatu pelindung (boots)			
7	Membuka masker bedah/masker N95			
8	Membuka Sarung tangan			
9	Mencuci tangan 6 langkah			
II	**Teknik**			
10	Melakukan dengan sistemati			
11	Menjaga kebersihan saat memapakai APD			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{22} \times 100$			

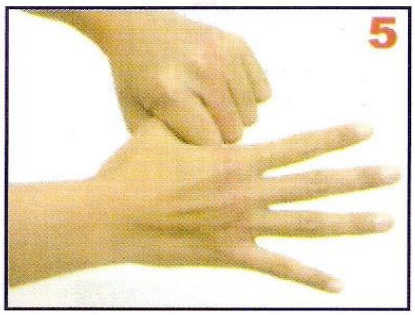
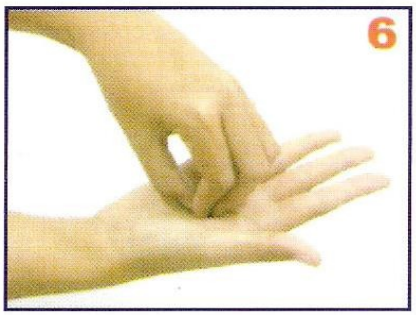
CUCI TANGAN DESINFEKSI

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Membaca bismillah			
II	**Content**			
2.	Persiapan alat dan bahan: - Air bersih - Handuk pribadi - Larutan desinfektan (lisol/savlon) - Sikat lunak			
3.	Melepaskan perhiasan yang ada ditangan (cincin, gelang, jam tangan)			
4.	Menggulung lengan baju sampai diatas siku			
5.	Membuka kran air dan membasahi telapak tangan, lengan sampai siku dengan air mengalir.			
6.	Mengambil larutan desinfektan dan meratakan ke telapak tangan, lengan sampai siku			
7	 Telapak dengan telapak Menggosokkan antara telapak tangan kanan dan kiri (minimal 15 detik)			
8.	Meletakkan dan menggosok telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri, telapak tangan kiri diatas punggung tangan kanan (minimal 15 detik)			

	 Telapak kanan diatas punggung tangan kiri dan telapak kiri diatas punggung tangan kanan			
9.	Menggosokkan telapak dengan telapak dan jari saling terkait (minimal 15 detik)  Telapak dengan telapak & jari saling terkait			
10.	Meletakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci (minimal 15 detik)  Letakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci			
11	Menggosok dan memutar jempol tangan kanan dengan telapak tangan kiri dan sebaliknya (minimal 15 detik)			

	 Jempol kanan digosok memutar oleh telapak kiri dan sebaliknya			
12	Menguncupkan jari kiri kemudian menggosokkan dan memutar ke kanan dan ke kiri pada telapak tangan, dan sebaliknya (minimal 15 detik)  Jari kiri menguncup, gosok memutar ke kanan dan ke kiri pada telapak kanan, dan sebaliknya			
13	Membilas dengan air bersih dan mengalir			
14	Mengeringkan tangan dan lengan dengan handuk pribadi atau mengangin-anginkan tegakkan kedua tangan dan jauhkan dari badan, janganmenyentuh permukaan / benda apapun sebelum menggunakan sarung tangan pada kedua tangan.			
III	**Teknis**			
15	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 30 Nilai kelulusan : ≥ 70 : Lulus < 70 : Tidak Lulus			
	NB: Nama dan tandatangan observer dan penguji			

MENCUCI TANGAN BIASA

Pengertian :Mencuci semua area tangan dengan menggunakan air dan sabut antiseptik. Cuci tangan merupakan cara yang paling efektif dalam mengukur dan mengontrolinfeksi.

Tujuan :

1) Menurunkan jumlah mikroorganisme yang ada ditangan.
2) Mencegah terjadinya infeksi silang melalui tangan.
3) Menurunkan resiko perpindahan mikroorganisme ke klien.

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1	Membaca Bismillah			
II	**Content**			
2	Persiapan alat: a. Air mengalir b. Sabun antiseptik c. Tissue sekali pakai/handuk kecil			
3	Hidupkan air dan basuh tangan dengan air. Hindarkan cipratan air mengenai baju. Posisi pergelangan tangan selalu lebih rendah di bawah siku pada saat mencuci tangan.			
4	Tuangkan sabun antiseptik secukupnya (kurang lebih 1-3 cc)			
5	Ratakan dengan kedua tangan			
6	Gosok punggung dan sela-sela jari tangan dengan tangan kanan dan sebaliknya.			
7	Gosok telapak tangan dan sela-sela jari			
8	Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.			
9	Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan, dan lakukan sebaliknya.			
10	Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya.			
11	Gosok pergelangan tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan, dan sebaliknya.			
12	Bilas kedua tangan dengan air			
13	Keringkan tangan dengan tissu sekali pakai /handuk kecil sampai benar-benar kering			
III	**Teknis**			
14	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
	Jumlah			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{28} \times 100$			

CUCI TANGAN STERIL

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Membaca bismillah			
II	**Content**			
2.	Persiapan alat dan bahan: - Air bersih - Sabun - Alkohol 70% - Sikat lunak			
3.	Melepaskan perhiasan yang ada ditangan (cincin, gelang, jam tangan)			
4.	Menggulung lengan baju sampai diatas siku			
5.	Membuka kran air dan membasahi telapak tangan, lengan sampai siku dengan air mengalir.			
6.	Mengambil sabun dan meratakan ke telapak tangan, lengan sampai 5 cm di atas siku			
7	Menggosokkan antara telapak tangan kanan dan kiri (minimal 15 detik)			
8.	Meletakkan dan menggosok telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri, telapak tangan kiri diatas punggung tangan kanan (minimal 15 detik)			
9.	Menggosokkan telapak dengan telapak dan jari saling terkait (minimal 15 detik)			
10.	Meletakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci (minimal 15 detik)			
11	Menggosok dan memutar jempol tangan kanan dengan telapak tangan kiri dan sebaliknya (minimal 15 detik)			
12	Menguncupkan jari kiri kemudian menggosokkan dan memutar ke kanan dan ke kiri pada telapak tangan, dan sebaliknya (minimal 15 detik)			
13	Menggosok lengan tangan sampai siku (minimal 15 detik)			
14	Membilas dengan air bersih dan mengalir			
15	Mennguyur telapak tangan sampai siku dengan alkohol 70%, tegakkan kedua tangan dan jauhkan dari badan, jangan menyentuh permukaan / benda apapun sebelum menggunakan sarung tangan pada kedua tangan.			
III	**Teknis**			
16	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 32			

PENGELOLAAN SAMPAH

Pengertian :
Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Membaca bismillah			
II	**Content**			
2.	Persiapan alat dan bahan: A. Sarung tangan rumah tangga B. Tempat sampah medis C. Tempat sampah non medis D. Bengkok E. Tempat linen kotor F. Safety box G. Klorin 0,5% dalam wadah			
	Sampah Medis			
3.	Menggunakan sarung tangan rumah tangga			
4.	Membuang sampah medis kedalam tempat sampah medis			
	Sampah Non Medis			
5.	Menggunakan sarung tangan rumah tangga			
6.	Membuang sampah non medis ketempat sarung tangan non medis			
	Sampah Tajam			
7	Menggunakan sarung tangan rumah tangga			
8.	Membuang spuit kedalam safety box *Perhatian:* - *Spuit bisa langsung di masukkan ke dalam safety box atau* - *Spuit di dekontaminasi terlebih dahulu dengan klorin 0,5% selama 10 menit, kemudian dimasukkan kedalam safety box*			
9.	Membuang pisau operasi, jarum suntik, bekas ampul obat, jarumjahit bedah, skapel, gunting, pecahan kaca, dan benda lain yang dapat menusuk atau melukai kedalam wadah tahan tembus yang dapat ditutup dengan baik. *Pengolahannya:* - *Bisa dengan dilakukan semenisasi/enkapsulisasi*			
10.	Merendam sarung tangan kedalam klorin 0,5% selama 10 menit sarung tangancuci sarung tangan sebelum sarung tangan dilepas dengan menggunakan air bersih			
11	Menggantungkan sarung tangan dan biarkan dengan cara diangin-anginkan			

12	Mencuci tangan			
III	**Teknis**			
13	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
	Jumlah			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{26} \times 100$			

CHECKLIST PENGENALAN ALAT

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	ALAT	NILAI		
		0	1	2
	Alat Pelindung Diri			
1	Skort			
2	Masker			
3	Penutup kepala			
4	Kacamata/Gogle			
5	Sarung tangan bedah, pemeriksaan dan sarung tangan rumah tangga			
6	Sepatu boots			
	Tanda Vital			
7	Spignomanometer air raksa, jarum, digital			
8	Stetoskop			
9	Termometer air raksa, dan digital			
	Pemeriksaan Fisik			
10	Senter, lampu kepala, lampu sorot			
11	Oftalmoskop			
12	Otoskop			
13	Tongue spatel			
14	Spekulum hidung			
15	Spekulum vagina			
16	Kaca gigi			
17	Hammer reflek			
18	Timbangan			
19	Microtoise dan Infanto			
20	Meteline			
21	Pita Lila			
22	Linex dan dopler			
23	Jangka panggul			
	Pemenuhun kebutuhan			
24	Tabung Oksigen, selang humadifier			
25	Kanul dan masker 02			
26	Selang NGT dan OGT			
27	Pispot			
28	Urinal pot			
29	Kateter nelaton, voley, logam			
30	Infus set dan tranfusi set			

31	Abochat			
32	Torniquet			
	Perawatan Luka			
33	Gunting benang			
34	Gunting perban			
35	Gunting jaringan			
36	Gunting angkat jahitan			
37	Pinset anatomis			
38	Pinset chirugist			
39	Klem duk			
40	Klem arteri/pean			
41	Kleam kocher			
42	Klem pemegang jarum (Nald voeder)			
43	Jarum kulit			
44	Jarum Otot			
45	Benang seide, plain catgut, chromic catgut			
46	Bengkok			
47	Korentang			
48	Skalpel (gagang pisau)			
49	Pisau (mess)			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 98			

PEMROSESAN ALAT

1. Pembersihan Awal (*pre-cleaning*): Proses yang membuat benda mati lebih aman untuk ditangani oleh petugas sebelum di bersihkan(umpamanya menginaktivasi HBV, HBC, dan HIV) dan mengurangi, tapi tidak menghilangkan, jumlah mikroorganisme yang mengkontaminasi.
2. Pembersihan: Proses yang secara fisik membuang semua kotoran, darah, atau cairan tubuh lainnya dari permukaan benda mati ataupun membuang sejumlah mikroorganisme untuk mengurangi risiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau menangani objek tersebut. Proses ini adalah terdiri dari mencuci sepenuhnya dengan sabun atau detergen dan air atau menggunakan enzim, membilas dengan air bersih, dan mengeringkan. Jangan menggunakan pembersih yang bersifat mengikis, misalnya Vim®atau Comet® atau serat baja atau baja berlubang, karena produk produk ini bisa menyebabkan goresan. Goresan ini kemudian menjadi sarang mikroorganisme yang membuat proses pembersihan menjadi lebih sulit serta meningkatkan pembentukan karat.
3. Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT): Proses menghilangkan semua mikroorganisme, kecuali beberapa endospora bakterial dari objek,dengan merebus, menguapkan atau memakai disinfektan kimiawi.
4. Sterilisasi: Proses menghilangkan semua mikroorganisme (bakteria, virus, fungi dan parasit) termasuk endospora menggunakan uap tekanan tinggi (otoklaf), panas kering (oven), sterilisasi kimiawi, atau radiasi.

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
2.	Persiapan alat dan bahan: - Air bersih - Deterjen - Enzymatik - Spons - Skort - Sarung tangan rumah tangga			
	PRECLEANING			
3.	Menggunakan alat pelindung diri			
4.	Rendam peralatan bekas pakai dalam air detergent atau enzymatic dengan keadaan engsel terbuka (klem, gunting) selama 5-15 menit			
	CLEANING			
5.	Membersihkan sisa sisa kotoran, jaringan atau darah di sela-sela engsel/			

	gerigi alat dengan spons			
6.	Cuci bersih peralatan dengan air mengalir kemudian tiriskan			
7.	Meletakkan alat yang bersih untuk tindakan selanjutnya (DTT/Sterilisasi)			
	DISINFEKSI / STERILISASI			
8	- Desinfeksi tingkat tinggi dengan direbus atau kimiawi untuk peralatan semi kritikal. - Desinfeksi tingkat rendah dengan alkohol 70% untuk alat non kritikal - Sterilisasi dengan sterilisator uap tekanan tinggi (autoklaf) atau sterilisator panas kering (oven) untuk peralatan kritis			
9.	Mencuci sarung tangan sebelum sarung tangan dilepas dengan menggunakan air bersih			
10.	Menggantungkan sarung tangan rumah tangga dan biarkan kering dengan cara diangin-anginkan			
11.	Mencuci tangan			
III	**Teknis**			
12	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 24			

PEMROSESAN ALAT
(DESINFEKSI TINGKAT TINGGI REBUS/KUKUS)

Pengertian : proses untuk menghilangkan sebagian besar (kecuali bakteri dengan endospora) tetapi tidak semua mikroorganisme penyebab penyakit dari peralatan yang bisa dilakukan dengan merebus atau pun mengkukus.

Tujuan : menghilangkan mikroorganisme (kecuali bakteri dengan endospora).

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Membaca bismillah			
II	**Content**			
2.	Persiapan alat dan bahan: A. REBUS - Panci kukus/rebus dengan penutup yang rapat - Sarung tangan DTT/Steril - Bak instrumen tempat alat setelah di DTT - kompor B. KUKUS - Panci dengan nampan tiga susun - Sarung tangan DTT/Steril - Bak instrumen tempat alat setelah di DTT - Kompor - Kain tipis yang bersih - Duk steril - Korentang dan tempatnya - Waskom : 3			
	REBUS			
3.	Mencuci tangan			
4.	Menggunakan sarung tangan			
5.	Memasukkan alat dan menata kedalam panci rebus/kukus dan memberi air, apabila direbus air harus merendam alat, apabila dikukus air harus cukup. Perhatian: ganti air setiap kali mendisfeksi peralatan			
6.	Memulai panaskan air			
7	Memulai menghitung waktu saat air mulai mendidih Ingat: jangan tambahkan benda apapun ke dalam air mendidih setelah penghitungan waktu dimulai			
8.	Merebus selama 20 menit setelah mendidih			
9.	Mencatat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus			
10.	Membiarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan (jika alat dalam keadaan lembab maka keadaan			

	DTT tidak terjaga)			
11	Menggunakan/menyimpan dalam wadah DTT berpenutup (peralatan bisa disimpan sampai satu minggu asalkan penutupnya tidak dibuka)			
12	Mencuci tangan			
	KUKUS			
13	Mencuci tangan			
14	Menggulung bagian atas sarung tangan sehingga setelah DTT selesai sarung tangan dapat langsung dipakai tanpa membuat terkontaminasi baru.			
15	Sarung tangan disusun kedalam nampan kukus dengan cara bagian jari mengarah ke tengah nampan (tidak boleh ditumpuk) perhatikan jumlah maksimal sarung tangan dalam satu nampan (5-15 pasang/nampan/tergantung pada ukuran diameter nampan) Mengulangi proses tersebut sampai semua nampan pengukus terisi sarung tangan			
16	Menyusun ke tiga nampan pengukus di atas panci perebus yang berisi air dan meletakkan penutup di atas nampan paling atas, panaskan air sampai mendidih, letakkan sebuah panci perebus kosong di sebelah kompor.			
17	Mengukus sarung tangan selama 20 menit - Pada saat uap mulai keluar dari celah-celah diantara panci pengukus, mulailah penghitungan waktu. Mencatat lamanya pengukusan sarung tangan pada buku khusus.			
18	Membuka tutup panci dan meletakkan secara terbalik			
19	Mengangkat nampan paling atas yang berisi sarung tangan dan goyangkan perlahan-lahan agar air yang tersisa pada sarung tangan dapat meneteskeluar			
20	Meletakkan nampan pengukus diatas panci perebus yang kosong di sebelah kompor.			
21	Mengulangi langkah no 20 hingga semua nampan pengukus yang berisi sarung tangan tersusun di atas panci perebus yang kosong, letakkan penutup diatasnya agar sarung tangan menjadi dingin dan kering tanpa terkontaminasi. (sisa air perebusan dituang dalam wadah DTT)			
22	Membiarkan sarung tangan kering selama 4-6 jam. Jika diperlukan segera, biarkan sarung tangan menjadi dingin selama 5-10 menit dan kemudian gunakan dalam waktu 30 menit pada saat masih basah/lembab (setelah 30 menit bagian jari sarung tangan menjadi lengket dan sulit digunakan)			
23	Menggunakan penjepit/pinset/sarung tangan DTT untuk memindahkan sarung tangan .			
24	Meletakkan sarung tangan tersebut ke dalam wadah DTT lalu tutup rapat. (Tahan 1 minggu)			
III	**Teknis**			
25	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
	Jumlah			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{50} \times 100$			

PREMROSESAN ALAT
(DESINFEKSI TINGKAT TINGGI KIMIAWI)

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Membaca bismillah			
II	**Content**			
2.	Persiapan alat dan bahan: - Klorin 0,1% dalam wadah - Sarung tangan DTT/Steril - Bak instrumen tempat alat setelah di DTT			
3.	Mencuci tangan			
4.	Menggunakan sarung tangan			
5.	Meletakkan peralatan dalam keadaan kering (sudah didekontaminasi dan cuci/bilas) ke dalam wadah dan tuang Klorin 0,1% Ingat: jika peralatan dalam keadaan basah sebelum direndam dalam larutan kimia maka akan terjadi pengenceran larutan tersebut sehingga mengurangi daya kerja/efektifitas.			
6.	Memastikan semua peralatan terendam			
7	Merendam peralatan selama 20 menit, jika perlu pasang alarm			
8.	Mencatat lama waktu perendaman dalam buku khusus			
9.	Membilas peralatan dengan air DTT dan diangin-anginkan sampai kering didalam wadah DTT yang berpenutup.			
10.	Menyimpan peralatan setelah kering ke dalam wadah DTT berpenutup rapat.			
11	Mencuci tangan			
III	**Teknis**			
12	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
	Jumlah			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{24} \times 100$			

PRMROSESAN ALAT
(STERILISASI OTOKLAF)

Pengertian : proses eradikasi mokroorganisme (bakteri termasuk dengan endospora, jamur, dan parasit) dengan cara menggunakan tekanan panas kering.
Tujuan : membunuh mikroorganisme (bakteri, endospora, jamur, dan parasit)
Catatatn :

a. alat-alat, sarungtangan, dan kain penutup operasi harus disteril dengan menggunakan autoklaf.
b. Pemanasan uap : 121°C (250°F) pada tekanan 106 kPa (15 Ib/in^{2}) selama 20 menti untuk alat/bahan yang tidak dibungkus dan 30 menit untuk alat/bahan yang dibungkus. Alat/bahan baru boleh diambil setelah kering.
c. Pemanansan kering : 170°C (340°F) selama 60 menit (jumlah seluruh waktu dari mulai meletakkan alat/bahan di oven, memanaskan sampai 170°C selama 1 jam dan kemudian mendinginkan adalah sekitar 2 sampai 2.5 jam) atau 160°C(320°F) selama 2 jam (jumlah seluruh waktu 3 sampai 3.5 jam), Ingat: sterilisasi dengan pemanasan kering (170°C selama 60 menit)hanya boleh untuk alat/bahan terbuat dari logam. Dan kaca.
d. Penyimpanan : alat/bahan yang tidak dibungkus haris segera dipakai atau disimpan dalam kontainer kering yang steril (hanya 1 minggu). Alat/bahan yang dibungkus kain dapat disimpan sampai 1 minggu bila pembungkus tetap kering dan masih untuk.

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Membaca bismillah			
II	**Content**			
2.	Persiapan alat dan bahan: - Bak instrumen - Kain / duk - Alat yang mau disterilkan			
3.	Mencuci tangan			
4.	Mengambil alat yang sudah didekontaminasi, cuci/bilas dan kering yang akan disterilisasi			
5.	Membungkus instrumen/alat bersih dengan ketebalan dobel kain muslin atau kertas pembungkus. Instrumen/alat jangan diikat dengan gelang karet atau cara lainnya yang dapat mencegah uap panas berkontak dengan semua permukaan.			
6.	Mengatur pak di ruangan untuk membiarkan sirkulasi bebas bebas dan penetrasi uap panas ke semua permukaan			
7	Melakukan sterilisasi selama 30 menit untuk bahan yang terbungkus			

	atau 20 menit untuk bahan yang tidak terbungkus. Ukur lamanya jam dengan suhu 121^0 C, tekanan 106 kPa			
8.	Menunggu kira-kira 30 menit (atau sampai pengukur tekanan menunjuk nol) untuk membiarkan sterilisator mendingin sebelum membuka tutupnya untuk membiarkan uap panas keluar. Biarkan pak instrumen mengering sepenuhnya sebelum dikeluarkan (memakan waktu tambahan 30 menit) Ingat: - pak instrumen yang terbungkus dianggap tidak dapat diterima kalau terdapat tetesan air atau kebasahan tampak pada bagian luar pak sewaktu dikeluarkan dari ruangan sterilisasi. - Obyek/pak instrumen dianggap steril kalau dibiarkan keringdan bungkusnya utuh.			
9.	Menutup pak (terbungkus) di kantong plastik (tahan lebih lama) atau alat yang tidak terbungkus segera ditempatkan ke dalam wadah steril yang berpenutup rapat.			
III	**Teknis**			
10	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 20			

A. Judul Materi :Pemenuhan Kebutuhan Fisik dan Psikologi

B. Sub Capaian pembelajaran MK : Mampu memberikan tindakan pemenuhan kebutuhan fisikdan psikologis **(C3,A3)**

C. Materi

1. KONSEP HEMODINAMIS DAN HEMODIALISIS

a. Konsep Homeodinamis Dan Homeostatis

Manusia sebagai makhluk holistik merupakan makhluk yang utuh atau paduan dari unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Sebagai makhluk biologis, manusia tersusun atas sistem organ tubuh yang digunakan untuk mempertahankan hidupnya, mulai dari lahir, tumbuh kembang, hingga meninggal. Sebagai makhluk psikologis, manusia mempunyai struktur kepribadian, tingkah laku sebagai manifestasi kejiwaan, dan kemampuan berpikir serta kecerdasan. Sebagai makhluk sosial, manusia perlu hidup bersama orang lain, saling bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup, mudah dipengaruhi kebudayaan, serta dituntut untuk bertingkah laku sesuai dengan harapan dan norma yang ada. Sebagai makhluk spiritual, manusia memiliki keyakinan, pandangan hidup, dan dorongan hidup yang sejalan dengan keyakinan yang dianutnya.

Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu: kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter dan Patricia, 1997). Manusia memiliki kebutuhan dasar yang bersifat heterogen. Setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akantetapi karena budaya, maka kebutuhan tersebutpun ikut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhan manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang ada.

b. HOMEOSTATIS

Homeostatis merupakan mekanisme tubuh untuk mempertahankan keseimbangan dalam menghadapi berbagai kondisi yang dialaminya. Proses homeostatis dapat terjadi apabila tubuh mengalami stress. Secara alami tubuhakan melakukan mekanisme memepertahankan diri untuk menjaga kondisi agar tetap seimbang. Homeostatis terdiri atas homeostatis fisiologis dan psikologis.

Model kebutuhan dasar manusia menurut *Abraham Maslow*, Kebutuhan fisiologis, merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggidalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhioleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual, kebutuhan kedua adalah Kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuhatau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman daripengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali, karena merasa terancam oleh keharusan untukberinteraksi dengan orang lain dan sebagainya. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam

keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya, kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain, dan yang terakhir/ke lima kebutuhan aktualiasasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan berikut:



Gambar 1.1: Hirarkhi kebutuhan dasar menurut A. Maslow

1) Homeostatis fisiologis
   Homestatis fiisologis dalam tubuh manusia dapat dikendalikan oleh sistem endokrin dari sistem syaraf otomnom. Proses homeostatis fisiologi ini terjadi melalui empat cara; pengaturan diri, kompensasi, umpan balik negative dan umpan balik untuk mengoreksi ketidakseimbangan fisiologis.
2) Homeostatis psikologis
   Homeostatis psikologis berfokus pada keseimbangan emosional dan kesejahteraan mental. Proses ini bisa diperoleh dari pengalaman hidup dan interaksi dengan ora ng lain serta dipengaruhi oleh norma dalam masyarakat. contoh homeostatis psikologis ini adalah menangis, berbahagia, memukul dll.

c. HOMEODINAMIK

Homeodinamik merupakan pertukaran energy secara terus menerus antara manusia dengan lingkungan sekitar. Pada proses ini manusia harus melakukan interaksi denga lingkungan. Prinsip dalam homeodinamik adalah;

1) Prinsip integralitas
2) Prinsip resonansi
3) Prinsip helicy

d. KARAKTERISTIK KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

1) Manusia memiliki kebutuhan dasar yang sama, walaupun memiliki perbedaan dalam bidang sosial, budaya, persepsi dan pengetahuan.
2) Secara umum pemenuhan KDM manusia sesuai dengan tingkat pioritasnya

3) Sebagian pemenuhan kebutuhan dasar dapat ditunda walaupun harusdipenuhi
4) Kebutuhan dasar yang gagal dipenuhi akan menyebabkan kondisi yang tidak seimbang sehingga dapat menyebabkan sakit
5) Munculnya keinginan pemenuhan kebutuhan dasar dipengaruhi oelh stimulus internal maupun eksternal. Contoh kebutuhan minum, seseorang yang merasa haus, maka ia ingin segera minum. Hal ini disebabkan dalam tubuhanya kekurangan cairan (*stimulus internal)* atau karena melihatminuman yang segar saat terik matarahi (*stimulus eksternal)*
6) Berbagai kebutuhan dasar akan saling berhubungan dan berpengaruh pada manusia. Misalnya kebutuhan makan akan diikuti dengan kebutuhan minum
7) Saat timbul keinginan untuk memenuhi kebutuhan dasar, maka individu akan berusaja memenuhinya.

e. FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

Secara umum terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan dasar manusia itu seperti: Penyakit, hubungan keluarga, konsep diri, tahap perkembangan dan struktur keluarga, maksudnya disini kita sebagaimanusia akan berusaha memenuhi kebutuhannya demi konsep diri yang tinggi, dan tahap perkembangan yaitu dari bayi baru lahir sampai dengan kita tutup usia kebutuhan tetap akan berkembang sesuai dengan berjalannya umur

2. KEBUTUHAN OKSIGENASI DAN NUTRISI

1. Kebutuhan Oksigenasi

a. Anatomi Sistem Pernapasan

Bernapas membawa udara ke paru, dimana terjadi pertukaran gas. Udara masuk ke paru melalui saluran pernapasan. Organ saluran pernapasan atas terdiri dari mulut, hidung, dan pharing. Ketiganya dihubungkan dengan nasopharing, yang membawa udara melalui mulut dan hidung ke pharing. Organ saluran pernapasan bawah terdiri dari trakhea, lobus bronkhus, segmen bronkhus, dan paru. Bronkhus berlanjut ke bronkhiolus, yang menghubungkan jalan napas dengan parenkhim paru. Pertukaran gas di paru terjadi di alveoli. Struktur epitel berdinding tipis dihubungkan dengan kapiler. Oksigen masuk alveoli menembus epitel, masuk darah menuju jantung dan dari jantung ke jaringan tubuh.

b. Fungsi sistem pernapasan

Bernafas adalah pergerakan udara dari atmosfir ke sel tubuh dan pengeluaran CO2 dari sel tubuh ke luar tubuh. Proses pernafasan mencakup ventilasi, difusi, transportasi dan perfusi.

1) Ventilasi

Ventilasi adalah proses masuk dan ke luarnya udara di paru sehingga pertukaran gas terjadi. Ventilasi mencakup kegiatan bernafas atau inspirasi dan ekspirasi Selama inspirasi, diafragma dan otot intercostal eksternal berkontraksi, sehingga memperbesar volume thorak dan menurunkan tekanan intrathorak. Pelebaran dinding dada mendorong paru ekspansi, menyebabkan tekanan jalan napas turun di bawah tekanan atmosfir, dan udara masuk paru. Pada

saat ekspirasi, diafragma dan otot intrcostal relaksasi, menyebabkan thorak kembali bergerak ke atas ke ukuran lebih kecil. Tekanan dada meningkat menyebabkan udara mengalir keluar dari paru

2) Difusi Gas

Difusi adalah proses dimana molekul (gas/partikel lain) bergerak dari daerah yang bertekanan tinggi ke daerah yang bertekanan rendah. Oksigen dan karbon dioksida berdifusi diantara alveoli dan darah. Bernapas secara kontinyu menambah supply oksigen paru,sehingga tekanan partial oksigen (PO2) di alveoli relatif tinggi. Sebaliknya bernapas mengeluarkan karbon dioksida dari paru,sehingga tekanan partial karbon dioksida (PCO2) di alveoli rendah. Oksigen berdifusi dari alveoli ke darah karena PO2 lebih tinggi di alveoli daripada di darah kapiler. Karbon dioksida berdifusi dari darah ke alveoli.

3) Transportasi dan Perfusi Gas

Oksigen ditransportasikan dari membrane kapiler alveoli paru ke darah kemudian ke jaringan dan karbondioksida ditransportasikandari jaringan ke paru kembali. Oksigen diangkut dalam darah melalui hemoglobin. Metabolisme meningkat maka akan mengakibatkan peningkatan kebutuhan oksigen. Jumlah oksigen yang disampaikan ke sel disebut perfusi gas.

c. Pola Pernapasan Normal

Kelompok Usia	Rata-rata pernapasan/menit
Bayi baru lahir dan bayi	30 – 60
I – 5 tahun	20 – 30
6 – 10	18 – 26
10 tahun – dewasa	12 – 20
Dewasa tua (60 tahu ke atas)	16 - 25

d. Beberapa masalah kebutuhan oksigen

1. Hipoksia
2. Perubahan pola pernafasan
3. Obstruksi jalan nafas
4. Pertukaran gas

2. Kebutuhan Nutrisi

a. Nutrisi

Nutrisi merupakan proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan mennghasilkan energy dan digunakan dalam aktivitas tubuh.

b. Sistem Tubuh Yang Berperan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Sistem tubuh yang berperan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah sistem pencernaan yang terdiri atas saluran pencernaan dan organ aksesori. Saluran pencernaan dimulai dari mulut sampai usus halus bagian distal, sedangkan organ aksesori terdiri atas hati, kantong empedu dan pancreas. Ketiga organ ini membantu terlaksananya sistem pencernaa

makanan secara kimiawi.

Saluran pencernaan:

1) Mulut
2) Lambung
3) Usus halus
4) Usus besar

Organ aksesori:

1) Hati
2) Kantong empedu
3) Pancreas

c. Nutrient

Nutrien merupkana zat gizi yang terdapat dalam makanan. Nutrient digolongkan ke dalam 6 kategori, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan air.

1) Karbohidrat

Karbohidrat adalah gula sederhana (monosakarida dan disakarida) dan gula kompleks (polisakarida). Karbohidrat terdiri dari karbon, hidrogen, dan oksigen. Gula, sirup, madu, buah, dan susu adalah sumber karbohidrat sederhana. Roti, sereal, kentang, beras, pasta, dan gandum berisi karbohidrat kompleks.

Fungsi karbohidrat adalah memberikan energi. Setiap gram karbohidrat mengandung 4 kcal. Karbohidrat juga penting dalam oksidasi lemak, meningkatkan pertumbuhan bakteri dalam saluran pencernaan, yang membantu sintesis vitamin K dan B12, memproduksi komponen karbon dalam sintesis asam amino esensial.

Sirkulasi darah membawa glukosa ke sel sebagai sumber energi dan untuk produksi substansi penting. Kadar glukosa darah normal 80-110 mg/dL, pada kondisi puasa kadar glukosa darah 60-80 mg/dL, dan pada 2 jam setelah puasa meningkat menjadi 140-180 mg/dL, tergantung usia. Hiperglikemia dimana kadar glukosa darah lebih tinggi dari normal akibat produksi atau penggunaan insulin tidak adekuat, terjadi pada diabetes militus. Hipoglikemia dimana kadar glukosa darah lebih rendah dari normal, dapat sebagai tanda dari abnormalitas liver dan pankreas.

2) Protein

Protein adalah zat kimia organik yang berisi asam amino, yang dihubungkan dengan rantai peptida. Protein terdiri dari karbon, hidrogen, oksigen, dan nitrogen. Tubuh mensintesis protein antara lain membentuk hemoglobin untuk membawa oksigen ke jaringan, insulin untuk regulasi glukosa darah, dan albumin untuk regulasi tekanan osmotik darah.

Fungsi protein untuk pertumbuhan, regulasi fungsi dan proses tubuh, pembentukan kembali protein sel, dan energi, memelihara sistem imunitas tubuh, sel, cairan tubuh, tulang, kulit, gigi, otot, rambut, darah, dan serum. Katabolisme protein memberi 4 kcal/g. Katalis enzim dibentuk dari protein pada regulasi pencernaan, absorbsi, metabolisme, dan katabolisme. Diit proteindiklasifikasikan menjadi :

a) Protein lengkap, berisi asam amino esensial untuk memelihara jaringan tubuh dan meningkatkan pertumbuhan. Tubuh tidak dapat mensintesis asam amino esensial. Tubuh dapat mensintesis asam amino nonesensial dari sumber lain. Sumber protein lengkap antara lain daging, ikan, susu, keju, dan telur.
b) Protein lengkap sebagian, berisi asam amino untuk memelihara kehidupan, tetapi tidak meningkatkan pertumbuhan.
c) Protein tidak lengkap, tidak berisi asam amino esensial untuk memelihara kehidupan, membentuk jaringan, dan meningkatkan pertumbuhan. Sumber protein tidak lengkap antara lain buah dan sayuran, buncis, roti, sereal, beras, pasta, kacang-kacangan.

Status protein diukur dalam keseimbangan nitrogen. Keseimbangan nitrogen adalah jumlah nitrogen yang digunakan sama dengan jumlah nitrogen yang dikeluarkan. Keseimbangan nitrogen positif jika intake nitrogen lebih besar dari nitrogen yang dikeluarkan. Keadaan ini terjadi jika jaringan baru disintesis, misalnya sembuh dari sakit, latihan, hamil, dan pertumbuhan masa anak. Keseimbangan nitrogen negatif jika pengeluaran nitrogen lebih besar dari intake nitrogen. Keadaan ini terjadi pada penyakit yang disebabkan kerusakan jaringan, atau diet protein dan/atau kalori tidak adekuat.

3) Lemak

Lemak atau lipid, termasuk lemak netral, minyak, asam lemak, kolesterol, dan phospholopid. Lemak adalah zat organik yang terdiri dari karbon, hidrogen, dan oksigen. Lemak secara ideal membentuk sekitar 20% berat badan pada orang yang tidak gemuk. Lemakberfungsi sebagai transport sel, proteksi organ vital, energi, simpanan energi pada jaringan adiposa, absorbsi vitamin, dan transport vitamin larut lemak. Lemak yang dioksidasi menghasilkan energi 9 kcal/g. Lemak memberikan rasa kenyang karena menetap di lambunglebih lama daripada karbohidrat atau protein. Lemak diklasifikasikan sebagai lemak jenuh dan lemak tidak

jenuh. Daging sapi, daging domba, minyak kelapa,minyak kelapa sawit, dan minyak biji kelapa sawit mengandung asam lemak jenuh lebih tinggi dan lebih keras. Daging ayam, ikan dan sayuran berisi asam lemak tidak jenuh lebih tinggi dan lebih lunak.

a) Vitamin

Vitamin adalah zat organik yang penting bagi tubuh untuk pertumbuhan, perkembangan, pemeliharaan, dan reproduksi, serta membantu dalam penggunaan energi nutrient. Vitamin diklasifikasikan sebagai vitamin larut lemak dan vitamin larut air.

1) Vitamin larut air: A, D, E, K
2) Vitamin tidak larut air: vitamin B kompleks dan C

b) Mineral :

Mineral membantu membentuk jaringan tubuh dan regulasi metabolisme

1) Calcium

Calcium berfungsi untuk membentuk dan memelihara tulang dan gigi, pembekuan darah, tansmisi syaraf, kontraksi dan relaksasi otot, permeabilitas membran sel. Tanda dan gejala kekurangan calcium adalah pertumbuhan pendek, ricketsia, osteoporosis, tetani.

2) Magnesium

Magnesium berfungsi untuk pembentukan tulang, relaksasi otot, sintesis protein. Tanda dan gejala kekurangan magnesium adalah penyakit ginjal, tremor mengakibatkan kejang

3) Sodium

Sodium berfungsi untuk membantu memelihara keseimbangan cairan tubuh dan asam basa. Makanan rendah sodium penting bagi orang dengan penyakit jantung, hipertensi, edema, gangguan ginjal, penyakitliver.

4) Potasium/kalium

Fungsi potasium untuk sintesis protein, keseimbangan cairan, dan regulasi kontraksi otot. Pembatasan potasium dilakukan pada klien dengan kerusakan/gagal ginjal

5) Fosfor

Fosfor berfungsi untuk pembentukan dan pemeliharaan tulang dan gigi, keseimbangan asam basa, metabolisme energi, struktur membran sel, regulasi hormon dan ko enzim. Tanda dan gejala kekurangan fosfor adalah

pertumbuhan pendek, riketsia.

6) Besi (Fe)

Besi berfungsi untuk membawa oksigen melalui hemoglobin dan myoglobin, unsur pokok sistem enzim. Kekurangan besi ditandai dengan deplesi simpanan besi, anemi, pucat.

7) Iodine

Fungsi iodine adalah unsur pokok hormon tiroid yang meregulasi basal metabolisme rate. Kekurangan iodine menyebabkan goiter.

8) Zinc

Fungsi zinc untuk pertumbuhan jaringan, perkembangan dan penyembuhan, kematangan seksual dan reproduksi, unsur utama beberapa enzim dalam energi dan metabolime asam nukleat. Kekurangan zinc menyebabkan kerusakan pertumbuhan, kematangan seksual, dan fungsi sistem imun, lesi kulit, akrodermatitis, penurunan sensasi rasa dan penghidu

9) Air

Air diperlukan untuk memelihara fungsi sel. Air diperoleh dari minum cairan dan makan makanan tinggi air, dan dengan oksidasi makanan. Haus menandakan butuh air dan mendorong seseorang untuk minum.

d. Masalah kebutuhan nutrisi

1) Kekurangan nutrisi
2) Kelebihan nutrisi
3) Obesitas
4) Mal nutrisi
5) Diabetes mellitus
6) Hipertensi
7) Penyakit jantung coroner
8) Kanker
9) Anoreksia nervosa

3. CAIRAN DAN ELEKTROLIT DALAM TUBUH MANUSIA

1. Pengertian
   a. Cairan tubuh adalah larutan yang terdiri dari air (pelarut) dan zat tertentu (zat terlarut).
   b. Elektrolit adalah zat kimia yang menghasilkan partikel-partikel bermuatan listrik yang disebut ion jika berada dalam larutan. Ion2 elektrolit yang utama adalah Na+, Cl-, HCO3, sedangkan yang jumlahnya sedikit adalah K+, Mg, Ca, fosfat, sulfat, asam organik,

dan protein. Komponen cairan intraseluler ialah K+, protein, Mg, Sulfat, dan Fosfat. Dalam cairan ekstraseluler Na+ dan Cl- mengisi lebih dari 90% larutannya.

2. Fungsi
   a. Sebagai alat transportasi nutrien, elektrolit dan sisa metabolisme
   b. Sebagai komponen pembentuk sel, plasma, darah, dan komponen tubuh yang lainya
   c. Sebagai pengatur suhu tubuh dan lingkungan seluler.
   d. Sebagai pembentuk struktur tubuh
3. Komponen Penyusun
   Cairan tubuh dibagi dalam dua kelompok besar yaitu:
   a. Cairan intraseluler adalah cairan yang berda di dalam sel di seluruh tubuh
   b. Cairan ekstraseluler adalah cairan yang berada di luar sel danterdiri dari tiga kelompok yaitu: cairan intravaskuler (plasma), cairan interstitial dan cairan transeluler. Cairan intravaskuler (plasma) adalah cairan di dalam sistem vaskuler, cairan intersitial adalah cairan yang terletak diantara sel, sedangkan cairan traseluleradalah cairan sekresi khusus seperti cairan serebrospinal, cairan intraokuler, dan sekresi saluran cerna.
4. Kebutuhan Cairan

Tabel 1. Kebutuhan cairan dan elektrolit rumatan berdasarkan berat badan

	Berat badan (kg)		
Cairan dan Elektrolit	0-10	10-20	> 20
Total air	100 mL/kg	1000 mL + 50 mL/kg Untuk setiap kg>10 kg	1500 mL + 20 mL/kg untuk setiap kg>20 kg
Natrium	3 mEq/kg	3 mEq/kg	3 mEq/kg
Kalium	2 mEq/kg	2 mEq/kg	2 mEq/kg
Khlorida	5 mEq/kg	5 mEq/kg	5 mEq/kg

5. Distribusi cairan tubuh
   a. Intra sel : 40 %
   b. Extracell : interstitial 15% BB plasma (intra vaskuler) 5 % BB
   c. Darah menyimpan panas 36^0C
6. Proporsi cairan tubuh
   a. Bayi Baru Lahir (BBL) : 80 % BB
   b. Anak : 70 % BB
   c. Dewasa : 60 % BB
   d. Lansia : 40 –45 % BB

Keseimbangan cairan dan elektrolit di dalam tubuh adalah merupakan salah satu bagian dari fisiologi homeostatis. Keseimbangan cairan dan elektrolit melibatkan komposisi dan perpindahan berbagai cairan tubuh. Cairan dan elektrolit masuk ke dalam tubuh melalui makanan,

minuman, dan cairan intravena (IV) dan didistribusi ke seluruh bagian tubuh. Keseimbangan cairan dan elektrolit berarti adanya distribusi yang normal dari air tubuh total dan elektrolit ke dalam seluruh bagian tubuh. Keseimbangan cairan dan elektrolit saling bergantung satu dengan yanglainnya; jika salah satu terganggu maka akan berpengaruh pada yang lainnya.

4. PEMENUHAN KEBUTUHAN ELIMINASI

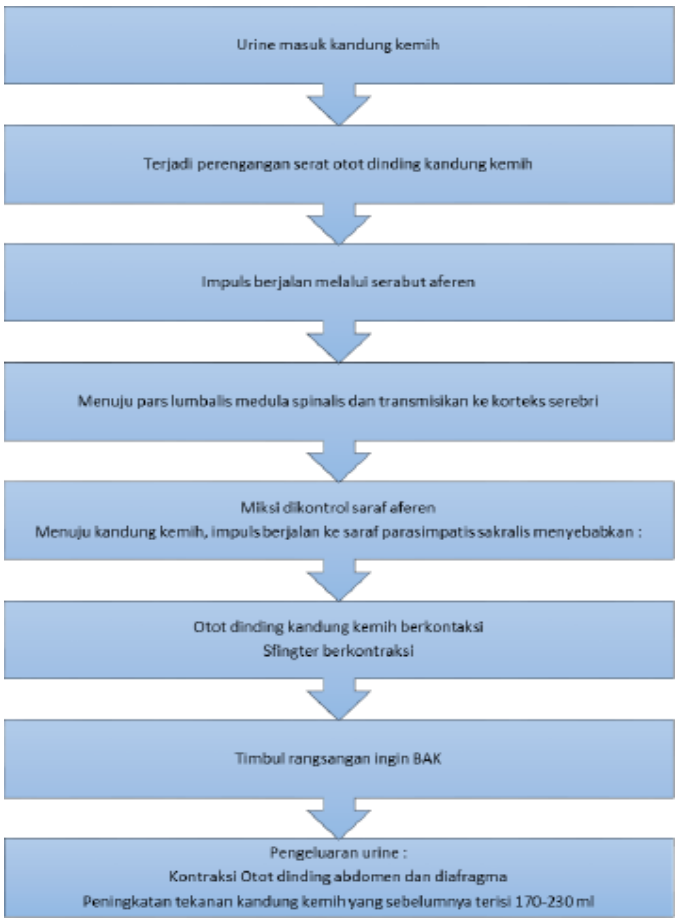
a. Eliminasi

1) Eliminasi Urin

a) Pengertian

Eleminasi atau pembuangan urine normal adalah proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi.

b) Fisiologi berkemih



c) Indiktor urine normal

a) Pola Eleminasi Urine Normal

Seseorang berkemih sangat tergantung pada individu dan jumlah cairan yang masuk, Orang-orang biasanya berkemih : pertama kali pada waktu bangun

tidur, setelah berkerja dan makan.

b) Frekuensi

Normalnya miksi dalam sehari sekitar 5 kali. Frekuensi untuk berkemih tergantung kebiasaan dan kesempatan. Banyak orang berkemih kira-kira 70%dari urine setiap hari pada waktu bangun tidur dan tidak memerlukan waktu untuk berkemih pada malam hari. Orang-orang biasanya berkemih: pertama kali pada waktu bangun tidur, sebelum tidur dan berkisar waktu makan.

c) Karakteristik Urine normal

Untuk mengetahui warna urine normal adalah kuning terang. disebabkan adanya pigmen oruchrome, juga tergantung intake cairan. Seseorang dalam keadaan dehidrasi maka kosentrasi urine menjadi lebih pekat dan kecoklatan, penggunaan obat-obatan tertentu seperti multivitamin dan preparat besi menyebabkan warna urine menjadi kemerahan sampai kehitaman.

Bau urine normal adalah bau khas amoniak. merupakan hasil pecahan urea olehbakteri. Pemberian pengobatan akan mempengaruhi bau urine.

Jumlah urine yang dikeluarkan tergantung pada usia, intake cairan dan status kesehatan. Pada orang dewasa jumlah urine yang dikeluarkan sekitar 1.200 – 1.500 atau 150 sampai 600 ml / sekali miksi. Berat jenis plasma (tanpa protein) berkisar 1,015 - 1,020. Berat jenis plasma (tanpa protein) berkisar 1,015 -1,020.

d) Masalah berkemih

a) Retensi urine

Retensi urine adalah kondisi seseorang terjadi karena penumpukan urine dalam bladder dan ketidakmampuan bladder untuk mengosongkan kandung kemih. Penyebab distensi bladder adalah urine yang terdapat dalam bladder melebihi 400 ml. Normalnya adalah 250 - 400 ml. Kondisi ini bisa disebabkan oleh hipertropi prostat, pembedahan, otot destrusor lemah dan lain-lain.

b) Inkontinensia Urine

Bila seseorang mengalami ketidak mampuan otot spinter eksternal sementara atau menetap untuk mengontrol pengeluaran urine. Ada dua jenis inkontinensia:

(1) Stres inkontinensia yaitu stres yang terjadi

pada saat tekanan intra-abdomen meningkat dan menyebabkan kompresi kandung kemih. Contoh sebagian orang saat batuk atau tertawa akan mengalami terkencing-kencing, hal tersebut bisa dikatakan normal atau bisaterjadi pada lansia.

(2) Urge inkontinensia yaitu inkontinensia yang terjadi saat klien terdesak ingin berkemih atau tiba-tiba berkemih, hal ini terjadi akibat infeksi saluran kemih bagian bawah atau spasme bladder, overdistensi, peningkatan konsumsi kafein atau alkohol

c) Enurisis

Enuresis adalah ketidaksanggupan menahan kemih (mengompol) yang tidak disadariyang diakibatkan ketidakmampuan untuk mengendalikan spinter eksterna. Biasanya terjadi pada anak-anak atau orang jompo. Faktor penyebab takut keluar malam, kapasitas kandung kemihkurang normal, infeksi dan lain-lain.

2) Eliminasi Fekal

1) Pengertian

Eliminasi bowel/fekal/Buang Air Besar (BAB) atau disebut juga defekasi merupakan proses normal tubuh yang penting bagi kesehatan untuk mengeluarkan sampah dari tubuh. Sampah yang dikeluarkan ini disebut feces atau stool. Eleminasi produk sisa pencernaan yang teratur, hal ini penting untuk normal tubuh. Fungsi usus tergantung pada keseimbangan berapa faktor, pola dan kebiasaan eleminasi. Eleminasi bowel merupakan salahsatu bentuk aktivitas yang harus dilakukan oleh manusia Seseorang dapat melakukan buang air besar sangatlah bersifat individual ada yang satu kali atau lebih dalamsatu hari, bahkan ada yang mengalami gangguan yaituhanya 3-4 kali dalam satu minggu atau beberapa kali dalam sehari, perubahan eleminasi fekal dapat menyebabkan masalah gastroinstestinal dan sistem tubuh lain, hal ini apa bila dibiarkan dapat menjadi masalahseperti konstipasi, fecal imfaction , hemoraid dan lain- lain.

2) Anatomi dan Fisiologi

a) Saluran gastrointestinal bagian atas terdiri mulut, esophagus & lambung

Makanan yang masuk ke mulut kita dicerna secara mekanik dan kimia, dengan bantuan gigi

untuk mengunyah dan memecah makanan. Saliva mencairkan dan melunakkan bolus makanan sehingga mudah masuk esofogus menuju pada lambung. Dalam lambung makanan disimpan sementara, lambung melakukan ekresi asam hidroklorida (HCL), lendir, enzim pepsin dan faktor intrinsik. HCL mempengaruhi keasaman lambung dan keseimbangan asam-basa tubuh. Lendir melindungi mukosa dari keasaman, aktivitas enzim dan membantu mengubah makanan menjadi semi cair yang disebut kimus (cbyme), lalu didorong ke usus halus.

b) Saluran gastrointestinal bagian bawah terdiri dari usus halus dan besar.

c) Saluran gastrointestinal atas meliputi, usus halus terdiri dari duodenum, jejenun, ileum, dengan diameter 2.5 cm dan panjang 6 m. Kimus bercampur dengan empedu dan amilase.

d) Usus sendiri mesekresi mucus, potassium, bikarbonat dan enzim, sekresi musin (ion karbonat) yang pengeluarannya dirangsang oleh nervus parasimpatis.

e) Cbyme bergerak karena adanya peristaltik usus dan akan berkumpul menjadi feses di usus besar. Gas yang dihasilkan dalam proses pencernaan normalnya 400-700 ml/24 jam. Feses terdiri atas 75% air dan 25%padat, bakteri yang umumnya sudah mati, lepasan epithelium dari usus, sejumlah kecil zat nitrogen.

3) Masalah ganguan eliminasi fekal

a) Konstipasi
b) Fekal imfaction
c) Diare
d) Inkontinensia Bowel/Fecal/Alvi
e) Kembung
f) Hemoroid

5. KETIDAKSEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT DALAM TUBUH

a. Dehidrasi

Dehidrasi adalah gangguan dalam keseimbangan cairan pada tubuh. Dehidrasi terjadi karena tubuh kekurangan zat natrium, kekurangan air atau kekurangan keduanya. Dehidrasi biasanyadisertai dengan gangguan keseimbangan zat elektrolit tubuh. Dehidrasi selain menggangu keseimbangan tubuh juga dapat menyebabkan penuruan tingkat kesadaran hingga meninggal dunia bila terus dibiarkan.Tubuh manusia sebagian besar terbentuk dari cairan, dengan prosentase hampir 75% dari total berat badan. Cairan

ini terdistribusi sedemikian rupa sehingga mengisi hampir di setiap rongga yang ada pada tubuh manusia

b. Penyebab

Dehidrasi terjadi jika cairan yang dikeluarkan oleh tubuh melebihi cairan yang masuk. Namun karena mekanisme yang terdapat pada tubuh manusia sudah sangat unik dan dinamis maka tidak setiap kehilangan cairan akan menyebabkan tubuh dehidrasi.

Beberapa kondisi yang sering menyebabkan dehidrasi antara lain :

a. Diare
b. Muntah.
c. Berkeringat.
d. Diabetes
e. Luka bakar
f. Kesulitan minum.

Dalam kondisi normal, kehilangan cairan dapat terjadi saat kita:

a. Bernafas
b. Kondisi cuaca sekitar
c. Berkeringat
d. Buang air kecil dan buang air besar.

c. Klasifikasi

Dehidrasi dibedakan menjadi 3 :

a. Ringan : Merasa haus, mulut dan bibir kering, berkurangnya frekuensi buang air kecil
b. Sedang : Kekenyalan kulit menurun, berat badan menurun tanpa sebab
c. Berat : Mata menjadi cekung, kulit pucat, ujung jari terasa dingin dan kebiruan, denyut nadi berubah secara ekstrim, kesadaran menurun

6. PEMENUHAN KEBUTUHAN BODI MEKANIK DAN POSISI

a. Mengatur posisi pasien
b. Memindahkan pasien

PANDUAN BELAJAR

1. PENGATURAN POSISI PASIEN DAN MEMINDAHKAN PASIEN

a. POSISI PRONASI

Pengertian : Posisi klien berbaring diatas abdomen dengan kepala menoleh kesamping.

Tujuan :
1. Memberikan ekstensi penuh pada persendian pinggul dan leher
2. Mencegah fleksi kontraktur dari persendian pinggul dan leher
3. Membantu drainase dari mulut sehingga berguna bagi klien pascaoperasi mulut dan tenggorokan.

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati			
A	**Sikap dan Perilaku**			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri pada keluarga atau pasien			
2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
3	Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien			
4	Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
II	**Content**			
5	Mencuci tangan			
6	Mengatur pasien berbaring tengkurap dengan kepala menoleh ke satu sisi dan lengan disamping bahu			
7	Meletakkan bantal dibawah sudut kaki untuk mencegah fleksi telapak kaki			
8	Memasang bantal dibawah perut untuk mencegah hiperekstensi tulang belakang			
9	Mencuci tangan			
10	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
11	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
12	Kontak mata dan berempati dengan pasien			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100			

	24			

b. POSISI SUPINASI

Pengertian : Posisi telentang dengan pasien menyandarkan punggungnya agar dasar tubuh sama dengan kesejajaran berdiri yang baik bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan pasien dan memfasilitasi penyembuhan terutama pada pasien pembedahan atau dalam proses anestesi tertentu.

Indikasi :

1. Pasien dengan tindakan post anestesi atau pembedahan tertentu
2. Pasien dengan kondisi sangat lemah atau koma

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
A	**Sikap dan Perilaku**			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri pada keluarga atau pasien			
2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
3	Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien			
4	Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
II	**Content**			
5	Mencuci tangan			
6	Mengatur pasien berbaring lurus			
7	Tulang punggung dan kedua kaki lurus lengan disisi dengan telapak tangan menghadap ke bawah			
8	Meletakkan bantang dibawah kepala dan bahu untuk mencegah hiperekstensi			
9	Mencuci tangan			
10	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
11	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
12	Mengadakan kontak mata dan empati dengan pasien			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100			

	24			

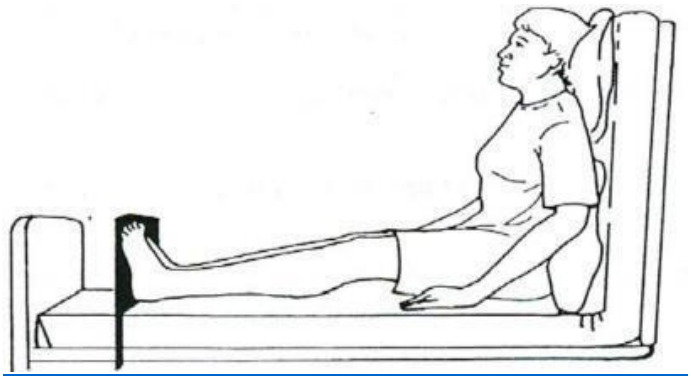
c. POSISI FOWLER DAN SEMI FOWLER

Pengertian : Posisi setengah duduk atau duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernafasan pasien

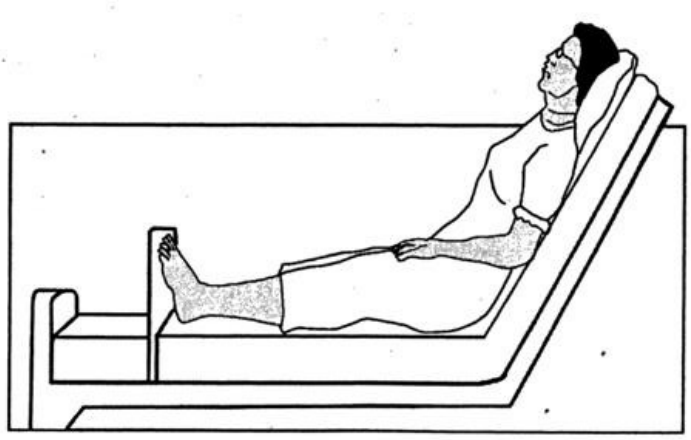
Tujuan posisi fowler:
1. Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi.
2. Meningkatkan rasa nyaman
3. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru
4. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap

Tujuan posisi semi fowler
1. Mobilisasi
2. Memerikan perasaan lega pada klien sesak nafas
3. Memudahkan perawatan misalnya memberikan makan

Indikasi :
1. Pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan
2. Pada pasien yang mengalami imobilisasi



Gambar 1. Posisi Fowler



Gambar 1. Posisi Semi Fowler

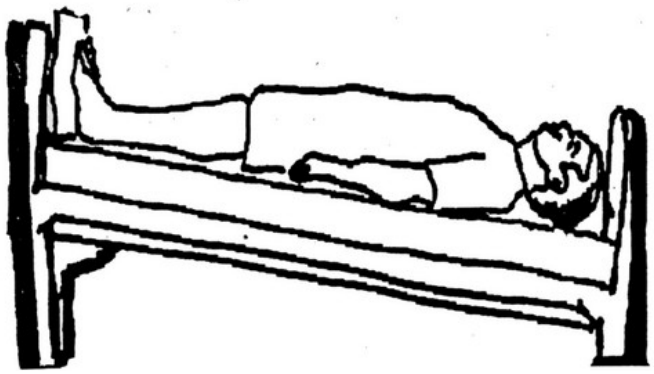
Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : a. Aman b. Nyaman Persiapan alat : a. Tempat tidur b. Bantal penopang c. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil tindakan			
7	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
8	Membantu pasien untuk duduk			
9	Berikan sandaran atau bantal pada tempat tidur pasien atau atur tempat tidur. Untuk posisi fowler (90º) dan untuk semi fowler (30-45º)			

10	Gunakan bantal untuk menyokong lengan dan kepala klien jika tubuh bagian atas klien lumpuh			
11	Meletakan bantal di bawah kepala klien sesuai dengan keinginan klien, menaikan lutut dari tempat tidur yang rendah menghindari adanya tekanan di bawah jarak poplital (di bawah lutut)			
12	Memastikan kenyamanan pasien			
13	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
14	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
15	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
16	Menjaga privasi pasien			
17	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
18	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 36			

d. POSISI TRELENDENBURG

Pengertian : Pasien berbaring ditempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki. Posisi ini dilakukan untuk melancarkan peredaran darah ke otak.



Gambar 1. posisi trendelenburg

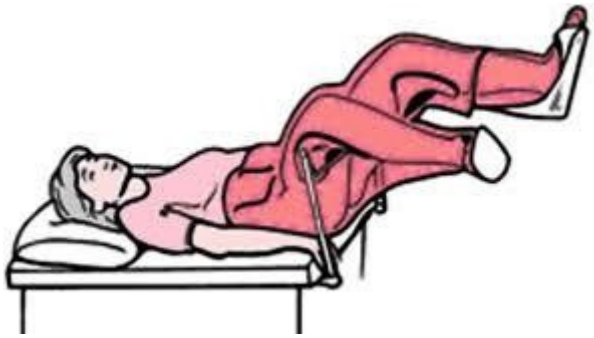
Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
A	**Sikap dan Perilaku**			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri pada keluarga atau pasien			
2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan			

	kontrak waktu			
3	Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien			
4	Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
II	**Content**			
5	Mencuci tangan			
6	Pasien dalam keadaan berbaring terlentang. Meletakkan bantal di bawah lipatan lutut			
7	Mengganjal kaki dengan bantal sehingga posisi kaki lebih tinggi daripada kepala			
8	Memastikan kenyamanan pasien			
9	Mencuci tangan			
10	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
11	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
12	Kontak Mata dan berempati pada pasien			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 24			

e. POSISI LITOTOMI

Pengertian : posisi berbaring terlentang dengan mengangkat kedua kaki dan menariknya ke atas bagian perut. Posisi ini biasanya digunakan saat persalinan atau pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim



Gambar 1. Posisi Litotomi

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
A	**Sikap dan Perilaku**			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri pada keluarga atau pasien			

2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan			

	kontrak waktu			
3	Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien			
4	Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
II	**Content**			
5	Mencuci tangan			
6	Pasien dalam keadaan berbaring terlentang.			
7	Menginstruksikan pasien untuk mengangkat kedua paha dan tarik ke atas			
8	Tungkai bawah membentuk sudut 90 derajat terhadap paha			
9	Letakkan bagian lutut/kaki pada tempat tidur khusus untuk posisi litotomi			
10	Memastikan kenyamanan pasien			
11	Mencuci tangan			
12	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
13	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
14	Kontak mata dan berempati dengan pasien			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 28			

f. MEMBANTU PASIEN TURUN DARI TEMPAT TIDUR

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati			
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			

5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : a. Aman b. Nyaman Persiapan alat : a. Tempat tidur b. Kursi c. Bantal d. Selimut e. Stopwatch f. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil tindakan			
7	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
8	Meletakkan kursi kursi yang telah ditentukan			
9	Meletakkan bantal pada sandaran kursi			
10	Menurunkan selimut dari badan pasien			
11	Membantu pasien duduk di sisi tempat tidur dengan kedua kakinya dijuntaikan supaya diayun-ayunkan			
12	Memperhatikan keadaan pasien, memeriksa denyut nadinya			
13	Membantu pasien turun dari tempat tidur dengan cara kedua tangan petugas memegang pinggang pasien dan kedua tangan pasien memegang bahu petugas			
14	Berjalan bersama-sama ke kursi dengan langkah bidan mundur (jika kaki kanan pasien maju, kaki kiri petugas mundur)			
15	Mendudukkan pasien di kursi			
16	Memeriksa denyut nadi pasien dan bertanya kepada pasien apakah ia merasa pusing atau tidak			
17	Melingkarkan atau mentupkan selimut ke badan pasien			
18	Membereskan tempat tidur			
19	Mencuci tangan dan mngeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
20	Memberitahukan hasil tindakan pada pasien			
21	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
22	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
23	Menjaga privasi pasien			
24	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
25	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{50} \times 100$			

g. MEMINDAHKAN PASIEN DARI KURSI KE TEMPAT TIDUR

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			

2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : c. Aman d. Nyaman Persiapan alat : g. Tempat tidur h. Kursi i. Bantal j. Selimut k. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil tindakan			
7	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
8	Membantu pasien untuk duduk			
9	Memberikan sandaran pada tempat tidur pasien atau atur tempat tidur untuk posisi fowler (90º) dan untuk semi fowler (30-40º)			
10	Memastikan kenyamanan pasien			
11	Mencuci tangan dan mngeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
12	Memberitahukan hasil tindakan pada pasien			
13	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
14	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
15	Menjaga privasi pasien			
16	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
17	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 34			

h. MEMBANTU KLIEN PADA POSISI DUDUK DI TEPI TEMPAT TIDUR

Pengertian : Membantu klien imobilisasi sebagian atau klien lemah yang memerlukan bantuan keperawatan untuk melakukan posisi duduk di tepi tempat tidur

Tujuan : Membantu klien yang mengalami kerusakan mobilisasi fisik, intoleransi aktifitas dan kerusakan integritas kulit

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali

1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna

2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : a. Aman b. Nyaman Persiapan alat : a. Tempat tidur b. Kursi c. Bantal d. Selimut e. Handscoon dan tempatnya f. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil tindakan			
7	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
8	Membaringkan klien pada posisi miring, menghadap penolong pada sisi tempat tidur dimana klien akan duduk			
9	Meninggikan kepala tempat tidur pada setinggi yang dapat ditoleransi klien			
10	Berdiri pada sisi berlawanan dari pinggul klien			
11	Penolong berputar ke arah diagonal sehingga menghadap klien dan sudut tempat tidur terjauh			
12	Merentangkan kaki dengan kaki lebih dekat ke kepala tempat tidur di depan kaki yang lain			
13	Meletakkan lengan yang lebih dekat ke kepala tempat tidur di bawah bahu klien, sangga kepala dan leher			
14	Meletakkan tangan yang lain di atas paha klien			
15	Memindahkan tungkai bawah klien dan kaki di atas tempat tidur, putar ke arah tungkai belakang penolong, memungkinkan tungkai atas klien terjuntai ke bawah			
16	Pada saat yang bersamaan, memindahkan berat badan penolong ke tungkai belakang dan meninggikan klien, tetap berada di depan klien samapi klien mencapai keseimbangan kembali			

17	Menurunkan ketinggian tempat tidur samapi kaki klien menyentuh lantai			
18	Mencuci tangan dan mngeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
19	Memberitahukan hasil tindakan pada pasien			
20	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
21	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
22	Menjaga privasi pasien			
23	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
24	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 48			

i. MEMBANTU PASIEN BERJALAN

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
3.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
4.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
5.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
6.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
7	Persiapan tempat : c. Aman d. Nyaman Persiapan alat : a. Tempat tidur b. Kursi c. Bantal d. Selimut e. Stopwatch f. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil tindakan			
8	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
9	Meletakkan kursi kursi yang telah ditentukan			
10	Meletakkan bantal pada sandaran kursi			
11	Menurunkan selimut dari badan pasien			
12	Membantu pasien duduk di sisi tempat tidur dengan kedua kakinya dijuntaikan supaya diayun-ayunkan			
13	Memperhatikan keadaan pasien, memeriksa denyut nadinya			
14	Membantu pasien turun dari tempat tidur dengan cara kedua tangan petugas memegang pinggang pasien dan kedua tangan pasien memegang bahu petugas			
15	Berjalan bersama-sama ke kursi dengan langkahbidan mundur (jika kaki kanan pasien maju, kaki kiri petugas mundur)			
16	Mendudukkan pasien di kursi			
17	Memeriksa denyut nadi pasien dan bertanya kepada pasien apakah ia merasa pusing atau tidak			

18	Melingkarkan atau mentupkan selimut ke badan pasien			
19	Membereskan tempat tidur			
20	Mencuci tangan dan mngeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
21	Memberitahukan hasil tindakan pada pasien			
22	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
23	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
24	Menjaga privasi pasien			
25	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
26	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 52			

j. MEMBANTU PADA POSISI DUDUK

Pengertian : Membantu klien imobilisasi sebagian atau klien lemah yang memerlukan bantuan bidan untuk duduk di tempat tidur

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : a. Aman b. Nyaman Persiapan alat : a. Tempat tidur b. Kursi c. Bantal d. Selimut e. Handscoon dan tempatnya f. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil tindakan			
7	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
8	Membaringkan klien dalam posisi terlentang			
9	Memindahkan semua bantal			

10	Menghadap ke kepala tempat tidur			
11	Merentangkan kaki dengan kaki mendekat ke tempat tidur di belakang kaki yang lain			
12	Meletakkan tangan yang lebih jauh dari klien di bawah bahu klien, menyangga kepala dan vertebra cervikal klien			
13	Meletakkan tangan yang lain pada permukaan tempat tidur			
14	Membangunkan klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan penolong dari tungkai depan ke tungkai belakang			
15	Mendorong melawan tempat tidur dengan tangan di permukaan tempat tidur			
16	Membereskan tempat tidur			
17	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
18	Memberitahukan hasil tindakan pada pasien			
19	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
20	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
21	Menjaga privasi pasien			
22	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
23	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 46 Nilai kelulusan : ≥ 75 : Lulus < 75 : Tidak Lulus			
	NB: Nama dan tandatangan observer dan penguji			

k. MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI

Pengertian : memindahkan klien dari atas tempat tidur ke kursi roda untuk menjalani prosedur atau tindakan tertentu.

Tujuan :

a. Menjalani prosedur perawatan tertentu
b. Dipindahkan ke tempat atau ruang tertentu

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : a. Aman b. Nyaman Persiapan alat :			

	g. Tempat tidur h. Kursi i. Bantal j. Selimut k. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil tindakan			
7	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
8	Memakai handscoon			
9	Meletakkan kursi yang telah ditentukan			
10	Meletakkan bantal pada sandaran kursi			
11	Menurunkan selimut dari badan pasien			
12	Membantu pasien duduk di sisi tempat tidur dengan kedua kakinya dijuntaikan supaya diayun-ayunkan			
13	Memperhatikan keadaan pasien, memeriksa denyut nadinya			
14	Membantu pasien turun dari tempat tidur dengan cara kedua tangan petugas memegang pinggang pasien dan kedua tangan pasien memegang bahu petugas			
15	Berjalan bersama-sama ke kursi dengan langkahbidan mundur (jika kaki kanan pasien maju, kaki kiri petugas mundur)			
16	Mendudukkan pasien di kursi			
17	Memeriksa denyut nadi pasien dan bertanya kepada pasien apakah ia merasa pusing atau tidak			
18	Melingkarkan atau mentupkan selimut ke badan pasien			
19	Membereskan tempat tidur			
20	Melepaskan handscoon			
21	Mencuci tangan dan mngeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
22	Memberitahukan hasil tindakan pada pasien			
23	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
24	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
25	Menjaga privasi pasien			
26	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
27	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 54			

l. MEMBANTU KLIEN BANGUN DARI TEMPAT TIDUR

Pengertian : Membantu klien semi tak berdaya, tak berdaya, atau imobilisasi yang posisinya harus diubah atau yang harus dibangunkan dari tempat tidur

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : c. Aman d. Nyaman			

	Persiapan alat : l. Tempat tidur m. Kursi n. Bantal o. Selimut p. Handscoon dan tempatnya q. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil tindakan			
7	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
8	Mengatur tempat tidur pada posisi datar dengan roda tempat tidur terkunci			
9	Menghadap ke bagian kepala tempat tidur			
10	Merentangkan kedua kaki dengan kaki lebih dekat tempat tidur di belakang kaki yang lain			
11	Bila mungkin, meminta klien untuk memfleksikan lututnya, mendekatkan kakinya sedekat mungkin ke bokong			
12	Meminta klien untuk memfleksikan lehernya, menundukkan dagu ke arah dada			
13	Meminta klien untuk membantu dalam bergerak dengan mendorong tempat tidur			
14	Bila klien mempunyai kekuatan atau mobilitas ekstremitas atas yang terbatas, letakkan tangannya menyilang di atas dada			
15	Memfleksikan lutut dan pinggul penolong, membuat lengan bawah lebih dekat ke ketinggian tempat tidur			
16	Meletakkan tangan penolong yang lebih dekat ke kepala tempat tidur di bawah bahu klien dan tangan yang lain di bawah paha klien			
17	Meminta klien untuk mendorong dengan tumit dan meninggikan batang tubuhnya saat menghembuskan nafas, kemudian menggerakkan ke arah kepala tempat tidur pada hitungan ke-3			
18	Mengkaji ulang kelurusan tubuh klien. Bila buruk, atur posisi klien menjadi posisi yang tepat			
19	Mencuci tangan dan mngeringkan dengan menggunakan handuk pribadi			
20	Memberitahukan hasil tindakan pada pasien			
21	Mendokumentasikan			
III	**Teknis**			
22	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
23	Menjaga privasi pasien			
24	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
25	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{50} \times 100$			

2. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan

a. MEMONITOR INTAKE DAN OUTPUT

Pengertian
Menghitung pemasukan (makan, minum, infus, transfusi, obat) dan pengeluaran (urin, feses, keringat, muntahan) dari pasien

Tujuan
Mengetahui keseimbangan pemasukan dan pengeluaran dari pasien

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	a. Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah* . dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
	b. Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
	c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
	d. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
	e. Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
	f. Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
	Nilai 0 jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara tepat Nilai 1 jika melakukan 1-3 Nilai 2 jika melakukan 4-6			
II	**Content**			
2	Persiapan alat: a. Gelas ukur b. Pengukuran urine Pulpen dan lembar catatan intake & output			
3	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
5	Memastikan program dokter atau perawat (tentang intake-			

	output)*			
6	Mencuci tangan			
7	Memakai sarung tangan			
8	Meletakkan catatan intake-output dan alat tulis disamping tempat tidur, pada tempat yang cocok, bersih dan kering			
9	Menyediakan gelas minuman dan pengukur urine			
10	Menganjurkan/ memberitahukan pengukuran intake-output kepada klien keluarga tentang :* a. Membaca dan menggunkaan alat ukur b. Menulis ukuran angka-angka gelas ukur dan pencocokan/penerapan kalibras tempat atau wadah output c. Letak, guna dan pencocokan/ kalibrasi tempat atau wadah output d. Intake meliputi seluruh minuman dan cairan, makanan yang berupa cairan e. Memisahkan catatan berbagai jalan keluar output f. Perlu ketelitian dalam pengukuran g. Pentingnya segera membaca intake output h. Tujuan intake : meningkatkan atau membatasi atau terutama untuk memonitoring			
11	Jika tujuan menambah cairan (pasien dehidrasi) : meletakkan yang sesuai dengan dietnya didekat klien			
12	Jika cairan dibatasi (Misal: pasien dnegan peyakit ginjal): tidak meletakkan tempat air di tempat klien, mengajak klien merencanakan minumanya (alokasi waktu maupun jumlah) yang sesuai dengan aturan media maupun perawat			
13	Menilai semua intake dan output dengan tempat pada catatan disamping tempat tidur menggunakan pengukuran matrik, menyebutkan cairan yang diminum, menjelaskan warna urine muntah, cairan yang keluar dari tubuh lainnya*			
14	Menghitung masing-masing input atau output kesaluran secara terpisah pada sekitar 8 jam atau akhir pergantian dinas, atau lebih cepat (pada pasien kritis) dan mencatat pada catatan kesehatan klien*			
15	Menghitung intake dan output total dan menuliskan pada catatan kesehatan klien meliputi : a. Masing-masing route intake dan output b. Saluran gabungan route intake c. Saluran gabungan route output			
16	Mengevaluasi keseimbangan intake Mengkaji status keseimbangan secara kwantitatif dan kualitatif dan melaporkan kepada dokter bila perlu*			
17	Melepaskan sarung tangan dan membuangnya dalam tempat sampah infeksius			
18	Mencuci tangan			

19	Membaca *hamdalah*			
20	Melakukan pendokumentasian			
III	**Teknis**			
21	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
22	**Mengadakan kontak mata dan empati**			
23	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 46			

b. PEMASANGAN INFUS

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali

1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna

2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati			
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Menyambut klien dengan ramah, mengucapkan salam dan memperkenalkan diri dan berjabat tangan			
2.	Membaca catatan medis dan memastikan identitas klien (nama,tanggal lahir, atau no rekam medis)			
3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada klien, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
4.	Komunikasi dan kontak mata dengan klien selama tindakan			
5.	Bersikap sopan, sabar dan teliti			
6.	Mengawali tindakan dengan Basmallah dan mengakhiri dengan Hamdallah			
7.	Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian dikeringkan dengan handuk pribadi sebelum dan sesudah tindakan			
II	**Content**			
10.	Persiapan alat: a. Sarung tangan bersih 1 pasang b. Kas Alkohol c. Tourniquet d. Kassa steril e. Plester f. Abocath no.18 g. Transfusi set h. Blood pack(kolf) i. Bak instrumen j. Gunting plester k. Bengkok l. Cairan NaCl m. Spuit 3 cc n. 1 ampul deksametason			
11	Memeriksa pasien yang akan dilakukan transfusi darah: a. Nomer kamar/ pintu b. Nomer tmpat tidur c. Nama d. Alamat e. Status Pasien f. Mengkroscek data di blood pack dengan status pasien			
12	Posisikan pasien secara supinasi			
13	Memasang infus set dengan botol NaCl. Mengisi selang infus set dengan			

	cara menekan bilik kemudian keluarkan udara yang terdapat diselang			
14	Pasang roller klem selang infus 2-4 cm di bawah ruang udara. Roller klem dalam posisi ”off”.			
15	Identifikasi vena yang dapat diakses untuk tempat pemasangan abocath: a. Hindari daerah penonjolan tulang b. Gunakan vena dibagian paling distal terlebih dahulu c. Hindarkan pemasangan selang intravena dipergelangan tangan klien, di tangan yang dominan, dipercabangan vena.			
16	Pasang tourniquet 10-12 cm di atas lokasi penusukan			
17	Minta Pasien mengepalkan tangannya dengan posisi ibu jari di dalam genggaman.			
18	Memakai sarung tangan bersih			
19	Menusukkan jarum abocath secara perlahan ke lokasi penusukan dengan sudut 20-30 derajat			
20	Jika darah sudah terlihat di abocath, lepaskan torniquet dan sambungkan selang infus dengan abocath.			
21	Fiksasi abocath dan selang infus dengan plester			
22	Atur tetesan cairan NaCL.			
23	Atur tetesan 28-40 tetesan/menit			
24	Lepas dan buang sarung tangan ditempat sampah			
25	Rapikan alat dan pasien			
III	**Teknis**			
26	Melaksanakan tindakan secara urut dan sistematis			
27	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu-ragu			
28	Menjaga privacy klien			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 56			

c. MENGGANTI CAIRAN INFUS

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali

1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna

2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup			
II	**Content**			
6	Persiapan alat : a. Cairan infus baru b. Catatan, spidol			
7	Mencuci tangan			
8	Membuka plastik pelapis cairan infus			
9	Membuka segel cairan infus atau tutup botol cairan infus			
10	Melakukan pengekleman aliran infus agar tidak mengalir			
11	Mencabut ujung selang infus dari cairan infus yang lama			
12	Dengan gerakan cepat, menyambungkan ujung selang infus dengan cairan infus yang baru tanpa menyentuh area steril			
13	Menggantungkan kembali cairan infus di tempat gantungan infus (posisi harus lebih tinggi dari badan pasien)			
14	Melakukan pengecekan adanya udara disepanjang selang infus. - Jika terdapat udara di selang infus klem dan tegangkan selang infus lalu jentikkan dengan menggunakan jari - Membuka klem apabila sudah tidak ada udara diselang infus - Jika jumlah udara dalam selang banyak, masukkan spuit dan jarum melalui lubang tempat penusukkan jarum lalu aspirasi udara tersebut - Yakinkan ruang udara terisi 1/3 sampai dengan ½ bagian dengan isi cairan infus. Jika ruang udara tersebut terisi terlalu banyak cairan, buat posisi cairan infus dibawah saringan udara lalu pijat saringan tersebut. - Mengatur kembali tetesan infus - Merapihkan alat			
15	Mencuci tangan dan mengeringkannya dengan handuk pribadi			
16	Melakukan dokumentasi			
III	**Teknis**			
17	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
18	Menjaga privacy pasien			
19	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			

20	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 40			

d. MENGHITUNG TETESAN CAIRAN INFUS

Jenis Cairan Infus Cairan infus dibagi kedalam dua (2) jenis utama, yakni cairan resusitasi untuk menggantikan kehilangan cairan akutdan cairan rumatan(maintenance) untuk memelihara keseimbangan cairan tubuh dan nutrisi. Contoh cairan resusitasi adalah Kristaloid (Asering, Ringer Laktat, Normal Saline) dan Koloid (Albumin, Dextran, Gelatin, HES, Gelofusin). Sementara cairan rumatan dapat berupa Elektrolit (KAEN) dan Nutrisi (Aminofusin).

Untuk mengetahui jumlah tetesan per menit (TPM) cairan infus yang akan diberikan pada pasien, terlebih dahulu kita mengetahui jumlah cairan yang akan diberikan, lama pemberian, dan faktor tetes tiap infus (berbeda tiap merk, contoh merk otsuka sebanyak 15 tetes/menit, sementara merk terumo sebanyak 20 tetes/menit).

$$\text{Jumlah TPM} = \frac{\text{Kebutuhan Cairan x Faktor Tetes}}{\text{Lama Pemberian x 60 menit}}$$

Contoh : Pasien A bermaksud diberikan cairan NaCl 0,9% sebanyak 250 cc dalam 2 jam. Diketahui faktor tetes infusan adalah 15 tetes / menit. Jumlah tetesan per menit (TPM) adalah. TPM = 250 x 15 / (2 x 60) = 31.25 tetes = 32 tetes permenit

e. TRANSFUSI DARAH

Pengertian : Transfusi Darah adalah proses pemindahan darah dari seseorang yang sehat (donor) ke orang sakit (respien). Darah yang dipindahkan dapat berupa darah lengkap dan komponen darah.

Tujuan : Melaksanakan tindakan pengobatan dan memenuhi kebutuhan pasien akan darah sesuai dengan program pengobatan

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif.			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan alat: a. Sarung tangan bersih 1 pasang b. Kapas Alkohol c. Tourniquet d. Pengalas e. Kassa steril f. Plester g. Vena Catheter no.18 h. Three Way i. Transfusi set j. Blood pack(kolf) k. Bak instrumen l. Gunting plester m. Bengkok n. Cairan NaCl o. Spuit 3 cc p. 1 ampul deksametason q. Animex			
7	Memeriksa pasien yang akan dilakukan transfusi darah: 1. Nomer kamar/ pintu 2. Nomer tmpat tidur 3. Nama			

	4. Alamat 5. Status Pasien 6. Mengkroscek data di blood pack dengan status pasien			
8	Posisikan pasien secara supinasi			
9	Mencuci tangan			
10	Memasang trasfusi set dengan botol NaCl dan keluarkan udara yang terdapat diselang			
11	Pasang roller klem selang infus 2-4 cm di bawah ruang udara. Roller klem dalam posisi ”off”.			
12	Identifikasi vena yang dapat diakses untuk tempat pemasangan abocath: a. Hindari daerah penonjolan tulang b. Gunakan vena dibagian paling distal terlebih dahulu c. Hindarkan pemasangan selang intravena dipergelangan tangan klien, di tangan yang dominan, dipercabangan vena.			
13	Mematahkan ampul dexamethasone dan memasukan kedalam spuit			
14	Pasang tourniquet 10-12 cm di atas lokasi penusukan			
15	Minta Pasien mengepalkan tangannya dengan posisi ibu jari di dalam genggaman.			
16	Memakai sarung tangan bersih			
17	Menusukkan jarum vena chatether secara perlahan ke lokasi penusukan dengan sudut 20-30 derajat			
18	Jika darah sudah terlihat di abocath, sambungkan selang transfusi dengan abocath.			
19	Fiksasi abocath dan selang transfusi dengan plester			
20	Atur tetesan cairan NaCL.			
21	Suntikkan dexametason 1 ampul secara IV melalui three way			
22	Setelah 15-30 menit,ganti cairan NaCl dengan darah yang disiapkan.			
23	Pasang selang transfusi pada animex untuk menyesuaikan suhu darah dengan suhu badan			
24	Atur tetesan darah 28-40 tetesan/menit			
25	Lepas dan buang sarung tangan di tempat sampah infeksius			
26	Rapikan alat dan pasien			
27	Mencuci tangan			
III	**Teknis**			
27	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
28	Menjaga privasi pasien			
29	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
30	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Jumlah			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{60} \times 100$			

f. INFUSE PUMP

Infus pump digunakan untuk menghitung tetesan infus secara detail. Tetesan infus yang digunakan 20 tetes (numbers of drop/drop factor), sedangkan untuk transfusi adalah 15 tetes (numbers of drop/drop factor),. Perhitungan tetesan infusng dengan menggunakan infuse pump adalah sebagai berikut, Banyak cairan yang harus diberikan di kali numbers of drop/drop factor dibagi lama cairan harus diberikan.
Contoh :
Seorang pasien harus mendapatkan cairan 500 ml cairan ringger lactat selama 4 jam, dengan menggunakan drop factor of 20.
$\frac{500x20}{240}$ =41,67 = 42 drops per menit



A. Kriteria Penilaian:
0 :Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 :Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 :Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Persiapan**			
1	Persiapan alat: a. Obat yang harus diberikan b. Infus pump			
2	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
II	**Contens**			
3	Memastikan program dokter atau perawat *			
4	Menghitung dosis yang harus diberikam			
5	Mencuci tangan			
6	Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah* . dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
7	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
8	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
9	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
10	Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
11	Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
12	Memakai sarung tangan			
13	Mengecek perhitungan cairan yang akan diberikan			
14	Menggunakan infus pump yang steril, dan ukuran yang tepat			
15	Mempersiapan obat dalam infus pump secara steril			
16	Menyambungkan infus pump dengan kanul			
17	Mulai pemberian cairan dengan infus pump, dan pastikan alat bekerja dengan baik			
18	Lakukan observasi secara berkala			
19	Mengevaluasi cairan yang diberikan melalui infus pump			
20	Melepaskan sarung tangan dan membuangnya dalam tempat sampah infeksius			
21	Mencuci tangan			
22	Membaca *hamdalah*			
23	Melakukan pendokumentasian			
III	**Teknis**			
24	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
25	**Mengadakan kontak mata dan empati**			
26	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 52			

g. SYRINGE PUMP

Syringe PUMp digunakan untuk mengatur interval pemberian dosis. Pemakaian syringe pump bisa dilihat di buku petunjuk penggunaan, karena dalam pemakaian syringe pump antar satu merk dengan merk yang lain sedikit berbeda, akan tetapi secara umum aturannya adalah sebagai berikut:
Jumlah dosis yang diberikan melalui syringe pump dapat dihitung sebagai berikut = jumlah cairan yang harus dihabiskan dibagi waktu pemberian cairan.
Contoh :
36 mm cairan harus habis dalam waktu 12 jam, dosis yang harus diatur di syringe pump adalah 3mm/jam

Syringe pump biasa digunakan untuk memberikan obat analgetik pada pasien postoperasi.



B. Kriteria Penilaian:

1. Perasat tidak dilakukan sama sekali 0
2. Perasat dilakukan tapi kurang sempurna 1
3. Perasat dilakukan dengan sempurna 2

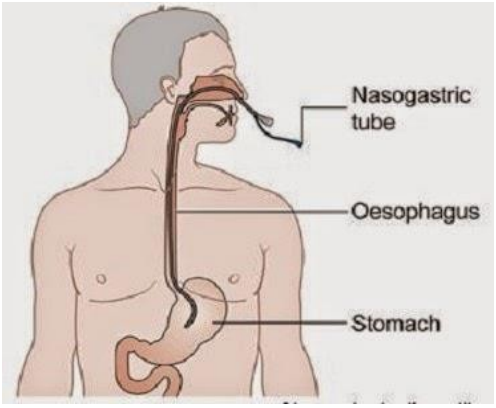
No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Persiapan**			
1	Persiapan alat: c. Obat yang harus diberika d. Syringe pump			
2	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
II	**Contens**			
3	Memastikan program dokter atau perawat *			
4	Menghitung dosis yang harus diberikam			
5	Mencuci tangan			
6	Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah* dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
7	Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
8	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
9	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
10	Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
11	Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
12	Memakai sarung tangan			
13	Mengecek perhitungan dosis yang akan diberikan			
14	Menggunakan syringe pump yang steril, dan ukuran yang tepat			
15	Mempersiapan obat dalam syringe pump secara steril			
16	Menyambungkan syringe pump dengan kanul			
17	Mulai pemberian obat dnegan syringe pump, dan pastikan alat bekerja dengan baik			
18	Lakukan observasi secara berkala			
19	Mengevaluasi obat yang diberikan melalui syringe pump			
20	Melepaskan sarung tangan dan membuangnya dalam tempat sampah infeksius			
21	Mencuci tangan			
22	Membaca *hamdalah*			
23	Melakukan pendokumentasian			
III	**Teknis**			
24	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
25	**Mengadakan kontak mata dan empati**			
26	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 52			

h. NASOGASTRIC TUBE (NGT)

Pengertian

Nasogastric tube berasal dari 3 suku kata (Naso= Nasus= Hidung, Gastric= Gaster= Lambung, Tube= Selang)

NGT adalah selang yang dimasukkan melalui nasopharing menuju ke gaster/ lambung



Tujuan :

1. Dekompresi isi lambung
   a. Mengeluarkan cairan lambung pada pasien ileus obstruktif /ileus paralitik peritonitis dan pankreatitis akut
   b. Perdarahan saluran cerna bagian atas untuk bilas lambung mengeluarkan cairan lambung)
2. Memasukkan Cairan/Makanan
   a. (Feeding, Lavage Lambung) Pasien tidak dapat menelan oleh karena berbagai sebab
   b. Lavage lambung pada kasus keracunan
3. Diagnostik
   Pengambilan specimen dalam gaster untuk studi laboratorium ketika terjadi obstruksi pilorik atau intestinal.

Pemasangan NGT dilakukan pada:

1. Pasien tidak sadar (Koma)
2. Pasien dengan masalah saluran pencernaan atau (stenosis, esofagus, tumor mulut/ faring/ esofagus,dll)
3. Pasien yang tidak mampu menelan
4. Pasien pascaoperasi pada mulut/ faring/ esofagus
5. Pasien dengan hematosis

Kontraindikasi

1. Klien dengan obstruksi pada rongga hidung, nasopharynx
2. Klien dengan radang tenggorokan

Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi akibat pemasangan NGT:

Iritasi hidung, sinusitis, epistaksis, rhinorrhea, fistula, Esophagotracheal,

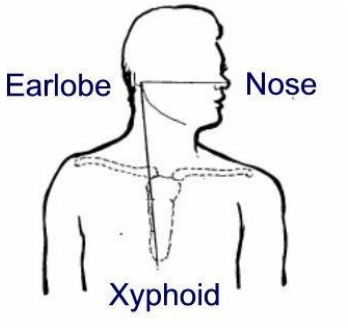
Akibat pemasangan NGT jangka lama:

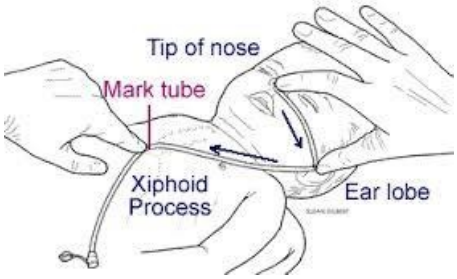
Pneumonia, Aspirasi, Hypoxia, cyanosis, atau respiratory arrest akibat tracheal intubatio

Ukuran selang NGT

1. Dewasa No: 14- 20 French (Fr)
2. Anak- anak No: 8- 16 French (Fr)
3. Bayi No: 5- 7 French (Fr)

MENENTUKAN PANJANG SELANG NGT (METODE TRADISIONAL)





Cara Fiksasi :



PENUNTUN BELAJAR PEMASANGAN NGT

Petunjuk pengisian

Beri tanda cek (√) pada kolom yang sesuai dengan situasi pengamatan, yaitu :
Nilai 0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
Nilai 1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
Nilai 2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek yang dinilai	0	1	2
A	Sikap dan Perilaku			
1	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
B	Contens			
6	Persiapan alat: Alat : c. Celemek d. Selang NGT e. Jelly f. Pinset Anatomis g. Handuk, Tissue, h. Klem Lurus i. Bengkok j. Segelas air putih k. Plester (3 potong→ 2 pendek, 1 panjang) l. Gunting Plester m. Spuit 10cc/ 20cc/ 50cc n. Spatel lidah o. Senter p. Handscoon dan korentang q. Kertas lakmus Stetoskop			
7	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
8	Memakai Celemek			
9	Mencuci tangan			
10	Membantu pasien dengan posisi high fowler/ Fowler			
11	Pasang handuk pada dada pasien, letakkan tisu dalam jangkauan petugas			
12	a. Jika Pasien Sadar : Meminta pasien untuk rileks dan bernafas normal dengan menutup satu hidung kemudian mengulanginya dengan menutup hidung yang lain untuk menentukan insersi NGT.			

	Posisi Dagu Pasien sedikit diekstensikan* b. Jika Pasien tidak sadar: Periksa bagian lubang hidung yang akan dipasang NGT, amati apakah ada hamabatan dalam bernafas. Posisi Dagu Pasien sedikit diekstensikan.			
13	Dekatkan bengkok, Memakai handscoon Bersihkan Hidung dengan mengunakan tissue			
14	Lepaskan Handscoon dan buang pada tmpat sampah infeksius			
15	Gunakan Handcsoon kembali			
16	Mengukur panjang selang dengan menggunakan metode: a. Metode tradisional Ukur jarak pucak lubang lubang hidung ke daun telinga bawah dan ke posisi ximfoideus di sternum b. Metode Hanson Mula-mula tandai 50 cm pada slang kemudian lakukan pengukuran dengan metode tradisional. Slang dimasukkan pertengahan antara 50 cm dan tanda pengukuran tradisional.*			
17	Beri tanda pada panjang slang yang sudah diukur dengan menggunakan klem lurus atau plester, gunakan pinset untuk mengambil plester*			
18	Oleskan jelly pada NGT sepanjang 10-20 cm dari ujung selang			
19	Ingatkan klien bahwa slang akan segera dimasukkan dan instruksikan klien untuk mengatur posisi pasien ekstensi, mulai memasukkan selang kelubang hidung yang sudah ditentukan dengan hati-hati dan perlahan			
20	Lanjutkan memasukkan selang sampai kerongga hidung. Jika terasa agak tertahan, putarlah slang dan jangan dipaksa untuk dimasukkan			
21	Lanjutkan memasang selang sampai melewati nasofaring. Setelah melewati nasofaring (3-4 cm) anjurkan klien untuk menekuk leher dan menelan			
22	Meminta klien untuk menelan dengan memberikan air minum (tekankan pada pasien pentingnya bernafas melalui mulut)			
23	Jangan memaksa selang untuk masuk. Jika ada hambatan atau klien tersedak, sianosis, hentikan mendorong slang. Periksa posisi slang di belakang tenggorokan dengan menggunakan sudip lidah dan senter*			
24	Anjurkan klien untuk rileks dan bernafas normal apabila telah selesai memasang NGT			
25	Periksa letak selan (pilih salah satu): a. Memasang spuit pada ujung NGT, memasang stetoskop pada perut dikuadran kiri atas klien (lambung) kemudian suntikkan 10-20 cc udara dengan cepat b. Memasang spuit pada ujung NGT , mengaspirasi pelan-pelan untuk mendapatkan isi lambung Memasukkan ujung bagian luar slang NGT ke dalam mangkuk yang berisi air. Jika terdapat gelumbung udara slang masuk ke dalam lambung*			
26	Fiksasi selang dengan plester			

27	Evaluasi klen setelah pemasangan NGT Tidak ada distensi lambung letak selang (Auskultasi bagian lambung dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bising usus, Perkusi bagian lambung)			
28	Pisahkan sampah infeksius dan non ifeksius, bereskan alat, rendam alam larutan klorin 0,5%			
29	Lepaskan sarung tangan dan membuangnya dalam tempat sampah infeksius			
30	Mencuci tangan			
31	Membaca *hamdalah*			
32	Lakukan pendokumentasian			
C	**Teknik**			
33	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
34	**Mengadakan kontak mata dan empati**			
35	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 70			

i. OGT (ORAL GASTRIC TUBE)

A. Pengertian

Melakukan pemasanga selang dari rongga mulut sampai kelambung pada bayi atau anak

B. Indikasi

1. Pasien dengan masalah salauran pencernaan atas (stenosis esoagus, tumor mulit atau faring atau juga esofagus dll)
2. Pasien yang tidak mampu menelan
3. Pasien pasca operasi pada hidung faring atau esophagus

C. Tujuan

1. Memasukan makanan cair atau obat-obatan cair atau padat yang dicairkan
2. Mengeluarkan cairan atau isi lambung dan gas yang ada dalam lambung
3. Mengirigasi lambung karena perdarahan atau keracunan dalam lambung
4. Mencegah atau mengurangi mual dan muntah setelah pembedahan atau terauma
5. Mengambil spesemen dalam lambung untuk pemeriksaan laboratorium

PENUNTUN BELAJAR PEMASANGAN OGT

Petunjuk pengisian

Beri tanda cek (√) pada kolom yang sesuai dengan situasi pengamatan, yaitu :
Nilai 0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
Nilai 1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
Nilai 2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek yang dinilai	0	1	2
A	Sikap dan Perilaku			
1	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
B	Contens			
6	Persiapan alat: Alat : a. Celemek b. Selang OGT No 5 atau 8 (untuk anak yang lebih kecil) c. Jelly d. Pinset Anatomis e. Handuk, Tissue, f. Klem Lurus g. Bengkok h. Segelas air putih i. Plester (3 potong→ 2 pendek, 1 panjang) j. Gunting Plester k. Spuit 10cc/ 20cc/ 50cc l. Spatel lidah m. Senter n. Handscoon dan korentang o. Kertas lakmus Stetoskop			
7	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
	Memakai Celemek			
8	Mencuci tangan			
9	Membantu pasien dengan posisi supinasi			
10	Pasang handuk pada dada pasien, letakkan tisu dalam jangkauan petugas			
11	Pasang perlak, pengalas dan bengkok disamping telinga pasien			
12	Untuk menentukan insersi OGT minta pasien rileks dan bernafas normal			

13	Bersihkan area sekitar mulut mengguanakan tissue			
14	Pasang stetoskop pada telinga			
15	Gunakan sarung tangan steril			
16	Ukur panjang selang yang akan dimasukan dengan mengguanakan : a. Metode Tradisional Ukur jarak dari tepi mulut kedaun telinga bawah dan proksesus xiphoideus pada sternum b. Metode Hanson Mula-mula tandai 50 cm pada selang kemudian lakukan pengukuran dengan metode tradisional. Selang yang akan dimasukan adalah pada pertengahan antara 50 cm dan tanda tradisional			
17	Beri tanda pada panjang slang yang sudah diukur dengan menggunakan klem lurus atau plester, gunakan pinset untuk mengambil plester*			
18	Oleskan jelly pada NGT sepanjang 10-20 cm dari ujung selang			
19	Masukan selang di mulut, lanjutkan memasukan selang sepanjang mulut. Jika terasa agak tertahan putarlah selang dan jangan dipaksakan untuk masuk			
20	Lanjutkan memasang selang sampai memasukan nasofaring. Setelah melewati nasofaring (3-4 cm) kalau perlu anjurkan pasien untuk menekuk dan menelan. Jika perlu berikan sedikit air minum			
21	Jangan memaksakan selang untuk masuk. Jika ada hambatan atau pasien tersedak, sianosis, hentikan mendorong selang. Periksa posisi selang dibelakang tenggorokan dengan menggunakan tongue spatel dan senter			
22	Jika telah selesai memasang OGT, sampai ujung yang telah ditentukan, anjurkan pasien untuk bernafas normal dan rileks			
23	Periksa letak selang dengan : a. memasang spuit pada ujung OGT, memasang bagian diafragma stotoskop pada perut dikuadran kiri atas pasien (lambung) kemudian suntikan 5-10 cc udara bersama dengan auskultasi abdomen b. aspirasi pelan-pelan untuk mendapatkan isi lambung			
24	Viksasi selang OGT dengan plester dan hindari penekanan pada hidung dengan cara : a. Potong 5 cm pelester, belah menjadi 2 sepanjang 2,5 cm pada salah satu ujungnya. Memasang ujung yang tidak dibelah pada batang hidung pasien dan silangkan plester pada selang yang keluar dari hidung b. Tempelkan ujung selang OGT pada baju pasien dengan memasang plester pada ujung dan penitikan pada baju pasien			
25	Evaluasi setelah terpasang OGT			
26	Pisahkan sampah infeksius dan non ifeksius, bereskan alat			
27	Lepaskan sarung tangan dan membuangnya dalam tempat			

	sampah infeksius			
28	Mencuci tangan			
29	Membaca *hamdalah*			
30	Lakukan pendokumentasian			
	Teknik			
31	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
32	**Mengadakan kontak mata dan empati**			
33	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 66			

j. PEMBERIAN NUTRISI MELALUI NGT/OGT

A. Pengertian

Merupakan tindakan yang dilakuan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara oral dengan cara memberikan makanan melalui pipa lambung atau pipa penduga.

B. Tujuan

1. Memperbaiki/ mempertahankan status nutrisi klien
2. Memberi obat

C. Indikasi

1. Klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi per *oral* (Klien kanker, sepsis, trauma atau klien koma)
2. Adanya gangguan fungsi menelan
3. Klien yang tidak ingin makan

D. Prinsip

1. Makanan yang dapat diberikan adalah makanan cair, makanan yang di blender halus dan formula makanan *enteral*
2. Residu lambung harus diperiksa di beri makanan residu > 50 ml,tunda pemberian sampai 1 jam. Jika setelah 1 jam jumlah residu masih tetap, lapor ke dokter yang merawatnya untuk program selanjutnya.
3. Hindari mendorong makanan untuk mencegah iritasi lambung, kecepatan yang direkomendasikan adalah pemberian dengan ketinggian ± 45 cm dariabdomen.
4. Perhatikan interaksi obat dengan makanan, terutama yangmengandung susu, jika ada pemberian obat per o*ra.*

PENUNTUN BELAJAR PEMBERIAN MAKANAN MELALUI NGT/OGT

Petunjuk pengisian

Beri tanda cek (√) pada kolom yang sesuai dengan situasi pengamatan, yaitu :
Nilai 0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
Nilai 1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
Nilai 2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6	Persiapan alat: a. Makanan dalam bentuk cair yang diresepkan b. Spuit 50 cc c. Air matang d. Sarung tangan e. Obat-obatan (bila ada) f. Kain pengalas g. Handuk kecil h. Tissue i. Bengkok			
7.	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
8.	Persiapan Pasien* a. Menjelaskan prosedur tindakan kepada klien b. Mengatur posisi klien setengah duduk/semifowler ± 30^0			
9.	Mencuci tangan			
10	Memakai sarung tangan			
11.	Memeriksa ketepatan formula cairan/makanan*: a. Tanggal/waktu pembuatan (setelah 24 jam dibuang) b. Kekentalan formula (dikocok dahulu atau dicampur sesuai aturan)			
11.	Memasang handuk pada dada klien, meletakkan tissue dan bengkok pada jangkauan klien			
13.	Menggunakan sarung tangan			
14.	Membuka klem atau menutup selang*			
15.	Memeriksa posisi nasogastrik/orogastrik (aspirasi isi gastrik) dan mengecek residu dengan menyedot cairan dilambung dengan menggunakan spuit*			
16.	Membilas selang dengan 30 cc air putih dengan suhu kamar*			
17.	Memasukkan formula : a. Melepaskan karet penutup pada spuit, menghubungkan spuit secara			

	perlahan-lahan spuit diangkat ± 45^0 30-45 cm diatas lambung b. Sewaktu akan menuangkan formula lagi, menjepit selang atau menuangkan formula secara perlahan-lahan dan terus menerus c. Menghindari jangan sampai spuit kosong sama sekali*			
18.	Membilas selang dengan 30 cc air putih hangat bila sudah selesai			
19	Menutup kembali klem			
20	Menganjurkan klien tetap dalam posisi selama 30-45 menit			
21	Membereskan alat-alat			
22	Mencatat jumlah residual, tiap dan volume formula diberikan serta toleransi klien terhadap makanan yang diberikan.			
23	Melepaskan sarung tangan dan membuangnya dalam tempat sampah infeksius			
24	Mencuci tangan			
25	Membaca *hamdalah*			
26	Melakukan pendokumentasian			
C.	Teknis			
27	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
28	**Mengadakan kontak mata dan empati**			
29	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 58			

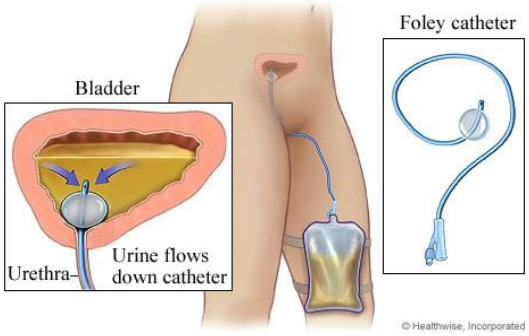
3. Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi

a. MEMASANG URINE KATETER

Pengertian

Prosedur memasukkan selang karet atau plastik melalui uretra dan kedalam kandung kemih.





Tujuan :

1. Menghilangkan distensi kandung kemih
2. Mengatasi Inkontinensia Urine yaitu kehilangan kontrol berkemih yang bersifat sementara atau menetap
3. Mendapatkan spesimen urine steril
4. Sebagai Prosesur Persiapan Pra Operasi
5. Mengkaji jumlah residu urine, jika kandung kemih tidak mampu sepenuhnya dikosongkan.

Jenis Kateter:



Nelaton Kateter



Foley Kateter

Ukuran Kateter

1. Wanita dewasa Kateter no 14/ 16

2. Laki- laki dewasa Kateter no 18/ 20
3. Anak- anak Kateter no 8/ 10

Perawatan Kateter Urine
Prosedur perawatan yang dilakukan dengan menggunakan teknik aspetik untuk membersihkan permukaan kateter urine dan daerah inguinal untuk mencegah kotoran, smegma dan krusta yang terbentuk dari garam urine sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi. Cara perawatan kateter urine (AACN, 2009):
1. Lakukan hygiene rutin minimal 2 kali sehari dapat dilaukan saat mandi
2. Pembersihan perinium saat buang air besar
3. Urin bag harus selalu dikosngkan setiap 8 jam sekali
4. Urin Bag tidak boleh menyentuh lantai

Kriteria Penilaian:
1. Perasat tidak dilakukan sama sekali 0
2. Perasat dilakukan tapi kurang sempurna 1
3. Perasat dilakukan dengan sempurna 2

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
A	**Sikap dan Perilaku**			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri pada keluarga atau pasien			
2	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
3	Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien			
4	Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
B	Contens			
5	Membaca catatan medis dan mengecek identitas klien			
6	Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi			
7	Alat : a. Handscoon b. Kateter steril c. Duk steril d. Jelly e. Kapas Cebok f. Sput 10cc g. Air steril/ Aquabides h. Perlak dan pengalas i. Pinset anatomis j. Bengkok k. Urine Bag l. Korentang dan tempatnya m. Kapas DTT untuk cebok dan tempatnya n. Plester o. Gunting plester p. Clorin 0,5% dan tempatnya			

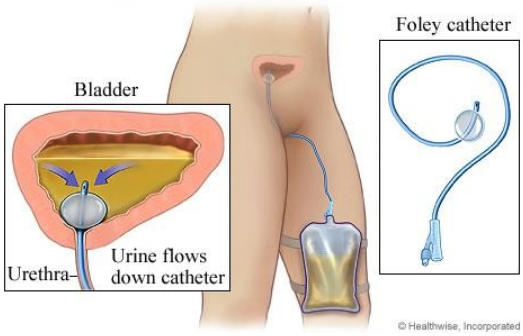
	q. Rekam medis			
8	Mengucapkan salam, sapa dan perkenalan diri pada pasien			
9	Menyampaikan tujuan tindakan ke pasien			
10	Meminta persetujuan tindakan pada pasien			
11	Membaca *bismillahirrahmanirohim*			
12	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan handuk kering			
13	Membantu pasien untuk melepaskan pakaian bawahnya			
14	Memposisikan pasien *dorsal recumben,* memasang perlak dan mendekatkan bengkok			
15	Memakai APD			
16	Memakai handscoond			
17	Melakukan vulva higiene			
18	Tangan kiri membuka vulva dan mengamati kondisi vulva (pengeluaran: darah/ lendir/ leukorea, tanda infeksi jika ada)			
19	Mengambil kapas cebok dengan pinset			
20	Membersihkan labia mayor dimulai dari bagian terjauh bidan			
21	Membersihkan labia minor dimulai dari bagian terjauh bidan			
22	Membersihkan vestibulum sampai anus			
23	Membuang kapas di bengkok ke tempat sampah infeksius			
24	Melepaskan sarung tangan			
25	Memakai sarung tangan steril pada tangan kiri			
26	Mengoleskan jelly pada kateter dengan cara memegang kateter dengan tangan kiri dan jelly pada tangan kanan.			
27	Memakai sarung tangan steril pada tangan kanan			
28	Memasang duk steril			
29	Membuka labia minor dan mayor			
30	Menggunakan tangan yang lain jepit kateter dengan pinset atau langsung masukkan kateter ke dalam uretra dan dorong pelan-pelan			
31	Meminta pasien untuk menarik nafas dalam			
32	Mendorong kateter masuk vesica urinaria sampai terliat urine keluar dari kateter (kurang lebih 5 cm), tampung urine di bengkok			
33	Mengembangkan balon penahan di ujung katetr dengan 10-15 cc air steril pada saat urine sudah lancar dari kateter			
34	Menghubungkan kateter dengan urine bag			
35	Mengambil duk steril			
36	Memfiksasi kateter pada daerah inguinal atau paha bagian dalam			
37	Melakukan precleaning alat			
38	Melepas hanscound dan membuang di tempat sampah infeksius			
39	Mencuci tangan			
40	Melakukan dokumentasi			
C	**Teknis**			
41	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
42	Menjaga privasi pasien			
43	Menggunakan komunikasi efektif			
44	Bekerja secara profesional			
	SKOR			

	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 88			

b. MELEPAS URINE KATETER

Pengertian

Prosedur pelepasan drainase urine pada pasien yang dipasang urine kateter.



Tujuan

Melatih pasien untuk Buang air kecil (BAK) normal tanpa menggunakan kateter.

Hal- hal yang perlu diperhatian :

1. Pasien yang akan dilepas kateter sebaiknya melakukan latihan berkemih
2. Sebelum melepas kateter sebaiknya kosongkan urine bag terlebih dahulu.

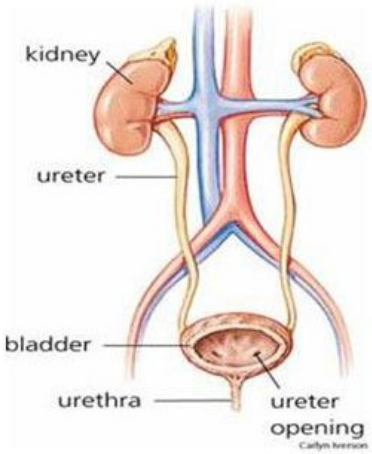
Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
A	**Sikap dan Perilaku**			
1	a. Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah* . dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
	b. Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
	c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
	d. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
	e. Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
	f. Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
	Nilai 0 jika tdk melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara tepat Nilai 1 jika melakukan 1-3 Nilai 2 jika melakukan 4-6			
B	Contens			

2	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
3	Menyiapkan alat a. Handscoon b. Spuit 10 cc c. Bak instrumen d. Pinset 2 e. Handscoond dan korentang f. Kapas subimat g. Air DTT h. Bengkok i. Tas kresek j. Larutan clorin			
4	Melakukan salam, sapa dan perkenalan pada pasien			
5	Menjelaskan tujuan tindakan pada pasien			
6	Meminta persetujuan ke pasien			
7	Menenangkan psikologi pasien jika pasien cemas			
8	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan handuk kering			
9	Meminta ijin atau menganjurkan pasien untuk melepaskan celana dalam			
10	Memposisikan *pasien dorsal recumben*			
11	Memasang perlak dan pengalasnya, dekatkan bengkok			
12	Memakai handscoon			
13	Membaca *Bismillah*			
14	Mengosongkan urine bag (membuang urine dengan pispot)			
15	Melepas kunci kateter dengan spuit 10cc dengan menyedot air didalam kateter			
16	Memasukkan urin bag dan kateter dalam kantong plastik			
17	Membersihkan vulva pasien			
18	Melakukan precleaning			
19	Melepas sarung tangan dan membuang di tempat sampah			
20	Mencuci tangan dan mengeringkannya			
21	Mempersilahkan ibu dan menawarkan untuk membantu memakai kembali pakaian bawahnya			
22	Memberitahu hasil tindakan dan merapikan pasien			
23	Membaca *hamdalah*			
24	Mendokumentasikan tindakan			
C	**Teknis**			
25	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
26	Menjaga privasi pasien			
27	Menggunakan komunikasi efektif			
28	Bekerja secara profesional			
	Jumlah			
	SKOR			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 56			

c. MEMBANTU PASIEN BAK



Pengertian : Buang air kecil merupakan suatu kerja organ yang menggambarkan tentang pengeluaran urin dari kandung kemih ke uretra. Buang air kecil merupakan suatu alur yang berhubungan dengan syaraf simpatik, parasimpatik dan somatik. Yang di kontrol oleh cerebral cortex, thalamus, hypotalamus, dan batang otak.

Normal urine volumes : 1500-1600 ml per hari untuk orang dewasa (minimum 30ml/ hour).

Penyakit terkait dengan pengeluaran urine : penyakit gnjal, oliguria, diabetes militus.

Faktor yang mempengaruhi pengeluaran urin

a. Stress
b. Kebiasaan
c. Nyeri
d. Posisi
e. Penyakit
f. Infeksi saluran kemih, dan lain-lain

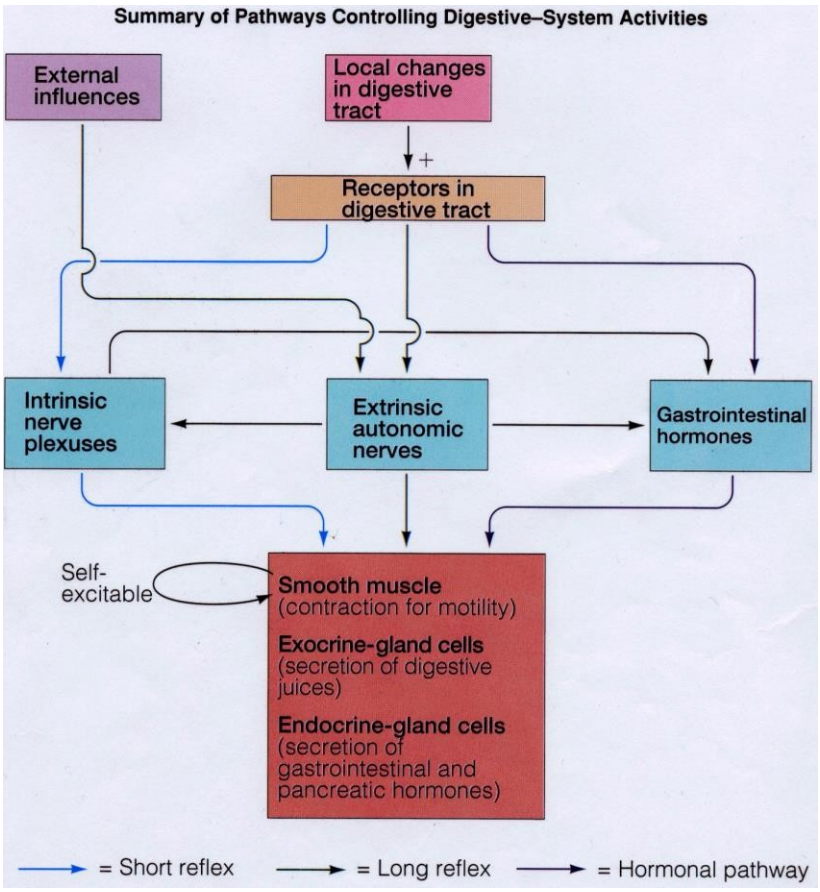
Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : c. Aman d. Nyaman Persiapan alat : d. Handscoon e. Badpan/pispot f. Urinal pot g. Air DTT dan tempatnya h. Tisu i. Pengkok j. Perlak k. Celemek			
7	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan tisu			
8	Memakai celemek dan sarung tangan			
9	Menyampaikan tujuan ke pasien			
10	Meminta persetujuan pasien			
11	Melakukan kontrak waktu dan menjaga privasi pasien			
12	Membaca bismillahirrahmanirohim			
13	Memposisikan pasien dorsal recumben			
14	Menawarkan bantuan pada pasien untuk melepaskan celana dalamnya			
15	Memasang perlak di bawah bokong pasien serta mendekatkan bengkok, tisu dan air DTT			
16	Memasang bedpan /pispot/ urinal pispot			
17	Memastikan pasien udah nyaman, dan menunggu pasien saat berkemih			
18	Membersihkan bagian kemaluan pasien dengan air DTT			
19	Mengeringkan bagian kemaluan pasien dengan tisu			
20	Membuang tisu pada bengkok dan membuang urine ke closet			
21	Menaruh pispot/bedpan/urinal pispot, perlak, bengkok, air DTT dan tempatnya ke troli			
22	Membantu pasien mengenakan celana dalamnya			

23	Mengucapkan alhamdulillah			
24	Memberitahukan kepada pasien bahwa telah selesai			
25	Kembali ke ruang jaga dan melepaskan APD			
26	Melakukan dokumentasi			
III	**Teknis**			
27	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
28	Menjaga privasi pasien			
29	Menggunakan komunikasi efektif			
30	Bekerja secara profesional			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{60} \times 100$			

d. MEMBANTU BAB



Feses yang normal memiliki konsistensi yang semi solid (padat), dan terdiri dari 70% air.

Penyebab terjadinya konstipasi : diet, dehidrasi, obat (Fe), penyakit (hirschsprung's diseas), Psikologi, dll

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : a. Aman b. Nyaman Persiapan alat : a. Handscoon b. Badpan/pispot c. Air DTT dan tempatnya d. Tisu e. Pengkok f. Perlak g. Celemek			
7	Mencuci tangan dan mengeringkan dengan menggunakan tisu			
8	Memakai celemek dan sarung tangan			
9	Menyampaikan tujuan ke pasien			
10	Meminta persetujuan pasien			
11	Melakukan kontrak waktu dan menjaga privasi pasien			
12	Membaca *bismillahirrahmanirohim*			
13	Memposisikan pasien dorsal recumben			
14	Menawarkan bantuan pada pasien untuk melepaskan celana dalamnya			
15	Memasang perlak di bawah bokong pasien serta mendekatkan bengkok, tisu dan air DTT			
16	Memasang bedpan /pispot			
17	Memastikan pasien sudah nyaman, dan menunggu pasien saat BAB. Selimuti pasien untuk menjaga privacy.			
18	Membersihkan rektum pasien dengan air DTT			
19	Mengeringkan bagian rektum pasien dengan tisu			
20	Membuang tisu pada bengkok dan membuang feses ke closet			
21	Menaruh pispot/bedpan, perlak, bengkok, air DTT dan tempatnya ke troli			

22	Membantu pasien mengenakan celana dalamnya			
23	Mengucapkan alhamdulillah			
24	Memberitahukan kepada pasien bahwa telah selesai			
25	Kembali ke ruang jaga dan melepaskan APD			
26	Melakukan dokumentasi			
III	**Teknis**			
27	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
28	Menjaga privasi pasien			
29	Menggunakan komunikasi efektif			
30	Bekerja secara profesional			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{60} \times 100$			

4. PROSEDUR PEMENUHAN OKSIGEN

Pengertian : Pemberian oksigen ke dalam paru-paru melalui saluran pernapasan dengan menggunakan alat bantu dan oksigen. Pemberian oksigen pada pasien dapat melalui kateter nasal, kanula nasal dan masker oksigen.

Tujuan :

1. Memenuhi kebutuhan oksigen
2. Mencegah mengatasi hipoksia

a. PEMBERIAN OKSIGEN MELALUI KANULA NASAL

Pengertian :

Kanula nasal adalah peralatan pemberian oksigen dengan konsenrasi rendah (2 – 4 liter/menit) berupa dua kanula dengan panjang sekitar 1,5 cm yang muncul daribagian tengah selang sekali pakai yang diinsersikan ke dalam hidung.

Indikasi :

Pasien yang bernafas spontan tetapi membutuhkan alat bantu kanula untuk memenuhi kebutuhan oksigen (pasien dapat dalam keadaan sesak atau tidak sesak).

Prinsip :

1. Kanula nasal untuk mengalirkan oksigen dengan aliran ringan/rendah biasanyahanya 2 – 3 liter/menit
2. Membutuhkan pernapasan hidung
3. Tidak dapat mengalirkan oksigen dengan konsentrasi > 40%

PENUNTUN BELAJAR PEMBERIAN OKSIGEN MELALUI KANULA NASAL

Petunjuk pengisian

Beri tanda cek (√) pada kolom yang sesuai dengan situasi pengamatan, yaitu :
Nilai 0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
Nilai 1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
Nilai 2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati			
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Memeriksa program terapi medik			
7.	Persiapan alat – Kanula nasal – Selang oksigen – Humidifier – Air steril/aquades – Jelly/lubrikan – Tabung oksigen dengan flowmeter – Plester			
8.	Persiapan Petugas – Mencuci tangan			
9.	Mengecek flowmeter dan humidifier			
10.	Menghidupkan tabung oksigen			
11.	Mengatur posisi pasien semifowler atau sesuai kondisi pasien			
12.	Mengkaji adanya tanda dan gejala hipoksia serta sekret pada jalan nafas			
13.	Menyambungkan kanula nasal ke selang oksigen dan ke sumber oksigen yang dilembabkan			
14.	Memberikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran pada program medis dan pastikan berfungsi dengan baik. a. Selang tidak bertekuk dan sambungan paten b. Ada gelembung udara pada humidifier c. Terasa oksigen keluar dari kanula			
12.	Meletakkan ujung kanula pada lubang hidung pasien			
13.	Mengatur lubang kanula yang elastis ke kepala atau ke bawah dagu sampai kanula benar-benar pas menempati hidung dan nyaman bagi klien.			

14.	Memberi plester pada kanula di kedua sisi wajah			
15.	Memeriksa kanula setiap 8 jam dan pertahankan tabung pelembab terisi setiap waktu.			
16.	Mengkaji membran mukosa hidung dan permukaan superior kedua telinga dari adanya iritasi dan beri jelly untuk melembabkan membran mukosa jika diperlukan			
17.	Memeriksa kecepatan aliran oksigen dan program dokter setiap 8 jam			
18.	Mencuci tangan			
19.	Mengevaluasi respon pasien dan menginspeksi klien untuk melihat apakah gejala yang berhubungan dengan hipoksia telah hilang.			
20.	Lakukan pendokumentasian			
C.	Teknis			
21.	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
22.	Menjaga privasi pasien			
23.	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
24.	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
25.	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu-ragu			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{50} \times 100$			

b. PEMBERIAN OKSIGEN MELALUI MASKER (*FACE MASK*)

Pengertian **:** Masker oksigen adalah peralatan yang digunakan untuk memberikan oksigen dengan konsenrasi dan kecepatan aliran lebih tinggi dari kanula nasal yaitu 40-60% pada kecepatan 5-8 liter/menit.

Tujuan **:** untuk mencegah atau mengatasi hipoksia.

Jenis **:**

Ada 2 jenis masker oksigen :

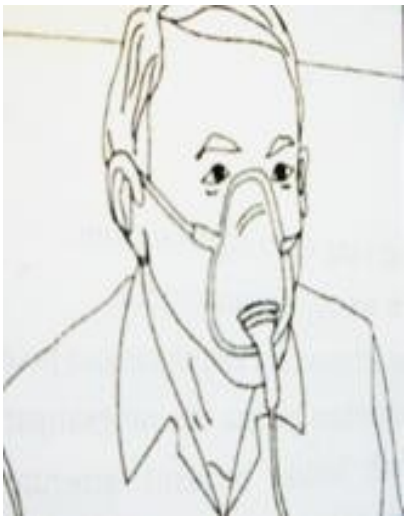
1. Masker oksigen konsentrasi rendah (sederhana)

   Digunakan untuk terapi oksigen jangka pendek. Masker ini dipasang longgar dan memberikan konsentrasi oksigen sampai dengan 60%

2. Masker oksigen konsentrasi tinggi (berkantung reservoar dan venturi)

   Masker plastik berkantung reservoar dan venture mampu memberikan konsentrasi yang lebih tinggi sampai 90%. Masker plastik berkantung reservoar Apabila digunakan pada klien yang tidak bernafas kembali (*nonbreather*) dapat menghantarkan oksigen 80% sampai 90% (70% jika digunakan pada klien yang mampu bernafas kembali (*rebreather*) dengan kecepatan 10 liter/menit. Masker oksigen ini mempertahankan suplai oksigen dengan konsentrasi tinggi di dalam kantung reservoar.

Masker wajah sederhana **Masker wajah plastic yang berkantung reservoir**







Masker Venturi

PENUNTUN BELAJAR PEMBERIAN OKSIGEN MELALUI MASKER

(*FACE MASK*)

Petunjuk pengisian

Beri tanda cek (√) pada kolom yang sesuai dengan situasi pengamatan, yaitu :
Nilai 0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
Nilai 1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
Nilai 2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Memeriksa program terapi medik			
7.	Persiapan alat – *Face mask*/Masker – Selang oksigen – Humidifier – Cairan steril/aquades – Tabung oksigen dengan flowmeter – Pita/tali elastik			
8.	Persiapan Petugas – Mencuci tangan			
9.	Mengkaji adanya tanda dan gejala hipoksia dan sekret pada jalan nafas			
10.	Menyambungkan masker ke selang oksigen dan ke sumber oksigen			
11.	Mengatur pita elastik ke telinga sampai masker terasa pas dan nyaman			
12.	Memberikan aliran oksigen sesuai dengan kecepatan aliran yang ditentukan			
13.	Memeriksa masker, aliran oksigen setiap 2 jam atau lebih cepat,tergantung kondisi dan keadaan umum pasien			
14.	Mempertahankan batas air pada botol humidifier setiap waktu			
15.	Mengkaji membran mukosa hidung dari adanya iritasi dan beri jelly untuk melembabkan membran mukosa jika diperlukan			
16.	Mencuci tangan			
17.	Mengevaluasi respon pasien			
18.	Lepaskan sarung tangan, rapikan peralatan dan cuci tangan			
19.	Lakukan pendokumentasian			
14.	Mempertahankan batas air pada botol humidifier setiap waktu			
20.	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			

21.	Menjaga privasi pasien			
22.	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
23.	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
24.	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu-ragu			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{48} \times 100$			

KETRAMPILAN MEMANDIKAN PASIEN

Banyak faktor pada pada klien memerlukan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan personal hygiene karena ketidakmampuan untuk melakukan sendiri karena gangguan saraf, fungsi sistem muscular, hambatan mobilitas, kelemahan dan keletihan oleh penyakit tertentu dan lain-lain. Pemeliharaan personal hygiene untuk kenyamanan, keamanan, dan rasa sejahtera klien, dalam upaya mencegah penyakit peningkatan kesehatan. Peran bidan adalah adalah mempertahankan atau membantu klien dalam memelihara kebersihan kulit seperti mandi, mulut, gigi, kuku, atat kelamin wanita atau laki-laki.

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : aman, nyaman, bersih, dan menjaga privasi pasien			
7	Persiapan alat : a. Satu stel pakaian bersih b. 2 baskom, berisi air dingin dan hangat c. 2 buah washlap d. Perlak dan handuk kecil e. Handuk besar atau sedang 2 buah f. Selimut mandi atau kain penutup g. Bengkok h. Sabun mandi			
8	Mencuci tangan dan mengeringkannya			
9	Mengatur tempat tidur sesuai dengan kebutuhan dan menawarkan pasien BAK atau BAB			
10	Memakai sarung tangan, masker dan celemek			
	Gosok Gigi			
11	Membantu pasien memposisikan diri dengan nyaman (miring ke kanan atau kiri)			
12	Membentangkan handuk di bawah dagu klien			
13	Meletakkan bengkok di bawah dagu klien untuk menampung air bekas kumur-kumur pasien			
14	Memberikan sikat gigi yag telah dibasahi dan dibubuhi pasta gigi secukupnya			
15	Memberikan kesempatan klien menyikat giginya dari atas ke bawah luar			

	dalam gerakan atas dan bawah.			
16	Memberikan air kepada pasien untuk kumur-kumur			
17	Membersihkan mulut pasien dengan tissue atau handuk			
	Membersihkan muka			
18	Membentangkan handuk di bawah kepala pasien			
19	Bersihkan wajah dan telinga pasien (penggunaan sabun untuk muka disesuaikan dengan kebiasaan pasien)			
20	Membersihkan mata dari kantus dalam ke kantus luar dengan menggunakan washlap yang berbeda tanpa sabun			
	Membersihkan lengan			
21	Pakaian bagian atas ditanggalkan, pasang selimut mandi			
22	Mencuci bagian lengan dengan menempatkan handuk di bawah lengan yang jauh dari bidan dan meninggikan lengan kemudian mencucidari pergelangan tangan ke ketiak dan dikeringan			
23	Menempatkan handuk dibawah lengan lain basahi, bersihkan dan keringkan dari pergelangan tangan, ke ketiak			
	Membersihkan dada dan perut			
24	Kedua lengan dikeataskan dan diletakkan di samping kepala			
25	Mencuci bagian leher, dada dan perut (termasuk umbilikus) dengan washlap kemudian mengeringkannya			
	Membersihkan tungkai dan kaki			
26	Membentangkan handuk atas menutupi bagian bawah dan handuk bawah memanjang di bawah kaki			
27	Bersihkan tungkai dan kaki kemudian keringkan (Jika pasien mampu menekuk kaki tempatkan kaki pasien di dalam baskom)			
	Membersihkan daerah genital			
28	Menganti air dan mengganti washlap yang baru untuk membersihkan daerah genital dengan (jika pasien mampu berikan kesempatan untuk melakukan sendiri)			
	Membersihkan punggung			
29	Membantu pasien miring membelakangi bidan.			
30	Meletakkan handuk memanjang sejajar punggung			
31	Mencuci, membilas dan mengeringkan bagian leher sampai dengan pantat			
32	Membantu pasien memakai pakaian dalam dan baju bersih			
33	Melepaskan sarung tangan dan mencuci tangan			
	Teknik			
34	Sistematis, efektif dan efisien			
35	Menjaga Komunikasi dengan pasien			
	SKOR			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{75} \times 100$			

A. Judul Materi

Pemeriksaan Fisik

B. Capaian Pembelajaran

Mampu menerapkan, dan mempraktikkan pemeriksaan fisik dengan tepat dan memperhatikan patient savety (C3, A3, P3).

C. Materi :

1. Vital Sign

Pemeriksaan tanda-tanda vital adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengkaji keadaan klien sebelum kita menentukan analisa yang selanjutnya sebagai dasar melakukan asuhan kebidanan. Pemeriksaan tanda-tanda vital wajib dilakukan untuk memberi gambaran awal klien yang akan kita asuh. Dengan pemeriksaan tanda-tanda vital yang akurat dapat diketahui keadaan klien baik yang baru maupun yang sudah lama dirawat, karena perubahan tanda vital merupakan indikator perkembangan klien.

Pemeriksaan vital sign terdiri dari beberapa bagian yaitu :

a. Pengukuran tekanan darah

adalah hasil dari curah jantung dan tahan pembuluh perifer dengan menggunakan sfigmomanometer. Indikasi pemeriksaan tekanan darah adalah semua pasien baru dan Pasien yang memiliki penyakit hipertensi, jantung dan penyakit kronis lainnya.

b. Pemeriksaan nafas

Pemeriksaan nafas harus dilakukan tanpa gangguan dan meliputi frekuensi, kedalaman, keteraturan dan bunyi nafas. Nilai normal pernafasan adalah 20 kali permenit.

c. Pemeriksaan suhu

Suhu tubuh adalah keseimbangan antara panas yang diperoleh dan panas yang hilang. Manusia bersifat homeotermik yaitu suhu inti dipertahankan sekitar 37°C berapa pun suhu lingkungan eksternal. Suhu inti merujuk pada suhu otak,organ, abdomen, dan dada yang merupakan bagian tubuh paling hangat. Pengukuran suhu inti paling akurat,"*gold standard*" ditemukan di arteri pulmoner.

d. Pemeriksaan nadi

Pengkajian nadi meliputi frekuensi, volume, dan keteraturan. Nadi yang lemah atau kuat, cepat atau penuh, semuanya mengindikasikan perubahan dalam

jumlah darah yang dipompakan. Nadi yang tidak teratur menggambarkan ketidakteraturan kegiatan pemompaan jantung.

Nilai normal nadi adalah 60-100 denyut per menit untuk orang dewasa. Dan 110-160 denyut per menit untuk bayi.

PENUNTUN BELAJAR PEMERIKSAAN VITAL SIGN

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati			
A	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
B	Contens			
6	Membaca catatan medis dan mengecek identitas klien			
7	Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi			
8	Menyiapkan peralatan 1. Handscoon 2. Jam Tangan/ timer 3. Termometer 4. Sfigmomanometer 5. Stetoskop 6. Alat tulis 7. Kapas DTT/ air DTT			
9	Mencuci tangan dan mengeringkannya dengan haduk pribadi/tissu			
	Pemeriksaan suhu badan (menggunakan thermometer air raksa) *)			
10	Mengibaskan termometer dengan cara yang benar sampai permukaan air raksa menunujuk di bawah 35,5 ^{0}C			
11	Tidak memegang ujung termometer bagian logam			
12	Tempatkan ujung termometer yang berisi air raksa pada apexfossa axillaris dengan sendi bahu adduksi maksimal			
13	Waktu pembacaan setelah 5 menit			
14	Melaporkan hasil pemeriksaan suhu badan dan menyatakan interpretensinya			
	Menggunakan thermometer digital *)			
10	Menyalakan thermometer dan memastikan beterai/daya tersedia			
11	Megarahkan thermometer pada bagian yang akan diperiksa			
12	Menunggu beberapa saat sampai hasil muncul di monitor thermometer digital			
13	Membaca hasil			

14	Melaporkan hasil pemeriksaan suhu badan dan menyatakan interpretensinya			
	Pemeriksaan Tekanan Darah			
15	Menempatkan penderita dalam keadaan duduk / berbaring dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas dari tekanan oleh pakaian			
16	membantu pasien untuk membuka/menggulung lengan baju sebatas bahu.			
17	Menempatkan tensimeter dengan membuka aliran air raksa, mengecek saluran pipa dan meletakkan manometer vertikal			
18	Memasang manset melingkari lengan atas dengan karet manset pada bagian medial secara rapi dan tidak terlalu ketat (3 cm di atas siku) dan kira-kira sejajar jantung			
19	Dapat meraba pulsasi arteri brachialis di fossa cubiti sebelah medial, mengunci skrup balon karet kemudian memompa dengan cepat sampai 30 mm Hg diatas hilangnya pulsasi dan melaporkannnya			
20	Menurunkan tekanan manset perlahan-lahan (2 mmHg per detik) sampai pulsasi arteri teraba kembali, dan melaporkan hasilnya sebagai tekanan sistolik palpatoir			
21	Mengambil stetoskop dan memasang corong bel atau membran pada tempat perabaan pulsasi			
22	Tidak menggunakan sisi stetoskop yang tertutup			
23	Memompa kembali manset sampai 30 mm Hg diatas tekanan sistolik palpatoir			
24	Mendengar melalui stetoskop sambil menurunkan perlahan-lahan 2-3 mmHg per detik, sampai mendengar bising pertama (tekanan sistolik) dan melanjutkan penurunan tekanan manset sampai suara bising yang terakhir (tekanan diastolik)			
25	Melaporkan hasil tekanan darah dan interpretasinya dengan benar			
26	Melepas manset dan menutup kembali aliran air raksa dengan benar			
	Menghitung Nadi			
27	Meletakkan tangan yang akan diperiksa dalam keadaan rileks			
28	Menggunakan minimal dua jari tangan untuk meraba arteri radialis			
29	Menghitung frekuensi denyut nadi selama 1 menit			
30	Melaporkan hasil pemeriksaan nadi dan interpretasinya dengan benar dan lengkap			
	Menghitung Respirasi			
31	Tidak memberitahukan pemeriksaan frekuensi nafas pada pasien (respirasi dan ekspirasi)			
32	Menghitung frekuensi nafas selama 1 menit			
33	Melaporkan hasil frekuensi nafas per menit, kedalam, dan tipe respirasinya secara benar dan lengkap			
	Teknik			
34	Ssistematis, efektif dan efisien			
35	Menjaga Komunikasi dengan pasien			
	SKOR			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{70} \times 100$			

b. PEMERIKSAAN GLASGOW'S COMA SCALE (GCS)

MENGUJI TINGKAT KESADARAN

1) Secara kualitatif

a) ComposMentis (conscious), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.

b) Apatis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh.

c) Somnolen (Obtundasi, Letargi), yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal

d) Delirium, yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal.

e) Stupor (soporo koma), yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri.

f) Coma (comatose), yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya).

2) Secara Kuantitatif dengan GCS (Glasgow Coma Scale)

a) Menilai respon membuka mata (E)

1) (4) : spontan

2) (3) : dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata).

3) (2) : dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari)

4) (1) : tidak ada respon

b. Menilai respon Verbal/respon Bicara (V)

1) (5) : orientasi baik

2) (4) : bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) disorientasi tempat dan waktu

3) (3) : kata-kata saja (berbicara tidak jelas, tapi kata-kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat. Misalnya "aduh…, bapak…")

4) (2) : suara tanpa arti (mengerang)

5) (1) : tidak ada respon

c. Menilai respon motorik (M)
   1) (6) : mengikuti perintah
   2) (5) : melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri)
   3) (4) : withdraws (menghindar / menarik extremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri)
   4) (3) : flexi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada & kaki extensi saat diberi rangsang nyeri).
   5) (2) : extensi abnormal (tangan satu atau keduanya extensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal & kaki extensi saat diberi rangsang nyeri).
   6) : tidak ada respon

   Hasil pemeriksaan tingkat kesadaran berdasarkan GCS disajikan dalam simbol E…V…M… Selanutnya nilai-nilai dijumlahkan. Nilai GCS yang tertinggi adalah 15 yaitu E4V5M6 dan terendah adalah 3 yaitu E1V1M1 Setelah dilakukan scoring maka dapat diambil kesimpulan :

   (Compos Mentis(GCS: 15-14) / Apatis (GCS: 13-12) / Somnolen(11-10) / Delirium (GCS: 9-7)/ Sporo coma (GCS: 6-4) / Coma (GCS: 3))

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1	a. Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah* . dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
	b. Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
	c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
	d. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
	e. Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
	f. Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
	Nilai 0 jika tdk melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara tepat Nilai 1 jika melakukan 1-3 Nilai 2 jika melakukan 4-6			
II	Content			
2	Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi			

3	Mencuci tangan			
4	Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar			
5	Mengatur posisi pasien: Supinasi			
6	Memeriksa reflek membuka mata dengan benar*			
7	Memeriksa reflek verbal dengan benar*			
8	Memeriksa reflek motorik dengan benar*			
9	Menilai hasil pemeriksaan dengan benar*			
10	Merapikan pasien			
11	Berpamitan dengan klien			
12	Membereskan alat-alat			
13	Mencuci tangan			
14	Membaca *hamdalah*			
15	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan			
III	Teknis			
16	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
17	Mengadakan kontak mata dan empati			
18	Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 46			

c. PEMERIKSAAN FISIK

Pengertian

Pemeriksaan fisik adalah tindakan untuk mengkaji bagian tubuh pasien baik secara lokal atau (head to toe) guna memperoleh informasi/data dari keadaan pasien secara komprhensif untuk menegakkan suatu diagnosa

Tujuan

1. Untuk mencari masalah
2. Untuk menegakkan / merumuskan diagnose
3. Untuk membantu penatalaksanaan dan pengobatan

Alat- Alat

Alat-alat sesuai kebutuhan pemeriksaan :

1. Tensimeter
2. Termometer
3. Stetoskop
4. Jam tangan
5. Lampu kepala
6. Lampu senter
7. Optalmoskop
8. Otoskop
9. Metlin
10. Garpu
11. Spekulum hidung
12. Snellen card
13. Tongue Spatel
14. Kaca laring
15. Pinset anatomi
16. Pinset cirrurgi
17. Sarung tangan
18. Bengkok
19. Timbangan
20. Reflek hammer
21. Kertas tissue
22. Alat dan buku catatan

Prinsip Pemeriksaan fisik komprehensif orang dewasa

1. Tanda vital
   Minta pasien duduk di tepi tempat tidur atau meja pemeriksa, kecuali posisi ini dikontraindikasi. Berdirilah di depan pasien,jika diperlukan pindah ke sisi lain. Ukur tekanan darah dalam posisi pasien tidur terlentang/ duduk dengan lengan sejajar jantung. Hitung frekuensi nadi dan pernapasan selama satu menit penuh. Jika diindikasikan, ukur suhu tubuh (jika pasien demam/ teraba dingin).
2. Kulit
   Observasi wajah. Identifikasi adanya lesi, perhatikan lokasi, distribusi, susunan,tipe, dan warnanya. Inspeksi dan palpasi rambut dan kuku. Periksa tangan pasien. Lanjutkan pada pengkajian kulit saat anda memeriksa bagian tubuh lain.
3. Kepala, Mata, Telinga, hidung dan sinus, Tenggorokan
   Gelapkan cahaya kamar untuk meningkatkan dilatai pupil dan visibilitas fundi. Kepala : Periksa kepala, kulit kepala, tulang kepala, dan wajah. Mata: periksa akuitas penglihatan dan lakukan skrining lapang pandang. Perhatikan posisi dan kesejajaran mata. Pantau kelopak mata dan inspeksi sklera dan konjungtiva masing-masing mata. Dengan pencahayaan miring, inspeksi masing-masing kornea, iris, dan lensa mata. Bandingkan kedua pupil dan uji reaksi terhadap cahaya. Kaji gerakan ekstraokular. Telinga :Inspeksi aurikel, kanal dan gendang telinga. Periksa akuitas pendengaran.. Hidung dan sinus:Periksa hidung eksternal gunakan cahaya dan spekulum hidung, inspeksi mukosa hidung, septum dan turbinasi. Palpasi untuk adanya nyeri tekanan pada sinus frontalis dan oral, gusi, gigi, lidah, palatum, tonsil, dan faring. (Anda dapat melakukan pemeriksaan Nervus kranialis pada pemeriksaan bagian ini).
4. Leher
   Pindah posisi ke belakang pasien yang duduk untuk meraba kelenjar tiroid dan memeriksa punggung, toraks posterior, dan paru-paru. Inspeksi dan palpasi kelenjar limfe serviks. Perhatikan adanya deviasi trakea. Pantau suara dan usaha bernapas pasien. Inspeksi dan palpasi kelenjar tiroid.
5. Punggung
   Inspeksi dan palpasi tulang belakang dan otot.
6. Toraks posterior dan paru
   Inspeksi dan palpasi tulang belakang dan otot punggung bagian atas. Inspeksi, palpasi, dan perkusi dada. Identifikasi tingkat kepekaan diafragmatik pada setiap sisi. Dengarkan suara napas, dengarkan penghantaran suara napas.
7. Payudara, aksila, dan nodus epitroklearis
   Pasien masih duduk. Pindah posisi kembali ke depan. Wanita : inspeksi payudara dengan lengan pasien relaksasi, kemudian tangan diangkat, dan dilanjutkan dengan tangan menekan pinggul. Pria dan wanita : Inspeksi aksila dan raba adanya nodus aksilaris, raba adanya nodus epitrolearis.
8. Toraks anterior dan paru
   Posisi pasien terlentang. Minta pasien untuk berbaring. Berdiri di sisi kanan tempat tidur pasien. Inspeksi, palpasi, dan perkusi dada. Dengarkan bunyi napas, bunyi adventisius, dan jika diindikasikan, periksa adanya penghataran suara napas.
9. Sistem kardiovaskuler
   Tinggikan kepala tempat tidur sekitar 30^0, atur sesui kebutuhan untuk memeriksa apakah

terdapat pulsasi vena jugularis. Observasi pulsasi vena jugularis, dan ukur tekanan vena jugalaris dalam kaitannya dengan sudut sternum. Inspeksi dan palpasi pulsasikarotis. Dengarkan suara bruit karotis. Minta pasien sedikit berguling kesisi kiri saat anda mendengar bagian apeks. Kemudian minta pasien kembali telentang saat anda mendengar seluruh jantung. Minta pasien duduk, membungkung, dan menghela nafas aat anda mendengar adanya murmur regurgitas aortik. Inspeksi dan palpasi prekordium. Perhatikan lokasi, diameter, amplitudo, dan durasiimpuls apikal. Dengarkan pada bagian apeks dan batas sternum yang lebih bawah, dengar menggunakan bel stetoskop. Dengarkan pada setiap area auskultasi menggunakan bagian diafragma stetoskop. Dengarkan S_1 dan S_2 serta *splitting* fisiologi dari S_2. Dengarkan adanya bunyi jantung abnormal atau murmur.

10. Abdomen
    Turunkan kepala tempat tidur sampai pada posisi datar. Pasien harus terlentang. Lakukan inspeksi, auskultasi , dan perkusi. Lakukan palpasi ringan, kemudian palpasi dalam. Kaji limpa dan hepar dengan cara perkusi dan kemudian palpasi. Usahakan untuk merasakan ginjal, perkusi bagian posterior di atas sudut kostovertebra.
11. Ekstremitas Bawah
    Periksa area tungkai, lakukan pengkajian tiga sistem, sementara pasien masih dalam posisi terlentang. Masing-masing dari sistem ini, dapat dikaji lebih lanjut pada saat pasienberdiri.
12. Sistem saraf
    Posisi pasien duduk atau terlentang. Pemeriksaan lengkap juga dapat dilakuakan pada akhir pemeriksaan. Pemeriksaan ini terdiri atas lima segmen.
13. Pemeriksaan tambahan
    Pemeriksaan genetalia dan rektal sering dilakukan pada akhir pemeriksaan fisik. Posisi pasien sesuai dengan yang dianjurkan, litotomi/ dorsal rekumben untuk pemeriksaan genetaia, knee chest/ sim untuk pemeriksaan anus. rektal
14. Pemeriksaan rektum pada pria
    Pasien berbaring miring kiri untuk pemeriksaan rektum. Inspeksi area sakrokoksigeus dan perineum. Palpasi kanalis anal, rektum, dan prostat. (Bila pasien tidak dapat berdiri, periksa genetalia lebih dulu sebelum pemeriksaan rektum).
15. Pemeriksaan genital dan rektum pada rektum wanitA
    Pasien dalam posisi berbaring litotomi. Duduk selama pemeriksaan dengan spekulum tetap dipasang, kemudian berdiri selama pemeriksaan bimanual pada uterus, tuba falopi, dan rektum. Periksa genetalia eksternal, vagina dan serviks. Lakukan pemeriksaan pulasanPap. Palpasi uterus dan tuba falopi. Lakukan pemeriksaan rektovaginal dan rektal (S.Bickley 2008).

No	Aspek Yang Diamati	NILAI

		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	a. Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah*. dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
	b. Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
	c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
	d. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
	e. Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
	f. Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
	Nilai 0 jika tdk melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara tepat Nilai 1 jika melakukan 1-3 Nilai 2 jika melakukan 4-6			
II	**Conten**			
2	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
3	Mencuci tangan			
4	Melakukan anamnesis data subyektif			
5	Memeriksa kesadaran*			
	a) Composmentis (conscious) b) Apatis c) Delirium d) Somnolen (Obtundasi, Letargi), e) Stupor (soporo koma), f) Coma (comatose),			
	Secara Kuantitatif dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS) 1. Menilai respon membuka mata (Eye) (4) : spontan (3) : dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata). (2): dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari) (1) : tidak ada respon 2. Menilai respon Verbal/respon Bicara (V) (5) : orientasi baik (4) : bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) disorientasi tempat dan waktu. (3) : kata-kata saja (berbicara tidak jelas, tapi kata-kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat. Misalnya “aduh…, bapak…”)			

	(2) : suara tanpa arti (mengerang) (1) : tidak ada respon 3. Menilai respon motorik (M) (6) : mengikuti perintah (5) : melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri) (4) : withdraws (menghindar / menarik extremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri) (3) : flexi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada & kaki extensi saat diberi rangsang nyeri). (2) : extensi abnormal (tangan satu atau keduanya extensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal & kaki extensi saat diberi rangsang nyeri). (1) : tidak ada respon Hasil pemeriksaan tingkat kesadaran berdasarkan GCSdisajikan dalam simbol E…V…M… Selanjutnya nilai-nilai dijumlahkan. Nilai GCS yang tertinggi adalah 15 yaitu E4V5M6 dan terendah adalah 3 yaitu E1V1M1 Setelah dilakukan scoring maka dapat diambil kesimpulan: a) Compos Mentis dengan GCS (15-14) b) Apatis dengan GCS (13-12) c) Somnolen dengan GCS (11-10) d) Delirium dengan GCS (9-7) e) Soporo coma dengan GCS (6-4) f) Coma dengan GCS (3)			
6	Memeriksa vital sign (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan)*			
7	Memeriksa Kulit			
	a. Inspeksi: lesi, warna, jaringan parut, vaskularisasi			
	b. Palpasi: Suhu kulit, tekstur halus/ kasar, turgor/ kelenturan keriput /tegang, oedema			
	c. Identifikasi luka pada kulit			
	d. Identifikasi kelainan pada kulit			
8	Memeriksa Rambut			
	Inspeksi dan Palpasi : penyebaran, bau, rontok ,warna			
9	Kepala, mata, telinga, hidung dan sinus, tenggorokan (atau mulut dan faring)			
	a. Inspeksi : Bentuk kepala (dolicephalus/ lonjong, Brakhiocephalus/ bulat), meshochepalus/ kepala normal, mikrocephalus/ kepala berukuran lebih kecil, makrocephalus/ kepala berukuran lebih besar) kesimetrisan, dan pergerakan. Adakah hirochepalus/ penimbunan cairan di kepala. b. Palpasi : Adakah massa/ benjolan, Nyeri tekan			
10	Pemeriksaan Mata <u>Inspeksi</u> : **a.** Kelengkapan dan kesimetrisan mata			

	b. Adakah ekssoftalmus (mata menonjol), atau Endofthalmus (mata tenggelam) c. Kelopak mata / palpebra : adakah oedem, ptosis (turunnya kelopak mata bagian atas sehingga tidak dapat membuka mata sepenuhnya), peradangan, luka, atau benjolan d. Bulu mata : rontok atau tidak e. Konjunctiva dan sclera, adakah perubahan warna, kemerahan, kuning atau pucat. f. Warna iris serta reaksi pupil terhadap cahaya, miosis /mengecil, midriasis/ melebar, pin point / kecil sekali, nomalnya isokor / pupil sama besar. g. Kornea, warna merah biasanya karena peradangan, warna putih atau abu-abu di tepi kornea (arcus senilis), warna biru, hijau pengaruh ras. Amati kedudukan kornea h. Nigtasmus : gerakan ritmis bola mata i. Strabismus (juling) konvergent : kornea lebih dekat ke sudut mata medial, Strabismus devergent			
11	Pemeriksaan Telinga			
	Inspeksi dan Palpasi a. Amati bagian teliga luar: bentuk, ukuran, warna, lesi, nyeri tekan, adakah peradangan, penumpukan serumen. b. Palpasi: Dengan otoskop periksa amati, warna, bentuk, transparansi, perdarahan, dan perforasi. c. Uji kemampuan kepekaan telinga			
12	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)			
13	Pemeriksaan Mulut dan Faring			
	Inspeksi dan Palpasi a) Amati bibir, untuk mengetahui kelainan konginetal (labioscheisis, palatoscheisis, 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 danabses. c) Amati orofaring atau rongga mulut, bau mulut, uvula simetris atau tidak d) Adakah pembesaran tonsil e) Perhatikan suara klien ada perubahan atau tidak f) Perhatikan adakah lendir dan benda asing atau tidak			
14	Pemeriksaan Wajah *			
	Inspeksi : Perhatikan ekspresi wajah klien, Warna dan kondisi			

	wajah klien, struktur wajah klien, sembab atau tidak, ada kelumpuhan otot-otot fasialis atau tidak			
15	Pemeriksaan Leher*			
	inspeksi dan palpasi: a. Bentuk leher simetris atau tidak, ektomorf/ kurus ditemukan pada orang dengan gizi buruk, atau TBC, sedangkan endomorf ditemukan pada klen 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 aorang kurus c. Vena jugularis, ada pembesaran atau tidak			
16	Payudara, aksila,			
	a. Inspeksi 1) Ukuran payudara, bentuk, dan kesimetrisan, dan adakah pembengkakan. Normalnya melingkar dan simetris dengan ukuran kecil, sedang atau besar. 2) Kulit payudara, warna, lesi, vaskularisasi,oedema. 3) Areola: Adakah perubahan warna, pada wanita hamil lebih gelap. 4) Putting: Adakah cairan yang keluar, ulkus, pembengkakan 5) Adakah pembesaran pada kelenjar limfe axillar dan clavikula b. Palpasi 1) Adakah secret dari putting, adakah nyri tekan, dan kekenyalan. 2) Adakah benjolan massa atau tidak			
17	Pemeriksaan dada dan Jantung			
	a) Inspeksi : Amati ictus cordis, dada simetris atau tidak, amati pernafasan, ada retraksi dinding dada atau tidak			
	b) Paplasi: denyut apeks jantung untuk menentukan letak posisinya			
	c) Auskultasi menggunakan stetoskop untuk mndengarkan bunyi jantung, teratur atau tidak			
18	Pemeriksaan Abdomen*			
	a. Inspeksi: 1) Bentuk abdomen: Membusung, atau datar 2) Massa/ Benjolan: pada derah apa dan bagaimana bentuknya 3) Kesimetrisan bentuk abdomen 4) Amati adanya scar, striae (tanda peregangan pada ibu hamil), bekas operasi			
	b. Auskultasi: peristaltic usus (normalnya akan tedengar setiap 10 detik)			
	c. Palpasi: nyeri, massa.			
19	Pemeriksaan Genetalia*			

	a) Inspeksi Kuantitas dan penyebaran pubis merata atau tidak. Amati adanya lesi, eritema, keputihan/candidiasis b) Palpasi buka labia mayora dengan jari-jari oleh satu tangan untuk mengetahui keadaan clitoris, selaput dara, orifisium dan perineum, bartholinitis			
20	Pemeriksaan Rektum Dan Anus			
	a) posisi litotomi atau berbaring miring. b) Inspeksi anus kemungkinan terdapat hemoroid. c) Palpasi kanul anus dan rektum jika diperlukan			
21	Pemeriksaan Punggung Periksa bentuk tulang belakang (Lordosis, Kifosis, Skoliosis)			
22	Ekstremitas			
	a) Inspeksi 1) Posture, perasaan tidak nyaman, deformitas sendi, gaya berjalan 2) kesimetrisan 3) deformitas 4) perubahan warna, Ecchymosis			
	b) Palpasi 1) Obsevasi Suhu dengan menggunakan punggung tangan 2) Kelainan bentuk (Deformities) 3) Crepitus karena pergerakan fragmen tulang pada fraktur 4) Tenderness dan rasa tidak nyaman (nyeri)			
23	Pemeriksaan Kuku Inspeksi dan palpasi Warna ,bentuk, kebersihan: Matrik/ akar kuku : tempat lempeng kuku tumbuh, Lempeng kuku, Dasar kuku : berdekatan dengan lempeng kuku, Jaringan peringeal			
24	Refleks Patella a. Minta pasien duduk dan tungkai menggantung di tempat tidur/kursi b. Rilexkan pasien dan alihkan perhatian untuk menarik kedua tangan di depan dada c. Pukul tendo patella, kaji reflex			
25	Membaca *hamdalah*			
III	**Teknis**			
26	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
27	Mengadakan kontak mata dan empati			
28	Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 56			

WORKSHEETS (LEMBAR KERJA)

Mata Kuliah	**:**	**Ketrampilan Dasar Praktik Klinik**
Materi	**:**	**Pemeriksaan Fisik**
Nama Mahasiswa/NIM	**:**	

No	Item yang dinilai		Tujuan Pemeriksaan	Alat yang digunakan dan batas normal pemeriksaan
1	Tanda Tanda VItal	:		
	a.	:		
	b. … dst	:		
2	Pemeriksaan Fisik	:		
	a. kepala	:		
	b. ..... dst			
3	Reflek			
	a .....dst			

REFERENSI

1. Skill for Midwifery third edition; Johnson R & Taylor W; Elsevier; 2010
2. Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia I; Kemenkes RI; Kasiati & Rosmalawati NWD; 2016
3. Ketrampilan Dasar Kebidanan; Kemenkes RI; Sriami, Susilaningrum, Sukesi; 2016
4. Ketrampilan Klinik Praktik Kebidanan I. FKK UMJ; Hamidah, Fakhriah, Ismiarika; 2017
5. Barkauskas V, Stoltenberg-Allen K, Baumann L, et al. 2002.*Health and Physical Assessment*, 3rd ed.St. Louis: Mosby-Year Book.
6. Seidel H, Ball J, Dains J, et al. 2006.*Mosby's Gui de to Physical Examination*, 6th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
7. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington, DC: Public Health Service

A. Judul Materi :Pemberian Obat

B. Sub Capaian pembelajaran MK : Mampu mengelola pemberian obat **(C3,A3)**

C. Materi

1. Pengertian

Obat adalah bahan atau campuran bahan yang digunakan untuk:

a. Pengobatan, peredaan, pencegahan atau diagnosa suatu penyakit, kelainan fisik atau gejala-gejalanya pada manusia atau hewan

b. Membantu proses emulihan, perbaikan atau pengubahan fungsi organik pada manusia atau hewan. Obat dapat merupakan bahan yang disintesis di dalam tubuh (misalnya : hormon, vitamin D) atau merupakan merupakan bahan-bahan kimia yang tidak disintesis di dalam tubuh.

2. Kategori Obat

a. Berdasarkan undang-undang obat digolongkan dalam :

1) Obat Bebas

a) Obat Bebas → Dapat dibeli bebas tanpa resep, dijual ditoko, supermarket, apotik

b) Obat Bebas terbatas→ Dapat dibeli bebas tanpa resep, dijual ditoko, supermarket, apotik

Contoh: paracetamol dalam berbagai merk seperti sanmol, bodrex, sanaflu dll





2) Obat Keras → dijual hanya diapotik, seharusnya pembelian **harus menggunakan resep dokter** Misal: antibiotik, antivirus, anti kejang, anti hipertensi dll





3) Obat Psikotropika dan Narkoba → Obat yang dapat menimbulkan efek ketergantungan, dibeli dengan resep tertentu, tidak semua apotik dapat melayani pembelian obat jenis ini

b. Katergori keamanan Obat bagi ibu hamil dan menyusui menurut FDA:

1) Kategori A : Obat-obat yang telah banyak digunakan oleh wanita hamil tanpa disertai kenaikan frekuensi malformasi janin atau pengaruh buruk lainnya. Misalnya parasetamol, penisilin, eritromisin, digoksin, isoniazid, dan asam

folat

2) Kategori B : Obat-obat yang pengalaman pemakaiannya pada wanita hamil masih terbatas, tetapi tidak terbukti meningkatkan frekuensi malformasi atau pengaruh buruk lainnya pada janin. Kategori B dibagi lagi berdasarkan temuan-temuan pada studi toksikologi pada hewan, yaitu :B1: dari penelitian pada hewan tidak terbukti meningkatnya kejadiankerusakan janin contoh : cimetidine, B2: data dari penelitian pada hewan belum memadai tetapi ada petunjuk tidak meningkatnya kejadiaan kerusakan janin. Contoh : amfoterisin, dopamine, B3: penelitian pada hewan menunjukkan peningkatan kejadian kerusakan janin, tetapi belum tentu bermakna pada manusia. Contoh: carbamazepin, griseofulvin
3) Kategori C : Obat-obat yang dapat memberi pengaruh buruk pada janin tanpa disertai malformasi anatomic semata-mata karena efek farmakologiknya. Efeknya bersifat reversibel. Contoh: rifampisin, aspirin
4) Kategori D: Obat-obat yang terbukti menyebabkan meningkatkannya kejadian malformasi janin pada manusia atau menyebabkan kerusakan janin yang bersifat ireversibel. Obat-obat dalam kategori ini juga mempunyai efek farmakologik yang merugikan terhadap janin. Contoh : penitoin, asam valproat
5) Kategori X : Kategori obat yang telah terbukti mempunyai resiko tinggi terjadinya pengaruh buruk yang menetap (ireversibel) pada janin jika diminum pada masa kehamilan. Obat dalam kategori ini merupakan kontraindikasi mutlak selama kehamilan. Misalnya talidomid.

c. Prinsip Pemberian Obat adalah 5 Benar yaitu:

1) Benar obat :Nama obat harus sesuai, apabila terdapat perbedaan nama obat kandungan obat harus sama.
2) Benar dosis,:Takaran obat yang diberikan harus sesuai dengan pasien (misal: berdasarkan BB, umur dll)
3) Benar cara : Cara pemberian obat harus sesuai misal: peroral, per rectal, pervagina, parentelal (IV, IM, IC, SC)
4) Benar Waktu : Waktu pemberian obat harus seusai dengan yang telah ditentukan
5) Benar Pasien : Obat yang diberikan harus diberikan pada pasien yang tepat dapat dilengkapi dengan identitas pasien yang tepat (Nama pasien, Umur, Ruang perawatan)

d. Bentuk Sediaan Obat

1) Pulveres = serbuk bagi (puyer): Serbuk bagi adalah serbuk yang dibagi dalam bobot yang lebih kurang sama, dibungkus dengan kertas
2) Kapsul : Kapsul=sediaan padat yang terdiri dari obat dalam cangkang keras/lunak yang dapat larut yang pada umumnya terbuat dari gelatin
3) Kaplet : Jenis obat ini merupakan gabungan dari bentuk tablet dan kapsul. Kaplet tidak memakai pembungkus sebagaimana halnya obat berbentuk tablet namun bentuk fisiknya menyerupai kapsul.
4) Pil: Pil adalah bentuk obat berbentuk bundar (bulat) padat kecil yang mengandung bahan obat. Pemakaiannya dengan dimakan atau diminum.
5) Tablet: Jenis obat ini adalah bahan obat yang dipadatkan tanpa bahan

tambahan (murni bahan obat).

B. DOSIS

1. Pengertian

Dosis adalah takaran obat yang diberikan kepada pasien yang dapat memberikan efek farmakologis (khasiat) yang diinginkan. Secara umum penggunaan dosis dalam terapi dibagi menjadi :

a. Dosis lazim

Dosis yang digunakan sebagai pedoman umum pengobatan (yang direkomendasikan dan sering digunakan) sifatnya tidak mengikat (biasanya diantara dosis mimimum efek dan dosis maksimum

b. Dosis maksimum

Dosis yang terbesar yang masih boleh diberikan kepada pasien baik untuk pemakaian sekali maupun sehari tanpa membahayakan (berefek toksik ataupun over dosis). Untuk terapi sebaiknya menggunakan pedoman dosis lazim. :)

2. Cara menghitung dosis untuk anak-anak :

a. Berdasarkan Umur

- **Rumus dilling (untuk anak Besar-sama dengan 8 tahun)**

$$\text{DM anak} \geq 8 \text{ th} = \frac{n}{20} \times \textit{Dosis maksimum dewasa}$$

n : umur dalam tahun

- **Rumus Fried (untuk bayi)**

$$\text{DM bayi (bulan)} = \frac{n}{150} \times \textit{Dosis maksimum dewasa}$$

n : umur dalam bulan

- **Rumus young (untuk anak <8 tahun)**

$$\text{DM anak} < 8 \text{ th} = \frac{n}{n+12} \times \textit{Dosis maksimum dewasa}$$

n : umur dalam tahun

b. Berdasarkan Berat Badan

Perhitungan dosis berdasarkan berat badan sebenarnya lebih tepat karna sesuai dengan kondisi pasien ketimbang umur yang terkadang tidak sesuai dengan berat badan, bila memungkinkan hitung dosis melalui berat badan

- **Rumus** Thermich

$$\text{DM} = \frac{n}{70} \times \textit{Dosis maksimum dewasa}$$

n : berat badan dalam kilogram

- Rumus untuk menentukan persentase DM obat

Persentase *DM sekali :*

$$\frac{\textit{Takaran obat sekali dalam resep}}{\textit{DM sekali}} \times 100\%$$

Persentase DM sehari :

$$\frac{\textit{Takaran obat sehari dalam resep}}{\textit{DM sehari}} \times 100\%$$

C. Daftar Pustaka

Henke, Grace. 2007. *Med_math*. Jakarta. EGC

D. Penuntun Belajar

a. MEMBERIKAN OBAT MELALUI KULIT

Pengertian : Memberikan obat yang mempunyai efek lokal jika diabsorbsi ke dalam kulit. Bentuk obat yang umumnya digunakan dengan cara ini adalah lotion, pasta, jelly, bubuk, minyak ataupundalam bentuk yang langsung ditempelkan di kulit.

Tujuan :

1. Mengurangi pruritas dan gatal-gatal
2. Melumbrikasi dan melembutkan kulit
3. Membuat efek vasokonstriksi atau vasodilatasi lokal
4. Menambah atau mengurangi sekresi kulit kulit (misalnya keringat)
5. Melindungi kulit
6. Memberikan obat antibiotik atau antisebtik untuk mencegah atau mengatasi inflamasi

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan alat: a. Agen topikal yang dipesankan (misal ; krim, lotion, aerasol, sprey, bubuk) b. Kartu/ formular obat c. Kassa kecil steril d. Sarung tangan bersih sekali pakai atau steril e. Aplikator berujung kapas atau tong spatel f. Waslap g. Handuk h. Sabun i. Kassa balutan j. Penutup plastik k. Plester			
7	Mencuci tangan			
8.	Mengatur posisi klien dengan nyaman, lepaskan pakaian atau linen			

	pertahankan arena yang tidak digunakan tertutup			
9.	Menginspeksi kondisi kulit klien, cuci area yang sakit, lepaskan semua debris dan kulit yang mengeras (gunakan sabun basah ringan)			
10.	Mengeringkan atau biarkan arena kering oleh udara			
11	Apabila kulit terlalu kering dan mengeras, gunakan agen topikal saat kulit masih basah			
12	Oleskan agent tropikal 1. Krim salep, lotion mengandung minyak a. Letakkan 1-2 sendok teh obat di telapak tangan dan lunakkan dengan menggosokkan lembut diantara kedua tangan b. Usapkan obat yang telah lunak dan lembut diatas permukaan kulit, lakukan gerakan memanjang searah pertumbuhan bulu c. Jelaskan pada klien bahwa kulit dapat terasa berminyak setelah pemberian 2. Salep antiangina a. Berikan beberapa cm salep yang diinginkan di atas kertas pengukur b. Oleskan salep pada permukaan kulit dengan ememegang tepi atau bagian belakang kertas pembungkus dan menempelkan salep di atas kulit. Jangan menggosok atau memasage salep pada kulit. c. Tutup salep dan lapisi dengan penutup plastik dan plester denganaman 3. Sprey aerasol a. Kocok wadah dengan kertas b. Baca label dengan jarak yang dianjurkan untuk memegang sprei menjauh area (15-30 menit) c. Bila leher atau dada harus disemprot, minta klien untuk memalingkan wajah dari arah sprey d. Semprotkan obat dengan merata pada bagian yang sakit (Beberapa kasus ditentukan waktunya selama beberapa detik) 4. Lotion mengandung suspensi a. Kocok wadah dengan kuat b. Oleskan sejumlah kecil lotion dengan kassa balutan atau bantalan kecil dan oleskan pada kulit dengan menekan rata searah pertumbuhan bulu c. Jelaskan pada klien bahwa area akan terasa dingin dan kering 5. Bubuk a. Pastikan bahwa permukaan kulit kering secara menyeluruh b. Regangkan dengan baik bagian lipatan kulit seperti diantara ibu jari atau bagian bawah lengan c. Bubuhkan sedikit area kulit sehingga area tertutup dengan bubuk halus, lapisan tipis d. Tutup area kulit dengan balutan bila diperlukan e. Bantu klien untuk posisi nyaman, kenakan pakaian klien, tutup linen tempat tidur sesuai dengan keinginan f. Buang peralatan yang basah pada tempat yang telah disediakan.			
13	Membuang sarung tangan dengan membalik bagian dalam keluar dan buang dalam wadah yang tersedia			

14	Mencuci tangan			
III	**Teknis**			
15	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
16	Menjaga privasi pasien			
17	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
18	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Jumlah			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{36} \times 100$			

b. PEMBERIAN OBAT TETES TELINGA

Pengertian : Memasukkan obat dengan dosis tertentu ke dalam lubang telinga
Tujuan :

1. Melunakkan kotoran telinga
2. Merupakan terapi lokal untuk mengurangi reaksi inflamasi dan melawan organisme yang tidak bermanfaat di saluran telinga bagian luar
3. Menurunkan nyeri

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan alat: a. Obat tetes telinga sesuai dengan program terapi b. Pipet c. Kapas d. Catton bath e. Bangkok f. Sarung tangan bersih			
7	Mencuci tangan`			
8.	Menganjurkan klien untuk duduk atau berbaring			
9.	Menarik daun telinga sedikit kearah belakang dan atas			
10.	Membersihakan telinga klien dengan cotton bath dengan gerakan memutar sempai bersih			
11	Meneteskan obat telinga sesuai dosis			
12	Menutup saluran pendengaran dengan kapas atau kassa, biarkan klien dengan posisi tetap kurang lebih 5 menit			
13	Membersihkan bila ada obat yang menetes disekitar telinga			
14	Membuang peralatan yang basah pada tempat yang telah disediakan			
15	Mencuci tangan			

III	**Teknis**			
16	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
17	Menjaga privasi pasien			
18	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
19	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Jumlah			

c. PEMBERIAN OBAT TETES MATA

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan alat: a. Tetes mata/ salep mata b. Sarung tangan c. Bak instrumen d. Kapas DTT e. Tissue f. Bengkok			
7	Mencuci tangan`			
8.	Menggunakan sarung tangan			
9.	Membersihkan mata dengan kapas basah dari arah dalam ke luar			
10.	Menarik kelopak mata bawah dengan menggunakan ibu jari/ telunjuk yang tidak dominan hingga konjungtiva bagian bawah nampak			
11	Menganjurkan pasein melihat ke atas			
12	Meneteskan obat pada konjungtiva bagian bawah tanpa menyentuh membran, jika obat berupa salep berikan salep memajang dari kantus internus sampai kantus eksternus			
13	Memint pasien menutup matanya dengan lembut dan memutar matanya			
14	Apabila obat berupa tetes mata berupa tetes mata anjurkan pasien menekan lembut kantus internus selama 1 menit agar obat tidak masuk ke saluran air mata			
15	Membersihkan sisa obat pada mata dengan menggunakan tissue dari arah dalam ke luar			
16	Mengkaji keadaan umum pasien			

17	Menjelaskan tindakan sudah selesai			
18	Bereskan alat dan pasien			
19	Lepaskan sarungtangan, buang ke tempat sampah infeksius			
20	Cuci tangan			
III	**Teknis**			
21	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
22	Menjaga privasi pasien			
23	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
24	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Jumlah			

d. MEMBERIKAN OBAT SUPOSITORIA

Pengertian : Suppositoria adalah obat solid (padat) berbentuk peluru yang dirancang untuk dimasukkan ke dalam anus/rektum (suppositoria rektal), vagina (suppositoria vagina) atau uretra (suppositoria uretra).

Tujuan :
Pemberian obat per rectal :

1. Menstimulasi peristaltik usus dan flatus
2. Memberikan efek lokal di mukosa gastrointestinal, seperti merangsang defekasi.
3. Memberikan efek sistemik seperti menurunkan mual atau menurunkan nyeri
4. Melunakkan feses dan melumbrikasi (melumasi) rektum dan kolon.
5. Memberisihkan rektum dan kolon sebagai persiapan pembedahan atau pemeriksaan diagnostik tertentu, kecuali operasi rektal.

Pemberian obat per vagina :

1. Untuk mengobati infeksi pada vagina
2. Untuk menghilangkan nyeri, rasa terbakar dan ketidaknyamanan pada vagina

Gambar :



Obat suppositoria

Kriteria Penilaian:

1. 0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
2. 1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
3. 2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			

4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan alat: r. Kartu atau formulir obat s. Supositoria t. Jeli Pelumas u. Sarung tangan bersih sekali pakai v. Selimut w. Lembar pencatatan pengobatan			
7	Mencuci tangan			
8.	Menganjurkan klien untuk melakukan posisi miring (sims) dengan tungkai bagian atas fleksi ke depan)			
9.	Menjaga klian agar tetap berselimut dan hanya area anal yang berjalan			
10.	Membuka supositoria dari kemasannya dan beri pelumas pada ujung bulatnya dengan jelly beri pelumas sarung tangan pada jari telunjuk			
11	Menganjurkan klien menarik nafas dalam berlahan–lahan melalui mulut untuk merilekskan sifingter ani			
12	rectal : Meregangkan bokong klien dengan tangan non dominan/kiri. Dengan jari telujuk masukkan supositoria perlahan melalui anus melalui sifingter anal internal, dan mengenai dinding rectal (10 cm pada orang dewasa dan 5 cm pada anak-anak atau bayi)			
	Vagina : Membuka labia mayora dan minora pasien dengan jari non dominan/ kiri. Dengan jari telujuk masukkan supositoria perlahan sepanjang dinding kanal vagina posterior sepanjang dinding posterior lubang vagina sampaisepanjang jari telunjuk (7.5-10 cm), untuk memastikan distribusi obat sepanjang dinding vagina.			
13	Menarik jari dan bersihkan area anal/ vagina klien			
15	Menginstruksikan klien untuk tetap berbaring terlentang atau miring selama 5 menit			
16	Bila supositoria mengandung laksatif atau pelunak feses, letakkan bel dalam jangkauan klien sehingga klien dapat mencari bantuan untuk mengambil pispot atau kekamar mandi			
17	Membuang sarung tangan dengan membalik bagian dalam keluar dan buang dalam wadah yang tersedia			
18	Mencuci tangan			
III	**Teknis**			
19	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
20	Menjaga privasi pasien			
21	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
22	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Jumlah			

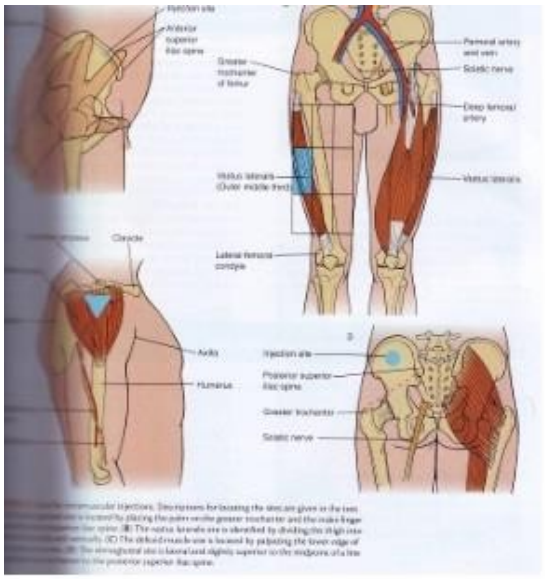
e. PEMBERIAN OBAT SECARA PARENTERAL

PENGERTIAN:
Pemberian obat melalui jaringan atau pembuluh darah dengan mengguanakan spuit.
TUJUAN:
1. Mendapatkan reaksi yang lebih cepat dibandingkan dengan cara yang lain
2. Memperoleh reaksi setempat (tes alergi)
3. Memberikan zat imunologi

MACAM:
1. Injeksi Intradermal (intrakutaneus)
   Adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan dermis di bawah epidermis kulit dengan menggunakan spuit.
   Tujuan:
   a. Memasukkan sejumlah toksin atau obat yang disimpan di bawah kulit untuk diabsorbsi
   b. Metode untuk tes diagnostik terhadap alergi atau adanya penyakit-penyakit tertentu
2. Injeksi Subkutaneus
   Adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan subkutan di bawah kulit dengan menggunakan spuit
   Tujuan:
   a. Memasukkan sejumlah toksin atau obat yang disimpan di bawah kulit untuk diabsorbsi
3. Injeksi Intrmuskular
   Adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam jaringan otot dengan menggunakan spuit
   Tujuan:
   a. Memasukkan sejumlah obat yang disimpan di bawah kulit untuk diabsorbsi
4. Injeksi Intravena
   Adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit
   Tujuan:
   a. Memperoleh reaksi obat yang lebih cepat dibandingkan dengan injeksi parenteral yang lain
   b. Menghindari kerusakan jaringan
   c. Memasukkan obat dalam volume yang lebih besar
   d. Memasukkan sejumlah toksin atau obat yang disimpan di bawah kulit untuk diabsorbsi

KETERAMPILAN INJEKSI INTRA MUSCULAR

Gambar :





Petunjuk pengisian :
Beri tanda centang pada kolom yang sesuai dengan situasi pengamatan, yaitu :
Nilai 0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
Nilai 1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
Nilai 2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek yang Diamati	Nilai		
	Sikap dan Perilaku			
1	Mengucapkan salam dan berjabat tangan dengan ramah			
2	Menjelaskan tujuan dan meminta persetujuan dan kontrak waktu pada pasien			
3	Memberikan kesempatan bertanya pada pasien			
4	Merespon reaksi pasien			
5	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri, dan tidak gugup			
	Persiapan			
6	a. Spuit 3 cc atau 5 cc (sesuaikan dengan kebutuhan) b. Obat dalam bentuk vial atau ampul c. Kapas alkooll d. Bengkok e. Bak instrumen f. Hanscound g. Korentang			
	Contens			
7	Mencuci tangan kemudian keringkan dengan handuk pribadi			
8	Cek alat yang akan digunakan			
9	Memakai handscounds			
10	Mengambil obat dari vial			
11	Mengganti jarum dengan jarum yang baru dan memastikan jarum sudah terpasang kencang pada spuit			
12	Mengeluarkan udara dari spuit			
13	Menentukan lokasi penyuntikan			
14	Melakukan desinfeksi pada lokasi yang akan disuntik			
15	Meminta izin pada ibu untuk melakukan penyuntikan			
16	Melakukanpenyuntikan secara IM dengan sudut jarum 90°			
17	Melakuakan aspirasi			
18	Memasukkan obat			
19	Menarik jarum secara pelan, dan melakukan penekanan dengan kapas alkohol pada daerah bekas penyuntikan			
20	Melepas handscounds dan membereskan alat			
21	Melakukan cuci tangan dan mengeringkan dengan handuk kering			
	Teknik			
22	Bekerja secara sistematis, efektif, dan efisien			

23	Menjaga privasi pasien			
24	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
25	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
26	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu-ragu			
	Jumlah			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{42} \times 100$			

f. INJEKSI SUBCUTAN

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	Nilai		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6	Membaca catatan medis dan mengecek identitas klien (5 benar: obat, dosis, waktu, klien, dan cara pemberian)			
7	Menyiapkan: Tempat : aman, nyaman, bersih, terjaga privacy. Menutup pintu dan jendela atau sampiran			
8	Persiapan alat: - Spuit 1-3 ml - Kapas - Alkohol 70% - Air DTT - Obat dalam ampul/vial - Sarung tangan disposible - Bak instrumen - Bengkok - Safety box - Kartu pengobatan	-	-	-
9	Mendekatkan alat yang diperlukan			
10	Mencuci tangan			
11	Menggunakan sarung tangan			
12	Memastikan apakah jarum sudah terpasang kencang pada spuit			
13	Meminta klien membuka baju pada tempat yang sesuai (lengan atas, tungkai atas, perut)			
14	Memposisikan klien rileks dan nyaman			
15	Mendesinfeksi area injeksi dengan antiseptik secara memutar dari dalam ke luar. Tunggu kering.			
16	Membuka tutup spuit dan letakkan pada pinggir meja atau tempat yang mudah dijangkau (bak instrumen)			
17	Memasukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas, bersudut 30-45^0 dari permukaan area injeksi, dengan kedalaman jarum			

	tidak lebih dari ½ inchi			
18	Melakukan aspirasi untuk memastikan jarum tidak menembus pembuluh darah			
19	Memasukkan obat secara hati-hati dengan memperhatikan reaksi klien			
20	Jarum ditarik kemudian menekan bekas injeksi dengan kapas desinfeksi			
21	Mengobservasi sesaat bekas injeksi apakah ada pengeluaran darah			
22	Merapikan klien dan membantu ke posisi nyaman			
23	Membereskan alat, membuang sisa alat disposible ke safety box			
24	Melepaskan sarung tangan secara terbalik			
25	Mencuci tangan			
26	Melakukan pendokumentasian			
III	**Teknis**			
27	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
28	Menjaga privasi pasien			
29	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
30	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Jumlah			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{60} \times 100$			

g. INJEKSI INTRAVENA



Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	Nilai		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	Content			
1	Membaca catatan medis dan mengecek identitas klien (5 benar: obat, dosis, waktu, klien, dan cara pemberian)			
2	Menyiapkan: Tempat : aman, nyaman, bersih, terjaga privacy. Menutup pintu dan jendela atau sampiran			
3	Persiapan alat: - Spuit 3-5 ml - Kapas - Alkohol 70% - Tourniquet - Sarung tangan - Bak instrumen - Bengkok - Safety box - obat			
4	Mendekatkan alat yang diperlukan			
5	Mencuci tangan			
6	Menggunakan sarung tangan			

7	Memastikan apakah jarum sudah terpasang kencang pada spuit			
8	Meminta klien membuka baju pada tempat penyuntikan (di lengan atas)			
9	Memasang tourniquet 10-12 cm di atas lokasi penyuntikan			
10	Mendesinfeksi area injeksi dengan antiseptik secara memutar dari dalam ke luar. Tunggu kering.			
16	Membuka tutup			
17	Menarik/memegang kulit di atas area injeksi, menusukkan jarum yang menghadap ke atas dengan sudut 15-45^0 dari permukaan area injeksi menggunakan tangan kanan			
18	Menstabilkan alat pengambil darah dengan tangan kiri			
19	Menarik piston spuit dengan perlahan sampai memperoleh darah sesuai yang diperlukan			
20	Melepaskan tourniquet			
21	Menarik jarum/spuit, menekan bekas tusukan dengan kapas			
22	Meninggikan lengan klien lebih tingggi dari pada jantung sampai perdarahan berhenti			
23	Memasang band aid			
24	Merapikan klien dan membantu ke posisi nyaman			
25	Memberi label dan mengirimkan ke laboratorium			
26	Membereskan alat, membuang sisa alat disposible ke safety box			
27	Melepaskan sarung tangan secara terbalik			
28	Mencuci tangan			
29	Melakukan pendokumentasian			
III	**Teknis**			
30	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			

h. INJEKSI INTRACUTAN



Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati			
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6	Membaca catatan medis dan mengecek identitas klien (5 benar: obat, dosis, waktu, klien, dan cara pemberian)			
7	Menyiapkan: Tempat : aman, nyaman, bersih, terjaga privacy. Menutup pintu dan jendela atau sampiran			
8	Persiapan alat: - Spuit 1 ml - Kapas - Alkohol 70% - Air DTT - Obat dalam ampul/vial - Sarung tangan disposible - Bak instrumen - Bengkok - Safety box			

	- Kartu pengobatan			
9	Mendekatkan alat yang diperlukan			
10	Mencuci tangan			
11	Menggunakan sarung tangan			
12	Memastikan apakah jarum sudah terpasang kencang pada spuit			
13	Meminta klien membuka baju pada tempat yang sesuai di lengan bawah volar, lengan atas (M. Deltoideus)			
14	Mendesinfeksi area injeksi dengan antiseptik secara sirkuler			
15	Membuka tutup spuit			
16	Memasukkan jarum dengan lubang menghadap ke atas, sudut 10-15^0 dari permukaan area injeksi			
17	Memasukkan obat			
18	Jarum ditarik dan jangan ditekan			
19	Mengobservasi sesaat bekas injeksi apakah ada pengeluaran darah			
20	Merapikan klien dan membantu ke posisi nyaman			
21	Membereskan alat, membuang sisa alat disposible ke safety box			
22	Melepaskan sarung tangan secara terbalik			
23	Mencuci tangan			
24	Melakukan pendokumentasian			
	Teknis			
25	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
26	Menjaga privasi pasien			
27	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
28	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 56			

A. Judul Materi
Pemeriksaan Diagnostik

B. Capaian Pembelajaran
Mampu menerapkan, dan mempraktikkan pemeriksaan diagnostik dengan tepat dan memperhatikan patient savety (C3, A3, P3).

C. Materi :

1. PERSIAPAN ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)

a. Pengertian

Elektrokardiografi adalah ilmu yang mempelajari tentang Elektrokardio-gram (EKG), atau alat yang digunakan untuk mengetahui pulsa dan isyarat jantung yang dapat dilihat pada layar monitor. Elektrokardio-gram jantung merupakan alat medis yang digunakan bersama elektrokardiograf berupa catatan atau gambar grafik yangdidapatkan dari tubuh manusia melalui elektrode-elektrode yang akan menangkap pancaran potensial arus bioelektrik jantung. Rekaman aktivitas listrik jantung mempunya peran yang sangat penting dalam kardiologi.

b. Manfaat

EKG dapat membantu menegakkan diagnosis dan mengukur derajat kelainan yang akan memegang peran penting dalam tatalaksana kelainan jantung dan beberapa penyakit jantung bawaan (PJB) antara lain:

1) Defek septum atrium sekundum
2) Atresia trikuspid
3) *Endocardial cushion defect*
4) Memberi informasi tentang beratnya derajat stenosis pada kelainan katup pulmonalis yaitu stenosis pulmonalis.
5) Gangguan hemodinamik pada berbagai penyakit jantung bawaan.

PENUNTUN BELAJAR PERSIAPAN EKG

Kriteria Penilaian:

1. Perasat tidak dilakukan sama sekali 0
2. Perasat dilakukan tapi kurang sempurna 1
3. Perasat dilakukan dengan sempurna 2

No	Aspek Yang Diamati			
I	**Sikap dan Perilaku**			
1	a. Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah* . dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
	b. Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
	c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
	d. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
	e. Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
	f. Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
	Nilai 0 jika tdk melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara tepat Nilai 1 jika melakukan 1-3 Nilai 2 jika melakukan 4-6			
II	**Content**			
2	Persiapan alat : a.Peralatan EKG, fasilitas pengukuran yang dapat tampil dalam layar monitor. b. Fasilitas penyimpanan dan pencetakan hasil EKG c. Kapas alkohol dan tempatnya d. Kertas tisu e. Jelly f. Bengkok g. Tempat sampah medis h. Washlap basah i. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil pemeriksaan j. Alat cukur (kalau perlu)			
3	Mencuci tangan			
4	Menggunakan Sarung Tangan			
5	Mempersiapkan pasien dan mengatur posisi pasien semi fowler dan membuka baju yang menutupi perut ibu serta menutup bagian perut sampai kaki ibu dengan selimut			
6	Mendekatkan mesin EKG di sebelah kanan pasien, dan memperhatikan tegangan listrik di ruangan			
7	Membersihkan area ekstremitas dan dada yang akan dipasangi elektroda dengan menggunakan kapas alkohol. Bila terdapat rambut yang cukup			

	tebal cukur bila perlu			
8	Memberikan jelly pada area pemasangan dan pada elektroda otot yang terlalu tebal atau struktur tulang :* a. Kabel Merah (R) : pada lengan kanan b. Kabel Kuning (L) : pada lengan kiri c. Kabel Hijau (F) : pada kaki kiri d. Kabel Hitam (N) : pada kaki kanan e. V1 : pada interkostal ke 4 kanan f. V2 : pada interkostal ke 4 kiri g. V3 : pada inteerkostal ke 4-5 antara V2 dan V4 h. V4 : pada interkostal ke 5 linea midclavicularis kiri i. V5 : horizontal terhadap V4, di linea aksilaris anterior j. V6 : horizontal terhadap V5, pada linea midaksilaris			
9	Menghubungkan kabel *ground* ke washlap basah yang diletakkan di bengkok* Menghubungkan kabel listrik mesin EKG ke sumber listrik.			
10	Menyalakan *Power ON* mesin EKG.*			
11	Mengatur kecepatan gelombang pada 25 mV*			
12	Mengatur ketinggian rekaman pada skala 1*			
13	Melakukan kalibrasi 1 mV*			
14	Melakukan rekaman *12 lead**			
15	Mencetak hasil pemeriksaan			
16	Setelah selesai , matikan power mesin EKG dan lepaskan kabel/elektroda dari tubuh klien, kemudian bersihkan sisa jelly yang menempel dengan tissue*			
17	Merapikan klien dan mengembalikan alat-alat pada tempatnya			
18	Memberitahu pasien bahwa pemeriksaan sudah selesai			
19	Mencuci tangan			
20	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan			
21	Mencetak hasil USG dan memberikan kepada dokter untuk menyampaikan hasil USG kepada pasien			
22	membersihakan tranduser dari jelly dengan tissue dan mengembalikan pada tempatnya, merapian kabel-kabel jangan sampai terinjak/tertekuk/ terjepit, menutup USG dengan penutup yangn disediakan			
23	Melepas Sarung tangan dan membuangnya pada tempat sampah medis			
24	Mencuci tangan			
25	Membaca *hamdalah*			
26	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan			
III	**Teknis**			
27	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
28	**Mengadakan kontak mata dan empati**			
29	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
30	**Menjaga Privasi**			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 60			

2. PERSIAPAN CARDIOTOKOGRAFY (CTG)

a. Pengertian

Kardiotokografi berasal dari dua kata yaitu: Kardio → denyut jantung , Toko → kontraksi uterus. Keduanya disajikan pada waktu yang bersamaan, denyut jantung terdapat dibagian atas catatan dan kontraksi dibawahnya. Kardiotokografi adalah suatu metoda elektronik untuk memantau kesejahteraan janin dalam kehamilan dan atau dalam persalinan. Dilakukan untuk menilai apakah bayi merespon stimulus secara normal dan apakah bayi menerima cukup oksigen. Umumnya dilakukan pada usia kandungan minimal 26-28 minggu, atau kapanpun sesuai dengan kondisi bayi. Cardiotokografi merupakan pemeriksaan denyut jantung janin untuk menilai kesejahteraanya (*fetal-wellbeing)*.

Dalam Cardiotokografi terdapat 3 hal yang di catat :

1. Denyut jantung janin
2. Kontraksi Rahim
3. Gerakan janin.

Yang dinilai adalah gambaran denyut jantung janin (djj) dalam hubungannya dengan gerakan atau aktivitas janin. Pada janin sehat yang bergerak aktif dapat dilihat peningkatan frekuensi denyut jantung janin. Sebaliknya, bila janin kurang baik, pergerakan bayi tidak diikuti oleh peningkatan frekuensi denyut jantung janin. Hasil pemeriksaan CTG yang meragukan, hendaknya diulangi dalam waktu 24 jam. Atau dilanjutkan dengan pemeriksaan CST (*Contraction Stress Test*). Bayi yang tidak bereaksi belum tentu dalam bahaya, walau begitu pengujian lebih lanjut mungkin diperlukan.

b. Indikasi

Pemeriksaan Cardiotokografi biasanya dilakukan pada kehamilan resiko tinggi, dan indikasinya terdiri dari :

Kondisi Ibu

1) Pre-eklampsia-eklampsia
2) Ketuban pecah
3) Diabetes mellitus
4) Kehamilan > 40 minggu
5) Vitium cordis
6) Asthma bronkhiale
7) Inkompatibilitas Rhesus atau ABO
8) Infeksi TORCH
9) Riwayat SC
10) Induksi atau akselerasi persalinan
11) Persalinan preterm
12) Hipotensi

13) Perdarahan antepartum
14) Ibu perokok
15) Ibu berusia lanjut (> 35 tahun)
16) Penyakit- penyakit ibu yang berpengaruh pada kehamilan

Kondisi JANIN

1) Pertumbuhan janin terhambat (PJT)
2) Gerakan janin berkurang
3) Suspek lilitan tali pusat
4) Aritmia, bradikardi, atau takikardi janin
5) Hidrops fetalis
6) Kelainan presentasi, termasuk pasca versi luar.
7) Mekoneum dalam cairan ketuban
8) Riwayat lahir mati
9) Kehamilan ganda
10) Dan lain-lain

c. Syarat Pemeriksaan Cardiotokografi

1) Usia kehamilan > 28 minggu.
2) Ada persetujuan tindak medik dari pasien (secara lisan).
3) Punktum maksimum denyut jantung janin (DJJ) diketahui.
4) Prosedur pemasangan alat dan pengisian data pada komputer (pada Cardiotokografi terkomputerisasi) sesuai buku petunjuk dari pabrik.

d. Kontra Indikasi Cardiotokografi

Belum ditemukan kontra-indikasi pemeriksaan Cardiotokografi terhadap ibu maupun janin.

3. PENUNTUN BELAJAR PERSIAPAN CTG

Kriteria Penilaian:
Perasat tidak dilakukan sama sekali 0
Perasat dilakukan tapi kurang sempurna 1
Perasat dilakukan dengan sempurna 2

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1	a. Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah*. dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
	b. Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
	c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
	d. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
	e. Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
	f. Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
	Nilai 0 jika tdk melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara tepat Nilai 1 jika melakukan 1-3 Nilai 2 jika melakukan 4-6			
II	**Content**			
2	Persiapan alat: a. Peralatan CTG (Tranduser, panel control, fasilitas pengukuran yang dapat tampil dalam layar monitor) b. Fasilitas penyimpanan dan pencetakan hasil CTG c. Sarung tangan d. Kertas tissue e. Jelly f. Bengkok g. Tempat sampah medis h. Larutan klorin 0,5% i. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil pemeriksaan/ formulir jawaban dan penuntun pengisian CTG j. Selimut			
3	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
	Meminta pasien berkemih, tidur setengah duduk/duduk/tidur miring ke kiri, perhatikan keamanan dan kenyamanan klien, bila haus atau lapar harus minum atau makan terlebih dahulu; dan bila masih kecapaian, istirahat beberapa waktu (sekitar 10 menit tirah baring).			
4	Mencuci tangan			
5.	Mempersilahkan pasien naik ke meja periksa dan mengatur posisi			

	pasien semi fowler/ fowler/ miring kiri dan membuka baju yang menutupi perut ibu serta menutup bagian perut sampai kaki ibu dengan selimut.			
6.	Mendekatkan mesin CTG di sebelah kanan pasien, dan memperhatikan tegangan listrik diruangan.			
7.	Melakukan pemeriksaan Leopold I – IV untuk menentukan posisi janin, dan punctum maximum*			
8	Memasang sabuk/ pengikat abdomen mengelilingi bagian abdomen sesuai dengan presentasi janin			
9	Memasang seker tranduser FHR/US untuk ultrasonografi (perut diberi jelly) dan UA untuk aktifitas uterus ke dalam soket pemantau*.			
10	Memberikan kepada ibu tombol perekam aktifitas uterus (kontraksi dan gerakan janin) dan menjelaskan kapan saatnya memencet tombol*			
11	Mengatur rekaman grafik pada kecepatan kertas 3 cm/menit dan observasi DJJ pada strip grafik, periksa waktu, tanggal yang tercetak untuk keakuratan dan observasi kertas grafik.*			
12	Menekan UA atau tombol tes Tokometer dan sesuaikan kepekaan peralatan kalibrasi antara rekaman pada garis 20 mm Hg pada kertas grafik.* Pemasangan peralatan Kardiotokografi : tokometer di pasang di fundus (TIDAK BOLEH DIBERI JELI) dan kardiometer (harus diberi jeli) dipasang di tempat punktum maksimum jantung janin.			
13	Memantau frekuensi dan durasi kontraksi, catat perkembangan pasien menurut kebijakan institusi* Lama perekaman MINIMAL 20 MENIT. Bila variabilitas minimal (1-5 DPM) atau tidak ada (absent), lakukan perangsangan bayi dengan bel VIBROAKUSTIK (beri tahu ibu sebelum tindakan tersebut dilakukan). Bila tidak memiliki bel vibroakustik, lakukan perangsangan dengan cara menggerakkan tubuh atau kepala janin.			
14	Mengawasi pasien selama pemeriksaan			
15	Melakukan Interpretasi Hasil EKG			
	1. Kategori I : Pola DJJ Normal a. Frekuensi dasar normal : 110 – 160 dpm b. Variabilitas DJJ normal : moderat (5 – 25 dpm) c. Tidak ada deselerasi lambat dan variabel d. Tidak ada atau ada deselerasi dini e. Ada atau tidak ada akselerasi			
	2.Kategori II : Pola DJJ Ekuivokal **Frekuensi Dasar dan Variabilitas** a. Frekuensi dasar : Bradikardia (<110 dpm) yang tidak disertai hilangnya b. variabilitas (*absent variability*) c. Takhikardia (>160 dpm) d. Variabilitas minimal (1 - 5 dpm) e. Tidak ada variabilitas tanpa disertai deselerasi berulang f. Variabilitas > 25 DPM (*marked variability*) **Perubahan Periodik** a. Tidak ada akselerasi DJJ setelah janin distimulasi			

	b. Deselerasi variabel berulang yang disertai variabilitas DJJ minimal atau moderat c. Deselerasi lama (*prolonged deceleration*) > 2 menit tetapi < 10 menit d. Deselerasi lambat berulang disertai variabilitas DJJ moderat (*moderate baseline variability*) e. Deselerasi variabel disertai gambaran lainnya,			
	3. Kategori III : Pola DJJ Abnormal **Tidak ada variabilitas DJJ (*absent FHR variability*) disertai oleh :** a. Deselerasi lambat berulang b. Deselerasi variabel berulang c. Bradikardia d. Pola sinusoid (*sinusoidal pattern*)			
15	Memberitahu ibu bahwa pemeriksaan sudah selesai			
16	Membersihkan jelly dari perut ibu dengan tissue			
17	Membantu ibu merapikan pakaian dan turun dari meja periksa dan mempersilahkan ibu untuk duduk (sesuai kondisi).			
18	Mencetak hasil CTG dan memberikan kepada dokter OBSGIN untuk menyampaikan hasil CTG kepada pasien.			
19	Membersihkan tranduser dari jelly dengan tissue dan mengembalikan pada tempatnya, merapikan kabel-kabel jangan sampai terinjak/tertekuk/terjepit, menutup CTG dengan penutup yang disediakan oleh pabrik.			
20	Mencuci tangan			
21	Membaca *hamdalah*			
22	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan			
III	**Teknis**			
23	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
24	**Mengadakan kontak mata dan empati**			
25	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
	Jumlah			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 50			

4. PERSIAPAN ULTRASONOGRAPHY (USG)

a. Pengertian

Ultrasonografi medis (sonografi) adalah sebuah teknik diagnostik pencitraan menggunakan suara ultra yang digunakan untuk mencitrakan organ internal dan otot, ukuran mereka, struktur, dan luka patologi, membuat teknik ini berguna untuk memeriksa organ. Sonografi obstetrik biasa digunakan ketika masa kehamilan.

Gambar ultrasound dihasilkan dengan menggunakan transduser, yang mengirimkan gelombang berfrekuensi tinggi (3 – 7,5 MHz) berintensitas rendah menembus abdomen atau pelvis. Transduser tersebut terdiri atas kristal-kristal piezoelektrik, yang biasanya akan memuncah dalam sebuah larik lengkung (*curved arry*). Sekelompok kecil kristal akan dipicu secara berurutan, dan setiap kristal memancarkan berkas ultrasound terfokus dalamserangkaian denyut yang akan dipantulkan ketika bertemu struktur. Pantulan sinyal terdeteksi diantara denyut-denyut tersebut dan menghasilkan muatan elektrik kecil yang akan diubah menjadi sinyal visual pada sebuah layar. Tekstur dan bayangan gambar pada layar ditentukan berdasarkan kuantitas bunyi yang dipantulkan bervariasi dari hitam (menunjukkan cairan) hingga putih (menunjukkan struktur padat misalnya tulang). Sebuah peta dua dimensi yang menggambarkan isi uterus ditampilkan dalam irisan-irisan tipis, dan karena keseluruhan larik dipicu sebanyak 20 kali per detik atau lebih, gambar yang dihasilkan terus menerus diperbaharui sehingga gerakan janin, jantung, dan gerakan lain dapat dipelajari.

b. Ultrasound Dalam Kebidanan

Perkiraan usia kehamilan dapat dikaji secara akurat sebelum 12 minggu dengan menggunakan ultrasound yaitu dengan mengukur panjang kepala bokong (*crown-rump lenght*, CRL) dan sejak minggu 12-20 dengan menggunakan diameter bi parietal, lingkar kepala (HC) atau panjang femur (FL).

c. Indikasi USG dalam Bidang Kebidanan:

1. Penentuan usia kehamilan
2. Evaluasi pertumbuhan janin
3. Kehamilan dengan perdarahan per vaginam
4. Penentuan presentasi janin
5. Suspek kehamilan multipel
6. Membantu tindakan amniosentesis atau biopsi villi koriales
7. Perbedaan antara besar usus dan usia kehamilan
8. Suspek kehamilan mola
9. Massa pelvik yang terdeteksi secara klinis
10. Evaluasi tindakan pengikatan serviks
11. Suspek kehamilan ektopik
12. Membantu prosedur khusus dalam kehamilan dan persalinan
13. Mempelajari perkembangan folikel pada ovarium
14. Suspek kematian mudigah/janin
15. Suspek kelainan uterus pada kehamilan
16. Menentukan letak IUD pada

kehamilan
17. Pemeriksaan profil biopsi janin
18. Mengawasi tindakan intrapartum
19. Suspek polihidramnion/oligohidramnion
20. Suspek solusio plasenta
21. Tindakan versi luar janin sungsang
22. Prakiraan berat janin/presantasi janin KP atau persalinan prematur
23. Kadar alfa protein abnormal di dalam serum ibu
24. Follow-up kelainan janin
25. Riwayat kelainan kongenital
26. Pemeriksaan serial pertumbuhan janin pada kehamilan multiple
27. Prakiraan usia kehamilan terhadap pasien yang terlambat melakukan antenatal

d. Tujuan USG

Trimester I

1. Menentukan lokasi kehamilan
2. Menentukan usia kehamilan
3. Deteksi kehidupan mudigah/janin
4. Evaluasi komplikasi kehamilan
5. Deteksi kelainan mudigah/janin
6. Deteksi kehamilan multipel
7. Evaluasi tumor pelvik
8. Membantu tindakan intervensi

Trimester II- III

1. Pemeriksaan terhadap :
   a. Tanda kehidupan janin
   b. Jumlah janin
   c. Presentasi janin
   d. Aktivitas janin
2. Pemeriksaan terhadap volume cairan amnion.
3. Pemeriksaan terhadap plasenta dan tali pusat :
   a. Lokasi plasenta
   b. Gambaran plasenta
   c. Hubungannya dengan ostium uteri internum
4. Penentuan usia kehamilan :
   a. Diameter biparietal
   b. Lingkar kepala
   c. Panjang ekstremitas (humerus, femur), dsb



USG ABDOMEN

USG TRANSVAGINAL





Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1	a. Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah* . dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
	b. Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
	c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
	d. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
	e. Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
	f. Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
	Nilai 0 jika tdk melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara tepat Nilai 1 jika melakukan 1-3 Nilai 2 jika melakukan 4-6			
II	**Content**			
2	Persiapan alat: l. Peralatan USG (Tranduser, panel control, fasilitas pengukuran yang dapat tampil dalam layar monitor) m. Fasilitas penyimpanan dan pencetakan hasil USG n. Sarung tangan o. Kertas tissue/Handuk p. Kondom (khusus pemeriksaan USG Transvaginal dan Rektal) q. Jelly r. Bengkok s. Tempat sampah medis t. Larutan klorin 0,5% u. Buku register untuk mencatat identitas, jenis dan hasil pemeriksaan v. Selimut			
3	**Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi**			
4	Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan			
5	Mempersilahkan pasien naik ke meja periksa dan mengatur posisi pasien semi fowler dan membuka baju yang menutupi perut ibu serta menutup bagian perut sampai kaki ibu dengan selimut. ✓ Hamil Trimester I : pasien menahan BAK. ✓ Hamil Trimester II dan III: pasien tidak menahan BAK			
6	Mendekatkan dan menghidupkan mesin USG di sebelah kanan			

	pasien, dan memperhatikan tegangan listrik diruangan. *Memasang kondom pada tranduser untuk pemeriksaan USG Transvaginal/Rektal**			
7	Mengoleskan jelly pada abdomen			
8	Mengawasi pasien selama pemeriksaan			
9	Memberitahu ibu bahwa pemeriksaan sudah selesai			
10	Membersihkan jelly dari perut ibu dengan tissue/handuk			
11	Membantu ibu merapikan pakaian dan turun dari meja periksa dan mempersilahkan ibu untuk duduk (sesuai kondisi).			
12	Membersihkan tranduser dari jelly dengan tissue dan mengembalikan pada tempatnya, merapikan kabel-kabel jangan sampai terinjak/tertekuk/terjepit, menutup USG dengan penutup yang disediakan oleh pabrik.			
13	Membereskan dan membersihkan alat lain, membuang tissue pada tempat sampah			
14	Melepas Sarung tangan dan membuang ke tempat sampah medis			
15	Mencuci tangan			
16	Membaca *hamdalah*			
17	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan			
III	**Teknis**			
18	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
19	**Mengadakan kontak mata dan empati**			
20	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{40} \times 100$ Kriteria kelulusan : Nilai ≥ 75			
	NB: Nama dan tandatangan observer dan penguji			

5. PENGAMBILAN SEDIAAN DARAH

a. Pengertian :

Dalam kegiatan pengumpulan sampel darah dikenal istilah phlebotomi yang berarti proses mengeluarkan darah. Ada 3 macam cara untuk memperoleh darah yaitu skinpuncture, venipuncture, dan arteri. Venipuncture adalah cara yang paling umum dilakukan, oleh karena itu istilah phlebotomis sering dikaitkan dengan pengambilan darah vena (venipuncture).

Pada pengambilan darah vena, umumnya diambil dari vena mediana cubiti yang terletak pada sisi lipatan siku. Vena ini terletak di permukaan kulit, cukup besar, dan tidak dekat dengan syaraf. Apabila tidak memungkinkan, vena cephalica dan vena basilica bisa menjadi pilihan dalam pengambilandarah vena. Venipuncture pada vena basilica harus dilakukan dengan hati-hati karena letaknya berdekatan dengan arteri branchialis dan syaraf mediana. Jika vena basilica dan cephalica tidak dapat digunakan, maka dapat dilakukan pengambilan darah di vena pergelangan tangan dan vena kaki.

Ada dua cara dalam pengambilan darah vena, yaitu cara manual dan cara vakum. Cara manual dilakukan dengan menggunakan alat suntik (*syringe*), sedangkan cara vakum dengan menggunakan tabung vakum (*vacutainer*).



b. Tujuan Pengambilan Spesimen Darah

1) Tujuan umum:
   Menyediakan spesimen darah untuk analisis pemeriksaan diagnostik.
2) Tujuan khusus :
   a) Darah vena : Tujuan : mendapatkan spesimen darah vena tanpa anti koagulan yang memenuhi persyaratan untuk pemeriksaan kimia klinik dan imunoserologi

b) Darah EDTA : Bertujuan untuk mendapatkan spesimen darah EDTA yang memenuhi persyaratan untuk pemeriksaan morfologi sel darah tepi dan hitung jumlah trombosit

c) Darah sitrat : Tujuan : mendapatkan spesimen darah SITRAT yang memenuhi persyaratan untuk pemeriksaan laju endapan darah metode Weatergreen dan pemeriksaan tes hemoragik

d) Darah kapiler : Tujuan : mendapatkan spesimen darah kapiler yang memenuhi persyaratan untuk pemeriksaan golongan darah dan beberapa pemeriksaan rapid test imunologi

Penuntun Belajar Pengambilan specimen darah

Kriteria Penilaian:

0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6	Persiapan alat : a. Botol steril dengan atau tanpa koagulansia b. Spuite 3cc, 5 cc c. Kapas alkohol d. Kassa steril e. Torniquet f. Label g. Sarung tangan bersih h. Plester i. Gunting plester			

7	Pegang lengan klien, pilih vena yang besar lurus dan tidak bercabang			
8	Persiapkan jarum suntik untuk mengambil darah sesuai kebutuhan			
9	Pasang torniquet di atas area yang akan ditusuk			
10	Desinfeksi tempat yang akan ditusuk			
11	Fiksasi tempat yang akan ditusuk dengan tangan kiri dan tangan kanan menusukkan jarum ke vena			
12	Menusukkan jarum ke vena dengan mata jarum menghadap ke atas, dengan sudut 15 ˚			
13	Jika sudah masuk ke vena di pangkal jarum akan terlihat darah yang mengalir dan lepaskan torniquetnya			
14	Tariklah piston spuite dengan perlahan sampai memperoleh darah sesuai dengan yang dibutuhkan			
15	Jika menginginkan mengambil darah lagi pasang spuite baru untuk pengambilan sampelnya.			
16	Mecabut jarum sambil menekan tempat tusukan dengan kassa steril atau kapas alkohol kemudian tangan klien ditekuk			
17	Memberikan label pada spuite atau tabung reaksi			
III	**Teknis**			
18	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
19	Menjaga privasi pasien			
20	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
21	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 42			

6. Teknik Pengambilan Sediaan Swab Vagina
   a. Tujuan pengambilan Specimen (bahan pemeriksaan): untuk mengetahui penyebab penyakit dengan tepat sehingga dapat diberikan pengobatan yang tepat pula.
   b. Cara pengambilan: semua dilakukan secara steril dan memakai alat yang juga steril. Tangan petugas dicuci secara asepsis dan memakai sarung tangan yang steril. Alat dan bahan yang dipakai, kapas lidi, air garam fisiologis
   c. Indikasi :
      Pasien yang dicurigai mengalami :
      1) bakterial vaginosis
      2) Vaginitis akibat infeksi Trichomonas vaginalis
      3) Vulvovaginitis Candida albicans

Penuntun Belajar Spesimen Swab Vagina

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6	Persiapan alat : Sarung tangan steril Kapas Lidi/Cotton Swab Objek glass			
7	Minta pasien mengosongkan kandung kemih			
8	Minta pasien melepas pakaian bawah dan posisikan pasien litotomi			
9	Nyalakan lampu dan sorot ke bagian genitalia			
10	Pakai sarung tangan steril			
11	Prosedur umum pengambilan vaginal discharge a. Bukalah sebagian pembungkus kapas lidi steril. Ambillah secara			

	perlahan jangan menyentuh bagian halus dari kapas lidi atau mengenai bagian luar dari pembungkus kapas lidi. b. Peganglah kapas lidi dengan meletakkannya diantara ibu jari dan jari telunjuk. c. Masukkan kapas lidi steril ke dalam vagina secara berhati - hati kira-kira 2 inchi (sekitar 5 cm) melalui introitus vagina kemudian putar secara hati hati selama 10 sampai 30 detik. Pastikan kapas lidi menyentuh dinding vagina sampai spesimen meresap pada kapas lidi. d. Keluarkann kapas lidi perlahan tanpa menyentuh vulva dan kulit. e. Sambil memegang swab, bukalah penutup dari tabung. Jangan menumpahkan isi tabung. Jika isi tabung tumpah, maka ambil Vaginal Swab Specimen Collection Kit yang baru. f. Segera masukkan kapas lidi ke dalam medium transport, jangan mengenai dinding tabung. Pastikan semua bagian kapas berada dalam isi medium transport. g. Patahkanlah ujung atas kapas lidi secara berhati-hati. h. Tutuplah medium transport dengan erat. h. Buanglah ujung kapas lidi ke dalam tempat sampah medis			
12	Pengambilan spesimen dari kanalis endoserviks untuk persiapan kultur pada pasien yang dicurigai menderita infeksi N. Gonorrhoeae Inspeksi serviks dengan menggunakan spekulum vagina yang steril. a. Basahi spekulum dengan menggunakan air hangat steril kemudian masukkan perlahan spekulum ke dalam vagina. (Note : Jangan melubrikasi spekulum dengan jelly karena dapatbersifat bakterisidal untuk bakteri) b. Bersihkan serviks menggunakan cotton swab sterile yang telah dibasahi NaCl 0,9% atau cairan saline steril. Kemudian buang kapas lidi pertama ke tempat sampah medis. c. Ambillah kapas lidi kedua masukkan sekitar 2-3 cm ke dalam kanalis endoservikalis dan putar perlahan. Pastikan kapas lidi menyerap spesimen pada dinding endoserviks. Kemudian keluarkan perlahan tanpa menyentuh spekulum dan vulva. d. Masukkan kapas lidi ke dalam Amies transport medium. Jika memungkinkan inokulasi spesimen pada plate medium kultur. e. Lepaskan handschoen kemudian masukkan ke dalam larutan chlorin 0,5%. f. Berikan label pada medium transport dan kirim ke laboratorium sesegera mungkin. (inokulasi spesimen pada plate kultur harus diinkubasi dalam 30 menit).			
13	Preparat Basah dan Pewarnaan Gram Vaginal Discharge Pengambilan vaginal discharge untuk memdeteksi T. Vaginalis, C. Albicans dan G. a. Ambillah kapas lidih steril kemudian masukkan ke dalam vagina perlahan tanpa menyentuh daerah vulva. b. Putarlah kapas lidi dan tekan sekitar 10 sampai 30 detik untuk memastikan discharge meresap pada kapas lidi dan keluarkan perlahan.			

	c. Letakkan vaginal discharge pada kaca benda yang telah didisinfeksi. Pastikan semua discharge mengenai kaca benda. d. Teteskan cairan fisiologis (NaCl 0,9%) dan buat apusan secara perlahan hingga merata. e. Buanglah kapas lidi ke dalam tempat sampah medis. f. Tutuplah apusan dengan cover glass. g. Kirim segera ke laboratorium Pembuatan preparat kering untuk pewarnaan gram (untuk melihat adanya clue cells dan pseudohyphae pada C.albicans. a. Ambillah kapas lidih steril kemudian masukkan ke dalam vagina perlahan tanpa menyentuh daerah vulva. b. Putarlah kapas lidi dan tekan sekitar 10 sampai 30 detik untuk memastikan discharge meresap pada kapas lidi dan keluarkan perlahan. c. Buatlah apusan secara tipis dan merata pada kaca benda yang telah di desinfeksi. d. Buanglah kapas lidi ke dalam tempat sampah medis. e. Kirim segera ke laboratorium			
14	Lepas sarung tangan dan buang pada tempat sampah infeksius			
15	Rapikan pasien dan sampaikan bahwa pemeriksaan sudah selesai			
III	**Teknis**			
16	Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien			
17	Menjaga privasi pasien			
18	Menjawab pertanyaan dengan tepat dan bahasa yang mudah dimengerti			
19	Mengadakan kontak mata selama tindakan			
	Nilai = $\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{38} \times 100$			

A. Judul Materi

Perawatan pasien

B. Capaian Pembelajaran

Mampu menerapkan, dan mempraktikkan perawatan pasien dengan tepat dan memperhatikan patient savety (C3, A3, P3).

C. Materi :

1. Luka

Luka adalah terputusnya kontinuitas jaringan akibat adanya substansi jaringan yang rusak atau hilang akibat cedera atau pembedahan. Luka merupakan degradasi integritas jaringan epitel. Gangguan keutuhan kulit, permukaan mukosa atau jaringan organ dapat menyebabkan terbentuknya luka. Luka dapat terjadi sebagai bagian dari proses suatu penyakit atau memiliki etiologi yang tidak disengaja atau disengaja. Luka yang disengaja ditujukan sebagai terapi, misalnya pada prosedur operasi atau pungsi vena. Akan tetapi, luka yang tidak disengaja terjadi secara accidental.

Luka dapat disebabkan oleh adanya trauma tumpul dan tajam. Trauma tumpul merupakan suatu rudapaksa akibat terbentur oleh benda tumpul. Trauma tumpul dapat menyebabkan luka memar (contusio), luka lecet (abrasio) dan luka robek (vulnus laceratum). Trauma tajam adalah suatu rudapaksa akibat kontak dengan benda tajam. Trauma tajam dapat mengakibatkan terbentuknya luka iris atau luka sayat (vulnus scissum), luka tusuk (vulnus punctum) dan luka bacok (vulnus caesum).

2. Klasifikasi Luka

Luka dapat diklasifikasikan sebagai jenis yang berbeda, yaitu dari luka ringan, sedang sampai parah, dari luka kecil sampai besar, dari luka dangkal sampai luka dalam, dari luka tidak menular sampai infeksi, dari luka bakar, memar, luka pisau, crush injury, luka tertusuk jarum, hingga luka tembak, dari luka akut hingga kronis.

Luka akut seperti abrasi ringan, luka pisau, luka lepuh ringan, kulit pecah, dan luka tahap awal setelah operasi terjadi secara tiba-tiba dan membutuhkan waktu yang lebih cepat untuk sembuh, yaitu dua sampai tiga minggu.

Luka kronis seperti luka ulseratif, ulkus kaki diabetik, ulkus vena ekstremitas inferior, ulkus arteri ekstremitas inferior, cedera radiasi kronis dan luka bakar dalam atau melepuh adalah luka dengan proses penyembuhan yang berlangsung lebih lama, yaitu empat sampai enam minggu

3. Fase penyembuhan luka
   a. Fase Inflamasi

      Fase inflamasi terjadi segera setelah terjadinya luka sampai hari kelima. Proses kontriksi dan retriksi pembuluh darah yang putus disertai dengan reaksi hemostasis berupa agregasi trombosit dan jala fibrin yang melakukan pembekuan darah untuk mencegah kehilangan darah. Agregat trombosit mengeluarkan sitokin dan growth factor mediator inflamasi TGF-β1. Proses angiogenesis terjadi saat sel endotel pembuluh darah di sekitar luka membentuk kapiler baru.Karakteristik fase inflamasi yaitu tumor, rubor, dolor, color, dan functio lesa

   b. Fase Proliferasi atau fibroplasia

      Fase ini berlangsung selama tiga minggu. Fase ini disebut juga sebagai fase granulasi karena terdapat pembentukan jaringan granulasi sehingga luka tampak berwarna merah segar dan mengkilat. Jaringan granulasi terdiri dari fibroblas, sel inflamasi, pembuluh darah baru, fibronektin, dan asam hialuronat. Fibroblas berproliferasi dan menyintesis kolagen yang menyatukan tepi luka. Matriks fibrin digantikan oleh jaringan granulasi yang terdiri dari sel fibroblast, makrofag, dan endotel. Fibroblas memproduksi matriks ekstraseluler, komponen utama pembentukan parut, yang menyebabkan pergerakan keratinosit melalui pengisian luka. Makrofag menghasilkan growth factor yang merangsang proliferasi, migrasi, dan pembentukan matriks ekstraseluler oleh fibroblast. Selanjutnya, terjadi epitelialisasi berupa migrasi keratinosit dari jaringan sekitar epitel untuk menutupi permukaan luka.

   c. Fase remodelling atau maturasi yang berlangsung dari beberapa minggu sampai dua tahun berupaya memulihan struktur jaringan normal. Pada fase ini, tanda inflamasi menghilang, terjadi penyerapan sel radang, pematangan sel muda, serta penutupan dan penyerapan kembali kapiler baru. Terbentuknya kolagen baru mengubah bentuk luka serta meningkatkan

kekuatan jaringan (tensile strength). Remodelling kolagen, pembentukan parut yang matang, keseimbangan sintesis dan degradasi kolagen terjadi pada fase ini. Proses penyembuhan luka diakhiri oleh terbentuknya parut (scar tissue) 50-80% memiliki kekuatan yang sama dengan jaringan sebelumnya

4. Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

   Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka dan potensi infeksi,yaitu faktor pasien, faktor luka dan faktor lokal. Faktor pasien mencakup usia, penyakit yang diderita (anemia, diabetes mellitus, mendasari, atau immunocompromised penyakit yang mendasari, pengaruh cedera pada penyembuhan (misalnya devaskularisasi). Faktor luka berupa organ atau jaringan yang terluka, tingkat cedera, sifat cedera, kontaminasi atau infeksi, waktu antara cedera dan pengobatan. Faktor lokal meliputi hemostasis dan debridement serta waktu penutupan

PERAWATAN LUKA

Kriteria Penilaian:
0 : Perasat tidak dilakukan sama sekali
1 : Perasat dilakukan tapi kurang sempurna
2 : Perasat dilakukan dengan sempurna

No	Aspek Yang Diamati	NILAI		
		0	1	2
I	**Sikap dan Perilaku**			
1.	Mengucapkan salam, menyambut pasien, memperkenalkan diri dan berjabat tangan dengan ramah			
2.	Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan dan kontrak waktu			
3.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien.			
4.	Merespon terhadap reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
5.	Sabar, teliti, tidak tergesa-gesa, percaya diri dan tidak gugup.			
II	**Content**			
6.	Persiapan tempat : aman, nyaman, bersih, dan menjaga privasi pasien			
7	Persiapan alat : a. Sarung tangan steril b. Bengkok c. NaCl d. Kassa steril e. 2 Pinset anatomis f. Kom kecil g. Hipafix/plester h. Gunting plester			
8	Mencuci tangan dan mengeringkannya			
9	Mengatur tempat tidur sesuai dengan kebutuhan			
10	Memasang perlak dan pengalas			
11	Memakai sarung tangan			
12	Mengkaji luka (kondisi luka, adakah tanda infeksi : kemerahan, edema, pengeluaran, bercak, perlekatan luka)			
13	Membersihkan luka dengan kassa yang dibasahi NaCl, dimulai dari daerah yang kurang terkontaminasi ke daerah yang terkontaminasi			
14	Megusap luka hingga kering			
15	Menutup luka dengan sufratul, kassa steril kemudian di plester			
16	Buang sampah dan bereskan alat			
17	Lepas sarung tangan kemudian cuci tangan			

	Teknik			
34	Ssistematis, efektif dan efisien			
35	Menjaga Komunikasi dengan pasien			
	SKOR			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 75			

PENGUKURAN NYERI

Nyeri adalah bentuk pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau cenderung akan terjadi kerusakan jaringan atau suatu keadaan yang menunjukkan kerusakan jaringan. Penilaian dan pengukuran derajat nyeri sangatlah penting dalam proses diagnosis penyebab nyeri. Dengan penilaian dan pengukuran derajat nyeri dapat dilakukan tata laksana nyeri yang tepat, evaluasi serta perubahan tata laksana sesuai dengan respon pasien.Penilaian nyeri meliputi :

1. Anamnesis umum
2. Pemeriksaan fisik
3. Anamnesis spesifik nyeri dan evaluasi ketidakmampuan yang ditimbulkan nyeri :
   a. Lokasi nyeri
   b. Keadaan yang berhubungan dengan timbulnya nyeri
   c. Karakter nyeri
   d. Intensitas nyeri
   e. Gejala yang menyertai
   f. Efek nyeri terhadap aktivitas
   g. Tatalaksana yang sudah didapat
   h. Riwayat penyakit yang relevan dengan rasa nyeri
   i. Faktor lain yang akan mempengaruhi tatalaksana pasien
4. Penggolongan Nyeri
   Nyeri dapat digolongkan dalam berbagai cara, yaitu:
   a. Menurut jenisnya : nyeri nosiseptik, nyeri neurogenik, dan nyeri psikogenik
   b. Menurut timbulnya nyeri : nyeri akut dan nyeri kronik
   c. Menurut penyebabnya : nyeri onkologik dan nyeri non-onkologik
   d. Menurut derajat nyerinya : nyeri ringan, sedang, dan berat

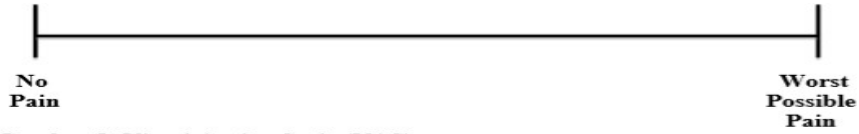
   Berbagai cara dipakai untuk mengukur derajat nyeri, cara yang sederhana dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut:
   a) Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur
   b) Nyeri sedang adalah nyeri terus menerus, aktivitas terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur
   c) Nyeri berat adalah nyeri yang berlang sungterus menerus sepanjang hari, penderita tak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur
5. Pengukuran Derajat Nyeri
   a. Klasifikasi
      Ada beberapa cara untuk membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan skala assessment nyeri unidimensional (tunggal) atau multidimensi.
      1) Unidimensional:
         a) Hanya mengukur intensitas nyeri
         b) Cocok (appropriate) untuk nyeri akut
         c) Skala yang biasa digunakan untuk evaluasi pemberian analgetik
      2) Multidimensional
         a) Mengukur intensitas dan afektif (unpleasantness) nyeri
         b) Diaplikasikan untuk nyeri kronis

c) Dapat dipakai untuk penilaian klinis

b. Skala pengukuran nyeri

1) Unidimensional:

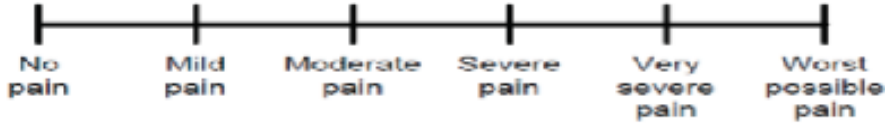
a) Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untukmenilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada keduaujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



Gambar 1. Visual Analog Scale (VAS)

b) Verbal Rating Scale (VRS)

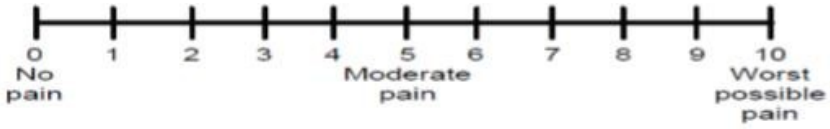
Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri.Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata - kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri.



Gambar 2. *Verbal Rating Scale* (VRS)

c) Numeric Rating Scale (NRS)

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.



Gambar 3. *Numeric Rating Scale* (NRS)

d) Wong Baker Pain Rating Scale

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka .



Gambar 4. *Wong Baker Pain Rating Scale*

2) Multidimensional

a) McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Terdiri dari empat bagian:

(1) Gambar nyeri,

(2) Indeks nyeri (PRI),

(3) pertanyaan pertanyaan mengenai nyeri terdahulu dan lokasinya; dan (4) indeks intensitas nyeri yang dialami saat ini.

Penilaian menggunakan angka diberikan untuk setiap kata sifat dan kemudian dengan menjumlahkan semua angka berdasarkan pilihan kata pasien maka akan diperoleh angka total

Short form McGill pain questionnaire and pain diagram

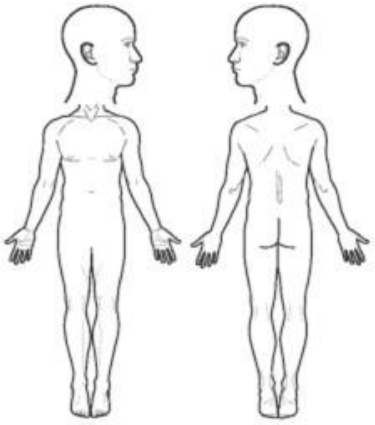
(Reproduced with permission of author © Dr. Ron Melzack, for publication and distribution)

Date: _____

Name: _____

Check the column to indicate the level of your pain for each word, or leave blank if it does not apply to you.

	Mild	Moderate	Severe
1. Throbbing	____	____	____
2. Shooting	____	____	____
3. Stabbing	____	____	____
4. Sharp	____	____	____
5. Cramping	____	____	____
6. Gnawing	____	____	____
7. Hot-burning	____	____	____
8. Aching	____	____	____
9. Heavy	____	____	____
10. Tender	____	____	____
11. Splitting	____	____	____
12. Tiring-Exhausting	____	____	____
13. Sickening	____	____	____
14. Fearful	____	____	____
15. Cruel-Punishing	____	____	____



Mark or comment on the above figure where your have your pain or problems

Indicate on this line how bad your pain is — at the left end of line means no pain at all, at right end means worst pain possible

No pain _____ Worst possible pain

S /33 A /12 VAS /10

Pengukuran Mandiri Pada Pasien Anak

1. Untuk pasien bayi 0-1 tahun, digunakan skala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) Karena sistem neurologi belum berkembang sempurna saat bayi dilahirkan

Lampiran 3. NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*)

	Assessment nyeri
Ekspresi wajah 0 – Otot relaks 1 – Meringis	Wajah tenang, ekspresi netral Otot wajah tegang, alis berkerut (ekspresi wajah negatif)
Tangisan 0 – Tidak menangis 1 – Merengek 2 – Menangis keras	Tenang, tidak menangis Mengerang lemah intermiten Menangis kencang, melengking terus menerus (catatan: menangis tanpa suara diberi skor bila bayi diintubasi)
Pola napas 0 – Relaks 1 – Perubahan nafas	Bernapas biasa Terikan ireguler, lebih cepat disbanding biasa, menahan napas, tersedak
Tungkai 0 – Relaks 1 – Fleksi / Ekstensi	Tidak ada kekakuan otot, gerakan tungkai biasa Tegang kaku
Tingkat kesadaran 0 – Tidur / bangun 1 - Gelisah	Tenang tidur lelap atau bangun Sadar atau gelisah

Interpretasi:

Skor 0	tidak perlu intervensi
Skor 1-3	intervensi non-farmakologis
Skor 4- 5	terapi analgetik non-opioid
Skor 6-7	terapi opioid

PENJAHITAN LUKA/ HEACTING

PENGERTIAN

Suatu tindakan untuk mendekatkan tepi luka dengan benang sampai luka smbuh dan cukup untuk menahan beban fisiologis.

PRINSIP PENJAHITAN LUKA

Prinsip umum penjahitan luka seperti dibawah ini:

1. Jarum jahit sebaiknya dipegang dengan needle holder pada 1/3 bagian dari tempat masuknya benang dan 2/3 bagian dari ujung jarum jahit.
2. Penetrasi jarum jahit ke dalam jaringan harus perpendicular (tegaklurus) terhadap permukaan jaringan.
3. Penjahitan luka sebaiknya dilakukan dengan jarak dan kedalaman yang sama pada kedua sisi daerah insisi, biasanya tidak lebih dari 2-3mm dari tepi luka.
4. Jahitan tidak terlalu longgar maupun terlalu ketat.
5. Penyimpulan benang jangan diletakkan tepat diatas garis insisi.

MACAM- MACAM PENJAHITAN LUKA

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

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

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

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

1) Jarum ditusukkan jauh dari kulit sisi luka, melintasi luka dan kulit sisi lainnya,

kemudian keluar pada kulit tepi yang jauh, sisi yang kedua.

2) Jarum kemudian ditusukkan kembali pada tepi kulit sisi kedua secara tipis, menyeberangi luka dan dikeluarkan kembali pada tepi dekat kulit sisi yang pertama
3) Dibuat simpul dan benang diikat.

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

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

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

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

Jahitan jelujur terkunci merupakan variasi jahitan jelujur biasa, dikenal sebagai stitch bisbol àkarena penampilan akhir dari garis jahitan berjalan terkunci. Teknik ini biasa digunakan untuk menutup peritoneum. Teknik jahitan ini dikunci bukan disimpul, dengan simpul pertama dan terakhir dari jahitan jelujur terkunci adalah terikat. Jahitan jelujurterkunci dilakukan dengan mengaitkan benang pada jahitan sebelumnya, sebelum beralih ke tusukan berikutnya.

d. *Subcuticuler Continuous Suture* (Subkutis)

Jahitan subkutis dilakukan untuk luka pada daerah yang memerlukan kosmetik, untuk menyatukan jaringan dermis/ kulit. Teknik ini tidak dapat diterapkan untuk jaringan luka dengan tegangan besar. Pada teknik ini benang ditempatkan bersembunyi di bawah jaringan dermis sehingga yang terlihat hanya bagian kedua ujung benang yang terletak di

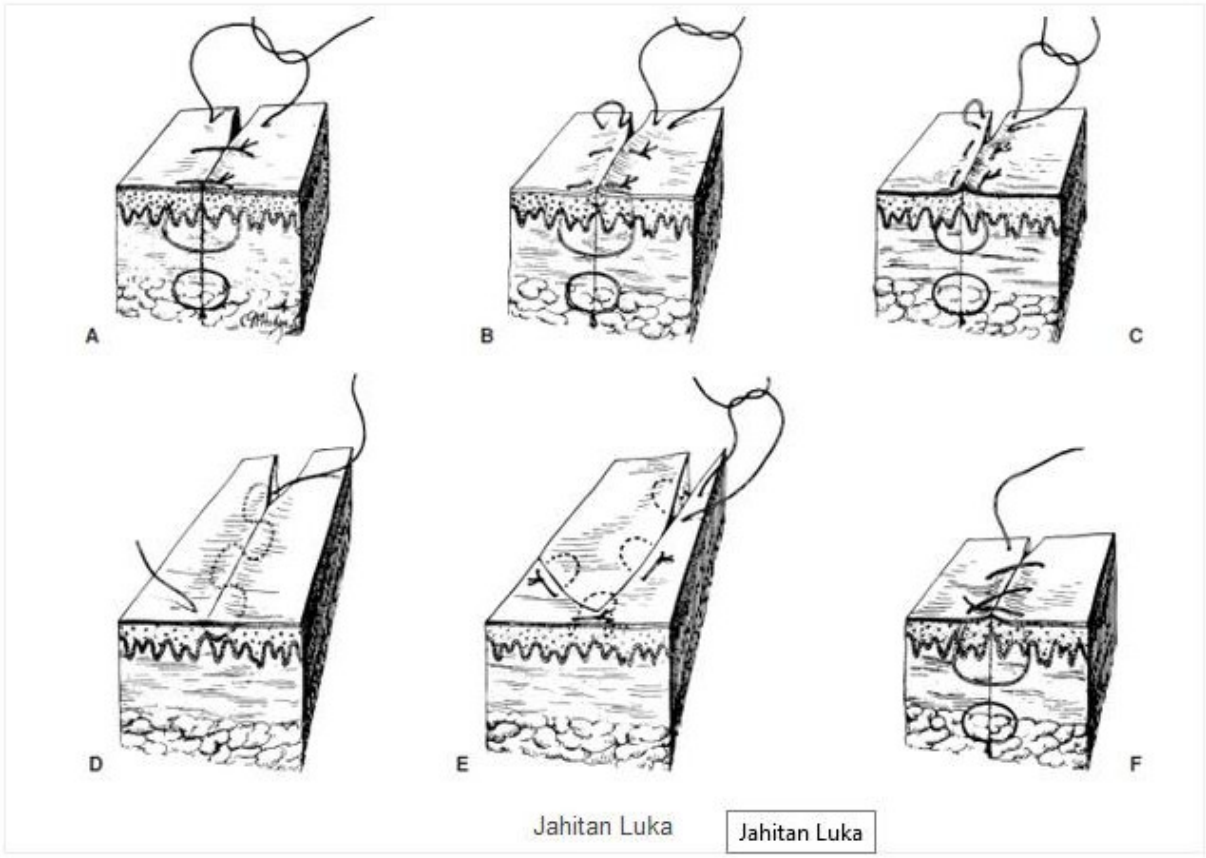
dekat kedua ujung luka. Hasil akhir pada teknik ini berupa satu garis saja. Teknik ini dilakukan sebagai berikut :

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

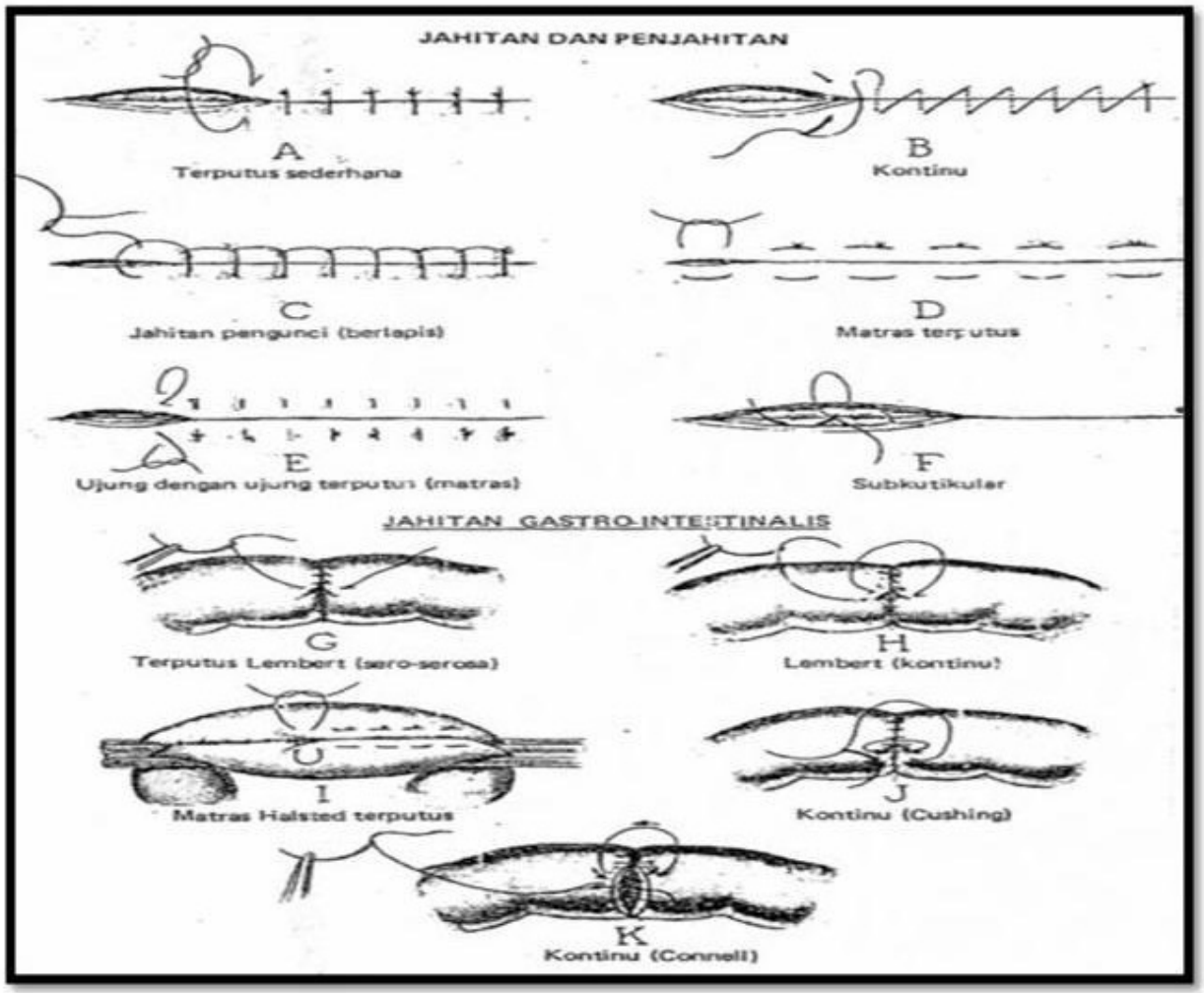
e. *Mattress Suture* (Matras : Vertikal dan Horisontal)

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

Teknik jahitan matras vertical dilakukan dengan menjahit secara mendalam di bawah luka kemudian dilanjutkan dengan menjahit tepi-tepi luka. Biasanya menghasilkan penyembuhan luka yang cepat karena didekatkannya tepi-tepi luka oleh jahitan ini. Teknik jahitan matras horizontal dilakukan dengan penusukan seperti simpul, sebelum disimpul dilanjutkan dengan penusukan sejajar sejauh 1 cm dari tusukan pertama. keuntungannya adalah memberikan hasil jahitan yang kuat.



Keterangan gambar. A. Jahitan simpul tunggal, B, Matras vertikal, C. Matras horizontal, D. Subkutikuler kontinyu, E. Matras horizontal half burried, F. Continous over and over



Pengangkatan Jahitan/ Up Heacting

Disarankan untuk dilakukan pada hari ke 5-7 (sebelum pembentukan epitel trek jahit selesai) untuk mengurangi risiko jaringan parut. Menempatkan/mengambil tusukan pada setiap jahitan secara tepat dan simetris sangat penting dalam teknik jahitan ini.

DAFTAR TILIK PENJAHITAN LUKA

NO	Komponen Penilaian	NILAI		
		0	1	2
A	**Sikap dan Perilaku**			
1	a. Mengucapkan salam, membaca lafal *basmallah* . dan memperkenalkan diri pada pasien atau keluarga.			
	b. Membaca catatan medis dan memastikan identitas pasien (nama, tanggal lahir, atau no rekam medis)*			
	c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, meminta persetujuan, dan kontrak waktu			
	d. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan pasien atau keluarga			
	e. Merespon reaksi pasien dengan tepat dan komunikasi dengan aktif			
	f. Melaksanakan seluruh tindakan dengan sopan sesuai dengan kondisi pasien			
	Nilai 0 jika tdk melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara tepat Nilai 1 jika melakukan 1-3 Nilai 2 jika melakukan 4-6			
B	Contens			
2	Menyiapkan tempat : Aman, nyaman, bersih dan menjaga privasi			
3	Alat : a. Sarung Tangan Steril b. Bengkok c. Spuit 5cc d. Suit 10cc (untuk NaCl jika Perlu) e. Aquadest f. Bak Instrument g. Korentang h. Kassa Steril i. Gunting Benang j. Nald Holder/ Halpoeder/ Needle Holder k. Pinset Anatomis l. Pinset Cirugis m. Benang Kulit (Side) n. Benang Otot (Cat gut) o. Na Cl p. Lidokain 1% q. Kom Kecil r. Jarum Kulit s. Jarum Otot t. Sufratul u. Hepafix/ Plester v. Gunting Plester			

	w. Kom larutan enzimatik x. Lampu (jika perlu) y. Perlak- pengalas z. Tempat Sampah Tajam, Infeksius dan Non Infeksius			
4	Mengatur Posisi Pasien secara ergonomis			
5	Memasang Perlak dan Pengalas			
6	Mencuci tangan 6 langkah dan mengeringkan			
7	Menyiapkan injeksi lidokain non epinefrin 1% (jika lidokain 2%, diencerkan dengan perbandingan 1: 1)→ spuit bersifat steril			
8	Menggunakan sarung tangan steril			
9	Mengkaji luka (Kedalamannya, luasnya dan keadaan luka secara umum)			
10	Membersihkan luka dengan kassa yang dibasahi NaCl untuk setip kali usapan, membersihkan luka dimulai dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang terkontaminasi			
11	Menyuntikkan lidokain secara Subcutan disekitar tepi luka (melakukan hal yang sama pada tepi luka lain)			
12	Menunggu kira- kira 2 menit dan menguji efek anastesi			
13	Menyiapkan Nald Voeder dengan jarum sesuai dengan kebutuhan a. Jika akan menjahit otot menggunakan jarum otot yang berujung bulat dan mengunakan benang otot (cutgut) b. Jika menjahit litku menggunakan jarum kulit yang berujung runcing-segitiga dan mengunakan benang kulit (side)			
14	Menjahit luka bagian dalam dengan menggunakan benang cut gut apabila luka tampak dalam. Bila luka nampak tidak begitu dalam dan pembuluh darah/ otot tidak terputus→ lakukan penjahitan luar dengan side			
15	Menjahit luka dengan 1 cm diatas ujung luka dan simpul kuat			
16	Memotong benang dan sisakan benang kira- kira 1 cm			
17	Melakukan penjahitan satu- satu dibawah penjahitan yang pertama dengan jarak antar jahitan satu dengan jahitan lainnya kurang lebih sama dengan kedalaman luka			
18	Membersihkan luka dengan NaCl dan mengusah hingga kering			
19	Menutup luka dengan sufratul, kassa steril dan plester/ hepafix			
20	Merapikan pasien, membereskan alat			
21	Memisahkan sampah sesuai dengan jenisnya			
22	Masukkan peralatan ke larutan detergen/ enzimatik (pre cleaning)			
23	Lepas sarung tangan dan buang ke tempat sampah			
24	Mencuci tangan 6 langkah dan mengeringkannya			
25	Memberitahu hasil tindakan dan memberitahu cara merawat luka dengan menjaga luka agar tetap kering serta menjaga kebersihan			
26	Membaca *hamdalah*			
27	Melakukan dokumentasi			
C	**Teknis**			
28	**Bekerja secara sistematis, efektif dan efisien**			
29	**Mengadakan kontak mata dan empati**			

30	**Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi**			
	Jumlah			
	SKOR			
	Nilai = Jumlah nilai yang diperoleh x 100 60			

D. Referensi

1. Skill for Midwifery third edition; Johnson R & Taylor W; Elsevier; 2010
2. Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia I; Kemenkes RI; Kasiati & Rosmalawati NWD; 2016
3. Ketrampilan Dasar Kebidanan; Kemenkes RI; Sriami, Susilaningrum, Sukesi; 2016
4. Ketrampilan Klinik Praktik Kebidanan I. FKK UMJ; Hamidah, Fakhriah, Ismiarika; 2017

PENUGASAN

TUGAS 1

Mata Kuliah	**:**	**KDPK**	**Bobot Nilai**	**:**	**5%**
Nama Dosen	**:**	**Tim Teaching**	**Tugas ke-**	**:**	**1**

1. Judul Tugas : Pengenalan alat

2. Sub CPMK : Mampu menerapkan prinsip pencegahan infeksi [C3,A3] (CPMK 1**)**

3. Tujuan Tugas : mahasiswa memahami jenis dan fungsi peralatan medis

4. Uraian Tugas
   a. Obyek garapan
      1) mengenali jenis alat
      2) mengenali fungsi alat
      3) mengenali prinsip steril

   b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan
      1) mengelompokkan alat berdasarkan set sesuai kegunaan
      2) mengelompokkan alat berdasarkan prinsip sterilitas

   c. Metode/Cara Pengerjaan Tugas, acuan yang digunakan
      1) mahasiswa membuat video menggunakan peralatan yang disediakan di laboratorium UNISA
      2) mahasiswa menyebutkan jenis dan fungsi alat
      3) mahasiswa membuat penugasan secara individu
      4) Vidio diupload di Youtube (privat: hanya yang memiliki link yang bisa melihat)

   d. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan
      Link vidio diupload di Elearning pada course penugasan yang disediakan

5. Bahan Tugas :
   a. Penuntun praktikum
   b. Alat
6. Kriteria dan Bobot Penilaian

No	Elemen	Skor maksimal	Penilaian
I. Sistematika			
1.	Terorganisasi dengan baik dan lengkap	15	
II. Isi vidio			
1.	Ketepatan mengenali jenis alat	25	
2.	Ketepatan mengenali fungsi alat	25	
3.	Ketepatan mengenali prinsip steril	20	
III. teknis			
1.	Ketepatan waktu pengumpulan	15	
Jumlah		100	

7. Jadwal Pelaksanaan : minggu ke 1 praktikum

TUGAS 2

Mata Kuliah	**:**	**KDPK**	**Bobot Nilai**	**:**	**5%**
Nama Dosen	**:**	**Tim Teaching**	**Tugas ke-**	**:**	**2**

1. Tujuan Tugas
   Mahasiswa mampu bertanggungjawab atas tugas yang diberikan dan dapat mengelolapembelajaran tentang kebutuhan cairan dan elektrolit
2. Sub CPMK : Mampu memberikan tindakan pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis [C3,A3] (CPMK 2)
3. Tujuan Tugas : Mahasiswa mampu mengidentifikasi jenis cairan intravena
4. Uraian Tugas
   a. Obyek garapan

      Membuat resume yang berkaitan dengan macam cairan intravena
   b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan

      Setiap mahasiswa diminta membuat resume terkait dengan :
      1) Macam cairan intravena :
         a) Kristaloid
         b) Koloid
      2) Fungsi masing-masing cairan intravena
   c. Metode/Cara Pengerjaan Tugas

      Mahasiswa mencari materi dari buku, jurnal atau internet dengan mencantumkan daftarpustaka (5 tahun terakhir).
   d. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan

      Resume dalam bentuk file pdf. Diupload e-learning dengan format : nama_nim_cairanintravena
5. Bahan Tugas :
   Literature
6. Kriteria dan Bobot Penilaian

No	Elemen	Skor maksimal	Penilaian
I. Sistematika resume			
1.	Resume terorganisasi dengan baik dan lengkap	15	
2.	Sumber rujukan (maksimal 10 tahun)	15	
II. Isi resume			
1.	Menyakijan informasi penting dari materi	20	
2.	Resume menggambarkan represntasi materi yangdipelajari	20	
3.	Resume ditulis dengan bahasa yang komunikatif	20	
III. teknis			
1.	Ketepatan waktu pengumpulan	10	
Jumlah		100	

7. Jadwal Pelaksanaan : minggu ke 3 praktikum

WORKSHEET KDPK

Nama :

Nim :

Ketrampilan :

No	Langkah kerja	**Gambar/ Keterangan Langkah kerja/ Detail kegiatan yang dilakukan/ Batas Normal pemeriksaan *) Sesuai kebutuhan**
1	Persiapan Alat	
2	Content	

LOG BOOK PRAKTIKUM KDPK

Nama :

Nim /kelompok :

Dosen Pengampu :

No	Tanggal	**Materi**	**Keterangan (Online/Offline)**	**TTD Pengampu**
1		Demonstrasi Patient savety, Cuci tangan dan pakai APD		
2		Demonstrasi Pengenalan alat		
3		Redemonstrasi Pengenalan alat		
4		Demonstrasi Pemrosesan alat dan penanganan sampah		
5		Demonstrasi Pengaturan posisi pasien dan memindahkan pasien		
6		Demonstrasi Vital Sign		
7		Demonstrasi Pemeriksaan Fisik dan GCS		
8		Redemonstrasi Vital Sign, Pemeriksaan Fisik dan GCS		
9		Redemonstrasi Vital Sign, Pemeriksaan Fisik dan GCS		
10		Evaluasi Vital Sign, Pemeriksaan Fisik dan GCS		
11		Evaluasi Vital Sign, Pemeriksaan Fisik dan GCS		
12		Demonstrasi Pemasangan, menghitung tetesan infus dan pelepasan infus, penggunaan syring dan infus pump serta tranfusi darah		
13		Redemonstrasi Pemasangan, menghitung tetesan infus dan pelepasan infus, penggunaan syring dan infus pump serta tranfusi darah		
14		Redemonstrasi Pemasangan, menghitung tetesan infus, pelepasan infus dan transfusi darah		
15		Evaluasi Pemasangan Infus		
16		Evaluasi Pemasangan Infus		
17		Demonstrasi Vulva hygiene, membantu BAK dan BAB, Kateterisasi		
18		Redemonstrasi Vulva hygiene, membantu BAK dan BAB, Kateterisasi		
19		Evaluasi kateterisasi		
20		Demonstrasi memandikan pasien		
21		Demonstrasi pemberian obat Pemberian obat (oral, sublingual,supositoria, salep/tetes mata, tetes telinga) dan perhitungan dosis		

22		Demonstrasi injeksi		
23		Redemonstrasi Injeksi		
24		Evaluasi Injeksi		
25		Diskusi Manajemen Nyeri		
26		Demonstrasi pengambilan sampel (darah dan vaginal swab)		
27		Demonstrasi pemasangan, pelepasan NGT/ OGT		
28		Redemonstrasi pemasangan, pelepasan NGT/ OGT		
29		Demonstrasi persiapan pemeriksaan CTG, EKG, USG		
30		Demonstrasi pemberian oksigenasi		
31		Redemonstrasi pemberian oksigenasi		
32		Presentasi Manajemen Nyeri		
33		Demonstrasi Pemberian bantuan hidup dasar dan P3K		
34		Demonstrasi perawatan dan Penjahitan Luka		
35		Redemonstrasi perawatan dan Penjahitan Luka		

PENUTUP

Demikian modul Ketrampilan Dasar Praktik Kebidanan ini disusun semoga dapat digunakan untuk menjadikan acuan dalam kegiatan pembelajaran praktikum di kelas