# MODUL PRAKTIKUM

## *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH SISTEM MUSKULOSKELETAL, INTEGUMEN, PERSARAFAN, DAN PERSEPSI SENSORI*

**EDISI KE ENAM**

**UNTUK MAHASISWA SEMESTER 4**


**PENYUSUN**

DWI KARTIKA RUKMI, M.KEP.,SP.KEP.MB

**EDITOR**

DWI KARTIKA RUKMI, M.KEP.,SP.KEP.MB



PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

FAKULTAS KESEHATAN

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

2026

# LEMBAR PENGESAHAN MODUL PRAKTIKUM

1. **Judul Modul** : MODUL PRAKTIKUM KEPERAWATAN DEWASA SISTEM MUSKULOSKELETAL, INTEGUMENTUM, PERSEPSI, DAN PERSARAFAN
2. **Program Studi** : KEPERAWATAN
3. **Semester** : IV (REGULER)
4. **SKS** : 4 SKS (T: 3; P:1)
5. **Tim Penyusun** : DWI KARTIKA RUKMI,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB

Disetujui untuk digandakan dan digunakan sebagai media pembelajaran di lingkungan Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.

Yogyakarta, 02 Februari 2026

Mengetahui,
Sekretaris Program Studi

Latifah Susilowati, M.Kep
NIDN. 05-1412-8801

Tim Penulis Modul

Dwi Kartika Rukmi,Sp.Kep.MB
NIDN. 05-0202-8201

Mengetahui,
Ketua Program Studi

Dewi Utari, MNS
NIDN. 0514028602

VISI

Menghasilkan lulusan yang unggul dan terdepan dalam bidang pelayanan kesehatan primer di tingkat nasional serta mewarisi nilai-nilai kejuangan Jenderal Achmad Yani.

MISI

1. Melaksanakan pendidikan bidang keperawatan yang bermutu dan responsif terhadap kemajuan ilmu dan teknologi dalam pelayanan kesehatan primer
2. Melaksanakan kegiatan penelitian yang unggul di bidang keperawatan berdasarkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan budaya bangsa, dan menghasilkan produk-produk inovasi berbasis pelayanan kesehatan primer
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat di bidang keperawatan yang berdaya guna dan berhasil guna di bidang pelayanan kesehatan primer
4. Melakukan kerja sama yang berkelanjutan dengan stakeholder untuk mewujudkan daya saing global.
5. Menyelenggarakan dan mengembangkan manajemen yang baik dan mandiri (Good University Governance).
6. Mendalami dan mengembangkan nilai-nilai kejuangan Jenderal Achmad Yani untuk diterapkan oleh sivitas akademika dan pendukungnya.

# KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, atas karunia-Nya sehingga Buku Panduan Praktikum Keperawatan Medikal Bedah Sistem Muskuloskeletal, Integumentum, Persepsi dan Persyarafan (MIPS) ini bisa kami terbitkan sebagai panduan tutor lab dan mahasiswa melakukan aktivitas pembelajaran selama 5 minggu pada mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah MIPS .

Keterampilan laboratorium dalam mata kuliah ini merupakan keterampilan yang merupakan kompetensi yang harus dimiliki oleh mahasiswa sebagai tenaga perawat berkaitan dengan ketrampilan psikomotor.

Metode pembelajaran laboratorium dalam mata kuliah ini lebih ditekankan pada kemampuan setiap mahasiswa dalam proses praktik di laboratorium dan dievaluasi dari persiapan sebelum praktik, selama praktik dan setelah praktik.

Buku ini merupakan hasil sumbangan pemikiran dan ide dari beberapa kolega kami yang terlibat dalam tim mata kuliah Keperawatan KMB MIPS. Oleh karena itu, tak lupa kami sampaikan penghargaan kami pada teman-teman yang telah menyumbangkan pemikiran dalam pengembangan buku ini.

Dalam rangka perbaikan buku ini untuk digunakan selanjutnya, saran dan kritik sangat kami harapkan

Yogyakarta, Januari 2024

Tim Penyusun

## TATA TERTIB PRAKTIKAN SELAMA PEMBELAJARAN PRAKTIKUM

### SEBELUM PRAKTIKUM

1. Praktikan meminjam kunci loker untuk menaruh tas dan sepatu di loker yang sudah disediakan
2. Praktikan melakukan peminjaman alat dan bahan praktikum sesuai prosedur yang telah ditentukan.
3. Praktikan mengambil Berita Acara Praktikum (BAP) & presensi kepada petugas laboratorium dan mengisi buku rekaman pengambilan BAP & presensi, sebagai bukti telah mengambil BAP & presensi.
4. Praktikan mengggunakan ruang laboratorium sesuai jadwal yang telah ditentukan dan sudah harus hadir di ruang praktikum sepuluh menit sebelum praktikum dimulai.
5. Kegiatan praktikum yang tidak dapat dilaksanakan sesuai dengan jadual yang telah ditentukan selambat-lambatnya 12 jam sebelum pelaksanaan praktikum, dosen Koordinator MA/Pembimbing praktikum dan praktikum sudah menginformasikan jadual pengganti kepada petugas laboratorium.

### SELAMA PRAKTIKUM

1. Praktikan mengenakan baju praktikum selama kegiatan praktikum.
2. Praktikan hanya diperbolehkan membawa modul praktikum, buku tulis, dan alat tulis berupa pensil (pulpen untuk tanda tangan kehadiran disiapkan dosen pembimbing.
3. Praktikan dan pembimbing praktikum harus mengisi BAP & presensi secara lengkap (tanggal, jam pelaksanaan, nama lengkap dosen pembimbing dan uraian materi).
4. Praktikan yang tidak bisa mengikuti kegiatan praktikum sesuai jadwal yang telah ditentukan dengan alasan yang benar (dengan menyerahkan surat sakit/ijin), dapat menggantinya dengan cara mengikuti praktikum yang sama pada kelompok yang lain atas ijin pembimbing praktikum.
5. Praktikan tidak diijinkan membuat coretan pada alat laboratorium dan fasilitas laboratorium yang lain.
6. Apabila ada sarana dan prasarana praktikum yang rusak atau hilang, praktikan diwajibkan segera melapor kepada pembimbing praktikum atau petugas laboratorium.
7. Ketentuan-ketentuan lain dari kegiatan praktikum sesuai dengan tata tertib yang telah ditentukan dalam setiap matakuliah tertentu.

### SETELAH PRAKTIKUM

1. Praktikan supaya merapikan kembali ruangan laboratorium sebelum meninggalkan ruangan (merapikan tempat tidur, kursi dan meja).
2. Praktikan mengecek kelengkapan BAP & presensi kemudian jika sudah lengkap dikembalikan kepada petugas laboratorium.
3. Praktikan mengembalikan alat dan bahan laboratorium dengan ketentuan yang berlaku dalam keadaan bersih.
4. Apabila terdapat kerusakan alat atau kehilangan laboratorium selama digunakan, mahsiswa segera mengisi berita acara kerusakan/kehilangan alat laboratorium (ketentuan selanjutnya mengikuti peraturan yang berlaku).

## SANKSI-SANKSI

Bagi praktikan yang tidak mematuhi dan melaksanakan tata tertib selama pembelajaran praktikum, dosen pembimbing praktikum berhak untuk mengeluarkan praktikan dari ruang praktikum dan tidak mengeluarkan nilai praktikum MA yang bersangkutan.

TATA TERTIB PEMBIMBING PRAKTIKUM SELAMA PEMBELAJARAN

## SEBELUM PRAKTIKUM

1. Pembimbing praktikum mengggunakan ruang laboratorium sesuai jadwal yang telah ditentukan dan memualai tepat waktu.
2. Pembimbing praktikum harus membaca dan memahami SOP penggunaan manikin dan alat kesehatan yang tertempel di barang tersebut, sebelum menggunakannya.
3. Kegiatan praktikum yang tidak dapat dilaksanakan sesuai dengan jadual yang telah ditentukan selambat-lambatnya 12 jam sebelum pelaksanaan praktikum, dosen Koordinator MA/Pembimbing praktikum dan praktikum sudah menginformasikan jadual pengganti kepada petugas laboratorium.

## SELAMA PRAKTIKUM

1. Pembimbing praktikum mengenakan baju praktikum selama kegiatan praktikum.
2. Pembimbing praktikum membawa modul praktikum dan alat tulis berupa pulpen untuk tanda tangan kehadiran praktikan.
3. Praktikan dan Pembimbing praktikum harus mengisi BAP & presensi secara lengkap (tanggal, jam pelaksanaan, nama lengkap dosen pembimbing dan uraian materi).
4. Pembimbing praktikum tidak diijinkan membuat coretan pada alat laboratorium dan fasilitas laboratorium yang lain.
5. Apabila ada sarana dan prasarana praktikum yang rusak atau hilang, Pembimbing praktikum diwajibkan segera melapor kepada petugas laboratorium.
6. Ketentuan-ketentuan lain dari kegiatan praktikum sesuai dengan tata tertib yang telah ditentukan dalam setiap matakuliah tertentu.

## SETELAH PRAKTIKUM

1. Pembimbing praktikum memastikan ruangan laboratorium dalam keadaan rapi sebelum meninggalkan ruangan (tempat tidur, kursi dan meja telah rapi).
2. Pembimbing praktikum mengisi BAP secara lengkap.

## SANKSI-SANKSI

Bagi Pembimbing praktikum yang tidak mematuhi dan melaksanakan tata tertib selama pembelajaran praktikum, akan mendapat teguran oleh Koordinator laboratorium sampai dengan sanksi oleh Ketua Prodi yang akan ditentukan kemudian.

**DAFTAR ISI**

VISI ..... 1
MISI ..... 1
KATA PENGANTAR ..... 2
TATA TERTIB PRAKTIKAN SELAMA PEMBELAJARAN PRAKTIKUM ..... 3
TATA TERTIB PEMBIMBING PRAKTIKUM SELAMA PEMBELAJARAN ..... 5
DAFTAR ISI ..... 6
PRAKTIKUM LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM) ..... 7
PRAKTIKUM AMBULASI DAN MEMINDAHKAN PASIEN ..... 13
PRAKTIKUM PERAWATAN LUKA BAKAR ..... 18
PEMERIKSAAN NERVUS KRANIAL ..... 28
PRAKTIKUM PENGKAJIAN DEKUBITUS ..... 53
PRAKTIKUM PEMERIKSAAN NEUROLOGIS DASAR ..... 58
IRIGASI MATA DAN TELINGA ..... 69

## PRAKTIKUM LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM)

Teknis Praktikum:

1. Pelaksanaan: Rabu, 18 Februari 2026 pukul 13.00 – 16.00 WIB.
2. Mahasiswa mempelajari terlebih dahulu materi tentang topik.
3. Mahasiswa mengerjakan pretest dari dosen praktikum melalui media yang disediakan oleh pengampu praktikum
4. Pembahasan jawaban pretest praktikum.
5. Mahasiswa mencermati video skill praktikum LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM) dari tautan video sebagai berikut:
   a. https://www.youtube.com/watch?v=i-3BENYamQs
   b. Ceklist ROM (terlampir)
6. Mahasiswa dan dosen praktikum berdiskusi terkait tindakan yang dilakukan dalam video atau panduan praktikum (ssetiap mahasiswa wajib mengikuti sesi diskusi).
7. Mahasiswa membuat video terkait dengan praktikum ROM sesuai dengan urutan pada ceklist yang sudah disediakan.

## MATERI LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM)

Range of motion (ROM) adalah rentang dari gerakan sendi dengan fungsi yang lengkap dan tidak terganggu. Menjalankan akvitas sehari hari akan membantu otot dan sendi mencapai derajat rang of motion yang penuh. Namun ketika aktifitas sehari hari tidak mampu untuk dilakukan karena kondisi sakit, tidak sadar, kelumpuhan dsb. Maka perawat perlu memberikan perhatian kepada otot dan sendi pasien supaya minimal tetap dapat melakukan fungsi pergerakannya dapat upaya mencapai ROM sesuai dengan kemampuan. ROM dibedakan menjadi 3 yaitu active ROM, assisted ROM, dan passive ROM. ROM aktif (active ROM) apabila dilakukan oleh pasien sendiri, ROM dengan bantuan (assisted ROM) apabila dilakukan oleh pasien dengan bantuan perawat, dan ROM pasif (passive ROM) apabila pasien tidak mampu melakukan ROM dan keseluruhan ROM dilakukan oleh perawat. Latihan ROM harus dimulai sesegera mungkin karena perubahan tubuh dapat terjadi hanya dalam waktu 3 hari sejak terjadi gangguan mobilitas.

### PERALATAN YANG DIPERLUKAN

- Sarung tangan, sesuai indikasi (apabila diperlukan)
- APD tambahan, sesuai indikasi (apabila diperlukan)

### PEDOMAN PENGKAJIAN AWAL

- Lihat catatan medis dan rencana asuhan keperawatan untuk setiap kondisi yang akan membatasi mobilitas (kondisi imobilisasi).
- Lakukan pengkajian nyeri sebelum diberikan latihan ROM. Jika pasien melaporkan rasa sakit, berikan obat yang diresepkan dalam waktu yang cukup untuk memungkinkan efek analgesik penuh.
- Kaji kemampuan pasien untuk melakukan latihan ROM. Inspeksi dan palpasi sendi terhadap kemerahan, nyeri tekan, nyeri, bengkak, atau deformitas.

### DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNGKIN MUNCUL TERKAIT TINDAKAN LATIHAN ROM

- Gangguan Mobilitas Fisik
- Kurang Pengetahuan
- Nyeri akut
- Intoleransi Aktivitas
- Kelelahan
- Kerusakan Integritas Kulit

IDENTIFIKASI HASIL LUARAN DAN PERENCANAAN

Hasil yang diharapkan dapat mencakup:

- Pasien mempertahankan mobilitas sendi.
- Pasien meningkatkan atau mempertahankan kekuatan otot.
- Atrofi otot dan kontraktur tidak terjadi/ dapat dicegah.

PELAKSANAAN

Lihat video https://www.youtube.com/watch?v=i-3BENYamQs

Lihat ceklist (terlampir)

EVALUASI

- Pasien dapat mempertahankan atau meningkatkan mobilitas sendi dan kekuatan otot.
- Pasien tidak mengalami atrofi otot dan kontraktur.

DOKUMENTASI

- Dokumentasikan latihan yang dilakukan, pengamatan yang signifikan, dan reaksi pasien terhadap aktivitas tersebut.

PERTIMBANGAN UMUM

- Gerakan- gerakan ROM dapat banyak dilakukan dalam kegiatan sehari hari seperti mandi
- Perawat yang akan melakukan ROM pada pasien dengan kondisi artritis akut, patah tulang, ligamen robek, dislokasi sendi, infark miokard akut, dan tumor tulang atau metastasis harus mendapatkan persetujuan/ instruksi khusus dari dokter penanggung jawab pasien.

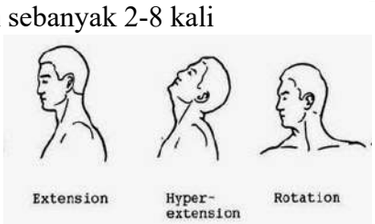
**CEKLIST KETRAMPILAN LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM)**

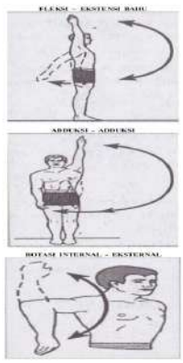
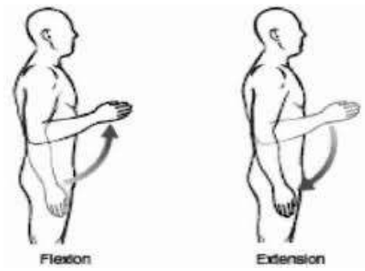
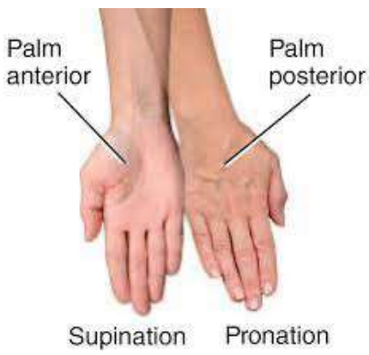
Berikan nilai kinerja disetiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut :

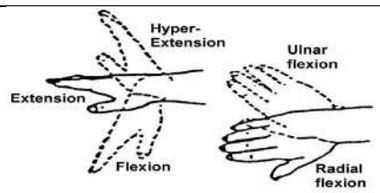
**0** = Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan yang seharusnya dilakukan, saat dilakukan pengamatan atau observasi tidak dikerjakan oleh peserta didik

**1** = Perlu perbaikan (langkah atau prosedur belum dilakukan secara baik dan benar, atau dilakukan dalam urutan yang tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

**2** = Mampu atau cukup terampil (langkah atau prosedur dilakukan dengan baik dan benar serta urutannya sesuai

| No | ASPEK YANG DINILAI | NILAI | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | |
| A | TAHAP PREINTERAKSI | | | | |
| | 1. Persiapan<br>- Cek catatan rekam medik<br>- Cek order untuk Tindakan Latihan ROM<br>2. Persiapan Alat<br>- Sarung tangan<br>- APD (sesuai kebutuhan)<br>3. Cuci tangan sebelum kepasien | | | | |
| B | TAHAP ORIENTASI | | | | |
| | 1. Berikan salam, identifikasi pasien dan periksa tanda pengenal, perkenalkan diri perawat. | | | | |
| | 2. Tanyakan keluhan utama pasien (terutama terkait nyeri), apabila ada nyeri berikan analgesik terlebih dahulu (sesuai order apabila ada), dan biarkan analgesik bereaksi terlebih dahulu | | | | |
| | 3. Kaji kemampuan pasien untuk melakukan ROM (untuk menentukan jenis ROM yang akan dilakukan) | | | | |
| | 4. Jelaskan tujuan, prosedur dan kontrak waktu tindakan yang akan dilakukan. | | | | |
| | 5. Beri kesempatan klien bertanya sebelum dilakukan tindakan | | | | |
| | 6. Jaga privasi klien (tutup sampiran/pintu) | | | | |
| C | TAHAP KERJA | | | | |
| | 7. Berdiri disisi tubuh yang akan dilakukan ROM, turunkan side rail, dan buka selimut yang menutupi pasien pada bagian yang akan dilakukan ROM<br>8. Lakukan ROM dengan pelan dan lembut, berikan dukungan dengan memegang area proksimal dan distal sendi saat melakukan ROM (hentikan ROM apabila pasien mengeluh sakit atau perawat menemukan adanya tahanan)<br>9. Lakukan ROM mulai dari bagian atas kebawah pada satu sisi yang sama<br>10. Lakukan fleksi, ekstensi, kemudian hiperekstensi pada kepala pasien sebanyak 2-8 kali<br><br><br>11. Lakukan rotasi pada kepala pasien sebanyak 2-8 kali | | | | |

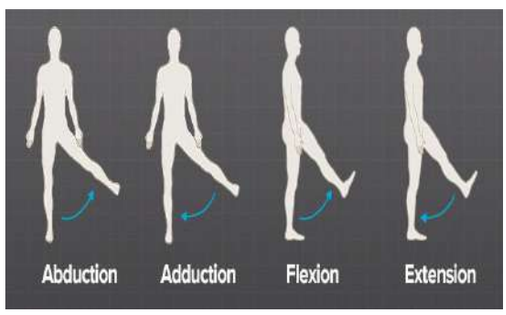
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 12. Lakukan Gerakan mengangkat tangan lurus sampai dengan melewati kepala (fleksi bahu), dan Kembali keposisi semula disamping badan (ekstensi bahu) sebanyak 2-8 kali<br><br>13. Lakukan gerakan abduksi (menjauhi sumbu tubuh) dan adduksi (mendekati sumbu tubuh) pada tangan pasien (untuk sendi bahu) sebanyak 2-8 kali<br>14. Lakukan gerakan rotasi internal dan eksternal untuk ROM bahu sebanyak 2-8 kali<br>15. Lakukan gerakan fleksi ekstensi siku sebanyak 2-8 kali<br><br>16. Lakukan gerakan pronasi dan supinasi dari telapak tangan sebanyak 2-8 kali.<br><br>17. Lakukan fleksi, ekstensi, dan hiperekstensi dari pergelangan tangan sebanyak 2-8 kali. | | | | |



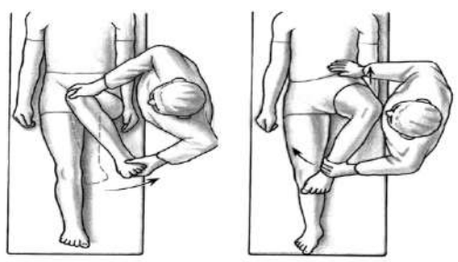

18. Lakukan fleksi, ekstensi, dan hiperekstensi dari jari jari pasien sebanyak 2-8 kali



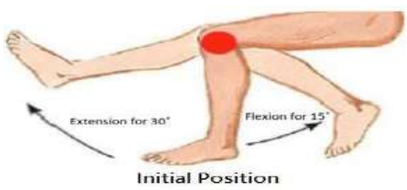

19. Lakukan fleksi dan ekstensi pada pinggul pasien sebanyak 2-8 kali



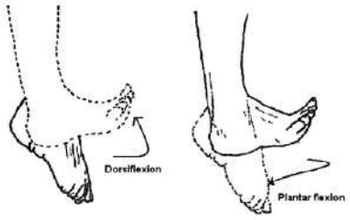

20. Lakukan abduksi dan adduksi pada pinggul pasien sebanyak 2-8 kali
21. Lakukan rotasi internal dan eksternal pada pinggul pasien sebanyak 2-8 kali.



22. Lakukan fleksi dan ekstensi pada lutut pasien sebanyak 2-8 kali




23. Lakukan dorsofleksi dan plantarfleksi pada telapak kaki pasien sebanyak 2-8 kali.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | <br>24. Lakukan gerakan enversi dan eversi pada pergelangan kaki pasien sebanyak 2-8 kali.<br><br>25. Lakukan fleksi, ekstensi, abduksi, dan adduksi pada jari kaki<br><br>pasien sebanyak 2-8 kali<br>26. Lakukan pada sisi tubuh yang lain<br>27. Kembalikan dan rapikan pasien keposisi semula | | | | |
| D | TAHAP TERMINASI | | | | |
| | 28. Evaluasi perasaan klien<br>29. Berikan reinforcemen positif<br>30. Kontrak pertemuan selanjutnya<br>31. Akhiri kegiatan, ucapkan salam<br>32. Cuci tangan | | | | |
| E | DOKUMENTASI | | | | |
| | Catat tindakan yang dilakukan (hari, tanggal, jam, dan nama pemeriksa), serta respon pasien (ada tidaknya nyeri, tahanan, rentang gerak pasien saat ini, dan kekuatan otot pasien saat ini) | | | | |
| | Jumlah Total Nilai | | | | |

Nilai: Jumlah Skor didapat/ Jumlah Skor Maksimal*100

## PRAKTIKUM AMBULASI DAN MEMINDAHKAN PASIEN

Teknis Praktikum:

1. Pelaksanaan: Rabu, 18 Februari 2026 pukul 13.00 – 16.00 WIB.
2. Mahasiswa mempelajari terlebih dahulu materi tentang topik.
3. Mahasiswa mengerjakan pretest dari dosen praktikum melalui media yang disediakan oleh dosen pengampu
4. Pembahasan jawaban pretest praktikum.
5. Mahasiswa mencermati video skill praktikum AMBULASI DAN MEMINDAHKAN PASIEN dari tautan video sebagai berikut:
   c. https://www.youtube.com/watch?v=TDagSMJbNZI (Ambulasi).
   d. https://www.youtube.com/watch?v=o0zteLnqjZA (Memindahkan pasien)
6. Mahasiswa dan dosen praktikum berdiskusi terkait tindakan yang dilakukan dalam video atau panduan praktikum (ssetiap mahasiswa wajib mengikuti sesi diskusi).

# MATERI PRAKTIKUM AMBULASI DAN MEMINDAHKAN PASIEN

## MEMBANTU PASIEN MELAKUKAN AMBULASI (BERJALAN)

Ambulasi pasien dengan berjalan berfungsi untuk melatih sebagian besar otot tubuh dan meningkatkan fleksibilitas sendi. Ambulasi (berjalan) juga akan meningkatkan fungsi pernapasan dan pencernaan dan mengurangi risiko komplikasi imobilitas. Imobilisasi bahkan yang terjadi dalam jangka pendek dapat menurunkan seseorang untuk berambulasi (berjalan). Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk membantu dan meningkatkan ambulasi pada pasien apabila kondisi sudah memungkinkan.

### PERALATAN

- Sabuk pengaman, bila perlu
- Sepatu atau sandal anti selip
- Sarung tangan nonsteril dan/atau lainnya
- APD, sesuai indikasi/kebutuhan
- Perangkat stand-assist, jika perlu atau jika tersedia
- Staf tambahan untuk bantuan, sesuai kebutuhan

### PEDOMAN PENGKAJIAN

- Kaji kemampuan pasien untuk berjalan dan kebutuhan akan bantuan. Tinjau catatan pasien untuk kondisi yang dapat mempengaruhi ambulasi.
- Lakukan pengkajian nyeri sebelum waktu aktivitas. Jika pasien melaporkan rasa sakit, berikan obat yang diresepkan dalam waktu yang cukup untuk memungkinkan efek analgesik penuh.
- Catat tanda-tanda vital dan kaji apakah pasien mengalami pusing dengan perubahan posisi.

### DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNGKIN MUNCUL UNTUK TINDAKAN AMBULASI (BERJALAN)

- Gangguan Mobilitas Fisik
- Gangguan Berjalan
- Kurang Pengetahuan
- Gangguan Mobilitas di Tempat Tidur
- Nyeri akut
- Intoleransi Aktivitas
- Nyeri Kronis
- Kelelahan

### HASIL YANG DIHARAPKAN

Hasil yang diharapkan dapat mencakup:

- Pasien dapat melakukan ambulasi dengan aman, tanpa jatuh atau cedera.
- Pasien dapat meningkatkan atau mempertahankan kekuatan otot.
- Tingkat kemandirian pasien meningkat.
- Pasien bebas dari komplikasi akibat imobilisasi.

### IMPLEMENTASI

Lihat video: https://www.youtube.com/watch?v=TDagSMJbNZI

### EVALUASI

- Pasien mampu melakukan ambulasi (berjalan) dengan aman untuk jarak dan waktu yang ditentukan dan tetap bebas dari jatuh atau cedera.
- Pasien menunjukkan peningkatan kekuatan otot, mobilitas sendi.
- Pasien menunjukkan peningkatan kemandirian.
- Pasien tetap bebas dari tanda dan gejala imobilitas.

DOKUMENTASI

- Dokumentasikan aktivitas, observasi, toleransi pasien terhadap prosedur, dan jarak berjalan.
- Dokumentasikan penggunaan alat bantu transfer dan jumlah staf yang dibutuhkan untuk transfer.

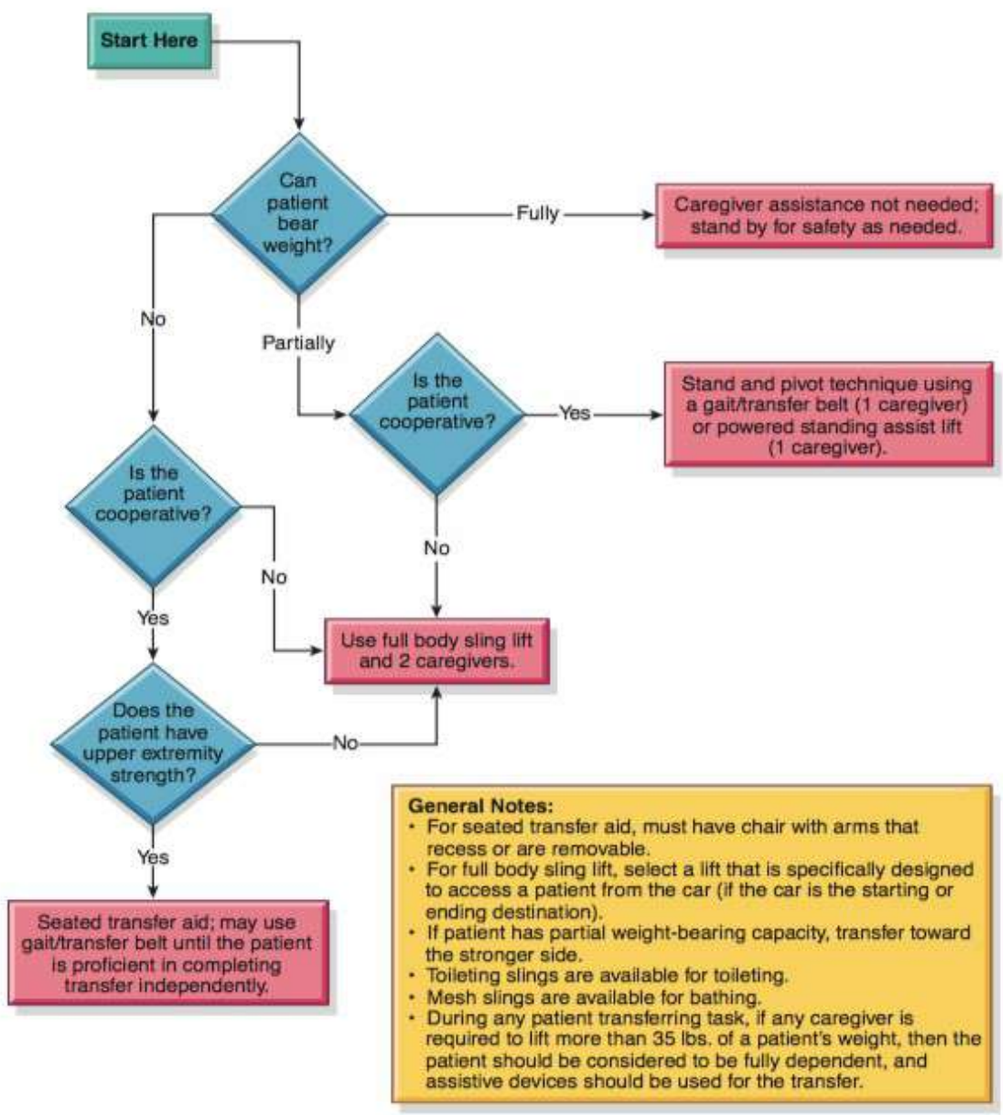
PERTIMBANGAN UMUM

- Amankan pasien dari semua peralatan yang mungkin menjadi penghalang selama ambulasi (berjalan), seperti merapikan kateter urin, drainase, atau infus IV ke tiang untuk ambulasi.
- Jangan membawa peralatan pribadi saat membantu pasien. Tangan perawat harus bebas memberikan dukungan.

## TRANSFER PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA

Sebelum melakukan transfer, identifikasi keterbatasan pasien dan tingkat aktivitas pasien karena dapat mempengaruhi hasil tindakan yang akan dilakukan. Algoritma untuk penanganan pasien dengan aman aman (gambar 1) dapat digunakan untuk membantu membuat keputusan terkait penanganan dan pergerakan pasien yang aman. Menggunakan alat bantu yang tepat, reposisi dan mekanika tubuh yang baik, serta penggunaan teknik yang benar merupakan hal penting yang harus diterapkan untuk menghindarkan perawat dari cedera kerja saat melakukan kegiatan transfer pasien.

**Algorithm 1: Transfer to and From: Bed to Chair, Chair to Toilet, Chair to Chair, or Car to Chair**



PERALATAN

- Kursi atau kursi roda
- Sabuk pengaman
- Bantuan stand-assist (alat untuk membantu pasien berdiri), jika tersedia
- Staf tambahan untuk membantu
- Selimut untuk menutupi pasien di kursi
- Sarung tangan non steril dan/atau APD lainnya, sesuai indikasi

PEDOMAN PENILAIAN

- Kaji situasi untuk menentukan perlu/tidaknya menurunkan pasien dari tempat tidur.
- Tinjau catatan medis dan rencana asuhan keperawatan untuk kondisi yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk pindah atau dipindahkan.
- Kaji adanya selang, jalur IV, luka, atau peralatan yang dapat mengubah prosedur saat pemindahan posisi.
- Kaji tingkat kesadaran pasien, kemampuan untuk memahami dan mengikuti petunjuk, dan kemampuan untuk membantu pemindahan.
- Kaji berat badan pasien dan kekuatan perawat untuk menentukan jumlah perawat yang dibutuhkan untuk membantu aktivitas tersebut. Tentukan apakah ada kebutuhan untuk peralatan bariatrik.
- Kaji tingkat kenyamanan pasien; jika perlu, obati sesuai pesanan dengan analgesik.
- Jika pasien hanya mampu menanggung sebagian berat badan, pertimbangkan staf kedua untuk membantu. Jika pasien tidak mampu menahan beban bahkan sebagian, atau tidak kooperatif, gunakan sling lift seluruh tubuh untuk memindahkan pasien.

DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNGKIN MUNCUL UNTUK TINDAKAN TRANSFER PASIEN

- Intoleransi Aktivitas
- Nyeri akut
- Kecemasan
- Risiko Kerusakan Integritas Kulit
- Risiko Jatuh
- Kemampuan Transfer Terganggu

IDENTIFIKASI HASIL DAN PERENCANAAN

Hasil yang diharapkan dapat mencakup:

- Pemindahan dilakukan tanpa menyebabkan cedera pada pasien atau perawat.
- Pasien tetap bebas dari komplikasi imobilitas.

IMPLEMENTASI LIHAT VIDEO

Lihat video: https://www.youtube.com/watch?v=o0zteLnqjZA

EVALUASI

- Pasien dipindahkan ke kursi tanpa cedera pada pasien atau perawat.
- Pasien tidak menunjukkan tanda dan gejala masalah atau komplikasi yang berhubungan dengan imobilitas.

DOKUMENTASI

- Dokumentasikan aktivitas, termasuk lamanya pasien duduk di kursi, pengamatan terkait lainnya, dan toleransi serta reaksi pasien terhadap aktivitas tersebut. Dokumentasikan penggunaan alat bantu transfer dan jumlah staf yang dibutuhkan untuk transfer.

PERTIMBANGAN UMUM

- Pemindahan pasien ke kursi atau toilet dapat dilakukan dengan menggunakan alat bantu berdiri bertenaga dan lift reposisi (jika tersedia). Perangkat ini dapat digunakan dengan pasien yang memiliki kemampuan menahan beban pada setidaknya satu kaki dan yang dapat mengikuti petunjuk dan kooperatif. Selempang sederhana ditempatkan di sekitar punggung pasien dan di bawah lengan. Pasien meletakkan kaki di sandaran kaki

perangkat dan meletakkan tangannya di pegangan. Perangkat secara mekanis membantu pasien untuk berdiri, tanpa mengangkat apapun oleh perawat. Setelah pasien berdiri, perangkat dapat didorong ke kursi, toilet, atau tempat tidur. Beberapa perangkat memiliki pijakan kaki yang dapat dilepas dan dapat digunakan sebagai alat bantu jalan. Beberapa memiliki timbangan yang dimasukkan ke dalam perangkat yang dapat digunakan untuk menimbang pasien.

- Pasien yang tidak mampu menanggung sebagian berat badan atau berat badan penuh atau yang tidak kooperatif harus dipindahkan menggunakan sling lift seluruh tubuh.
- Pemindahan pasien sering kali didelegasikan kepada personel lain (bukan perawat) oleh karena itu sebelum memindahkan pasien, semua personel tersebut harus sudah menjalani pelatihan dan mampu menemonstrasikan keterampilan transfer dengan benar. Sebelum melakukan pemindahan, komunikasikan kepada petugas terkait batasan mobilitas atau kebutuhan perawatan khusus pasien dengan jelas.

PRAKTIKUM PERAWATAN LUKA BAKAR

Teknis Praktikum:

1. Pelaksanaan: Jumat, 13 Februari 2026 pukul 13.00 – 16.00 WIB.
2. Mahasiswa mempelajari terlebih dahulu materi tentang topik
3. Mahasiswa mengerjakan pretest dari dosen praktikum melalui media yang disediakan oleh pengampu praktikum
4. Mahasiswa mencermati video skill praktikum perawatan luka bakar dari tautan video sebagai berikut:
   a. https://www.youtube.com/watch?v=7QMBq76ti1U
   b. Ceklist perawatan luka bakar (terlampir) à apabila ditemukan sedikit perbedaan antara video dengan ceklist, pakai ceklist yang berikan.
5. Mahasiswa dan dosen praktikum bersama di Laboratorium FKES Unjaya

# KETRAMPILAN PERAWATAN LUKA BAKAR

Learning Objective

Setelah mengikuti praktikum ini diharapkan mahasiswa mampu endemonstrasikan keterampilan perawatan luka bakar

**A.** Definisi

Luka bakar (combustio/burn) adalah cedera (injuri) sebagai akibat kontak langsung atau terpapar dengan sumber-sumber panas (thermal), listrik (electrict), zat kimia (chemycal), atau radiasi. Luka bakar disebabkan oleh pemindahan energi dari sumber panas ke tubuh (Brunner&Suddart, 2013).

Penderita luka bakar memerlukan perawatan secara khusus karena karena luka bakar berbeda dengan luka lain (seperti luka tusuk, tembak, sayatan dll). Hal ini disebabkan karena luka bakar terdapat keadaan seperti: 1. Ditempati kuman dengan patogenitas yang tinggi

2. Terdapat banyak jaringan mati
3. Mengeluarkan banyak air, serum dan darah
4. Terbuka untuk waktu yang lama (mudah terinfeksi dan terkena trauma)
5. Memerlukan jaringan untuk menutup

**B.** Klasifikasi Luka Bakar berdasarkan kedalaman (Buku Penanggulangan Penderita Gawat Darurat, 2011)

| Klasifikasi | Jaringan yang rusak | Klinis | Tes Jarum "Pin prick" | Waktu Sembuh | Penyembuhan | Penanganan Luka |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I (Superficial burn) | Epidermis | - Terasanyeri<br>- Hiperemis berupa eritema<br>- Kering/ tidak ada edema<br>- Pucat bila ditekan dengan ujung jari, berisi kembali bila tekanan dilepas<br>- Sangat sensitive terhadap sentuhan dan lembab | Normal | 5-10 hari atau < 7 hari | Normal atau spontan | Tidak memerlukan penanganan khusus hanya perlu diberi obat topical zalf /vaseline/biopl acenton® dan biarkan luka terbuka |
| II (Partial Thickness-Superficial) atau Dangkal | Epidermis dan sebagian dermis | - Sangat sakit/nyeri mayor (maksimal)<br>- Adanya reaksi inflamasi disertai eksudasi<br>- Bercak merah<br>- Bulla (blister)<br>- Edema | Hiperalgesi | 10-14 hari | Normal, pucat, berbintik | Perawatan dengan paraffin dressing. |

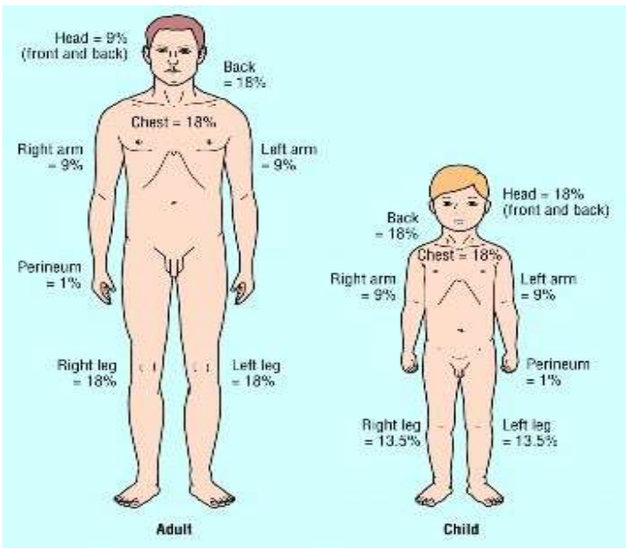
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| II (Partial Thickness-Deep) atau Dalam | Hampir seluruh dermis | - Sakit/ nyeri berkurang<br>- Merah/merah muda/putih,<br>- Basah dan terbentuk bulla | Hipoalgesi | 14-30 hari | Pucat, depigmentasi, rata, mengkilat, rambut (-), cicatrix, hipertropi | Perawatan dengan salep silver sulfadiazine (SSD) atau silver-based dressing. |
| III (Full Thickness) | Seluruh lapisan dermis, kerusakan menyeluruh pada kelenjar lemak, kelenjar keringat dan hilangnya folikel rambut | - Tidak nyeri<br>- Kulit yang terbakar tampak berwarna abuabu atau cokelat<br>- Adanya escar akibat koagulasi protein pada epidermis dan dermis<br>- Kering/ tidak ada bulla | Analgesi | >1 bulan | Cicatrix, hipertropi | Dilakukan tindakan skin graft/ eksisi |
| IV (Deep Full Thickness) | Luka bakar telah mencapai jaringan otot ataupun tulang, kerusakan yang ditimbulkan hingga menimbulkan arang pada anggota yang terbakar. | - Tidak terasa nyeri<br>- Berwarna coklat sampai hitam/ terbakar<br>- Tidak ada bulla<br>- Kering | Analgesi | >1 bulan | | Dilakukan tindakan skin graft/ eksisi |

**C.** Ukuran luas luka bakar

Dalam menentukan ukuran luas luka bakar kita dapat menggunakan beberapa metode yaitu:

1. Rule of nine

| Dewasa | Anak |
|---|---|
| • Kepala dan leher : 9%<br>• Dada depan dan belakang : 18%<br>• Abdomen depan dan belakang : 18%<br>• Tangan kanan dan kiri : 18%<br>• Paha kanan dan kiri : 18%<br>• Kaki kanan dan kiri : 18%<br>• Genital : 1% | • Kepala dan leher : 18%<br>• Dada depan dan belakang : 18%<br>• Abdomen depan dan belakang : 18%<br>• Tangan kanan dan kiri : 18%<br>• Paha kanan dan kiri : 13.5%<br>• Kaki kanan dan kiri : 13.5%<br>• Genital : 1% |




2. Diagram

Penentuan luas luka bakar secara lebih lengkap dijelaskan dengan diagram Lund dan Browder sebagai berikut:

| LOKASI | JSIA (Tahun) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 0-1 | 1-4 | 5-9 | 10-15 | DEWASA |
| Kepala | 19 | 17 | 13 | 10 | 7 |
| Leher | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Dada & perut | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Punggung | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Pantat kiri | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| Pantat kanan | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| Kelamin | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Lengan atas kanan. | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Lengan atas kiri. | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Lengan bawah kanan | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Lengan bawah kiri. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Tangan kanan | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| Tangan kiri. | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| Paha kanan | 5,5 | 6,5 | 8,5 | 8,5 | 9,5 |
| Paha kiri. | 5,5 | 6,5 | 8,5 | 8,5 | 9,5 |
| Tungkai bawah kanan | 5 | 5 | 5,5 | 6 | 7 |
| Tungkai bawah kiri. | 5 | 5 | 5,5 | 6 | 7 |
| Kaki kanan | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 |
| Kaki kiri | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 |

**D.** Penatalaksanaan / Resusitasi

1. Airway (jalan nafas) dengan kontrol servikal
   Tindakan pertama yang harus dilakukan adalah menstabilkan leher jika dicurigai terdapat cedera servikal.Kemudian hal terpenting yang diperhatikan adalah penilaian terhadap jalan nafas. Trauma inhalasi yaitu tersumbatnya jalan nafas akibat edema yang disebabkan trauma panas pada jalan nafas itu sendiri, harus dicurigai bila:
   a. Luka bakar pada wajah dan/ leher.
   b. Bulu hidung atau alis terbakar.
   c. Didapatkan timbunan karbon kehitaman disekitar mulut, hidung dan orofaring.
   d. Sputum yang mengandung karbon/arang.
   e. Suara serak.
   f. Riwayat terbakar di ruangan tertutup.

2. Breathing (ventilasi)
   Pada luka bakar di daerah dada yang melingkar dapat menimbulkan gangguan ventilasi oleh karena hilangnya sifat elastis kulit yang terbakar (eskar), dan bila hal tersebut terjadi maka dapat mengganggu gerakan otot-otot pernafasan.

3. Mengatasi gangguan keseimbangan cairan / Sirkulasi
   Resusitasi/ pemberian cairan diperlukan bila pasien mengalami luka bakar >10% untuk anak dan >15% untuk dewasa.Protokol pemberian cairan menggunakan rumus Baxter :

| Kebutuhan cairan = 4 ml kristaloid x kgBB x luas luka bakar (%) |
|---|

   Pada 24 jam pertama: separuh jumlah cairan diberikan dalam 8 jam pertama, sisanya diberikan dalam 16 jam berikutnya. Misal penderita 50 kg, luas luka bakar 20%. Penderita akan mendapat 50 x 20 x 4cc/ 24 jam = 4000cc/24 jam, separuhnya 2000 cc dalam 8 jam pertama.Perawat perlu memonitor urin output untuk mengevaluasi pemberian cairan yang diberikan. Urin output perlu dijaga dengan kecepatan :
   Dewasa : 0,5 ml/kg/jam
   Anak : 1 ml/kg/jam

   a. Memeriksa kesadaran pasien
   b. Menjaga lingkungan tetap hangat karena pasien berisiko mengalami hipotermi terutama pada anak-anak
   c. Mengatasi infeksi
   d. Eksisi eskhar dan skin graft.
   e. Pemberian nutrisi.
   f. Rehabilitasi.
   g. Penanggulangan terhadap gangguan psikologis (Yayasan Ambulans Gawat Darurat 118, 2015).

E. Perawatan Luka Bakar

**A.** Metode merawat luka bakar Dikenal dua metode merawat luka :

1. Perawatan terbuka (exposure method)
   Keuntungan perawatan terbuka adalah mudah dan murah.Permukaan luka yang selalu terbuka menjadi dingin dan kering sehingga kuman sulit berkembang. Kerugiannya bila digunakan obat tertentu, misalnya nitras-argenti, alas tidur menjadi kotor. Penderita dan keluarga pun merasa kurang enak karena melihat luka yang tampak kotor.

Perawatan terbuka ini memerlukan ketelatenan dan pengawasan yang ketat dan aktif. Keadaan luka harus diamati beberapa kali dalam sehari. Cara ini baik untuk merawat luka bakar yang dangkal. Untuk luka bakar derajat III dengan eksudasi dan pembentukan pus harus dilakukan pembersihan luka berulangulang untuk menjaga luka tetap kering. Penderita perlu dimandikan tiap hari, tubuh sebagian yang luka dicuci dengan sabun atau antiseptik dan secara bertahap dilakukan eksisi eskar atau debridement.

2. Perawatan tertutup (occlusive dressing method)
   Perawatan tertutup dilakukan dengan memberikan balutan yang dimaksudkan untuk menutup luka dari kemungkinan kontaminasi.Keuntungannya adalah luka tampak rapi, terlindung dan enak bagi penderita.Hanya diperlukan tenaga dan biaya yang lebih karena dipakainya banyak pembalut dan antiseptik. Untuk menghindari kemungkinan kuman untuk berkembang biak, sedapat mungkin luka ditutup kasa penyerap (tulle) setelah dibubuhi dan dikompres dengan antispetik. Balutan kompres diganti beberapa kali sehari. Pada waktu penggantian balut, eskar yang terkelupas dari dasarnya akan terangkat, sehingga dilakukan debridement. Tetapi untuk luka bakar luas debridement harus lebih aktif dan dicuci yaitu dengan melakukan eksisi eskar.

**B.** Prosedur perawatan luka

1. Cuci/bersihkan luka bagian luar dengan cairan savlon 1% dan cukur rambut yang tumbuh pada daerah luka bakar seperti pada wajah, aksila, pubis, dll
2. Lakukan nekrotomi/debridement jaringan nekrosis
3. Lakukan escharotomy jika luka bakar melingkar (circumferential) dan eschar menekan pembuluh darah. Escharotomi dilakukan oleh dokter
4. Bullae (lepuh) dibiarkan utuh sampai hari ke 5 post luka bakar, kecuali berada pada daerah sendi/pergerakan boleh dipecahkan dengan menggunakan spuit steril dan kemudian lakukan nekrotomi.
5. Mandikan pasien tiap hari jika mungkin.
6. Perhatikan ekspresi wajah dan KU pasien selama merawat luka.
7. Irigasi dengan menggunakan cairan NaCl 0, 9%.
8. Keringkan dengan menggunakan kassa steril.
9. Beri salep silver sulfadiazine (SSD) setebal 0,5 cm pada seluruh daerah luka bakar (kecuali wajah hanya jika luka bakar dalam derajat III dan jika luka bakar wajah derajat I/II, beri salep antibiotika (mis : salep neomicin).Selain menggunakan salep SSD, luka juga dapat ditutup dengan silver-based dressing (Yasti, et al., 2015)..
10. Tutup dengan kassa petroleum dan kassa steril (perawatan tertutup) atau biarkan terbuka (gunakan cradle bed)(WHO, 2007).Bila menggunakan silver-based dressing tidak perlu ditutup dengan menggunakan kassa.
11. Perawatan luka sebaiknya dilakukan 1-2 kali sehari bergatung dari tingkat keparahan luka dan banyaknya eksudat (Yasti, et al., 2015).

**C.** Skill yang harus dikuasai oleh seorang perawat dalam merawat luka bakar :

1. Teknik mencuci tangan yang benar
2. Teknik bersih dan aseptik
3. Seleksi cara perawatan dan penggantian balutan yang benar serta obat topical yang digunakan
4. Menilai keadaan luka pasien saat ini

**D.** Hal yang harus diperhatikan dalam perawatan luka yaitu :

1. Saat membuka balutan luka yang akan dibersihkan harus dilakukan secara hatihati dan beri/siram dengan cairan NaCl jika kassa lengket dan kering untuk menghindari perdarahan dan nyeri.
2. Beri analgesik sebelum dilakukan perawatan luka (jika diperlukan) kolaborasi dokter
3. Kaji dan catat kondisi luka setiap hari terhadap tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, berbau, ada pus, dll.
4. Jangan gunakan salep yang sama (satu tube) untuk pasien yang berbeda
5. Ganti sarung tangan steril saat merawat pasien lain
6. Cukur gundul pasien terutama pada pasien dengan luka bakar luas dan dalam yang perlu tindakan operasi dan luka bakar didaerah wajah
7. Gunakan linen steril (sprei, selimut dan sarung bantal).

**E.** Pemilihan obat topikal untuk luka bakar :

1. Mampu mengatasi kuman pathogen
2. Non toksik lokal dan sistemik
3. Mudah digunakan
4. Memberi kenyamanan pasien (tidak menimbulkan nyeri)
5. Tidak iritatif
6. Harga terjangkau

Beberapa obat-obatan topical untuk luka bakar (Duncan & Drisscroll : Burn Wound Management, Critical Care Nursing Clinics of North America, 3:2 1991, USA)

| Nama obat | Indikasi | Keterangan |
|---|---|---|
| Mefenamid acetate 5-10% (sulfamylon) | Luka dengan pathogen gram positif dan gram negative; Mefenamid acetat 10% merupakan terapi pilihan untuk luka bakar listrik karena kemampuan sebagai penetrasi eschar tebal | Berikan 1-2 kali/hari dengan sarung tangan steril dan biarkan terbuka. Jika kulit yang terbakar dibersihkan maka penggantian balutan dilakukan setiap 6 jam. |
| Silver nitrate 0,5% | Efektif sebagai spectrum luas pada luka pathogen dan infeksi kandida, digunakan pada pasien yang alergi Sulfa dan Toxic Epidermal Necrolysis. Bukan Penetrasi terhadap escar | Berikan 0,5% balutan basah 2-3 kali/hari; yakinkan balutan tetap lembab dengan membasahi setiap 2 jam; dan bersihkan luka 2x sehari |
| Silver sulfadiazine (Silvadene) 1% | spectrum luas unuk microbial pathogen; gunakan dengan hatihati pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan hati | Berikan 1-3 kali/hari dengan sarung tangan steril; biarkan luka terbuka atau tutup dengan kassa steril tidak menimbulkan nyeri dan gangguan keseimbangan elektrolit |
| Acticoat | Efektif melawan gram positif dan gram negative | Lembabkan dengan normal saline, berikan langsung pada kulit dan tutup dengan balutan kedua. Balutan dilembabkan setiap 3-4 jam dengan NaCl |

Daftar Pustaka

Yayasan Ambulans Gawat Darurat 118. (2015). Buku panduan BT&CLS Basic Trauma Life Support and Basic Cardiac Life Support ed 6. Jakarta: Yayasan Ambulans Gawat Darurat 118.

Yasti, A. C., et al. (2015). Guideline and treatment algorithm for burn injuries.Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 21(2): 79-89.

WHO. (2007). Management of Burn. World Health Organization.

**CHECK LIST KETRAMPILAN PERAWATAN LUKA BAKAR**

| NO | ASPEK YANG DINILAI | NILAI | | | C | D | Act | Max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | | | | |
| A. | TAHAP PRE INTERAKSI | | | | | | | |
| 1. | • Verifikasi order<br>• Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesi sebelum dilakukan perawatan luka bakar k | | | | 2 | 1 | | 4 |
| 2. | Persiapan alat/bahan<br>**Alat**<br>− Bak instrument (1)<br>− Pinset anatomi (1)<br>− Pinset cirugis (2)<br>− Kom (1)<br>− Gunting jaringan<br>− Gunting plester<br>−<br>− Perlak dan alas<br>− Bengkok (2)<br>− Kantong plastik/tempat sampah medis<br>**Bahan**<br>• Kassa steril<br>• Kassa Petroleum<br>• Parafin dressing<br>• Savlon 1%<br>• NaCl 0, 9%<br>• Tulle gras<br>• SalepSilver sulfadiazine/ Silverbased dressing<br>• Plester (k/p)<br>• Kassa gulung (k/p)<br>• Sarung tangan bersih<br>• Sarung tangan steril | | | | 2 | 1 | | 4 |
| 3 | Cuci tangan | | | | 3 | 2 | | 12 |
| B. | TAHAP ORIENTASI | | | | | | | |
| 4 | Ucapkan salam, panggil nama klien | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 5 | Perkenalkan diri Anda : nama, peran | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 6 | Jelaskan prosedur tindakan, tujuan, kontrak waktu | | | | 1 | 1 | | 2 |
| C. | TAHAP KERJA | | | | | | | |
| 7 | Beri kesempatan klien untuk bertanya | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 8 | Tutup pintu / sampiran | | | | 2 | 1 | | 4 |
| 9 | Mulai kegiatan dengan baik | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 10 | Atur posisi klien | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 11 | Gunakan sarung tangan bersih | | | | 3 | 1 | | 6 |
| 12 | Buka balutan | | | | 2 | 2 | | 8 |
| 13 | Kaji luka | | | | 3 | 2 | | 12 |
| 14 | Buka alat-alat steril dan pertahankan agar tidak terkontaminasi, siapkan bahan yang akan digunakan | | | | 3 | 3 | | 18 |
| 15 | Pakai sarung tangan steril | | | | 3 | 2 | | 12 |
| | LUKA BAKAR DERAJAT I | | | | | | | |
| 16 | Cuci luka dengan NaCl 0,9% kemudian beri zalf /vaseline/ bioplacenton® (Sembuh 5 – 10 hari tanpa meninggalkan scar) biarkan luka terbuka | | | | 3 | 2 | | 12 |
| | LUKA BAKAR DERAJAT II Dangkal | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | Cuci luka dg NaCl 0,9% | | | | 3 | 2 | | 12 |
| 18 | Lakukan nekrotomi/debridement jaringan nekrosis. Bullae (lepuh) dibiarkan utuh sampai hari ke 5 post luka bakar, kecuali berada pada daerah sendi/ pergerakan boleh dipecahkan dengan menggunakan spuit steril dan kemudian lakukan nekrotomi | | | | 3 | 2 | | 12 |
| 19 | Tutup luka dengan parafin dressing | | | | 3 | 2 | | 12 |
| | LUKA BAKAR DERAJAT II Dalam | | | | | | | |
| 20 | Cuci / bersihkan luka dengan cairan savlon 1% pada bagian luar dan cukur rambut yang tumbuh pada daerah luka bakar seperti pada wajah, aksila, pubis, dll | | | | 3 | 2 | | 12 |
| 21 | Lakukan nekrotomi/debridement jaringan nekrosis | | | | 3 | 3 | | 18 |
| 22 | Jika banyak pus, bersihkan dengan Nacl 0,9% | | | | 3 | 2 | | 12 |
| 23 | Bilas savlon 1% dengan menggunakan cairan NaCl 0, 9% | | | | 3 | 1 | | 6 |
| 24 | Keringkan luka dengan menggunakan kassa steril | | | | 3 | 1 | | 6 |
| 25 | Beri salep silver sulfadiazine (SSD) setebal 0,5 cm pada seluruh daerah luka bakar, kecuali wajah hanya jika luka bakar dalam derajat III. Selain salep juga dapat menggunakan silver-based dressing. | | | | 3 | 1 | | 6 |
| 26 | Tutup dengan kassa petroleum dan kassa steril (perawatan tertutup) atau biarkan terbuka (gunakan cradle bed). Bila menggunakan silver-based dressing tidak perlu ditutup dengan kassa steril. | | | | 3 | 1 | | 6 |
| 27 | Jika perlu : ganti linen steril (sprei, selimut dan sarung bantal). | | | | 2 | 1 | | 4 |
| D | TAHAP TERMINASI | | | | | | | |
| 28 | Akhiri kegiatan dengan baik | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 29 | Evaluasi perasaan klien selama tindakan | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 30 | Beri reinforcement positif | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 31 | Lakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 32 | Ucapkan salam penutup | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 33 | Cuci tangan | | | | 3 | 2 | | 12 |
| E | TAHAP DOKUMENTASI | | | | | | | |
| 34 | Catat respon pasien, keadaan luka klien | | | | 3 | 2 | | 12 |
| | JUMLAH TOTAL NILAI | | | | | | | |

Nilai = $\frac{\text{Nilai x Critically x Difficulty X 100\%}}{\text{Jumlah maksimal score}}$

Yogyakarta,_____,___

Penguji

## PEMERIKSAAN NERVUS KRANIAL

Teknis Praktikum:

1. Pelaksanaan: Selasa, 24 Februari 2026 pukul 09.00 – 12.00 WIB.
2. Mahasiswa mempelajari terlebih dahulu materi tentang topik
3. Mahasiswa mengerjakan pretest dari dosen praktikum melalui media yang disediakan oleh pengampu praktikum
4. Pembahasan jawaban pretest praktikum.
5. Mahasiswa dapat mempelajari/mencermati video skill praktikum PEMERIKSAAN NERVUS KRANIAL dari tautan video sebagai berikut sebelum praktikum:
   a. https://www.youtube.com/watch?v=MRKpdPx1ZEc&t=43s (Pemeriksaan nervus kranial)
   b. Ceklist PEMERIKSAAN NERVUS KRANIAL (terlampir) à apabila ditemukan sedikit perbedaan antara video dengan ceklist, pakai ceklist yang berikan.
   c. Mahasiswa juga dipersilahkan untuk melihat beberapa video berupa pemeriksaan reflek fisiologis dan patologis sebagai pengayaan melalui tautan dibawah ini:
      - https://www.youtube.com/watch?v=eqOpNQH09pA (Px reflek fisiologis).
      - https://www.youtube.com/watch?v=dcJgxuLtHdg (Babinski)
      - https://www.youtube.com/watch?v=uVI55amnVuk (Hoffman)
      - https://www.youtube.com/watch?v=PFoKzgLxFzw (Chaddock)
      - https://www.youtube.com/watch?v=TfrGYDIB_PE (Oppenheim)
      - https://www.youtube.com/watch?v=dXguDQjYdWs (Gordon)
      - https://www.youtube.com/watch?v=Q68lEnXtgao (Rossolimo)
6. Mahasiswa dan dosen praktikum bersama di Laboratorium FKES Unjaya

# Assessment, Interpretation and Management of Cranial Nerve Dysfunction

Dwi Kartika Rukmi
kartikarukmi@ymail.com

## TABLE 19-1 THE CRANIAL NERVES AND THEIR FUNCTIONS

| Number | Name | Main Function | Distribution |
|---|---|---|---|
| I | **O**lfactory | Smell (**S**ensory) | Nasal mucous membrane |
| II | **O**ptic | Vision (**S**ensory) | Retina |
| III | **O**culomotor | Eye movements (**M**otor) | Most ocular muscles |
| IV | **T**rochlear (smallest cranial nerves) | Voluntary eye movements (**M**otor) | Superior oblique muscle of eye |
| V | **T**rigeminal (largest cranial nerves) | Sensations of head and face; movement of mandible (**B**oth) | Skin of face; tongue; teeth; muscles of mastication (chewing) |
| | Ophthalmic branch | Sensations from front of head and face, eye sockets, and upper nose (**S**ensory) | |
| | Maxillary branch | Sensations from nose, mouth, and upper jaw, cheek, and upper lip (**S**ensory) | |
| | Mandibular branch | Sensations of tongue, lower teeth, chin (**B**oth) | |
| VI | **A**bducent (Abducens) | Eye movements (**M**otor) | Lateral rectus muscle of eye |
| VII | **F**acial | Taste; facial expressions (**B**oth) | Muscles of expression; taste buds |
| VIII | Vestibulocochlear (**A**coustic) | Hearing and balance | Internal auditory meatus |
| | Cochlear division | Conduct impulses related to hearing (**S**ensory) | |
| | Vestibular division | Conduct impulses related to equilibrium (balance) (**S**ensory) | Inner ear |
| IX | **G**lossopharyngeal | Controls swallowing; gives information on pressure and oxygen tension of blood (**B**oth) | Pharynx, posterior third of tongue, parotid |
| X | **V**agus ("wanderer") (The only cranial nerve not restricted to head and neck) | Somatic motor function; parasympathetic functions; speech (**B**oth) | Pharynx, larynx, heart, lungs, esophagus, stomach, abdominal viscera |
| XI | Accessory (**S**pinal accessory) | Rotation of head; raising of shoulder (**M**otor) | Arising from medulla and spinal cord |
| XII | **H**ypoglossal | Movement of tongue (**M**otor) | Intrinsic muscle of tongue |

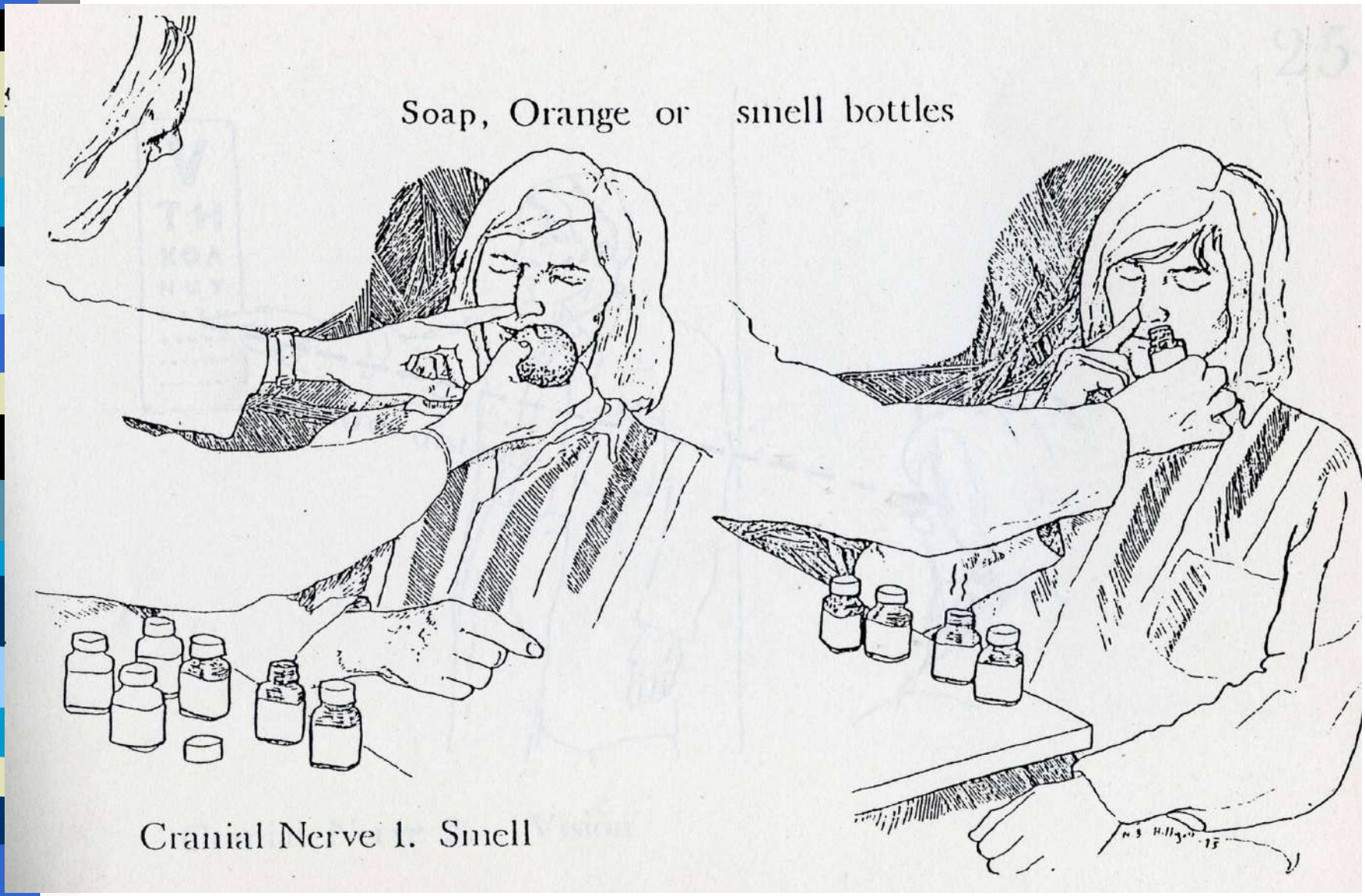
# TESTING CRANIAL NERVES AND INTEPRETING FINDINGS

# OLFAKTORIUS

- N I biasanya baru dikaji apabila pasien mengeluh adanya kelainan
- Bau utk tes N I dpt berasal dari barang disekitar kita: lemon, lavender, sabun, sop, coklat, kopi atau bau bauan lain yang khas
- Bau baunya menyengat (ammonia, minyak kayu putih) dapat dideteksi oleh N trigeminal di akhir saraf mukosa hidung  tidak disarankan

# Cara tes N I

- Tes dilakukan dengan menutup salah satu lubang hidung, mulut dan mata tertutup kmdn diminta mencium bahan tes  pasien tidak harus tahu benda yang dicium, namun lebih kearah bisa membedakan ketajaman antara bau yang satu dengan yang lain (disarankan tes dengan lebih dari 1 bahan tes)


Soap, Orange or smell bottles
Cranial Nerve 1. Smell

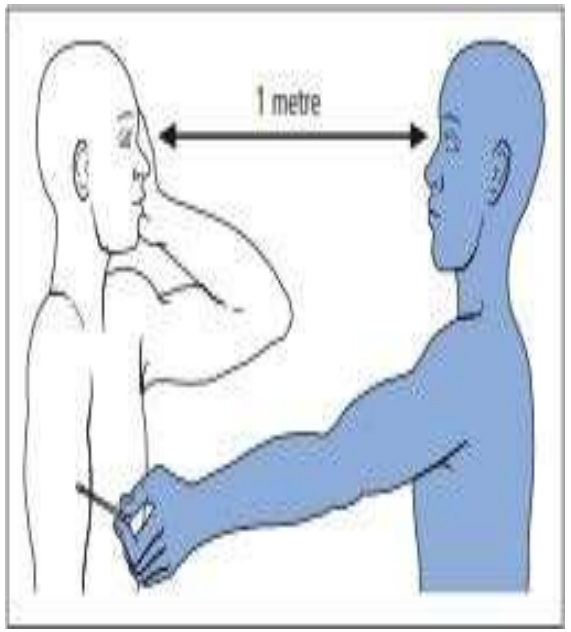
# Hasil Temuan dan kelainan:

- Anosmia (kehilangan total kemampuan pembau): bisa disebabkan karena kongenital atau kerusakan mukosa hidung. Infeksi saluran nafas atas jg dpt menyebabkan anosmia sementara (hanya sementara shg diexclude sbg penyebab anosmia)
- Kehilangan/ perubahan kemampuan pembau yang bersifat sementara atau permanen dapat disebabkan karena trauma kepala, drugs, gangguan endokrin (penyakit Addison), tumor otak dan aneurisma pada circle of willis
- Halusinasi bau disebabkan karena kejang atau migren

- Hilang sensasi bau sangat berhubungan dengan sense of taste shg dpt berefek pada nafsu makan  manajemen nutrisi
- Anosmia juga berakibat kurang waspada  saran pasang detector asap untuk memberitahu pasien saat ada kebakaran

# OPTIKUS

- TES LAPANG PANDANG
- Tes lapang pandang berguna utk mendeteksi adanya kerusakan pada ganglion diretina ataupun saraf dari retina
- Cara tes lapang pandang

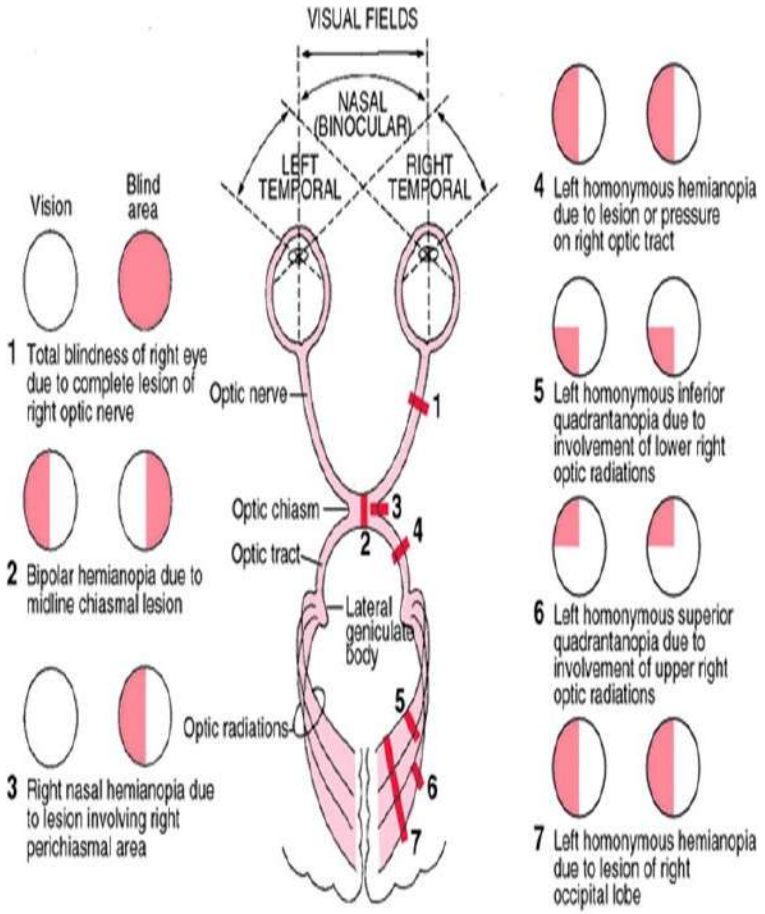


# Cara test

1. Pasien dan examiner duduk/ berdiri berhadapan dgn jarak 1 meter
2. Berpandangan satu sama lain (examiner mengingatkan apabila pasien tidak focus)
3. Pasien menutup mata kiri, examiner mata kanan
4. Examiner menggerakkan pensil dengan tangan kiri dari arah diluar lapang pandang menuju ketengah secara perlahan
5. Pasien diminta untuk memberitahu apabila pensil tersebut sudah masuk kearea lapang pandang (saat pasien dan examiner bisa sama sama melihat pensil memasuka area lapang pandang = normal)
6. Jika examiner sudah melihat pensil namun pasien belum melaporkan melihat maka bisa dicurigai ada gangguan lapang pandang  pemeriksaan lanjut

# Hasil Temuan dan kelainan:

- Kerusakan lapang pandang dapat disebabkan karena inflamasi atau lesi baik vascular maupun kompresi pada N II
- Biasa muncul pada tumor otak, stroke dan cedera kepala
- Gangguan lapang pandang juga dpt terjadi akibat glukoma dan perlengketan retina tidak menyebabkan gangguan neurologis



## TES KETAJAMAN PENGELIHATAN

- Dapat dilakukan dengan menggunakan snellen test
- Apabila snellen tidak ada, bisa dengan membaca koran atau buku.
- Minta pasien untuk membaca dengan mata ditutup satu
- Jika pasien memang memakai kacamata, sebelum dites minta pasien memakai kacamatanya  menghindari bias
- Jika tdk ada buku/koran/snellen tes dengan menghitung jumlah jari atau gerakan tangan yang ditujukkan oleh examiner dalam jarak 30 cm  disebut tes count finger (c/f) atau hand movement (h/m)
- Jika tes c/f atau h/m gagal maka examiner menyorotkan penlight ke mata pasien dan diminta utk berespon apakah melihat cahaya atau tidak  disebut tes perception of light (p/l)
- Hasil positif apabila dapat melihat tes yang dilakukan

# Hasil Temuan dan kelainan:

- Gangguan ketajaman pengelihatan dpt disebabkan karena:

1. Rabun jauh/ dekat
2. Katarak
3. Uveitis (peradangan lapisan tengah mata)
4. Ulserasi kornea
5. Kerusakan pada pathway nervus optikus

# TES COLOUR VISION

- Menggunakan buku Ishihara
- Pasien normal akan melihat figure atau pola yang ada dibuku
- Pasien yang tidak normal: tidak melihat atau melihat namun bentuknya lain
- Tes lain yang dapat digunakan adalah tes sensitivitas warna  pasien diminta membedakan bentuk bangunan/benda yang diprint dengan warna yang sangat mendekati warna putih  kemampuan ini berkurang pada orang yang mengalami papiledema

# Hasil Temuan dan kelainan:

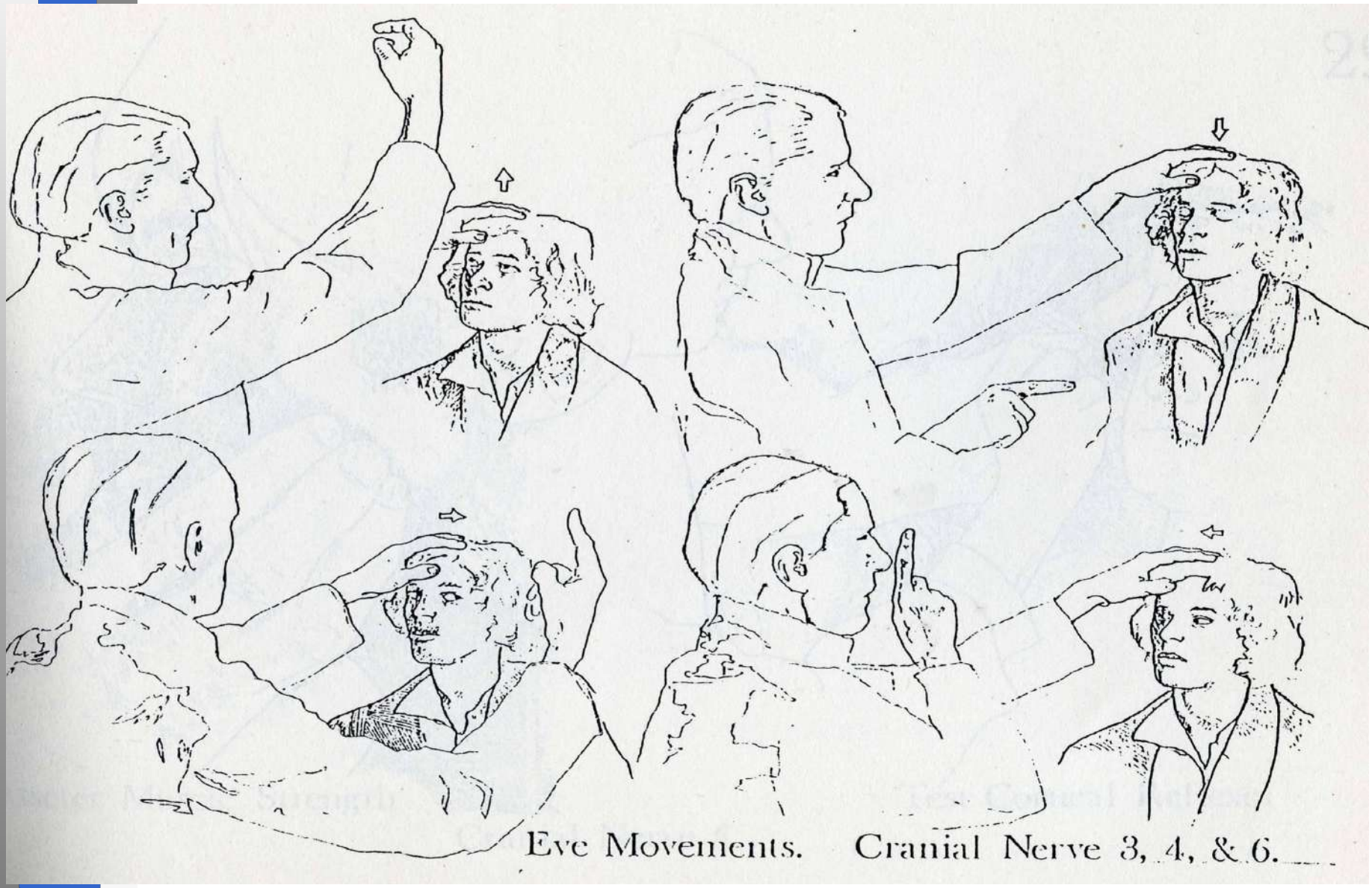
- Gangguan pada colour vision disebabkan:

1. Efek samping obat antiepilepsi
2. Efek samping digoxin
3. Katarak
4. Kongenital (buta warna bawaan)
5. Retinopati

# OCULOMOTORIUS, TROCHLEARIS, ABDUCENS

TES PERGERAKAN BOLA MATA

- Dilakukan dengan meminta pasien menggerakkan bola mata mengikuti gerakan benda (pen atau jari) kesembilan posisi berbeda: kiri atas tengah kanan, tengah kiri tengah kanan dan bawah kiri tengah kanan)
- Tes kedua mata bergantian (apabila diperlukan)
- Catat adanya kelainan



Eye Movements. Cranial Nerve 3, 4, & 6.

# TES KONTRIKSI PUPIL

- Dilakukan dengan menggunakan pen light
- Dilakukan ditempat tidak terlalu terang (pupil lbh dilatasi dan mudah diamati)
- Nyalakan penlight dan sinarkan melintasi mata dari pinggir ketengah
- Amati mata yang disinari dan lihat kecepatan pupil bereaksi terhadap sinar untuk mengkaji direct light response
- Lakukan hal yang sama pada mata yang sama namun amati pupil dimata sebelahnya untuk mengkaji indirect light response
- Pupil harus sama bentuk dan ukuran ( bulat, 2-6 mm)

# Hasil Temuan dan kelainan:

- Ukuran pupil dpt dipengaruhi oleh obat obatan: antikolinergik  dilatasi, opiate  pinpoint
- Migren dan palsi nervus III  dilatasi pupil
- Pupil yang lambat/ tidak bereaksi thd cahaya kompresi N III atau tanda terjadi herniasi trans tentorial
- Gangguan N II  afferent pupilary defect/ optic neuritis (lihat gambar)
- Gangguan N III  efferent pupilary defect (lihat gambar)

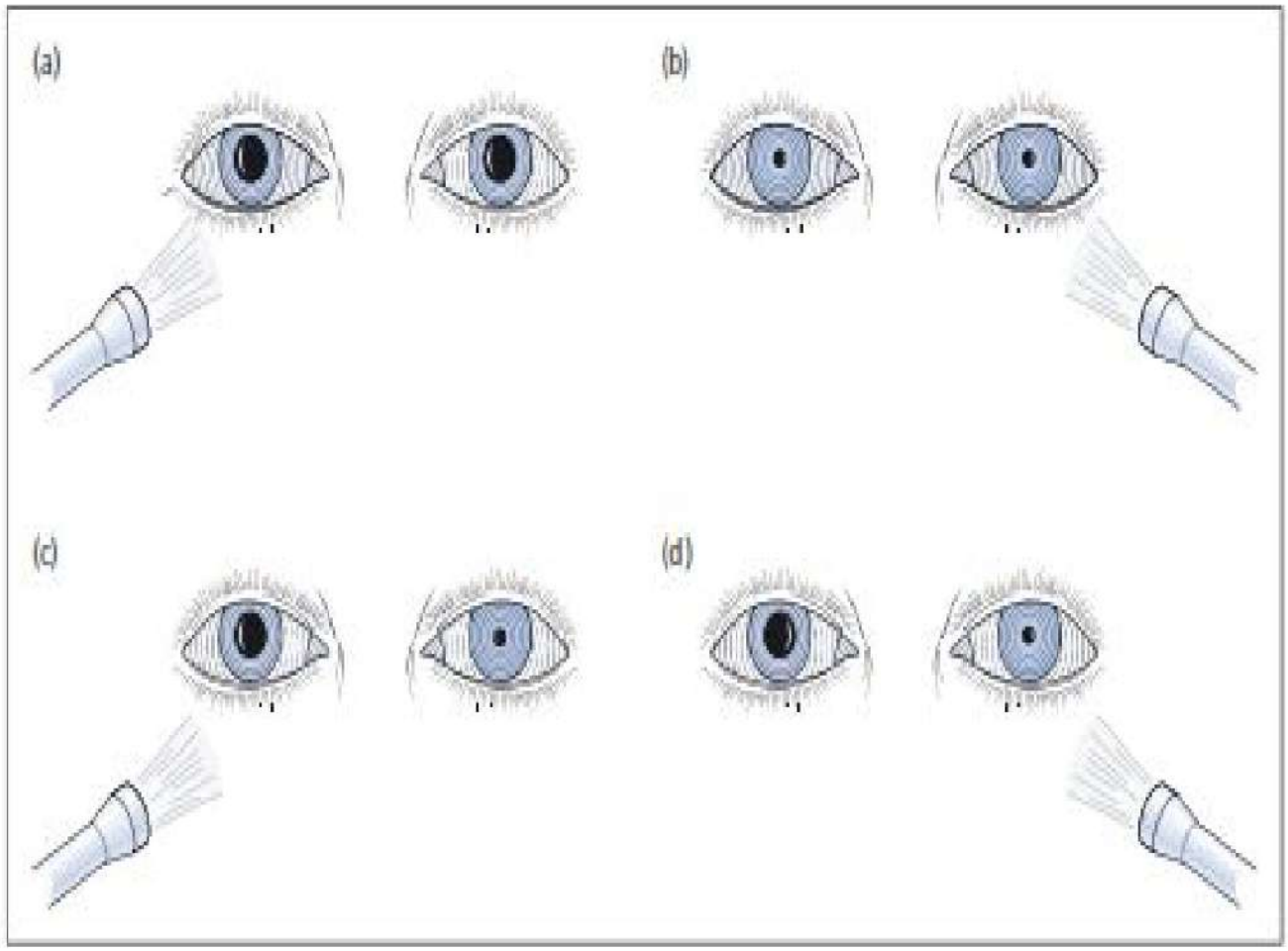
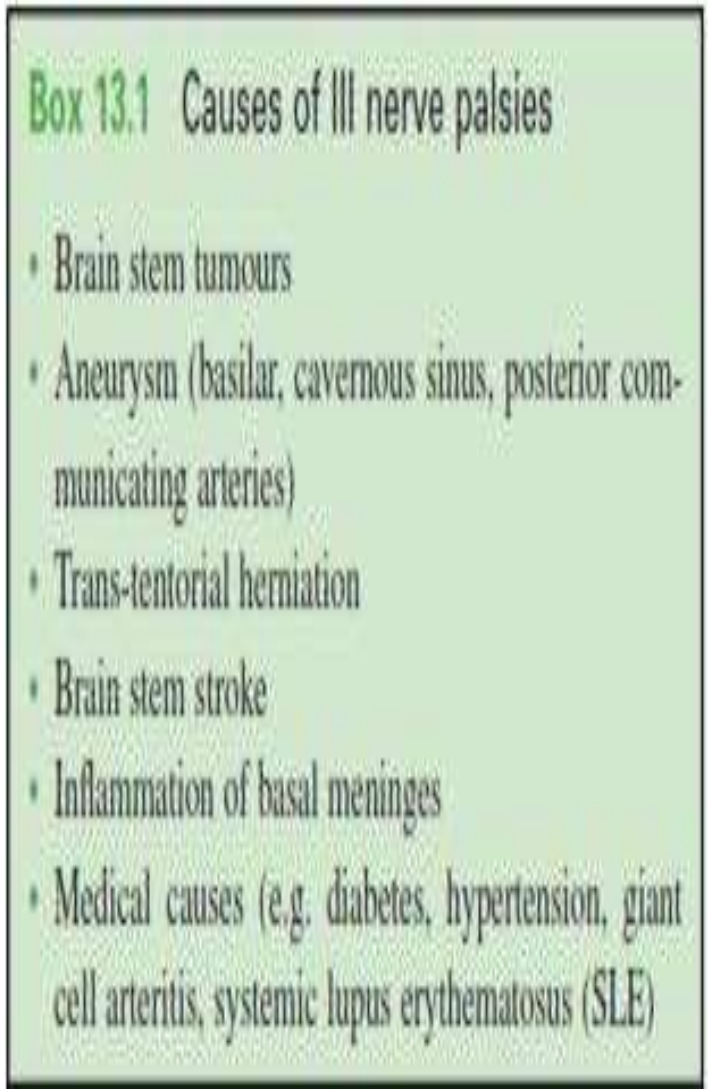



**Figure 13.5** Afferent and efferent pupillary defects. (a, b) Afferent defect – when the torch shines in the affected eye (a), light is not perceived and neither pupil constricts. When the normal eye is tested (b), its pupil constricts, as does the other pupil consensually. (c, d) Efferent defect – light is perceived by the affected eye but the pupil cannot respond (c). The other pupil constricts consensually. When the torch shines in the unaffected eye (d), there is direct pupillary constriction but no consensual response from the affected eye. Reproduced from Lionel Ginsberg, *Lecture Notes: Neurology*, Wiley-Blackwell, with permission.

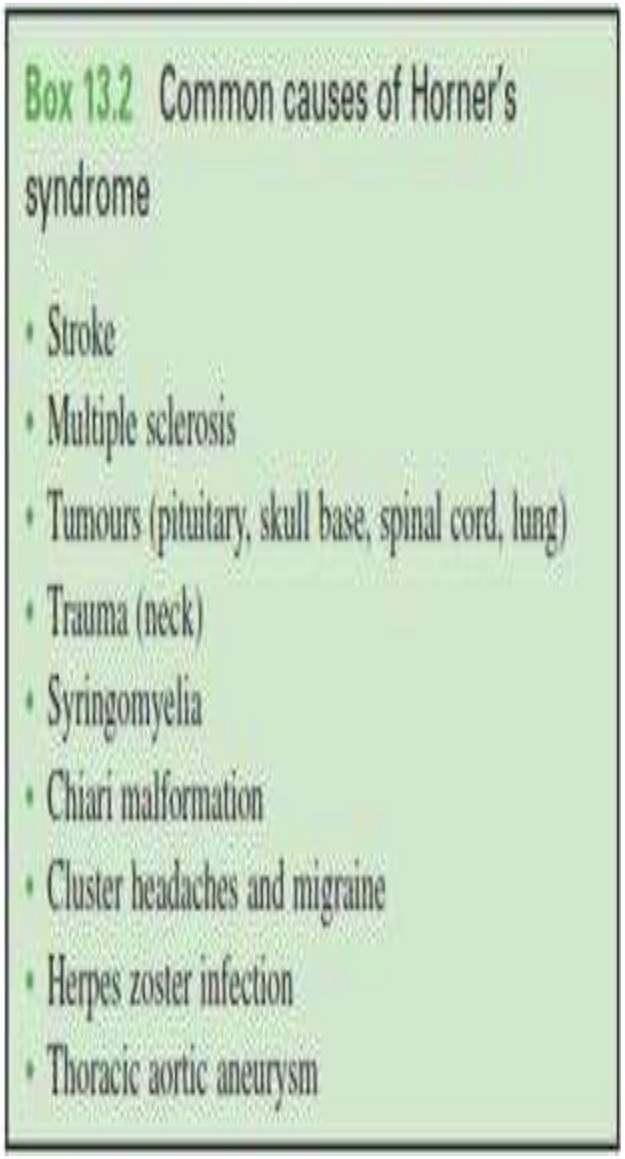
- Ptosis  kelemahan N III
- Diplopia (pengelihatan dobel)  gangguan koordinasi dari pergerakan bola mata  pasien dilarang berkendara terlebih dahulu



**Box 13.1 Causes of III nerve palsies**

- Brain stem tumours
- Aneurysm (basilar, cavernous sinus, posterior communicating arteries)
- Trans-tentorial herniation
- Brain stem stroke
- Inflammation of basal meninges
- Medical causes (e.g. diabetes, hypertension, giant cell arteritis, systemic lupus erythematosus (SLE)

- Sindroma horner: sindroma langka yang disebabkan karena adanya lesi yang mengganggu suplai saraf simpatis dari hipotalamus ke kelopak mata  pupil kontriksi pada pemeriksaan penlight, ptosis



**Box 13.2 Common causes of Horner's syndrome**

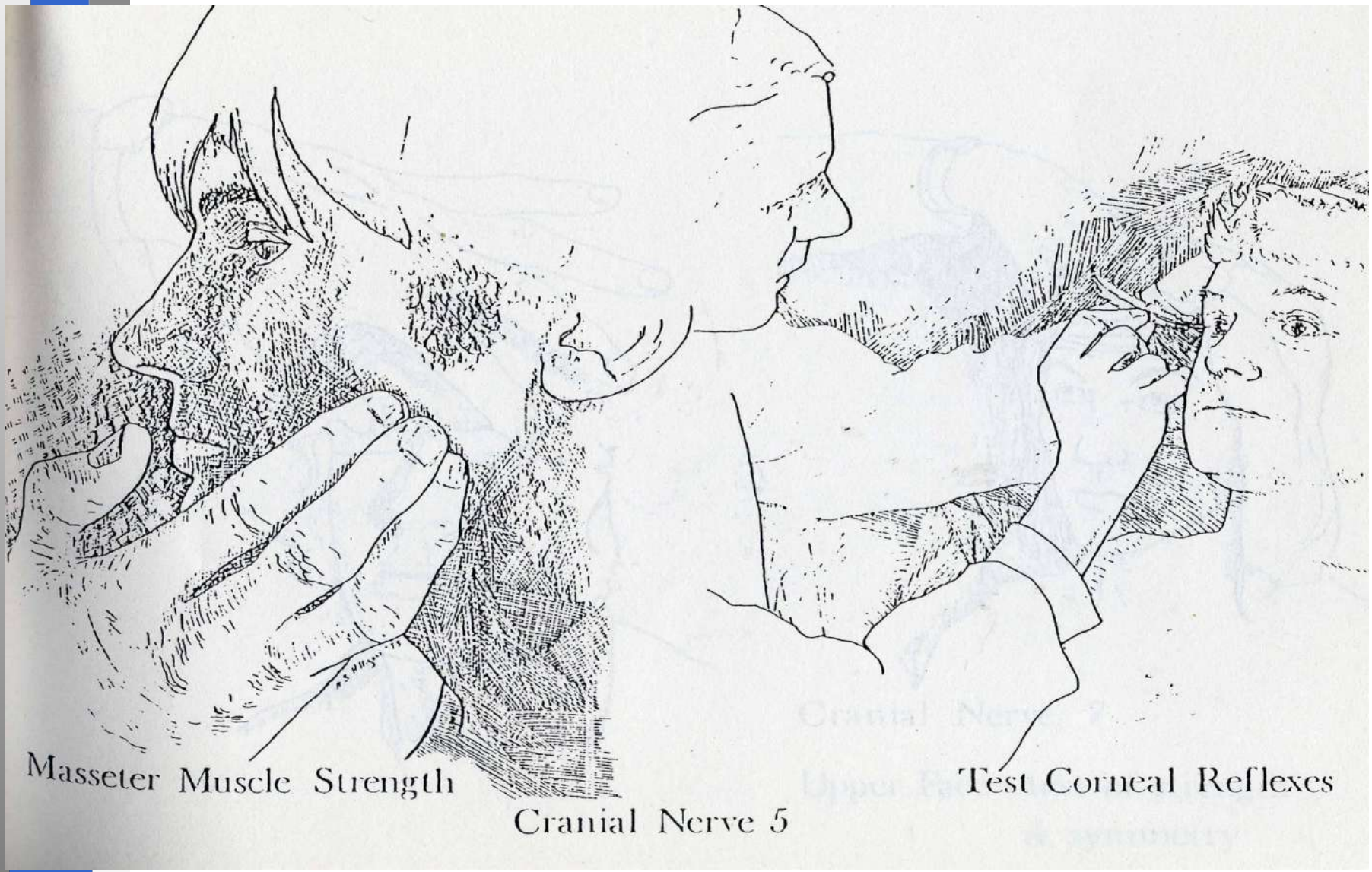
- Stroke
- Multiple sclerosis
- Tumours (pituitary, skull base, spinal cord, lung)
- Trauma (neck)
- Syringomyelia
- Chiari malformation
- Cluster headaches and migraine
- Herpes zoster infection
- Thoracic aortic aneurysm



- Juling  sedikit gerakan pada mata, diplopia dan sering menaikan kelopak mata untuk meminimalkan diplopia
- Nistagmus bisa disebabkan karena gangguan fungsi otot mata atau tanda gangguan pada vestibular  muncul pada penyakit vascular, multiple sclerosis, neoplasma, Wernicke encephalopathy, intoksikasi alcohol dan toksisitas obat (ex; phenytoin)

# TRIGEMINUS

- Tes fungsi N V termasuk didalamnya mengkaji sentuhan, rasa dan fungsi motoric dari rahang, pipi dan bibir
- Utk tes fungsi motoric dilakukan dengan palpasi tonjolan otot masseter dan temporal ketika rahang menutup  kmdn meminta pasien membuka rahang  jika ada satu sisi yang lemah bs dikarenakan efek dari bagian yang terkena




Cranial Nerve 5

- Tes sentuhan dilakukan dengan menggunakan cotton bud dan dirabakan pada tiga area cabang trigeminus (ophthalmic, maxillary dan mandibular) minta pasien menutup mata saat diusap dengan cotton bud dan menyebutkan area yang diraba
- Tes reflek kornea dilakukan dengan cara mengusap pelan salah satu kornea dgn cotton bud efek berkedip kedua mata

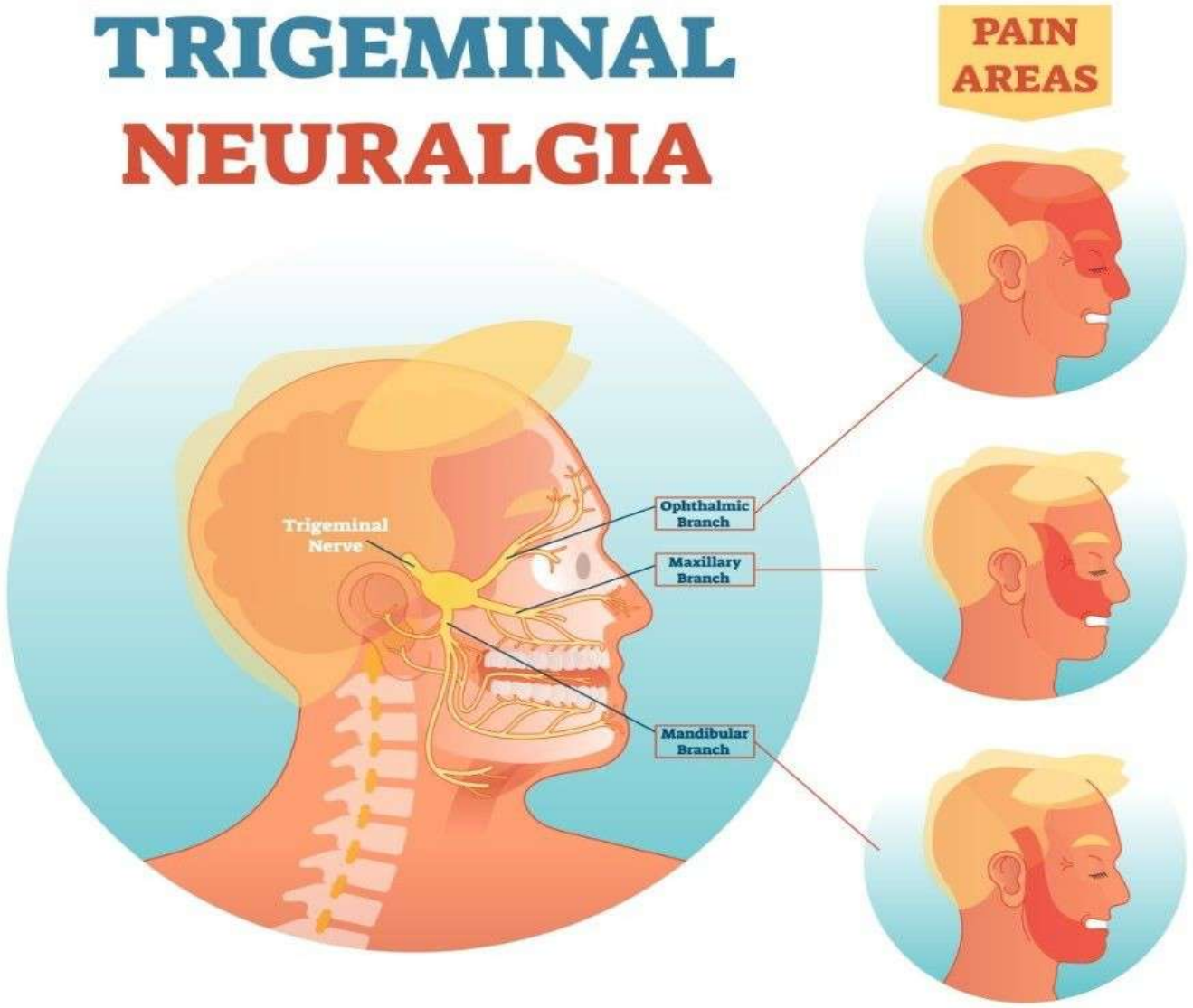
# Hasil Temuan dan kelainan:

Gangguan pada N V dapat berupa:

- Kehilangan sensasi muka unilateral + kehilangan pendengaran unilateral  lesi cerebello pontine ex: neuroma akustik
- Herpes zooster opthalmicus (2/1000 insiden): infeksi herpes yang mengenai cabang opthalmicus N V timbul nyeri pada area kulit kepala, ujung hidung, kornea dan mata  pengobatan dengan antiviral (acyclovir) oral atau IV + analgesik

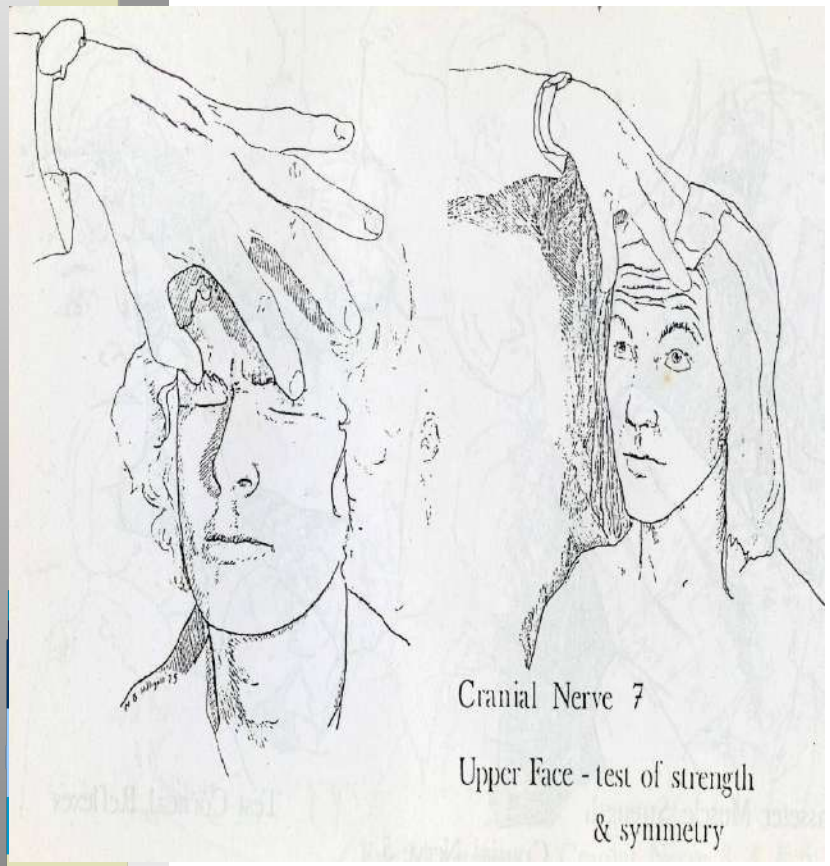
- Trigeminal neuralgia: rasa nyeri tajam unilateral pada muka dan biasanya disertai dengan mata berair (kondisi langka 4,3/100.000), sering menyerang wanita tua tidak jelas penyebabnya namun diduga karena iritasi dari saraf yang masuk dalam batang otak  ditandai dengan serangan nyeri yang paroksimal, tajam,menusuk yang dipicu karena kegiatan normal spt mengunyah, bicara, cuci muka, gosok gigi bahkan terkena tiupan angin dingin

# TRIGEMINAL NEURALGIA



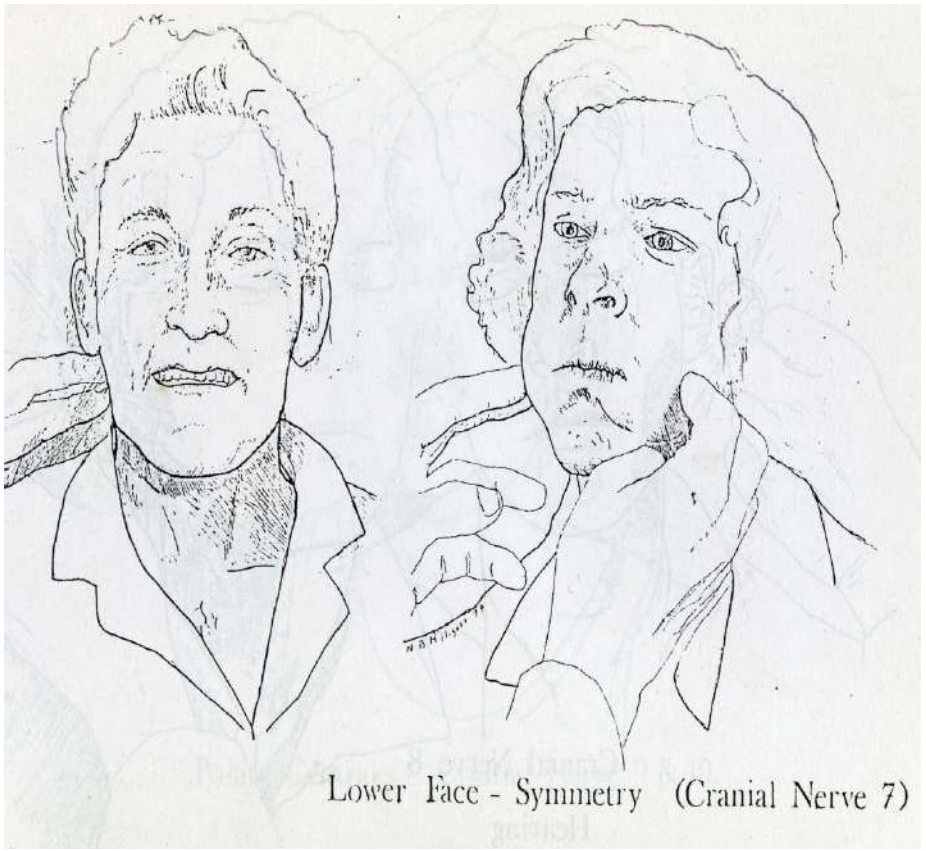
# FACIALIS

- Dilakukan dengan meminta pasien untuk tersenyum, cemberut dan mengembungkan pipi □ lakukan dengan beberapa cara supaya lebih detail (minta pasien mengangkat alis, memejamkan mata dengan kuat, memonyongkan mulut dan menggembungkan pipi) sentuh pipi (Normal: pipi tidak akan kempes) cek adanya kelainan lain seperti ketidaksimetrisan wajah, mata tdk menutup sempurna dll



Cranial Nerve 7

Upper Face - test of strength & symmetry



Lower Face - Symmetry (Cranial Nerve 7)

- Tes pengecapan rasa (taste) dilakukan dengan cara meneteskan air garam, gula, jus lemon dan kopi (perwakilan rasa asin, manis, asam dan pahit) di mana saja pada 2/3 anterior lidah  cek adanya kelainan

# Hasil Temuan dan kelainan:

- Kelemahan nervus facialis yang disebabkan krn bbrp hal (lihat box)
- Hemifacial spasm shock like contraction of the face, unilateral dan biasanya menyerang wanita berusia tua etiologi pasti tidak jelas namun diduga karena iritasi saraf pada pembuluh darah, tumor multiple sclerosis, bells palsy  ditangani dengan injeksi toksin botulinum

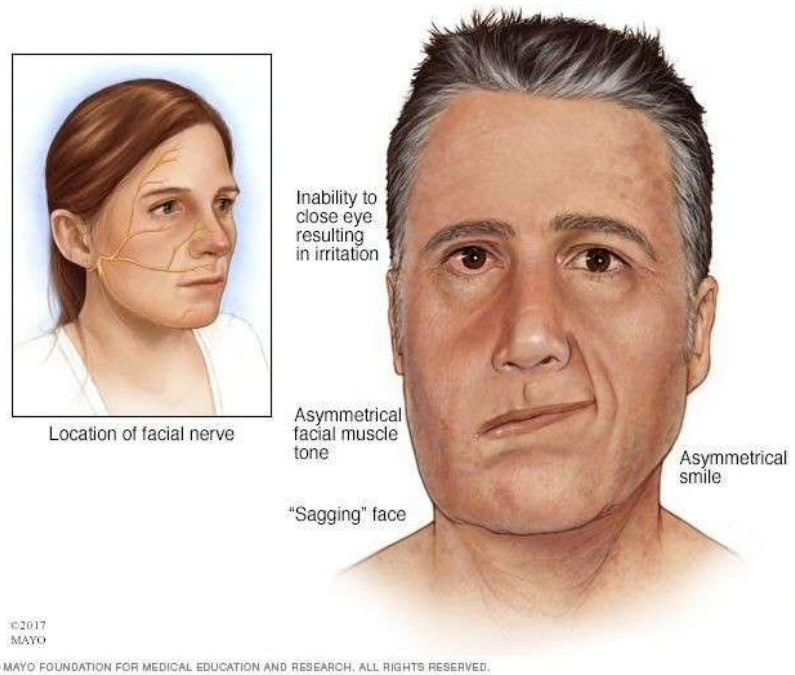


**Box 13.3 Causes of facial nerve palsies**

- Brain stem
  - Tumour
  - MS
  - Stroke
  - Trauma
- Acoustic neuroma
- Middle ear infections
- Bell's palsy
- Parotid tumour/surgery/trauma
- Guillain–Barré syndrome
- Lyme disease
- Sarcoidosis

- Bell’s palsy: paralisis idiopatik dan unilateral pada wajah  disebabkan herpes zoster dan lyme disease  onset cepat, mata berair dan kelopak mata gagal menutup  kornea rentan rusak karena kelopak mata tdk menutup, kesulitan bicara, makan dan minum

# Bell's Palsy

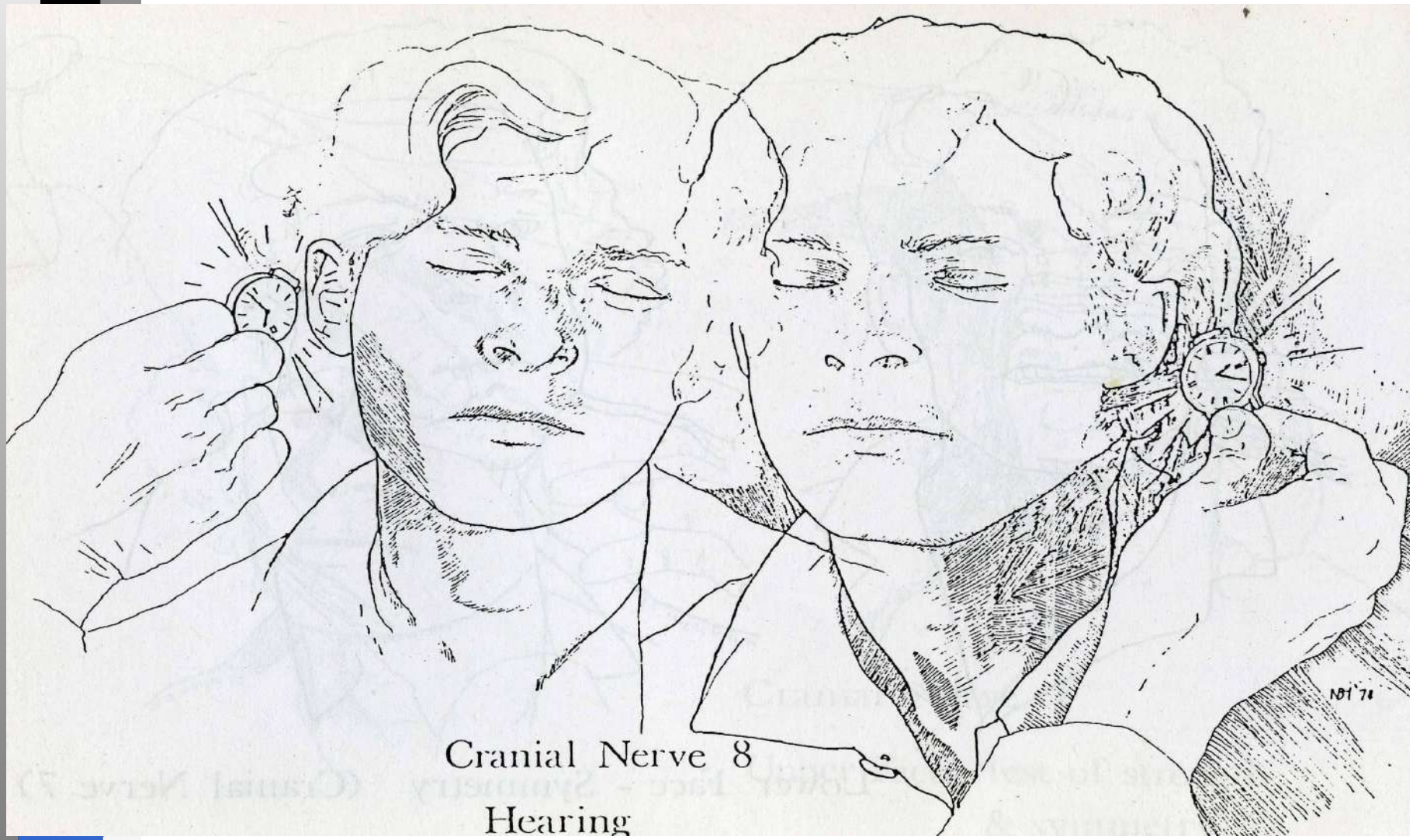


© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.



# VESTIBULOCOCHLEARIS

- Tes paling mudah adalah dengan menutup salah satu lubang telinga, kemudian membisikkan kalimat pada telinga yang terbuka dan meminta pasien mengulangi kalimat yang dibisikkan. Apabila tidak mendengar tingkatkan volume suara sampai suara terdengar pada rentang normal  jika tetap tidak mendengar berarti ada kelainan
- Tes lain dilakukan dengan Rinne dan Weber memakai garputala



Cranial Nerve 8

Hearing

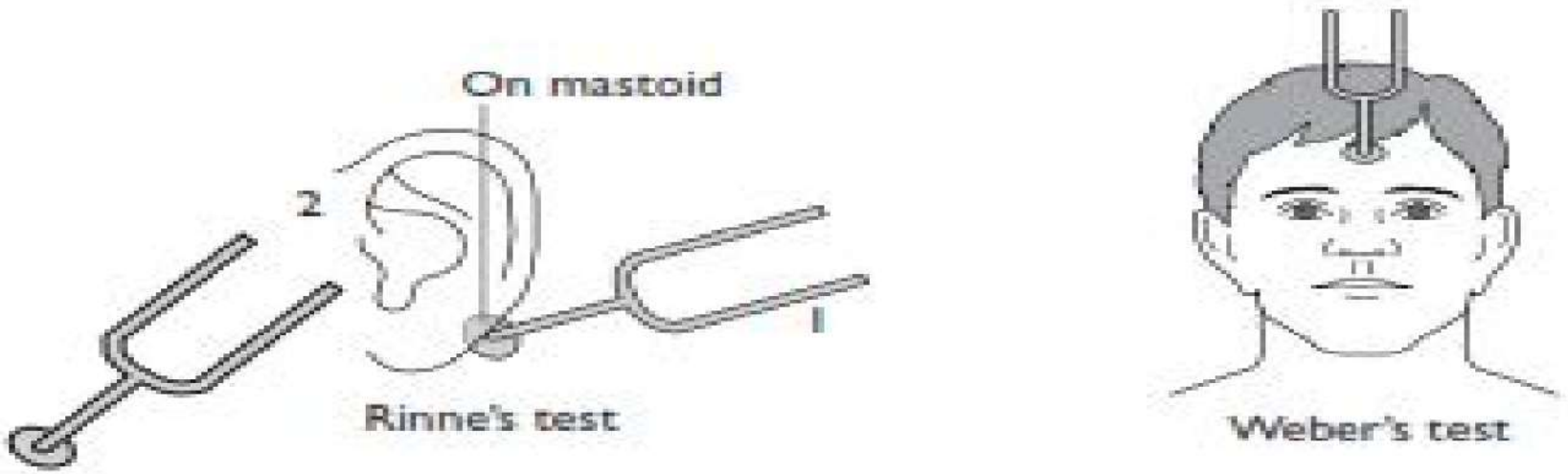



**Figure 13.6** Rinne's test: Place a high pitched vibrating tuning fork on the mastoid (1 in figure). When the patient says the sound stops, hold the fork at the meatus (2 in figure).

- If still heard: air conduction > bone conduction (normal or nerve deafness)
- If not heard: air conduction < bone conduction (middle ear conduction defect)

Weber's test: Hold a vibrating tuning fork in the middle of the patient's forehead. If the sound is heard on one side, middle ear deafness exists on that side or the opposing ear has nerve deafness.

Reproduced from Robert Turner and Roger Blackwood, *Lecture Notes on Clinical Skills 3e.*, Wiley-Blackwell, with permission.

- Mengkaji keseimbangan dan system vestibular: minta pasien untuk berjalan sepanjang lintasan yang telah ditentukan
- Sistem vestibular juga dpt dikaji dengan Romberg test : minta pasien berdiri dengan salah satu kaki diangkat dan menatap kedepan selama 30 detik  minta pasien tutup mata  negative: pasien cm bergoyang sebentar, positive: pasien sgt terganggu keseimbangannya (bergoyang lama)
- Tes caloric: digunakan utk identifikasi keparahan kerusakan pada batang otak superior pada pasien yang tidak sadar

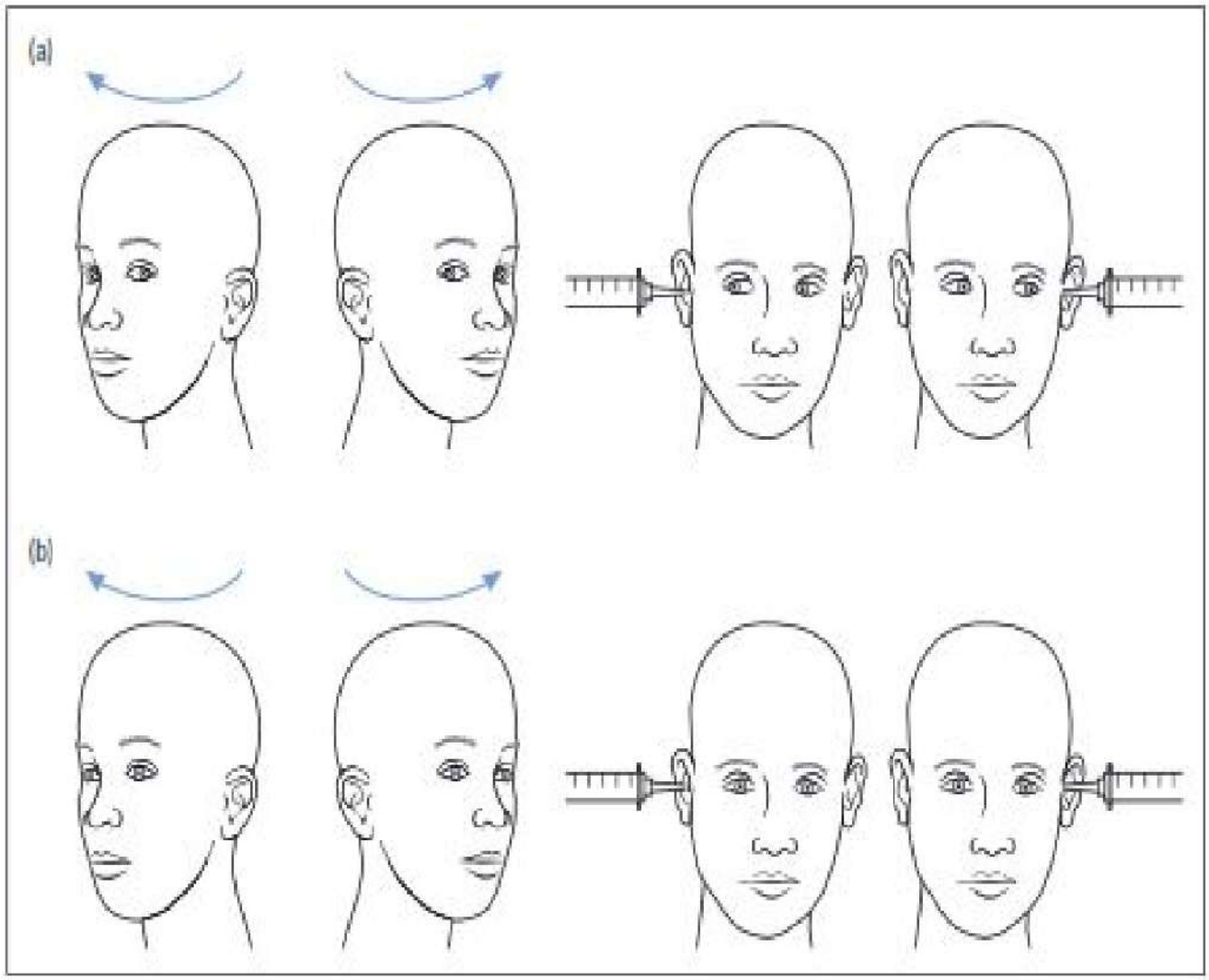



**Figure 13.7** Testing the vestibulo-ocular reflex. (a) Intact brain stem – head rotation produces transient eye movement in the opposite direction – oculocephalic or doll's head reflex. Note this reflex also applies to vertical eye movements in response to neck flexion/extension. Caloric testing – instillation of 50 ml iced water into the external auditory meatus produces conjugate deviation of the eyes towards the stimulus. (b) Brain stem death – absent oculocephalic and caloric responses. Reproduced from Lionel Ginsberg, *Lecture Notes: Neurology*, Wiley-Blackwell, with permission.

# Hasil Temuan dan kelainan:

Gangguan pada N VIII dapat berupa:

- Tuli konduktif (infeksi, serumen)
- Tuli sensori (acoustic neuroma, trauma)
- Tinnitus (lesi yang menyebabkan tuli dapat menjadi penyebab tinnitus juga)
- Acoustic neuroma (tuli sensori pada tes rinne dan weber)
- Vertigo (labirinitis akut, Meniere disease, multiple sclerosis)
- Ataxia (kerusakan system vestibular)

# GLOSSOPHARINGEUS

- Tes menelan dan tes reflek muntah
- Tes menelan: pasien diminta minum air putih (5 ml)
- Test reflek muntah: menyentuh bagian posterior paring dengan stick (tounge spatel)

# Hasil Temuan dan kelainan:

- Kerusakan pada N IX: Kehilangan kemampuan menelan dan reflek muntah
- Gangguan bicara juga mungkin terjadi terutama pada suara nasal sounds (m,n,ng)
- Glosopharyngeal neuralgia: nyeri yang berlangsung dalam hitungan detik/menit, menyebar ketelinga dan dipicu karena aktivitas menelan  diduga karena multiple sclerosis atau kompresi saraf

# VAGUS

- Minta pasien untuk berkata “aahh” dengan mulut terbuka  apabila da kelemahan, uvula akan terlihat deviasi kearah bagian yang tidak terkena (sehat)
- Sensasi: dilakukan dengan mengusap kulit belakang telinga atau area meastus externa telinga
- Kemampuan menelan dikaji utk evaluasi inervasi otot pharynx
- Motorik dan sensorik organ dalam susah dikaji namun dapat dilakukan dengan mengkontraskan hasil pengukuran TD saat berbaring dan berdiri, nadi dan AGD juga dapat memberikan informasi terkait fungsi ini

# ACCESORIES

- Pasien diminta untuk mengangkat bahu, menolehkan kepala
- Kekuatan otot dilakukan dengan memberikan tahanan/beban pada bahu dan kemampuan pasien menahan beban tsb
- Lesi pada N XI jarang terjadi
- Kerusakan pada N XI: kehilangan fungsi bahu dan tidak mampu mengangkat lengan

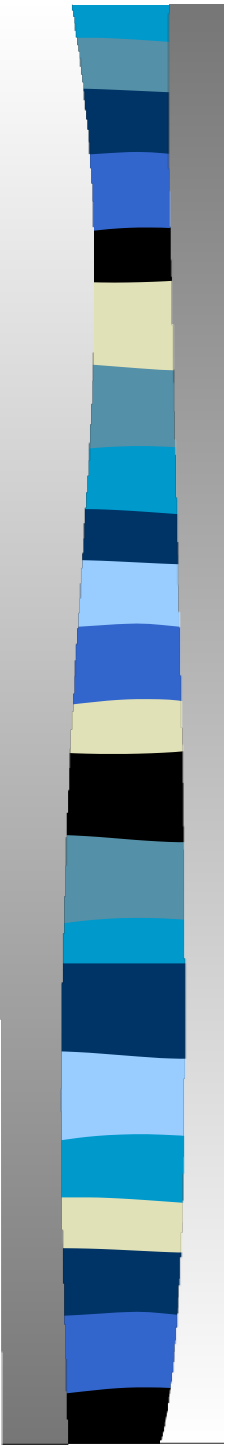
# HYPOGLOSSUS

- Minta pasien menjulurkan lidah: apabila ada kelemahan maka lidah akan cenderung mengarah kearah yang tidak terkena (sehat) karena area yang mengalami kelamahan tidak menyediakan counterbalance terhadap gerakan menjulurkan lidah

# Hasil Temuan dan kelainan:

- Kerusakan pada N XII bisa disebabkan krn multiple sclerosis, stroke maupun trauma  fascikulasi lidah (tremor pada lidah)
- Bulbar palsy: gangguan bilateral pada N IX, X,dan XII yang disebabkan krn penyakit motor neuron, stroke, guillain barre syndrome dan myasthenia

- Woodward, S.W., Mestecky,A.M.2011. Neuroscience Nursing Evidence Based Practice. United Kingdom: Wiley-Blackwell
- Wilkinson,I ., Lennox, G. 2005. *Essential Neurology (4 th* edition). Oxford : Blackwell Publishing .
- Lindsay, K.W .,Bone, I. 2004. *Neurology and Neurosurgery Illustrated . Edinburgh : Churchill Livingstone .*



Thank you

# PEMERIKSAAN NERVUS KRANIAL
## Oleh: Dwi Kartika Rukmi, Sp. Kep. MB

| No | KEGIATAN | NILAI | | | C | D | Act | Max |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | | | | |
| 1 | Verifikasi order (menbaca catatan medis) | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 2 | Siapkan alat<br>a. Buku atau bacaan ringan<br>b. Senter<br>c. Kapas<br>d. Gula<br>e. Garam<br>f. Kopi<br>g. Lemon/Lavender<br>h. Garputala<br>Tounge blade | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 3 | Cuci tangan | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 4 | Berikan salam, panggil klien dengan namanya | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 5 | Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 6 | Beri kesempatan klien untuk bertanya | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 7 | Jaga privasi klien (tutup sampiran, pintu) | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 8 | Lakukan pemeriksaan dengan langkah-langkah sebagai berikut:<br>**Pemeriksaan CN I**<br>Anjurkan klien untuk menutup mata, tutup salah satu lubang hidung, instruksikan klien untuk mengidentifikasi bau (gunakan bau yang menyengat tapi tidak tajam seperti lemon, teh, atau kopi), ganti dengan lubang hidung yang lain. Catat hasil pemeriksaan | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 9 | **Pemeriksaan CN II,**<br>**TES LAPANG PANDANG**<br>a. Pasien dan examiner duduk/ berdiri berhadapan dgn jarak 1 meter dan berpandangan satu sama lain.<br>b. Pasien menutup mata kiri, examiner mata kanan.<br>c. Examiner menggerakkan pensil dengan tangan kiri dari arah diluar lapang pandang menuju ketengah secara perlahan<br>d. Pasien diminta untuk memberitahu apabila pensil tersebut sudah masuk kearea lapang pandang (saat pasien dan examiner bisa sama sama melihat pensil memasuka area lapang pandang = | | | | 1 | 2 | | 4 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | normal). Jika tidak, curigai ada gangguan lapang pandang. Catat hasil pemeriksaan.<br><br>**TES KETAJAMAN PENGELIHATAN**<br>e. Anjurkan pasien tetap memakai kacamata apabila pasien memang memakai kacamata.<br>f. Cek ketajaman pengelihatan dengan Snellen chart/ buku/ koran.<br>g. Minta pasien melihat dengan matatertutup satu, bergantian.<br>h. Jika tdk ada buku/koran/snellen tes dengan menghitung jumlah jari atau gerakan tangan yang ditujukkan oleh examiner dalam jarak 30 cm. Lakukan secara bergantian pada kedua mata.<br>i. Catat hasil pemeriksaan.<br><br>**TES COLOUR VISION**<br>j. Gunakan buku Ishihara<br>k. Lakukan tes ketajaman warna dengan menggunakan buku Ishihara. Catat hasil pemeriksaan | | | | | | | |
| 10 | **Pemeriksaan CN III, IV, dan VI**<br>**TES PERGERAKAN BOLA MATA**<br>a. Periksa lapang penglihatan: minta pasien menggerakkan bola mata mengikuti gerakan benda (pen atau jari) kesembilan posisi berbeda: kiri atas tengah kanan, tengah kiri tengah kanan dan bawah kiri tengah kanan) apabila pasien tidak melihat pasien diminta melambaikan tangan.<br>b. Catat hasil pemeriksaan.<br><br>**TES KONTRIKSI PUPIL**<br>c. Ambil penlight, dan lakukan pemeriksaan ditempat yang tidak terlalu terang (pupil dilatasi, sehingga lebih mudah diamati).<br>d. Nyalakan penlight dan sinarkan melintasi mata dari pinggir ketengah.<br>e. Amati mata yang disinari dan lihat kecepatan pupil bereaksi terhadap sinar untuk mengkaji **direct light response**.<br>**f.** Lakukan hal yang sama pada mata yang sama namun amati pupil dimata sebelahnya untuk mengkaji **indirect light response**<br>g. Amati ukuran pupil pasien. Pupil harus sama bentuk dan ukuran ( bulat, 2-6 mm)<br>h. Catat hasil pemeriksaan | | | | 1 | 2 | | 4 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | **Pemeriksaan N. V**<br>**TES FUNGSI MOTORIK**<br>a. Palpasi tonjolan otot masseter dan temporal ketika rahang menutup, kemudian minta pasien membuka rahang → jika ada satu sisi yang lemah bs dikarenakan efek dari bagian yangterkena. Catat hasil pemeriksaan<br><br>**TES SENTUHAN**<br>b. Minta pasien menutup mata, kemudian dengan menggunakan cotton bud rabakan pada tiga area cabang trigeminus (ophthalmic, maxillary dan mandibular) dan minta pasien untuk menyebutkan area yang diraba. Catat hasil pemeriksaan.<br><br>**TES REFLEK KORNEA**<br>c. Usaplah dengan pelan salah satu kornea pasien dengan cotton bud→ efek berkedip kedua mata. Catat hasil pemeriksaan. | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 12 | **Pemeriksaan N. VII**<br>**TES EKSPRESI**<br>a. Dilakukan dengan meminta pasien untuk tersenyum, cemberut dan mengembungkan pipi dan cek adanya kelainan/kelemahan. Catat hasil pemeriksaan.<br><br>**TES PENGECAPAN RASA (TASTE)**<br>b. Teteskan air garam, gula, jus lemon dan kopi (perwakilan rasa asin, manis, asam dan pahit) di mana saja pada 2/3 anterior lidah → cek adanya kelainan dan catat hasil pemeriksaan. | | | | 1 | 2 | | 4 |
| 13 | **Pemeriksaan N. VIII**<br>**a.** Tutup salah satu lubang telinga pasien, kemudian bisikkan kalimat pada telinga yang terbuka dan meminta pasien mengulangi kalimat yang dibisikkan. Apabila tidak mendengar tingkatkan volume suara sampai suara terdengar pada rentang normal → jika tetap tidak mendengar berarti ada kelainan. **ATAU**<br>b. Lakukan tes Rinne: getarkan garputala dan letakkan pada tulang mastoid pasien, apabila pasien mengatakan sudah tidakada suara, pindahkan garputala dimeastus telinga pasien, catat hasilnya. **ATAU** | | | | 1 | 2 | | 4 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | c. Lakukan tes Weber: getarkan garputaladan letakkan ditengah dahi pasien, minta pasien untuk menyebutkan ditelinga mana pasien mendengar suara (kanan, kiri, atau keduanya).<br>d. Catat hasil pemeriksaan. | | | | | | | |
| 14 | **Pemeriksaan N. IX**<br>**TES MENELAN**<br>a. Minta pasien untuk menelan air putih 5 ml. Cek apakah pasien mampu untuk menelan atau tidak. Catat hasil pemeriksaan<br>**TES REFLEK MUNTAH**<br>b. Sentuh bagian posterior paring dengan stick (tounge spatel) dan amati apakah ada reflek muntah dari pasien. Catat hasil pemeriksaan. | | | | 1 | 2 | | 4 |
| 15 | **Pemeriksaan N. X**<br>a. Motorik: Minta pasien untuk berkata "aahh" dengan mulut terbuka → apabila ada kelemahan, uvula akan terlihat deviasi kearah bagian yang tidak terkena (sehat).<br>b. Sensorik: dilakukan dengan mengusap kulit belakang telinga atau area meastus externa telinga dan minta pasien menyebutkan area yang diusap/merasakan area yang diusap.<br>c. Catat hasil pemeriksaan | | | | 1 | 2 | | 4 |
| 16 | **Pemeriksaan N. XI**<br>a. Minta pasien untuk mengangkat bahu, menolehkan kepala.<br>b. Berikan tekanan/beban pada bahu, dan nilai kemampuan pasien menahan beban tsb<br>c. Catat hasil pemeriksaan. | | | | 1 | 2 | | 4 |
| 17 | **Pemeriksaan N. XII**<br>Minta pasien menjulurkan lidah: apabila ada kelemahan maka lidah akan cenderung mengarah kearah yang tidak terkena (sehat) karena area yang mengalami kelamahan tidak menyediakan counterbalance terhadap gerakan menjulurkan lidah. Catat hasil pemeriksaan | | | | 1 | 2 | | 4 |
| 18 | Evaluasi perasaan klien | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 19 | Berikan reinforcement positif | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 20 | Kontrak pertemuan selanjutnya (waktu, kegiatan, tempat) | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 21 | Akhiri kegiatan, ucapkan salam | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 22 | Cuci tangan | | | | 1 | 1 | | 2 |
| 23 | Catat tindakan yang telah dilakukan (hasil penilaian/pemeriksaan) | | | | 1 | 1 | | 2 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24 | Catat hari, tanggal, jam pemeriksaan serta nama pemeriksa . | | | | 1 | 1 | | 2 |

# PRAKTIKUM PENGKAJIAN RISIKO DEKUBITUS

Teknis Praktikum:

1. Pelaksanaan: Selasa, 10 Februari 2026 pukul 07.00 – 10.00 WIB.
2. Mahasiswa mempelajari terlebih dahulu materi tentang topik.
3. Mahasiswa mengerjakan pretest dari dosen praktikum melalui media yang disediakan oleh pengampu praktikum
4. Pembahasan jawaban pretest praktikum.
5. Mahasiswa mencermati video skill praktikum Pengkajian RISIKO LUKA TEKAN (DEKUBITUS) dari tautan video sebagai berikut: https://www.youtube.com/watch?v=uAu51FgbZeU
6. Mahasiswa dan dosen praktikum berdiskusi terkait tindakan yang dilakukan dalam video atau panduan praktikum (setiap mahasiswa wajib mengikuti sesi diskusi).

# BRADEN SCALE – For Predicting Pressure Sore Risk

**SEVERE RISK**: Total score ≤ 9 **HIGH RISK**: Total score 10-12
**MODERATE RISK**: Total score 13-14 **MILD RISK**: Total score 15-18

| RISK FACTOR | SCORE/DESCRIPTION | | | | DATE OF ASSESS ➡ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **SENSORY PERCEPTION** Ability to respond meaningfully to pressure-related discomfort | **1. COMPLETELY LIMITED** – Unresponsive (does not moan, flinch, or grasp) to painful stimuli, due to diminished level of consciousness or sedation, **OR** limited ability to feel pain over most of body surface. | **2. VERY LIMITED** – Responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness, **OR** has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort over ½ of body. | **3. SLIGHTLY LIMITED** – Responds to verbal commands but cannot always communicate discomfort or need to be turned, **OR** has some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1 or 2 extremities. | 4. **NO IMPAIRMENT** – Responds to verbal commands. Has no sensory deficit which would limit ability to feel or voice pain or discomfort. | | | | |
| **MOISTURE** Degree to which skin is exposed to moisture | 1. **CONSTANTLY MOIST**– Skin is kept moist almost constantly by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time patient is moved or turned. | 2. **OFTEN MOIST** – Skin is often but not always moist. Linen must be changed at least once a shift. | 3. **OCCASIONALLY MOIST** – Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day. | 4. **RARELY MOIST** – Skin is usually dry; linen only requires changing at routine intervals. | | | | |
| **ACTIVITY** Degree of physical activity | 1. **BEDFAST** – Confined to bed. | 2. **CHAIRFAST** – Ability to walk severely limited or nonexistent. Cannot bear own weight and/or must be assisted into chair or wheelchair. | 3. **WALKS OCCASIONALLY** – Walks occasionally during day, but for very short distances, with or without assistance. Spends majority of each shift in bed or chair. | 4. **WALKS FREQUENTLY**– Walks outside the room at least twice a day and inside room at least once every 2 hours during waking hours. | | | | |
| **MOBILITY** Ability to change and control body position | 1. **COMPLETELY IMMOBILE** – Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance. | 2. **VERY LIMITED** – Makes occasional slight changes in body or extremity position but unable to make frequent or significant changes independently. | 3. **SLIGHTLY LIMITED** – Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently. | 4. **NO LIMITATIONS** – Makes major and frequent changes in position without assistance. | | | | |
| **NUTRITION** Usual food intake pattern<br>[1]NPO: Nothing by mouth.<br>[2]IV: Intravenously.<br>[3]TPN: Total parenteral nutrition. | **1. VERY POOR** – Never eats a complete meal. Rarely eats more than 1/3 of any food offered. Eats 2 servings or less of protein (meat or dairy products) per day. Takes fluids poorly. Does not take a liquid dietary supplement, **OR** is NPO[1] and/or maintained on clear liquids or IV[2] for more than 5 days. | **2. PROBABLY INADEQUATE** – Rarely eats a complete meal and generally eats only about ½ of any food offered. Protein intake includes only 3 servings of meat or dairy products per day. Occasionally will take a dietary supplement **OR** receives less than optimum amount of liquid diet or tube feeding. | **3. ADEQUATE** – Eats over half of most meals. Eats a total of 4 servings of protein (meat, dairy products) each day. Occasionally refuses a meal, but will usually take a supplement if offered, **OR** is on a tube feeding or TPN[3] regimen, which probably meets most of nutritional needs. | 4. **EXCELLENT** – Eats most of every meal. Never refuses a meal. Usually eats a total of 4 or more servings of meat and dairy products. Occasionally eats between meals. Does not require supplementation. | | | | |
| **FRICTION AND SHEAR** | 1. **PROBLEM**- Requires moderate to maximum assistance in moving. Complete lifting without sliding against sheets is impossible. Frequently slides down in bed or chair, requiring frequent repositioning with maximum assistance. Spasticity, contractures, or agitation leads to almost constant friction. | 2. **POTENTIAL PROBLEM**– Moves feebly or requires minimum assistance. During a move, skin probably slides to some extent against sheets, chair, restraints, or other devices. Maintains relatively good position in chair or bed most of the time but occasionally slides down. | 3. **NO APPARENT PROBLEM** – Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to lift up completely during move. Maintains good position in bed or chair at all times. | | | | | |
| **TOTAL SCORE** | **Total score of 12 or less represents HIGH RISK** | | | | | | | |

| ASSESS | DATE | EVALUATOR SIGNATURE/TITLE | ASSESS. | DATE | EVALUATOR SIGNATURE/TITLE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | / / | | 3 | / / | |
| 2 | / / | | 4 | / / | |

| NAME-Last | First | Middle | Attending Physician | Record No. | Room/Bed |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Form 3166P BRIGGS, Des Moines, IA 50306 (800) 247-2343 www.BriggsCorp.com
R304 PRINTED IN U.S.A

**Source: Barbara Braden and Nancy Bergstrom. Copyright, 1988. Reprinted with permission. Permission should be sought to use this tool at www.bradenscale.com**

**BRADEN SCALE**

Use the form only for the approved purpose. Any use of the form in publications (other than internal policy manuals and training material) or for profit-making ventures requires additional permission and/or negotiation.

| No | | Factor Resiko | | | | Hasil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Skor | | | | |
| 1 | **Persepsi Sensori**<br>Kemampuan untuk:<br>Merespon rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan | 1<br>**Benar-benar terbatas**<br>Tidak respon terhadap rangsangan nyeri karena kesadaran ATAU terbatas untuk merasakan nyeri pada seluruh tubuh | 2<br>**Sangat berbatas**<br>Respon hanya ada rangsangan nyeri atau mengerang ATAU gangguan sensori untuk merasakan nyeri pada lebih sebagian tubuh. | 3<br>**Agak terbatas**<br>Respon verbal tetapi tidak selalu dapat berkomunikasi ATAU gangguan sensori untuk merasakan sakit pada 1 atau 2 ekstremitas. | 4<br>**Tidak ada gangguan**<br>Respon verbal tidak mempunyai gangguan sensori dan mampu merasakan nyeri atau tidak nyaman | |
| 2 | **Kelambaban**<br>Tingkat paparan kulit terkena cairan | 1<br>**Terus menerus basah**<br>Kulit basah hamper terus menerus terkena keringat. Urine dan terdeteksi saat perubahan posisi. | 2<br>**Sering basah**<br>Kulit sering basah tapi tidak selalu.<br>Linen harus diganti setidaknya setiap perubahan posisi. | 3<br>**Sesekali basah**<br>Kulit kadang- kadang basah yang memerlukan penggantian linen kira-kira 1x/hari | 4<br>**Jarang basah**<br>Kulit biasanya kering. Linen diganti sesuai jadwal rutin. | |
| 3 | **Aktifitas**<br>Tingkat aktifitas fisik | 1<br>**Terbatas ditempat tidur**<br>Aktifitas terbatas ditempat tidur | 2<br>**Tidak mampu berpindah ke kursi sendiri**<br>Kemampuan berjalan sangat terbats atau tidak ada. Tidak dapat berpindah ke kursi roda sendiri dan atau harus dibantu ke kursi atau ke kursi roda | 3<br>**Berjalan sesekali**<br>Berjalan sesekali sehari untuk jarak yang pendek dengan atau tanpa bantuan. Mayoritas berada dikursi atau tempat tidur setiap shift. | 4<br>**Berjalan sering**<br>Berjalan diluar ruangan setidaknya 2x/hari diluar ruangan paling tidak setiap 2 jam | |
| 4 | **Mobilitas**<br>Kemmpuan untuk mengubah dan mengendalikan posisi tubuhnya | 1<br>**Benar-benar tidak ada pergerakan**<br>Tidak adaperubahan posisi tubuh sedikitpun atau ekstremitas sendiri | 2<br>**Sangat terbatas**<br>Kadang-kadang melakukan perubahan kecil pada posisi tubuhnya atau ekstremitas tetapi tidak mampu membuat perubahan yang penting | 3<br>**Agak terbatas**<br>Sering melakukan perubahan pada posisi tubuh meskipun sedikit atau ekstremitas secara mandiri. | 4<br>**Tidak ada batasan**<br>Sering melakukan perubahan pada posisi dan tanpa bantuan | |
| 5 | **Nutrisi**<br>Pola supan nutrisi | 1<br>**Sangat buruk**<br>Tidak pernah makan makanan lengkap.<br>Jarang makan >1/3 dari seyiap makaan yang ditawarkan. Makan 2 atau kurang protein yang disajikan (daging atau susu) perhari. Kebutuhan cairan buruk. Tidak diberikan suplemen diet cair, ATAU puasa dan minum air putih atau hanya dengan cairan IV selama >5 hari. | 2<br>**Kemungkinan tidak adekuat**<br>Jarang makan makanan lengkap dan saat makan hanya sekitar 1 ½ dari setiap makanan yang ditawarkan. Asupan protein hanya mencakup 3 produk daging atau susu perhari.kadang kadang memrlukan makanan suplemen ATAU menerima <jumlah yang optimal dari makanan cair atau makanan melalui pipa saluran makanan. | 3<br>Adekuat<br>Makan >1/2 dari porsi. Makan dengan total 4 protein (daging, produk susu) setiap hari. Kadang kadang menolak snack, tetapi biasanya akan mengambil jika ditawarkan ATAU pada pipa saluran makanan yang memenuhi sebagian besar kebutuhan gizi. | 4<br>Sangat baik<br>Makan setiap kali makan. Tidak pernah menolak makan. Biasanya makan dengan total 4 atau > daging dan produk susu. Kadang-kadang makan diantara waktu makan. Tidak memrlukan suplemen. | |
| 6 | **Gesekan pada pergeseran** | 1<br>**Masalah**<br>Membutuhkan bantuan seseorang sampai maksimal dalam bergerak. Mengangkat dengan linen. Sering merosot dari tempat tidur atau kursi, sering memperbaiki posisi dengan bantuan penuh. Spastic, kontraktur atau mengarah agitasi. | 2<br>**Potensi masalah**<br>Bergerak bebas atau membutuhkan bantuan minimal. Selama memindahkan, kulit mungkin tergesek pada linen, kursi, restrain atau perangkat lainnya. Mempertahankan posisi yang baik di tempat tidur tapi kadang-kadang merosot. | 3<br>**Tidak ada masalah**<br>Bergerak di tempat tidur dan kursi secara mandiri dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk mengangkat selama bergerak.l mempertahankan posisi yang baik di tempat tidur atau kursi setiap saat. | 4 | |
| | | | **Total score** | | | |

**Pengkajian Resiko Decubitus (Braden Scale)**
**Petunjuk : Tulis dengan angka sesuai dengan skor pada kolom hasil**

**Keterangan :**
Bila total skor 15-18 beresiko, 13-14 resiko moderate, 10-12 resiko tinggi, ≤9 sangat beresiko tinggi dilakukan intervensi pencegahan resiko decubitus.

PRAKTIKUM PEMERIKSAAN NEUROLOGIS DASAR

Teknis Praktikum:

1. Pelaksanaan: Selasa, 3 Maret 2026 pukul 09.00 – 12.00 WIB.
2. Mahasiswa mempelajari terlebih dahulu materi tentang topik (jurnal dan materi terlampir)
3. Mahasiswa mengerjakan pretest dari dosen praktikum melalui media yang disediakan oleh pengampu praktikum
4. Pembahasan jawaban pretest praktikum.
5. Mahasiswa mencermati video skill praktikum pemeriksaan neurologis dasar dari tautan video sebagai berikut:
   a. https://www.youtube.com/watch?v=7IbTttMP8lc (pemeriksaan GCS)
   b. https://www.youtube.com/watch?v=l-TgZonuO1A (tanda rangsang meningeal)
   c. Ceklist perawatan px neurologis dasar (terlampir) à apabila ditemukan sedikit perbedaan antara video dengan ceklist, pakai ceklist yang berikan.
6. Mahasiswa dan dosen praktikum bersama di Laboratorium FKES Unjaya

# PEMERIKSAAN NEUROLOGIS DASAR

Anamnesis pada kasus neurologis memegang peranan penting untuk membantu menegakkan diagnosis. Anamnesis yang baik dan cermat dapat membantu menegakkan diagnosis hampir 70%. Sebelum dilakukan tindakan lebih lanjut seperti pemeriksaan fisik dan diagnostik, maka pasien dengan kasus neurologis perlu dikaji/dianamnesis dengan cakupan beberapa hal sebagai berikut:

A. Identitas pasien, yaitu nama, usia, alamat, status pernikahan, pekerjaan, dsb.
B. Keluhan utama, yaitu keluhan yang membuat pasien datang untuk berobat.
C. Riwayat penyakit sekarang, merupakan penjabaran dari keluhan utama dan keluhan-keluhan yang menyertai, meliputi:
    1. Site, yaitu lokasi keluhan.
    2. Onset, yaitu sejak kapan keluhan tersebut dirasakan, mendadak atau progresif.
    3. Characteristic, yaitu deskripsi/karakteristik dari keluhan yang dirasakan.
    4. Radiating, yaitu apakah keluhan tersebut hanya dirasakan pada lokasi tersebut atau ada penjalaran.
    5. Accompanied, yaitu keluhan-keluhan lain yang menyertai, misalnya keluhan sistem motorik, sistem sensorik, sistem otonom, saraf otak, tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, dsb.
    6. Timing, yaitu durasi, frekuensi, pada saat apa keluhan, dsb.
    7. Exacerbate and relieve, yaitu kondisi-kondisi yang memperberat dan memperingan keluhan.
    8. Severity, yaitu intensitas atau derajat keparahan dari keluhan yang dirasakan.
    9. Status of health between attack, yaitu status kesehatan diantara beberapa serangan.
D. Riwayat penyakit dahulu, yaitu riwayat penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya yang mungkin berkaitan dengan keluhan saat ini, misal riwayat tumor, trauma, stroke, dsb. E. Riwayat penyakit dalam keluarga.
F. Riwayat pengobatan.

Selanjutnya dilakukan beberapa pemeriksaan terkait, untuk topik kali ini yang akan dilakukan adalah pemeriksaan neurologis dasar yang meliputi pemeriksaan kesadaran, orientasi, tanda rangsang meningeal, dan skala nyeri.

# TEKNIK KETRAMPILAN PEMERIKSAAN NEUROLOGIS DASAR

## A. PEMERIKSAAN KESADARAN

### a. Pemeriksaan Tingkat Kesadaran

Salah satu pemeriksaan yang penting dalam bidang neurologi adalah penilaian tingkat kesadaran. Pemeriksaan tingkat kesadaran berguna dalam menegakkan diagnosis maupun menentukan prognosis penderita.

Kesadaran dapat didefinisikan sebagai keadaan yang mencerminkan pengintegrasian impuls eferen dan aferen. Dalam menilai kesadaran harus dibedakan antara tingkat kesadaran dan isi kesadaran. Tingkat kesadaran menunjukkan kewaspadaan atau reaksi seseorang dalam menanggapi rangsangan dari luar yang ditangkap oleh panca indera. Sedangkan isi kesadaran berhubungan dengan fungsi kortikal seperti membaca, menulis, bahasa, intelektual, dan lainlain.

Tingkat kesadaran yang menurun biasanya diikuti dengan gangguan isi kesadaran. Sedangkan gangguan isi kesadaran tidak selalu diikuti dengan penurunan tingkat kesadaran. Penurunan tingkat kesadaran di ukur dengan Glasgow Coma Scale.

PEMERIKSAAN GLASGOW COMA SCALE (GCS)

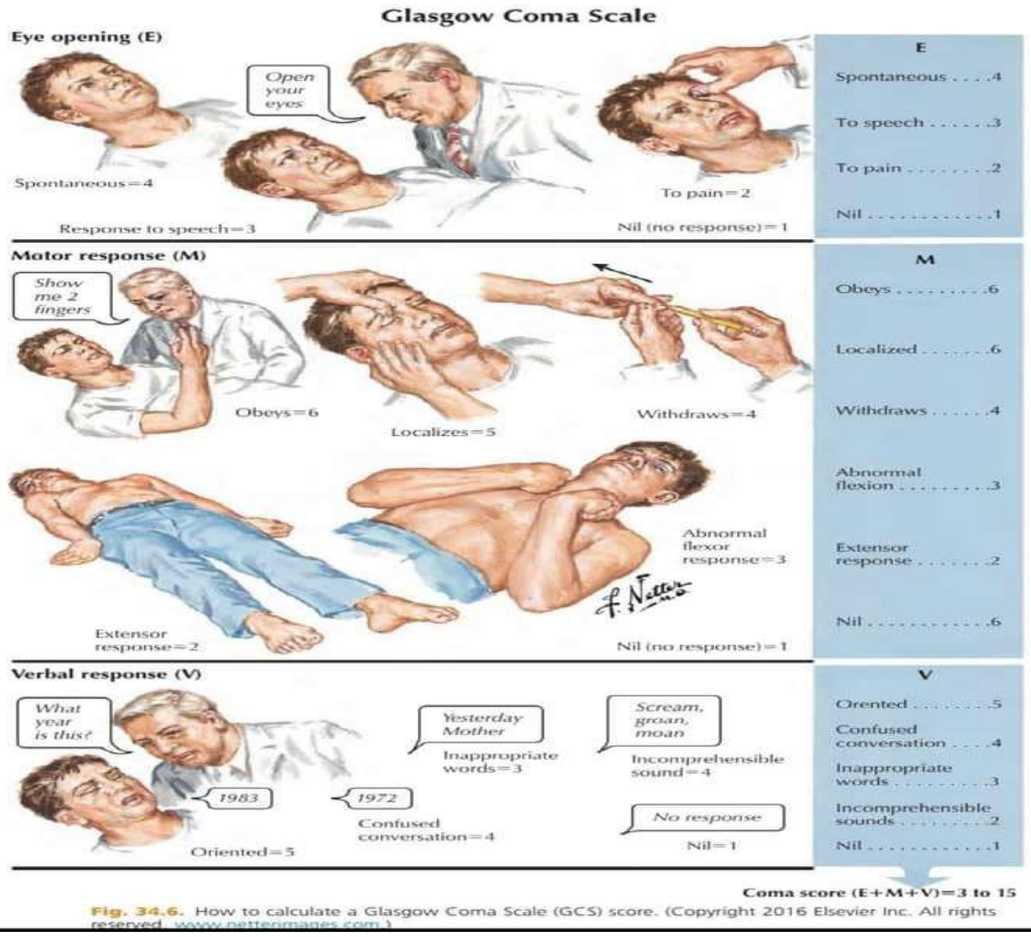



Fig. 34.6. How to calculate a Glasgow Coma Scale (GCS) score. (Copyright 2016 Elsevier Inc. All rights reserved. www.netterimages.com.)

Pemeriksaan GCS didasarkan pada pemeriksaan respon dari mata, bicara dan motorik. Cara penilaiannya adalah dengan menjumlahkan nilai dari ketiga aspek tersebut di atas. rentang nilainya adalah 3 (paling jelek) sampai dengan 15 (normal). Pelaporan nilai GCS dapat juga dilakukan dengan cara menyebutkan nilai dari masing-masing komponen, misal E4, V5, M6, artinya respon membuka mata 4, verbal 5, dan motorik 6.

| Tingkat kesadaran pasien : | |
|---|---|
| a. Composmentis | jika nilai GCS 15 |
| b. Somnolen atau letargis | jika nilai GCS 13-14 |
| c. Soporo komatus | jika nilai GCS 8-12 |
| d. Koma | jika nilai GCS 3-7 |

Adapun untuk pasien anak-anak pemeriksaan tingkat kesadaran dapat menggunakan modifikasi GCS yang disebut dengan Pediatric Coma Scale (PCS) . Perbedaan penilaiannya adalah pada unsur verbalnya karena biasanya anak kecil belum dapat berbicara dengan jelas. Unsur penilaian PCS adalah sebagai berikut :

PEDIATRIC GLASGOW COMA SCALE (PGCS)

| | | >1 year | <1 year | |
|---|---|---|---|---|
| Eye opening | 4 | Spontaneously | Spontaneously | |
| | 3 | To verbal command | To shout | |
| | 2 | To pain | To pain | |
| | 1 | No response | No response | |
| Best motor response | 6 | Obeys | Spontaneous movements | |
| | 5 | Localizes pain | Localizes pain | |
| | 4 | Flexion-withdrawal | Flexion-withdrawal | |
| | 3 | Abnormal flexion | Abnormal flexion | |
| | 2 | Abnormal extension | Abnormal extension | |
| | 1 | No response | No response | |
| | | **>5 years** | **2–5 years** | **0–23 months** |
| Best verbal response | 5 | Oriented and converses | Appropriate words and phrases | Coos and smiles appropriately |
| | 4 | Disoriented and converses | Inappropriate words | Cries |
| | 3 | Inappropriate words | Cries and/or screams | Inappropriate crying and/or screaming |
| | 2 | Incomprehensible sounds | Grunts | Grunts |
| | 1 | No response | No response | No response |

Penilaian tingkat kesadaran pada anak dengan PCS juga masih dibedakan menurut rentang umur, yaitu :

| Umur | Nilai Normal |
|---|---|
| a. Lahir – 6 bulan | 9 |
| b. 6 – 12 bulan | 11 |
| c. 1 – 2 tahun | 12 |
| d. 2 – 5 tahun | 13 |
| e. Lebih dari 5 tahun | 14 |

b. Pemeriksaan Orientasi

Prosedur pemeriksaan orientasi :

1) Orientasi orang : tanyakan namanya, usia, kerja, kapan lahir, kenal dengan orang di sekitarnya.
2) Orientasi tempat : tanyakan sekarang di mana, apa nama tempat ini, di kota mana berada.
3) Orientasi waktu : tanyakan hari apa sekarang, tanggal berapa, bulan apa, tahun berapa. Nilai dianggap sadar penuh apabila pasien tidak mengalami disorientasi pada salah satu hal tersebut

B. PEMERIKSAAN TANDA RANGSANG MENINGEAL

Tanda-tanda meningeal timbul karena tertariknya radiks-radiks saraf tepi yang hipersensitif karena adanya perangsangan atau peradangan pada selaput otak meninges (meningitis) akibat infeksi, kimiawi maupun karsinomatosis. Perangsangan meningeal bisa terjadi juga akibat perdarahan subarachnoid.

Test-test untuk menguji ada tidaknya tanda meningeal banyak sekali, namun pada dasarnya adalah variasi test pertama yang dikenalkan oleh Vladimir Kernig pada tahun 1884. Dokter ahli penyakit dalam dari Rusia ini memperhatikan adanya keterbatasan ekstensi pasif sendi lutut pada pasien meningitis dalam posisi duduk

maupun berbaring. Sampai sekarang masih sering digunakan untuk memeriksa tanda meningeal.

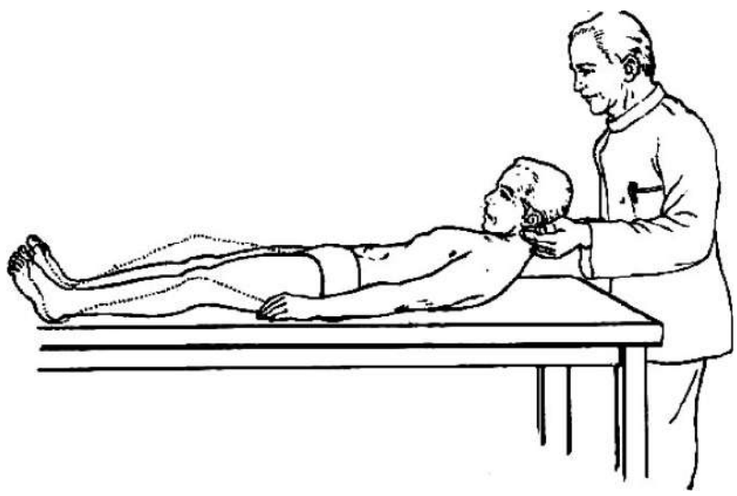
Selanjutnya Josep Brudzinski seorang ilmuwan Polandia pada tahun 1909 mengenalkan tanda lain dalam mendeteksi adanya tanda meningeal. Tanda yang diperkenalkan adalah gerakan fleksi bilateral di sendi lutut dan panggul yang timbul secara reflektorik akibat difleksikannya kepala pasien ke depan sampai menyentuh dada. Tanda ini dikenal sebagai tanda Brudzinski I. Sebelumnya Brudzinski juga telah memperkenalkan adanya tanda tungkai kontralateral sebagai tanda perangsangan meningeal yang dikenal sebagai Tanda Brudzinski II. Urutan I dan II hanya menunjukkan urutan pemeriksaannya saja, bukan urutan penemuannya. Selain tanda-tanda yang sudah dideskripsikan di atas masih ada beberapa tanda meningeal yang lain namun ada satu tanda lagi yang cukup penting yaitu kaku kuduk. Pada pasien meningitis akan didapatkan kekakuan atau tahanan pada kuduk bila difleksikan dan diekstensikan.

Untuk memudahkan pemeriksaan, pada keterampilan medik ini berturut- turut akan dipelajari tanda-tanda meningeal sebagai berikut:

a. Kaku Kuduk (Rigiditas Nuchae)
b. Tanda Brudzinski I
c. Tanda Kernig
d. Tanda Brudzinski II

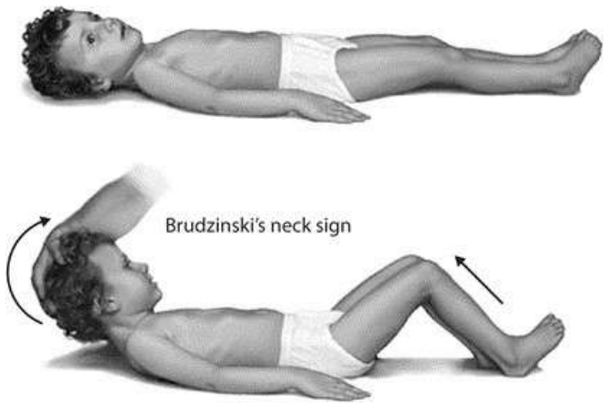
**a.** Kaku Kuduk

a. Penderita berbaring terlentang di atas tempat tidur.
b. Secara pasif kepala penderita dilakukan fleksi dan ekstensi.
c. Kaku kuduk positif jika sewaktu dilakukan gerakan, dagu penderita tidak dapat menyentuh dua jari yang diletakkan di incisura jugularis, terdapat suatu tahanan.



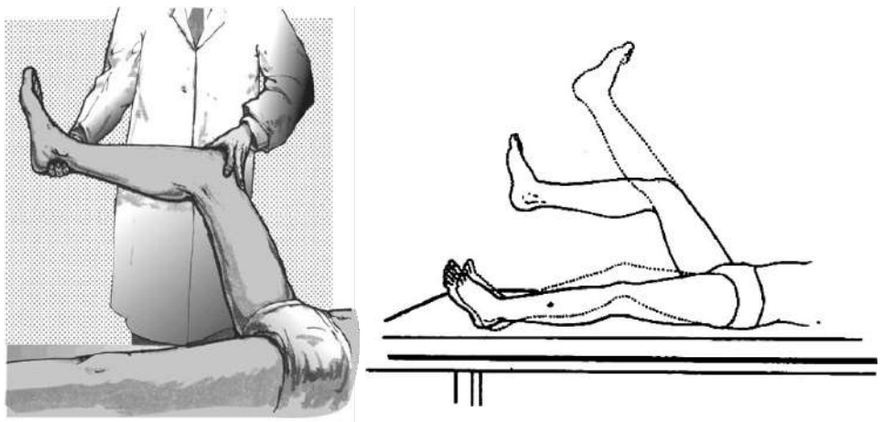
**b.** Tanda Brudzinski I

1. Pasien berbaring terlentang.
2. Tangan kiri pemeriksa diletakkan di bawah kepala pasien.
3. Kemudian dilakukan gerakan fleksi pada kepala pasien dengan cepat, gerakan fleksi ini dilakukan semaksimal mungkin.
4. Tanda Brudzinski positif jika sewaktu dilakukan gerakan fleksi kepala pasien timbul fleksi involunter pada kedua tungkai.



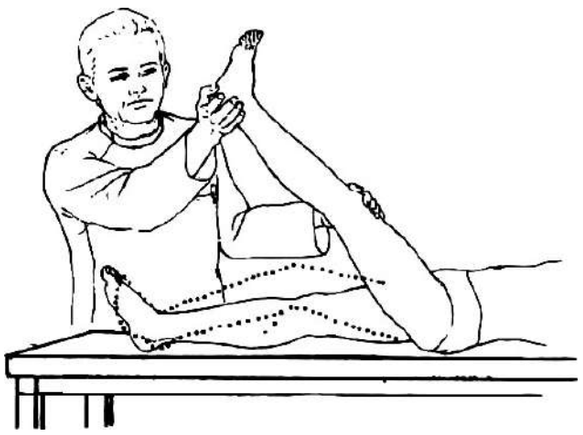

**c.** Tanda Kernig

1. Pasien berbaring terlentang.
2. Pemeriksa melakukan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut dari pasien.
3. Kemudian dilakukan ekstensi pada sendi lutut.
4. Tanda Kernig positif jika pada waktu dilakukan ekstensi pada sendi lutut < 135$^{o}$, timbul rasa nyeri, sehingga ekstensi sendi lutut tidak bisa maksimal.



**d.** Tanda Brudzinski II

1. Pasien berbaring terlentang.
2. Tungkai bawah pasien dilakukan fleksi secara pasif pada sendi panggul dan sendi lutut (seperti Tanda Kernig).
3. Tanda Brudzinski II positif jika sewaktu dilakukan gerakan di atas tadi, tungkai yang kontralateral secara involunter ikut fleksi.



C. PEMERIKSAAN SKALA NYERI

1. Pengertian Nyeri

The International Association for the Study of Pain memberikan defenisi nyeri, yaitu: suatu perasaan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan suatu jaringan yang nyata atau yang berpotensi rusak atau tergambarkan seperti itu. Dari definisi ini dapat ditarik

tiga kesimpulan, yakni: nyeri merupakan suatu pengalaman emosional berupa sensasi yang tidak menyenangkan. Nyeri terjadi karena adanya suatu kerusakan jaringan yang nyata seperti luka pasca bedah atau trauma akut, dan nyeri terjadi tanpa adanya kerusakan jaringan yang nyata seperti nyeri kronik atau proses penyembuhan trauma lama, nyeri post herpetic, phantom atau trigeminal.

2. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan :

a. Penyebab
   1. Neuropathic, berkaitan dengan adanya gangguan/masalah pada sistem saraf baik pusat maupun perifer, contohnya post-stroke pain
   2. Nociceptive, berkaitan dengan adanya gangguan/masalah pada jaringan tubuh (musculoskeletal, kutaneus, atau visceral), contohnya nyeri inflamasi
   3. Campuran, berkaitan dengan komponen neuropathic dan nociceptive, contohnya LBP disertai radiculopathy.

b. Letak/sumber lesi
   1. Nyeri Kutan (Cutaneus Pain). Nyeri berasal dari kulit dan jaringan subkutan. Lokasi sumber nyeri biasanya diketahui dengan pasti dan nyeri biasanya tajam serta rasa terbakar.
   2. Nyeri Somatis Dalam (Deep Somatic Pain). Nyeri berasal dari otot, tendon, sendi, pembuluh darah atau tulang. Sifat nyeri biasanya menyebar.
   3. Nyeri Visera (Visceral Pain). Nyeri berasal dari organ internal, misalnya: Ulser pada lambung, appendicitis atau batu ginjal.Sensasi nyeri disalurkan dari organ melalui saraf simpatis atau parasimpatis ke susunan saraf pusat.
   4. Psychogenic Pain; dipengaruhi oleh pengalaman fisik dan mental seseorang. c. Sifat
   1. Nyeri fisiologis adalah sensor normal yang berfungsi sebagai alat proteksi tubuh
   2. Nyeri patologis adalah sensor abnormal yang menderitakan seseorang.

d. Waktu
   1. Nyeri akut, adalah nyeri yang dialami dalam waktu 3 bulan
   2. Nyeri Kronis, adalah nyeri yang dialami dalam waktu lebih dari 3 bulan, atau nyeri yang masih ditemukan setelah cedera jaringan sembuh.

e. Intensitas
   1. Ringan
   2. Sedang
   3. Berat

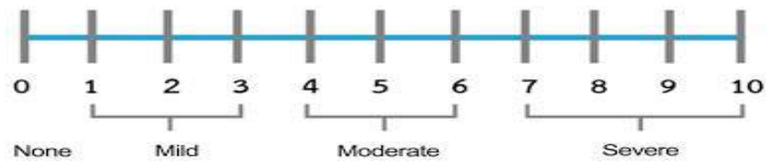
3. Asesmen/ Pengukuran Nyeri

Tujuan Pengukuran Nyeri

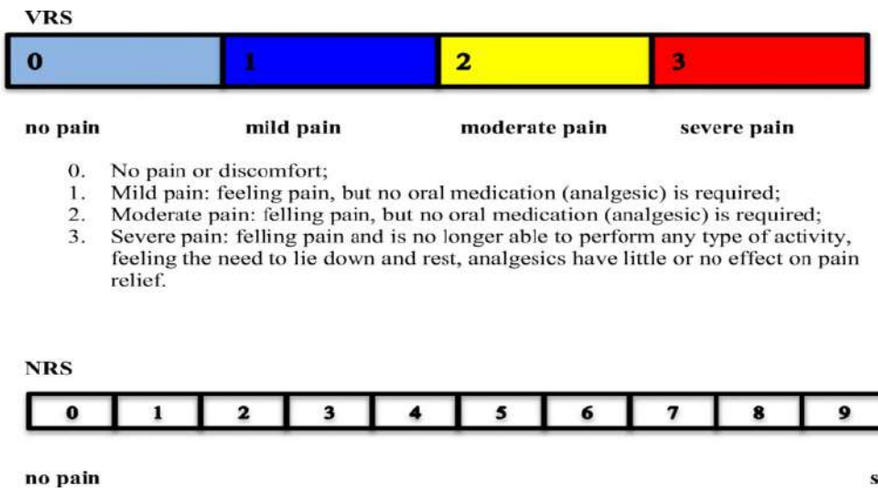
a. Mengetahui kuantitas nyeri
b. Menuntun menyusun pemilihan modalitas terapi nyeri
c. Alat evaluasi
d. Membantu menegakkan diagnosa

Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan beberapa alat ukur antara lain numerical rating scale (NRS), verbal rating scale (VRS), visual analog scale (VAS) dan faces rating scale.

Penilaian Nyeri dengan Numerical Rating Scale




Penilaian Nyeri dengan Verbal Rating Scale




Penilaian Nyeri dengan Faces Rating Scale



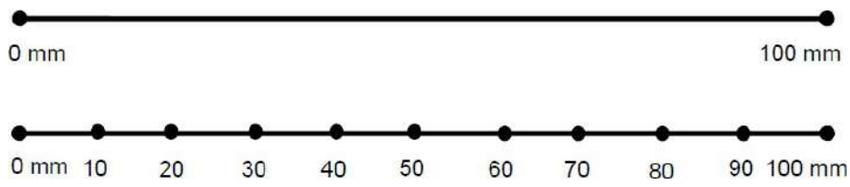

Penilaian Nyeri dengan Visual Analogue Scale

VAS (Visual Analogue Scale) telah digunakan sangat luas dalam beberapa dasawarsa belakangan ini dalam penelitian terkait dengan nyeri dengan hasil yang handal, valid dan konsisten.VAS adalah suatu instrumen yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri dengan menggunakan sebuah tabel garis 10 cm dengan pembacaan skala 0–100 mm dengan rentangan makna:

Penilaian Nyeri dengan VAS

| Skala VAS | Interpretasi |
|---|---|
| >0 - <10 mm | Tidak Nyeri |
| ≥10 – 30 mm | Nyeri Ringan |
| ≥30 – 70 mm | Nyeri sedang |
| ≥ 70 – 90 mm | Nyeri berat |
| ≥ 90 – 100 mm | Nyeri sangat berat |

Cara penilaiannya adalah penderita menandai sendiri dengan pensil pada nilai skala yang sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakannya setelah diberi penjelasan dari pemeriksa tentang makna dari setiap skala tersebut. Penentuan skor VAS dilakukan dengan mengukur jarak antara ujung garis yang menunjukkan tidak nyeri hingga ke titik yang ditunjukkan pasien.




Tidak Nyeri Sangat Nyeri

Persyaratan dilakukan penilaian dengan VAS adalah:

a. Penderita sadar atau tidak mengalami gangguan mental/kognitif sehingga dapat berkomunikasi dengan fisioterapis
b. Penderita dapat melihat dengan jelas, sehingga penderita dapat menunjuk titik pada skala VAS berkaitan dengan kualitas nyeri yang dirasakannya.
c. Penderita kooperatif, sehingga pengukuran nyeri dapat terlaksana. Catatan: anak kecil, meskipun sadar, namun tidak kooperatif untuk berkomunikasi.

Agar pengukuran dapat berjalan sebagai mestinya, sebelum dilakukan pengukuran pasien diberi penjelasan mengenai pengukuran yang akan dilakukan beserta prosedurnya. Kemudian pasien diminta untuk memberi tanda pada garis sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan pasien.

VAS merupakan metode pengukuran intensitas nyeri yang sensitif, murah dan mudah dibuat, VAS lebih sensitif dan lebih akurat dalam mengukur nyeri dibandingkan dengan pengukuran deskriptif, Mempunyai korelasi yang baik dengan pengukuran yang lain, VAS dapat diaplikasikan pada semua pasien, tidak tergantung bahasa bahkan dapat digunakan pada anak-anak di atas usia 5 tahun, VAS dapat digunakan untuk mengukur semua jenis nyeri namun VAS juga memiliki kekurangan yaitu VAS memerlukan pengukuran yang teliti untuk memberikan penilaian, pasien harus hadir saat dilakukan pengukuran, serta secara visual dan kognitif mampu melakukan pengukuran.VAS sangat bergantung pada pemahaman pasien terhadap alat ukur.

CEKLIST KETRAMPILAN PEMERIKSAAN NEUROLOGIS DASAR

Berikan nilai kinerja disetiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut :

0 = Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan yang seharusnya dilakukan, saat dilakukan pengamatan atau observasi tidak dikerjakan oleh peserta didik

1 = Perlu perbaikan (langkah atau prosedur belum dilakukan secara baik dan benar, atau dilakukan dalam urutan yang tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

2 = Mampu atau cukup terampil (langkah atau prosedur dilakukan dengan baik dan benar serta urutannya sesuai

| No | ASPEK YANG DINILAI | NILAI | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | |
| A | TAHAP PREINTERAKSI | | | | |
| | 1. Persiapan<br>- Cek catatan rekam medik<br>- Cek order untuk pemeriksaan neurologis dasar<br>2. Persiapan Alat<br>- Sarung tangan<br>- APD (sesuai kebutuhan)<br>- Kertas dan pulpen<br>3. Cuci tangan sebelum kepasien | | | | |
| B | TAHAP ORIENTASI | | | | |
| | 1. Berikan salam, identifikasi pasien dan periksa tanda pengenal, perkenalkan diri perawat. | | | | |
| | 2. Tanyakan keluhan utama pasien (pada pasien yang dapat dikaji keluhannya) | | | | |
| | 3. Jelaskan tujuan, prosedur dan kontrak waktu tindakan yang akan dilakukan. | | | | |
| | 4. Beri kesempatan klien bertanya sebelum dilakukan Tindakan (apabila memungkinkan) | | | | |
| | 5. Jaga privasi klien (tutup sampiran/pintu) | | | | |
| C | TAHAP KERJA | | | | |
| | Pemeriksaan Tingkat Kesadaran<br>6. Lakukan pemeriksaan terhadap respon membuka mata dengan benar dan melaporkan nilainya beserta alasannya.<br>7. Lakukan pemeriksaan terhadap respon verbal dengan benar dan melaporkan nilainya beserta alasannya .<br>8. Lakukan pemeriksaan terhadap respon motorik dengan benar dan melaporkan nilainya beserta alasannya .<br>9. Catat hasil pemeriksaan GCS<br>10. Buat kesimpulan tentang status kesadaran pasien | | | | |
| | Pemeriksaan Orientasi Kesadaran<br>11. Kaji orientasi orang dengan benar<br>12. Kaji orientasi tempat dengan benar<br>13. Kaji orientasi waktu dengan benar<br>14. Simpulkan hasil pemeriksaan orientasi dengan benar<br>15. Catat dan simpulkan hasil pemeriksaan | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Pemeriksaan Tanda Meningeal<br>16. Persiapkan pasien pada posisi berbaring terlentang di atas tempat tidur .<br>17. fleksi dan ekstensikan secara pasif kepala pasien kemudian merasakan/perhatikan ada tidaknya tahanan pada leher/kuduk (Pemeriksaan kaku kuduk)<br>18. Letakkan tangan kiri pemeriksa diletakkan di bawah kepala pasien, gerakan fleksi kepala pasien dengan cepat dan semaksimal mungkin (Brudzinski I)<br>19. Perhatikan ada tidaknya refleks fleksi bilateral pada sendi panggul dan sendi lutut (Brudzinski I)<br>20. Lakukan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut kemudian lakukan ekstensi pada sendi lutut (Tanda Kernig)<br>21. Perhatikan apakah pasien merasakan nyeri sehingga ekstensi bisa maksimal atau tidak (Tanda Kernig)<br>22. Lakukan fleksi secara pasif pada salah satu tungkai bawah pasien pada sendi paha dan ekstensi pada sendi lutut (Brudzinski II)<br>23. Perhatikan ada tidaknya fleksi pada sendi lutut kaki kontralateral (Brudzinski II)<br>24. Catat dan simpulkan hasil pemeriksaan | | | | |
| | Pemeriksaan Skala Nyeri<br>25. Mempersiapkan alat dan bahan pemeriksaan ( kertas dan alat tulis).<br>26. Mengkaji nyeri pasien dengan PQRST. Provoking: kaji penyebab nyeri; Quality: seperti apa deskripsi nyeri yang dirasakan; Region/Radiation: dimana lokasi nyeri dirasakan, apabila menyebar kemana?; Scale: seberapa berat nyeri dirasakan pasien; Time: kapan nyeri muncul, berapa lama, berapa kali dll<br>27. Khusus untuk skala gunakan alat (kertas, jari, gambar), berikan penjelasan pada pasien makna dari skala yang digunakan .<br>28. Minta pasien untuk menunjuk atau menandai skala nyeri sesuai yang dirasakan .<br>29. Catat dan simpulkan hasil pemeriksaan | | | | |
| D | TAHAP TERMINASI | | | | |
| | 30. Evaluasi perasaan klien<br>31. Berikan reinforcemen positif<br>32. Kontrak pertemuan selanjutnya<br>33. Akhiri kegiatan, ucapkan salam<br>34. Cuci tangan | | | | |
| E | DOKUMENTASI | | | | |
| | 35. Catat tindakan yang dilakukan (hari, tanggal, jam, dan nama pemeriksa), serta hasil pemeriksaan pasien (tingkat kesadarannya apa dengan nilai GCS berapa, bagaimana orientasi pasien, bagaimana hasil pemeriksaan tanda rangsang meningealnya, dan bagaimana nyeri yang dirasakan pasien) | | | | |
| | Jumlah Total Nilai | | | | |

Nilai: Skor/70*100%

**PRAKTIKUM IRIGASI MATA DAN TELINGA**

Teknis Praktikum:

1. Pelaksanaan: Rabu, 13 Maret 2026  pukul 15.00 – 17.00 WIB.
2. Mahasiswa mempelajari terlebih dahulu materi tentang topik.
3. Mahasiswa mengerjakan pretest dari dosen praktikum melalui media yang disediakan oleh pengampu praktikum
4. Pembahasan jawaban pretest praktikum.
5. Mahasiswa mencermati video skill praktikum IRIGASI MATA DAN TELINGA dari tautan video sebagai berikut:
   a. https://www.youtube.com/watch?v=KjrCiRMW4Zo&t=216s (Irigasi mata)
   b. https://www.youtube.com/watch?v=aBiTQ1de7O4 (Irigasi Telinga)
   c. Ceklist IRIGASI MATA DAN TELINGA (terlampir)  à apabila ditemukan sedikit perbedaan antara video dengan ceklist, pakai ceklist yang berikan.
6. Mahasiswa dan dosen praktikum berdiskusi terkait tindakan yang dilakukan dalam video atau panduan praktikum (setiap mahasiswa wajib mengikuti sesi diskusi).
7. Mahasiswa membuat video terkait dengan praktikum IRIGASI MATA DAN TELINGA (2 video) sesuai dengan urutan pada ceklist yang sudah disediakan dan dikumpulkan pada media yang sudah disepakati dengan dosen pengampu.

# PRAKTIKUM IRIGASI MATA DAN TELINGA

## IRIGASI MATA

Definisi:
Irigasi mata dilakukan untuk mengeluarkan sekret atau benda asing atau untuk membersihkan dan menenangkan mata.

Pengkajian umum:
- Kaji mata pasien terhadap kemerahan, eritema, edema, drainase, atau nyeri tekan.
- Kaji pasien untuk alergi.
- Verifikasi nama pasien, dosis, rute, dan waktu pemberian.
- Kaji pengetahuan pasien tentang prosedur. Jika pasien memiliki defisit pengetahuan tentang prosedur, dapat ditambahkan dengan pendidikan pasien terkait tindakan.
- Kaji kemampuan pasien untuk bekerja sama dengan prosedur.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul terkait Tindakan:
- Pengetahuan yang Kurang
- Risiko Cedera
- Nyeri akut

Hasil yang diharapkan dapat mencakup:
- Mata pasien berhasil dibersihkan.
- Pasien memahami alasan prosedur dan mampu berpartisipasi.
- Mata pasien tetap bebas dari cedera.
- Pasien tetap bebas dari rasa sakit.

Implementasi: (lihat ceklist)

Evaluasi:
- Mata pasien telah berhasil diirigasi.
- Pasien memahami alasan prosedur dan mampu mematuhi prosedur yang dilakukan.
- Mata tidak terluka.
- Pasien mengalami ketidaknyamanan dalam rentang minimal.

Dokumentasi:
Dokumentasikan prosedur, lokasi, jenis larutan dan volume yang digunakan, lama waktu irigasi yang dilakukan, penilaian sebelum dan sesudah prosedur, karakteristik drainase, dan respons pasien terhadap pengobatan.

Pertimbangan umum:
- Pengkajian berkelanjutan merupakan bagian penting dari asuhan keperawatan untuk mengevaluasi respon pasien terhadap pengobatan yang diberikan dan deteksi dini efek samping. Jika diduga ada efek samping, beri tahu penyedia layanan kesehatan utama pasien. Berikan intervensi tambahan berdasarkan jenis reaksi dan penilaian pasien.
- Saat melakukan irigasi pada satu mata, berhati-hati agar cairan irigasi tidak meluap dan mencemari mata yang lain.

## IRIGASI TELINGA

Definisi:
Irigasi saluran pendengaran eksternal biasanya dilakukan untuk tujuan pembersihan atau untuk memberikan panas ke area tersebut. Larutan normal saline biasa digunakan untuk tindakan ini, meskipun larutan antiseptik dapat diindikasikan untuk tindakan lokal.

Tujuan:

Irigasi telinga bertujuan untuk mengeluarkan kotoran telinga yang menyumbat saluran telinga atau mengeluarkan benda asing yang bersarang di saluran telinga. Irigasi telinga paling sering dilakukan pada pasien yang mengalami penumpukan kotoran yang kemudian mengganggu pendengaran dan mengiritasi saluran telinga luar.

Indikasi:
Terdapat impaksi serumen atau benda asing di telinga.

Kontraindikasi:
Prosedur ini dikontraindikasikan bila saluran pendengaran terhalang oleh benda asing nabati seperti kacang polong, buncis, atau biji jagung. Jenis sumbatan tersebut akan menyerap kelembapan dan berpotensi menyebabkan pembengkakan. Prosedur ini juga dikontraindikasikan jika pasien mengalami pilek, demam, infeksi telinga atau cedera yang tidak diketahui atau pecahnya membran timpani.

Peringatan untu perawat: Hindari menyemprotkan cairan langsung kearah gendang telinga. Jangan pernah menggunakan cairan dengan jumlah lebih dari 500 ml. Jika membran timpani pecah sebelum dilakukan irigasi, konsultasikan dahulu ke dokter. Pantau suhu larutan dengan hati-hati. Pemberian larutan secara paksa dapat menyebabkan pecahnya membran timpani. Jika rasa sakit atau pusing terjadi, hentikan prosedur.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul terkait Tindakan:
- Nyeri akut
- Kerusakan Integritas Kulit
- Risiko Cedera
- Pengetahuan yang Kurang

Hasil yang diharapkan dapat mencakup:
- Irigasi telinga berhasil dilakukan.
- Pasien terbebas dari rasa sakit dan cedera.
- Pasien akan mengalami peningkatan pendengaran.
- Pasien memahami alasan dan prosedur tindakan.

Implementasi: (lihat ceklist)

Evaluasi:
- Saluran telinga berhasil diirigasi.
- Pasien tidak mengalami atau hanya mengalami sedikit rasa sakit atau ketidaknyamanan.
- Pendengaran pasien membaik.
- Pasien memahami alasan untuk prosedur irigasi telinga.

Dokumentasi:
Dokumentasikan prosedur, lokasi, jenis larutan dan volume yang digunakan, dan lama waktu irigasi dilakukan. Dokumentasikan penilaian sebelum dan sesudah pemberian, karakteristik drainase apa pun, dan respons pasien terhadap pengobatan.

Pertimbangan umum:
- Pengkajian berkelanjutan merupakan bagian penting dari asuhan keperawatan untuk mengevaluasi respon pasien terhadap pengobatan yang diberikan dan deteksi dini efek samping. Jika diduga ada efek samping, beri tahu penyedia layanan kesehatan utama pasien. Intervensi tambahan didasarkan pada jenis reaksi dan penilaian pasien.
- Tarik pinna lurus ke belakang untuk anak di atas 3 tahun dan ke bawah dan ke belakang untuk bayi atau anak di bawah 3 tahun.
    - Untuk mencegah rasa sakit, larutan irigasi harus setidaknya pada suhu kamar. Biasanya, jarum suntik irigasi digunakan; namun, wadah irigasi dengan selang dan ujung telinga juga dapat digunakan, terutama jika tujuan irigasi adalah untuk memberikan panas ke area tersebut.

CEKLIST KETRAMPILAN IRIGASI MATA

Berikan nilai kinerja disetiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut :

0 = Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan yang seharusnya dilakukan, saat dilakukan pengamatan atau observasi tidak dikerjakan oleh peserta didik

1 = Perlu perbaikan (langkah atau prosedur belum dilakukan secara baik dan benar, atau dilakukan dalam urutan yang tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

2 = Mampu atau cukup terampil (langkah atau prosedur dilakukan dengan baik dan benar serta urutannya sesuai

| No | ASPEK YANG DINILAI | NILAI | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | |
| A | TAHAP PREINTERAKSI | | | | |
| | 4. Persiapan<br>- Cek catatan rekam medik<br>- Cek order untuk Irigasi Mata<br>5. Persiapan Alat<br>- Sarung tangan<br>- Kom berisi cairan irigasi mata (bisa menggunakan NaCl 0,9%)<br>- Bengkok<br>- Spuit steril/infus set<br>- Cotton bud/kapas bulat<br>- Perlak<br>6. Dekatkan alat kesamping pasien<br>7. Cuci tangan sebelum kepasien | | | | |
| B | TAHAP ORIENTASI | | | | |
| | 8. Berikan salam, identifikasi pasien dan periksa tanda pengenal, perkenalkan diri perawat. | | | | |
| | 9. Jelaskan tujuan, prosedur dan kontrak waktu tindakan yang akan dilakukan. | | | | |
| | 10. Beri kesempatan klien bertanya sebelum dilakukan tindakan | | | | |
| | 11. Jaga privasi klien (tutup sampiran/pintu) | | | | |
| | 12. Pakai sarung tangan | | | | |
| C | TAHAP KERJA | | | | |
| | 13. Atur posisi pasien dengan duduk atau berbaring dan kepala miring kearah yang akan dilakukan irigasi mata<br>14. Pasang perlak dibahu atau dibagian bawah mata yang akan dibersihkan<br>15. Letakkan bengkok dibahu (pada pasien duduk) atau bawah mata yang diirigasi (pada pasien berbaring) untuk menampung cairan bekas irigasi.<br>16. Bersihkan area sekitar mata dengan mengusapkan cotton bud atau kapas bulat yang dibasahi NaCl 0,9% dari area inner cantus ke outer cantus<br>17. Isi spuit dengan cairan irigasi yang telah disiapkan.<br>18. Buka mata yang akan diirigasi dengan menggunakan tangan kiri. Gunakan jempol untuk menarik konjungtiva kebawah dan jari telunjuk menarik keatas kelopak mata. | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 19. Ambil spuit irrigator dan letakkan sekitar 2,5 cm (I inci) dari atas mata.<br>20. Semprotkan cairan irigasi dengan aliran lambat dan tekanan sedang ke konjungtiva bawah dari inner cantus ke outer cantus. Biarkan cairan mengalir keluar tanpa ada halangan kebengkok.<br>21. Selama prosedur, berikan periode pada pasien untuk mengedipkan mata<br>22. Lakukan penyemprotan berulang kali sampai bersih.<br>23. Setelah selesai melakukan penyemprotan, bersihkan kotorang yang tersisa pada area mata dengan menggunakan cotton bud/kapas bulat.<br>24. Kembalikan pasien keposisi semula<br>25. Rapikan alat<br>26. Lepaskan sarung tangan | | | | |
| D | TAHAP TERMINASI | | | | |
| | 27. Evaluasi perasaan klien<br>28. Berikan reinforcemen positif<br>29. Kontrak pertemuan selanjutnya<br>30. Akhiri kegiatan, ucapkan salam<br>31. Cuci tangan | | | | |
| E | DOKUMENTASI | | | | |
| | 32. Catat tindakan yang dilakukan (hari, tanggal, jam, dan nama pemeriksa), serta respon terkait pasien (prosedur, lokasi, jenis larutan dan volume yang digunakan, lama waktu irigasi yang dilakukan, penilaian sebelum dan sesudah prosedur, karakteristik drainase, dan respons pasien terhadap pengobatan). | | | | |
| | Jumlah Total Nilai | | | | |

Nilai: total score/58*100

CEKLIST KETRAMPILAN IRIGASI TELINGA

Berikan nilai kinerja disetiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut :

0 = Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan yang seharusnya dilakukan, saat dilakukan pengamatan atau observasi tidak dikerjakan oleh peserta didik

1 = Perlu perbaikan (langkah atau prosedur belum dilakukan secara baik dan benar, atau dilakukan dalam urutan yang tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

2 = Mampu atau cukup terampil (langkah atau prosedur dilakukan dengan baik dan benar serta urutannya sesuai

| No | ASPEK YANG DINILAI | NILAI | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | |
| A | TAHAP PREINTERAKSI | | | | |
| | 1. Persiapan<br>- Cek catatan rekam medik<br>- Cek order untuk Irigasi Telinga<br>2. Persiapan Alat<br>- Sarung tangan<br>- Kom berisi cairan irigasi telinga dihangatkan pada suhu 37C (atau bisa memakai air hangat 37C)<br>- Bengkok<br>- Spuit balon (bulb syringe)<br>- Cotton bud/kapas bulat<br>- Handuk<br>- Perlak<br>- Pinset<br>3. Dekatkan alat kesamping pasien<br>4. Cuci tangan sebelum kepasien | | | | |
| B | TAHAP ORIENTASI | | | | |
| | 5. Berikan salam, identifikasi pasien dan periksa tanda pengenal, perkenalkan diri perawat. | | | | |
| | 6. Jelaskan tujuan, prosedur dan kontrak waktu tindakan yang akan dilakukan. | | | | |
| | 7. Beri kesempatan klien bertanya sebelum dilakukan tindakan | | | | |
| | 8. Jaga privasi klien (tutup sampiran/pintu) | | | | |
| | 9. Pakai sarung tangan | | | | |
| C | TAHAP KERJA | | | | |
| | 10. Atur posisi pasien dengan duduk atau berbaring dan kepala miring kearah yang akan dilakukan irigasi telinga<br>11. Pasang perlak dibahu atau dibagian bawah telinga yang akan dibersihkan<br>12. Letakkan bengkok dibahu (pada pasien duduk) atau bawah telinga yang diirigasi (pada pasien berbaring) untuk menampung cairan bekas irigasi.<br>13. Bersihkan area sekitar telinga dengan menggunakan cotton bud atau kapas bulat.<br>14. Isi spuit dengan cairan irigasi yang telah disiapkan. | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 15. Dengan menggunakan tangan kiri, tarik bagian tulang rawan telinga yang akan diirigasi kearah atas kemudian ditarik agak kebelakang (apabila posisi pasien duduk, anjurkan pasien memegang bengkok dibahunya).<br>16. Letakkan spuit diliang telinga pasien dan semprotkan dengan aliran lambat dan tekanan sedang. Biarkan cairan mengalir keluar tanpa ada halangan kebengkok.<br>17. Lakukan penyemprotan berulang kali sampai bersih.<br>18. Setelah selesai melakukan penyemprotan, letakkan handuk diatas perlak dan anjurkan pasien untuk berbaring dengan posisi telinga yang diirigasi menghadap kehanduk.<br>19. Setelah dirasa tidak ada air yang tertinggal, bersihkan sekitar telinga dengan menggunakan cotton bud/kapas bulat dan pinset untuk mengambil kotoran yang tersisa.<br>20. Kembalikan pasien keposisi semula<br>21. Rapikan alat<br>22. Lepaskan sarung tangan | | | | |
| D | TAHAP TERMINASI | | | | |
| | 23. Evaluasi perasaan klien<br>24. Berikan reinforcemen positif<br>25. Kontrak pertemuan selanjutnya<br>26. Akhiri kegiatan, ucapkan salam<br>27. Cuci tangan | | | | |
| E | DOKUMENTASI | | | | |
| | 28. Catat tindakan yang dilakukan (hari, tanggal, jam, dan nama pemeriksa), serta respon pasien (prosedur, lokasi, jenis larutan dan volume yang digunakan, dan lama waktu irigasi dilakukan. Dokumentasikan juga penilaian sebelum dan sesudah pemberian, karakteristik drainase apa pun, dan respons pasien terhadap pengobatan) | | | | |
| | Jumlah Total Nilai | | | | |

Nilai: total score/56*100

| DAFTAR KELOMPOK PRAKTIKUM/TUTORIAL/CTL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No** | **NIM** | **Mahasiswa** | **KELAS** | **Dosen Pengampu/Asdos** |
| 1 | 232201062 | Vatricia Duwik Sasmita | A | Kelompok 1/<br><br>Miftafu Darussaalam<br>Renna Headiana, S.Kep., Ns |
| 2 | 242201001 | Aep Ridwan Saefullah | A | |
| 3 | 242201003 | Alfino Dehana Putra | A | |
| 4 | 242201004 | Alif Pri Hardhono | A | |
| 5 | 242201005 | Alivia Vantika Sari | A | |
| 6 | 242201008 | Andhara Farra Esha | A | |
| 7 | 242201009 | Anitya Dwi Rinjani Saputri | A | |
| 8 | 242201012 | Bastaman Adnan Aulia | A | |
| 9 | 242201013 | Dahliana Putri Bahari | A | |
| 10 | 242201014 | Dayat | A | |
| 11 | 242201015 | Disca Anandianovha Rosheilla | A | |
| 12 | 242201016 | Diva Stevani Vernanda | A | |
| 1 | 242201017 | Eangel Subliana | A | Kelompok 2/<br><br>Novita Nirmalasari<br>Yosinta Agustin, S.Kep., Ns |
| 2 | 242201018 | Elsa Anggun Saputri | A | |
| 3 | 242201019 | Elsya Fitri Nur Afifah | A | |
| 4 | 242201020 | Erlin Arnada Irawan | A | |
| 5 | 242201021 | Ezra Gilang Prakasa | A | |
| 6 | 242201022 | Fadilarahma Sari | A | |
| 7 | 242201023 | Fanisa Nurul Isnaini | A | |
| 8 | 242201024 | Fathiyya Syifa Ardiana | A | |
| 9 | 242201025 | Fauziyah Ema Larasati | A | |
| 10 | 242201026 | Febriana Astriafita | A | |
| 11 | 242201027 | Fitri Nur Noviyanti | A | |
| 1 | 242201028 | Fitriyani | A | Kelompok 3/<br><br>Rika Suryana<br>Zinatul Mutaalimah, S.Kep., Ns |
| 2 | 242201029 | Hesta Nur Asifa | A | |
| 3 | 242201030 | Hesti Ranna Salsabilla | A | |
| 4 | 242201032 | Jelita Anggraina | A | |
| 5 | 242201033 | Jenita Nurhalimah | A | |
| 6 | 242201034 | Jita | A | |
| 7 | 242201035 | Joana Saskilla Patra | A | |
| 8 | 242201036 | Kirani Putri Rubany | A | |
| 9 | 242201037 | Lailatul Ramadhani | A | |
| 10 | 242201038 | Laurendsia Bhirgita Angesthi W | A | |
| 11 | 242201039 | Lumintang Restu Agustin | A | |
| 1 | 242201040 | Maghreza Anendhita Minoru | A | Kelompok 4/<br><br>Dwi Kartika R<br>Siti Baroroh,S.Kep.Ns |
| 2 | 242201041 | Maulina Avrilia Rahmasari | A | |
| 3 | 242201042 | Melinda Deswita Rosyana Dewi | A | |
| 4 | 242201043 | Muhammad Rizal Afifuddin | A | |
| 5 | 242201044 | Muhammad Yasin | A | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 | 242201045 | Muthia Nur Assyifa | A | |
| 7 | 242201046 | Mutiara Humaiiroh Salsabila | A | |
| 8 | 242201047 | Nabila Revalina | A | |
| 9 | 242201048 | Nabilla Nur Khoirinnisa | A | |
| 10 | 242201049 | Nadia Azahra Nurfadhilah | A | |
| 11 | 242201050 | Naora Dewi Alifiana | A | |
| 1 | 242201051 | Natalin Desti | A | Kelompok 5/<br><br>Pusparini Anggita<br>Shinta Nur Cahyanti, S.Kep.,Ns |
| 2 | 242201052 | Nur Juwita Maharani | A | |
| 3 | 242201053 | Nur Khafiza Agustin | A | |
| 4 | 242201054 | Pauleta Firza Zein Germandhita | A | |
| 5 | 242201055 | Pretty Cowla Hingkua | A | |
| 6 | 242201056 | Putri Amanda Mayang Sari | A | |
| 7 | 242201057 | Rahmawati | A | |
| 8 | 242201058 | Ratih Prabaningrum | A | |
| 9 | 242201059 | Regita Pramesti | A | |
| 10 | 242201060 | Repa | A | |
| 11 | 242201061 | Riswanti Sepnia Bolani | A | |

| DAFTAR KELOMPOK PRAKTIKUM/TUTORIAL/CTL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No** | **NIM** | **Mahasiswa** | **KELAS** | **Dosen Pengampu/Asdos** |
| 1 | 232201074 | Nadia Tasya Renwarin | B | Kelompok 6/<br><br>Afi Lutfiyati<br>Shohwatul Islam,S.Kep.,Ns |
| 2 | 242201062 | Shafira Lindi Aulia Handaka Putri | B | |
| 3 | 242201063 | Sheilla Ardiva Falensia | B | |
| 4 | 242201064 | Shifa Khoirunnisa | B | |
| 5 | 242201065 | Silvia Angelina | B | |
| 6 | 242201066 | Siti Zaenab | B | |
| 7 | 242201067 | Uji Syifa Nurul Hidayah | B | |
| 8 | 242201068 | Whildha Anatasya Oktavia | B | |
| 9 | 242201069 | Yona Fidika Sari | B | |
| 10 | 242201070 | Yona Fransiska Sari | B | |
| 11 | 242201071 | Yosina Febriyanti Embuai | B | |
| 1 | 242201073 | Jayni Dwi Rahmasari | B | Kelompok 7/<br><br>Masta Hutasoit<br>Agustina Hidayatun,S.Kep.,Ns |
| 2 | 242201074 | Shindy Cintya Amara | B | |
| 3 | 242201075 | Rachel Meylani Chrismayanti | B | |
| 4 | 242201076 | Martanisa Sofika Roqim | B | |
| 5 | 242201077 | Dircia Marquita Neves | B | |
| 6 | 242201078 | Kriska G. Pamungkas | B | |
| 7 | 242201079 | Dinda Harwati | B | |
| 8 | 242201080 | Fiona Citra Revaganis | B | |
| 9 | 242201081 | Fifi Indriyani | B | |
| 10 | 242201083 | Nayla Paramita Indriani | B | |
| 11 | 242201084 | Zaematul Ihfa | B | |
| 1 | 242201085 | Oktavia Pinasti Wijayanti | B | Kelompok 8/<br><br>Anastasia Suci Sukmawati<br>Sinta Dewi,S.Kep.,Ns |
| 2 | 242201086 | Tiara Eka Putri Kardiansyah | B | |
| 3 | 242201087 | Syifa Nuraida Putrinajava | B | |
| 4 | 242201088 | Sonia Arhesti Suparno | B | |
| 5 | 242201089 | Suci Nur Fadilah | B | |
| 6 | 242201090 | Amalia Rinasari Agustin | B | |
| 7 | 242201091 | Windy Naila Faiza Ramadhani | B | |
| 8 | 242201092 | Delia Ayu Anzani | B | |
| 9 | 242201093 | Zahra Aulia Qalby | B | |
| 10 | 242201094 | Nisfi Laily Aisyatun Nafiah | B | |
| 11 | 242201095 | Iffa Khayana Irly Viera | B | |
| 1 | 242201096 | Nayra Fajira | B | Kelompok 9/<br><br>Khristina Dias Utama<br>Amalia Alfiyani,S.Kep.,Ns |
| 2 | 242201097 | Jenifer Angelica Keren Hapukh M | B | |
| 3 | 242201098 | Aulia Solehah | B | |
| 4 | 242201099 | Monita Yana Safrinsnova | B | |
| 5 | 242201100 | Wulan Widyastutik | B | |
| 6 | 242201101 | Merinda Anggia Rahmawati | B | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7 | 242201102 | Nayla Ramadhani Herman | B | |
| 8 | 242201103 | Hazimah Putri Utami | B | |
| 9 | 242201104 | Zalfa Naura Dwijayanti | B | |
| 10 | 242201105 | Muflih Aziz Hakim | B | |
| 11 | 242201106 | Nafira Meisya Fani | B | |
| 12 | 232201131 | Chiqal Di Agung | B | |
| 1 | 242201108 | Nadya Helwa Zuleyka Rahim | B | Kelompok 10/<br><br>Dwi Susanti<br>Mutia Aulia,S.Kep.,Ns |
| 2 | 242201110 | Daniella Anjani Noer Aisha Derksen | B | |
| 3 | 242201111 | Neza Aprilliana Putri | B | |
| 4 | 242201112 | Kadek Amanda Suwendra Putri | B | |
| 5 | 242201113 | Tasya Indah Zulfaa | B | |
| 6 | 242201114 | Dela | B | |
| 7 | 242201115 | Ni Komang Candra Maharani | B | |
| 8 | 242201116 | Tata Sheva Adriano | B | |
| 9 | 242201117 | Salma Putri Salsabila | B | |
| 10 | 242201118 | Anisa Nurhidayati | B | |
| 11 | 242201119 | Hesti Ratna Yulianti | B | |
| 12 | 222201109 | Evan Aldriansyah | B | |