MODUL PRAKTIKUM KETERAMPILAN DASAR KEPERAWATAN

Tahun Ajaran 2025/2026



Tim Penyusun:

Ngatoiatu Rohmani, Ns., MnS

Retno Sumiyarini, Ns., M. Med.Ed

Afi Lutfiyati, Ns., M. Kep

Khristina Dias Utami, Ns., MPH



Editor dan Koordinator:

Khristina Dias Utami, Ns., MPH

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN (S-1)

FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

2026

LEMBAR PENGESAHAN MODUL PRAKTIKUM

1. Judul Modul : Modul Ajar Keterampilan Dasar Keperawatan
2. Program Studi : Keperawatan (S-1)
3. Semester : II/Reguler
4. SKS : tiga (3) (1T, 1P, dan 1PL)

Tim Penyusun : 1) Ngatoiatu Rohmani, Ns., MNS (NIDN. 0516108503)
2) Retno Sumiyarini, Ns., M. Med.Ed (NIDN. 0517088302)
3) Afi Lutfiyati, Ns., M. Kep (NIDN. 0518037701)
4) Khristina Dias Utami, Ns., MPH (NIDN. 0510098001

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

Mengetahui,
Sekretaris Program Studi

(Latifah Susilowati, Ns., M. Kep)
NIDN: 0514128801

Tim Penulis Modul

(Khristina Dias Utami, Ns.,MPH)
NIDN: 0510098001

Menyetujui,
Ketua Progran Studi

Dewi Utari, Ns., MNS
NIDN: 0514028601

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'aalamin, Segala Puji bagi Allah, Tuhan Yang Maha Kuasa, atas karunia-Nya sehingga modul praktikum ini dapat kami terbitkan sebagai tuntunan mahasiswa dalam pelaksanaan kegiatan pembelajaran praktikum pada mata kuliah Keterampilan Dalam Keperawatan. Adapun bahasan dalam modul ini adalah keterampilan-keterampilan dasar yang dibutuhkan oleh seorang perawat dalam praktik asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pencegahan dan pengendalian infeksi, pemberian obat, dan perawatan luka sederhana.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan modul ini,. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa dan sebagai wujud upaya dalam mengembangkan sistem pembelajaran pendidikan tinggi keperawatan. Kami sangat mengharapkan kritik, masukan dan saran yang membangun guna perbaikan buku ini.

Yogyakarta, Januari 2026

TIM Penulis

DAFTAR ISI

Modul I Praktikum Pengkajian Keperawatan 1
Praktikum 1 Pengukuran Tanda-Tanda Vital 2
Praktikum 2 Pemeriksaan Fisik Mata, Telinga, Kepala dan Leher 14
Praktikum 3 Pemeriksaan Fisik Thorax dan Paru 30
Praktikum 4 Pemeriksaan Fisik Abdomen dan Genitalia 42

Modul 2 Praktikum Pemeriksaan Penunjang 56
Praktikum 1 Pengambilan Sampel Darah 57
Praktikum 2 Pengambilan Sampel Sputum, Urin dan Feses 64

Modul 3 Praktikum Pemberian Obat 72
Praktikum 1 Pemberian Obat Parenteral 73
Praktikum 2 Pemberian Obat Oral dan Topikal 84

Modul 4 Praktikum Perawatan Luka 97
Praktikum Perawatan Luka Sederhana 98

Modul 5 Praktikum Pengendalian dan Pencegahan Infeksi 105
Praktikum 1 Cuci Tangan 109
Praktikum 2 Pemakaian APD 122
Lampiran daftar kelompok

VISI & MISI PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

A. VISI PROGRAM STUDI

Menjadi program studi yang unggul dalam bidang pelayanan kesehatan primer dan berwawasan global dengan semangat kejuangan Jenderal Achmad Yani

B. MISI PROGRAM STUDI

1. Menyelenggarakan Tridharma Perguruan Tinggi yang terintegrasi dan berkesinambungan di bidang keperawatan yang unggul dalam pelayanan kesehatan primer, memiliki wawasan global, serta semangat Kejuangan Jenderal Achmad Yani.
2. Melakukan kerja sama yang berkelanjutan dengan stakeholder dan mitra untuk mewujudkan daya saing global.
3. Menyelenggarakan dan mengembangkan manajemen yang baik *(Good University Governance)*

TATA TERTIB PEMBIMBING PRAKTIKUM SELAMA PEMBELAJARAN PRAKTIKUM

SEBELUM PRAKTIKUM

1. Pembimbing praktikum mengggunakan ruang laboratorium sesuai jadwal yang telah ditentukan dan memulai 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.

PETUNJUK PRAKTIKUM

Praktikum dilakukan di laboratorium keperawatan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Praktikum luring dilaksanakan pada minggu ke I
2. Mahasiswa peserta praktikum luring telah memenuhi kriteria sesuai arahan dari Ketua program studi dengan mengikuti protokol kesehatan yaitu penggunaan masker.
3. Alokasi waktu praktik selama 170 menit yang dibagi menjadi beberapa sesi, sebagai berikut:
   a. Sebelum praktik: sebelum jadwal praktik berlangsung, mahasiswa wajib melihat dan mencermati video praktikum yang telah disematkan di buku panduan praktikum dan mengerjakan pretes dari dosen pengampu masing-masing.
   b. Saat praktik:
      1) Sesi I: mahasiswa melakukan praktik di laboratorium sesuai jadwal yang diberikan dengan mengikuti protocol kesehatan dan dosen menjelaskan materi dan praktikum secara singkat selama 40 menit.
      2) Sesi II: setiap mahasiswa melakukan demonstrasi di dampingi oleh dosen pengampu praktikum.
4. Hasil pretes dan demonstrasi mahasiswa akan dijadikan sebagai nilai praktikum mahasiswa
5. Mahasiswa dinyatakan tidak mengulang praktikum jika nilai ≥ 68

Link Youtube video praktikum yang dapat digunakan:

1. Pemeriksaan tanda-tanda vital : https://www.youtube.com/watch?v=c8mVloBKP8I
2. Pemeriksaan kepala dan leher : https://www.youtube.com/watch?v=DwBwhBEGcn0&t=797s
3. Pemeriksaan Dada: https://www.youtube.com/watch?v=wSNzKx3MGxY
4. Pemeriksaan Abdomen: https://www.youtube.com/watch?v=eVxebg0xfJs
5. Hand hygiene dan Penggunaan APD
   a. Hand hygiene: https://www.youtube.com/watch?v=hmvQOygxloU
   b. Memasang dan melepas APD: https://www.youtube.com/watch?v=jm7MoI8QAXY
6. Pengambilan specimen :
   a. Pengambilan sampel feses :
      1) https://youtu.be/X4hViYyg2oo
      2) https://youtu.be/nXWL3BKctuY
   b. Pengambilan sampel sputum https://youtu.be/5qeiPZsw1bA
   c. Pengambilan sampel urin
      1) https://youtu.be/a1K_KiAGv4Y
      2) Pengambilan sampel darah : https://www.youtube.com/watch?v=5_IiTP48MOs
7. Pemberian obat: https://www.youtube.com/watch?v=VafpFgqAB0U
   a. Injeksi IM dan IV : https://www.youtube.com/watch?v=u2Zz3GT39ds
   b. Pemberian obat oral, sublingual dan bucal: https://www.youtube.com/watch?v=zHk2mVYwpG0
8. Perawatan luka: https://www.youtube.com/watch?v=e0LecJqzAzE

MODUL 1
PRAKTIKUM PENGKAJIAN KEPERAWATAN

PENDAHULUAN

Pengkajian keperawatan merupakan proses awal dalam asuhan keperawatan guna mendapatkan data sebagai dasar dalam menentukan masalah keperawatan pada seorang klien. Untuk itu, ketrampilan-ketrampilan dalam pengkajian keperawatan sangat diperlukan oleh perawat untuk menunjang proses pengkajian sehingga data yang diperoleh tepat dan akurat.

Modul 1 ini berisi pelajaran dan pengetahuan tentang ketrampilan-ketrampilan dasar yang dibutuhkan oleh mahasiswa dalam mengkaji status kesehatan klien sebagai tahap awal dalam asuhan keperawatan klien. Setelah mempelajari modul 1 mahasiswa diharapkan mampu:

1) Mendemonstrasikan ketrampilan pengukuran tanda-tanda vital meliputi pengukuran suhu badan, tekanan darah, nadi dan pernafasan.
2) Mendemonstrasikan pemeriksaan fisik dasar keperawatan meliputi: pemeriksaan fisik kepala dan leher, dada dan paru-paru, abdomen dan genitalia,

Setiap prosedur pengkajian keperawatan dalam modul 1 ini dilengkapi dengan checklist prosedur yang berguna untuk menuntun mahasiswa melakukan prosedur pengkajian secara sistematis. Agar dapat memahami modul 1 ini dengan mudah, kegiatan dalam proses pengkajian keperawatan dalam modul ini dibagi menjadi dalam 4 kegiatan praktikum dan 1 materi sebagai dasar dalam pemeriksaan fisik. Enam kegiatan praktikum dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) Kegiatan Praktikum 1
   Mempelajari tentang pengukuran tanda-tanda vital yang meliputi pengertian, tujuan, alat dan bahan serta langkah-langkah prosedur
2) Kegiatan Praktikum 2
   Mempelajari tentang prosedur pemeriksaan fisik kepala dan leher yang meliputi pengertian, tujuan, peralatan yang dibutuhkan dan langkah-langkah prosedur
3) Kegiatan Praktikum 3
   Mempelajari tentang prosedur pemeriksaan fisik dada dan paru yang meliputi pengertian, tujuan, peralatan yang dibutuhkan dan langkah-langkah prosedur
4) Kegiatan Praktikum 4
   Mempelajari tentang prosedur pemeriksaan fisik abdomen dan genitalia yang meliputi pengertian, tujuan, peralatan yang dibutuhkan dan langkah-langkah prosedur

Modul ini juga dilengkapi dengan tes berupa pertanyaan-pertanyaan dalam bentuk *multiple choice* yang dapat digunakan untuk menilai tingkat kesiapan dan atau pemahaman mahasiswa dalam pembelajaran praktikum.

PRAKTIKUM 1
PENGUKURAN TANDA – TANDA VITAL

PENGERTIAN

Tanda vital merupakan cara yang cepat dan efisien untuk memantau kondisi klien atau mengidentifikasi masalah dan mengevaluasi respon klien terhadap intervensi. Teknik dasar inspeksi, palpasi, auskultasi digunakan untuk menentukan tanda vital. Pengukuran yang paling sering dilakukan oleh praktisi kesehatan adalah pengukuran suhu, nadi, tekanan darah, frekuensi pernafasan dan saturasi oksigen. Sebagai indikator dari status kesehatan, ukuran-ukuran ini menandakan keefektifan sirkulasi, respirasi, fungsi neural dan endokrin tubuh. Karena sangat penting, sehingga disebut dengan tanda vital. Tanda vital seseorang meliputi suhu (*temperatur*), nadi (*pulse*), pernafasan (*respiration*), tekanan darah (*blood pressure*), nyeri (pain).

TUJUAN

- Menilai kefektifan fungsi sirkulasi, sistem pernafasan, persyarafan dan endokrin dalam tubuh.
- Memonitor kondisi pasien atau mengiedntifikasi masalah dan evaluasi respon pasien terhadap intervensi yang diberikan.

ALAT DAN BAHAN

- Termometer
- Arloji atau stop watch
- Stetoskop
- Spigmometer
- Buku catatan
- Pena
- Sarung tangan

LANGKAH KERJA:

Pedoman untuk mengukur tanda-tanda vital:

1. Perawat yang merawat klien bertanggung jawab terhadap pengkajian tanda vital. Perawat harus mendapatkan tanda vital, mengintepretasikan, dan membuat keputusan intervensi.
2. Peralatan yang digunakan harus berfungsi dan sesuai berdasarkan kondisi dan karakteristik klien..
3. Perawat harus mengetahui batas nilai normal tanda vital.
4. Perawat mengetahui riwayat medis klien, terapi dan obat yang diberikan.
5. Perawat mengontrol atau meminimalkan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi tanda vital.
6. Perawat menggunakan pendekatan yang teratur dan sistematik ketika mengukur tanda vital, di mana cara pendekatan pada klien dapat mengubah tanda vital.
7. Perawat berkolaborasi dengan dokter untuk menentukan frekuensi pengkajian tanda vital, berdasarkan kondisi klien.
8. Perawat mengembangkan rencana penyuluhan untuk mengintruksikan klien atau pemberi perawatan mengkaji tanda vital
9. Perawat menganalisis hasil dari pengukuran tanda vital.
10. Perawat memeriksa dan mengkomunikasikan perubahan yang signifikan pada perubahan tanda vital

Pengukuran tanda-tanda vital sebaiknya dilakukan pada saat:

1. Ketika klien masuk ke fasilitas perawatan kesehatan
2. Di rumah sakit atau fasilitas perawatan pada jadwal rutin sesuai program dokter atau standar praktik institusi
3. Sebelum dan sesudah prosedur bedah
4. Sebelum dan sesudah prosedur diagnostic invasif

5. Sebelum dan sesudah pemberian medikasi yang mempengaruhi kardiovaskuler, pernafasan dan kontrol suhu
6. Ketika kondisi fisik umum klien berubah (kehilangan kesadaran, peningkatan intensitas nyeri)
7. Sebelum dan sesudah intervensi keperawatan yang mempengaruhi tanda vital (ambulasi klien tirah baring, latihan rentang gerak)
8. Ketika klien melaporkan gejala non spesifik distress fisik (perasaan “aneh” atau “beda”)

A. PENGUKURAN SUHU TUBUH

Suhu tubuh manusia diatur dengan mekanisme umpan balik *(feed back)* yang diperankan oleh pusat pengaturan suhu di hipotalamus. Apabila pusat temperatur hipotalamus mendeteksi suhu tubuh yang terlalu panas, tubuh akan melakukan mekanisme umpan balik. Mekanisme umpan balik ini terjadi bila suhu inti tubuh telah melewati batas toleransi tubuh untuk mempertahankan suhu, yang disebut titik tetap *(set point)*.

Panas secara normal diproduksi tubuh dalam empat cara:

a. Produksi panas adalah suatu proses konstans dengan metabolism basal menggunaakan 55% sampai 60% dari total mekanisme seorang, atau jumlah energy yang digunakan atau dihabiskan kapan saja.
b. Latihan meningkatkan kerja otot sehingga meningkatkan kecepatan metabolism melalui produksi suhu tubuh. Gemetar adalah suatu bentuk kerja otot.
c. Sekresi hormone tiroid meningkatkan metabolism melalui pemecahan glukosa dan lemak.
d. Saat gula darah turun, rangsangan pada sistem saraf simpatik dimana epineprin dan norepineprin meningkatkan produksi suhu dalam tubuh.

Suhu hilang dari tubuh melalui empat cara:

a. Melalui radiasi: perpindahan panas dari permukaan suatu obyek ke obyek lainnya tanpa kontak actual antara keduanya.
b. Melalui konduksi: perpindahan panas suatu obyek atau permukaan apa saja melalui kontak langsung dengan tubuh. Air mengkonduksi panas lebih baik daripada udara.
c. Melalui konveksi: udara panas sekitar kulit tubuh mengalir ke udara yang lebih dingin melalui arus konveksi.
d. Melalui evaporasi: efek evaporasi dari kehilangan panas tak terlihat (IWL) sebagai energy yang diperlukan untuk merubah air dari bentuk cair menjadi gas. Diaphoresis (berkeringat) mengatur suhu tubuh melalui evaporasi.

Pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan melalui 5 cara, yaitu:

a) Pemeriksaan suhu oral

   Jika klien baru saja mengkonsumsi makanan/ minuman dingin atau panas ataupun merokok, maka perawat sebaiknya menunggu 30 menit sebelum melakukan pengukuran suhu oral untuk memastikan jika suhu dalam mulut tidak dipengaruhi oleh makanan, minuman ataupun asap rokok. Pemeriksaan suhu melalui oral lebih nyaman bagi klien dan mudah bagi perawat dibandingkan dengan cara lain.

b) Pemeriksaan suhu rektal

   Suhu rectal diyakini merefleksikan suhu tubuh paling akurat dibandingkan dengan metode lain. Pengukuran suhu rectal tidak diperuntukkan bagi pasien dengan kondisi diare, gangguan rectal, dan post operasi rectal. Pengukuran ini membutuhkan posisi yang kadang membuat klien merasa malu dan tidak nyaman.

c) Pemeriksaan suhu aksila

Pemeriksaan suhu aksila membutuhkan waktu yang cukup lama untuk mendapatkan data yang cukup akurat. Suhu aksila lebih rendah dibandingkan dengan suhu rectal. Pemeriksaan ini sering digunakan oleh perawat karena relative lebih aman dan dapat digunakan untuk pasien yang tidak sadar.

d) Pemeriksaan suhu membrane timpani

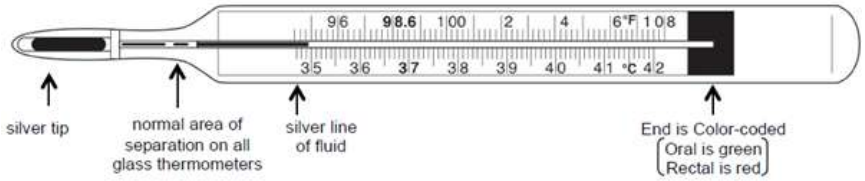
Pemeriksaan ini sering digunakan untuk bayi dan anak. cukup mudah dilakukan karena telinga merupakan bagian tubuh yang mudah dijangkau oleh pemeriksa. Suhu membrane timpani dan jaringan sekitarnya merepresentasikan suhu inti tubuh cukup akurat karena letak gendang telinga yang dekat dengan hipotalamus. Pemeriksaan ini hanya membutuhkan 2-5 detik untuk mendapatkan hasil suhu membrane timpani.

e) Pemeriksaan suhu arteri temporal

Sangat mudah dilakukan karena tidak perlu merubah posisi pasien. Waktu pemeriksaan sangat cepat dan tanpa resiko injuri kepada pasien, dan sangat nyaman untuk pasien. Sering digunakan untuk bayi baru lahir dan anak-anak dan merefleksikan suhu inti tubuh. Akan tetapi perawat perlu memperhatikan adanya rambut yang menutupi dahi karena hal tersebut dapat memengaruhi hasil pengukuran.

Macam-macam termometer

a) Termometer air raksa





Merupakan jenis thermometer air raksa yang digunakan untuk pengukuran oral



Merupakan jenis thermometer air raksa yang digunakan untuk pengukuran anal

b) Termometer digital/ elektronik



Merupakan jenis thermometer digital yang digunakan untuk pengukuran oral



Merupakan jenis thermometer digital yang digunakan untuk pengukuran oral (biru) dan anal (merah)



Merupakan jenis thermometer digital yang digunakan untuk pengukuran suhu di membrane timpani



Merupakan jenis thermometer digital yang digunakan untuk pengukuran suhu pada arteri temporal

c) Chemical Dot Thermometer

Nilai rentang normal suhu pada individu sehat dari berbagai tempat:

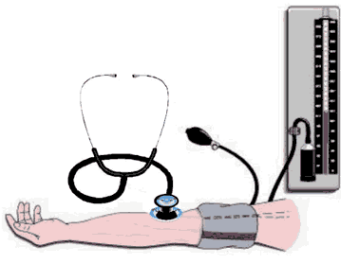
Usia	Oral	Rectal	Axillary	Tympanic	Forehead
Dewasa	37°C	37,5°C	36,5°C	37,5°C	34,4°C
	98,6°F	99,5°F	97,7°F	99,5°F	94,0°F

Interpretasi suhu tubuh:

a. Hipotermi, bila suhu tubuh kurang dari 36°C
b. Normal, bila suhu tubuh berkisar antara 36 - 37,5°C
c. Febris / pireksia, bila suhu tubuh antara 37,5 - 40°C
d. Hipertermi, bila suhu tubuh lebih dari 40°C

PENGUKURAN TEKANAN DARAH

Auskultasi



1. Manset dibalutkan dengan kencang dan lembut pada lengan atas dan dikembangkan dengan pompa.
2. Tekanan dalam manset dinaikkan sampai denyut radial atau brakhial menghilang. Hilangnya denyutan menunjukkan tekanan sistolik darah telah dilampaui dan arteri brakhialis telah tertutup.
3. Manset dikembangkan lagi sebesar 20-30 mmHg di atas titik hilangnya denyutan radial.
4. Manset dikempiskan perlahan, dan dilakukan pembacaan secara auskultasi maupun palpasi.
5. Untuk mengauskultasi tekanan darah, ujung stetoskop yang berbentuk corong atau diafragma diletakkan pada arteri brakhialis.
6. Manset dikempiskan 2-3 mmHg per detik, sementara kita menungggu awitan bunyi berdetak yang menunjukkan tekanan sistolik (bunyi Korotkoff) yang bersamaan dengan detak jantung, dan akan terus terdengar sampai tekanan dalam manset turun di bawah tekanan diastolik. Pada titik tersebut bunyi akan menghilang.
7. Gap auskulatori adalah penghilangan suara sementara saat auskultasi. Misalnya: bunyi korotkoff terdengar pada 170 mmHg, menghilang pada 150 mmHg dan kembali pada 130 mmHg, dan menghilang lagi pada 90 mmHg. Maka pasien menderita gap auskulatori sebanyak 20 point. Hal ini biasa diderita pasien dengan darah tinggi atau stenosis aorta.

Palpasi

1. Prosedur palpasi sama dengan prosedur auskultasi. Ketika manset dikempiskan, arteri brakhialis dan arteri radialis diraba, pembacaan di mana teraba lagi denyutan adalah tekanan darah sistolik.
2. Palpasi dilakukan jika tekanan darah sulit didengarkan.
3. Tekanan diastolik tidak dapat ditentukan dg akurat.

Yang diperhatikan supaya pemeriksaan tekanan darah akurat:
1. Ukuran manset sesuai dengan ukuran pasien
2. Manset dipasang dengan benar pada lengan, dan balon manset harus berada ditengah diatas arteri brakhialis
3. Lengan pasien setinggi jantung
4. Pencatatan awal dilakukan pada kedua lengan, pengukuran selanjutnya dilakukan pada lengan yang tekanannya lebih tinggi, normalnya perbedaan tidak lebih dari 15 mmHg.
5. Posisi pasien dan letak pengukuran tekanan darah dicatat.
6. Palpasi tekanan darah sistolik sebelum auskultasi dapat membantu mengetahui gap auskulatorik segera.
7. Pasien tidak diminta untuk berbicara selama pengukuran TD.

Nilai rentang normal tekanan darah orang dewasa yang sehat usia 18 tahun

***Blood pressure level* (mmHg)**			
Kategori	**Sistolik**		**Diastolik**
Normal	<120	and	<80
Prehypertension	120-139	or	80-89
High blood pressure Stage 1 Stage 2	 140-159 ≥ 160	 or or	 90-99 ≥ 100

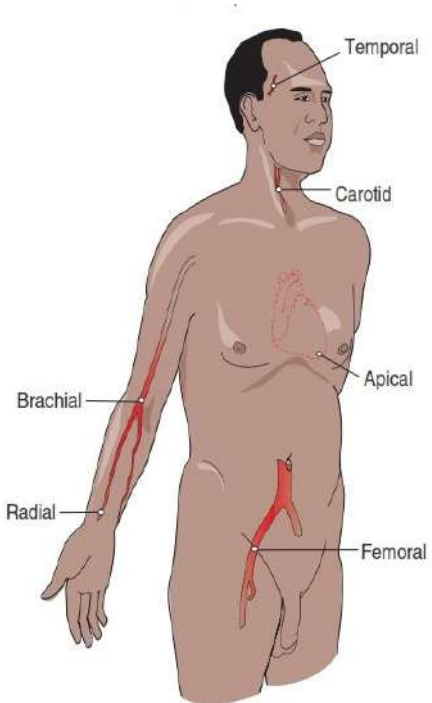
B. PENGUKURAN NADI

Denyut nadi (*pulse*) adalah getaran/denyut darah di dalam pembuluh darah arteri akibat kontraksi ventrikel kiri jantung. Dimana tiap kontraksi ventrikel kira-kira 60-70 ml darah memasuki aorta, menekan dinding aorta dan menimbulkan gelombang denyutan. Curah jantung adalah volume darah yang dipompa oleh jantung dalam 1 menit. Denyut ini dapat dirasakan dengan palpasi yaitu dengan menggunakan ujung jari tangan disepanjang jalannya pembuluh darah arteri, terutama pada tempat- tempat tonjolan tulang dengan sedikit menekan diatas pembuluh darah arteri.

Tempat pemeriksaan *pulse* antara lain: Arteri temporalis, arteri karotid, arteri apikal, arteri brankialis, arteri femoralis, arteri radialis, arteri poplitea, arteri dorsalis, arteri pedis dan arteri tibialis posterior.

Tempat pengukuran nadi yang sering digunakan, yaitu:

1. Arteri radialis
   Atreti radialis terletak sepanjang tulang radialis, lebih mudah teraba diatas pergelangan tangan pada sisi ibu jari. Relatif mudah dan sering dipakai secara rutin. Kekurangan kurang akurat pada bayi dan anak kecil.
2. Arteri Brankialis
   Arteri brankialis terletak di dalam otot biceps dari lengan atau medial di lipatan siku (fossa antekubital), digunakan untuk mengukur tekanan



darah dan kasus cardiac arrest pada infant

3. Arteri Karotid
   Terletak di leher di bawah lobus telinga, di mana terdapat arteri karotid berjalan diantara trakea dan otot sternokleidomastoideus. Sering digunakan untuk bayi, kasus cardiac arrest dan untuk memantau sirkulasi darah ke otak

Karakter Nadi

1. Frekuensi : a. takikardia: lebih dari 100 kali/menit
   b. bradikardia: kurang dari 60 kali/menit
2. Irama : a. reguler
   b. Irreguler/diritmia
3. Kekuatan: menggambarkan volume darah yang diejeksikan ke dinding arteri pada setiap kontraksi jantung. Kekuatan di kelompokkan lemah, kuat, berurutan, bersamaan.
4. Kesamaan: nadi di kedua tempat dari sistem sirkulasi secara normal. Formasi trombus, sindrom iga servikal atau diseksi aortik di kedua nadi bisa berbeda.

C. PENGUKURAN PERNAFASAN

Pengkajian pernafasan adalah pengukuran pola nafas. Normal pernafasan adalah dapat sedikit diamati, tidak memerlukan usaha lebih, tenang, spontan dan teratur. Pernafasan dapat dikaji melalui pengamatan ekspansi dinding dada dan pergerakan bilateral simetris dada. Cara lain yang dapat digunakan perawat untuk mengkaji pernafasan adalah dengan menempatkan telapak tangan didepan hidung dan mulit klien untuk merasakan udara yang dihirup.

Saat melakukan pemeriksaan pernafasan pada klien, ada beberapa hal yang perlu dicermati oleh pemeriksa, meliputi: frekuensi, ritme/ irama dan kualitas pernafasan. Perawat harus mengkaji frekuensi dengan menghitung jumlah pernafasan selama 1 menit. Satu ekspirasi dan inspirasi dihitung sebagai 1 kali nafas. Observasi naik dan turunnya dinding dada dengan meletakkan tangan diatas dada untuk merasaka pergerakan dinding dada.

Adapun nilai rentang normal frekuensi pernafasan berdasarkan usia dapat dilihat dalam tabel berikut:

Usia	Frekuensi nafas(kali/menit)
Bayi baru lahir	35 – 40
Infant (6 bulan)	30 - 50
Toddler	25 - 32
Anak-anak	20 - 30
Remaja	16 – 20
Dewasa	12 - 20

CHECKLIST KETERAMPILAN SUHU TUBUH

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			C	D	Act	Max
		0	1	2				
A.	**Tahap Preinteraksi**							
1.	Cek rekam medis klien				2	1		4
2.	Persiapan alat: ▪ Arloji atau stop watch ▪ Buku catatan ▪ Pena				2	1		4
3.	Cuci tangan dan pakai sarung tangan jika diperlukan				2	1		4
B.	**Tahap Orientasi**							
4.	Berikan salam, identifikasi pasien dan panggil pasien sesuai nama panggilannya				2	1		4
5.	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien atau keluarganya				2	1		4
6.	Berikan kesempatan pasien untuk bertanya				1	1		2
7.	Tanyakan keluhan pasien				2	1		4
8.	Menjaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
9	Mengatur posisi klien yang nyaman				1	1		2
10	Turunkan suhu termometer di bawah 35 C				2	1		4
11	Untuk pengukuran suhu oral ▪ Tentukan letak bawah lidah ▪ Letakkan termometer dibawah lidah sejajar gusi ▪ Katupkan mulut				2	1		4
12	Untuk pengukuran suhu rektal ▪ Turunkan pakaian sampai di bawah glutea ▪ Oleskan vaseline pada termometer ▪ Letakkan telapak tangan pada sisi glutea pasien ▪ Masukkan termometer ke dalam rektal jangan sampai berubah tempatnya				2	1		4
13	Untuk pengukuran aksila: Letakkan termometer pada aksila dan lengan klien fleksi di atas dada				2	1		4
14	Setelah 3-5 menit angkat termometer				2	1		4
15	Baca dan catat hasilnya				1	1		2
C.	**Fase Terminasi**							
16	Evaluasi hasil kegiatan (subyektif dan obyektif)				1	1		2
17	Berikan reinforcement				1	1		2

18	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya				1	1		2
19	Akhiri kegiatan				1	1		2
20	Cuci tangan				2	1		4
D	**TAHAP DOKUMENTASI**							
21	Hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan				2	1		4

CHECKLIST KETERAMPILAN PENGUKURAN NADI

No	Aspek yang dinilai	Nilai			C	D	Act	Max
		0	1	2				
A.	**Tahap Preinteraksi**							
1.	Cek rekam medis klien				2	1		4
2.	Persiapan alat: ▪ Arloji atau stop watch ▪ Buku catatan ▪ Pena				2	1		4
3.	Cuci tangan dan pakai sarung tangan jika diperlukan				2	1		4
B.	**Tahap Orientasi**							
4.	Berikan salam, identifikasi pasien dan panggil pasien sesuai nama panggilannya				2	1		4
5.	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien atau keluarganya				2	1		4
6.	Berikan kesempatan pasien untuk bertanya				1	1		2
7.	Tanyakan keluhan pasien				2	1		4
8.	Menjaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
9	Mengatur posisi klien yang nyaman				1	1		2
10	Tentukan area yang akan digunakan				2	1		4
11	Letakkan jari telunjuk, jari tengah dan jari manis pada area pulsasi yang akan diukur (lengan atau kaki)				1	1		4
12	Hitung frekuensi nadinya, irama, kekuatan dan kesamaan				2	1		4
13	Hitung jumlah dari dalam 1 menit				2	1		4
14	Baca dan catat hasilnya				1	1		2
C.	**Fase Terminasi**							
15	Evaluasi hasil kegiatan (subyektif dan obyektif)				1	1		2
16	Berikan reinforcement				1	1		2
17	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya				1	1		2
18	Akhiri kegiatan				1	1		2
19	Cuci tangan				2	1		4
D	**TAHAP DOKUMENTASI**							
20	Hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan				2	1		4

CHECKLIST KETERAMPILAN PENGUKURAN PERNAPASAN

No	Aspek yang dinilai	Nilai			C	D	Act	Max
		0	1	2				
A.	**Tahap Preinteraksi**							
1.	Cek rekam medis klien				2	1		4
2.	Persiapan alat: ▪ Arloji atau stop watch ▪ Buku catatan ▪ Pena				2	1		4
3.	Cuci tangan dan pakai sarung tangan jika diperlukan				2	1		4
B.	**Tahap Orientasi**							
4.	Berikan salam, identifikasi pasien dan panggil pasien sesuai nama panggilannya				2	1		4
5.	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien atau keluarganya				2	1		4
6.	Berikan kesempatan pasien untuk bertanya				1	1		2
7.	Tanyakan keluhan pasien				2	1		4
8.	Menjaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
9	Mengatur posisi klien yang nyaman				1	1		2
10	Hitung frekuensi dan irama pernafasan				2	1		4
11	Baca dan catat hasilnya				1	1		4
C.	**Fase Terminasi**							
12	Evaluasi hasil kegiatan (subyektif dan obyektif)				1	1		2
13	Berikan reinforcement				1	1		2
14	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya				1	1		2
15	Akhiri kegiatan				1	1		2
16	Cuci tangan				2	1		4
D	**TAHAP DOKUMENTASI**							
17	Hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan				2	1		4

CHECKLIST KETERAMPILAN PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH

No	Aspek yang dinilai	Nilai			C	D	Act	Max
		0	1	2				
A.	**Tahap Preinteraksi**							
1.	Cek rekam medis klien				2	1		4
2.	Persiapan alat: ▪ Spigmomanometer ▪ Stetoskop ▪ Sarung tangan (jika perlu)				2	1		4
3.	Cuci tangan dan pakai sarung tangan jika diperlukan				2	1		4
B.	**Tahap Orientasi**				2	1		4
4.	Berikan salam, identifikasi pasien dan panggil pasien sesuai nama panggilannya				2	1		4
5.	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien atau keluarganya				2	1		4
6.	Berikan kesempatan pasien untuk bertanya				1	1		2
7.	Tanyakan keluhan pasien				2	1		4
8.	Menjaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
10.	Mengatur posisi klien yang nyaman				1	1		2
11.	**Auskultasi**							
11a.	Manset dibalutkan dengan kencang dan lembut pada lengan atas dan dikembangkan dengan pompa.				2	1		4
11b.	Tekanan dalam manset dinaikkan sampai denyut radial atau brachial menghilang. Hilangnya denyutan menunjukkan tekanan sistolik darah telah dilampaui dan arteri brakhialis telah tertutup.				2	1		4
11c.	Manset dikembangkan lagi sebesar 20-30 mmHg diatas titik hilangnya denyutan radial.				2	1		4
11d.	Manset dikempiskan perlahan, dan dilakukan pembacaan secara auskultasi maupun palpasi.				2	1		4
11e.	Untuk mengauskultasi tekanan darah, ujung stetoskop yang berbentuk corong atau diafragma diletakkan pada a. brakhialis.				2	1		4
11f.	Manset dikempiskan 2-3 mmHg per detik, sementara kita menungggu awitan bunyi berdetak yang menunjukkan tekanan sistolik (bunyi Korotkoff) yang bersamaan dg detak jantung, dan akan terus terdengar sampai tekanan dalam manset turun dibawah tekanan diastolik. Pada titik tersebut bunyi akan menghilang				2	2		8

12.	**Palpasi**							
	a. Sama dengan prosedur auskultasi. Ketika manset dikempiskan, a. brakhialis dan a. radialis diraba. Pembacaan dimana teraba lagi denyutan adalah tek.sistolik b. Tek. Diastolik tidak dapat ditentukan dg akurat.				2	2		8
13.	Baca dan catat hasilnya				2	1		4
C.	**Fase Terminasi**							
14.	Evaluasi hasil kegiatan (subyektif dan obyektif)				1	1		2
15.	Berikan reinforcement				1	1		2
16.	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya				1	1		2
17.	Akhiri kegiatan				1	1		2
18.	Cuci tangan				2	1		4
D	**TAHAP DOKUMENTASI**							
19.	Hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan				2	1		4

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100%
Jumlah maksimal score

Yogyakarta,_____,___
Penguji

Test 1

1. Seorang klien berusia 23 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan dyspnea sejak 1 hari yang lalu. Perawat bersiap melakukan pengkajian tanda vital untuk mengkaji status kesehatan klien. Data tanda vital apakah yang dapat mendukung kasus diatas?
   a. Frekuensi nadi
   b. Frekuensi nafas
   c. Suhu badan
   d. Tekanan darah
   e. Nadi apikal

2. Seorang klien perempuan berusia 20 tahun dirawat di rumah sakit sejak 2 hari yang lalu. Saat dilakukan pengukuran suhu tubuh didapatkan data Suhu 39℃. Kondisi tersebut dapat disebut sebagai?
   a. Hipertermi
   b. Hipotermi
   c. Febris
   d. Normal
   e. Heat stroke

3. Tempat pengukuran nadi yang paling sering digunakan perawat untuk mengkaji denyut nadi pada klien adalah?
   a. Arteri Femoralis
   b. Arteri Popliteal
   c. Arteri Radialis
   d. Arteri Brachialis
   e. Arteri Temporalis

4. Awitan bunyi berdetak yang terdengar saat melakukan pengukuran tekanan darah disebut?
   a. Sistolik
   b. Diastolik
   c. Arteri brachialis
   d. Tekanan darah
   e. Auskultasi

5. Seorang klien laki-laki berusia 19 tahun datang ke klinik karena merasa jantung berdetak cepat dan kencang. Saat dilakukan pengkajian, perawat menyimpulkan bahwa klien mengalami takikardi. Berapakah frekuensi nadi yang sesuai dengan kondisi klien?
   a. 100x/menit
   b. 55x/menit
   c. 60x/menit
   d. 110xmenit
   e. 85x/menit

PRAKTIKUM 2
PEMERIKSAAN FISIK KEPALA DAN LEHER

PENGERTIAN:

Pengkajian kepala dan leher meliputi pemeriksaan pada beberapa struktur dan sistem tubuh. Pengkajian struktur wajah meliputi pemeriksaan mata, hidung, mulut, telinga dan tenggorokan. Sedangkan pada struktur leher didalamnya termasuk trachea, kerongkongan, pembuluh darah arteri, kelenjar tiroid dan getah bening. Selama pengkajian, perawat memeriksa kepala dan leher dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

TUJUAN:

Mendapatkan data obyektif dari bentuk dan fungsi kepala dan leher

ALAT DAN BAHAN:

- Stetoskop
- Sarung tangan dan alat pelindung diri lain jika diperlukan
- Penlight
- Spatel lidah
- Otoskop
- Spekulum hidung
- Garputala
- Opthalmoskop
- Buku Ishihara
- Snellen chart

LANGKAH KERJA:

PEMERIKSAAN KEPALA

Tujuan pemeriksaan kepala adalah untuk mengetahui bentuk dan fungsi kepala. Pengkajian diawali dengan inspeksi kemudian palpasi.

Cara inspeksi dan palpasi kepala :

1. Kondisikan pasien.
   a. Atur pasien dalam posisi duduk atau berdiri (tergantung pada kondisi klien dan jenis pengkajian yang akan dilakukan)
   b. Jika klien memakai kacamata, anjurkan untuk melepasnya.
2. Lakukan inspeksi, meliputi :
   a. Wajah, mencakup kesimetrisan dan ekspresi
   b. Rambut, mencakup kuantitas, distribusi rambut dan tekstur
   c. Kulit kepala, meliputi benjolan,peradangan atau lesi
   d. Tengkorak, meliputi ukuran dan kontur
3. Lakukan palpasi, meliputi :
   a. Keadaan rambut
   b. Adanya massa atau pembengkakan
   c. Nyeri tekan
   d. Keadaan tengkorak dan kulit kepala

PEMERIKSAAN MATA

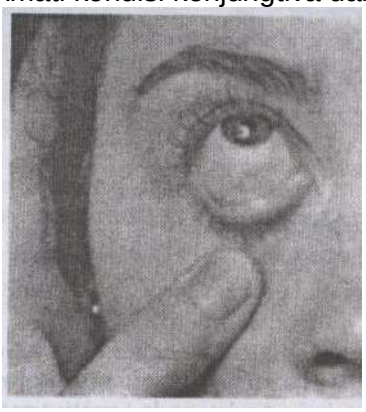
Tujuan pemeriksaan mata adalah untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata. Sebelum melakukan pengkajian maka perawat harus memastikan tersedianya cahaya lampu terang dan gelap untuk tujuan tertentu. Perawat dapat duduk atau berdiri dihadapan pasien. Pemeriksaannya meliputi :

1. Inspeksi dan palpasi bola mata

   b. Amati bola mata terhadap adanya protrusis dan gerakan mata
   c. Inspeksi kelopak mata, amati bentuk dan ada atau tidaknya kelainan dengan cara :
      1) Anjurkan klien melihat ke depan
      2) Bandingkan mata kanan dan kiri
      3) Anjurkan klien menutup kedua mata
      4) Amati bentuk dan keadaan kulit pada kelopak mata, serta pada bagian pinggir kelopak mata, catat adanya kelainan misalnya kemerah-merahan.
      5) Amati pertumbuhan bulu mata, keberadaannya dan posisinya

6) Perhatikan keluasan mata dapat membuka

d. Amati kondisi konjungtiva dan sklera



1) Anjurkan klien untuk melihat ke depan
2) Amati konjungtiva (ada atau tidaknya kemerahan, keadaan vaskularisasi dan lokasinya)
3) Tarik kelopak mata bawah kearah bawah dengan ibu jari, amati konjungtiva dan kantong konjungtiva bagian bawah, catat adanya infeksi atau pus, atau bila ada perubahan warna misalnya anemis.
4) Amati warna sklera, ikterik atau tidak.

e. Amati kondisi kornea, iris, pupil dan lensa
   1) Amati warna iris serta ukuran dan bentuk pupil
   2) Reaksi pupil terhadap cahaya

f. Inspeksi gerakan mata



Amati adanya juling dan gerakan mata yang tidak simetris.

g. Inspeksi bagian dalam mata dengan oftalmoskopi (untuk tingkat mahir)

h. Palpasi Bola Mata

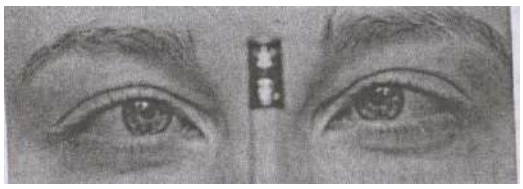
Palpasi mata bertujuan untuk mengetahui tekanan bola mata dan untuk mengetahui adanya nyeri tekan. Untuk mengetahui tekanan bola mata :

1) Beritahu klien untuk duduk
2) Anjurkan klien untuk memejamkan mata
3) Lakukan palpasi pada kedua mata. Bila tekanan bola mata meninggi, maka mata akan teraba keras

2. **Kaji lapang pandang penglihatan**, jika diperlukan.

Teknik pemeriksaan lapang pandang/medan penglihatan :

a. Berdirilah di depan pasien
b. Kaji kedua mata secara terpisah, yaitu dengan cara menutup mata yang tidak diperiksa
c. Beritahu pasien untuk melihat lurus ke depan dan memfokuskan pada satu titik pandang, misalnya hidung Anda.
d. Gerakkan jari Anda pada suatu garis vertikal/dari samping, dekatkan ke mata pasien secara perlahan-lahan.
e. Anjurkan pasien untuk memberi tahu sewaktu mulai melihat jari Anda
f. Kaji mata sebelahnya.



Pemeriksaan lapang pandang

3. Uji ketajaman penglihatan masing-masing mata

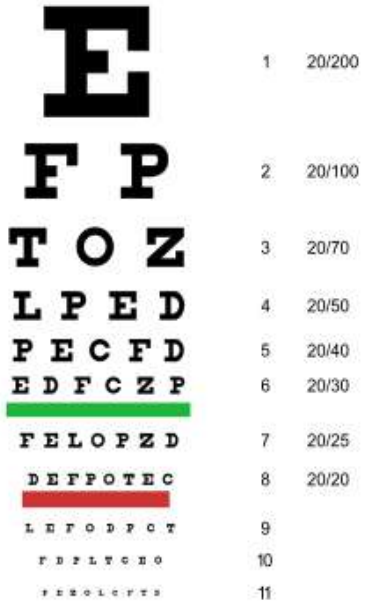
Snellen Eye Chart pertama kali didesain oleh seorang ahli mata asal Belanda, Herman Snellen pada tahun 1862 untuk menguji ketajaman mata seseorang. Simbol dalam tes ketajaman mata disebut sebagai “optotypes”. Pada Snellen Chart tradisional, optotypes adalah berupa huruf blok yang mempunyai bentuk sederhana dengan ketentuan-ketentuan tertentu. Huruf E pada baris pertama akan mempunyai tinggi 88,7

mm dan saat dilihat dari jarak 20 kaki (6 meter), ketajaman penglihatan kita adalah pada baris terkecil yang bisa terlihat.

Snellen Chart

Cara Menggunakan:

1) Snellen Eye Chart dibaca dalam jarak berdiri 20 kaki (6 meter) dari chart. Pastikan ruangan cukup mendapatkan sinar matahari, tapi tidak terlalu terang (silau)
2) Periksa satu mata pada satu waktu (tutup mata yang lain dengan tangan atau kertas, dsb).
3) Baca dengan keras huruf yang terlihat, dimulai dari baris paling atas.
4) Baris terendah yang bisa terbaca dengan benar adalah ketajaman penglihatan (visual acuity/VA).



Ketajaman Penglihatan (VA)

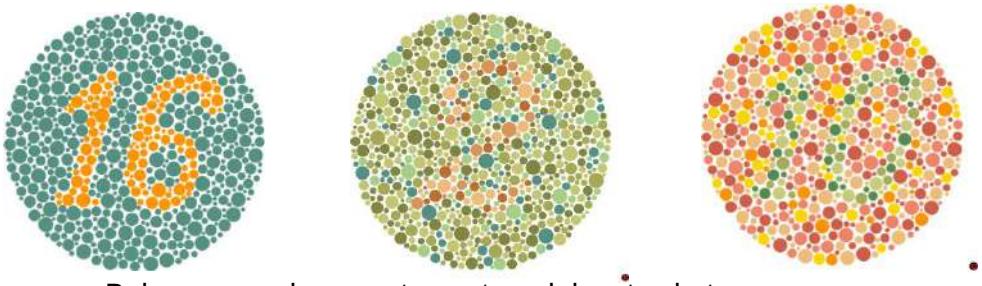
Ketajaman penglihatan 20/20 berarti bahwa seseorang mampu melihat dari jarak 20 kaki sama seperti orang normal mampu melihat pada jarak tersebut. Ketajaman penglihatan 6/6 berarti bahwa seseorang mampu melihat dari jarak 6 meter sama seperti orang normal mampu melihat pada jarak tersebut. Jika seseorang mempunyai ketajaman penglihatan 20/40, artinya dia mampu melihat dari jarak 20 kaki, sementara orang dengan mata normal mampu melihatnya dari jarak 40 kaki.

Banyak orang mempunyai ketajaman mata yang berbeda pada kedua matanya.Seseorang dikatakan buta jika ketajaman matanya adalah 20/200 (6/60) atau lebih, bahkan dengan penggunaan kaca mata. Seseorang dengan lapang pandang kurang dari 20^o juga bisa dikatakan buta.

4. Uji buta warna masing-masing mata (Ishihara's Tests for Colour-Blindness)

Rangkaian gambar dalam tes ini didesain untuk mengkaji secara cepat dan akurat kekurangan/ketidakmampuan kongenital dalam penglihatan warna. Kekurangan/ketidakmampuan kongenital ini merupakan gangguan penglihatan warna yang paling umum terjadi. Kebanyakan kasus dicirikan dengan kekurangan dalam penglihatan warna merah-hijau yang dibagi menjadi 2 tipe:

a. Tipe Protan, bisa total (protanopia) atau parsial (protanomalia)
b. Tipe Deutan, bisa total (deuteranopia) atau parsial (deuteranomalia)



Beberapa angka yang tercantum dalam tes buta warna

Cara melakukan tes buta warna:

1) Lakukan pemeriksaan di dalam ruangan dengan cahaya matahari yang cukup.
2) Pemeriksaan di bawah sinar matahari langsung atau dengan lampu listrik akan menimbulkan ketidaksesuaian hasil karena gangguan penampakan bayangan pada

warna. Jika terpaksa menggunakan lampu, maka posisikan lampu sejauh mungkin agar tidak mengganggu warna yang tampak.

3) Pegang gambar dengan jarak sejauh 75 cm dari subjek dan miringkan, sehingga permukaan kertas berada pada sudut yang tepat terhadap garis pengihatan.
4) Minta subjek menyebutkan angka yang terlihat pada gambar, dan setiap jawaban diberi waktu tidak lebih dari tiga detik.
5) Tidak semua rangkaian gambar harus digunakan. Gambar 12, 13 dan 14 boleh diabaikan jika tes didesain hanya untuk memisahkan subjek yang kekurangan dalam penglihatan warna dari subjek yang normal.

Jawaban Setiap Gambar

Nomor Gambar	Orang Normal	Orang dengan Defisiensi Warna Merah-hijau				Orang dengan Buta Warna Total
1	12	12				12
2	8	3				X
3	5	2				X
4	29	70				X
5	74	21				X
6	7	X				X
7	45	X				X
8	2	X				X
9	X	2				X
10	16	X				X
11	Bisa melalui	X				X
		Protan		Deutan		
		Strong	Mild	Strong	Mild	
12	35	5	(3) 5	3	3 (5)	
13	96	6	(9) 6	9	9 (6)	
14	Bisa melalui 2 garis	Ungu	Ungu (merah)	Merah	Merah (ungu)	x

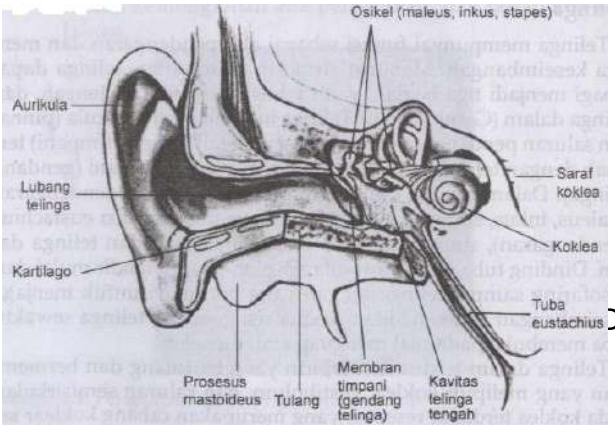
Tanda x menunjukkan bahwa gambar tidak bisa terbaca. Angka dan warna dalam tanda kurung menunjukkan bahwa gambar bisa terbaca atau garis bisa dilalui tapi tidak dengan jelas.

Analisis hasil

Jika 10 atau lebih gambar bisa dibaca dengan normal, penglihatan warna dianggap normal. Jika hanya 7 gambar atau kurang yang bisa terbaca, maka penglihatan warna dikatakan kurang. Akan tetapi jika jika gambar nomor 9 terbaca sebagai angka 2, dan lebih mudah dibaca daripada gambar nomor 8 maka hal ini adalah abnormal. Jarang ditemukan orang yang bisa membaca 8 atau 9 gambar, jika ada maka diperlukan pemeriksaan mata yang lain.

PEMERIKSAAN TELINGA

Pengkajian telinga secara umum untuk mengetahui kondisi telinga luar, saluran telinga, gendang telinga dan fungsi pendengaran.



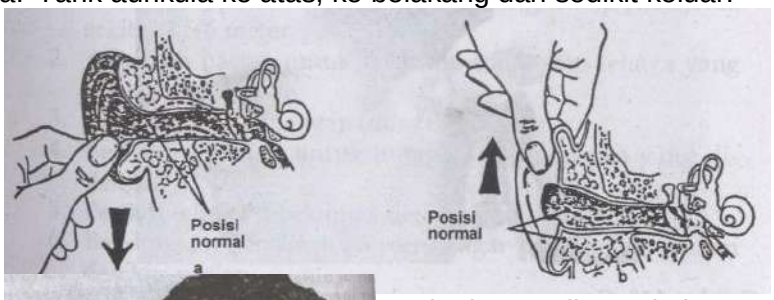
Anatomi Telinga

Teknik Pemeriksaan Telinga

1. **Kesimetrisan telinga kanan dan kiri**
2. **Aurikula/telinga luar**
   a. Inspeksi aurikula, meliputi keadaan pinna terhadap ukuran, bentuk, warna, lesi dan massa.
   b. Jika anda mencurigai adanya otitis :
      1) Gerakkan aurikula ke atas dan ke bawah dan tekan pada trangusnya
      2) Tekan dengan kuat bagian belakang telinga (nyeri atau tidak)
3. **Liang telinga dan gendang telinga**

   Pemeriksaan tingkat mahir dan harus

   a. Tarik aurikula ke atas, ke belakang dan sedikit keluar.



Gb a. Posisi membuka telinga pada anak, dan Gb. b Posisi membuka telinga pada orang dewasa



b. Inspeksi melalui spekulum otoskop :

1) Liang telinga (adanya serumen, bengkak, eritema dan benda asing)
2) Gendang telinga (penonjolan gendang telinga, transparasi, perforasi atau adanya darah/cairan)

4. **Tes fungsi pendengaran**

Kelainan telinga dapat menyebabkan gangguan pendengaran atau tuli. Penderita penurunan fungsi pendengaran bisa mengalami beberapa gejala, diantaranya kesulitan mendengarkan percakapan, terutama jika di sekelilingnya bising, terdengar gemuruh atau suara berdenging di telinga (tinnitus), dan tidak dapat mendengarkan suara televisi atau radio dengan volume yang normal, kelelahan dan iritasi karena penderita berusaha keras untuk bisa mendengar serta pusing atau gangguan keseimbangan.

Untuk memastikan diagnosis gangguan fungsi pendengaran perawat harus melakukan pemeriksaan. Pemeriksaan fungsi pendengaran dapat dilakukan secara kualitatif yaitu dengan menggunakan garpu tala dan secara kuantitatif dengan mempergunakan audiometer.

Tes Garpu Tala

Idealnya digunakan garpu tala 512, 1024, dan 2048 Hz. Bila tidak mungkin, cukup dipakai 512 Hz karena tidak terlalu dipengaruhi suara bising sekitar.

Ada 4 jenis garpu tala yang bisa kita lakukan, yaitu:

1) Tes batas atas dan batas bawah
2) Tes Rinne
3) Tes Weber
4) Tes Schwabach

Keterangan :

1) Tes batas atas dan batas bawah

Tujuan: untuk menentukan frekuensi garpu tala yang dapat didengar pasien dengan hantaran udara pada intensitas ambang normal

Cara Kerja:

a) Semua garpu tala kita bunyikan satu per satu, dimulai dari garpu tala berfrekuensi paling rendah sampai garpu tala berfrekuensi paling tinggi atau sebaliknya.
b) Cara kita membunyikan garpu tala yaitu memegang tngkai garpu tala lalu memetik secara lunak kedua kaki garpu tala dengan ujung jari atau kuku kita.
c) Bunyi garpu tala terlebih dahulu didengar oleh pemeriksa sampai bunyinya hampir hilang. Hal ini untuk mendapatkan bunyi berintensitas paling rendah bagi orang normal/nilai normal ambang.
d) Secepatnya garpu tala kita pindahkan ke depan meatus akustikus eksternus pasien pada jarak 1-2 cm secara tegak dan kedua kaki garpu tala berada pada garis hayal yang menghubungkan antara meatus akustikus eksternus kanan dan kiri.

Ada 3 interpretasi dari hasil tes batas atas dan batas bawah yang kita lakukan, yaitu:

a) Normal. Jika pasien dapat mendengar garpu tala pada semua frekuensi
b) Tuli konduktif. Batas bawah naik dimana pasien tidak dapat mendengar bunyi berfrekuensi rendah
c) Tuli sensorineural. Batas atas turun dimana pasien tidak dapat mendengar bunyi berfrekuensi tinggi

Kesalahan interpretasi dapat terjadi jika kita membunyikan garpu tala terlalu keras sehingga kita tidak dapat mendeteksi pada frekuensi berapa pasien tidak mampu lagi mendengar bunyi

2) Tes Rinne

Tujuan: membandingkan antara hantaran tulang dengan hantaran udara pada satu telinga pasien.



Pemeriksaan Rinne:
Garputala diletakkan pada mastoid kanan



Pemeriksaan Rinne:
Garputala diletakkan di dekat lubang telinga luar

Cara kerja:

a) Penguji meletakkan tangkai garpu tala yang sudah digetarkan pada planum mastoid pasien. Mula-mula pasien akan mendengar garpu tala itu makin lemah dan akhirnya tidak mendengar lagi.
b) Pada saat pasien tidak mendengar suara garputala, penguji dengan segera memindahkan garpu tala itu, ke dekat telinga yang diperiksa. Dengan pemindahan garpu tala itu, maka ada dua kemungkinan yang bisa diperoleh:
   i. Pasien akan mendengar garpu tala lagi, disebut tes Rinne positif
   ii. Pasien tidak mendengar suara garpu tala lagi, disebut Tes Rinne negatif

Interpretasi hasil:

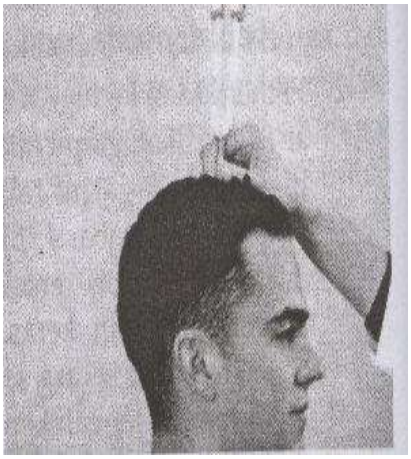
a) Normal. Jika tes Rinne positif
b) Tuli konduktif. Jika tes Rinne negatif
c) Tuli sensorineural. Jika tes Rinne positif.
d) Interpretasi tes Rinne bisa false Rinne baik pseudo positif dan pseudo negatif. Hal ini dapat terjadi ketika telinga pasien yang tidak kita tes menangkap bunyi

garpu tala karena telinga tersebut pendengarannya jauh lebih baik daripada telinga yang kita periksa.

Kesalahan pemeriksaan pada tes Rinne dapat terjadi. Kesalahan tersebut dapat berasal dari pemeriksa maupun pasien. Kesalahan dari pemeriksa misalnya meletakkan garpu tala tidak tegak lurus, tangkai garpu tala mengenai rambut pasien dan kaki garpu tala mengenai aurikulum pasien. Juga bisa karena jaringan lemak planum mastoid pasien tebal. Kesalahan dari pasien misalnya pasien lambat memberikan isyarat bahwa ia sudah tidak mendengar bunyi garpu tala saat kita menempatkan garpu tala di planum mastoid pasien. Akibatnya getaran kedua kaki garputala sudah berhenti saat kita memindahkan garputala ke depan meatus akustikus eksterna.

3) Tes Weber

Tujuan: membandingkan hantaran tulang antara kedua telinga pasien.



Cara kerja:

Bunyikan garpu tala 512 Hz lalu tangkainya kita letakkan tegak lurus pada garis median (dahi, verteks, dagu atau gigi insisivus) dengan kedua kakinya berada pada garis horisontal. Menurut pasien, telinga mana yang mendengar atau mendengar lebih keras. Jika telinga pasien mendengar atau mendengar lebih keras pada satu telinga, maka terjadi lateralisasi ke sisi telinga tersebut. Jika kedua telinga pasien sama-sama tidak mendengar atau sama-sama mendengar berarti tidak ada lateralisasi.

Ada 3 interpretasi dari hasil tes Weber, yaitu:

a) Normal. Jika tidak ada lateralisasi.
b) Tuli konduktif. Jika pasien mendengar lebih keras pada telinga yang sakit.
c) Tuli sensorineural. Jika pasien mendengar lebih keras pada telinga yang sehat.

Contoh:

Didapatkan hasil lateralisasi ke kanan, maka ada 5 kemungkinan yang bisa terjadi pada telinga pasien , yaitu:

a) Telinga kanan mengalami tuli konduktif sedangkan telinga kiri normal
b) Telinga kanan dan telinga kiri mengalami tuli konduktif, tetapi telinga kanan lebih parah.
c) Telinga kiri mengalami tuli sensorineural sedangkan telinga kanan normal
d) Telinga kanan dan telinga kiri mengalami tuli sensorineural, tetapi telinga kiri lebih parah.
e) Telinga kanan mengalami tuli konduktif sedangkan telinga kiri mengalami tuli sensorineural.

4) Tes Schwabach

Tujuan: membandingkan hantaran tulang antara pemeriksa dan pasien.

Cara kerja:

a) Bunyikan garpu tala 512 Hz lalu letakkan tegak lurus pada planum mastoid pemeriksa. Setelah bunyinya tidak terdengar oleh pemeriksa, segera garpu tala tersebut kita pindahkan dan letakkan tegak lurus pada planum mastoid pasien. Apabila pasien masih bisa mendengar bunyinya berarti Schwabach

memanjang. Sebaliknya jika pasien juga sudah tidak bisa mendengar bunyinya berarti Schwabach memendek atau normal.

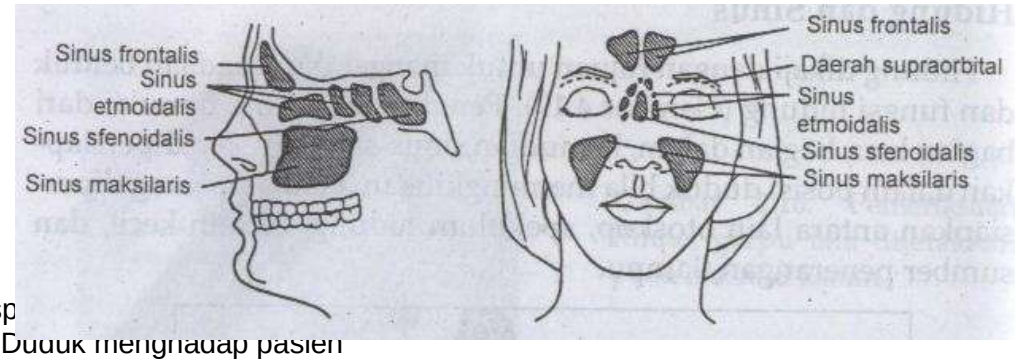
b) Ulangi tes Schwabach secara terbalik.
Pertama-tama kita membunyikan garpu tala 512 Hz lalu letakkan tegak lurus pada planum mastoid pasien. Setelah bunyinya tidak terdengar oleh pasien, segera garpu tala tersebut kita pindahkan dan letakkan tegak lurus pada planum mastoid pemeriksa. Apabila pemeriksasudah tidak bisa mendengar bunyinya berarti Schwabach normal. Sebaliknya jika pemeriksa masih bisa mendengar bunyinya berarti Schwabach memendek.

Interpretasi dari hasil tes Schwabach, yaitu:

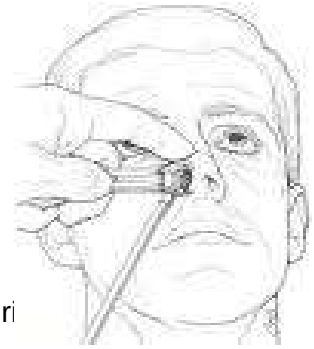
a) Normal: Schwabach normal.
b) Tuli konduktif: Schwabach memanjang
c) Tuli sensorineural: Schwabach memendek

Kesalahan pemeriksaan pada tes Schwabach dapat saja terjadi. Misalnya tangkai garpu tala tidak berdiri dengan baik, kaki garpu tala tersentuh, atau pasien lambat memberikan isyarat tentang hilangnya bunyi.

PEMERIKSAAN HIDUNG DAN SINUS



1. Insp
   a. Duduk menghadap pasien
   b. Atur penerangan dan amati hidung bagian luar dari sisi depan, samping, dan sisi atas. Perhatikan bentuk atau tulang hidung dari ketiga sisi tersebut.
   c. Amati warna dan pembengkakan pada kulit hidung
   d. Amati kesimetrisan lubang hidung
   e. Palpasi hidung luar dan catat bila ditemukan ketidaknormalan kulit atau tulang hidung.
   f. Kaji mobilitas septum nasi
   g. Palpasi sinus maksilaris, frontalis, dan ethmoidalis. Perhatikan adanya nyeri tekan.
2. Inspeksi hidung bagian dalam melalui speculum



Pemeri



Spekulum Hidun

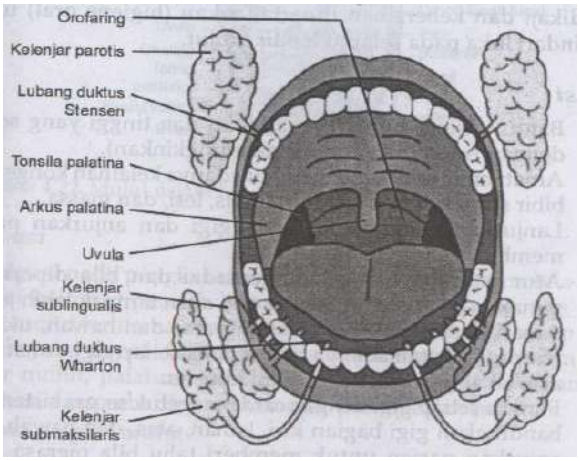
Cara kerja pemeriksaan :

a. Duduk menghadap pasien
b. Pasang lampu kepala
c. Atur lampu sehingga tepat menerangi lubang hidung.
d. Elevasikan ujung hidung pasien dengan cara menekan hidung dengan lembut dengan ibu jari anda, amati bagian anterior lubang hidung.

e. Amati posisi septum nasi.
f. Amati bagian konka nasalis inferior,
g. Pasang speculum, amati rongga hidung.
h. Posisi agak ditengadahkan, amati dasar hidung, kartilago dan dinding rongga hidung serta selaput lendir pada rongga hidung (warna, bengkak dan sekresi)
i. Jika sudah selesai lepas speculum perlahan dan hati-hati.

PEMERIKSAAN MULUT DAN FARING

Pengkajian mulut dan faring dilakukan dengan posisi pasien duduk. Pengkajian dimulai dari mengamati bibir, gusi, lidah, selaput lendir, pipi bagian dalam, lantai dasar mulut dan palatum/langit-langit dan kemudian faring.



Gambar Anatomi Mulut

Inspeksi :

NO	Pemeriksaan	Bagian yang diamati
1	Amati bibir dan langit mulut	Kelainan congenital, sumbing, lesi, ulkus, massa
2	Amati gigi dan gusi	Posisi, jarak, gigi rahang atas-bawah, ukuran, warna, lesi, tumor, nyeri ketuk gigi (caries,dll)
3	Amati kondisi mulut dan mukosa	Bau mulut, kebersihan mulut, lesi/sariawan, perdarahan pada selaput lendir, radang, tumor, sekresi, pembengkakan
4	Amati lidah	Kesimetrisan, kelurusan, warna, ulkus, kelainan, bentuk
5	Amati uvula dan faring	Warna atau adanya eksudat, adanya dan ukuran tonsil, kesimetrisan palatum durum ketika pasien mengatakan “ah

Palpasi :

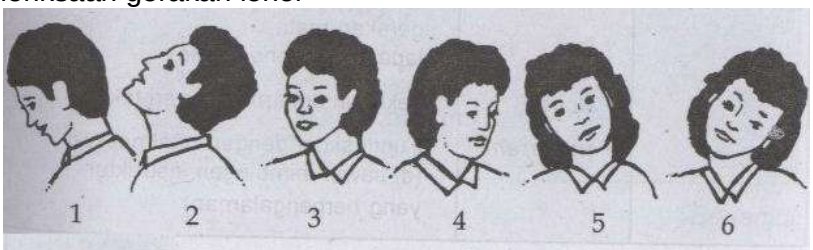
NO	Pemeriksaan	Bagian yang diamati
1	Palpasi pipi	Adanya pembengkakan, ukuran, konsistensi, nyeri
2	Palpasi palatum (dengan jari telunjuk)	Pembengkakan dan fisura
3	Palpasi dasar mulut (pasien katakan “el”)	Pembengkakan
4	Palpasi lidah	Bagian belakang dan batas lidah

PEMERIKSAAN LEHER

Anjurkan klien untuk melepas baju, posisi duduk dan atur pencahayaan yang baik. Lakukan inspeksi kemudian palpasi.

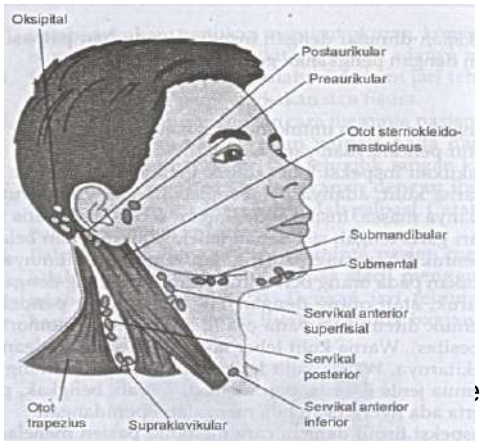
Inspeksi :

NO	Pemeriksaan	Bagian yang diamati
1	Amati leher	Bentuk leher, warna kulit, adanya pembengkakan, jaringan parut, adanya massa.
2	Amati kelenjar tiroid	Kelenjar tiroid normal (tidak ada pembengkakan) biasanya tidak dapat terlihat
3	Amati gerakan leher Pemeriksaan gerakan leher	



Pengkajian gerakan leher. 1. Antefleksi; 2. Dorsifleksi; 3. Rotasi ke kanan; 4. Rotasi ke kiri; 5. Lateral fleksi ke kanan; 6. Lateral fleksi ke kiri.

Palpasi :

NO	Pemeriksaan	Data Pemeriksaan
1.	Palpasi kelenjar tiroid 	Minta klien untuk minum atau menelan dan amati : adanya pembengkakan, konsistensi, nyeri telan, nyeri tekan
2.	Palpasi kelenjar limfe 	Adanya nyeri tekan pada setiap kelompok kelenjar limfe, pembengkakan atau perubahan konsistensi kulitdisekitar kelenjar limfe. Pembesaran kelenjar limfe dapat dijumpai pada penderita TBC, sariawan atau penyakit infeksi lainnya.
3.	Palpasi trachea	Letak trachea, pembengkakan, nyeri tekan

CHECKLIST PEMERIKSAAN KEPALA DAN LEHER

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	Max
		0	1	2				
A	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis dan atau catatan medis				**1**	**1**		**2**
2	Persiapan alat - Handscoon - Senter - Otoscope (pemeriksaan tingkat mahir) - Spekulum hidung (pemeriksaan tingkat mahir) - Snellen chart - Ishihara's test chart - Tongue spatel				**1**	**1**		**2**
3	Mencuci tangan bersih				**1**	**1**		**2**
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Mengucapkan salam				**1**	**1**		**2**
5.	Memperkenalkan diri				**1**	**1**		**2**
6.	Melakukan kontrak, tujuan kegiatan dan prosedur tindakan				**1**	**1**		**2**
7.	Menjaga privasi klien				**1**	**1**		**2**
C.	**Fase Kerja**							
Pemeriksaan Kepala								
8.	Atur klien dalam posisi duduk atau berdiri				**1**	**1**		**2**
9.	Lepaskan kacamata klien jika menggunakan kacamata				**1**	**1**		**2**
10.	Tanyakan riwayat penyakit sebelumya				**1**	**1**		**2**
11.	**Inspeksi** a. Wajah, mencakup kesimetrisan dan ekspresi b. Rambut, mencakup kuantitas, distribusi dan tekstur c. Kulit kepala, meliputi benjolan,peradangan atau lesi d. Tengkorak, meliputi ukuran dan kontur				**2**	**1**		**4**
12.	**Palpasi** a. Keadaan rambut b. Adanya massa atau pembengkakan c. Nyeri tekan d. Keadaan tengkorak dan kulit kepala				**2**	**1**		**4**
Pemeriksaan Mata								
13.	Inspeksi bola mata, amati bola mata terhadap adanya protrusis dan gerakan mata				**2**	**1**		**4**
14.	Inspeksi kelopak mata, amati bentuk dan ada atau tidaknya kelainan dengan cara 1. Anjurkan klien melihat ke depan 2. Bandingkan mata kanan dan kiri 3. Anjurkan klien menutup kedua mata 4. Amati bentuk dan keadaan kulit pada kelopak mata, serta pada bagian pinggir kelopak mata, catat adanya kelainan misalnya kemerah-merahan. 5. Amati pertumbuhan bulu mata, keberadaannya dan posisinya				**2**	**1**		**4**

	6. Perhatikan keluasan mata dapat membuka							
15.	Inspeksi kondisi konjungtiva dan sklera 1. Anjurkan klien untuk melihat ke depan 2. Amati konjungtiva (ada atau tidaknya kemerahan, keadaan vaskularisasi dan lokasinya) 3. Tarik kelopak mata bawah kearah bawah dengan ibu jari, amati konjungtiva dan kantong konjungtiva bagian bawah, catat adanya infeksi atau pus, atau bila ada perubahan warna misalnya anemis. 4. Amati warna sclera, ikterik atau tidak.				**2**	**1**		**4**
16.	Inspeksi kondisi kornea, iris, pupil dan lensa 1. Amati warna iris serta ukuran dan bentuk pupil 2. Reaksi pupil terhadap cahaya				**2**	**1**		**4**
17.	Inspeksi gerakan mata				**2**	**1**		**4**
18.	Palpasi Kaji tekanan bola mata : 1. Beritahu klien untuk duduk 2. Anjurkan klien untuk memejamkan mata 3. Lakukan palpasi pada kedua mata. Bila tekanan bola mata meninggi, maka mata akan teraba keras				**2**	**1**		**4**
19.	Kaji lapang pandang klien				**1**	**1**		**2**
20.	Lakukan uji penglihatan klien dengan kartu snellen				**1**	**1**		**2**
21	Lakukan uji buta warna mata klien				**2**	**1**		**4**
Pemeriksaan Telinga								
22.	Bantu klien dalam posisi duduk, klien anak-anak dapat diatur duduk dipangkuan orang lain				**2**	**1**		**4**
23.	Atur posisi anda duduk menghadap telinga klien yang akan dikaji				**1**	**1**		**2**
24.	Gunakan autoskop, lampu kepala atau sumber cahaya untuk pencahayaan				**1**	**1**		**2**
25.	Inspeksi kesimetrisan telinga kanan dan kiri				**1**	**1**		**2**
26.	Periksa aurikula : a. Amati telinga luar (ukuran, bentuk, warna, lesi dan adanya massa b. Jika anda mencurigai adanya otitis : - Gerakkan aurikula ke atas dan ke bawah dan tekan pada trangusnya - Tekan dengan kuat bagian belakang telinga (nyeri atau tidak)				**2**	**1**		**4**
27.	Periksa liang telinga dan gendang telinga a. Tarik aurikula ke atas, ke belakang dan sedikit keluar. b. Inspeksi melalui speculum otoskop : - Liang telinga (adanya serumen, bengkak, eritema dan benda asing) - Gendang telinga (penonjolan gendang telinga, transparasi, perforasi atau adanya darah/cairan)				**2**	**1**		**4**

28	Kaji fungsi pendengaran a. Uji pendengaran dengan bisikan atau suara bicara b. Uji weber c. Uji rinne				**2**	**1**		**4**
PEMERIKSAAN HIDUNG DAN SINUS								
29	Inspeksi hidung eksternal - Warna, pembengkakan, kesimetrisan lubang hidung				**1**	**1**		**2**
30	Palpasi hidung luar - Ketidaknormalan kulit atau tulang hidung - Mobilitas septum nasi				**1**	**1**		**2**
31	Palpasi sinus maksilaris, frontalis, dan ethmoidalis. Perhatikan adanya nyeri tekan.				**1**	**1**		**2**
32	Inspeksi melalui speculum (tingkat mahir/dengan bimbingan) 1. Mukosa nasal, perhatikan warna dan pembengkakan 2. Septum nasal terhadap posisi dan integritas				**2**	**2**		**8**
PEMERIKSAAN MULUT DAN FARING								
33	Inspeksi : a. Bibir b. Kondisi oral dan mukosa oral c. Gusi d. Gigi e. Langit-langit mulut f. Lidah termasuk paila dan keseimatrisan, adanya lesi g. Dasar mulut				**1**	**1**		**2**
34	Faring, termasuk : a. Warna atau adanya eksudat, b. Adanya dan ukuran tonsil, c. Kesimetrisan palatum durum ketika pasien mengatakan “ah”				**2**	**1**		**4**
35	Palpasi : a. Pipi b. Palatum c. Dasar mulut d. Lidah				**2**	**1**		**4**
PEMERIKSAAN LEHER								
36	Inspeksi leher terhadap adanya jaringan parut, massa atau tortikolis				**1**	**1**		**2**
37	Inspeksi dan palpasi posisi trachea				**1**	**1**		**2**
38	Inspeksi gerakan leher				**1**	**1**		**2**
39	Palpasi kelenjar limfe				**1**	**1**		**2**
40	Inspeksi dan palpasi kelenjar tiroid : 1. Pada saat istirahat 2. Ketika klien menelan air				**1**	**1**		**2**
D.	**Fase Terminasi**							
42	Evaluasi hasil kegiatan (subyektif dan obyektif)				1	1		2
43	Berikan reinforcement				1	1		2
44	Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya				1	1		2
45	Akhiri kegiatan				1	1		2
46	Cuci tangan				1	1		2

E.	Fase Dokumentasi							
47	Catat hari, tanggal, identitas pasien dan tandatangan pemeriksa				1	1		2
48	Catat hasil temuan pengkajian fisik terhadap pasien				1	1		2

Yogyakarta,_____,___

Nilai = Nilai x Critically x Difficultx100%
Jumlah maksimal score

Penguji

Keterangan
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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)
2 = Mampu dan cukup terampil (langkah atau prosesur dilakukan dengan baik dan benar serta urutannya sesuai)

CHECKLIST PEMERIKSAAN FUNGSI PENDENGARAN

NO	VARIABEL YANG DINILAI	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
Tahap Pre Interaksi								
1	Cek catatan medis dan keperawatan				1	1		2
2	Persiapan Alat: Garpu tala 512 Hz, 1024 Hz, 2048 Hz				2	1		4
3	Cuci tangan				1	1		2
Tahap Orientasi								
4	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				1	1		2
5	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien				1	1		2
6	Beri kesempatan pada klien untuk bertanya				1	1		2
7	Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk kegiatan				1	1		2
Tahap Kerja								
8	**Tes batas atas dan batas bawah** a. Semua garpu tala kita bunyikan satu per satu, dimulai dari garpu tala berfrekuensi paling rendah sampai garpu tala berfrekuensi paling tinggi atau sebaliknya. b. Pegang tngkai garpu tala lalu memetik secara lunak kedua kaki garpu tala dengan ujung jari atau kuku kita. c. Bunyi garpu tala terlebih dahulu didengar oleh pemeriksa sampai bunyinya hampir hilang. d. Secepatnya garpu tala kita pindahkan ke depan meatus akustikus eksternus pasien pada jarak 1-2 cm secara tegak dan kedua kaki garpu tala berada pada garis hayal yang menghubungkan antara meatus akustikus eksternus kanan dan kiri. e. Interpretasikan hasil				2	2		8

NO	VARIABEL YANG DINILAI	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
9	**Tes Rinne** a. Letakkan tangkai garpu tala yang sudah digetarkan pada planum mastoid pasien. b. Pada saat pasien tidak mendengar suara garputala, penguji dengan segera memindahkan garpu tala itu, ke dekat telinga yang diperiksa. c. Interpretasikan hasil tes				2	2		8
10	**Tes Weber** a. Bunyikan garpu tala 512 Hz lalu tangkainya kita letakkan tegak lurus pada garis median (dahi, verteks, dagu atau gigi insisivus) dengan kedua kakinya berada pada garis horisontal. b. Tanyakan menurut pasien, telinga mana yang mendengar atau mendengar lebih keras. c. Interpretasikan hasil tes				2	2		8
11	**Tes Schwabach** a. Bunyikan garpu tala 512 Hz lalu letakkan tegak lurus pada planum mastoid pemeriksa. b. Setelah bunyinya tidak terdengar oleh pemeriksa, segera garpu tala tersebut kita pindahkan dan letakkan tegak lurus pada planum mastoid pasien. c. Tanyakan apakah pasien masih bisa mendengar bunyinya. d. Ulangi tes Schwabach secara terbalik. Bunyikan garpu tala 512 Hz lalu letakkan tegak lurus pada planum mastoid pasien. e. Setelah bunyinya tidak terdengar oleh pasien, segera garpu tala tersebut kita pindahkan dan letakkan tegak lurus pada planum mastoid pemeriksa. f. Interpretasikan hasil tes				2	2		8
Tahap Terminasi								
12	Evaluasi perasaan klien				1	1		2
13	Berikan reinforcement positif				1	1		2
14	Kontrak untuk pertemuan selanjutnya				1	1		2
15	Akhiri kegiatan dengan cara yang baik, ucapkan salam				1	1		2
16	Cuci tangan				1	1		2
Dokumentasi								
17	Catat tindakan yang telah dilakukan (waktu, tempat, tanda tangan pemeriksa) dan respon klien.				1	1		2
18	Catat hasil tes yang telah dilakukan				1	1		2
	TOTAL NILAI							

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

Yogyakarta,_____,___

Penguji

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

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

Test 2

1. Tes buta warna pada pemeriksaan mata dilakukan dengan menggunakan alat?
   a. Snellen chart
   b. Ishihara tes
   c. Optalmoskop
   d. Stetoskop
   e. Laringoskop

2. Pemeriksaan pada telinga dengan membandingkan hantaran tulang antara pemeriksa dan pasien, disebut?
   a. Tes Rinne
   b. Tes Weber
   c. Tes Schwabach
   d. Tes batas atas dan bawah
   e. Tes Garputala

3. Pemeriksaan kelenjar tiroid dilakukan pada bagian?
   a. Kepala
   b. Leher
   c. Telinga
   d. Mata
   e. Hidung

4. Teknik pemeriksaan yang dapat digunakan untuk mengkaji nyeri tekan pada organ-organ tertentu adalah?
   a. Inspeksi
   b. Auskultasi
   c. Perkusi
   d. Palpasi
   e. Induksi

5. Pemeriksaan secara inspeksi pada faring dilakukan untuk mengkaji?
   a. Pembesaran tonsil
   b. Pembesaran kelenjar tiroid
   c. Pembengkakan gusi
   d. Pembesaran
   e. Bentuk dan kelainan pada lidah

PRAKTIKUM 3
PEMERIKSAAN FISIK THORAX DAN PARU

PENGERTIAN:

Thorax terdiri atas paru-paru, tulang rusuk, kartilago dan otot interkostal. Pemeriksaan sistem pernafasan secara menyeluruh sangat diperlukan karena fungsi sistem pernafasan yang utama adalah mempertahankan pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam paru-paru dan jaringan serta mengatur keseimbangan asam basa. Thorax anterior terdiri dari sternum, manubrium, prosesus xipodeus, dan kostal kartilago. Secara posterior, thorax terdiri dari 12 tulang vertebra. Paru-paru kanan mempunyai tiga lobus dan kiri dua lobis. Tiap paru berbentuk kerucut dengan sekitar apek meluas sekitar 1 ½ inch di atas costa pertama. Mengenali dan mengidentifikasi suara nafas normal dan abnormal merupakan komponen penting dalam penilaian fungsi paru.

TUJUAN:

Mendapatkan data objektif dari bentuk thorax dan fungsi pernafasan melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

ALAT DAN BAHAN:

- Sarung tangan dan APD lain jika diperlukan
- Stetoskop

LANGKAH KERJA:

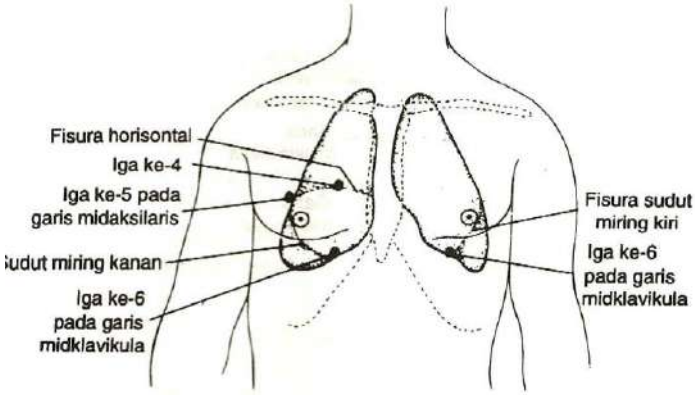
Sebelum melakukan pengkajian fisik perawat perlu mengumpulkan data riwayat kesehatan. Perawat perlu mengetahui tanda-tanda distress pernapasan sebagai panduan melakukan interview terhadap klien. Tanda-tanda tersebut antara lain kesadaran klien yang menurun, klien tampak lelah dan kesulitan bernapas, mungkin ditemukan sianosis, kesadaran yang menurun atau bingung dan berkeringat. Tanda-tanda lain seperti gerakan dada unilateral, gangguan saat inspirasi atau ekspirasi mungkin dapat diamati. Apabila mendapatkan pasien seperti ini, segera beri bantuan sesuai protokol, misalnya memberikan oksigen dan mengatur posisi pasien yang memudahkan pernafasan. Lakukan wawancara dengan keluarga atau pengantar untuk mengetahui masalah/ riwayat kesehatan pasien sekarang. Selanjutnya pengkajian fisik dapat dilakukan.

Persiapan Klien :

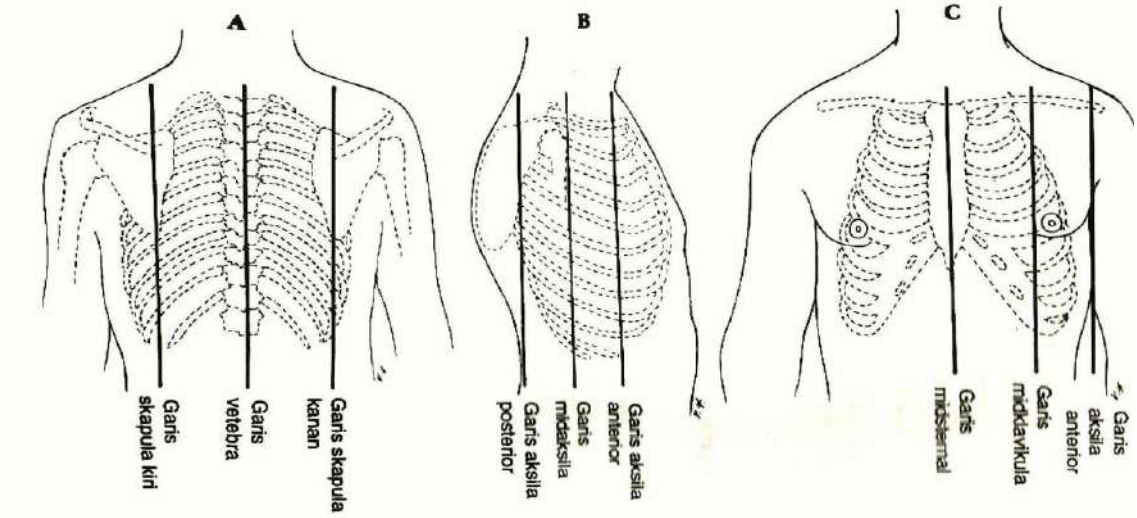
1. Klien melepaskan pakaian sampai batas pinggang
2. Pencahayaan di ruangan baik
3. Klien duduk untuk pengkajian dada posterior dan lateral. Klien dapat duduk atau berbaring untuk pengkajian dada anterior

Riwayat :

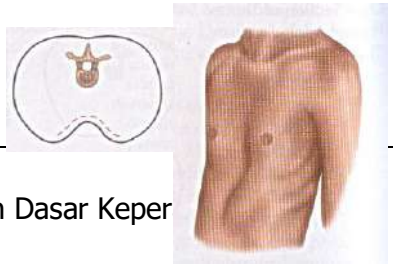
1. Kaji riwayat merokok termasuk jumlah rokok dalam satu hari, usia mulai merokok, lamannya waktu sejak berhenti merokok
2. Apakah klien mengalami batuk menetap (produktif atau non produktif) produksi sputum, nyeri dada, nafas pendek, ortopnea, dan bronkritis yang berulang?
3. Apakah klien bekerja pada lingkungan yang mengandung polutan? Apakah banyak perokok lain di tempat kerja atau di rumah (perokok pasif)
4. Kaji riwayat alergi terhadap debu, atau iritan melalui udara, makanan, obat, atau substansi kimia
5. Kaji ulang riwayat keluarga klien untuk adanya kanker, tuberkulosis, alergi, PPOK
6. Apakah klien mengalami batuk menetap lebih dari dua minggu, sputum berdarah, berkeringat malam, dan terjadi penurunan berat badan? (tanda TBC)



Gambar 1. Posisi anterior lobus paru dengan garis anatomi



Gambar 2. Garis anatomi dinding dada. A. Dada Posterior, B. Dada Lateral, C. Dada Anterior

TEKNIK PENGKAJIAN	KEMUNGKINAN DATA YANG DITEMUKAN
THORAX ANTERIOR **1. INSPEKSI** a. Bentuk dada 1) Berdiri di depan pasien 2) Inspeksi diameter normal b. Kesimetrisan dinding dada 1) Berdiri di depan pasien 2) Inspeksi kanan dan kiri thorax anterior 3) Observasi perbedaan antara bentuk kedua bahu dan kedua dinding dada seperti adanya massa atau pembesaran c. Sudut costa (costal angle) 1) Berdiri di depan pasien 2) Tentukan costal margin 3) Estimasi costal angle	a. Pada orang dewasa normal, rasio diameter anterior-posterior 1 : 2 sampai 5 : 7. Pada bayi bentuk dada barrel (1:1) normal ditemukan, namun pada dewasa adalah temuan abnormal. Abnormalitas yang lain adalah pectus carinatum atau pigeon chest dimana terjadi peningkatan diameter anterior posterior pada thorax (protrusion). Sebaliknya pectus excavatum atau funnel chest terjadi depresi pada badan sternum. Bentuk dada normal funnel chest  

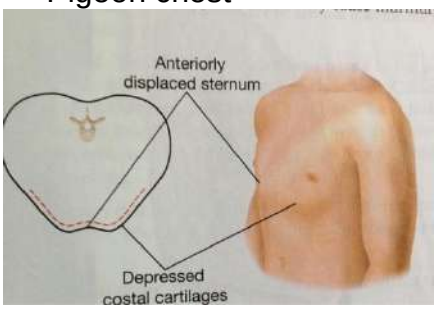
(sudut yang dibentuk dari costal margin selama exhalasi dan istirahat)

d. Angel of the ribs
   1) Berdiri di depan pasien
   2) Lokasi sudut costa di area midsternal
   3) Estimasi angle diantara sternum dan costa
e. Intercostal spaces
   1) Berdiri di depan pasien
   2) Inspeksi ICS melalui pengembangan dada
   3) Catat adanya retraksi

f. Otot respirasi
   1) Berdiri di depan pasien
   2) Observasi pernafasan pasien (inhalasi dan exhalasi)
   3) Catat adanya penggunaan otot bantu nafas

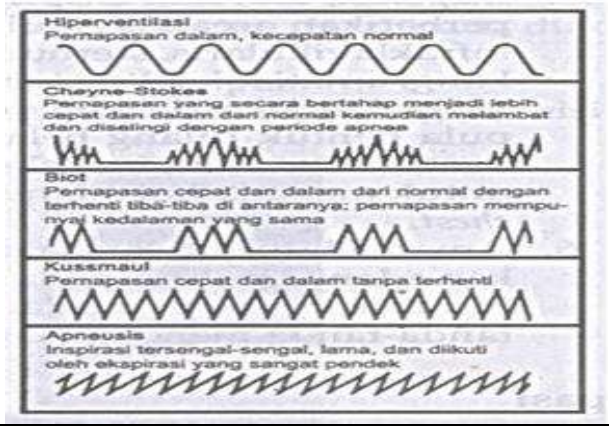
g. Respirasi
   1) Frekuensi (rate)
      a. Berdiri di depan pasien
      b. Observasi pola nafas dalam satu siklus (inhalasi dan ekhalasi dalam satu menit)
   2) Pola (pattern)
   3) Kedalaman
      a. Berdiri di depan pasien
      b. Observasi kedalaman nafas selama inspirasi

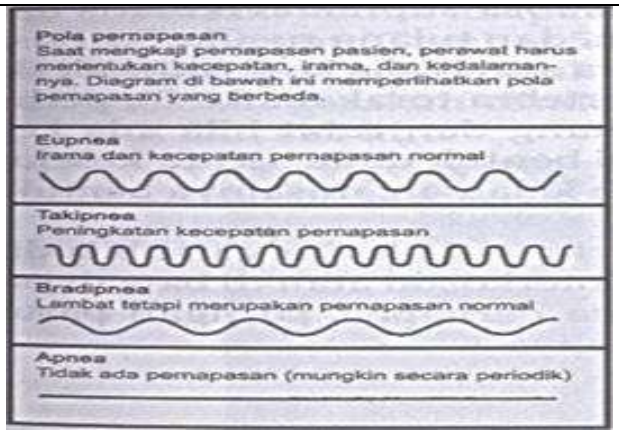
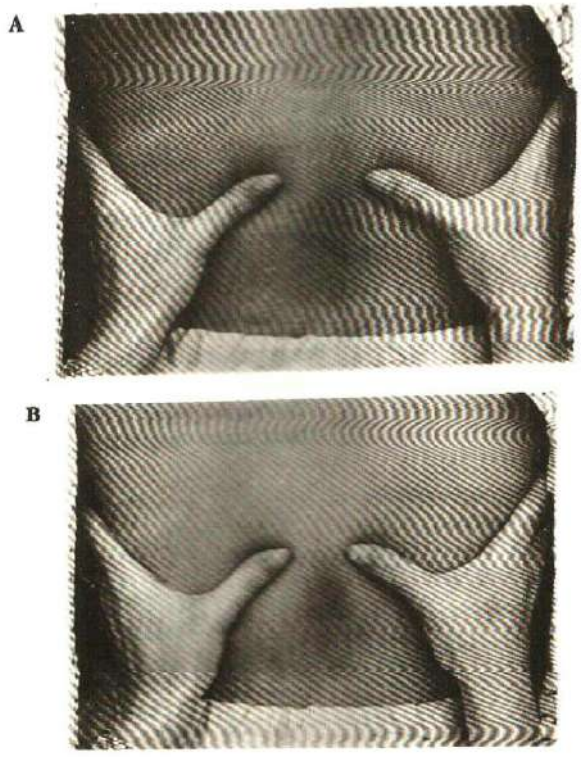
Pigeon chest



b. Dalam keadaan normal bahu pada posisi yang sama begitu juga dengan scapula (jika salah satu bagian lebih tinggi menunjukkan adanya skoliosis) dan tidak ada massa yang terlihat.
c. Dalam keadaan normal costal angle < 90^o selama istirahat dan exhalasi. Jika > 90^o kemungkinan menunjukkan dilatasi bronki (bronchiectasis)
d. Dalam keadaan normal angle < 45^o, > 45^o menunjukkan adanya emfisema, bronkietaksis, cystic fibrosis.
e. Adanya retraksi menunjukkan keabnormalan dan retraksi terjadi selama inspirasi
f. Penggunaan otot bantu nafas menunjukkan adanya hipoksemia atau hipermetabolisme
g. Pada orang dewasa yang sedang istirahat frekuensi pernafasan normal adalah 12 – 20 x/menit

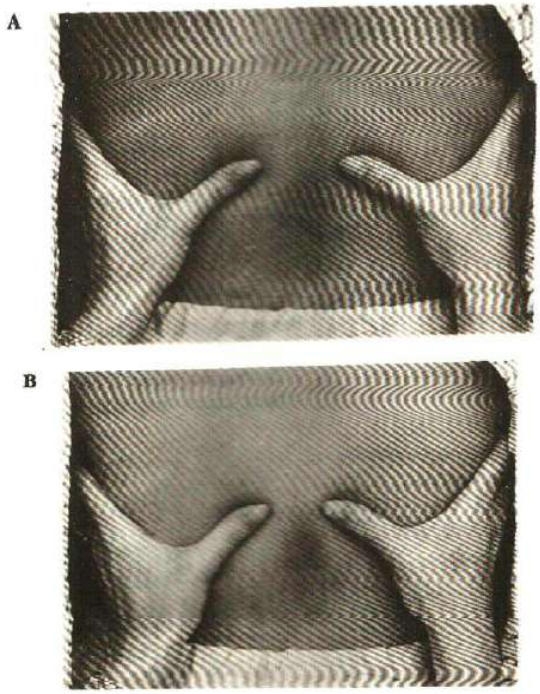
Gambar pola pernafasan



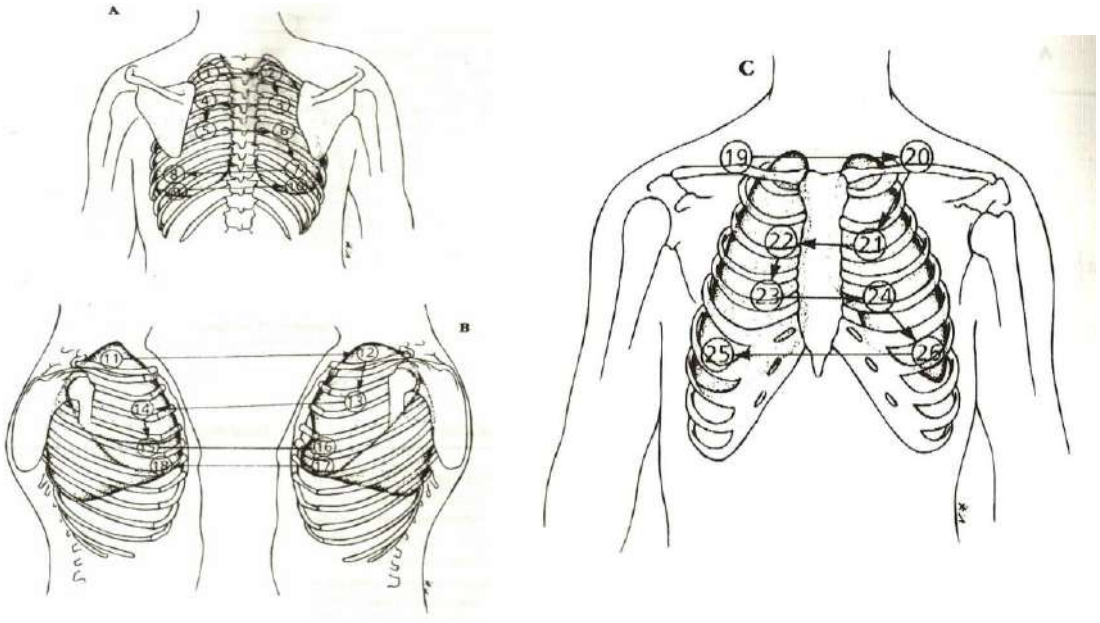
	 Kedalaman inspirasi normal adalah usaha yang dilakukan sedikit. Kedalaman nafas dangkal selama inspirasi dan ekspirasi menunjukkan adanya hipoventilasi
5. PALPASI a. Palpasi pada dinding dada pada sisi kanan dan kiri untuk mengetahui adanya nyeri tekan dan massa atau benjolan b. Palpasi untuk mengetahui ekspansi paru-paru/ dinding dada - Letakkan kedua telapak tangan secara datar pada dinding dada depan, jari mengarah ke lateral - Dorong ibu jari ke garis tengah untuk menghasilkan lipatan kulit - Anjurkan pasien untuk menarik nafas - Rasakan gerakan dinding dada dan bandingkan sisi kanan dan kiri c. Palpasi untuk mengkaji taktil fremitus: - Letakkan kedua telapak tangan di sisi kanan dan kiri dinding dada pasien dekat posisi apek. - Anjurkan pasien untuk menyebut bilangan *sembilan-sembilan* atau *tujuh puluh tujuh* - Ulangi langkah pertama dan kedua dengan tangan bergerak ke basis paru-paru	**a.** Nyeri tekan dapat timbul akibat adanya luka setempat, peradangan, metastasis tumor ganas, atau pleuritis. Apabila terdapat massa/ benjolan/ pembengkakan deskripsikan ukuran, konsistensi, suhu, permukaan. Kaji adanya krepitasi **b.** Pada saat pasien menarik nafas normalnya ibu jari akan terpisah 3-5 cm dengan tiap sisi mengembang sama atau simetris. Gerakan tidak simetris pada saat terjadi ateletaksis paru (kolaps paru)  **c.** Getaran menjadi lebih keras pada saat terdapat

- Pegerakan tangan sampai ke basis dilakukan berurutan - Bandingkan fremitus pada kedua sisi paru-paru serta antara apeks dan basis paru-paru	infiltrat. Getaran yang melemah ditemukan pada emfisema, pneumotoraks, hidrotoraks, atelektasis obstruktif
3.PERKUSI a. Lakukan perkusi di dada anterior dengan posisi pasien telentang : - Perkusi mulai dari atas klavikula ke bawah pada setiap ruang interkostal (sesuai dengan gambar di bawah) - Bandingkan sisi kanan dan sisi kiri	- "Resonance" pada paru normal - "Dullness" jika cairan atau jaringan menggantikan udara di paru - "Hyperresonance" pada emphysema atau pneumothorax
4. AUSKULTASI a. Lakukan auskultasi bunyi nafas di dinding dada anterior : - Minta pasien bernafas secara normal, mulai auskultasi dengan meletakkan stetoskop pada trakea dan dengarkan bunyi nafas secara teliti - Lanjutkan auskultasi suara nafas yang normal dengan arah seperti pada perkusi dan perhatikan apabila ada suara nafas tambahan	Ciri-ciri bunyi nafas dapat dilihat di tabel Auskultasi abnormal contohnya : - Pasien pneumonia : rales dan ronchi - Pasien emfisema : mengi dan ronchi - Pasien asma dan PPOK : wheezing (saat ekspirasi) - Pasien obstruksi benda asing di jalan napas atas : Stridor

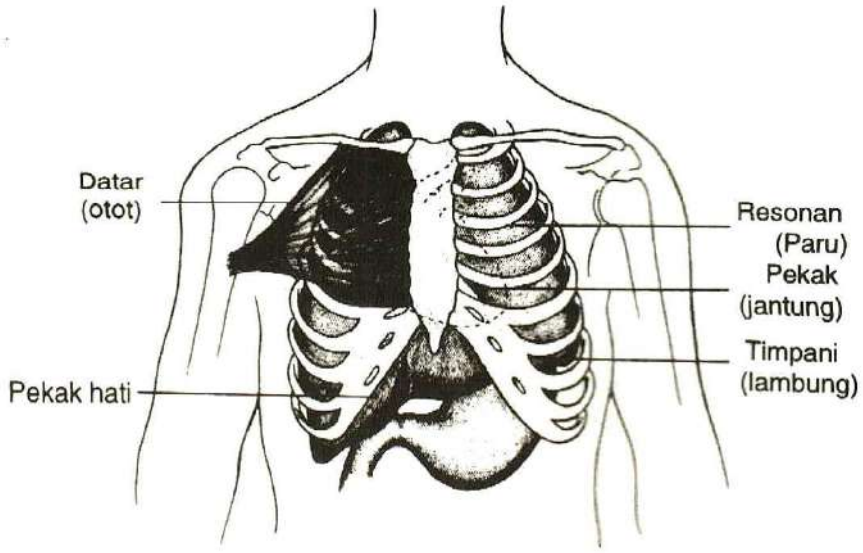
TEKNIK PENGKAJIAN	KEMUNGKINAN DATA YANG DITEMUKAN
THORAX POSTERIOR **1. INSPEKSI** a. Bentuk tulang belakang (spina) 1) Berdiri di belakang pasien 2) Inspeksi posisi tulang belakang (spina), lengkung costa 3) Observasi perbedaan antara bentuk kedua skapula dan kedua dinding dada seperti adanya massa atau pembesaran b. Kesimetrisan dinding dada 1) Berdiri di belakang pasien 2) Inspeksi kanan dan kiri	a. Spina secara normal lurus tanpa penyimpangan ke samping. Skapula simetris dan menyentuh ke dinding dada. Lengkung costa menurun . Dalam keadaan normal scapula pada posisi yang sama (jika salah satu bagian lebih tinggi menunjukkan adanya skoliosis) dan tidak ada massa yang terlihat.

thorax posterior	
2. PALPASI a. Palpasi pada dinding dada pada sisi kanan dan kiri untuk mengetahui adanya nyeri tekan dan massa atau benjolan b. Palpasi untuk mengetahui ekspansi paru-paru/ dinding dada - Letakkan kedua telapak tangan secara datar pada dinding dada depan, jari mengarah ke lateral - Dorong ibu jari ke garis tengah untuk menghasilkan lipatan kulit - Anjurkan pasien untuk menarik nafas - Rasakan gerakan dinding dada dan bandingkan sisi kanan dan kiri c. Palpasi untuk mengkaji taktil fremitus: - Letakkan kedua telapak tangan di sisi kanan dan kiri dinding dada pasien dekat posisi apek - Anjurkan pasien untuk menyebut bilangan *sembilan-sembilan* atau *tujuh puluh tujuh* d. Ulangi langkah pertama dan kedua dengan tangan bergerak ke basis paru-paru e. Pegerakan tangan sampai ke basis dilakukan berurutan f. Bandingkan fremitus pada kedua sisi paru-paru serta antara apeks dan basis paru-paru	a. Nyeri tekan dapat timbul akibat adanya luka setempat, peradangan, metastasis tumor ganas, atau pleuritis. Apabila terdapat massa/ benjolan/ pembengkakan deskripsikan ukuran, konsistensi, suhu, permukaan b. Pada saat pasien menarik nafas normalnya ibu jari akan terpisah 3-5 cm dengan tiap sisi mengembang sama atau simetris. Gerakan tidak simetris pada saat terjadi ateletaksis paru (kolaps paru)  c. Getaran menjadi lebih keras pada saat terdapat infiltrat. Getaran yang melemah ditemukan pada emfisema, pneumotoraks, hidrotoraks, atelektasis obstruktif

3. PERKUSI a. Lakukan perkusi di dada posterior dengan posisi pasien duduk b. Perkusi mulai dari atas ke bawah pada setiap ruang interkostal (sesuai dengan gambar di bawah) c. Bandingkan sisi kanan dan sisi kiri	- "Resonance" pada paru normal - "Dullness" jika cairan atau jaringan menggantikan udara di paru - "Hyperresonance" pada emphysema atau pneumothorax
4. AUSKULTASI a. Lakukan auskultasi bunyi nafas di dinding dada posterior : b. Minta pasien bernafas secara normal, mulai auskultasi dengan meletakkan stetoskop pada trakea dan dengarkan bunyi nafas secara teliti c. Lanjutkan auskultasi suara nafas yang normal dengan arah seperti pada perkusi dan perhatikan apabila ada suara nafas tambahan	Ciri-ciri bunyi nafas dapat dilihat di tabel Auskultasi abnormal contohnya : - Pasien pneumonia : rales dan ronchi - Pasien emfisema : mengi dan ronchi - Pasien asma dan PPOK : wheezing (saat ekspirasi) - Pasien obstruksi benda asing di jalan napas atas : Stridor



Gambar 3. Pola perkusi dan auskultasi A. Posterior, B. Lateral, C. Anterior



Gambar 4. Variasi-variasi nada perkusi pada thorax normal dan abdomen atas

PEMERIKSAAN FISIK KARDIOVASKULER

Sebelum melakukan pengkajian fisik, Anda harus melakukan pengkajian riwayat kesehatan yang meliputi faktor resiko, tanda dan gejala penyakit kardiovaskuler. Faktor resiko penyakit kardiovaskuler antara lain keturunan, jenis kelamin, usia, hipertensi, merokok, hiperlipidemia, diabetes melitus, obesitas, tidak berolahraga secara teratur, dan diet tinggi lemak. Sedangkan tanda dan gejala utama penyakit jantung antara lain nyeri dada, dyspnea dengan atau tanpa batuk, syncope, edema, palpitasi, lemah, dan sianosis.

Persiapan klien sebelum dilakukan pengkajian antara lain klien sebaiknya berbaring telentang dengan badan bagian atas sedikit terangkat dan pemeriksa berdiri di sisi kanan klien. Minta klien untuk tidak berbicara selama pemeriksaan.

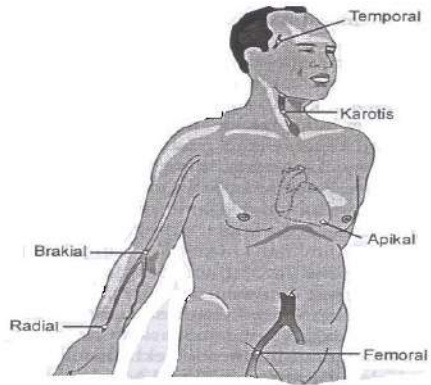
Riwayat :

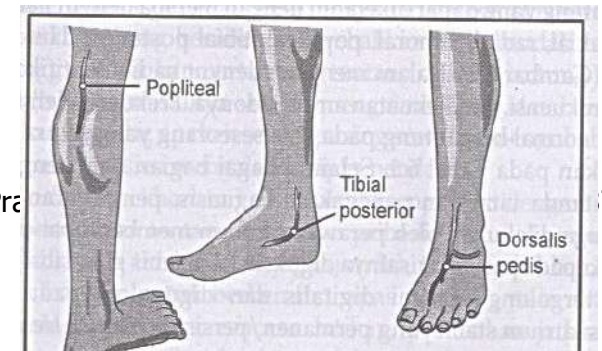
1. Kaji riwayat merokok, penggunaan alkohol, pemakaian obat-obatan, kebiasaan olahraga, dan pola makan
2. Apakah klien mendapat pengobatan untuk fungsi kardiovaskuler? Apabila ya, apakah klien mengetahui kegunaan, dosis, dan efek sampingnya?
3. Tanyakan apakah klien mengalami nyeri atau ketidaknyamanan pada dada, palpitasi, kelelahan yang berlebihan, dispnea, edema pada kaki, pingsan, ortopnea. Apakah gejala seperti ini terjadi saat latihan atau istirahat?
4. Apakah klien menjalani gaya hidup sehat?
5. Kaji riwayat keluarga klien mengalami penyakit jantung, hipertensi, stroke, tingkat kolesterol tinggi

Pemeriksaan fisik kardiovaskuler meliputi:

1. **Pengkajian denyut nadi**

   Denyut nadi menggambarkan perubahan pada tekanan ventrikel kiri jantung. Hal ini dapat diketahui dengan meraba denyut nadi karotis, brakial, radial, femoral, popliteal, tibial posterior, dan dorsalis pedis. Hal-hal yang perlu di kaji adalah frekuensi nadi per menit, irama (reguler atau tidak), dan amplitudonya (kuat dan mudah dipalpasi atau lemah.





Frekuensi nadi tidak sama pada tahap perkembangan seseorang. Berikut adalah nilai normal frekuensi nadi berdasarkan usia:

Usia	Frekuensi (x/menit)
< 1 bulan	90 – 170
< 1 tahun	80 – 160
2 tahun	80 – 120
6 tahun	75 – 115
10 tahun	70 – 110
14 tahun	65 – 100
> 14 tahun	60 – 100

2. Pengkajian tekanan darah

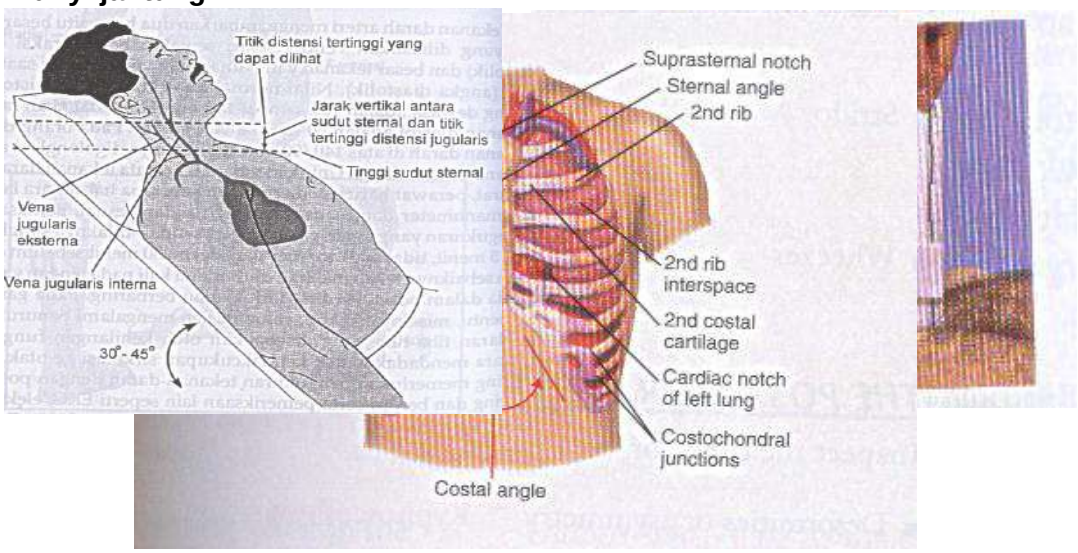
Tekanan darah arteri menggambarkan tekanan sistolik (tekanan ventrikel kiri saat berkontraksi) dan tekanan diastolik (tekanan ventrikel kiri saat beristirahat). Ukuran normal tekanan sistolik orang dewasa adalah 100 s.d. 140 mmHg dan diastolik adalah 60 s.d. 100 mmHg. Sedangkan hasil diatas nilai tersebut digolongkan kedalam tekanan darah tinggi. Alat yang digunakan untuk mengukur tekanan darah adalah sphymomanometer dan stetoskop. Cara mengukur tekanan darah:

a. Siapkan pasien: pasien harus dalam keadaan rileks, sudah beristirahat minimal 5 menit dan tidak makan dan minum dalam waktu 30 menit sebelum diukur
b. Pasang manset ± 2 cm di atas siku dan stetoskop di atas nadi brakial
c. Raba nadi radial dan pompa manset sampai nadi brakial tidak teraba
d. Keluarkan udara dari manset perlahan-lahan sampai terdengar bunyi pertama (sistolik) dan bunyi ke-2 (diastolik)

3. Tekanan vena jugularis (Jugular Vein Pressure/JVP)

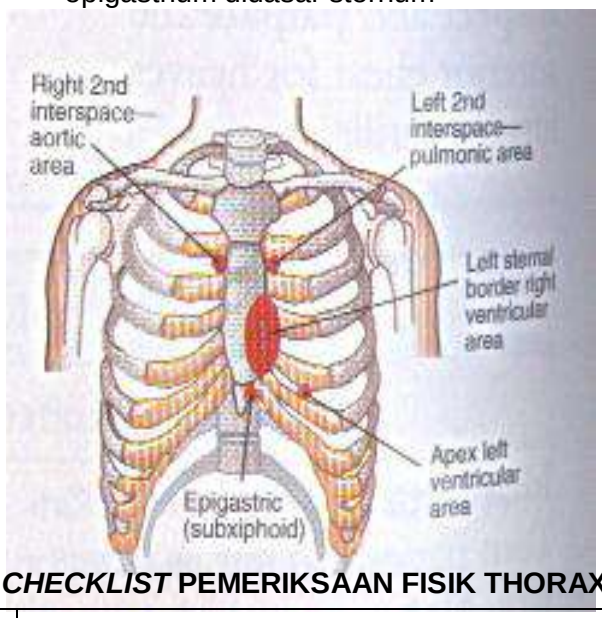
JVP dapat meningkat pada gagal jantung kanan, sedangkan penurunan JVP terjadi pada hypovelemia karena dehidrasi atau perdarahan gastrointestinal. JVP diukur melalui garis vertikal antara titik tertinggi vena jugularis dan sudut sternum, tetapi sebelumnya tempat tidur klien harus ditinggikan dahulu 30°-45°. Dalam keadaan normal hasil yang ditemukan adalah kurang dari 4 cm.

4. Bunyi jantung



Inspeksi dan Palpasi:

a. Posisikan klien terlentang dan cari sudut Louis dengan palpasi (terletak antara manubrium sternum dan badan sternum
b. Palpasi area interkostal (ICS) ke-2 kiri (area pulmonal) dan kkanan (area aorta) untuk mengetahui adanya pulsasi
c. Lanjutkan palpasi ke ICS 5 (turun 3 ICS dari area pulmonal di dekat sternum). Ini merupakan area trikuspid atau ventrikel. Tentukan adakah pulsasi di area tersebut.
d. Pindahkan tangan Anda 5-7 cm ke garis midklvikula kiri (area apikal). 50% orang dewasa memperlihatkan pulsasi apikal.
e. Untuk mengetahui pulsasi aorta Anda dapat melakukan palpasi di area epigastrium didasar sternum



Auskultasi:

Untuk tingkat dasar Anda perlu mengetahui bunyi jantung normal. Bunyi jantung adalah bunyi yang terdengar saat katup jantung menutup. Bunyi Jantung Pertama (S1) adalah penutupan katup mitral dan tricuspid. Bunyi Jantung Kedua (S2) adalah penutupan katup pulmonal dan aorta. S1 (bunyi "lub") lebih keras daripada S2 (bunyi "dub") tetapi nada S1 lebih rendah daripada S2. Jarak kedua bunyi jantung lebih kurang 1 detik.

***CHECKLIST* PEMERIKSAAN FISIK THORAX (PARU-PARU & JANTUNG)**

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	Act	Max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat - Handscoon - Stetoskope				2	1		4
3	Lakukan cuci tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8.	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
9.	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
DADA BAGIAN ANTERIOR								
10.	Pakai sarung tangan bersih				1	1		2
11.	Lepas baju klien dan tampakkan badan sampai bataspinggang				1	1		2

12.	Atur posisi klien (posisi diatur bergantung pada tahappemeriksaan dan kondisi pasien)				2	1		4
13	Inspeksi a. Bentuk dada b. Kesimetrisan dinding dada c. Intercostal spaces (retraksi dinding dada) d. Otot respirasi (penggunaan Otot bantu nafas) e. Respirasi (Irama, Frekuensi, kedalaman) f. Iktus kordis				2	1		4
14.	Palpasi a. Palpasi adanya nyeri tekan dan massa				2	2		8
	b. Palpasi ekspansi paru-paru/dinding dada c. Palpasi taktil fremitus d. Palpasi Iktus Kordis							
15.	Perkusi a. perkusi seluruh lapang paru di dada anterior (8 titik) b. Perkusi batas hepar c. Perkusi batas jantung				2	2		8
16.	Auskultasi a. Auskultasi Iktus kordis b. Auskultasi bunyi nafas di dinding dada anterior (12 titik)				2	2		8
DADA BAGIAN POSTERIOR								
17.	Inspeksi dada a. Bentuk tulang belakang (spina) b. Kesimetrisan dinding dada				2	1		4
18.	Palpasi a. Palpasi adanya nyeri tekan dan massa b. Palpasi ekspansi paru-paru/dinding dada c. Palpasi taktil fremitus				2	1		4
19.	Perkusi a. Perkusi di dada posterior (8 titik)				2	2		8
20.	Auskultasi Auskultasi bunyi nafas di dinding dada posterior (12 titik)				2	2		8
D.	**Fase Terminasi**							
21.	Bereskan alat				1	1		2
22.	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
23.	Berikan reinforcement positif				1	1		2
24.	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
25.	Akhiri kegiatan				1	1		2
26.	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							

27.	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa: hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4

Nilai = $\frac{\text{Nilai x Critically x DifficultyX100\%}}{\text{Jumlah maksimal score}}$

Yogyakarta,_____,___

Penguji

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

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

Test 3

1. Apakah teknik pemeriksaan pada thorax yang digunakan untuk mengetahui kelainan bentuk pada tulang belakang?
   A. Inspeksi
   B. Palpasi
   C. Auskultasi
   D. Perkusi
   E. Induksi

2. Suara normal paru saat dilakukan pemeriksaan melalui teknik perkusi adalah:
   A. Dullness
   B. Hiperresonan
   C. Resonan
   D. Timpani
   E. Hipertimpani

3. Apakah yang perlu dicatat saat melakukan pemeriksaan pada pernafasan?
   A. Frekuensi dan kedalaman
   B. Pola, frekuensi dan kedalaman
   C. Frekuensi dan suara nafas
   D. Frekuensi, pola dan keteraturan nafas
   E. Pola, keteraturan nafas dan ketahanan nafas

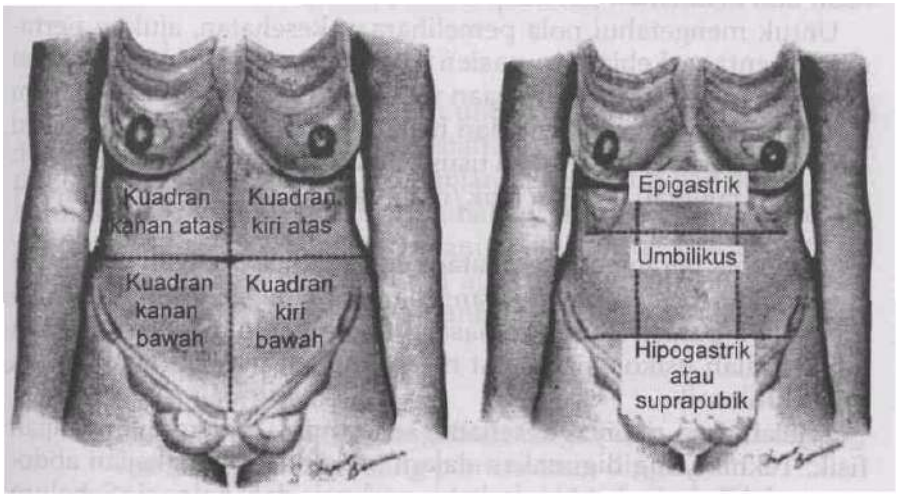
4. Apakah teknik pemeriksaan yang digunakan untuk mengkaji taktil fremitus pada klien?
   A. Inspeksi
   B. Perkusi
   C. Palpasi
   D. Auskultasi
   E. Induksi

5. Apakah riwayat kesehatan yang perlu dikaji sebelum melakukan pemeriksaan fisik thorax dan paru?
   A. Riwayat merokok, pola tidur dan istirahat
   B. Riwayat alergi, merokok dan lingkungan rumah dan kerja
   C. Riwayat merokok, pusing dan penyakit tuberculosis
   D. Riiwayat alergi, batuk, pola tidur dan istirahat
   E. Riwayat batuk, pilek dan pola istirahat

PRAKTIKUM 4
PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN DAN GENITALIA

PENGERTIAN:

Abdomen atau perut berisi organ-organ yang kompleks meliputi sistem pencernaan, elimiasi fekal dan urin serta reproduksi. Dalam melakukan pengkajian abdomen, perawat harus memahami struktur anatomi, daerah/bagian, dan batas – batas abdomen. Untuk mempermudah pemeriksaan, secara anatomis abdomen dibagi menjadi empat kuadran dan sembilan bagian (Gambar.1).



Gbr 1. Pembagian area pemeriksaan pada abdomen

Urutan teknik pemeriksaan pada abdomen berbeda dengan sistem lainnya. Pemeriksaan abdomen dimulai dengan inspeksi kemudian auskultasi, perkusi dan palpasi. Palpasi dan perkusi sebelum auskultasi dapat mengubah suara yang terdengar saat asukultasi.

TUJUAN:

Mendapatkan data objektif dari bentuk dan fungsi abdomen dan genitalia melalui inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi.

ALAT DAN BAHAN:

- Sarung tangan dan APD lain jika diperlukan
- Stetoskop
- Midline

LANGKAH KERJA:

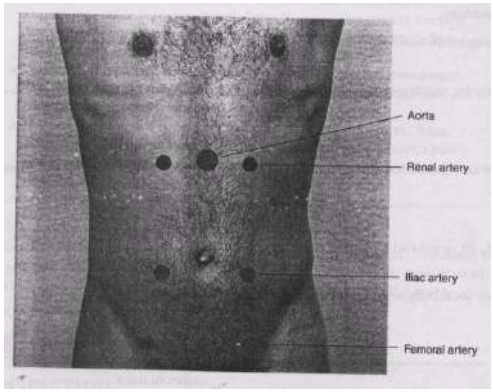
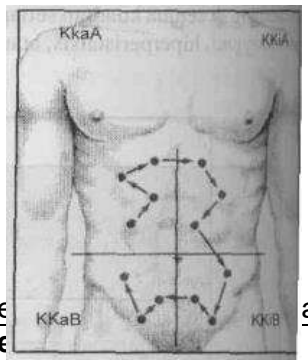
Aspek Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai tidak normal
INSPEKSI	Bentuk : Simetris	Bentuk : Ketidaksimetrisan dapat kita temukan pada kehamilan, tumor, pada rongga abdomen, tumor ovarium atau kandung kemih. Abdomen dapat membesar setempat karena terjadi pembesaran hati, ginjal, limpa atau kantung empedu.
	Permukaan : Halus, lembut dengan kontur datar, melingkar dan cekung.	Permukaan: Tegang, licin dan tipis.
	Warna : Sesuai warna dasar kulit pasien. Striae normal pada masa kehamilan dan kenaikan berat badan	Warna : Kemerahan atau lesi menandakan perlukaan. Kuning menandakan gangguan pada hati

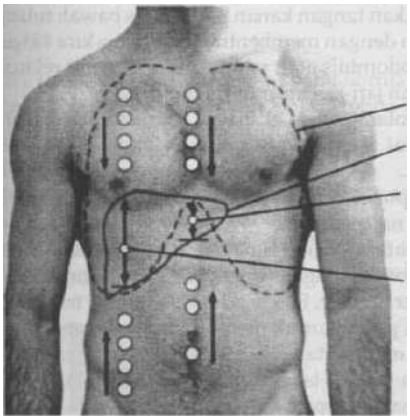
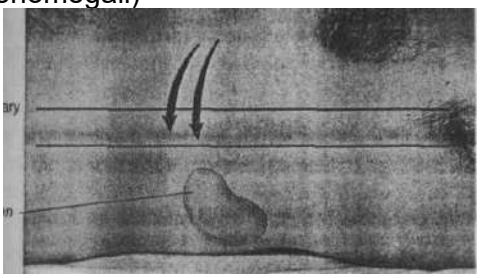
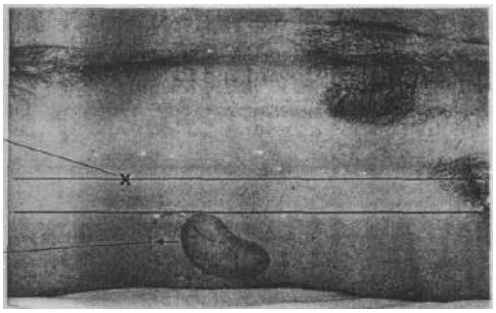
Aspek Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai tidak normal
	Umbilikus : datar atau berbentuk setengah lingkaran yang cembung, terletak di tengah antara prossessus xipoideus dan simpisis pubis	Umbilikus : (gambar. 1)
	Gerakan: Ekspirasi akan mengempis dan Inspirasi akan mengembung	Gerakan : Gerakan akan berlawanan dimana ekspirasi mengembung dan inspirasi akan mengempis apabila terjadi kelumpuhan diafragma
AUSKULTASI	Bising usus : Normal Bising usus adalah 5 – 20 kali permenit (Potter dan Perry.2010). 5 – 15 kali permenit (Patricia Morton,2003). 5 – 34 kali/menit (Bickly, 2007)	Ketidaknormalan bisa dikatan hiperaktif bila lebih dari normal, hipoaktif bila kurang dari normal dan absent bila tidak terdengar. Bising usus yang tidak normal menandakan pasien mengalami diarea, obstruksi usus, ileus paralitik dan peritonitis
	Vaskulerisasi: Normal pemeriksaan vaskuler tidak terdengar bunyi vaskuler	Suara bruit's (desiran) menandakan adanya stenosis arteri ginjal disebabkan hipertensi
PERKUSI	Organ berongga : lambung, usus, kandung kemih, aorta akan berbunyi **Tympani** Organ padat : Hati, pancreas, ginjal dan kandung kemih penuh akan terdengar **dullneus/ pekak / redup**	Hati: Normal jarak batas atas dan bawah adalah 6 – 12 cm. Pada saat dicurigai ada pembesaran hati maka area batas bawah yang berbunyi pekak seharusnya bergerak menurun 2 -3 cm

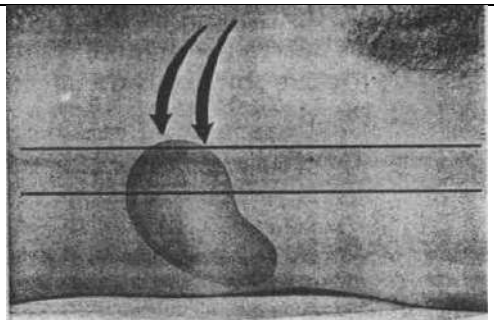
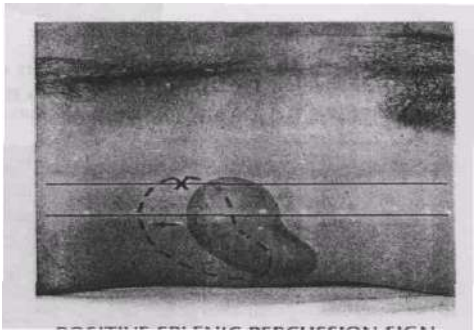
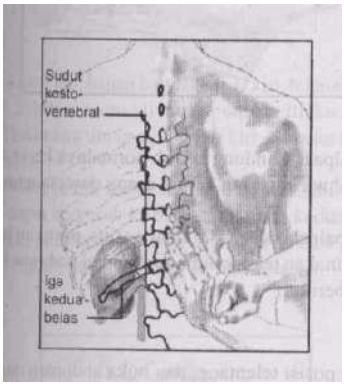
CHECKLIST PEMERIKSAAN FISIK ABDOMEN

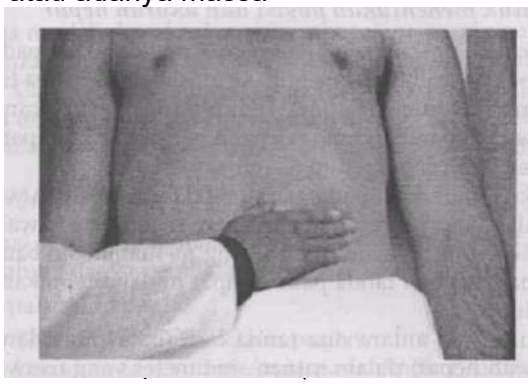
Berikan Nilai kinerja disetiap langkah atau kegiatan yang diamati dengan menggunakan skala penilaian sebagai berikut :
0 = Tidak Dikerjakan (langkah atau kegiatan yang seharusnya dilakukan, saat dilakukan pengamatan atau observasi tidak dikerjakan oleh peserta didik.
1= Perlu Perbaikan (langkah atau 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	KEGIATAN	NILAI			C	D	Act	Max
		0	1	2				
TAHAP PREINTERAKSI								
1	Verifikasi order				2	1		4
2	Cuci tangan				2	1		4
3	Persiapan alat a. Sarung tangan bersih b. Stetoskop c. Midline				2	1		4
TAHAP ORIENTASI								
4	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien				2	1		4
6	Beri kesempatan klien untuk bertanya				2	1		4
TAHAP KERJA								
7	Jaga privasi klien (tutup sampiran,pintu)				2	1		4
8	Atur posisi klien supine				2	1		4
9	Buka baju klien pada area abdomen				2	1		4
10	**INSPEKSI** a. Kaji kesimetrisan dari abdomen b. Kaji perubahan warna (kemerahan, lesi, striae, scars, peregangan vena, jaundice) c. Kaji terhadap umbilikus d. Kaji distensi abdomen, apabila ditemukan distensi ukur lingkar perut pasien e. Kaji ketegangan pada kulit f. Kaji gerakan kulit abdomen saat inspirasi dan ekspirasi				2	2		8
11	**AUSKULTASI** a. Hangatkan diafragma stetoskop b. Minta klien untuk tidak berbicara, letakkan diafragma stetoskop pada empat kuadrat searah jarum jam. Dengarkan suara bising usus atau peristaltik usus " gurgling atau bubbling (Klik atau berkumur)" , normal 5 – 20 kali dalam satu menit. Penilaian hanya ada normal, Hiperaktif, Hipoaktif , dan tidak ada (absen) apabila belum terdengar ulangi 1 menit kemudian dan untuk setiap pemidahan antar kuadran.				2	3		12

12	**c.** Ganti dengan stetoskop bagian bell untuk mendengarkan suara vaskuler aorta, arteri ginjal dan arteri ilius dari suara **bruit's (desiran).** Jika terdengar suara bruit's maka hentikan pemeriksaan untuk perkusi dan palpasi. Perkusi dan palpasi pada bruit's dapat mengakibatkan rupture karena kelemahan dinding pembuluh darah.  				2	3		12
13	d. Lakukan pemeriksaan suara gesekan **(friction rubs)** pada limpa dan hati. Pada limpa letakkan stetoskop pada area batas bawah tulang rusuk di garis aksila anterior dan minta pasien untuk menarik nafas dalam. Untuk gesekan pada hati letakkan stetoskop pada sisi bawah kanan tulang rusuk				2	3		12
14	**PERKUSI** a. Lakukan perkusi pada empat kuadrat untuk membedakan suara tympani dan dullness atau pekak  Pe at kuadran				2	3		12
15	**b. Pe** Perkusi hati gunakan garis imajiner midclavicula. Untuk batas atas hati maka bedakan dari suara resonan sampai ke suara pekak. Sedangkan untuk batas bawah hati bedakan suara tympani sampai ke suara pekak dimulai dibawah umbilikus. Berikan tanda pada batas tersebut dan gunakan midline untuk mengukur antara batas atas dan bawah. Bila diduga ada pembesaran hati ukur penurunan hati dengan meminta klien menarik nafas dalam dan menahannya saat anda perkusi ke				2	3		12

	atas kembali dari abdoemn di garis midclavicula kanan 							
16	**c. Perkusi Limpa** Anjurkan pasien tidur miring menghadap kekanan. Tarik garis imajiner anterioraxilla dan midaxilla. Lakukan perkusi untuk mencari batas atas dan batas bawah seperti pada perkusi hati. Kemudian ukur jarak antara batas atas dan batas bawah. Normal apabila spleen berada dibawah garis midaxilla. Apabila saat tidak tarik nafas tidak ditemukan suara pekak pada garis mid axilla atau anterioraxilla tapi masih dicurigai anjurkan pasien untuk tarik nafas dan tahan kemudian lakukan ulang kembali. Apabila disaat itu terdengar suara redup berarti tidak normal ada pembesaran (splenomegali)  (Gambar Normal Tanpa Bernafas)  (Gambar. Normal saat bernafas)				2	3		12

	 (Gambar. Pembesaran limfe tanpa bernafas)  (Gambar. Pembesaran limfe dengan bernafas)							
17	**d. Perkusi Ginjal** Anjurkan pasien untuk duduk, perkusi setipa sudut kostovertebral (sudut diatas setiap ginjal dan tepiannya dibentuk oleh kurva lateral dan bawah dari iga terbawah dan kolumna spinalis) Untuk lakukan perkusi menengah,letakkan telapak tangan kiri andasiatas sudut kostovetrebral dan dengan perlahan dan lembut pukul telapak tangan anda dengan kepalan tangan. Normal bila klien merasakan sensasi dipukul atau ditekan tapi tidak ada sensasi nyeri 				2	3		12
16	**PALPASI** **Teknik Palpasi** a. Teknik Palpasi Ringan Letakkan tangan kanan diatas abdomen dengan jari-jari ektensi dan berhimpitan.				2	3		12

	Dengan permukaan telapak jari-jari menekan sedikit sedalam 1 cm. Palpasi ini untuk mendeteksi are nyeri, penegangan abnormal atau adanya massa  b. berpengalaman) Dengan dua tangan menekan kulit dalam 2.5 – 7.5 cm untuk mendeteksi organ dan massa yang kurang jelas terlihat. Jangan gunakan palpasi pada daerah organ yang nyeri atau pada insisi bedah 							
17	**Palpasi Kandung Kemih** Palpasi kandung kemih dapat dilakukan dengan menggunakan satu atau dua tangan. Kandung kemih dapat teraba bila mengalami distensi akibat penimbunan urine. Bila ditemukan adanya distensi lakukan perkusi				2	3		12
TAHAP TERMINASI								
18	Evaluasi perasaan klien				2	1		4
19	Berikan reinforcemen 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				2	1		4
DOKUMENTASI								
23	Catat tindakan yang telah dilakukan (hasil penilaian kekuatan otot), respon klien				2	2		8
24	Catat hari, tanggal, jam pemeriksaan serta nama pemeriksa .				2	1		4
TOTAL NILAI								

Nilai: Nilaix Critically xDificultyx 100%

Jumlah maksimal skor

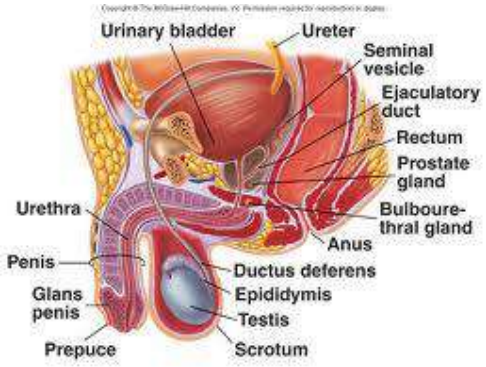
Yogyakarta,_____,___

Penguji

PEMERIKSAAN GENITALIA

Terkadang seorang pasien memerlukan pemeriksaan lengkap organ reproduksi wanita, termasuk menilai genitalia eksternal dan melakukan pemeriksaan vagina. Pemeriksaan alat kelamin eksternal dapat dilakukan saat melakukan tindakan perineal care atau saat insersi kateter urin. Pemeriksaan genitalia internal merupakan bagian dari tindakan preventif kesehatan setiap wanita, karena kanker ovarium menyebabkan lebih banyak kematian daripada kanker lain pada sistem reproduksi wanita.

Pemeriksaan genitalia pria dilakukan untuk menilai integritas genitalia eksterna, cincin inguinalis dan saluran. Pemeriksaan dimulai dengan terlebih dahulu meminta pasien untuk berkemih, pastikan ruangan hangat dan minta pasien untuk berbaring terlentang dengan dada, perut, dan kaki bagian bawah tertutup atau berdiri selama pemeriksaan. Gunakan sarung tangan bersih.



Anatomi genitalia pria

Pemeriksaan genitalia wanita

Teknik Pengkajian	Normal Temuan
Inspeksi - Kaji distibusi, penyebaran dan karakteristik rambut pubis - Kaji warna kulit, edema dan lesi - Buka labia mayor dan minor untuk pemeriksaan yang lebih dalam	- Distribusi rambut merata - Kulit vulva sedikit gelap daripada sekitarnya, tidak ada nodul, edema, ekimosis, lesi atau kemerahan - Labia mayor dan minor simetris, dengan permukaan halus atau kerut
- Kaji klitoris, meatus uretra, introitus vagina saat membuka labia minor	- Tidak ada lesi, lebar klitoris kurang dari 1cm dengan panjang kurang dari 2cm - Meatus uretra terlihat sebagai celah kecil dan warnanya sama dengan jaringan sekitar - Tidak ada discharge, kemereahan dan edema - Mukosa introitus berwarna merah muda dan lembab dan terdapat discharge berwarna jernih atau putih - Bebas dari bau dan tidak menonjol

Pemeriksaan genitalia pria

Area/Teknik Pengkajian	Normal Temuan
Rambut pubis - Kaji distibusi, penyebaran dan karakteristik rambut pubis	- Distribusi rambut menyerupai bentuk segitiga, kadang menyebar sampai pada abdomen
Penis - Kaji permukaan anterior dan posterior dengan mengangkat penis. Tarik kulup pada klien yang tidak disunat - Catat adanya lesi, edema dan inflamasi - Palpasi batang penis. Catat pulsasi, kekenyalan, pembengkakan, massa atau plak - Inspeksi meautus uretra. Catat lokasi, warna dan adanya discharge.	- Kulup mudah ditarik - Ukuran dan bentuk gland penis bervariasi - Terdapat sedikit smegma (berminyak, lembek yang terdiri dari deskuamasi sel epidermis dan sebum) - Pulsasi ada di sisi punggung penis. - Meatus terletak ditengah pada ujung penis dan berwarna merah muda
Scrotum - Gerakkan skrotum dengan lembut pada salah satu sisi untuk mengkaji kulit skrotum - Angkat sisi posterior - Catat lesi, inflamasi dan edema - Lakukan palpasi skrotum dimulai dari testis kanan, epididimidis, vas deferens, dan cincin inguinal	- Kulit skrotum tipis dan berkerut - Kulit skrotum menyelimuti testis dengan kuat pada usia muda dan memanjang serta lembek pada dewasa tua - Kantong skrotum kiri lebih rendah daripada kanan - Testis sensitive terhadap tekanan, kuat, berbentuk bulat, halus dan berukuran sama
Area Inguinal - Posisikan pasien untuk berdiri jika memungkinkan - Lakukan pemeriksaan pada saat istirahat terlebih dulu kemudian instruksikan untuk mengangkat tangan. Amati tonjolan. - Lakukan palpasi mulai sisi kanan klien - Tusuk kulit skrotum dengan jari telunjuk mengikuti korda spermatika menuju ke atas untuk merasakan cincin inguinal. - Mintalah klien untuk batuk atau mengangkat tangan untuk melihat adanya massa atau tonjolan. Mengangkat tangan dapat membuat hernia terlihat	- Area inguinal halus dan bebas dari edema dan tonjolan

CHECKLIST PEMERIKSAAN GENITALIA WANITA

No	Kegiatan	Nilai			C	D	Act	Max
		0	1	2				
	Tahap Preinteraksi							
1	Lihat catatan medis/ verifikasi				2	1		4
2	Cuci tangan				2	1		4
3	Persiapan alat: - Sarung tangan - Selimut - Perlak - Kapas - Senter				2	1		4
	Tahap Orientasi							
4	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien				2	1		4
6	Beri kesempatan klien untuk bertanya				2	1		4
	Tahap Kerja							
7	Jaga privasi klien (tutup sampiran,pintu)				2	1		4
8	Atur posisi klien supine				2	1		4
9	Anjurkan klien untuk membuka celana				2	1		4
10	Meminta klien untuk meletakkan kedua tumit pada dudukan. Jika tidak ada, bantú klien menaruh kedua kakinya di tepi ujung tempat pemeriksaan. Tutupi bagian klien yang tidak diamati dengan selimut atau kain.				2	1		4
11	Cuci tangan dan pakai sarung tangan				3	1		6
13	Lakukan perineal higiene sebelum dilakukan pemeriksaan genitalia				2	1		4
14	Amati kulit dan área pubis, perhatikan adanya lesi, eritema, fisura dan ekskorasi. Amati rambut pubis, perhatikan distribusi dan jumlahnya, bandingkan dengan usia perkembangan klien.				2	1		4
15	Pisahkan labia mayor dengan dua jari, amati bagian dalam labia mayor, labia minor, klitoris dan uretra. Perhatikan setiap ada pembengkakan, ulkus, rabas atau nodular.				3	1		6
16	Meminta klien untuk mengejan saat perawat menahan labia dalam posisi terbuka. Periksa apakah terdapat benjolan pada dinding anterior atau posterior vagina.				3	1		6
17	Memeriksa Kelenjar Skene untuk melihat adanya keputihan dan nyeri. Dengan Telapak tangan menghadap ke atas, masukkan jari telunjuk ke dalam vagina lalu dengan lembut mendorong ke atas mengenai uretra dan menekan kelenjar pada kedua sisi kemudian langsung ke uretra				2	2		8
18	Memeriksa Kelenjar Bartholin Untuk melihat apakah ada cairan dan nyeri. Masukkan Jari telunjuk ke dalam vagina di sisi bawah mulut vagina dan meraba dasar masing-masing labia majora. Dengan menggunakan jari dan ibu jari, mempalpasi setiap sisi untuk mencari apakah ada benjolan atau nyeri.				2	2		8
	Tahap Terminasi							

19	Evaluasi perasaan klien				2	1		4
20	Berikan reinforcemen positif				1	1		2
21	Kontrak pertemuan selanjutnya (waktu,kegiatan,tempat)				1	1		2
22	Akhiri kegiatan, ucapkan salam				1	1		2
23	Cuci tangan				2	1		4
	Tahap Dokumentasi							
24	Catat tindakan yang telah dilakukan (hasil penilaian kekuatan otot), respon klien				2	1		4
25	Catat hari, tanggal, jam pemeriksaan serta nama pemeriksa .				2	1		4
	JUMLAH							

Nilai: Nilaix Critically xDificultyx 100%
Jumlah maksimal skor

Yogyakarta,_____,___
Penguji

CHECKLIST PEMERIKSAAN GENITALIA PRIA

No	Kegiatan	Nilai			C	D	Act	Max
		0	1	2				
	Tahap Preinteraksi							
1	Lihat catatan medis/ verifikasi				2	1		4
2	Cuci tangan				2	1		4
3	Persiapan alat: - Sarung tangan				1	1		2
	Tahap Orientasi							
4	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5	Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada klien				2	1		4
6	Beri kesempatan klien untuk bertanya				1	1		2
	Tahap Kerja							
7	Jaga privasi klien (tutup sampiran,pintu)				1	1		2
8	Atur posisi klien supine				2	1		4
9	Anjurkan klien untuk membuka celana				1	1		2
	INSPEKSI							
10	Inspeksi rambut pubis, perhatikan penyebaran dan pola pertumbuhan rambut pubis. Catat bila rambut pubis tumbuh sedikit atau tidak sama sekali.				2	1		2
11	Inspeksi kulit, ukuran, dan adanya kelainan lain yang tampak pada penis				2	1		2
13	Pada pria yang tidak dikhitan, pegang penis dan buka kulup penis, amati lubang uretra dan kepala penis untuk mengetahui adanya ulkus, jaringan parut, benjolan, peradangan, dan rabas (bila pasien malu,penis dapat dibuka oleh pasien sendiri). Lubang uretra normalnya terletak di tengah kepala penis. Pada beberapa kelainan lubang uretra ada yang terletak di bawah batang penis (hipospadia) dan ada yang terletak di atas batang penis (epispadia)				3	2		12
14	Inspeksi skrotum dan perhatikan bila ada tanda kemerahan, bengkak, ulkus, ekskoriasi (goresan), atau nodular. Angkat skrotum dan amati area di belakang skrotum				2	1		4

	PALPASI							
16	Lakukan palpasi penis untuk mengetahui adanya nyeri tekan, benjolan, dan kemungkinan adanya cairan kental yang keluar.				2	1		4
17	Palpasi skrotum dan testis dengan menggunakan jempol dan tiga jari pertama. Palpasi tiap testis dan perhatikan ukuran, konstitensi, bentuk, dan kelicinannya. Testis normalnya teraba elastis,licin, tidak ada benjolan atau massa, dan berukuran sekitar 2-4 cm				2	2		8
18	Palpasi epidemis yang memanjang dari puncak testis ke belakang. Normalnya epididimis teraba lunak				2	2		8
19	Palpasi saluran sperma dengan jempol dan jari telunjuk. Saluran sperma biasanya ditemukan pada puncak bagian lateral skrotum dan teraba lebih keras daripada epidedimis.				2	2		8
20	Anjurkan klien untuk berdiri kemudian mengangkat kedua tangan ke atas. Amati adanya benjolan pada inguinal				3	1		6
21	Tusuk kulit skrotum dengan jari telunjuk mengikuti saluran spermatika menuju ke atas untuk merasakan cincin inguinal.				2	2		8
22	Minta klien untuk batuk atau mengangkat tangan. Amati adanya tonjolan				2	1		4
	Tahap Terminasi							
23	Evaluasi perasaan klien				2	1		4
24	Berikan reinforcemen positif				1	1		2
25	Kontrak pertemuan selanjutnya (waktu,kegiatan,tempat)				1	1		2
26	Akhiri kegiatan, ucapkan salam				1	1		2
27	Cuci tangan				2	1		4
	Tahap Dokumentasi							
28	Catat tindakan yang telah dilakukan (hasil penilaian kekuatan otot), respon klien				2	1		4
29	Catat hari, tanggal, jam pemeriksaan serta nama pemeriksa .				2	1		4
	JUMLAH							

Nilai: Nilaix Criticallyx xDificultyx 100%
Jumlah maksimal skor

Yogyakarta,_____,___
Penguji

Test 4

1. Urutan prosedur pada pemeriksaan fisik abdomen adalah?
   A. Inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi
   B. Inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi
   C. Inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi
   D. Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi
   E. Inspeksi, perkusi, auskultasi dan palpasi

2. Bising usus dapat didengarkan saat melakukan pemeriksaan abdomen dengan teknik?
   A. Inspeksi
   B. Perkusi

C. Auskultasi
D. Palpasi
E. Induksi

3. Bunyi normal suara perkusi pada organ lambung adalah?
   A. Resonan
   B. Dulness
   C. Pekak
   D. Tympani
   E. Sonor

4. Seorang lansia dirawat di rumah sakit karena mengalami permasalahan pada abdomen. Saat dikaji perawat, terdengan suara bising usus sebanyak 30x/ menit. Kondisi seperti apakah yang dapat menyebabkan keadan klien tersebut?
   A. Konsumsi buah
   B. Diare
   C. Konstipasi
   D. Berat badan kurang
   E. Berat badan berlebih

5. Menentukan batas atas organ hati dapat dilakukan melalui?
   A. Palpasi dalam pada kuadran kiri bawah dan diukur menggunakan midline
   B. Palpasi dalam pada kuadran kiri atas dan diukur menggunakan midline
   C. Perkusi dengan membedakan suaran tympani ke pekak pada area kuadran kiri atas
   D. Perkusi dengan membedakan suara resonan ke dulnes pada kuadran kanan atas
   E. Perkusi dengan membedakan suaran tympani ke dullness pada kuadran kanan bawah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Delaune, C. Sue., and Ladner, K. P. (2011). *Fundamentals of Nursing Standards and Practice*, 4th ed. Delmar: Cengage Learning
2. Kozier, B., Erb, G.,Berwan, A.J., & Burke,K. (2016). *Fundamentals of Nursing:Concepts, Process, and Practice.* New Jersey: Prentice Hall Health.
3. Perry A.G., Potter P.A., Ostendorf W. (2014). *Clinical Nursing Skills and Techniques*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc
4. Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set) .* Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
5. Rosdahl, B. C., and Kowalski, T. M. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar, Volume 2*, edisi 10. Jakarta: EGC
6. Lynn, P (2011). *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills*. 3rd ed. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.Philadelphia.

MODUL 2
PRAKTIKUM PEMERIKSAAN PENUNJANG

PENDAHULUAN

Pemeriksaan diganostik dan laboratorium merupakan sarana yang dapat memberikan informasi lebih tentang klien. Pemeriksaan ini juga dapat digunakan sebagai skrining dasar status kesehatan pada seseorang. Seorang perawat tentunya membutuhkan pengetahuan terkait pemeriksaan laboratorium dan diagnostic yang paling umum karena salah satu peran pokok perawat adalah memberikan informasi dan mengajarkan klien dan keluarga tentang persiapan prosedur pemeriksaan dan cara perawatan yang mungkin dibutuhkan pada saat pemeriksaan. Perawat juga harus mengetahui implikasi hasil pemeriksaan untuk memberikan asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Specimen pemeriksaan laboratorium seperti darah, urin, feses, dan sputum memberikan tambahan informasi yang penting untuk mendiagnosa masalah kesehatan dan memberikan sebuah ukuran respon terhadap terapi

Modul 2 ini berisi pelajaran dan pengetahuan tentang ketrampilan dalam pemeriksaan laboratorium yang sering dilakukan oleh seorang perawat sebagai sarana penunjang untuk mengkaji status kesehatan klien.

Setelah mempelajari modul 2 mahasiswa diharapkan mampu:

1) Mengetahui tujuan pengambilan sampel pada klien
2) Mendemonstrasikan ketrampilan pengambilan sampel darah vena, dan
3) Mendemonstrasikan ketrampilan pengambilan sampel sputum, urin dan feces.

Setiap prosedur/ ketrampilan dalam modul 2 ini dilengkapi dengan checklist prosedur yang berguna untuk menuntun mahasiswa melakukan prosedur secara sistematis. Agar dapat memahami modul 2 ini dengan mudah, kegiatan dalam prosedur pengambilan sampel dalam modul ini dibagi menjadi dalam 2 kegiatan praktikum. Kegiatan praktikum tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) Kegiatan Praktikum 1
   Mempelajari tentang prosedur pemeriksaan laboratorium pengambilan darah vena
2) Kegiatan Praktikum 2
   Mempelajari tentang prosedur pemeriksaan laboratorium pengambilan sampel sputum, urin dan feces.

Modul 2 ini juga dilengkapi dengan tes berupa pertanyaan-pertanyaan dalam bentuk *multiple choice* yang dapat digunakan untuk menilai tingkat kesiapan dan atau pemahaman mahasiswa dalam pembelajaran praktikum.

PRAKTIKUM 1
PENGAMBILAN SAMPEL DARAH

PENGERTIAN:

Perawat berkontribusi dalam pengkajian status kesehatan pasien melalui pengumpulan specimen cairan tubuh. Pemeriksaan darah merupakan pemeriksaan diagnostic yang sering digunakan yang dapat memberikan informasi penting terkait sistem hematologi dan sistem tubuh yang lain. Pengambilan sampel ini dapat dilakukan oleh berbagai petugas kesehatan, termasuk perawat.

Jenis pemeriksaan darah meliputi:

b. Pemeriksaan darah lengkap/ *Complete Blood Count* (CBC) : CBC terdiri dari pengukuran jumlah masing-masing komponen sel darah merah, komponen sel darah putih, hemoglobin dan hematocrit.
c. Serum elektrolit: merupakan pemeriksaan skrining untuk elektrolit dan keseimbangan asam basa. Pemeriksaan elektrolit yang paling sering dilakukan adalah sodium, potassium, chloride dan bikarbonat. Pemeriksaan ureum dan kreatinin juga rutin dilakukan untuk menilai fungsi ginjal.
d. Osmolaritas serum: merupakan ukuran konsentrasi zat terlarut dalam darah. Pertikel ini meliputi ion sodium, glukosa, dan urea (BUN). Nilai normal osmolaritas adalah 280 – 300 mOsm/kg.
e. Monitoring obat: dilakukan ketika klien mengkonsumsi obat dengan jarak terapi yang sempit, contoh digoxin, aminoglycoside, theophylline).
f. Arterial Blood Gases
g. Kimia darah: untuk menentukan enzim tertentu yang mungkin ada dalam darah, seperti creatinine kinase, aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase, serum glukosa, hormone tiroid, trigliserid, dll.
h. Pemeriksaan glukosa kapiler: mengukur level glukosa darah saat ini untuk pemeriksaan rutin atau ketika pengukuran melalui darah vena tidak dapat dilakukan.

Nilai normal pemeriksaan darah lengkap pada orang dewasa dapat dilihat dalam tabel berikut:

No	Komponen	Laki-laki	Perempuan
1	Red Blood Cell (RBC)	4.6 – 6.0 juta/mm3	4.0 – 5.0 juta/mm3
2	Hemoglobin (HGB)	13.5 – 18 g/dL	12- 15 g/dL
3	Hematocrit (HCT)	40 – 54%	36 – 45%
4	RBC indices	80 - 98µm3	78 - 102µm3
5	White Blood Cell (WBC)	4500 – 11000/mm3	4500 – 11000/mm3
6	Neutrophils	50 – 70%	50 – 70%
7	Lymphocytes	23 – 35%	23 – 35%
8	Monocytes	4 -6%	4 -6%
9	Eosinophils	1 – 3%	1 – 3%
10	Basophils	0.4 – 1.0%	0.4 – 1.0%
11	Platelet	150000 – 400000/mm3	150000 – 400000/mm3

TUJUAN:

- Skrining status kesehatan
- Menilai fungsi sistem hematologi dalam tubuh
- Memberikan informasi penunjang dalam mendiagnosis masalah kesehatan

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN:

- Spuit dan jarum steril
- Kapas alcohol 70 %
- Tabung darah

- Perlak
- Pembendung (tourniquet)
- Piala ginjal (bengkok)
- Plester dan gunting
- Label nama dan formulir pemeriksaan/laboratorium

LANGKAH KERJA:

PERSIAPAN PASIEN

1. Mengidentifikasi pasien
2. Memberitahu pasien tentang prosedur yang akan dilakukan
3. Menyiapkan lingkungan pasien

Contoh formulir pemeriksaan laboratorium



Nama Pasien : .....
Umur : ..... L / P
BB / TB : ..... kg / ..... cm
Alamat : .....
Telpon : .....

Dokter Pengirim : .....
Alamat : .....
Petugas Sampel : .....
Telpon : .....
Paraf : .....

Tanggal : ...../...../.....
Keterangan klinis : .....
.....

FORMULIR PERMINTAAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM

HEMATOLOGI
- ☐ Rutin (Hb,Le,Er,Dif,LED)
- ☐ Darah Lengkap (Hb,Leu,Eri,Index Eri,Ht,Trom)
- ☐ Hemoglobin
- ☐ Leukosit
- ☐ Eritrosit
- ☐ Hematokrit
- ☐ Trombosit
- ☐ Hitung jenis
- ☐ MCV/MCH/MCHC
- ☐ Retikulosit
- ☐ Sel. LE
- ☐ LED
- ☐ Golongan darah
- ☐ Coomb's Test
- ☐ Masa Pendarahan
- ☐ Masa Pembekuan
- ☐ PT
- ☐ INR PT
- ☐ APTT
- ☐ Fibrinogen
- ☐ D-Dimer
- ☐ Ferritin
- ☐ Malaria
- ☐ Gambaran Darah Tepi
- ☐ Gambaran Sumsum - Tulang (BM)

PROFIL DM
- ☐ Glukosa Puasa (*)
- ☐ Glukosa PP
- ☐ Glukosa Sewaktu
- ☐ OGTT
- ☐ Kurva Harian
- ☐ HbA1c
- ☐ C peptide (*)

LAIN-LAIN
- ☐ Serum Iron
- ☐ TIBC
- ☐ Mantoux Test

(*) : puasa 8 - 12 jam
(*) : urine 24 jam

KIMIA KLINIK

FUNGSI HATI
- ☐ Protein Total
- ☐ Albumin
- ☐ Globulin
- ☐ Prot. Elektroforese
- ☐ Bilirubin Total
- ☐ Bilirubin Direk
- ☐ Bilirubin Indirek
- ☐ SGOT
- ☐ SGPT
- ☐ GGT (*)
- ☐ Alk. Phosphatase

FUNGSI JANTUNG
- ☐ CPK / CK-NAC
- ☐ CK-MB
- ☐ a HBDH
- ☐ LDH
- ☐ Troponin T
- ☐ Troponin I
- ☐ hs-CRP

FUNGSI GINJAL
- ☐ Ureum
- ☐ Kreatinin
- ☐ Asam Urat (*)
- ☐ Klirens Kreatinin (*)
- ☐ Mikroalbumin (*)

FUNGSI PANCREAS
- ☐ Amilase
- ☐ Lipase

PROFIL LEMAK
- ☐ Kolesterol Lengkap
- ☐ Kolesterol Total
- ☐ HDL
- ☐ LDL
- ☐ Trigliserida (*)
- ☐ Lipid Total

IMUNOSEROLOGY
- ☐ CRP
- ☐ CRP Kuantitatif
- ☐ Widal
- ☐ Rh Faktor
- ☐ ASTO
- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Dengue IgG/IgM
- ☐ Dengue Ns1
- ☐ Dengue Duo
- ☐ Salmonella IgM
- ☐ Malaria Antigen
- ☐ Chikungunya Igm
- ☐ HIV Duo

TORCH
- ☐ Toxoplasma IgG
- ☐ Toxoplasma IgM
- ☐ Rubella IgG
- ☐ Rubella IgM
- ☐ CMV IgG
- ☐ CMV IgM
- ☐ Herpes (HSV) IgG
- ☐ Herpes (HSV) IgM

TUMOR MARKER
- ☐ PSA
- ☐ CEA
- ☐ Ca 125
- ☐ Ca 15.3
- ☐ Ca 19.9
- ☐ AFP

HEPATITIS
- ☐ HbsAg
- ☐ Anti Hbs
- ☐ Anti Hbc
- ☐ Anti Hbc IgM
- ☐ HbeAg
- ☐ Anti Hbe
- ☐ HCV
- ☐ Anti HCV
- ☐ Anti HCV IgM
- ☐ Anti HAV
- ☐ Anti HAV IgM

ENDOKRINOLOGI

HORMON / THYROID
- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ Free T3
- ☐ Free T4
- ☐ TSH

REPRODUKSI
- ☐ Tes Kehamilan
- ☐ B HCG
- ☐ FSH
- ☐ LH
- ☐ Prolactin
- ☐ Estrogen
- ☐ Testoteron
- ☐ Progresteron

URINALISA
- ☐ Urin Lengkap
- ☐ Glukosa
- ☐ Protein
- ☐ Bilirubin
- ☐ Urobilinogen
- ☐ PH
- ☐ BJ
- ☐ Darah
- ☐ Keton
- ☐ Nitrit
- ☐ Leukosit
- ☐ Sedimen
- ☐ Esbach
- ☐ Bence Jones
- ☐ Na,K,Cl
- ☐ Ca, Phosphor

FAECES
- ☐ Rutin
- ☐ Sisa Pencernaan
- ☐ Darah Samar
- ☐ Telur Cacing
- ☐ Amuba

ELEKROLIT
- ☐ Na, K, Cl Paket
- ☐ Natrium
- ☐ Kalium
- ☐ Chlorida
- ☐ Calsium
- ☐ Phosphor
- ☐ Magnesium

NAPZA
- ☐ Amphethamine
- ☐ Methampethamine
- ☐ Benzodiazepine
- ☐ Cocaine
- ☐ Opiate /Morphine
- ☐ THC/Marijuana
- ☐ Barbiturat
- ☐ Paket 3 (Amp,THC,Opi)
- ☐ Paket 5 (Amp,THC,Opi,Met,Bzo)
- ☐ Paket 6 (Amp,Met,Bzo,Coc, Opi,THC)

MIKROBIOLOGI

DIREC PREPARAT
- ☐ Prep Gram
- ☐ Malaria
- ☐ Filaria
- ☐ Jamur/Amuba
- ☐ Cell Candida
- ☐ Trichomonas Vaginalis
- ☐ GO
- ☐ C. Diftheri
- ☐ BTA
- ☐ Feses Rutin
- ☐ Telur Cacing

BIAKAN KULTUR
- ☐ C. Diftheri,Jamur, Kuman An Aerob
- ☐ Vibrio Cholera, E.Coli
- ☐ Salmonela, Shigella
- ☐ MO
- ☐ GO

BIAKAN + RESISTENSI
- ☐ Resistensi MO
- ☐ Resistensi GO
- ☐ Resistensi darah, urin
- ☐ Resistensi anaerob

Jenis tabung untuk pemeriksaan darah :

Tube caps can be removed for use with a needle and syringe.

Order of Draw	Contents	Test
	Aerobic Anaerobic	Blood Cultures (paired bottles)
Blue	Sodium Citrate	Coag Studies INR, APTT, PT, Fibrinogen, D-Dimer
White	GEL (Serum - Fast Clotting)	PSA, Tumour Markers, Iron Studies, B12, Folate, Drugs, Hormone Levels, EPG, CRP, TFT U&E, LFT, CK, LD, Ca, Phos, Creatinine, Magnesium, Lipids, Troponin, Lithium, Vitamin D, Auto antibody tests, Viscosity
Green/Black	Heparin	Cholinesterase, Lymphocyte Surface Markers, Cytogenetics, Clozapine, Perhexiline, T Cell subsets, HLA-B27
Purple	EDTA 10ml	Blood Group & Match, Direct Anti-globulin (Coombs) Antenatal Group and Screen, Blood borne Viral PCR tests: RNA, DNA, Viral Load, Genotype
Purple	EDTA 4ml	CBE, ESR, Haemoglobin, HbA1c, Haemoglobinopathy/Thalassaemia Screen, Red Cell Folate, Lead, Mercury, Haemochromatosis, Cyclosporin, Tacrolimus
Purple/Yellow	EDTA + GEL 5ml	Homocysteine
Grey	Fluoride EDTA	Glucose, Alcohol, Lactate

CHEKLIST KETRAMPILAN PENGAMBILAN DARAH VENA

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI			C	D	Act	Max
A	**TAHAP PREINTERAKSI**	0	1	2				
	a. Cek catatan perawatan dan catatan medik				2	1		4
	b. Siapkan formulir laboratorium				1	1		2
	c. Cuci tangan				3	2		12
	d. Persiapan alat : ▪ Spuit (Ukuran disesuaikan kebutuhan) ▪ Tabung/botol ▪ Kapas alkohol ▪ Torniquet ▪ Sarung tangan bersih ▪ Perlak/pengalas ▪ Bengkok ▪ Plester ▪ Gunting plester				2	1		4
	5. Beri label pada tabung (nama, tanggal, ruang perawatan)				3	1		6
B	**TAHAP ORIENTASI**							
	1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
	2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan yang akan dilakukan kepada klien				1	1		2
C	**TAHAP KERJA**							
	1. Berikan kesempatan klien untuk bertanya				1	1		2
	2. Menanyakan keluhan utama klien				1	1		2
	3. Memulai tindakan dengan cara yang baik				1	1		2
	4. Jaga privasi klien				1	1		2
	5. Dekatkan peralatan pada kliem				1	1		2
	6. Atur posisi klien agar nyaman				1	1		2
	7. Identifikasi tempat penusukan				3	3		18
	8. Posisikan klien dengan lengan ekstensi dengan telapak tangan di atas meja atau bantal				2	1		4
	9. Pasang torniquet sekitar 5 – 10 cm di atas tempat penususkan, cek adanya denyutan distal				2	1		4
	10. Pasang pengalas				1	1		2
	11. Instruksikan klien untuk membuka dan mengepalkan tangan beberapa kali				2	1		4
	12. Desinfeksi daerah penusukan dengan kapas alkohol dengan gerakan sirkuler dengan arah dari dalam keluar atau dengan usapan satu arah				3	1		6
	13. Tempatkan ibu jari tangan pada vena daerah distal dari tempat penusukan ($\pm$ 3 cm) tekan sampai kulit di atas vena tersebut menegang				3	2		12
	14. Masukkan jarum dengan sudut 30^o dengan lubang jarum menghadap ke atas				3	3		18
	15. Bila sudah masuk dalam vena tarik spuit dengan hati-hati dan perhatikan adanya aliran darah yang keluar				3	3		18
	16. Lanjutkan memasukkan jarum dengan hati-hati jika aliran darah yang keluar lambat. Bila sudah masuk dalam vena pertahankan sampai jumlah darah yang				3	3		18

	diinginkan tercapai.							
	17. Lepaskan torniquet dengan tangan yang lain				3	1		6
	18. Lakukan aspirasi, kemudian tarik jarum dengan cepat ketika volume darah yang diinginkan tercapai				2	2		8
	19. Tempatkan kapas alkohol dan lakukan penekanan selama satu atau dua menit atau sampai darah berhenti (bila perlu diplester)				2	1		4
	20. Pindahkan darah dari spuit ke tabung spesimen. Putar tabung perlahan jika terdapat zat tambahan (EDTA)				3	1		6
	21. Inspeksi daerah penusukan terhadap adanya perdarahan				2	1		4
	22. Bantu klien ke posisi yang nyaman				1	1		2
	23. Kembalikan peralatan : ▪ Buang spuit dan jarum yang telah digunakan ke dalam bengkok ▪ Lepas sarung tangan ▪ Bereskan alat				1	1		2
D	**TAHAP TERMINASI**							
	1. Evaluasi hasil yang dicapai (subjektif dan objektif)				1	1		2
	2. Beri reinforcement positif pada klien				1	1		2
	3. Kontrak pertemuan selanjutnya				1	1		2
	4. Mengakhiri pertemuan dengan baik				1	1		2
	5. Cuci tangan				3	2		12
E.	**DOKUMENTASI**							
	Dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan beserta respon klien				3	2		12
	Jumlah Total Nilai							

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100%
Jumlah maksimal score

Yogyakarta,_____,_
Penguji

Test 1

1. Seorang lansia datang ke klinik dengan keluhan lemah, letih dan lesu. Dokter mencurigai klien mungkin mengalami anemia. Apakah jenis pemeriksaan darah yang tepat untuk kasus diatas?
   a. Pemeriksaan glukosa darah
   b. Pemeriksaan biokimia darah
   c. Pemeriksaan darah lengkap
   d. Pemeriksaan enzim dalam darah
   e. Pemeriksaan kadar hormone dalam darah

2. Seorang pasien laki-laki berusia 32 tahun dirawat di rumah sakit karena demam tinggi akibat proses infeksi. Nilai komponen darah manakah yang mendukung diagnosa klien tersebut?
   a. Hemoglobin 10 g/dL
   b. Sel darah merah 4 juta/mm3
   c. Hematocrit 40%
   d. Trombosit 350000/mm3
   e. Angka leukosit 12000/mm3

3. Jenis tabung yang perlu disiapkan ketika perawat akan melakukan pemeriksaan darah lengkap, adalah?

a. Warna biru
b. Warna violet
c. Warna hijau
d. Warna abu-abu
e. Warna putih

4. Pada pengambilan sampel darah, setelah jarum masuk ke pembuluh darah, maka langkah perawat selanjutnya adalah?
   a. Melakukan aspirasi untuk memastikan jarum tepat berada di vena
   b. Menarik sejumlah darah yang diperlukan
   c. Melepaskan tourniquet
   d. Menarik jarum keluar
   e. Melakukan disinfeksi tempat penusukan

5. Niai normal hemoglobin pada wanita adalah?
   a. 10 – 13 g/dL
   b. 13 – 16 g/dlL
   c. 12 – 16 g/dL
   d. 12 – 15 g/dL
   e. 11 – 15 g/dL

PRAKTIKUM 2
PENGAMBILAN SAMPEL SPUTUM, URIN DAN FECES

PENGAMBILAN SAMPEL SPUTUM

PENGERTIAN

Pengambilan dahak atau sputum dari bronchi dan trachea untuk bahan pemeriksaan.Pemeriksaan sputum dilakukan jika diduga pasien terdapat penyakitparu-paru.Membran mukosa seluruh pernafasan berespon terhadap inflamasi dengan meningkatkan keluaran sekresi yang sering mengandung mikroorganisme penyebab penyakit. Pemeriksaan sputum mencakup jenis pemeriksaan:

1) ***Pewarnaan gram***
   Pemeriksaan dengan perwanaan gram dapat memberikan informasi tentang jenis mikroorganisme untuk menegakan diagnosis presumatif.
2) ***Kultur sputum***
   Pemeriksaan kultur sputum dilakukan untuk mengidentifikasi organisme spesifik guna menegakan diagnosis definitif.
3) ***Sensitivitas***
   Pemeriksaan sensitivitas berfungsi sebagai pedoman terapi antibiotik dengan mengindentifikasi antibiotik yang mencegah pertumbuhan organisme yang terdapat dalam sputum.
4) ***Basil tahan asam (BTA)***
   Pemeriksaan BTA dilakukan untuk menentukan adanya mycobacterium tuberculosis.
5) ***Sitologi***
   Pemeriksaan sitologi ditujukan untuk mengidentifikasi adanya keganasan pada paru-paru.
6) ***Tes kuantitatif***
   Pemeriksaan kuantitatif yaitu pengumpulan sputum selama 24-72 jam.

TUJUAN

Menyediakan bahan sputtum yang dikeluarkan dari bronchi dan trachea sebagai bahan pemeriksaan untuk mengetahui tahan asam dan microorganisme yang ada dalam tubuh pasien.

INDIKASI

Pasien yang mengalami infeksi dan peradangan saluran pernafasan.

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

Untuk mempersiapkan hasil basil tahan asam (BTA).

Persiapan alat:

a) Sputtum pot (tempat ludah) yang ditutup.
b) Botol tempat bahan pemeriksaan.
c) Formulir pemeriksaan dan label etiket.

LANGKAH KERJA:

Penatalaksanaan:

a) Klien diminta untuk membatukan dahak (sputtum) kedalam sputtum pot yang telah disediakan.
b) Dahak diambil sekurang-kurangnya diambil 5cc. Lalu dimasukan kedalam botol.
c) Botol diberi etiket dan bersama formulir pemeriksaan yang telah diisi lengkap dan segera dikirim ke laboratorium

HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN

a) Dahak (sputtum) yang diambil tidak boleh bercampur dengan ludah, benar yang benar-benar dari dalam paru,terutama sputum yang timbul pada pagi hari.
b) Bahan pemeriksaan harus dahak segar, kental, berwarna atau berdarah.
c) Pada anak-anak, sebagai pengganti dahak (sputtum) bahan pemeriksaan diambil dengan cara menyadap cairan atau getah lambung.

CHECKLIST KETERAMPILAN PENGAMBILAN SAMPEL SPUTUM

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				1	1		2
2	Persiapan alat a) Sputtum pot (tempat ludah) yang ditutup. b) Botol tempat bahan pemeriksaan. c) Formulir pemeriksaan dan label etiket.				1	1		2
3	Lakukan cuci tangan				1	1		2
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				1	1		2
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				1	1		2
7.	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
8.	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
9	Klien diminta untuk membatukan dahak (sputtum) kedalam sputtum pot yang telah disediakan.				1	3		6
10	Dahak diambil sekurang-kurangnya diambil 5cc. Lalu dimasukan kedalam botol.				2	2		8
11	Botol diberi etiket dan bersama formulir pemeriksaan yang telah diisi lengkap dan segera dikirim ke laboratorium				2	1		4
D.	**Fase Terminasi**							
12	Bereskan alat				1	1		2
13	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
14	Berikan reinforcement positif				1	1		2
15	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
16	Akhiri kegiatan				1	1		2
18	Cuci tangan				1	1		2
E.	**Fase Dokumentasi**							
19	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				1	1		2
	Jumlah							48

Nilai Act = Nilai skor x C x D

Nilai = $\frac{Jumlah\ Total\ Nilai\ Act}{Jumlah\ Nilai\ Maks}\ x\ 100$

Nilai = $\frac{\quad}{48}\ x\ 100$ =

Yogyakarta,_____,___

Penguji

PENGAMBILAN SAMPEL FECES

PENGERTIAN

Specimen feces dapat memberikan informasi tentang kondisi kesehatan klien. Sebelum melakukan analisa feces, perawat harus mengetahui alasan dilakukan pengambilan sampel dan metode pengambilan dan penanganan sampel yang tepat. Dalam pengambilan sampel feces, perawat perlu menginstruksikan agar klien:

- Defekasi di bedpan atau di toilet terdekat dengan tempat tidur
- Jika memungkinkan, hindari kontaminasi dengan urin atau darah menstruasi
- Jangan buang tisu toilet dalam bedpan setelah defekasi.
- Beritahu perawat segera setelah defekasi, khususnya pada specimen yang perlu dikirim ke laboratorium segera

Indikasi dilakukannya pemeriksaan feces

1. Adanya diare dan konstipasi
2. Adanya ikterus
3. Adanya gangguan pencernaan
4. Adanya lendir dalam tinja
5. Kecurigaan penyakit gastrointestinal
6. Adanya darah dalam tinja

Prosedur pengambilan feses:

1. Defekasi spontan
2. Rectal Touch (Khusus untuk pasien yang tidak mampu defekasi

TUJUAN

- Memastikan keberadaan darah pada organ tertentu yang tidak diketahui
- Menganalisa produk makanan dan sekresi pencernaan
- Mendeteksi adanya telur parasit dan parasite
- Mendeteksi adanya bakteri atau virus

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN:

- Sarung tangan bersih
- Aplikator kayu
- Bedpan, atau plastic toilet
- Label specimen
- Tabung specimen
- Plastic biohazard

LANGKAH KERJA:

***CHECKLIST* PEMERIKSAAN SAMPEL SPESIMEN FESES**

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	Act	Max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat - Sarung tangan bersih - Perlak - Bengkok - Tabung specimen - Vaselin/ Jelly - Duk (untuk metode rectal touch)				2	1		4
3	Lakukan cuci tangan				2	1		4

B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
Sampel Spesimen Feses Defekasi Spontan								
8.	Pakai sarung tangan bersih				1	1		2
9.	Instruksikan pasien untuk defekasi secara spontan (beri kebebasan pasien untuk memilih tempat defekasi, di tempat tidur atau d toilet jika memungkinkan				1	1		2
10.	Atur posisi senyaman mungkin				2	1		4
11	Sediakan tempat untuk menampung specimen feses				2	1		4
13.	Ambil secukupnya specimen feses dan masukan kedalam tabung specimen kemudian tutup tabung specimen				2	2		8
14.	Observasi warna, konsistensi, lendir, darah, telur cacing dan adanya parasit pada sampel				2	2		8
Sampel Spesimen Feses (Rectal Touch)								
15.	Pakai sarung tangan bersih				2	1		4
16.	Posisikan pasien dorsal recumben				2	1		4
17.	Pasang perlak dibawah gluteal				2	1		4
18	Pasang Duk Besar							
	Instruksikan ke pasien untuk tidak menahan ketika telunjuk pemeriksa mulai masuk ke dalam anus				2	1		4
19	Telunjuk diberi vaselin lalu dimasukkan ke dalam anus secara perlahan dengan arah keatas kemudian diputar kekiri dan kekanan sampai teraba tinja Setelah dapat				2	2		8
20	dikeluarkan perlahan – lahan lalu dimasukkan ke dalam tempatnya				2	1		4
21	Anus dibersihkan dengan kapas lembab dan keringkan dengan tissue.				2	1		4
D.	**Fase Terminasi**							
22	Bereskan alat				1	1		2
23	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
24	Berikan reinforcement positif				1	1		2
25	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
26	Akhiri kegiatan				1	1		2
27	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							
28	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4
	JUMLAH							

Nilai Act = Nilai skor x C x D

Nilai = $\frac{Jumlah\ Total\ Nilai\ Act}{Jumlah\ Nilai\ Maks} x\ 100$

Yogyakarta,_____,___

Penguji

PENGAMBILAN SAMPEL URINE

PENGERTIAN

Perawat bertanggungjawab untuk mengumpulkan specimen urin untuk pemeriksaan: specimen urin bersih untuk rutin urin analisis, dan specimen urin midstream untuk kultur dan specimen urin sewaktu untuk beberapa pemeriksaan tergantung dari permasalahan kesehatan klien. Pengambilan sampel urin melalui kateter dapat juga diperlukan pada pemeriksaan tertentu. Beberapa jenis pemeriksaan urin, diantaranya:

- Pemeriksaan urin bersih umumnya digunakan untuk pemeriksaan rutin. Pemeriksaan urin rutin terdiri dari 2 komponen, yakni: pemeriksaan makroskopi meliputi warna, penampilan, bau, pH, protein, glukosa, keton, darah, bilirubin dan urobilirubin, nitrat dan leukosit dan mikroskopi yang meliputi RBCs, WBCs, sel epitel, Kristal, dan substansi lain seperti bakteria, mucus, spermatozoa dan parasit. Waktu yang paling tepat untuk pengambilan specimen untuk pemeriksaan rutin adalah urin yang pertama kali keluar di waktu pagi hari.
- Pemeriksaan urin midstream dilakukan jika ada permintaan untuk dilakukan urin kultur guna mengidentifikasi mikroorganisme yang menyebabkan infeksi saluran kencing.
- Pemeriksaan urin tunggal: pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan efisiensi ginjal, menentukan gangguan metabolism glukosa, menentukan level komponen urin tertentu seperti albumin, kreatini, albumin, dll
- Pemeriksaan specimen urin 24 jam. Urin biasanya ditampung selama 24 jam atau selama beberapa sesi dalam periode 24 jam, tergantung pada program pemeriksaan.

Nilai normal unsur dalam urin, sbb:

- pH 4.6–8.0 pada dewasa dan anak, 5.0–7.0 untuk bayi
- Warna kekuning-kuningan
- Berat jenis 1.010–1.020
- Protein: Qualitative tidak ada, Quantitative 10–100 mg/24 h
- Glukosa tidak ada
- Keton tidak ada
- Darah 0–2 RBCs

TUJUAN

- Mengidentifikasi komponen urin
- Menentukan adanya obat-obatan legal dan illegal
- Menentukan kehamilan
- Mengkaji adanya infeksi

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN:

- Sarung tangan bersih
- Bedpan, urinal
- Label specimen
- Tabung specimen steril
- Plastic biohazard
- Formulir permintaan pemeriksaan

LANGKAH KERJA:

CHECKLIST PEMERIKSAAN SAMPEL SPESIMEN URIN

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	KEGIATAN	NILAI			C	D	Act	Max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat - Sarung tangan bersih - Perlak - Bengkok - Tabung specimen - Urine Bag (untuk sample Urin 24 jam)				2	1		4
3	Lakukan cuci tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
9	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
Spesimen Urin 24 jam								
10	Pada hari pengumpulan, pasien dianjurkan untuk membuang urine pagi pertama. Catat tanggal dan waktunya. Semua urine yang dikeluarkan pada periode selanjutnya ditampung.				1	1		2
11	Instruksikan ke pasien , Jika pasien ingin buang air besar, kandung kemih harus dikosongkan terlebih dahulu untuk menghindari kehilangan air seni dan kontaminasi feses pada sampel urin wanita.				1	1		2
12	Keesokan paginya tepat 24 jam setelah waktu yang tercatat pada wadah, pengumpulan urine dihentikan.				2	1		4
13	Spesimen urine sebaiknya didinginkan selama periode pengumpulan				2	1		4
Spesimen Urin Pagi								
14.	Pakai sarung tangan bersih				2	1		4

15	Anjurkan Pasien untuk BAK setelah bangun pagi				2	1		4
16	Bantu pasien untuk mengambil specimen urin (jika pasien memerlukan bantuan)				2	1		4
17	Apabila Pasien terpasang kateter, pada pagi hari urine bag dikosongkan terlebih dahulu,							
18	Instruksikan kepada keluarga untuk melaporkan apabia sudah terlihat urine pada urine bag pada pagi hari				2	1		4
19	Masukan urin ke dalam tabung spesimen				2	2		8
Spesimen Urin Sewaktu								
20	Pakai sarung tangan bersih				2	1		4
21	Anjurkan Pasien untuk BAK pada saat akan mulai diperiksa laboratorium				2	1		4
22	Bantu pasien untuk mengambil spesiemen urin (jika pasien memerlukan bantuan)				2	1		4
23	Masukan Urin kedalam tabung spesimen				2	1		4
D.	**Fase Terminasi**							
24	Bereskan alat				1	1		2
25	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
26	Berikan reinforcement positif				1	1		2
27	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
28	Akhiri kegiatan				1	1		2
29	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							
30	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4
	Jumlah							

Nilai Act = Nilai skor x C x D

Nilai = $\frac{Jumlah\ Total\ Nilai\ Act}{Jumlah\ Nilai\ Maks}\ x\ 100$

Yogyakarta,_____,___

Penguji

TEST 2

1. Seorang laki-laki 24 tahun dirawat di rumah sakit karena mengaami diare sejak 2 hari yang lalu. Apakah jenis pemeriksaan penunjang yang sesuai dengan kasus tersebut?
   a. Pemeriksaan darah lengkap
   b. Pemeriksaan sputum
   c. Pemeriksaan urin
   d. Pemeriksaan feces
   e. Pemeriksaan glukosa darah
2. Seorang pasien laki-laki berusia 30 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan batuk sejak 2 minggu yang lalu. Apakah jenis pemeriksaan penunjang yang sesuai dengan kasus tersebut?
   a. Pemeriksaan darah lengkap
   b. Pemeriksaan sputum

c. Pemeriksaan urin
d. Pemeriksaan feces
e. Pemeriksaan glukosa darah

3. Pemeriksaan yang dilakukan guna mengidentifikasi mikroorganisme spesifik penyebab infeksi disebut?
   a. Kultur
   b. Sensitivitas
   c. Makroskopis
   d. BTA
   e. Tes kuantitatif
4. Jenis pemeriksaan penunjang yang dapat digunakan untuk mendeteksi kehamilan adalah?
   a. Pemeriksaan darah lengkap
   b. Pemeriksaan feses
   c. Pemeriksaan urin
   d. Pemeriksaan glukosa darah
   e. Pemeriksaan serologi
5. Hasil pemeriksaan urin dikatakan normal, jika?
   a. Keton +1
   b. Berat jenis urin 1.020–1.030
   c. pH 4.8 – 7.0 pada dewasa
   d. Protein +1
   e. Darah 1 RBCs

DAFTAR PUSTAKA

1. Delaune, C. Sue., and Ladner, K. P. (2011). *Fundamentals of Nursing Standards and Practice*, 4th ed. Delmar: Cengage Learning
2. Kozier, B., Erb, G.,Berwan, A.J., & Burke,K. (2016). *Fundamentals of Nursing:Concepts, Process, and Practice.* New Jersey: Prentice Hall Health.
3. Rosdahl, B. C., and Kowalski, T. M. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar, Volume 2*, edisi 10. Jakarta: EGC
4. Lynn, P (2011). *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills*. 3rd ed. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.Philadelphia.

MODUL 3
PRAKTIKUM PEMBERIAN OBAT

PENDAHULUAN

Obat adalah substansi/ zat yang diresepkan oleh praktisi yang berwenang terhadap klien untuk membantu perawatan, dan mengatasi penyebab gangguan kesehatan atau mencegah terjadinya gangguan kesehatan pada klien. Manajemen obat membutuhkan usaha kolaborasi dari berbagai penyedia pelayanan kesehatan. Contohnya, ketika obat diresepkan, apoteker berwenang untuk menyiapkan dan mengeluarkan obat-obatan. Sedangkan perawat bertanggungjawab untuk memberika obat kepada klien.

Perawat memiliki peran penting dalam memberikan, melakukan edukasi, dan mengevaluasi keefektifan obat yang diresepkan. Oleh karena itu, pemberian obat membutuhkan pengetahuan khusus, penilaian, dan ketrampilan keperawatan yang didasarkan pada prinsip pharmakologi agar dapat terlaksana dengan tepat dan benar.

Modul 4 ini mempelajari prosedur yang membantu mahasiswa dalam mengaplikasikan prinsip farmakologi dan mempelajari ketrampilan pemberian obat yang aman. Setelah mempelajari modul 4 mahasiswa diharapkan mampu:

1) Mendemonstrasikan ketrampilan pemberian obat parenteral
2) Mendemonstrasikan ketrampilan pemberian obat oral
3) Mendemonstrasikan ketrampilan pemberian obat topical

Setiap prosedur/ ketrampilan dalam modul 4 ini dilengkapi dengan checklist prosedur yang berguna untuk menuntun mahasiswa melakukan prosedur secara sistematis. Agar dapat memahami modul 4 ini dengan mudah, kegiatan dalam prosedur pemberian obat dalam modul ini dibagi menjadi dalam 2 kegiatan praktikum. Kegiatan praktikum tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) Kegiatan Praktikum 1
   Mempelajari tentang prosedur ketrampilan pemberian obat parenteral meliputi pemberian obat IC, IV, IM, dan SC
2) Kegiatan Praktikum 2
   Mempelajari tentang prosedur ketrampilan pemberian obat secara oral dan topical, meliputi pemberian obat oral, tetes mata, dan telinga,

Modul 4 ini juga dilengkapi dengan tes berupa pertanyaan-pertanyaan dalam bentuk *multiple choice* yang dapat digunakan untuk menilai tingkat kesiapan dan atau pemahaman mahasiswa dalam pembelajaran praktikum.

PRAKTIKUM 1
PEMBERIAN OBAT PARENTERAL

PENGERTIAN

Pemberian obat melalui parenteral merupakan pemberian obat melalui jaringan tubuh. Ada beberapa cara pemberian obat secara parenteral yaitu :

1. Subcutan (SC), obat disuntikkan melalui jaringan antar dermis dan kulit
2. Intracutan (IC), obat disuntikkan melalui dermis, dibawah epidermis.
3. Intramuskuler (IM), obat disuntikkan ke jaringan otot
4. Intravena (IV), obat disuntikkan melalui vena

Pemberian obat parenteral merupakan pilihan jika pemberian obat oral merupakan suatu kontraindikasi. Obat yang diberikan melalui parenteral akan lebih cepat terabsorbsi dibandingkan dengan oral dan topikal. Beberapa kerugian yang ditimbulkan oleh pemberian obat melalui parenteral antara lain adanya resiko terjadi infeksi, obat mahal, klien mengalami tusukan jarum. Selain itu ada resiko terjadinya kerusakan jaringan jika obat diberikan melalui SC. Pemberian obat melalui IM dan IV lebih beresiko karena cepat terabsorbsi.

Memberikan obat dengan aman dan akurat merupakan salah satu tanggung jawab perawat. Tanggung jawab perawat dalam pengobatan adalah:

1. Memahami aksi dan efek samping obat
2. Memberikann obat secara benar
3. Memonitor respon klien
4. Membantu klien menggunakan obat dengan benar.
5. Memberikan pendidikan kesehatan pada klien tentang obat yang diberikan.

Selain itu, dalam upaya meningkatkan praktik keamanan pemberian obat guna mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat, maka perawat dituntut untuk dapat menerapkan 6 prinsip pemberian obat, yakni:

1. Benar Obat
2. Benar dosis
3. Benar pasien
4. Benar waktu
5. Benar rute
6. benar dokumentasi

TUJUAN

- Menyiapkan dan memberikan obat dengan aman dan akurat
- Memberikan obat sesuai dengan prosedur agar mendapatkan efek obat yang diinginkan
- Memberikan efek penyembuhan terhadap suatu penyakit atau keluhan yang dirasakan oleh klien

PEMBERIAN OBAT INTRACUTAN

Injeksi Intra cutan atau Intra dermal adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam jaringan dermis di bawah epidermis kulit dengan menggunakan spuit.

Tujuan :

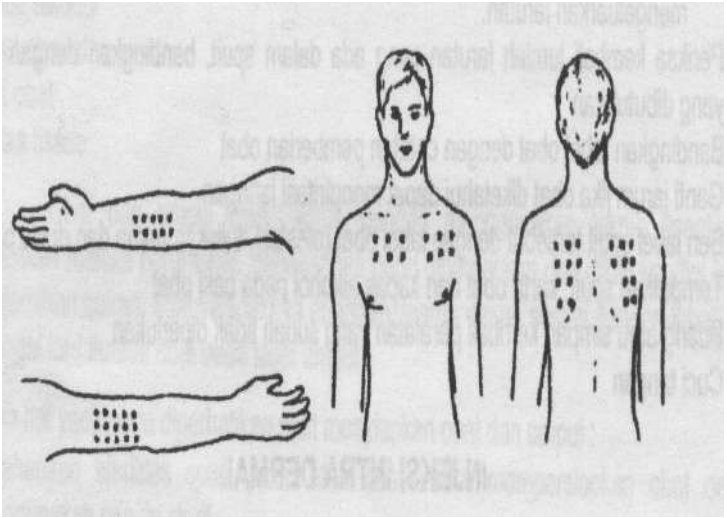
a. Memasukkan sejumlah toksin atau obat yang disimpan dibawah kulit untuk diabsorbsi.
b. Metode untuk test diagnostik terhadap alergi atau adanya penyakit penyakit tertentu.

Tempat Injeksi

a. Lengan bawah bagian dalam
b. Dada bagian atas
c. Punggung di bawah scapula

Peralatan

a. Buku catatan pemberian obat
b. Kapas alkohol
c. Sarung tangan disposible
d. Obat yang sesuai
e. Spuit 1ml
f. Pulpen/spidol
g. Bak spuit
h. Baki obat
i. Bengkok
j. Pengalas



CHECKLIST PRAKTIKUM PEMBERIAN OBAT INTRACUTAN (IC)

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat Spuit Obat yang diperlukan Kapas alkohol Bengkok Pengalas Baki tempat obat Pena Alat dokumentasi				2	1		4
3	Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
9	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
10	Gunakan sarung tangan				2	1		4
11	Memasang pengalas di bawah daerah penyuntikan				1	1		2
12	Mendesinfeksi lokasi penyuntikan				2	1		4
13	Memasukkan jarum ke dalam kulit dengan sudut 5-15 derajat				2	1		4
14	Memasukkan obat perlahan-lahan sampai terlihat kulit menggelembung				2	1		4
15	Mencabut jarum, tidak dilakukan pengurutan				1	1		2

16	Lingkari batas pinggir gelembung dengan pena atau alat tulis				2	1		4
17	Tempatkan jarum pada baki				1	1		2
18	Buka sarung tangan				1	1		2
19	Kembalikan posisi pasien				1	1		2
20	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan				1	1		2
D.	**Fase Terminasi**							
21	Bereskan alat				1	1		2
22	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
23	Berikan reinforcement positif				1	1		2
24	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
25	Akhiri kegiatan				1	1		2
26	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							
27	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100%
Jumlah maksimal score

Yogyakarta,_____,___
Penguji

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

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

PEMBERIAN OBAT SUBCUTAN

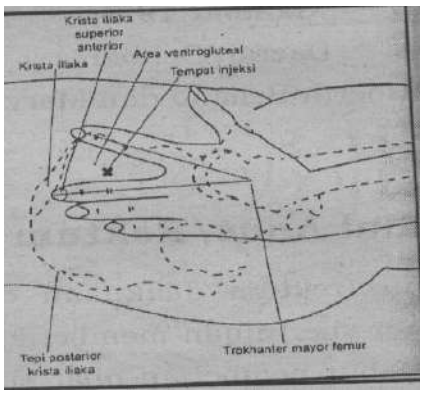
Injeksi subcutaneous adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam jaringan subcutan dibawah kulit dengan menggunakan spuit.

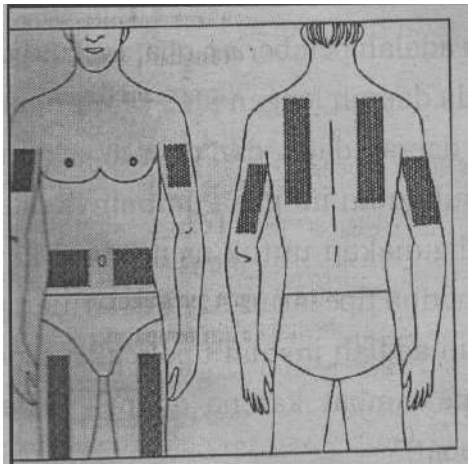
Tujuan

Memasukkan sejumlah obat kedalam jaringan subcutan dibawah kulit untuk diabsorbsi.

Tempat injeksi

1 Lengan bagian atas luar
2 Paha depan
3 Daerah abdomen
4 Area skapula dan punggung bagian atas
5 Daerah ventrogluteal dan dorsogluteal bagian atas.





Hasil yang diharapkan :

Tidak ditemui adanya jaringan ikat scar

Pengkajian sebelum injeksi dilakukan :

1. Instruksi dokter
2. kondisi kulit tempat penusukan
3. catatan pemberian obat

Peralatan

1. Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
2. Kapas alkohol
3. Sarung tangan disposible
4. Obat yang sesuai
5. Spuit 2ml
6. Bak spuit
7. Baki obat
8. Plester
9. Kassa steril
10. Bengkok

CHECKLIST PRAKTIKUM PEMBERIAN OBAT SUBCUTAN (SC)

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat: Spuit Obat yang diperlukan Kapas alkohol Bengkok Pengalas Baki tempat obat Pena Alat dokumentasi				2	1		4
3	Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2

6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
9	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
10	Pilih tempat penusukan pada lengan atas atau abdomen. Jika kedua tempat tersebut tidak memungkinkan pilih tempat alternatif lainnya. Rotasikan tempat penusukan				2	1		4
11	Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman sesuai tempat yang dipilih				2	1		4
12	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi subcutan				1	1		2
13	Bersihkan tempat yang akan digunakan dengan kapas alkohol dengan satu kali usapan atau gerakan sirkuler				2	1		4
14	Buka penutup jarum				1	1		2
15	Tarik kulit dan jaringan lemak dengan ibu jari dan jari tangan nondominan				2	1		4
16	Dengan tangan dominan, masukkan jarum sudut 45 derajat, dan untuk orang gemuk dengan sudut 90 derajat				2	2		8
17	Lepaskan tarikan tangan non dominan				1	1		2
18	Tarik plunger dan observasi adanya darah pada spuit				2	1		4
19	Jika tidak ada darah , masukkan obat perlahan				2	1		4
20	Jika ada darah : Tarik kembali jarum dari kulit Tekan tempat penusukan selama 2 menit Observasi adanya hematom atau memar Jika perlu berikan plester Siapkan obat yang baru, mulai dengan langkah pilih tempat yang baru				2	1		4
21	Tarik jarum dengan sudut yang sama saat penusukan				1	1		2
22	Bersihkan tempat penusukan dengan kapas alkohol lain				2	1		4
23	Jika perlu, tekan lembut tempat penusukan				1	1		2
24	Tempatkan jarum pada baki				1	1		2
25	Buka sarung tangan				1	1		2
26	Kembalikan posisi pasien				1	1		2
27	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan				2	1		4
D.	**Fase Terminasi**							
28	Bereskan alat				1	1		2
29	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
30	Berikan reinforcement positif				1	1		2
31	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
32	Akhiri kegiatan				1	1		2

33	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							
34	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100% Yogyakarta,_____,___
Jumlah maksimal score Penguji

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

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

PEMBERIAN OBAT INTRAVENA

Injeksi intravena adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit.

Tujuan

1. Untuk memperoleh reaksi obat yang lebih cepat diabsorbsi daripada dengan injeksi parenteral lainnya.
2. Untuk menghindari terjadinya kerusakan jaringan
3. Untuk memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar.

Tempat injeksi

1. Pada lengan (vena basalika dan vena sefalika)
2. Pada tungkai (vena saphenous)
3. Pada leher (vena jugularis)
4. Pada kepala (vena frontalis atau vena temporalis)

CHECKLIST PRAKTIKUM PEMBERIAN OBAT INTRAVENA (IV)

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat - Spuit - Obat yang diperlukan - Kapas alkohol - Bengkok - Pengalas - Baki tempat obat - Pena - Alat dokumentasi				2	1		4
3	Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2

6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
9	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
10	Letakkan pasien pada posisi semiflower atau supinasi jika tidak memungkinkan				2	1		4
11	Pilih tempat penusukan				2	1		4
12	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi intra vena				1	1		2
13	Bebaskan lengan pasien dari baju/kemeja				1	1		2
14	Letakkan tourniquet 5 cm di atas tempat penusukan dan kencangkan				2	1		4
15	Anjurkan pasien untuk mengepalkan telapak tangan dan membukannya beberapa kali, palpasi dan pastikan tekanan yang akan ditusuk				1	1		2
16	Bersihkan tempat yang akan digunakan dengan kapas alkohol dengan sekali usap atau gerakan sirkuler				2	1		4
17	Gunakan ibu jari untuk menekan jaringan dan vena 5cm di bawah tempat tusukan				1	1		2
18	Buka tutup jarum				1	1		2
19	Pegang jarum dalam posisi 30 derajat sejajar vena yang akan ditusuk, lalu tusuk perlahan dan pasti				2	2		8
20	Rendahkan posisi jarum sejajar kulit dan teruskan jarum ke dalam vena				1	1		2
21	Lakukan aspirasi. Jika yang keluar darah berarti benar masuk pembuluh darah.				2	1		4
22	Lepaskan tourniquet				2	1		4
23	Masukkan obat ke dalam pembuluh vena perlahan-lahan				2	1		4
24	Keluarkan jarum dari pembuluh vena dan masukkan jarum ke tutupnya				1	1		2
25	Bersihkan tempat penusukan dengan kapas alkohol lain, tekan dengan lembut, jika keluar darah maka tutup tempat tusukan dengan kasa steril				1	1		2
26	Tempatkan jarum pada baki				1	1		2
27	Buka sarung tangan				1	1		2
28	Kembalikan posisi pasien				1	1		2
D.	Fase Terminasi							
29	Bereskan alat				1	1		2
30	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
31	Berikan reinforcement positif				1	1		2
32	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
33	Akhiri kegiatan				1	1		2
34	Cuci tangan				2	1		4

E.	Fase Dokumentasi							
35	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100% Yogyakarta,_____,___
Jumlah maksimal score Penguji

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

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

PEMBERIAN INJEKSI INTRAMUSCULAR

Injeksi intramuskuler adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam jaringan otot dengan menggunakan spuit.

Tujuan :

Memasukkan sejumlah obat pada jaringan otot untuk diabsorbsi.

Tempat Injeksi :

1 Area ventrogluteal
2 Area dorsogluteal
3 Area vastus lateralis
4 Area deltoid
5 Area rektus femoralis

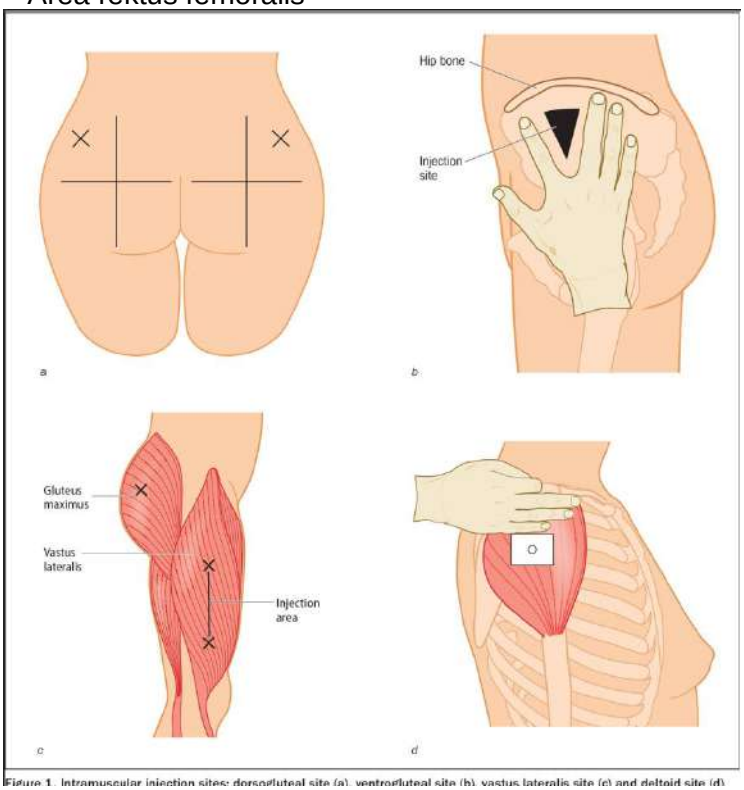
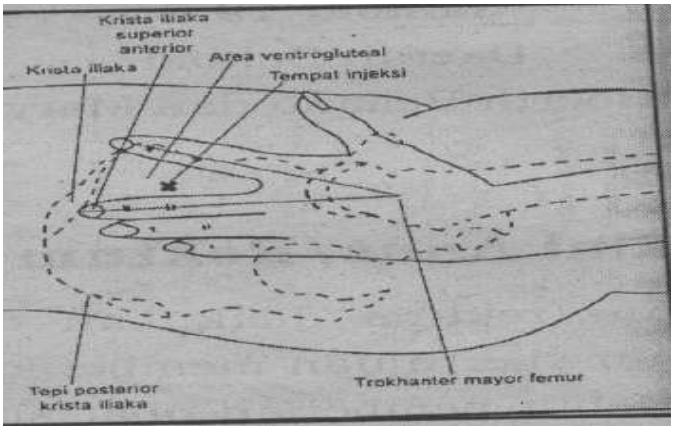


Figure 1. Intramuscular injection sites: dorsogluteal site (a), ventrogluteal site (b), vastus lateralis site (c) and deltoid site (d)



Hasil yang diharapkan :

1. Tidak ditemui adanya kemerahan, edema atau nyeri pada tempat tusukan
2. Klien dapat menyebutkan secara verbal tujuan penyuntikan
3. Klien menyatakan nyeri dengan skala minimun saat injeksi

Pengkajian sebelum injeksi dilakukan, difokuskan pada :

1. Program pemberian obat dari dokter
2. Tempat penusukan terakhir, alergi dan respon klien pada penyuntikan sebelumnya, yang tercatat pada catatan keperawatan klien.
3. Tanda tanda pada tempat tusukan (memar, kemerahan, kerusakan kulit, nodul atau edema)
4. Faktor yang menentukan ukuran jarum yang sesuai (umur dan ukuran tubuh, tempat injeksi, viskositas dan efek sisa dan obat).

Hal hal yang perlu diperhatikan :

1 Jika obat mual atau nyeri diberikan dalam bentuk yang berbeda (oral, parenteral atau rektal), biarkan klien memilih sebelum menyiapkan obat.

2 Jika klien cemas, diperlukan bantuan untuk menstabilkan tempat tusukan dan mencegah kerusakan jaringan dari jarum tempat injeksi IM.

CHECKLIST PRAKTIKUM PEMBERIAN OBAT INTRAMUSCULAR (IM)

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat - Spuit - Obat yang diperlukan - Kapas alkohol - Bengkok - Pengalas - Baki tempat obat - Pena - Alat dokumentasi				2	1		4
3	Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
9	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							

10	Pilih tempat penusukan				2	1		4
11	Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman sesuai tempat yang dipilih				2	1		4
12	Letakkan alas di bawah bagian tubuh yang akan dilakukan terapi intra muskular				1	1		2
13	Bersihkan tempat yang akan digunakan dengan kapas alkohol dengan satu kali usapan atau gerakan sirkuler				2	1		4
14	Buka penutup jarum				1	1		2
15	Tarik kulit di tempat penusukan dengan cara: Tempatkan ibu jari dan jari telunjuk tangan non dominan di atas tempat penusukan (hati-hati jangan sampai mengenai daerah yang telah dibersihkan hingga membentuk V. Ibu jari dan jari telunjuk dengan arah berlawanan , memisahkan jari sepanjang 1cm				2	1		4
16	Dengan cepat masukkan jarum dengan sudut 90 derajat dengan tangan yang dominan				2	1		4
17	Pindahkan ibu jari dan jari telunjuk non dominan dan kulit untuk mendukung barrel spuit, jari sebaiknya ditempatkan pada barrel sehingga saat mengaspirasi, anda dapat melihat barrel dengan jelas				2	1		4
18	Tarik plunger dan observasi adanya darah pada spuit				2	1		4
19	Jika ada darah, tarik jarum dan keluarkan , berikan tekanan pada tempat tusukan, jika tidak ada darah, dorong plunger dengan perlahan, ajak pasien berbicara				2	1		4
20	Tarik jarum dengan sudut yang sama saat penusukan				1	1		2
21	Bersihkan tempat penusukan dengan kapas alkohol lain, tekan dengan lembut				2	1		2
22	Tempatkan jarum pada baki				1	1		2
23	Buka sarung tangan				1	1		2
24	Kembalikan posisi pasien				2	1		4
D.	**Fase Terminasi**							
25	Bereskan alat				1	1		2
26	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
27	Berikan reinforcement positif				1	1		2
28	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
29	Akhiri kegiatan				1	1		2
30	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							
31	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100%
Jumlah maksimal score

Yogyakarta,_____,___
Penguji

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

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

Test 1

1. Pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam jaringan dermis di bawah epidermis kulit dengan menggunakan spuit, merupakan prosedur dari?
   a. Injeksi Intracutan
   b. Injeksi Subcutan
   c. Injeksi Intravena
   d. Injeksi Intramuskular
   e. Injeksi Subdermal

2. Sudut yang digunakan saat menusukkan jarum pada prosedur injeksi subcutan pada klien gemuk sebesar?
   a. 5 derajat
   b. 15 derajat
   c. 30 derajat
   d. 45 derajat
   e. 90 derajat

3. Seorang perawat terlihat sedang memberikan injeksi di area sekitar pantat klien dengan sudut 90°. Prosedur apakah yang sedang dilakukan perawat tersebut?
   a. Injeksi Intracutan
   b. Injeksi Subcutan
   c. Injeksi Intravena
   d. Injeksi Intramuskular
   e. Injeksi Subdermal

4. Setelah menusukkan jarum ke dalam pembuluh darah vena, tindakan perawat selanjutnya adalah?
   a. Memasukkan obat ke dalam pembuluh darah
   b. Melepaskan torniquet
   c. Melakukan aspirasi
   d. Melakukan disinfeksi tempat penusukan
   e. Mengeluarkan jarum dari pembuluh darah

5. Obat akan lebih cepat bereaksi jika diberikan melalui?
   a. Injeksi subcutan
   b. Injeksi intracutan
   c. Injeksi intramuscular
   d. Injeksi intravena
   e. Injeksi intradermal

PRAKTIKUM 2
PEMBERIAN OBAT ORAL DAN TOPIKAL

PENGERTIAN PEMBERIAN OBAT ORAL

Pemberian obat per oral adalah memberikan obat yang dimaskkan melalui mulut. Rute pemberian obat melalui oral/mulut adalah rute yang paling mudah dan paling umum digunakan. Klien umumnya lebih memilih obat oral.

TUJUAN PEMBERIAN

Pemberian obat per oral hanya diberikan pada pasien tertentu yang tidak mendapat gangguan kesadaran dan mampu menelan dengan baik. Adapun tujuan dari pemberian obat oral adalah sebagai berikut :

1. Untuk memudahkan dalam pemberian
2. Proses reabsorbsi lebih lambat sehingga bila timbul efek samping dari obat tersebut dapat segera diatasi.
3. Menghindari pemberian obat yang menyebabkan nyeri
4. Menghindari pemberian obat yang menyebabkan kerusakan kulit dan jaringan.

CARA PENGGUNAAN OBAT

Obat oral dapat digunakan melalui berbagai macam cara :

1. Oral

   Pemberian obat melalui mulut merupakan cara paling mudah dan paling sering digunakan. Obat yang digunakan biasanya memiliki onset yang lama dan efek yang lebih lama.

2. Sublingual

   Obat yang diberikan melalui sublingual, dirancang agar segera diabsorbsi setelah diletakkan dibawah lidah. Obat ini tidak boleh ditelan, karena jika ditelan, efek yang yang diharapkan tidka tercapai. Selain itu klien tidak diperkenankan minum sebelum obat menjadi larut. Obat yang biasa diberikan antara lain nitroglyserin.

3. *Buccal*

   Obat yang diberikan pada mukosa pipi hingga obat terlarut. Bila obat diberikan beberapa kali, klien diminta untuk menggunakan sisi pipi yang bergantian untuk mencegah terjadinya iritasi. Klien tidak boleh mengunyah atau menelan obat. Obat ini hanya bekerja pada mukosa atau jika tertelan akan bekerja secara sistemik.

Pemberian obat oral tidak diperbolehkan pada klien yang memiliki gangguan fungsi gastrointestinal, motilitas usus menurun, serta pasca operasi sistem gastrointestinal, pasien *gastric suction.*

MACAM MACAM OBAT ORAL

1. Tablet
2. Pil
3. Kapsul
4. Syrup

Tablet atau kapsul

a. Tuangkan tablet atau kapsul sejumlah yang diperlukan ke dalam mangkuk disposable tanpa menyentuh obat.





b. Gunakan alat pemotong tablet, bila perlu untuk membagi obat sesuai dengan dosis yang diperlukan. Buang bagian tablet yang tidak digunakan atau sesuai dengan kebijakkan institusi masing-masing.
c. Jika klien memiliki kesulitan untuk menelan, gerus obat menjadi bubuk dengan menggunakan lumpang penggerus. Kemudian campurkan dengan menggunakan air atau makanan.
   Cek dengan bagian farmasi sebelum menggerus obat, karena beberapa obat tidak boleh digerus karena mempengaruhi daya kerjanya.



Obat dalam bentuk cair

a. Putar obat atau dibolak-balik agar tercampur ratasebelum dituangkan. Buang obat bila telah berubah warna atau menjadi lebih keruh.
b. Buka penutup botol dan letakkan menghadap keatas.
   Untuk menghindari kontaminasi pada tutup botol bagian dalam.
c. Pegang botol obat sehingga sisi labelnya berada pada telapak tangan anda, dan tuangkan obat ke arah menjauh dari label.
   Mencegah label menjadi rusak akibat tumpahan cairan obat, sehingga label tidak dapat di baca dengan tepat.





d. Tuangkan obat sejumlah yang diperlukan ke dalam mangkuk obat berskala atau sendok obat berskala.
e. Sebelum menutup botol, usap bagian bibir botol dengan kertas tissu.

Mencegah label menjadi rusak akibat tumpahan cairan obat, sehingga label tidak dapat dibaca dengan tepat.

f. Bila jumlah obat yang diperlukan Cuma sedikit (kurang dari 5 ml), maka gunakan spuit steril tanpa jarum untuk mengambil dari botol.

KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN PEMBERIAN OBAT PER ORAL

1. Keuntungan
   a. Nyaman dan seringkali cocok dengan klien
   b. Lebih hemat (obat oral tidak semahal obat yang diberikan dengan cara lain).
   c. Jarang menyebabkan kecemasan pada klien
2. Kerugian
   f. Pemberian obat oral dihindari apabila klien mengalami gangguan pada fungsi gastrointestinal (seperti mual, muntah), berkurangnya motilitas usus (setelah operasi gastrointestinal).
   g. Beberapa obat dapat dirusak oleh asam lambung. Pemberian obat oral kontraindikasi pada klien yang tidak dapat menelan (pada lien yang mengalami gangguan neuromuskuler, striktur esofagus, lesi pada mulut).
   h. Obat oral tidak dapat dibeikan pada klien dengan suksion lambung dan kontraindikasi pada klien yang akan mengalami beberapa tes diagnostik atau pembedahan.
   i. Obat oral tidak dapat diberikan pada klien yang tidak sadar atau gelisah, tidak dapat menelan.
   j. Obat oral mungkin mengiritasi saluran gastrintestinal, gigi menjadi berubah warna dan ada obat oral yang memiliki bau yang tidak enak.

HAL HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN DALAM PEMBERIAN OBAT PER ORAL

1. Perawat harus melindung klien dari bahaya aspirasi.
2. Posisikan klien pada posisi duduk untuk mencegah akumulasi cairan atau teringgalnya obat dibelakang tenggorokan.
3. Klien yang tidak dapat menelan dengan cepat seharusnya diberikan sejumlah air tiap kali klien menelan.
4. Klien seharusnya menelan hanya satu pil atau satu kapsul pada satu waktu
5. Jika klien mulai batu saat pemberian obat, perawat menahan memberikan obat yang berikutnya sampai klien dapat bernafas lebih mudah.
6. Jika klien memiliki kesulitan menelan tablet, obat dalam bentuk lain perlu dipertimbangkan untuk diberikan.

CHECKLIST PRAKTIKUM PEMBERIAN OBAT ORAL

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat - Sarung tangan disposibel - Catatan pengobatan - Obat yang akan diberikan - Cangkir untuk tempat obat - Air minum - Sedotan - Baki tempat obat - Tissue				2	1		4

3	Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
9	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
10	Bantu klien ke posisi duduk atau fowler				2	1		4
11	Gunakan sarung tangan				2	1		4
12	Buka pembungkus obat dan tempatkan satu obat di tangan klien atau tuangkan kedalam cangkir obat dan berikan pada klien, beri bantuan jika dibutuhkan.				2	1		4
13	Instruksikan klien untuk menempatkan tablet/kapsul ke dalam mulut dan ikuti dengan air.				2	1		4
14	Jika obat dalam bentuk cair, instruksikan klien untuk meminum habis obat cair yang diberikan. Berikan bantuan jika diperlukan				2	1		4
15	Tunggu klien sampai semua medikasi diminum.				2	1		4
16	Cek mulut klien apakah obat sudah tertelan.				2	1		4
17	Buka sarung tangan				1	1		2
18	Kembalikan posisi pasien				2	1		4
19	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan				1	1		2
20	Observasi keadaan klien setelah 30 menit apakah ada efek dari pengobatan.				2	1		4
D.	Fase Terminasi							
21	Bereskan alat				1	1		2
22	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
23	Berikan reinforcement positif				1	1		2
24	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
25	Akhiri kegiatan				1	1		2
26	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							
27	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100%
Jumlah maksimal score

Yogyakarta,_____,___
Penguji

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)
2 = Mampu dan cukup terampil (langkah atau prosesur dilakukan dengan baik dan benar serta urutannya sesuai

PEMBERIAN OBAT TOPIKAL

PENGERTIAN:

Pemberian obat topical adalah pemberian obat yang diaplikasikan di area sekitar permukaan tubuh tertentu atau pemberian obat secara lokal dengan cara mengoleskan obat pada permukaan kulit atau membran area mata, hidung, lubang telinga, vagina dan rectum. Obat yang biasa digunakan untuk pemberian obat topikal pada kulit adalah obat yang berbentuk krim, lotion, atau salep. Obat tersebut hanya berefek pada area yang diaplikasikan. Aplikasi topical meliputi:

a) Sedian dermatologi: diaplikasikan pada kulit
b) Sediaan irigasi: diaplikasikan kedalam rongga atau lubang tubuh seperti kandung kemih, mata, telinga, hidung, anus dan vagina.
c) Inhalan: pemberian obat berupa gas atau zat volatile yang segera diserap ke dalam sirkulasi sistemik yang diberikan melalui saluran pernafasan.
d) Intraocular: obat intraocular diberikan dengan menempelkan disk yang jernih, fleksibel berbentuk elips seperti kontak lensa ke dalam kantong konjungtiva.

TUJUAN

- Memberikan reaksi local pada area kulit, mata, hidung, lubang telinga, vagina dan rectum untuk mengurangi gangguan/ masalah kesehatan pada area tersebut
- Melakukan perawatan kulit atau luka
- Menurunkan gejala gangguan kulit yang terjadi

PROSEDUR/ LANGKAH KERJA:

PEMBERIAN OBAT MATA

Mata merupakan alat indra yang terdapat pada manusia yang secara konstan menyesuaikan pada jumlah cahaya yang masuk, memusatkan perhatian pada objek yang dekat dan jauh serta menghasilkan gambaran yang kontinu yang dengan segera di hantarkan pada otak. Penglihatan pada manusia melibatkan deteksi gelombang cahaya yang sangat sempit dengan panjang gelombang sekitar 400 sampai 750 nm.

Apabila organ mata terganggu secara otomatis akan mempengaruhi system kerja indra penglihat. Gangguan penglihat ini adalah akibat dari faktor internal maupun eksternal. Salah satu penatalksanaan gangguan mata adalah dengan beberapa cara yaitu obat obat topical yang khusus bekerja pada area mata

Obat yang biasa digunakan oleh pasien gangguan mata adalah obat tetes mata atau salep yang terbuat dari air mata buatan dan vasokonstriktor. Ada beberapa pasien menerima resep pengobatan berupa obat-obatan oftalmik untuk kondisi mata seperti galukoma dan terapi setelah prosedur lainnya misalnya ekstraksi katarak..

Prinspi-prinsip yang harus diikuti dan dipatuhi saat pemberian obat mata :

1. Kornea mata banyak disuplai serabut nyeri sehingga menjadi sangat sensitive terhadap apapun yang diberikan ke kornea. Oleh karena itu, perawat menghindari memasukan bentuk obat mata apapun secara langsung ke kornea.
2. Risiko penularan infeksi dari satu mata ke mata lain sangat tinggi. Perawat menghindari menyentuh kelopak mata atau struktur mata yang lain dengan alat tetes mata atau tube salep.
3. Perawat menggunakan obat mata hanya untuk mata yang terinfeksi

4. Perawat tidak boleh membiarkan seseorang menggunakan obat mata orang lain.

CHECKLIST PEMBERIAN OBAT TETES MATA

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat - Botol obat dengan tetesmata steril atau tube salep - Plaster (bila perlu) - Kapas bola atau tisu - Bengkok - Pengalas - Baki tempat obat - Sarung tangan bersih - Pena - Alat dokumentasi				2	1		4
3	Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
9	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
10	Gunakan sarung tangan				2	1		4
11	Memasang pengalas di bawah kepala				1	1		2
12	Minta pasien untuk berbaring terlentang atau duduk dikursi dengan kepala sedikit di hiperekstensikan (sesuai dengan kondisi pasien)				2	1		4
13	Jika terdapat krusta (keropeng) atau drainase di sepanjang batas kelopak mata atau kantus dalam, bersihkan secara perlahan. Dengan cara mengusap kotoran dari kantus dalam de kantus luar.				2	1		4
14	Memasukkan obat tetes mata, salep atau cakram : - Jika memasukan obat tetes atau salep dengan tangan yang tidak dominan, pegang bola kapas atau tisu pada tulang pipi klien tepat dibawah kelopak mata bawah. - Minta pasien untuk melihat ke atas/langit-langit - Memasukan obat tete mata - Dengan tangan dominan, pegang alat tetes mata yang berisi cairan atau obat mata kira-kira 1 sampai 2 cm diatas kantong				2	1		4

	konjungtiva - Teteskan sejumlah tetesan yang diresepkan ke dalam kantong konjungtiva - Jika pasien mengedip atau menutup mata lakukan atau ulangi prosedur - Setelah obat masuk secara tepat ke area mata beri tekanan lembut pada duktus nasolakrimalis pasien selama 30-50 detik - Selanjutnya pasien diminta untuk tutup mata secara perlahan dan lembut. - Memasukan salep mata - Pegang aplikator salep diatas kelopak mata, berikan aliran salep secra tipis merata disepanjang sisi dalam kelopak mata bawah pada area konjungtiva - Anjurkan pasien melihat kebawah - Anjurkan pasien menutup mata dan menggosokan kelopak mata dengan lembut dalam gerakan memutar menggunakan bola kapas - Jika obat yang diberikan berlebihan, seka dengan tisu obat yang keluar area mata dengan lembut dari bagian dalam kea rah bagian luar kantus. - Memasang cakram inraokuler - Buka kemasan yang berisi cakram obat - Dengan tangan non dominan, tarik kelopak mata bawah pasien menjauhi matanya. Minta pasien melihat keatas - Tempatkan cakram obat didalam kantong konjungtiva, sehingga cakram mengapung pada sclera antara iris dan kelopak mata bawah - Terik kelopak mata bawah pasien keluar dan ke atas cakram. Seharusnya cakram t6idak akan terlihat karena tertutup oleh kelopak mata bagian bawah - Keluarkan cakram intraokuler							
15	Observasi respon pasien terhadap pengobatan, perhatikan tanda dan gejala efek sistemik yang potensial dan kondisi mata pasien.				1	1		2
16	Catat konsentrasi obat, jumlah tetesan atau cakram pada saat pemberian obat mata.				2	1		4
17	Buka sarung tangan				1	1		2
18	Kembalikan posisi pasien				1	1		2
19	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan				1	1		2
D.	**Fase Terminasi**							
20	Bereskan alat				1	1		2
21	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
22	Berikan reinforcement positif				1	1		2

23	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
24	Akhiri kegiatan				1	1		2
25	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							
26	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100% Yogyakarta,_____,___
Jumlah maksimal score Penguji

PEMBERIAN OBAT TETES TELINGA

Tetes telinga atau irigasi telinga luar pada umumnya dilakukan dengan tujuan pembersihan. Terkadang pemberian antiseptik juga dilakukan melalui cara ini. Irigasi telinga di rumah sakit membutuhkan teknik aseptic sehingga mikroorganisme tidak akan masuk ke dalam telinga. Teknik steril digunakan jik gendang telingan mengalami perforasi. Posisi saluran telinga ekternal pada anak dibawah 3 tahun menuju ke atas. Sedangkan pada dewasa, saluran telinga ekternal berbentuk S dengan panjang sekitar 2.5cm.

TUJUAN:

1. Melembutkan kotoran telinga sehingga lebih mudah dibersihkan
2. Memberikan terapi local untuk mengurangi inflamasi, menghancurkan organisme yang tidak efektif di saluran telinga eksternal
3. Mengurangi nyeri

PROSEDUR/ LANGKAH KERJA:

***CHECKLIST* PEMBERIAN OBAT TETES TELINGA**

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat - Botol obat dengan tetes telinga - Lidi kapas atau cutton bud - Kapas bola atau tisu - Bengkok - Pengalas - Baki tempat obat - Sarung tangan bersih - Pena - Alat dokumentasi				2	1		4
3	Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2

9	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
10	Gunakan sarung tangan				2	1		4
11	Memasang pengalas di bawah kepala				1	1		2
12	Minta pasien untuk posisi miring dengan telingan yanga kan diobati berada diatas.				2	1		4
13	Jika serumen atau drainase menyumbat bagian paling luar saluran telinga. Seka dengan lembut menggunakan lidi kapss atau kapas bola.jangan mendorong serumen kedalam telinga karena akan menghambat saluran telingan dalam				2	1		4
14	Luruskan saluran telinga dengan menarik daun telinga kebawah dan belakang (pada anak-anak) atau keatas dan keluar (ppada dewasa)							
15	Masukan tetes obat sesuai dengan dosis yang ditentukan,pegang 1cm diatas telinga							
16	Minta pasien mengambil posisi miring2 sampai 3 menit. Beri pijatan dan tekan lembut pada tragus telinga dengan menggunakan jari tangan							
17	Bantu pasien untuk kembali ke posisi semula							
18	Evaluasi kondisi telinga luar diantara pemasukan obat							
19	Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan				1	1		2
20	Buka sarung tangan				1	1		2
D.	**Fase Terminasi**							
21	Bereskan alat				1	1		2
22	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
23	Berikan reinforcement positif				1	1		2
24	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
25	Akhiri kegiatan				1	1		2
26	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							
27	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tanda tangan, nama terang perawat				2	1		4

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100%
Jumlah maksimal score

Yogyakarta,_____,___
Penguji

Test 2

1. Pemberian obat yang diletakkan pada mukosa pipi hingga obat terlarut merupakan prosedur?
   a. Pemberian obat oral
   b. Pemberian obat sublingual
   c. Pemberian obat buccal
   d. Pemberian obat topikal
   e. Pemberian obat perenteral
2. Seorang perawat terlihat sedang memberikan obat dengan meletakkan dibawah lidah klien dengan hipertensi hingga obat terlarut. Prosedur apakah yang sedanag dilakukan perawat tersebut?

a. Pemberian obat oral
b. Pemberian obat sublingual
c. Pemberian obat buccal
d. Pemberian obat topikal
e. Pemberian obat perenteral

3. Salah satu cara yang dapat digunakan untuk memastikan obat yang diberikan “benar pasien” adalah?
   a. Menanyakan pasien kepada pasien yang ada disebelahnya
   b. Mengecek identitas pasien melalui gelang identitas pasien
   c. Mengingat nomor kamar pasien
   d. Menanyakan nama pangilan pasien
   e. Meminta kartu identitas pasien
4. Pemberian obat yang diberikan dengan cara dihirup oleh pasien, disebut?
   a. Pemberian obat Inhalan
   b. Pemberian obat Intraokular
   c. Pemberian obat oral
   d. Pemberian obat irigasi
   e. Pemberaian obat dermatologi
5. Cara pemberian tetes telinga yang tepat pada klien usia 2 tahun adalah?
   a. Menarik telinga ke belakang
   b. Menarik telinga ke bawah kemudian ke belakang
   c. Menarik telinga naik ke atas kemudian ke belakang
   d. Menarik telinga lurus ke atas
   e. Menarik telinga lurus ke bawah

DAFTAR PUSTAKA

1. Delaune, C. Sue., and Ladner, K. P. (2011). *Fundamentals of Nursing Standards and Practice*, 4th ed. Delmar: Cengage Learning
2. Kozier, B., Erb, G.,Berwan, A.J., & Burke,K. (2016). *Fundamentals of Nursing:Concepts, Process, and Practice.* New Jersey: Prentice Hall Health.
3. Perry A.G., Potter P.A., Ostendorf W. (2014). *Clinical Nursing Skills and Techniques*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc
4. Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set) .* Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
5. Lynn, P (2011). *Taylor’s Handbook of Clinical Nursing Skills*. 3rd ed. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.Philadelphia.

PEMBERIAN OBAT SUPOSITORIA

A. Definisi Pemberian Obat Suppositoria

Pemberian obat suppositoria adalah cara memberikan obat dengan memasukkan obat melaluianus atau rektum dengan tujuan memberikan efek lokal dan sistemik.

B. Tujuan Pemberian

1. Sebagai pengobatan
2. Mengurangi rasa sakit
3. Feses menjadi lunak dan BAB menjadi terangsang

C. Indikasi

1. Penyakit hemoroid, misal anusol, suppositoria
2. Konstipasi, misal : dulcolax Supp

D. Persiapan Alat dan Bahan

1. Obat suppositoria dalam tempatnya

2. Sarung tangan
3. Kain Kassa
4. Vaselin/pelumas
5. Kertas tissue
6. Sampiran
7. Pispot bila perlu
8. Bengkok

CHECKLIST PEMBERIAN OBAT SUPPOSITORIA

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat a) Catatan pengobatan b) Sarung tangan disposable c) Obat suppositoria d) Jelly				2	1		4

	e) Pengalas dan perlak							
3	Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan				2	1		4
B.	**Fase Orientasi**							
4.	Berikan salam, panggil klien dengan namanya				2	1		4
5.	Perkenalkan diri				1	1		2
6.	Tanyakan keluhan utama				2	1		4
7.	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				2	1		4
8	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
9	Jaga privasi klien				1	1		2
C.	**Fase Kerja**							
10	Turunkan side rail				1	1		2
11	Bantu klien ke posisi prone atau posisi side lying (miring) dengan kaki yang di atas di tekuk.				2	1		4
12	Tempatkan pengalas/perlak di bawah bokong klien				2	1		4
13	Buka obat suppositoria dari pembungkusnya dan inspeksi ujungnya				1	1		2
14	Jika ujung obat suppositoria tajam, gosok ujung yang tajam sampai terasa ujung obat tidak begitu tajam dantidak akan melukai membran rektum				1	1		2
15	Lubrikasi daerah sekitar ujung obat dengan jelly				1	1		2
16	Regangkan bokong dengan tangan non dominan.				2	1		4
17	Instruksikan klien untuk rileks dan nafas dalam				1	1		2
18	Masukkan obat suppositoria ke dalam rektum sampai ke cincin anal menutup kembali.				2	1		4
19	Keluarkan jari, bersihkan kulit dari lubrikasi/jelly yang berlebihan, dan lepaskan bokong klien.				1	1		2
20	Instruksikan klien untuk menekan bokong 3-4 menit dan tetap mempertahankan posisi prone/side lying 15-20 menit.				2	1		4
21	Lepaskan sarung tangan				1	1		2

22	Pasang side rail				1	1		2
D.	**Fase Terminasi**							
23	Bereskan alat				1	1		2
24	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
25	Berikan reinforcement positif				1	1		2
26	Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya				1	1		2
27	Akhiri kegiatan				1	1		2
28	Cuci tangan				2	1		4
E.	**Fase Dokumentasi**							
29	Dokumentasi dalam catatan keperawatan berupa : hari, tanggal, nama pasien, tindakan, evaluasi, tandatangan, nama terang perawat				2	1		4

_____ Yogyakarta,_____,___

Nilai = NilaixCriticallyxDifficultyX100% Penguji

Jumlah maksimal score

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

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

MODUL 4
PRAKTIKUM PERAWATAN LUKA

PENDAHULUAN

Kulit adalah organ terluas dari tubuh yang menyediakan berbagai fungsi penting dalam mempertahankan kesehatan dan melindungi seseorang dari cedera/injuri. Mempertahankan integritas kulit merupakan tanggungjawab primer seorang perawat. Kerusakan integritas kulit seperti luka, dapat terjadi karena trauma atau tindakan pembedahan. Gangguan kulit yang terjadi menciptakan bahaya potensial dan mungkin mengancam jiwa. Pasien beresiko mengalami komplikasi luka, seperti infeksi, perdarahan, gangguan penyembuhan luka operasi dan menonjolnya organ tubuh bagian dalam kea rah luar (evisceration). Komplikasi tersebut dapat meningkatkan risiko penyakit dan kematian, memperpanjang hari rawat sehingga pasien membutuhkan intervesi kesehatan yang dapat menambah biaya perawatan kesehatan pasien. Untuk melindungi kulit dan merawat luka secara efektif, perawat harus mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi integritas kulit dan fisiologi penyembuhan luka, dan pengukuran spesifik yang mendorong kondisi kulit yang optimal.

Modul 4 ini mempelajari prosedur yang membantu mahasiswa dalam memberikan perawatan yang berkaitan dengan integritas kulit dan perawatan luka. Setelah mempelajari modul 4 mahasiswa diharapkan mampu:

1) Memahami pengkajian luka
2) Mendemonstrasikan ketrampilan perawatan luka sederhana

Prosedur/ketrampilan dalam modul 5 ini dilengkapi dengan checklist prosedur yang berguna untuk menuntun mahasiswa melakukan prosedur secara sistematis. Kegiatan praktikum dalam modul ini dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) Kegiatan Praktikum 1
   Mempelajari tentang prosedur ketrampilan perawatan luka sederhana yang dimulai dari proses pengkajian sampai perawatan luka

Modul 4 ini juga dilengkapi dengan tes berupa pertanyaan-pertanyaan dalam bentuk *multiple choice* yang dapat digunakan untuk menilai tingkat kesiapan dan atau pemahaman mahasiswa dalam pembelajaran praktikum.

PRAKTIKUM PERAWATAN LUKA SEDERHANA

PENGERTIAN

Model dan seni perawatan luka sesungguhnya telah lama di kembangkan yaitu sejak jaman pra sejarah dengan pemanfaatan bahan alami yang diturunkan dari generasi ke generasi berikutnya, yang akhirnya perkembangan perawatan luka menjadi modern seiring ditemukannya ribuan balutan untuk luka. Menurut (Carville 2008) tidak ada satu jenis balutan yang cocok atau sesuai untuk setiap jenis luka. Pernyataan ini menjadikan kita harus dapat memi;ih balutan yang tepat untuk mendukung proses penyembuhan luka. Pemilihan balutan luka yang baik dan benar selalu berdasarkan pengkajian luka

TUJUAN

1) Mendorong penyembuhan luka
2) Regenerasi untuk mengembalikan integritas kulit

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN

a) Sarung tangan steril dan bersih
b) Tambahan PPE jika diperlukan
c) Kassa dressing
d) Set dressing steril
e) Perlak atau alas
f) Bengkok untuk pinset sudah dipakai
g) Bengkok untuk limbah kassa
h) Gunting perban atau plester
i) Plester
j) Pengankat perekat/ kapas alkohol (tidak menjadi keharusan)
k) Kantung sampah

PROSEDUR/ LANGKAH KERJA

PENGKAJIAN LUKA

Tujuan Pengkajian

• Mendapatkan informasi yang relevan tentang pasien dan luka
• Memonitor proses penyembuhan luka
• Menentukan program perawatan luka pada pasien
• Mengevaluasi keberhasilan perawatan

Prosedur Pengkajian Luka

a. **Pengkajian Riwayat Pasien**

Pengkajian luka harusnya dilakukan secara holistic yang bermakna bahwa pengkajian luka bukan hanya menentukan mengapa luka itu ada namun juga menemukan berbagai factor yang dapat menghambat penyembuhan luka. Faktor –faktor penghambat penyembuhan luka didapat dari pengkajian riwayat penyakit klien. Faktor yang perlu diidentifikasi antara lain :

1. Faktor Umum : Usia, Penyakit Penyerta, Vaskularisasi, Status Nutrisi, Obesitas, Gangguan Sensasi atau mobilisasi, Status Psikologis, Terapi Radiasi, dan Obat-obatan

2. Faktor Lokal

a. Type luka

1) Luka akut yaitu berbagai jenis luka bedah yang sembuh melalui intensi primer atau luka traumatik atau luka bedah yang sembuh melalui intensi sekunder dan melalui proses perbaikan yang tepat pada waktu dan mencapai hasil pemulihan integritas anatomis sesuai dengan proses penyembuhan secara fisiologis.
2) Luka kronik, adalah terjadi bila proses perbaikan jaringan tidak sesuai dengan waktu yang telah diperkirakan dan penyembuhannya mengalami komplikasi, terhambat baik oleh faktor intrinsik maupun ekstrinsik yang berpengaruh kuat pada individu, luka atau lingkungan. Atau dapat dikatakan bahwa luka kronis merupakan kegagalan penyembuhan pada luka akut.

b. Type Penyembuhan

1) Primary Intention, Jika terdapat kehilangan jaringan minimal dan kedua tepi luka dirapatkan baik dengan suture (jahitan), clips atau tape (plester). Jaringan parut yang dihasilkan minimal.
2) Delayed Primary Intention, Jika luka terinfeksi atau mengandung benda asing dan membutuhkan pembersihan intensif, selanjutnya ditutup secara primer pada 3-5 hari kemudian.

3) Secondary Intention,. Penyembuhan luka terlambat dan terjadi melalui proses granulasi, kontraksi dan epithelization. Jaringan parut cukup luas.
4) Skin Graft, Skin graft tipis dan tebal digunakan untuk mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi resiko infeksi.
5) Flap, Pembedahan relokasi kulit dan jaringan subcutan pada luka yang berasal dari jaringan terdekat

c. Kehilangan jaringan

Kehilangan jaringan menggambarkan kedalaman kerusakan jaringan atau berkaitan dengan stadium kerusakan jaringan kulit. beberapa stadium luka (Stadium I – IV).

1) Stage I : Lapisan epidermis utuh, namun terdapat erithema atau perubahan warna.
2) Stage II : Kehilangan kulit superfisial dengan kerusakan lapisan epidermis dan dermis. Erithema dijaringan sekitar yang nyeri, panas dan edema. Exudate sedikit sampai sedang mungkin ada.
3) Stage III : Kehilangan sampai dengan jaringan subcutan, dengan terbentuknya rongga (cavity), terdapat exudat sedang sampai banyak.
4) Stage IV : Hilangnya jaringan subcutan dengan terbentuknya (cavity), yang melibatkan otot, tendon dan/atau tulang. Terdapat exudate sedang sampai banyak.

d. Penampilan klinis

Tampilan klinis luka dapat di bagi berdasarkan warna dasar luka antara lain :

1) Hitam atau Nekrotik yaitu eschar yang mengeras dan nekrotik, mungkin kering atau lembab.
2) Kuning atau Sloughy yaitu jaringan mati yang fibrous, kuning dan slough.
3) Merah atau Granulasi yaitu jaringan granulasi sehat.
4) Pink atau Epithellating yaitu terjadi epitelisasi.
5) Kehijauan atau terinfeksi yaitu terdapat tanda-tanda klinis infeksi seperti nyeri, panas, bengkak, kemerahan dan peningkatan exudate.

e. Lokasi

Lokasi atau posisi luka, dihubungkan dengan posisi anatomis tubuh dan mudah dikenali di dokumentasikan sebagai referensi utama. Lokasi luka mempengaruhi waktu penyembuhan luka dan jenis perawatan yang diberikan. Lokasi luka di area persendian cenderung bergerak dan tergesek, mungkin lebih lambat sembuh karena regenerasi dan migrasi sel terkena trauma (siku, lutut, kaki). Area yang rentan oleh tekanan atau gaya lipatan (shear force) akan lambat sembuh (pinggul, bokong), sedangkan penyembuhan meningkat diarea dengan vaskularisasi baik (wajah).

f. Ukuran Luka

Dimensi ukuran meliputi ukuran panjang, lebar, kedalaman atau diameter (lingkaran). Pengkajian dan evaluasi kecepatan penyembuhan luka dan modalitas terapi adalah komponen penting dari perawatan luka

Semua luka memerlukan pengkajian 2 dimensi pada luka terbuka dan pengkajian 3 dimensi pada luka berrongga atau berterowongan

1) Pengkajian dua dimensi : Pengukuran superfisial dapat dilakukan dengan alat seperti penggaris untuk mengukur panjang dan lebar luka. Jiplakan lingkaran (tracing of circumference) luka direkomendasikan dalam bentuk plastik transparan atau asetat sheet dan memakai spidol.
2) Pengkajian tiga dimensi: Pengkajian kedalaman berbagai sinus tract internal memerlukan pendekatan tiga dimensi. Metode paling mudah adalah menggunakan instrumen berupa aplikator kapas lembab steril atau kateter/baby feeding tube. Pegang aplikator dengan ibu jari dan telunjuk pada titik yang berhubungan dengan batas tepi luka. Hati-hati saat menarik aplikator sambil mempertahankan posisi ibu jari dan telunjuk yang memegangnya. Ukur dari ujung aplikator pada posisi sejajar dengan penggaris sentimeter (cm). Melihat luka ibarat berhadapan dengan jam. Bagian atas luka (jam 12) adalah titik kearah kepala pasien, sedangkan bagian bawah luka (jam 6) adalah titik kearah kaki

pasien. Panjang dapat diukur dari ” jam 12 – jam 6 ”. Lebar dapat diukur dari sisi ke sisi atau dari ” jam 3 – jam 9 ”.

g. Eksudasi

Hal yang perlu dicatat tentang exudate adalah jenis, jumlah, warna, konsistensi dan bau.

1) Jenis Exudate
   - Serous – cairan berwarna jernih.
   - Hemoserous – cairan serous yang mewarna merah terang.
   - Sanguenous – cairan berwarna darah kental/pekat.
   - Purulent – kental mengandung nanah.
2) Jumlah,
   Kehilangan jumlah exudate luka berlebihan, seperti tampak pada luka bakar atau fistula dapat mengganggu keseimbangan cairan dan mengakibatkan gangguan elektrolit. Kulit sekitar luka juga cenderung maserasi jika tidak menggunkan balutan atau alat pengelolaan luka yang tepat.
3) Warna,
   Ini berhubungan dengan jenis exudate namun juga menjadi indikator klinik yang baik dari jenis bakteri yang ada pada luka terinfeksi (contoh, pseudomonas aeruginosa yang berwarna hijau/kebiruan).
4) Konsistensi,
   Ini berhubungan dengan jenis exudate, sangat bermakna pada luka yang edema dan fistula.
5) Bau,
   Ini berhubungan dengan infeksi luka dan kontaminasi luka oleh cairan tubuh seperti faeces terlihat pada fistula. Bau mungkin juga berhubungan dengan proses autolisis jaringan nekrotik pada balutan oklusif (hidrocolloid).

h. Kulit sekitar luka

Inspeksi dan palpasi kulit sekitar luka akan menentukan apakah ada sellulitis, edema, benda asing, ekzema, dermatitis kontak atau maserasi. Vaskularisasi jaringan sekitar dikaji dan batas-batasnya dicatat. Catat warna, kehangatan dan waktu pengisian kapiler jika luka mendapatkan penekanan atau kompresi. Nadi dipalpasi terutama saat mengkaji luka di tungkai bawah. Penting untuk memeriksa tepi luka terhadap ada tidaknya epithelisasi dan/atau kontraksi.

i. Nyeri

Penyebab nyeri pada luka, baik umum maupun lokal harus dipastikan. Apakah nyeri berhubungan dengan penyakit, pembedahan, trauma, infeksi atau benda asing. Atau apakah nyeri berkaitan dengan praktek perawatan luka atau prodak yang dipakai. Nyeri harus diteliti dan dikelola secara tepat.

j. Infeksi luka

Infeksi klinis dapat didefinisikan sebagai ”pertumbuhan organisme dalam luka yang berkaitan dengan reaksi jaringan”. Reaksi jaringan tergantung pada daya tahan tubuh host terhadap invasi mikroorganisme. Derajat daya tahan tergantung pada faktor-faktor seperti status kesehatan umum, status nutrisi, pengobatan dan derajat kerusakan jaringan. Infeksi mempengaruhi penyembuhan luka dan mungkin menyebabkan dehiscence, eviserasi, perdarahan dan infeksi sistemik yang mengancam kehidupan. Secara reguler klien diobservasi terhadap adanya tanda dan gejala klinis infeksi sistemik atau infeksi luka.

Berdasarkan kondisi infeksi, luka diklasifiksikan atas:

1) Bersih. Tidak ada tanda-tanda infeksi. Luka dibuat dalam kondisi pembedahan yang aseptik, tidak termasuk pembedahan pada sistem perkemihan, pernafasan atau pencernaan.
2) Bersih terkontaminasi. Luka pembedahan pada sistem perkemihan, pernafasan atau pencernaan. Luka terkontaminasi oleh flora normal jaringan yang bersangkutan namun tidak ada reaksi host.
3) Kontaminasi. Kontaminasi oleh bakteri diikuti reaksi host namun tidak terbentuk pus/nanah.
4) Infeksi. Terdapat tanda-tanda klinis infeksi dengan peningkatan kadar leukosit

atau makrophage.

k. Implikasi psikososial

Efek psikososial dapat berkembang luas dari pengalaman perlukaan dan hadirnya luka. Kebijaksanaan dan pertimbangan harus digunakan dalam pengkajian terhadap masalah potensial atau aktual yang berpengaruh kuat terhadap pasien dan perawatnya dalam kaitannya terhadap; Harga diri dan Citra diri, Perubahan fungsi tubuh, Pemulihan dan rehabilitasi, Issue kualitas hidup, Peran keluarga dan sosial, serta Status finansial.

PERAWATAN LUKA

Pengertian

Mengganti balutan yang kotor dengan balutan yang bersih

Tujuan

a. Meningkatkan penyembuhan luka dengan mengabsorbsi cairan dan dapat menjaga kebersihan luka
b. Melindungi luka dari kontaminasi
c. Dapat menolong hemostatis (bila menggunakan elastis verband)
d. Membantu menutupnya tepi luka secara sempurna
e. Menurunkan pergerakan dan trauma
f. Menutupi keadaan luka yang tidak menyenangkan

Indikasi

Pada balutan yang sudah kotor

Hal–Hal Yang Harus Diperhatikan

a. Membalut harus rata, jangan terlalu longgar dan jangan terlalu erat, hal ini untuk mencegah terjadinya pembendungan. Contoh pada kaki dan tangan
b. Pembalut harus sesuai dengan tujuan, contoh: untuk menjaga agar luka jangan terkontaminasi, untuk merapatnya luka, atau untuk menghentikan perdarahan
c. Menggunting plester jangan terlalu panjang/terlalu pendek
d. Pembalut yang kotor/basah segera diganti. Pada luka operasi tanpa drain sampai angkat jahitan (minimal 5 hari), pembalut yang tepat berada di atas luka tidak boleh diganti. Jadi bila pembalut kotor/basah hanya bagian atasnya saja yang diganti, atau pembalut diganti sesuai dengan instruksi dokter
e. Memperhatikan apakah ada perdarahan, atau kotoran–kotoran yang lain untuk menetukan kapan drain dapat diangkat
f. Memperhatikan komplikasi luka operasi, contoh haematom, adanya pus, pengerasan, perdarahan, kemerahan atau lecet–lecet pada kulit sekitarnya

Prosedur Perawatan Luka:

***CHECHLIST* KETERAMPILAN PERAWATAN LUKA**

NO	ASPEK YANG DINILAI	Nilai			C	D	act	Max
		0	1	2				
A	**TAHAP PRE INTERAKSI**							
1	Membaca rekam medis pasien terkait nama, nrm, tanggal lahir dan intervensi				1	1		2
2	Persiapan Alat ▪ Satu set perawatan luka steril - Sarung tangan steril 1 pasang - Pinset anatomis 2 buah - Pinset sirurgis 1 buah - Gunting jaringan - Kassa steril / depress/ cottonbud - Kom untuk larutan pembersih (Normal Salin) / sesuai dengan kebutuhan ▪ Sarung tangan bersih ▪ Perlak atau alas ▪ Bengkok untuk pinset sudah dipakai ▪ Bengkok untuk limbah kassa				2	1		4

	▪ Gunting perban atau plester ▪ Plester ▪ Pengankat perekat/ kapas alkohol (tidak menjadi keharusan) ▪ Kantung sampah							
3	Cuci tangan				1	1		2
B	**TAHAP ORIENTASI**							
4	Berikan salam, validasi pasien dengan melihat gelang identitas pasien				1	1		2
5	Perkenalkan diri				1	1		2
6	Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan				1	1		2
7	Berikan kesempatan untuk bertanya				1	1		2
8	Jaga privasi klien				1	1		2
C	**TAHAP KERJA**							
9	Cuci tangan dan gunakan sarung tangan bersih							
10	Atur posisi klien senyaman mungkin dan yang memudahkan dalam perawatan luka				1	1		2
11	Dekatkan meja alat dan bahan dengan luka yang memudahkan dalam peerawatan luka				1	1		2
12	Pasang perlak pengalas pada bagian yang akan diganti luka				1	1		2
13	Taruh bengkok dekat dengan luka				1	1		2
14	Lepaskan plester, ikatan atau balutan dengan pinset *atau sarung tangan bersih* dengan cara basahi plester dengan kapas sedikit-sedikit dan tarik plester perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan dengan menggunakan pinset anatomis *atau sarung tangan bersih* (Bila balutan lengket dengan luka maka basahi dengan NS secukupnya untuk memudahkan pengangkatan dan mengurangi nyeri)				2	1		4
15	Angkat balutan dan pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan klien serta buang balutan pada benkok untuk kassa kotor				2	1		4
16	Inspeksi keadaan luka (Tipe luka, panjang dan lebar luka, warna luka, penyatuan jaringan, tanda-tanda infeksi *(kalor, dolor, rubor),* pus, jahitan dan drain				2	1		4
17	Taruh pinset yang telah digunakan ke bengkok instrumen kotor dan lepaskan sarung tangan bersih				1	1		2
18	Siapkan semua alat dan bahan steril yang dipakai. Gunakan teknik sterile dalam membuka alat-alat sterile, menuangkan cairan, kassa serta terapi (tule, gel dll) sesuai order. (Perhatikan bahan-bahan habis pakai sesuai dengan kebutuhan)				2	2		8
19	Pakai sarung tangan steril dan ambil pinset cirurgis dan anatomis				2	1		4
20	Pegang pinset cirurgis dengan tangan dominan dan anatomis dengan tangan nondominan untuk memegang kassa yang telah dibasahi dengan normal salin				1	1		2
21	Bersihkan luka mengunakan tangan dominan dengan gerakan satu arah: sirkular (dalam ke luar) atau (atas ke bawah) dan ganti kassa pada tiap area. Lakukan irigasi bila diperlukan dan keluarkan pus dengan menekan area luka				2	1		4

	secara perlahan kemudian basahi dengan kassa NS.							
22	Keringkan luka menggunakan kassa kering steril dengan menggunakan teknik pada point 20				2	1		4
23	Tutup luka dengan (tule/gel dll sesuai order) atau kassa lembab NS dimana bagian lipatan menghadap ke atas (sesuai dengan kebutuhan)				2	1		4
24	Tutup luka dengan kassa kering sesuai dengan kebutuhan dimana bagian lipatan menghadap ke bawah				1	1		2
25	Pasang plester ~~atau hepafik~~ untuk fiksasi balutan disesuaikan dengan arah anatomi				1	1		2
26	Buang kotoran pada bengkok ke tempat sampah dan bereskan alat seperti perlak dsb				1	1		2
27	Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan							
28	Kembalikan pasien ke posisi nyaman				1	1		2
29	Cuci tangan				1	1		2
D	**TERMINASI**							
30	Evaluasi hasil yang dicapai (subjektif dan objektif)				1	1		2
31	Beri reinforcement positif pada klien				1	1		2
32	Kontrak pertemuan selanjutnya				1	1		2
33	Mengakhiri pertemuan dengan baik				1	1		2
34	Cuci tangan				1	1		2
E	**DOKUMENTASI**							
35	Catat tindakan yang dilakukan (waktu, jenis, metode, dan prosedur ganti balut, keadaan luka.)				1	1		2
	TOTAL							

Nilai = Nilai x Critically x Difficulty X 100%
Jumlah maksimal score

Yogyakarta,_____,___
Penguji

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

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

Test 1

1. Seorang klien datang ke IGD karena mengalami luka dengan ciri luka pada area epidermis dan dermis dan timbul erithema serta edema. Berapakah derajat luka pada kasus tersebut?
   a. Derajat I
   b. Derajat II
   c. Derajat III
   d. Derajat IV
   e. Derajat V

2. Warna yang menunjukkan bahwa jaringan disekitar luka mengalami nekrosis, adalah?
   a. Warna disekitar luka terlihat kemerahan
   b. Warna disekitar luka terlihat kekuningan
   c. Warna disekitar luka terlihat kehijauan
   d. Warna disekitar luka terlihat pinkish
   e. Warna disekitar luka terlihat hitam

3. Cairan yang digunakan untuk membersihakn luka adalah?
   a. Alcohol 70%
   b. Iodine

c. Normal Saline
d. Hipertonik
e. Larutan PK

4. Seorang perawat sedang melakukan perawatan luka pada pasein post operasi appendiktomi. Termasuk dalam jenis luka apakah pada kasus tersebut?
   a. Luka bersih
   b. Luka bersih terkontaminasi
   c. Luka terkontaminasi
   d. Luka infeksi
   e. Luka kotor terkontaminasi

5. Yang perlu diperhatikan saat melakukan perawatan luka pada klien adalah?
   a. Ukuran, tanda infeksi dan jumlah
   b. Ukuran, jumlah dan discharge
   c. Warna, tanda infeksi dan panjang
   d. Panjang, tanda infeksi, dan penyebab
   e. Penyebab, ukuran dan posisi

MODUL 11
PRAKTIKUM PENGENDALIAN DAN PENCEGAHAN INFEKSI

PENDAHULUAN

Perawat dan petugas kesehatan lainnya memiliki peran kunci dalam menurunkan penyebaran penyakit, meminimalisir komplikasi dan menurunkan kejadian yang tidak diinginkan bagi pasien. Untuk membatasi penyebaran penyakit tentunya perlu memutus rantai infeksi yang dapat dilakukan dengan melakukan tindakan asepsis. Medical asepsis atau teknik bersih merupakan prosedur atau praktik yang dapat menurunkan jumlah dan transfer pathogen. Sedangkan surgical asepsis atau teknik steril merupakan teknik yang digunakan untuk membuat dan menjaga objek agar bebas dari mikroorganisme.

Modul 3 ini mempelajari prosedur yang membantu perawat dalam mencegah penyebaran infeksi meliputi penggunaan PPE, cuci tangan, dan teknik steril. Cuci tangan merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk mencegah penyebaran organisme dan transmisi penyakit.

Setelah mempelajari modul 3 mahasiswa diharapkan mampu:

1) Mendemonstrasikan ketrampilan mencuci tangan dengan sabun (hand washing)
2) Mendemonstrasikan ketrampilan mencuci tangan dengan alcohol (hand rub)
3) Mendemonstrasikan pemakaian dan pelepasan APD.

Setiap prosedur/ ketrampilan dalam modul 3 ini dilengkapi dengan checklist prosedur yang berguna untuk menuntun mahasiswa melakukan prosedur secara sistematis. Agar dapat memahami modul 3 ini dengan mudah, kegiatan dalam prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi dalam modul ini dibagi menjadi dalam 2 kegiatan praktikum. Kegiatan praktikum tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) Kegiatan Praktikum 1
   Mempelajari tentang prosedur ketrampilan yang berkaitan dengan mencuci tangan
2) Kegiatan Praktikum 2
   Mempelajari tentang prosedur ketrampilan yang berkaitan dengan pemakaian APD.

Modul 3 ini juga dilengkapi dengan tes berupa pertanyaan-pertanyaan dalam bentuk *multiple choice* yang dapat digunakan untuk menilai tingkat kesiapan dan atau pemahaman mahasiswa dalam pembelajaran praktikum.

PRAKTIKUM 1
CUCI TANGAN

PENGERTIAN

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol *(alcohol-based handrubs)* bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat:

a) Bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan.
b) Bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama.

Indikasi kebersihan tangan:

- Sebelum kontak pasien;
- Sebelum tindakan aseptik;
- Setelah kontak darah dan cairan tubuh;
- Setelah kontak pasien;
- Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Kriteria memilih antiseptik:

- Memiliki efek yang luas, menghambat atau merusak mikroorganisme secara luas (gram positif dan *gram negative,virus lipofilik,bacillus* dan *tuberkulosis,fungi*serta *endospore*)
- Efektifitas
- Kecepatan efektifitas awal
- Efek residu, aksi yang lama setelah pemakaian untuk meredam pertumbuhan
- Tidak menyebabkan iritasi kulit
- Tidak menyebabkan alergi

Hasi yang ingin dicapai dalam kebersihan tangan adalah mencegah agar tidak terjadi infeksi, kolonisasi pada pasien dan mencegah kontaminasi dari pasien ke lingkungan termasuk lingkungan kerja petugas.

Kapan seseorang petugas kesehatan perlu mencuci tangan :

1. Setelah datang dan pulang dari tempat kerja
2. Sebelum dan sesudah memeriksa pasien
3. Sebelum dan setelah membawa pasien
4. Sebelum dan sesudah memakai sarung tangan
5. Terjadi kontaminasi pada tangan seperti :
   a. memegang instrumen dan item lain yang kotor,
   b. menyentuh selaput lendir, darah atau cairan tubuh lain (sekresi dan ekskresi)
   c. terjadi kontak lama dan intensif dengan pasien
   d. memegang instrumen dan item lain yang kotor
   e. menyentuh selaput lendir, darah atau cairan tubuh lain (sekresi dan ekskresi)
   f. terjadi kontak lama dan intensif dengan pasien

Pencegahan standar (standar precaution) diberlakukan untuk semua pasien penerima asuhan keperawatan di rumah sakit tanpa memandang diagnosis dan status infeksi. Pencegahan standar diterapkan pada darah: semua cairan tubuh, sekresi, ekskresi kecuali keringat, membrane mukosa dan kulit yang tidak utuh. Prosedur pencegahan standar adalah sbb:

b. Ikuti teknik mencuci tangan
c. Gunakan sarung tangan bersih ketika menyentuh darah, cairan tubuh, ekskresi, sekresi, item terkontaminasi, membrane mukosa dan kulit yang tidak utuh. Ganti sarung tangan pada setiap aktivitas dalam pasien yang sama, jika perlu dan lepas segera setelah digunakan.
d. Gunakan PPE seperti, masker, proteksi mata, pelindung wajah, gown selama prosedur dan kegiatan asuhan keperawatan yang memungkinkan darah dan cairan tubuh terciprat. Gunakan gown untuk melindungi kulit dan mencegah baju terkotori.
e. Hindari menutup kembali jarum. Jika terpaksa harus ditutup, jangan oernah menggunakan 2 tangan. Tempatkan jarum, benda tajam dan skapel pada container tahan tusukan setelah digunakan
f. Hati-hati memperlakukan alat kesehatan yang terciprat darah atau cairan tubuh, sekresi, dan ekskresi untuk mencegah transfer mikroorganisme. Bersihkan dan proses kembali alat-alat secara benar jika akan digunakan untuk pasien lain.

TUJUAN

1. Membebaskan tangan dari kuman dan mencegah kontaminasi
2. Memindahkan angka maksimum kulit dari kemungkinan adanya organisme patogen
3. Mencegah atau mengurangi peristiwa infeksi
4. Memelihara tekstur dan integritas kulit tangan dengan tepat.

PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN:

a) Sabun desinfektan : Iodophor, Alkohol, Triclosan, PCMX, Chlorhexidine Gluconate (CHG)
b) Kain pengering tangan steril
c) Sikat kuku dan kikir kuku disposibel
d) Kaca mata (goggle)
e) Masker
f) Apron
g) Boot
h) Kap/ pentup kepala

LANGKAH KERJA:

CHECKLIST* MENCUCI TANGAN DENGAN SABUN *(HAND WASHING)

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A	**Tahap Persiapan**							
1	Persiapan alat: a) Wastafel b) Sabun antiseptik c) Handuk atau pengering				2	1		4
2	Persiapan diri: a) Lepas semua aksesoris yang ada pada tangan b) Gulung lengan baju sampai siku				1	1		2
B	**Tahap Kerja**							
3	Berdiri di depan wastafel. Jangan biarkan baju menempel pada wastafel selama prosedur cuci tangan				1	1		2
4.	Nyalakan kran air dan atur aliran air				1	1		2
5.	Basahi tangan dan pergelangan tangan. Jaga tangan lebih rendah dari siku agar air mengalir ke ujung jari				1	1		2
6.	Taruh sedikit sabun antiseptik (2 – 4cc). Untuk sabun batang gosok hingga berbusa.				1	1		4
7.	Gosokkan sabun pada telapak tangan kanan dengan telapak tangan kiri				2	1		4
8	Gosokkan telapak tangan kanan di atas punggung telapak kiri secara bergantian				2	1		4
9	Gosok telapak tangan kangan dengan telapak tangan kiri dengan jari saling berkaitan				2	1		4
10	Letakkan punggung jari saling mengunci, kemudian gosok-gosokkan punggung tangan				2	1		4
11	Gosok ibu jari tangan kiri secara memutar dengan genggaman tangan dan sebaliknya				2	1		4
12	Rapatkan jari tangan kiri, letakkan di telapak tangan kanan, kemudian gosok memutar ke arah ibu jari kanan dan sebaliknya				2	1		4
13	Bilas tangan dengan air hingga bersih				2	1		4
14	Keringkan tangan seluruhnya dengan handuk atau tissue kering				2	1		4
15	Tutup keran air dengan tissue bekas mengeringkan tangan				2	1		4
	JUMLAH							

Nilai Act = Nilai skor x C x D

Nilai = $\frac{Jumlah\ Total\ Nilai\ Act}{Jumlah\ Nilai\ Maks} x\ 100$

Yogyakarta,_____,___

Penguji



CHECKLIST *HAND RUB*

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A	**Tahap Persiapan**							
1	Persiapan alat: - Alcohol cair/ gel				2	1		4
2	Persiapan diri: a) Lepas semua aksesoris yang ada pada tangan b) Gulung lengan baju sampai siku				1	1		2
B	**Tahap Kerja**							
3	Kuncupkan telapak tangan dan tuang alcohol cair/ gel secukupnya				1	1		2
4.	Gosok tangan telapak dengan telapak				2	1		4
5.	Gosokkan telapak tangan kanan di atas punggung telapak kiri secara bergantian				2	1		4
6.	Gosok telapak tangan kangan dengan telapak tangan kiri dengan jari saling berkaitan				2	1		4
7.	Letakkan punggung jari saling mengunci, kemudian gosok-gosokkan punggung jari tangan				2	1		4
8	Gosok ibu jari tangan kiri secara memutar dengan genggaman tangan dan sebaliknya				2	1		4
9	Rapatkan jari tangan kiri, letakkan di telapak tangan kanan, kemudian gosok memutar ke arah ibu jari kanan dan sebaliknya				2	1		4
10	Tunggu tangan sampai mengering				1	1		2
	JUMLAH							



PRAKTIKUM 2
PEMAKAIAN APD

PENGERTIAN

Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius. APD terdiri dari sarung tangan, masker/Respirator Partikulat, pelindung mata (goggle), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (Sepatu Boot).

Tujuan

Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.

Indikasi

1. Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.
2. Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai di lakukan.
3. Tidak dibenarkan menggantung masker di leher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentuh permukaan lingkungan.



Gambar 4. Alat Pelindung Diri (APD)

JENIS-JENIS APD

1) Sarung tangan

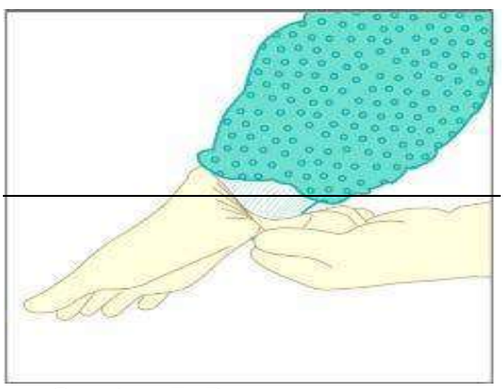
Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

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

Umumnya sarung tangan bedah terbuat dari bahan lateks karena elastis, sensitif dan tahan lama serta dapat disesuaikan dengan ukuran tangan. Bagi mereka yang alergi terhadap lateks, tersedia dari bahan sintetik yang menyerupai lateks, disebut 'nitril'. Terdapat sediaan dari bahan sintesis yang lebih murah dari lateks yaitu 'vinil' tetapi sayangnya tidak elastis, ketat dipakai dan mudah robek. Sedangkan sarung tangan rumah tangga terbuat dari karet tebal, tidak fleksibel dan sensitif, tetapi memberikan perlindungan maksimum sebagai pelindung pembatas.

KEGIATAN/TINDAKAN	PERLU SARUNG TANGAN?	JENIS SARUNG TANGAN YANG DIANJURKAN*
Pengukuran Tekanan Darah	Tidak	
Pengukuran suhu	Tidak	
Menyuntik	Tidak	
Penanganan dan pembersihan alat-alat	Ya	Rumah tangga

KEGIATAN/TINDAKAN	PERLU SARUNG TANGAN?	JENIS SARUNG TANGAN YANG DIANJURKAN[4]
Penanganan limbah terkontaminasi	Ya	Rumah tangga
Membersihkan darah/cairan tubuh	Ya	Rumah tangga
Pengambilan Darah	Ya	Pemeriksaan[4]
Pemasangan dan pencabutan infus	Ya	Pemeriksaan[4]
Pemeriksaan Dalam – Mukosa (Vagina, Rectum, Mulut)	Ya	Bedah
Pemasangan dan pencabutan Implan, Kateter Urin, AKDR dan lainnya (terbungkus dalam paket steril dan dipasang dengan teknik tanpa sentuh)	Ya	Bedah
Laparoskopi, Persalinan per vaginam	Ya	Bedah
Pembedahan Laparotomi, Seksio Sesarea atau Tulang	Ya	Bedah



Gambar 5. Pemasangan sarung tangan

2) Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin. Masker yang di gunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan *Fit Test* (penekanan di bagian hidung).

Terdapat tiga jenis masker, yaitu:

1. Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet.
2. Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui *airborne.*
3. Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur.



Gambar 6. Memakai Masker

Cara memakai masker:

1) Memegang pada bagian tali (kaitkan pada telinga jika menggunakan kaitan tali karet atau simpulkan tali di belakang kepala jika menggunakan tali lepas).
2) Eratkan tali kedua pada bagian tengah kepala atau leher.
3) Tekan klip tipis fleksibel (jika ada) sesuai lekuk tulang hidung dengan kedua ujung jari tengah atau telunjuk.
4) Membetulkan agar masker melekat erat pada wajah dan di bawah dagu dengan baik.
5) Periksa ulang untuk memastikan bahwa masker telah melekat dengan benar.



Gambar 7. Menekan klip pada tulang hidung

3) Gaun Pelindung

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril.

Jenis-jenis gaun pelindung:

- Gaun pelindung tidak kedap air
- Gaun pelindung kedap air
- Gaun steril
- Gaun non steril

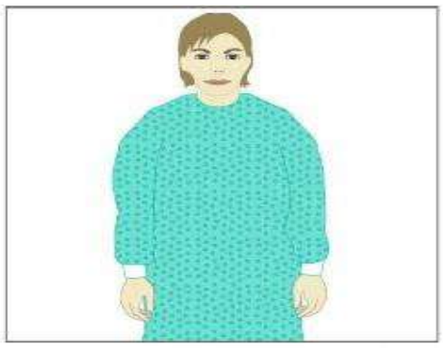
Indikasi penggunaan gaun pelindung

Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti:

- Membersihkan luka
- Tindakan drainase
- Menuangkan cairan terkontaminasi kedalam lubang pembuangan atau WC/toilet
- Menangani pasien perdarahan masif
- Tindakan bedah
- Perawatan gigi
- Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah).

Cara memakai gaun pelindung:

Tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut, lengan hingga bagian pergelangan tangan dan selubungkan ke belakang punggung. Ikat di bagian belakang leher dan pinggang.



Gambar 10. Gaun pelindung

4) *Goggle* dan perisai wajah

Harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata.

Tujuan pemakaian *Goggle* dan perisai wajah:

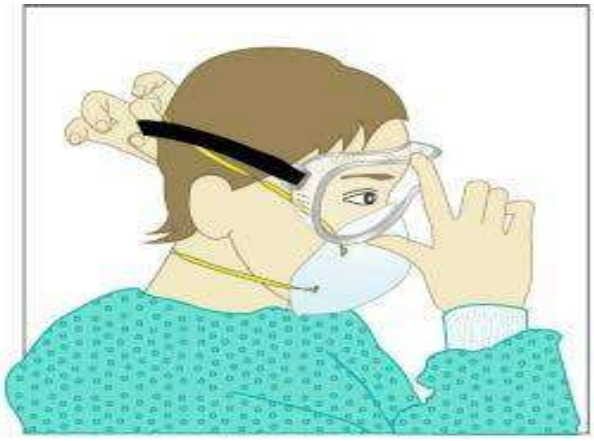
Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi.

Indikasi:

Pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasidi laundry, di ruang dekontaminasi *CSSD*.



Gambar 11. Penutup Wajah



Gambar 12. Memakai *Goggle*

5) Sepatu pelindung

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindung kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal.

Jenis sepatu pelindung seperti sepatu *boot* atau sepatu yang menutup seluruh permukaan kaki.

Indikasi pemakaian sepatu pelindung:

- Penanganan pemulasaraan jenazah
- Penanganan limbah
- Tindakan operasi
- Pertolongan dan Tindakan persalinan
- Penanganan linen
- Pencucian peralatan di ruang gizi
- Ruang dekontaminasi *CSSD*



Gambar 13. Sepatu Pelindung

6) Topi pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien.

Indikasi pemakaian topi pelindung:

- Tindakan operasi
- Pertolongan dan tindakan persalinan
- Tindakan insersi CVL
- Intubasi Trachea
- Penghisapan lendir massive
- Pembersihan peralatan kesehatan



Gambar 14.Topi Pelindung

PELEPASAN APD

Langkah-langkah melepaskan APD adalah sebagai berikut:

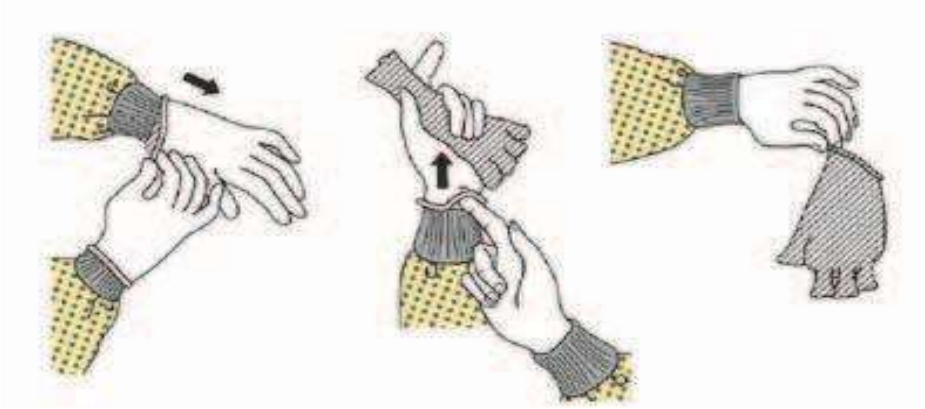
1) Lepaskan sepasang sarung tangan
2) Lakukan kebersihan tangan
3) Lepaskan apron
4) Lepaskan perisai wajah (*goggle*)
5) Lepaskan gaun bagian luar
6) Lepaskan penutup kepala
7) Lepaskan masker
8) Lepaskan pelindung kaki
9) Lakukan kebersihan tangan

Gambar Pelepasan APD

1. Melepas sarung tangan
   - Ingatlah bahwa bagian luar sarung tangan telah terkontaminasi.
   - Pegang bagian luar sarung tangan dengan sarung tangan lainnya, kemudian lepaskan.



   - Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan.
   - Selipkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di bawah sarung tangan yang belum dilepas di pergelangan tangan.
   - Lepaskan sarung tangan di atas sarung tangan pertama.
   - Buang sarung tangan di tempat limbah infeksius.



Gambar 16. Melepaskan Sarung Tangan

2. Melepas *Goggle* atau Perisai Wajah
   - Ingatlah bahwa bagian luar *goggle* atau perisai wajah telah terkontaminasi.
   - Untuk melepasnya, pegang karet atau gagang *goggle*.
   - Letakkan di wadah yang telah disediakan untuk diproses ulang atau dalam tempat limbah infeksius.



Gambar 17. Melepaskan *Goggle*atauPerisaiWajah

3. Melepas Gaun Pelindung
   Ingatlah bahwa bagian depan gaun dan lengan gaun pelindung telah terkontaminasi
   - Lepas tali pengikat gaun.
   - Tarik dari leher dan bahu dengan memegang bagian dalam gaun pelindung saja.
   - Balik gaun pelindung.
   - Lipat atau gulung menjadi gulungan dan letakkan di wadah yang telah di sediakan untuk diproses ulang atau buang di tempat limbah infeksius.



Gambar 18. Melepas Gaun Pelindung

4. Melepas Masker
   - Ingatlah bahwa bagian depan masker telah terkontaminasi
   - JANGAN SENTUH.
   - Lepaskan tali bagian bawah dan kemudian tali/karet bagian atas.
   - Buang ke tempat limbah infeksius.



Gambar Melepas Masker

Penggunaan APD pada pasien harus ditetapkan melalui Standar Prosedur Operasional (SPO) di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap pasien infeksius sesuai dengan indikasi dan ketentuan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI), sedangkan penggunaan APD untuk pengunjung juga ditetapkan melalui SPO di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap kunjungan ke lingkungan infeksius. Pengunjung disarankan untuk tidak berlama-lama berada di lingkungan infeksius.

CHECKLIST PEMAKAIAN APD

NO	KEGIATAN	NILAI			C	D	act	max
		0	1	2				
A.	**Fase Preinteraksi**							
1	Membaca catatan medis				2	1		4
2	Persiapan alat ✓ Wastafel ✓ Sabun desinfektan : Iodophor, Alkohol, Triclosan, PCMX, Chlorhexidine Gluconate (CHG) ✓ Pelindung wajah ✓ Kaca mata (goggle) ✓ Masker				2	1		4

	✓ Apron (jika perlu) ✓ Gown ✓ Kap/ pentup kepala							
3	Lakukan cuci tangan				2	1		4
C.	**Fase Kerja**							
1	Cuci tangan dengan air mengalir, sabun disinfektant sesuai dangn urutan prosedur cuci tangan				2	1		4
	Prosedur pemakaian masker				2	1		4
2	Ambil masker dan tekuk bagian logam sesuaikan dengan bentuk hidung untuk mencegah pengembunan pada kaca mata				2	1		4
3	Pasang masker hingga menutupi sebagian wajah dan hidung				1	1		2
4	Menalikan dengan erat pengikat masker di belakang kepala. Memastikan bahwa masker sudah menutup dengan sempurna.				2	1		4
	Prosedur pemakaian kacamata pelindung				2	1		4
5	Pasang kaca mata pelindung setelah memakai masker				1	1		2
6	Pasang kacamata pada wajah dan mata serta sesuaikan agar pas				1	1		2
	Prosedur pemakaian Pakaian pelindung (Gown)				1	1		2
7	Kenakan baju mulai dari tangan kemudian badan,tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut,lengan hingga bagian pergelangan,serta selubungkan kebelakang punggung				1	1		2
8	Ikat dibagian belakang leher dan pinggang				2	2		8
9	Jika akan melakukan tindakan / prosedur beresiko terkena tumpahan darah,cairan tubuh atau sekresi kenakan aprone yang terbuat dari plastic dibagian depan tubuh pasien.				1	1		2
	Pemakaian Sarung tangan				2	1		4
10	Sarung tangan paling akhir dikenakan setelah APD yang lain. Memilih jenis dan ukuran yang sesuai.				1	1		2
11	Memasukkan tangan ke dalam sarung tangan				1	1		2
12	Merapikan sarung tangan hingga menutupi lengan gaun.				1	1		2
	Melepaskan sarung tangan				1	1		2
13	Dengan tangan yang masih menggunakan sarung tangan, tarik bagian telapak tangan anda yang lain dan lepaskan sarung tangan				1	1		2
14	Pegang sarung tangan yang telah lepas dengan tangan yang masih menggunakan sarung tangan				1	1		2
15	Selipkan jari tangan yang sudah tidak menggunakan sarung tangan ke bagian pergelangan tangan sarung tangan yang masih terpasang.				1	1		2

16	Lepaskan sarung tangan kedua menutupi sarung tangan pertama				1	1		2
17	Buang sarung tangan ke tempat pembuangan				1	1		2
	Melepaskan pelindung mata dan pelindung wajah							
18	Lepaskan pelindung mata atau pelindung wajah dari belakang dengan mengangkat karet kepala (headn band) atau pengait telinga				1	1		2
19	Apabila masih bisa digunakan kembali, letakkan di wadah yang telah ditentukan untuk diproses kembali. Bila tidak, buang di tempat pembuangan				1	1		2
20	Apabila tangan anda terkontaminasi saat melepas pelindung mata atau pelindung wajah				1	1		2
	Melepaskan Gown (gaun)							
21	Longgarkan ikatan gaun, pastikan bagian lengan atau gaun tidak mengenai bagian tubuh anda saat melonggarkan ikatan gaun.				1	1		2
22	Lepaskan gaun dari leher dan bahu anda, pegang hanya bagian dalam gaun saat melepaskan.				1	1		2
23	Balik gaun sehingga bagian dalam gaun berada di luar				1	1		2
24	Lipat atau gulung gaun lalu buang di tempat pembuangan				1	1		2
	Lepaskan masker							
25	Bagian depan masker telah terkontaminasi seluruhnya, **JANGAN DISENTUH**				1	1		2
26	Pegang bagian bawah ikatan/karet elastis masker dan lepaskan masker tanpa menyentuh bagian depan masker.				1	1		2
27	Cuci tangan dengan sabun atau gunakan hand sanitizer berbasis alcohol setelah melepaskan semua APD				1	1		2
D.	**Fase Terminasi**							
29	Evaluasi hasil kegiatan				1	1		2
30	Akhiri kegiatan				1	1		2

Nilai Act = Nilai skor x C x D

Nilai = $\frac{Jumlah\ Total\ Nilai\ Act}{Jumlah\ Nilai\ Maks}\ x\ 100$

Yogyakarta,_____,___

Penguji

Keterangan

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 tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)

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

Test 1

1. Seorang perawat hendak memasang infus pada klien dengan diagnose demam berdarah. Standar precaution apa saja yang harus digunakan oleh perawat tersebut?
   a. Sarung tangan steril dan masker
   b. Sarung tangan bersih dan goggle
   c. Sarung tangan steril dan apron
   d. Sarung tangan bersih dan masker
   e. Sarung tangan bersih

2. Berapa lamakah standar waktu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir?
   a. 20 – 40 detik
   b. 20 – 30 detik
   c. 40 – 50 detik
   d. 30 – 60 detik
   e. 30 – 40 detik

3. Setelah menggosok telapak tangan dengan tangan saling berkaitan secara bergantian, langkah mencuci tangan dengan sabun selanjutnya adalah?
   a. Menggosok punggung tangan dengan tangan kanan diatas tangan kiri secara bergantian
   b. Merapatkan jari di atas telapak tangan dan memutar ke arah ibu jari secara bergantian
   c. Mengeringkan dengan handuk kering dan menutup kran air dengan tissue
   d. Meletakkan punggung jari saling mengunci, kemudian gosok-gosokkan punggung jari tangan
   e. Menggosok ibu jari tangan kiri secara memutar dengan genggaman tangan dan sebaliknya

4. Manakah tindakan keperawatan yang paling efektif untuk mencegah dan mengendalikan penyebaran infeksi?
   a. Mencuci tangan
   b. Mengimplementasikan prosedur isolasi pasien secara tepat
   c. Menggunakan sarung tanagn dan masker saat melakukan asuhan keperawatan langsung
   d. Memberikan antibiotic spectrum luas pada pasien
   e. Melakukan personal hygiene pada pasien setiap hari

DAFTAR PUSTAKA

1. Delaune, C. Sue., and Ladner, K. P. (2011). *Fundamentals of Nursing Standards and Practice*, 4th ed. Delmar: Cengage Learning
2. Kozier, B., Erb, G.,Berwan, A.J., & Burke,K. (2016). *Fundamentals of Nursing:Concepts, Process, and Practice.* New Jersey: Prentice Hall Health.
3. Perry A.G., Potter P.A., Ostendorf W. (2014). *Clinical Nursing Skills and Techniques*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc
4. Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set) .* Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
5. Lynn, P (2011). *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills*. 3rd ed. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.Philadelphia.

LAMPIRAN

Kelompok 1: Zinatul Mutaalimah, S.Kep., Ns		
Hp: '081329354395		
1	252201001	ANFA ELGASILVANA
2	252201002	EKA WAHYU NUR ALIFAH
3	252201003	SEPTI VIA NURJANNAH
4	252201004	AZZAH ISRA MUFIDYAH
5	252201005	ASTRID SORAYA HADMISARI
6	252201006	NADIA WAHYU RAMADANIA
7	252201007	LYDIA BELLA PRATIWI
8	252201008	AURA SIFFA AZZAHRA
9	252201009	SYASWINA PUSPITA RANI
10	252201010	LEXZA CLARISTA RAHMADANI
11		ALIVIA VANTIKA

Kelompok 2: Renna Headiana, S.Kep., Ns		
Hp: '085866992255		
1	252201011	JULI ALAWIYAH
2	252201013	AUFA AMINDA BRILIANI
3	252201014	ANANDA PUTRI RAMADHANI
4	252201015	ARMA WIRA JAYANTI
5	252201016	AIPUTAH MAULIDIYA VANYSA
6	252201018	NAUFAL LUTFI NAWWARUDDIN
7	252201019	NURUL ALMA ASSHOFFI
8	252201020	RINDI AIRAWATI
9	252201021	ARTIKA DEWI
10	252201022	DITA PUSPITA SARI
11	252201023	AGNES VIALINA
12	252201024	ANISA AMALIA

Kelompok 3: Yosinta Agustin, S.Kep., Ns		
Hp: '08814074178		
1	252201025	ROSA INDAH KIRANI
2	252201026	JAIMITO DE JESUS SIMOES
3	252201027	WULAN RAMADHANI SUCI LARAS ATI
4	252201028	CINDERELLA GITARIA ZULKARISA
5	252201029	ANGGUN AUREL SUCI ADITYA WALLY
6	252201030	INTAN PUSPITA SARI
7	252201031	RASYA AYU PERNANDA AZ
8	252201032	NAFISA PUTRI DAMAYANTI
9	252201033	RINDI NATALIA ADRIAN
10	252201034	ALFI HALIM PRATAMA

Kelompok 4: Siti Baroroh, S.Kep., Ns		
Hp: '088806474241		
1	252201035	ARIF SETYA ARYANTO
2	252201036	RIKA AGNESIA PERTIWI
3	252201037	PUTRI ENJANG SETYANI
4	252201038	JIHAN WHINNEZT ARDYANOVTA
5	252201039	BEATRICH SABRINA ALUREHTA
6	252201040	NABILLA CHELSIA RATMAN
7	252201041	Nayla Risma Rahmadani
8	252201042	NADIYA FERI OFITA SARI
9	252201043	DEA RAHMA MELYSA
10	252201044	PUTRI LIA RAMADHANI
11	252201045	ELISA WAHYU CAHYANINGRUM
12	252201046	ANISTA YUDHISTA PRATAMI
13	252201047	NIA CARNI JEPANYA

Kelompok 6: Shohwatul Islam, S.Kep., Ns		
Hp: '0895329783232		
1	252201061	FRISKA AYU GUMILANG MULYA
2	252201062	ENJEL PARGIATI
3	252201063	MUJI REZU TRI KENCANA
4	252201064	FAQIH MUSTAQIM
5	252201065	SANDRA VALERIA DA CRUZ PEREIRA
6	252201066	RIZKA AMELIA
7	252201067	NAMIRA ANJANI
8	252201068	FERDY ELIEZER TUAN SIMARE-MARE
9	252201069	DEWI AYU HANDAYANI
10	252201070	FADHILLA AYUDYTA MAHARANI
11	252201072	OKTA SAFITRI

Kelompok 7: Agustina Hidayatun, S.Kep., Ns		
Hp: '081325417232		
1	252201073	MONICA YURIS DWI NOVIANTI
2	252201074	SITI AISYAH
3	252201075	SUHA NUR AZIZAH BRILLIANDINI
4	252201076	INDRIANI DEWI RUSTIANINGSIH
5	252201077	RINDRA PRATYA PRAMITA
6	252201078	EUGGELION TRIFENA MAKMARA
7	252201079	NADIRA APRILIA
8	252201080	SALSA RAHMA WALIDA
9	252201081	AZYAHRA DYAH RAHMAWATI
10	252201082	NABIL QODRI

Kelompok 8: Sinta Dewi, S.Kep., Ns		
Hp: '08989228525		
1	252201084	ANISA SALMA SAUSAN
2	252201085	ALISYA AMINATUR RIZQIYAH
3	252201086	AULIA NISATUSSHOLIHAH
4	252201087	MUHAMMAD RIDHO
5	252201088	KIRANA EKA PUSPITASARI
6	252201089	ROHMA DEA MAHANANI
7	252201090	ERISYA JELITA
8	252201091	NAJLA ZUBAEDAH HUSNA
9	252201092	AZIZ TRI HIDAYAH
10	252201093	SALWA LINDU MAYVIA PUTRI
11	252201094	KHAERA LANNA AZ ZAHRA

Kelompok 9: Amalia Alfiyani, S.Kep., Ns		
Hp: ' 083143943625		
1	252201095	NADYA ZALFA SALSABILA
2	252201096	AZZUHRA MAGFIRA
3	252201097	DESINTA DEWI RISNAWATI
4	252201098	INTAN AKLAKUL KORIMAH
5	252201099	SEPTI PRANITA
6	252201101	NOVIANTI
7	252201102	AMARIA SANTIKA
8	252201103	NAESYA PUTRI KARTIKASARI
9	252201104	FANI FEBRIANTI
10	252201105	LENA NOVELIA PUTRI
11	252201106	MUHAMMAD SAIFUL RAMADHANI

Kelompok 5: Shinta Nur Cahyanti		
Hp: '081290569856		
1	252201048	ALIFDA ZONA SISKA AMALIA
2	252201049	DELLA PURNAMA PUTRI
3	252201050	SETYO FAJAR RAFLIYANSAH
4	252201051	ANGELA PRISILIA
5	252201052	AZKIA ZAHRA DIANAVI
6	252201054	NABILA MOZARANI
7	252201055	IKHLIMA KHOLI DIANTI
8	252201056	PUTRI FILA
9	252201057	VIRLY HILYA AINI SIVA
10	252201058	AMELIA SABELA
11	252201059	RATU WULANSARI

Kelompok 10: Mutia Aulia, S.Kep., Ns		
Hp: '089674526066		
1	252201107	DONNA CINTYA BELLA
2	252201108	PUTRI DAMAYANTI
3	252201109	ZAHRA NABILA PUTRI
4	252201110	AMELIA NUR LATIEFAH
5	252201111	NADIA AMALIA CAHYAN
6	252201112	ANDIKA PUTRA SUGIHARTO
7	252201114	TIYAS NING PALUPI
8	252201115	MARILYN ALTRIANI PANDIN
9	252201116	LIA NELA ARIKS
10	252201117	RIKA
11	252201118	ADITYA FITO ALAMSYAH
12	252201119	Alfina Rahma Agustina
13	252201120	Muhammad Qudzam Rafa Ismail
14	252201121	Veronika Oematan

Semangat dan selamat belajar dan bekerja dengan senang hati